

Министерство образования и науки Республика Саха (Якутия)
ГБПОУ РС(Я) «Якутский медицинский колледж»



АЛЕКСЕЕВА МАРФА НИКОЛАЕВНА

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА С
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА БАЗЕ ГБУ РБ№2-ЦЭМП В
ОТДЕЛЕНИИ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ**

Выпускная квалификационная работа
по специальности 31.02.01 - «Лечебное дело»

Студентка отделения «Лечебное дело»

Группа: ЛД 42

Алексеева Марфа Николаевна

Руководитель – преподаватель терапии

Федулова Марианна Георгиевна

Якутск – 2018

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
ГЛАВА I. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	
1.1. Гипертоническая болезнь.....	4
1.2. Методы диагностики пациентов с гипертонической болезнью.....	10
ГЛАВА II. ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	
2.1 Распространенность гипертонической болезнью в РС(Я).....	14
2.2 Диагностика пациентов с гипертонической болезнью в отделении неотложной кардиологии РБ№2-ЦЭМП.....	16
2.3 Опрос пациентов и курация в отделении неотложной кардиологии РБ№2-ЦЭМП	18
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	29
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	30

Введение

Несмотря на усилия врачей и органов управления здравоохранением, артериальная гипертензия в Российской Федерации остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем.

Среди заболеваний сердечнососудистой системы особое место занимает гипертоническая болезнь, в связи с тем, что она часто приводит к развитию инфаркта миокарда, мозгового инсульта, а они в свою очередь к инвалидности и смерти. На настоящий момент число больных с повышенным уровнем артериального давления в нашей стране растет.

Актуальность. По данным статистики, в РС(Я) неуклонно растет первичная обращаемость по поводу болезней системы кровообращения. За 2015г-19458 человек, 2016г- 21159 человек, 2017г-24830 человек. Из них ГБ за 2015г- 4808 человек, 2016г- 5415 человек, 2017г- 7639 человек.

При этом на фоне гипертонической болезни у больных отмечается рост таких тяжелых осложнений, как инфаркт миокарда и инсульт. Так же заболевание поражает лиц всё более молодого возраста. В нашей стране положение усугубляется тем, что только 45,6% мужчин и 41% женщин информированы о наличии у них заболевания, а из них лечатся лишь 39%, в том числе эффективно 38% и 38% соответственно. Многочисленными исследованиями показано, что снижение повышенного систолического и диастолического АД даже на 5-10 мм рт. ст. приводит к уменьшению частоты мозговых инсультов. Благоприятного успеха в лечении и профилактике гипертонической болезни можно достичь, если пациент будет иметь четкое представление о своей болезни, уметь самостоятельно контролировать течение заболевания и осмысленно выполнять рекомендации лечащего врача по изменению образа жизни.

Цель работы: изучение диагностических методов обследования пациентов с гипертонической болезнью.

Задачи:

1. Исследовать понятие гипертоническая болезнь и ее диагностику.
2. Проанализировать показатели заболеваемости гипертонической болезни на примере РС(Я) и ГБУ РБ№2-ЦЭМП отделении неотложной кардиологии.
3. Провести анализ полученных результатов анкетирования и курации пациента с ГБ.

ГЛАВА 1. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1 Гипертоническая болезнь. Понятие. Классификация.

Гипертоническая болезнь - хроническое заболевание, основным клиническим признаком которого является длительное и стойкое повышение артериального давления. Вызванное нарушением работы сердца и регуляции тонуса сосудов.

Своевременное обращение к врачу и правильный подбор терапии поможет значительно замедлить течение болезни и развитие осложнений. Именно осложнениями гипертонической болезни и опасна. Она поражает органы мишени: сердце, почки, головной мозг, глаза (ишемической болезни сердца, в т.ч. и к инфаркту миокарда, ишемическому и геморрагическому инсульту, снижению и потере зрения и нередко приводит к хронической недостаточности почек

Как правило, гипертоническая болезнь прогрессирует медленно, хорошо поддается лечению, изменения в органах-мишенях развиваются постепенно, а осложнения появляются не сразу. Но встречается и быстрое или злокачественное течение заболевания. Оно характеризуется высокими цифрами артериального давления, устойчивостью к терапии, достаточно скорым поражением органов-мишеней и возникновением осложнений. Прогноз злокачественной артериальной гипертонии очень серьезен.

Гипертоническая болезнь – одно из самых распространенных заболеваний. Полностью вылечить ее сложно, но иногда это возможно на ранних стадиях.

В зависимости от поражения органов-мишеней различают три стадии гипертонической болезни.

Классификация ГБ по стадиям (табл1)

Категория артериального давления (АД)	Систолическое АД мм рт.ст.	Диастолическое АД мм.рт.ст.
Нормальное	100-130	60-85
Артериальная гипертония I степени (мягкая)	140-159	90-99
Артериальная гипертония II степени (умеренная)	160-179	100-109
Артериальная гипертония III степени (тяжелая)	Более 180	Более 110

Этиология и Патогенез

Этиология. В развитии стойкой артериальной гипертензии принимают участие разнообразные факторы, регулирующие давление крови в физиологических условиях. Предрасполагающие факторы: наследственность, нервный фактор, эмоциональные перегрузки, стрессовые ситуации, эндокринные факторы, ожирение, употребление алкоголя, курение, пожилой возраст. Нервный фактор является одной из главных причин повышения давления. Это острое и хроническое психо-эмоциональные стрессы, постоянное умственное напряжение, черепно-мозговая травма, гипоксия мозга. Определенное значение при этом придается появлению тахикардии, которая сопровождается увеличением сердечного выброса.

В основе патогенеза гипертонической болезни лежит увеличение объема минутного сердечного выброса и сопротивления периферического

сосудистого русла. В ответ на воздействие стрессового фактора возникают нарушения регуляции тонуса периферических сосудов высшими центрами головного мозга (гипоталамусом и продолговатым мозгом). Возникает спазм артериол на периферии, в т. ч. почечных, что вызывает формирование дискинетического и дисциркуляторного синдромов. Увеличивается секреция нейрогормонов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. Альдостерон, участвующий в минеральном обмене, вызывает задержку воды и натрия в сосудистом русле, что еще более увеличивает объем циркулирующей в сосудах крови и повышает АД.

