Алтайский Государственный Медицинский университет

Кафедра внутренних болезней

Педиатрического и стоматологического

факультетов

Зав. кафедрой, профессор А.В. Молчанов

**Клиническая история болезни**

Больной: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Клинический диагноз:

Основное заболевание: Гипертоническая болезнь III стадия, IIIстепень, группа очень высокого риска. Осложнение заболевания: ХСН IIА, ФКII.

Сопутствующие заболевания: Бронхиальная астма, смешенный тип, средней степени тяжести, ХОБЛ.

Куратор: ст. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Срок курации 15.04.08г.

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

Барнаул 2008г.

# **Официальные данные**

## ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата поступления в клинику: 9.04.08 г.

Дата начала курации: 15.04.08 г.

**Жалобы**

Основные: На головные боли, локализующиеся в височной, затылочной области, давящего характера, головокружение, сопровождающееся шумом в ушах, голове, мельканием «мушек» перед глазами, возникающие при умственном напряжении и физической нагрузке, сопровождающиеся повышение АД до 180/100,купирующиеся эналаприлом.

Одышку смешанного характера, появляющуюся при физической нагрузке, при быстрой ходьбе, подъёме на 2-й этаж, продолжается 3-4 минуты, облегчается в покое. Сухой кашель, присутствующий в течении дня, усиливающиеся к вечеру.

Слабость, снижение работоспособности, недомогание – дополнительные жалобы.

Дополнительные: одышка смешенного типа, приступы удушья, малопродуктивный кашель, купирующиеся беродуалом.

**История заболевания**

Считает себя больным с 2005 года, когда впервые почувствовал головную боль давящего характера в височной области, возникающие при умственной и физической нагрузке, сопровождающиеся головокружением, слабостью, недомоганием. При измерении АД зарегистрировано повышение АД до 180/100 мм. рт. cт. В поликлинику, стационар не обращался. Периодически принимал гипотензивные средства, название которых не помнит.

C 2006 года состояние больного ухудшилось, усилились головные боли, стали чаще и продолжительней. Боли сопровождались головокружением, шумом в ушах и голове. В поликлинику не обращался.

В апреле 2007 года обратился к врачу, была выявлена ГБ II стадия, III степень. Был направлен в Госпиталь ветеранов войн для подбора соответствующего лечения.

**История жизни**

Общебиографические сведения:

Родился 20 мая 1967 года в с. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Алтайского края, где проживает до настоящего времени.

Социальный анамнез:

В семье родился вторым ребёнком. Семья была материально благополучна, условия питания удовлетворительные

Профессиональный анамнез:

Школу окончил в 1985 г, с 1985-1987 служил в рядах Советской армии в г. Москва, от куда в 1986 году был направлен на ликвидацию аварии на Чернобыльской АС. С 1988 г. работал \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Бытовой анамнез:

Жилищные и санитарно-гигиенические условия соответствуют норме; женат, имеет 2-х сыновей. Питание регулярное, полноценное

Перенесенные заболевания:

Корь, ОРЗ,ХОБЛ,БА. Операций не было. Туберкулёз отрицает. Психических травм не было. Венерическими заболеваниями не болел.

Эпидемиологический анамнез:

Контакта с инфекционными и высоколихорадящими больными со слов пациента не было. Инфекционными заболеваниями не болел.

Трансфузионный анамнез:

Переливаний крови не было.

Аллергологический анамнез:

Не отягощён

Хронические интоксикации:

В настоящее время не курит, алкоголь не употребляет. Курить начал с 20 лет, стаж курения 17 лет. Наркотики никогда не употреблял.

Наследственность:

### Генеалогическое дерево

##  1 2 3 4

II

 1 2

III

 1 2 3 4

IV

 1 2

Легенда

III - пробанд страдает гипертонической болезнью.

II – мать пробанда страдает гипертонической болезнью

IV- сын пробанда страдает гипертонической болезнью

Заключение: в родословной выявляется наследственная предрасположенность к гипертонической болезни.

**Настоящее состояние**

Общий осмотр:

Общее состояние удовлетворительное.

