

РЕЦЕНЗИЯ
на реферат Захарова Максима Николаевича
ординатора кафедры Поликлинической терапии
и семейной медицины с курсом ПО
по специальности Терапия
тема: «Симптоматические гипертонии»

Автор в реферате четко дал определение, что для симптоматических гипертоний характерно, что они возникают в молодом возрасте, нередко обнаруживаются случайно, характеризуются высокой, стойкой, чаще диастолической гипертонией, редкостью гипертонических кризов, малой клинической симптоматикой.

Автор отмечает, что в отличие от классификации симптоматических гипертоний, предложенной Департаментом здравоохранения и гуманитарных служб США в 1990 г, которая широко используется за рубежом, классификация используемая в России носит более подробный характер с точки зрения клинических характеристик. У женщин детородного возраста развитие симптоматической артериальной гипертонии чаще всего связано с поражением почек и сосудов.

Частота тех или иных вариантов симптоматической гипертонии по статистическим данным разных авторов очень варьирует. Суммарно на симптоматические гипертонии приходится от 13 до 40% всех гипертонивных состояний, в основном почечные (реноваскулярная, ренальная паренхиматозная гипертония) и на эндокринные (синдром Конна, синдром Кушинга, тиреотоксикоз).

Диагностика симптоматических артериальных гипертоний требует обширных знаний и серьезной диагностической базы. Лечение зависит от вида симптоматической артериальной гипертонии.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора второго года обучения по специальности «Терапия»

№	Оценочные критерии	Положит./ Отриц.
1.	Структурированность	+
2.	Наличие орфографических ошибок	+
3.	Соответствие текста реферата теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Круг использования известных научных источников	+
9.	Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Отн.

Дата

22.02.2020г

Подпись рецензента

Подпись ординатора

ФГБОУ ВО « Красноярский Государственный медицинский университет им.
проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ России

Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

РЕФЕРАТ

СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ГИПЕРТОНИИ



Выполнил
ординатор
Захаров М.Н.

Красноярск 2020

Симптоматические гипертензии

Для симптоматических гипертензий характерно, что они возникают в молодом возрасте, нередко обнаруживаются случайно, характеризуются высокой, стойкой, чаще диастолической гипертензией, редкостью гипертонических кризов, малой клинической симптоматикой. В отличие от них при гипертонической болезни артериальное давление повышается постепенно, сначала систолическое, затем присоединяется диастолическое, рано появляются жалобы на головную боль, головокружение, плохой сон, неустойчивое настроение, частые гипертонические кризы. На ранних стадиях гипертоническая болезнь по клиническим признакам и механизму развития имеет много общего с нейроциркуляторной астенией, протекающей по гипертензивному варианту (в акушерской практике часто используется термин вегето-сосудистая дистония, хотя это лишь один из синдромов нейроциркуляторной астении). Когда кратковременное повышение артериального давления у молодых женщин сопровождается многочисленными жалобами на сердцебиение, боли в области сердца, быструю утомляемость, плохой сон и д.д., правомочно считать такую гипертензию вегето-сосудистой дистонией, а не гипертонической болезнью.

В отличие от классификации симптоматических гипертензий, предложенной Департаментом здравоохранения и гуманитарных служб США в 1990 г. [1,2,3], которая широко используется за рубежом, классификация используемая в России носит более подробный характер с точки зрения клинических характеристик [11].

Гипертензии при поражении почек и мочевыводящих путей:

- хронический пиелонефрит,
- гломерулонефриты (острые и хронические),
- поликистоз почек,
- пузырно-мочеточниковый рефлюкс,
- аномалии числа или месторасположения почек (одно- или двухсторонняя),
 - травма почек,
 - поражение почек при системных заболеваниях: туберкулез, коллагенозы, сахарный диабет, амилоидоз, тромботическая тромбоцитопеническая пурпура, гемолитико-уремический синдром, облучение,
 - хроническая почечная недостаточность любого происхождения.

Гипертензия при эндокринных заболеваниях и нарушениях обмена:

- первичный гиперальдостеронизм,
- болезнь и синдром Иценко-Кушинга,
- феохромоцитома,
- тиреотоксикоз,
- микседема,
- акромегалия,
- врожденный адреногенитальный синдром,
- врожденная гиперплазия надпочечников,
- острая и хроническая порфирия,
- гиперкальциемия.

