

CBL

Ассистент д.м.н. Казымов М.С.

Больной Н., 39 лет, поступил с жалобами на периодически возникающую интенсивную длительную давящую головную боль в затылочной области, сопровождающуюся потемнением в глазах, ощущением сердцебиения, ноющей болью и тяжестью в области сердца; общую слабость, головокружение, снижение работоспособности, быструю утомляемость.



Что бы Вы хотели узнать при детализации жалоб?



Со слов больного боли в области сердца редкие, появляются при эмоциональных напряжениях при повышении АД, ноющего характера, проходят самостоятельно. Низкой интенсивности. Сопровождаются головной болью. Ощущение перебоев в деятельности сердца больной не отмечал.

Также отмечает общую слабость, повышенную утомляемость, чувство разбитости, снижение работоспособности. Наблюдается одышка, наступающая при сильных физических нагрузках. Пациент на дыхательную систему жалоб не предъявляет.

Что Вы хотите узнать из анамнеза жизни?



История жизни больного

Анамнез vitae

Родился 17 марта 1972 года в г. Семипалатинске. В семье был вторым ребенком по счету, отцу было 28 лет, матери 23 года. Физически и психически развивался нормально. Ходить начал к году, говорить в 1,5 года. В школу пошел с 7 лет. Учился хорошо. Окончил СГПИ.

Жилищно-бытовой анамнез

Материальная обеспеченность и жилищно-бытовые условия в различные периоды жизни хорошие. В настоящее время проживает в благоустроенной квартире. Питание калорийное, качественное, достаточное, регулярное во все периоды жизни больного. На свежем воздухе пребывал и пребывает регулярно.

Трудовой анамнез

Работать начал с 22 лет, в школе, условия труда на протяжении всей жизни хорошие. В вооруженных силах не служил в связи с учебой в университете.

Перенесенные заболевания.

В детстве редко болел простудными заболеваниями. Больной лечился только консервативным путем. Оперативные вмешательства больному не выполнялись. Туберкулез, болезнь Боткина, венерические заболевания отрицает.

Семейный анамнез

Семейная и половая жизнь: Больной женат, имеет двоих детей, половое созревание наступило к 16 годам, половая жизнь нормальная. У больного двое детей (мальчик и девочка).

Наследственный анамнез

Дед больного по материнской линии страдал Гипертонической болезнью, причиной его смерти стал инфаркт миокарда. Мать и отец живы.

Эпидемиологический анамнез

В течении последних 6 месяцев контакт с инфекционными больными не имел. Укусам насекомых и грызунов не подвергался.

Никаким медицинским манипуляциям с риском заражения ВИЧ и другими инфекциями в последнее время не подвергался.

Привычные интоксикации

Не курит, наркотики не употребляет. Алкогольные напитки употребляет не чаще двух раз в месяц в небольших дозах.

Аллергологический анамнез

Наличие аллергологических заболеваний не установлено.

Гемотрансфузионная терапия не проводилась. Аллергию на пищевые продукты, косметические средства, запахи отрицает. Реакция на контакт с животными, одеждой, с шерстью, домашней пылью адекватная. При резкой перемене погоды появляется повышение АД и головная боль.

Что Вы хотите узнать из анамнеза заболевания?



История настоящего заболевания

Anamnesis morbi

Мужчина считает себя больным с ноября 2008 г. когда впервые на фоне полного здоровья почувствовал боли в области сердца, сердцебиение, резкую головную боль и головокружение. Была вызвана скорая помощь, при измерении АД 230/160 мм.рт.ст., больной был доставлен в стационар. После проведения лечения его состояние заметно улучшилось, головные боли, головокружение, боли, и тяжесть в области сердца не беспокоили. В течение двух лет заболевание не проявлялось клинически, антигипертензивной терапии больной не получал, АД не измерял.

25 января 2011 г. у больного вновь появились головная боль и боли в области сердца, АД 220/170 мм.рт.ст., он самостоятельно обратился к участковому врачу, и в течение месяца получал лечение. После проведенного лечения антигипертензивной терапии не проводилось, больной АД не измерял. В конце марта 2011 года вновь появилась резкая головная боль, сопровождающаяся тошнотой и рвотой, при измерении АД 220/175, больной повторно обратился к участковому врачу.

Что Вы хотите узнать из объективных данных?



Общий осмотр больного.

Состояние – удовлетворительное.

Сознание - ясное.

Положение – активное.

Выражение лица – спокойное.

Походка – свободная.

Телосложение – правильное.

Конституционный тип – нормостенический

Рост – 179 см

Вес - 80 кг

Индекс массы тела – 24,5

а) Кожные покровы. Бледно-розового цвета, умеренной влажности, без пигментации, тургор сохранен. Сухость кожи, шелушение, патологические высыпания сосудистых звездочек, геморрагии – отсутствуют.

