

ТАҚЫРЫБЫ: Артериялық гипертензия және
артериялық гипотензия

Жоспар:

- ❖ Кіріспе
- ❖ Анықтамасы
- ❖ Этиологиясы
- ❖ Негізгі бөлім
- ❖ Патогенезі
- ❖ Клиникалық көріністері
- ❖ Диагностикасы
- ❖ Қорытынды бөлім
- ❖ Емі
- ❖ Пайдаланған әдебиеттер тізімі



Анықтамасы:

Артериялдық гипертензия-артериялардағы қан қысымына кедергінің және жүректің қан айдауының артуы немесе қатар орын алуымен жүретін артериялардағы қан қысымының артуы

Артериалдық гипотензия-қан қысымы мен бұлшықеттің тонусының төмендеп, артериялардағы қан қысымының төмендеуі

Классификациясы:

Артериялдық гипертензиясы:

Оптимальді АҚ < 120/80 мм.

Қалыпты АҚ < 130/85 мм.

Жоғарылаған оптимальді АҚ 130—139/85—90 мм .

1 дәреже (жұмсақ гипертония) - сАД 140-159/дАҚ 90-99.

2 дәреже (шектелген гипертония) - сАД 160-179/дАҚ 100-109.

3 дәреже (ауыр гипертония) - сАД 180 жоғары /дАҚ 110 жоғары.

Оқшауланған систоликалық гипертензия- сАҚ 140 жоғары/дАД т90 төмен.

Артериалдық гипотензия:

Физиологиялық; жеке дара өз басына сай түрі,

жоғары дәрежедегі бұлшықет гипотониясы,
адаптациялық түрлері ажыратылады.

Патологиялық; нейроциркуляторлық гипотония-тұрақсыз, тұрақты, ортостатикалық түрле ажыратылады симтоматикалық гипотония-жедел ағымды, созылмалы, орнықты ортостатикалық синдромдары ажыратылады.

Этиологиясы:

Артериалдық гипертензия:

- Бүйрек аурулары;
- Бүйрек үсті бездерінің ісігі;
- Босану кезінде;
- Аурудың асқынулары;
- Артерия қызметінің бұзылысы;
- Тромбоз;
- Жүрек ақауы;
- Бас миының бұзылысы;
- Көз қызметінің бұзылысы.

Артериялдық гипотензия:

- Тұқымындағы бейімділік;
- Психосоматикалық депрессиямен ұштасатын ерекшелік;
- ВЖЖ реттеу қызметінің бұзылысы;
- Пубертаттық кезеңнің проблемалары;

Эндогендік

Тұқымындағы бейімділік(әсіресе анасы жағынан)

Анасының осы балаға екіқабат кезіндегі Аг-сы және қан қысымының сол кезде көбірек төмендеуі.

Өзіне тән психосоматикалық депрессиямен ұштасатын ерекшеліктер

Вегетативтік нерв жүйесінің реттеу қызметінің бұзылыстары

Экзогендік

Психикасына жағымсыз әсерлер

Дене қимылының аздығы мен информация көптігі

Инфекция ошақтары, жиі респвирустық ауруларираторлы

Тиімді күндік режим ұоны әр түрлі жолмен бұзу т.бстамаук,

Патогенез:

- Балаларда біріншілік гипертензияда циклды нуклеотидтер өзгерісімен: 3,5,АМФ (вазодилататор) төмендеген және 3,5ТМФ (вазоконстриктор) жоғарылаған. Циклды нуклеотидтер жүйесінің бұзылысы мембраналық бұзылыспен тікелей байланысты (Na, K плазмалы жасуша мембранасынан өткізгіштігі артады және Ca байланыстырушы қабілеті бұзылады).
- АД деңгейі 2 негізгі фактормен анықталады: тамыр тонусы және экстарцеллюлярлы сұйықтық көлемі. АД ерте кезеңдерінде симпатикоадренальді жүйенің (постсинапсты а-1 және пресинапсты В рецепторы арқылы адреналиннің бөлінуі) белсенуі нәтижесінде артериоланың тегіс бұлшық етінің тонусы жоғарылайды

- Соңғы онжылдықта АГ анықтауға көптеген молекулярлы-генетикалық зерттеулер жүргізілді. АГ –да ренин-ангиотензин-альдостеронды жүйенің әсері жоғары екендігі анықталды.
- Нейрогендік, бульбарлы-вазомоторлық, гипоталамустық, гуморальдық, катехоламиндер мен ренин ангиотензин биохимиялық қасиеттеріне қарай жүректің қантамырлық жағдайлары өзгеріп, АГ дамиды.
- Балалар көбінесе екіншілік АГ ауырады.

