

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Белорусский государственный медицинский университет
Всесоюзный факультет
Кафедра всесто-полевой терапии

Начальник кафедры: доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент АН РБ
Рудой А.В.

История болезни
Ветин Тётр Павлович

Внешний анамнез: ИБС: Атеросклеротический кардиосклероз. Стенокардия напряжения митральной клапана с регургитацией 1-2 степени. Ревизия вазорегуляторной дисфункции предсердий, пароксизм от 16.10.2016, купированный ДИТ, ЕИРА2. Редкое желудочковое экстрасистолие.

Оценки I степени, акроцианоз - конгестивный (ММТ = 32,3 мм/с). Хроническая почечная недостаточность, ренальная МКБ: камень правой почки, РПН ут.

Выдана 9. декабря


История: курсант V-го курса, всесто-медицинского факультета, гр. 4502, Лобуцкий В.В.

Преподаватель: кандидат медицинских наук, профессор, член-корреспондент АН РБ
Иванчик Т.А.

Время выписки: 18.10 - 21.10.2016 г.

Минск 2016

Транспортная карта

медицинская карта стационарного больного № 1613903

Презупие: 16.10.2016 13:08 ТПО
16.10.2016 13:30 ОМТР
17.10.2016 12:33 1 кардиоэмбриональное отложение, п. 323

Выписан: 21.10.2016

1. Ф.И.О. Ретин Пётр Павлович, пенковник в отс.

2. Пол: мужской

3. Дата рождения: 19.01.1954

4. Реальный адрес: г. Минск, ул. 50 лет Победы 21-21

5. Военек. номер: пенковник в отставке

6. Профессия: инженер

7. Дата призыва на военную службу: 08.1970

а. Диагноз клинический: „МБС: Атеросклеротический коронарный.

Результативная фибрилляция предсердий, пароксизм от 16.10.2016. Степень I степени, экстремально-компенсаторная, - выписан 18.10.2016.

б. Диагноз клинический: „МБС: Атеросклеротический корона-

рный, склеротическая недостаточность митрального клапана с результирующей I-2 степени. Результативная переносившая фибрилляция предсердий, пароксизм от 16.10.2016, купирование ЭМТ, ЕКРА 2, Результативная экстрасистолия.

Степень I степени, экстремально-компенсаторная (ММГ = 32,3 кг/м²).

Хроническая зубная кариозная, релаксация, МБС: Каменистый правый почка. РПП от: - выписан 21.10.16

в. Место заболевания: 21.10.16 выписан домой с указанием.

Учебный

Для поступления пациент предъявляет жалобы на перебои в работе сердца, повышение АД, а также на слабость и одышку и сердцебиение при физических нагрузках.

Методы обследования (Anamnesis morbi)

Пациент считает себя больным с 30 августа 2008 года, когда впервые почувствовал перебои в работе сердца и одышку, слабость с эмоциональным и физическим перенапряжением.

Приступы боли купировал приемом таблетированного препарата, каким именно пациент не помнит препарат дана мать пациента (т.к. сама страдает нарушением сердечного ритма).

С недавним жалобами кardiологическим пациент был впервые госпитализирован в мае 2010 года в 432 РВК МЗ, когда приступ купировать самостоятельно не удалось.

Также по данному заболеванию можно представить следующую

Угроза хроничности:	год	кол-во приступов аритмичности
	2010	1
	2011	1
	2012	2
	2013	1
	2014	4
	2015	11
	2016 (до поступления)	8

Для купирования приступов пациент пользовался таблетированным антагонистом и статином. Практически каждый год были госпитализации по данному заболеванию.

Отецницей срыв ритма произошел около 3:00 16.10.2016. Был частично купирован самостоятельным приемом пропанормина, однако с утра состояние пациента ухудшилось и был вызван скорая помощь.