При артериальной гипертензии увеличивается вязкость крови, что вызывает снижение скорости кровотока и обменных процессов в тканях. Инертные стенки сосудов утолщаются, их просвет сужается, что фиксирует высокий уровень общего периферического сопротивления сосудов и делает артериальную гипертензию необратимой. В дальнейшем в результате повышения проницаемости и плазматического пропитывания сосудистых стенок происходит развитие эластофиброза и артериолосклероза, что в конечном итоге ведет к вторичным изменениям в тканях органов: склерозу миокарда, гипертонической энцефалопатии, первичному нефроангиосклерозу.

Факторы риска развития ГБ

Наследственность. Около 30 % случаев развития гипертонической болезни определяется наследственным фактором. Если родственники первой степени

(родители, дедушки и бабушки, родные сестры и братья) страдали повышенным артериальным давлением, то возникновение ГБ имеет высокую вероятность. Риск возрастает в случае, когда проблемы с АД имелись у двух и более родственников.

Пол. По статистике, в большей степени предрасположенность к развитию ГБ наблюдается у мужчин, особенно в возрасте от 35 до 55 лет. Однако у женщин этот риск увеличивается в климактерический период и с наступлением менопаузы.

Возраст. Проблемы с АД чаще наблюдаются у лиц старше 35 лет. При этом чем больше возраст человека, тем, как правило, выше уровень артериального давления. Например, гипертоническая болезнь у мужчин в возрасте 20-29 лет

наблюдается в 9,4 % случаев, а в 40-49 лет – в 35 %. При достижении 50-летнего возраста этот показатель увеличивается до 50 %. Стоит отметить, что мужчины до 40 лет страдают ГБ чаще женщин. После 40-летнего возраста это соотношение меняется в обратную сторону.

Стрессы. Эмоциональные перенапряжения или психические травмы заставляют организм вырабатывать гормон стресса – адреналин. Под его воздействием сердце бьется чаще, перекачивая в единицу времени больший объем крови, и давление возрастает. При длительных стрессах сосуды испытывают постоянную нагрузку и изнашиваются, поэтому повышенное АД становится хроническим.

Избыток соленой пищи. Натрий имеет способность удерживать воду в организме, а избыток жидкости в кровеносном русле является причиной повышения АД. При потреблении более 5,8 г соли в сутки возрастает риск возникновения гипертонической болезни.

Вредные привычки. Курение и злоупотребление алкоголем повышают риск возникновения ГБ. Компоненты табачного дыма при попадании в кровь провоцируют спазм сосудов и повреждение стенок артерий, что может вызвать образование атеросклеротических бляшек. При ежедневном употреблении крепких спиртосодержащих напитков уровень АД увеличивается на 5-6 мм рт. ст. в год.

Гиподинамия. Малоподвижный образ жизни повышает риск развития гипертонической болезни на 20-30 %. При гиподинамии медленнее

происходит обмен веществ, а нетренированному сердцу сложнее справиться с нагрузками. Кроме этого, отсутствие умеренных физических нагрузок ослабляет иммунную систему и организм в целом.

Ожирение. Люди с избыточной массой тела обычно страдают повышенным артериальным давлением. Это связано с тем, что ожирение часто является следствием вышеперечисленных факторов – малой физической активности, употребления большого количества соли и животных жиров.

Симптомы гипертонической болезни

Головная боль. Повышение АД провоцирует сужение сосудов мягких тканей головы, что вызывает боли. При гипертонической болезни они обычно локализованы в области затылка и висков (возникает ощущение биения).

Шум в ушах. Сужение сосудов слухового аппарата в результате повышения уровня артериального давления может вызывать шум в ушах.

Нарушение зрения. При сужении сосудов сетчатки и зрительного нерва возникают различные нарушения зрения: двоение, «мушки» перед глазами и т. д. При развитии гипертонической болезни возможны расстройства функций сетчатки.

Одышка. Одышка может быть следствием ишемических явлений в сердце при нарушении кровотока в коронарных артериях.

Акроцианоз. Синюшная окраска кожи, связанная с недостаточным кровоснабжением мелких капилляров.

- I стадия (легкая). На I стадии заболевания наблюдаются подъемы артериального давления до 140-159/90-99 мм.рт.ст. После отдыха уровень АД нормализуется, но заболевание уже фиксировано, и повышение АД в дальнейшем будет происходить вновь. Больные жалуются на головную боль, которая связано с повышением АД. Чаще всего появляется утром в затылочной области. Беспокоит плохой сон, головокружение, раздражительность, ослабление умственной деятельности, ухудшение памяти, усталость, утомляемость.
- II стадия (средняя). На этой стадии уровень АД даже в состоянии покоя находится в пределах 160-179/100-109 мм рт. ст. Пациенты часто жалуются на головокружения, головные боли, дискомфорт в области сердца (боли стенокардического характера). В результате диагностики обнаруживаются увеличение границ относительной тупости сердца

влево за счет гипертрофии левого желудочка, акцент II тона над аортой, усилен I тон, пульс напряжен. При прогрессировании заболевания может появиться систолический шум мышечного характера на верхушке сердца и за счет относительной недостаточности митрального клапана.

- III стадия (тяжелая). В III стадию жалобы постоянные головные боли, головокружения, перебои и боли в сердце, снижение остроты зрения, мелькание пятен, мушек перед глазами. При развитии недостаточности кровообращения появляется одышка, акроцианоз, при левожелудочковой недостаточности - удушье, кровохарканье.

Осложнения

В поздних стадиях ГБ может осложняться:

- Почечной недостаточностью
- Сердечной недостаточностью
- Цереброваскулярной недостаточностью
- Инфаркт миокарда
- Ишемического инсульта
- Геморрагического инсульта
- Субарахноидального кровоизлияния
- Расслаивающей аневризмы аорты
-

Профилактика

Санаторно-курортное лечение возможно при не осложненном течении Г. б. Больные Г. б. обычно плохо адаптируются к изменениям климатических условий, в связи с чем целесообразнее лечить их в местных санаториях. Возможно лечение больных в ранних (I-II) стадиях заболевания на курортах Крыма и Кавказа (за исключением горных) в нежаркое время года. Не подлежат санаторно-курортному лечению больные Г. б. со злокачественным течением, а также больные Г. б. III стадии, с частыми кризами или выраженными проявлениями коронарной, цереброваскулярной и почечной недостаточности.

Лечебная физкультура применяется с целью воздействия на нейрогуморальные механизмы регуляции гемодинамики, процессы обмена, реактивность сосудистой системы больных, процессы гемокоагуляции, а также для уменьшения субъективных проявлений болезни.

