

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги

САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА ИНСТИТУТИ

ПЕДИАТРИЯ ФАКУЛЬТЕТИ

Кафедра. 2-сон Гоститал педиатрия.

Кафедра мудир: доц. Юлдашев Б.А.



КУРСИШИ

Мавзу. Артериал гипертензия

Бажарди: 719 гр. Шавдиров С.

Текширди: асс. О.А. Ахматов

Самарканд 2013

РЕЖА:

Мавзунинг долзарблиги

I. Назарий кисм

1. Артериал гипертензия синдроми ва ВСД тарифи.
 2. Этиологияси ва патогенези.
 3. Клиникаси.
 4. Бирламчи ва иккиламчи АГ ташхиси ва киёсий ташхиси.
 5. Таснифи.
 6. Диагноз ва диф-диагностикаси.
 7. Даволаш.
 8. Профилактика ва Диспансеризацияси.
 9. АГ. нинг бирламчи профилактикаси.
- Артериал гипотония синдроми
 - Синкопал ҳолатлар
 - Цефалгия синдроми
 - Болаларда мигрень
 - Вестибулопатия
 - Термоневроз
 - Функционал кардиопатия
 - Нафас неврози
 - Акротрофоневроз

Мавзунинг долзарблиги.

Ўспиринлик даврида гипертония ҳақидаги маълумот Alvarez томонидан айтилган. Ўз маълумотларига асосан Alvarez шундай хулосага келдики, гипертония пайдо бўлиши одам етилиши давригача бўлиши мумкин экан.

Мамлакатимиз адабиётларида ювенил гипертония ҳақида биринчи бўлиб И.Г.Гельман ахборот берган. Муаллиф ўз ишида қайд этдики, ёш пайтида систолик босим ошиши кўпинча юрак-қон томир тизимидаги гипертония томонга биринчи силжиш белгиси бўлиб хизмат қилади ва шу ошишдан кейингина гемодинамиканинг анча турғун катталиги ошиб боради диастолик босим. Гипертониянинг анча тўлиқ клиник хусусияти кейинчалик А.М.Гельфанд томонидан ишлаб чиқилга. Кейинги йилларда кўпгина чет эл ва мамлакатимиз олимлари гипертониянинг ўспирин ва ёш пайтида тарқалишини ўрганишди. Шу билан бирга бу ёшлик гипертониясининг анча кенг тарқалганлигидан далолат беради.

Мавжуд маълумотларнинг турли-туманлиги нафакат ёш гуруҳлар номутаносиблиги билан балки текширув учун олинган ва шахслар сони ва анча кўп миқдорда артериал босимнинг қайси катталиги артериал гипертензия мавжудлиги ҳақида маълумот бериши бўйича ягона фикр йўқлиги ҳисобига содир бўлган. Америкалик олимлар 150/90 мм сим. уст. ни ҳамма ёшлар учун нормал босим чегараси деб ҳисоблашади. ВОЗ тавсияномаси билан гипертоник касаллар қаторига 160/95 мм. сим. уст. қайд қилинган инсонлар киритилади.

Болалар ва ўспиринлардаги артериал гипертензия болалар ва ўспиринларда юрак-қон томир тизимининг энг тарқалган касаллиги у кейинчалик атеросклероз, юрак ишемик касаллиги, церебрал асоратлар, қариялардаги юрак етишмаслиги ривожланиши хавфли омили бўлиб ҳисобланади.

Артериал гипертензия - САБ ва ёки ДАБ нинг ўртача даражаси АБ нинг тарқалиш эгрилиги 95 процентилига тенг ёки ундан ошиқ бўлган ҳолат деб тушунилади.

Артериал гипертензия бирламчи (эссенциал) ёки иккиламчи (симптоматик) бўлиши мумкин.

АГ нинг этиологик омиллари:

-яқин қариндошлари орасида гипертоник касаллик бўйича ирсий оғирлашган вазият;

-ортиқча тана вазни;

-шахснинг патохусусиятологик алохидалиги;

-оиладаги ноадекват психологик мухит;

-қон липид таркибининг бузилиши;

-етарли бўлмаган ҳаракат фаоллиги;

-тузга булган юқори сезувчанлик ;

-симпатикотония ва етарли бўлмаган вегетатив таминланиш;

-учоқли инфекциянинг тез қўзиши;

-перифрик қаршилик ошиши билан гемодинамиканинг гипокинетик типи;

-физик ва жинсий етилишнинг эрта бошланиши;

-сийдик кислотасининг қон зардобидида ошиши (гиперурикемия).

Бирламчи ёки эссенциал АГ - алохида касаллик бунда асосий клиник симптомлари бўлиб САБ ва/ёки ДАБ ошиши ҳисобланади.

Лабил АГ - АБ нинг турғун бўлмаган ошиши. Лабил АБ ташҳиси фақат АБ ошиши доимий бўлмаганда белгиланади. Иккиламчи ёки симптоматик АГ - маълум сабабалар турли аъзо ва тизимларда патологик жараённинг бўлишида АБ нинг ошиши.

Гипертоник касаллик (ГК) - сурункали кечувчи касаллик, унинг асосий кўриниши патологик жараён борлиги билан боғланмаган артериал гипертензия синдроми ҳисобланади, АБ ошиши маълум сабаблар билан боғлиқ.

Патогенези. Ланк –МНСнинг неврози деб айтган эди. Бу касаллик патогенезида симпатик адренал тизим фаоллигининг ошиши ва адрено рецепторлар сезувчанлигининг ўзгариши натижасида қонга кўп миқдорда адреналин ажралади натижади. Буйракларда қон айланишининг бузилиши ишемияси сабаб қонда артериал босимни оширадиган нейрогормон **ренин гипертензин алдостеронлар** миқдорининг ошиши патогенезида муҳим ҳисобланади. Шу билан бирга натрий тузи ва сувнинг буйрак орқали чиқиши сусаяди. Натрий тузи қон томир деворига йиғилади. Ионлашган калций ҳам қон томир деворига тўпланади. Натрийнинг қон томир деворига тўпланиши унинг деворини қалинлаштиради. Бундай ахвол томир деворини торайтирувчи катехоламин, ангиотензин каби биологик гормонлар фаолиятини ошириб юборади. Қон томир мускул қаватининг гипертрофияси ўз навбатида артериал қон босимининг домий юқори бўлишини тامينлайди.

Кейинчалик буйракнинг гипертензияга қарши фаолияти сусайиб кетади. Буйракдаги қон босимини турғун кўтариб турувчи моддалар фаолияти кучаяди. Рениннинг ангиотензин ҳосил қилиши буйрак усти безида алдостерон чиқишини кучайтиради. Алдостерон эса натрий ва калий тақсимотини тامينлайди ва натрийнинг томир деворига йиғилишига кўмаклашади.

Артериал гипертензия клиникаси. Касаллик бошланғич босқичларида клиникаси аниқ ифодаланмаган бемор узок вақт АБ ошганлиги ҳақида билмаслиги мумкин. Лекин айнан шу даврда у ёки бу даражада ифодаланган қуйидаги носпецифик шикоятлар: тез чарчашлик, жиззакилик, меҳнат қобилиятининг пасайиши, холсизик, уйқусизлик, бош айланиши ва бошқалар кузатилади. Айнан ушбу шикоятлар билан бемор биринчи марта шифокорга мурожаат қилади.

Артериал гипертензиянинг болалардаги асосий белгилари қуйидагилар:

а) бош оғриқлар: кўпинча энса ва чаккада жойлашган; эрталаблари ёки иш куни охирига келиб "оғир бош". Одатда оғриқлар горизонтал ҳолатда кучаяди ва юришдан кейин сусаяди. Бундай оғриқлар артериолалар ва веналар тонуси ўзгариши билан боғлиқ. Аксар оғриқлар бош айланиши ва қулоқдаги шовкинлар билан бирга кечади.

б) юрак соҳасидаги оғриқлар: АБ ошиши юрак иши кучайиши билан боғлиқлиги учун компенсатор равишда миокард гипертрофияси ривожланади. Гипертрофия натижасида миокард имқонияти ва эҳтиёжи орасида

диссоциация пайдо булади, бу клиникада стенокардия типдаги ЮИК кўринишида намоён бўлади. Бундай ҳолат кўпинча кекса ёшдаги ГҚда кузатилади.

Стенокардик оғриқлардан ташқари, юракдаги оғриқлар кардиалгия типда юрак чуққиси соҳасидаги узоқ давом этувчи симилловчи оғриқлар бўлиши ҳам мумкин.

в) кўз олди жимирлаши, кўз олдида парда, чакмоқсимон жимирлашлар ва бошкалар кузатилади. Уларнинг ҳосил бўлиши кўз тўр пардаси артериолаларининг спазми ҳисобига содир бўлади. Ёмон сифатли АГда тўр пардага қон қуйилишлар кузатилиши мумкин бу кўришнинг тўлиқ йўқолишига олиб келади.

