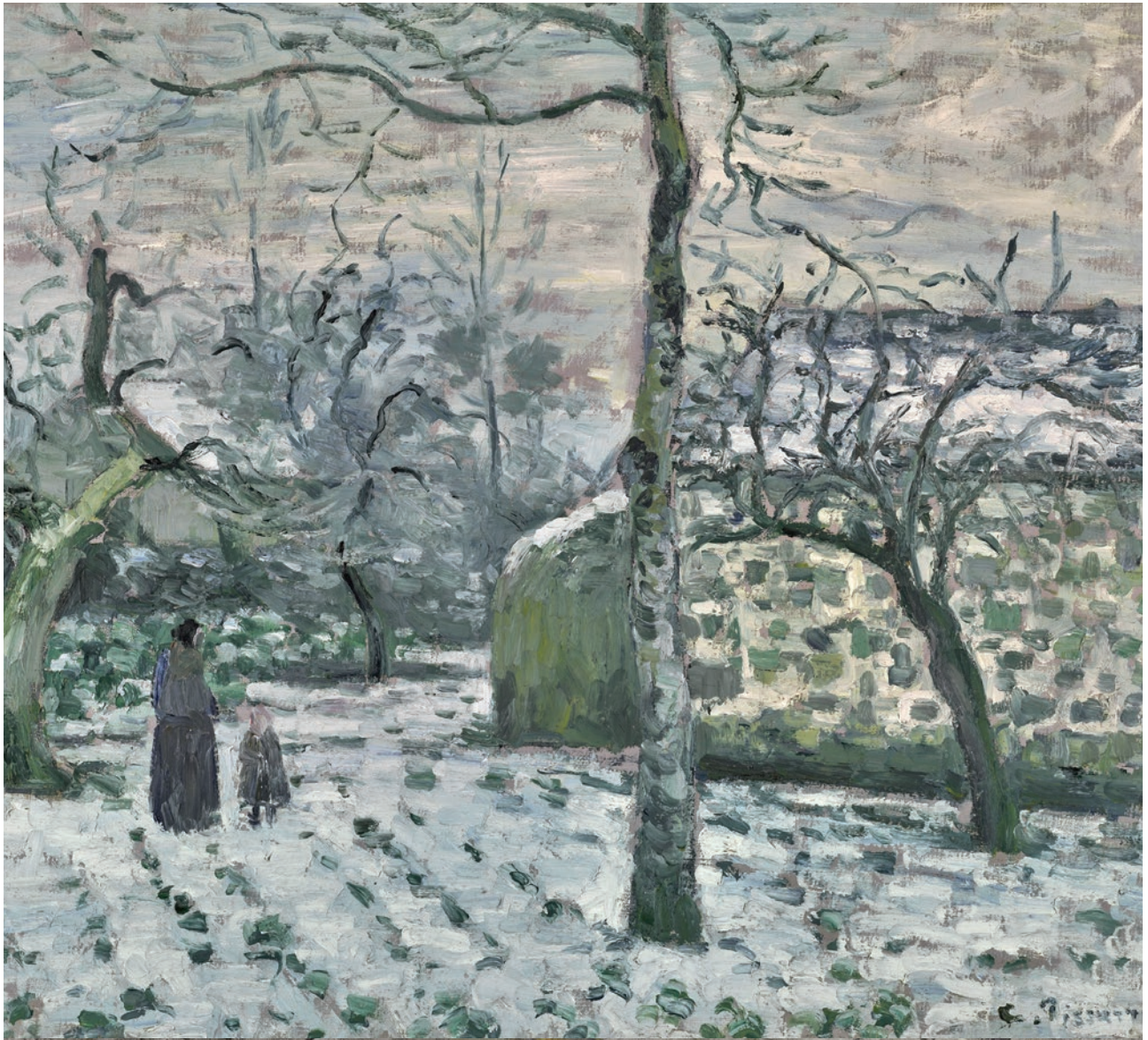


Системные Гипертензии

РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Systemic Hypertension

OFFICIAL JOURNAL OF THE RUSSIAN SOCIETY OF HYPERTENSION



Камилль Писсарро (1830–1903)

Том 22 | №4 | 2025

Vol. 22 | No.4 | 2025



Системные Гипертензии

syst-hypertension.ru

Том 22, №4, 2025

«Системные гипертензии» – рецензируемое научно-практическое периодическое печатное издание для профессионалов в области здравоохранения, предоставляющее основанную на принципах доказательной медицины методическую, аналитическую и научно-практическую информацию в сфере артериальной гипертензии и ее осложнений, симптоматических гипертензий и легочной гипертензии. Год основания журнала – 2004.

Главный редактор

Чазова Ирина Евгеньевна
академик РАН, д.м.н., проф.,
Национальный медицинский
исследовательский центр
кардиологии им. Е.И. Чазова,
Москва, Россия

Заместители главного редактора

Бойцов Сергей Анатольевич,
академик РАН, д.м.н., проф.,
Национальный медицинский
исследовательский центр
кардиологии им. Е.И. Чазова,
Москва, Россия

Подзолков Валерий Иванович,
д.м.н., проф., ФГАОУ Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова (Сеченовский
Университет) Минздрава России,
Москва, Россия

Ответственный секретарь

Михайлова Оксана Олеговна,
к.м.н., научный сотрудник,
Национальный медицинский
исследовательский центр
кардиологии им. Е.И. Чазова,
Москва, Россия

Редакционная коллегия

Брагина Анна Евгеньевна, д.м.н., ФГАОУ Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава
России, Москва, Россия

Галявич Альберт Сарварович, академик АН Республики
Татарстан, д.м.н., проф., Казанский государственный
медицинский университет, Казань, Россия

Жернакова Юлия Валерьевна, д.м.н., ученый секретарь,
Национальный медицинский исследовательский центр
кардиологии им. Е.И. Чазова, Москва, Россия

Жиров Игорь Витальевич, д.м.н., Национальный медицинский
исследовательский центр кардиологии им. Е.И. Чазова, Москва,
Россия

Кисляк Оксана Андреевна, д.м.н., проф., Российский
национальный исследовательский медицинский университет им.
Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Кухарчук Валерий Владимирович, чл.-корр. РАН, д.м.н., проф.,
Национальный медицинский исследовательский центр
кардиологии им. Е.И. Чазова, Москва, Россия

Литвин Александр Юрьевич, д.м.н., проф., Национальный
медицинский исследовательский центр кардиологии
им. Е.И. Чазова, Москва, Россия

Мартынюк Тамара Витальевна, д.м.н., Национальный
медицинский исследовательский центр кардиологии
им. Е.И. Чазова, Москва, Россия

Матчин Юрий Георгиевич, д.м.н., Национальный медицинский
исследовательский центр кардиологии им. Е.И. Чазова, Москва,
Россия

Наконечников Сергей Николаевич, д.м.н., директор Российского
медицинского общества по артериальной гипертензии, Москва,
Россия

Недогода Сергей Владимирович, д.м.н., проф., Волгоградский
государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Трушина Ольга Юрьевна, д.м.н., ФГАОУ Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава
России, Москва, Россия

Фомин Виктор Викторович, академик РАН, д.м.н., проф., ФГАОУ
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)
Минздрава России, Москва, Россия

Чихладзе Новелла Михайловна, д.м.н., проф., Национальный
медицинский исследовательский центр кардиологии
им. Е.И. Чазова, Москва, Россия

Редакционный совет

Балахонова Татьяна Валентиновна, д.м.н., проф., Национальный
медицинский исследовательский центр кардиологии
им. Е.И. Чазова, Москва, Россия

Данилов Николай Михайлович, д.м.н., Национальный
медицинский исследовательский центр кардиологии
им. Е.И. Чазова, Москва, Россия

Меркулов Евгений Владимирович, д.м.н., Национальный
медицинский исследовательский центр кардиологии
им. Е.И. Чазова, Москва, Россия

Невзорова Вера Афанасьевна, д.м.н., проф., Тихоокеанский
государственный медицинский университет, Владивосток,
Россия

Небиеридзе Давид Васильевич, д.м.н., проф., Национальный
медицинский исследовательский центр терапии и
профилактической медицины, Москва, Россия

Перепеч Никита Борисович, д.м.н., проф., Санкт-Петербургский
государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Рогоза Анатолий Николаевич, д.б.н., проф., Национальный
медицинский исследовательский центр кардиологии
им. Е.И. Чазова, Москва, Россия

Саидова Марина Абдулатиповна, д.м.н., проф., Национальный
медицинский исследовательский центр кардиологии
им. Е.И. Чазова, Москва, Россия

Скибицкий Виталий Викентьевич, д.м.н., проф., Кубанский
государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Терещенко Сергей Николаевич, д.м.н., проф., Национальный
медицинский исследовательский центр кардиологии
им. Е.И. Чазова, Москва, Россия

Шария Мераб Арчилович, д.м.н., Национальный медицинский
исследовательский центр кардиологии им. Е.И. Чазова, Москва,
Россия

Виигимаа Маргус, д.м.н., проф., Таллинский технологический
университет, Таллин, Эстония

Доминичак Анна, д.м.н., проф., Университет Глазго, Глазго,
Шотландия

Сиренко Юрий Николаевич, д.м.н., проф., Институт кардиологии
им. Н.Д. Стражеско, Киев, Украина

Манча Джузеппе, проф., Университет Бикокка, Милан, Италия

Нилссон Петер М., проф., Лундский Университет, Мальме,
Швеция

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций. Регистрационный номер
и дата принятия решения о регистрации: ПИ № ФС77-83917 от 12 сентября 2022 г.

Периодичность: 4 раза в год.

Префикс DOI: 10.38109

Издание распространяется бесплатно и по подписке.

Общий тираж: 3 тыс. экз.

Каталог «Пресса России» 39212. Рекомендуемая стоимость по подписке 250 рублей.

Авторы, присылающие статьи для публикаций, должны быть ознакомлены

с инструкциями для авторов и публичным авторским договором: syst-hypertension.ru

Редакция несет ответственность за размещение рекламных материалов в пределах,

установленных рекламной политикой журнала. Редакция предпринимает

все установленные законом меры для публикации правомерной и корректной рекламы.

Журнал представлен в следующих международных базах данных и информационно-справочных

изданиях: Российский индекс научного цитирования (РИНЦ), Directory of Open Access Journals (DOAJ),

Dimensions, Ulrich's Periodicals Directory.

Согласно рекомендациям Роскомнадзора выпуск и распространение данного производственно-

практического издания допускаются без размещения знака информационной продукции.

Журнал включен в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы

основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на

соискание

ученой степени доктора наук, распоряжением Минобрнауки России от 12 февраля 2019 г. № 21-р.

Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается

только с письменного разрешения владельца авторских прав и издательства.

Все права защищены. 2025 г.

УЧРЕДИТЕЛЬ

ООО «ИнтерМедсервис»

ИЗДАТЕЛЬСТВО

ООО «ИнтерМедсервис»

Адрес: 121069, Россия,

г. Москва, Столовый пер., д. 6

E-mail: og@intermed.services

КОММЕРЧЕСКИЙ ОТДЕЛ

E-mail: reklama@syst-hypertension.ru

РЕДАКЦИЯ

Адрес: 121069, Россия,

г. Москва, Столовый пер., д. 6

Телефон: +7 (495) 414-61-86

E-mail: editor@syst-hypertension.ru

Выпускающий редактор: Гончарова Е.А.

ДИЗАЙН

ИП Егорычева Екатерина Валерьевна

ТИПОГРАФИЯ

ПРИНТМЭНИ

109316, Россия, г. Москва,

Остаповский проезд, д. 24, стр. 5

Подписано в печать: 17.12.2025

Дата выхода в свет: 25.12.2025

Systemic Hypertension

syst-hypertension.ru

Vol. 22, №4, 2025

"Systemic Hypertension" is a periodical peer-reviewed scientific and practical print media for healthcare professionals that provides evidence-based methodological, analytical, and scientific and practical information in the field of arterial hypertension and its complications, symptomatic hypertension and pulmonary hypertension. The Journal has been issued since 2004.

Editor-in-Chief

Irina E. Chazova,
Academician of RAS, Dr. of Sci. (Med.), Professor, E.I. Chazov National Medical Research Center of Cardiology, Moscow, Russia

Deputies Editor-in-Chief

Sergey A. Boytsov,
Dr. of Sci. (Med.), Professor, E.I. Chazov National Medical Research Center of Cardiology, Moscow, Russia

Valery I. Podzolkov,
Dr. of Sci. (Med.), Professor, I.M. Sechenov the First Moscow Medical University, Moscow, Russia

Responsible Secretary

Oksana O. Mikhailova,
Cand. of Sci. (Med.), research associate, E.I. Chazov National Medical Research Center of Cardiology, Moscow, Russia

Editorial Board

Anna E. Bragina, Dr. of Sci. (Med.), I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

Albert S. Galjovich, Academician of the Academy of Sciences of the Republic of Tatarstan, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Kazan State Medical University, Kazan, Russia

Yulia V. Zhernakova, Dr. of Sci. (Med.), E.I. Chazov National Medical Research Center of Cardiology, Moscow, Russia

Igor V. Zhirov, Dr. of Sci. (Med.), E.I. Chazov National Medical Research Center of Cardiology, Moscow, Russia

Oksana A. Kislyak, Dr. of Sci. (Med.), Professor, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Valery V. Kukharchuk, Corresponding member of RAS, Dr. of Sci. (Med.), Professor, E.I. Chazov National Medical Research Center of Cardiology Moscow, Russia

Alexander Yu. Litvin, Dr. of Sci. (Med.), Professor, E.I. Chazov National Medical Research Center for Cardiology, Moscow, Russia

Tamila V. Martynyuk, Dr. of Sci. (Med.), National Medical Research Center for Cardiology, Moscow, Russia

Yuriy G. Matchin, Dr. of Sci. (Med.), E.I. Chazov National Medical Research Center of Cardiology, Moscow, Russia

Sergey N. Nakonechnikov, Dr. of Sci. (Med.), Director of the Russian Medical Society for Arterial Hypertension, Moscow, Russia

Sergey V. Nedogoda, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Olga Yu. Trushina, Dr. of Sci. (Med.), I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

Victor V. Fomin, Academician of RAS, Dr. of Sci. (Med.), Professor, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

Novella M. Chikhladze, Dr. of Sci. (Med.), Professor, E.I. Chazov National Medical Research Center of Cardiology, Moscow, Russia

Editorial Council

Tatyana V. Balakhonova, Dr. of Sci. (Med.), Professor, E.I. Chazov National Medical Research Center of Cardiology, Moscow, Russia

Nikolay M. Danilov, Dr. of Sci. (Med.), E.I. Chazov National Medical Research Center of Cardiology, Moscow, Russia

Yevgeniy V. Merkulov, Dr. of Sci. (Med.), E.I. Chazov National Medical Research Center of Cardiology, Moscow, Russia

Vera A. Nevzorova, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Pacific State Medical University, Vladivostok, Russia

David V. Nebieridze, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Center of preventive medicine, Moscow, Russia

Nikita B. Perepech, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Mechnikov North-Western State Medical University, Saint Petersburg, Russia

Anatoly N. Rogoza, Dr. of Sci. (Biol.), Professor, E.I. Chazov National Medical Research Center of Cardiology, Moscow, Russia

Marina A. Saidova, Dr. of Sci. (Med.), Professor, E.I. Chazov National Medical Research Center of Cardiology, Moscow, Russia

Vitaliy V. Skibitskiy, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

Sergey N. Tereshchenko, Dr. of Sci. (Med.), Professor, E.I. Chazov National Medical Research Center of Cardiology, Moscow, Russia

Merab A. Shariya, Dr. of Sci. (Med.), E.I. Chazov National Medical Research Center of Cardiology, Moscow, Russia

Margus Viigimaa, North Estonian Central Hospital, Head of Department of Cardiology Tallinn Technical University, professor of cardiovascular medicine, Tallinn, Estonia

Anna Dominiczak, Regius Professor of Medicine, College of Medical, Veterinary and Life Sciences, University of Glasgow, Glasgow, Scotland

Yuriy N. Sirenko, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Strazhesko Institute of Cardiology, Kiev, Ukraine

Giuseppe Mancia, Professor, University of Milano-Bicocca, Milan, Italy

Peter M. Nilsson, Professor, Lund University, Malmö, Sweden, Malmö, Sweden

The Journal is registered in Federal Service for Supervision of Communications, Information Technology and Mass Media. Registration number and date of decision on registration: series ПИ No. ФС77-83917 dated September 12, 2022.

Publication frequency: 4 times per year.

DOI Prefix: 10.38109

The Journal content is free. Subscribe form is on the website.

Circulation: 3 000 copies.

Catalogue "Pressa Rossii" 39212. Recommended subscription price 250 rubles.

Authors should acquaint themselves with the author guidelines and the publishing agreement before submitting an article. Information for authors at syst-hypertension.ru

The editors are responsible for the placement of advertising materials within the limits established by the journal's advertising policy. The editors take all measures established by law to publish legal and correct advertising.

The Journal is included in the following international databases and information and reference publications: Russian Science Citation Index (RSCI), Directory of Open Access Journals (DOAJ), Dimensions, Ulrich's Periodicals Directory.

According to Roskomnadzor recommendations publication and distribution of this practical edition are allowed without content rating system sign.

Reproduction of published materials in whole or in part is prohibited without the prior written consent of the copyright owner and publishing house.

All rights reserved. 2025.

FOUNDER

LLC «InterMedservis»

PUBLISHING HOUSE

«InterMedservis»

Address: 121069, Russia, Moscow, Stolovy lane, 6

E-mail: og@intermed.services

SALES DEPARTMENT

E-mail: reklama@syst-hypertension.ru

EDITORIAL OFFICE

Address: 121069, Russia, Moscow, Stolovy lane, 6

Phone: +7 (495) 414-61-86

E-mail: editor@syst-hypertension.ru

Editor of the issue: Goncharova E.A.

