

АО «Медицинский университет Астана»  
Кафедра семейной и доказательной медицины

**Тема СРИ: Распространенные заболевания в терапии**

**Клинический случай**  
**пациента: Медетов Ербол Есенбекович**

Клинический диагноз:

- Основное заболевание: АГ 3, риск 4.
- Осложнение основного заболевания: ХСН ФК II.
- Сопутствующие заболевания:

Подготовил врач-интерн: Торейбай Фариза Шыныбекқызы

Группа: 654 ВОП

Преподаватель: Идрисов Алишер Саугабаевич

## Информация о пациенте:

- ФИО пациента: Медетов Ербол Есенбекович
- Дата рождения: 27.03.1973г.
- Дом. адрес: Пригородный, Черемушки 2-238
- Номер участка: 9
- Место работы: ТОО Джонсон-Джонсон менеджер.
  
- Рост: 167
- Вес: 91
- $t^0$  тела: 36,8

## **Жалобы при обращении в учреждение ПМСП:**

- На головную боль
- Головокружение
- Общую слабость
- После умеренной активности одышка.
- Повышение АД

# Проведите детализацию жалоб (сформулируйте вопросы) и напишите на них ответы данного пациента

№ п/п	Вопрос	Ответ
1	Кем вы работали? В чем может быть связано болезнь?	- Работаю в офисе 23 лет. Может из за избыточный массы тела.
2	У вас есть наследственные заболевания?	- Не знаю, отец умер в 1989 г, причину смерти не помню.
3	Вы раньше болели? Чем?	-да... - ОРВИ, пневмония, и дизентерия.
4	У вас есть вредные привычки?	- Курю с 21 лет, 1 пачка в день.
5	Как вы питаетесь ?	- Питаюсь регулярно, диету не соблюдаю, люблю соленые продукты. Принимаю ежедневно.
6	С какого момента считает себя больным? В каком году был поставлен диагноз АГ?	-Заболевание началось около 10 лет назад. При этом наблюдалась повышенная давления и слабость. Диагноз поставили 2008 году.
7	Есть ли у вас заболевание по органах сердца?	-Нет.

## **Данные объективного осмотра:**

- **Общее состояние:** Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентируется в пространстве. Лицо спокойное. Рост 167 см. Вес 91 кг. Конституция гиперстеническая. ИМТ= 28 (предожирение). Температура тела в момент осмотра 36,8 С.
- **Кожные покровы и видимые слизистые:** кожные покровы бледные, чистые и сухие. Эластичность понижена. высыпаний нет. Оволосение по мужскому типу, равномерное. Слизистые оболочки бледно-розового цвета, чистые, влажные, без изменений.
- **Периферические лимфоузлы:** лимфатические узлы (подчелюстные, шейные, затылочные, околоушные, подязычные, надключичные, подключичные) не пальпируются.
- **Состояние мышц:** Мышцы развиты равномерно. Болезненности при пальпации нет, уплотнения, местные гипертрофии и атрофии отсутствуют. развиты симметрично, тонус нормальный, сила мышц не снижена (5 баллов).
- **Состояние костной системы:** При ощупывании и поколачивании кости безболезненны. При осмотре деформаций нет.
- **Органы дыхания:** Дыхание через нос свободное. ЧДД 18 в мин. При пальпации грудная клетка эластичная, безболезненная; голосовое дрожание ослабленное, в симметричные участки легких проводится одинаково. При сравнительной перкуссии легких над всей поверхностью легочных полей определяется легочный звук. Аускультативно: дыхание – жесткое, хрипов нет. Побочных дыхательных шумов не выслушивается. Бронхофония не изменена.

**Сердечно-сосудистая система:** При осмотре сосудов шеи отмечается слабая пульсация сонных артерий дыхание-везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца: приглушены, ритмичные. Шумы: не выслушиваются. ЧСС 75 уд/мин. АД 220/110 мм.рт.ст. Область сердца не изменена. Верхушечный толчок – в 5 м/р. Границы сердца в норме. Тоны сердца приглушены, ритмичные.

**Система пищеварения:** Язык влажный, розовый, слегка обложен у корня белесым налетом. Зев чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка- не увеличены. Глотание свободное, безболезненное. Живот округлой формы, симметричный, мягкий, обе его половины равномерно участвуют в акте дыхания. Пальпаторно безболезнен. Печень по краю реберной дуги, пальпация ее безболезненна. Селезенка не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Ортнера отрицательный. Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии – 9,5 см, по срединной линии живота – 8,5 см, по левой реберной дуге – 7,5 см. Стул регулярный, оформленный.

