**КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПОВЫШЕННЫМ И ПОНИЖЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ.**

При выявлении у ребенка/подростка повышенного АД врач центра здоровья может заподозрить наличие АГ. Для уточнения диагноза необходимо пригласить ребенка/подростка на две дополнительные процедуры измерения АД (с интервалом в 10-14 дней) или направить ребенка к педиатру в ЛПУ по месту жительства.

Критерием постановки диагноза АГ у детей и подростков служит уровень САД и/или ДАД, рассчитанный на основании трех отдельных измерений с интервалом 2-3 минуты на трех визитах с интервалом 10-14 дней, равный или превышающий 95-ю процентиль кривой распределения АД в популяции детей для соответствующего возраста, пола и роста . Необходимо отметить, что у детей и подростков (как и у взрослых) отмечается “гипертония белого халата” (уровень АД в центре здоровья — около 95-й процентили, а дома — в пределах нормы). В таких случаях рекомендуется проведение суточного мониторирования АД. У детей и подростков выделяют нормальное АД, высокое нормальное АД и АГ 1 и 2 степени.

**Факторами риска первичной АГ у детей и подростков считаются:**

1. Наследственная предрасположенность к заболеванию;

2. Избыточная масса тела и ожирение; 3. Повышенное потребление поваренной соли;

4. Низкий уровень ФА;

 5. Регулярный прием некоторых пищевых добавок, предназначенных для улучшения физической формы, энергетических напитков, кофе;

6. Прием некоторых лекарственных средств, способных повышать АД (симпатомиметики, адаптогены, стероидные препараты, кофеин и т.д.);

 7. Стрессы;

8. Курение.

Вместе с тем наиболее значимый фактор риска развития АГ у детей и подростков — ожирение. Именно ожирение вносит основной вклад в риск развития эссенциальной гипертонии у детей и подростков (более 50% вклада в риск). Установлена взаимосвязь развития АГ как с повышенным ИМТ, так и АО. Следует учитывать, что у подростков на величину АД существенное влияние оказывают процессы, обусловленные формированием нейрогуморального звена регуляции в период полового созревания. Ведущим в эндокринной перестройке является активация деятельности гипофиза и тесно связанной с ним гипоталамической области. Подростки, у которых половое созревание сопровождается интенсивным приростом массы и длины тела, имеют более высокие уровни АД, иногда превышающие нормальные показатели. Повышение уровня АД, обусловленное периодом полового созревания, не является негативным прогностическим признаком. В то же время, подростки с АГ при наличии наследственной отягощенности, избыточной массы тела, гиподинамии, нарушения сна, хронического психоэмоционального напряжения имеют высокий риск сохранения повышенного АД после завершения полового созревания.

**Целью лечения АГ у детей и подростков** является достижение и поддержание целевого уровня АД — ниже 90-й процентили для данного возраста, пола и роста.

 Лечение АГ у детей и подростков включает немедикаментозные меры и медикаментозную терапию. **Немедикаментозное лечение АГ** рекомендуется детям и подросткам с:

 — высоким нормальным АД, как единственное терапевтическое вмешательство (медикаментозная терапия им не проводится);

— АГ I степени с низким риском, как единственное терапевтическое вмешательство в течение 6-12 месяцев после выявления АГ, и только при неэффективности немедикаментозных мер назначается антигипертензивная терапия;

 — АГ I степени с высоким риском и АГ II степени, как компонент комплексного лечения: немедикаментозные меры рекомендуются одновременно с антигипертензивной терапией.

**Медикаментозное лечение АГ** у детей и подростков проводится с использованием 5 групп антигипертензивных препаратов: ингибиторы ангиотензинпревращающего рецептора, блокаторы рецепторов ангиотензина II, β-адреноблокаторы, блокаторы медленных кальциевых каналов (дигидропиридиновые) и тиазидные диуретики.

**Немедикаментозное лечение АГ** включает следующие компоненты: снижение избыточной массы тела, снижение потребления соли, рационализация питания, повышение уровня ФА, отказ от курения и алкоголя, соблюдение режима дня, достаточный сон, создание благоприятной психологической обстановки.

**Нормативы АД у детей и подростков :**

- нормальное АД - ниже 90 процентиля;

- высокое нормальное АД- 90 процентиль , для подростков больше 120/80 мм рт ст;

- АГ 1 степени- 95 – 90 процентиль + 5 мм рт ст;

АГ 2 степени – больше 99 процентиля + 5 мм рт ст.