Роставлен 411 бригадой СМП в ПТО 432 ГБКМУ в 13:08, в 13:30 выехал в ОИТР; 17.10.2016 в 12:39 перевезен в кардиологическое отделение № 1, где и находится сейчас.

История болезни (Anamnesis vitae)

Физическое и психическое развитие.

Пациент был рожден в семье 2-м ребенком. Живить, говорить начал в-эфек. В школу пошел в 7 лет, от сверстников не отставал. В 1971 году поступил в Высшее военно-артиллерийское училище, в 1976-м успешно окончил по. Общая высшая-3 школа. В отставку ушел в 2004 году в звании капитана, с ранением профессора кафедры технической безопасности ВА РБ. Во время службы с вредными условиями труда не сталкивался.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, 1988 - грипп перенесен, 1996 - мочекаменная болезнь. Психодизузия, вирусные гепатиты, ВИЧ - отрицает.

Вредные привычки: курение - около 30 лет по 15 сигарет/день; алкоголь - 12,5. Злоупотребление алкоголем, употребление нарк. в-в - отрицает.

Наследственный анамнез: отец - мать страдали артериальной и АП (цифер в возрасте 73), отец - АП (цифер в возрасте 81)

Аллергологический анамнез: не установлен.

Объективное исследование больного
(Status praesens)

На момент осмотра общее состояние пациента удовлетворительное, сознание ясное, незначительная активность.

Конституция - гиперстеническая. Рост - 176 см, вес - 100 кг. ИМТ = 30,34 кг/м².

Температура тела 36,6 °C

Кожа бледно-розового цвета (на лице более яркая, с румянцем); сини, рубцы расчесы, шелушение, зубы отсутствуют.

Носа нормальной влажности, диастолическая пульса. Состояние веносилок покровов в норме, венозные по изгибам туловища. Часты в норме.

Горло развито удовлетворительно, основное место отложения - небот.

Отиты отсутствуют. Подчелюстные лимфоузлы увеличены и уплотнены, между собой не спаяны, с окр. тканями тесно (лимфатическая карцинома узлов). Все остальные периферические лимфоузлы без особенностей.

Мышцы развиты хорошо, тонус в норме. Сухожилья, болезненность при palpation и контрастурой отсутствуют.

При исследовании неврологический патологический синдром не выявлен. Подвижность при сгибании, разгибании и доконтрактных движениях не нарушена; болезненность отсутствует.

Кисти - без патологий. Походка не изменена.

Формы суставов без пат. изменений, активные и пассивные движения в полном объеме.

Формы лодыжек - без патологий. Подвижность лодыжек свободная, незначительные движения, пальпация не отвечает.

Выражение лица обычное. Пальпация на уровне височных сосудов не отвечает. Увеличение вен не выявлено.

Система органов дыхания

Носовое дыхание в основном, левое дыхание. Осмотр, пальпация носа - без патологии.

Форма носовой полости перегородчатая, перегородка симметрично утолщается в области носовых раковин; перегородка слегка изогнута. Носовые раковины не видны. 12-17/мин.

Округлость пр. ноздри: на входе - 110; входе 105.

При пальпации локальная болезненность отсутствует, пр. ноздри асимметрична. Тонусовое дыхание быстрое.

При сравнительной перкусии перкуторный звук ясный над всей областью легких, однако с нарастающим оттенком.

Высота стояния верхних легких определяется на $\approx 4,5$ см выше уровня правого и левого плеча, а точнее на уровне 7-го ребра по позвоночнику (считается от 1-го ребра).

Ширина полей Кренина по 7,5 см слева и справа.

Имена правых легких	справа	слева
<i>l. parasternalis</i>	5-е межребье	-
<i>l. medioclavicularis</i>	6-е ребро	-
<i>l. axillaris anterior</i>	7-е ребро	7-е ребро
<i>l. axillaris media</i>	8-е ребро	8-е ребро
<i>l. axillaris posterior</i>	9-е ребро	9-е ребро
<i>l. scapularis</i>	10-е ребро	10-е ребро
<i>l. paravertebralis</i>	отчетливы от 11-го по 12-е позвонки	

Подвижность легких в области краев легких слева и справа по 2,5 см.

