

«ТОМПО ОРОЙУОНУН КИИН  
БАЛЫЫНАТА» ДИЭН САХА  
РЕСПУБЛИКАТЫН ГОСУДАРСТВЕННОЙ  
БЮДЖЕТНОЙ ТЭРИЛТЭТЭ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ  
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)  
«ТОМПОНСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ  
РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»

индекс: 678720 Республика Саха (Якутия), Томпонский район, п.Хандыга, ул.Кычкина, 3  
тел: 8(41153)4-11-67; факс: 8(41153)4-14-49 E-mail: bolnitsa@khan.sakha.ru

Выписка из медицинской карты стационарного больного  
№ 43 за 2016 год

Ф.И.О. больного: Воловиков Александр Михайлович

Возраст: 63/ 28.10.1952

Находил(ся)(ась) на лечении в терапевтическом отделении с «22.01.2016г» по «12.02.2016г».

В ПИТ с «22.01.16г.» по «24.01.16г.», с «25.01.16г.» по «29.01.16г.»

Диагноз клинический: ХИБС. Нестабильная стенокардия. Дилатационная кардиомиопатия. НРС. Постоянная форма фибрилляции предсердий нормо- тахиформа желудочков. ПИКС (1997). ППС. Недостаточность АК,МК, ТК. Осложнение: ОСН от 22.01.16г. ХСН III ФК IV NYHA. Кардиосклероз. Кардиогенный фиброз печени. Асцит. ХБП. III стадия ХПН III степени. (СКФ=35мл/мин).

Фон: Гипертоническая болезнь III стадия Артериальная гипертония III степени риск ССОIV  
Сопутствующий: ОРЗ. Тромбоцитопения неясной этиологии. Гепатоспленомегалия. Асептический некроз головки бедренной кости с обеих сторон. АКТ 0-I. ФНС I-II. МФА. Аts аорты, АК, МК. Ожирение III степени.

Состояние при поступлении: тяжелое

Проведенное обследование:

Анализ крови

Анализ мочи

Биохим. анализ крови

	При поступ.	При выписке		При поступ.	При выписке		При поступ	При выписке
Дата	22.01.16	10.02.16	Дата	23.01.16	11.02.16	Дата	22.01.16	1.02.16
Эр	4,23	4,20	Кол-во	230,0	100,0	Об.бел	60	
Нб	128	130	Цвет	Желтый	с/ж	Альб	37	
ЦП	36,9	36,3	Реакция	Нейтр	Кислая	Креат.	229,8	176,0
Лейк	6,8	3,8	Уд.вес	1020	1006	Мочев.	7,4	2,9
Эоз	0	0	Белок	1,0г/л	Отриц	Холест.	3,18	
П/я	10	8	Лейк	сплошь	7-8	Алт	0,86	0,97
С/я	68	45	Эпител		единич	Аст	0,53	0,63
Лимф.	7	44	Эритро			Билир.	49,6	13,6
Моноц	15	3	Сахар			Прямой	19,6	7,8
СОЭ	5	17	Соли			Непрямой	30,0	5,8
Тромб.	88	82	ацетон			глюкоза	8,7	

ЛПНП-1,77; ЛПВП-0,82; ТГ-1,30 от 22.01.16г.

Группа крови: АВ (IV) четвертая Rh (-) отрицательный

Кровь на RW от 22.01.2016г. – отрицательный Кал на я/глист от 22.01.2016г.- отрицательный ЭКГ от 22.01.16г. Заключение: фибрилляция предсердий, ЧСС=100-140-160уд/мин. подъем ST по всем отведениям. ГЛЖ. НБПЛНПГ.

ЭКГ от 01.02.16г. фибрилляция предсердий ЧСС=60-54уд/мин. рубцовые изменения. ГЛЖ. НБПЛНПГ.

Тропонин I, миоглобин, СК-МВ – отрицательно от 22.01.16г.



Тропонин I, миоглобин – отрицательно от 23.01.16г.

Тропонин I, миоглобин – отрицательно от 25.01.16г.

МНО-1,73; ПТИ-70%; АЧТВ-53,4; ПВ-20,2 от 22.01.16г.

МНО-1,83; ПТИ-67%; АЧТВ-37,0 от 10.02.16г.

Маркеры гепатита: HbsAg, aBГC- отрицательно от 27.01.16г.

Кровь на ВИЧ сдан №201 от 26.01.16г.

Рентген ОГК от 22.01.16г. В легких очагово-инфильтративных теней не выявлено.

Выраженный сосудистый застой по смешанному типу. Кардиомегалия.

УЗИ ОБП от 26.01.16г. Эхопризнаки гепатоспленомегалии. Гидронефроз правой почки?

Нефролитиаз справа. Уплотнение ЧЛС с обеих сторон. Асцит.

Проведенное лечение: Нитроглицерин 20,0 ч/з шприц-насос №8; Дигоксин 0,5 в/в стр. №2; Цефепим 1,0 в/в стр. №4; Квамател 20 мг в/в стр. №4; Гепарин 5 тыс Ед 3 рвд №2; Промедол 2%-1,0 №1; Аспирин 125 мг; Клопидогрел 75 мг; Амприлан 2,5 мг №6; Аторвастатин 40 мг; Метопролол 50 мг; Эринит 10 мг 2 рвд №2; Верошпирон 100 мг; Лазикс 2,0 в/в стр. №4; Метопролол 50 мг 2 рвд; Омепразол 20 мг 2 рвд; Моносан 20 мг; Лизиноприл 2,5 мг; Кагоцел 12 мг по схеме;

#### Рекомендации:

1. Диспансерный учет по месту жительства у кардиолога, терапевта, гематолога, травматолога-ортопеда
2. Диета: стол №10 (снижение потребления поваренной соли до 5 г /сут, жирной, жареной пищи, углеводов)
3. Соблюдение режима физической нагрузки, психоэмоциональной нагрузки
4. Своевременная санация очагов хронической инфекции
5. Контроль АД, ЧСС
6. Контроль клинических анализов
7. ЭКГ контроль, ЭХОКГ, ХМ-ЭКГ 1 раз в год
8. Ограничение тяжелых физических нагрузок, исключить гипертермию (бани, сауны), гиперинсоляцию (не загорать)
9. Медикаментозное лечение:
  - 1) Т. Аспирин 125 мг 1 раз в сутки 21:00 после еды - постоянно
  - 2) Т. Клопидогрел 75 мг 20:00 вечера
  - 3) Т. Метопролол 50 мг утром 07:00 и вечером 19:00
  - 4) Т. Лизиноприл 2,5 мг 16:00
  - 5) Т. Моносан 20 мг утром 09:00
  - 6) Т. Аторвастатин 40 мг (Розувостатин 10 мг) в 20:00 под контролем липидов крови, АЛТ, АСТ 1 раз в 3 месяца
  - 7) Т. Диувер 5 мг утром 08:00 через день
  - 8) Т. Пантопразол (Нольпаза) или Омез 20 мг в 18:00, независимо от приема пищи, в течение 1 недели
  - 9) При болях в области сердца т. Нитросорбид (нитроспрей, нитроминт) под язык.
  - 10) При повышении АД Капотен 25 мг под язык

Зав. отделением \_\_\_\_\_



Подпись

Свинобоева С.С. \_\_\_\_\_

Ф.И.О.

Леч.врач \_\_\_\_\_



Подпись

Свинобоева С.С. \_\_\_\_\_

Ф.И.О.





28.11.2014 №30819

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ КОМИССИИ**  
**об отказе в СМП**  
№30819 от 28.11.2014

Комиссия НИИ кардиологии СО РАМН по отбору больных на СМП, созданная в соответствии с приказом директора НИИ кардиологии СО РАМН от 02.02.2010 № 6, рассмотрела медицинские документы, результаты проведенного обследования, вынесла решение:

**Пациент(ка) Воловиков Александр Михайлович, 28.10.1952г.р.**

**Диагноз: I25.2 (Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда)**

в проведении СМП за счет средств федерального бюджета в настоящее время не нуждается.

**Основание для отказа:** стентирование коронарных артерий не показано (ПКА окклюзия 100% с ретроградным заполнением. ПНА 25-30%, ИДА 30-40%, ОА 50%). Открытое оперативное вмешательство противопоказано из-за крайне высокого риска операции. Рекомендовано направить документы в УЗ, выполняющее эндоваскулярную ротоблацию (ФЦ ССХ им. Бакулева).

(д.м.н. Козлов Б.Н. (зав. КХО))





Отделение атеросклероза и хронической ишемической болезни сердца,  
контактный телефон 55-50-26

### Выписка из медицинской карты стационарного больного № 7356/8459

Выдана Воловикову Александру Михайловичу, 61 года (28.10.2014г.р) в том, что он находился на обследовании и лечении с 11.09.14 по 15.10.14 с диагнозом:

**Основной:** ИБС. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий. Постинфарктный кардиосклероз (1996г). Постоянная форма фибрилляции предсердий, нормосистолия. Митральная недостаточность 1-2 ст. НК IIА, III ФК по NYHA.

