##### Московская медицинская академия им.И.М.Сеченова

Кафедра факультетской терапии

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Выполнил:

Проверил:

##### ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

**Ф.И.О.:**

**Дата и время поступления в стационар** 27.08.2003

**Возраст:** 55 лет

**Семейное положение:** замужем

**Профессия:** пенсионер

**Место жительства:** г. Москва

##### Жалобы при поступлении

* На повышение АД до 250/120 мм.рт.ст, сопровождающееся головокружением, давящей болью в затылочной области, мелькание мушек перед глазами.
* На периодическую, давящую, сжимающую боль в левой половине грудной клетки умеренной интенсивности, возникающую при физической нагрузке, купирующуюся приемом 1-2 таблеток нитроглицерина под язык через 1-3 минуты.
* На одышку, возникающую при незначительной физической нагрузке и в покое, преимущественно с затруднением выдоха
* На отеки голеней и стоп, возникающие и/или усиливающиеся к вечеру.
* На слабость. Утомляемость, снижение работоспособности.

## Anamnesis morbi

Впервые повышение АД отмечает в 24 года (1972г.) во время 1-й беременности (осложненная нефропатией - отеки голеней и стоп, одышка). Подъемы АД до 150/95 мм.рт.ст., рабочее АД - 130/90 мм.рт.ст. Не лечилась, за давлением не следила. В последующие годы отмечает периодическое возникновение пастозности голеней и стоп к вечеру, появление экспираторной одышки при умеренной физической нагрузке. В 2001 году на фоне эмоционального стресса - повышение АД до 200/100 мм.рт.ст., сопровождавшееся головокружением, давящей болью в затылочной области. Приступ купирован бригадой СМП. Лечилась по месту жительства, назначены атенолол, папазол - с положительным эффектом, таблетки принимала нерегулярно. Рабочее АД - 150-160/95-100 мм.рт.ст. В 2002-2003 году отмечает нарастание одышки, ее возникновение при незначительных физических нагрузках и в покое, постоянную пастозность нижних конечностей усиливающуюся к вечеру.

Настоящая госпитализация 27.08.03 в связи с повышением АД до 250/120 мм.рт.ст., сопровождавшееся головокружением, давящей болью в затылочной области, мелькание мушек перед глазами.

**Anamnesis vitae**

Больная родилась в 1948 году 1-м ребенком в семье. Росла и развивалась соответственно возрасту. В психическом и физическом развитии от сверстников не отставала. С семи лет пошла в школу, учеба давалась легко. По окончании школы получила высшее техническое образование.

Семейный анамнез: Замужем. В данный момент проживает с мужем. Жилищные и материальные условия больную удовлетворяют. Питание регулярное, с ограничением острой, жареной, соленой пищи, домашнее.

Половое развитие: менструации с 12 лет, по 5-7 дней через 28 дней, регулярные, безболезненные. В настоящее время - менопауза.

Наследственность: Отец, мать - СД2, АГ.

Аллергологический анамнез - Каптоприл - сухой кашель.

Вредные привычки: Со слов больной наркотики не употребляет, алкоголь употребляет умеренно, не курит.

Эпидемиологический анамнез: Сифилисом и другими венерологическими болезнями не болела. На диспансерном учете по поводу туберкулеза не состоит. Малярией, брюшным и сыпным тифом не болела и с больными контакта не имела. Донором не является. Прямых переливаний крови, а также гемотрансфузий консервированной крови за последние полгода не имела. За последние 3 месяца эпидемиологически неблагополучные регионы не посещала.

**Перенесенные заболевания:**

В детстве - частые ОРЗ, ОРВИ, ангины. Перенесла следующие детские болезни: ветряная оспа, скарлатина.

1957 - адентонзилоэктомия

1981 - правосторонняя бронхопневмония

1986 – ЖКБ (в настоящий момент - ремиссия).

**Status praesens**

На момент осмотра общее состояние больной удовлетворительное, активно передвигается по палате и коридору. В сознании, ориентирована контактна. Гиперстенической конституции. Избыточного питания. Рост - 174 см., вес-125 кг. ИМТ=41,3 (N<25).

