**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ:**

ФИО \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

ВОЗРАСТ 58 лет

ПОЛ женский

МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА Россия, г. Томск.

МЕСТО РАБОТЫ не работает

ДОЛЖНОСТЬ пенсионер

ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ 10.04.2002г.

ОТДЕЛЕНИЕ клиника пропедтерапии

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ: гипертоническая болезнь 2 степени медленнопрогрессирующее течение

ОСЛОЖНЕНИЯ:

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: хронический некалькулёзный холецистит (описторхоз) в стадии обострения, мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит.

ДАТА ВЫПИСКИ:

ЖАЛОБЫ

**Основные:**

-повышение артериального давления до 160\100 мм. рт. ст.

-интенсивная головная боль острого характера. Возникновение болей больная связывает с повышением АД до 160\100 мм. рт. ст.

-головокружение, шум в ушах во время повышения АД, со снижением АД головные боли проходят.

**Дополнительные:**

**-**периодические боли в правом подреберье в весенне-осенний период, которые имеют тупой, ноющий характер, умеренной интенсивности и не иррадиируют.

-чувство тяжести в желудке,

-боли в правом боку (в области правой почки),

-снижение памяти,

- раздражительность, нервозность, плохой сон.

**АНАМНЕЗ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Считает себя больной по поводу данного заболевания (гипертоническая болезнь) около трёх лет. Возникновение болей первоначально не связывала ни с чем, т.к. они были не часты и не имели периодичности или сезонности. По мере развития климактерического синдрома стала отмечать увеличение интенсивности головных болей и повышение артериального давления до 140\100, 160\100 мм. рт. ст. Для купирования приступов принимала гипотензивные средства (папазол, адельфан) и отмечала улучшение самочувствия. За тем стали отмечаться головокружение, шум в ушах во время приступов головной боли а так же ухудшение качества сна и повышенная раздражительность. В 2001г. обследовалась, был поставлен диагноз гипертонической болезни 3 степени, принимала гипотензивные и седативные средства, отмечала улучшение.

Ухудшение самочувствия наступило около двух месяцев назад. Стали беспокоить головная боль, головокружение, артериальное давление 160\100 мм. рт. ст. За тем усилились нервозность, бессонница.

10. 04. 2002 г. госпитализирована в клиники СГМУ в плановом порядке для лечения и обследования.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Родилась, росла и развивалась нормально. Физически и интеллектуально развивалась нормально, от сверстников не отставала, занималась спортом. Из перенесенных заболеваний: ОРЗ, корь, ветряная оспа, другие остро инфекционные заболевания ( туберкулёз, гепатит) отрицает. Травм не было.

. Питание в семье регулярное, достаточное. Постоянно находится в психо-эмоциональном напряжении из-за смерти сына 8 лет назад.

 Особой диеты не придерживается . Больная ведёт здоровый образ жизни.

В настоящее время проживает в г. Томске. Жилищные и материальные условия удовлетворительные. Квартира благоустроенная, питание достаточное, полноценное.

**СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ:**

У матери был порок сердца, умерла от рака желудка в 68 лет. Отец умер в 78 лет от осложнений атеросклероза. Брат умер в 59 лет от тромбофлебита.

.

**Аллергологический анамнез.**

 Аллергические реакции в виде кожной сыпи, приступов удушья и

отёков отрицает. Непереносимость лекарственных препаратов отрицает.

**Эпидемиологический анамнез**.

 Гепатитом, туберкулёзом и другими инфекционными, в том числе

венерическими, заболеваниями не болела. ВИЧ не инфицирована. Контакт с

ВИЧ инфицированными и инфекционными больными отрицает. С больными животными контакт отрицает.

**Вредные привычки.**
Не курит. Алкоголем не злоупотребляет. Употребление наркотиков и психотропных веществ отрицает.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:**

**ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ** удовлетворительное

**ПОЛОЖЕНИЕ** активное

**СОЗНАНИЕ** ясное

**ТЕЛОСЛОЖЕНИЕ** нормостеническое

**РОСТ** 162 см

**ВЕС** 72 кг

ВЫРАЖЕНИЕ ЛИЦА ОСМЫСЛЕННОЕ

**КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ** бледно-розового цвета, чистые; слизистые ротовой полости, глотки и склер нормального цвета. Влажность и эластичность нормальная. Волосяной покров развит умерено, по женскому типу. Ногти нормальной формы, неломкие. Рубцов, расчёсов, видимых опухолей нет. Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, желтушного прокрашивания уздечки языка и склер нет. Конъюнктива глаз розовая.

