**I. Паспортная часть:**

Ф.И.О: Кутищева Александра Федровна

Пол: женский

Возраст: 1.09.1927 (83года)

профессия: инвалид II группы, пенсионер

**II. Жалобы:**

На головные боли, давящего характера, периодически возникающие. На периодическое головокружение, повышение АД, сердцебиение, тошнота, рвота, помутнение в глазах, мелькание мушек перед глазами, шум в ушах.

**III. История настоящего заболевания:**

Около 4-х лет отмечается повышение артериального давление до 220/120 мм.рт.ст, адаптирована к артериальному давлению 160/90 мм.рт.ст. Постоянно принимает верапамил, капотен.

22.09.2010 было ухудшение состояние: повышение артериального давления до 220/120 мм.рт.ст, вследствие психоэмоциального стресса, беспокоили головные боли, давящего характера, периодически возникающие, периодическое головокружение, сердцебиение, повышение АД, тошнота и рвота, помутнение в глазах, мелькание мушек перед глазами. Направлена на госпитализацию участковым терапевтом. Доставлена СМП.

ОНМК, СД, ЯБЖ, ИМ- отрицает. Ангинозные боли четко не описывает.

**IV. История жизни:**

*Общее биографические сведения*:1.09.1922 родилась и прожила в Москве всю жизнь.

*Социальный анамнез*: родилась в семье из 3 детей 2-ым ребенком, в 7 лет пошла в школу, училась хорошо. Физически и интеллектуально развивалась нормально, от сверстников не отставала. Была на фронте Великой Отечественной Войны.

*Профессиональный анамнез:* работает почтовым работником с 24 лет. Поработала до пенсии (до 55 лет).

*Семейное положение:* была замужем 2 раза, детей нет

*Жилищно-бытовые условия*: живет дома одна, родственников нет.

*Вредные привычки*: нет

*Аллергические реакции*: отрицает

*Перенесенные операции:*

В 2008 году холициститэктомия.

*Наследственность:*

наличие у родственников туберкулеза, сифилиса, алкоголизма, сахарного диабета, атеросклероза, болезней крови, злокачественных новообразований отрицает. Отец и мать умерли своей смертью после 80 лет.

**V. Настоящее состояние заболевания:**

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение пассивное. Питание повышенное. Нормастенического типа телосложения. Внешний вид соответствует возрасту. Рост 154см, вес 70кг, ИМТ= 25,71 (повышен), окружность талия-89см. температура 36,0 °С. Щитовидная железа- не увеличена. Отеков нет. Молочные железы б/о.

*Кожа и слизистые оболочки:* кожные покровы розового цвета, сухие, чистые, без высыпаний. Эластичность кожи и тургор тканей снижен. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу. Ногти овальной формы, белисовато-розового цвета, чистые. Слизистая глаз бледно-розовая, влажная, чистая. Склеры не изменены. Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек бледно-розовая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за приделы небных дужек. Десны без изменений. Зубы частично отсутствуют. Язык обычных размеров, влажный, сосочки выраженные, на спинки легкий белый налет, глотание не затрудненно.

*Подкожно-жировая клетчатка*: выражена удовлетворительно, толщина складки на уровне пупка 3см.

*Лимфатическая система:* лимфатические узлы: подчелюстные, шейные, затылочные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые и паховые- не пальпируются.

*Мышечная система:* мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц сохранён. Безболезненны при пальпации, атрофии нет.

*Кости:* жалоб нет, деформации, искривление костей, утолщение концевых фаланг пальцев рук и ног в виде «барабанных палочек»-нет, кости при поколачивании безболезненны.

*Суставы:* суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненны.

**Органы Дыхания:**

Осмотр: дыхание через нос, свободное, ритмичное, глубокое. Голос- ясный. Тип дыхание вазикуляное, хрипов нет. частота дыхательных движений 18 ударов в минуту. Форма грудной клетки нормальной формы, симметричная, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенке грудной клетки. Ход ребер прямой. Надключичные и подключичные ямки выражены хорошо. Межреберные промежутки прослеживаются.