**Фоновое:** Гипертоническая болезнь III стадии, достигнуты целевые значения АД, риск 4. Дислипидемия. Атеросклероз сонных артерий (справа в стволе общей сонной артерии стеноз 30% просвета, слева в бифуркации общей сонной артерии 20%). Нарушение толерантности к глюкозе на фоне ожирения 3 ст.

**Сопутствующий:** Атеросклероз бедренных артерий (с обеих сторон по ходу общей бедренной артерии и поверхностной бедренной артерии бляшки 20-30%). Асептический некроз головки правой тазобедренной кости в стадии исхода. Вторичный правосторонний коксартроз 3 ст. Комбинированная контрактура правого тазобедренного сустава. С-м правосторонней коксалгии. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит (анальгетическая нефропатия), фаза ремиссии. ХБП 3 ст. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Тромбоцитопения легкой степени тяжести без геморрагического синдрома.

Пациент поступил в плановом порядке на обследование, решение вопроса о проведении КВГ. При поступлении жалобы на одышку, отеки на ногах, боли в правом тазобедренном суставе. В анамнезе ОИМ в 1996г, делали КВГ, выявлен стенозирующий атеросклероз коронарных артерий, аневризма ЛЖ, предлагали АКШ, отказался по финансовым причинам. В настоящее время в время по техническим причинам (длительный ремонт) невозможно провести КВГ, пациент выписывается, рекомендации даны.

#### Результаты обследования

**ОАК 12.09.14г:** лейкоц- $4,7 \cdot 10^3/\text{mm}^3$ , Нв-149г/л, эр- $4,32 \cdot 10^6/\text{mm}^3$ , гематокрит 0,431 %, Лимф-45,6%, Мн-6,3%, Гра-48,1%, тромбоциты- $95 \cdot 10^3/\text{mm}^3$ , СОЭ – 19 мм/час.

**ОАК 9.10.14г:** лейкоц- $5,6 \cdot 10^3/\text{mm}^3$ , Нв-151г/л, эр- $4,91 \cdot 10^6/\text{mm}^3$ , гематокрит 0,462 %, Лимф-48,3%, Мн-5,3%, Гран-46,4%, тромбоциты- $106 \cdot 10^3/\text{mm}^3$ , СОЭ – 6 мм/час.

**ОАМ 12.09.14г:** цв- св/желт, прозр, реакция-5,0, удельный вес-1025, белок –отриц. Микроскопия: эп. пл.-1-2 в п/зр, лейкоц-2-1, цилиндры гиалиновые – 2 – 1 в п/зр, слизь +, эритроц неизм един в п/зр.

**Биохимический анализ крови 12.09.14г:** глюкоза 6,5 ммоль/л (3,8-6,1), креатинин 118 (53-115 мкмоль/л), мочевины 6,1 ммоль/л (1,7-8,3), мочевая кислота – 389 мкмоль/л, АСТ-50Ед/л (13-31), АЛТ-72 Ед/л (7-32), калий 4,9 ммоль/л (3,5-5,1), билирубин общ – 13 мкмоль/л, холестерин – 4,4 ммоль/л, триглицериды – 3,36 ммоль/л, **23.09.2014г:** мочевины – 7,8 ммоль/л, креатинин – 154 мкмоль/л, АЛТ – 79 Ед/л, АСТ – 56 Ед/л, **30.09.2014г:** мочевины – 8,3 ммоль/л, креатинин – 140 мкмоль/л, АЛТ – 68 Ед/л, АСТ – 44 Ед/л, **9.10.2014г:** мочевины – 8,40 ммоль/л, креатинин – 145 мкмоль/л, АЛТ – 57 Ед/л, АСТ – 37 Ед/л.

**Коагулограмма 12.09.14г:** АЧТВ 32,1 (26-36 сек) МНО 0,97 (2,0-3,0), фибриноген 3,24 (2-4,8 г/л).

**Агрегация тромбоцитов 23.09.2014г** (без препаратов): максимальная степень АДФ – индуцированной агрегации тромбоцитов в пределах нормы. Максимальный процент Эпинефрин – индуцированной агрегации тромбоцитов в пределах нормы. Коллаген – индуцированная агрегация тромбоцитов повышена.

**Тест толерантности к глюкозе 16.09.2014г:** до нагрузки – 6,2 ммоль/л, после нагрузки – 9,2 ммоль/л.

**Индекс массы тела** – 44,75 (вес-145 кг, рост-180 см)

**Динамика АД:** 140/80 - 120/80 мм рт ст

**УЗИ сердца (ЭхоКГ) 16.09.2014 г:** Визуализация: плохая; Ритм: фибрилляция предсердий с ЧСС 65-90 уд/мин; Рост=180см(161-188); Вес=145кг(56-114); ЧСС=80уд/мин(55-96); Спов.тела=2,571м<sup>2</sup>; фкАК=26мм(18,6-26); син.Вальс=40мм(29-44); восхАо=42мм(26-44); ЛП=66мм(32-46); ПЖ=35мм(16-28); МЖП=13,8мм(8-11,4); ЗСЛЖ=6мм(8-11,4); ММ=381г(144-282ASEcorr); ИММ=148г/м(49-115)2; ОТС=0,26(0,30-0,45); КДР=76мм(40-57); КСР=63мм(23-38); ФВ(М)=35%(55-78); КДО=190мл(66-146); КСО=112мл(16-59); ФВ(В)=41%(55-78); УО=78мл(44-91); МОК=6,2л/мин(2,5-7); СИ(В)=2,4л/мин/м(1,7-4,5)2; КДИ=73,9мл/м(37-78)2; КСИ=43,6мл/м(10-30); ЛП(4к)=63x85мм(<48x<56); ПП(4к)=60x84мм(<48x<55); ПЖдиа(4-к)=46x92мм(<44x<91); грТКрег=38mmHg(15-29); Рпп=10mmHg; СДПЖ=48mmHg(20-34); ф.к.АоК=26мм(<26); пик.гр.АоК=8mmHg(<14); ср.гр.АоК=5mmHg(<9,0); АОрег=0ст; ф.к.МК=42x37мм(<35,5); МКрег=1-2ст; ф.к.ТК=х40мм(<37,5); ф.к.ЛК=40мм(<29,9); ЛКрег=1ст; ИНЛС=1,75. Осмотрен на фоне фибрилляции предсердий, нормосистолии. Выраженная дилатация левых камер сердца и правого предсердия, небольшая дилатация ПЖ. Умеренная эксцентрическая гипертрофия ЛЖ. Сферификация полости ЛЖ. Акинез и уменьшение толщины миокарда (без истинного истончения) задней, задне-боковой стенок и базального задне-перегородочного сегмента ЛЖ. Акинез задней стенки ПЖ. Фракция выброса ЛЖ снижена умеренно (41% по Симпсону), ФВ ПЖ снижена незначительно (45-50%). Уплотнение и небольшой кальциноз корня аорты, ФК и створок аортального клапана; функция клапана в норме. Расширение ФК митрального клапана, створки тонкие, уплотнены, смыкаются на уровне кольца; митральная регургитация 1-2 ст. Небольшая дилатация ФК трикуспидального клапана, регургитация 1-2



ст. Расширение ЛА и ее ветвей. Умеренная легочная гипертензия. В перикарде толстый слой жира (до 16-18 мм).

**УЗИ сонных артерий 12.09.2014г:** Толщина интима-медия-1,3/1,2мм(0,5-0,8). Визуализация затруднена. Артерии проходимы. Ход артерий прямой. Интима узурирована, неравномерно уплотнена и утолщена с обеих сторон, с кальцинатами. Справа в стволе ОСА эксцентрическая гетерогенная бляшка 30% просвета. Слева в бифуркации ОСА аналогичная бляшка 20% просвета. Кровоток симметричный, магистрального типа с обеих сторон.

**УЗИ бедренных артерий 12.09.2014г:** Визуализация затруднена. Артерии проходимы. Интима утолщена, узурирована, неравномерно уплотнена, с крупными кальцинатами. С обеих сторон по ходу ОБА и ПБА множественные эксцентрические гетерогенные бляшки 20-30% просвета. Кровоток симметричный, магистрального типа с обеих сторон.

**ЭКГ 11.09.2014г:** – ритм – ФП с ЧСС 75 в мин. Блокада правой ветви пучка Гиса.

#### Консультации

**Эндокринолог:** Нарушение толерантности к глюкозе на фоне ожирения 3 ст. Рек-но: Диета, стол №9. Снижение веса. Контроль гликемии. Метформин временно не показан. Наблюдение в динамике.