**Придатки кожи** Волосы русые, коротко подстриженные. Ногти: грибковых, дистрофических изменений нет.

**ПОДКОЖНО - ЖИРОВАЯ КЛЕТЧАТКА:** развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет.

**ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ** При наружном осмотре лимфатические узлы не визуализируются. Подчелюстные, затылочные, околоушные, подбородочные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

**КОСТНАЯ СИСТЕМА**

 Череп правильной формы, без аномалий развития. Позвоночник: физиологические изгибы сохранены, патологические деформации не выявлены. При пальпации безболезненный, движения не ограничены. Грудная клетка нормостенического типа. Рёберные промежутки не расширены, ход ребер косой, над- и подключичные ямки выражены умеренно, эпигастральный угол около 90 гр. Пальпаторно грудная клетка безболезненна, крепитации нет. Кости верхних и нижних конечностей не деформированы, при пальпации безболезненны, оси не изменены.

**СУСТАВЫ** Движения в суставах верхних и нижних конечностей, в позвоночнике в полном объеме, свободные, безболезненные.

**МЫШЕЧВАЯ СИСТЕМА**. Развита правильно, атрофии не выявлено, тонус нормальный, боли при движениях нет.

**ДЫХАТАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА:**

Осмотр: носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Тип дыхания грудной. Частота дыхания 25 в мин. Вспомогательные мьшцы в акте дыхания не участвуют. Одышки нет. Голос обычный. Носового кровотечения не выявлено.
Слизистая зева не гиперемирована. Миндалины не увеличены. Грудная клетка конической формы (нормостеническая), симметричная. Ширина межреберных промежутков 1 см. Лопатки прилегают плотно. Надключичные и подключичные ямки обозначены слабо, выражены одинаково справа и слева.
Дыхание глубокое, ритмичное. Движение грудной клетки при дыхании равномерное.
Частота дыхания 20 в минуту.
Грудная клетка при пальпации безболезненная, эластичная.
Голосовое дрожание на передней и боковых поверхностях грудной клетки в симметричных участках с обеих сторон проводится одинаково.
При сравнительной перкуссии в симметричных участках определяется ясный легочный звук над всей грудной клеткой, очаговых изменений перкуторного звука не отмечается. Везикулярное дыхание, хрипов нет. Крепитации, шум трения плевры не определяются.

 Топографическая перкуссия легких.

|  |
| --- |
| Нижние границы легких: |
| Линия | Справа | слева |
| l.parasternalis | 5 межреберье | - |
| l.medioclavicularis | 6 ребро | - |
| l.axillaris anterior | 7 ребро | 7 ребро |
| l.axillaris media  | 8 ребро | 8 ребро |
| l.axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapularis  | 10 ребро | 10 ребро |
| l.paravertebralis | ост. отросток 11 гр. Позв. | ост. отросток 11гр. позв. |

|  |
| --- |
| Высота стояния верхушек легких: |
|  | слева | справа |
| Спереди | 3 см над ключицами |
| Сзади | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка |

|  |
| --- |
| Подвижность нижних краев легких: |
| Топографич. линия | Подвижность нижнего края легкого (см) |
| правого | левого |
| вдох | выдох | суммар | вдох | выдох | суммар |
| Среднеключ | 2 | 2 | 4 | - | - | - |
| Среднеподмыш | 3 | 3 | 6 | 3 | 3 | 6 |
| Лопаточная | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 |

Поля Кренига: слева 7 см, справа 7 см.

**АУСКУЛЬТАЦИЯ ЛЁГКИХ:**

**СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА:**

Видимой пульсации в области сердца, эпигастральной пульсации не выявлено.

Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье слева по середине — ключичной линии, диаметром около 2 см., не усилен, не разлитой.

Пульс-72 уд. в минуту

Артериальное давление-160\100 мм. рт. ст.