Балалардағы АГ жасына байланысты өзгерісі

| жасы | Систолалық АД(мм рт.ст.) | |
|---------------|--------------------------|-------------------|
| | Әлсіз гипертензия | Айқын гипертензия |
| 7 күн | >96 | >106 |
| 8-30 күн | > 104 | > 110 |
| 2 жасқа дейін | > 112 | > 118 |
| 3-5 жас | > 116 | > 124 |
| 6-9 жас | > 122 | > 130 |
| 10-12 жас | > 126 | > 134 |
| 13-15 жас | > 136 | > 144 |
| 16-18 | > 142 | > 150 |

Балалардағы АГ бірінңай критерийі

| жасы | Систолалық АД, мм рт.ст. | Диастолалық АД, мм рт.ст. |
|-----------|--------------------------|---------------------------|
| 7-9 жас | >125 | >75 |
| 10-13 жас | >130 | >80 |
| 14-15 жас | >135 | >85 |

Жіктелуі:

- Негізінен мына классификация бойынша жіктеледі (М.Я.Студеникин):
- 1. Гипертониялық типті тамырлық вегетодистония
- 2. Гипертониялық ауру
- 3. Симтоматикалық (екіншілік) гип



Клиникалық көрінісі:

- Клиникасы ауруды туындатқан негізгі себебіне байланысты. Бүйректік генездегі гипертензияда қысым жоғарғы цифрға жоғарылайды. Көбінесе патологиялық зәр қалдықтары мен бүйрек аурулары көріністерімен байқалады. Ал, қолқа қаорктациясы мен байланысты ауруда төмен қысым және систолалық шуыл болады. Феохромоцитомалыда жоғары қысым, қатты бас ауыру (Диагноз қанда және зәрде катехоламиндердің жоғары мөлшерімен анықталады); Балаларда өзін нашар сезінуі, тітіркендіргіштік, жеңіл шаршағыштық, жүрек аймағында ауру сезімі, ыстықтау сезімі т.б; Объективті қарағанда тахикардия, жүктемеге тез шаршау т.б;

Диагностикасы:

Артериялдық гипертензия және гипотензия:

- Краниограмма;
- Электроэнцефалография;
- Реоэнцефалогрфия;
- Эхоэнцефалография.

Диагностикасы:

- артериальды гипертензия диагнозын тек систолалық және диастолалық қан қысымының үш рет өлшеген кезде шкалада центильден жоғары болғанда ғана қойылады. Сонымен қатар гипертензияның диагностикасы кезінде ДДҰ ұсынған бірыңғай критерийді қолдануға болады.

| Жасы | Систолалық қан қысым мм рт.ст. | Диастолалық қан қысымы мм рт.ст. |
|-----------|--------------------------------|----------------------------------|
| 7-9 жас | >125 | >75 |
| 10-13 жас | >130 | >80 |
| 14-15 жас | >135 | >85 |

- Артериальды гипертензия диагнозын тәуліктік артериальды қысымды мониторинг және де физикалық сынау (велозргометрия)мен аппараттық психоэмоциональды (телеигра) жүктемеден кейін қойылады.

Емі:

АГ қолданылады

- Режим
- Диета
- Базисті ем:

| Препарат | Шығу түрі | доза | қабылдауы |
|----------------------|-----------------|------------|-----------|
| Тамырлық | | | |
| Винпоцетин | Таблетка 5 мг | 1 таблетка | 1-2 рет |
| Циннаризин | Таблетка 25 мг | 1таблетка | 1 рет |
| | | | |
| Метаболикалық | | | |
| Ноотропил | Капсула 0,4 | 1таблетка | 3 рет |
| Пирацетам | Таблетка 0,2 мг | 1таблетка | 3 рет |
| Пантогам | Таблетка 0,2 мг | 1таблетка | 3 рет |
| фенибут | Таблетка 0,2 мг | 1таблетка | 2-3 рет |
| | Таблетка 0,25 | | |

Емдеу:

Артериалдық гипертензия:

- Седативті дәрілер: валериана, шалфей.
- Транквилизаторлар: фенибут, феназипам, седуксен, фитоем.
- В-адреноблокаторлар: анаприлин, обзидон.
- Зәр айдайтын заттар: гипотиазид, триампуд, фуросемид.