Нормал, юқори нормал АБ ва артериал гипртензиянинг критерийлари

Нормал АБ - урта ташрифдаги САД ва ДАД нинг ўртача қиймати ушбу ёш, жинс ва бўй учун 90 процентилнинг ўртача қийматидан кам.

Юқори нормал АБ - урта ташрифда САД ва ёки ДАД нинг ўртача даражаси 90 процентил қийматига тенг ёки ундан катта, лекин ушбу ёш, жинс ва бўй учун 95 процентил қийматидан кам.

Артериал гипертензия - урта ташрифда САД ва ёки ДАД ўртача қиймати ушбу ёш, жинс ва бўй учун 95 процентил қийматига тенг ёки ундан ошиқ.

Болаларда артериал гипертензияни баҳолашнинг ёшга боғлиқ ҳолдаги курсатгичлари.

Боланинг ёши	Систолик артериал қон босими	
	Нисбий гипертензия	Ривожланган гипертензия
7 кун	>96 мм.с.у.	>106 мм.су.
8-30 кун	>104 мм.су.	>110 мм.су.
< 2 ёш	>112 мм.с.у.	>118 мм.су.
3-5 ёш	>116 мм.су.	>124 мм.су.
6-9 ёш	>122 мм.су.	>130 мм.су.

10-12 ёш	> 126 мм.сy.	>134 мм.сy.
13-15 ёш	>136 мм.сy.	>144 мм.сy.
16-18 ёш	> 142 мм.сy.	>150 мм.сy.

Бирламчи ва иккиламчи АГ ташхиси ва киёсий ташхиси

Анамнез йиғиш. Мақсад: умр анамнези ва касаллик анамнезидан маълумотларни йиғиш, улар туғри ташхис қўйиш учун ёрдам боради. Анамнез йиғишда қуйидаги маълумотларга этибор бериш керак:

-шикоятлар (бош оғриши, қусиш, уйқу бузилиши); -АБ даражаси ва АГ давомийлиги;

-хомиладорлик ва туғруқ патологияси (вақтидан илгари туғруқлар);

-эрта ёшдаги патология (чала туғилганлик, она қорнидаги гипотрофия, бронх-ўпка дисплазияси ва бошқалар);

-бош-мия шикасти ва қорин шикасти;

-вақтидан илгари жинсий ривожланиш (иккиламчи жинсий белгилар пайдо бўлиши қизларда 8 ёшгача, болаларда 10 ёшгача);

-пиелонефрит (тана хароратининг сабабсиз ошиши эпизодлари, лейкоцитурия, дизурияларнинг анмнезида учраши бўйича тахмин қилиш мумкин);

-аввалги амалга оширилган гипотензив терапия;

-ош тузини кўп истеъмол қилиш (тайёр бўлган овқатни қўшимча тузлашга мойиллик), тана вазни, физик фаолликнинг даражаси ва хусусияти узгаришлари;

-алкогол қабул қилиш чекиш баъзи дори воситаларини. Қабул қилиш (амфетаминлар, прессор дорилар, стероидлар ва ностероид яллиғланишга қарши дорилар, трициклик антидепрессантлар, орал контрацептивлар), наркотик воситаларни ва бошқа стимуляторларни, шу жумладан усимликдан келиб чиққанларини ҳам (овқат қўшимчалари);

-ГК бошқа юрак-қон томир касалликлар ва қандли диабет бўйича оғирлашган ирсият (бу касалликларнинг ота-оналарда 55 ёшгача бўлиши);

-рухий ва мухитий омиллар (ўқиш ва иш хусусияти, оиладаги атмосфера, ота-оналар ёки васийларанинг таълим ва эмоционал статуси, оиланинг ижтимоий ва иқтисодий кўрсаткичлари, уй-жой шароити, ота-оналар меҳнати хусусияти, бир-бирини тушуниш даражаси).

Клиник текшириш. Мақсад: туғри ташхис қўйиш учун ёрдам берадиган симптомларни аниқлаш. Клиник текшириш АГ кўринишини ва нишон-аъзолар зарарланишини аниқлаш, шунингдек иккиламчи АГ ни истёсно қилиш учун олиб борилади. Мақсадга йўналтирилган объектив текшириш қўйидагиларни уз ичига олиши керак:

Антропометрик ўлчаешлар (тана вазни ва узунлиги, тери бурмалари қалинлиги) - тана вазни индексини - Кетле индексини ҳисоблаш ($\text{кг лардаги тана вазнининг м}^2$ даги тана узунлигига нисбати) ва унинг клиник аҳамиятлилигини баҳолаш;

Артериал босимни қўл ва оёқларда ўлчаеш — қўлдаги АБ оёқдаги АБ дан катта ёки унга тенг (аорта коарктациясида);

Тери қопламларини кўздан кечириш: "сутли қавҳа" рангидаги доғлар (нейрофиброматоз); LIVEDO RETICULARIS (тугунчали периартерит); стриялар (гиперкортизолизм); нейрофиброматоз тугунлар тери намлигининг ошганлиги (тиреотоксикоз, феохромоцитома);

Кўз тубиши текшириш: артерияларнинг спазми ва қисилиши; геморрагиялар; экссудация; кўрув нерви сўрғичи шиши;

Бўйин соҳасидаги текширувлар: аускультацияда уйқу артерияси устида шовқин; буйинтуруқ веналарининг бўртиши; қалқонсимон без шиши;

- **Юрак-қон томир тизимини текшириш:** иккала қўлда томир уришини баҳолаш (томир уриши йўқлиги Такаясу касаллигида); юрак қисқаришлари тезлиги ва мароми; чўққи турткиси; юрак зарбаси; шовқинлар, III ва IV тонлар;

Бронх-ўпка тизимини текшириш: хансираш; хириллашлар;

Қорин бўшлиғи аъзоларини текшириш: ҳажмли тузилмалар, патологик пульсация; қорин аортаси устида шовқин;

Қўл-оёқларни текшириш: периферик артерияларда томир уриши сон артериясида шовқин шишлар.

Неврологик статусни текшириш: илгариги мия гемодинамикаси бузилишлари симптомлари;

Таннер шкаласи бўйича жинсий ривожланишни баҳолаш.

Турли ёш даврларида артериал гипертензиянинг энг кўп сабаблари

1 ёшгача бўлган болалар:

- Буйрак артериялари ёки веналарининг тромбози;
- Буйрак артериялари стенози;
- Буйрак туғма нуқсонлари;
- Аорта коарктацияси;
- Бронх-ўпка дисплазияси.

1 - 6 ёшгача бўлган болалар:

- Буйрак артерияси стенози;
- Буйрак паренхиматоз касалликлари;
- Вильмс ўсмаси;
- Нейробластома;
- Аорта коарктацияси;
- Буйрак усти безлари ўсмаси;
- Иценко-Кушинг касаллиги;
- Феохромоцитома;
- Тугунчали периартрит.

7-12 ёшгача бўлган болалар:

- Буйрак паренхиматоз касалликлари;
- Реноваскуляр патология
- Аорта коарктацияси;
- эссенциал АГ;
- Иценко-Кушинг синдроми;

- Феохромоцитома;
- Неспецифич аорта-артерит;
- Тугунчали периаартериит.

Ўспиринлар:

- эссенциал АГ;
- Буйраклар паренхиматоз касалликлари;
- Реноваскуляр АГ;
- Буйрак усти беги пўстлоқ қавати туғма дисфункцияси;
- Феохромоцитома;
- Иценко-Кушинг синдроми;
- Тугунчали периаартрит.

Артериал гипертензия таснифи

Болалар ва ўспиринларда АГ нинг 2 даражасини ажратиш мақсадга мувофиқ:

I даража - учта ўлчовдан олинган САД ва /ёки ДАД нинг ўртача қиймати ушбу ёш гуруҳ учун аниқланган 95 перцентил қийматига тенг ёки ундан катта (10 мм сим. уст. дан камроқ).

II даража (оғир) - учта ўлчовдан олинган САД ва ёки ДАД ўртача қийматининг шу ёш гуруҳ учун аниқланган 95 перцентил қийматидан 10 мм.сим.уст.дан ва купроқ устун келиши. Агар САД ва ДАД ўртача қиймати турли категорияларга тушса, унда АГ даражаси иккита кўрсаткичнинг анча юқори қиймати бўйича белгиланади. АГ даражаси биринчи ташхисланган АГ да ва гипотензив дорилар қабул қилмаётган беморларда ҳам аниқланади.

- Норма: 140 мах - 90 min
- Хафли зона 140-160 мах - 90-95 minZ
- Артериал гипертензия 160 мах - 95 мах

I. Босқич Босқич (мах 160-180-min 95-105) нишон органлар зарарланмаган

II. (200-мах, 115 min) нишон органлар ўзгаришлар билан.

Амирикан классф.	<u>мах</u>	<u>min</u>
• Оптимал	120	80
• Норма	130	85
• Юқори	140	90
1. босқич қон босими	140-160	90-100
2. босқич қон босими	180	110
3. босқич қон босими	180	110
I. Енгил	180	150
II. Урта	210	120
III. Оғир	210	120

Артериал гипертензиянинг дифференциал ташхисоти

Ташхис қўйишда гипертония аниқланган ҳар бир алоҳида вазиятда ошган босимни тушунишга дифференциал ёндошиш тақоза этилади.