Аускультативно в легких выслушивается беззвучное дыхание, добавочных звуков, хрипов не выслушано. Шумы трение плевры и раздражение отсутствует. Бронхофония над симметричными участками симметрична с обеих сторон.

Система органов кровообращения

При осмотре видимой пульсации периферических сосудов не обнаружено, вен шеи не выпуклая, вен на грудной и брюшной стенке не расширены.

При пальпации левых артерий пульс артериальный на обеих руках, ЧСС 73'. Пульс ритмичный, напряженный, нормального наполнения, имеет по величине, по форме нерезкий.

Верхушечный толчок ритмичный, определяется на 2,5-3 см наружи от левой среднеключичной линии в V-м межреберье. Радиус пульса не обнаружен.

АД слева и справа (на левых артериях) 140/85. Пульс коленного давления - 55.

Границы относительной тупости сердца:

Правая граница определяется на 1 см наружи от правого края грудной в IV межреберье.

Левая граница - в V-межреберье на 3 см наружи от левой среднеключичной линии.

Верхняя граница - III ребро слева.

Сосудистый шумок выслушивается из-за грудной на 3 см слева и справа, ширин ≈ 7 см.

Шумная поперечная грудная ≈ 15 см.

Границы абсолютной тупости сердца: правая граница абс. тупости определяется по левому краю грудной в IV межреберье, левая граница по параостернальной линии в IV межреберье. Верхняя граница по III межреберью.

Аускультация:

Тоны сердца ритмичные, ритмичные. Акценти тонов, шумов сердца, шумов третьих периферий, митроидиформный шум не выслушивается.

Система органов пищеварения

Видимые эмбриональные выросты бледно-розовые, язык и обложка кишечника, симметричны.

Ресны, твердые и мягкие нёбо, эмбриональные для полости рта и глотки, бледно-розовые, безболезненные; кишечник коралловый зрелый.

Нёбная выстилка формирует, с зубочелюстной дугой, симметрично утолщается в акте дыхания. Подязык не виден. Видимой перистальтики желудка и кишечника не выявлено.

Три поперечной мышцей нёбной дуги безболезненные, округло-видные образования и язык не выявлено.

Зубочелюстная мышца затронута из-за зубочелюстной дуги.

Большая кривизна желудка определяется пальпаторно в эпигастрической области, безболезненная, округло-видные образования нет.

Тонкий кишечник не пальпируется в виде отдельных частей, на дисперсию уже образованы *L. alba* и *L. bicostatum*.

Селезенка, симметричная, все отделы безболезненные не пальпируются. Селезенка не пальпируется. Поджелудочная железа не пальпируется.

Печень пальпируется, плотной консистенции, поверхность гладкая. Мелкий пузырь не пальпируется.

Симметричные Мезентерия - Билембры, Кривово, Рафаэльено организмы.

Нормализация нёбной: выявляется белая перистальтика.

Перкуссия:

Верхняя граница абсолютной тупости печени:

опистофреническая линия верхний край VI ребра

средне-печеночная линия нижний край VI ребра

передне-подмышечная линия VII ребро

Нижняя граница абсолютной тупости печени:

левая опистофреническая линия нижний край левой реберной дуги

правая средняя линия граница между верхней и средней третями правой половины между межреберными промежутками и пупком

правой скелетальной линии 2 см ниже ливено края

правой реберной дуги

средне-ключичная линия

ливеный край правой реберной дуги

передне-подключичная линия

ливеный край X ребра

Границы печени по Курлову:

по средне-ключичной линии - 11 см

по передней срединной линии - 10 см

по краю левой реберной дуги - 8 см

Размеры селезенки:

поперечник - 6 см, фронтальный 8 см

Свободной подвижностью в брюшной полости не выявлено

Мочеполовая система

Выпячивание в поясничной области отсутствует. Симптом поколачивания отрицательный. Почка не пальпируется.

