

**Московский государственный медико-стоматологический
университет имени А. И. Евдокимова**

Кафедра госпитальной терапии №2 лечебного факультета

Зав. кафедрой: профессор, д.м.н. Теблосов К. И.
Зав. учебной частью: профессор, д.м.н. Арабидзе Г. Г
Преподаватель: доцент, к. м. н. Полякова О. В.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Дххххххххх Еххххххх Нххххххх

Клинический диагноз:

Основные заболевания: Гипертоническая болезнь III ст. Артериальная гипертензия 3 ст., риск 4. Гипертонический криз от 03.09 17. ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. ПИКС неясного генеза.

Осложнения: ХСН I, ФК 2. Предсердная экстрасистолия. БЛНПГ.

Сопутствующие заболевания: ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. ХСН II. Хроническая ишемия головного мозга 2 стадии, смешанного генеза. Остеохондроз позвоночника. Варикоз нижних конечностей. ХВН I ст. Хронический геморрой. Пупочная грыжа. Вторичная катаракта левого глаза. Вестибулопатия. Нейросенсорная тугоухость.

Осложнения сопутствующих заболеваний: -

Куратор – студентка VI курса 616 группы лечебного факультета, вечернего отделения Сипапина Жанна Юрьевна

Время курации: 05.-12.09.17.

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

Фамилия, имя, отчество больного: Дхххххх Еххххххх Нххххххх.

Возраст: 88 лет. **Дата рождения:** Х.У.ХХХХ г.

Семейное положение: вдова.

Образование: высшее педагогическое.

Профессия, должность, место работы: с 19хх года пенсионер, до выхода на пенсию работала учителем иностранного (английского) языка в СОШ при КГБ.

Место жительства: Россия, г. Москва, МММ, 109028, ННННННН., д. 00, кв. 00.

Дата госпитализации: 04.09.2017 г. 14 ч. 15 мин.

Жалобы при поступлении:

- на головокружение;
- на шаткость походки;
- боли в позвоночнике;
- на общую слабость;
- на головную боль;
- на нарушение сна;
- на мелькание мушек перед глазами;
- на шум в ушах;
- снижение слуха.

Жалобы на момент курации:

- на нарушение координации;
- на общую слабость;
- боли в позвоночнике;
- на шум в ушах;
- повышенную утомляемость.

ANAMNESIS MORBI

Считает себя больной с 19УУ года (с 20 лет), когда при плановой госпитализации по поводу левосторонней бедренной грыжи был впервые поставлен диагноз артериальная гипертензия с АД 190/110 мм. рт. ст. Адаптирована к 140/80 мм. рт. ст. Энап (1 таб. 2 р. в день) принимала постоянно, последние 2 месяца – утром – престариум (10 г.), вечером – энап (1 таб.) Стационарно не лечилась. ИБС – с 1996 г. Ухудшение самочувствия отмечает с декабря 2016 года в связи со смертью супруга. С 20 августа 2017 года участковым терапевтом назначено 10 инъекций миксидола и актовегина по поводу нарушения мозгового кровообращения. К врачу обратилась 04.09.17. с жалобами на головную боль, головокружение, нарушение координации. Зафиксировано высокое АД (190/100 мм. рт. ст.). Врачом-реаниматологом рекомендовано стационарное лечение. Госпитализирована во 2-ое терапевтическое отделение.

Контакт с пациенткой затруднён в связи с тугоухостью.

ANAMNESIS VITAE

Родилась 07.05.1929 г., в Москве, в рабочей семье. Родилась от первой беременности матери, была первой из двух детей в семье. В детстве росла и развивалась в соответствии с возрастом.

Образование: высшее, преподаватель.

Семейный анамнез: вдова, состояла в браке с 68 лет. Имеет сына, от беременности. Абортов не было.

Половой анамнез: менструации с 15 лет, регулярные, болезненные, 3-5 дней. С 1959 года – дисфункция яичников. Последняя менструация в декабре 1997 года. Период менопаузы – без патологий.

Трудовой анамнез: работала учителем начальных классов в ГБОУ СОШ №637 на Смоленской площади, после окончания МГПИ им. В.И. Ленина, с 25 лет, - учителем иностранного (английского) языка в СОШ при КГБ в течение 40 лет. Считает условия данной работы вредными, способствовавшими возникновению и развитию выявленного заболевания. Имели место эмоциональные перенапряжения. С 1994 года не работает, на пенсии.

Бытовой анамнез: проживает в двухкомнатной квартире площадью 38 м.², на 7-ом этаже 12-этажного дома. Имеется отдельный санузел. Дом расположен в экологически благоприятной для больной зоне. Условиями проживания удовлетворена.

Питание: питается регулярно, 3 раза в день. Питание калорийное и разнообразное. Пристрастий в пище не имеет.

Вредные привычки: не курит. Алкоголь, наркотики и токсические вещества не употребляет.

Перенесенные заболевания: в детстве перенесла корь, скарлатину, ветрянку.

В 1949 году – паховая грыжа слева (оперирована).

В 1987 году – остеохондроз позвоночника.

В 1994 году – варикоз нижних конечностей.

В 1998 году – острый инфаркт миокарда.

В 2004 году – операция по поводу катаракты (левый глаз), 2014 год – вторичная катаракта (левого глаза).

В 2001 году – хронический геморрой.

В 2008 году – перелом в области левой стопы.

В 2017 году – пупочная грыжа (не оперирована).

Аллергологический анамнез: амплотипин – отёки нижних конечностей, антиагреганты - изжога.

Эпиданамнез: неотягощён.

Наследственность: неотягощена.

Страховой анамнез: листов временной нетрудоспособности не оформляет, так как является пенсионером.

STATUS PRAESENS

Общее состояние больного: средней степени тяжести, обусловленное симптомами гипертонического криза.

Состояние сознания: ясное.

Положение больного: активное.

Телосложение: правильное.

Конституция: гиперстеническая.

Осанка: сутулая.

Походка: нетвердая, шаткая.

Рост: 160 см.

Вес: 77,5 кг.

Температура тела: 36,4°C.

Осмотр лица:

- **выражение лица:** спокойное.

- Патологической маски не выявлено;
 - **форма носа:** правильная.
- Носогубные складки симметричны;
 - **осмотр глаз и век:** веки неотечные.
- Темной окраски век, птоза не выявлено.
- Ширина глазной щели не изменена, одинакова на обоих глазах, ширина глазной щели 8 мм. Верхний край роговицы при открытой глазной щели на 1 мм прикрыт краем верхнего века. Нижний край роговицы отстает от нижнего края века на 2 мм, между ними видна узкая полоска склеры.
- Экзофтальма, энтофтальма не выявлено.
- Конъюнктивы бледно-розовые, склеры белые.
- Сосуды склер не расширены.
- Зрачок правильной формы, реакция на свет сохранена.
- Анизокории, пульсации зрачка и колец вокруг зрачка не выявлено.

Осмотр головы и шеи:

- Форма и размер головы соответствуют норме, пропорциональны телу.
- Движения головы в полном объёме, изменений движения головы не наблюдается, симптом Мюссе отрицательный.
- Шея имеет обычную форму, пропорциональную телу.
- Искривления шеи не выявлено, деформации шеи в переднем отделе, связанной с увеличением щитовидной железы или лимфатических узлов, «пляски каротид», пульсации и набухания яремных вен, воротника Стокса не выявлено.

Кожные покровы:

- **цвет кожных покровов:** обычной окраски, умеренной влажности;
- **тургор кожи и эластичность:** сохранены;
- пигментации и депигментации, высыпаний (розеолы, папулы, пустулы, везикулы, эритема), лихорадочных высыпаний (herpes) не выявлено;
- сосудистых изменений (телеангиоэктазии, «сосудистые звездочки») не выявлено;
- кровоизлияний не выявлено;
- трофических изменений (язв, пролежней), видимых опухолей (ангиомы, атеромы) не выявлено.

Придатки кожи:

- Оволосение по женскому типу, соответствует полу и возрасту. Волосы седые, сухие, тонкие, ломкие.
- Ногти правильной формы, соответствуют окраске кожи, ломкие, с продольной исчерченностью.

Видимые слизистые:

- слизистая конъюнктивы розового цвета, влажная, патологических изменений не выявлено;
- слизистая преддверия полости носа влажная, красного цвета, со слизистым отделяемым, патологических элементов на слизистых (энантема) не выявлено;
- слизистая полости рта розового цвета, влажная, патологических изменений не выявлено.

Подкожно-жировая клетчатка:

- Развита избыточно (ожирение I ст.), преимущественно по абдоминальному типу.
- Толщина кожной складки на животе (около пупка) 6,0 см, на спине (под углом лопатки) – 3,5 см.
- Распределение жирового слоя по телу неравномерное, наиболее выражено в области живота.
- Местные отеки нижних конечностей, пастозные, мягкой консистенции.

Лимфатические узлы:

- затылочные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, шейные в переднем и заднем шейном треугольнике, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, подколенные, паховые не увеличены, безболезненны, не спаяны с окружающей тканью;
- Изменений кожи над лимфатическими узлами не выявлено.

Мышечная система:

- степень развития удовлетворительная,
 - тонус снижен,
 - сила мышц достаточная, симметричная.
- Болезненности и уплотнений при пальпации не обнаружено.

Костная система: правильной формы.

- Деформаций не выявлено.
- При пальпации и поколачивании кости безболезненны.

Осмотр кистей и стоп:

- кисти правильной формы, бледно-розового цвета, не деформированы;
- симптомов «барабанных палочек» и «часовых стекол», узелков Гебердена и Бушара не выявлено;
- симптома печеночных ладоней не выявлено;
- при пальпации безболезненны;
- активные и пассивные движения в суставах в полном объёме, отмечается хруст при выполнении активных движений в подвижных суставах.

Стопы правильной формы, розового цвета, не деформированы;

- отечны, пастозны;
- при пальпации безболезненны;
- активные и пассивные движения в суставах в полном объёме, отмечается хруст при выполнении активных движений в подвижных суставах.

Суставы:

- конфигурация сохранена;
- безболезненны, при пальпации отмечается припухлость коленных и голеностопных суставов;
- гиперемии и гипертермии кожи над суставами не обнаружено, цвет кожи и температура над суставами аналогичны цвету и температуре окружающих тканей;
- активные движения в суставах в полном объеме, безболезненные;
- отмечается хруст при выполнении активных движений в подвижных суставах.

ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Осмотр

Форма грудной клетки:

- правильная, надключичные и подключичные ямки сглажены, ребра расположены горизонтально, межреберные промежутки не увеличены, эпигастральный угол тупой, лопатки и ключицы не выступают. Переднезадний размер грудной клетки приближен к боковому. Грудная клетка симметричная.

Искривлений позвоночника (кифоз, лордоз, сколиоз, кифосколиоз) не выявлено.

Окружность грудной клетки (спереди под грудными мышцами и сзади под нижним углом лопатки) 104 см; на вдохе – 107 см., на выдохе – 101 см.

Экспурия грудной клетки 6 см.

Дыхание: носовое дыхание – свободное. Дыхание поверхностное, смешанного типа.

Дыхательные движения симметричные; отставания в дыхании одной половины грудной клетки не наблюдается.

Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

ЧДД = 17 раз/мин. в покое. Дыхание ритмичное. Соотношение вдоха и выдоха правильное (3/1).

Пальпация грудной клетки

При пальпации грудная клетка безболезненна. Эластичность грудной клетки сохранена.

Голосовое дрожание в переднем (надключичных и подключичных областях, II-ых – IV-ых межреберьях), боковых, (IV-ых–VI-ых межреберьях) и заднем (надлопаточных, межлопаточных и подлопаточных областях) отделах грудной клетки, проводится одинаково на симметричных участках грудной клетки.

Перкуссия легких

Сравнительная перкуссия: на симметричных участках грудной клетки в переднем, заднем и боковых отделах слышится ясный лёгочный перкуторный звук.

Границы лёгких не изменены.

Аускультация

Основные дыхательные шумы: на симметричных участках грудной клетки в переднем, заднем и боковых отделах везикулярное дыхание.

Побочные дыхательные шумы: хрипов, крепитации, шума трения плевры не выявлено.

Бронхофония: проводится одинаково на симметричных участках грудной клетки.

ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Осмотр области сердца:

Выпячивание области сердца (Yibbus cordis): сердечный горб не выявлен.

Верхушечный толчок: определяется в V межреберье на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии.

Сердечный толчок: не выявляется.

Патологические пульсации: пульсация сонных артерий (пляска каротид) и яремных вен, патологическая прекардиальная и эпигастральная пульсация не обнаружены.

Расширение вен в области грудины: не расширены.\

Пальпация сердца

Верхушечный толчок: пальпируется в V межреберье на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии; усиленный, разлитой, высокий, умеренной резистентности.