/ . Буйрак генезига эга гипертония

а) сурункали диффуз гломерулонефритда: анамнезида аксар буйрак патологияси мавжудлиги, энг бошланишида сийдик томонидан ҳеч бўлмаса минимал ўзгаришлар унча катта бўлмаган гематурия, протеинурия, цилиндрурия бор. ГБ да бундай ўзгаришлар фақат анча чуқурлашган босқичларда бўлади. АБ стабил жуда катта бўлмаслиги ҳам мумкин, кризлар кам. Буйрак биопсияси ёр дам беради.

б) сурункали пиелонефритда: бактериал табиатли патология, инфекция белгилари бор. Дизурик бузилишлар. Анамнезида

- титрашлар билан ўткир яллиғланиш иситма белдаги оғриқлар баъзида буйрак санчиғи. Пиелонефритда буйракларнинг коцен-трацион функцияси зиён кўради (фақат 2 томонлама шикаст-ланишда), эрта чанқаш ва полиурия пайдо бўлади. Кўпинча белни уриб кўриш симптоми мусбат. Сийдик тахлилида лейкоцитурия, катта бўлмаган ва мўтадил протеинурия. Сийдикни экиш алохида ахамиятга эга - колонияларнинг кўп миқдори аниқланади. Бактерурия бўлиши мумкин.

в) поликистоз буйрак ҳам АБ ошиши сабабчиси бўлиши мумкин. Бу туғма касаллик шунинг учун патология оилавий хусусиятига эга. Поликистоз тез-тез буйрак ўлчамлари катталаниши билан кечади, буйраклар осонгина аниқ пайпасланади буйракнинг қонцентрацион функцияси эрта бузилиши кузатилади чанқаш ва полиурия эрта аниқланади.

//.Эндоген генезли артериал гипертония:

а) Иценко-Кушинг синдроми буйрак усти безлари пўстлок қавати зарарланиши билан боғлиқ, глюкокортикоидлар чиқиши кескин ошади. Беморларнинг типик қиёфаси хосдир: ойсимон юз, ёғ клетчаткаси қайта тақсимланиши.

б) феохромоцитома: мия қавати етук хромоаффин туқимасидан пайдо бўлган ўсма камроқ холларда аортал паратугунларўсмаси симпатик нерв тугунлари ва чигаллари ўсмаси.Хромофин туқимаси адреналин ва норадреналин ишлаб чиқаради. Одатда феохромоцитомада катехоламинлар қон ўзанига даврий чиқарилади, бу билан катехоламинли кризлар пайдо бўлиши тушунтирилади. Феохромоцитома клини каси бўйича иккита вариантда кечади:

1) кризли артериал гипертония;

2) доимий артериал гипертензия. АБ тўсатдан кўтарилади (10 мм сим. уст.дан кам эмас). Аниқ ифодаланган вегетатив кўринишлар: юрак уриши, қалтираш, терлаш, кўркув хисси, хавотирсизлик, тери кўринишлари билан намоён бўлади. Катехоламинлар фаол равишда модда алмашинувига қўшилади қондаги қанд миқдори ошади, шунинг учун криз вақтида чанқаш, кейин эса полиурия кузатилади. АБ нинг ортостатик тушишига мойиллик туғилади, бу горизонтал ҳолатдан вертикал ҳолатга ўтишда хушдан кетиш билан кузатилади (ортостаздаги гипотония). Феохромоцитомада тана вазни камайиши учрайди, бу асосий алмашинув ошиши билан боғлиқ.

в) *акромегалия*. АБ буйрак усти беги функцияси ошиши хисобига намоен булади.

г) *тиреотоксикоз*: буйрак орқали кальций чиқарилиши содир булади, бу тошлар хосил бўлишига мойиллик яратади ва охир оқибат АБ ошишига олиб келади.

III. Гемодинамик артериал гипертензиялар йирик қон томирларнинг бирламчи зарарланиши билан боғлиқ.

а) *аорта коарктацияси* - туғма касаллик, аорта буйинчаси соҳасида мускул кавати қалинлашиши. Қоннинг қайта тақсимланиши юзага келади қисилишдан юқорида, яъни тананинг юқори бўлимидаги томирларнинг қон билан тулиши юзага келади; оёқ томирлари эса қонни кам олади ва секин қонга тўлади. Касалликнинг асосий белгилари жинсий балоғат ешига етганда кузатилади, одатда 18 ёшда. Субъектив бош оғриқлари, исиш хисси, бурундан қон кетишлар кузатилади.

б) *Пульс йўқлиги ёки Такаясу синдроми*. Синонимлари: панаортит, аорта ёки шохлари панартериити, аорта равоғи касаллиги. Инфекцион-аллергик табиатли касаллик, тез-тез ёш аёлларда учрайди. Аорта деворларининг пролиифератив яллиғланиши кузатилади, куп даражада интимасининг, некрозлар натижасида бляшкалар хосил бўлади, фибриноид бўкиш юзага келади. Анамнезида узок субфебрилитет, ва аллергик реакциялар. Қўл-оёқлар ва мия томирларида ишемик синдром юзага келади, бу хушидан кетишлар, бош айланишлар, кўриш йўқолиши, хушнинг киска вақт йўқотилиши, қўллардаги холсизликлар билан намоён бўлади. Қон қайта тақсимланиши натижасида артериал гипертензия ривожланади. Бу касалликни "тескари коарктация" деб ҳам аташади. Қўлларда босим пасайган, бунинг устига носимметрик, оёқларда эса босим катта. Кейинчалик вазоренал ёки ишемик гипертония қўшилади. Буйрак шунти пайдо булади.

IV. Марказий артериал гипертониялар, бош мия зарарланиши билан боғлиқ - энцефалит, ўсмалар, қон қуйилишлар, ишемия, калла шикастлари ва хоказо. Мия ишемиясида гипертензия компенсатор хусусиятга эга ва мия қон айланиши яхшиланишига қаратилган. Гипертония ривожланишида гипоталамик структуралар шикастланиши ва функционал ўзгариши ахамиятга эга, бу артериал босимнинг марказий нерв регуляцияси бузилиши билан кечади.

V. Дори артериал гипертонияси:

- адренергик воситаларни қабул қилганда: эфедрин, адреналин.
- гормонал воситалар (глюкокортикоидлар) билан узоқ даволашда.
- буйракка шикастловчи таъсир қилиши мумкин дорилар (фенацетин) билан даволанганда.

Артериал гипертензиянинг давоси ва профилактикаси

Артериал гипертензияни номедикаментоз даволаш

Болалар ва ўспиринларни номедикаментоз даволашга кўрсатмалар уларда юқори нормал АБ ёки АГ мавжудлигидир. Номедикаментоз даволаш барча болаларга тавсия қилиниши керак.

Номедикаментоз даволаш ўз ичига қуйидаги компонентларни олади:

1. Ортиқча тана вазнининг камайиши
2. Физик фаолликнинг оптималлашиши
3. Овқатланишнинг рационализацияси

- Шу билан бирга даволаш овқатланишнинг асосий тамойиллари бўлиб хизмат қилиши керак:

- Рационнинг физиологик тўла қимматлилиги, рацион ўзида овқатланишнинг барча омилларини бола ва ўспирин эҳтиёжига мос асосий овқат моддалари ва энергиясига мос ҳолда тутиши керак;

- Натрий ва сув истемолини чеклаш, шу билан бирга организмда калий ва магний даражасини кўпайтириш;

- Оптимал ёғ-кислота таркибини сақлаш, пархез умумий ёғлар миқдоридан 30% дан кам бўлмаган ўсимлик ёғларини тутиши керак.

Артериал гипертензияни медикаментоз даволаш

Ҳозирги вақтда АГ ли болалар ва ўспиринларни даволаш учун 5 та асосий гуруҳ, гипотензив дорилари фойдаланилиши мумкин:

- диуретиклар;
- В-адреноблокаторлар;
- ангиотензин айлантирувчи фермент ингибиторлари;
- кальцийли каналлар блокаторлари;
- ангиотензин II рецепторлари антагонистлари.

АБ ни 24 соат назорат қилувчи узоқ таъсир этувчи препаратлар ахамиятли. Медикаментоз даволаш олдидан боланинг ўзидан агар у 14 ешга кирган бўлса ва ота-оналаридан медикаментоз дорилардан фойдаланишга рухсат олиш керак.

Диуретиклар

Диуретиклар болалар ва ўспиринларда АГ ни узоқ вақт мобайнида даволаш учун қўлланилади. Гипотензив воситалар сифатида кам дозалардаги тиазид ва тиазидсимон диуретиклар қўлланилиши мумкин. Қовузлок диуретиклари фақат гипертоник кризлар ва буйрак етишмовчилиги мавжуд бўлгандагина қўлланилади.