Три пальпации подреберных, верхних поясничных, средних поясничных, реберно-поясничных, реберно-поясничных точек болезненности не выявлено.

Три аускультационные области почек в реберно-поясничном углу звука не выявлено.

Неврологический статус

При исследовании поверхностных рефлексов чувствительности нарушений не выявлено. При исследовании глубоких рефлексов чувствительности нарушений не выявлено. В поясничном сегменте Рашберга на-членок детей ив. Выходимые рефлексы без патологий. Коленный рефлекс у детей бледный, повышается спустя 10 секунд после раздражения, исчезает через 2,5 минуты.

Обоснование предварительного диагноза

На основании анамнеза пациента ия перебои в работе сердца, эпизодов одышки и сердцебиения при физических нагрузках, эпизодов заблуждений, отягощенного наследственного анамнеза, данных ЭКГ, сделанной СМР от 16.10.16 (фибрилляция предсердий, тахисистолия желудочков) можно выставить диагноз: „ИБС: Атеросклеротический кардиосклероз, Ревизирующая острая фибрилляция предсердий, пароксизм от 16.10.2016.“

Условно на основании АД нельзя считать достоверными присоединенные к выделению АД, т.к. она имеет скорее рефлекторный характер и пациент не может указать конкретные цифры АД.

Так же на основании антропометрических измерений: рост 176, вес 100, ИМТ 32,3 кг/м² и отсутствия признаков эндорфинопатии можно выставить сопутствующий диагноз: „Ожирение I степени, экзотро-конституциональное.“

План дополнительного обследования

ОАК - для исключения инфекционно-воспалительной этиологии заблуждений.

ОАМ - т.к. из более подробного анамнеза пациента было выяснено, что он страдает мочекаменной болезнью.

БАК - для уточнения вероятной патологии визуальных органов (в основном почки и желчь).

ЭКГ и холтер ЭКГ - для уточнения нарушения ритма и проводимости,

УЗИ ОГК - для уточнения конфигурации сердца, выявления вероятных инфарктно-рубцовых заболеваний в легких.

Лабораторные исследования

ОАК от 16.10.16
 RBC - $5,01 \cdot 10^{12}/л$
 HGB - 147 г/л
 WBC - $9,19 \cdot 10^9/л$
 PBT - $231 \cdot 10^9/л$

ОАК от 18.10.16
 RBC - $4,76 \cdot 10^{12}/л$
 HGB - 143 г/л
 WBC - $1,6 \cdot 10^9/л$
 PBT - $240 \cdot 10^9/л$
 СОЭ - 16 мм/ч

ОАМ от 16.10.16
 отн. плотность - 1030
 Белок - нет
 глюкоза - отри.
 лейкоциты 1-2 в п/з
 эритроциты - 3-4 в п/з
 эпителий - 1-2 в п/з

ОАМ от 18.10.16
 отн. плотность 1015
 Белок - нет
 глюкоза - отри.
 лейкоциты 3-7 в п/з
 эритроциты 3-4 в п/з
 эпителий 2-4 в п/з

БАК от 16.10.16 2
 креатинин - 96,2 мкмоль/л
 мочевины - 7,8 ммоль/л
 бжу. билирубин - 6,5 мкмоль/л
 АСТ - 18,0 Е/л
 АЛТ - 29,0 Е/л
 КФК - 116,2 Е/л
 глюкоза - 7,6 ммоль/л ↑
 калий - 3,93 ммоль/л
 натрий - 142,0 ммоль/л
 хлориды - 105,7 ммоль/л