Гипертензии, вызываемые поражением нервной системы:

- опухоли головного мозга,

- воспаление головного мозга и его оболочек (энцефалиты, арахноидиты),
- травмы головного мозга,
- полиомиелит (бульбарный),
- полиневриты (при острой порфирии, отравлении свинцом),
- острое повышение внутричерепного давления, диэнцефальный синдром,
- психогенная гипертония.

Гипертензии, вызванные повреждением сосудов и нарушением гемодинамики:

- коарктация аорты,
- фибромускулярная гиперплазия,
- аортальная регургитация,
- артериовенозная фистула,
- тромбоз почечной артерии,
- незаращение Баталова протока,
- атеросклероз почечной артерии,
- атеросклероз аорты,
- панартериит, панаортит (синдром Токоясу),
- повышение внутрисосудистого объема (избыточная трансфузия, полицитемия),
- полная атриовентрикулярная блокада сердца.

Гипертензии, вызванные интоксикациями и применением лекарств:

- алкоголизм,
- гестоз,
- прием оральных контрацептивов,
- прием симпатомиметиков,
- прием глюкокортикоидов.

Дифференциальная диагностика симптоматических гипертензий представлена в таблице №7

Таблица №1

Дифференциально-диагностические признаки гипертонической болезни и симптоматической гипертонии

Клинические признаки	Гипертоническая болезнь	Симптоматическая гипертония
Возраст	Обычно старше 30-40 лет	Нередко молодой и юношеский
Внешние условия в период формирования заболевания	Неблагоприятные: переутомление, отрицательные эмоции, конфликт,	Имеют меньшее значение

	недостаточ- ный сон	
Особенности становления гипертензивного синдрома	Постепенное, нередко с повторными обострениями и ремиссиями в зависимости от внешних условий	Неуклонное, в нарастающем темпе
Признаки вегетоневроза	По типу симпатической доминанты	Отсутствуют
Жалобы	На головные боли по утрам, головокружения, мелькание перед глазами, плохой сон, утомляемость, неустойчивое настроение и самочувствие, иногда боли в области сердца	Могут длительно отсутствовать, несмотря на стойкое повышение АД; при болезнях почек – боли в пояснице, озноб, потливость
Гемодинамический тип	Первоначально гиперкинетический, преимущественное увеличение систолического, неустойчивость диастолического показателя	Раннее формирование гипертензии сопротивления, преимущественное и устойчивое повышение диастолического давления
Наличие кризов	Типично уже на ранних стадиях болезни	Маловероятно (отличать от параксизмов при диэнцефальной патологии и феохромоцитоме)
Внекардиологические синдромы	Ранний атеросклероз, ишемическая болезнь сердца (изменения ЭКГ), минимальные	Признаки эндокринного, почечного, воспалительного системного заболевания,

	изменения мочи	местного сосудистого поражения или дефекта
Эффективность лечения	Высокая не только гипотензивными, на ранних этапах и седативными средствами	Снижение АД только в период приема гипотензивных препаратов, резистентность к патогенетическому лечению

Частота тех или иных вариантов симптоматической гипертензии по статистическим данным разных авторов очень варьирует. Суммарно на симптоматические гипертензии приходится от 13 до 40% всех гипертензивных состояний, в основном почечные (реноваскулярная, ренальная паренхиматозная гипертензия) и на эндокринные (синдром Конна, синдром Кушинга, тиреотоксикоз).

Диагностика симптоматической гипертензии нередко сложна и вне беременности, а во время нее, когда нельзя воспользоваться многими диагностическими методами (инвазивными, изотопными, рентгенологическими) – тем более. Поэтому значение приобретают детали анамнеза и результаты ранее проделанных исследований.

У женщин детородного возраста развитие симптоматической артериальной гипертензии чаще всего связано с поражением почек и сосудов.

Поликистоз почек – вначале бессимптомный, позднее осложняется гипертензией и почечной недостаточностью. Почки могут пальпироваться как увеличенные бугристые образования, и диагноз убедительно верифицируется с помощью эхоренографии. Порою заболевание впервые выявляется при осложнении его пиелонефритом.

Диабетические микроангиопатии могут охватывать сосуды почек; формируется диффузный диабетический гломерулосклероз с почечной недостаточностью и гипертензией (синдром Кимельстиль-Вильсона). Это осложнение появляется на поздних стадиях развития диабета, когда диагноз хорошо известен.