Гидрохлортиазид (25 мг таблеткалари)

Дозалаш тартиби:

- болалар: 1-3 мг/кг/кун. перорал 2 қабулга;
- ўспиринлар: 12,5 -25 мг кунига (перорал).

Алохида қайдлар: ножўя таъсирлар ривожланиши муносабати билан калий, глюкоза, қон липидлари назорати олиб борилиши керак, даволашнинг хар 4 ҳафтасида ЭКГ ўтказилиши зарур. Дорининг паст дозалари (6,25 мг кунига 1 маҳал) бошқа гипотензив дорилар самарадорлигини оширади.

Индапамид ретард (1,5 мг ли таблеткалар)

Дозалаш тартиби:

- ўспиринлар: 1,5 мг перорал кунига 1 маҳал. Доза ошиши амалга оширилмайди.

Алохида қайдлар: қондаги калий даражасини назорати хар 8 ҳафта ичида ЭКГ назорати.

в-адреноблокаторлар

Аввал в-блокаторлар қатор диуретиклар билан бирга болалар ва ўспиринлардаги АГ. ни даволашнинг асосий дорилари деб қараларди. Хозирги вақтда уларнинг кўпгина ножўя таъсири аниқлаштирилгандан кейин, уларнинг болалар ва ўспиринларда қўлланилиши чекланган.

Проперталол (10 еки40 мг таблеткалар) Дозалаш тартиби: чақалоқларда: 0,25 мг/кг перорал кунига 3-4 марта (максимал 5 мг/кг/кун); болалар ва

ўспиринлар; 0,5-1 мг/кг/кунига перорал 2-3 қабули билан (максимал 8 мг/кг/кунига).

Метопролол (50 мг ли таблеткалар).

Дозалаш тартиби: ўспиринлар: 50-100 мг/кун 1-2 қабул учун.

Атенолол (50 мг ли таблеткалар) Дозалаш тартиби: болалар: 0,8-1 мг/кг/кун перорал 1-2 қабул учун; ўспиринлар: 25-50 мг кунига 1-2 қабул учун.

Алохида қайдлар: қонда глюкоза канд даражаси назорати даволаш бошидан хар 4 хафта мобайнида ЭКГ назорати, бемор эмоционал ҳолати регуляр текшириш, мускул тонусини баҳолаш

АПФ (ангиотензин алмаштирувчи фермент) ингибиторлари

АПФ ингибиторлари юқори самарали хавфсиз кардиопротектив таъсир қилиши ва буйрак функциясига ижобий таъсир қилиши билан хусусиятланади. АПФ ингибиторлари самарадорлиги кичик ёшдаги болаларни даволашда энг кўп таъсир этиши ҳақида маълумолар бор. Тератоген таъсири туфайли АПФ ингибиторларини юқори **сексуал** фаоллик мавжуд ўспирин-қизларда катта эҳтиёткорлик билан қўллаш керак.

Каптоприл (25 мг ли таблеткалар) Дозалаш тартиби: чақалоқлар: 0,05-0,1 мг/кг перорал кунига 1-3 маҳал (максимал 2 мг/ кг/кун); болалар: 0,1-0,5 мг/кг кунига 2-3 маҳал (максимал 6 мг/ кг/кун); ўспиринлар: 12,5-25 мг кунига 2-3 маҳал.

Эналаприл (таблетки по 5, 10 и 20 мг) Дозалаш тартиби: чақалоқлар: 0,05-0,1 мг/кг перорал кунига 1 -3 маҳал (максимал 0,3 мг/кг/кун); болалар: 0,1-0,2 мг/кг/кун кунига 1-2 қабул қилиш учун (максимал 0,5 мг/кг/кун); ўспиринлар: 5-40 мг кунига перорал 1-2 қабул учун.

Фозиноприл (таблетки по 10 и 20 мг) Дозалаш тартиби: ўспиринлар: 5-20 мг кунига битта қабул учун.

Алохида қайдлар: калий, буйрак функциялари, лейкоцитар формула назоратини хар 8 хафта давомида олиб бориш керак қиз-ўспиринларни даволашда хомиладорлик тести хар 8 хафта олиб борилиш керак.

Кальций канали блокаторлари

Хозирги вақтда болалар ва ўспиринларда АГ ни даволашда пролонгирланган дорилар, дигопреридин хосилалари фойдаланиши мумкин.

Амлодипин (5 ва 10 мг таблеткалари) Дозалаш тартиби: болалар - 0,3 мг/кг/кун битта ичиш учун; ўспиринлар — 5-10 мг кунига 1 махал.

Алохида қайдлар: бемор эмоционал статусини, мускул тонусини тартиб билан аниқлаш тавсия этилади. Оёқлар шиши кузатилиш мумкин.

. **Нифедипин ретард** (20 мг ли таблеткалар) Дозалаш тартиби ўспиринлар: 20 мг перорал кунига 1 махал. Доза оширилиши олиб борилмайди.

Ангиотензин II рецепторлари антагонистлари

Ангиотензин II рецепторлари антогонистлари гипотензив препаратларнинг янги синфи уларнинг АГ ни даволашдаги ўрни охиригача аниқланмаган. Йўтал туфайли АПФ ингибиторларни қўллаш иложи бўлмаганда улар альтернатив сифатида фойдаланилиши мумкин.

Лозартан (50 и 100 мг таблеткалар) Дозалаш тартиби: ўспиринлар: 25-50 мг/кун 1 марта қабул қилиш учун. Дозанинг кунига 100 мг гача ошиши мумкин.

Алохида қайдлар: жигар патологияси мавжуд беморларда кичик дозаларни тайинлаш лозим. Буйрак артерияларининг икки томонлама стенозида ёки ягона буйрак артериялари стенозида (буйрак функцияси бузилиши хавфида), буйрак функциясининг ўртамиёна ва оғир бузилишларида, димланиш юрак етишмаслигида қўлланилмайди.

Симптоматик АГ медикаментоз гипотензив терапияси АГ табиати АБ ошиш даражаси, гемодинамика хусусияти ва асоратлар мавжудлигига боғлиқ:

- бирламчи ва иккиламчи альдостеронизмда (Na/K индекси ошганлиги) - калий сақловчи дорилар (верошпирон);
- ренал ва томир симптоматик АГ да — АПФ ингибиторлари;
- феохромоцитомда - селектив а-адреноблокаторлар;
- АКТГ да - бирламичи гиперальдостеронизмда - дексаметазон;
- сурункали пиелонефритда гипотензив таъсир антибактериал дорилар қўлланилиши билан ҳам чақирилиши мумкин.

Кўпгина симптоматик АГ да (битта буйрак гипоплазияси, буйрак артерияси стенози, феохромоцитома, ўсма, буйрак кистаси, альдостерома, аорта коарктацияси) хирургик даволаш қўлланилиши мумкин.

Перорал кулланиладиган асосий антигипертензив восита-лар гурухлари.

Дори гурухи	Дорининг номи	Кунлик доза
Б-адрено- блокаторлар	Прогтранолол (анаприлин, обзидан)	1-12 мг/кг
	Атенолол (тенормин)	1-4 мг/кг
	Метопролол (лопрессор)	1 мг/кг
Вазодилататорлар	Надолол (коргард)	1 мг/кг
	Гидралазин (апресолин, апрессин)	1-8 мг/кг
	Миноксидил (лонитен)	0,1-2 мг/кг
Ганглиоблокатор- лар	Празозин (минипресс, адверзутен)	0,05-0,4 мг/кг
	Метилдопа (допегит, альдомет)	10 мг/кг
	Гуанетидин (исмелин)	0,2 мг/кг
ангиотензинконвер- вертирловчи фер-м	Эналаприл (энап, энам, ренитек, вазо- тек)	0,1-0,5 мг/кг
Ангиотензин II ре- цепторлари антаго- нистлари	Азартан (козаар)	50 мг/сут 1
Кальций каналчала- ри блокаторлари	Валзартан (диован)	80 мг/сут
	Нифедипин (коринфар, кордафен, прокардия)	0.25-2 мг/кг
	Верапамил (калан, изоптин, финоптин)	80 мг/сут
Марказий а-	Амлодипин (норвакс)	5 мг/сут гйча
	Клофелин (клонидин, гемитон)	0,02-0,05 мг/кг
Диуретиклар	Гидрохлоротиазид (гипотиазид)	1 -4 мг/кг
	Фуросемид	0.5-15 мг/сут

Шошилиш ҳолатлари (гипертоник криз) даволаш

Гипертоник криз — АБ нинг бирдан ошишига боғлиқ умумий ахволнинг тўсатдан ёмонлашиши. Гипертоник кризлар кўпинча симптоматик АГ да (ўткир гломерулонефрит, бириктирувчи тўқима тизимли касалликлари, реноваскуляр патология, феохромоцитома, калла-мия травмалари ва бошқалар) ҳосил бўлади.