Перкуссия:

Топографическая перкуссия:

Нижние границы правого легкого:

По 1. parasternalis- верхний край 6-ого ребра

По 1. medioclavicularis- нижний край 6-ого ребра

По 1. axillaris anterior- 7 ребро

По 1. axillaris media- 8 ребро

По 1. axillaris posterior- 9 ребро

По 1. scapuiaris- 10 ребро

По 1. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-ого грудного позвонка

Нижние границы левого легкого:

По 1. parasternalis- верхний край 6-ого ребра

По 1. medioclavicularis- нижний край 6-ого ребра

По 1. axillaris anterior- 7 ребро

По 1. axillaris media- 9 ребро

По 1. axillaris posterior- 9 ребро

По 1. scapuiaris- 10 ребро

По 1. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-ого грудного позвонка

Верхние границы легких:

Спереди на 3см выше ключицы справа и слева.

Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка справа и слева.

Активная подвижность нижнего легочного края правого легкого по средней аксилярной линии:

На вдохе: 1,5см

На выдохе: 1,5см

Активация подвижность нижнего легочного края левого легкого по средней аксилярной линии:

На вдохе 2см

На выдохе 2см

Ширина перешейков полей Крёнинга: слева 6см по скату плеча, справа 6см по скату плеча.

Сравнительная перкуссия:

Над симметричными участками легочной ткан определяется легочный звук.

Аускультация:

Над аускультативными точками выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет.

**Органы кровообращения:**

Осмотр: верхушечный толчок, сердечный толчок, сердечный горб, ретростернальная пульсация, пульсация периферических артерий, ложная эпигастральная пульсация визуально не определяется.

Пальпация: пульс симметричный, частотой 72 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье на 0,5см кнаружи от левой среднеключичной линии, площадью 2 на 2см, умеренной силы, локализованный.

Перкуссия:

Границы относительной сердечной тупости:

Правая- в 4-ем межреберье на 1,5 см кнаружи от правого края грудины

В 3-ем межреберье на 0,5см кнаружи от правого края грудины

Верхняя: на уровне 3-его ребра между 1. sternalis et 1. parasternalis sinistrae

Левая: в 5-ем межреберье на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии

в 4-ем межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии

в 3-ем межреберье на 0,5 см кнутри от левой окологрудинной линии

границы абсолютной сердечной тупости:

правая: по левому краю грудины в 4-ем межреберье

верхняя: на уровне 4-ого ребра

левая: на 1,5см кнутри от границы относительной сердечной тупости

сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в 1-ем и 2-ом межреберьях справа и слева.

Аускультативно:

Исследование вен: варикозного расширение вен, тромбофлебитов не выявлено.

**Органы пищеварения:**

Осмотр:

Миндалины не выходят за пределы небных дужек. Десны не изменены. Зубы утрачены (съемный протез). Язык обычных размеров, влажный, без налета, сосочки выражены, глотание не затрудненно.

Живот правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания.

Пальпация: живот мягкий, безболезненный при глубокой пальпации: сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Желудок не пальпируется. Поджелудочная железа не пальпируется.

Аускультация живота: выслушивается перистальтика кишечника.

**Печень:**

Осмотр: выбухании и пульсации в области печени нет.

Перкуссия: размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии 9см, по передней срединной линии 8см, по левой реберной дуге 7см. верхняя граница селезенки по левой среднеоксилярной линии на 9 ребере.

Пальпация: нижний край печени умеренно закруглённый, ровный, эластичный, безболезненный, не выходит из под края реберной дуги, поверхность печени гладкая.

**Селезенка:**

Перкуссия: верхняя граница по средней подмышечный линии по верхнему краю IV ребра, передняя- между передней и средней и подмышечными линиями, нижняя граница- по ΧI ребру.

Пальпация: не пальпируется

**Мочеполовая система:**

Пальпация: почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание нормальное, безболезненное, не учащенно. В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Наружные половые органы без изменений. Менопауза наступила в 50 лет. Маточных кровотечений и болей не было.

**Эндокринная система:**

Щитовидная железа не пальпируется.

**Нервно-психическая сфера и органы чувств:**

Сознание ясное, речь не изменена. Чувствительность не нарушена. Походка без особенностей. Сухожильно-периостальные рефлексы сохранены. Глазное яблоко, состояние зрачков и зрачковые рефлексы в норме. Слух в норме, зрение снижено, память снижена, парезы отсутствуют, паралича нет.

