

I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Ф. И. О. xxx-xxx-xxx
2. Дата рождения (возраст)..... 29.06.1937 г. (68 лет)
3. Пол мужской
4. Семейное положение женат
5. ПрофессияОО «Инжтехстрой», директор
6. Домашний адресул.Сортавальская
7. Дата и время поступления в КО РБ.....27.01.06. в 11.32
8. Клинический диагноз:
 - а) основное заболевание: Гипертоническая болезнь, стадия III.
Хроническая сердечная недостаточность, стадия I, ФК I. Очень высокий риск (риск 4).

II. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

Больной предъявляет жалобы на боли средней интенсивности в височной области, тяжесть в голове, головокружение, возникающие чаще по утрам, а также при физическом и умственном перенапряжении; одышку и сердцебиение, появляющиеся при значительной физической нагрузке, быстрой ходьбе, особенно подъеме на лестницу (3-4-ый этаж); выраженная головная боль, головокружение, предобморочные состояния (тошнота, потливость, слабость в ногах, потемнение в глазах, мелькание «мушек» перед глазами, нарастающее головокружение, шум в ушах) на фоне АД 190/100 мм рт ст. На момент курации (30.01.06.) жалоб не предъявляет.

III. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)

С 1986г. (на протяжении 20 лет) страдает артериальной гипертензией. В течение 4 лет наблюдалось колебание АД 140-160/90-100 мм рт ст, без постоянной гипотензивной коррекции, повышение давления сопровождалось болями средней интенсивности в височной области, головокружением, шумом в ушах. В 1991 году больной заметил стабилизацию цифр АД на уровне 160/95 мм рт ст, к головокружению и головным болям присоединились сердцебиение и одышка, появляющиеся при значительной физической нагрузке, быстрой ходьбе, особенно подъеме на лестницу (4-ый этаж), с 1992 года принимал гипотензивные препараты (клофелин, атенолол). С 1998г. отмечает повышение уровня артериального давления до 160-175/100-105 мм рт ст, в связи с чем стал принимать эналаприл. Период с 1999г. по 2001г. без ухудшения. Уровень АД стабильный 160/100 мм рт ст.

С 2002 года отмечает на фоне рабочего АД 160/100мм рт ст подъемы АД до 200/120 мм рт ст, что связывает с нерегулярным приемом гипотензивных препаратов.

В 1991, 1998, 2003 годах находился на обследовании в стационаре, симптоматический генез артериальной гипертензии исключен. В 2003г. выписан с диагнозом: артериальная гипертензия, II степени тяжести, II стадии, риск 3 (ЭКГ от 20.10.03.: синусовый ритм с ЧСС 60 в мин; гипертрофия левого желудочка); рекомендовано: диета (стол №10), отказ от курения и употребления алкоголя, исключение факторов, травмирующих психическую сферу, индивидуальные дозированные физические нагрузки; регулярный прием лекарственных препаратов (эналаприл 10мг*2 раза в день, гипотиазид 25 мг по 1/2т. утром, курантил 75мг*3 раза в день). Период с 2003 по 2006г. без ухудшения на фоне постоянной гипотензивной коррекции (АД 150-160/90-100 мм рт ст).

Настоящее ухудшение с 19.01.06.: выраженная головная боль, головокружение, предобморочные состояния (тошнота, потливость, слабость в ногах, потемнение в глазах, мелькание «мушек» перед глазами, нарастающее головокружение, шум в ушах) на фоне АД 190/100 мм рт ст. Повышение давления связывает с психоэмоциональными перегрузками на работе. Обследовался амбулаторно у терапевта поликлиники № (АД 190/100 мм рт ст; ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 68 в мин; гипертрофия левого желудочка), направлен на лечение в КО РБ.

27 января 2006 года поступил в КО РБ в плановом порядке, доставлен частной машиной. Диагноз при поступлении: гипертоническая болезнь, стадия II, риск 3. Было назначено обследование для уточнения стадии и стратификации риска. Было назначено лечение: гипотиазид 25мг по 1/2т. утром, метопролол 50мг по 1т. вечером, престариум 4мг по 2т. утром, на фоне которого самочувствие больного улучшилось (исчезли жалобы, АД 140/90 мм рт ст).

IV. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)

Родился в г. Петрозаводске. Возраст отца на момент рождения – 34 года, матери – 23 года. Родился в срок. Вскармливание было естественное. В детском возрасте не отставал от сверстников в физическом и умственном развитии. Учиться начал с 7 лет, учился отлично. После окончания школы (10 классов) поступил на ЛИФ ПетрГУ, учился хорошо. После окончания 2 года служил в армии. Женат с 1958г., имеет 2 сыновей.

Трудовая деятельность в качестве строителя началась в 1957 году. Отмечает наличие профессиональной вредности, неудовлетворительные режим и условия труда. С 1998г. является директором ООО «Инжтехстрой», отмечает удовлетворительные режим и условия труда, но наличие частых психоэмоциональных перегрузок.

Жилищные условия – благоустроенная трехкомнатная квартира улучшенной планировки. Материальное положение удовлетворительное.

Социальное положение – женат.

Питание достаточное, полноценное, сбалансированное, злоупотребляет поваренной солью, жирной пищей.

Вредные привычки: не курит, злоупотребляет алкоголем (1 раз в неделю).