**Состояние кожных покровов**

1. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Сыпей, пятнистости, рубцов на коже не выявляется. Тургор кожи достаточный. Отмечается пастозности голеней и стоп. Расчесы, кровоизлияния, телеангиэктазии отсутствуют. Дермографизм белый, нестойкий. Ногти овальной формы, расслоения не имеют. Сосудистое пятно при надавливании на ногтевые ложа исчезает быстро. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу. Подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно, толщина кожно-жировой складки на лопатке 3,5 см.

###### Лимфатическая система

Жалоб нет. Визуально периферические лимфоузлы не выявляются. Пальпаторно лимфоузлы безболезненные, кожа над ними не гиперемирована, узлы подвижны, с кожей не спаяны.

###### Мышечная система

Жалоб нет. Общее развитие мышечной системы - хорошее. Атрофии и гипертрофии отдельных мышц и мышечных групп не отмечается. Болезненности при ощупывании отдельных мышц отсутствует. Тонус мышц нормальный. Мышечная сила удовлетворительная.

###### Костная система

Жалоб нет. Телосложение пропорциональное. Деформации костей нет. Осанка правильная, походка без особенностей. Симптомы «барабанных палочек» и оссалгии отрицательные. Утолщения и неровностей надкостницы не обнаруживается. Стопы нормальные.

###### Суставы

Жалоб нет. Мелкие и крупные суставы в размере не увеличены. Кожа над ними не гиперемирована, пальпация безболезненна. Движения в суставах в полном объеме.

# Дыхательная система

Жалоб нет. Дыхание через нос свободное с участием крыльев носа. Деформации костей носа не определяется. Акт дыхания осуществляется без вспомогательной мускулатуры, экскурсия равномерная по всей площади грудной клетки. Частота дыхания 18 в минуту. Тип дыхания смешанный: Пальпация межреберных промежутков безболезненна. Движения половин грудной клетки синхронное. Дыхание ритмичное.

При пальпации отмечается двухстороннее снижение эластичности грудной клетки. Болезненость в точках Валле по l. parasternalis, l. medioclavicularis. l. acillaris media, l. paravertebalis – отсутствует. Локальной болезненности и болезненности по ходу межреберий нет. Голосовое дрожание в симметричных участках, не изменено.

**Нижние границы легких**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | **Справа** | Слева |
| l. parasternalis | 4-е межреберье | - |
| l. medioclavicularis | 6-е ребро | - |
| l. acillaris anterior | 7-е ребро | 7-е ребро |
| l. acillaris media | 8-е ребро | 8-е ребро |
| l. acillaris posterior | 9-е ребро | 9-е ребро |
| l. scapularis | 10-е ребро | 10-е ребро |
| l. paravertebralis | Остистый отросток 11 грудного позвонка | Остистый отросток 11 грудного позвонка |

***Аускультация легких.***

При сравнительной аускультации над легкими на симметричных участках определяется везикулярное дыхание с жестковатым оттенком. В задне- нижних и боковых отделах выслушиваются сухие, рассеянные, незвучные хрипы. При форсированном дыхании побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются.

# Сердечно-сосудистая система

***Осмотр.***

1. Сосуды шеи:

сонные артерии: «пляски каротид» нет, симптом Мюссе – отрицательный.

яремные вены: набухание вен не наблюдаются, не пульсируют, симптом Плеша – отрицательный.

1. Осмотр области сердца: сердечный толчок и сердечный горб отсутствуют, верхушечный толчок визуально не определяется, эктопической пульсацией и систолического втяжения сердечной области нет, во II межреберье справа и слева, в области яремной вырезки пульсации не выявляются.

Пальпации области сердца.

Верхушечный толчее пальпируется на 1,5 см. кнаружи от среднеключичной линии. Сердечный толчее отсутствует. эктопическая пульсация в области III межреберья, пульсация легочной артерии во II межреберье справа, аорты во II межреберье слева и в яремной ямке не пальпируются. Симптом «кошачьего мурлыканья» над верхушкой сердца, над аортой, над легочной артерией, и над 3-х створчатым клапаном отсутствует.

Пульс на лучевой артерии определяется четко, ритмичный, достаточного наполнения и напряжения.