**VI. План обследования больного:**

1. ОАК
2. БАК
3. ОАМ
4. анализ крови на содержание глюкозы
5. Исследование на ВИЧ, ВГС
6. ЭКГ
7. ЭХО КГ
8. УЗИ брюшной полости
9. флюорография грудной клетки

**VII. Данные дополнительных исследований:**

1. Общий анализ крови

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **норма** | **23.09.10** | **06.10.2010** |
| **Эритроциты 1012/л** | 4,00 – 5,00 | 5,6> | 4,34 |
| **Гемоглобин г/л** | 120 – 160 | 162> | 158 |
| **НСТ** | 0,370 – 0,540 | 0,4 | 0,42 |
| **МСV фл** | 80 – 95 | 80 | 85 |
| **МСН пг** | 27,0 – 31,0 | 31,2> | 30 |
| **Тромбоциты 109/л** | 150 - 400 | 220 | 230 |
| **Лейкоциты 109/л** | 4 - 9 | 5 | 6 |
| **Лимфоциты %** | 19,0 – 37 | 30 | 30 |
| **Моноциты %** | 3,0 – 11,0 | 9 | 9 |
| **Эозинофилы %** | 0,5 – 5,0 | 1,6 | 1,8 |
| **СОЭ мм/ч** | 0 - 12 | 15> | 12 |

2. Исследование на ВИЧ, ВГС от 23. 09. 10

Антитела в ВИЧ не обнаружены. Антитела к ВГС не обнаружены. К Tr. Pallidum отрицательный.

3. Анализ крови на содержание глюкозы от 23. 09. 10

7:00 – 5,5 ммоль/л

4. Биохимический анализ крови.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Норма** | **23.09** | **06.10** |
| **АСТ, ед/л** | 0,0-50,0 | 18,9 | 18,2 |
| **АЛТ, ед/л** | 0,0-40,0 | 16,0 | 15,6 |
| **ЛДГ, ед/л** | 226-451 | 269 | 280 |
| **ЛПВП, моль/л** | 1,45- 3,12 | 1,15 | 1,35 |
| **ЛПНП, моль/л** | 0,00-3,00 | 5,36 | 4,86 |
| **Креатинин, мкмоль/л** | 40-110 | 96 | 90 |
| **Мочевина, ммоль/л** | 1,7-8,3 | 5,9 | 5,5 |
| **Общий билирубин, мкмоль/л** | 3,4-18,8 | 18,3 | 17,8 |
| **Прямой билирубин, мкмоль/л** | 0,0-3,4 | 3,2 | 3,2 |
| **Холестерин, ммоль/л** | 3,4-5,5 | 7,2 | 6,5 |
| **К, ммоль/л** | 3,5-5,1 | 4,02 | 4,02 |
| **Na, ммоль/л** | 135-150 | 143,0 | 145,0 |
| **Cl, ммоль/л** | 96-108 | 106,5 | 105,4 |
| **Общий белок, г/л** | 66-87 | 74,6 | 75,2 |
| **Триглицериды , ммоль/л** | 0,68 -1,72 | 1,03 | 1,0 |
| **Индекс атерогенности** | 0,00-4,50 | 5,2 | 4,8 |

5. Общеклинический анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата** | **23. 09. 2010** |
| **Цвет** | желтая |
| **Прозрачность** | мутная |
| **Удельный вес** | 1020 |
| **Реакция** | Сл. кислая |
| **Белок** | 0,18 |
| **Глюкоза** | abs |
| **Кетон. Тела** | Отриц. |
| **Билирубин** | abs |
| **Уробелин** | Норма |
| **Лейкоциты** | 15-25 |
| **Цилиндры гиалиновые** | 0-1 |

ЭКГ от 23.09.2010:

Ритм синусовый. Интервал P-Q= 9’ ( Норма до 0,18’). Интервал QRS= 0,01’ (норма до 0,09’). Заключение: электрометрическая ось сдвинута влево, гипертрофия левого желудочка.

Эхокардиография от 29.09.2010:

Ф.И.О: Кутищева А.Ф.