**Система мочевыделения:** Симптом поколачивания - отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное.

**Эндокринная система:** б/о.

## **Подведите итоги опроса и осмотра пациента (резюмируйте данные):**

На основе жалоб и осмотра пациента можно выделить следующие синдромы:

- 1. Синдром артериальной гипертензии** (головную боль и АД 220/120)
2. Астено-вегетативный синдром (головокружение, общую слабость, после умеренной активности одышка)

**Можно предположить диагноз:** Учитывая жалобы больного на головную боль и АД 220/120, головокружение, общую слабость, после умеренной активности одышка.

- Клинический диагноз:
- Основное заболевание: АГ 3, риск 4.
- Осложнение основного заболевания: ХСН ФК II.
- Сопутствующие заболевания:

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику по основному синдрому, перечислите (минимум 3 заболевания):

1. Стеноз почечной артерии

2. Феохромоцитома

3. Сахарный диабет

## Какие лабораторные исследования проведены данному пациенту, их результаты и интерпретация

№ п/п	Анализ	Результат	Интерпретация
1	Общий анализ крови	Гемоглобин 143 г/л Эритроциты 4,5 * 10 <sup>12</sup> /л ЦП 0,9 Тромбоцит-295*10 <sup>9</sup> /л Лейкоциты 12* 10 <sup>9</sup> /л	Лейкоцитоз
2	Биохимический анализ крови	ОХС-6,3 ммоль/л ЛПНП-4,59 ммоль/л ммоль/л Креатинин 72ммоль/л Билирубин общий 17,2 ммоль/л ЛПВП-0,7 ммоль/л Триглицериды- 2,15 глюкоза-5,9 ммоль/л	ОХС повышено
3	Кровь на RW, ВИЧ, HbS-антиген	отрицательна.	Б/о.
4	Общий анализ мочи	Цвет светло-желтая, прозрачная Относительная плотность- 1010 белок – 0,099 г/л Почечный эпителий -ед п/з лейкоциты - 1-2 в поле зрения эритроциты –10 в п/з.	Гематурия Эритроциты повышено

## Какие инструментальные исследования проведены данному пациенту, их результаты и интерпретация

№	Исследование	Интерпретация
1	ЭКГ	Ритм синусовый, правильный. Отрицательные зубцы T1, AVL, V4-V6 . В динамике о/о. ЧСС=75 в минуту.
2	Рентгенография органов грудной клетки	Органы грудной полости в пределах нормы.
3	ЭХОКГ	Зон нарушения локальной сократимости не выявлено. Значительная гипертрофия стенок ЛЖ, МЖП. Полостные размеры сердца в пределах нормы. ДДОЖ. Систолическая функция удовлетворительная. ФВ 55%. Выпота в полости перикарда не выявлено. Застоя в НПВ нет. РСДЛА 11 мм.рт.ст. ИММЛЖ -115 г/м2.
4	УЗДГ почечных артерий.	Кровоток в почечных артериях без гемодинамических нарушений.

**Какие лабораторные и инструментальные исследования Вы бы назначили дополнительно для дифференциальной диагностики и постановки заключительного клинического диагноза и почему?**

№ п/п	Исследование	Обоснование
1	Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий.	Обоснование необходимости этого метода диагностики заключается в том, что при атеросклеротическом поражении синуса сонной артерии поражаются барорецепторы, расположенные в месте раздвоения общей сонной артерии на наружную и внутреннюю. При этом организм перестает «чувствовать свое собственное давление» и вследствие этого возрастает частота сердечных сокращений и увеличивается тонус периферических сосудов, что создает повышенное сопротивление току крови и приводит к возрастанию давления.
2	Ультразвуковое исследование сонных артерий (толщина интима-медиа >0,9 мм) или бляшка.	
3	Направление: Невропатологу. Окулисту. Нефрологу. Эндокринологу.	
4	СМАД	Для исключения симптоматический АГ.

**Проведите дифференциальный диагноз, последовательно исключая все заболевания, кроме одного:**

- 1) Учитывая, что для больных с феохромоцитомой характерны некоторые особенности течения гипертонических кризов. Ортостатические изменения АД и частоты сердечных сокращений у нелеченых больных с АГ заставляют заподозрить феохромоцитому. У больных с феохромоцитомой АД нестабильно и плохо контролируется лекарственными препаратами. Для кризов наиболее характерна триада симптомов в виде внезапной сильной головной боли, повышенной потливости и сердцебиения, которые имеют высокую специфичность и чувствительность. В дальнейшем приступы повторяются все чаще, но тяжесть их не увеличивается. Продолжительность приступа от нескольких десятков минут (обычно) до целой недели (крайне редко). Данные по ЭхоКГ и данные по клинике феохромоцитомы исключаются.
- 2) Наиболее вероятным остается диагноз АГ.