Болалар ва ўспиринларда гипертоник кризларнинг икки типи фарқланади:

- гипертоник кризнинг биринчи типи нишон-аъзолар (МНТ, юрак,

буйраклар) томонидан симптомлар ҳосил бўлиши билан кечади;

-гипертоник кризнинг иккинчи типи вегетатив симптоматикали симпатoadренал пароксизм кўринишида кечади.

Гипертоник кризнинг клиник манзараси умумий ахволнинг тўсатдан

ёмонлашиши билан кечади; систолик АБ кўтарилиши (150 мм сим. уст. дан баланд) ва/ёки диастолик босимнинг (95 мм сим. уст. дан баланд), кучли бош оғриги, бош айланиши, кўриш бузилиши, кўнгил айниши, қусиш, титраш, рангпарлик ёки юзнинг гиперемияси, қўрқув хисси.

Гипертоник кризни йўқотиш учун зарур:

-максимал тинч муҳитни яратиш;

-гипотензив дориларни қўллаш;

-седатив терапия.

Болалардаги гипертоник кризни даволаш учун қуйидаги гипотензив дорилар қўлланилиши мумкин:

-вазодилататорлар;

-а-адреноблокаторлар;

-В-адреноблокаторлар;

-кальций канали блокаторлари;

-диуретиклар

Вазодилататорлар

Гидралазин - тўғри таъсир қилувчи вазодилататор вена ичига юборилганда энг кўп таъсир қилади, шу билан бирга дархол самара беради, мускул ичига юборилганда натижа 15-30 дақиқадан сўнг пайдо бўлади. Дори буйрак қон айланишига таъсир этмайди, ортостатик гипотонияга кам олиб келади. Бошланғич дозаси вена ичига 0,15-0,2 мг/кг. Самара йўқлигида дори дозаси ҳар 6 соатда максималгача (1,5 мг/кг) кўтарилиши мумкин.

Натрий нитропруссид - артериал ва веноз дилататор. У буйрак қон айланишини кучайтиради, юрак хайдаб чиқаришига минимал таъсир қилади, вена ичига юборганда АБни назорат қилади. Бошланғич дозаси болалар ва ўсмирларда 0,5-1 мкг/кг/дак кейинчалик дозасини 8 мкг/кг/дак. гача

кўтариш билан. Узоқ вақт қўлланганда (>24 соат) метаболик ацидоз ривожланиши мумкин.

а-адреноблокаторлар еки в-адреноблокаторлар

Празозин - селектив а-1-адреноблокатор. Нисбатан антигипертензив таъсир қилиши билан хусусиятланади. Ошқозон-ичак трактидан тезда сўрилади. Биринчи доза қабул қилинганидан сўнг энг кўп ифодаланган терапевтик таъсири кайд қилинади, ортостатик дизрегуляция содир бўлиши мумкин. Шу сабабли дори қабул қилганидан сўнг бемор горизонтал ҳолатда бўлиши керак. Бошланғич дозаси 0,5 мг.

Фентоламин - носелектив а-адреноблокатор, ҳамма 1-адренорецепторлар, ҳамма-2-адренорецепторлар қисқа муддатли ва қайтар блокадасини чақиради. Фентоламин қисқа вақтли таъсирли антигипертензив дори ҳисобланади. Феохромацитомадаги гипертоник кризни даволашда қўлланилади. Ножўя таъсири а-2-адренорецепторларни блокада қилиш билан боғлиқ. (Фентоламин 20 мл физиологик эритмасида томчилаб ёки оқим билан вена ичига юборилади (2 мг, лекин 10 мг дан куп эмас, ҳар 5 дақиқада).

Атенолол ва эсмолол - В-адреноблокаторлар. В-адреноблокаторлар қўлланилишига мақсад гипертоник кризда ортиқча симпатикотоник таъсирларни йўқотишдан иборат. Бу дорилар АБ кескин ифодаланган тахикардия ва юрак мароми бузилиши билан келганда қўлланилади. Селектив р-1-адреноблокаторларни қўллаш мақсадга мувофиқ.

Атенолол 0,7 мг/кг тана вазнига дозасида қўлланилади. Анча оғир ҳолларда, атенололнинг натижаси бўлмаганда эсмолол инфузиялари вена ичига амалга оширилади.

Эсмолол ультра қисқа таъсир қилувчи селектив В-1-адреноблокатордир, ички симпатикомиметик ва мебранастимулловчи фаоллигига эга эмас. Биринчи дақиқа мобайнида дори 500-600 мкг/кг бошланғич дозасида берилади. Натижа бўлмаганда дозаси ҳар 5-10 дақиқада 50 мкг/кг/дақиқа максимал дозача 200 мкг/кг/дақ. ошириб борилиши мумкин. Ярим парчаланиш даври 9 дақиқага тенг, 20 дақиқа давомида эсмолол тулиқ парчаланаяди ва буйраклар томонидан 24-48 соат ичида чиқарилади. Ножўя таъсир қилиши гипотензия, брадикардия, миокард қисқариш функцияси пасайиши, ўткир ўпка шиши.

Кальций канали блокаторлари

Нифедипин-гипертоник кризларни йукотиш учун самарали дори воситаси хисобланади. Дори сублингвал ёки перорал 0,25 мг/ кг дозада кулланилади. Таъсири 6-дакикда ривожланади, 60-90 дакикага келиб таъсирнинг максимуми юзага чиқади.

Верапамил ОПСС, артериолар дилатация, диуретик таъсири натижасида босимни пасайтиради. Дорини 40 мг дозада перорал куллаш мумкин, унинг самарасизлигида -секин-аста вена ичига 0,1-0,2 мг/кг хисобидан.

Диуретиклар фуросемид вена ичига 1 мг/кг дозада юборилади.

Седатив терапия (гипертоник кризни даволашнинг ёрдамчи компоненти.

Седуксен (реланиум) 5 мг таблетка қуринишида ёки 1-2 мл эритма сифатида мускул ичига юборилади.

Диспансер кузатув тамойиллари

Диспансеризация - бу аҳоли шу жумладан болалар ва ўспиринлар саломатлиги устидан фаол диспансеризация услубидир. Диспансер кузатув остига ГК, юқор нормал АБ, АГ ва ГК бўйича оғирлашган ирсият мавжуд барча бола ва ўспиринлар тушади.

Диспансеризация ўз ичига қуйидаги тадбирларни олади:

-Тиббий ҳисоботга ГК, юқори нормал АБ, АГ ва ГК бўйича оғирлашган ирсият бор барча бола ва ўспирин ёшидаги шахслар олинади;

-Даврий тиббий текширувлар бу шахсларда АГ прогрессириланишини олдини олишга имқон беради;

-АБ мейёрлашувига қаратилган соғломлаштирувчи ва даволаш тадбирларини олиб бориш;

-Жинси ва ёши инобтга олинган ҳолда болалар ва ўспиринларни тиббий-профессional консултациялари ва профорентациясини ўтказиш.

ГК, юқори нормал АБ бўйича оғирлашган ирсияти мавжуд болалар ва ўспиринлар врач-педиатр томонидан 6 ойда 1 марта кўриқдан ўказилиши керак Кўрсатилган қонтингент саломатликнинг II гуруҳига киритилиши лозим.

АГ ёки ГК ташҳиси тасдиқланганида (эссенциал ёки симптоматик) бола ва ўспирин врач-педиатр томонидан 3-4 ой 1 маротаба текширилади. Диагностик тадбирлар ҳажмини, номедикаментоз ва медикаментоз даволаш

тактикасини ва хавф омиллари билан курашиш масалаларини аниқлаш учун кардио-ревматолог кўригидан ўтиши керак (АГ да - 6 ойда 1 марта, ГК да - 3 ойда 1 марта). Кўрсатмалар бўйича бола ёки ўспирин нефролог, окулист ва невропатолог маслахатидан ўтади. Зарурий текширувлар 1 йилда бир марта қўлланилиши мумкин.

АГ ли болалар ва ўспиринлар III гуруҳ, соғломлиларга киритилиши мумкин, ГБ ли эса - IV гуруҳга.

Болалар ва ўспиринларни стационар текширувдан ўтказиш учун кўрсатмалар: АБ нинг турғун кўтарилиши, томирли кризлар мавжудлиги, амбулатор шароитларда даволанганликнинг самараси йўқлиги.

Артериал гипертензиянинг бирламчи профилактикаси

АГ бирламчи профилактикаси амалга оширтади:

-популяцион даражада (барча аҳолига таъсир этиш);

-хавф гуруҳларида (оғирлашган ирсият мавжуд, юқори нормал даражали АБ, тана вазнинг ортиқча бўлган, паст физик фаолликли болаларда).

Профилактик таъсир қўйидагиларга қаратилган бўлиши керак:

-ортиқча тана вазнини пасайтириш ёки нормал тана вазнини сақлаш

-физик фаолликни оптималлаштириш.