АГ қоладанатын негізгі диуретиктер

| Препарат | Тәуліктік доза | Қабылдау реті |
|-----------------------------------|----------------|---------------|
| Тиазидті диуретиктер | | |
| Гидрохлоротиазид | 12,5 мг | 1 рет |
| Арифон | 2,5 мг | 1 рет |
| Бринальдикс | 10 мг | 1 рет |
| Петлевые диуретики | | |
| Фуросемид | 2мг/кг | 1 рет |
| Калийсберегающие диуретики | | |
| Триамтерен | 25 мг | 1 рет |
| Альдактон | 25мг | 1-2 рет |

Негізгі в-адреноблокаторлар.

| Препарат | Тәуліктік доза | Қабылдау реті |
|--|----------------|---------------|
| Атенолол | 0,7 | 1 рет |
| Пропранолол (анаприлин, обзидан) | 0,5 | 2-3 рет |
| Пиндолол (вискен) | 0,05 | 1 рет |

Ангиотензинайналдырушы ферменттің негізгі
ингибиторлары:

| Препарат | Тәуліктік доза | Қабылдау реті |
|------------------------|----------------|---------------|
| Атенолол | 0,7 | 1 рет |
| Каптоприл (капотен) | 0,5 | 3 рет |
| Эналаприл | 0,02 | 1 рет |
| Рамиприл | 0,01 | 1 рет |



Артериальді гипотензия

- Артериальді гипотензия гипертензияға карағанда жиі кездеседі. Мектептік кезеңде 4 % жиілікте кездеседі.
- Этиология: Негізі нейроциркуляторлы бұзылыстар әсер етеді. Эндокринді бездердің жеткіліксіздігі: бүйрекүстілік, қалқанша безі, гипофиз ықпал етеді.
- Клиникалық көрінісі: әлсіздік, ұйқышылдық, тітіркенгіштік, кейде бас ауыру, жүрек тұсында ауру сезімі. Объективті тексергенде: терісі бозғылт, сипағанда салқын, кейде мраморлы тустес болады. Жүрек тондарының тұйықталуы, брадикардия. АД систолалық есепте төмендеген



Патогенезі:

- Конституциялық – эндокриндік теория бойынша Аг бүйрек үсті бездердің қызметі жетіспеушілігінен туатын қантамырлары тонусының төмендеуімен байланысты. Мектеп жасындағы Аг дамыған балаларда бүйрекүсті бездері шығаратын глюкокортикоидтар мен минералокортикоидтардың қанда аз мөлшерде табылатыны ауру патогенезіндегі осы теорияның маңызды екенін көрсетеді.
- Вегетативті теория Аг пайда болуын холинергиялық жүйенің белсенділігінің артуы және адренергиялық жүйенің әлсіреуімен дәлелдейді. Қанда ацетилхолин көбірек. Ал катехоламиндердің аз болатыны Аг бар балаларда дәлелденген.
- Нейрогендік теория Аг дамуын ми ішіндегі қозу мен тежелу процестері тепе-теңдігінің бұзылуымен, соған байланысты ми қабаты астындағы қан қысымын, жүрек жұмысын реттейтін орталықтардың неврозы деп санайды.
- Гуморалдық теорияны қолдайтындар Аг пайда болуын қанда кининдер мен А, Е простогландиндерінің мөлшері жоғары болатынын, ал осылардың шамадан артық мөлшері қан қысымы деңгейін төмендететінін дәлел етеді.
- Осы кезде біріншілік Аг - ны қантамырларының тарылып – кеңеюін реттейтін орталықтың неврозы, ол шеткі депрессорлық қызметпен бүйрекүсті бездері қызметінің қосымша өзгерістерімен бірге ұштасады деп саналады.

