



**ФГБОУ ВО «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №5

Методическая разработка

для преподавателя на тему:

"Симптоматические артериальные гипертензии"

Место проведения: учебная комната, палаты отделения.

Цель занятия: углубление и приобретение новых знаний, умений и навыков диагностики, дифференциальной диагностики, современных лабораторно-инструментальных методов исследования, формулировки клинического диагноза и выбора оптимальной тактики лечения, а также адекватной антигипертензивной терапии.

Задачи занятия: научить аспирантов умению:

- ❖ Выявлять клинические симптомы симптоматических артериальных гипертензий
- ❖ Дифференцировать различную этиологию вторичной артериальной гипертензии
- ❖ Составлять корректный план обследования конкретного больного;
- ❖ Грамотно обосновать и формулировать клинический диагноз с учетом современных классификаций;
- ❖ На основании знания общих принципов лечения разработать индивидуальную терапию и тактику ведения конкретного больного;
- ❖ Правильно прогнозировать течение заболевания, оценивать степень риска, проводить профилактику осложнений, назначать антигипертензивную терапию и ВТЭ;
- ❖ Организация содержания учебного материала /см. Граф логической структуры темы./;
- ❖ Самостоятельная подготовка слушателей к занятию /см. Приложение/;
- ❖ План и организационная структура занятия /см. таблицу №1/.

План и организационная структура занятия

№ п/п	Этапы занятия	Время /мин/	Уровень усвоения	Место проведения	Оснащение занятия
1.	Организационные мероприятия	2	-	Учебная комната	Журнал
2..	Контроль исходного уровня знаний	15	II	Учебная комната	Контрольные вопросы
3.	Клинический разбор больного	25	III	Палата	История болезни
4.	Анализ полученных данных: - Выделение ведущего синдрома - Определение заболеваний для диф. диагноза	15	III	Учебная комната	История болезни Таблицы
5.	Диф.диагноз	25	III	Учебная комната	Таблицы
6.	Предварительный диагноз	5	III	Учебная комната	Таблицы
7.	Анализ результатов лабораторно-инструментальных методов исследований	10	III	Учебная комната	История болезни
8.	Обоснование и формулировка клинического диагноза	5	III	Учебная комната	История болезни
9.	Этиология	5	II	Учебная комната	История болезни
10	Патогенез	5	II	Учебная комната	История болезни
9.	Лечение	40	III	Учебная комната	История болезни
11.	Профилактика, ВТЭ	5	III	Учебная комната	История болезни
12.	Контроль конечного уровня знаний	20	III	Учебная комната	Ситуационные задачи, тестовый контроль
13	Задание на дом	3	III	Учебная комната	Методические материалы для слушателей

ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ТЕМЫ: СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ГИПЕРТОНИИ



ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

1. Уметь выявлять и интерпретировать объективные клинические признаки вторичной артериальной гипертензии.
2. Знать алгоритм обследования больного с артериальной гипертензией;
3. Знать особенности клинических проявлений почечной, эндокринной, гемодинамической, неврогенной, или вызванной интоксикациями артериальной гипертензии;
4. Знать современную классификацию. Уметь правильно сформулировать диагноз, стадию заболевания;
5. Знать необходимый объем и диагностическую ценность лабораторных и инструментальных методов исследований. /Уметь правильно измерить АД, грамотно интерпретировать полученную информацию, выявлять признаки первичного поражения органов, обусловивших развитие АГ/.
6. Уметь правильно оценивать данные Р-графии, УЗИ, ангиографии, компьютерной томографии, радионуклидной диагностики и т.д.
7. Знать рекомендуемые схемы лечения; Уметь подбирать адекватную схему в зависимости от индивидуального профиля больного, правильно оценивать показания и противопоказания к оперативному лечению почечных гипертензий.
8. Уметь правильно проводить профилактику и немедикаментозное лечение артериальной гипертензии;
9. Основные правила диспансеризации больных с симптоматической артериальной гипертензией.

ОСНАЩЕНИЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Таблицы
2. Слайды
3. Истории болезни
4. Тематический больной
5. Тесты для контроля уровня знаний

6. Ситуационные задачи.

РЕКОМЕНДАЦИИ К ПРОВЕДЕНИЮ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ.

1. ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП

- ✓ Подготовить демонстрационный материал (таблицы, слайды), учебно-методические пособия по теме занятия; контрольно-диагностическую аппаратуру, для обследования больного с синдромом артериальной гипертензии. В начале занятия преподаватель знакомит аспирантов с планом проведения и основной целью занятия. Затем проводит контроль исходного уровня знаний путем устного ответа на поставленные вопросы, решения ситуационной задачи или компьютерного тестирования.

(Контрольные вопросы и задачи см. приложение 1 и 2.)

2. ОСНОВНОЙ ЭТАП.

- ✓ Ознакомить аспирантов с целью и задачами занятия
- ✓ Путем контрольного опроса определить степень подготовленности аспирантов к занятию
- ✓ Клинический разбор больного с симптоматической артериальной гипертонией
- ✓ Обучить основным принципам дифференциальной диагностики при вторичных гипертониях;
- ✓ Выбор тактики ведения и оптимальной антигипертензивной терапии конкретного больного

3. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП

Преподаватель проводит контроль конечного уровня усвоения материала путем компьютерного тестирования и решения ситуационных задач.

Можно обсудить случаи из практики аспирантов.

Затем преподаватель делает краткое заключение занятию и дает задание на дом, рекомендует литературу для подготовки.

ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ

(II уровень)

1. Дайте определение понятию вторичная артериальная гипертензия.
2. Перечислите заболевания, при которых встречается артериальная гипертензия.
3. Какие клинические симптомы должны сориентировать врача на поиск первичной или вторичной артериальной гипертензии?
4. Охарактеризуйте алгоритм диагностического поиска, после выявления у больного синдрома артериальной гипертензии.
5. Дайте определение понятию «почечная гипертензия».
6. Укажите основные причины, приводящие к развитию «почечной артериальной гипертензии».
7. Охарактеризуйте тактику лечения больных с почечной АГ.

ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ КОНЕЧНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ.

1. Повышение АД при феохромоцитоме обусловлено: 1. гиперпродукцией кортикостероидов; 2. увеличением образования альдостерона; 3. гиперпродукцией ренина; 4. увеличением образования катехоламинов

если правильны ответы 1 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

+если правильный ответ 4

если правильны ответы 1 2 3 и 4

2. Для первичногогиперальдостеронизма характерно: 1. мышечная слабость; 2. полиурия; 3. парестезии; 4. гипостенурия

если правильны ответы 1 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильны ответы 1 2 3 и 4

3. Для лечения лабильной артериальной гипертонии у больных с гиперкинетическим типом кровообращения в первую очередь целесообразно использовать

+блокаторы бета-адренорецепторов

коринфар

апрессин

празозин

гипотиазид

4. Злокачественная артериальная гипертония наиболее часто возникает у больных гипертонической болезнью

+ реноваскулярной гипертонией

паренхиматозными заболеваниями почек

мочекаменной болезнью

опухолью головного мозга

5. Средством выбора для снижения АД у больных с расслаивающей аневризмой аорты является введение

диазоксида

клофелина и бета-блокатора

+нитропруссид натрия и бета-блокатора

дроперидола

фуросемида

6. Для лечения артериальной гипертензии у больных с нарушенной азотовыделительной функцией почек нецелесообразно применять

+допегит

коринфар

анаприлин

фуросемид

клофелин

7. Гипотензивное действие каптоприла связано с: 1. влиянием на калликреин-кининовую систему и систему простагландинов; 2. блокадой альфа-адренорецепторов; 3. уменьшением образования ангиотензина II; 4. уменьшением образования ренина

если правильны ответы 1 2 и 3

+если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильны ответы 1 2 3 и 4

8. У больных артериальной гипертензией при инфаркте миокарда увеличивается риск развития: 1. желудочковой пароксизмальной тахикардии; 2. пневмонии; 3. тромбоэмболии; 4. разрыва миокарда