б) Лимфатическая система. Затылочные, передние и задние шейные, подбородочные, околоушные, подключичные, надключичные, подмышечные, кубитальные, подколенные лимфатические узлы не пальпируются. Подчелюстные и паховые безболезненные, плотно эластической консистенции, диаметром 0,3- до 0,5 см, округлой формы, подвижные, не спаянные с окружающей тканью.

в) Мышечная система.

Развитие мышц и их тонус соответствует возрасту. При пальпации и движении болезненность не отмечается. Дрожание отдельных мышц и мышечных групп конечностей и туловища не обнаружено. Парезов и параличей нет.

г) Костно-суставная система.

При исследовании костей черепа, таза, конечностей утолщений, искривлений и других нарушений не установлено. Периостита, акромегалий, изменений концевых фаланг кистей и стоп, болезненности при пальпации и перкуссии не отмечается. Конфигурация суставов нормальная, припухлостей и деформаций нет. Болей и неприятных ощущений в других отделах костно-суставной системы не обнаружено. Хруст, флюктуации, контрактуры, анкилозы не обнаружены. Объем активных и пассивных движений в норме.

Органы дыхания

Осмотр грудной клетки

Статический осмотр: Нормостеническая форма грудной клетки. Эпигастральный угол прямой. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Ключицы выявляются хорошо, надключичные и подключичные ямки выражены. Искривлений позвоночника, асимметрий нет.

Динамический осмотр: Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Тип дыхания брюшной. Вспомогательные дыхательные мышцы не участвуют. Дыхание ритмичное, обычной глубины. Частота дыхания 16 в минуту.

Пальпация грудной клетки.

Грудная клетка эластичная, при пальпации безболезненная. Ширина межреберных промежутков 1,5 см. Окружность грудной клетки в покое - 95 см. На вдохе — 110 см. На выдохе – 84 см. Голосовое дрожание равномерно проводится на симметричные участки грудной клетки. Отмечается усиление голосового дрожания над верхними сегментами справа, из-за особенностей анатомического строения правого бронха; к базальным отделам голосовое дрожание постепенно ослабевает.

Сравнительная перкуссия легких.

На симметричных участках грудной клетки, над всей легочной поверхностью определяется ясный легочный звук. Исключение составляет физиологическое укорочение перкуторного тона в правой подмышечной области, т.к. рядом находится печень, и во 2 и 3 межреберьях слева за счет близкого расположения сердца. А слева - громкий тимпанический звук за счет близкого расположения дна желудка, заполненного воздухом.

Топографическая перкуссия легких.

Высота стояния верхушки левого легкого спереди 3 см выше середины ключицы, сзади на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Высота стояния верхушки правого легкого спереди на 4 см выше середины ключицы, сзади на уровне VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига слева и справа 6 см. Нижние границы легких по всем топографическим линиям в норме. Ширина полей Кренига слева и справа 6 см.

Топографические линии	Правого легкого	Левого легкого
Окологрудинная	5 м/р	3 м/р
Среднеключичная	6 м/р	6 м/р
Переднее подмышечная	7 м/р	7 м/р
Средне подмышечная	8 м/р	8 м/р
Заднее подмышечная	9 м/р	9 м/р
Лопаточная	10 м/р	10 м/р
Околопозвоночная	11 грудной позвонок	11 грудной позвонок

Подвижность нижнего края легкого.

По Linea axillaries media 10 см справа и слева что является физиологическим показателем.

Аускультация легкого.

Над всей поверхностью легкого выслушивается везикулярное дыхание. Над верхушкой правого легкого выслушивается смешанное (бронховезикулярное) дыхание. Побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) отсутствуют. Бронхиальное дыхание выслушивается над гортанью, в области рукоятки грудины спереди, в межлопаточных областях на уровне 2-4 грудных позвонков сзади. Бронхофония проводится равномерно над всей легочной поверхностью, на симметричных участках. Выявляется усиление ее проведения над верхними отделами легких справа, из-за строения бронхиального дерева. Отмечается равномерное снижение звучности по направлению к базальным отделам

Органы кровообращения

Осмотр области сердца.

При осмотре области сердца сердечного горба и сердечного толчка не выявлено. Верхушечный толчок визуально определяется в 5 межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Патологической пульсации на магистральных артериях нет.

Пальпация области сердца

Верхушечный толчок определяется в 5 межреберье на 2 см кнаружи от левой срединной ключичной линии. Верхушечный толчок - высокий, площадью 3 см², усилен, резистентен. Сердечный толчок не выявляется. Симптом кошачьего мурлыкания не обнаружен.

Перкуссия области сердца (перкуссия по Соколовскому).

Границы относительной тупости.

Правая граница определяется в IV межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины, образована правым предсердием. Верхняя граница — проходит по нижнему краю III ребра, образована конусом легочной артерии и ушком левого предсердия. Левая граница определяется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, образована левым желудочком.