**Сформулируйте заключительный диагноз согласно классификации и обоснуйте основное заболевание с осложнениями (см.пример в таблице):**

Клинический диагноз:

Основное заболевание: АГ 3, риск 4.

Осложнение основного заболевания: ХСН ФК II.

Сопутствующие заболевания:

<b>Пункт диагноза для обоснования</b>	<b>Анамнез</b>	<b>Клиника</b>	<b>Лабор. данные</b>	<b>Инструм. данные</b>
<i>АГ</i>	На головную боль Головокружение Общую слабость Одышка развивается после умеренной активности	<i>Синдром артериальной гипертензий</i>		
<i>Риск 4</i>	(очень высокий риск) предполагает вероятность осложнений более 30% в течение ближайших 10 лет.		<i>Повышение уровень холестерина</i>	<i>АД 220/120 мм.рт.ст</i>
<i>ХСН ФК 2</i>	Дискомфорт в виде одышки, слабости и тахикардии развивается после умеренной активности. В спокойном положении тела больной чувствует себя хорошо.			

# Опишите принципы лечения данного пациента:

№	Немедикаментозные мероприятия	Медикаментозные мероприятия
1	Диета №10. Сбалансированный режим питания (комплексная терапия, включающая увеличение потребления фруктов и овощей, продуктов, богатых калием, магнием, кальцием, рыбы и морепродуктов, ограничение животных жиров).	Энап 20 мг по ½ таб в 08:00 Индамид 2,5 мг по 1 таб в 08:00 Розулип 20 мг по 1 таб в 20:00
2	Групповые занятия по отказу от курения в Школе здоровья. Консультирование по отказу от курения. Лекции и беседы о вреде курения с пациентом и членами его семьи. Рекомендации дыхательных упражнений — стимулирующих, успокаивающих и других в зависимости от типа курения.	
3	Рекомендации увеличения физической активности и применения водных процедур с учетом состояния здоровья пациента. Регулярные физические нагрузки умеренной интенсивности: ходьба по 30-40 минут не менее 4 раз в неделю. Подниматься по лестнице, кататься на велосипеде.	
4	Уменьшение потребления поваренной соли до 4,5 г/сут, полный отказ от продуктов, богатых солью. Не употреблять пересоленные продукты - чипсы, консервированные продукты, сухари, соленые орешки, соевой соус, гастрономические продукты (копчености, колбасы и т.д.). При приготовлении пищи использовать соль экономно или готовить пищу без соли. Для улучшения вкусовых качеств пищи широко использовать бессолевые приправы – травы и специи (сок лимона, овощные и фруктовые соки, зелень, чеснок, лук, хрен, перец, базилик, карри и т.д.).	
5	Санаторно-курортное лечение мин. 1 раз в год.	
6	Обучение больного самостоятельному измерению АД, контролю за весом, ведение дневника самоконтроля. Обучение больного и членов семьи в школах здоровья, АГ. Рекомендации по трудовой деятельности.	

# План диспансеризации данного больного (приказ №885):

№	Мероприятие	Выполнение
1	<b>Наименование и частота лабораторных и диагностических исследований</b>	*Постоянный контроль АД; *Общеклинический анализ крови 2 раза в год; *Биохимический анализ крови (калий, натрий, глюкоза, креатинин, мочевая кислота, липидный спектр) 2 раза в год; *Общеклинический анализ мочи 1 раз в 3 месяца; *ЭКГ 4 раз в год; *ЭхоКГ 1 раз в год; *Рентгенография грудной клетки 1 раз в год; *УЗИ почек и доплерография сосудов почек 1 раз в год; *Суточное мониторирование АД 1 раз в год.
2	<b>Медицинские осмотры СМР (среднего медицинского работника)</b>	Направление и контроль за соблюдением частоты лабораторных и других диагностических исследований. Действие по маршруту пациента, при появлении признаков прогрессирования и изменении лабораторных показателей направление к ВОП
3	<b>Частота осмотра СМР</b>	4 раз в год (плановая).
4	<b>Медицинские осмотры ВОП</b>	Контроль за состоянием пациента. При появлении факторов риска коррекция терапии. При появлении признаков прогресси рования решение вопроса госпитализации. При отсутствии эффективности лечения в течении 1 мес – направление к врачу –кардиологу.
5	<b>Частота осмотра ВОП</b>	2 раза в год (плановая), по показаниям частота может увеличиться
6	<b>Консультация профильных специалистов</b>	Кардиолог 2 раза в год. Консультация окулиста 1 раз в год. Консультация невропатолога 1 раз в год.
7	<b>Частота наблюдения профильными специалистами</b>	При отсутствии эффективности лечения на уровне ВОП.
8	<b>Планирование семьи (для женщин фертильного возраста)</b>	-----