Жіктелуі (Н.С.Молчанов):

- 1. Физиологиялық гипотония (біріншілік, екіншілік)
- -индивидуальді норма
- -спортпен шұғылданатын адамдарда
- -таулы аймақта тұратындарда адаптивті
- 2. Патологиялық гипотония
- Біріншілік-тамырлы-вегетодистония көріністерімен: бас айналу, бас ауыру, қысымның түсуі, ортостатикалық дисрегуляция
- Екіншілік- жүрек-қантамыр жүйесімен (жүрек жеткіліксіздігі, эндокринді аурулар т.б)



ВОЗ ұсынысы бойынша балаларға арналған манжет ені

- Артериальді гипотензия диагностикасында АҚ манжетпен (жасына сай) өлшеу 3-реттік және 3-5 мин интервалмен өлшейді. Бағалау нәтижесін алғаннан кейін артериальді гипотензияны біріңғай критериимен есептейді.

| жасы | Манжет ені |
|----------------------|-------------------|
| 1 жасқа дейін | 2,5 см |
| 1-3 жас | 5-6 см |
| 4-7 жас | 8-8,5 см |
| 8-9 жас | 9см |
| 10-13 жас | 10см |
| 14-17 жас | 13см |

Диагностикасы:

- Артериальды гипотензия диагнозы артериальды қысымды арнайы жасқа арналған манжет арқылы 3 рет өлшегеннен кейін қойылады. Алынған нәтижені ДДҮ ұсынған критерий бойынша бағалайды.

| жасы | сист. ҚҚ (мм рт. ст.) | диаст.ҚҚ (мм рт.ст.) |
|-----------|--------------------------|-------------------------|
| 7-9 лет | 80 | 40 |
| 10-13 лет | 85 | 45 |
| 14-15 лет | 90 | 50 |
| 16-17 лет | 90 | 55 |

- Генеологиялық және клиничко анамнетикалық деректерді жинау;
- ЭКГ, ЭхоКГ, жүргізіу;
- ЭЭГ Регистрациясы;
- Вегетативті гомеостазды зертеу;
- Клиникалық және биохимиялық қан анализі;
- Көрсеткіштер бойынша психологиялық тест өткізу;

Емі:

- Режим
- Диета (ақуызды қоспалармен)
- Белсенді қимыл қозғалыс
- Медикаментозды:
- Кофеин, эфедрин, кордиамин және женьшень, аралия, стеркулин пантокрин тұнбасы т.б
- Шарко, циркуляторлы душтар пайдалы әсер етеді



Емдеу:

Артериалдық гипотензия:

- Өсімдік адаптогендері; пантокрин, левзея, элеутерококк.
- Қан тамырлар тонусын көтеретін; кофеин, адреналин, кордиамин, ангиотензин, глицерам.
- Седативті дәрілер; валериана, бром, назепам, фенибут.
- Анаболитикалық дәрілер.
- Биогендік стимуляторлар.
- Ноотропты дәрілер.



Алдын алу:

Артериалды гипертензия:

Тиімді тамақтану, семіздікпен күрес, ас тұзын артық қолданбау, күн тәртібін бұзбау, тыныштықты сақтау, дер кезінде емдеу.

Артералдық гипотензия:

Күн тәртібін сақтау, жастықты көтеріңкі ұстау, таңертеңгі гимнастика, ас тұзын жеткілікті қосу, массаж жасау.

Қорытынды

- Қорыта келе, қазіргі уақытта артериальды гипертензия мен гипотензияның маңызды мәселелердің бірі екенін білдік. Сонымен қатар гипертензия мен гипотензияны дер кезінде емдесек, болжамы сәтті болады, ал егер немқұрайлы қарасақ баланың болашақ өмірі үшін үлкен қауіп төнеді, өйткені бұл сырқаттар одан ары қарай өршіп ағза мен жүйелер қызметін бұзып, келешек ұрпақтың тек қана тәндік емес рухани жағынан да толық дамып жетілуіне өз кезегінде кедергі болмақ.
- Себебі дені сау ұрпақ біріншіден, ұлт болашағы ,
- Екіншіден, қоғамда ауыр жүк ретінде емес алға бастар фаворит креативті ойларды іске асырушылар ретінде іс атқармақ.

Пайдаланған әдебиеттер тізімі:

- Н.П.Шабалов “Детские болезни” 215-226 бет
- www.doctoribolit.ru
- www.detskie-infekcii.ru
- www.booksmed.com
- Исаева Л.А, Детские болезни. М1997г г.