##### Границы относительной тупости сердца

|  |  |
| --- | --- |
| Правая | IV межреберье 1,5см. кнаружи от правого края грудины |
| Левая | V межреберье по линии l. axillaris anterior |
| Верхняя | III ребро по линии l. sternalis sinistra |

##### Границы абсолютной тупости сердца

|  |  |
| --- | --- |
| Правая | IV межреберье по правому краю грудины |
| Левая | V межреберье 1 см. кнаружи от линии l. media clavicularis |
| Верхняя | IV ребро по линии l. sternalis sinistra |

***Аускультация сердца.***

Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 72

***Исследования сосудов.***

Видимые сосуды не изменены. Вены шеи, конечностей не расширены, не пульсируют, набуханий нет. Стенка артерии эластичная, симптом «жгута», «щипка» отрицательные. Артериальная пульсация пальпируется на доступных для пальпации артериях (общей сонной, височной, лучевой, плечевой, бедренной, подколенной, задней большеберцовой). При аускультации бедренной артерии тон Траубе и шум Виноградова – Дюрозье не выслушиваются.

АД – 180/100 мм. рт.ст. (На обеих руках)

**Пищеварительная система.**

***Осмотр полости рта***

Слизистая оболочка внутренней поверхности ротовой полости розовой окраски; высыпания изъязвления отсутствуют, запах обычный. Десны нормальной окраски, не кровоточат. Язык в объеме не увеличен, полностью помещается в ротовой полости. География языка без видимой патологии, центральная борозда выражена не сильно, не рифленая, доходит до кончика языка. Равномерно обложен белым налетом по всей поверхности, влажный, сосочки не атрофированы. Пятнистости на языке нет. Сосочки выражены достаточно. Вся площадь языка обложена беловато-серым налетом, больше у корня языка.

Осмотр живота

Живот увеличен за счет жировой клетчатки, не вздут, округлой формы, участвует в акте дыхания, симметричен. Пупочное кольцо втянуто. Локальных выбуханий на передней стенки живота не определяется.

***Пальпация живота.***

Сильно затруднена вследствие чрезмерно развитого подкожно-жирового слоя. Симптомов раздражения брюшины нет, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. При поверхностной ориентировочной пальпации по Образцову и Стражеско над симметричными участками живот мягкий, безболезненный. При исследовании слабых мест передней брюшной стенки (пупочного кольца, апоневроза белой линии живота, паховых колец), грыжевых выпячивания не наблюдается.

Печень пальпируется на уровне нижнего края реберной дуги (по правой среднеключичной линии), край печени мягкий, ровный, с гладкой поверхностью, слегка заостренный, легко подворачивающийся, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует. Симптом Мерфи слабоположителен; Ортнера, Захарьина, Василенко, Георгиевского-Мюсси, френикус - отрицательные. Селезенка не пальпируется.

При аускультации кишечная моторика активная во всех отделах, шума плеска нет. Шумы в проекции почечных сосудов отсутствуют.

Перкуссия живота безболезненная , в латеральных каналах притупления не определяется, свободной жидкости в брюшной полости нет.

*Размеры печеночной тупости по Курлову:*

По правой среднеключичной линии 8 см.

По передней срединной линии 9 см.

Косой размер 10 см.

##### Мочеполовая система

1. Жалоб нет. Симптом поколачивания с слабоположителен слева. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек, а также поясничных мышц отсутствует. Мочевой пузырь перкуторно не выступает на лонным сочленением. При пальпации мягкий, безболезненный. Мочеиспускание самостоятельное, активное, безболезненное, тонкой струей пять раз в сутки. Ночное мочеиспускание 1-2 раза.

**Эндокринная система**

Жалоб нет. При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. Симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса, Дальримпля, Штельвага – отрицательные. При осмотре области щитовидной железы асимметрии, отклонения трахеи, выпячивания, изменения вен не наблюдается. Щитовидная железа пальпаторно не определяется.

**Нервно-психическая сфера**

1. Больная правильно ориентирована в пространстве, времени, собственной личности. Контактна, охотно общается с врачом. Интеллект соответствует возрасту и образованию. Восприятие не нарушено, внимание не ослаблено. Память сохранена, поведение адекватное.
2. Парезов и параличей нет. Тактильная и болевая чувствительность локальная и общая не нарушена. Менингиальных симптомов нет.