**Границы сердца**: Перкуссия сердца.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| Правая | 1,5см от правого краягрудины | Соответствуют левомуКраю грудины |
| Верхняя | III ребро | 4 ребро 1см |
| Левая | 1см кнутри от середнеключичнойлинии | 1см кнутри от середнеключичнойлинии |

Ширина сосудистого пучка - 5,5 см

**Аускультация.**
Тоны сердца сохранены, ясные акцент второго тона на аорте, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 72 удара в минуту. Шумы не выслушиваются.

**Размеры сердца**:

Длинник — 13,2 см.

Поперечник — 12 см.

Конфигурация сердца: нормальная

Ширина сосудистого пучка:5см

СОСУДЫ: Видимой пульсации височных, сонных артерий, сосудов конечностей не обнаружено. Варикозно расширенных вен и сплетений нет. Сосудистая стенка эластична.

Аускультационные шумы не выслушиваются. Артериальное давление 160\100 мм рт. ст., одинаковое на обеих руках.

**Пищеварительная система:**

Слизистые щек, губ, твердого неба розового цвета. Десны розовые, обычной влажности.

Осмотр языка: язык обычных размеров, розовый, влажный, чистый, сосочки сохранены.

**Живот.**

 Живот округлой формы, симметричный, брюшная стенка равномерно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный.

 Глубокая пальпация. В левой подвздошной области определяется безболезненная, эластичная, смещающаяся, неурчащая, с ровной поверхностью сигмовидная кишка диаметром 2 см. Слепая кишка диаметром 2.5 см пальпируется в правой подвздошной области, безболезненная, подвижная, слегка урчащая.

 Поперечно-ободочная определяется на уровне пупка в виде мягкого, эластичного цилиндра, диаметром 3 см, не урчащая, легко смещается, безболезненная, с ровной поверхностью. Большая кривизна желудка методом баллотирующей пальпации определяется на 3 см. выше пупка.

 Печень при пальпации не выходит из-под края реберной дуги. Край ее ровный, острый, безболезненный. Размеры печени

по Курлову 11\*9\*8 см.

 Селезенка не пальпируется. Безболезненная. Перкуторно верхний полюс по linea axillaris media на уровне 9 ребра, нижний полюс по linea axillaris media на уровне 11 ребра.

**Мочевыделительная система:**

 Мочеиспускание не нарушено, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого с правой и левой стороны отрицательный. Пальпация по ходу мочеточника безболезненна.

**ДАННЫЕ ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ:**

**Лаборатоные исследования:**

Общий анализ крови от 11.04.2002г.:
Эритроциты 4,21х1012/л
Hb 128 г/л (N 118 - 145 г/л)
Цветной показатель 0,9

Лейкоциты 5,6х10
Сегментоядерные 64%
Лимфоциты 26%
Моноциты 9%

Эозинофилы 1%
СОЭ 18 мм/ч (N 2 - 15 мм/ч)

**Вывод**: содержание гемоглобина в сыворотке крови нормальное,). Необходим контроль анализа крови (Hb, цветной показатель), желательно определение железа сыворотки крови. Повышение СОЭ может указывать на воспалительный процесс или быть следствием анемии. Необходим контроль СОЭ и содержание лейкоцитов.

Биохимические показатели крови от 11.04.02г.

Прямой билирубин 10,9\отр (8,55-20,5)

Глюкоза 4,7 ммоль\л (3,5-5,7)

Общий холестерин 7,2 ммоль\л (3,5-5,2)

АСТ 25,6 мккат\л (до 31,0)

АЛТ 23,2 мккат\л (до 31,0)

Общий анализ мочи от 11. О4. 02г.

Цвет соломенно-желтый

Удельный вес 1020

Белок не обнаружен

Лейкоциты 10-20 в поле зрения

Эритроциты свежие 8-10 в поле зрения

Бактерии, дрожжевые грибы

Общий анализ мочи от 17.04.2002г.

Цвет желтый, соломенный
Уд. вес 1011 (N 1010 - 1025)
Прозрачная
Белок - не обнаружен
Лейкоциты 2 - 3 в поле зрения
Эпителий плоский 1 - 2 в поле зрения
Вывод: без отклонений.