Контуры сердечно — сосудистого пучка.

Правый контур — граница проходит справа от грудины и отстоит от передней срединной линии в I, II, III межреберье на 2,5 см - образована верхней поллой веной, а в IV - на 4 см, образована правым предсердием. Левый контур — проходит слева от грудины и отстоит от передней срединной линии в I, II межреберьях на 3 см - образован дугой аорты (I) и легочной артерией (II); в III межреберье - на 4 см, образован ушком левого предсердия; в IV межреберье — на 7 см, в V — на 10 см, образованы левым желудочком. Конфигурация сердца — аортальная, напоминает силуэт утки сидящей на воде.

Размеры сердца

Длинник – 17 см. Расстояние от правого сосудисто-сердечного угла (нижний край 3-го ребра справа у грудины) до верхушки сердца.

Поперечник сердца – 15 см (сумма 2-х перпендикуляров). Первый перпендикуляр — расстояние от крайней точки правой относительной тупости сердца до передней срединной линии - 5 см. Второй - расстояние от передней срединной линии до крайней точки левой границы относительной тупости сердца - 10 см.

Ширина сердца — 11 см. Сумма 2-х перпендикуляров, опущенных на длинник сердца: проксимальной — из точки перехода левой границы сердечно-сосудистого пучка сердца в левую границу относительной тупости сердца и 2-й - из точки печеночно-сердечного угла, образованного правой границей относительной тупости сердца и печенью (верхний край VI ребра по срединно-ключичной линии)

Высота сердца – 10 см. Сумма 2-х отрезков. Расстояние от точки верхней границы относительной тупости сердца до основания мечевидного отростка (проксимальной отрезок) и от основания мечевидного отростка до— нижнего контура сердца (2-й отрезок) равный одной трети 1-го отрезка.

Ширина сосудистого пучка определяется во 2-м межреберье - 5,5 см.

Границы абсолютной тупости сердца

Правая граница - проходит по левому краю грудины.

Верхняя - по нижнему краю IV ребра.

Левая - на 3 см кнутри от левой границы относительной тупости сердца.

Абсолютная тупость сердца образована правым желудочком.

Аускультация сердца.

В пяти классических точках аускультации выслушивается 2 тона и две паузы. Тоны ритмичные. В 1-й и 4-й точках аускультации лучше выслушивается 1 тон, продолжительный, низкий, следует после продолжительной паузы, совпадает с верхушечным толчком и пульсом на сонной артерии. Во 2-й и 3-й точках лучше выслушивается II тон, громкий, короткий, высокий, следует после менее продолжительной паузы, чем I тон, не совпадает с верхушечным толчком и пульсом на сонной артерии.

Определяется акцент II тона на точке выслушивания аортального клапана (2-я точка). Шумы и патологические ритмы не выслушиваются. Шум трения перикарда отсутствует. Ритм сердца правильный. ЧСС 81 ударов в минуту.

Исследование магистральных сосудов крупного и среднего калибра.

При осмотре и пальпации аорты (в области яремной вырезки и в эпигастральной области) ее пульсация не определяется. При осмотре переднебоковой области шеи патологическая пульсация сонных артерий, симптом "пляска каротид", набухание и видимая пульсация шейных вен отсутствуют. При пальпации бедренной и подколенной, артерии тыла стопы, задней большеберцовой артерии патологических изменений не выявлено.

Исследование артериального пульса.

Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях по наполнению и времени появления пульсовых волн. Частота пульса - 81 в минуту. Ритм правильный. Пульс сильного напряжения и наполнения, сильной величины, нормальной формы. Дефицит пульса отсутствует. Стенка лучевой артерии эластичная. Определяется пульсация височной, сонной, локтевой, лучевой, подключичной, подмышечной, плечевой, подколенной, артерий, стенка их эластична. Артериальное давление 150/95 мм. рт.ст. на обеих руках.

Органы пищеварения и брюшной полости.

Осмотр полости рта: полость рта санирована. Кариозных зубов нет. Десны не воспалены, розового цвета, не кровоточат. Язык розового цвета, влажный; сосочковый слой без изменений, чистый; язвы, трещины отсутствуют. Зев, задняя стенка глотки, миндалины не увеличены, розового цвета, гнойные пробки отсутствуют. Трещин в углах рта, высыпаний, герпетических пузырьков на губах нет.

Осмотр живота: живот нормальной конфигурации. Живот симметричный, участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика желудка и кишечника не выявлена. Расширенных подкожных вен, грыж, расхождения прямых мышц нет. Метеоризма нет. В области пупка жировая складка соответствует 5 см.