**Кардиохирург Шипулин В.М:** проведение КВГ через руку.

#### Лечение:

Режим клинический, стол №10. Дигоксин 0,25 мг ½т в обед, диувер 10 мг утром, верошпирон 50 мг 2 раза в день (утро, вечер), карведилол 12,5 мг 2 раза в день (утро, вечер), аторвастатин 20 мг вечером, кардиомагнил 75 мг в обед.

#### Рекомендации:

1. Соблюдение диеты с ограничением продуктов, содержащих легкоусваиваемых углеводов, животные жиры (сладкое, жирные сорта мяса и птицы, наваристые мясные бульоны и пр.). Включение в рацион питания морепродуктов, овощей и фруктов. Ограничение приема поваренной соли.
2. Соблюдение режима труда и отдыха, ограничение резкого подъема тяжестей, психоэмоциональной нагрузки. Рекомендованы дозированные физические нагрузки (ходьба в привычном темпе, плавание в бассейне).
3. Регулярный контроль АД (менее 130/80 мм рт ст) и пульса (55-60 в мин).
4. Метаболическая, сосудистая терапия (милдронат, кардионат, трентал, винпоцетин, мексидол) курсами 1-2 раза в год
5. Наблюдение кардиолога, нефролога, эндокринолога по месту жительства.
6. Контроль уровня мочевины, креатинина крови.

#### 7. Базовая терапия:

Дигоксин 0,25 мг ½ т в обед (под контролем ЧСС)

Диувер 10 мг утром

Верошпирон 50 мг 2 раза в день (утро, обед)

Кардиомагнил 75 мг в обед

Карведилол 12,5 мг 2 раза в день (утро, вечер)

Аторвастатин (аторис, торвакард) 20 мг вечером (кровь на липидный спектр, АСТ, АЛТ, КФК 1 раз в 3-6 мес. с целью коррекции терапии при необходимости).

Пациент не нуждается в выдаче листа нетрудоспособности.

Лечащий врач

Заведующий отделением

*Шнайдер О.Л.*

*Федорова Н.А.*





КОД ФОРМЫ ПО ОКУД \_\_\_\_\_

КОД УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ОКПО \_\_\_\_\_

МИНЗДРАВ СССР

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

ОГАУЗ "Томская областная клиническая больница"

наименование учреждения

Форма № 0.2.7-у

Утв. Минздравом СССР 04. 10. 80 № 1030

## ВЫПИСКА

### из медицинской карты амбулаторного, стационарного (подчеркнуть) больного

В \_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя и отчество больного: Воловиков Александр Михайлович

2. Дата рождения: 28.10.1952

3. Домашний адрес: РЕСП.САХА (ЯКУТИЯ) П.ХАНДЫГА УЛ.МАГАДАНСКАЯ 30-22

4. Место работы и род занятий: \_\_\_\_\_

5. Даты: а) по амбулатории: заболевания \_\_\_\_\_  
направления в стационар \_\_\_\_\_

б) по стационару: поступления 28.08.2014  
выбытия 09.09.2014

6. Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее, осложнение):

Основной диагноз: N11.8 Хронический тубулоинтерстициальный нефрит (анальгетическая нефропатия) фаза ремиссии.

Сопутствующий диагноз: ДГПЖ. ИБС, ПИКС (1996г). Ишемическая кардиомиопатия, постоянная форма фибрилляций предсердий, нормосистолия. Гипертоническая болезнь 3 стадии, риск 4, ХСН 1. Ожирение 2. ДОА.

Осложнение основного диагноза: N18.8 ХБП 3 степени, гипергомоцистеинемия, вторичный гиперпаратиреоз, гиперурикемия, дисэлектролитемия, гиперлипидемия.

7. Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке:

АГ-20 лет. ИБС-17 лет. В 1996г. перенес трансмуральный инфаркт миокарда. Наблюдается по поводу хр. формы фибрилляции предсердий. По поводу ДОА регулярно на протяжении 3 лет ежедневно 2р. в день принимает НПВС.(найз,кеторол). Никтурия -5 лет, вялость струи мочи. Отмечается начальная азотемия. В настоящую госпитализацию СКФ\_58,31мл/мин, на фоне лечения--61,34мл/мин. Мочевой синдром нефритического характера трактуется в рамках интерстициального нефрита (анальгетической нефропатии), без признаков обострения. По УЗИ выявлен кальцинат паренхимы левой почки. Моча на ВК(посев) в работе. Выявлены УЗИ признаки ДГПЖ. Выявлен вторичный гиперпаратиреоз, гипергомоцистеинемия, дисэлектролитемия, гиперурикемия, гиперлипидемия, легкий синдром цитолиза, необходимо динамическое наблюдение для исключения "лекарственного гепатита," Гемодинамика на фоне лечения стабильна, признаков нарастания ХСН, ангинозных болей не отмечалось. Выписывается в стабильном состоянии. Рекомендовано наблюдение нефролога, проведение симптоматической терапии.

ОАК: Л-6,2x10<sup>9</sup>/л, Эр-4,77, Нв-153г/л, Тр-106 СОЭ-13 мм/час. П-0%, С-53%, Э-2, М-5%., Л-40%.

Б/Х: глюкоза-6,0мм/л, общий белок-72г/л, альбумин-44г/л, билирубин-14,7-0мкм/л, мочевины-13,2мм/л, креатинин-162мкм/л, АЛТ-50е/л, АСТ-56, ЩФ-93е/л, тимоловая-4,5, мочевая кислота-563мкм/л, Общий холестерин-70мм/л, холестерин альфа-н/р, холестерин бета нет р-ва, триглицериды-3,3мм/л, калий-5,4мм/л, натрий-138мм/л, кальций-2,45, фосфор-1,52мм/л, СКФ-58,31мл/мин.

паратиреоидный гормон-91,2пг/мл, ферритин-117, гомоцистеин-13,2мкмоль/л.

ПТИ-75%, ПТВ-13,7сек., общий фибриноген-3,2, этаноловый тест-отр., АЧТВ-40,6,

08.09.14г.-мочевина-6,4мм/л, креатинин-154мкмоль/л, Калий-4,8мм/л, натрий-140мм/л. СКФ\_61,34мл/мин.

RW-отр., гепатит В-отр., гепатит С-отр-04.09.14г.

ОАМ: уд.в.-1014, желт; прозр., рН-6,5 белок-0,118 г/л, сахар отр. Л-3-6 в п/зр, Эр-6-10 в п/зр, эпителий



плоский-4-6, эпителий почечный-ед, цилиндры гиалиновые-1-0-2, фос.+

Суточная протеинурия-0,180 г.

Бакпосев мочи: бакфлоры не найдено

Моча на ВК в работе

02.09.2014 Ультразвуковое исследование предстательной железы

Протокол: МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ:

Наполнение: Объем: 150 мл.

Контуры умеренно нечеткие, неровные.

Содержимое: гипэхогенное, гомогенное.

Шейка: деформирована «средней долей» ПЖ

Терминальные отделы мочеточников не расширены, конкременты не определяются.

ПРЕДСТАТЕЛЬНАЯ ЖЕЛЕЗА:

Форма: симметричная;

Контуры: ровные;

РАЗМЕРЫ: В-Н: 52 мм; П-З: 36 мм; Ш: 53 мм;

ОБЪЁМ: 52 куб.см (увеличена );

Эхогенность: смешанная;

Структура: неоднородная;

Дифференцировка зон: сохранена;

Определяются узлы гиперплазии переходных и центральной зон. В зоне гиперплазии мелкие анэхогенные включения кистозного характера.

Суммарный объем ~ 29 куб.см. Внутрипузырный компонент - 10 мм;

Периферическая зона диффузно неоднородной структуры, без грубых очаговых изменений;

СЕМЕННЫЕ ПУЗЫРЬКИ:

Размеры: СПРАВА 11 мм; СЛЕВА 11 мм; (в П-З р-р)

Содержимое: изоэхогенное;

Заключение: ДГПЖ, смешанный рост, "средняя доля".

Умеренные диффузные изменения ПЖ.

29.08.2014 Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных

Протокол:

Заключение: Фибрилляция предсердий, нормо-систолическая форма. ЧСС 86 в мин. Электрическая ось сердца горизонтальная. Полная блокада правой ножки п.Гиса. Рубцовые изменения в обл. нижне-боковой стенки левого желудочка.

29.08.2014 Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)

Протокол: ПЕЧЕНЬ

не увеличена: левая доля передне-задний размер 75 мм

правая доля передне-задний размер 132 мм

контур ровный; край закруглен

эхогенность значительно повышена

структура неоднородная

желчные протоки не расширены,

сосудистый рисунок не деформирован

воротная вена 11 мм

нижняя полая вена 21 мм

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ

Размеры: 90x29 мм стенки плотные

форма с неполным перегибом в теле

в полости осадок до 1/4 объема

холедох мм

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА не увеличена: головка 28мм, тело 13 мм, хвост 24мм

контуры ровные









**ФГБУ "ННИИТО  
им. Я.Л. Цивьяна"  
Минздрава России**

**Воловиков А.М.**

Возраст: 61

№ амбулаторной карты: 964836

Адрес: г.Новосибирск, ул. Фрунзе, 17

Регистратура: 8-383-363-31-31

Отдел госпитализации: 8-800-200-02-92 (8-383-201-19-29)

## Отказ от плановой госпитализации

**Дата:** 22.08.2014 14:30

**Кем направлен:** Управление здравоохранения субъекта

**Диагноз:** Асептический некроз головки правой бедренной кости в стадии исхода. Вторичный правосторонний коксартроз 3 ст. Комбинированная контрактура правого тазобедренного сустава. Синдром правосторонней коксалгии.