если правильны ответы 1 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

+если правильный ответ 4

если правильны ответы 1,2 3 и 4

9. Быстрое снижение артериального давления показано при гипертонической энцефалопатии

+расслаивающей аневризме аорты

нарушении мозгового кровообращения

прогрессирующей почечной недостаточности

отеке легких

10. Для лечения гипертонического криза при феохромоцитоме наиболее эффективным является внутривенное введение

+фентоламина (реджитина)

пентамина

клофелина

дибазола

коринфара

11. Для первичного гиперальдостеронизма не характерны
мышечная боль
полиурия
парестезии
гипостенурия
+гипергликемия

12. Систолическая артериальная гипертензия в пожилом возрасте является: 1. является вариантом нормы; 2. характеризует доброкачественное течение гипертензии; 3. часто приводит к развитию недостаточности кровообращения; 4. факторам риска развития мозгового инсульта
если правильны ответы 12 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
+если правильный ответ 4
если правильны ответы 1 2 3 и 4

13. Для гипертонических кризов при феохромоцитоме характерны
+гипергликемия
гипогликемия
лейкопения
лимфоцитоз
глюкозурия

14. Механизмами повышения АД могут быть: 1. повышение общего периферического сосудистого сопротивления; 2. увеличение массы циркулирующей крови; 3. увеличение минутного объема сердца; 4. повышение концентрации ренина плазмы крови
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1 23 и 4

Задача №1.

Больная А., 56 лет, поступила в клинику с жалобами на головные боли преимущественно в затылочной области, мелькание «мушек» перед глазами, ощущение шума в ушах на фоне повышения АД до 200/120 мм рт. ст. Из анамнеза известно, что матери пациентки 77 лет, страдает гипертонической болезнью, дважды перенесла острое нарушение мозгового кровообращения. Отец умер в возрасте 54 лет от обширного инфаркта миокарда. Образование высшее, работает менеджером высшего звена в крупной компании. Гинекологические заболевания отрицает, менопауза в 51 год. Курит до 1 пачки сигарет в день в течение 20 лет, ежедневно употребляет 1-2 стакана красного вина.

Головные боли беспокоят с 50 лет, с того же времени при случайных измерениях отмечалось повышение АД до 160-170/90-95 мм рт. ст. Не обследовалась, по совету знакомых нерегулярно принимала коринфар (нифедипин), каптоприл (капотен). Ухудшение состояния в течение последних 2-3 месяцев в связи со значительным эмоциональным перенапряжением.

При осмотре состояние удовлетворительное. Рост 163 см, масса тела 82 кг. Кожные покровы обычного цвета, умеренной влажности. Отеков нет. Частота дыхания 14 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно границы сердца расширены влево. Тоны сердца ясные, шумов нет. АД 190/110 мм рт. ст., ЧСС – 112 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательных с обеих сторон.

В общем анализе крови: гемоглобин 110,3 г/л, СОЭ 12 мм/ч, лейкоциты 5,5 тыс./л, формула не изменена. В биохимическом анализе крови: общий белок 6,9 г/дл, альбумин 4,2 г/дл, креатинин 1,2 мг/дл, глюкоза 112 мг/дл, мочевиная кислота 5,4 мг/дл, общий билирубин 0,7 мг/дл, натрий-137,1 мэкв/л, калий-5,1 мэкв/л. Триглицериды 180 мг/дл, общий холестерин 320 мг/дл.

В общем анализе мочи: pH 5,0, удельный вес 1014, белок, сахар, ацетон – нет. Лейкоциты 1-3 в п/зр., эритроциты 0-0-1 в п/зр., цилиндры – нет. Слизь, бактерии – немного.

На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 100 уд/мин. Отклонение ЭОС влево. Высокие зубцы R в отведениях V5 и V6, глубокие зубцы S в отведениях V1 и V2. Признаков нарушения ритма и проводимости нет.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.