**Немедикаментозное лечение АГ у детей и подростков :**

- ИМТ 85-95-й процентили: детям — не снижать вес, подросткам — постепенно снижать вес до достижения ИМТ меньше 85 процентиля;

- ИМТ 95-й процентили: постепенно снижать вес (1-2 кг/мес.) до достижения ИТМ меньше 85 процентили;

- ФА умеренной и высокой интенсивности (аэробные нагрузки) 40 минут в день, 3-5 дней в неделю, избегать сидения более 2 часов день. Ограничения ФА могут касаться пациентов с АГ II степени. Ограничение сахара, сладостей, сладких напитков, насыщенных жиров, соли. Увеличение потребления овощей и фруктов, цельнозерновых продуктов, бобовых, продуктов с высоким содержанием калия, орехов (под контролем калорийности). Нет курению и употреблению алкоголя. Образовательные мероприятия для детей и подростков, в том числе школы для пациентов с АГ, вовлечение родителей.

Распространенность артериальной гипотензии по данным различных авторов колеблется в широком диапазоне: 3,1-20,9% среди детского населения, и увеличивается с возрастом. Так, среди детей младшего школьного возраста она составляет 1,2- 3,1%, а среди детей старшего школьного возраста распространенность возрастает до 9,6-14,3%.

Основной симптом гипотензии — снижение АД ниже 10 перцентиля для соответствующего возраста, роста и пола. Согласно критериям ВОЗ под термином эссенциальная или первичная гипотензия подразумевается низкое АД, при отсутствии очевидной причины. Под термином вторичная гипотензия — подразумевается хроническое снижение АД, причина которого может быть выявлена.

Артериальная гипотензия довольно часто трансформируется в гипотоническую болезнь. Неоднократно было отмечено, что во взрослом возрасте при отсутствии должного лечения гипотензия нередко переходит в свою противоположность — ГБ.

Гипотензия рассматривается как физиологическая при отсутствии клинических проявлений болезни. **Первичная гипотензия** развивается на фоне синдрома вегетативной дисфункции с яркой клинической симптоматикой, характерной для ваготонии: в виде головокружений, головных болей, ортостатической дизрегуляции.

 **Вторичная (симптоматическая) гипотензия** возникает на фоне заболеваний сердечно-сосудистой системы, протекающих с синдромом сердечной недостаточности, эндокринных болезней (гипофункция надпочечников, щитовидной железы и пр.), патологии нервной системы, анемии различного генеза, а также на фоне приема лекарственных препаратов.

В настоящее время первичная гипотензия рассматривается как мультифакторная патология, в развитии которой чрезвычайно важна наследственная предрасположенность и комплексное воздействие экзогенных и эндогенных факторов. Наследственная предрасположенность по артериальной гипотензии выявляется при сборе семейного анамнеза в 60,9% случаев, чаще по материнской линии. У пациентов с астенической конституцией гипотензия является практически облигатным атрибутом. Сегодня считается четко доказанным нарушение механизмов ауторегуляции центральной гемодинамики — несоответствие между сердечным выбросом и общим периферическим сосудистым сопротивлением, как правило, за счет снижения последнего. Следует отметить, что в процессе течения артериальной гипотензии общее периферическое сопротивление сосудов продолжает снижаться. Артериальную гипотензию характеризует необыкновенно высокий полиморфизм жалоб, обилие и лабильность клинических проявлений. Характерен яркий астеновегетативный синдром, приводящий к неудовлетворительной средовой адаптации и снижению качества жизни. В клинической картине артериальной гипотензии преобладают психоневрологические нарушения, также пациенты могут отмечать диспептические расстройства, возможны кардиалгии и ощущение перебоев в сердце.

Особого внимания заслуживают цефалгии, чаще в утренние часы, нередко сразу после сна. Необходимо отметить, что гипотония недостаточно изучена при нарушениях сна у детей. Метаболические факторы риска при низком АД встречаются реже, чем при высоком.

Обмороки (синкопе) являются частым симптомом тяжелого течения гипотензии. Синкопе — это внезапная кратковременная потеря сознания и нарушение постурального тонуса с расстройством сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности. Необходим тщательный дифференциальный диагноз между обмороком, возникшим на фоне гипотензии нейро-вегетативного происхождения, и обмороками другого генеза — кардиогенными, неврогенными, при эндокринных заболеваниях и пр.