

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті

Тақырыбы: Артериялды гипертензия
медициналық-әлеуметтік мәселе
ретінде

Орындаған: Жүсіп Д

Тобы: 13-001-02

Қабылдаған: Кизаева А

Жоспар:

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



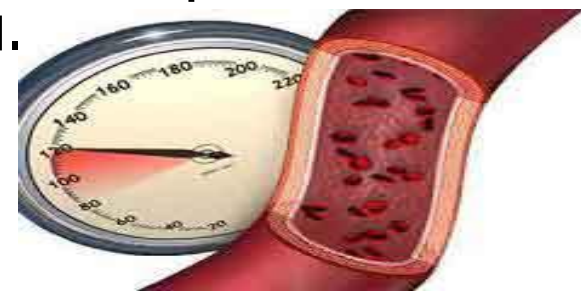
- Артериальді гипертензия- балаларда және жасөспірімдерде жиі кездеседі (мектеп жасындағы 12-13 жастағы балаларда 10-14 %). Ол біріншілік және екіншілік (жиі бүйректік) болып бөлінеді. Аурдың дамуына географиялық және экологиялық, әлеуметтік жағдайы, тамақтануы және өмір сүру жағдайы өз әсерін тигізеді. Балаларда біріншілік АГ тұқымқуалауға бейімділік факторлары (полигенді тұқымқуалаушылықпен жүретін мультифакторлы аурулар). Ал екінші АГ- бүйрек, жүрек-қантамыр, реноваскулярлы, эндокринді аурулар себебінен болуы мүмкін. Жаңа туған кезеңдегі артериальді гипертензия- тума ақаулар немесе бүйрек тамарларының тромбозы салдарынан болады.

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 α -1 және пресинапсты B 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.

- 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 біріңғай критеріі

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) гипертония



Классификациясы

Артериялдық гипертензия:

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.

Диагностикасы

- Жалпы зәр анализы
(протеинурия, меншікті салмақ, тунбасының микроскопиясы);
- Биохимикалық анализдер
(қант, мочевиная, креатинин деңгейлері);
- Зимницкий сынамаcы (гипоизостенурия, никтурия, олигурия)
- Реберг сынамаcы
(бүйрек жетіспеушіліктің белгілері).

Диагностикасы

- ЭКГ – сол қарынша гипертрофияның белгілері
- ЭхоКГ – миокардтың гипертониялық ремоделдеумен байланысты өзгерулер
- Бүйрек және бүйрек үсті безінің УЗИ
- Көз торшасы - көз түбінің өзгерістері
- Рентгеноангиографиялық – вазоренальды АГ, қолқа коарктациясы, эндокриндық АГ анықтау

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;



Емі:

АГ қоладнылады

- 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		

АГ қоладанатын негізгі диуретиктер

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

Негізгі радреноблокаторлар.

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



Қолданылған әдебиеттер:

- www.Google.ru
- Хабижанов Х.Б. «Балалар аурулары»
- «Детские болезни» Учайкин В.Ф.
- Айкимбаев А.М. Балалар аурулары 1992ж
- Справочник. Неотложное состояние у детей. Вильтешева Б.А.
- Исаева Л.А, Детские болезни. М1997г г.