Перенесенные заболевания: ОРЗ, ОРВИ, ветряная оспа, паротит, в 2000 г. операция-грыжесечение (паховая грыжа справа).

Туберкулез, гепатит, венерические заболевания отрицает.

Гемотрансфузий не было.

Непереносимость лекарственных средств, аллергические реакции отрицает.

Наследственность: со стороны матери –гипертоническая болезнь; со стороны отца – рак желудка.

V. НАСТОЯЩЕЕ ОБЪЕКТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО (STATUS PRAESENS OBJECTIVUS)

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, ориентация в пространстве и во времени не нарушена. Положение активное. Поведение адекватное. Речь свободная, голос громкий, слух не снижен. Понимает речь и принимает активное участие в разговоре.

Правильного телосложения. Повышенного питания. Вес 91кг, рост 178см, ИМТ 28,8, окружность талии 105 см.

Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, обычной влажности. Эластичность и тургор кожи в норме. Расчесов, сыпи, кровоизлияний, пигментации кожных покровов не наблюдается, в паховой области справа послеоперационный рубец (грыжесечение). Ногти обычной формы, повышенной ломкости и поперечной исчерченности не отмечается. Форма пальцев обычная.

Тип оволосения мужской.

Повышенное развитие подкожно-жирового слоя, распределение равномерное.

Отеков на ногах, лице не отмечает .

Затылочные, околоушные, задние поднижнечелюстные, передние поднижнечелюстные, подподбородочные, поверхностные шейные, надключичные, подключичные, грудные, подмышечные, паховые лимфоузлы при пальпации не увеличены, эластичной консистенции, безболезненные, не спаяны между собой и с подлежащей тканью, кожа над ними не изменена.

Степень развития мышц в норме. Мышцы симметричны. Тонус в норме. Болезненности при пальпации и движениях нет. Мышечная сила одинакова на обеих руках. Атрофических изменений в отдельных группах мышц не наблюдается.

Деформаций и искривлений костей не наблюдается. Болезненность при пальпации и поколачивании отсутствует.

Суставы нормальной конфигурации, гиперемии кожи и локального повышения температуры в области суставов нет, объем активных и пассивных движений свободный, при пальпации безболезненны.

При пальпации щитовидная железа не увеличена, эластичная, гладкая, болезненность при пальпации не отмечается, уплотнений не пальпируется.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

При осмотре сосудов шеи, области шеи и надчревной области пульсации не наблюдалось.

Пульс на лучевых артериях 78 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, симметричен на обеих руках. АД – 150/90 мм рт ст. Верхушечный толчок локализуется в V межреберье на 0,5 см кнаружи от linea medioclavicularis sinistra, усиленный, площадью 2х2 см, высокий, резистентный.

Границы относительной тупости сердца:

правая: IV межреберье справа на 1,5 см кнаружи от linea sternalis dextra

верхняя: по верхнему краю III ребра на 1 см кнутри от linea medioclavicularis sinistra

левая: в V межреберье слева на 0,5 см кнаружи от linea medioclavicularis sinistra

Границы абсолютной тупости сердца:

правая: IV межреберье по левому краю грудины

верхняя: по верхнему краю IV ребра по дополнительной линии, проводимой на 1 см кнутри от linea medioclavicularis sinistra

левая: в V межреберье на 0,5 см кнаружи от linea medioclavicularis sinistra

Границы сосудистого пучка:

правая: II межреберье на 1 см кнаружи от правой грудинной линии

левая: II межреберье на 1 см кнаружи от левой грудинной линии

Ширина сосудистого пучка 6 см.

Аускультация сердца:

Ритм сердечных сокращений правильный. I тон на верхушке ослаблен, акцент II тона на аорте. Раздвоения, расщепления тонов сердца и шумов нет. При аускультации сосудов шеи, верхних и нижних конечностей шумов не выявлено.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Грудная клетка не деформирована. Правая и левая половины симметричны. Западений отдельных частей грудной клетки и отставания в дыхании не наблюдается. Эпигастральный угол около 90°. Дыхание ритмичное. Частота дыхания 19 в минуту. Одышки нет.

При пальпации: грудная клетка безболезненна, голосовое дрожание симметричное, одинаковой силы с обеих сторон.

Перкуссия:

а) при сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки отмечается ясный легочный звук.

б) топографическая перкуссия:

Ширина полей Кренига – 6 см с обеих сторон. Высота стояния верхушек – 3 см.

Граница нижних краев легких:

	правое	левое
Linea parasternalis	V ребро	-
Linea medioclavicul	VI ребро	-
Linea axillaris anterior	VII ребро	VII ребро
Linea axillaris media	VIII ребро	VIII ребро
Linea axillaris posterior	IX ребро	IX ребро
Linea scapularis	Хребро	Х ребро
Linea paravertebralis	остистый отросток XI грудного позвонка	

Подвижность нижнего края легких по linea axillaris media: правого – 5 см, левого – 5 см.

Аускультация: дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких. Побочных дыхательных шумов нет.

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

▪ Слизистые оболочки рта и зева чистые, розовые, трещины, отпечатки зубов, язвы отсутствуют, обычной влажности. Запах изо рта отсутствует. Язык влажный, налета нет, трещины и язвы отсутствуют.