Сознание ясное

Положение больного активное

Телосложение пропорциональное

Конституция гиперстеническая

Походка быстрая

Осанка прямая

Рост 170 см Вес 95 кг

Температура тела 36,5 °С

### Исследование отдельных частей тела

Кожные покровы:

* Гиперемированы, акроцианоз
* Эластичность кожи сохранена
* Истончение, уплотнения, наличия кератодермий не наблюдается.
* Влажность кожных покровов умеренная
* Сыпь отсутствует

Ногти:

Овальной формы, ломкости, поперечной исчерченности не выявлено.

Подкожная клетчатка:

Развитие подкожно-жирового слоя чрезмерное, толщина складки 8 см. Наибольшее отложение жира отмечается на животе, руках. Отёков не выявлено.

Лимфатические узлы:

Затылочные, шейные, над- и подключичные, локтевые, биципитальные, подмышечные, подколенные, паховые не пальпируются.

Подкожные вены малозаметны.

Голова овальной формы, нормального размера, положение головы прямое, Симптом Мюссе отрицательный.

Шея:

* Искривления нет
* Щитовидная железа не пальпируется

Лицо:

* Выражение лица живое;
* Глазная щель не расширена
* Веки без особенностей
* Глазное яблоко без особенностей
* Конъюнктива бледная
* Склеры субиктеричные
* Зрачки круглые, шириной 0,5 см, реакция на свет прямая и содружественная
* Симптом Греффе, Штельвага, Мебиуса отрицательные
* Нос курносый, изъязвлений кончика нет; крылья носа не участвуют в акте дыхания.
* Губы: углы рта симметричны, цвет цианотичный, высыпаний нет, сухости не наблюдается, «симптом кисета» отрицательный.

Полость рта: запаха изо рта нет, афт, пигментаций, пятен Бельского-Филатова-Коплика, кровоизлияний, телеангеоэктаз на слизистой полости рта не обнаружено; слизистая твёрдого неба бледно-розового цвета. Десна бледно-розовые, не кровоточат. Зубы обычной формы, цвета, зубного камня нет. Зубная формула:

 с с с с – кариес

87654321 12345678 Pt – периодонтит

87654321 12345678

 с Pt

Язык больной свободно высовывает, дрожания нет. Цвет бледно – розовый, не увеличен, влажный; обложен налётом в центре, сосочки умеренно выражены; трещин, прикусов, язв нет.

Миндалины правильной формы, выступают из-за дужек, слабо гиперемированы, без налёта, гнойных пробок и язвочек.

**Исследование опорно-двигательного аппарата**:

Осмотр:

Припухлости, дефигурации, деформации суставов не выявлено

Окружность:

Локтевого сустава -левого -30 см

 - правого-30 см

Лучезапястного -левого-18 см

 - правого-19 см

Коленного- левого- 55 см

 - правого- 56 см

Голеностопного- левого- 28 см

 - правого- 28 см

Окраска кожи над суставами не изменена

Развитие мышечной системы нормальное

Деформации суставов и искривления костей не обнаружено.

Поверхностная пальпация:

Кожная температура над поверхностью суставов не изменена. Ограничения объёма активных и пассивных движений нет. Симптомы подбородок-грудина, Томайера, Форестье, Отта, Шобера, проба «фабере» отрицательные.

Суставные шумы не выявлены.

Глубокая пальпация:

Наличие выпота или утолщение синовиальной оболочки, «суставных мышей», болезненности не выявлено.

Сила статическая и динамическая не изменена

Мышечный тонус не изменен.

Перкуссия:

Болезненности костей не выявлено.

**Исследование органов дыхания**

Осмотр грудной клетки:

* Форма грудной клетки бочкообразная
* Асимметрии не наблюдается
* При дыхании экскурсия обоих сторон грудной клетки ровномерная
* Тип дыхания смешанный
* Частота дыхания 18 в минуту
* Ритм дыхания правильный, дыхание глубокое
* Экскурсия грудной клетки составляет 4 см.

Пальпация грудной клетки:

* Грудная клетка ригидна
* Болезненности по ходу межреберных нервов, мышц и рёбер не наблюдается.
* Голосовое дрожание одинаково проводится в симметричных участках лёгких.
* Ощущения трения плевры не определяется.

Сравнительная перкуссия:

По всем легочным полям определяется ясный легочной звук.