БАК от 18.10.16 2
 мочевины - 353,0 мкмоль/л
 АСТ - 24,0 Е/л
 АЛТ - 34,0 Е/л
 РРТП - 48,0 Е/л
 мгу - 153 Е/л
 глюкоза - 5,8 ммоль/л
 калий - 5,5 ммоль/л
 натрий - 142,0 ммоль/л
 хлориды - 103,0
 холестерин 4,8 ммоль/л
 ТГ - 1,87 ммоль/л ↑ (н < 1,77 ммоль/л)
 ЛПНП - 2,75 ммоль/л
 ЛПОНП - 0,85 ммоль/л
 ЛПВП - 1,2 ↑
 коэф. атерогенности - 3,0

Инструментальные исследования

ЭКГ от 16-17.10.16: Фибрилляция предсердий, тахисистолия синусов. Нормальное положение ЭОС, ЧСС 80-110/мин. 17.10.16 ЭИТ в состоянии синусовый ритм.

ЭКГ от 18.10.2016: Ритм синусовый. Нормальное положение ЭОС, ЧСС - 71/мин.

Холтер ЭКГ от 18.10.16: Основной ритм синусовый на протяжении всего времени мониторинга ЭКГ. Средние ЧСС за сутки 80/мин (57-125/мин). В ходе мониторинга зарегистрировано 239 единичных парасистолических экстрасистол, 7 единичных, 1 парная парасистолическая экстрасистола. Функциональные изменения и достоверной динамики синусового ритма не зарегистрировано. Субмаксимальная возрастная ЧСС достигнута.

ЭОС от 22.06.2016г.: Свободных очаговых и индифферентных изменений не определяется. Корни легочных створок. Аорта уплотнена.

Дифференциальная диагностика

Ритмично предсердный ритм можно дифференцировать со синусовым ритмом следующим образом:

Тренированный предсердный ритм имеет частоту, сокращения более респонсивные.

Предсердная многофокусная пароксизмальная тахикардия характеризуется синхронной демаркацией предсердий, однако водителем ритма выступают два и более эктопических очага в предсердиях, попеременно активирующие синусовый узел.

Предсердные пароксизмы тахикардии часто наблюдаются при тяжелых заболеваниях легких, ишемической болезни сердца, гипертонии, МБС и аномалиях коронарных артерий. Характерны удлинение интервала P и неадекватные интервалы R-R.

Ушищеский диагноз и его обоснование

На основании анамнеза пациента на перебои в работе сердца, шумы при ходьбе и сердцебиение при физических нагрузках, аномалия ритма, отек легких последствием аномалия, данных ЭКГ, данных СМА (Фибрилляция предсердий, тахисистолия желудочков); лечение, проводимое для контроля ритма (АМТ), данных лабораторных исследований, данных ЭКГ в стационаре и холтер ЭКГ и данные предвзятых консультирующей можно выставить основной клинический диагноз:

"МБС: Атеросклеротический кардиосклероз. Синдромальная недостаточность митрального клапана с регургитацией 1-2 степени.

Регулирование ритма перестимуляцией фибрилляции предсердий, пароксизм от 16.10.16, контролируемый АМТ, ЕИРА 2

ЕИРА 2 выставлен на основании того, что у пациента после купирования пароксизма сохранились лишь легкие симптомы и обычная ежедневная но активность не нарушена.

Также учитывая проведение антропометрические измерения (рост 176, вес 100, ИМТ 32,3) и отсутствие признаков эндокринной патологии можно выставить сопутствующий диагноз: "Ожирение I-й степени, экзотическо-конституциональное."

В ходе истории и более детального расспроса пациента и ознакомления с данными анamnестрической карты считаю необходимым добавить к сопутствующему диагнозу: "Хроническая зубная боль, релаксация. МКБ: камень правой почки. ФРП №"

Лечение и обоснование

Главным назначением лечения с ГП является повышение качества жизни и ее функциональности. Также не менее важным является профилактика тромбообразования при ГП.

Для этого необходимо модифицировать образ жизни, что включает в себя ограничение употребления соли и алкоголя, отказ от курения, нормализацию режима труда и отдыха, а также использование стандартов терапии гиперлипидемии.