Она показана всем больным Г. б. и во всех ее стадиях. В I и II стадиях применяются утренняя гимнастика (зарядка), лечебная гимнастика, дозированная ходьба, терренкур (восхождение по гористой местности), плавание, туризм, гребля, подвижные игры (волейбол, бадминтон, городки), лыжные прогулки. Основной является лечебная гимнастика, которая проводится ежедневно в течение 20—30 мин. Рекомендуются общеразвивающие упражнения, чередующиеся с дыхательными; выполняются в спокойном темпе, без усилия и напряжения. Специальными упражнениями для больных Г. б. являются дыхательные, упражнения на расслабление различных мышечных групп, на тренировку вестибулярного аппарата и на координацию. В III стадии заболевания при развитии осложнений назначают лечебную гимнастику в положениях лежа и сидя, дозированную ходьбу. При наличии у больных головных болей, жалоб на головокружения рекомендуют массаж затылочной области головы и плечевого пояса по В.Н. Мошкову (по 10-15 мин через день).

Низкосолевая диета. Потребление поваренной соли следует ограничить до 5 гр. в день. Необходимо учитывать, что во многих продуктах уже содержится хлорид натрия, например, в сырах, копченостях, колбасных изделиях, консервах, майонезе и т. д. В качестве замены обычной соли можно использовать чеснок, пряные травы. Альтернативой является и соль с пониженным содержанием натрия.

Психологическая разгрузка. Хронический стресс может стать причиной повышения артериального давления, поэтому важно освоить техники психологической разгрузки: медитацию, самовнушение и аутотренинг. Поддержать душевную гармонию помогут хобби, спорт, прогулки на свежем воздухе, общение с близкими. Необходимо работать над своим характером, быть более терпеливым, стараться видеть во всем положительные стороны.

Отказ от вредных привычек. О вреде никотина и злоупотребления алкоголем известно каждому. Вредные привычки в сочетании с факторами риска возникновения ГБ могут привести к плачевным последствиям. Для поддержания здоровья необходимо отказаться от курения и чрезмерного употребления спиртных напитков. Справиться с пагубными привычками при необходимости поможет врач-нарколог.

Ограничение животных жиров. Рекомендуются сократить употребление жареных и копченых блюд, а добавить в рацион питания больше овощей и

фруктов. Ежедневное меню должно включать нежирную рыбу, растительное масло, обезжиренные молочные продукты. Таким образом можно нормализовать вес, следить за уровнем холестерина в крови и одновременно обогатить рацион калием.

1.2 Методы исследования пациентов с гипертонической болезнью

1. *Физикальное обследование.* Повторное измерение АД. Прежде всего, проводится исследование сердца при помощи фонендоскопа. Такой метод позволяет обнаружить шумы, изменение тонов (ослабление или усиление) и появление нехарактерных звуков в сердце. Полученная информация может свидетельствовать об изменениях в тканях, спровоцированных повышенным АД, и о наличии пороков.
2. *Электрокардиография (ЭКГ).* Самый распространенный и общепризнанный метод функциональной диагностики. Этот доступный, простой в исполнении и высокоинформативный метод входит в обязательный объем обследования всех пациентов. С помощью ЭКГ на специальной ленте регистрируются временные изменения потенциалов сердца. Благодаря снятию электрокардиограммы можно выявить различные нарушения сердечного ритма. Кроме этого, ЭКГ позволяет обнаружить гипертрофию стенки левого желудочка, что характерно для гипертонической болезни.
3. *Ультразвуковое исследование сердца.* Данное исследование проводится для получения информации о дефектах в строении сердца, изменениях толщины его стенок и о состоянии клапанов.
4. *Артериография.* Такой рентгенологический метод позволяет определить состояние стенок артерий и их просвет. С помощью артериографии можно обнаружить атероматозные бляшки в стенке коронарных артерий, врожденное сужение аорты и т. д.

5. *Допплерография.* С помощью ультразвука проводится диагностика состояния кровотока в сосудах. При артериальной гипертензии врач исследует, в первую очередь, сонные и мозговые артерии.
6. *Лабораторные исследование.* Клинические анализы крови и мочи. Благодаря биохимическому анализу можно определить уровень холестерина и липопротеинов низкой, очень низкой и высокой плотности, так как они считаются показателем склонности к возникновению атеросклероза. Также исследуется уровень глюкозы, калия, креатинина, исследование мочи по Зимницкому и Нечипоренко.
7. *Исследование состояния почек.* Гипертоническая болезнь может быть следствием заболевания почек, поэтому проводится их УЗИ, а также биохимический анализ крови на уровень мочевины и креатинина.
8. *Офтальмоскопия.* с исследованием глазного дна выявляет степень гипертонической ангиоретинопатии.
9. *Исследование щитовидной железы.* Для выявления роли эндокринной системы в возникновении ГБ выполняется УЗИ щитовидной железы и анализ крови на ее гормоны.
10. *Электрокардиограмма* в 12 отведениях на фоне физической нагрузки (велоэргометрия, термилтест)- позволяет выявить явную и скрытую коронарную недостаточность, определить тип реакции на физическую нагрузку и толерантность к ней, выявить и идентифицировать нарушения ритма, а также позволяет осуществить подбор медикаментозной терапии и проводить контроль за эффективностью лечения, в т.ч и после реконструктивных операций на коронарных артериях.
11. *Суточное (холтеровское) мониторирование ЭКГ* в 2-3х отведениях (или динамическая электрокардиография)- выполняется для регистрации преходящих нарушений сердечного ритма и проводимости в условиях естественной жизненной активности исследуемого и определения условий их возникновения; контроля работы электрокардиостимулятора, выявления ишемии миокарда, подбора медикаментозной терапии и контроля за эффективностью медикаментозного лечения. Исследование также проводится с целью выявления аритмогенных причин потерь сознания.
12. *Суточное мониторирование АД (СМАД)* – позволяет многократно измерять АД у пациента в течение 24-х часов и, таким образом оценить степень повышения артериального давления в течение суток, изучить его динамику (и что особенно важно – в ночные часы), установить

уровень АД в раннее утренние часы и в момент пробуждения, выявить феномен «белого халата», контролировать эффективность лечения.

13. *Эхокардиография*- это ультразвуковое исследование анатомо-функциональных характеристик сердца, является ведущим методом диагностики врожденных и приобретенных пороков сердца, перикардитов, кардиомиопатий, инфекционного эндокардита, опухолей сердца, выявления внутрисердечных тромбов и инородных тел. Эхокардиография оказывает существенное влияние на диагностику ИБС и ее осложнений, оценку функционального состояния больных ИБС, ГБ и при целом ряде других заболеваний. Важная роль отводится эхокардиографии в отборе больных для хирургического лечения заболеваний сердца, интраоперационного мониторинга и навигации, а также контроля в послеоперационном периоде.