Дата исследования: 1.10.2010

Возраст: 83 года

Аорта уплотнена, расширена (АО 4,4-4,5 2,0-3,7см)

Левое предсердие увеличено (ЛП 4,2 2,0-4,0см)

Полость левого желудочка не расширена(КДР 4,7 4,0-5,5см)

Сократительная способность левого желудочка: удовлетворительная

ФВ 63%

Нарушение локальной сократимости: нет

Диагностическая функция миокарда: нарушена 1 тип

Межжелудочковая перегородка: не утолщена (ТМЖП 1,0 0,7-1,1см)

Задняя стенка левого желудочка: не утолщена (ТЗСДЖ 1,0 0,7-1,1см)

Аортальный клапан: створки уплотнены, кальциноз створок, кольца

Митральный клапан: уплотнен

Правое предсердие: не расширено (4,4х4,8см)

Правый желудок: не расширен (ПЖ 2,9 менее 3см)

Признаки легочной гипертензии: нет (СДЛА 13мм.рт.ст)

Признаки недостаточности клапанов: митрального 1 трикуспидального 1

Аортального 2 легочного

*Заключение*: уплотнение стенок аорты, створок клапанов, кальциноз створок АК. Дилятация корни аорты, восходящего отдела аорты. Умеренная дилятация левого предсердия. Сократительная способность миокарда удовлетворительная. Незначительная митральная, трикуспидальная, умеренная аортальная регургитация. Нарушение диасталической функции миокарда по 1 типу.

УЗИ брюшной полости от 29.09.2010:

Ф.И.О: Кутищева А.Ф.

Возраст: 83 года

Дата исследования: 29.09.2010

*Печень:* контуры ровные, смазаны. Правая доля до 140мм по среднеключичной лини, левая доля до 95мм. Паренхима диффузно неоднородная, повышенной эхогенности. Эхо-рисунок смазан. Сосудистый рисунок диффузно обеден. Внутрипеченочные желчные протоки с наличием воздуха, не расширены. Воротная вена до 13мм в диаметре, просвет однороден, виден на протяжение до 35мм от ворот печени.

*Желчный пузырь:* не определяется, область его ложа сфокусированным с петлями кишечника.

*Поджелудочная железа:* не увеличена. Контуры неровные, нечеткие. Паренхима диффузно повышенной эхгенности. Эхо-рисунок смазан. Вирснугов проток не визуализируется.

*Селезенка:* не увеличена, не изменена.

*Почки:* расположены типично. Контуры почек неровные, нечеткие. Справа почка до 97х45х38мм, слева до 92х41х34мм. Паренхима до 12-16мм справа, до 14-17мм слева, с перетяжками. Дифференцировка паренхимы обеих почек смазана. ЧЛС диффузно повышенной эхогенности. Стенка сосудов выражено диффузно повышенной эхогенности с обеих сторон.

Во всех отделах брюшной полости свободной жидкости не выявлено.

*Заключении*: УЗ-признаки жировой дистрофии печени; умеренной гепатомегалии; аэробиллии; состояние после холициститэктомия ; спаечного процесса в верхних отделах брюшной полости; хронического панкреатита; диффузных изменений паренхимы обеих почек.

Флюорография:

Ф.И.О: Кутищева А.Ф.

Дата исследования: 24.09.2010

Изменение органов грудной клетки в пределах возрастной нормы. Корни структурны. В левом корне петрификаты. Сердце с умеренным увеличением левого желудочка. Синусы свободны.

*Заключение:* возрастная норма.

**VIII. Диагноз:**

Гипертоническая болезнь III ст. риск 4. Гипертонический криз от 22.09.2010, неосложненный. Атеросклеротический кардиосклероз. НК I. .ИБС.

**IX. Обоснование диагноза и дифференциальный диагноз:**

Диагноз поставлен на основание:

-Жалоб: головные боли, давящего характера, периодически возникающие. На периодическое головокружение, повышение АД, сердцебиение, тошнота, рвота, помутнение в глазах, мелькание мушек перед глазами, шум в ушах.

-Анамнестических указаний на периодические подъемы АД с 2006 года (до 200/120 мм.рт.ст), сопровождающиеся головными болями. Адаптирована к 160/90 мм.рт.ст.- *синдром артериальной гипертензии*

Эффекта гипотензивной терапии (ранее больная принимала верапамил, капотен, атенолол)

-Поражения органов мишеней:

- сердца (гипертрофия левого желудочка на основании объективных данных: смещение верхушечного толчка влево, усиление верхушечного толчка, расширение границ относительной сердечной тупости влево) – *синдром гипертрофии левого желудочка*

- глазного дна (ангионейропатия сетчатки по данным осмотра окулиста),

- ЦНС (гипертоническая энцефалопатия – на основании доминирования общемозговых проявлений – головная боль в лобной области, головокружение, тошнота, сонливость, исчезновение вышеуказанных жалоб при снижении АД до 160/90 мм.рт.ст).