Поверхностная ориентировочная пальпация живота : проводится по всей поверхности, с учетом топографических областей: 1) собственно эпигастральная; 2) левое подреберье; 3) правое подреберье; 4) околопупочная; 5) правый фланк; 6) левый фланк; 7) надлобковая; 8) правая подвздошная; 9) левая подвздошная. При пальпации топографических областей на передней брюшной стенке болезненности, болевых точек не выявлено. Живот мягкий, мышцы не напряжены. Пупочное кольцо не расширено, расхождения белой линии живота нет. Симптом флюктуации отрицательный.

Глубокая скользящая топографическая методическая пальпация кишечника и желудка по Образцову - Стражеско и Василенко:

При пальпации сигмовидной кишки, в левой подвздошной области, она прощупывается в виде гладкого, умеренно плотного цилиндра, диаметром 4 см; подвижная, безболезненная, не урчит.

Слепая кишка в правой подвздошной области пальпируется в виде гладкого, безболезненного цилиндра диаметром 3 см., умеренно-упругая, слабо подвижная, слегка урчащая.

Поперечно-ободочная кишка пальпируется на 3 см. вниз от большой кривизны желудка, при пальпации безболезненна, не подвижная, диаметром 5 см., урчание не определяется.

Восходящая кишка определяется в области правого фланка, нисходящая в области левого. Оба отдела безболезненны, гладкие, подвижные, умеренно-плотные, диаметром 3 см., урчания нет.

Нисходящий отдел толстой кишки пальпируется в области левого фланка в виде эластического тяжа диаметром 2 см; подвижный, безболезненный.

Пальпация желудка:

Нижняя граница определена методами аускультоперкуссии, аускультооффрикции и пальпации, расположена она на 4 см выше пупка. Большая кривизна пальпируется в виде дугообразного валика эластической консистенции, поверхность гладкая, болезненности нет. Малая кривизна не пальпируется.

Привратник пальпируется в треугольнике, образованном нижним краем печени справа от средней линии, средней линии живота и поперечной линии, проведенной на 4 см выше пупка, в области правой прямой мышцы живота. Проецируется в виде тяжа, диаметром = 2см, с ровной поверхностью, подвижного, безболезненного. Под пальцами слышно слабое урчание.

Пальпация поджелудочной железы по Гроту: не пальпируется.

Перкуссия живота: определяется тимпанический звук, Симптом Менделя отрицательный. Наличие свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Изменения перкуторного тона не выявлено.

Аускультация живота: выслушивается перистальтика кишечника. Шум трения брюшины не определяется.

Исследование печени. Осмотр области печени.

Увеличение живота не обнаруживается. Расширенная венозная сеть на передней брюшной стенке отсутствует. Выпячивания правого подреберья иподложечной области не наблюдаются.

Перкуссия печени по методу Курлова.

Верхняя граница абсолютной тупости печени определяется по срединно-ключичной линии на уровне VI ребра (1 точка), верхняя граница по передней срединной линии - определяется условно, проводят линию отточки полученной при перкуссии верхней границы по среднеключичной линии до пересечения ее с передней срединной линией (3 тока).

Нижняя граница печени расположена по правой срединно-ключичной линии на уровне нижнего края реберной дуги (2 точка), на передней срединной линии - на границе верхней и средней трети расстояния между мечевидным отростком и пупком (4 точка), по левой реберной дуге - на уровне VII ребра (5 точка).

Пальпация печени по методу Образцова-Стражеско.

Нижний край печени закругленный, гладкий; ровный, безболезненный, не пульсирует.

Границы печени по Курлову.

Первый размер - расстояние между верхней и нижней границами печени по срединно-ключичной линии - 9 см. (между 1 и 2 точками).

Второй размер - расстояние между третьей и четвертой точками, 3 точкой служит точка пересечения перпендикуляра восстановленного из проксимальной точки к передней срединной линии - 8 см.

Третий или косой размер печени расположен между 3 и 5 точками. 5 точка соответствует нижней границе печени по левой реберной дуге - 7 см.

Исследование желчного пузыря

При осмотре области проекции желчного пузыря на правое подреберье выпячивания или фиксаций этой области в фазе вдоха не отмечается. Методом поверхностной пальпации передней стенки живота болезненность не определяется. Желчный пузырь пальпаторно не прощупывается. Точка желчного пузыря безболезненна.

Исследование селезенки.

При осмотре левого подреберья в области проекции селезенки на левую боковую поверхность и левого подреберья выбухания не отмечается.

Перкуссия селезёнки

Нижний край селезенки определяется вдоль края левой реберной дуги на уровне X ребра до места появления притупленного звука (1 точка).

Верхний край селезенки определяется на линии в направлении первой точки до места появления притупленного звука (2-я точка). Длинник селезенки - отрезок, соединяющий 1-ю и 2-ю точки - 6 см.

Поперечник селезенки определяется методом перкуссии от периферии к центру селезенки в направлении от ясного звука к тупому, по перпендикуляру, который делит длинник селезенки пополам, до появления притупленного звука (3-я точка). 4-ю точку определяют перкуторно снизу вверх, по нижнему отрезку перпендикуляра, который делит длинник селезенки пополам, до появления притупленного звука. Отрезок, соединяющий 3-ю и 4-ю точки - поперечник селезенки 4 см.