DESIGN

Individual Entrepreneur

Egorycheva Ekaterina Valerievna

PRINTING HOUSE

PRINTMANY

109316, Russia, Moscow, Ostapovsky proezd, 24, building 5

Signed to print: 17.12.2025

Date of publication: 25.12.2025

СОДЕРЖАНИЕ

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Артериальная гипертензия у детей. Клинические рекомендации 2025	5
--	---

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

Клинический портрет и особенности антигипертензивной терапии у коморбидных больных с артериальной гипертензией и подагрой по данным национального регистра АГ Аксенова А.В., Серов И.С., Белова О.А., Рачкова С.А., Чазова И.Е.	59
---	----

ТОЧКА ЗРЕНИЯ

Бета-блокаторы при неосложненной АГ: состояние проблемы на сегодняшний день Небиеридзе Д.В.	69
---	----

КАЛЕНДАРЬ МЕРОПРИЯТИЙ	72
------------------------------	----

CONTENTS

CLINICAL GUIDELINES

**Arterial hypertension in children.
Clinical guidelines 2025**

5

ORIGINAL ARTICLE

**Clinical portrait and distinctive features of antihypertensive therapy
in comorbid patients with Hypertension and gout according
to the national hypertension registry**

Anna V. Aksenova, Ivan S. Serov, Olga A. Belova, Svetlana A. Rachkova, Irina E. Chazova

59

SCIENTIFIC POINT OF VIEW

**Beta-blockers in the treatment of uncomplicated hypertension:
the current state of the problem**

David V. Nebieridze

69

SCHEDULE OF SCIENTIFIC ACTIVITIES

72

Артериальная гипертензия у детей. Клинические рекомендации 2025

Разработчики клинической рекомендации: Всероссийская общественная организация «Ассоциация детских кардиологов России», Российское медицинское общество по артериальной гипертензии

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: МКБ-10: I10/ I11/ I12/ I13/ I15/ P29.2

Возрастная группа: Дети

Год утверждения: 2025

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций:

Леонтьева И.В., д.м.н., профессор (Москва) — сопредседатель рабочей группы, член АДКР, ORCID: 0000-0002-5273-6859;

Кисляк О.А., д.м.н., профессор (Москва) — сопредседатель рабочей группы, член РМОАГ, ORCID: 0000-0002-2028-8748;

Александров А.А., д.м.н., профессор (Москва) — сопредседатель рабочей группы, член РМОАГ, ORCID: 0000-0001-9460-5948;

Ушакова С.А., д.м.н. (Тюмень) — секретарь рабочей группы, член АДКР, ORCID: 0000-0002-1667-3221;

Аксенова М.Е., к.м.н. (Москва), ORCID: 0000-0002-3699-1884;

Балыкова Л.А., д.м.н. профессор, член-корр. РАН (Саранск), член АДКР, ORCID: 0000-0002-2290-0013;

Козлова Л.В., д.м.н. профессор (Смоленск), член АДКР, ORCID: 0000-0003-0625-2877;

Ковалёв И.А., д.м.н. профессор (Москва), член АДКР, ORCID: 0000-0001-8195-5682;

Курганова А.В., к.м.н. (Евпатория), ORCID: 0000-0001-8079-2818;

Никитина И.Л., д.м.н. профессор (Санкт-Петербург), член АДКР, ORCID: 0000-0003-4013-0785;

Плотникова И.В., д.м.н. (Томск), член АДКР, ORCID: 0000-0003-4823-4378;

Розанов В.Б., д.м.н. (Москва), член РМОАГ, ORCID: 0000-0002-7090-7906;

Садыкова Д.И., д.м.н. профессор (Казань), член АДКР, ORCID: 0000-0002-6662-3548.

Ключевые слова: артериальная гипертония, артериальная гипертензия, артериальное давление, дети, детская кардиология, подростки, антигипертензивная терапия, диагностика, вторичные АГ, рекомендации

Автор, ответственный за переписку: Леонтьева Ирина Викторовна, профессор, д.м.н., профессор кафедры инновационной педиатрии и детской хирургии, Институт непрерывного образования и профессионального развития, РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, ул. Островитянова, д. 1, г. Москва 117513, Российская Федерация; главный научный сотрудник, отдел детской кардиологии и аритмологии, детский кардиолог, консультативно-диагностическое отделение, Научно-исследовательский клинический институт педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева, Талдомская улица, д. 2, с. 2, г. Москва 125412, Российская Федерация, e-mail: lirina2006@mail.ru. ORCID: 0000-0002-5273-6859

Информация о конфликте интересов/финансировании. Члены Рабочей группы подтвердили отсутствие финансовой поддержки/конфликта интересов. В случае сообщения о наличии конфликта интересов член(ы) рабочей группы был(и) исключен(ы) из обсуждения разделов, связанных с областью конфликта интересов.

Для цитирования: Артериальная гипертензия у детей. Клинические рекомендации 2025. Системные гипертензии. 2025;22(4):5-58. <https://doi.org/10.38109/2075-082X-2025-4-5-58>

CLINICAL GUIDELINES

Arterial hypertension in children. Clinical guidelines 2025

Clinical guideline developers: Association of Pediatric Cardiologists of Russia, Russian Medical Society for Arterial Hypertension

Coding according to the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD-10: I10/ I11/ I12/ I13/ I15/ P29.2

© Коллектив авторов, Ассоциация детских кардиологов России, Российское медицинское общество по артериальной гипертензии, 2025

Данная статья распространяется на условиях «открытого доступа», в соответствии с лицензией CC BY-NC-SA 4.0 («Attribution-NonCommercial-ShareAlike» / «Атрибуция-Некоммерчески-Сохранение Условий» 4.0), которая разрешает неограниченное некоммерческое использование, распространение и воспроизведение на любом носителе при условии указания автора и источника. Чтобы ознакомиться с полными условиями данной лицензии на русском языке, посетите сайт: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.ru>

© Collective of authors, Association of Pediatric Cardiologists of Russia, Russian Medical Society on Arterial Hypertension, 2025

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0) License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

SYSTEMIC HYPERTENSION. 2025;22(4):5-58

Age group: Children

Year of approval: 2025

Members of the Working Group on the Development and Revision of Clinical Guidelines:

Leontyeva I.V., Dr. of Scien. (Med.), Professor (Moscow) — Co-Chair of the Working Group, Member of the Association of Pediatric Cardiologists of Russia, ORCID: 0000-0002-5273-6859;

Kislyak O.A., Dr. of Scien. (Med.), Professor (Moscow) — Co-Chair of the Working Group, Member of the RSH, ORCID: 0000-0002-2028-8748;

Aleksandrov A.A., Dr. of Scien. (Med.), Professor (Moscow) — Co-Chair of the Working Group, Member of the RSH, ORCID: 0000-0001-9460-5948;

Ushakova S.A., Dr. of Scien. (Med.), Professor (Tyumen) — Secretary of the Working Group, Member of the Association of Pediatric Cardiologists of Russia, ORCID: 0000-0002-1667-3221;

Aksenova M.E., Cand. of Scien. (Med.), (Moscow), ORCID: 0000-0002-4699-1884;

Balykova L.A., Dr. of Scien. (Med.), Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences (Saransk), Member of the Association of Pediatric Cardiologists of Russia, ORCID: 0000-0002-2290-0013;

Kozlova L.V., MD Professor (Smolensk), Member of the Association of Pediatric Cardiologists of Russia, ORCID: 0000-0003-0625-2877;

Kovalev I.A., Dr. of Scien. (Med.), Professor (Moscow), Member of the Association of Pediatric Cardiologists of Russia, ORCID: 0000-0001-8195-5682;

Kurganova A.V., Cand. of Scien. (Med.), (Yevpatoriya), ORCID: 0000-0001-8079-2818;

Nikitina I.L., Dr. of Scien. (Med.), Professor (St. Petersburg), Member of the Association of Pediatric Cardiologists of Russia, ORCID: 0000-0003-4013-0785;

Plotnikova I.V., Dr. of Scien. (Med.), Professor (Tomsk), Member of the Association of Pediatric Cardiologists of Russia, ORCID: 0000-0003-4823-4378;

Rozaov V.B., Dr. of Scien. (Med.), Professor (Moscow), Member of the Association of Pediatric Cardiologists of Russia, ORCID: 0000-0002-7090-7906;

Sadykova D.I., Dr. of Scien. (Med.), Professor (Kazan), Member of the Association of Pediatric Cardiologists of Russia, ORCID: 0000-0002-6662-3548.

Keywords: hypertension, arterial hypertension, blood pressure, children, pediatric cardiology, adolescents, BP-lowering therapy, diagnostics, secondary hypertension, guidelines

Corresponding author: Irina V. Leontyeva, Professor, Dr. of Scien. (Med.), Professor of the Department of Innovative Pediatrics and Pediatric Surgery, Institute of Continuing Education and Professional Development, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, 1 Ostrovityanova st., Moscow 117513, Russian Federation; Chief Researcher, Department of Pediatric Cardiology and Arrhythmology, Pediatric Cardiologist, Consultative and Diagnostic Department, Yu.E. Veltishcheva Scientific Research Clinical Institute of Pediatrics, 2 Taldomskaya st., building 2, Moscow 125412, Russian Federation, e-mail: lirina2006@mail.ru. ORCID: 0000-0002-5273-6859

Conflict of interest/funding information. Members of the Working Group confirmed the lack of financial support/ conflict of interest. In the event of a conflict of interest being reported, the member (s) of the Working Group was (were) excluded from the discussion of sections related to the area of conflict of interest.

For citation: Arterial hypertension in children. Clinical guidelines 2025. Systemic Hypertension. 2025;22(4):5-58. (in Russ.). <https://doi.org/10.38109/2075-082X-2025-4-5-58>

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений.....	7	2.1. Методы измерения АД на периферических артериях13
Расшифровка примечаний.....	8	2.1.1. Аускультативный метод измерения АД
Термины и определения.....	8	на периферических артериях.....
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию		2.1.2. Осциллометрический метод измерения
(группе заболеваний или состояний).....	9	артериального давления.....
1.1. Определение заболевания или состояния		2.1.3. Измерение АД на периферических
(группы заболеваний или состояний).....	9	артериях у новорожденных и младенцев.....
1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния		2.1.4. Суточное мониторирование
(группы заболеваний или состояний).....	9	артериального давления.....
1.3. Эпидемиология заболевания или состояния		2.1.5. Измерение артериального давления
(группы заболеваний или состояний).....	9	на периферических артериях
1.4. Особенности кодирования заболевания		в домашних условиях.....
или состояния (группы заболеваний или состояний)		2.2. Критерии установления диагноза,
по Международной статистической классификации		принципы формулировки диагноза.....
болезней и проблем, связанных со здоровьем.....	10	2.2.1. Сроки скрининга и показания
1.5. Классификация заболевания или состояния		к измерению АД у детей.....
(группы заболеваний или состояний).....	10	2.2.2. Алгоритм оценки уровня
1.6. Клиническая картина заболевания или состояния		артериального давления.....
(группы заболеваний или состояний).....	11	2.3. Обследование пациентов
2. Диагностика заболевания или состояния		с артериальной гипертензией.....
(группы заболеваний или состояний),		2.3.1. Жалобы и анамнез.....
медицинские показания и противопоказания		2.3.2. Физикальное обследование.....
к применению методов диагностики.....	13	2.3.3. Лабораторные диагностические
		исследования.....

2.3.4. Инструментальные диагностические исследования	21	5.1. Принципы диспансерного наблюдения.....	38
2.3.5. Дифференциальная диагностика первичной и вторичной артериальной гипертензии	22	5.2. Первичная профилактика артериальной гипертензии	39
2.3.6. Диагностика поражения органов-мишеней.....	24	6. Организация оказания медицинской помощи	39
2.3.7. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний.....	25	6.1. Показания к госпитализации	39
2.3.8. Иные диагностические исследования.....	26	6.1.1. Показания для плановой госпитализации	39
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.....	27	6.1.2. Показания для экстренной госпитализации	39
3.1. Общие принципы ведения пациентов с артериальной гипертензией.....	27	6.1.3. Показания к выписке пациента из стационара.....	39
3.2. Немедикаментозное лечение.....	27	6.1.4. Иные организационные технологии.....	39
3.3. Лечение вегетативных нарушений	29	6.2. Нормативно-правовые документы, в соответствии с которыми оказывается медицинская помощь детям с артериальной гипертензией	39
3.4. Медикаментозная антигипертензивная терапия	29	7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....	41
3.4.1. Лечение резистентной артериальной гипертензии.....	33	Критерии оценки качества медицинской помощи.....	41
3.5. Лечение артериальной гипертензии в особых группах пациентов	34	Приложение А1. Методология разработки клинических рекомендаций	42
3.6. Лечение неотложных состояний (гипертонических кризов).....	36	Приложение А2. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата	43
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов	37	Приложение Б. Алгоритмы действий врача	54
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	38	Приложение В. Информация для пациента.....	54
		Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....	56
		Список литературы.....	56

Список сокращений

АГ	- артериальная гипертензия	САД	- систолическое артериальное давление
АД	- артериальное давление	СВД	- синдром вегетативной дисфункции
АКТГ	- адренокортикотропный гормон	СД2	- сахарный диабет 2-го типа
АПФ	- ангиотензинпревращающий фермент	СИ	- суточный индекс
БАБ	- бета-адреноблокаторы	Сис	- серия исследований
БКК	- блокаторы кальциевых каналов	СКФ	- скорость клубочковой фильтрации
ГБ	- гипертоническая болезнь	СМАД	- суточное мониторирование артериального давления
ГЛЖ	- гипертрофия левого желудочка	ССЗ	- сердечно-сосудистые заболевания
ДАД	- диастолическое артериальное давление	Т3	- трийодтиронин
ДТ	- длина тела	Т4	- тироксин
иАПФ	- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента	ТГ	- триглицериды
ИВ	- индекс времени	ТТГ	- тиреотропный гормон
ИК	- индекс Кетле	УЗИ	- ультразвуковое исследование
ИММЛЖ	- индекс массы миокарда левого желудочка	ФА	- физическая активность
ИМТ	- индекс массы тела	ФР	- фактор риска
КТ	- компьютерная томография	ХБП	- хроническая болезнь почек
МРТ	- магнитно-резонансная томография	ХС	- холестерин
МС	- метаболический синдром	ХС ЛПВП	- холестерин липопротеинов высокой плотности
МТ	- масса тела	ХС ЛПНП	- холестерин липопротеинов низкой плотности
МЭ	- мнение экспертов	ЭКГ	- электрокардиография
ОГТТ	- оральная глюкозотолерантная проба	ЭХОКГ	- эхокардиография
ОПСС	- общее периферическое сосудистое сопротивление		
ОТ	- окружность талии		
ОХС	- общий холестерин		
РКИ	- рандомизированные контролируемые исследования		

Расшифровка примечаний

** — лекарственный препарат, входящий в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения

— «сведения о способе применения лекарственного препарата и дозе, длительности его приема с указанием ссылок на клинические исследования эффективности и безопасности применяемого режима дозирования при данном заболевании либо ссылок на соответствующие источники литературы, в случае, если тезис-рекомендация относится к лекарственному препарату для медицинского применения, используемому в не соответствии с показаниями к применению и противопоказаниями, способами применения и дозами, содержащимися в инструкции по применению лекарственного препарата» (off label).

Термины и определения

Артериальная гипертензия у детей и подростков определяется как состояние, при котором средний уровень САД и/или ДАД, рассчитанный на основании трех отдельных измерений \geq значения 95-го перцентиля кривой распределения АД в популяции для соответствующего возраста, пола и роста, а у подростков старше 16 лет АД \geq 140/90 мм рт. ст. [1,2].

Артериальная гипертензия у взрослых определяется как синдром повышения клинического артериального давления (АД) при гипертонической болезни и симптоматических АД выше пороговых значений, определенных в результате эпидемиологических и рандомизированных контролируемых исследований, продемонстрировавших связь с повышением сердечно-сосудистого риска и целесообразность и пользу лечения, направленного на снижение АД ниже этих уровней АД [3,4].

Артериальная гипертензия «белого халата» — повышение АД при разовых измерениях АД при визитах к врачу, но нормальные значения АД при измерениях в домашних условиях и по результатам суточного мониторирования АД [1-3].

Вторичная или симптоматическая АД — повышение АД, обусловленное известными причинами — наличием патологических процессов в различных органах и системах [2,3].

Высокое нормальное АД — САД и/или ДАД, уровень которого \geq 90-го и $<$ 95-го перцентиля кривой распределения АД в популяции для соответствующего возраста, пола и роста или \geq 120/80 мм рт. ст. (даже если это значение $<$ 90-го перцентиля), но $<$ 95-го перцентиля. Для подростков старше 16 лет могут быть использованы значения АД в диапазоне 130-139/85-90 мм рт. ст. [2,3].

Гипертоническая болезнь (ГБ) — это хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является синдром артериальной гипертензии, не связанный с наличием патологических процессов, при которых повышение АД обусловлено известными причинами (симптоматические артериальные гипертензии). Этот термин предложен Г.Ф. Лангом в 1948 году и соответствует употребляемому в других странах термину «эссенциальная АД» [3].

Доказательная медицина — надлежащее, последовательное и осмысленное использование современных наилучших доказательств (результатов клинических исследований) в сочетании с индивидуальным клиническим опытом и с учетом ценностей и предпочтений пациента в процессе принятия решений о состоянии здоровья и лечении пациента [5].

Изолированная систолическая АД — повышение САД \geq 140 мм рт. ст. при уровне ДАД $<$ 90 мм рт. ст. [3].

Нормальное АД — САД и ДАД, уровень которого \geq 10-го и $<$ 90-го перцентиля кривой распределения АД в популяции для соответствующего возраста, пола и роста [1,2].

Маскированная артериальная гипертензия — нормальные значения АД при разовых/офисных измерениях, но повышенные значения среднего САД и ДАД по данным суточного мониторирования АД [2,3].

Первичная или эссенциальная АД — самостоятельное заболевание, при котором основным клиническим симптомом является повышенное САД и/или ДАД с неустановленными причинами.