-Факторы риска. Ожирение 2 степени. Возраст старше 65 лет. Повышенный холестерин.

-Отсутствие клинических изменений органов, участвующих в регуляции АД: почек, эндокринных желез позволяет исключить вторичную артериальную гипертензию.

-Лабильность артериального давления в течение дня. Отмечаются гипертонические кризы, связанные с психоэмоциональным напряжением.

Так как отмечаются изменения органов-мишеней, обусловленные артериальной гипертензией – гипертрофия левого желудочка. Артериальное давление повышалось до 220/120 мм.рт.ст. – 3 степень. Группа высокого риска так как имеется гипертрофия левого желудочка, но ассоциированные заболевания не выявлены.

Из анамнеза заболевания выявлено, что последнее ухудшение возникло 22.09.2010 после психоэмоционального напряжения и сопровождалось пульсирующей головной болью, тошнотой, рвотой, шумом в ушах, мельканием «мушек» перед глазами и повышением артериального давления до 220/100 мм.рт.ст. из этого следует, что у больной возник гипертонический криз. Криз развился внезапно, развивался быстро, проявлялся головной болью, возбуждением, следовательно это 1 тип гипертонического криза. Осложнений не отмечалось, поэтому неосложненный криз.

На основании жалоб больной, анамнеза жизни, анамнеза заболевания, объективных данных можно поставить диагноз:

Гипертоническая болезнь 3 степени, 2 стадии, группа высокого риска (абдоминальное ожирение, гипертрофия левого желудочка). Гипертонический криз от 22.09.2010, 1 типа, неосложненный.

**Х.Дифференциальный диагноз**

Ведущим синдромом при гипертонической болезни является синдром артериальной гипертензии. Этот синдром встречается также при вторичных артериальных гипертензиях. Вторичные артериальные гипертензии можно предположить если АГ развивается у лиц молодого возраста, отмечается острое развитие и быстрая стабилизация АГ на высоких цифрах, резистентность к гипотензивной терапии, злокачественный характер течения АГ. Основными признаками ренопаренхиматозной артериальной гипертензии являются: наличие заболевания почек в анамнезе; изменения в анализах мочи (протеинурия более 2 г/сут, цилиндрурия, гематурия, лейкоцитурия, высокая концентрация креатинина крови); признаки поражения почек при УЗИ.

Вазоренальная АГ – симптоматическая АГ, вызванная ишемией почек вследствие нарушения проходимости почечных артерий. Заболевание возникает в возрасте до 30 лет или после 50 лет, семейный анамнез АГ отсутствует. Характерны быстрое прогрессирование заболевания, высокое АД, резистентность к лечению, сосудистые осложнения, определяются следующие симптомы: шум в проекции почечных артерий, гипокалиемия, ассиметрия почек при УЗИ. Подтверждает диагноз определение активности ренина плазмы с каптоприловым тестом.

Феохромоцитома- катехоламинпродуцирующая опухоль. В 50% постоянная, в 50% сочетается с кризами (пароксизмальная форма). При пароксизмальной форме возникновению гипертонических кризов способствуют эмоциональное напряжение, неудобное положение туловища, пальпация опухоли. Приступ возникает внезапно, сопровождается ознобом, чувством страха.

АГ при первичном альдостеронизме имеет следущие особенности: изменения на ЭКГ в виде уплощения зубца Т, мышечная слабость, полиурия, головная боль, полидипсия, парастезии, судороги, миалгии. Ведущий клинико-патогенетический признак – гипокалиемия.

АГ при гипотиреозе – высокое диастолическое АД, уменьшение ЧСС и сердечного выброса.

Характерные признаки гипертиреоза – увеличение ЧСС и сердечного выброса, преимушественно изолированная систолическая АГ с нормальным диастолическим давлением.