Пальпация селезенки. Селезенка не пальпируется.

Органы мочевого выделения.

Визуально в поясничной области патологических изменений (выбуханий и гиперемий) не выявлено. Почки не пальпируются, боль в точках (в области проекции почек - реберно-позвоночная точка - в углу между XII ребром и длинными мышцами спины, мочеточниковые: верхняя - у края прямой мышцы живота на уровне пупка; нижняя - пересечение биспинальной линии с вертикальной линией, проходящей через лонный бугорок) не определяется. Болезненности при поколачивании поясничной области справа и слева нет. Мочеиспускание свободное. Отеков нет. При аускультации почечных артерии шумы не выявлены.

Исследование нервно-психической сферы.

Сознание ясное. Интеллект нормальный. Память хорошая. Сон беспокойный - 6-9 ч. в сутки. Нарушений речи нет. В пространстве и времени ориентирован. Походка - нормальная, судороги, параличи отсутствуют. Глоточные, коленный, ахилловы рефлексy сохранены. Реакция зрачков на свет сохранена. Ригидности затылочных мышц нет.

Эндокринная система

Щитовидная железа не пальпируется. Симптомы гипертиреоза отсутствуют. Изменения лица и конечностей (как при акромегалии), гигантизма, ожирения или истощения не наблюдается. Патологическая пигментация кожных покровов не обнаружена.

Ваш предварительный диагноз?



Предварительный диагноз

Артериальная гипертензия. 2 стадия. 1 степень. Риск 2.
ХСН – 1 функциональный класс. 1 стадия.

Ваш план обследования?



План обследования:

- Общий анализ крови.
- Биохимический анализ крови (белок и его фракции, ЦРБ, сахар крови, β -ЛП, холестерин, триглицериды, миоглобин, фибриноген, АСТ, АЛТ)
- Анализ крови на RW.
- Анализ крови на Hb S-Ag.
- Общий анализ мочи.
- Анализ крови на ВИЧ
- Кал на яйца глистов.
- ЭКГ
- Флюорография грудной клетки.
- Суточный мониторинг АД
- Исследование глазного дна
- УЗИ сердца.
- УЗИ почек, щитовидной железы, надпочечников.

Результаты обследования.

Клинический анализ крови.

Наименование	больного	N
Гемоглобин	147 г/л	130-175 г/л
Эритроциты	$4,4 \cdot 10^{12}$ /л	$4 - 5,6 \cdot 10^{12}$ /л
Гематокрит	46%	40 – 54%
СОЭ	11 мм/ч	4 – 12 мм/ч
Тромбоциты	$200 \cdot 10^9$ /л	$180 - 350 \cdot 10^9$ /л
Лейкоциты	$7,1 \cdot 10^9$ /л	$4,3 - 11,3 \cdot 10^9$ /л
П/я нейтрофилы	2%	1 – 6 %
С/я нейтрофилы	58%	50 – 72 %
Эозинофилы	0,7%	0,5 – 5 %
Базофилы	0,1%	0 – 1%
Моноциты	3%	3 – 11%
Лимфоциты	36%	19 – 37%

Биохимический анализ крови.

Наименование	Количество	N
Белок общий	78 г/л	60 – 80 г/л
Альбумины	45,4 г/л	40 – 50 г/л
Холестерин	5,2 ммоль/л	3 – 6,3 ммоль/л
Триглицериды	1,5 ммоль/л	0,45 – 3,25 ммоль/л
Глюкоза	6,1 ммоль/л	3,3 – 5,5 ммоль/л
Фибриноген	2,5 г/л	2 – 4 г/л
ЛДГ	180 ЕД	109 – 245 ЕД
КФК	120 ЕД/л	26 – 174 ЕД/л
Протромбиновый индекс	81 %	80 – 100 %
Мочевина	4,9 ммоль/л	2,5 – 8,33 ммоль/л
Креатинин	88 ммоль/л	62 – 132 ммоль/л

Анализ крови на ВИЧ - отрицательно.

Анализ крови на RW (реакция Вассермана на сифилис) - отрицательно.

Анализ кала на яйца глистов и простейших - не обнаружено

Анализ мочи общий

Цвет	Соломенно-желтый
Прозрачность	Прозрачна
Удельный вес	1010
Реакция мочи	Кислая
Белок	Нет
Эпителиальные клетки плоские	2-3 в поле зрения
Лейкоциты	1-2 в поле зрения
Эритроциты	Нет
Глюкоза	Нет
Желчные кислоты	Нет
Цилиндры	Нет
Осадок	Нет
Бактерии	Нет

Флюорография



Флюорография

Легкие без видимых очагов инфильтрированных теней; корни структурированы, диафрагма не изменена.