Анализ мочи по Нечипоренко от 11.04.02г.

Лейкоциты 22.750

Эритроциты 1.500

**ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА ОТ11.04.02Г.**

Протромбиновый индекс 92,8 (80-105%)

АЧТВ 28 (25-35 сек.)

Фибриноген общий 3,75 (2,5-3,5 г\л)

Фибриноген В отрицательно

**ДАННЫЕ ДУОДЕНАЛЬНОГО ЗОНДИРОВАНИЯ ОТ 17.14.02г.**

Время введения зонда 8час. 35мин.

Порция А через 30 минут.(20-40мин.)

Длительность выделения порции А 15мин.(14-16мин.)

Длительность выделения порции В 30мин.(20-30мин.)

Длительность выделения порции С 25мин.(20-30мин.)

Порции: Объём: Цвет: рН:

А 15,0 светло-оливковый 7

В 66,0 тёмно-оливковый 7 +

С 40,0 оливковый +

Диагноз: описторхоз

**УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОТ 16.04.02г.**

Щитовидная железа расположена обычно, контуры ровные, четкие.

Левая доля: 12:13:44мм.

Правая доля: 12:15:42мм.

Ткань обычной эхогенности, однородной структуры.

Узлы не изменены. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Ткань однородная, обычной эхогенности. Желчные протоки, кровеносные сосуды не расширены. Желчный пузырь не увеличен, стенка неравномерно уплотнена, не утолщена, содержимое однородное.

Поджелудочная железа в размерах не увеличена, ткань однородная обычной эхогенности.

Почки, лёжа, расположены обычно, дыхательная подвижность сохранена, паренхиматозный скат достаточной толщины, хорошо дифференцируется от почечного синуса. Полостные структуры не расширены. Конкременты не определяются.

Заключение: Отдельные признаки хронического холецистита. Диффузные изменения поджелудочной железы.

**РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:**

Заключение: скрытая вертебробазиллярная недостаточность двусторонняя, гипертонус сосудов мелкого, среднего и крупного калибров в обоих бассейнах (умеренный). АД 110\70мм. рт.ст.

**ЭХОКАРДИОСКОПИЯ:**

Заключение: аорта уплотнена, не расширена. Аортальные, митральные створки уплотнены без нарушения функции. Размеры камер сердца, толщина стенок в норме, общая систолическая функция левого желудочка в норме, диастолическая умеренно нарушена.

**ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ:**

Заключение: Нормальное положение электрической оси сердца. Ритм синусовый 69 в минуту. Небольшие изменения миокарда предсердий и левого желудочка.

ЛОР:

Диагноз: Хронический вазомоторный ринит нейровегетативная форма. Хронический тонзилит, хронический субатрофический фарингит.

**НЕВРОПОТОЛОГ:**

Астеноневротический синдром, конверсионный невроз.п

**ДНЕВНИК:**

**ДАТА:** 11.04. 02 г.

ТЕМПЕРАТУРА: 36,1

ПУЛЬС: 67 в минуту

АД: 130\80мм.рт.ст.

ЖАЛОБЫ: состояние удовлетворительное, головная боль уменьшилась, артериальное давление практически в норме. Объективно: тонысердца сохранены, акцент 2 тона на аорте. Живот мягкий, болей в животе не отмечает.

**ДАТА:** 12. 04. 02 г.

#### ТЕМПЕРАТУРА: 36,5

#### ПУЛЬС: 69 в минуту

АД: 120\80

ЖАЛОБЫ: состояние изменилось в лучшую сторону, головная боль уменьшилась, но по-прежнему беспокоит плохой сон, раздражительность.

Объективно: тоны сердца сохранены, ЧСС-69 в минуту, акцент 2 тона на аорте. В лёгких хрипов нет, живот мягкий, безболезненный.

**ДАТА**: 19. 04. 02 г.

ТЕМПЕРАТУРА: 36,6

ПУЛЬС: 64 в минуту

#### АД: 115\80

ЖАЛОБЫ: состояние больной удовлетворительное. Жалобы на плохой сон (плохо засыпает).

Объективно: дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца сохранены, ЧСС-64 в минуту, ритмичны. Шумы не выслушиваются. Живот мягкий, слегка болезненный в области правого подреберья.