**План обследования больной:**

**Лабораторные и инструментальные методы исследования:**

1. **Общий и биохимический анализ крови. Анализ крови на RW, HBs-Ag, коагулограмма.**
2. **Общий анализ мочи. Анализ мочи по Нечипоренко. Определение суточной протеинурии.**
3. **Биохимический анализ крови**
4. **Гликемический профиль**
5. **Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.**
6. **ЭКГ**
7. **Эхокардиография**
8. **УЗИ органов брюшной полости**
9. **Консультация окулистом**

**Клинический анализ крови (28.08.03.)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | Результаты | Норма | Ед. измерения |
| Гемоглобин | 140 | 120-160 | Г/л |
| СОЭ | 12 | 2-15 | Мм/ч |
| Лейкоциты | 6,8 | 4,0-10,8 | 10 /л |
| Палочкоядерные | 1 | 1-6 | % |
| Сегментоядерные | 63 | 47-72 | % |
| Лимфоциты | 26 | 19-37 | % |
| Моноциты | 6 | 3-11 | % |
| Эозинофилы | 3 | 0,5-5 | % |

**Анализ крови на определение Антител (ИФА) и HIV (ВИЧ) (28.08.03)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатели** | Результат |
| Реакция в ИФА | Отрицательно |

**Анализ крови – реакция Вассермана (28.08.03)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатели** | **Результат** |
| Микрореакция преципитации с кардиолипиновым антигеном | Отрицательно |

**Биохимический анализ крови (28.08.03.)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | Результат | Норма | Ед. измерения |
| Общий белок | 75 | 60-80 | Г/л |
| Креатинин | 66 |  | Мкмоль/л |
| оХс | 8,1 | До5,2 | Ммоль/л |
| Билирубин общий | 11,3 |  |  |
| Глюкоза | 6,3 | 3,5-5,5 | Ммоль/л |
| АЛТ | 59 | 8-28 | МЕ |
| АСТ | 43 | 8-28 | МЕ |

**Общий анализ мочи (28.08.03)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатели** | **Результаты** |
| Количество |  |
| Цвет | Соломенно-желтая |
| Прозрачность | Неполная |
| Относительная плотность | 1011 |
| Реакция | Рн – 5,0 |
| Белок | 0,033% |
| Глюкоза | нет |
| Желчные пигменты | Отсутствуют |
| Уробилин | В N |
| Эпителиальные клетки плоские | Много |
| Лейкоциты | 4-5 в п/зр. |
| Эритроциты | 0-1-2 в п/зр. |
| Слизь |  |
| Бактерии |  |

**ЭКГ (28.08.03)**

ЧСС – 74/мин. Длит.Р – 0,10 сек. РQ – 0,19 сек. QRS – 0,01 сек. QT – 0,35 сек.

Заключение:Ритм синусовый, горизонтальное положение электрической оси сердца, замедление A-V- проводимости. Признаки гипертрофии левых отделов.

**Эхокардиография (30.08.03)**

Диаметр аорты не расширен. Аорта уплотнена. ЛП - 4,2 см. (N-1,85-3,3 см.). Клапанный аппарат не изменен. Полости обоих желудочков не расширены. ТЗСЖ - 1,3 см ФВ - 63%. Локальные зоны гипокинезии миокарда не выявлены.

Заключение: Уплотнение аорты, признаки гипертрофии левых отделов сердца.

**Рентген органов грудной клетки**

Легкие без свежих очаговых и инфильтративных изменений, умеренный пневмосклероз, корни уплотнены; диафрагма, синусы, сердце – без особенностей. Аорта уплотнена.

**УЗИ органов брюшной полости**

Видимые участки печени повышенной эхогенности. Желчный пузырь не увеличен, полость не определяется (в ее просвете камни - 1,5-2,0 см.). Поджелудочная железа не визуализируется. Обе почки нормальных размеров. Корковый слой не сужен. Чашечно-лоханочная система деформирована с обеих сторон

**Клинический диагноз:**

Основное заболевание: Артериальная гипертония III ст., 3 ст.

Осложнения основного заболевания: Гипертоническое сердце НК IIБ

Сопутствующие заболевания: ИБС: стенокардия напряжения 2 ф.к. Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты, коронарных и мозговых артерий. Ожирение III стадии

Конкурирующие заболевания: Хронический пиелонефрит

**Обоснование диагноза:**

1. Диагноз: Артериальная гипертензия ставится на основании анамнестических данных (подъемы АД до 250/120 мм.рт.ст.), жалоб больной на подъемы артериального давления, сопровождающиеся головными болями, головокружением, мельканием мушек перед глазами), данных физикального обследования (АД-180-200/100 мм.рт.ст., увеличение границ сердца на 1,5 см. от средне-ключичной линии, данные ЭКГ/ЭХО – признаки гипертрофии левого желудочка); отсутствии иных данных, свидетельствующих в пользу САГ.
2. Степень (III) ставится на основании рабочих цифр АД, стадия (3) - на основании наличия пораженных органов-мишеней (гипертрофия миокарда).