Пульсовое давление — разница между САД и ДАД.

Рабочая группа по разработке/ актуализации клинических рекомендаций — коллектив специалистов, работающих совместно и согласованно в целях разработки/актуализации клинических рекомендаций и несущих общую ответственность за результаты данной работы.

Резистентная АД — диагностируется в случаях, когда назначение трех антигипертензивных препаратов (включая диуретик) в оптимальных или максимально переносимых дозах не приводит к достижению целевого АД у приверженных к лечению пациентов. При этом отсутствие контроля АД подтверждено измерением АД вне медицинского учреждения (СМАД или домашнее мониторирование АД), а вторичные причины АД исключены [3,4].

Синдром — устойчивая совокупность ряда симптомов с единым патогенезом.

Уровень достоверности доказательств — степень уверенности в том, что полученный эффект от применения медицинского вмешательства является истинным [6].

Уровень убедительности рекомендаций — степень уверенности в достоверности эффекта вмешательства и в том, что следование рекомендациям принесет больше пользы, чем вреда в конкретной ситуации [6].

Хроническая болезнь почек — надпочечное понятие, объединяющее всех пациентов с признаками повреждения почек и/или снижением функции, оцениваемой по величине скорости клубочковой фильтрации, которые сохраняются в течение 3 и более месяцев [2-4].

ПРЕДИСЛОВИЕ

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Артериальная гипертензия у детей и подростков определяется как состояние, при котором средний уровень САД и/или ДАД, рассчитанный на основании трех отдельных измерений \geq значения 95-го перцентиля кривой распределения АД в популяции для соответствующего возраста, пола и роста, а у подростков старше 16 лет АД \geq 140/90 мм рт. ст. Артериальная гипертензия может быть первичной (эссенциальной) или вторичной (симптоматической) [1,2,7,8].

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Причины АГ у детей зависят от возраста развития заболевания. У детей раннего и дошкольного возраста преобладает симптоматическая АГ, в школьном возрасте, особенно старше 13 летнего возраста чаще встречается эссенциальная АГ [1,2,7-9]. Наиболее частые из известных причин АГ в порядке их относительной частоты в различных возрастных периодах представлены в таблице 1.

При выявлении АГ обязателен дифференциально-диагностический поиск для выяснения причины АГ. Наиболее частыми причинами вторичной (симптоматической) АГ являются врожденные и приобретенные болезни почек, патология почечных сосудов, болезни коры и мозгового слоя надпочечников, коарктация аорты, системные васкулиты (узелковый полиартериит, болезнь Такаюсу) [1,2,7-9].

Считается, что определенную роль в возникновении АГ в детском возрасте играет наследственность. На значение наследственности в патогенезе артериальной гипертензии указывают следующие факты:

- высокая корреляция АД у монозиготных близнецов по сравнению с дизиготными; эти данные позволили установить, что различия в уровнях системного АД у человека на 30-60% определяются генетическими факторами;
- более высокие величины АД у детей с отягощенной наследственностью по гипертонической болезни по сравнению с детьми родители, которых здоровы.

По данным семейных исследований наследственные факторы определяют 15-40% офисного систолического АД и 15-30% диастолического АД [9]. Еще больший вклад наследственные факторы оказывают на показатели СМАД, особенного ночного АД, они детерминируют 69% систолического АД и 51% диастолического АД [10]. Пока не обнаружено гена или генов, ответственных за возникновение АГ. Считается, что уровень АД наследуется полигенно.

Установлено, что полиморфизм гена ангиотензин превращающего фермента (АПФ) определяет активность данного фермента. DD носительство полиморфизма гена ACE расценивается как независимый фактор риска развития эссенциальной гипертензии, ассоциируется с повышением активности АПФ, что стимулирует мозговой и корковый слой надпочечников и вызывает повышение тонуса гладкомышечной мускулатуры сосудов и общего периферического сосудистого сопротивления, повышение холестерина липопротеидов очень низкой плотности, что отражает плейотропный эффект данного гена. Экспрессия гена *T174M* ангиотензиногена определяет активность ангиотензиногена. Носительство мутантного аллеля *T174M* гена ангиотензиногена ассоциируется с повышением активности АПФ. *VNTR* полиморфизм гена эндотелиальной синтетазы оксида азота (eNOS) определяет вазогенный эффект NO. Носительство мутантного аллеля 4a гена eNOS определяет склонность к вазоконстрикторным реакциям и формированию эссенциальной АГ [3,9].

Существуют редкие генетические синдромы с моногенным наследованием, характеризующиеся тяжелой резистентной АГ [2,4,7]. К моногенным формам АГ относятся:

- Синдром мнимого избытка минералокортикоидов.
- Семейный гиперальдостеронизм, тип 1 (глюкокортикоидопосредованный) альдостеронизм, корригируемый глюкокортикоидами.
- Псевдогипоальдостеронизм тип 2 (синдром Гордона).
- Псевдоальдостеронизм (синдром Лиддла).
- Синдром артериальной гипертензии с брахидактилией.

Медикаментозно индуцированная АГ возникает на фоне приема некоторых лекарственных препаратов (амфетамины, прессорные препараты, стероиды и нестероидные противовоспалительные препараты, трициклические антидепрессанты, оральные контрацептивы, блокаторы кальциевых каналов), наркотических средств и других стимуляторов, в т.ч. растительного происхождения (пищевые добавки) [2,7,8].

Таблица 1. Наиболее частые причины артериальной гипертензии в различные возрастные периоды

Table 1. The most common causes of hypertension at different age periods

До 1 года	1-6 лет	7-12 лет	Подростки
Тромбоз почечных артерий или вен Стеноз почечных артерий Врожденные аномалии почек Коарктация аорты Бронхолегочная дисплазия	Стеноз почечных артерий Паренхиматозные заболевания почек Опухоль Вильмса Нейробластома Коарктация аорты Опухоль надпочечников (кортикостерома) Болезнь Иценко-Кушинга (аденома гипофиза) Феохромоцитома Узелковый периартериит	Паренхиматозные заболевания почек Реноваскулярная патология Коарктация аорты Эссенциальная АГ Болезнь и синдром Иценко-Кушинга Феохромоцитома Неспецифический аортоартериит (болезнь Такаюсу) Узелковый периартериит	Эссенциальная АГ Паренхиматозные заболевания почек Реноваскулярная АГ Врожденная дисфункция коры надпочечников, гипертоническая форма Феохромоцитома Синдром Иценко-Кушинга Узелковый периартериит

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Сердечно-сосудистые заболевания занимают ведущее место в структуре неинфекционной патологии взрослых и являются основной причиной ранней инвалидизации и преждевременной смерти в большинстве экономически развитых стран. [3,4]. По данным последних эпидемиологических исследований отмечается значительный рост, как высокого нормального АД, так и АГ среди детей и подростков. В наибольшей степени это относится к детям подросткового возраста, при этом АГ выявляется от 4% до 22% обследованных в зависимости от возраста обследованных и избранных критериев [1,2,7-9].

Резкий рост распространенности АГ во всем мире обусловлен увеличением числа детей и подростков с избыточной массой тела и ожирением. Установлено, что индекс массы тела является наиболее важным фактором, определяющим значение уровня АД у детей и подростков [7,8,11]. Так, если среди детей с нормальной массой тела распространенность АГ составляет 1,4%, то по разным данным при избыточной массе тела она возрастает до 7,1-27%, а при ожирении до 25-47% [12-14]. Степень риска распространения АГ в 4 раза выше при ИМТ более 99 перцентилей и в 2 раза — при ИМТ от 95 до 99 перцентилей, а наличие ожирения в детском возрасте значительно увеличивает вероятность развития АГ и метаболических нарушений во взрослой жизни [15-17]. Распространенность АГ выше у детей и с другими хроническими заболеваниями и особыми состояниями, такими как хроническая патология почек, нарушение ночного сна, недоношенность [18-22]. Кроме того, значимыми факторами риска формирования эссенциальной АГ у детей считают наследственную предрасположенность, избыток соли в рационе ребенка, низкую двигательную активность и ряд других [7,9,11,23].

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

- I10 — Эссенциальная [первичная] артериальная гипертензия
- I11 — Гипертензивная болезнь сердца [гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца]
- I12 — Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением почек
- I13 — Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца и почек
- I15 — Вторичная гипертензия
- R29.2 — Гипертензия у новорожденного

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Уровень АД подразделяется на нормальное, высокое нормальное и артериальную гипертензию.

Нормальное АД — средние уровни САД и ДАД на трех визитах, меньшие 90-го перцентилей для данного возраста, пола и роста или менее 120/80 мм рт. ст. для детей до 16 лет и менее 130/85 мм рт. ст. для подростков старше 16 лет.

Высокое нормальное (синоним повышенное) АД — средние уровни САД и/или ДАД на трех визитах, равные или превышающие 90-й перцентиль, но меньшие 95-го перцентилей для данного возраста, пола и роста. Эксперты Американской академии педиатрии предлагают считать за повышенное АД значения, или равные или превышающие 120/80 мм рт. ст. (даже если это значение меньше 90-го перцентилей), но меньшие 95-го перцентилей [1,2,7,8].

У детей старше 16 лет можно использовать единые критерии для диагностики высокого нормального АД $\geq 130/139/85-89$ мм рт. ст. [7].

Артериальная гипертензия — средние уровни САД и/или ДАД на трех визитах, равные или превышающие 95-й перцентиль для данного возраста, пола и роста, для детей от 1 до 16 лет. У детей старше 16 лет можно использовать единые критерии для диагностики АГ $\geq 140/90$ мм рт. ст. (таблица 2) [7]. Применение единого критерия предлагается для установления лучшей приемственности в диагностике АГ у детей и взрослых. Единые критерии определения степени АГ для подростков старше 16 соответствуют единым критериям, используемым при определении степени АГ у взрослых. Использование единых критериев более удобно для практического использования, так как уменьшает время работы врача с процентильными таблицами.

Артериальная гипертензия подразделяется на 2 степени. Уровень АД при АГ 1 степени варьирует от 95-го до 99-го перцентилей + 5 мм рт. ст. для детей младше 16 лет и 140-159/90-99 мм рт. ст. для подростков ≥ 16 лет. Уровень АД при АГ 2 степени — более 99-го перцентилей + 5 мм рт. ст. для детей младше 16 лет и $\geq 160/100$ мм рт. ст. для подростков ≥ 16 лет.

Также выделяют изолированную систолическую АГ (ИСГ), при повышении только систолического давления [2-4].

Критерии артериальной гипертензии у новорожденных и младенцев (0-1 года). Для определения АД у новорожденных рекомендуется использовать данные [24], включающие значения для 50-го, 95-го и 99-го перцентилей в соответствии с гестационным возрастом для младенцев от 26 до 44-недельного постменструального возраста (см. Приложение А3, таблицы 1 и 2). Новорожденные с показателями АД на уровне 99-перцентилей требуют более тщательного диагностического обследования, а иногда и назначения фармакологической терапии. У пациентов с пограничными значениями АД может быть достаточно динамическое наблюдение.

Таблица 2. Классификация артериальной гипертензии у детей и подростков

Table 2. Classification of hypertension in children and adolescents

Категория	0-15 лет Перцентили САД и/или ДАД	16 лет и старше САД и/или ДАД мм рт. ст.
Нормальное	< 90-го перцентилей	< 130/85
Высокое нормальное	≥ 90 -го до < 95-го перцентилей	130-139/85-89
Гипертензия	≥ 95 -го перцентилей	$\geq 140/90$
Гипертензия 1 степени	От 95-го до 99-го перцентилей и 5 мм рт. ст.	140-159/90-99
Гипертензия 2 степени	> 99-го перцентилей + 5 мм рт. ст.	$\geq 160/100$
ИСГ*	САД ≥ 95 -го перцентилей и < ДАД 90-го перцентилей	$\geq 140/<90$

* Изолированная систолическая гипертензия

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Первичная артериальная гипертензия, в большинстве случаев выявляется у детей старше 6 лет, на фоне отягощенной наследственности по АГ у родственников 1-й и 2-й степени родства, часто на фоне избыточной массы тела или ожирения. Уровень повышения АД, как правило, более низкий по сравнению с вторичной гипертензией, чаще выявляется систолический характер гипертензии. Окончательная постановка диагноза возможна после исключения вторичных причин АГ. В большинстве случаев первичная АГ протекает бессимптомно. Жалобы (головная боль, головокружение, сердцебиение эмоциональная лабильность и т.д.) носят неспецифичный характер, чаще обусловлены вегетативными нарушениями [9].

Ренальная и вазоренальная АГ. Занимает первое место по представленности среди симптоматических АГ. Основные причины ренальной АГ: приобретенные заболевания (гломерулонефрит, пиелонефрит, гемолитико-уремический синдром, травма почек), амилоидоз почек, новообразования почки и наследственная патология почек (наследственный поликистоз почек, синдром Альпорта, гипоплазия почек). Причинами вазоренальной гипертензии являются фибромышечная дисплазия почечной артерии, аневризма почечной артерии, гипоплазия почечной артерии, артериовенозная фистула, панартериит, сдавление почечной артерии извне (на фоне опухолевого процесса), тромбоз или эмболия, стеноз почечной артерии и/или вены. Клиническими маркерами вазоренальной гипертензии являются: выраженная АГ 2 степени, чаще диастолического характера, возможен систолический шум в области проекции почечных артерий (в области брюшной полости), асимметрия АД на конечностях, возможен распространенный артериоспазм и нейроретинопатия [7-9].

Врожденный стеноз почечных артерий — наиболее частая причина реноваскулярной гипертонии у детей. Характерно высокое, стойкое повышение АД, преимущественно диастолического характера, рефрактерное к проводимой гипотензивной терапии. Часто прослушивается систолический шум в области пупка, а также в эпигастриальной области, соответствующей месту отхождения почечной артерии от брюшной аорты. Рано развиваются изменения в органах-мишенях: гипертрофия левого желудочка, выраженные изменения на глазном дне [7-9].

Фибромышечная дисплазия почечных артерий чаще встречается у лиц женского пола. Стеноз чаще локализуется в средней части почечной артерии, хотя возможен и дистальный стеноз. Артерия имеет вид четок, коллатеральная сеть не выражена [7-9].

Аорто-артериит неспецифический — «болезнь отсутствия пульса» или *болезнь Такаюсу* является относительно редкой патологией у детей. Клинические проявления заболевания характеризуются выраженным полиморфизмом. На начальной стадии заболевания преобладают общие воспалительные симптомы, проявляющиеся повышением температуры тела, миалгиями, артралгиями, узловатой эритемой. Эти изменения соответствуют начальной стадии сосудистого воспаления. Дальнейшие клинические проявления связаны с развитием стенозирования артерий, с последующей ишемией соответствующего органа. Характерны асимметрия или отсутствие пульса и АД на лучевых артериях, определяется систолический шум над

пораженными артериями. Часто выявляется поражение аортального клапана (недостаточность) и митрального клапана (недостаточность), развитие миокардита, возможна легочная гипертензия, симптомы сердечной недостаточности. АГ имеет злокачественный характер и связана со стенотической и тромботической окклюзией почечных артерий, аортальной регургитацией с повреждением барорецепторов каротидного и аортального синусов, снижением эластичности аорты, стенозом сонных артерий, приводящих к ишемии мозга и раздражению хеморецепторов и вазомоторных центров продолговатого мозга [7,9].

Узелковый периартериит. Заболевание характеризуется злокачественной АГ, специфическими изменениями со стороны кожи в сочетании с абдоминальными и коронарными болями, полиневритами, гипертермией, выраженными воспалительными изменениями со стороны крови. В основе заболевания лежит васкулит мелких и средних артерий, приводящий к поражению почечных артерий [7-9].

Коарктация аорты встречается у 8% больных с врожденными пороками сердца, является наиболее частой причиной АГ у детей раннего возраста. Клиническая картина зависит от места, степени сужения аорты и развития коллатералей. Основным симптомом — отсутствие или ослабление пульса на нижних конечностях, при этом пульс на верхних конечностях усилен. АД на руках равно или значительно выше, чем на АД ног. В тяжелых случаях АД на ногах ниже на 20-30 мм рт. ст. и более по сравнению с АД на руках. Часто возникает головная боль. Выслушивается грубый систолический шум над сердечной областью, над ключицами, проводящийся на спину. Розовая окраска кожи лица и груди сочетается с бледной холодной кожей на нижних конечностях. Часто имеется пульсация в яремной ямке и области сонных артерий. На коже грудной клетки образуется обширная сеть коллатералей. Основным методом лечения — хирургический. Следует подчеркнуть, что даже после успешной операции резекции коарктации аорты сохраняется высокий риск развития АГ, который составляет от 17 до 77% [25,26].

Эндокринные формы АГ. Согласно эпидемиологическим данным, вторичные формы АГ, обусловленные эндокринными причинами, являются достаточно редким состоянием (0,05%-6%) в структуре АГ [27,28]. Особенности эндокринных форм АГ являются кризовое течение АГ, резистентность или недостаточная эффективность стандартной гипотензивной терапии, дебют заболевания ранее 6-ти летнего возраста.

Болезни надпочечников, при которых имеет место АГ:

1. Первичный гиперальдостеронизм.
2. Синдром Кушинга.
3. Опухоли с гиперпродукцией кортикостероидов.
4. Врожденные нарушения процесса биосинтеза кортикостероидов.
5. Болезни мозгового слоя надпочечников — феохромоцитомы.

Первичный гиперальдостеронизм — синдром Конна. Основное проявление болезни связано с гиперпродукцией альдостерона клубочковой зоной коры надпочечников. Ведущими симптомами являются сочетание АГ и гипокальемии. АГ может носить как лабильный, так и стабильный характер, злокачественная форма встречается редко. Симптомы гипокальемии характеризуются мышечной слабостью, переходящими парезами, судорогами и тетанией. Из-

быточная секреция альдостерона приводит к нарушению транспорта электролитов в почках с развитием гипокалиемической тубулопатии. При этом наблюдается полиурия, никтурия, гипозиостенурия [7,8].