Отёков нет. Проведено ультразвуковое исследование сердца: уплотнение аорты, аортальных и митральных створок, умеренное нарушение диастолической функции сердца.

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА:**

**Гипертоническая болезнь-**заболевание, основным проявлением которого является повышение артериального давления, основным условием которого является повышение активности вазомоторных центров.

**Главными факторами, определяющими уровень АД являются:**

**-**ударный объём (объёмная скорость кровотока)

-общее периферическое сосудистое сопротивление

-объём циркулирующей крови.

**Основные механизмы регуляции АД:**

**Почечные механизмы:**

1.Прессорные системы.

Ренин-ангиотензин-альдостероновая система (РААС). При падении АД ниже 100 мм.рт.ст. активируется выработка ренина почками. Этот фермент способствует образованию большого количества ангиотензина. Вслед за этим происходит вазоконстрикция и повышение АД. Одновременно происходит увеличение синтеза альдостерона почками. При падении АД ниже нормального уровня происходит уменьшение выведения почками соли и воды, что приводит к их задержке в организме и восстановлению нормального уровня АД.

2.Депрессорная система.

Почечные простогландины вызывают увеличение диуреза и натрийуреза, они расширяют сосуды и снижают АД. Кинины являются мощными вазодилататорами, чьё действие не ингибируется адренергическими блокирующими агентами.

**Центральные механизмы:**

1.Барорецепторный механизм. При повышении АД происходит стимуляция барорецепторов, локализованных в каротидном синусе и дуге аорты. Сигналы от этих рецепторов передаются в вазомоторный центр, импульсы от которого приводят к ослаблению работы сердца, вазодилатации и возвращению АД к нормальным величинам.

2.Хеморецепторный механизм. При падении АД до 80 мм.рт.ст. и ниже происходит возбуждение хеморецепторов каротидного синуса и аорты из-за недостатка кислорода и избытка углекислого газа. Импульсы от них передаются в вазомоторный центр, и АД приходит к норме.

3.Ишемическая реакция ЦНС. При быстром падении АД до 80 мм.рт.ст. наступает ишемия вазомоторного центра, локализованного в продолговатом мозге, откуда импульсы поступают в симпатическую нервную систему, приводя к вазоконстрикции, стимуляции сердечной деятельности и повышению АД.

**Механизм стрессовой релаксации сосудов:**

При значительном повышении АД происходит медленное растяжение кровеносных сосудов, что ведёт к снижению АД.

**Механизм перемещения жидкости в капиллярах:**

Наблюдается при массивных гемотрансфузиях. Возникающая при этом состоянии артериальная гипертония и повышение внутрикапиллярного давления приводят к быстрой транссудации жидкости из циркуляторного русла в тканевые пространства, что приводит к уменьшению ОЦК и снижению АД.

**Основными причинами гипертонической болезни являются:**

-острое или длительное эмоциональное перенапряжение, ведущее к развитию невроза.

-травма головного мозга

-поражение депрессорных сосудистых зон.

**Основные факторы риска:**

-мужчины и менопауза у женщин

-курение

-холестерин более 6,5 ммоль\л

-семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний.

**Дополнительные факторы риска:**

-сахарный диабет

-ожирение

-сидячий образ жизни

-дефицит эстрогенов

-увеличение уровня фибриногена

**Степени риска:**

1. Низкий риск (№1): 1-2 степень артериальной гипертонии.
2. Средний риск (№2): 2-3 степень артериальной гипертонии+1 фактор риска.
3. Высокий риск (№3): 2-3 степень артериальной гипертонии + факторы риска + поражение органов-мишеней.
4. Очень высокий риск (№4): 2-3 степень артериальной гипертонии + факторы риска + поражение органов-мишеней + ассоциированные болезни.

