**Санкт-Петербургская**

**Государственная**

**Медицинская**

**Академия им. И.И. Мечникова.**

**Кафедра внутренних болезней №1.**

**Зав. кафедрой: проф. Шабров А.В.**

**Реферат на тему:**

**Артериальные гипотонии.**

**Выполнил студент 6-го курса**

**лечебного факультета 6XX**

**СПб 98**

Артериальная гипотония характеризуется клиническим снижением артериального давления ниже 100/60 мм рт. ст. Для лиц в возрасте до 25 лет и ниже 105/65 мм рт. ст. Для лиц старше 30 лет.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.

В современной клинической практике различают гипотонии физиологические и патологические: хотя чёткую границу между ними провести не удаётся. Физиологическая артериальная гипотония, обусловленная в основном конституциональными и наследственными факторами, встречается нередко у совершенно здоровых людей, выполняющих обычную физическую работу, и не сопровождается какими-либо жалобами и патологическими изменениями в организме. Известна физиологическая гипотония проходящего характера у спортсменов.

Патологическая гипотония подразделяется на первичную и вторичную (симптоматическую), в каждой из которых выделяют острые и хронические формы. Нейроциркуляторная дистония по гипотоническому типу по существу является синонимом гипотонической болезни (или первичной артериальной гипотонии).

В основе первичной артериальной гипотонии лежит повышение тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, нарушение функции высших вегетативных центров вазомоторной регуляции, ведущее к стойкому уменьшению общего периферического сопротивления току крови. Компенсаторное увеличение сердечного выброса в этих случаях оказывается недостаточным для нормализации артериального давления. Скорость кровотока при первичной хронической артериальной гипотонии обычно не изменеа. Объём циркулирующей крови находится в пределах нормы или несколько снижен: иногда имеется склонность к нормоволемической полицитемии.

Указанные сдвиги обусловлены скорее всего отчётливым уменьшением наличной и резервной глюкокортикоидной активности коры надпочечников при неизменённой минералкортикоидной активности.

Экскреция с мочой адреналина достоверно снижена, а дофамина – повышена. Определённое значение имеют и электролитные сдвиги (тенденция к гиперкалиемии и гипонатриемии при несколько увеличенной экскреции с мочой ионов натрия и уменьшенной – ионов калия.

Основное значение в возникновении гипотонической болезни, по-видимому, принадлежит длительному психоэмоциональному напряжению, в отдельных случаях – психической травме. По современным представлениям, первичная гипотония является особой формой невроза высших сосудодвигательных центров с нарушением регуляции сосудистого тонуса.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.

Жалобы больных необычайно разнообразны и многочисленны ( вялость, апатия, ощущение резкой слабости и утомляемости по утрам, пониженная работоспособность).

Часто отмечается ощущение нехватки воздуха в покое и выраженная одышка при умеренной физической работе, пастозность или отёки голеней и стоп к вечеру. У большинства больных отмечаются раздражительная эмоциональная неустойчивость, нарушение сна, потенции и либидо у мужчин и менструального цикла у женщин. К этому нередко присоединяются ощущения тяжести в эпигастральной области и горечи во рту, снижение аппетита, отрыжка воздухом, изжога, метеоризм, запоры.

На основании преобладания болей в области сердца или головных болей различают преимущественно кардиальную или церебральную форму первичной артериальной гипотонии.

В отличии от приступа стенокардии пр первичной артериальной гипотонии тупая, колющая или ноющая (значительно реже давящая или сжимающая) боль локализуется в основном в области верхушки сердца, не иррадиирует, появляется обычно в покое или утром, после сна (изредка при чрезмерной физической нагрузке). Боль продолжается несколько часов, не купируется антиангинальными средствами (применение нитроглицерина ,наоборот, ухудшает состояние больного) и снимается иногда после лёгких физических упражнений.

Привычная головная боль иногда является единственной жалобой больного, возникает после сна (особенно дневного) или физической либо умственной работы,( вплоть до ощущения изнеможения). Тупая, стягивающая, распирающая или пульсирующая головная боль захватывает чаще лобно-височную или лобно-теменную область и продолжается от нескольких часов до 2-3 суток.