Сердечный толчок: при пальпации не выявлен.

Дрожание в области сердца (fremitus): симптома «кошачьего мурлыканья» не выявлено.

Перкуссия сердца

Границы относительной тупости сердца:

Правая – в IV межреберье по правому краю грудины.

Левая – в V межреберье на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии.

Верхняя – верхний край III ребра на левой окологрудной линии.

Поперечник сердца: 13 см.

Ширина сосудистого пучка: 6 см.

Конфигурация сердца: нормальная.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая – в IV межреберье по левому краю грудины.

Левая – в V межреберье на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии.

Верхняя – на уровне IV ребра по левой окологрудной линии.

Аускультация сердца

Сердечные сокращения ритмичные, приглушены. Экстрасистолия.

Дыхательной и мерцательной аритмии, выпадения сердечных сокращений не наблюдается.

Пульс правильный. ЧСС=80 уд./мин.

Аускультация сердца в 1-й точке (место выслушивания митрального клапана): выслушивается мелодия двух тонов - I и II тонов. I тон следует после продолжительной паузы, совпадает с пульсовым толчком сонной артерии; соотношение тонов правильное - I тон громче II тона в 2 раза. Расщепления или раздвоения I тона не определяется. Акцент II тона над аортой не выявляется.

Мягкий систолический шум.

Дополнительные тоны не выявлены.

Аускультация сердца во 2-й точке (место выслушивания аортального клапана): выслушивается мелодия двух тонов - I и II тонов. Соотношение тонов правильное - II тон громче I тона в 2 раза, не совпадает с пульсацией сонной артерии, слышен после короткой паузы. Расщепления или раздвоения II тона не определяется. Акцент II тона над аортой не выявляется.

Дополнительные тоны и шумы не выявлены.

Аускультация сердца во 3-й точке (место выслушивания клапана легочного ствола): выслушивается мелодия двух тонов - I и II тонов. Соотношение тонов правильное - II тон громче I тона в 2 раза, не совпадает с пульсацией сонной артерии, слышен после короткой паузы. Расщепления или раздвоения II тона не определяется. Акцент II тона над аортой не выявляется.

Дополнительные тоны и шумы не выявлены.

Аускультация сердца в 4-й точке (место выслушивания трехстворчатого клапана): выслушивается мелодия двух тонов - I и II тонов. I тон следует после продолжительной паузы, совпадает с пульсовым толчком сонной артерии; соотношение тонов правильное - I тон громче II тона в 2 раза. Расщепления или раздвоения I тона не определяется. Акцент II тона над аортой не выявляется.

Дополнительные тоны и шумы не выявлены.

Аускультация сердца в 5-й точке Боткина-Эрба (место дополнительного выслушивания аортального клапана): в III межреберье слева от грудины выслушивается мелодия двух тонов - I и II тонов. Соотношение тонов правильное - I и II тоны по громкости равны друг другу. Расщепления или раздвоения тонов не определяется. Акцент II тона над аортой не выявляется.

Дополнительные тоны и шумы не выявлены.

Шум трения перикарда: не выявлен.

Исследование сосудов

Осмотр сосудов: видимой патологии при осмотре артерий не выявлено. Пульсация височных, сонных, лучевых, подколенных артерий выражена слабо.

Набухания и пульсации шейных вен, капиллярного пульса Квинке при осмотре не выявлено.

Видимого рисунка подкожных вен грудной клетки и брюшной стенки не обнаружено.

Пальпация артерий: при пальпации сонных, височных, плечевых, локтевых, лучевых, бедренных, подколенных, задних берцовых артерий, тыльных артерий стопы – локальных расширений, сужений, извитости, уплотнений не обнаружено.

Артериальная стенка эластичная и гладкая.

Исследование вен: набухания и пульсации шейных вен не выявлено; выявлено расширение вен нижних конечностей; «шум волчка» на яремных венах отсутствует.

Уплотнений и болезненности вен не обнаружено.

Свойства пульса на лучевой артерии: синхронный и одинаковый на обеих лучевых артериях, ритмичный, напряженный (твердый), полного наполнения, большой величины, правильной формы, равномерный, частота 80 уд. в 1 минуту.

Аритмии и дефицита пульса не выявлено.

Аускультация артерий: без надавливания стетоскопом выслушиваются два тона над сонными и подключичными артериями и один тон над бедренными артериями; при надавливании стетоскопом появляется систолический шум.

Феноменов Траубе и Дюрозье не выявлено.

При измерении артериального давления на плечевых артериях по методу Короткова получены следующие данные: систолическое артериальное давление 140 мм. рт. ст., диастолическое артериальное давление – 80 мм. рт. ст.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ

Осмотр полости рта

Слизистая полости рта чистая, обычной окраски.

Язык влажный, обложен по спинке желтым налётом. Трещин и язв нет.

Состояние зубов: десна крепкие, не кровоточат, розового цвета, плотно прилегают к шейкам зубов.

Цвет зубов – белый с желтоватым налетом. Аномалий формы, положения и величины зубов не обнаружено. Некариозные поражения зубов (гипоплазия, флюороз, клиновидный дефект, стирание) отсутствуют. Зубы устойчивы к расшатыванию, кариозно измененных и разрушенных зубов нет. Мягкий зубной налет бесцветный, локализован в пришеечной области зубов. Зубной камень отсутствует. 6 зубов. Отсутствуют все зубы, кроме 1-ого, 2-ого справа и 2 слева сверху и 3-его, 2-ого, 12-ого справа и 2-ого, 3-его слева снизу. Зубная формула:

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O | O | O | O | O | O | | | O | | O | O | O | O | O | O |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| O | O | O | O | O | | | | O | | O | O | O | O | O | O |

Использует съёмный протез (заказан новый).

Мягкое и твердое небо розового цвета; налетов, геморрагий, изъязвлений не обнаружено.

Небные миндалины не увеличены, рыхлые, налета нет.

Губы не изменены.

Осмотр живота

Правильной формы, симметричный, выпячивания в правом или левом подреберьях не наблюдается, увеличение в размере равномерно, участвует в акте дыхания.

В пупочной области вправимое грыжевое выпячивание размером 3х4 см.

Окружность живота на уровне пупка – 99 см.

Видимой перистальтики желудка и кишечника не отмечается. Венозные коллатерали, стрии и рубцы отсутствуют.

Перкуссия

Над всей поверхностью тимпанический звук. Наличия свободной или осумкованной жидкости или газа в брюшной полости не выявлено.

Симптом флюктуации - отрицательный.

Пальпация

Поверхностная ориентировочная пальпация:

- Мышцы брюшной стенки не напряжены.
- Расхождения прямых мышц живота не наблюдается.
- Поверхностно расположенных опухолевидных образований, перитонеальных симптомов не выявлено. В пупочной области вправимое грыжевое выпячивание размером 3х4 см.
- Живот мягкий, безболезненный.
- Симптом Щеткина-Блумберга отрицательный.

Методическая глубокая скользящая пальпация (по Образцову-Стражеско):

Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области, в нижней части левого фланка, в виде безболезненного, плотноватого, гладкого, легко смещающегося цилиндра диаметром 2,5-3 см, под рукой не урчит, обладает пассивной подвижностью в пределах 3 см.

Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде безболезненного, мягкого, гладкого цилиндра диаметром 3 см, под рукой не урчит, обладает умеренной подвижностью.

Терминальный отдел подвздошной кишки пальпируется в правой подвздошной области (направление косое слева снизу направо вверх) в виде безболезненного, мягкого, гладкого, эластического цилиндра диаметром 4 см, под рукой урчит.

Поперечно-ободочная кишка пальпируется в области мезогастрии выше пупка билатерально в виде безболезненного, дугообразно и поперечно идущего цилиндра умеренной плотности, диаметром 3,5-4 см, легко перемещается в сторону, под рукой не урчит.

Восходящий отдел толстой кишки пальпируется в правом фланке (направление продольное, параллельно оси тела) в виде безболезненного цилиндра умеренной плотности, диаметром 4 см, легко перемещается в сторону, под рукой урчит.

Нисходящий отдел толстой кишки пальпируется в левом фланке (направление продольное, параллельно оси тела) в виде безболезненного, продольно идущего цилиндра умеренной плотности, диаметром 4 см, легко перемещается в сторону, под рукой не урчит.

Большая кривизна желудка, малая кривизна желудка, пилорический отдел желудка не пальпируются.

Аускультация

Периодическая перистальтика кишечника.

В проекции брюшной части аорты и почечных артерий тоны и шумы не выслушиваются.

Шум трения брюшины отсутствует.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Осмотр

Печень не увеличена.

Выпячивание в области правого подреберья, в подложечной области отсутствует, ограничения дыхания в этой области нет.

Перкуссия печени (по Курлову):

Верхняя граница абсолютной тупости:

- по правой среднеключичной линии – VI ребро.

Нижняя граница абсолютной тупости: по правой срединно-ключичной линии – по краю правой реберной дуги;

- по передней срединной линии – на границе между верхней и средней третью линии проведенной от мечевидного отростка до пупка;

- по левой реберной дуге – VII ребро.

Размеры печени по Курлову:

- по правой срединно-ключичной линии – 10 см;

- по средней срединной линии – 9 см;
- по левой реберной дуге – 8 см.

Пальпация

***Печень** не увеличена, пальпируется у края рёберной дуги, край закруглен, мягкий, ровный, гладкий, безболезненный.*

***Желчный пузырь** не пальпируется.*

Аускультация

Шум трения брюшины в области правого подреберья отсутствует.

ИССЛЕДОВАНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ

Осмотр

Выпячивания в области левого подреберья нет. Ограничения дыхания в этой области нет.

Перкуссия

Продольный размер селезенки– 7 см.

Поперечный размер селезенки – 5 см.

Пальпация

Селезенка не пальпируется.

Аускультация

Шум трения в области левого подреберья не выявлен.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Пальпация

При поверхностной пальпации живота болезненности и напряжения мышц брюшного пресса в месте проекции поджелудочной железы не обнаружено.

Поджелудочная железа не пальпируется.

***Стул** - склонность к запорам, кал тёмно-коричневого цвета.*

ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОРГАНОВ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ

***Мочепускание:** свободное, безболезненное. Количество мочи за сутки - около 1200 мл.*

Полиурии, анурии, ишурии не выявлено.

***Дизурические расстройства** отсутствуют.*

Наличия непроизвольного мочеиспускания не выявлено.

Ложных позывов на мочеиспускание не выявлено.

Рези не выявлено.

Жжения не выявлено.

Учащенного мочеиспускания (поллакиурии) не выявлено.

Ночного мочеиспускания (никтурии) не выявлено.

Осмотр

Поясничная область: гиперемии кожи, припухлости, сглаживания контуров поясничной области не выявлено.

Надлобковая область: ограниченного выбухания в надлобковой области не выявлено.

Перкуссия

Поясничная область: симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Надлобковая область: определяется тупой перкуторный звук. Увеличения мочевого пузыря не выявлено.

Пальпация

Почки: не пальпируются, безболезненные с обеих сторон.

Мочевой пузырь: не пальпируется, безболезненный.

Аускультация почечных артерий

(по наружному краю прямой мышцы живота, середина между пупком и мечевидным отростком, сзади - на уровне I поясничного позвонка по паравerteбральной линии)

Шум не выслушивается.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

Щитовидная железа не увеличена, однородна.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

Ориентировка в месте и времени собственной личности

Грубой очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Менингеальных знаков нет.

Сознание ясное.

Астенизирована.

Настроение снижено.

Психика: контактна. Не заторможена. На вопросы отвечает без задержки и по существу. Фиксирована на потере мужа в 2017 году. Плаксива. Мышление последовательное, обстоятельное. Суждения логичны. Внимание отвлекаемо. Суицидальные мысли отрицает. Критика сохранена.

Мимика адекватная, без особенностей.

Зрачки равномерно расширены, реагируют на свет, аккомодация не изменена. Патологических рефлексов нет.

Сон нарушен.

Память и интеллект соответствуют возрасту и полученному образованию.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ЧУВСТВ

Зрение: вторичная катаракта левого глаза.