ВСД синдроми таснифи Н.А.Белоқонь

ВСД нинг бирламчи - лиги	Етакчи Биологик омил	Аввалги веге- татив тонус буйича вариант	Етакчи аъзовий локализации	Кечиши Кечиши
-----------------------------------	----------------------------	---	----------------------------------	------------------

Бирламчи иккиламчи	МНС нинг резидуал Органик зарарлани- ши Невротик ҳолат, Пубертат давр, Посттравматик ҳолат, Қонституционал Вегитатив дисфункция, Сурункали декомпесацияланган тонзилит	Ваготоник, Симпатикотоник, аралаш, Эйтония, Ваготоник белгилари турттадан ошмаган, Симпатико- тоник иккитадан ошмаган.	Ут чиқарув Йу ллари, ичаклар дискинезияси, Артериал гипер ёки гипотензия, нафас неврози, функционал кардиопатия	Перманен т Пароксизмал Латент
-----------------------	---	---	--	--

Артериал гипотония синдроми. Транзитор лабил ва стабил босқичлари фарқланади. Транзитор босқич систолик АБ нинг даврий пасайиши, диастолик ва базал АБ нинг мейёр атрофида сақланиши билан ажралиб туради. Лабил босқичда систолик АБ нинг диастолик АБ нинг етарли кўтарилиши шаротида анча турган камайиши кузатилади. Стабил босқичи болаларда паст систолик диастолик ва базал АБ мавжуд бўлганда кузатилади.

Синкопал ҳолатлар.

Вазодепрессор (вазовагал) ҳушидан кетишлар ваготонияли болаларда кузатилади. Уларнинг ривожланиши психоэмоционал стресс кескин оғриқ, қон кўриниши, ҳаммомда исиб кетиш сабабидан ҳосил бўлади.

Ортостатик ҳушидан кетишлар горизонтал ҳолатдан вертикалга тезда ўтишда, узоқ вақт тик турганда, асосан дим хонада пайдо бўлади. Одатда симпатикотонияли болаларда қайд қилинади.

Цефалгия синдроми. Анча кўп болаларда зўриқиш бош оғриғи (ЗБО), кам холларда мигрень учрайди. ЗБО бош мия томирлари спазми билан боғлиқ. Клиникаси диффуз, симилловчи, сиқувчи хусусиятли, пешона-тепа ва тепа сохасиларида жойлашган, асосан куннинг иккинчи ярмида пайдо бўлувчи бош оғриқлари билан намоён бўлади.

Болаларда мигрень - бу хуружлар орасида патологи симптомлар бўлмаслиги шароитида бош оғриқлари пароксизми билан хусусиятланувчи синдром, Бош оғриғи хуружи куннинг хохлаган вақтида бошланади, лекин кўпинча эрталаб уйқудан кейин қайд қилинади. Бош оғриғи одатда бир томонлама пешона-чакка сохасида жойлашган пульсацияловчи, одатдагича қусиш ва кўнгил айланиши, ёруғлик ва ёки шовқинни кўтаролмаслик билан бирга кечади.

Вестибулопатия — вестибуляр аппарат етишмовчилиги билан боғлиқ синдром. Вестибулопатияли болаларда транспортда юриш пайтида, арғимчоқ учиш вақтида бош айланиши, тери қопламларининг рангпарлиги, кўнгил айланиши ва қусиш, брадикардия, АБ пасайиши пайдо бўлади.

Термoneвроз — гипоталамуснинг ё орқа бўлими (симпатико-тоник) ёки олдинги бўлими (ваготоник) издан чиқиши натижасидаги терморегуляция бузилиши билан боғланган синдром. Симпатикотоник йўналишдаги термoneврозда тана хароратининг психозмоционал стресс таъсирида фебрил кўрсаткичларгача кўтарилиши аникланади. Ваготоник термoneврозда тана хароратининг субфебриллиги ва совуққа ожизлик кузатилади.

Функционал кардиопатия — вегетатив-гуморал регуляция бузилиши натижасида юракда ўзгаришлар ривожланиши билан хусусиятланадиган синдром. Бу синдром куйидаги белгилар билан намоён бўлади:

- 1) кардиалгия;
- 2) 1-даражали атриовентрикуляр блокадалар;
- 3) реполяризация жараенининг бузилишлари;
- 4) wprw феномени;
- 5) митрал клапан пролапси;
- 6) экстрасистолия, суправентрикуляр нопароксизмал ва пароксизмал тахикардия типидagi юрак аритмиялари;
- 7) функционал систолик шовқин

Нафас неврози — нафас тизими вегетатив регуляцияси бузилиши билан хусусиятланувчи клиник синдром. Бу синдром ваготонияда кузатилади, ваготония бронхлар гиперреактивлиги ривожланишига олиб келади. Болаларда хаво етишмаслиги, хансираш каби шикоятлар булади. Кечки ва тунги соатларда хансираш хуружлари («псевдоастма») спазматик йўталлар хуружлари хосил бўлиши мумкин. Одатда шу билан бирга қориндаги оғриқ, гиперсаливация қайд қилинади.

Акропрофоневроз — унинг учун қўл-оёқ дистал бўлимлари қон томирлари вегетатив регуляцияси бузилиши хос. У ваготонияда кузатилади. Бунинг устига болаларда совуқ ва терлаган қўл ва оёқ панжалари, мармарсимон кафтлар акроцианоз, баъзида бармоқлар учлари увишиши кузатилади.

Перманент ёки пароксизмал кечувчи вегетатив дистония синдромида кўпинча ваҳима хужумлари қайд қилинади. Уларнинг пайдо бўлиши психоэмоционал ёки физик зўриқиш натижасида келиб чиқади.

Симпато-адренал хужумларда бош оғришига, қўрқув ва хавотирликка, титрашга шикоят қилишади. Тери қопламлари рангпар, пайпаслаганда иссиқ, шиллиқ қаватлар қуруқ. АБ кўтарилади тахикардия пайдо бўлади. Вагоинсуляр хужумлар бола ахволининг кескин ёмонлашиши билан намоён бўлади. Болаларда жуда кўп терлаш қайд этилади. Тери қопламлари совуқ бўлиб қолади. АБ кескин камаяди. Қориндаги оғриқ, кўнгил айланиши, қусиш, гиперсаливация хос. Кўпчилик болаларда криз мигренсимон бош оғриғи билан бирга кечади.

Таъхис мезонлари.

I. Анамнестик: вегетатив дисфункциянинг перманент ва пароксизмал ходисалари кўринишлари, улар ривожланишининг перинатал ва анча кейинги соматик патология, конституционал ирсий ва психоэмоционал омиллар, пубертат эндокрин қайта тузилиш билан боғлиқлигини аниқлаш.

II. Клиник:

I. Кардиоваскуляр симптомлар - кардиалгия, юрак ўйнаши, юрак соҳасидаги дискомфорт сезгиси, аритмиялар, систоли босим ошиши билан кечувчи артериал гипо- ёки гипертензия терининг мармарсимонлиги, асосланмаган холсизлик,

фаолликнинг чекланиши, кучли тез чарчашлик, хушдан кетишлар, бош айланишлари кузатилади. Симпатоадреналли ваго-инсуляр ёки аралаш кризлар фарқланади.

2.Ошқозон-ичак симптомлари - иштаханинг турғунсизлиги ичаклар ва ўт чиқариш йўллари дискинезияси.

3.Респиратор бузилишлар симптомлари - хаво етишмаслиги сезгиси, нафас олишдан қониқмаслик, нафас буғилиши сезгиси, хансираш.

4. Неврологик симптомлар - кўпинча доимий, кўнгил айланиши ва қусиш билан кечадиган бош оғриши, терморегуляция бузилишлари эмоционал лабиллик, кайфият пастлиги, уйқу бузилиши; бемор неврологик статусида прогрессирланувчи учоқли бузилишлар бўлмаганда стабил микро ўчоқли симптомлар ва вегетатив лабиллик кўринишлари (пай рефлексларининг жонланиши, енгил анизорефлексия, қовоқлар, тил учи ва бармоқлар тремори, тери гипергидрози, дермографизм ўзгариши).

III. Параклиник:

а) дастлабки вегетатив тонусни текшириш текшириш;

б) реоэнцефалография - қон томир девори тонуси, эластиклиги ҳолатини ўрганиш, қон билан тўлалигини ва веноз оқимини ўрганиш;

в) электроэнцефалография — маромнинг дезорганизацияси ва десинхронизациясини аниқлаш.

Фаолиятнинг вегетатив таъминланиши вегетатив нерв тизимининг вегетатив реактивликни узор вақтгача аниқ даражада сақлаб қолиш қобилияти бу умуман олганда регуляциянинг автоном тизими ҳолатини акслантиради. Вегетатив таъминланишини баҳолаш учун клиноортостатик синама (КОС) қўлланилади.