Реноваскулярная гипертензия у молодых женщин обусловлена фибромышечной гиперплазией, когда поражаются все слои стенки почечной артерии. Гипертензия обычно стабильная, иногда – злокачественная, практически не поддается влиянию гипотензивных средств; гипертонических кризов не бывает. Во время беременности этот диагноз поставить не удастся, поскольку не может быть применен основной метод исследования – ангиография.

Таблица 2

Происхождение гипертензии и дифференциально-диагностические указания

Этиология	Заболевание	Основные клинические симптомы	Диагностические признаки
-----------	-------------	-------------------------------	--------------------------

1	2	3	4
Неизвестная (эссенциальная)	Гипертоническая болезнь	Склонность к головным болям, головокружению, шум в ушах, внутреннее беспокойство, приливы жара, сжатие сердца	Моча: без особенностей, мочевые субстанции в норме
Ренальная	Гломерулонефрит а) острый	Температура, бледность, головная боль, голово- кружение, отеки век и лица, гипертония с повышен- ным диастолическим давлением	СОЭ резко увеличена. Моча: гематурия, проте- инурия, цилиндрурия.
	б) хронический	Исход в сморщенную Почку и уремию	Анемия; увеличение содержания мочевых субстанций в сыворотке.
	Хронический пиелонефрит	Головная боль, бледность, снижение трудоспособ- ности, исход в сморщен- ную почку	Анемия; моча: пиурия, наличие возбудителя, гипостену- рия, увеличение содер- жания мочевых субстанций в сыворотке.
	Гестоз	Отеки в отлогих частях тела, олигурия, склонность к судорогам и потере соз- нания в последнем три- местре беременности.	Изменения на глазном дне, протеинурия

	Гидронефроз	Односторонние колики, пиурия, тошнота, рвота, пальпаторно: эластическая опухолевидная почка.	Цистоскопия: отсутствие выведения красителя, УЗИ: расширение почечной лоханки.
	Пионефроз	Чаще всего инфицированный гидронефроз с подобной симптоматикой и кроме того, нарушение общего самочувствия	Моча: гематурия, протеинурия; увеличение содержания мочевого субстанций в сыворотке; УЗИ почек
1	2	3	4
	Кисты почек	Преимущественно врожденные, жалобы на присоединение вторичной инфекции.	Выявление одностороннего нарушения функции почек посредством цистоскопии. До беременности в/в пиелография, реновазография, изотопная рентгенография
	Стеноз почечных артерий	Гипертензия, особенно у молодых, без определенной причины; общие расстройства, присутствие гипертензии	Выявление одностороннего нарушения функции почек посредством цистоскопии. До беременности в/в пиелография, реновазография, изотопная ренография
Кардиоваскулярная	Узелковый периартрит	Температура, спазмы в животе, симптомы полиневрита или полимиозита	СОЭ резко увеличена; моча: осадок, составные

			части; биопсия мышц
	Аортальная недостаточность	Высокое систолическое, низкое диастолическое давление, бледность лица, шум над аортой, pulsus celer et altus	ФКГ, УЗИ сердца, рентгеновское исследование сердца
	Стеноз перешейка аорты	Склонность к сосудистому коллапсу, часто коллатеральное кровообращение в области грудной клетки с пульсацией, громкий систолический шум над аортой	ФКГ, УЗИ сердца, рентгеновское исследование сердца; узуры ребер
	Полная атрио-вентрикулярная блокада	Брадикардия менее 40 в мин.; при аускультации пушечный тон над верхушкой сердца	ЭКГ
Эндокринная	Феохромоцитом а	Приступообразное повышение артериального давления, бледность, потливость, нарушение зрения	Моча: глюкозурия, (во время приступа); кровь: лейкоцитоз (во время приступа); выведение катехоломинов
	Гиперальдостеронизм (синдром Конна)	Полиурия, мышечная слабость с непостоянными вялыми параличами конечностей или туловища; тетанические судороги	Моча: повышенное выделение альдостерона; понижен уровень кальция сыворотки; повышен уровень натрия