Топографическая перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхние границы лёгких | Правое лёгкое (см) | Левое лёгкое (см) |
| Высота стояния верхушек | 4 | 4 |
| Ширина полей Кренига | 6 | 6 |

Нижние границы лёгких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Правое лёгкое (см) | Левое лёгкое (см) |
| Парастернальная | 5 м/р | - |
| Среднеключичная | 6 м/р | - |
| Переднеаксилярная | 7 м/р | 7 м/р |
| Среднеаксилярная | 8 м/р | 8 м/р |
| Заднеаксилярная | 9 м/р | 9 м/р |
| Лопаточная | 10 м/р | 10 м/р |
| Паравертебральная | Остистый отростокпозвонка | XI грудного |

Активная подвижность нижнего легочного края:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Правое лёгкое (см) | Левое лёгкое (см) |
| Среднеключичная | 4 | - |
| Среднеаксилярная | 6 | 6 |
| Лопаточная | 4 | 4 |

Аускультация лёгких:

* Дыхание жесткое
* Побочные дыхательные шумы не выслушиваются
* Бронхофония во всех 9 парных симметричных точках проводится одинаково.

**Исследование органов кровообращения**

Осмотр области сердца и сосудов:

При осмотре области сердца дефигураций не выявлено.

Верхушечный толчок визуально не определяется.

Сердечный толчок не виден.

Систолического втяжения в области верхушечного толчка, пульсаций во II межреберье, IV межреберье слева у грудины не наблюдается.

Пульсации во внесердечной области не определяются.

Пульс Квинке отсутствует.

Пальпация области сердца и сосудов:

Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, площадью 3 смІ (разлитой), сильный, высокчй.

Систолическое и диастолическое дрожание (симптом «кошачьего мурлыканья») – не пальпируется.

Пульс на лучевых артериях синхронный, частота пульса 90 ударов в минуту, пульс ритмичный (равномерный, регулярный), твёрдый, полный, большой, скорый, дефицита пульса нет.

Перкуссия:

Границы относительной и абсолютной тупости сердца:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы  | Относительная | Абсолютная |
| Правая | 4 м/р по правому краю грудины | 4 м/р по левому краю грудины |
| Левая | В 5 м/р на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии | В 5 м/р на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии |
| Верхняя | 3 м/р на 1 см кнаружи от левого края грудины | 4 м/р на 1 см кнаружи от левого края грудины |

Поперечник сердца по Курлову – 11 см

Длинник по Курлову – 13 см

Ширина сосудистого пучка во II м/р 5 см. Перкутируется аортальная конфигурация сердечного притупления, талия сердца подчёркнута, треугольник Боткина выражен.

Аускультация сердца и сосудов:

При аускультации сердца выслушиваются I и II тоны, I тон на верхушке ослаблен, тембр тона притуплен, сила II тона на основании сердца сохранена, акцент II тона на аорте. Частота тонов 90 ударов в минуту – тахикардия, ритм тонов правильный.

Раздвоения, расщепления основных и дополнительных тонов не выслушиваются.

Внутри- и внесердечные шумы и сосудистые шумы не выслушиваются

АД на руках 120\90 мм. рт. cт.

**Исследование органов брюшной полости**

Осмотр живота:

Живот округлой формы, симметричный, отмечается участие передней брюшной стенки в акте дыхания, видимых перистальтических и антиперистальтических движений через брюшную стенку не наблюдается, подкожные венозные анастамозы (голова «Медузы») отсутствуют. Окружность живота на уровне пупка составляет 98см.

Пальпация живота.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот безболезненности и мышечного напряжения не выявлено. Грыжевые отверстия по белой линии живота и в области пупочного кольца не пальпируются.

Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный.

Опухолевые образования передней брюшной стенки не пальпируются.

Глубокая, методическая, скользящая, топографическая пальпация живота по Образцову-Стражеско:

В левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка ввиде цилиндра, диаметром 3 см, мягкой, эластичной консистенции, с гладкой поверхностью, умеренно подвижная, безболезненная, не урчащая.

Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области ввиде цилиндра, диаметром 2.5 см, мягкой, эластичной консистенции, с гладкой поверхностью, умеренно подвижная, безболезненная, слегка урчащая.