**Причина отказа:** У пациента Недостаточность кровообращения 2 Б, креатинин 182 мг/л, по УЗИ сердца ФВ 40%, выраженная легочная гипертензия. Плановое оперативное лечение противопоказанно. Лечение у кардиолога.

Врач: Сергеев А.Н.

*Док. проработ. Лаврова С.В. ЕН*  
*Зол. З. Франциска Е.А.*  
*Зам. н.д. Лебедева С.С. Зол*  
*Зол. прораб. Стефанов С.А. Зол*  
*Зам. н.д. Врач по*  
*специализации Зол (Лебедев А.А.)*



**Клиника  
НИИТО**АНО "Клиника  
травматологии, ортопедии и**ПОЛИКЛИНИКА****Воловиков Александр Михайлович**Возраст: **61**Пол: **М**Дата: **17.04.2014**Телефон: **8-383-363-31-31, 8-800-200-02-92****Врачебное заключение**

Результат обследования: МРТ от октябрь 2013 г.: Правосторонний коксартроз 3 ст.  
Асептический некроз головки правой бедренной кости.

**Диагнозы:**

Заключительный: Асептический некроз головки правой бедренной кости в стадии исхода.  
Вторичный правосторонний коксартроз 3 ст. Комбинированная контрактура правого  
тазобедренного сустава. Синдром правосторонней коксалгии.

**Рекомендации:** Оперативное лечение в НИИТО; Программа лечения: Имплантация  
специальных диспластических компонентов эндопротеза с костной аутопластикой крыши  
вертлужной впадины или замещением дефекта крыши опорными блоками из  
трабекулярного металла; Код МКБ: (M87.0) Идиопатический асептический некроз кости  
;По вопросам госпитализации обращаться в отдел госпитализации или по тел.:  
8-800-200-02-92 (звонок бесплатный);

Показано хирургическое лечение с использованием высоких медицинских  
технологий-эндопротезирование тазобедренного сустава

Врач: \_\_\_\_\_ травматолог-ортопед д.м.н. Павлов В.В.

17.04.2014 15:59

АК № 964836

**Внимание!** Посетив консультативный прием, Вы имеете возможность пройти рентген-, МРТ-,  
КТ- исследование в этот же день. Для этого необходимо обратиться на стойку экспресс-  
записи по адресу Фрунзе, 19а или позвонить по внутреннему телефону 1285.

06.05.2014



Пациент: ВОЛОВИКОВ Александр Михайлович  
Пол: М

ЭМК: В280849 Дата рождения: 28.10.1952  
Возраст: 61

Жалобы: одышка при незначительных физических нагрузках, периодически отеки ног.

Анамнез заболевания: Наблюдается кардиологом ННИИПК с ишемической кардиомиопатией, постоянной формой фибрилляции предсердий. Планируется оперативное лечение в НИИТО по поводу сопутствующего заболевания. Направлен к аритмологу для контрольного заключения перед оперативным лечением.

Принимаемые препараты: диувер 10 мг- 20 мг утром, верошпирон 100 мг утром, кордарон 200 мг утром, карведилол 12,5 мг х 2 р\д, кардиоаспирин 100 мг, аторвастатин 40 мг вечером.

**Основное заболевание:** [I25.5] Ишемическая болезнь сердца. Постинфарктный кардиосклероз (ИМ Q-положительный нижней и боковой стенок в 1996г.). Ишемическая кардиомиопатия. Умеренная митральная недостаточность. Постоянная форма фибрилляции предсердий, нормосистолия. Гипертоническая болезнь III стадии. Риск 4. ХСН II Б III ФК.

**Сопутствующее заболевание:** Асептический некроз головки правого тазобедренного сустава. Ожирение III степени, алиментарно-конституциональный тип. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит (подагрическая нефропатия), ХБП II- III ст. Тромбоцитопения легкой степени тяжести без геморрагического синдрома.

Данные обследования: ЭХОКГ 02.04.2014 <Левый желудочек> КДР 4-х камер. позиция по Симпсону: 6.7см; КДО 4-х камер. позиция по Симпсону: 315мл; КСО 4-х камер. позиция по Симпсону: 184мл; УО 4-х камер. позиция по Симпсону: 131мл; ФВ 4-х камер. позиция по Симпсону: 41%; КДР 2-х камер. позиция по Симпсону: 7.9см; КДО 2-х камер. позиция по Симпсону: 305мл; КСО 2-х камер. позиция по Симпсону: 181мл; УО 2-х камер. позиция по Симпсону: 124мл; ФВ 2-х камер. позиция по Симпсону: 40%; КДО Biplan (4-х + 2-х): 310мл; КСО Biplan (4-х + 2-х): 183мл; УО Biplan (4-х + 2-х): 127мл; ФВ Biplan (4-х + 2-х): 40%; \* МЖП: 1.6см; ПП: 5.4смх8.7см; ЛП: 6.1смх8.4см; <Правый желудочек> КДР: 3.1см; \* Аорта в/о: 4.1см; Заключение: Визуализация затруднена! Осмотр на фоне аритмии с ЧСС 85 - 90 в мин. Дилатация обоих предсердий, левого желудочка; незначительное расширение правого желудочка. Склероз и акинез 3, 4, 5, 10, 11 сегментов ЛЖ. Сократительная функция ЛЖ снижена (КДО= 310 мл, ФВ= 40 % Biplan). Гипертрофия сокращающейся части миокарда ЛЖ от умеренной до выраженной степени. Склероз корня аорты. Стенки аорты уплотнены. Створки аортального и митрального клапанов уплотнены в основании. Митральная регургитация 2 степени, умеренная по объёму (по % соотношению S M.R. и S Л.П.) - 2 ст (20-22%), (по S струи - 9,9-11,0 см2) - 3 ст; по протяженности 2 степени. Трикуспидальная регургитация 1-2 ст, незначительная по объёму. Расчетное систолическое давление в ЛА повышено до 54-57 мм рт.ст. Расширение ствола и ветвей ЛА. Расширение НПВ и снижение ее коллаптоидности. Сепарации листков перикарда не выявлено. Жидкость в плевральных синусах не лоцируется.

На ЭКГ - постоянная форма фибрилляции предсердий, нормосистолический вариант.