▪ Околоушные и подчелюстные железы не увеличены, безболезненны, мягкой консистенции.

▪ Живот нормальной конфигурации, несколько увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, симметричный, не вздут. Передняя брюшная стенка принимает участие в акте дыхания.

▪ При **ориентировочной пальпации** живот мягкий, безболезненный, грыжевых выпячиваний по белой линии и в области пупка нет.

▪ При **глубокой пальпации по В. П. Образцову – Н. Д. Стражеско:**

▪ Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде цилиндра умеренной плотности, толщиной в палец, эластичной консистенции, гладкого, подвижного в обе стороны на 5-6 см, безболезненного.

▪ Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде цилиндра толщиной около 3 см, мягкой консистенции, умеренно подвижный, безболезненный, урчащий.

▪ Восходящий, поперечный и нисходящий отделы кишечника эластичной консистенции, толщиной около 3 см, цилиндрической формы, ограниченно подвижны.

- Большая кривизна желудка определяется в виде эластичной умеренно плотной складки на 2 см выше пупка по обе стороны от средней линии тела.
- Поджелудочная железа не пальпируется.
- Нижний край печени по краю реберной дуги: гладкий, эластичной консистенции, безболезненный при пальпации.

Размеры печени по Курлову:

поперечник по правой срединно-ключичной линии – 10 см
 поперечник по срединной линии – 9 см
 по левой реберной дуге – 8 см

- Селезенка: не пальпируется. Перкуторно: длинник – 6 см, поперечник – 4 см.

Аускультативно: перистальтика выслушивается, шум трения брюшины отсутствует.

МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Поколачивание по поясничной области безболезненно с двух сторон.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

основное заболевание: Гипертоническая болезнь, стадия II, риск 3.

Диагноз поставлен на основании синдрома артериальной гипертензии, выявленного в ходе двухкратного измерения АД с интервалом 1 нед (за конечное принято среднее значение АД-160/90 мм рт ст), который сопровождается жалобами больного на боли средней интенсивности в височной области, тяжесть в голове, головокружение. Наличие данного синдрома подтверждается анамнестическими сведениями (больной страдает АГ на протяжении 20 лет, без постоянной гипотензивной коррекции; максимальные подъемы АД до 200/120 мм рт ст, обычное-160/90 мм рт ст, хорошо себя чувствует при АД 130/80 мм рт ст; в ходе неоднократного обследования в стационаре симптоматический генез АГ был исключен), объективными данными (увеличение левой границы относительной тупости сердца, акцент второго тона на аорте).

Стадия 2, т.к. имеется поражение органа- мишени (гипертрофия ЛЖ, подтвержденная ЭКГ от 20.10.03.).

Риск 3, т.к. при 2 степени АГ (АД 160/90 мм рт ст) у больного выявлено поражение органа-мишени (гипертрофия левого желудочка) и 2 фактора риска (возраст > 55 лет, ожирение-окружность талии 105 см).

План лабораторных и инструментальных методов исследования:

1. Клинический анализ крови

2. Общий анализ мочи

I Определение степени АГ

1. Измерение АД (в 9.00, 12.00, 15.00, 18.00)

II Исключение симптоматической АГ (из анамнеза известно, что пациент неоднократно обследовался в стационаре и симптоматический генез АГ был исключен).

III Оценка суммарного сердечно-сосудистого кровотока

1. Выявление факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний

а) липидный спектр крови:

- триглицериды
- общий холестерин сыворотки
- ХЛНП
- ХЛВП

б) гликемия

в) С-реактивный белок

г) фибриноген

2. Выявление поражения органов мишеней

а) ЭКГ (гипертрофия левого желудочка?)

б) Эхо-КС (индекс массы миокарда левого желудочка)

в) триплексное сканирование периферических сосудов (изменение толщины комплекса intima+media)

г) микроальбуминурия, креатинин (ХПН?)

3. Выявление ассоциированных клинических состояний

а) Эхо-КС (оценка систолической дисфункции: фракция выброса ЛЖ)

б) рентгенография органов грудной полости (признаки венозного застоя в легких)

в) консультация окулиста (кровоизлияния, экссудаты, отек диска зрительного нерва)

4. Общий белок сыворотки и его фракции, калий сыворотки.

5. Оценка эффективности терапии и побочных эффектов

а) суточное мониторирование АД

б) электролитный спектр (К, Na, Cl, Ca)

Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования:

1. Клинический анализ крови (30.01.06.)

- Гемоглобин 138 г/л (норма 130,0-160,0 г/л)
- Эритроциты $4,8 \times 10^{12}$ /л (норма $4,5-5,0 \times 10^{12}$ /л)
- ЦП 0,86 (норма 0,8-1,0)
- Тромбоциты 230×10^9 /л (норма $180,0-320,0 \times 10^9$ /л)
- Лейкоциты $4,6 \times 10^9$ /л (норма $4,0-9,0 \times 10^9$ /л)
 - палочкоядерные 2% (норма 1-6%)
 - сегментоядерные 47% (норма 47-72%)
 - эозинофилы 6% (норма 0,5-5%)
 - базофилы 0% (норма 0-1%)
 - лимфоциты 33% (норма 19-37%)
 - моноциты 12% (норма 3-11%)

- СОЭ 10 мм/ч (норма 2-10 мм/ч)

Заключение: показатели в пределах нормы.