КОС га мусбат реакция бўлганда шикоятлар бўлмайди, дастлабкига солиштирганда ЮУТ 20-40% гача кўтарилади, САД ва ДАД жадвалда кўрсатилган мейёрлардан чиқмаган ҳолда ошади, пульс босими пасаяди, лекин 50% гача. КОС нинг патологик вариантларидан бири гиперсимпатикотоник симпато-адренал тизимнинг ортиқча қўшилиши билан хусусиятланади. Бунинг устига синамани амалга ошириш пайтида кўпинча болаларнинг юзи қизаради, қизиш сезгиси қайд қилинади. Асимпатикотоник вариантда САД ва ДАД нинг камайиши, ЮКС нинг компенсатор кўтарилиши кузатилади.

Вегетатив таъминланишнинг аралаш вариантыга симпатикоастеник ва астеносимпатик тааллуқли. Симпатикоастеник вариантда вертикал ҳолатга

уттанда аввал мейёрий ёки гиперсимпатикотоник реакция кузатилади кейин 4-6 дақиқадан сўнг асимпатикотоник.

Клиникада ҳам психолог ҳам шифокор бажара оладиган махсус текширув услубларидан Айзенк тестини (экстраверсия-интраверсияни, стабиллик-ностабилликни баҳолаш); Симлбергер тестини (шахсият ва реактивлик ҳавотирлиги даражасини аниқлаш); Розенцвейг тестини (апсихологик стресс вазиятини ва ундан чиқиб кетишни моделлаштиришга ва баҳолашга имқон беради) кўрсатиш мумкин.

Лаборатор текширувларда липид спектрини, қоннинг ивиш тизими ва фибринолизация ҳолатини, катехоламинларни, глюкоза даражасини, сийдик тахлилини ва бошқа курсаткичларни аниқлаш олиб борилади.

ВСД ни аниқлаш учун ташхисий дастур

Минимал:

- анамнестик маълумотларни йиғиш ва таҳлил қилиш.
- физик ва жинсий ривожланишни баҳолаш.
- томир уришини, артериал босимни қўл ва оёқларда аниқлаш.
- юклама билан функционал синама (30 сонияда 20 марта ўтириб туриш).
- дастлабки вегетатив тонусни аниқлаш.
- умумий қон тахлили.
- умумий сийдик тахлили.
- нажасни гижжалар тухумига текшириш.
- ЭКГ.
- 3 кун мобайнида 3 соат интервалдаги термометрия.
- невропатолог, кардиоревматолог, отоларинголог, стоматолог, окулист маслахатлари.

Максимал:

- кардиоинтервалография.
- асосий, қолдик, қўшимча артериал босимни динамикада текшириш.

- вегетатив реактивликни аниқлаш.
- фаолиятнинг вегетатив таъминланганлигини аниқлаш.
- кўрсатмалар бўйича қоннинг биокимевий тахлили.

Кўрсатмалар бўйича:

- сийдикни Нечипоренко,
- Зимницкий бўйича тахлили;
- Ромбер синамасини текшириш.
- радиоизотопли ренография.
- сийдикни 17-КС, 17-ОКСга текшириш.
- қондаги катехоламинларни, улар метаболитларини сийдикда аниқлаш.
- калла суяклари, умуртқанинг бўйин бўлими рентгенограммаси. -
- ЭЭГ, РЭГ
- Доплер - ЭХОКГ, фармакологик синамалар.
- велозергометрия
- қорин бўшлиғи аъзолари УТТ.
- психоневролог, эндокринолог, уролог, гинеколог ва бошқа маслахати.

Етакчи этиологик омил ҳисобга олинган ҳолда ВСДсиндромининг дифференциал белгилари

Етакчи этиологик омил	Белгилар
-----------------------	----------

Миянинг чуқур органик зарарланишини келтириб чиқармайдиган перинатал патология	Унинг борлигини тасдиқловчи анамнез маълумотлари, кейинчалик минимал мия дисфункцияси ва вегетатив регуляция етишмаслиги ривожланиши билан. Биринчи кўринишлар ОИТ дисфункцияси гатегишли, хаётининг иккинчи-учинчи йилларида — адаптив имкониятларнинг
Ирсий-конституционал омил	Она насли бўйича ВСД ёки гипертоник касаллик бўйича ирсий оғирлашиш, вегетатив параметрлар бекарорлиги (томиди уриши АБ, субфибрилитет).
Ўткир ва сурункали инфекциялар,	Анамнестик маълумотлар
Аллергия	Аллергиянинг клиник кўринишларининг
Психозмоционал ва физик зўриқишлар	Перманент ва пароксизмал вегетатив бузилишлар билан бирга келиши. Охиригилари кўпинча Клиникасида эмоционал бузилишлар устун келади, астения, уйку бузилиши, етакчи симпатик-адренал кўринишидаги перманент ва
Организмнинг эндокрин қайта қурилиши	Пубертант даврда дисгармоник ривожланиш (тез ўсиш). Клиникаси катталардаги ВД га ўхшаш бўлади. Енгил ва ифодаланган эндокрин бузилишлар шароитида қардинал ва

Болалардаги ВСД ни даволаш тамойиллари:

Болада ВСД нинг этиологияси ва патогенези ҳисобга олиниши керак, чунки симптоматик терапия вақтинчалик самара беради;

-даволаш комплекс бўлиши керак ва организмга турли таъсир қилиш дориларини ўз ичига олиши керак;

-даволаш узоқ вақт олиб борилиши керак - чунки ВНТ даги ўзгаришлар шаклланишига нисбатан, уларни йўқотиш учун кўп вақт керак бўлади;

-терапия ўз вақтида бўлиши керак, негаки ВСД ни даволаш самараси шунчалик яхшики, агар у вақтлроқ бошланса

-патогенетик терапияни ВСД типини хисобга олган ҳолда амалага ошириш керак. Турли дастлабки вегетатив тонус ва вегетатив кризда пароксизмлараро ҳолатга аҳамият бериш керак;

-психотерапевтик тадбирлар фақатгина болани эмас, балки ота-оналарга ҳам тегишли булиши зарур;

-даволашни педиатр, кардиоревматолог (вегетология ва кардиocereбрал ўзаро боғланишлар бўйича эрудит невропатолог билан биргаликда) амалга оширади.

ВСД ни йўқотишда дам олиш, кун тартиби мейёрлашиши катта аҳамиятга эга. Ҳозирги вақтда барча жойда болаларда ҳаётининг биринчи йиллариданок ақлий юкламаси ортиб, физик юкламаси камайиб борапти. Аммо ақлий ва эмоционал зўриқишни фақат физик машғулотлар ёрдамида йўқотиш мумкин. ВСД ли болалар учун энг яхши спорт сузиш, велосипедда учиш, юриш хисобланади. Баъзида ВСД ва функционал кардиомиопатияли болаларни асоссиз физкультура машғулотларидан озод қилишади. Бунинг устига пайдо бўладиган гиподинамия, психологик стресс, семириш яна ҳам кўпроқ вегетатив дисфункцияни мураккаблаштиради. Боланинг давомийлиги ва чуқурлиги етарлича бўлган уйқу ҳам аҳамиятга эга. Тўлиқ физик ва психик тинчлик ВСД га ёмон таъсир қилади.

ВСД ни даволаш ва профилактикасида овқатланиш муҳим аҳамиятга эга. Эрта атеросклероз ва гипертоник касаллик профилактикаси асослари (кўп емаслик, суюқлик ва тузни чаклаш, тез-тез ва кам-кам овқатланиш, гиперкалорияли маҳсулотларни истеъмол қилмаслик) ҳам ВСД ли болалар учун муҳим ҳақиқатдир. Симпатикотонияларда кучли чой, қахва ичиш чекланиши тавсия қилинади.

Психовегетатив синдром каби ВСД ни даволашда психотерапияга алоҳида аҳамият берилади. Болалар ва ўспиринлардаги психотерапия (аутотренинг, релаксация ва бошқ.) чегаравий нервпсихик бузилишлар муносабати билан катта аҳамиятга эга.

Физиотерапия ВСД ни даволашда катта муваффақиятларга эришди; ультратовуш, синусоидал модулирланган тоқлар, индуктотермия, электроуйқу, рефлектор-сегментар услубда ёки умумий таъсир қилувчи услуб бўйича гальванизация, бўйин-энса соҳасига парафин ва озотокерит аппликациялари. Асосан дори воситаларини умуртқанинг юқори бўйин бўлимига электрофорези кенг тарқалган. Ваготонияда кальций, кофеин, мезатон билан симпатикотонияда - 0,5% эуфиллин эритмаси, папаверин,

магний, бром билан электрофорез амалга оширилади. Бир курс учун 10-12 муолажа талаб қилинади, 1,5-2 ойдан кейин даволашни қайталаш мумкин.