Слух: страдает тугоухостью.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Основные заболевания: *Гипертоническая болезнь III ст. Артериальная гипертензия 3 ст., риск 4. Гипертонический криз от 03.09 17. ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. ПИКС неясного генеза.*

Осложнения: *ХСН I, ФК 2. Предсердная экстрасистолия. БЛНПГ.*

Сопутствующие заболевания: *ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. ХСН II. Хроническая ишемия головного мозга 2 стадии, смешанного генеза. Остеохондроз позвоночника. Варикоз нижних конечностей. ХВН I ст. Хронический геморрой. Пупочная грыжа. Вторичная катаракта левого глаза. Вестибулопатия. Нейросенсорная тугоухость.*

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

(ГБ с поражением сердца без застойной СН I)

1. Общеклинический анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Анализ мочи на альбуминурию.
4. Биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, холестерин, триглицериды, мочева кислота, креатинин, глюкоза, Na, K, ЛПНП, ЛПВП, тропонин).
5. Коагулограмма.
6. Анализ крови на ВИЧ, HCV, HBsAg, ВИЧ, анти-HCV.
7. Биохимический анализ крови (дополнительно): ТТГ.
8. ЭКГ (ГБ).
9. Рентгенография грудной клетки (ГБ).
10. УЗДГ МАГ (дополнительно) (ДЭП 2 ст., ГБ).
11. ЭХОКГ (ГБ, ИБС).
12. УЗИ почек и надпочечников (ГБ).
13. ХМЭКГ (дополнительно) (ИБС, Стенокардия II ФК, ПИКС – ишемия, паузы).
14. Окулист (ГБ).
15. Невролог.
16. СМАД.

Дополнительные обследования по сопутствующей патологии

1. Хирург.
2. Аудиолог.

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ
ИССЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ**
Дополнительные методы исследования

1. Общеклинический анализ крови. 05.09.16. ГКГ МВД РФ

| | | | | |
|--------|--------|------|-----------------|------------|
| PAT#: | SEX: U | DOC: | LOC: | |
| AGE: | 8800 | 2mo | | |
| PCOM: | | | | |
| TEST | RESULT | ABN | NORMALS | UNITS |
| WBC | 6.43 | | (4.0 - 9.0) | x10.e9 /L |
| RBC | 4.59 | | (3.9 - 5.3) | x10.e12 /L |
| HGB | 135 | | (120 - 170) | g/L |
| HCT | 41.8 | | (36 - 48) | % |
| MCV | 91.1 | | (80 - 99) | fL |
| MCH | 29.5 | | (27 - 31) | pg |
| MCHC | 323 | | (300 - 380) | g/L |
| MHCM | 323 | | (300 - 380) | g/L |
| CH | 29.3 | | (24 - 35) | pg |
| MDW | 13.4 | | (11.5 - 14.5) | % |
| RDW | 22.6 | | (22 - 32) | g/L |
| PLT | 179 | | (150 - 380) | x10.e9 /L |
| MPV | 7.2 | | (7.2 - 11.1) | fL |
| #NEUT | 67.4 | | (40 - 74) | % |
| #LYMPH | 22.9 | | (18 - 42) | % |
| #MONO | 5.9 | | (2.0 - 11.0) | % |
| #EOS | 1.4 | | (0.5 - 5.0) | % |
| #BASO | 0.6 | | (0 - 1.0) | % |
| #LUC | 1.9 | | (0 - 4) | % |
| #NEUT | 4.33 | | (2.0 - 6.0) | x10.e9 /L |
| #LYMPH | 1.47 | | (1.2 - 3.0) | x10.e9 /L |
| #MONO | 0.38 | | (0.09 - 0.6) | x10.e9 /L |
| #EOS | 0.09 | | (0.02 - 0.3) | x10.e9 /L |
| #BASO | 0.04 | | (0 - 0.065) | x10.e9 /L |
| #LUC | 0.12 | | (0 - 0.4) | x10.e9 /L |

COA-20

ВР СИМОНОВА
ФП МАМАЕВА

Заключение: незначительное снижение уровня моноцитов и повышение эозинофилов говорит о наличии инфекционно-воспалительного процесса.

2. Общий анализ мочи. 05.09.16. ГКГ МВД РФ

| Показатель | Результат | Норма |
|------------|-----------|----------------|
| Лейкоциты | 500 | до 2000 в 1 мл |
| Эритроциты | 500 | до 1000 в 1 мл |
| Цилиндры | — | до 20 в 1 мл |

ВРАЧ И.И. МАТИРОСОВ А.С.
Врач

| Разведение: | | 1:1 | и 8800 | 24.10 |
|--------------------------------------|---------------------|--------------------|--------|-------|
| Физико-химические свойства: | | | | |
| Информация о тест-полосках: AX-Stick | | | | |
| Параметр | Результат | Норма | | |
| Глюкоза: | Норма | < + (1.7 ммоль/л) | | |
| Белок: | - | < + (0.1 г/л) | | |
| Билирубин: | - | < +1 (8.5 ммоль/л) | | |
| Уробилиноген: | Норма | < +1 (34 ммоль/л) | | |
| pH: | 5.0 | | | |
| Гемоглобин: | - | < + (0.3 мг/л) | | |
| Кетоны: | - | < + | | |
| Нитриты: | - | < +1 | | |
| Реакция на эстеразу (лейкоциты): | 250 Лей/мкл Лей/мкл | < 25 Лей/мкл | | Н |
| Прозрачность: | Прозрачная | | | |
| Удельный вес: | 1.018 | | | |
| Цвет: | Желтая | | | |
| Микроскопия: | | | | |
| Параметр | Результат | Норма | | |
| Эритроциты: | <1 /HPF | < 2 /HPF | | |
| Лейкоциты: | 3 /HPF | < 6 /HPF | | |
| Плоский эпителий: | 3 /HPF | < 2 /HPF | | Н |
| Переходный эпителий: | <1 /HPF | < 1 /HPF | | |
| Гиалиновые цилиндры: | <1 /HPF | < 2 /HPF | | |
| Кристаллы мочевой кислоты: | СКУДНО | < НЕТ | | |

Заключение: повышение лейкоцитов (реакция на эстеразу) и плоского эпителия говорят о наличии инфекционно-воспалительного процесса и попытке его подавления.

3. Анализ мочи на альбинурию. 07.09.16. ГКГ МВД РФ

| Биохимический анализ мочи | | |
|---------------------------|----------------------|-----------------------|
| Исследование | Результаты измерений | Нормальные значения |
| Микроальбумин | 2,4 | до 30,0 мг/сут |
| Альфа-амилаза | — | до 650,0 Ед/сут |
| Мочевая кислота | — | 1,48 – 4,43 ммоль/сут |
| Кальций | — | 2,5 – 7,5 ммоль/сут |
| Фосфор | — | 12,9 – 42,0 ммоль/сут |

0 - 1000,0 мкм Врач: Федорина И. Д.

Заключение: изменений не выявлено.

4. Биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, холестерин, триглицериды, мочевая кислота, креатинин, глюкоза, Na, K, ЛПНП, ЛПВП, тропонин). 09.09.16. ГКГ МВД РФ

| SID : 13 | Sample No : | 8800 | DATE : 2017/09/05 |
|-----------|-------------|--------|-------------------|
| TEST NAME | RESULT | UNITS | NORMAL RANGE |
| Na | 143 | mmol/l | 132-146 |
| K | 5.5 | mmol/l | 3.5-5.5 |
| CREA | 137.1 | umol/l | H 53-115 |
| UN | 13.99 | mmol/l | H 3.2-8.3 |
| DBIL_2 | 2.5 | umol/l | 0-3.4 |
| UA | 472.91 | umol/l | 184-547 |
| TP | 59.87 | g/L | 57-82 |
| AST | 29 | U/L | 10-34 |
| ALT | 24 | U/L | 10-49 |
| D-HDL | 1.38 | mmol/l | >1.6 |
| LDL | 4.2 | mmol/L | H 2.6-3.3 |
| TBIL_2 | 10.8 | umol/l | 5-21 |
| CholBC | 6.28 | mmol/l | H 3.6-5.2 |
| TriBC | 1.45 | mmol/l | 0.5-2.83 |

| | |
|--------------|-----------------------------|
| Имя пациента | |
| Tnl | <0,010 microg/L [- 0,023] |

Заключение: повышенная мочевины свидетельствует об интоксикации, повышенные ЛПВП и холестерин указывают на ИБС.

5. Коагулограмма. 05.09.16. ГКГ МВД РФ

| Параметр | Результаты измерений | Нормальные значения |
|------------------------------|----------------------|---------------------|
| 1. АЧТВ (сек.) | 33 | 26 – 40 сек. |
| 2. Протромбиновый индекс (%) | 124 | 70 – 130 % |
| 3. МНО | 0,8 | ----- |
| 3. Фибриноген (г/л) | 3,0 | 1,75 – 3,5 г/л |
| 4. Тромбиновое время (сек.) | 18 | 14 – 21 сек. |
| 5. Этаноловая проба | | Отрицат. |
| 6. Антитромбин III (%) | 7 | 75 – 125 % |
| 7. D-Димер (мкг/л) | | до 555 мкг/л |

Врач С.К. Минин

Заключение: изменений не выявлено.

6. Анализ крови на ВИЧ, HCV, HBsAg, ВИЧ, анти-HCV. 05.09.16. ГКГ МВД РФ

| Ф.И.О. <u>8800</u> | отд. <u>200</u> | |
|--------------------------------|-----------------|---|
| № п/б | | |
| В доставленной пробирке: | Результат | Название тест-системы |
| ВИЧ Ag/At | отрицательно | КомбиБест ВИЧ-1,2Ag/At |
| HBsAg | отрицательно | Вектоген В HBs-антиген |
| ВГС Ag/At | отрицательно | ВГС Ag/At ИФА-БЕСТ |
| анти-Паллидум Ig (A,M,G) | отрицательно | РекомбиБест антипаллидум-суммарные антитела |
| РМП с кардиолипновым антигеном | отрицательно | Сифилис Ag Кл-РМП (Эколаб) |

Врач _____

БАЧ. ЛАБ. Г. УРБАТОВА Е. Ю.

Заключение: пробы отрицательны.

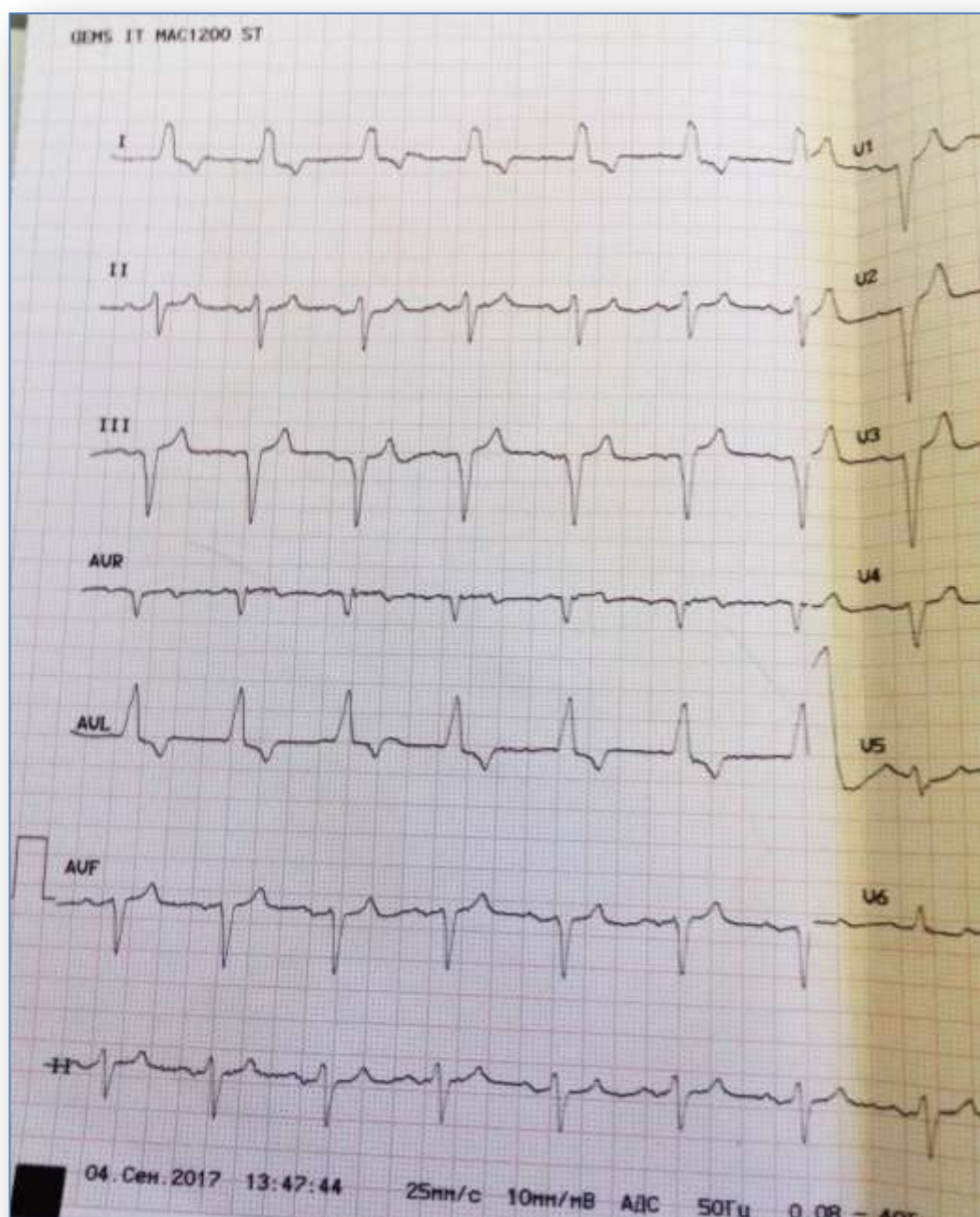
7. Биохимический анализ крови (дополнительно): ТТГ. 05.09.16. ГКГ МВД РФ