Феохромоцитомы — доброкачественная опухоль мозгового слоя надпочечников, состоящая из хромоаффинных клеток, продуцирующая большое количество катехоламинов. Частота встречаемости феохромоцитомы составляет 0,2-2% среди всех АГ. В 90 % случаев феохромоцитомы локализуется в мозговом слое надпочечников. В 10% отмечается вненадпочечниковая локализация феохромоцитомы — параганглиома в симпатических параганглиях по ходу грудной и брюшной аорты, в воротах почек, в мочевом пузыре.

По клиническому течению различают три формы феохромоцитомы:

1. Бессимптомная латентная, с очень редкими повышениями АД.
2. С кризовым течением на фоне нормального АД в межприступный период.
3. С нетяжелыми гипертоническими кризами на фоне постоянно повышенного АД.

В кризах уровень АД повышается мгновенно в течение нескольких секунд колеблется от 180 до 220 мм рт. ст., максимум до 250-300 мм рт. ст. для систолического АД и до 110-130 мм рт. ст. для диастолического АД. Вне криза АД может находиться в пределах нормальных значений, реже умеренно повышено. Провоцирующими факторами выброса катехоламинов являются физическое и эмоциональное перенапряжение, травма, оперативное вмешательство. Больные испытывают чувство страха, бледны, возникает резкая головная боль пульсирующего характера, сопровождаемая головокружением, сердцебиением, потливостью, тремором рук, тошнотой, рвотой, болями в животе. На ЭКГ регистрируется нарушение процесса реполяризации, нарушения сердечного ритма. Возможно развитие инсульта, инфаркта миокарда [7,8].

Синдром Иценко–Кушинга. Характерны лунообразное лицо, плетора, жировой горбик, гирсутизм, центральное ожирение, атрофия кожи, багровые стрии, синяки, нарушения углеводного обмена [7,8].

АГ на фоне заболевания щитовидной железы. Гипертиреоз сопровождается симптомами тиреотоксикоза: снижение массы тела при сохраненном аппетите, тахикардия, аритмия, тревожность. Для гипотиреоза характерны повышенная потливость, утомляемость, сонливость, бледность, снижение памяти, склонность к запорам [7,8].

АГ, ассоциированная с синдромом обструктивного апноэ во сне. Чаще встречается у подростков с ожирением. Характерны: храп, головная боль по утрам, сонливость в дневное время, нарушение памяти, внимания, неполноценный ночной сон [21].

Моногенные формы АГ встречаются крайне редко, характерна выраженная резистентная АГ, рефрактерная к стандартной гипотензивной терапии [7-9]:

- Синдром мнимого избытка минералокортикоидов — наследственное аутосомно-рецессивное заболевание, обусловленное мутацией в гене *HSD11B2* (16q22), кодирующем 11 β -гидроксистероиддегидрогеназу. Клинические проявления задержка роста, полиурия, полидипсия появляются в раннем возрасте.
- Семейный гиперальдостеронизм, тип 1 (глюкокортикоид-опосредованный гиперальдостеронизм). Насле-

дование аутосомно-доминантное, возникает при мутациях генов *CYP11B1* или *CYP11B2*, расположенных на длинном плече 8 хромосомы (8q24). Характеризуется повышением синтеза альдостерона. Клинические проявления: задержка роста, полиурия, полидипсия. Нормализация уровня альдостерона на фоне приема глюкокортикоидов.

- Семейный гиперальдостеронизм, тип 2. Наследственное аутосомно-доминантное заболевание, обусловленное избыточным автономным синтезом альдостерона и связанное с мутацией гена *CLCN2*, кодирующего хлорный канал 2 типа, расположенного на длинном плече 3 хромосомы (3q27). Характеризуется отсутствием эффекта от глюкокортикоидов.
- Семейный гиперальдостеронизм, тип 3. Наследственное аутосомно-доминантное заболевание, обусловленное мутацией в гене *KCNJ5* (11q23), кодирующем G-протеин калиевых каналов. Клинические проявления: раннее развитие тяжелой артериальной гипертензии, задержка роста, полиурия.
- Семейный гиперальдостеронизм, тип 4. Наследственное аутосомно-доминантное заболевание, обусловленное мутацией в гене *CACNA1H* (16p13), кодирующем кальциевые каналы. Клинические проявления: артериальная гипертензия на первой декаде жизни, переменные пороки развития, задержка умственного развития, задержка роста, полиурия.
- Семейный гиперальдостеронизм, тип 5. Наследственное аутосомно-доминантное заболевание, обусловленное мутацией в гене *CACNA1D* (3p14.3), кодирующем кальциевые каналы. Клинические проявления: артериальная гипертензия на первой декаде жизни, судороги, неврологические нарушения, задержка роста, полиурия.
- Синдром Гордона (псевдогипоальдостеронизм тип 2). Наследование аутосомно-доминантное, возникает при мутациях в генах *WNK4* (17q21.2), *WNK1* (12p13.3), *KLHL3* (5q31), *CUL3* (20q36.2), что приводит к нарушению функции эпителиального тиазид-чувствительного натрий-хлорного котранспортера, повышенной реабсорбции натрия и формированию объемозависимой АГ. Основные клинические проявления: задержка роста, дисгидроз, мышечная слабость, тошнота.
- Синдром Лиддла (псевдоальдостеронизм). Наследование аутосомно-доминантное, возникает при мутациях генов, расположенных на коротком плече 16 хромосомы *SCNN1A* (12p13.31), *SCNN1B* (16p12.2-p12.1) и *SCNN1G* (16p12.2), кодирующих синтез α , β , γ субъединиц амilorид-чувствительного натриевого канала дистальных канальцев почек. Клинические проявления: задержка роста, полиурия, ранний дебют.
- Синдром артериальной гипертензии с брахидактилией — наследственное аутосомно-доминантное заболевание, связанное с мутацией гена *PDE3A* (12p12), кодирующего синтез фосфодиэстеразы 3A. Заболевание характеризуется ускоренной пролиферацией гладкомышечных клеток сосудов с развитием периферической вазоконстрикции; дизрегуляцией паратиреоидного гормона с развитием псевдо-гиперпаратирозидизма. Характерны низкорослость, брахидактилия, аномалии сосудов головного мозга и спинного мозга.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

2.1. Методы измерения АД на периферических артериях

2.1.1 Аускультативный метод измерения АД на периферических артериях

• Измерение АД на периферических артериях аускультативным методом по Короткову **рекомендуется** как наиболее точный для выявления АГ у детей [2,7,8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. При этом АД на периферических артериях у детей измеряют с помощью сфигмоманометра (измерителя артериального давления) механического с anerоидным манометром и фонендоскопа (стетоскопа). [1,2,7,8].

• **Рекомендуется** при измерении АД на периферических артериях у детей правильно подобрать манжету, размер которой должен соответствовать окружности плеча пациента [2,7,8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. При этом окружность плеча измеряется сантиметровой лентой с точностью до 0,5 см на среднем расстоянии между локтевым отростком и акромиальным отростком лопатки. Рекомендуемая ширина манжеты представлена в Приложении А3 (таблица 3). Ширина внутренней (резиновой) камеры манжеты должна составлять 40% окружности плеча, длина резиновой камеры манжеты должна покрывать от 80% до 100% окружности плеча. Манжета накладывается так, чтобы центр резиновой камеры располагался над плечевой артерией на внутренней поверхности плеча, а нижний край манжеты был на 2-2,5 см выше локтевого сгиба. Плотность наложения манжеты определяется возможностью проведения одного пальца между манжетой и поверхностью плеча пациента [1,2,7,8].

• **Рекомендуется** проводить измерение АД на периферических артериях у пациента в тихой, спокойной и удобной обстановке при комфортной температуре на правой руке^{***}, в положении сидя (начиная с 3-х летнего возраста), не раньше, чем через 1 час после приема пищи, употребления кофе, прекращения физических нагрузок, курения, пребывания на холоде. Перед началом измерения пациент должен отдохнуть в течение 3-5 минут. Во время измерения пациент должен сидеть, опираясь на спинку стула, с расслабленными, не скрещенными ногами, не менять положение и не разговаривать на протяжении всей процедуры измерения АД [1,2,7,8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. *Если у ребенка нет пороков системы дуги аорты, таких как правая дуга аорты или левая дуга аорты с aberrантной правой подключичной артерией; **при первом измерении АД измеряется на правой и левой руке, в дальнейшем на той руке, где значения более высокие.

• **Рекомендуется** определять уровень САД по началу I фазы тонов Короткова — по первому из серии следующих друг за другом тонов; значение ДАД определять по началу V фазы тонов Короткова [2,7,8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• **Рекомендуется** провести три измерения АД на периферических артериях с интервалом 3 минуты с вычислением среднего значения второго и третьего измерения у детей для корректной оценки уровня АД [2,7,8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• **Рекомендуется** проводить измерение АД у детей на периферических артериях нижних конечностей в положении лежа на животе [2,7,8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Манжета накладывается на бедро пациента так, чтобы центр резиновой камеры располагался над бедренной артерией на внутренней поверхности бедра, а нижний край манжеты был на 2-2,5 см выше коленного сгиба, между манжеткой и поверхностью бедра пациента должен проходить указательный палец. Головка фонендоскопа должна находиться над проекцией бедренной артерии в подколенной ямке. Использование несоразмерно большой манжеты дает показатели АД ниже истинных, а маленькой — завышает результаты измерений [1,2,7,8].

2.1.2 Осциллометрический метод измерения артериального давления

• **Рекомендуется** возможное использование автоматического электронного осциллометрического измерителя артериального давления с манжетой на плечо для измерения АД на периферических артериях у детей. При выявлении повышенного АД (любое значение ≥ 90 центиля для данного роста, пола и возраста) на этом же визите измерение должно быть продублировано дважды аускультативным способом по Короткову [2,8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. При измерении АД на периферических артериях автоматическим электронным осциллометрическим измерителем артериального давления необходимы повторные измерения АД, так как значения первого измерения, как правило, более высокие [2,8].

2.1.3 Измерение АД на периферических артериях у новорожденных и младенцев

• **Рекомендуется** использовать автоматический электронный осциллометрический измеритель артериального давления* с манжетой на плечо для измерения АД на периферических артериях у новорожденных [24].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. *автоматический электронный осциллометрический измеритель артериального давления с манжетой на плечо должен иметь сертификат для использования у новорожденных и запрограммирован на исходное значение накачивания манжеты, соответствующее младенцам (обычно ≤ 120 мм рт. ст.);

Правила измерения АД у новорожденных:

- через 1,5 часа после кормления или медицинского вмешательства;
- новорожденный лежит на животе или спине;
- используется соответствующая окружности плеча манжета**;

- измерение на правой верхней конечности;
- после наложения манжеты младенца оставляют в покое на 15 мин (ребенок спит или спокойно бодрствует);
- выполняется три последовательных считывания АД с 2-х минутными интервалами; если используется автоматизированное устройство, то первый результат обычно отбрасывается.

*Длина манжеты должна составлять от 80% до 100% от окружности руки; предлагается использовать манжеты с отношением ширины к окружности плеча от 45% до 55% [24].

• **Рекомендуется** подтвердить измерением АД на периферических артериях с помощью сфигмоманометра (измерителя артериального давления) механического с anerоидным манометром и фонендоскопа (стетоскопа) аускультативным методом и контролировать во время последующих осмотров у бессимптомных младенцев с АД, определенным при использовании автоматического осциллометрического измерителя артериального давления в бодрствующем состоянии > 100/60 мм рт. ст. [27].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).

• **Рекомендуется** начать оценку основной причины гипертонии у новорожденных и детей в возрасте до 12 месяцев при подтвержденном с помощью сфигмоманометра (измерителя артериального давления) механического с anerоидным манометром и фонендоскопа (стетоскопа) аускультативным методом АД > 110/70 мм рт. ст. [27].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Данные о нормальных значениях АД у детей в возрасте от 1 до 12 месяцев ограничены, при этом отсутствуют показатели для определения 95-го перцентиля АД. Имеющиеся в настоящее время данные свидетельствуют о том, что АД остается относительно неизменным у детей в интервале между периодом новорожденности и годовалым возрастом, что позволяет использовать для определения АД у младенцев в возрасте после одного месяца и до 12 месяцев нормативные данные для годовалых детей (см. Приложение А3, таблица 2).

2.1.4 Суточное мониторирование артериального давления

Показания к проведению СМАД у детей и подростков

• **Рекомендуется** проведение СМАД у детей и подростков по показаниям [1,2]:

- для подтверждения АД (и определения ее формы) у детей и подростков со стойким высоким АД на протяжении не менее 1 года;
- при величинах АД по данным офисных измерений, соответствующих 1-ой степени АД (на трех визитах) для исключения «гипертонии белого халата» (white coat hypertension) и назначения необоснованного гипотензивного лечения;
- для подтверждения АД при значительных колебаниях АД во время одного или нескольких визитов к врачу;
- при АД, резистентной к проводимому медикаментозному лечению;
- для оценки контроля АД у детей с поражением органов-мишеней;
- для исключения «маскированной гипертонии» при поражении органов-мишеней (гипертрофия левого желудочка, микроальбуминурия) и нормальном офисном/клиническом уровне АД;
- у пациентов группы риска по развитию АД с сахарным диабетом 1 и 2 типа, с хроническим заболеванием почек, с выраженным ожирением с нарушением дыхания во сне, прооперированных по поводу коарктации аорты, с трансплантацией почек, печени, сердца (таблица 3);
- при нормальном уровне офисного/клинического АД, но при гипертензивном ответе на физическую нагрузку;
- перед началом медикаментозной терапии антигипертензивными препаратами и в процессе лечения для оценки ее эффективности;
- при проведении научных исследований.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Интерпретация результатов СМАД

Интерпретацию результатов СМАД предлагается проводить компетентным специалистом; интерпретировать

Таблица 3. Состояния высокого риска, при которых показано проведение СМАД

Table 3. High-risk categories requiring ABPM

Состояния	Обоснование
Вторичная АД:	Выявление выраженной или ночной АД, указывающих на высокую вероятность вторичного происхождения АД
хроническая болезнь почек (ХБП) или структурные пороки развития почек	Выявление маскированной АД или ночной АД с целью коррекции уровня АД и замедления прогрессирования патологии почек
сахарный диабет 1 или 2 типа	Оценка аномального суточного ритма АД. Контроль АД снижает риск развития микроальбуминурии
трансплантация органов	Выявление маскированной АД или ночной АД для лучшего контроля АД
ожирение	Выявление АД белого халата и маскированной АД
синдром обструктивного ночного апноэ	Определение «non-dipping» и увеличение амплитуды и скорости утреннего подъема АД
коарктация аорты (после операции)	Диагностика стойкой и маскированной АД
генетические синдромы и врожденные пороки развития, ассоциирующиеся с АД (нейрофиброматоз, синдром Шерешевского-Тернера, синдром Вильямса, коарктация аорты, синдром Гиппеля-Линдау, синдром множественной эндокринной неоплазии)	АД, связанная с увеличением плотности стенки артерий, выявляется только с помощью СМАД
Лечение АД	Подтверждение эффективности терапии в течение суток
Недоношенность в анамнезе	Выявление «non-dipping» АД
Научные разработки, клинические испытания	Позволяет снижать объемы выборок

только записи СМАД надлежащего качества: 40-50 измерений в течение суток, 65-75% от всех возможных записей [1,28].

Средние значения АД (систолического, диастолического), оцениваются с учетом пола, возраста или длины тела по специальным центильным таблицам, разработанным на основании обследования репрезентативной выборки здоровых детей в возрасте от 5 до 16 лет [30] (см. Приложение А3, таблицы 7-10).

Помимо средних значений систолического, диастолического АД оцениваются [1,28]:

- максимальные и минимальные значения АД в различные периоды суток;
- показатели «нагрузки давлением» (индекс времени гипертензии, индекс площади гипертензии) за сутки, день и ночь;
- вариабельность АД;
- суточный индекс (степень ночного снижения АД);
- утренний подъем АД (величина и скорость утреннего подъема АД);
- длительность гипотонических эпизодов (индекс времени и индекс площади гипотензии).

Индекс времени (ИВ) гипертензии или «доля повышенного артериального давления» позволяет оценить время повышения АД в течение суток. Этот показатель рассчитывается по проценту измерений, превышающих нормальные показатели АД за 24 часа или отдельно для каждого времени суток.

В качестве критерия АГ у детей и подростков в дневной период времени принимается значения 95-го перцентиля для соответствующего пола, возраста и роста, а в ночной период — величину АД на 10% меньшую, чем в дневное время.

ИВ гипертензии у здоровых детей и подростков не должен превышать 10%.

АГ «белого халата» диагностируется при ИВ гипертензии в диапазоне от 10% до 25%. Лабильная АГ диагностируется при ИВ гипертензии от 25% до 50%. Стабильная АГ диагностируется при ИВ гипертензии более 50% в дневное и/или ночное время.

Гипертония «белого халата» — состояние, при котором АД при разовых измерениях на визитах к врачу более 95-го перцентиля, но значения АД нормальны при измерениях в домашних условиях и по результатам СМАД. Критерии диагностики гипертонии «белого халата» — средние значения САД и ДАД по данным СМАД ниже 95-го перцентиля для соответствующего роста, возраста и пола, при этом количество зарегистрированных повышений АД выше 95-го перцентиля менее 25%.

Маскированная АГ — нормальные значения АД при разовых/офисных измерениях, но повышенные значения по данным СМАД.

Индекс площади рассчитывают, как площадь фигуры, ограниченной кривой повышенного АД и уровнем нормального артериального давления.

Вариабельность АД рассчитывается по стандартному отклонению среднего значения АД. Для детей и подростков нормативы вариабельности АД не установлены. Для подростков 16 лет и старше можно использовать существующие в настоящее время нормативы вариабельности для старших возрастных групп: для САД в дневное и ночное время — 15 мм рт. ст., для ДАД в дневное время — 14 мм рт. ст., а в ночное время — 12 мм рт. ст.