Диагноз: ИБС: стенокардия напряжения и покоя II ФК ставится на основании типичных жалоб больной: периодические, спонтанно возникающие боли, сжимающего, давящего характера за грудиной, купирующиеся таблетированным нитроглицерином 1-2 таблетки под язык через 1-3 минут. Функциональный класс ставится мной на основании ограничения физической активности данной больной: возникновения приступов стенокардии при выполнении физической нагрузки (ходьба на расстояние 250-300 м.), наличия поражения органов-мишений (гипертрофия левых отделов сердца по данным физикального обследования- +1,5 см. от края среднеключичной линии; данным инструментального обследования-ЭКГ, Эхокардиографии)

Диагноз: Атеросклероз аорты, коронарных артерий, сосудов головного мозга ставится, учитывая возраст больной (55 лет), длительность заболевания, биохимического анализа крови: оХС 8,1 ммоль/л и данным рентгенологического исследования органов грудной клетки/Эхокардиографии: аорта уплотнена.

Диагноз: НК IIБ ставится на основании выявления пастозности голеней, стоп со слов больной часто возникающей при неинтенсивной физической нагрузке, усиливающейся к вечеру, одышки, возникающей в покое и при небольшой физической нагрузке

1. Диагноз: Ожирение III стадии ставится на основании физикального обследования: толщина подкожно-жирового слоя на уровне лопатки – 3,5 см., индекс массы тела (ИМТ) – 41,3 (N<25).

Диагноз: Хронический пиелонефрит ставится на основании анамнестических данных: нефропатия беременностей, данных физикального обследования: слабоположительный симптом поколачивания справа, данных УЗ-обследования: расширение ЧЛС, отсутствии иных данных, выявляющих активность воспалительного процесса в почках.

## Дифференциальный диагноз

1. Ведущим симптомом, определяющим клиническую картину и прогноз заболевания, у данной больной является повышение артериального давления, который необходимо дифференцировать с многочисленной группой симптоматических артериальных гипертензий. САГ бывают:
   * + 1. Почечные (нефрогенные).
       2. Эндокринные.
       3. Гемодинамические.
       4. Ятрогенные.
2. **Почечные АГ.**
3. Составляют 70-80% всех САГ и в свою очередь подразделяются на:
4. а). Вазоренальные - возникают вследствие аномалий развития, стенозирующего атеросклероза почечных сосудов или их сужения объемным процессом. Характеризуются высоким диастолическим АД (часто выше 120 мм.рт.ст.), отсутствием внутрисуточного колебания АД (выявляется при его суточном мониторировании), часто злокачественным течением, быстрым присоединением осложнений, резистенотностью к проводимой терапии. При физикальном обследовании больного выявляются систолический шум над проекциями почечных сосудов (30-50%), объемное образование в брюшной полости.
5. **Алгоритм поиска:**

* Исследование активности ренина плазмы.
* УЗДГ почечных артерий.
* Нефросцинтиграфия.
* МР-ангиография почечных артерий.

1. Повышение активности ренина плазмы
2. Признаки стеноза
3. Асимметрия ренограмм
4. Ангиография Вазоренальная АГ
5. б).Паренхиматозные АГ - могут быть заподозрены при наличии у больного урологического, нефрологического анамнеза, указаний на наличие и/или предшествование отеков, лихорадки, дизурии.
6. У данной больной повышение АД впервые было выявлено во время беременности, осложнившейся нефропатией, а впоследствии был выставлен диагноз: Хронический пиелонефрит. Выявленные при обследовании слабоположительный симптом поколачивания и расширение ЧЛС при УЗ-обследовании косвенно подтверждают данный диагноз, нормальный ОАИ в данном случае не может однозначно свидетельствовать в пользу отсутствия активности процесса в почках.
7. Таким образом наличие вышеуказанных симптомов не позволяет исключить наличие у данной больной симптоматической паренхиматозной артериальной гипертензии, что требует дополнительных методов обследования (см. Диагностический поиск), однако длительный анамнез заболевания, лабильные цифры АД и указание в анамнезе на положительный эффект антигипертензивной терапии (атенолол, папазол) - с большой степенью вероятности свидетельствуют в пользу гипертонической болезни.
8. **Алгоритм поиска:**

* Общий анализ мочи.
* Анализ мочи по Нечипоренко.
* Определение суточной протеинурии.
* Проба с преднизолоном.