14. *Электроэнцефалография*- один из основных методов исследования ЦНС, позволяет оценить электрическую активность головного мозга. Проводится в целях диагностики эпилепсии, сосудистых заболеваний, ЧМТ и ее осложнений.

ГЛАВА 2. ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Отделение неотложной кардиологии на 31 койку организовано и развернуто в составе РБ№2-ЦЭМП. 21 марта 2016 произведена реорганизация отделения из которого было выделено Отделение реанимации и интенсивной терапии №2 (кардиореанимация)

В структуре отделения предусмотрены:

1. Больничные палаты,
2. Кабинет старшей медсестры ОНК,
3. Ординаторская ОНК,
4. Врачебная комната ОНК,
5. Комната среднего и младшего медперсонала ОНК
6. Помещение сестры – хозяйки,
7. Кабинет ванщицы,
8. Раздаточная совмещенная с раздаточной отделения неотложной терапии,
9. Процедурный кабинет,
10. Пост медицинской сестры ОНК,
11. Кабинет заведующей отделением,
12. Кабинет научного консультанта,
13. Санитарная комната (ванна),
14. Туалетные комнаты для пациентов с душевыми кабинами (2 туалета: 1 мужской и 1 женский),
15. Подсобное помещение,
16. Туалетная комната для персонала с душевой,
17. Аппаратная,
18. Пожарный выход.

В соответствии с порядком по оказанию неотложной кардиологической помощи населению, отделение осуществляет необходимый объем лечебно-диагностических мероприятий пациентам с острой коронарной патологией и другими urgentными состояниями ССС, проходящих лечение в отделении;

-оказывает консультативную помощь врачам других отделений РБ№2 в вопросах неотложной помощи и лечения сердечно - сосудистых заболеваний и профилактики осложнений;

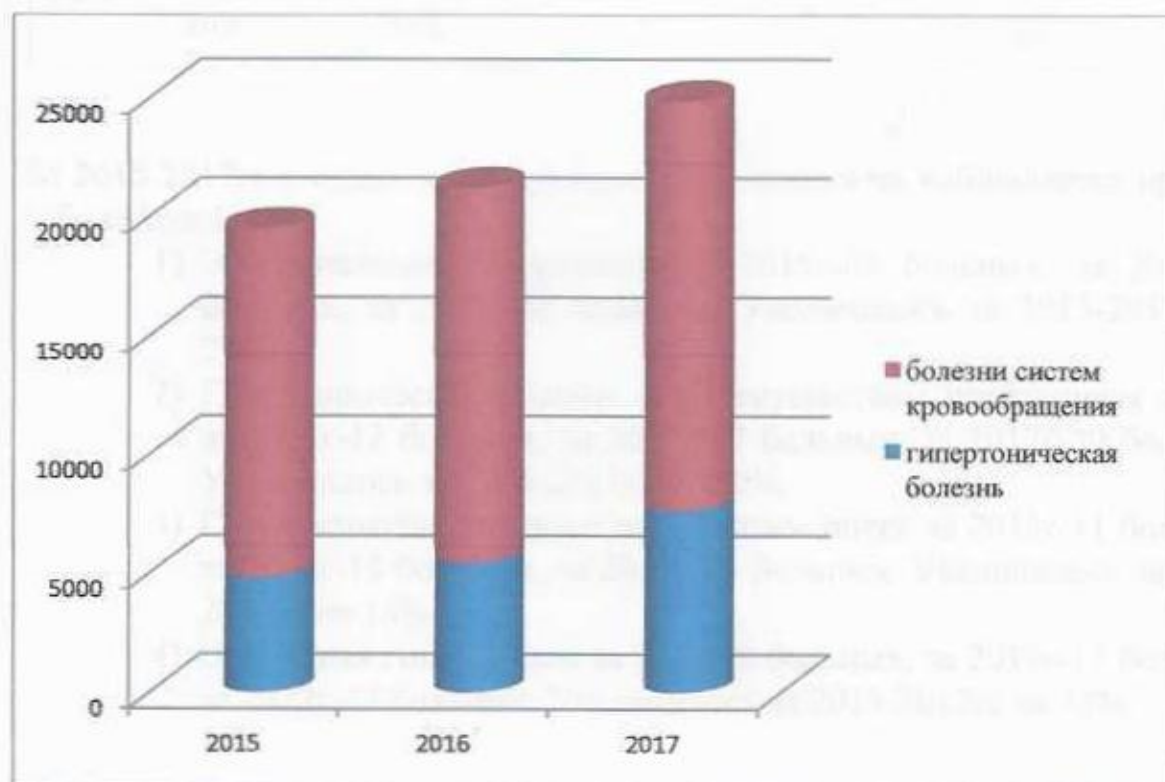
-оказывает консультативную помощь врачам других ЛПУ РС (Я) включая ПСО посредством телемедицинской техники.

Постоянно выполняется разработка и проведение мероприятий по повышению качества лечебно-диагностической работы в отделении и снижению больничной летальности от болезней системы кровообращения. Ведется работа по стандартизации как диагностической и лечебной деятельности, систематическое освоение и внедрение в практику современных эффективных методов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики осложнений у больных сердечно - сосудистыми заболеваниями.

2.1 Распространенность гипертонической болезнью в РС(Я).