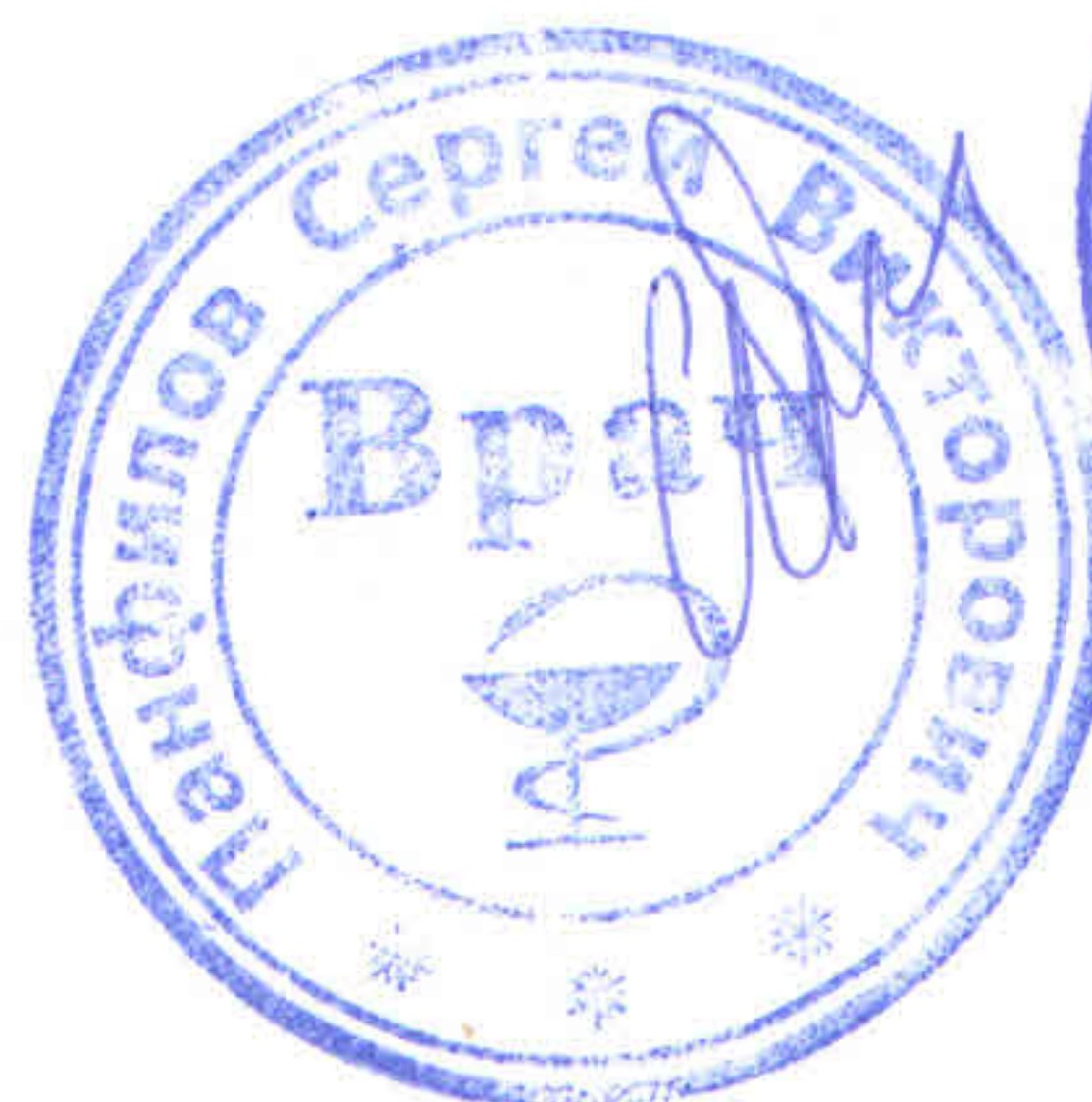
### Рекомендации

Наблюдение кардиолога, аритмолога, гемостазиолога, нефролога. Оперативное лечение в НИИТО ( по основному заболеванию - ИБС) - не противопоказано.

Медикаментозная терапия: В терапии: отменить КОРДАРОН. К лечению - ДИГОКСИН 1\2 табл в обед - постоянно. Продолжить диувер 10 мг- 20 мг утром, верошпирон 100 мг утром, карведилол 12,5 мг х 2 р\д, аторвастатин 20 мг вечером., кардиоаспирин.

Анамнез нетрудоспособности: Не работает. Инвалид II группы

Аритмолог: \_\_\_\_\_ к.м.н. Панфилов С.В.







федеральное государственное бюджетное учреждение «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации  
630055, Новосибирск-55, Речкуновская, 15; <http://www.meshalkin.ru>; e-mail: [mail@meshalkin.ru](mailto:mail@meshalkin.ru)  
тел.: (383) 347-60-66, (383) 328-00-66, тел./факс: (383) 332-45-50

## Медицинское заключение № 35 900

**ВОЛОВИКОВ Александр Михайлович** Пол: Мужской Дата рождения: 28.10.1952 Возраст: 61  
14.04.2014 консультирован в приемно-поликлиническом отделении

Основное заболевание: [I25.5] Ишемическая болезнь сердца. Постинфарктный кардиосклероз (ИМ Q-позитивный нижней и боковой стенок в 1996г.). Ишемическая кардиомиопатия. Умеренная митральная недостаточность. Постоянная форма фибрилляции предсердий, нормосистолия. Гипертоническая болезнь III стадии. Риск 4. ХСН II Б. III ФК.

Сопутствующее заболевание: Ожирение III степени, алиментарно-конституциональный тип. Дислипидемия. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит (подагрическая, "анальгетическая нефропатия"), ХБП 3 ст. Асептический некроз головки правого тазобедренного сустава. Тромбоцитопения легкой степени тяжести без геморрагического синдрома (лекарственная?). Гиперагрегационный синдром. Аспиринорезистентность?

Данные обследования: ЭХОКГ 02.04.2014 <Левый желудочек> КДР 4-х камер. позиция по Симпсону: 6.7см; КДО 4-х камер. позиция по Симпсону: 315мл; КСО 4-х камер. позиция по Симпсону: 184мл; УО 4-х камер. позиция по Симпсону: 131мл; ФВ 4-х камер. позиция по Симпсону: 41%; КДР 2-х камер. позиция по Симпсону: 7.9см; КДО 2-х камер. позиция по Симпсону: 305мл; КСО 2-х камер. позиция по Симпсону: 181мл; УО 2-х камер. позиция по Симпсону: 124мл; ФВ 2-х камер. позиция по Симпсону: 40%; КДО Biplan (4-х + 2-х): 310мл; КСО Biplan (4-х + 2-х): 183мл; УО Biplan (4-х + 2-х): 127мл; ФВ Biplan (4-х + 2-х): 40%; \* МЖП: 1.6см; ПП: 5.4смх8.7см; ЛП: 6.1смх8.4см; <Правый желудочек> КДР: 3.1см; \* Аорта в/о: 4.1см; Заключение: Визуализация затруднена! Осмотр на фоне аритмии с ЧСС 85 - 90 в мин. Дилатация обоих предсердий, левого желудочка; незначительное расширение правого желудочка. Склероз и акинез 3, 4, 5, 10, 11 сегментов ЛЖ. Сократительная функция ЛЖ снижена (КДО= 310 мл, ФВ= 40 % Biplan). Гипертрофия сокращающейся части миокарда ЛЖ от умеренной до выраженной степени. Склероз корня аорты. Стенки аорты уплотнены. Створки аортального и митрального клапанов уплотнены в основании. Митральная регургитация 2 степени, умеренная по объёму (по % соотношению S M.R. и S Л.П.) - 2 ст (20-22%), (по S струи - 9,9-11,0 см<sup>2</sup>) - 3 ст; по протяженности 2 степени. Трикуспидальная регургитация 1-2 ст, незначительная по объёму. Расчетное систолическое давление в ЛА повышено до 54-57 мм рт.ст. Расширение ствола и ветвей ЛА. Расширение НПВ и снижение ее коллаптоидности. Сепарации листков перикарда не выявлено. Жидкость в плевральных синусах не лоцируется.

Консультирован рентгенэндоваскулярным хирургом Д.С. Гранкиным, кардиологом Н.В. Коледой - по данным коронарографии левый тип, имеется окклюзия ПКА и стеноз ОА, степень которого оценить затруднительно из-за неудовлетворительного качества записи, показано проведение нагрузочной сцинтиграфии миокарда с целью выявления ишемии. Консультирован И.Н. Тереховым - в связи с высоким риском развития осложнений (расчитанной по шкале рисков) проведение сцинтиграфии миокарда нагрузочной с аденозином противопоказано, проведение сцинтиграфии с нагрузкой ВЭМ противопоказано из-за сопутствующего заболевания: асептический некроз головки правого тазобедренного сустава. Выявлена тромбоцитопения 97 (на фоне приема аспирина, клопидогреля и фраксипарина до 1,0/сутки); обследовался у гематолога, на фоне приема кардиомагнила 75 мг/сутки + клопидогрель 75 мг/сутки - повышение тромбоцитов до 124, но сохраняется снижение агрегации тромбоцитов с АДФ до 50 (норма 55-70) при повышенной агрегации с адреналином 82 (норма 50-70), в заключении гемостазиолога - оперативное лечение по жизненным показаниям. В связи с наличием сопутствующей патологии: ожирение, "подагрическая почка", тромбоцитопения, а также невозможностью оценки степени ишемизированного миокарда при имеющейся выраженной дилатации полости левого желудочка (КДО=315, КСО=184) - проведение ЧКВ на коронарных артериях связано с высоким риском развития осложнений, оперативное лечение противопоказано. Консультирован аритмологом О.В. Старосотниковой - лечение фибрилляции предсердий консервативное, имплантация ИКД в настоящее время не показано, продолжить наблюдение у аритмолога, ЭХО КГ через 1 год.

Оперативное лечение противопоказано из-за тяжелой сопутствующей патологии.





федеральное государственное бюджетное учреждение «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации  
630055, Новосибирск-55, Речкуновская, 15; <http://www.meshalkin.ru>; e-mail: [mail@meshalkin.ru](mailto:mail@meshalkin.ru)  
тел.: (383) 347-60-66, (383) 328-00-66, тел./факс: (383) 332-45-50

### Рекомендации

Консультации: диетолога-эндокринолога (снижение веса).

Наблюдение кардиолога, аритмолога, гемостазиолога, нефролога.

СНИЖЕНИЕ ВЕСА. После 18:00 не есть. Исключить мучное и сладкое. Сбалансированная диета 4-5 раз в день малыми порциями

Диета гиполипидемическая (антиатеросклеротическая), с ограничением животных жиров, поваренной соли (< 6 гр/сутки), легкоусвояемых углеводов, низкокалорийная.