1. Узи почек.
2. Урография.
3. Сцинтиграфия.
4. Расширение ЧЛС
5. Асимметрия выделения РФП.
6. Рефлюкс мочи в лоханки.
7. **Эндокринные АГ** подразделяются на:
8. Надпочечниковые: кортикальные (первичный гиперальдостеронизм, врожденная гиперплазия коры надпочечников, синдром Кушинга), Медуллярные (феохромоцитома).
9. Гипофизарные (акромегалия, болезнь Кушинга).
10. Тиреоидные.
11. Климактерические.
12. Гиперкортицизм - характеризуется тяжелой систоло-диастолической артериальной гипертонией, ожирением, нарушением толерантности к глюкозе (что имеет место у данной больной). Однако наличие геноидного (или женского типа ожирения, имеющего преимущественно алиментарное происхождение), отсутствие лунообразного лица, багровых стрий, гирсуитизма - позволяет подтвердить наличие эссенциальной артериальной гипертонии.
13. Гиперальдостернизм -синдром Конна) - также характеризуется высокой злокачественной систоло-диастолической артериальной гипертонией, мышечной слабостью, повышенной утомляемостью-признаками, объединяющими данное заболевание с гипертонической болезнью, но наличие судорог, парастезий, гипернатриемии, гипокалиемии, полиурии и низкого уровня ренина плазмы позволяют поставить правильный диагноз.
14. Медуллярные АГ (фохромоцитома, феохромобластома) - объединяет с артериальной гипертонией кризовое течение заболевание, сопровождающееся сердцебиением, головными болями, одышкой, болями в сердце, однако в отличие от последней приступы носят пароксизмальный характер (43%). В 21% случаев заболевание может протекать в виде постоянной формы (норадреналиновая феохромоцитома), но исследование суточной экскреции катехоламинов и ванилинминдальной кислоты с мочой позволяют заподозрить, а сцинтиграфия с 131-метайодбензилгуанидином и последующая МРТ - обосновать данный диагноз.
15. Гипертиреоз - Отличается от гипертонической болезни наличием изолированной систолической артериальной гипертензии, повышением основного обмена, частым присоединением глазных симптомов. При пальпации, УЗИ, КТ определяется изменение формы, объема и консистенции щитовидной железы, накопление РФП при сцинтиграфии. При определении уровня тиреоидных гормонов наблюдаются следующие изменение: ↑ТТГ, ↓Т3, Т4.
16. Лекарственные АГ - длительный (и часто бесконтрольны прием) высоко дозированных оральных контрацептивов, кортикостероидов, симпатолитиков, ингибиторов МАО, НПВС и некоторых других лекарственных веществ может привести к повышению АД. Дифференциальная диагностика в данном случае основывается на данных анамнеза и снижении АД после отмены вышеуказанных препаратов.
17. Гемодинамические АГ - проявляются нарушением тока кров вследствие сосудистых причин (каорктация оарты, неспецифический аортоартериит) или изменения вязкости крови (плетора). Каорктация аорты характеризуется повышением АД на верхних и его снижением на нижних конечностях (в норме наоборот); неспецифический аортоартереит проявляется резкой асимметрией пульса на руках. Проведение аортографии позволяет дифференцировать данную патологию.
18. **Лечение:**
19. *Нефармакологические методы лечения:*

* Снижение массы тела.
* Ограничение потребления поваренной соли.
* Индивидуальные дозированные физические нагрузки.

1. *Фармакологическое лечение:*

* β-адреноблокаторы (пожилой возраст и наличие приступов стенокардии) - Атенолол 50 мг/сут.
* Ингибиторы АПФ - Эналаприл 20 мг/сут.
* Гипотиазид 25 мг-2 раза в неделю натощак.