1. Ревени
2. Ризата
3. Rp: Tab. Propranoloni 0,15

D.t.d. № 40

S. Принимать внутрь после

еды по 1 таблетке 2 раза в день.

Антиаритмическое средство, класс I C.

#

Rp: Tab. Atorvastatini 0,02

D.t.d. № 50

S. Принимать внутрь

по 2 таблетки на ночь.

Статин. селективный конкурентный ингибитор ГМН-коА-редуктазы.

#

Rp: Tab. Rivaroxaban 0,02

D.t.d. № 20

S. Принимать внутрь

по 1 таблетке на ночь

Антикоагулянт у группы преинфарктных инсультных фактора ИА.

Прогноз и ВВЭ

Прогноз для жизни - благоприятный

Для здоровья - восстановление невозможно, т.к. заблевание хроническое.

Для трудоспособности - временная нетрудоспособность.

Пациент в ВВЭ не нуждается.

Профилактика

Для дальнейшего заблевания необходима лишь вторичная профилактика.

Она заключается в снижении психо-эмоциональной нагрузки, соблюдении диетических ограничений (каждой в своем случае), контроле АД, отказе от курения (если пациент курит).

Так же необходимо избегать маринадов, алкоголя и стимуляторов, таких как кофеин и никотин, которые могут вызвать на фибрилляцию желудочков.

Этиология и патогенез

Этиология

Сердечные патологии
АГ
ХСН
Кардиосклероз
Миокардиты
Ревматические пороки с поро-
ками митрального
Рисордикуле с П
ОММ

Внесердечные патологии

Забои щитовидной железы и ги-
пероксимия.
Кардиосклероз и др. и гипертония
Перефразировка сердечными миофибрил-
лами
Перефразировка миофибриллами
Неконтролируемая нагрузка ритмичности
Гипоксия
Стресс и психоэмоциональные пере-
напряжения.

Патогенез

Наиболее распространены теории о нарушении механизмов и митохонд-
риальной цепи. При этом эти механизмы могут сочетаться
друг с другом. Основные мех-изм включают в себя гиперфибриляцию актив-
ности и циркуляцию возбуждения по типу митохондриальной. Согласно
дочерней теории, ЭП возникает в результате нарушения митохондриальной
цепи в определенных местах, которые чаще всего расположены в зонах
лионных вен или по задней стенке левого предсердия около соединения
с легочной веной. Точнее в этих зонах образуются более короткие
рефрактерные периоды, что приближает их по свойствам к клеткам
синдромальной узлы. По мере прогрессирования пароксизмальной
формы в последние годы наблюдается активная распро-
страненность по всей предсердиям. Согласно другой теории мно-
жеством мелких вен, ЭП сохраняется в результате
частичного повреждения митохондриальной цепи.

Дневные курации

18.10.2016г

АД 130/85

ЧСС 72/мин

СА 18/мин

Пациент осмотрен. Состояние ясное, общ. состояние удовлетворительное. На момент осмотра жалоб не предъявляет. Пациент активно функционирует.

Кожные покровы нормальной окраски.

Тоны сердца приглушены, ритмичные.

Шевел симметричные, равномерно улаживаются в акте дыхания, при пальпации безболезненные. Стужи и выстуки в норме. Обследование и лечение продолжают согласно месту назначения и выписываемому плану.

19.10.2016г

АД 135/85

ЧСС 73/мин

СА 17/мин

Жалоб не предъявляет. Общ. состояние удовлетворительное. Пациент активен. Рокание безинтенсивное. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Шевел мягкий, безболезненный.

Стужи регулярный 1 раз в сутки, без патологических признаков. Мочеиспускание безболезненное, но слегка затруднено.

В ходе более детального обследования выявлено: у пациента МКБ и ФРП не. Также

были изучены эхокардиограммы некоторых предыдущих госпитализаций и выявлено у аортно-митральной перегородки и вышена у аортно-митральной перегородки.