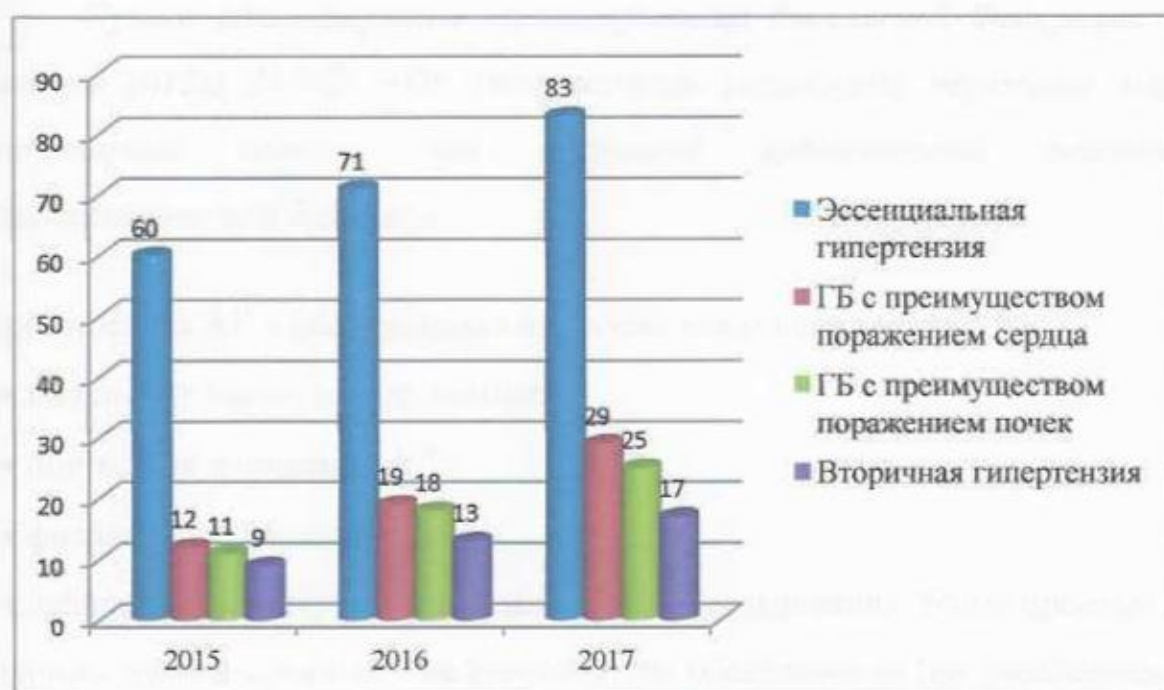
Статистические данные по РС(Я) и ГБУ РБ№2-ЦЭМП в отделении неотложной кардиологии.

Показатели первичная заболеваемость всего населения по РС (Я) за 2015-2017 гг.



По данным статистики, в РС(Я) неуклонно растет первичная заболеваемость по поводу болезней системы кровообращения. В 2015г- 19458 человек, 2016г- 21159 человек, 2017г-24830 человек. Из них ГБ за 2015г- 4808 человек, 2016г- 5415 человек, 2017г- 7639 человек.

Показатели заболеваемостью гипертонической болезнью в отделении неотложной кардиологии ГБУ РБ№2-ЦЭМП



За 2015-2017гг в отделении неотложной кардиологии наблюдается прирост заболеваний.

- 1) Эссенциальная гипертензия за 2015г-60 больных, за 2016г-71 больных, за 2017г-83 больных. Увеличилось за 2015-2017гг на 71%.
- 2) Гипертоническая болезнь с преимуществом поражением сердца за 2015г-12 больных, за 2016г-19 больных, за 2017г-29 больных. Увеличилось за 2015-2017гг на 20%.
- 3) ГБ с преимущественным поражением почек за 2015г-11 больных, за 2016г-18 больных, за 2017г-25 больных. Увеличилось за 2015-2017гг на 18%.
- 4) Вторичная гипертензия за 2015г-9 больных, за 2016г-13 больных, за 2017г-17 больных. Увеличилось за 2015-2017гг на 13%.

Исходя из статистических данных, можно сделать вывод, что в Республике Саха (Якутия) преобладает численность больных с ГБ.

2.2 Диагностика пациентов с гипертонической болезнью в отделении неотложной кардиологии РБ№2-ЦЭМП

В отделении все медицинские работники работают по приказу:

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 ноября 2012гг №708н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при первичной артериальной гипертензии (гипертонической болезни)»

Диагностика АГ и обследование включает следующие этапы:

- выяснение жалоб и сбор анамнеза;
- повторные измерения АД;
- физикальное обследование;
- лабораторно-инструментальные методы исследования: более простые на первом этапе и сложные – на втором этапе обследования (по показаниям).

Анамнез

Рекомендуется для оценки семейной предрасположенности к АГ и ССЗ собирать полный медицинский и семейный анамнез. Сбор анамнеза включает сбор сведений о наличии ФР, субклинических симптомов, наличии в анамнезе ССЗ, ХБП и вторичных форм АГ.

Физикальное исследование

Всем больным рекомендуется проводить аускультацию сердца, сонных, почечных и бедренных артерий (наличие шума предполагает необходимость проведения эхокардиографии (ЭхоКГ), дуплексного сканирования брахиоцефальных/почечных/подвздошно-бедренных артерий).

У всех больных АГ рекомендуется пальпировать пульс в покое для измерения частоты сердечных сокращений и выявления аритмий, особенно фибрилляции

Повторное измерение АД в обеих руках.

Лабораторная диагностика

Всем пациентам с ГБ рекомендуются лабораторные методы исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови,

Инструментальная диагностика

Рекомендуется проведение электрокардиографии (ЭКГ) всем больным АГ для выявления гипертрофии левого желудочка.

ЭКГ-тест с нагрузкой (физическая, фармакологическая, чреспищеводная электростимуляция) рекомендуется выполнять пациентам с нарушением ритма и проводимости сердца (в анамнезе, по данным физикального осмотра, холтеровского мониторирования ЭКГ или в случае подозрения на провоцируемые физической нагрузкой аритмии) [2,3,4,5]. Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств B

Проведение ЭхоКГ рекомендуется для уточнения наличия и выраженности ГЛЖ, дилатации левого предсердия (ЛП) и других поражений сердца

УЗИ почек рекомендуется проводить для оценки их размеров, структуры и врожденных аномалий.

Исследование глазного дна (геморрагии, экссудаты, отек соска зрительного нерва) рекомендуется проводить больным с рефрактерной АГ, а также пациентам с тяжелым течением АГ и высоким суммарным СС риском.

Проведение рентгенографии органов грудной клетки рекомендуется проводить для выявления дилатации левого желудочка и признаков застоя в малом круге кровообращения.

Исследование головного мозга методами КТ или МРТ у пациентов с АГ рекомендуется проводить с целью выявления осложнений АГ (бессимптомных инфарктов головного мозга, лакунарных инфарктов, микрокровоизлияний и поражения белого вещества при дисциркуляторной энцефалопатии, перенесенных транзиторных ишемических атаках/инсультах).

2.3 Анкетирование пациентов с гипертонической болезнью в отделении неотложной кардиологии.

С целью решения задач дипломной работы было осуществлено анонимное анкетирование из 6 вопросов, в нем приняли участие 10 больных. Образец анкеты приведён в приложении

Результаты анкетирования



исходя из диаграммы мы видим, что большинство болеют в возрасте от 60 лет до 70 лет.