4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Эталон решения задачи №1

На первом этапе диагностического поиска в качестве ведущих можно выделить жалобы больной на головные боли, имеющие характерную локализацию в затылочной области, мелькание «мушек» перед глазами, ощущение шума в ушах, что может быть объединено в церебральный синдром, достаточно часто встречающийся при гипертонической болезни. Более того, больная сообщает о том, что при измерении АД в момент появления описанных жалоб выявляли его повышение до 200/120 мм рт. ст. Т.е. анамнестически можно констатировать наличие синдрома артериальной гипертонии. Важную информацию дает анамнез жизни. Мать пациентки страдает гипертонической болезнью и перенесла повторный инсульт, отец страдал ишемической болезнью сердца, перенес фатальный инфаркт миокарда в молодом возрасте. Таким образом, у пациентки имеет место наследственная отягощенность по сердечно-сосудистым заболеваниям. Помимо того, необходимо обратить внимание на наличие профессиональной вредности (работа в руководящем звене крупной компании, сопряженная с хроническим нервным перенапряжением), а также привычных интоксикаций (длительный стаж курения, избыточное потребление алкогольных напитков). Из анамнеза жизни мы также узнаем, что пациентка находится в постменопаузе, т.е. периоде, уязвимом для сердечно-сосудистой системы женщины. Важно заметить, что ухудшение состояния, отмеченное в последние 2-3 месяца, было связано с эмоциональным перенапряжением, важным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний.

На втором этапе диагностического поиска мы выявляем повышение уровня АД до 190/110 мм рт. ст., что позволяет диагностировать синдром артериальной гипертонии. Обращает на себя внимание тахикардия (ЧСС 112 уд/мин.) – это дает возможность предположить, какие лекарственные препараты предпочтительнее назначать этой больной. При перкуссии определяется расширение границ сердца влево, что может быть обусловлено гипертрофией либо дилатацией его левых отделов. Однако признаков сердечной недостаточности, частого осложнения артериальной гипертонии, не выявляется (отсутствие одышки, влажных хрипов в легких, отеков). При физикальном обследовании мы не обнаруживаем признаков эндокринных и гемодинамических артериальных гипертоний, что склоняет диагностическую мысль в пользу гипертонической болезни. Необходимо также обратить внимание на наличие у пациентки избыточной массы тела (индекс массы тела 30,9 кг/м²), фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Предварительный диагноз можно сформулировать следующим образом: Артериальная гипертензия 3 степени повышения АД. Для уточнения диагноза (определения стадии, степени риска) необходимо выполнить следующие дополнительные методы обследования:

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- ЭКГ
- Рентгенография грудной клетки
- Осмотр глазного дна
- УЗИ органов брюшной полости
- Эхокардиография
- Ультразвуковое исследование периферических сосудов (по возможности)
- Определение липидного спектра и уровня триглицеридов
- Определение суточной микроальбуминурии (по возможности)

На третьем этапе диагностического поиска мы получаем информацию о состоянии органов-мишеней артериальной гипертонии и дополнительных факторах риска сердечно-сосудистых осложнений. ЭКГ выявляет признаки гипертрофии миокарда левого желудочка (отклонение ЭОС влево, высокие зубцы R в левых грудных и глубокие зубцы S в правых грудных отведениях), что позволяет установить стадию заболевания. В биохимическом анализе крови мы не выявляет увеличения уровня азотистых шлаков, а в общем анализе мочи не обнаруживаем изменений мочевого осадка. Таким образом, признаки гипертонического поражения почек отсутствуют. Кроме того, это позволяет исключить симптоматическую нефрогенную артериальную гипертонию. В биохимическом анализе крови отмечается увеличение содержания триглицеридов и общего холестерина, т.е. гиперлипидемия, один из сердечно-сосудистых факторов риска.

Клинический диагноз: Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени повышения АД, очень высокого риска. Ожирение I степени. Гиперлипидемия.