Восходящая, нисходящая ободочные кишки и червеобразный отросток не пальпируются.

Нижняя граница желудка определяется методом аускульто-перкуссии и аускульто-аффрикции на 4 см выше пупка. Желудок пальпируется в собственно эпигастральной области, поверхность гладкая,мягкой, эластичной консистенции, безболезненный. Большая кривизна желудка пальпируется ввиде ровного,эластического валика на 4 см выше пупка. Поперечная ободочная кишка не пальпируются.

Поджелудочная железа не пальпируется.

Пальпируется передне-нижний край печени на 1 см ниже правой реберной дуги, мягкой, эластичной консистенции, заострен, ровный, безболезненный.

Желчный пузырь не пальпируется.

Симптом Курвуазье, Френикус, Мерфи отрицательные.

Селезенка в горизонтальном и диагональном положении не пальпируется.

Перкуссия живота:

При перкуссии живота во всех отделах определяется тимпанический перкуторный звук.

Симптом Менделя отрицательный.

Наличия свободной жидкости в брюшной полости методом флюктуации и перкуссии не выявленно.

Размеры печени по Курлову 9\*8\*7 см.

Симптомы Ортнера, Захарьина, Василенко отрицательны.

Размеры селезёнки по Курлову: длинник 6 см, поперечник 5 см.

Аускультация живота:

При аускультации живота во всех отделах определяются перистальтические шумы, умеренной интенсивности. Шум трения брюшины и сосудистые шумы не выслушиваются.

**Исследование органов мочевыделения**

Осмотр:

При осмотре поясничной области покраснения, припухлости, отёчности кожи не выявлено.

Выпячиваний над лобком нет.

Пальпация:

Почки в вертикальном положении и в положении лежа на спине не пальпируются.

Мочевой пузырь не пальпируется.

Перкуссия:

Симптом поколачивания поясничной области (модифицированный симптом Пастернацкого) отрицательный.

При перкуссии мочевого пузыря притупления перкуторного звука в надлобковой области не выявленно.

**Предварительный диагноз и его обоснование**

На основании жалоб больного: на головные боли, локализующиеся в височной, затылочной областях, давящего характера, возникающие в течение дня; головокружение, сопровождающееся шумом в ушах, голове, мельканием «мушек» перед глазами, купирующиеся при приеме эналаприла; одышку смешанного характера, появляющуюся при физической нагрузке, купирующуюся в покое, можно предположить, что в патологический процесс вовлечена сердечно-сосудистая система.

На основании жалоб и данных объективного исследования можно выделить следующие синдромы:

1. Синдром артериальной гипертензии.

На основании жалоб на головные боли, давящего характера, локализующиеся преимущественно в височной и затылочной областях, периодически возникающие в течение дня. Головокружение, сопровождающиеся шумом в ушах, голове, мельканием «мушек» перед глазами, вследствие повышения АД до 180/100, купирующиеся при приеме эналаприла.

На основании данных объективного исследования:

При пальпации- смещение верхушечного толчка влево; пульс твердый, полный.

При перкуссии – смещение границ относительной и абсолютной тупости сердца влево, увеличение длинника и поперечника сердца, аортальная конфигурация сердца.

Аускультативно – акцент II тона над аортой, в анамнезе АД = 180/100 мм. рт.ст.

2.Синдром сердечно – сосудистой недостаточности.

На основании жалоб на одышку смешанного характера, появляющуюся при физической нагрузке, при быстрой ходьбе, подъёме на 2-й этаж, продолжающуюся 3-4 минуты, проходящую в покое; сухой кашель, усиливающийся к вечеру.

На основании данных объективного исследования:

При общем осмотре у больного наблюдается акроцианоз.

При перкуссии – смещение границ относительной и абсолютной тупости сердца влево

Аускультативно – ослабление I тона на верхушке.

Таким образом, на основании выделенных клинических синдромов: синдром артериальной гипертензии, синдром сердечно-сосудистой недостаточности, синдром поражения миокарда; данных анамнеза жизни, можно выделить факторы риска: мужской пол, отягощение наследственности артериальной гипертензией; данных анамнеза заболевания, можно сделать вывод, что процесс хронический, прогрессирующий, т.к. первые проявления болезни возникли 3 года назад, появились головные боли, головокружение, повышение АД, в течение последующих лет боли усиливались, становились продолжительнее.