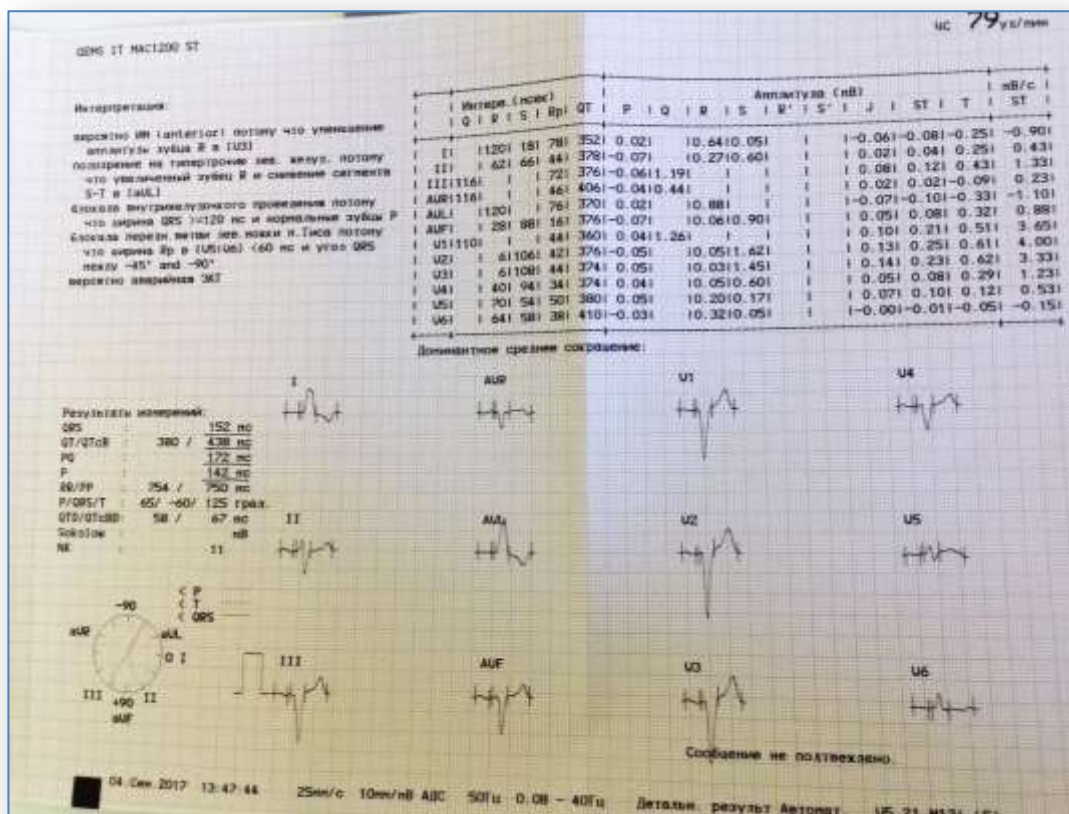
| | |
|--------------------------------|----------------------------|
| Ф. И. О. <u>Минин С.К.</u> | отделение <u>01</u> |
| ТТГ (N 0,35-4,6 μ IU/ml) - | <u>5,25</u> |
| Врач <u>С.К. Минин</u> | ВРАЧ КДЛ <u>С.К. Минин</u> |

БАЧ. ЛАБ. Г. УРБАТОВА Е. Ю.

Заключение: повышение ТТГ свидетельствует о гипотиреозе.

8. ЭКГ (ГБ). 04.09.16. ГКГ МВД РФ





1. Вольтаж достаточный – $R_1 + R_2 + R_3 = 7 + 6 + 6 = 19$ ($19 > 15$).
2. Сердечный ритм правильный – расстояние R-R сохранено во всех комплексах. $R-R = 0,76'$ (норма от $0,09'$).
3. Ритм синусовый – перед каждым комплексом зубец P.
4. ЧСС = $300 / (R-R) = 300 / 3,8 \text{ мм} = 79 \text{ уд./мин.}$ (норма до 90 уд./мин.)
5. Источник сердечного ритма: синусовый узел – наличие во II стандартном отведении положительных зубцов P, предшествующих каждому желудочковому комплексу QRS. Экстрасистола предсердная.
6. Проводимость нарушена - интервал $PQ = 0,18'$ (норма до $0,18'$), интервал $QRS = 0,12'$ (норма до $0,09'$). Блокада внутрижелудочкового проведения. Ширина R_p в V5/V6 < 60 мс и угол QRS между -45° и -90° . Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса.
7. ЭОС: отклонена влево.

Заключение: Синусовый ритм с ЧСС 79 в 1 минуту (норма до 90 уд./мин.). $R-R = 0,76'$ (норма от $0,09'$).

Вольтаж достаточный.

Правильный сердечный ритм, источник – синусовый узел.

Проводимость нарушена. Полная блокада левой ножки пучка Гиса.

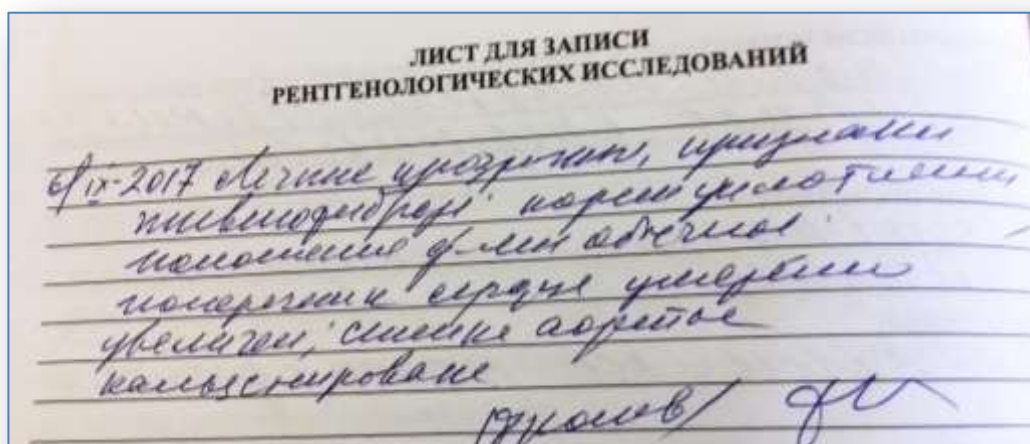
Интервал $PQ = 0,18'$ (норма до $0,18'$).

Интервал $QRS = 0,12'$ (норма до $0,09'$).

С учетом анализа нельзя исключить рубцовые изменения передней стенки миокарда ЛЖ.

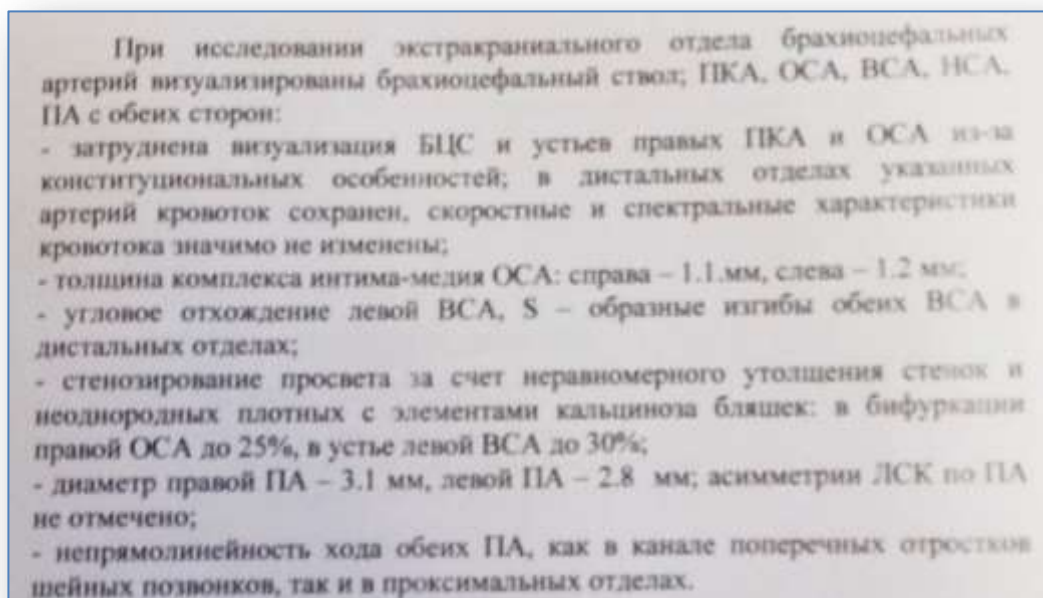
Электрическая ось сердца отклонена влево.

9. Рентгенография грудной клетки (ГБ). 06.09.16. ГКГ МВД РФ



Заключение: Лёгкие прозрачны, признаки пневмосклероза. Корни уплотнены, наложение формы обычное. Поперечник сердца умеренно увеличен. Стенка аорты кальцинирована.

10. УЗДГ МАГ (дополнительно) (ДЭП 2 ст., ГБ). 06.09.16. ГКГ МВД РФ



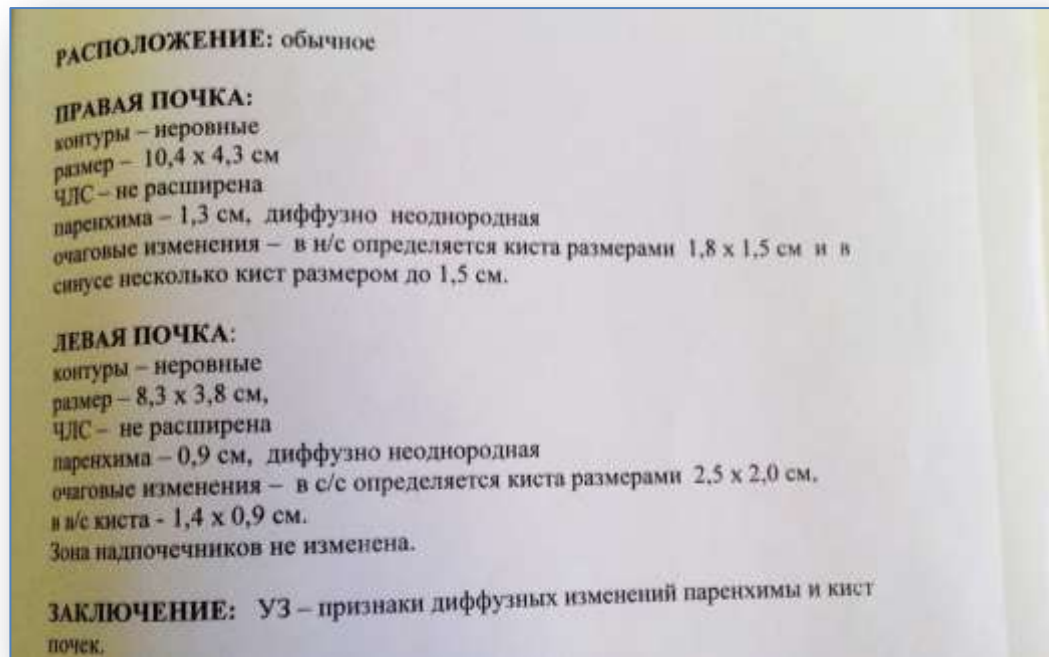
Заключение: УЗ-признаки атеросклеротических изменений экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий, гипертонической макроангиопатии, вертеброгенного влияния на ПА.