Сув муолажалари ВСД ли болалар учун анча ижобий таъсир кўрсатади. Сузиш, контраст ванналар, елпиғичсимон ва циркуляр душ тавсия этилади; симпатикотонияда углекислотали ва сульфид ванналар, ваготонияда - тузли-хвойные (100 г денгиз тузи 10 л сувга с хвойним экстракти) ва радонли ванналар (35°C). Сув харорати гидротерапияда тана хароратидан кўп хам паст бўлмаслиги керак, уни доимо пасайтириш зарур кейин эса сочиқ билан артиб бола иситилади.

Медикаментоз терапия номедикаментоз тадбирлар ёки улар билан бирга қўлланилади. Уни энг маълум ва анча кам ножўя таъсирга эга дорилар (валериана, бром, заманулара) билан бошлаш керак узоқ давомли даволаш муносабати ила бирданига кўп дорилар тайинлаш мумкин эмас секин-аста бирини бошқасини билан алмаштирилади, организмга таъсир қилувчи турли услублар ўзгартирилади.

Седатив дорилар МНС тормозланиш ва қўзғалиш механизмларини бошқаради. Уларга тааллукли доривор ўсимликлар (маврак, дўлана, валериана, ледум, арслонқуйруқ, далачай) дамламаси, улар бир вақтнинг ўзида енгил дегидратацияловчи таъсир хам қилади, арслонқуйруқ билан валериана дамламаси бола умрининг хар бир йилига 1-2 томчидан кунига 3 махал, Павлов микстураси. Ушбу барча дори воситалари узоқ вақт (6-12 ой ва кўпроқ) 2-4 хафтали узиб-узиб бериш курсларини қўлланилган холда белгиланади.

Тинчлантирувчи дорилар транквилизаторлар

нейролептикларга бўлинади. Транквилизаторлар тинчлантирувчи таъсир қилади невротик кўринишларни (кўрқув, хаяжон) камайтиради, вегетотроп хоссаларига эга, функционал кардиопатияларда (экстрасистолияларда, кардиалгияларда), томир дистонияларида (АБ лабиллигини йўқотади) яхши самара беради, уйкуга кетишни енгиллаштиради уларнинг баъзилари талвасага қарши таъсир кўрсатади.

Симпатикотонияда гиперсимпатикотоник реактивликда бензодиазепин хосилалари қўлланилади: седуксен (диазепам) 5-15 мг/кун тазепам (оксазепам) 15-30 мг/кун элениум (хлордиазепоксид) 5- 15 мг/кун. гача ва бошқа. Бу дориларни дастлабки ваготоник тонуси, реактивлик ва тўлиқ

таъминланмаслик, гипотонияга мойиллик мавжуд болаларда ишлатиш мақсадга мувофиқ эмас.

Ваготонияда амизил 1-3 мг/кун қўлланилади, у марказий М-холинолитик таъсир қилади, орқа мия суюклиги секрециясини камайтиради. ВСД нинг аралаш вариантларида мепробамат 0Д-0,8 г/кун фенибут по 0,25- 0,5 г/кун беллоид ва белласпон (беллатаминал) кунига 1-3 таблеткадан яхши самара беради. Бу дориларга бир вақтнинг ўзида адрено- ва холинолитик фаоллик хос. Хамма транквилизаторлар ВСД ли ва функционал кардиомиопатияли болаларга минимал дозалардан бошлаб берилади (1/3-1/2 таблеткадан кунига) ва секин-аста улар дозаси орттирилади. Кичик дозалар масалан седуксенники ички хавотирликни сусайтириб, беморнинг фаоллигини оширади, кўпроқ дозалари эса катта седатив ва хатто ухлатувчи таъсирга эга булади. Кичик дозалар билан даволаш давомийлиги 2 дан 6-12 ойгача ва кўпроқ ўзгариб туради. Ахвол стабилизация

қилинганда 3-4 ойдан кейин доза биринчи дозанинг 25-30% ни таш кил қилиши мумкин.

Нейролептиklar вегетотроп антипсихотик антифобик фаоллик хоссасига эга ташқи кўзғатувчиларга реакцияни камайтиради. ВСД ли болаларда нейролептиklar самара бермаганда "юмшоқ таъсир қилувчи". нейролептиklar қўлланилади, улар беморлар томонидан яхши қабул қилинади: френолон 5-15 мг/кун сонапакс (меллерил) мактабгача ёшидаги болаларга 10-20 мг/кун., ўқувчиларга 20-30 мг/кун терален 5-15 мг/кун. Седуксен амизилнинг сонапакс билан комбинацияси бўлиши мумкин. Таъкидлаш керакки нейролептиklarнинг транквилизаторларга қараганда кардиалгияларни даволашда" устунлиги мавжуд ва антигистамин хамда антидепрессив таъсирлари бор.

МНС стимуловчи дорилар (психостимуляторлар) адреномиметик таъсир қилиш хоссасига эга ва ваготоник типдаги ВСД да қўлланилади. Энг куп тарқалганлари: кофеин, дуплекс. Шизандра мевалари (хаетининг 1 йилига 1 томчи), женьшен илдизи (хаётининг 1 йилига 1 томчи), эхинопанакс илдизи (хаётининг 1 йилига 2 томчи), пушти ранг радиола илдизи (хаётининг 1 йилига 2 томчи) дамламалари, элеутерококк экстракти (1/2-1 қошиқдан) қўлланилади. Барча дорилар кунига 3 махал овқатдан 30 дақиқа олдин узок вақт бўлинган курслар билан берилади.

Калла ичи гипертензиясида ВСД ли болаларда дегидратацион терапия яхши самара беради. Шу мақсадда стационарда диакарб кунига бир махал

схема бўйича (3 кун берилади. 1 кун дам олинади) ёшга оид дозада, фуросемид калий дорилари билан бирга берилади. Таъсир қилишига боғлиқ ҳолда даволаш курсларини йилига 2-3 марта қайтариш мумкин. Уй шароитларида сийдик хайдовчи ўсимлик дориларини ичиш тавсия этилади (толокнянка, газанда, арча, петрушка, брусника ва бошқалар) Орқа мия секрециясини камайтириш мақсадида ваготонияли болаларга амизил тайинланади. Глицерол, сульфат магний ва цитрал микстураси яхши самара беради. Кўрсатилган терапия узок вақт, 6-12 ой давомида берилиши керак.

Функционал кардиопатияли ва усиз келган ВСД ли болаларга калий ва кальций дорилари кўрсатилган парасимпатик бўлим сустлигида калий дорилари (панангин, хлорид), симпатикус пасайганда (ваготония) - кальций дорилари (глицерофосфат, глюконат) ишлатилади. Ваготонияда аскорбин кислотаси, витамин В6, симпатикотонияда - витамин В1, Е яхши таъсир қилади.

Қатор ҳолларда ВСД нинг эслаш қобилиятининг пасайиши интеллект камайиши, бош оғриғи билан бирга кечганида бош мия томирларида микроциркуляцияни яхшиловчи дорилар: пирацетам, кавинтон, циннаризин мақсадга мувофиқ.

ВСД ли беморларни соғломлаштиришнинг асосий йўллари

1. Сурункали инфекция ўчоқларини санацияси
2. Интеркуррент касалликларни пухталиқ билан даволаш
3. Кардиотрофик дорилар, йилига 1-2 марта - кўрсатмалар бўйича
4. Седатив дорилар етакчи неврологик синдромларда: ваготоник типда: беллоид, белладонна, атропин, электрофорез кальций билан, симпатикотоник типда: электрофорез магний билан.
5. Тоза ҳавода бўлиш, сузиш.
6. Санатор-курорт даволаш.

ВСДли болаларни диспансер кузатув варабилитация схемами:

Мутахассислар	Йилига 2 марта - педиатр, ЛОР, стоматолог.
кўриги	Кардиоревматолог йилига 1-2 марта (шаклларга боғлиқ ҳолда).

Кўриқдан ўтказишда	Шикоятлар, тез чарчашлик, дастлабки вегетатив тонус, АБ, Пульс кўрсаткичлари, юракдаги ўзгаришлар, улар динамикаси,
Кўшимча текширувлар:	йилига 2 марта: қон умумий тахлили; сийдик умумий тахлили; нажасни гижжа тухумларига текшириш; ЭКГ, юкламали
Соғломлаштириш- нинг асосий йўллари:	Сурункали инфекция учоқларисанацияси Интеркуррент касалликларни пух талик билан даволаш. Кардиотрофик воситалар, йилига 1-2марта курслар билан, кўрсатмалар бўйича.
Кузатув	Селатив допилап етакчи невропатиксиндромла: 2 йилдан кам эмас, юрак мароми турғун бузилишида –Болаликнинг хамма лаврила
Физкультура билан	Маром бузилиши ва гипертоник кризларда мусобақа ва
Профилактик эмлашлар	Қарши кўрсатмага эга эмас.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Интернет. www.medikal.ru
2. Солодовникова И.И., Полюхович Г.С., Карман Е.К. Висцеральные системы «Электронная книга БГУ» 2003г.
3. Н.П.Шаболов Детские болезни Москва 2008г. 73-76 бетлар.
4. В.Г Майданик педиатрия. 2002г. 261-283 бетлар.