			сыворотки
1	2	3	4
	Адреногенитальный синдром	Гирсутизм, нарушение менструального цикла	Моча: увеличение выведения 17-кетостероидов. УЗИ надпочечников: обнаружение опухоли
	Тиреотоксикоз	Экзофтальм, тахикардия, зоб, тремор пальцев, понос, выпадение волос, похудание	Сыворотка: СБЙ, увеличение тиреоидных гормонов
	Болезнь Иценко-Кушинга	Ожирение, стрии на коже живота и ног.	Повышен уровень 17-оксикортикостероидов в крови и 17-кетостероидов в моче, остеопороз, гипергликемия и глюкозурия, гипоальбуминемия
	Акромегалия	Огрубевшие черты лица, увеличение размеров конечностей, сахарный диабет, сужение поля зрения	Моча: проба на сахар положительная
Неврогенная	Энцефалит	Головные боли, тошнота, рвота, помрачение сознания, признаки делирия	СОЭ увеличена; спинно-мозговая жидкость: увеличение числа клеток и повышение уровня

			белка
	Опухоли мозга	Симптомы повышения внутричерепного давления, головная боль, тошнота, брадикардия, рвота, иногда неврологические расстройства	Рентгенография черепа, специальное неврологическое исследование

Аномалии развития почек (аплазия, гипоплазия) как причина развития гипертензии может быть установлена во время беременности с помощью ультразвукового исследования почек.

При артериальной гипертензии, развивающейся на фоне лихорадки, увеличение СОЭ, лейкоцитоза, наличия биохимических признаков воспаления, повышения α_2 - и γ фракций белка крови следует думать об аорто-артериите, узелковом периартериите и других генерализованных васкулитах (болезнь Такаясу, геморрагический васкулит и прочее).

При подозрении на коарктацию аорты важное значение приобретает измерение давления на руках и ногах (при коарктации оно выше на руках, у здоровых – наоборот); кроме того, хорошо развита верхняя половина тела и слабо нижняя.

Симптоматическая гипертензия эндокринного генеза в большинстве случаев легко диагностируется на фоне выраженной картины заболевания органов внутренней секреции (табл. №1).

Сложности могут возникнуть при диагностике феохромоцитомы, поскольку опухоль не всегда располагается в надпочечнике. Она может быть в яичниках, мочевом пузыре, селезенке, параганглиях и др. Гипертензия чаще бывает пароксизмальной, реже – постоянной. Пароксизмы гипертензии при феохромоцитоме в отличие от гипертонических кризов возникают внезапно, но им могут предшествовать парестезии, чувство тревоги и беспричинного страха, обильное потоотделение. Головные боли и головокружение резко выражены. Часто наблюдается сердцебиение. На высоте приступа могут быть боли за грудиной, в животе, рвота, отек легких, кровотечения. В крови находят гипергликемию, нейтрофильный лейкоцитоз. После падения давления возникают перфузное потоотделение и полиурия.

Гипертензия при тиреотоксикозе характеризуется повышением систолического при одновременном снижении диастолического давления. На это следует обратить внимание, поскольку клиника гипертиреоза может быть слабо выраженной. Важное значение имеет уровень тиреоидных гормонов в крови.

При болезни или синдроме Иценко-Кушинга гипертензия носит постоянный характер с тенденцией к постепенному возрастанию; кризы обычно не развиваются. Однако может наблюдаться и злокачественное течение гипертензии с поражением глазного дна, кризами, нарушением мозгового кровообращения. При длительной и высокой гипертензии появляются изменения сетчатки глаз, гипертрофия миокарда, а также атеросклероз почек, который способствует сохранению гипертензии у некоторых

больных после хирургического или лучевого лечения. После лечения артериальное давление повышено умеренно. Такой характер оно носит у беременных, страдающих болезнью Иценко-Кушинга и прошедших лечение до беременности. Несмотря на лечение, у 13,3% больных остается стойкая гипертензия [1]. Дифференциальная диагностика гипертонической болезни и симптоматических эндокринных гипертензий представлена в таблице №2.

ЛИТЕРАТУРА

1. Елисеев О.М. // Терапевтический архив. – 1998, №9, С.29-35.
2. Кобалава Ж.Д. Современные проблемы артериальной гипертонии. М., Выпуск 3, 2004, С.24-48.
3. Николаев А.Ю., Рогов В.А. // Нефрология. – М., 1995, Т 2, - С.203-218.
4. Шустов С.Б., Яковлев В.А., Баранов В.П. и др. Артериальные гипертензии. – СПб., 1997. – 64с.
5. Stimpel M. Arterial Hypertension. // Berlin; New York, 1996. – P.132.
6. Grey P.H., O'Callegan M.J., Mohay H.A. et al. Maternal hypertension and neurodevelopmental outcome in very preterm infants // Arch. Dis. Child. – 1998. – Vol.79, №2. – P.88-93.