Суточный индекс (СИ — степень ночного снижения АД) показывает разность между средними дневными и ночными значениями АД в процентах от дневной средней величины. Оптимальной является степень ночного снижения АД от 10 до 20% по сравнению с дневными показателями. По величине СИ выделяют четыре группы пациентов:

- 1) нормальная (оптимальная) степень ночного снижения АД (в англоязычной литературе — «dippers») — СИ 10-20%;
- 2) недостаточная степень ночного снижения АД («non-dippers») — $0 < СИ < 10\%$;
- 3) повышенная степень ночного снижения АД («over-dippers») — СИ $> 20\%$;
- 4) устойчивое повышение ночного АД («night-peakers») — СИ < 0 .

Противопоказания к проведению СМАД и возможные осложнения

• **Рекомендуется** применение метода СМАД у детей и подростков ввиду отсутствия абсолютных противопоказаний [1,2].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. При проведении СМАД возможные осложнения: отек предплечья и кисти; нетехнические кровоизлияния; контактный дерматит [1,2].

• **Не рекомендуется** проведение СМАД у детей в возрасте младше 5 лет, которые не могут спокойно переносить процедуру [1,2].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Также в настоящее время нет справочных данных для детей с ростом < 120 см, что затрудняет интерпретацию показателей СМАД [1,2].

Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) — метод оценки суточного ритма АД у детей и подростков в естественных условиях с использованием переносных мониторов АД. Результаты оценки уровня АД, полученные в процессе 24 часового амбулаторного мониторирования, имеют большее значение для диагностики и выбора тактики ведения пациентов с повышенным АД, чем значения офисного АД [28-30].

Средние значения АД (систолического, диастолического), дают представление об уровне АД у больного и наиболее точно отражают истинный уровень гипертензии, позволяют диагностировать гипертонию «белого халата» и маскированную АГ [28-30]. Имеется тесная корреляция между значениями амбулаторного и офисного АД у нормотензивных пациентов. Вместе с тем, у лиц с АГ значения систолического АД по данным СМАД более высокие по сравнению с офисными измерениями. Такая закономерность характерна как для детей, так и взрослых.

Синдром гипертонии «белого халата» выявляется у половины детей с высоким нормальным АД и АГ при измерении на визитах у врача [31]. В ряде исследований гипертония «белого халата» не ассоциируется с поражением органов мишеней [30], однако есть данные, что у подростков с гипертонией «белого халата» и с гипертензивным ответом на физическую нагрузку выявлена гипертрофия ЛЖ [32]. Возможность трансформации гипертонии «белого халата» у детей в стабильную АГ во взрослом возрасте требует дальнейшего изучения. Контроль уровня АД у таких детей и подростков должен проводиться по данным СМАД 1 раз в год.

Маскированная АГ встречается в 5,8% среди детей и подростков, у которых проведена СМАД, и чаще всего диагностируется у детей с ожирением и вторичной АГ (на фоне хронической болезни почек — ХБП и корригированной коарктации аорты), ассоциируется с риском поражения органов-мишеней [35]. Вероятность развития постоянной АГ у пациентов с маскированной АГ гораздо выше (7/100 больных в год) по сравнению с нормотензивными пациентами (0,6/100 больных в год) поданным 3-летнего наблюдения [34].

Результаты, полученные при СМАД, более информативны для предсказания повреждения органов-мишеней и более воспроизводимы, по сравнению со значениями однократного офисного измерения АД [28].

Программирование мониторов (план измерений)

План измерений предусматривает установление дневного (06:00-24:00) и ночного (00:00-06:00) периодов. Кратность измерений в дневной период — 1 раз в 15 минут, в ночной период — 1 раз в 30 минут. Периоды сна и бодрствования фиксируются пациентом нажатием кнопки «событие» на мониторе. Начало ночного периода (для расчетов) — примерно через 1 час после, а дневного — за 1 час до нажатия кнопки «событие». При статистической обработке данных, смещение дневного периода на ± 1 час не влияет на средние показатели. Редактирование продолжительности дневного и ночного интервалов возможно и после переноса данных из монитора в компьютер.

Методика установки монитора

Монитор помещается в футляр и закрепляется на теле пациента. Манжета подбирается в соответствии с длиной окружности плеча ребенка (см. Приложение А3, таблица 3). Для предотвращения неприятных ощущений, связанных с длительностью измерений (локальная потливость, механическое раздражение кожи и т.п.), манжету можно накладывать поверх тонкой сорочки, футболки с рукавом. Манжета закрепляется таким образом, чтобы штуцер трубки или метка «arteria» находились примерно над плечевой артерией. Выходная трубка должна быть направлена вверх, чтобы пациент, при необходимости, смог надеть поверх манжеты другую одежду. После установки монитора необходимо объяснить ребенку правила поведения в момент измерения и продемонстрировать одно измерение.

Во время проведения СМАД ритм жизни ребенка должен быть обычным, а при интенсивной физической, эмоциональной или умственной нагрузке, ребенок или его родители должны сделать соответствующую запись в дневнике. О начале измерения ребенок узнает по сдавливанию плеча вследствие нарастания давления в манжете. В этот момент, если пациент шел или бежал, необходимо остановиться, опустить руку с манжетой вдоль туловища, максимально расслабить мышцы руки, не шевелить пальцами. Если пациент сидел или лежал, надо оставить руку в том положении, в котором она находилась на момент включения прибора. Плановые измерения сопровождаются плавным нагнетанием воздуха в манжету и ступенчатым снижением давления. При неудачных измерениях, монитор после снижения давления, вновь накачивает воздух в манжету. Мониторы оснащены кнопкой «внеочередное измерение», которую пациент может нажать при возникновении приступа головной боли, боли в области сердца, головокружении и т.д. В этот момент произойдет внеочередное измерение АД и ЧСС. При

программировании мониторов целесообразно отключить предупредительный звуковой сигнал и дисплей, чтобы не отображались результаты плановых измерений, для снижения повышенного внимания детей к аппарату и предупреждения волнений от полученных высоких значений АД.

2.1.5 Измерение артериального давления на периферических артериях в домашних условиях

• **Рекомендуется** измерение АД на периферических артериях в домашних условиях у детей по клиническим показаниям: пациентам, получающим антигипертензивные средства; при подозрении на гипертонию «белого халата»; условиях, при которых необходим строгий контроль АД (пациенты с высоким риском) [7,8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Домашний мониторинг АД (или самоконтроль АД) не должен использоваться для диагностики АГ, гипертонии на «белый халат» и маскированной гипертонии, но может быть полезным дополнением к клиническому измерению АД и данным СМАД после диагностики АГ.

Многочисленные исследования показали, что родители могут проводить повторные измерения АД детям дома. Измерение дома (или самоконтроль) АД включает удобство и возможность получения повторных измерений с течением длительного времени. Кроме того, автоматические электронные осциллометрические измерители артериального давления просты в использовании, позволяют избежать потенциальные ошибки, такие как неточное сообщение и предпочтение цифр при записи АД [7,8].

• **Рекомендуется** измерять АД на периферических артериях в домашних условиях с помощью автоматического электронного осциллометрического измерителя артериального давления ежедневно в течение не менее 7 дней, как утром, так и вечером, у детей и подростков с целью дополнительной оценки АД [7,8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Измерение АД проводится в тихой комнате, пациент находится в положении сидя, спина и рука поддерживаются, после 5 минутного отдыха. Выполняется два измерения через 1-2 минуты и рассчитывается среднее значение АД. «Домашнее» артериальное давление — это среднее значение этих показаний. Значения АД в первый день измерений исключаются из анализа.

Есть несколько практических проблем с использованием домашнего измерения АД. Нет консенсуса относительно того, сколько домашних измерений в течение какого периода времени необходимо для оценки АД у детей. Отсутствуют нормативные данные для оценки АД у детей (за исключением единственного сравнительно небольшого исследования) [7]. Кроме того, необходимо учитывать, что только несколько автоматизированных устройств были проверены для использования в педиатрической популяции, а доступные размеры манжет для них ограничены [7,8].

2.2 Критерии установления диагноза, принципы формулировки диагноза

2.2.1 Сроки скрининга и показания к измерению АД у детей

• **Рекомендуется** проводить измерение АД на периферических артериях у детей, начиная с возраста 3-х лет. Часто-

та измерения АД на визитах у врача-педиатра составляет 1 раз в год [2,7,8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. В течение нескольких лет широко дебатировался вопрос необходимости скрининга АД и его сроков в педиатрической популяции. В рекомендациях Европейского общества по артериальной гипертензии [7] и Американской академии педиатрии сделано заключение о проведении скрининга АД всем детям и подросткам начиная с возраста 3 лет [8], что позволяет проводить раннюю диагностику бессимптомных форм АГ в детском возрасте.

• **Рекомендуется** проводить измерение АД на периферических артериях при каждом посещении врача-педиатра при отнесении ребенка или подростка в группу риска по формированию АГ с целью раннего выявления повышенного уровня АД [2,7,8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. К группе риска относятся дети и подростки с избыточной массой тела и/или ожирением (ИМТ ≥ 95 процентиля), с хроническими заболеваниями почек, с сахарным диабетом 1 и 2 типа, с коарктацией аорты (в т.ч. у прооперированных детей), пациенты, принимающие лекарственные средства, повышающие АД, а также дети с симптомами, потенциально связанными с гипертензией (головные боли, носовые кровотечения) [2,7,8].

• **Рекомендуется** проводить измерение АД на периферических артериях детям с рождения до 3-х лет при отнесении ребенка к группе риска по развитию АГ с целью раннего выявления повышенного уровня АД [2,7,8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Показанием для отнесения ребенка к группе риска по развитию АГ являются [2,7,8]:

- недоношенность при сроке гестации менее 32 недель, низкая масса тела при рождении;
- наличие неонатальной патологии, потребовавшей реанимационных мероприятий;
- наличие врожденных пороков сердца, в том числе прооперированных;
- повторные эпизоды инфекции мочевыделительной системы в анамнезе, стойкая гематурия и (или) протеинурия;
- наличие хронического заболевания почек (хронической почечной недостаточности) или урологических аномалий;
- наличие врожденных заболеваний почек в семейном анамнезе;
- произведенная трансплантация органа или костного мозга;
- наличие злокачественного заболевания;
- использование препаратов, повышающих АД;
- наличие у ребенка системных заболеваний, которые могут проявляться АГ (нейрофиброматоз, туберозный склероз, серповидно-клеточная анемия и пр.);
- случаи доказанной внутричерепной гипертензии.

2.2.2 Алгоритм оценки уровня артериального давления

• **Рекомендуется** проводить оценку уровня АД у детей и подростков до 16 лет с использованием специальных упро-

щенных центильных таблиц, составленных с учетом пола, возраста и длины тела пациентов, основанных на результатах популяционных исследований [1,2,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Диагностические критерии АГ у детей базируются на концепции увеличения уровня АД с возрастом и зависимости уровня АД от площади поверхности тела. В связи с этим, методика диагностики АГ, используемая у лиц старше 18 лет, основанная на единых критериях, для детей не применима. Она может быть использована только у подростков старше 16 лет, у которых зависимость АД от параметров веса и роста менее выражена [1,2,7-9].

Критерии оценки уровня АД и классификация артериальной гипертензии у детей и подростков представлены выше в разделе 1.5.

Этапы оценки АД у детей (Приложение Б, схема 1):

1) Вычисление средних значений САД и ДАД на основании трёх измерений АД, проведенных с интервалом 2-3 минуты.

2) Сопоставление средних значений САД и ДАД пациента, полученных по результатам трехкратного измерения АД на одном визите, с 90-м и 95-м процентилями АД, соответствующими полу, возрасту и процентилю роста пациента (см. Приложение А3, таблицы 4-6).

3) Сравнение средних значений САД и ДАД, зарегистрированных у пациента на трех визитах с интервалом между визитами от 2 недель до 6 месяцев, с 90-м и 95-м процентилями АД, представленным в Российских рекомендациях 2009 года [1], соответствующими полу, возрасту и процентилю роста пациента (см. Приложения Г4-Г6) для определения критериев нормального АД, высокого нормального АД или артериальной гипертензии. Значения 90 и 95 процентиля АД у новорожденных и детей первого года жизни представлены в Приложение А3, таблицы 1-2.

• У подростков старше 16 лет **рекомендуется** использовать единые критерии диагностики: нормального АД — менее 130/85 мм рт. ст., высокого нормального АД $\geq 130/85$ мм рт. ст. и $< 140/90$ мм рт. ст. и артериальной гипертензии $\geq 140/90$ мм рт. ст. [1,2,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Артериальная гипертензия подразделяется на две степени. Уровень АД при АГ 1 степени варьирует от 95-го до 99-го процентиля + 5 мм рт. ст. для детей младше 16 лет и 140-159/90-99 мм рт. ст. для подростков старше 16 лет. Уровень АД при АГ 2 степени более 99-го процентиля + 5 мм рт. ст. для детей младше 16 лет и $\geq 160/100$ мм рт. ст. для подростков старше 16 лет.

2.3 Обследование пациентов с артериальной гипертензией

2.3.1. Жалобы и анамнез

• **Рекомендуется** тщательный анализ данных семейного анамнеза у всех пациентов с АГ с целью выявления факторов, предрасполагающих к развитию заболевания [1,2,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Выясняется наличие в семье (родители, бабушки и дедушки, сибсы) артериальной гипертензии, сахарного диабета и других сердечно-сосудистых заболева-

ний, наследственных заболеваний почек (поликистоз, синдром Альпорта и др.) [1,2,7-9].

• **Рекомендуется** провести анализ анамнеза жизни всем пациентам с АГ с целью выявления факторов, предрасполагающих к развитию заболевания [1,2,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Уточняется патология беременности и родов, особенности течения раннего возраста (недоношенность, внутриутробная задержка развития, бронхолегочная дисплазия, внутриутробная гипоксия, гипоксия на первых месяцах жизни, катетеризация пупочной артерии, тромбоз почечных артерий/вен и др.), характер вскармливания) [1,2,7-9].

• **Рекомендуется** у всех пациентов с АГ тщательно выяснить наличие сопутствующих заболеваний, являющихся причиной вторичной АГ [1,2,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. К ним относятся хронические болезни почек, включая наследственные и приобретенные заболевания, эндокринная патология; неврологическая патология. Собираются данные о болезнях сердца и системных заболеваниях соединительной ткани [1,2,7-9].

• **Рекомендуется** уточнить у всех пациентов прием лекарственных средств, повышающих АД [1,2,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. К лекарственным средствам, которые могут повышать АД, относят: симпатомиметики центрального действия (N06BA), кортикостероиды системного действия (H02A), нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты (M01A), неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов (N06AA), гормональные контрацептивы системного действия (G03A), ингибиторы кальциневрина (L04AD), и другие стимуляторы, в т.ч. растительного происхождения (пищевые добавки) (см. Приложение А3, таблица 11).

• **Рекомендуется** у всех пациентов проанализировать особенности клинического течения АГ [1,2,7-9]:

- клинические симптомы — жалобы (головная боль, рвота, гипертонические кризы, вертиго, нарушения зрения, носовые кровотечения, лицевой паралич, судороги, синкопы, боли в груди, тахикардия);
- наличие гипертонических кризов;
- возраст дебюта АГ и продолжительность АГ; уровень АД (обычный, максимальный, вариабельность);
- проводимую в настоящее время и ранее гипотензивную терапию и ее эффективность.

• **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)**

• **Рекомендуется** у всех пациентов оценить наличие предрасполагающих факторов и сопутствующих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний [1,2,7-9]:

- сахарный диабет;
- дислипидемия;
- повышение массы тела и ожирение;
- нарушение сна (храп, апноэ);
- нарушение пищевых привычек (избыточное потребление поваренной соли, склонность к досаливанию пищи);
- низкий уровень физической активности;

- черепно-мозговая травма;
- травма живота;
- преждевременное половое развитие (появление вторичных половых признаков у девочек до 8 лет, у мальчиков — до 10 лет);
- употребление алкоголя, курение;
- неблагоприятные психологические и средовые факторы (характер учебы и работы, атмосфера в семье, образовательный и эмоциональный статус родителей или опекунов, социально-экономические показатели семьи, жилищные условия, характер работы родителей, уровень взаимопонимания).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Анамнестические данные имеют крайне важное значение для установления этиологии АГ, выяснения провоцирующих факторов, определения особенностей клинического течения заболевания [1,2,7-9].

2.3.2. Физикальное обследование

• **Рекомендуется** всем пациентам с АГ физикальное исследование, включающее [1,2,7-9]:

1. антропометрические исследования (измерение массы тела, измерение роста и определение окружности талии) — вычисление индекса массы тела (индекса Кетле) как отношения массы тела в кг к квадрату длины тела в м² с оценкой его клинической значимости (см. Приложение А3, таблица 12);
2. измерение АД на периферических артериях верхних и нижних конечностей: при АГ АД на верхних и нижних конечностях повышено, АД на руках равно или незначительно превышает таковое на нижних конечностях. При коарктации аорты АД на ногах ниже по сравнению с АД на руках;
3. осмотр кожных покровов: при визуальном осмотре терапевтическом следует обратить внимание на «черный» акантоз (acanthosis nigricans); пятна цвета «кофе с молоком»; сетчатое ливедо (livedo reticularis); стрии; нейрофиброматозные узлы; подмышечные веснушки; повышенная влажность кожи; бледность; холодные ладони, стопы;
4. исследование области шеи: пальпация терапевтическая с целью выявления увеличения щитовидной железы, набухания яремных вен, аускультация при сосудистой патологии с целью выявления шума над сонной артерией;
5. исследование сердечно-сосудистой системы: пальпация терапевтическая с исследованием пульса на периферических артериях на обеих руках (асимметрия пульса на лучевых артериях), на бедренных артериях (ослабленный пульс); определением верхушечного толчка, сердечного толчка; аускультация терапевтическая с целью измерения частоты сердцебиения, выявления сердечных щелчков, III и IV тонов сердца; систолического шума, шума на спине (коарктация аорты, стеноз аорты);
6. исследование органов дыхания: перкуссия терапевтическая, аускультация легких с целью выявления физикальных признаков поражения (тахипное, хрипы);
7. исследование органов брюшной полости: перкуссия терапевтическая, пальпация терапевтическая с целью выявления объемных образований, патологической

- пульсации, гепатоспленомегалии; аускультация терапевтическая с целью выявления шума над брюшной аортой, над почечными артериями;
8. исследование неврологического статуса: симптомы предшествующих нарушений мозговой гемодинамики; нарушения иннервации III и VI пар черепно-мозговых нервов, гемипарезы (осложнения инсультов).
 9. оценка полового развития по шкале Таннера (см. Приложение А3, таблица 13), также исключается вирилизация (врожденная адреналовая гиперплазия).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Клиническое обследование проводится для диагностики первичной или вторичной АГ и определения стадии заболевания, выявления поражения органов-мишеней, выявления сопутствующих факторов риска ССЗ [1,7,8].