Сердечно-сосудистая тень соответствует аортальной конфигурации из-за гипертрофии левого желудочка.



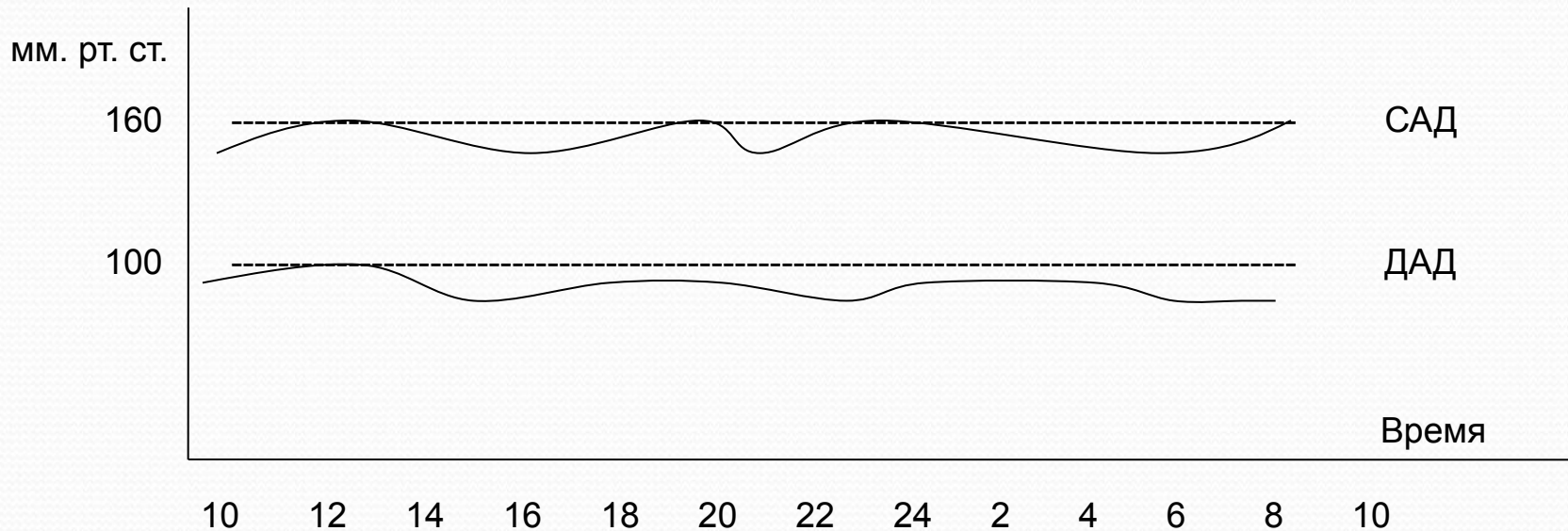
Анализ ЭКГ

Анализ ЭКГ

Ритм синусовый, ЧСС 81 уд/мин. Значительная гипертрофия ЛЖ, системная перегрузка – увеличена амплитуда зубцов R V5, V6 и S V1, V2, смещение сегмента ST ниже изолинии, отрицательные зубцы T в отведениях V1, AVL, V4-6.

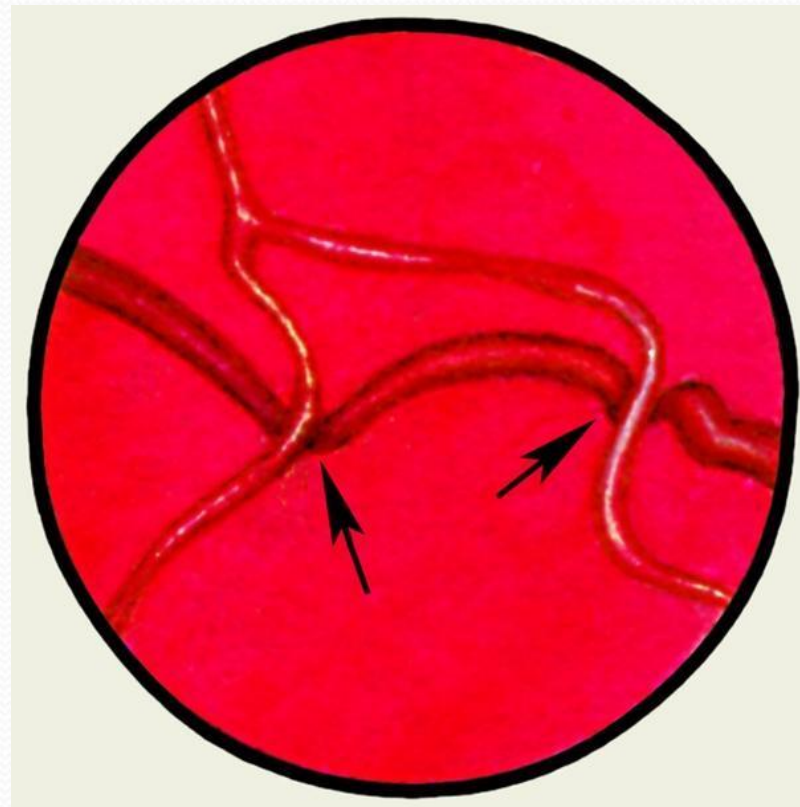
Суточное мониторирование АД.