2. Общий анализ мочи (30.01.06.)

- Цвет – желтый
- Прозрачная
- Белок –нет
- Глюкоза –нет
- Удельный вес: 1,016
- Реакция кислая
- Осадок: эпителий плоский 1 в поле зрения
- Лейкоциты 0-1 в поле зрения

Заключение: показатели в пределах нормы.

I Определение степени АГ

1.Суточное измерение АД

28.01.06.: 09.00 160/90 мм рт ст
 12.00 150/90 мм рт ст
 15.00 160/80 мм рт ст
 18.00 160/90 мм рт ст
 29.01.06.: 09.00 150/80 мм рт ст
 12.00 160/80 мм рт ст
 15.00 140/90 мм рт ст
 18.00 160/90 мм рт ст
 30.02.06.: 09.00 150/90 мм рт ст
 12.00 150/80 мм рт ст
 15.00 160/80 мм рт ст
 18.00 140/80 мм рт ст

Заключение: АГ 2 степени тяжести (АД 160/90 мм рт ст)

II Исключение симптоматической АГ (из анамнеза известно, что пациент неоднократно обследовался в стационаре и симптоматический генез АГ был исключен).

III Оценка суммарного сердечно-сосудистого кровотока

1.Выявление факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (31.01.06.)

а) липидный спектр крови

- триглицериды 0,75 ммоль/л (норма 0,45-1,81 ммоль/л)
- холестерин 4,75 ммоль/л (норма до 5,2 ммоль/л)
- ХЛВП 1,57 ммоль/л (норма >1 ммоль/л)
- ХЛНП 2,15 ммоль/л (норма <4 ммоль/л)
- коэффициент атерогенности 2,1 (норма до 3)

б) глюкоза 5,29 ммоль/л (норма 3,5-5,5 ммоль/л)

в) С-реактивный белок 0,5 мг/дл (норма до 1 мг/дл)

г) фибриноген 4,2 г/л (норма до 4,2 г/л)

Заключение: показатели в пределах нормы.

2. Выявление поражения органов мишеней

а) ЭКГ(02.02.06.)

Синусовый ритм с ЧСС 60 в мин; гипертрофия левого желудочка.

б) УЗДГ БЦА (ВББ) (01.02.06.)

Гемодинамически значимых стенозов не выявлено. Соединительные артерии великие круга функционируют.

УЗДГ артерий верхних конечностей (01.02.06.)

Гемодинамически значимых стенозов нет.

в) (02.02.06.)

микроальбуминурия до 20,0

(норма до 20,0)

креатинин 88,5 мкмоль/л

(норма 44-115 мкмоль/л)

3. Выявление ассоциированных клинических состояний

а) Эхо-КС (31.01.06.)

ФВ 50%

МОК 6,79 л/мин

УО 77 мл

Уплотнение створок митрального клапана при их хорошей подвижности.

Дилатация полости левого желудочка с умеренной гипертрофией миокарда и МЖП. Фиброз и умеренная гипокинезия МЖП. Минимальная митральная и трикуспидальная регургитация. Диастолическая функция ЛЖ не нарушена. Умеренное расширение восходящего отдела аорты. Уплотнение стенки аорты. Уплотнены кольцо и полулуния без формирования стеноза и недостаточности. Умеренная объемная перегрузка ЛЖ. Умеренное снижение сократительной способности миокарда.

б) Рентгенография органов грудной клетки (05.02.06.)

Заключение: без признаков венозного застоя в легких.

в) Консультация окулиста (01.02.06.)

Заключение: диск зрительного нерва розовый, границы четкие; артерии частично склерозированы, неравномерно сужены; очагов нет.

4. (31.01.06.)

общий белок сыворотки 61,8 г/л

(норма 65-85 г/л)

калий сыворотки 4,1 ммоль/л

(норма 3,4-5,3 ммоль/л)

5. Оценка эффективности терапии и побочных эффектов

а) суточное мониторирование (02.02.06.)

I ЧСС средняя дневная 65 в мин

средняя во время ночного сна 54 в мин

при физической нагрузке 91 в мин

Заключение: наблюдается брадикардия днем с адекватной реакцией на нагрузку.

II Ритм: синусовый. Ишемические изменения ST-T не обнаружены

III Функциональные нагрузки: толерантность к нагрузкам сохранена в полном объеме.

IV Динамика АД: средняя величина САД и ДАД в течение всего времени наблюдалась без существенных особенностей; индекс нагрузки давлением – САД и ДАД без существенных особенностей; снижение САД и ДАД ночью в пределах нормальных значений.

б) электролитный спектр (05.02.06.)

К 4,1 ммоль/л	(норма 3,4-5,3 ммоль/л)
Na 146 ммоль/л	(норма 135-145 ммоль/л)
Ca 2,22 ммоль/л	(норма 2,23-2,57 ммоль/л)
Cl 106,5 ммоль/л	(норма 96-108 ммоль/л)

VII. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

а) основное заболевание: Гипертоническая болезнь, стадия III.

Хроническая сердечная недостаточность, стадия I, ФК I. Очень высокий риск (риск 4).