уже указано, что пациент также страдает хронической стенокардией. По этим же данным

у пациента выявлены признаки недостаточности митрального клапана с регургитацией 1-2 степени, однако

при аускультации сердца соответствующей аускультативной картиной не выявлено. Лечение продолжают

согласно месту назначения и плану. Пациенту

предъявлено состояние холтер ЭКГ.

21.10.2016
Д 135/80
СС 70/мм
ЧФ 16/мм

Машинет , состояние удовлетворительное
Плацент активен. Рихаше визуальное ;
тонк ефдео ураничем , ритмичне . Все вот
мешит , будоледит . Етди , дурез рендирит
без особенностей.
Плацент биженватее фашой с улуниемеш.

Выпечка Инфаркт

Ф.И.О.: полковник в отст. Ревин Пётр Павлович, 1954 г.р.

Отделение: 1-ое кардиологическое отделение.

Поступил: 16.10.2016 Выписан: 21.10.2016

Диагноз: гипертонический кризис: ИБС: Атеросклеротический коронарный. Склеротическая недостаточность митрального клапана с регургитацией 1-2 степени. Рецидивированная перекладочная фибрилляция предсердий, пароксизм от 16.10.2016, купирован ЭМТ. ГИКАЗ, редкая межжелудочковая экстрасистолия.

Отечение I степени, особенно конституциона (ИМТ 32,3 кг/м²).

Хроническая язва желудка, режущая, МКБ: камень правой почки, ФГПЖ.

Механизм: на перебое в работе сердца, повышение АД, а также усиление боли и одышки при физических нагрузках.

Анамнез заболевания: Длительно страдает ИБС. Эпизоды аритмий с 2002 года. Фибрилляция предсердий. Инфаркт миокарда 16.10.16, бригадой СМП доставлен в 432 ГКБ г.м.

Результаты диагностических исследований: см. историю.

Проведённое лечение: Пароксизм фибрилляции купирован ЭМТ. Ревин, Диета №1, цитралин 150 мг 2 р/д, аторвастатин 20 мг 2т. в/д, ривароксабан 20 мг в/д.

Заключение стационара: Выписывается домой в удовлетворительном состоянии.

Рекомендовано:

Наблюдение кардиолога по месту жительства.

Диета с ограничением соли, животных жиров, легкоусвояемых углеводов.

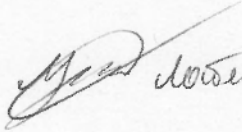
Регулярные умеренные физические нагрузки (ходьба)

Тропадемон 150 мг по 1 таблетке 2 р/д.

Ривароксабан ("Ксарелто") 20 мг 1 таблетка вечером

Аторвастатин 20 мг по 2 таблетки вечером.

УЗИ МДС в стандартном порядке, компьютерная узиография.

Куратор: куратор 2-го курса проф.  Лобузник В.В.

Литература

1. Бейте, Б. Энциклопедия клинического обследования больного : пер. с нем. // Б. Бейте, И. Э. Байтис М.: РОСТАР Медицина, 1997. 701с.
2. Мвашиш, В. П. Пронзительная внутренняя болезнью : учеб пособие и практ. заметкам для студентов мед. вузов / В. Т. Мвашиш, В. И. Сутонов. СПб: Питер, 2000. 384 с.
3. Матвейков, Г. П. Практические навыки терапевта : практ. пособие / Г. П. Матвейков, И. И. Артиневская, И. С. Ритина, Минск : Визитная книга, 1997. 456 с.
4. Ммишанапович, В. И. Методическое обследование, симптомы и синдромы болезней в клинике внутренних болезней : руководство для студ. и врачей / В. И. Ммишанапович. Минск : Магазин Литература, 1997, 668 с.
5. Чумаши, А. Р. Клинические диагнозы : рзк для практикующих врачей / А. Р. Чумаши, Е. В. Бобков, М.: Литера, 2006, 308 с.