Среднее АД днем 156 и 95, ночью – 153 и 90, ЧСС 80 уд. в мин. Наблюдается стойкий гипертензивный синдром 1 степени. Суточный ритм: не наблюдается ночного снижения артериального давления – Non-dipper. Вариабельность составляет в среднем 15 мм. рт. ст.



Исследование глазного дна.

Гипертоническая ангиопатия, 2 степени.

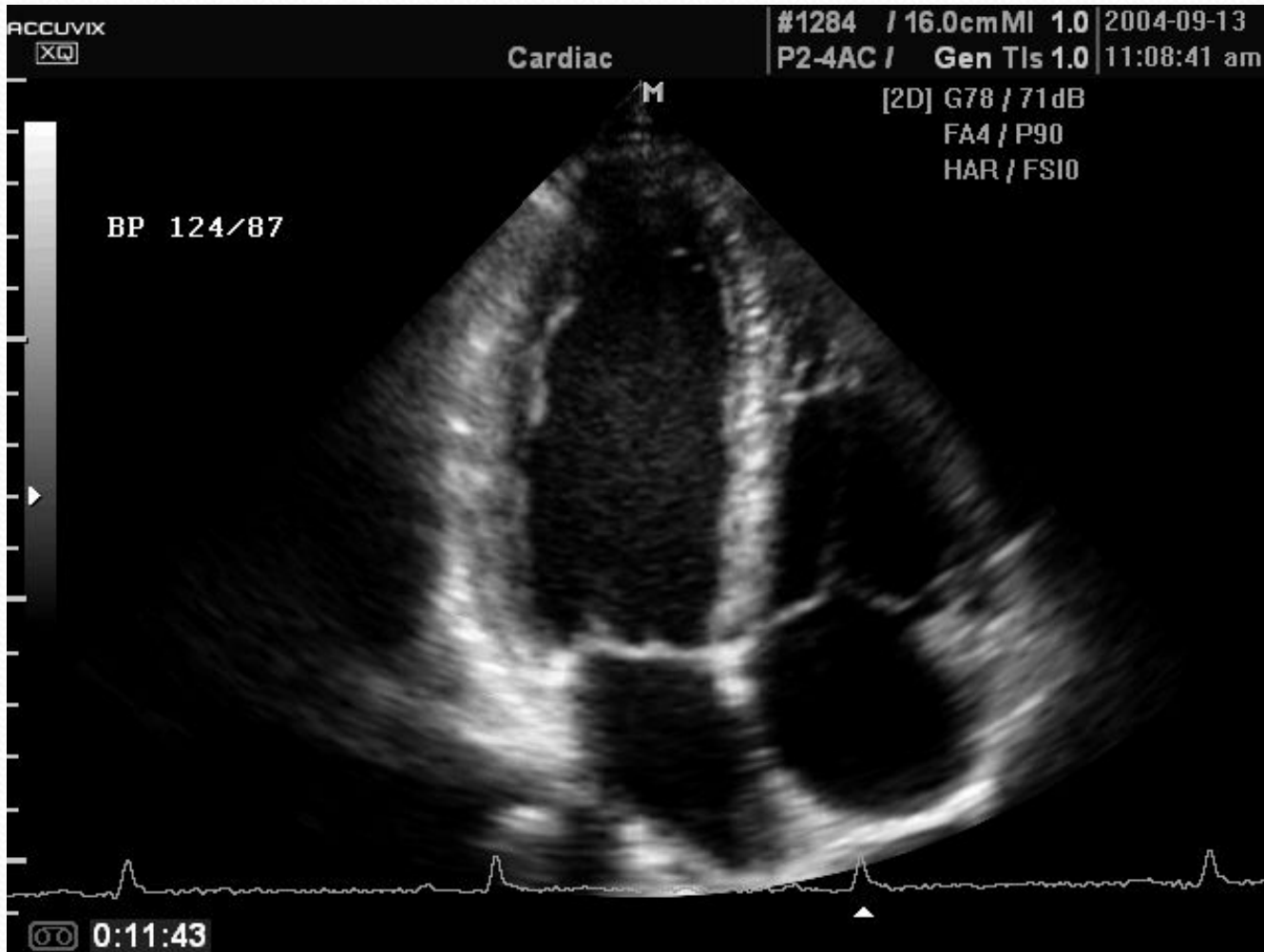


Симптом Гвиста (вокруг желтого пятна видны штопорообразно извитые венозные сосуды)


Симптом Салюса-Гунна второй степени (дугобразное смещение вены в месте перекреста ее с артерией)

УЗИ сердца.