В таблице 4 суммированы клинические симптомы, помогающие проводить определение причины вторичной АГ.

- **Рекомендуется** всем пациентам клиническая оценка состояния вегетативной нервной системы [1,2].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. С целью выявления нарушений вегетативной нервной системы пациентам проводится оценка исходного вегетативного тонуса по клинической таблице А.М. Вейна с соавт., модифицированной для детей Н.А. Белоконь с соавт. (см. Приложение А3, таблица 14), в которой зафиксированы клинические, электрофизиологические и лабораторные показатели. В норме число ваготонических симптомов не превышает 8, число симпатикотонических симптомов не более 4.

Особенно актуальна оценка исходного вегетативного тонуса у пациентов с синдромом гипертензии «белого халата» и лабильной артериальной гипертензией для включения в план лечения дифференцированной коррекции вегетативных нарушений.

2.3.3. Лабораторные диагностические исследования

- **Рекомендуется** всем пациентам с АГ проведение исследований для выявления заболеваний почек:

Общий (клинический) анализ мочи (микроскопическое исследование осадка мочи для выявления эритроцитов,

Таблица 4. Признаки, свидетельствующие о возможном вторичном характере АГ

Table 4. Clinical signs indicating the possible secondary hypertension

Признак	Возможная причина
Тахикардия	Гипертиреоз, феохромоцитомы, нейробластома
Ослабление пульса на нижних конечностях; резкое снижение АД на ногах по сравнению с АД, измеренным на руках	Коарктация аорты
Экзофтальм	Гипертиреоз
Изменения сосудов сетчатки	Выраженная АГ, часто имеющая вторичный характер
Гипертрофия миндалин и аденоидов, храп в анамнезе	Ночное апноэ
Задержка роста	Хроническая болезнь почек
Задержка роста, ожирение	Синдром Кушинга
Грудно-поясничное ожирение	Синдром резистентности к инсулину
Бледность, гиперемия, потливость	Феохромоцитомы
Акне, гирсутизм, стрии	Синдром Кушинга, злоупотребление анаболиками
Пятна цвета «кофе с молоком»	Нейрофиброматоз
Аденома сальных желез	Туберозный склероз
Сыпь на лице по типу «бабочки»	Системная красная волчанка
Черный акантоз	Сахарный диабет 2 типа, метаболический синдром
Анемия	Заболевания почек
Боли в области сердца, сердцебиение	Заболевания сердца
Гипертелоризм сосков	Синдром Шерешевского-Тернера
Сердечные шумы	Коарктация аорты
Шум трения перикарда	Перикардит
Усиленный верхушечный толчок	Гипертрофия левого желудочка
Образование в брюшной полости	Опухоль Вильмса, нейробластома, феохромоцитомы
Шум в эпигастральной области или в боковых отделах живота	Стеноз почечной артерии
Пальпируемые почки	Поликистозная болезнь почек, гидронефроз, мультикистоз перерождение почки
Неопределенность пола или вирилизация гениталий	Врожденная гиперплазия коры надпочечников
Инфекция мочевой системы, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, гематурия, отеки, слабость, травма живота в анамнезе	Заболевания почек
Артриты	Системные заболевания соединительной ткани
Мышечная слабость	Гиперальдостеронизм, синдрома Лиддла
Гипокалиемия, головная боль, головокружение, полиурия, никтурия	Ренинома (ренин-секретирующая юкстагломерулярная опухоль почки)
Мышечная слабость, гипокалиемия	Моногенные формы АГ (синдромы Лиддла, «много избытка минералокортикоидов», глюкокортикоид-опосредованный альдостеронизм)

лейкоцитов, эпителиальных клеток, цилиндров, кристаллических и аморфных солей) [1,2,7-9];

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня натрия в крови, исследование уровня калия в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня мочевой кислоты в крови, исследование уровня глюкозы в крови, исследование уровня креатинина в крови с расчетом скорости клубочковой фильтрации) [1,2,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Определение расчетной скорости клубочковой фильтрации в детском возрасте проводится по модифицированной «прикроватной» формуле Schwartz от 2009 г. ($\text{pСКФ (мл/мин/1,73 м}^2) = 41,3 \times (\text{рост, см/ креатинин крови, мкмоль/л})$), или уравнению Schwartz-Lyon 2012 г. ($\text{pСКФ (мл/мин/1,73 м}^2) = k \times (\text{рост, см/ креатинин крови, мкмоль/л})$, где $k=32,5$ – для девочек всех возрастов и мальчиков < 13 лет и $k=36,5$ для мальчиков ≥ 13 лет) или формуле Pottel 2012 г. ($\text{pСКФ (мл/мин/1,73 м}^2) = 107,3/(\text{креатинин крови ребенка/ средний уровень креатинина крови для данного возраста})$) при условии, что лабораторный метод определения креатинина стандартизирован по масс-спектрометрии.

У детей в возрасте от 1 месяца до 2 лет следует использовать формулу Pottel (2012 г.) или FlandersMetadata (2014 г.): $\text{pСКФ (мл/мин/1,73 м}^2) = (0,0414 \times \text{Ln (возраст, лет)}) + 0,3018 \times \text{рост (см)/ креатинин крови (мг/дл)}$ [35].

У детей старше 16 лет для подсчета СКФ использовать формулу 2009 СКД-EPI (с расчетом по креатинину крови) или 2012 СКД-EPI (с расчетом по креатинину и цистатину С крови), используемую в клинической практике для пациентов старше 18 лет [7]. Для расчета СКФ рекомендуется использовать онлайн-калькуляторы, одобренные профессиональными обществами: eGFR Calculator NKF (Национального почечного фонда), QxMD, Kidney.wiki, EKFC Equation-Calculator.

Определение повышенного уровня мочевой кислоты в сыворотке крови чаще ассоциировано с избыточной массой тела.

• **Рекомендуется** всем пациентам с АГ определение альбумина в моче (в суточной моче и/или утренней порции мочи), определение количества белка в суточной моче, исследование уровня креатинина в моче (для расчета отношения альбумин/ креатинин) с целью оценки поражения почек как органа — мишени [1,2,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• **Рекомендуется** анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический (исследование уровня холестерина в крови, исследование уровня триглицеридов в крови, исследование уровня холестерина липопротеинов низкой плотности в крови, исследование уровня холестерина липопротеинов высокой плотности в крови) всем пациентам с АГ для выявления нарушений липидного обмена [1,2,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• **Рекомендуется** исследование мочи методом Зимницкого, определение количества белка в суточной моче, опре-

деление альбумина в моче пациентам при подозрении на ренальный генез АГ для выявления изменений (протеинурии, альбуминурии и/или нарушений концентрационной функции почек) [1,2,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• **Рекомендуется** проведение глюкозотолерантного теста и/или исследование уровня гликированного гемоглобина в крови пациентам с ожирением/или избыточной массой тела или с уровнем глюкозы крови натощак $\geq 5,6$ ммоль/л для выявления нарушений углеводного обмена [1,2,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• **Рекомендуется** исследование уровня гликированного гемоглобина в крови пациентам при сочетании АГ и ожирения для выявления нарушений углеводного обмена [1,2,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• **Рекомендуется** исследование уровня метанефринов в крови, исследование уровня метанефринов в моче, исследование уровня метилированных катехоламинов в крови, исследование уровня катехоламинов в моче пациентам с подозрением на феохромоцитому, при кризовом течении АГ с целью выявления повышенного уровня катехоламинов [1,2,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• **Рекомендуется** исследование уровня ренина в крови, исследование уровня альдостерона в крови пациентам с АГ с целью оценки активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы при подозрении на реноваскулярную гипертензию, первичный гиперальдостеронизм, на минералокортикоид-зависимые заболевания, моногенные формы артериальной гипертензии [1,2,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Высокая активность ренин-альдостероновой системы характерна для реноваскулярной гипертензии (преимущественно за счет повышения ренина), первичного гиперальдостеронизма (повышение альдостерона). Очень низкая ренин-альдостероновой системы характерна для минералокортикоид-зависимых заболеваний и некоторых моногенных форм артериальной гипертензии.

• **Рекомендуется** исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови, исследование уровня общего трийодтиронина (Т3) в крови, исследование уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови, определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови, определение содержания антител к тиреоглобулину в сыворотке крови пациентам с АГ при подозрении на патологию щитовидной железы с целью выявления гипертиреоза/ гипотиреоза [1,2,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Рекомендуется исследование уровня адренокортикотропного гормона (АКТГ) в крови, а также двух тестов из следующих: исследование уровня кортизола в суточной моче, исследование циркадного ритма кортизола в плазме крови, исследование уровня кортизола слюны в 23.00, проведение супрессивного 48-часового теста с #дексаметазоном** (при весе > 40 кг — по 0,5 мг каждые 6 часов в те-

чение 48 часов; при массе < 40 кг — из расчета 30 мкг/кг/сут. в течение 48 ч.) детям с АГ при подозрении на болезнь Иценко-Кушинга с целью исключения АКГГ-зависимого и АКГГ-независимого гиперкортицизма [1,2,7-9, 36,37].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Исследование уровня адренкортикотропного гормона (АКТГ) в крови, супрессивный тест с 1 мг #дексаметазона** чаще используется во взрослой популяции, так как у детей получены данные о его более низкой чувствительности и специфичности [37]

#Применение препарата у детей off label: вне возрастных показаний назначается по решению врачебной комиссии, после получения информированного согласия родителей и детей в возрасте старше 15 лет

• **Рекомендуется** исследование уровня паратиреоидного гормона в крови, исследование уровня общего кальция в крови, исследование уровня ионизированного кальция в крови пациентам с АГ при подозрении на гиперпаратиреозидизм с целью выявления повышенного уровня паратиреоидного гормона и оценки уровня кальцемии (гиперкальциемия, нормокальциемия) [1,2,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• **Рекомендуется** молекулярно-генетическое исследование пациентам с злокачественной АГ, рефрактерной к гипотензивной терапии с целью исключения синдромальных/моноклониальных форм АГ: синдром мнимого избытка минералокортикоидов (мутации в гене *HSD11B2*); глюкокортикоид-опосредованный гиперальдостеронизм (*CYP11B1* или *CYP11B2*); псевдоальдостеронизм, синдром Лиддла (*SCNN1A*, *SCNN1B* и *SCNN1G*); псевдогипоальдостеронизм тип 2, синдром Гордона (мутации в генах *WNK4*, *WNK1*, *KLHL3*, *CUL3* [1,2,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Данные состояния подозреваются при злокачественной рефрактерной гипертензии в сочетании с низким уровнем ренина, семейной истории раннего дебюта гипертензии/смерти от цереброваскулярных заболеваний. Выявление мутантного гена позволяет верифицировать причину АГ и в ряде случаев провести патогенетическую терапию. При синдромальных формах АГ: врожденной гиперплазии надпочечников (дефицит 11 β -гидроксилазы, 17 α -гидроксилазы, нейрофиброматоз, болезнь Гиппеля-Линдау и синдромы множественной эндокринной неоплазии) также показано молекулярно-генетическое обследование.

Рутинные лабораторные тесты помогают выявить патологические изменения в органах-мишенях и наличие некоторых факторов риска. Оптимальный объем исследований определяется анамнестическими данными, результатами клинического обследования и наличием ранее выявленных сопутствующих заболеваний [1,2,7-9].

При обследовании больного АГ необходимо идти от простых методов исследования к более сложным. На первом этапе выполняют рутинные исследования, обязательные для каждого больного с диагностированной АГ. Если на этом этапе у врача отсутствуют основания подозревать вторичный характер АГ и полученных данных достаточно для четкого определения группы риска пациента и, со-

ответственно, тактики лечения, то на этом обследование может быть закончено. На втором этапе предлагаются дополнительные исследования для уточнения формы вторичной АГ, оценки факторов риска [1,2,7-9].

2.3.4. Инструментальные диагностические исследования

• **Рекомендуется** проведение суточного мониторирования АД (СМАД) всем пациентам с АГ старше 5-летнего возраста [2,4,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Показания и критерии оценки СМАД изложены выше в разделе «Суточное мониторирование артериального давления». СМАД позволяет верифицировать начальные отклонения в величине суточного АД, проводить дифференциальную диагностику АГ, определяя лабильную и стабильную АГ, диагностировать маскированную гипертензию [2,33,34], оценивать эффективность терапии [31]. Данные СМАД у детей позволяют избежать гипердиагностики АГ за счет выявления избыточной тревожной реакции в виде повышения АД, связанного с врачебным осмотром — феномен «гипертонии на белый халат» и назначения необоснованной гипотензивной терапии [2,30,32].

• **Рекомендуется** проведение эхокардиографии всем пациентам с АГ [2,7-9,38,39].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Эхокардиография (Эхо-КГ) — обязательный метод диагностики при АГ, позволяет исключить органическую патологию сердца (врожденные и приобретенные пороки сердца, кардиомиопатию), выявить признаки гипертрофии левого желудочка. Эхокардиографическими критерии гипертрофии изложены в разделе поражение органов мишеней. ЭхоКГ-критерии ремоделирования миокарда изложены в разделе «Диагностика поражения органов-мишеней».

• **Рекомендуется** повторное проведение эхокардиографии пациентам с АГ для оценки динамики состояния миокарда с интервалом 6–12 месяцев [2,7-9,38,39].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• Регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) **рекомендуется** всем пациентам с АГ [2, 7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. ЭКГ позволяет оценить признаки гипертрофии миокарда, перегрузки предсердий и состояние конечной части желудочкового комплекса. Электрокардиографическими критериями гипертрофии миокарда левого желудочка являются индекс Соколова-Лайона ($SV1+RV5-6 > 35$ мм) и Корнельское произведение ($RAVL+SV3$) мм \times QRS мс > 2440 мм \times мс). Вместе с тем ЭКГ критерии гипертрофии миокарда у детей обладают высокой специфичностью, но низкой чувствительностью [7].

• **Рекомендуется** офтальмоскопия всем пациентам с АГ [2,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Офтальмоскопия — обязательный метод диагностики при АГ; позволяет обнаружить изме-

нения, связанные с повышением АД: сужение и извитость мелких артерий, возможно расширение вен глазного дна.

- **Рекомендуется** проведение УЗИ почек всем пациентам с АГ для исключения объемных образований почек, врожденных аномалий, поликистоза [2,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

- **Рекомендуется** выполнение дуплексного сканирования артерий почек пациентам с АГ при подозрении на стеноз почечных артерий для сонографической визуализации сосудов почек и регистрации параметров кровотока [2,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Стеноз почечных артерий предполагается при АГ 2-й степени, чаще диастолического или систоло-диастолического характера, у детей без избыточной массы тела, нередко с гипокальциемией.

- **Рекомендуется** проведение скинтиграфии почек и мочевого выделительной системы, скинтиграфии почек и мочевого выделительной системы с функциональными пробами пациентам при подозрении на ренальный/ вазоренальный генез АГ для оценки перфузии и функции почек [2,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

- **Рекомендуется** проведение магнитно-резонансной томографии почек с контрастированием, внутривенной урографии пациентам с обязательной рентгенограммой в ортоположении при подозрении на ренальный/вазоренальный генез АГ для визуализации размеров и структуры почек и почечных сосудов [2,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Ренальный/вазоренальный генез АГ предполагается при АГ 2-й степени, повышении ДАД, увеличении размеров почки при проведении УЗИ, возможна гипокальциемия, аускультативное определение шума в эпигастрии [2,7,8].

- **Рекомендуется** проведение компьютерно-томографической ангиографии одной анатомической области, компьютерно-томографической ангиографии аорты, ангиографии сосудов почек пациентам с АГ при подозрении на врожденную и приобретенную патологию аорты или почечных сосудов для визуализации аорты и/или почечных сосудов [2,7].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Ангиография сосудов почек является золотым стандартом верификации патологии почечных артерий.

- **Рекомендуется** проведение рентгенографии кисти пациентам с АГ при подозрении на гиперпаратиреозидизм, пациентам с низкорослостью для выявления характерных костных проявлений (остеопороз, низкотравматичные переломы и фиброзно-кистозный остеоит) [2,7,8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

- **Рекомендуется** проведение теста с однократной физической нагрузкой меняющейся интенсивности с использованием эргометра (велоэргометрия, тредмил-тест) с целью выявления гипертензивной реакции АД на физическую нагрузку у пациентов с АГ [2,7,40, 44].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Является желательным методом диагностики. По данным длительных исследований показано, что уровень АД во время физической нагрузки достоверный предиктор уровня АД в покое в дальнейшей жизни [3,4]. Гипертензивная реакция АД на физическую нагрузку часто выявляется у пациентов с гипертонией «белого халата» [34, 44]. Гипертензивная реакция АД на физическую нагрузку также ассоциируется с развитием гипертрофии левого желудочка и ремоделирования сосудистой стенки [42]. По данным рекомендаций по ведению больных с АГ у взрослых нормотензивным пациентам с гипертензивной реакцией на нагрузку должно проводиться СМАД для исключения маскированной гипертензии [38].