Необходимо достичь и поддерживать целевой уровень общего холестерина < 3,5 ммоль/л (130 мг/дл), ЛПНП < 1,8 ммоль/л (70-77 мг/дл), целевой уровень ЛПВП > 1,03 ммоль/л (40 мг/дл), целевой уровень триглицеридов < 1,7 ммоль/л (150 мг/дл). При подборе дозы - контроль липидограммы, АСТ, АЛТ 1 раз в 2 мес, при достижении целевых значений - контроль липидограммы, АСТ, АЛТ 1 раз в 6 мес. Необходимо правильно сдавать анализ крови на липидограмму: прекратить прием пищи за 14 часов до забора крови (можно пить негазированную воду).

Целевое значение ЧСС=60-90 в мин в покое.

Самоконтроль АД в домашних условиях с ведением дневника: измерение АД в течение часа после пробуждения (до завтрака) и вечером до ужина или не менее чем через 2 часа после ужина, самоконтроль частоты сердечных сокращений с ведением дневника. Целевой уровень АД < 130/80 мм рт.ст. Изменение дозы гипотензивных препаратов - не чаще чем в 3-5 дней.

Контроль баланса жидкости и веса тела (ежедневное взвешивание утром натощак после опорожнения мочевого пузыря и до завтрака), при увеличении веса более чем на 2 кг в течение 3 дней необходима консультация терапевта (кардиолога), коррекция доз мочегонных препаратов. Ограничение жидкости до 1,5 литров/сутки.

Последующая коррекция дозы назначенных препаратов осуществляется кардиологом (терапевтом) по месту жительства с учетом АД, ЧСС, наличия симптомов сердечной недостаточности.

На фоне приема кордарона - Контроль гормонов щитовидной железы - ТТГ, Т4 св - 1 раз в 6 мес.

Контроль суточного монитора ЭКГ 1 раз в 6 месяцев.

Контроль креатинина и мочевины, СКФ - 1 раз в месяц.

Медикаментозная терапия: Продолжить прием: диувер 10 мг- 20 мг утром, верошпирон 100 мг утром, кордарон 200 мг утром, карведилол 12,5 мг x 2 р\д, прадакса 150 мг x 2 р\д (при нарастании креатинина и снижении СКФ - отмена прадаксы и прем эликвис 5 мг x 2 р\д), аторвастатин 40 мг вечером.

В течение 2 месяцев: нольпаза 40 мг на ночь.

Анамнез нетрудоспособности: Не работает. Инвалид II группы

Кардиолог: Попова к.м.н. Попова Н.Ю.





МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)  
ГБУ РС (Я) «РБ №1 – НЦМ»  
Республиканский кардиологический диспансер

677019 г.Якутск  
Улица Мерзлотная 42

телефон (4112)40-55-51  
факс(4112)40-55-53  
kardio14@mail.ru

Выписка из амбулаторной карты №3016

**ФИО:** Воловиков Александр Михайлович  
**Дата рождения:** 28.10.1952  
**Домашний адрес:** Республика Саха (Якутия) Томпонский район. Поселок Хандыга улица Магаданская 30 квартира 22  
**Место работы:** не работает  
**Социальный статус:**  
**Страховой полис:** ОАО ГСМК «САХАМСТРАХ» 1449740821000088  
**Паспортные данные:** 98 01 099942 отделом внутренних дел Томпонского улуса РС(Я) 01.02.2002  
**Инвалидность:** 2 группа  
**СНИЛС:** 085-109-112-47  
**Код по ВТМП:** 14.00.001

**Клинический основной диагноз:**

**Основной:**

I20.1 ИБС. Стенокардия напряжения 2 ФК. Атеросклероз коронарных артерий. ТБКА со стентированием ПКА (2008). Данные КАГ от 29.08.13: Стеноз ОВ в проксимальном сегменте до 45%, в среднем сегменте более 65%. Стеноз ПКА в дистальном сегменте до 60-65%.

**Осложнения:**

1) ХСН I ФК по NYHA

**Сопутствующие заболевания:**

- 1) Гипертоническая болезнь 2 ст. Артериальная гипертония 2 ст, риск ССО 4.
- 2) Атеросклероз сонных артерий.
- ГЭРБ, хронический эзофагит, вне обострения.
- 3) Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести, в стадии субкомпенсации.

**Жалобы при поступлении:** редко сжимающие боли в левой половине грудной клетки без четкой связи с физической нагрузкой, купирующееся приемом кардикета

**Анамнез болезни:** Артериальная гипертония с 1984г: максимальное повышение АД до 220/100 мм.рт.ст., адаптированное АД 140/100 мм.рт.ст. Госпитализация в ЯГКБ с ИБС, с впервые возникшей стенокардией в феврале 2007г. По ЭКГ - полная блокада п.н.п.Гиса. Ишемия переднесептальной области. Установилась стенокардия напряжения 2 ФК. Перенесенные инфаркты миокарда отрицает. В 2008 году проведено стентирование ПКА. В 2010 году госпитализировался в ОК, по результатам СКАГ: Коронаросклероз. Стенозы ОА до 50-55%. Стеноз дистального сегмента ПКА до 50%. Правовенечный тип. Принимает : нипертен 5 мг, лориста 50 мг, аторис 20 мг, кардиомагнил 75 мг В настоящее время ухудшения состояния не отмечает. Цель госпитализации: стентирования КА

**Объективный статус:** Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной, окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены, б/б. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. АД 120/80 мм рт ст. ЧСС 68 уд в мин. Язык влажный, без налета. Живот мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. Мочеиспускание свободное, б/б.

**Аллергологический статус:** спокоен

**Данные инструментальных исследований:**

- ЭКГ (2.09.13) Ритм синусовый с ЧС 72 в мин. ЭОС поворот правым желудочком кзади. полная блокада правой ножки пучка Гиса. Изменения миокарда переднеперегород области, без отр динамики.







**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РС(Я)  
ГБУ «ЯКУТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»  
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ**

**ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ № 1027**

**ФИО больного:** Воловиков Александр Михайлович

**Возраст:** 28.10.1952 г.р./ 60 лет.

**Находился на стационарном лечении с 27.09.13 г. по 16.10.13г. с клиническим диагнозом:**  
**Основной:** ИБС. Стабильная стенокардия напряжения III ФК. Постинфарктный кардиосклероз (Q-  
позитивный инфаркт миокарда в 1996г). Постоянная форма фибрилляции предсердий,  
нормосистолия. Полная блокада ПНПГ. Транзиторный синдром Фридерика. Вторичная дилатация  
полостей сердца.

**Фон:** Гипертоническая болезнь III стадии. Артериальная гипертензия III степени. Риск ССО 4.

**Осложнения:** ХСН II Б, ФК III NYHA. Кардиогенный фиброз печени. Асцит.

**Сопутствующий:** Атеросклероз аорты, АК, МК. Хронический бронхит, вне обострения.  
Рефлюкс-эзофагит. Хронический эрозивный гастрит. Ожирение II степени. Асептический  
некроз головки правой бедренной кости. Деформирующий вторичный правосторонний  
кокситроз III-IV степени. Кистозная перестройка правой вертлужной впадины.  
Приводящая отводящая контрактура правого тазобедренного сустава.  
Правоотводящая контрактура правого тазобедренного сустава. ФНС II степени. Вторичная  
тромбоцитопения.

**Общий анализ крови**

Дата	WBC	RBC	HGB	HCT	PLT	Эоз	П/я	С/я	Лимф	Моно	Базо	СОЭ
27.09.13г	5,3	4,63	127	35,4	170	4	1	58	31	6		3
15.10.13г	6.27	5.51	139	45.2		3			39.1	8.6	0.5	7

**Общий анализ мочи**

Дата	Кол-во	Цвет	Прозрачность	Уд.вес	Белок	Эпителий	Лейкоциты	Эритроц.
27.09.13г	0.05	н/ж	прозрачная	1030	30	1-1-1	1-2-1	Един.
15.10.13г	0,05	с/ж.	прозрачная	1020	50	1-0-0	10-8-12-	

**Анализ крови на RW от 30.09.2013 года – отрицательно;**

**Анализ кала на гельминты от 30.09.13 г - отрицательно;**

**Коагулограмма от 30.09.13 года: АЧТВ- 37,6с; МНО –2,4; ПВ -24,6с; ТВ-20,1с; Фибриноген-3,1 г/л.**

**Коагулограмма от 15.10.13 года: АЧТВ-28,5с ; МНО –2,5 ; ПВ –25,3с; ТВ-17,1с; Фибриноген-3,5г/л**

**Электролиты от 29.09.13г Na-146 ммоль/л ; К- 5,57 ммоль/л;**

**Электролиты от 10.10. 13г. Na-141,9ммоль/л ; К- 5,1 ммоль/л;**

**Маркеры инфаркта миокарда от 30.09.2013 г: Тропонин I – отриц.**

**Трипл –тест от 27.09.13 г.: Миоглобин –(++), СК-МВ –(-) , Тропонин I – (-).**

**Мозговой натрийуретический пептид от 30.09.13 г. - 4347 нг/мл. Онкомаркеры от 02.10.2013.: ПСА – 4,6 нг/мл. ИФА на маркеры гепатитов от 31.09.2013 г: - HbsAg –отр., Анти-HCV – отр. ;**