Толщина стенки левого предсердия равна 0,9 см, межжелудочковой перегородки 1 см (в норме 0,7 - 1,5), толщина стенки левого желудочка равна 5,1 см (в норме 1,5 - 2). Фракция выброса 68%. Минутный объем крови 5 л/мин.







Заключение: Значительная гипертрофия миокарда левого желудочка, сократительная функция миокарда не нарушена.

УЗИ печени, почек, надпочечников, щитовидной железы (для исключения симптоматического характера артериальной гипертензии).

Щитовидная железа: В поперечнике 53 мм, переднезадний размер правой и левой долей 18 мм, а в области перешейка 6 мм.

Надпочечники: Вертикальный размер 41 мм, поперечный 30 мм, переднезадний 6 мм – надпочечники в размерах не отличаются.

Почки: Правая почка лежит на 1,5 см ниже левой. Размеры одинаковы. Вертикальный 14 см, горизонтальный 6 см, в переднезаднем направлении 4 см.

Патологических состояний со стороны данных органов не обнаружено.

Ваш дифференциальный диагноз?



Симптоматические артериальные гипертензии

1. Систолические гипертензии с увеличением пульсового давления

- ☐ При атеросклерозе аорты, аортальной недостаточности, брадикардиях.
- ☐ На почве гиперкинетического циркуляторного синдрома (нейроциркуляторная дистония, гипертиреоз и др.).

2. Систоло-диастолические гипертензии

Ренальные:

- ✓ реноваскулярные;
- ✓ паренхиматозные.

Эндокринные:

- ✓ первичный гиперальдостеронизм;
- ✓ феохромоцитома;
- ✓ синдром Кушинга.

При заболеваниях ЦНС:

- ✓ сосудистые, воспалительные заболевания мозга, опухоли, сотрясения мозга и др.;
- ✓ диэнцефальный синдром.

При введении лекарств:

- ✓ препараты глюкокортикоидов;
- ✓ противозачаточные пероральные препараты.

При других заболеваниях:

- ✓ коарктация аорты;
- ✓ истинная полицитемия (эритремия).

Ваш окончательный клинический диагноз?



Клинический диагноз:

Артериальная гипертензия, II стадия, I степень, риск 3.
ХСН – I функциональный класс, I стадия.

Ваш план лечения?



Режим. Больному рекомендуется избегать конфликтных ситуаций дома и на работе, вести спокойный образ жизни. Также рекомендуются регулярные аэробные динамические прогулки по 30-40 минут не менее 4 раз в неделю.

Диета №10.

Показания: гипертоническая болезнь

Цель назначения: способствовать улучшению кровообращения и обмена веществ, уменьшение нагрузки на сердечно-сосудистую систему.

Характеристика: диета со значительным снижением энергоценности, за счет белков, углеводов и в особенности жиров, уменьшение объема пищи, ограничение поваренной соли и свободной жидкости. Исключить трудноусваиваемые, богатые животным жиром, холестерином и углеводами продукты. Употреблять продукты богатые липотропными веществами, витаминами Р и С, а также клетчатка стимулирующая функцию кишечника.

Состав: Белки 60-70 г

Жиры 50-60 г

Углеводы 230-250 г

Калорийность 1600-1800 ккал (6720-7580 кДж)

Поваренная соль 3 г

Свободная жидкость 1 л

Медикаментозное лечение:

1. Rp.: Tab. Enalaprili 0,001 N. 20

D. S. По 1 таблетке 2 раза в день

является ингибитором ангиотензин-конвертирующего фермента.

2. Rp.: Tab. Hypothiazdi 0,00125

D.t.d. N. 20 in tab.

S. по 1 таблетке раз в 3 дня

Активное диуретическое (мочегонное) салуретическое (усиливающее выведение натрия и хлора) средство.

3. Rp.: Tab. «Panangin» N. 20

D. S. по 1 таблетке 3 раза в день

Препарат, содержащий калия аспарагинат и магния аспарагинат.

Литература

1. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т 7. Диагностика болезней сердца и сосудов.: - М.: Мед.лит., 2003
2. Е.П. Свищенко, В.Н. Коваленко. Гипертоническая болезнь. Вторичные гипертензии. – Киев, 2002 год
3. Внутренние болезни в вопросах и ответах / Под ред. проф. Ю.Р.Ковалева. – Спб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2004
4. Поликлиническая терапия: Учебник / Под ред. В.А.Галкина – М: Медицина, 2000
5. Е.Е.Гогин. Гипертоническая болезнь. М.:1997
6. Машковский М.Д. Лекарственные средства. – М.: РИА «Новая волна»: Издатель Умеренков, 2008



**Благодарю
за**