- **Не рекомендуется** в рутинной клинической практике у детей с АГ проведение дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий с цветным доплеровским картированием кровотока, дуплексного сканирования экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий, дуплексного сканирования интракраниальных отделов брахиоцефальных артерий [2,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. У взрослых пациентов с АГ позволяет выявить признаки ремоделирования (гипертрофии) брахиоцефальных артерий по увеличению толщины комплекса «интима-медиа» (ТИМ) более 0,9 мм. Утолщение комплекса «интима-медиа» более 1,3 мм или локальное утолщение на 0,5 мм или на 50% относительно соседних участков в области бифуркации или внутренней сонной артерии расценивается как признак ее атеросклеротического поражения [3,4,38]. Однако у детей до настоящего времени отсутствуют референсные значения этого показателя, в связи с чем, рутинное проведение исследования сосудов с целью поиска ранних признаков атеросклероза, например, измерение скорости пульсовой волны каротидного комплекса интима-медиа, детям не целесообразно [2,7,8].

2.3.5. Дифференциальная диагностика первичной и вторичной артериальной гипертензии

Первичная артериальная гипертензия, в большинстве случаев выявляется у детей старше 6 лет, на фоне отягощенной наследственности по АГ у родственников 1-й и 2-й степени родства, часто на фоне избыточной массы тела или ожирения. Уровень повышения АД, как правило, более высокий при вторичной АГ по сравнению с первичной. При первичной АГ чаще выявляется систолический характер гипертензии, при вторичной — систоло-диастолический. Окончательная постановка диагноза возможна после исключения вторичных причин АГ.

Ренальная и вазоренальная АГ. Первое место по представленности среди симптоматических АГ занимает почечная и вазоренальная гипертензия, связанная с врожденной или приобретенной патологией почек и почечных сосудов. Основные причины ренальной АГ: приобретенные заболевания (гломерулонефрит, пиелонефрит, новообразования почки) и наследственная патология почек (наследственный поликистоз почек, синдром Альпорта). Патогенез симптоматической гипертонии при заболевании почек обусловлен: повышением активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, нарушением водно-солевого обмена с подавлением активности депрессорной функции почек, нарушением продукции кининов

и простагландинов. Основные причины вазоренальной гипертензии: пороки развития почечных сосудов, фибро-мышечная дисплазия почечных сосудов; аортоартериит; узелковый периартериит. Клиническими маркерами вазоренальной гипертензии являются: выраженная АГ 2 степени, чаще диастолического характера, в большинстве случаев пациенты имеют нормальную массу тела, возможен систолический шум в области проекции почечных артерий (в области брюшной полости), асимметрия АД на конечностях, возможен распространенный артериоспазм и нейроретинопатия. Характерно повышение уровня ренина на фоне снижения почечного кровотока. Инструментальное исследование для верификации диагноза должно включать: дуплексное сканирование артерий почек, сцинтиграфию почек и мочевыделительной системы, ангиографию сосудов почек или магнитно-резонансную томографию, урографию с контрастированием

Врожденный стеноз почечных артерий — наиболее частая причина реноваскулярной гипертензии у детей. Характерно высокое, стойкое повышение АД, преимущественно диастолического характера, рефрактерное к проводимой гипотензивной терапии. Физикально часто прослушивается систолический шум в области пупка, а также в эпигастральной области, соответствующей месту отхождения почечной артерии от брюшной аорты. Рано развиваются изменения в органах мишенях: гипертрофия левого желудочка, выраженные изменения на глазном дне.

Фибромышечная дисплазия почечных артерий чаще встречается у лиц женского пола. По данным ангиограмм стеноз чаще локализуется в средней части почечной артерии. Артерия имеет вид четок, коллатеральная сеть не выражена. Основной вид лечения — транслюминальная баллонная ангиопластика почечной артерии, стентирование почечных артерий

Аорто-артериит неспецифический — «болезнь отсутствия пульса» или болезнь Такаясу является относительно редкой патологией у детей. Клинические проявления заболевания характеризуются выраженным полиморфизмом. На начальной стадии заболевания преобладают общие воспалительные симптомы, проявляющиеся повышением температуры тела, миалгиями, артралгиями, узловатой эритемой. Эти изменения соответствуют начальной стадии сосудистого воспаления. Дальнейшие клинические проявления связаны с развитием стенозирования артерий, с последующей ишемией соответствующего органа. Клиническая симптоматика при болезни Такаясу характеризуются асимметрией или отсутствием пульса и АД на лучевых артериях, определяется систолический шум над пораженными артериями. Характерно поражение аортального клапана (недостаточность) и митрального клапана (недостаточность), развитие миокардита, возможна легочная гипертензия, симптомы сердечной недостаточности. АГ имеет злокачественный характер и связана со стенотической и тромботической окклюзией почечных артерий, аортальной регургитацией с повреждением барорецепторов каротидного и аортального синусов, снижением эластичности аорты, стенозом сонных артерий, приводящих к ишемии мозга и раздражению хеморецепторов и вазомоторных центров продолговатого мозга.

Узелковый периартериит. Заболевание характеризуется злокачественной АГ, специфическими изменениями со стороны кожи в сочетании с абдоминальными и коронар-

ными болями, полиневритами, гипертермией, выраженными воспалительными изменениями со стороны крови. В основе заболевания лежит васкулит мелких и средних артерий, приводящий к поражению почечных артерий. Верифицируется диагноз с помощью биопсии кожи.

Коарктация аорты встречается у 8% больных с врожденными пороками сердца, является наиболее частой причиной АГ у детей раннего возраста. Клиническая картина зависит от места, степени сужения аорты и развития коллатералей. Основным симптомом отсутствие или ослабление пульса на нижних конечностях, при этом пульс на верхних конечностях усилен. АД на руках равно или значительно выше, чем на АД ногах. В тяжелых случаях АД на ногах ниже на 20 мм рт. ст. и более по сравнению с АД на руках. Выслушивается грубый систолический шум над сердечной областью, над ключицами, проводящийся на спину. При рентгенографии выявляется кардиомегалия у детей первого года жизни. У детей старшего возраста при поздней диагностике, при развитых коллатералях выявляется узурация ребер в местах локализации межреберных артерий. Розовая окраска кожи лица и груди сочетается с бледной холодной кожей на нижних конечностях. Часто имеется пульсация в яремной ямке и области сонных артерий. На коже грудной клетки образуется обширная сеть коллатералей. Основным методом лечения — хирургический. Следует подчеркнуть, что даже после успешной операции резекции коарктации аорты с наложением аностомоза сохраняется высокий риск развития АГ, который составляет пациентов, составляя от 17% до 77% [47,48]. При этом значение АД при визитах к врачу, как правило, в норме, а АГ выявляется чаще при домашних измерениях, или по данным СМАД. Для диагностики АГ после оперативного лечения коарктации аорты обязательно следует проводить СМАД для выявления маскированной гипертензии [49].

Артериальная гипертензия эндокринного генеза. Согласно эпидемиологическим данным, вторичные формы АГ, обусловленные эндокринными причинами, являются достаточно редким состоянием (0,05-6%) [36]. Особенности эндокринных форм АГ являются кризовое течение АГ, резистентность или недостаточная эффективность стандартной гипотензивной терапии (целевые значения АД не достигнуты, несмотря на титрацию доз медикаментов и их комбинации), дебют заболевания ранее 6 летнего возраста. Перечень диагностических процедур у пациентов с предполагаемой вторичной АГ эндокринного генеза представлен в таблице 5.

Применение препарата у детей off label: вне возрастных показаний назначается по решению врачебной комиссии. После получения информированного согласия родителей и детей в возрасте старше 15 лет

Моногенные формы АГ включают:

- Синдром мнимого избытка минералокортикоидов
- Глюкокортикоид-опосредованный гиперальдостеронизм (псевдогиперальдостеронизм, тип 1)
- Псевдогипоальдостеронизм тип 2 (синдром Гордона)
- Псевдоальдостеронизм (синдром Лидлла)

Заболевания характеризуются тяжелым течением АГ, рефрактерностью к стандартной гипотензивной терапии.

Синдром мнимого избытка минералокортикоидов — аутосомно-рецессивное заболевание возникает при мутациях в гене *HSD11B2*, локализуемом на длинном плече 16

хромосомы (16q22), приводящих к нарушению метаболизма кортизола. Клинические проявления задержка роста, полиурия. Основные лабораторные критерии: гипокалемия, метаболический алкалоз, низкий ренин и альдостерон крови, минералокортикоиды в норме, снижение АКТГ.

Глюкокортикоид-опосредованный гиперальдостеронизм (псевдогиперальдостеронизм, тип 1). Наследование аутосомно-доминантное, возникает при мутациях генов *CYP11B1* или *CYP11B2* расположенных на длинном плече 8 хромосомы. Клинические проявления задержка роста, полиурия. Характеризуется нарушением метаболизма кортизола. Основные лабораторные критерии: гипокалемия, метаболический алкалоз, низкий ренин, альдостерон высокий, нормализация уровня альдостерона на фоне приема глюкокортикоидов.

Псевдогипоальдостеронизм тип 2, синдром Гордона. Наследование аутосомно-доминантное, возникает при мутациях в генах *WNK4* (17q21.2), *WNK1*(12p13.3), *KLHL3* (5q31), *CUL3* (20q36.2), что приводит к нарушению функции эпителиального тиазид-чувствительного натрий-хлорного котранспортера, повышенной реабсорбции натрия и формированию объемозависимой АГ. Основные клинические проявления: задержка роста, дистидроз, мышечная слабость, тошнота; лабораторные критерии: гиперкалемия при нормальной скорости клубочковой фильтрации, гиперхлоремический метаболический алкалоз, низкий ренин и альдостерон плазмы.

Псевдоальдостеронизм (синдром Лиддла). Наследование аутосомно-доминантное, возникает при мутациях генов, расположенных на коротком плече 16 хромосомы *SCNN1A* (12p13.31), *SCNN1B* и *SCNN1G* (16p12.2). Клинические проявления задержка роста, полиурия. Характеризуется нарушением активности почечного амилорид чувствительного эпителиального натриевого канала, что приводит к повышенной реабсорбции натрия и подавлению секреции альдостерона. Заболевание дебютирует

очень рано. Основные лабораторные критерии: гипокалемия, метаболический алкалоз, низкий ренин и альдостерон крови.

2.3.6. Диагностика поражения органов-мишеней

Гипертрофия левого желудочка

• **Рекомендуется** определить индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) и относительную толщину стенки левого желудочка (ОТСЛЖ) по данным параметров эхокардиографии всем детям с АГ для оценки гипертрофии миокарда и ремоделирования левого желудочка [1,7,8, 39,41,42].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 4)

Комментарии. Для определения ИММЛЖ показатель массы миокарда следует разделить на показатель длины тела в степени 2,7. Эхокардиографические критерии гипертрофии ЛЖ, соответствующие значению ИММЛЖ (в г/м^{2,7}) ≥ 95 -го перцентиля в соответствии с возрастом и полом приведены в Приложении А3, таблица 15.

Гипертрофия миокарда левого желудочка (ГЛЖ) является наиболее значимым и явным поражением органов-мишеней у детей и подростков. ГЛЖ определяется, если масса миокарда левого желудочка или относительная толщина стенки ≥ 95 -го перцентиля в соответствии с возрастом и полом [1,7,8, 39, 41, 42].

30-40% детей с первичной АГ имеют индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) более 95 перцентили [7,8,42]. Эхокардиографическим критерием ГЛЖ, соответствующим значению 99-го перцентиля кривой популяционного распределения у пациентов старше 8 лет, считается: у мальчиков ИММЛЖ $\geq 47,58$ г/м^{2,7}, у девочек ИММЛЖ $\geq 44,38$ г/м^{2,7} [39]. Жестким критерием выраженной гипертрофии миокарда является – индекс массы миокарда ЛЖ у детей старше 8 лет, независимо от пола ≥ 51 г/м^{2,7} или у подростков с нормальной массой тела ≥ 116 г/м² площади

Таблица 5. Перечень диагностических процедур у пациентов с предполагаемой вторичной АГ эндокринного генеза

Table 5. Diagnostic procedures in patients with suspected endocrine hypertension

Наименование патологии	Лабораторные и диагностические процедуры
Заболевания щитовидной железы	Исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови, исследование уровня свободного трийодтиронина (СТ3) в крови, исследование уровня свободного тироксина (СТ4) в крови; определение содержания антител к тиреопероксидазе в определении содержания антител к тироглобулину в сыворотке крови
Феохромоцитома	Исследование уровня метанефринов в крови, исследование уровня метилированных катехоламинов в крови и суточной моче. Визуализирующее обследование (УЗИ надпочечников; КТ или МРТ надпочечников), проводится только при повышенном уровне метанефина и/или норметанефина.
Синдром Иценко-Кушинга	Исследование уровня адренокортикотропного гормона (АКТГ) в крови, а также двух тестов из следующих: исследование уровня кортизола в суточной моче, исследование циркадного ритма кортизола в плазме крови, исследование уровня кортизола слюны в 23.00, проведение супрессивного 48-часового теста с #дексаметазоном** (при весе > 40 кг — по 0,5 мг каждые 6 часов в течение 48 часов; при массе < 40 кг — из расчета 30 мкг/кг/сут. в течение 48 ч.) [36]. Дальнейшее обследование: КТ, МРТ головного мозга и надпочечников, исследование крови, взятой отдельно из левого и правого кавернозных синусов и др. показано только при подтверждении автономной продукции кортизола.
Первичный гиперальдостеронизм	Исследование уровня калия в крови, исследование уровня ренина в крови, исследование уровня альдостерона в крови; При определении альдостерон-ренинового (А/Р) соотношения, указывающего на первичный гиперальдостеронизм (А/Р соотношение > 30 при определении активности ренина плазмы и > 10 при определении прямой концентрации ренина плазмы) предлагается углубление обследования для определения формы и топика гиперальдостеронизма (раздельное исследование ренина и альдостерона в крови из правой и левой почечной и надпочечниковой вены; - проба с #дексаметазоном** (при весе > 40 кг — по 0,5 мг каждые 6 часов в течение 48 часов; при массе < 40 кг — из расчета 30 мкг/кг/сут. в течение 48 ч.) [36] используется для исключения моногенных форм семейного гиперальдостеронизма, визуализация надпочечников (УЗИ надпочечников, КТ или МРТ надпочечников; молекулярно-генетическое исследование (мутации в генах HSD11B2; CYP11B1, CYP11B2, SCNN1A (12p13.31), SCNN1B и SCNN1G (16p12.2) WNK4 (17q21.2), WNK1(12p13.3), KLHL3 (5q31), CUL3 (20q36.2)
Гиперпаратиреоидизм	Исследование уровня общего кальция в крови, исследование уровня ионизированного кальция в крови, исследование уровня паратиреоидного гормона в крови; рентгенография кисти

поверхности тела для мальчиков и 95 г/м^2 для девочек [2,7,8]. 10-15% детей и подростков с АГ имеют выраженную гипертрофию более 51 г/м^2 [7,8].

Расчет относительной толщины стенки левого желудочка проводится по формуле: $\text{ОТСЛЖ} = 2\text{ТЗСЛЖ}/\text{КДР ЛЖ}$, где ТЗСЛЖ – толщина задней стенки левого желудочка в мм, КДР ЛЖ, конечно-диастолический размер левого желудочка в мм.

Тип ремоделирования левого желудочка в настоящее время рассматривается как важный критерий не только тяжести заболевания, но и прогноза АГ. По соотношению толщины задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) и его радиуса, а также с учетом величины ИММЛЖ можно определить тип ремоделирования левого желудочка. Выделяют концентрическую, эксцентрическую гипертрофию ЛЖ, и концентрическое ремоделирование миокарда ЛЖ (таблица 6). Концентрическая гипертрофия ЛЖ чаще встречается при тяжелой АГ. Концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ ассоциируется с развитием диастолической дисфункции, повышением периферического сосудистого сопротивления [7,8].

Поражение почек

- **Рекомендуется** оценка поражения почек у всех детей с АГ с целью выявления критериев поражения почек: альбуминурии (соотношение альбумина/креатинина более 30 мг/г креатинина или 3 мг/ммоль креатинина) или протеинурии (суточный белок в моче $> 100 \text{ мг/м}^2$ за сутки) [2,7-9, 45].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Повышение АД может вызывать поражение почек в виде альбуминурии или протеинурии. Гематурия, протеинурия свидетельствуют о гломерулярном повреждении [2,7,8,27,37].

Поражение глаз

- **Рекомендуется** офтальмоскопия у всех пациентов с АГ для оценки ангиоретинопатии [2,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Данные о значении ангиопатии сетчатки для прогноза течения АГ у детей не многочисленны. Ангиопатия сетчатки встречается у половины детей с АГ [2,35].

Поражение головного мозга

- **Рекомендуется** проведение МРТ головного мозга у детей с частыми гипертоническими кризами для выявления энцефалопатии [2,46].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 4)

Комментарии. Стабильная выраженная АГ может вызывать поражение головного мозга с развитием разнообразных симптомов: инсульт, нарушения зрения, цере-

бральные кризы. Поражению мозга могут способствовать острые гипертонические кризы (сильная головная боль, головокружения, нарушения зрения, судороги, нарушения сознания, парез лицевого нерва). В этих случаях при проведении МРТ головного мозга можно выявить мелкие, немые инфаркты мозга, микрокровоизлияния, транзиторный обратимый энцефалопатический синдром [2,46].

Изменения сосудов

- **Не рекомендуется** у детей и подростков с АГ проведение специальных исследований для выявления поражений других органов-мишеней (таких как утолщение слоя «интима-медиа» сонной артерии, увеличение каротидно-фemorальной скорости пульсовой волны) в связи с отсутствием согласованных критериев диагностики этих состояний [2,7,8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

2.3.7. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний

К ФР ССЗ у взрослых, помимо АГ, относят курение, отягощенный семейный анамнез по ранним ССЗ, метаболические факторы риска: избыточная масса тела и ожирение, дислипидемия и нарушения углеводного обмена, гиперурикемия, высокая ЧСС в покое и др. [3,4,23].