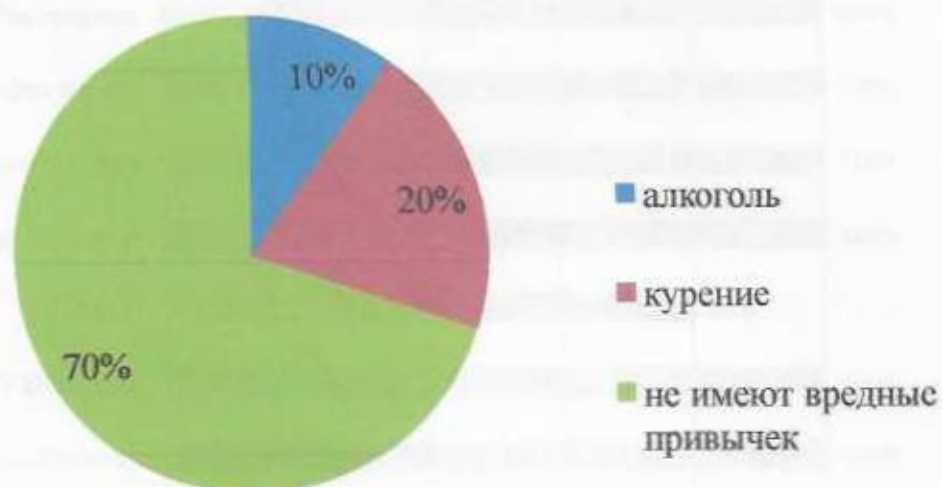


исходя из диаграммы мы видим, 70% составляют мужчины и 30% женщины.



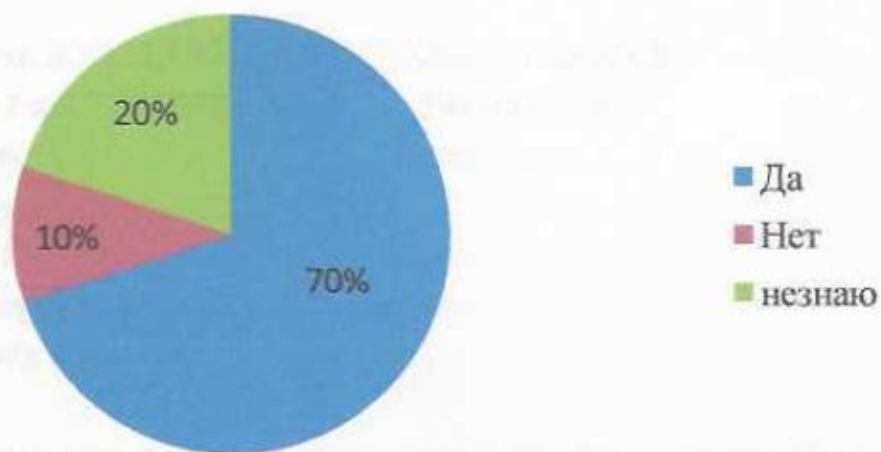
исходя из диаграммы мы видим, что большинство болеют с эссенциальной гипертензией на 70%, 20% болеют гипертонической болезнью преимущественным поражением сердца, а 10% болеют гипертонической болезнью с преимущественным поражением почек.

Имеются ли у вас вредные привычки?

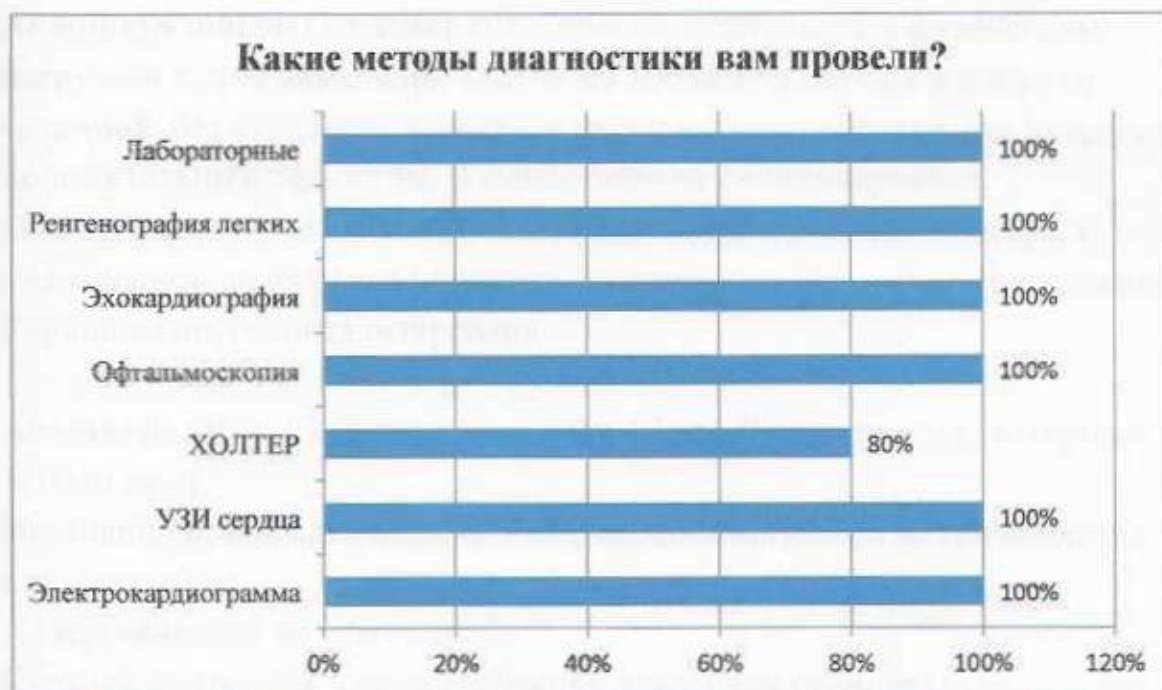


Исходя из диаграммы мы видим, что из опрошенных больных курят только 20% пациента, 10% употребляют алкогольные напитки, а 70% не имеют вредных привычек.

Имеются ли у ваших родственников СС заболевания?



Исходя из диаграммы мы видим, что 70% наследственность отягощены к ГБ, а 20% больных не знают, 10% больных не отягощены к гипертонической болезнью.



Исходя из диаграммы мы видим, 100 % провели лабораторные, рентгенографию легких, эхокардиографию, офтальмоскопию, УЗИ сердца, ЭКГ., и 80% больным провели диагностику ХОЛТЕР.