**Биохимический анализ крови**

Показатель	Норма	30.09.13г	15.10.13г
АЛТ	5,0-40,0 U/l	9,2	19.8
АСТ	5,0-40,0 U/l	19,1	26.2
ЛДГ	135-225 U/l	480	
КФК-МВ	0-25 U/l	9,3	
Креатининкиназа	26 - 192 U/l	72	
Общий холестерин	0,00-5,20 ммол/л	2,95	3,1
Триглицериды	0,00-2,30 ммоль/л	1,03	



Общий белок	65,0-85,0 g/l	77,4	76,6
Альбумин	34,0-48,0 g/l	47,3	44,9
Общий билирубин	0.0-17,1 umol/l	17,2	10,6
Билирубин прямой	0-5 mmol/l	7,4	
Глюкоза	4.11-5.80 mmol/l	6,42	7,53
Мочевина	1.70-8.30 mmol/l	17,6	11,80
Креатинин	44-106 umol/l	167,1	152

**Рентген органов грудной клетки** от 27.09.2013 г.

Заключение: Рентген признаки хронического бронхита. Пневмосклероз. Расширение тени сердца.

**РКТ ТБС** от 08.10.13г. Заключение: по КТ признаки артроза обеих тазобедренных суставов, справа 2 степени, слева 1 степени.

**ЭКГ** от 2013.: Заключение: По ЭКГ фибрилляция предсердий с нормосистолией желудочков с частотой 60-100 в мин. Полная блокада правой ножки пучка Гиса. Глубокий рубец нижней стенки.

**ЭКГ** от 16.10.2013.: Заключение: Ритм - фибрилляция предсердий с ЧСС 51-94 в мин. Постоянная форма фибрилляции предсердий с частотой 51-94 в мин. Нормосистолический вариант. Рубцовые изменения по нижней стенке ПБПНПГ.

**ХМЭКГ** от 10.10.2013.: По данным ХМЭКГ в течение 24ч. 00 мин. основной ритм фибрилляция предсердий, в среднем ЧЖС 64 в мин. Максимальная ЧЖС - 136 в мин., миним. ЧЖС - 27 в мин. Пауз всего 82, равна 1,5-1,9-2,0-2,3 сек. Обусловлена транзиторным синдромом Фридерика с ЧЖС 27-30-32 в мин., брадисистолией с ЧЖС 38-37-38 в мин. Регистрируются чаще в ранние утренние часы (сон), ночью (сон), днем покой. Выявлена экстрасистолия из обоих желудочков в умеренном количестве, всего 225 э/с. Максимум 18 э/с в час (00.00). Чаще утром, ночью. 2 парные э/с. Регистрируется полная блокада правой ножки пучка Гиса, где регистрируется QRS=0,14 сек. QT= 0,42-0,36 сек. В анамнезе глубокий рубец нижней стенки.

**ЭХОКГ** от 03.10.2013 г

Комментарии: Зоны гипокинеза по базально-нижнему и средне-нижнему сегментам. Жидкости в перикарде нет.

Заключение: Уплотнение аорты и аортального, митрального клапанов. Недостаточность аортального клапана I степени, трикуспидального I степени. Расширение левого предсердия (70мм), левого желудочка (76мм), правого желудочка (42мм), правого предсердия (70\*60 мм). Гипертрофия левого желудочка. Фракция выброса 43% снижена за счет зон гипокинеза и расширения полостей.

**УЗИ органов брюшной полости и почек** от 07.10.2013.: Заключение: Асцит. Гепатосплено-мегалия. Кардиогенный фиброз печени. Хронический холецисто-панкреатит. МКБ, слева. Хронический пиелонефрит.

**ФЭГДС** от 09.10.2013.: Заключение: Рефлюкс-эзофагит. Недостаточность кардии. Эрозивный гастрит.

**Консультации специалистов:**

**Окулист** от 02.10.13: ДС: Ангиосклероз. Нейроангиопатия сетчатки по гипертоническому типу OU.

**Травматолог** от 15.10.13.: ДС: Асептический некроз головки правой бедренной кости. Деформирующий вторичный правосторонний коксартроз III-IV степени. Кистозная перестройка правой вертлужной впадины. Приводящая отводящая контрактура правого тазобедренного сустава. Рекомендации: Эндопротезирование правого ТБС после лечения сопутствующей патологии.

**Уролог** от 01.10.13 г. ДЗ: Хронический простатит.



**Проведено лечение:** стол №10, прием препаратов: антикоагулянты,  $\beta$ -блокаторы, ингибиторы АПФ, мочегонные, статины, ИПП, анальгетики, кардиотрофическая терапия.

**РЕКОМЕНДАЦИИ:**

1. Наблюдение у терапевта, кардиолога по месту жительства.
2. Наблюдение в ЯРКД.
3. Соблюдение диеты с ограничением поваренной соли и животных жиров.
4. Стабилизация массы тела, дозированные физические нагрузки.
5. Контроль ЭКГ, ФГДС через 3 месяца.
6. Контроль АД и пульса.
7. Рекомендации специалистов.
8. Прием препаратов:
  1. Таб. Варфарин 2,5 мг по 2 табл. (5 мг) x 1 раз в день, в одно и то же время под контролем МНО (целевой уровень МНО 2,0 – 3,0). В случае проведения плановых хирургических вмешательств отмена варфарина за 2-3 дня до предполагаемого хирургического вмешательства и назначение препарата через 2-3 дня после операции.
  2. Таб. Бисопролол (Конкор) 5 мг x 1 раз в день в 09:00 постоянно под контролем ЧСС (должно быть не менее 50 в 1 минуту)
  3. Таб. Аторис (Аторвастатин) 20 мг в 21:00 вечером, после ужина, под контролем холестерина триглицеридов, ЛПНП, ЛПВП, АЛТ, АСТ через 3 месяца
  4. Таб. Верошпирон 100 мг по 1 табл. 1 раз в день утром 09:00.
  5. Табл. Торасемид (Диувер, Тригрим) 10 мг по 1 табл. 1 раз утром в 07:00.
  6. Таб. Рамиприл (Амприлан, Хартил) 5 мг по 1 таблетке x 1 раз в день в 20:00 постоянно, под контролем АД.
  7. Таб. Омез 20 мг по 1 табл. 2 раза в день в течении 1 недели, далее по 1 таблетке 1 раз в 20:00 в течении месяца.
  8. Таб. Гептрал 400 мг по 1 табл. в 08:00 и 16:00 в течение 3 месяцев.

Лечащий врач:

Зав. отделением:



Дайбанырова Л.В.

Мярина Л.М.



Министерство Здравоохранения Республики Саха /Якутия/  
ГБУ РС(Я) «РБ №1 – НЦМ»  
Республиканский кардиологический диспансер  
677019 г. Якутск, улица Мерзлотная 42,

Регистратура: тел.40-55-03

телефон/факс: 40-55-53  
40-55-51

**ВЫПИСКА**

из медицинской карты амбулаторного больного № 3016

Ф.И.О пациента: Воловиков Александр Михайлович

Дата рождения: 28.10.1952г/р.

Домашний адрес: Томпонский улус. п. Хандыга улица Магаданская 30 кв. 22

Место работы, профессия: инвалидность 2 группы.

Сроки обследования: с 24.09.2013г по 27.09.2013г

**Основной диагноз:** ИБС. Стенокардия напряжение ФК3. ПИКС (1996г). НРС. Постоянная форма Мерцательной аритмии, нормосистолия.

**Осложнение:** ХСН 3 ФК

**Сопутствующее:** Гипертоническая болезнь 3 ст., АГ 3степ, риск ССО 4.

Инструментальные исследования :

1. ЭКГ заключение: Фибрилляции предсердий с ЧСС 110-130 в мин.
2. Лабораторные анализы на руках.
3. консультация терапевта 24.09.2012г: Дз: ИБС. Стенокардия напряжения ФК2. Хронический гастрит. Рекомендовано: ФГДС. Консультация аллеголога.
4. консультация аллеголога ДЗ: Хронический бронхит. Хронический ринит. Рекомендовано: повторная плановое аллеготестирования ( вне приема антигистаминных препаратов).
5. консультация кардиохирурга от 26.09.2013г Дз: ИБС. СН 2ФК. ПИКС (1996г). Постоянная форма фибрилляции предсердий, тахиформа. ХСН III ФК. Рекомендовано: ЭХОКГ.