Можно поставить предварительный диагноз:

1.Гипертоническая болезнь (т.к. у больного жалобы на головные боли, давящего характера, локализующиеся преимущественно в височной и затылочной областях, периодически возникающие в течении дня; головокружения, сопровождающиеся шумом в ушах, голове, мельканием «мушек» перед глазами).

III стадия - Артериальная гипертензия, сочетающаяся с наличием клинических состояний (ХСН)

III степень (АД = 180\100), очень высокой группы риска, т. к. имеются ассоциированные заболевания - ХСН.

2.ХСН, т.к. выделен синдром сердечно-сосудистой недостаточности, проявление которого наблюдается в течении длительного времени; II А , т.к. присутствуют нарушения гемодинамики по малому кругу кровообращения (одышка, кашель).

ФК II, т.к. у больного появляется одышка при ходьбе на дистанцию - 350 метров.

Таким образом, предварительный диагноз: ГБ III стадия, III степень, ХСН II А, ФК II. Группа очень высокого риска.

**План дополнительных методов исследования:**

Лабораторные методы:

1. Общий анализ крови (определение эритроцитоза, повышения гемоглобина)
2. Общий анализ мочи (выявление протеинурии, повышения удельного веса,эритроцитурии для исключения симтома АГ).
3. Биохимический анализ крови (определение ионов Na, глюкозы, холестерина – выявление почечной недостаточности, что может указывать на вторичную АГ).

Инструментальные методы:

1. ЭКГ (выявление гипертрофии левого желудочка).
2. ЭхоКГ (выявление гипертрофии левого желудочка, оценка сократимости миокарда).

3. Шестиминутный тест для установления функционального класса ХСН.

4. Консультация окулиста (исследование глазного дна для выявления гипертензивной ангиоретинопатии).

5. Консультация эндокринолога (инструментальное и лабораторное исследование щитовидной железы для исключения артериальной гипертензии).

**Результаты дополнительных методов исследования**

Лабораторные методы:

1.Общий анализ крови:

Эритроциты 4.7\*10\*12\л

Лейкоциты 6.9\*10\*9\л

Hb – 161 г\л

СОЭ – 7 мм\ч

Б Э Ю П С Л М

0 1 0 2 55 38 4 %

2.Общий анализ мочи:

Цвет – светло – желтый

Уд. Вес – 1020

Эритроцитов – нет Лейкоциты – 2-4 в п\зр

Белок – отр. Эпит. клетки – 1-3 в п\зр

Сахар – отр. Слизь +++

3.Биохимический анализ крови:

Креатинин - 93 (N 53-97) мкмоль\л

Фибриноген – 3150 (N 2000 - 4000) мг\л

4.Исследование крови на сахар:

5.04 (N 4.2 – 6.1) ммоль\л

Инструментальные методы:

1. ЭКГ

Заключение: Синусовая аритмия, ЧСС = 60 - 95 уд\мин., S - тип ЭКГ. Не полная блокада ПНПГ.

2.Окулист

Заключение: миопия III ст., гипертонический ангиосклероз сетчатки обеих глаз.

3. Шестиминутный тест – дистанция ходьбы 350 метров.

**Клинический диагноз и его обоснование**

На основании данных дополнительных методов исследования выявлено:

1. Шестиминутный тест – за 6 минут прошел 350 метров, что подтверждает II ФК ХСН.
2. Заключение окулиста – гипертонический склероз и сужение артериол (3 ст. ангиоретинопатии), что указывает на поражение органов – мишеней (III ст. ГБ)

На основании дополнительных методов исследования, можно поставить следующий клинический диагноз:

Основное заболевание: ГБ III стадия, III степень, группа очень высокого риска.

Осложнение заболевания: ХСН II А ,ФК II.

**Список литературы:**

1. Кузнецова А.В. «Схема истории болезни», Барнаул, 2006г.

2. Ефремушкин Г.Г. «Синдромы в кардиологии», Барнаул,2006г.

3. Гребнев А.Л. «Пропедевтика внутренних болезней», Москва, 2002г.