2.4. Курция пациента

Ф.И.О. больного: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Дата рождения / полный возраст: 26.01.1947/51 год

Домашний адрес: Респ. Саха (Якутия), г. Якутск

Социальная группа: работающая

Место работы: булгахтер

Дата поступления: 07.05.2018

Койко-дней: 6 к/д

Жалобы больного при поступлении больная предъявляла жалобы на тупые головные боли, сжимающего характера, локализующиеся в затылочной и височных областях, головокружение, тошноту, рвоту, длительные ноющие боли в прекардиальной области не связанные с физической нагрузкой, общую слабость.

На момент курации жалобы: на боль в грудной клетке, ангинозные боли отрицает, кашель с отхождением светлой мокроты в небольшом количестве.

Anamnesis morbi: Отмечает снижение толерантности к физическим нагрузкам с этой зимы: При ходьбе на 500 м. появилось жжение за грудиной, без иррадиации, останавливался 3 раза, использовал нитроспрей с положительным эффектом. В покое боли не рецидивировали. Обследовался в Республиканском Кардиологическом Диспансере. С подозрением на инфаркт миокарда, направлен в Отделение Неотложной Кардиологии, госпитализирована.

Anamnesis vitae: ГБ болеет 4 лет. max АД до 200/мм.рт.ст. адаптирован к 110/мм.рт.ст.

Постоянно принимала Конкор 5 мг., кардиолмагнил 75 мг, лизиноприл 5, кардикет 10 мг.

Аллергоанамнез не отягощен

Курение длительно, злоупотребление алкоголем отрицает

Хр. гепатиты, ВИЧ, туберкулез, онко- венерические заболевания отрицает

Status praesens:

Жалобы: на боль в грудной клетке, кашель с отхождением светлой мокроты в небольшом количестве. Боли в сердце отрицает. Самочувствие без ухудшения.

Объективно: Общее состояние больного средней степени тяжести. Сознание ясное, контакту доступен, ориентирован. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Слизистая глотки гиперемирована. Болезненность умеренная при пальпации грудной клетки. Дыхание в полном объеме.

Дыхание в легких жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 16 в ми. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. ЧСС 80 в мин, АД 170/110 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена. Перистальтика кишечника прослушивается, умеренная. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Периферических отеков нет.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ:**Общий анализ крови развернутый**

Показатели	Результат	В норме
WBC	6.5 10 ⁹ /L	4-10
HGB	126 g/L	130-160
RBC	4.51 10 ¹² /L	4-5
HCT	40.6 %	40-48
PLT	217 10 ⁹ /L	180-320
Эозинофилы	3 %	1-5
Нейтрофилы сегментоядерные	75 %	50-72
Лимфоциты	17 %	18-38
Моноциты	5 %	2-10
СОЭ	31 мм/час	3-10

Hbs-Ag Hepatitis B virus Hbs-Ag=отрицательный;

Определение а/г класса M, G(IgM.IgG) HCV(Гепатит-С)

Определение антител к ВГС=отрицательный;

Исследование тиреотропина сыворотки крови-2.996 мМЕ/л (0.3-4);

Показатели	Результат	В норме
Исследование свободного Т-3 в крови	-5.613 нмоль/л	4-8.6
Исследование уровня свободного Т-4 крови	16.7 нмоль/л	10.3-24.5
Исследование тиреотропина сыворотки крови	3.111 мМЕ/л	0.3-4

Кал на я/глистов Като Широкий лентец=не найдены;

Общий анализ мочи

Показатели	Результат	Норма
Количество	65 мл	
Цвет	Светло-желтый	
Прозрачность	прозрачность	
Удельный вес	1007	

Реакция	Кислая	
Белок	Нет	
Эпителий плоский		
Лейкоциты		

Биохимический анализ крови

Показатели	Результат	Норма
Холестерин	9 Ммоль/л	0-6.2ммоль/л
Общий белок	75 г/л	66-83г/л
Альбумин	41 г/л	35-52г/л
Мочевина	5.2 Ммоль/л	2.8-7.2 Ммоль/л
Амилаза	209.8 Ед/л	0-220 Ед/л
Креатинин	93 Мкмоль/л	58-110 Мкммоль/л
Глюкоза	8 Ммоль/л	3.5-5.5 Ммоль/л
Билирубин общий	13.5 Мкмоль/л	5-21 Мкмоль/л
прямой	2.7 Мкмоль/л	0-3.4 Мкмоль/л
АЛТ	58 Ед/л	0-45 Ед/л
АСТ	38 Ед/л	0-35 Ед/л
Электролиты:		
Калий (K ⁺)	4.3 Ммоль/л	3.6-5.2 ммоль/л
Натрий (N ⁺)	139 Ммоль/л	141-155 ммоль/л

Аускультация сердца

Тоны сердца ритмичные, ясные.

Пульс напряженный, иногда аритмичен. Левая граница сердца увеличена, при аускультации- ослабление первого тона, выраженный акцент второго тона над аортой.

Патологий со стороны клапанного аппарата сердца не обнаружено. Шумы также не прослушиваются.

Артериальное давление:

-На правой руке: 185/115 мм.рт.ст.

-На левой руке: 190/120 мм.рт.ст.

Пульс на обеих руках частотой 70 ударов минуту, совпадает с ритмом

сердечных сокращений, ритм правильный, нормального наполнения, синхронный на обеих руках, дефицита пульса нет.

ФЛГ от 15.02.18. норма

Электрокардиография

Заключение: Синусовый ритм. ЧСС 75 уд./мин. Отклонение электрической оси сердца влево. Выраженные изменения миокарда нижней стенки, передней и боковой стенки, возможно ишемия, в сочетании с клиникой. Признаки гипертрофии левого желудочка.

УЗИ сердца и сосудов -Допплерэхокардиография:

Заключение: Исследование затруднено из-за неоптимальной визуализации сердца, все размеры даны приблизительные. Глобальная систолическая функция ЛЖ, незначительно снижена, ФВ 50%. Диастолическая функция ЛЖ нарушена по 1 типу. Уплотнение аорты. Митральная регургитация I-й степени. Полости сердца не расширены. На момент исследования, нарушение локальной сократимости в виде гипокинеза среднего переднего сегмента, верхушечного переднего сегмента.

УЗИ органов брюшной полости (печень, желч. пузырь, подж. жел., селезенка)

Заключение: Диффузные изменения паренхимы печени, поджелудочной железы. Эхо-признаки хронического холецистита. Уплотнение синуса обеих почек.

Консультация окулиста: отек соска зрительного нерва. Артерии сужены, вены расширены извиты. Salus I-II. Сетчатка изменена. Ангиоритинопатия.