Обоснование диагноза:

I. Диагноз гипертоническая болезнь поставлен на основании синдрома артериальной гипертензии, выявленного в ходе двухкратного измерения АД с интервалом 1 нед (за конечное принято среднее значение АД- 160/90 мм рт ст), который сопровождается жалобами больного на боли средней интенсивности в височной области, тяжесть в голове, головокружение. Наличие данного синдрома подтверждается анамнестическими сведениями (больной страдает АГ на протяжении 20 лет, без постоянной гипотензивной коррекции; максимальные подъемы АД до 200/120 мм рт ст, обычное-160/90 мм рт ст, хорошо себя чувствует при АД 130/80 мм рт ст; в ходе неоднократного обследования в стационаре симптоматический генез АГ был исключен), объективными данными (увеличение левой границы относительной тупости сердца, ослабление первого тона на верхушке, акцент второго тона на аорте), ЭКГ (гипертрофия ЛЖ-признак Соколова- Лайона 39 мм), ЭХО-КС (умеренная гипертрофия миокарда ЛЖ и МЖП; фиброз и умеренная гипокинезия МЖП; умеренное расширение восходящего отдела аорты, уплотнение стенки аорты).

II. Стадия III

Имеется **ассоциированное клиническое состояние:** хроническая сердечная недостаточность, клинически проявляющаяся жалобами на одышку и сердцебиение, появляющиеся при значительной физической нагрузке, подъеме на лестницу (3-4-ый этаж), подтвержденная при ЭХО-КС (ФВ 50%. Дилатация полости левого желудочка с умеренной гипертрофией миокарда и МЖП.. Умеренная объемная перегрузка ЛЖ. Умеренное снижение сократительной способности миокарда). Стадия 1, т.к. гемодинамика не нарушена, отмечается бессимптомная дисфункция ЛЖ (на рентгенограмме органов грудной клетки: без признаков венозного застоя в легких), скрытая сердечная недостаточность. ФК I, т.к. ограничения привычной физической активности отсутствуют (привычная физическая активность не сопровождается быстрой утомляемостью, появлением одышки и/или

сердцебиения; повышенная нагрузка (подъем на 3-4 этаж) сопровождается одышкой и сердцебиением)

Имеется **поражение органа-мишени**: гипертрофия левого желудочка, подтвержденная данными ЭКГ (признак Соколова-Лайона 39 мм) и Эхо-КС (умеренная гипертрофия миокарда ЛЖ)

III. Очень высокий риск (риск 4)

При **2 степени АГ** (АД 160/90 мм рт ст) у больного выявлено: **ассоциированное клиническое состояние** (хроническая сердечная недостаточность, стадия 1, ФК 1), **поражение органа-мишени** (гипертрофия левого желудочка), **2 фактора риска** (возраст > 55 лет, ожирение-окружность талии 105 см).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

	ГБ	Ренопаренхиматозная АГ	Реноваскулярная АГ	Эндокринная АГ	Гемодинамическая АГ
Этиология	Эссенциальная АГ, многофакторное заболевание	Хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, поликистоз, амилоидоз, опухоли	Атеросклероз, фиброзно-мышечная дисплазия, аномалии развития	Б.Кона (гиперальдостеронизм), б.Иценко-Кушинга, феохромацитомы, б.Базеда, диффузный токсический зоб, тиреоидит Хашимото	Коарктация пороки сонное системные васкулиты кр сосудов
Патогенез	Эндотелиальная дисфункция, гиперактивность РААС	Уменьшение количества функционирующих нефронов (гиперволемия, гипернатриемия)	Ишемия почек вследствие окклюзии почечных артерий (активация РААС)	Опухоли и иммунно-воспалительные заболевания эндокринных желез (гиперпродукция гормонов)	Повышение давл связано с органическими изменениями се и крупных сосу
Клиника	Преобладает систолическая гипертензия, большой пульсовой перепад, поражение органов-мишеней (миокард, сосуды резистивного типа, почки)	Молодой возраст, преобладает диастолическая гипертензия, редкость кризов, отсутствие церебральных и коронарных осложнений	Молодой и средний возраст, шум в проекции почечной артерии, ФМД в 4-5 раз чаще встречается у женщин	Тиреотоксикоз (похудание, тахикардия, нарушения ритма, увел.ЩЖ, глазные симптомы, запоры), гиперальдостеронизм (полиурия, полидипсия, мышечная слабость, парестезии), с.Иценко-Кушинга («лунообразное лицо», похудание рук и ног, стрии)	«фигура коарктатика», асимметрия пул АД на руках и н систолический во всех точках сердца; «пляска кароти», симптом Мюссе Квинке, протодиастолич шум на аорте;
Диагностика	Исключаем симптоматический генез АГ	Высокий креатинин крови, протеинурия > 2 г/сут, цилиндрурия, гематурия, УЗИ признаки поражения почек, обычно изменения анализов мочи предшествуют повышению АД	Асимметрия почек при УЗИ, УЗИ-доплер, дуплексное исследование (изменения сосудов почек), почечная ангиография, гипокалиемия	УЗИ надпочечников, щитовидной железы, КТ (опухоли гипофиза), гормоны	Полисомнограф (сонное апноэ), КС, рентгеногр органов грудно клетки

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

Гипертоническая болезнь-многофакторное заболевание. Его развитие обусловлено взаимодействием генетических нарушений и приобретенных изменений регуляции кровообращения.