В план обследования целесообразно включить рентгенологическое исследование органов грудной клетки, эхокардиографическое исследование, суточное мониторирование АД. Больная должна быть консультирована окулистом для оценки состояния сосудов глазного дна.

Лечение включает немедикаментозные мероприятия и медикаментозную терапию. Целесообразна модификация образа жизни: по возможности избегать стрессовых ситуаций, отказ или ограничение курения, ограничение потребления алкогольных напитков. Необходимо рекомендовать малосолевую диету, ограничить потребление жиров и легко усваиваемых углеводов, увеличить потребление овощей и фруктов. Поскольку пациентка входит в группу очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений, медикаментозное лечение должно

быть начато немедленно. Учитывая высокий систоло-диастолический характер гипертонии и тахикардию, лечение целесообразно начинать с комбинации бета-адреноблокаторов и диуретиков. Принимая во внимание наличие гиперлипидемии, следует использовать высокоселективные бета-адреноблокаторы (или, в качестве альтернативы, пульс-урежающие антагонисты кальция), а также тиазидоподобные диуретики (например, индапамид).

Задача №2.

Больной Б., 65 лет, госпитализирован в клинику с жалобами на ощущение учащенного сердцебиения, шума в ушах на фоне подъема АД до 170/100 мм рт. ст.; одышку при умеренной физической нагрузке (ходьба на 300-500 м); отеки голеней и стоп, появляющиеся в вечернее время и практически исчезающие утром.

Матери пациента 64 года, страдает ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью. Отцу 67 лет, страдает гипертонической болезнью, в возрасте 50 лет перенес инфаркт миокарда. Брату 42 года, 1 год назад выявлена гипертоническая болезнь. Образование высшее, более 30 лет работал пилотом гражданской авиации, с 60 лет не работает. Курит по 10-15 сигарет в день. Алкоголь практически не употребляет.

Около 10 лет назад во время ежегодной медкомиссии зафиксировано повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Обследовался в Госпитале Гражданской Авиации. Подтверждено повышение АД, помимо этого отклонений обнаружено не было. В течение многих лет регулярно принимал капотен, АД сохранялось на уровне 130-140/80-90 мм рт. ст. В течение последнего года стал отмечать появление головных болей, учащенного сердцебиения, эпизодов повышения АД до 170/100 мм рт. ст., появились одышка при физической нагрузке, отеки голеней и стоп.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Рост 175 см, масса тела 70 кг. Кожные покровы обычного цвета, влажные. Пастозность голеней и стоп. В легких дыхание везикулярное, в базальных отделах легких – небольшое число влажных не звонких мелкопузырчатых хрипов. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой, шумов нет. АД 170/95 мм рт. ст., ЧСС 100 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательных с обеих сторон.

В общем анализе крови: гемоглобин 140,3 г/л, эритроциты 5,9 млн./л, СОЭ 5 мм/ч. Лейкоциты 4,59 тыс./л, лейкоцитарная формула не изменена, тромбоциты 197,5 тыс./л. В биохимическом анализе крови: общий белок 8,5 г/дл, альбумин 4,6 г/дл, креатинин 1,7 мг/дл, глюкоза 106 мг/дл, мочевая кислота 5,0 мг/дл, общий билирубин 1,3 мг/дл, натрий 140,1 мэкв/л, калий 5,8 мэкв/л. Триглицериды 227 мг/дл, общий холестерин 140 мг/дл.

В общем анализе мочи: pH 5,0, белок – следы, сахар, ацетон – нет. Лейкоциты ед. в преп., эритроциты – 3-5 в п/зр. Слизь, бактерии – немного.

На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 98 уд/мин. Горизонтальное положение ЭОС. Признаки гипертрофии и перегрузки левого желудочка. Одиночные желудочковые экстрасистолы.

На рентгенограмме грудной клетки: легкие без свежих очаговых и инфильтративных изменений. Сосудистый рисунок усилен. Корни легких структурны. Диафрагма обычно расположена. Плевральные синусы свободны. Сердце горизонтально расположено, расширено влево. Аорта обызвествлена.