11. ЭХОКГ (ГБ, ИБС). 11.09.16. ГКГ МВД РФ

| Дата: 11.09.2017 | | Отделение: 2 ТЕРАПИЯ | |
|---|--|---|------------------|
| Срочность: Плановое | | Частота сердечных сокращений: 66 в 1 минуту | |
| Основные показатели | | Фактическая величина | Должная величина |
| Конечно-диастолический размер левого желудочка (см) | | 5,2 | 3,5 - 5,9 |
| Конечно-систолический размер левого желудочка (см) | | 3,6 | 2,5 - 4,0 |
| Конечно-диастолический объем левого желудочка (мл) | | 130 | 60 - 179 |
| Конечно-систолический объем левого желудочка (мл) | | 54 | 30 - 65 |
| Фракция изгнания левого желудочка (%) | | 58 | 55 - 74 |
| Толщина межжелудочковой перегородки в диастолу (см) | | 1,3 | 0,6 - 1,1 |
| Толщина стенки (задне-боковой) левого желудочка в диастолу (см) | | 1,2 | 0,6 - 1,1 |
| Масса миокарда левого желудочка (г) | | 263 | < 163 |
| Конечно-диастолический размер правого желудочка (см) | | 2,0 | 1,2 - 2,4 |
| Размер левого предсердия (см) | | 4,2 | 1,9 - 3,9 |
| Диаметр корня аорты (см) | | 3,0 | 2,5 - 3,9 |
| Заключение: | | | |
| <p>Гипертрофия миокарда левого желудочка. Форма гипертрофии: концентрическая. Выраженность значительная. ИММ 142 г/м² (N м<116 г/м² ж<96 г/м²).</p> <p>Глобальная сократительная функция левого желудочка не нарушена. Гипокинез среднего передне-перегородочного сегмента, апикального перегородочного сегмента, апикального и среднего передних сегментов левого желудочка.</p> <p>Диастолическая функция изменена по 2 типу. E/A= 2,9</p> <p>Уплотнение стенок аорты. Створки аортального клапана утолщены, деформированы, раскрытие их ограничено до 12 мм. Трансклапанный градиент давления пиковый 30 Нг (N до 10 Нг), средний градиент 15 мм рт.ст. Стеноз устья аорты, выраженность обструкции незначительная.</p> <p>Аортальная регургитация 1 ст.</p> <p>Уплотнение фиброзного кольца и створок митрального клапана.</p> <p>Митральная регургитация 2 ст. Трансмитральный градиент пиковый 5 ммНг.</p> <p>Конечно-диастолический объем левого предсердия увеличен - 86 мл.</p> <p>При исследовании правого желудочка патологии не выявлено</p> <p>Трикуспидальная регургитация 1-2 ст. Конечно-диастолический объем правого предсердия увеличен - 70 мл. Легочная артерия без особенностей.</p> <p>Регургитация на клапане легочной артерии 1 ст.</p> <p>Систолическое давление в легочной артерии 55 Нг (N до 30 Нг).</p> | | | |

Таранова А.В.

12. УЗИ почек и надпочечников (ГБ). 07.09.16. ГКГ МВД РФ



13. УЗИ щитовидной железы (ГБ). 07.09.16. ГКГ МВД РФ





РАСПОЛОЖЕНИЕ: обычное.
КОНТУРЫ: ровные, четкие.

РАЗМЕРЫ: толщина перешейка – 1.9 мм.
Правая доля: ширина – 17 мм; толщина – 16 мм; длина – 46 мм.
Левая доля: ширина – 13 мм; толщина – 12 мм; длина – 41 мм.

ЭХОСТРУКТУРА: диффузно неоднородная.
ОЧАГОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ: в правой доле определяется участок пониженной эхогенности размерами 0.7x0.35 мм, при ЦДК без кровотока. В левой доле определяется округлое образование сниженной эхогенности неоднородной эхоструктуры, размерами 0.4x0.4 мм.
Васкуляризация – несколько усилена.
Регионарные л/у – не увеличены.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: УЗ-признаки диффузно-узловых изменений щитовидной железы.

Заключение: УЗ-признаки диффузно-узловых изменений щитовидной железы.

14. ХМЭКГ (дополнительно) (ИБС, Стенокардия II ФК, ПИКС – ишемия, паузы). 10-11.09.16. ГКГ МВД РФ

УСС

| | Всего | Сам | Восстановление |
|-----------|-------|-----|----------------|
| Мин. УСС | 40 | 40 | 41 |
| Сред. УСС | 50 | 48 | 52 |
| Макс. УСС | 71 | 71 | 69 |

Продолжительность брадикардии: 10:07:30. Всего эпизодов: 108 (47 дней, 61 ночь).
Наибольший фрагмент = 03:16:02 до 04:03:57 (Длительность: 00:47:04, УСС 45 (0,00%)).

Ритм

Основной ритм: Синусовый.

Ритм брадикардии: Продолжительность: 10:07:30. 47% от общей продолжительности. Количество эпизодов: 108. УСС минимальное 40, УСС максимальное 49, УСС средняя 46.

Ритм аритмии: Продолжительность: 00:00:03. 0% от общей продолжительности. Количество эпизодов: 192. УСС минимальное 36, УСС максимальное 88, УСС средняя 48.

Паузы

| | Всего | Сам | Восстановление | Мин. сек. | Макс. сек. |
|------------------------------|-------|-----|----------------|-----------|------------|
| Синусовальные <= 1.9 сек ср. | 0 | 0 | 0 | | |
| Синусовальные > 1.9 сек ср. | 0 | 0 | 0 | | |
| Абсолютные <= 2.0 сек | 0 | 0 | 0 | | |
| Абсолютные > 2.0 сек | 5 | 4 | 1 | 2.0 | 2.1 |

постэкстрасистолические паузы.

Желудочковая эктопическая активность

Желудочковая экстрасистол не выявлено.

Наджелудочковая эктопическая активность

Выявлено 1098 наджелудочковых экстрасистол: 534 днем и 564 ночью.

- Единичных экстрасистол: 675 (336 ночью, 339 днем).
- Эпизодов парной экстрасистолы: 87 (38 ночью, 49 днем).
- Эпизодов групповой экстрасистолы: 43 (35 ночью, 28 днем).

ST сегменты

Эпизодов нарушения ST не зафиксировано.

PQ

Увеличение интервала PQ относительно порога = 0.23 сек :

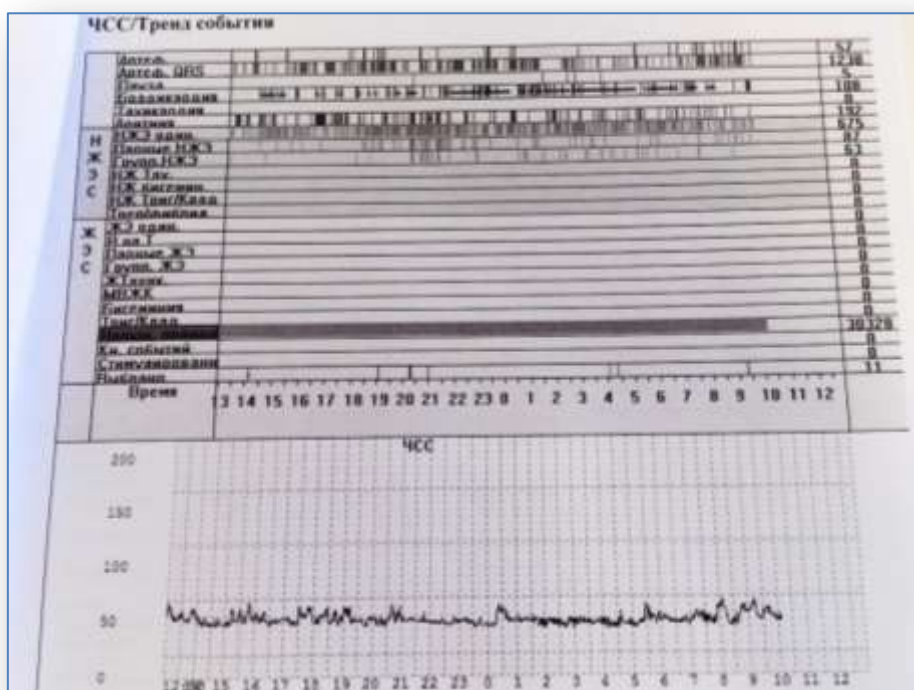
- Не зафиксировано.

QT

Увеличение интервала QT относительно порога = 0.48 сек 1 не зафиксировано.

Заключение

За период наблюдения регистрировался синусовый ритм. Большая блокада левой ножки пучка Гиса.
Минимальная УСС 40.
Максимальная УСС 71.
Средняя УСС 50.
Паузы более 2.5 сек было 0.
Желудочковых экстрасистол - 0.
Наджелудочковых экстрасистол - 1098: единичных - 675, парных - 87, групповых - 43 (малее 11 сокращений).
Общая длительность эпизодов ST - 0.



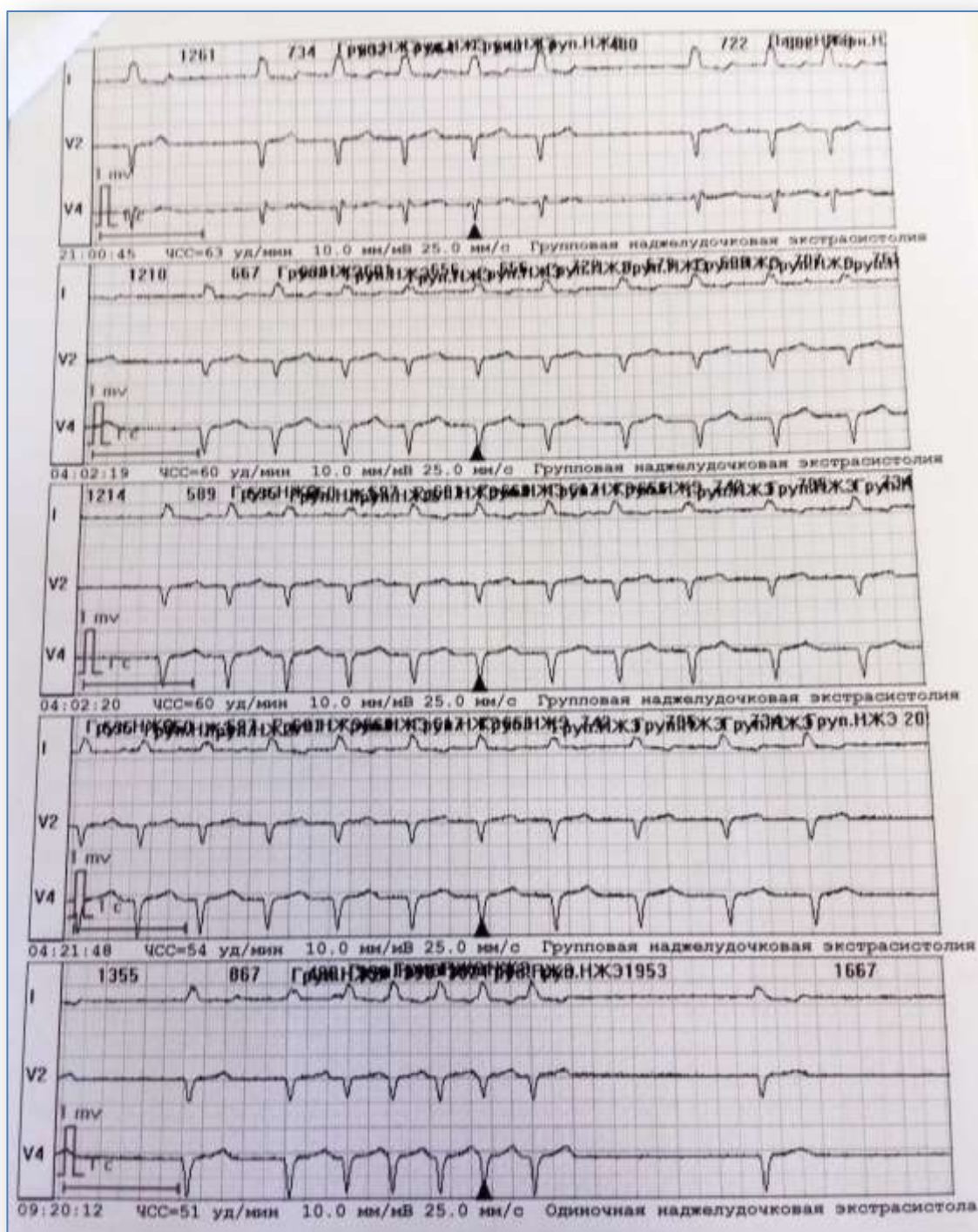
Основание:

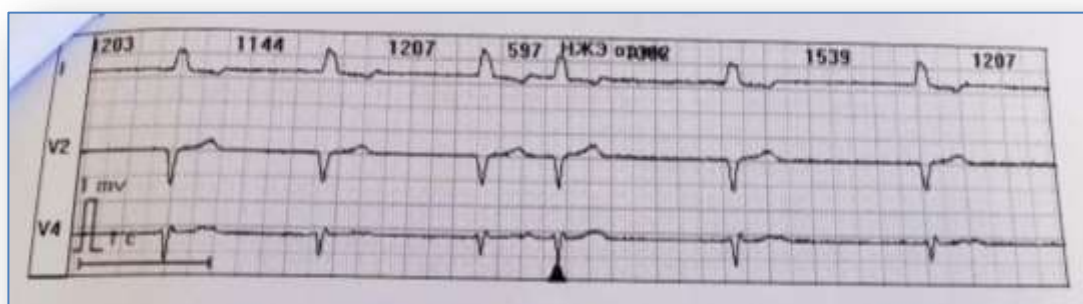
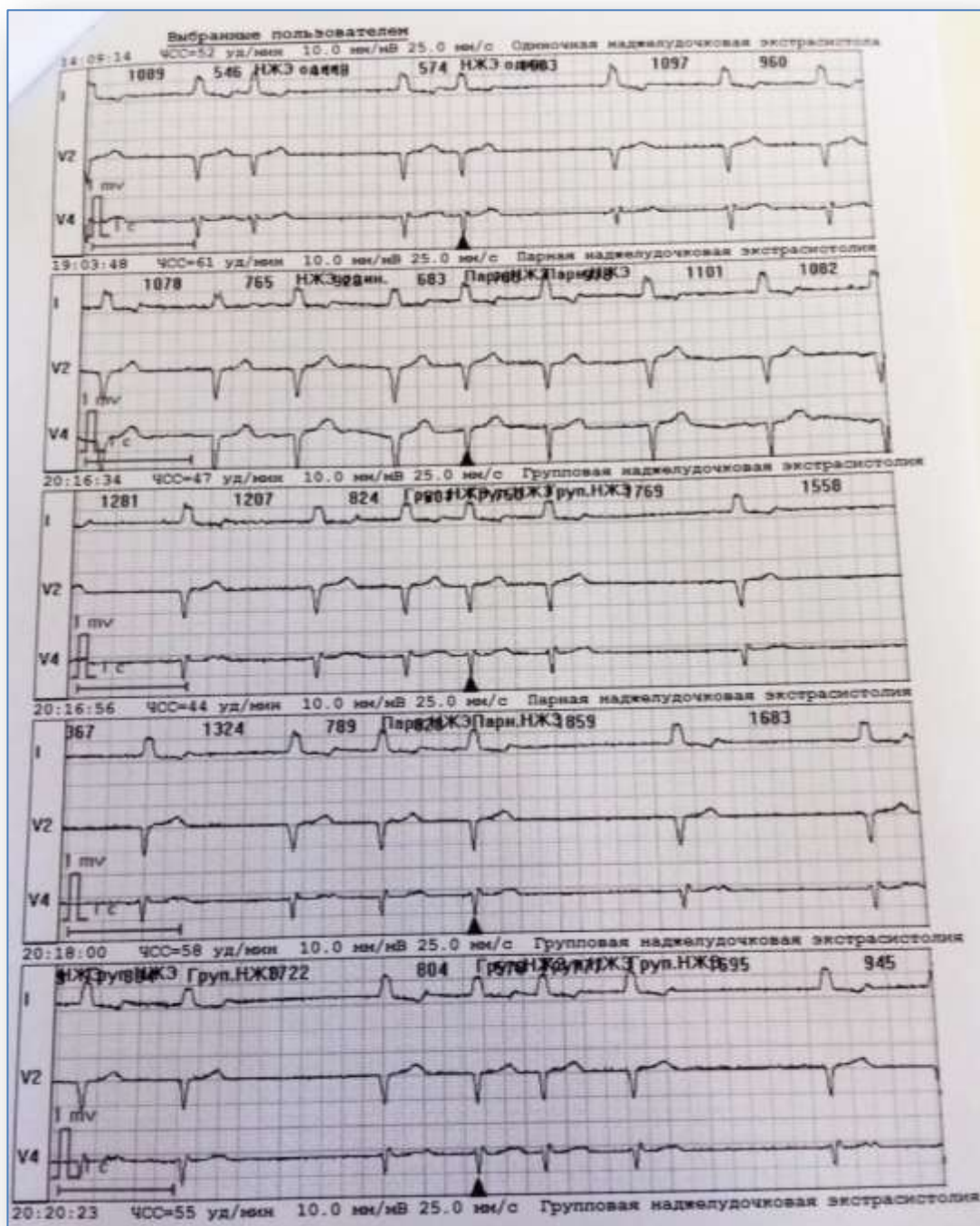
Отчёт о регистрации:

| Регистрация | Время | Брадикардия | Значение | Время | Продолжительность |
|------------------|--------------------|----------------|--------------------------|---------------|-------------------|
| Начало | 12:58:00 | 108 | | | |
| Окончание | 10:09:46 | Макс. фрагмент | | 03:16:03 | 00:47:04 |
| Длительность | 21:11:46 | Тахикардия | | | |
| Непрерывная ЭКГ | 1.90% | Макс. фрагмент | | | |
| Базовый ритм | Синусовый | Пауза | 5 аномальных ритмических | | |
| | | Общие | Син | Бодрирование | |
| | | Значение | Значение | Значение | Время/% |
| Общий ритм | Всего QRS | 64115 | 28842 | 35273 | |
| | Мин. ЧСС (уд/мин) | 40 | 40 | 41 | 08:21:05 |
| | Сред. ЧСС (уд/мин) | 50 | 48 | 52 | |
| | Макс. ЧСС (уд/мин) | 71 | 71 | 69 | 15:48:44 |
| | Мин. R-R (мс) | 382 | 382 | 429 | 15:34:35 |
| Синусовый ритм | Макс. R-R (мс) | 2070 | 2070 | 2035 | 20:22:40 |
| | Мин. ЧСС (уд/мин) | | | | |
| | Сред. ЧСС (уд/мин) | | | | |
| | Макс. ЧСС (уд/мин) | | | | |
| | Мин. N-N (мс) | | | | |
| Другие параметры | Макс. N-N (мс) | | | | |
| | ЖЭ (все QRS) | 0 | 0.00% | | |
| | НЖЭ (все QRS) | 1098 | 1.71% | 564 | 0.88% |
| | Нарушений ритма: | 1.096 | | | |
| | | Болр. | Син | Всего событий | Макс./ч |
| | | Время | Продолжительность | ЧСС (уд/мин) | |
| Одиночные ЖЭ | | | | | |
| В на Т | | | | | |
| Парные ЖЭ | | | | | |
| Групп. ЖЭ | | | | | |
| Ж. тахикардия | | | Макс. фрагмент | | |
| | | | Макс. ЧСС (уд/мин) | | |
| ЖЭ бигеминия | | | Макс. фрагмент | | |
| | | | Макс. ЧСС (уд/мин) | | |
| ЖЭ Триг/Кваз | | | Макс. фрагмент | | |
| | | | Макс. ЧСС (уд/мин) | | |
| МБЕКК | | | | | |
| Одиночные НЖЭ | | 339 | 336 | 673 | 85 |
| Парные НЖЭ | | 49 | 38 | 87 | 23 |
| Групп. НЖЭ | | 28 | 35 | 63 | 20 |
| НЖ тахикардия | | | Макс. фрагмент | | |
| | | | Макс. ЧСС (уд/мин) | | |
| НЖЭ бигеминия | | | Макс. фрагмент | | |
| | | | Макс. ЧСС (уд/мин) | | |
| НЖЭ Триг/Кваз | | | Макс. фрагмент | | |
| | | | Макс. ЧСС (уд/мин) | | |
| Трепет/фибрил | | | | | |
| Аритмия | | 137 | 55 | 192 | |
| | | | Макс. фрагмент | 20:21:41 | 00:00:21 |
| | | | Макс. ЧСС (уд/мин) | 20:42:18 | 88 |
| Наруш. проводим. | | 16275 | 14053 | 30328 | 1697 |
| | | | | | |
| | | I | V2 | V4 | |
| | | Значение | Время | Продолжит. | Значение |
| | | Значение | Время | Продолжит. | Значение |
| Мин ST | | - | - | - | - |
| Макс ST | | - | - | - | - |

Подпись:

Напечатано: 11.09.2017 12:21:30 Холтеровское мониторирование ЭКГ «Кардио - АСТЕЛ» ООО «Фирма «Астел»





15. Окулист (ГБ). 11.09.16. ГКГ МВД РФ

Консультация офтальмолога

Жалобы: на слезотечение в ОУ

Визия OD = 0,05 sph -2,0 = 0,4
 Визия OS = 0,3 sph +0,75 cyl -1,25 ax 90 = 0,5

БИОМИКРОСКОПИЯ ОУ

Придаточный аппарат без патологических изменений.
 Конъюнктивы спокойны
 Роговица прозрачна, поверхность ровная
 Кольца Кайзера отсутствуют
 Передняя камера средней глубины, равномерная
 Радужка структурна, пигментная кайма сохранена
 Зрачок правильной формы, диаметр 3 мм, реакция на свет живая.
 Хрусталик OD: ИОЛ, __, задняя капсула уплотнена
 Хрусталик OS: начальные помутнения в кортексе, __, задняя капсула прозрачна
 Стекловидное тело прозрачно

ГЛАЗНОЕ ДНО

ДЗН бледно-розовый, границы четкие, физиологическая excavation, сосудистый пучок в центре
 Артерии сужены, склерозированы
 Вены несколько расширены, кровенаполнение умеренное
 Соотношение А/В 2/3
 Macula lutea: без патологии
 Периферия: без патологии

Заключение: артефакция OD, начальная старческая катаракта OS, ангиосклероз сетчатки

Рек-но: капли индоколлин по 1 к 3 р/д в оба глаза 2 недели

| 1192 | | | | |
|------------------|-------|----------|-----|----|
| 8/SEP/2017 09:41 | | | | |
| WD=12.00mm | | | | |
| <R> | S | C | A | |
| E++ | -1.00 | -3.25 | 95 | +E |
| | -4.00 | -1.00 | 105 | +E |
| E++ | -4.50 | -0.50 | 166 | +E |
| E++ | -3.75 | -1.00 | 49 | +E |
| E++ | -8.50 | -1.00 | 49 | +E |
| <L> | S | C | A | |
| | +1.25 | -1.50 | 88 | 8 |
| | +0.75 | -1.25 | 91 | 8 |
| | +0.75 | -1.25 | 85 | 8 |
| <A> | 0.75 | -1.25 | 88 | |
| PD 73 | | | | |
| NIDEK | | ARK-530A | | |

Заключение: артефакция OD, начальная старческая катаракта OS, ангиосклероз сетчатки.

Рекомендовано: капли индоколлин по 1 к.х3 р./д. в оба глаза 2 недели.

16. Психотерапевт 09.09.16. ГКГ МВД РФ

Жалобы на нарушение ночного сна, плаксивость.

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. К психиатрам (психотерапевтам) не обращалась, психотропную терапию не принимала. ЗЧМТ отрицает, судороги, потери сознания отрицает. В 2017г. умер муж. С медицинской документацией ознакомлена, дополнений нет.

Психический статус: в сознании. Самостоятельно проходит в кабинет. Походка шаткая. Контактна. Ориентирована всесторонне верно. Сидит в свободной позе. Смотрит на врача. Поведение упорядочено. Говорит по существу в плане заданного. Плаксива. Сообщает, что «недавно похоронила мужа, теперь из дома совсем не выхожу, раньше с ним выходила». Фиксирована на утрате. Жалобы на нарушение ночного сна. Настроение несколько снижено. Эмоции лабильны. Мышление последовательное, обстоятельное, ригидное. Суждения логичны. Внимание отвлекаемо. Память и интеллект соответствуют возрасту и полученному образованию. Суицидальные мысли отрицает на момент осмотра. Острой психосимптоматики на момент осмотра не выявлено. Астенизирована. Критика сохранена

Заключение: Органическое астеническое расстройство.

Рекомендовано:

1. Имован 7,5 мг по ½ т на ночь
2. Фенибут 250 мг утро, вечер
3. Грандаксин 50 мг ½ т утро, обед до 16:00

Заключение: Органическое астеническое расстройство.

Дополнительные обследования по сопутствующей патологии

17. Аудиолог. 10.09.16. ГКГ МВД РФ



Жалобы: на головокружение несистемного характера... ухудшение слуха.
 Объективно: Уши АД/АС. Слуховой проход свободен. Барабанная перепонка серая со всеми опознавательными контурами. АД/АС- ш.р.0м, р.р- больше 3м.
 Нос. Слизистая оболочка бледно-розовая, отделяемого нет. Носовая перегородка по средней линии. Дыхание через нос свободное.
 Ротоглотка. Слизистая бледно-розового цвета. Миндалины 2 степени патологического отделяемого нет. Слизистая оболочка задней стенки глотки субатрофична.
 Носоглотка.- свободна.
 Гортань. Вход свободен. Голосовые складки белесоватые, соприкосновение полное. Голосовая функция в полном объеме. Подскладочное пространство свободное.
 При вестибулометрии выявлена гипорефлексия вестибулярных проб, более выраженная слева. При тонально-пороговой аудиометрии выявлено снижение слуха по нейросенсорному типу 1 ст.
 Диагноз. Вестибулопатия сосудистого генеза. Хроническая двусторонняя нейросенсорная тугоухость 1 ст.
 Рекомендовано. Сосудистая, симптоматическая терапия...