Симптоматический генез артериальной гипертензии у данного пациента исключен (из анамнестических данных). Развитие ГБ у данного пациента может быть обусловлено следующими этиологическими и патогенетическими факторами:

1) генетические факторы: мутация генов, ответственных за синтез отдельных компонентов РААС, адренергических рецепторов

2) нарушение водно-солевого обмена: чрезмерное потребление поваренной соли с пищей при нарушении экскреции натрия

3) перенапряжение ВНД, приводящее к нарушению регуляции сосудистого тонуса

4) нарушение баро-рефлекторного контроля сердечной деятельности

5) нарушение юкта-гломерулярного механизма ауторегуляции почечного кровотока, приводящее к задержке натрия в организме

6) нарушение функционального состояния и взаимосвязи систем регуляции АД: повышение активности сосудосуживающих эндокринных факторов – РААС, АДГ, КА, эндотелина 1; уменьшение гипотензивного влияния предсердного и мозгового натрийуретических пептидов, калликреин-кининовой системы, липидов мозгового вещества почек, эндотелий-зависимого релаксирующего фактора (оксида азота), простагландинов.

7) особого внимания заслуживает теория дисфункции эндотелия, вследствие которой нарушается соотношение вазодилататоров-деагрегантов (оксид азота, брадикинин, эндотелиальный фактор гиперполяризации, простациклины, простагландины) и вазоконстрикторов-проагрегантов (ангиотензин II, эндотелины 1,2,3, простагландин F₂, тромбоксан A₂, лейкотриены), что сопровождается нарушением реологических свойств крови, ухудшением растяжимости сосудов, структурной трансформации сосудистой стенки, следствием этого является прогрессирование АГ, поражение органов-мишеней, ремоделирование сердца и сосудов.

Следует отметить наличие у больного таких предрасполагающих факторов, как: возраст (68 лет), ожирение (ИМТ 28,8, окружность талии-105см), психоэмоциональные нагрузки и гиподинамия (директор предприятия), диетические предпочтения (злоупотребление поваренной солью, мучными изделиями и жареными продуктами).

Изменения нейрогуморальной регуляции АД и структурные изменения сердца и сосудов приводят к нарушению механизмов ауторегуляции равновесия между сердечным выбросом и общим периферическим сопротивлением сосудов: преобладает нарастание ОПСС, прогрессирует АГ.

Классификация ГБ по степени:

-оптимальное АД	<120/80
-нормальное АД	<130/85
-повышенное нормальное	<139/89
I степень (мягкая)	140-159/90-99
II степень (умеренная)	160-179/100-109
III степень (выраженная)	>180/>110

Классификация ГБ по стадиям (ВОЗ, 1978г.):

I стадия	Отсутствуют ПОМ и АКС
II стадия	Есть ПОМ, нет АКС
III стадия	Несколько признаков ПОМ и/или АКС

Факторы риска ГБ, поражения органов мишеней и сопутствующие клинические патологии:

ФР	ДФР	ПОМ	СКП
-мужчины >55 лет -женщины > 65 лет -курение -общий холестерин крови > 5,2 ммоль/л -СД -ранние проявления патологии ССС в семейном анамнезе (до 65 лет для женщин и до 55 лет для мужчин) - СРБ > 1 мг/дл	-снижение уровня ХЛВП < 1,0 ммоль/л -повышение уровня ХЛНП > 4,0 ммоль/л -микроальбуминурия при СД -нарушение толерантности к глюкозе -ожирение (окружность талии >102 см для мужчин, > 88 см для женщин) -гиподинамия -повышение уровня фибриногена > 4,2 г/л - гормональная контрацепция -социально-экономическая группа риска	-гипертрофия ЛЖ (ЭКГ: признак Соколова-Лайона >38мм; ЭХО-КГ: индекс массы миокарда ЛЖ >125 г/м для мужчин и > 110 г/м для женщин) -микроальбуминурия 30-300 мг/сут - незначительное повышение сывороточного креатинина (115-133 мкмоль/л для мужчин и 107-124 мкмоль/л для женщин) -УЗ признаки утолщения стенки артерий (толщина интима-медии сонной артерии > 0,9 мм) или	ЦВЗ -ишемический инсульт -геморрагический инсульт -ПНМК СЕРДЦЕ -инфаркт миокарда -стенокардия -реваскуляризация коронарных артерий -застойная СН ПОЧКИ -диабетическая нефропатия - почечная недостаточность (креатинин > 123 мкмоль/л для мужчин и > 124 мкмоль/л для женщин; протеинурия > 300мг/сут) СОСУДЫ -расслаивающие

		наличия атеросклеротических бляшек	аневризмы -патология сосудов с клинической симптоматикой ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ -кровоизлияния или экссудаты -отек соска зрительного нерва
--	--	------------------------------------	--

Стратификация риска

ДФР +анамнез	140-159/90-99	160-179/100-109	>180/>110
-без ФР -1-2 ФР -3 и больше ФР,ПОМ -АКС, СД	-низкий -средний -высокий -очень высокий	-средний -средний -высокий -очень высокий	-высокий -очень высокий -очень высокий -очень высокий

Лечение:

1. Нефармакологические методы:

- ограничение потребления поваренной соли до 4 г/сут, диета (стол №10)
- комплексное изменение режима питания (увеличение потребления растительной пищи; уменьшение потребления насыщенных жиров; ограничить хлеб, сахар, мучное; увеличение в рационе калия, кальция, магния)
- снижение ИМТ < 25 кг/м
- ограничение употребления алкоголя до < 30 г/сут
- индивидуальные дозированные физические нагрузки (не менее 4 р/нед по 30-40 мин на свежем воздухе)
 - по возможности организация здорового быта, отдыха, нормальной трудовой деятельности с исключением факторов, травмирующих психическую сферу; нормализация сна
- психотерапия

2. Медикаментозная терапия:

А) Диуретик, тиазидовый: гипотиазид 25 мг по 1/2т. утром

Механизм действия:

- периферическая вазодилатация (превые 4-6ч снижение АД за счет уменьшения объема внеклеточной жидкости, что приводит к снижению СВ, но при длительной терапии объем внеклеточной жидкости и СВ постепенно нормализуются)

Побочные эффекты:

- гиперурикемия
- снижение К, Са, Na, Mg

Показания: АГ+

- СН
- у пожилых
- на фоне СД (только индапамид)
- систолическая АГ

Противопоказания:

- подагра
- дислипидемия

Б) ИАПФ, содержащие карбоксильную группу, длительного действия:
лизиноприл 10 мг по 1т. утром

Механизм действия:

- кардиопротекция (антипролиферативный и антимиграционный эффект на гладкомышечные клетки, нейтрофилы, моноциты; снижают потребность миокарда в кислороде; уменьшают объем и массу ЛЖ; уменьшают ремоделирование миокарда)
- вазопротекция (антиатерогенный, антипролиферативный, антитромбоцитарный эффекты, восстанавливают функцию эндотелия)
- снижают активность РААС (снижают образование ангиотензина II, секрецию альдостерона, активность киназа II, инактивацию кининов, образование норадреналина, эндотелинов)

Побочные эффекты:

- гипотония первой дозы
- увеличение калия
- кашель (брадикинин)
- кожная сыпь
- ангионевротический отек (брадикинин)
- нейтропения, агранулоцитоз
- гепатотоксичность
- фетотоксичность

Показания: АГ+

- СН и/или дисфункция ЛЖ
- у перенесших ИМ
- диабетическая нефропатия

Противопоказания:

- беременность, гиперкалиемия, двусторонний стеноз почечных артерий или стеноз артерии единственной функционирующей почки.

В) БАБ, селективные бетта-1: метопролол 50 мг по 1т. вечером

Механизм действия:

- снижение секреции ренина
- перестройка барорефлекторных механизмов дуги аорты
- снижают высвобождение норадреналина из окончаний постганглионарных симпатических нервных волокон
- повышают выработку вазодилатирующих веществ (простагландины)
- влияние на сосудистый центр продолговатого мозга

Побочные эффекты:

- отрицательный инотропный и хронотропный эффект

- брадикардия
 - АВ- блокада
 - констрикция периферических сосудов
 - диспепсия
 - бронхоспазм
 - нарушение углеводного обмена
 - гиперурикемия
 - гипертриглицеридемия
 - импотенция
- Показания: АГ+
- ХСН
 - ИБС (хронические формы)
 - у перенесших ИМ
 - тахиаритмии

Противопоказания:

- бронхиальная астма и ХОБЛ
- АВ-блокада 2 степени
- дислипидемия
- большие физические нагрузки
- заболевания периферических сосудов

Прогноз:

Для выздоровления – неблагоприятный.

Для жизни и работоспособности - при адекватной нефармакологической (диета, отказ от вредных привычек, дозированные физ. нагрузки и др.) и медикаментозной (постоянная гипотензивная коррекция) терапии относительно благоприятный.

Профилактика:

1. Нефармакологические методы:

- ограничение потребления поваренной соли до 4 г/сут, диета (стол №10)
- комплексное изменение режима питания (увеличение потребления растительной пищи; уменьшение потребления насыщенных жиров; ограничить хлеб, сахар, мучное; увеличение в рационе калия, кальция, магния)
- снижение ИМТ < 25 кг/м
- ограничение употребления алкоголя до < 30 г/сут
- индивидуальные дозированные физические нагрузки (не менее 4 р/нед по 30-40 мин на свежем воздухе)
- по возможности организация здорового быта, отдыха, нормальной трудовой деятельности с исключением факторов, травмирующих психическую сферу; нормализация сна
- психотерапия

2. Регулярный прием лекарственных препаратов:

- гипотиазид 25 мг по 1/2т. утром
- лизиноприл 10мг по 1т. утром
- метопролол 50 мг по 1т. вечером

Дневник:

30.01.06.

Больной жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Активно участвует в беседе.

ЧСС 78 в мин. АД –160/100 мм рт ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Дыхание ритмичное. ЧД 16 в мин. Одышки нет. Аускультативно: дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, побочных дыхательных шумов нет.

Слизистые оболочки рта и зева чистые, розовые, обычной влажности. Живот мягкий, безболезненный.

Анализ крови (клинический и биохимический): все показатели в норме.

Анализ мочи: норма.

01.02.06.

Больной жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное.

ЧСС 75 в мин. АД –150/90 мм рт ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Дыхание ритмичное. ЧД 18 в мин. Одышки нет. Аускультативно: дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, побочных дыхательных шумов нет.