**Патогенез гипертонической болезни:**

Парабиоз

**барарецепто-ров**

**Повышение АКТГ**

**Гипофиз**

**Гипоксия**

**тканей**

**Повышение чувствительнос-ти к КА**

**Спазм сосудов**

**«Растормаживание» СДЦ**

Повышение АД

# ЮГА почек

**Активация РААС**

**Выброс глюко- и минералокортикоидов**

**Клинические проявления гипертонической болезни:**

Симптомы:

1.Субъективные:

-головная боль

-шум в ушах

-слабость

2.Объективные:

-высокое АД

-акцент 2 тона на аорте

-твёрдый пульс

3.Параклинические:

-скрытая вертебробазилярная недостаточность двусторонняя

-гипертонус сосудов мелкого, среднего и крупного калибров в обоих бассейнах

-диастолическая функция левого желудочка умеренно нарушена.

Основываясь на данных субъективных, объективных и параклинических данных можно выделить гипертензионный синдром.

**ГИПЕРТЕНЗИОННЫЙ СИНДРОМ**

**Жалобы:**

1.На сильные головные боли, возникновение которых больная связывает с повышением АД до 160\100 мм.рт.ст., купируются приступы: вначале требовалась 1 таблетка «Анальгина», через несколько лет для этого необходим приёмом 1 таблетки «Адельфана» или «Папазола»

2.На шум в ушах, который возникает при приступе головной боли, связанной с повышением АД. Проходит после её купирования.

Так как больная связывает повышение АД со стрессом в связи со смертью сына, то можно предположить роль эмоциональной нагрузки в развитии у неё гипертонической болезни.

Эмоциональные нагрузки вызывают перенапряжение основных нервных процессов (в коре головного мозга, лимбической системе). В результате развивается повышение возбудимости гипоталамических вегетативных центров, в основном симпатических, что ведёт к развитию прессорных реакций. Идёт формирование патологической застойной доминанты возбуждения в симпатических центрах головного мозга.

В начальных стадиях повышение активности симпатических центров способствует повышению минутного выброса, а это само по себе вызывает гипертензию, способствует увеличению секреции нейрогормонов ренин – гипертензин - альдостеронового звена, а следовательно - повышение сосудистого тонуса. Изменения обмена симпатических аминов не происходит, они появляются в эфферентном звене нервных механизмов регуляции кровообращения и характеризуются изменением чувствительности адренорецепторов, нарушением процессов депонирования КА в симпатических терминалях, дефектом энзимов, осуществляющих биосинтез КА.

Вследствие активации симпатической системы почек возникает уменьшение почечного кровотока и снижение секреции натрия и воды. Это способствует повышению содержания натрия в сосудистой стенке, параллельно с этим идёт увеличение содержания кальция в сосудистой стенке, вследствие чего развивается её отёк и утолщение.

Эти изменения повышают реактивность мышечных стенок сосудов к прессорам (КА, ангиотензин). Вследствие этого идёт гипертрофия мышечного слоя стенки сосудов, что способствует стабилизации АД.

Затем депрессорная функция почек истощается и, ведущую роль приобретают почечно-прессорные механизмы. Развитие гиперрениновой АГ обусловленно нарушением механизмов обратной связи, вследствие чего не наступает торможение продукции ренина при повышения его содержания в крови.

Таким образом, в патогенезе гипертонической болезни наблюдается параллельно повышение тонуса симпатоадреналовой системы, изменение морфологической структуры сосудов и недостаточность депрессорных механизмов простогландинов, кининовой и барорецептерной систем.

**Механизм:**

**Повышение АД**

**Раздражение рецепторов чувствительных нервных волокон, заложенных в твёрдой мозговой оболочке, в стенках венозных синусов и внутричерепных кровеносных сосудах**

**Боль**

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

**Основываясь на жалобах больной:** головокружение, шум в ушах, возникающих во время приступов головной боли, которая распространяется на теменную область, имеет распирающий характер, высокую интенсивность и возникающую при подъёме АД до 160\100 мм. рт. ст.

**На объективных данных:** твёрдый пульс, повышение АД, акцент 2 тона над аортой.

**На данных параклинических:** эхокардиоскопия, ээлектрокардиография.

На основываясь на этих данных мы можем поставить диагноз: гипертоническая болезнь 2 (т.к. максимальное АД составляет 160\100 мм.рт. ст. и отсутствуют выраженные органические изменения)

**ЛИТЕРАТУРА:**

Тетенев Ф.Ф. «Физические методы исследования в клинике внутренних болезней» Томск-1995

Комаров «Внутренние болезни»