Из данного следует, сосуды большого круга кровообращения изменены (ГБ), что является характерным признаком для второй стадии ГБ.

Консультация эндокринолога. Заключение: Ожирение II степени алиментарно-конституционного генеза. Сахарный диабет II типа впервые выявленный.

Заключительный диагноз: ИБС. Инфаркт миокарда по нижней стенке без формирования з. Q

Фоновое заболевание: ГБ II стадии. АГ II степени.

Сопутствующие заболевания: Атеросклероз аорты. Хронический бронхит. Ожирения. Сахарный диабет II типа.

В целом течение гипертонической болезни у нашей больной имеет классический характер. Что проявляется характерными жалобами и анамнезом заболевания, без предшествующей патологии, которая могла бы вызвать симптоматическую артериальную гипертензию. В анамнезе жизни мы видим типичную для таких больных профессию бухгалтер, которая, как известно, связана с сидячим образом жизни и частыми психо-эмоциональными стрессами, способствующими развитию данного заболевания. В семейном анамнезе пациента мы находим отягощенную в отношении ГБ наследственность. А такие заболевания, как ожирение и сахарный диабет, так же очень часто сопровождают ГБ, являясь своего рода проявлением особенностей метаболизма таких пациентов. Соответственно имеются и типичные объективные признаки поражения органов-мишеней, подтвержденные инструментально.

Особенностью, которую можно выделить, если проанализировать анамнез заболевания, является довольно таки раннее начало ГБ у пациента, что, по-видимому, связано с наличием у нее выраженной степени ожирения и, естественно, особенностями обмена.

ВЫВОДЫ

1. Для определения диагноза ГБ является важным следующие методы диагностики такие как: физикальное обследование; лабораторные методы исследования(ОАК, ОАМ, БАК), инструментальные методы исследования (ЭКГ, УЗИ сердца, ХОЛТЕР, офтальмоскопия, ЭХОкГ, рентгенография легких)

2. Исходя из полученных статистических данных с 2014-2017гг., количество поступивших в отделение неотложной кардиологии имеет тенденции к увеличению.

-Из них в первую очередь стоит эссенциальная гипертензия. Увеличилось за 2015-2017гг на 71%.

-Гипертоническая болезнь с преимуществом поражением сердца. Увеличилось за 2015-2017гг на 20%.

- Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек. Увеличилось за 2015-2017гг на 18%.

- Вторичная гипертензия. Увеличилось за 2015-2017гг на 13%.

3. По результатам анкетирования большинство болеют в возрасте от 60 лет до 70 лет, чаще мужчины. У большинства наблюдается отягощенный анамнез.

100 % провели лабораторные, рентгенографию легких, эхокардиографию, офтальмоскопию, УЗИ сердца, ЭКГ., и 80% больным провели диагностику ХОЛТЕР.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гипертония хроническое систоло-диастолическое повышение артериального давления, в основе которого лежит крушение нервных механизмов, регулирующих сосудистый тонус, без первичного поражения внутренних органов. Повышение артериального давления является главнейшим, нередко единственным проявлением болезни. **Гипертония** — термин для обозначения самостоятельной нозологической формы был впервые предложен Г. Ф. Лангом (1922), до этого заболевание называли эссенциальная *гипертония*. В настоящее время в литературе широко используют следующие синонимы: первичная артериальная гипертензия, эссенциальная гипертензия (термин, рекомендуемый ВОЗ).

Несмотря на усилия врачей и органов управления здравоохранением, артериальная гипертензия в Российской Федерации остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем.

На настоящий момент число больных с повышенным уровнем артериального давления в нашей стране растет. 43% населения России имеют повышенный уровень артериального давления. При этом несколько лет назад считалось, что в основном от гипертонии страдают женщины, то сейчас все изменилось, и 48% российских мужчин имеют повышенный уровень артериального давления. Для женщин данный показатель составляет 41%.

В соответствии с порядком по оказанию неотложной кардиологической помощи населению, отделения осуществляет необходимый объем лечебно-диагностических мероприятий пациентам с острой коронарной патологией и другими urgentными состояниями ССС, проходящих лечение в отделении.

Благоприятного успеха в лечении и профилактике гипертонической болезни можно достичь, если пациент будет иметь четкое представление о своей болезни, уметь самостоятельно контролировать течение заболевания и осмысленно выполнять рекомендации лечащего врача по изменению образа жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Справочник фельдшера общей практики / Э. В. Смолева [и др.]. - Изд. 4-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2015. - 537 с.
2. Внутренние болезни: учебное пособие / М. В. Малишевский [и др.]; под ред. М. В. Малишевского. - 4-е изд., переработанное и дополненное. - Ростов н/Д: Феникс, 2012. - 984 с
3. Отвагина Т. В. Терапия: учебное пособие / Т. В. Отвагина. - Изд. 6-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2014. - 367 с.
4. Крюков Н.Н. Артериальная гипертония и ее профилактика, лечение, диагностика и способы контроля [Текст] / Н.Н. Крюков, П.И. Романчук ; минздравсрцразвития СО, ГОУ ВПО СамГМУ Росздрава.- Самара : Волга-Бизнес, 2007 г;
5. Пациент с артериальной гипертензией в общей врачебной практике [Электронный ресурс]: учеб.- метод. пособие/ сост. Б.Л Мовшович, А.Л Слободянюк, В.П Мишурова Минздравсоцразвития РФ, Ин-т СамГМУ, Каф. семейной медицины,- windows 9x/ME/NT/2000/XP/- Самара, 2007г.
6. Бычков А.А.- Диагностический справочник.- М.:-«Феникс» 2007.-325 с.
7. Бурцев В.И. Современные вопросы дифференциальной диагностики и дифференциального лечения артериальной гипертонии// Клиническая медицина.-2000.-№8.С.75-78
8. www.Allbest.com
9. www.studpedia.ru
10. www.medlit.ru
11. www.rosminzdrav.ru
12. www.scardio.ru

АНКЕТА

Уважаемый(ая) пациент(ка), пожалуйста заполните анкету:

- 1) Ваш возраст?
- 2) Ваш пол? (мужской/женский)
- 3) Имеются ли у вас вредные привычки? (если есть, то какие?)
- 4) Имеются ли у ваших родственников сердечно-сосудистые заболевания?
(да/ нет/ не знаю)
- 5) Какие методы диагностики вам провели? Например: (ЭКГ, СМАД, ХОЛТЕР, эхокардиография, электрокардиограмма, УЗИ сердца и т.д.)

Спасибо за ваши ответы