Слизистые оболочки рта и зева чистые, розовые, обычной влажности. Живот мягкий, безболезненный.

03.02.06.

Больной жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное.

ЧСС 82 в мин. АД –140/80 мм рт ст. Ритм сердечных сокращений правильный. Дыхание ритмичное. ЧД 18 в мин. Одышки нет. Аускультативно: дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, побочных дыхательных шумов нет.

Слизистые оболочки рта и зева чистые, розовые, обычной влажности. Живот мягкий, безболезненный.

07.02.06.

Больной жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное.

ЧСС 68 в мин. АД –140/90 мм рт ст. Ритм сердечных сокращений правильный. Дыхание ритмичное. ЧД 16 в мин. Одышки нет. Аускультативно: дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, побочных дыхательных шумов нет.

Слизистые оболочки рта и зева чистые, розовые, обычной влажности. Живот мягкий, безболезненный.

ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ

09.02.06.

xxx-xxx-xxx (68 лет) находится на лечении в КО РБ с 27.01.06. по 09.02.06.

Диагноз: Гипертоническая болезнь, стадия III. Хроническая сердечная недостаточность, стадия I, ФК I. Очень высокий риск (риск 4).

Поступил с жалобами на боли средней интенсивности в височной области, тяжесть в голове, головокружение, одышку и сердцебиение, появляющиеся при значительной физической нагрузке, быстрой ходьбе, особенно подъеме на лестницу (3-4-ый этаж); выраженная головная боль, головокружение, предобморочные состояния (тошнота, потливость, слабость в ногах, потемнение в глазах, мелькание «мушек» перед глазами, нарастающее головокружение, шум в ушах) на фоне АД 190/100 мм рт ст.

Из анамнеза заболевания известно, что с 1986г. страдает артериальной гипертензией (АД 140-160/90-100 мм рт ст), без постоянной гипотензивной коррекции, с 1991 года стабилизация АД на уровне 160/95 мм рт ст, к головокружению и головным болям присоединились сердцебиение и одышка, появляющиеся при значительной физической нагрузке, быстрой ходьбе, особенно подъеме на лестницу (4-ый этаж), с 1992 года принимает гипотензивные препараты (клофелин, атенолол); с 1998г. отмечает повышение уровня артериального давления до 160-175/100-105 мм рт ст, в связи с чем стал принимать эналаприл; с 2003 года отмечает появление на фоне рабочего давления 160/100 мм рт ст подъема до 200 /120 мм рт ст, что связывает с нерегулярным применением гипотензивных препаратов. В 2003г. находился на лечении в стационаре с диагнозом: артериальная гипертензия, II степени тяжести, II стадии, риск 3 (ЭКГ от 20.10.03.: синусовый ритм с ЧСС 60 в мин; гипертрофия левого желудочка).

С 19.01.06.: выраженная головная боль, головокружение, предобморочные состояния (тошнота, потливость, слабость в ногах, потемнение в глазах, мелькание «мушек» перед глазами, нарастающее головокружение, шум в ушах) на фоне АД 190/100 мм рт ст. Повышение давления связывает с психоэмоциональными перегрузками на работе.

В ходе данной госпитализации проводилось обследование:

-объективно: увеличение левой границы относительной тупости сердца, ослабление первого тона на верхушке, акцент второго тона на аорте

-лабораторное обследование: показатели клинического, биохимического анализов крови и общего анализа мочи в пределах нормы;

-инструментальное обследование:

ЭКГ: отклонение электрической оси сердца влево, увеличение амплитуды комплекса QRS в отведениях V5,6, I, AVL; признак Соколова- Лайона 39 мм).

ЭХО-КГ: ФВ 50%; умеренная гипертрофия миокарда ЛЖ и МЖП; фиброз и умеренная гипокинезия МЖП; умеренное расширение восходящего отдела аорты, уплотнение стенки аорты. Дилатация полости левого желудочка с умеренной гипертрофией миокарда и МЖП.. Умеренная объемная перегрузка ЛЖ. Умеренное снижение сократительной способности миокарда).

Проводилось лечение:

- гипотиазид 25 мг по 1/2т. утром
- метопролол 50мг по 1т. вечером
- престариум 4мг по 2т. утром

На фоне лечения состояние больного улучшилось: исчезли жалобы, стабилизация АД на уровне 140/90 мм рт ст.

Больному рекомендовано: ограничение потребления поваренной соли, диета (стол №10), отказ от употребления алкоголя, по возможности организация здорового быта, отдыха, нормальной трудовой деятельности с исключением факторов, травмирующих психическую сферу, нормализация сна, индивидуальные дозированные физические нагрузки; продолжать постоянную гипотензивную коррекцию (гипотиазид 25 мг по 1/2т. утром, метопролол 50мг по 1т. вечером, престариум 4мг по 2т. утром).

Прогноз: при адекватной нефармакологической (диета, отказ от вредных привычек, дозированные физ. нагрузки и др.) и медикаментозной (постоянная гипотензивная коррекция) терапии длительное сохранение трудоспособности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Consilium medicum 2003г., том 5, №11, с.626-635.
2. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний. Под ред. Е.И.Чазова, Ю.Ж.Беленкова. М.,изд. «Литтерра», 2004г.
3. Кардиология 2004г., том 2, № 3, с. 35-48