Больной направлен для дальнейшего лечения на стационарное лечение в РБ №2 ЯГКБ

**Дата:**  
27.09.2013

**Врач-консультант:**  
Павлова Р.В.

**Директор РКД:**  
Иванов К.И.





р«ТОМПО ОРОЙУОНУН КИИН  
БАЛЫЬНАТА» ДИЭН САХА  
РЕСПУБЛИКАТЫН  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ БЮДЖЕТНОЙ  
ТЭРИЛТЭТЭ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ  
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)  
«ТОМПОНСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ  
РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»

Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия), Томпонский район, п.Хандыга, ул.Кычкина, 3

Республика Саха (Якутия) - 11-67; факс: 8(41153)4-14-49 E-mail: bolnitza@khan.sakha.ru

Государственное бюджетное учреждение

Республики Саха (Якутия)

«Томпонская центральная  
районная больница»

Томпонский район, п. Хандыга, ул. Кычкина, 3

Паспортные данные:

от « \_\_\_\_\_ » Ф.И.О. Воловиков Александр Михайлович

Дата рождения 28 октября 1952 года/ 61год

Адрес: Республика Саха (Якутия), Томпонский район, п. Хандыга, улица Магаданская 30 кв.22.

Страховой анамнез: инвалид II группы с 1998 года, инвалид I группы с 2014 года.

Анамнез жизни:

Перенесённые заболевания: ОРВИ, ОРЗ

Ишемическая болезнь сердца, атеросклероз коронарных артерий, аневризма задней стенки левого желудочка, инфаркт миокарда 1996 год

Аллергическая реакция: отрицает

Наследственность: не отягощена

Вредные привычки отрицает

Анамнез заболевания: со слов боли в области правого тазобедренного сустава 3 года назад, боли носили периодический характер. В 2012 году боли перешли в постоянные. 1,5 года назад начал пользоваться тростью. В 2013 году во время стационарного лечения в г.Якутске в Кардиологическом отделении ЯГКБ, был осмотрен и консультирован травматологом-ортопедом, было рекомендовано эндопротезирование тазобедренного сустава, прошел МРТ тазобедренных суставов. В 2013 году обратился к травматологу-ортопеду по месту жительства, рекомендовано тотальное эндопротезирование правого ТБС. В апреле 2014 года проходил обследование ФГБУ НИИТО им. Ф.Л. Цивьяна г.Новосибирск.

Состоит на «Д» учете (специалист, с какого возраста, рекомендации): у терапевта с 1998 года. С диагнозом: ИБС. ПИКС от 1998 года. Атеросклероз коронарных артерий. Аневризма задней стенки левого желудочка.

Локальный статус: пациент ходит при помощи трости. Выраженная хромота на правую нижнюю конечность. При осмотре отечности в области левого тазобедренного сустава нет. Объем движений в правом тазобедренном суставе: сгибание до 80 градусов; разгибание нет; наружная ротация 0\*; внутренняя ротация 10\*; отведение 0\*, за счет таза; движения резко болезненные. Объем движений в левом тазобедренном суставе полный, безболезненный. Трофических и неврологических нарушений нет.

Клинический диагноз: DS: Двусторонний диспластический коксартроз справа III-IV степени на фоне асептического некроза головки правой бедренной кости в стадии исхода, слева II-III степени на фоне асептического некроза головки левой бедренной кости в



стадии некроза. Комбинированная контрактура правого тазобедренного сустава. Болевой синдром.

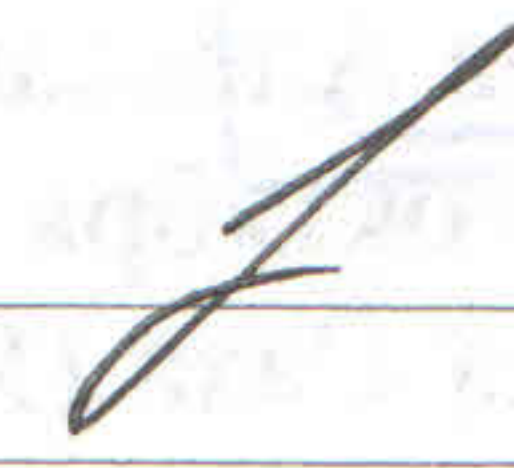
Выписка предоставлена для госпитализации в ФГБУ НИИТО им. Ф.Л. Цивьяна г.Новосибирск для планового оперативного лечения – тотальное эндопротезирование правого тазобедренного сустава.

Рентген-снимки, МРТ на цифровом носителе, анализы, результаты обследования выданы на руки.

Дата: 13 августа 2013г.

Врач травматолог-ортопед:  
Зав.поликлиники:



 /Бульший Н.Ю./



\*\*\*\*\*  
ЯКУТСКИЙ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР.  
ОТДЕЛЕНИЕ РЕНТГЕНХИРУРГИИ.

В Ы П И С К А из истории болезни N116.

ВОЛОВИКОВ АЛЕКСАНДР МИХАИЛОВИЧ, 44 г.р., был на обследовании в отделении рентгенхирургии с 22.04.97г. по 28.04.97г.

ДВ: ИБС, стенокардия напряжения ФК-II, постинфарктный кардиосклероз (1995г. - в области задней стенки); коронаросклероз, критический стеноз правой коронарной артерии, стенозы левой коронарной артерии; относительная недостаточность митрального клапана; Гипертоническая болезнь, II, стабильная; НК-I; Остеохондроз позвоночника, распространенный.

Результаты обследования в стационаре:

ОАК-Л-9.8x10<sup>9</sup>/л, Э-5.12x10<sup>12</sup>/л, ГБ-165г/л, п/я-4, с/я-45, л-37, и-4, э-3, СОЭ-2 мм в час;

ОАМ-Уд вес-1020, белок-0.3 г/л, Эр- неизмен.-2-2 в п/эр., Л-3-4-3 в п/эр., соли мочевой кислоты - немного.

Кал на я/гл. - отриц.

Биохимия крови-АСТ-29, АЛТ-27, сахар-5.2, мочевины-6.7, креатинин-148, холестерин-7.15, билирубин-3.3, общ. белок-77.9, альбум.-43, тригл.-2.82, В-липо-67.9.

Проба Нечипоренко- Л-500, Э-0 в 1 мл мочи.

Коагулограмма - гиперфибриногенемия.

Ан. крови на RW, HbsAg, ВИЧ - отриц.

Ан. мазка на стаф. - отриц.

Группа крови- АВ(4), Rh- отриц.

ЭКГ-ритм синус., 65 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Гипертрофия левого желудочка и левого предсердия. Рубцовые изменения задней стенки ЛЖ.

ЭХОКГ-Заключение: Расширение полостей ЛП, ЛЖ, ПЖ. Относительная недостаточность митрального клапана. Общая сократительная способность миокарда ЛЖ сохранена. ФФ-68%. Умеренная симметрическая гипертрофия без признаков обструкции ВОЛЖ.

Холтеровское мониторирование ЭКГ- Заключение: среднее ЧСС-82 в мин. Макс.-125 мин.-64. Всего 21857 уд., из них 101 суправентрикул. экстрасистола, 45 желудочков (монотопные, мономорфные, базальные). 1 эпизод бигемении. 5 эпизодов парных суправентрикулярных экстрасистол. Пауз более 2.5 сек. - нет. Эпизодов менее 40 в мин. не отмечалось. Сегмент ST на изолинии. При болях под лопаткой в груди до и во время приема НТГ ST на изолинии.

УЗИ абдоминальное - Заключение: Изменений со стороны паренхиматозных органов не выявлено.

24.04.97г. проведена коронарография и левая вентрикулография.

Заключение: Коронаросклероз, критический стеноз ПКА до 75%, небольшие стенозы ПМЖА в среднем сегменте, ОА. Аневризма задне-базального сегмента ЛЖ.

Максимальное Р в ЛЖ- 150 мм рт.ст., Р в А- 150 мм рт.ст., КДД-15 мм рт.ст. Среднее Р в А - 115 мм рт.ст.

Рекомендуется: 1. Наблюдение кардиолога по месту жительства.

2. Принимать кардикет 20 мг по 1т. - 2-3 раза в день, энап 10 мг - по схеме в 1-й день по 1/4т. и 2 часа лежать, в последующие - по 1/2т. - 2-3 раза в день под контролем АД! Аспирин по 1/4 т. на ночь. При болях - нитроглицерин.

3. Соблюдение диеты! Ограничение физической нагрузки!

Отказ от курения!

4. При стойком повышении уровня холестерина в крови - гиполипидемические препараты - липостат, мевакор, закор.



5. Выписка больного будет направлена на заочную консультацию кардиохирурга в Научный Центр Хирургии РАМН в г. Москву (для оперативного лечения - АКШ).  
Рекомендуется по месту жительства провести ФГДС, санацию ротовой полости.

р.г. 26-42-31

Зав. ОФХ  
Кардиостр.

/Орехов В.Ф./  
/Романова Т.А./