При ЭхоКГ: Толщина межжелудочковой перегородки 1,23 см (N до 1,0), толщина задней стенки левого желудочка 1,2 см (N до 1,1). Характер движения стенок не нарушен. Фракция выброса 50,5%. Клапаны не изменены.

При осмотре глазного дна: ангиосклероз сетчатки.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №3.

Больная В., 34 лет, госпитализирована в клинику с жалобами на периодически возникающие чувство тяжести в затылочной области, головокружение; раздражительность, утомляемость, снижение работоспособности, бессонницу.

Матери пациентки 55 лет, с 40-42 лет отмечает эпизоды повышенного АД. Отец страдал гипертонической болезнью, умер после острого нарушения мозгового кровообращения в возрасте 46 лет. Образование высшее, работает синхронной переводчицей в туристической фирме. Более 10 лет курит по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь практически не употребляет. Гинекологические заболевания отрицает.

До последнего года считала себя практически здоровым человеком. Около месяца назад после значительного эмоционального перенапряжения, связанного с работой, стала отмечать периодические головные боли и головокружение. Появилась утомляемость, снизилась работоспособность, нарушился сон. Обратилась в клинику для обследования.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 56 кг. Кожные покровы обычного цвета, влажные. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Тоны сердца ясные, акцент II тона над аортой. АД 170/90 мм рт. ст., ЧСС 72 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательных с обеих сторон. Неврологических знаков не выявлено.

В общем анализе крови: гемоглобин 110,3 г/л, эритроциты 4,3 млн./л, СОЭ 7 мм/ч. Лейкоциты 4,7 тыс./л, лейкоцитарная формула не изменена, тромбоциты 208,5 тыс./л. В биохимическом анализе крови: общий белок 6,9 г/дл, альбумин 4,3 г/дл, креатинин 0,9 мг/дл, глюкоза 98 мг/дл, мочева кислота 7,6 мг/дл, общий билирубин 0,9 мг/дл, натрий 141,2 мэкв/л, калий 4,2 мэкв/л. Триглицериды 137 мг/дл, общий холестерин 130 мг/дл.

В общем анализе мочи: рН 5,0, белок, сахар, ацетон – нет. Лейкоциты ед. в преп., эритроциты – нет. Слизь, бактерии – немного.

На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 72 уд/мин. Блокада правой ножки пучка Гиса. Признаков гипертрофии левого желудочка нет.

При осмотре глазного дна: ангиопатия сетчатки.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Антигипертензивные средства: справочник международных и патентованных названий лекарств / Аксенов Н.А.- СПб: СпецЛит, 2011. – 47с.
2. Артериальная гипертензия: новое в диагностике и лечении. Ж.Д. Кобалава, Ю.В.Котовская. Москва, 2006.
3. Барсуков А.В. Артериальные гипертензии в таблицах и схемах. Диагностика и лечение.- СПб.:ЭЛБИ-СПб,2004.
4. П. Х. Джанашия, Н. Г. Потешкина, Г. Б. Селиванова Артериальная гипертензия здательство: Миклош, 2010 г. 168 стр.
5. Руководство по артериальной гипертензии. Под редакцией Е.И.Чазова, И.Е.Чазовой. Медиа Медика, Москва, 2005г.
6. Стрюк Р.И. Заболевания сердечно-сосудистой системы и беременность. Руководство для врачей: М.:ГЭОТАР-МЕД., 2010. – 280с.
7. Шахтер М.Артериальная гипертензия: Медицинская литература от издательства: Практика, 2009 - 32 с.
8. Ю. М. Поздняков, В. Б. Красницкий Путь к диагнозу и лечению в кардиологии. Синдромы, алгоритмы, схемы: Издательство: Бином, 2010 г., 340 стр.
9. Яковлев В.М., Хайт Г.Я. Основы гериатрической кардиологии. Руководство для практических врачей.- Москва: Издательский дом Видар – М, 2011. – 424с.