Не менее характерны для первичной артериальной гипотонии периодические головокружения с повышенной чувствительностью к яркому свету, шуму, громкой речи и тактильным раздражителям, пошатыванием при ходьбе и обморочными состояниями.

У ряда больных наблюдается гипотония положения. Так, при переходе из горизонтального положения в вертикальное развивается ортостатическая или постуральная гипотония с резким падением преимущественно систолического артериального давления и потерей сознания. В горизонтальном положении сознание быстро восстанавливается.

В первые 8-12 нед и в последнем триместре беременности у женщин, страдающих первичной артериальной гипотонией, нередко наблюдается острая артериальная гипотония в положении на спине. Развитие этого синдрома связано со сдавлением увеличенной маткой нижней полой вены в положении женщины на спине.

При объективном исследовании у большинства больных выявляются те или иные вегетативные нарушения: гипергидроз голеней и стоп, тремор век и пальцев рук, бледность кожи с лёгким акроцианозом, стойкий красный дермографизм и расстройства терморегуляции с выраженными суточными колебаниями температуры тела и падением её по утрам ниже 36.

При остром снижении артериального давления возможно развитие синдрома Меньера – эпилептиформных припадков и диэнцефальных пароксизмов с ознобом или обильным холодным потом, отчётливыми парестезиями в конечностях, императивными позывами к мочеиспусканию и неустойчивость в позе Ромберга, у некоторых больных при этом отмечается крупноразмашистый нистагм.

Артериальное давление и пульс очень лабильны и зависят от положения тела, времени суток, состояния больного. Практически у всех больных имеет место стабильное снижение артериального давления в плечевой артерии.

Границы сердца обычно не изменены, однако возможно небольшое увеличение размеров его относительной тупости в основном за счёт тоногенного расширения левого желудочка. Над верхушкой сердца определяется приглушение 1-го тона, иногда лёгкий систолический шум.

Электрокардиографические данные свидетельствуют в ряде случаев об отклонении электрической оси сердца влево, низком вольтаже зубцов и синусовой брадикардии.

Данные лабораторных исследований не выходят ,как правило, за пределы нормы. Лишь у небольшой части больных имеется склонность к умеренной анемии, лейкопении с лимфоцитозом и замедлением СОЭ. Возможна также тенденция к гиперлипидемии, незначительному увеличению уровне остаточного азота, гиперхолистеринемии и гиперлицетинемии при нормальном содержании В-липопротеидов, к уменьшению коагулирующей способности крови, снижению показателей основного обмена.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.

Первичную и вторичную артериальные гипотонии дифференцируют путём исключения различных патологических процессов, ведущих к стойкому снижению артериального давления.

ЛЕЧЕНИЕ.

Лечение хронической артериальной гипотонии предполагает прежде всего выполнение ряда гигиенических мероприятий. К ним относятся: 1) чёткий режим дня (ночной сон не менее 8ч, утренняя и производственная гимнастика, водные тонизирующие процедуры), 2) правильная организация труда, 3)полноценное и разнообразное четырёхразовое питание.

Большое распространение в лечении гипотонической болезни получили растительные и биологические нейростимуляторы , к которым относятся пантокрин, экстракт элеутерококка, настойка лимонника, экстракт родиолы, настойка аралии, настойка заманихи.

Их рекомендуется назначать месте с настойкой из корня валерианы. Отмечена эффективность сочетания элеутерококка с пантокрином. Положительный эффкт даёт применние сапарала, кофеина ( по 0,05 - 0,1 г 2-3 раза в день).

Следует отметить , что при головных болях у больных артериальной гипотонией анальгетики малоэффективны, в то время как при приёме кофеина и горизонтальном положении боли уменьшаются или исчезают.

В резистентных случаях используют фетанол по 1г 1% раствора подкожно или внутрь по 0,005 г 2-3 раза в день; секуринин по 1г 0,2% раствора подкожно или внутрь по 0,002г 2-3 раза в день.