Заключение: Вестибулопатия сосудистого генеза. Хроническая двусторонняя нейросенсорная тугоухость 1 ст.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Основные заболевания: Гипертоническая болезнь III ст. Артериальная гипертензия 3 ст., риск 4. Гипертонический криз от 03.09.17. ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. ПИКС неясного генеза.

Осложнения: ХСН I, ФК 2. Предсердная экстрасистолия. БЛНПГ.

Сопутствующие заболевания: ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. ХСН II. Хроническая ишемия головного мозга 2 стадии, смешанного генеза. Остеохондроз позвоночника. Варикоз нижних конечностей. ХВН I ст. Хронический геморрой. Пупочная грыжа. Вторичная катаракта левого глаза. Вестибулопатия. Нейросенсорная тугоухость.

ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

I.) Клинический диагноз выставлен при исключении симптоматической (вторичной) АГ и на основании анамнеза (поражение органов-мишеней: нарушение зрения; наличие факторов риска: гиподинамия, повышенный уровень холестерина в крови, атеросклеротические изменения экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий; ранее эффективная гипотензивная терапия; гипертонический криз от 03.09.2017 г, АД 190/110, наличие осложнений: ХСН I, ФК 2, предсердная экстрасистолия, БЛНПГ); жалоб пациента (на головокружение, шаткость походки, общую слабость, головную боль, нарушение сна, мелькание мушек перед глазами, шум в ушах, снижение слуха), физикального исследования (увеличение силы верхушечного толчка; мягкий систолический шум в I точке аускультации, пульс хорошего наполнения и напряжения, большой и твердый; АД 190/110); лабораторной и инструментальной диагностики (ЭКГ: полная блокада левой ножки пучка Гиса, гипертрофия левого желудочка, ПС экстрасистолия; Rh грудной клетки - стенка аорты кальцинирована; УЗДГ МАГ - УЗ-признаки атеросклеротических изменений экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий, гипертонической макроангиопатии, вертеброгенного влияния на ПА; ЭХОКГ – гипертрофия миокарда левого желудочка, уплотнение

стенок аорты, клапанная регургитация; ХМЭКГ – нарушения сердечного ритма, ПС экстрасистолия).

II.) 1. Гипертоническая болезнь III стадии выставлена на основании имеющейся у больной ИБС: стенокардии напряжения II ФК.

2. Уровень повышения систолического АД составляет более 180 мм. рт. ст., что соответствует III степени артериальной гипертензии (тяжелая АГ). АД составляло 190/110 мм. рт. ст., т.к. значение систолического и диастолического АД по «Классификации уровней АД» попадают в разные категории, то устанавливается более высокая степень АД.

3. Очень высокий риск (риск ССО 4) сердечно-сосудистых осложнений, т. к. АГ 3 степени >180/110 и имеются поражение органов-мишеней.

III. Гипертонический криз от 03.09 17. выставлен на основании анамнеза (поражение органов-мишеней: нарушение зрения; наличие факторов риска: гиподинамия, повышенный уровень холестерина в крови, атеросклеротические изменения экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий; ранее эффективная гипотензивная терапия; АД 190/110, наличие осложнений: ХСН I, ФК 2, предсердная экстрасистолия, БЛНПГ); жалоб пациента (резкое ухудшение состояния, усиление описанных выше симптомов), физикального исследования (увеличение силы верхушечного толчка; мягкий систолический шум в I точке аускультации, пульс хорошего наполнения и напряжения, большой и твердый; АД 190/100).

IV. ИБС выставлена на основании анамнеза (поражение органов-мишеней: нарушение зрения; наличие факторов риска: гиподинамия, повышенный уровень холестерина в крови, атеросклеротические изменения экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий;); физикального исследования (увеличение силы верхушечного толчка; мягкий систолический шум в I точке аускультации, пульс хорошего наполнения и напряжения, большой и твердый; АД 190/110); лабораторной и инструментальной диагностики (БХ крови – повышенный холестерин, ЭХОКГ, ХМЭКГ).

V, VI. Стенокардия напряжения II ФК. ПИКС неясного генеза выставлены по результатам инструментальной диагностики (ЭХОКГ, ХМЭКГ)

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Между гипертонической болезнью и вторичной артериальной гипертензией:

- почечной;
- вазоренальной;
- эндокринной.

1. Почечная АГ (ренопаренхиматозная АГ) - системное повышение АД вследствие патологии почек (непосредственно ткани почек).

Наиболее часто развивается АГ при гломерулонефрите и пиелонефрите.

1) При хроническом гломерулонефрите:

- В клинической картине наблюдается преимущественно повышение ДАД, устойчивость АД и отсутствие кризов. У данного пациента не наблюдается преимущественное повышение ДАД, АД не устойчиво и в анамнезе имеются ГК.

- При гломерулонефрите наблюдаются изменения в моче (хотя бы минимальные) с преобладанием эритроцитов и цилиндров. У пациента изменения в ОАМ отсутствуют.

- Изменения в биохимическом анализе крови (креатинин, мочевины) отсутствуют;

- Диагноз устанавливается на основании УЗИ и ренографии: у пациента изменения при данных видах исследования отсутствуют.

2) При хроническом пиелонефрите:

- Пиелонефритический генез АГ позволяет интермиттирующий характер повышения АД, связанный с обострением пиелонефрита. При этом определяются клинические признаки основного заболевания: познабливание, дизурия, олигурия, одутловатость лица, субфебрилитет, признаки воспалительного процесса в крови и моче. Все перечисленные симптомы у пациента отсутствуют.

- При исследовании мочи на фоне обострения пиелонефрита определяется стойкая гипоизостенурия, лейкоцитурия и бактериурия, иногда – гематурия. Данные симптомы у пациента не выявлены.

- При исследовании крови – клинические признаки воспаления, может быть анемия.

- Диагноз устанавливается на основании инструментальных методов исследования – выявления деформации чашечно-лоханочного аппарата, уменьшения размеров почек и нарушения функции, асимметрия поражения.

При УЗИ и ренографии данные поражения отсутствуют.

Симптом поколачивания отрицательный.

Следовательно, можно сделать вывод, что у данного пациента не почечная АГ.

2. Вазоренальная АГ - форма почечной артериальной гипертензии, связанная с окклюзией почечной артерии или её ветвей.

Основные причины вазоренальной АГ, приводящие к сужению просвета почечных артерий:

1) атеросклероз магистральных артерий почек;

2) фибромускулярная (фибромышечная) дисплазия - фиброз или мышечное утолщение оболочек артерий.

Стеноз почечной артерии → активация РААС → повышение системного артериального давления.

Диагностическим признаком стеноза почечных артерий является выслушивание шума над брюшной аортой и в проекции почечных артерий, у данного пациента указанные шумы не выслушиваются. При лабораторной диагностики у больных с реноваскулярной АГ:

1) в биохимическом анализе крови наблюдается повышение уровня креатинина, у моего пациента уровень креатинина (91,0 мкмоль/л, норма от 53 мкмоль/л до 115 мкмоль/л) в норме;

2) в общем анализе мочи отмечается протеинурия, эритроцитурия, наиболее чувствительный маркер- микроальбуминурия, у пациента в ОАМ белок,

эритроциты отсутствуют, уровень микроальбинурии достигает 17 мг/сут., что соответствует норме (норма до 30 мг/сут.);

3) в пробе Реберга снижение клубочковой фильтрации, у пациента же клубочковая фильтрация не изменена (111,2 мл/мин, норма от 80 мл/мин до 170 мл/мин).

При инструментальных исследованиях больных с вазоренальной АГ:

1) На УЗИ почек выявляется типичное для стеноза почечных артерий равномерное уменьшение ишемизированной почки в размерах, у пациента размеры почек в норме;

2) Проведение радиоизотопной ренографии - метод определения парциальной функциональной способности почек, т. е. каждой из них в отдельности, позволяет судить не только о суммарной и раздельной функции почек, но и о локализации патологического процесса в том или ином сегменте нефрона, у пациента результаты данного исследования в пределах нормы. 3) Для диагностики вазоренальной АГ проводится проба с каптоприлом (капотен), которая основана на гипотензивном эффекте его разовой дозы (25 мг). Каптоприл — это конвертирующий фермент, предотвращающий превращение ангиотензина I в вазоактивный ангиотензин II, т. е. ингибитор последнего. Действие каптоприла сопровождается повышением активности ренина как в крови из почечных вен, так и в периферической. У пациента Проба с капотеном отрицательная.

В связи с вышеизложенным, следует, что у данного пациента не вазоренальная АГ. (Также желательно провести почечную ангиографию.)

3) Эндокринные артериальные гипертензии (Синдром Кушинга):

Синдром Кушинга характеризуется гиперкортицизмом — избыточной продукцией корковым веществом надпочечников глюко- и, в меньшей степени, минералокортикоидов.

Развитие синдрома Кушинга связано с кортизолсекретирующей опухолью (аденома или аденокарцинома) одного из надпочечников или длительное лечение глюкокортикоидов.

- При данном заболевании характерно ожирение, лунообразное лицо, мышечная слабость и атрофия мышц, багровые полосы, чаще — внизу живота. У пациента нет ожирения, мышечная слабость и атрофия мышц также отсутствуют, нет багровых полос.

- При лабораторном исследовании выявляются полицитемия, лейкоцитоз, снижение толерантности к глюкозе, умеренная гипокалиемия. У пациента лейкоциты в норме, отсутствует полицитемия, количество калия не снижено.

- Диагноз подтверждается определением кортизола крови (при данном заболевании уровень кортизола повышается), у пациента уровень кортизола (утром) в норме: Кортизол крови, утро (Норма утро -4,3-22,4 мг/дл, вечер 3,1-16,7 мг/дл)- 18,96 мг/дл.

- Кроме того при УЗИ-исследовании у данного пациента зона надпочечников не изменена.

Следовательно, можно сделать вывод, что у пациента отсутствует эндокринная АГ.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

I. Немедикаментозная терапия:

1) **Коррекция гиперлипидемий** - снижение общей калорийности пищи и ограничение простых углеводов и животных жиров, исключение из пищевого

рациона крепкого кофе, чая, шоколада, копченостей, продуктов, богатых холестерином.

2) Ограничение потребления соли до 5–6 г в сутки приводит к небольшому снижению АД и способствует повышению чувствительности больных к антигипертензивной терапии.

3) Повышение потребления калия и магния, наряду с ограничением поступления ионов Na^+ , способствует снижению АД. Больному рекомендуется употреблять в пищу больше фруктов, овощей, соков.

4) Больному рекомендуется увеличение физической активности. Показаны умеренные динамические физические нагрузки, не связанные со статическим напряжением (подъем тяжестей) или чрезмерным психоэмоциональным возбуждением (например, участие в спортивных соревнованиях).

II. Медикаментозная терапия:

1) Ингибиторы АПФ/Мочегонные средства (комбинированный гипотензивный препарат) - нолипрел 1,25 мг 1 таб. X 2 раза (утро, вечер)

Механизм действия ингибиторов АПФ:

- ингибирование превращения неактивного AI в активное соединение АП, что обеспечивает уменьшение активности как почечно-надпочечниковой (гуморальной) РААС, так и тканевых РАС;

- уменьшение скорости разрушения брадикинина.

Эти два свойства ингибиторов АПФ и определяют положительные эффекты при лечении больных с эссенциальной АГ:

- системная вазодилатация артериол (уменьшение постнагрузки) и вен (уменьшение преднагрузки);

- снижение альдостеронзависимой реабсорбции Na^+ и воды в дистальных канальцах почек;

- снижение ангиотензинзависимой реабсорбции Na^+ в проксимальных канальцах почек;

- уменьшение активности САС;

- замедление прогрессирования и обратное развитие гипертрофии миокарда ЛЖ и гипертрофии

- гладкомышечных клеток сосудистой стенки;

- увеличение синтеза эндотелием релаксирующих факторов, в частности оксида азота (NO), влияющих на коронарный, церебральный и почечный кровоток.

Механизм действия мочегонных средств (диуретиков):

- определяется, в основном, их натрийуретическим и диуретическим действием, что приводит к уменьшению ОЦК и величины преднагрузки.