Дифференциальная диагностика гипертонической болезни и хронического гломерулонефрита

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Критерий | Гипертоническая болезнь | Хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма |
| Время возникновения заболевания | Развивается у лиц пожилого возраста | Молодой возраст |
| Наследственность | Семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний | Не отягощена |
| Клиника ХПН | Не характерна | характерна |
| Характер течения | Осложнением ГБ является гипертонический нефросклероз, развивающийся при длительном течении болезни  АГ опережает развитие почечной симптоматики, чаще возникают ГК | Течение болезни благоприятное, однако, исходом болезни обязательно является ХПН. В патогенезе гиперволемия, гипернатриемия из-за уменьшения количества функционирующих нефронов, и активации РААС, увеличение общего периферического сопротивления при нормальном или сниженном сердечном выбросе. |
| Признаки поражения почек на УЗИ | не характерны | характерны |
| Мочевой синдром | В поздних стадиях | С начала заболевания: протеинурия более 2 г/сут, микрогематурия, цилиндрурия |
| Антигипертензивная терапия | эффективна | малоэффективна |

**X. План лечения и его обоснование:**

Диета с ограничением поваренной соли, использовать растительные масла или мягкие маргарины, избегать употребления цельномолочных продуктов, мяса с жировыми прослойками, кондитерских изделий, исключить твердые жиры, такие как сливочное масло, плавленые сыры, животные жиры, шоколад; показаны блюда из рыбы, особенно морской; физические нагрузки в тренирующем режиме.

Ингибиторы АПФ (ингибируют ангиотензинпревращающий фермент и, как следствие нарушают образование ренина, способствуют снижению давления):

Rp.: Enalaprili 0,01

D.t.d #20 in tab

S. Принимать по 1 таблетке 2 раза в день

или

Rp.: Dirothoni 0,02

D.t.d #20 in tab

S. Принимать по 1 таблетке утром до еды

При кризовых подъёмах:

Rp.: Kaptoprili 0,025

D.t.d. #20 in tab

S. Принимать по 1таблетке при кризовых подъёмах АД,

сублингвально (под язык)

Диуретики (для выведения жидкости из организма и снижения артериального давления):

Rp.: Gipothyazidi 0,025

D.t.d. #20 in tab

S. Принимать по 1таблетке 1 раз вдень, утром натощак

Селективные бета-адреноблокаторы блокируют бета1-рецепторы сердца, уменьшают секрецию ренина, увеличивают синтез вазодилятирующих простагландинов, усиливают секрецию предсердного натрийуретического фактора.

Rp.: Metoprololi 0.0025

D.t.d. № 20 in tab.

S. По одной таблетке 2 раз в день

**XI. Дневник:**

|  |  |
| --- | --- |
| дата | дневник |
| 22.09.2010 | Жалобы: на слабость, головную боль  Состояние средней тяжести. Отеков нет. В легких без хрипов.  ЧСС-85уд/мин, АД- 210/110мм.рт.ст  Живот мягкий, безболезненный. ЭКГ-синусовый ритм, без очаговых изменений.  Ds.: гипертоническая болезнь III ст. риск 4. Гипертонический криз от 22.09.10, неосложнённый ; атеросклеротический кардиосклероз. ИБС. НК I.  Назначено:  1. стол 10с   1. t. Carvediloli 12,5 ml сейчас 2. t. Epiloci 25 mg \* 2 раза 3. t. Monoprili 10 mg 4. БАК,ОАК, ЭКГ |
| 23.09.2010 | Состояние средней тяжести. Жалобы: на головную боль, головокружение. Отеков нет. В легких без хрипов. ЧСС-78уд/мин, АД-170/90 мм.рт.ст.  Живот мягкий, безболезненный. |
| 24.09.2010 | Состояние средней тяжести. Жалобы: на слабость. Отеков нет. В легкиз без хрипов. ЧСС-72уд/мин, АД-160/80 мм.рт.ст.  Живот мягкий безболезненный. |
| 26.09.2010 | Состояние средней тяжести. Жалобы: на сухой кашель, температура 36,6 , аускультативно без хрипов. ЧСС-75уд/мин, АД-150/70 мм.рт.ст.  Живот мягкий, безболезненный. |
| 27.09.2010 | Состояние средней тяжести. Жалобы: нет. По органам без динамики. ЧСС-74уд/мин, АД-125/70 мм.рт.ст  Живот мягкий безболезненный. |