- снижение содержания Na^+ в сосудистой стенке сопровождается уменьшением ее реактивности в ответ на любые прессорные стимулы, в том числе на действие катехоламинов.

В результате снижается ОПСС и уровень АД.

2) Агонисты имидазолиновых рецепторов - физиотенз 0,2 мг в 17 часов.

Механизм действия:

- антигипертензивное средство с центральным механизмом действия. В стволовых структурах мозга (ростральный слой боковых желудочков) препарат селективно стимулирует имидазолин-чувствительные рецепторы, принимающие участие в тонической и рефлекторной регуляции симпатической нервной системы.

Стимуляция имидазолиновых рецепторов снижает периферическую симпатическую активность и АД.

3) Седативные средства – вальдоксан 25 мг в 20 часов.

Дополнительно:

- 1. ИПП** - омез 20 мг х2 раза (утро, вечер);
- 2. Прокинетики** - мотилиум 10 мг х 3 раза в день за 30 мин до еды;
- 3. Спазмолитики** – дюспаталин 200 мг х 2 раза (утро, вечер);
- 4. Слабительные** - лактулоза 30 мл, вечером;
- 5. НПВС** - 75 мл в/м, днем.

ДНЕВНИКИ КУРАЦИИ

05.09.17. *Жалобы* на периодические головные боли; на нарушение координации; на общую слабость; боли в позвоночнике; на шум в ушах; повышенную утомляемость.

Объективно: состояние удовлетворительное. Избыточного питания. Кожные покровы обычной окраски. Периферические узлы не увеличены. Костно-мышечная система без видимых особенностей. Язык влажный, на спинке незначительно обложен жёлтым налетом. *Органы дыхания:* дыхание везикулярное, хрипы отсутствуют. ЧД 18 в минуту. *Сердечно-сосудистая система:* тоны сердца приглушены, ритм правильный, выслушивается мелодия двух тонов. ЧСС 72 ударов в минуту. АД 145/90 мм. рт. ст. *Органы пищеварения:* живот безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка у реберной дуги. Стул был вчера. *Мочеполовая система:* симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурию отрицает. *Психоневрологический статус:* астенизирована.

Общеклинический анализ крови. Заключение: незначительное снижение уровня моноцитов и повышение эозинофилов говорит о наличии инфекционно-воспалительного процесса.

Общий анализ мочи. Заключение: повышение лейкоцитов (реакция на эстеразу) и плоского эпителия говорят о наличии инфекционно-воспалительного процесса и попытке его подавления.

Коагулограмма. Заключение: изменений не выявлено.

Анализ крови на ВИЧ, HCV, HBsAg, ВИЧ, анти-HCV. Заключение: пробы отрицательны.

Биохимический анализ крови (дополнительно): ТТГ. Заключение: повышение ТТГ свидетельствует о гипотиреозе.

06.09.17. *Жалобы* на периодические головные боли; на нарушение координации; на общую слабость; на шум в ушах; утомляемость.

Объективно: состояние удовлетворительное. Избыточного питания. Кожные покровы обычной окраски. Периферические узлы не увеличены. Костно-мышечная система без видимых особенностей. Язык влажный, на спинке незначительно обложен жёлтым налетом. *Органы дыхания:* дыхание везикулярное, хрипы отсутствуют. ЧД 17 в минуту. *Сердечно-сосудистая система:* тоны сердца приглушены, ритм правильный, выслушивается мелодия двух тонов. ЧСС 68 ударов в минуту. АД 130/85 мм. рт. ст. *Органы пищеварения:* живот безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка у реберной дуги. Стул был вчера. *Мочеполовая система:* симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурию отрицает. *Психоневрологический статус:* астенизирована.

Рентгенография грудной клетки. Заключение: Лёгкие прозрачны, признаки пневмосклероза. Корни уплотнены, наложение формы обычное. Поперечник сердца умеренно увеличен. Стенка аорты кальцинирована.

УЗДГ МАГ. Заключение: УЗ-признаки атеросклеротических изменений экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий, гипертонической макроангиопатии, вертеброгенного влияния на ПА.5.. Жалобы не предъявляет.

11.09.17. *Жалобы* на общую слабость; утомляемость.

Объективно: состояние удовлетворительное. Избыточного питания. Кожные покровы обычной окраски. Периферические узлы не увеличены. Костно-мышечная система без видимых особенностей. Язык влажный, на спинке незначительно обложен жёлтым налетом. *Органы дыхания:* дыхание везикулярное, хрипы отсутствуют. ЧД 16 в минуту. *Сердечно-сосудистая система:* тоны сердца приглушены, ритм правильный, выслушивается мелодия двух тонов. ЧСС 66 ударов в минуту. АД 120/80 мм. рт. ст. *Органы пищеварения:* живот безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка у реберной дуги. Стул был вчера. *Мочеполовая система:* симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурию отрицает. *Психоневрологический статус:* астенизирована.

Рентгенография грудной клетки. Заключение: Лёгкие прозрачны, признаки пневмосклероза. Корни уплотнены, наложение формы обычное. Поперечник сердца умеренно увеличен. Стенка аорты кальцинирована.

УЗДГ МАГ. Заключение: УЗ-признаки атеросклеротических изменений экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий, гипертонической макроангиопатии, вертеброгенного влияния на ПА.5.. Жалобы не предъявляет.

ЭХОКГ. Заключение: гипертрофия миокарда левого желудочка, уплотнение стенок аорты, клапанная регургитация.

ХМЭКГ. Заключение: гипертрофия миокарда левого желудочка. Стенокардия II ФК, ИБС, ПИКС.

Окулист. Заключение: артификация OD, начальная старческая катаракта OS, ангиосклероз сетчатки.

ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ

Пациентка находится на госпитализации в ГКГ МВД во 2-ом терапевтическом отделении с 04.09.17 г. с клиническим диагнозом:

Основные заболевания: Гипертоническая болезнь III ст. Артериальная гипертензия 3 ст., риск 4. Гипертонический криз от 03.09.17. ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. ПИКС неясного генеза.

Осложнения: ХСН I, ФК 2. Предсердная экстрасистолия. БЛНПГ.

Сопутствующие заболевания: ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. ХСН II. Хроническая ишемия головного мозга 2 стадии, смешанного генеза. Остеохондроз позвоночника. Варикоз нижних конечностей. ХВН I ст. Хронический геморрой. Пупочная грыжа. Вторичная катаракта левого глаза. Вестибулопатия. Нейросенсорная тугоухость.

Жалобы при поступлении: на головокружение, шаткость походки, боли в позвоночнике, общую слабость, головную боль, нарушение сна, мелькание мушек перед глазами, шум в ушах, снижение слуха.

В анамнезе: страдает гипертонической болезнью с 1949 года, с максимальными цифрами АД - 190/110 мм. рт. ст, постоянно принимает престариум, энап. Постепенное ухудшение отмечает с декабря 2016 г. В ночь в 03.09.17 г. на 04.09.17 г. вышеуказанные жалобы усилились. К врачу обратилась

04.09.17. с жалобами на головную боль, головокружение, нарушение координации. Зафиксировано высокое АД (190/100 мм. рт. ст.). Врачом-реаниматологом рекомендовано стационарное лечение. Госпитализирована во 2-ое терапевтическое отделение.

Перенесенные заболевания: в детстве перенесла корь, скарлатину, ветрянку. В 1949 году – паховая грыжа слева (оперирована). В 1987 году – остеохондроз позвоночника. В 1994 году – варикоз нижних конечностей. В 1998 году – острый инфаркт миокарда. В 2004 году – операция по поводу катаракты (левый глаз), 2014 год – вторичная катаракта (левого глаза). В 2001 году – хронический геморрой. В 2008 году – перелом в области левой стопы. В 2017 году – пупочная грыжа (не оперирована).

Аллергологический анамнез: амплодипин – отеки нижних конечностей, антиагреганты - изжога.

При обследовании: общее состояние: удовлетворительное. Рост 160 см. Вес 77,5 кг. Индекс массы тела: 30,3

Кожные покровы и видимые слизистые: слабо цианозной окраски, нормальной влажности. Периферических отеков нет.

Подкожная жировая клетчатка: развита избыточно.

Лимфатические узлы: не увеличены.

Костно-мышечная система: без видимой патологии.

Дыхательная система: дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 17 в мин.

Сердечно-сосудистая система: Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС- 80 уд/мин. АД- 190/110 мм. рт. ст.

Пищеварительная система: язык влажный, с желтым налетом. Живот не вздут, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края правой реберной дуги. Селезенка у края реберной дуги. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул - запоры, кал темно-коричневого цвета.

Мочеполовая система: мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Область почек безболезненная. Моча обычного цвета.

Эндокринная система: щитовидная железа не увеличена

Психоневрологический статус: Грубой очаговой патологии нет. Плаксива, вспоминает недавно умершего мужа.

Общеклинический анализ крови. Заключение: незначительное снижение уровня моноцитов и повышение эозинофилов говорит о наличии инфекционно-воспалительного процесса.

Общий анализ мочи. Заключение: повышение лейкоцитов (реакция на эстеразу) и плоского эпителия говорят о наличии инфекционно-воспалительного процесса и попытке его подавления.

Анализ мочи на альбуминурию. Заключение: изменений не выявлено.

Биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, холестерин, триглицериды, мочева кислота, креатинин, глюкоза, Na, K, ЛПНП, ЛПВП, тропонин). Заключение: повышенная мочевины свидетельствует об интоксикации, повышенные ЛПВП и холестерин указывают на ИБС.

Коагулограмма. Заключение: изменений не выявлено.

Анализ крови на ВИЧ, HCV, HBsAg, ВИЧ, анти-HCV. Заключение: пробы отрицательны

Биохимический анализ крови: ТТГ. Заключение: повышение ТТГ свидетельствует о гипотиреозе.

ЭКГ. Заключение: Синусовый ритм с ЧСС 79 в 1 минуту (норма до 90 уд./мин.). R-R=0,76' (норма от 0,09'). Вольтаж достаточный. Правильный сердечный ритм, источник – синусовый узел. Проводимость нарушена. Полная блокада левой ножки пучка Гиса. Интервал PQ=0,18' (норма до 0,18'). Интервал QRS=0,12' (норма до 0,09'). С учетом анализа нельзя исключить рубцовые изменения передней стенки миокарда ЛЖ. Электрическая ось сердца отклонена влево.

Рентгенография грудной клетки. Заключение: Лёгкие прозрачны, признаки пневмосклероза. Корни уплотнены, наложение формы обычное. Поперечник сердца умеренно увеличен. Стенка аорты кальцинирована.

УЗДГ МАГ. Заключение: УЗ-признаки атеросклеротических изменений экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий, гипертонической макроангиопатии, вертеброгенного влияния на ПА.

ЭХОКГ. Заключение: гипертрофия миокарда левого желудочка, уплотнение стенок аорты, клапанная регургитация.

УЗИ почек и надпочечников. Заключение: УЗ-признаки диффузных изменений паренхимы и кист почек.

УЗИ щитовидной железы. Заключение: УЗ-признаки диффузно-узловых изменений щитовидной железы.

ХМЭКГ. Заключение: полная блокада левой ножки пучка Гиса, гипертрофия левого желудочка, ПС экстрасистолия; ангиопатия сосудов сетчатки; вестибулопатия сосудистого генеза.

Окулист. Заключение: артифакция OD, начальная старческая катаракта OS, ангиосклероз сетчатки.

Психотерапевт. Заключение: Органическое астеническое расстройство

Аудиолог. Заключение: Вестибулопатия сосудистого генеза. Хроническая двусторонняя нейросенсорная тугоухость 1 ст.

В стационаре проводится медикаментозная терапия:

- *Ингибиторы АПФ/Мочегонные средства* (комбинированный гипотензивный препарат) - нолипрел 1,25 мг 1 таб.х2 раза (утро, вечер).
- *Агонисты имидазолиновых рецепторов* - физиотенз 0,2 мг в 17 часов.
- *Седативные средства* – вальдоксан 25 мг в 20 часов.

Дополнительно:

1. *ИППП* - омез 20 мг х2 раза (утро, вечер).
2. *Прокинетики* - мотилиум 10 мг х 3 раза в день за 30 мин до еды.
3. *Спазмолитики* – дюспаталин 200 мг х 2 раза (утро, вечер).
4. *Слабительные* - лактулоза 30 мл, вечером.
5. *НПВС* 75 мл в/м, днем.

Больная испытывает улучшение и находится в удовлетворительном состоянии, АД достигло целевых значений.

Рекомендовано: соблюдение диеты (с пониженным содержанием соли)

Гипотензивная терапия продолжается.