- **Не рекомендуется** использовать критерии стратификации риска развития сердечно-сосудистых осложнений, разработанные у взрослых, для детей с АГ [2].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Учитывая отсутствие длительных наблюдений за подростками с АГ и факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, использовать критерии стратификации риска развития сердечно-сосудистых осложнений, разработанные у взрослых [3,4], для детей не представляется возможным. Следует ограничиться только определением этих факторов риска, для разработки программы их устранения для снижения будущего риска развития сердечно-сосудистой патологии [2,7-9]. При этом доказано влияние избыточной массы тела на уровень АД, и избыточная масса тела и ожирение в детстве рассматриваются как фактор риска АГ у детей и во взрослой жизни [7, 8].

- **Рекомендуется** использовать целевые, пограничные и высокие уровни липидов для диагностики дислипидемии у детей с АГ (см. Приложение А3, таблица 16) [50].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Метаболический синдром

Метаболический синдром у взрослых и детей представляет собой сочетание наиболее опасных факторов риска ССЗ — абдоминальное ожирение, повышенное АД/АГ, повышенный уровень триглицеридов, сниженный уровень

Таблица 6. Варианты ремоделирования миокарда левого желудочка

Table 6. Left ventricular remodeling types

Геометрия левого желудочка	Индекс массы миокарда левого желудочка	Относительная толщина стенки левого желудочка
Нормальная	Норма	0,35-0,42
Концентрическая ГЛЖ	Выше нормы	Более 0,42
Эксцентрическая ГЛЖ	Выше нормы	0,35-0,42
Концентрическое ремоделирование	Норма	Более 0,42

ХС ЛПВП и нарушения углеводного обмена разной степени выраженности (от нарушенной толерантности к глюкозе до сахарного диабета второго типа) [3,23,51].

- **Рекомендуется** использовать у детей показатели окружности талии для диагностики абдоминального ожирения [2,23,51].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Абдоминальное ожирение оценивается по величине окружности талии (ОТ) (см. Приложение А3, таблица 17) и является необходимым (обязательным) компонентом метаболического синдрома.

- **Рекомендуется** использовать для диагностики метаболического синдрома у детей с 10-летнего возраста педиатрические критерии верификации диагноза [51].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. В настоящее время для диагностики метаболического синдрома (МС) у детей и подростков предлагается использовать критерии метаболического синдрома у взрослых, разработанные Международной диабетической федерацией (2005) для взрослых и адаптированные для детей и подростков в 2007 году (см. Приложение А3, таблица 18) [7,51]. Диагноз МС может быть установлен с 10-летнего возраста, если у ребенка или подростка имеется абдоминальное ожирение + 2 любых других вышеуказанных компонента МС [51].

До 10-ти летнего возраста диагноз метаболического синдрома не устанавливается. Однако, если помимо абдоминального ожирения у ребенка имеется АГ, отягощенный семейный анамнез по метаболическому синдрому, сахарному диабету 2 типа, то этих детей следует относить к группе риска и исследовать показатели углеводного и липидного обмена, проводить профилактические мероприятия [23,51].

2.3.8. Иные диагностические исследования

- **Рекомендуется** прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный всем пациентам для решения вопросов об объеме дополнительного обследования, выработки тактики немедикаментозного и медикаментозного лечения [2,7,8,52].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

- **Рекомендуется** прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный всем пациентам с АГ с целью проведения офтальмоскопии [2,7,8,52].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

- **Рекомендуется** прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный пациентам с АГ с неврологической симптоматикой, отставанием в психомоторном развитии, психотическими реакциями с целью исключения патологии центральной и периферической нервной системы [2,7,8,52].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

- **Рекомендуется** прием (осмотр, консультация) врача-нефролога первичный пациентам с АГ с подозрением на ренальный и вазоренальный генез, сопутствующими заболеваниями почек для решения вопроса о проведении дополнительного обследования и терапии [2,7,8,37,52].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

- **Рекомендуется** прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный пациентам с АГ с подозрением на врожденную и приобретенную патологию аорты и почечных сосудов для решения вопроса о проведении дополнительного обследования и оперативно-го лечения [2,7,8,25,26].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

- **Рекомендуется** прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога первичный пациентам с АГ с подозрением на эндокринный генез или с сопутствующей эндокринологической патологией для решения вопроса о проведении дополнительного обследования и терапии [2,7,8,52].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

- **Рекомендуется** прием (осмотр, консультация) врача-диетолога первичный пациентам с АГ в сочетании с дефицитом массы тела, избыточной массой тела, ожирением для разработки индивидуальной программы диетического питания [7,8,53].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

- **Рекомендуется** прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный для решения вопроса о проведении молекулярно-генетического исследования пациентам с АГ по показаниям с целью исключения синдромальных/моногенных форм АГ [7,8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

- **Рекомендуется** прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога повторный пациентам с АГ для оценки эффективности проведенной немедикаментозной и медикаментозной терапии [2,7,8,52].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

- **Рекомендуется** прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога повторный по индивидуальным показаниям пациентам с АГ для контроля выявленных нарушений [2,7,8,52].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

- **Рекомендуется** прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный по индивидуальным показаниям пациентам с АГ с сопутствующими заболеваниями центральной и периферической нервной системы для оценки эффективности проведенной терапии [2,7,8,52].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

- **Рекомендуется** прием (осмотр, консультация) врача-нефролога повторный по индивидуальным показаниям пациентам с АГ с сопутствующими заболеваниями почек для оценки эффективности проведенной терапии [2,7,8,52].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

- **Рекомендуется** прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога повторный по индивидуальным показаниям пациентам с АГ с системными заболеваниями соединительной ткани, васкулитами для оценки эффективности проведенной терапии [7,8,52].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• **Рекомендуется** прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга повторный по индивидуальным показаниям пациентам с АГ с врожденной и приобретенной патологией аорты и почечных сосудов для оценки эффективности проведенного оперативного лечения [2,7,8,25,26].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• **Рекомендуется** прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога повторный по индивидуальным показаниям пациентам с АГ с сопутствующей эндокринологической патологией для оценки эффективности проведенной терапии [2,7,8,52].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• **Рекомендуется** прием (осмотр, консультация) врача-диетолога повторный пациентам с АГ в сочетании с дефицитом массы тела, избыточной массой тела, ожирением для оценки эффективности индивидуальной программы диетического питания [7,8,53].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1 Общие принципы ведения пациентов с артериальной гипертензией

Целью лечения АГ является достижение устойчивой нормализации уровня АД для снижения риска развития ранних сердечно-сосудистых заболеваний.

Задачи лечения АГ:

- достижение целевого уровня АД, которое должно быть менее значения 95, а при условии хорошей переносимости — до 90-го перцентиля для данного возраста, пола и роста у детей младше 16 лет и менее 130/85 мм рт. ст. — у подростков 16 лет и старше;
- улучшение качества жизни пациента;
- профилактика поражения органов-мишеней или обратное развитие имеющихся в них изменений;
- профилактика гипертонических кризов.

3.2 Немедикаментозное лечение

• **Рекомендуется** немедикаментозное лечение всем пациентам с АГ и высоким нормальным АД вне зависимости от необходимости лекарственной терапии [1,7,8,52].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Немедикаментозное лечение включает в себя следующие компоненты: снижение избыточной массы тела, оптимизация физической нагрузки, отказ от курения, употребления алкоголя и энергетических напитков, рационализация питания, снижение психоэмоционального напряжения [30,38].

Снижение избыточной массы тела

• **Рекомендуется** всем пациентам с АГ и высоким нормальным АД включать оптимизацию физической активно-

сти и рационализацию питания (уменьшение калорийности суточного рациона) с целью контроля за массой тела [54-58].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств — 2)

Комментарии. Снижение избыточной массы тела уменьшает уровень АД и способствует нормализации сопутствующих факторов риска, таких как нарушения липидного спектра, гипертрофия ЛЖ. Индекс массы тела и величина возрастной прибавки в весе коррелируют с риском развития АГ. Кроме того, снижение ИМТ связано с усилением медикаментозного эффекта [56].

• **Рекомендуется** для оценки МТ у детей и подростков использовать расчетный индекс массы тела (индекс Кетле) (см. Приложение А3, таблица 12) [1,2,7,8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Оптимизация физической активности

• Для поддержания хорошего состояния здоровья детям (старше 5 лет) рекомендуется ежедневно уделять по 30-60 минут умеренным (преимущественно аэробным) нагрузкам и по 30 минут 3-4 раза в неделю — интенсивным динамическим физическим нагрузкам [1,2,23].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Характеристика видов спорта в зависимости от выраженности динамического компонента представлена в таблице 7. Умеренные физические нагрузки позволяют увеличить расход калорий (таблица 8).

Таблица 7. Характеристика видов спорта в зависимости от выраженности динамического компонента

Table 7. Characteristics of sports depending on dynamic severity

Низкий динамический компонент	Умеренный динамический компонент	Высокий динамический компонент
Бобслей Различные виды метания снарядов Гимнастика Каратэ, дзюдо Санный спорт Альпинизм Водные лыжи Тяжелая атлетика Виндсерфинг	Бодибилдинг Рестлинг Горные лыжи	Бокс (не рекомендуется) Велосипед Десятиборье Коньки Гребля

Таблица 8. Физическая активность и расход калорий

Table 8. Physical activity and calorie expenditure

Вид физической активности	Расход энергии (ккал/час)
Работа по дому	300
Настольный теннис	250
Ходьба	350-450
Танцы	350-450
Баскетбол	370-450
Работа в саду и огороде	300-500
Футбол	600-730
Плавание	580-750
Бег	740-920

Рекомендуются регулярные занятия физической культурой пациентам с АГ 1 степени и отсутствием поражения органов-мишеней или сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний; занятия спортом им также не противопоказаны.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Целесообразно измерение АД на периферических артериях каждые два месяца для оценки влияния физических упражнений на уровень АД [2,54-57]. Регулярные занятия физической культурой помогают контролировать массу тела, снизить АД, а также позволяют устранить факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и нарушений липидного обмена, повышают уровень холестерина липопротеидов высокой плотности, предотвращают сосудистую дисфункцию, уменьшают толщину комплекса интима-медиа — наиболее раннего маркера субклинического атеросклероза [54-57].

По данным метаанализа 12 рандомизированных контролируемых исследований установлено, что аэробная физическая нагрузка уменьшает уровни как систолического, так и диастолического давления. Показано что снижение АД на фоне нормализации уровня физической активности ассоциируется с регрессом гипертрофии левого желудочка [56]. Регулярная физическая нагрузка признана важным фактором устранения инсулинорезистентности [57].

Примеры умеренной физической активности:

- Ходьба быстрым шагом (3 км за 30 минут).
- Езда на велосипеде (8 км за 30 минут).
- Танцы в быстром темпе (продолжительность 30 минут).
- Игра в баскетбол (в течение 15-20 минут)
- Игра в волейбол (в течение 45 минут).

• **Не рекомендуются** интенсивные физические нагрузки — занятия спортом, особенно с высоким статическим компонентом, пациентам с АГ 2 степени [1,7,8,52].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. При АГ 2 степени ограничивается участие детей и подростков в спортивных соревнованиях. Не желательны виды физической активности с выраженным статическим компонентом (тяжелая атлетика, виндсерфинг, бодибилдинг) и высоким динамическим компонентом (таблица 8). Предпочтение должно отдаваться видам спорта с низким динамическим компонентом [1, 2, 56].

Если АГ сочетается с другими сердечно-сосудистыми заболеваниями, возможность участия в соревнованиях определяется их диагнозом и тяжестью состояния [2].

Отказ от курения

• Для всех пациентов с АГ **рекомендуется** полный отказ от курения, в том числе от пассивного [1,7,8,52,58].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарий. При каждом визите пациента к врачу надо спрашивать, курит ли он? Если «нет», то поддерживать его в этом, если «да», то настаивать на прекращении курения. Врачу следует сообщить ребенку о негативных последствиях курения в его возрасте, подчеркнуть преимущества отказа от курения (улучшение прогноза АГ, уменьшение частоты простудных заболеваний, повышение успехов в спорте, возможность тратить деньги на более интересные вещи, улучшение внешнего вида — важный аспект для девочек). Курящие родители должны знать, что вероятность начала курения у их детей очень высока [1,2].

Врач должен советовать подростку, решившему бросить курить:

- Избегать ситуаций, провоцирующих курение.

• Вначале раз в две недели, а затем по мере необходимости посещать врача для поддержания «статуса некурящего».

• Во избежание прибавки в весе повысить физическую активность и ограничить себя в потреблении высококалорийных продуктов.

• Получить поддержку со стороны родителей и сверстников в намеренье бросить курить [1,2].

Отказ от употребления алкоголя

• **Рекомендуется** полный отказ от употребления алкогольных напитков всем пациентам с АГ [2,7,8,11].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Рационализация питания

• Для всех пациентов с АГ **рекомендуется** диетотерапия, как необходимый компонент комплексного лечения [1,2,8,23, 59-63].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств — 2)

Комментарии. Основные подходы к построению диетического рациона у пациентов с АГ:

- обеспечение физиологических потребностей детей в энергии и основных пищевых веществах: белках, жирах, углеводах в соответствии с возрастом;
- включение в рацион необходимого количества всех эссенциальных элементов пищи (незаменимых аминокислот, полиненасыщенных жирных кислот, пищевых волокон, витаминов, минеральных веществ);
- оптимальный жировой состав рациона, с ограничением насыщенных жиров, с содержанием растительных жиров не менее 30% от общего содержания жиров в диете, оптимальным соотношением омега-3 и омега-6 ненасыщенных жирных кислот (1:4).
- изменение состава углеводов пищи, с учетом гликемического индекса продуктов и содержания в них пищевых волокон;
- ограничение потребления натрия, оптимизация его соотношения с калием, в соответствии с возрастными физиологическими потребностями;
- формирование рационального режима питания у больных АГ [1, 2, 23, 53,60].
- диетотерапия при АГ направлена на нормализацию АД с помощью понижения возбудимости центральной нервной системы, улучшения функционального состояния почек и коры надпочечников и, тем самым, нормализации водно-солевого баланса и тонуса сосудов (таблица 9) [1, 2].

В ряде исследований продемонстрировано, что уменьшение употребления сахара и легкоусвояемых углеводов, увеличение употребления овощей и фруктов (не менее 400 г в суточном рационе) и пищевых волокон способствует снижению артериального давления [2,7,23,53,60]. Особое значение эти рекомендации приобретают для больных сахарным диабетом, метаболическим синдромом [60]. Получена отчетливая корреляция между употреблением соли и уровнем АД. Ограничение соли до 2 г в сутки ассоциируется со снижением АД, особенно у лиц с избыточной массой тела [61].

Очень важно создание устойчивой мотивации для приверженности к рациональной диете, особенно у пациентов с избыточной массой, так как установлено, что уменьшение массы тела позволяет достоверно снизить

показатели АД и способствует усилению медикаментозного воздействия на лиц с АГ [62,63].

Таблица 9. Рекомендации по диете для детей и подростков с АГ

Table 9. Dietary recommendations for children and adolescents with hypertension

Продукт	Количество приемов в день
Фрукты и овощи	4-5
Обезжиренные молочные продукты	2 и более
Цельные злаки	6
Рыба, домашняя птица, нежирные сорта мяса	Менее 2
Масло растительное и жиры	2-3
Бобовые культуры, орехи	1
Дополнительный сахар и конфеты (в том числе с сахарозаменителями)	Менее 1
Соль, суммарное содержание в продуктах	<2300 мг/сут

3.3 Лечение вегетативных нарушений

Для коррекции вегетативных нарушений у детей с АГ и высоким нормальным АД **рекомендуется** использовать немедикаментозные воздействия [1,2]:

- Общий массаж медицинский
- Воздействие на точки акупунктуры другими физическими факторами
- Ванны газовые (кислородные, углекислые, азотные)
- Ванны воздушно-пузырьковые (жемчужные)
- Ванны минеральные лечебные
- Йодобромная ванна
- Душ лечебный
- Клинико-психологический тренинг.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Рандомизированные клинические исследования по применению медикаментозных препаратов с целью коррекции вегетативных нарушений для лечения АГ у детей не проводились.

3.4 Медикаментозная антигипертензивная терапия

Не рекомендуется медикаментозная антигипертензивная терапия у детей с высоким нормальным АД; рекомендуется немедикаментозное лечение и наблюдение [7-9,52].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• **Рекомендуется** медикаментозная антигипертензивная терапия пациентам с АГ 1 степени без дополнительных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и поражения органов-мишеней при неэффективности в течение 6–12 месяцев немедикаментозного лечения [7-9, 52].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• **Рекомендуется** медикаментозная антигипертензивная терапия одновременно с немедикаментозной терапией у детей с АГ 1 степени и 2-мя и более дополнительными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ожирение 3-4 степени, отягощенная наследственность, курение, дислипидемия, нарушение толерантности к глюкозе) и/или поражением органов-мишеней (гипертрофия миокарда левого желудочка) и/или сопутствующими состояниями (хроническая болезнь почек, сахарный диабет, метаболический синдром) или АГ 2 степени [1,7-9,52].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• **Рекомендуется** антигипертензивная медикаментозная терапия в комбинации с нормализацией образа жизни и немедикаментозной терапией пациентам со стабильной АГ по данным СМАД [1,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• **Рекомендуется** у детей с АГ с показаниями к медикаментозной антигипертензивной терапии осуществлять выбор лекарственного средства с учётом индивидуальных особенностей пациента, возраста, сопутствующих состояний (ожирение, сахарный диабет, гипертрофия миокарда левого желудочка, функциональное состояние почек, состояние вегетативной нервной системы и др.) [1,7-9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• **Рекомендуется** начинать лечение антигипертензивными средствами у пациентов с АГ с минимальной дозы и только одним лекарственным препаратом, чтобы уменьшить возможные побочные эффекты. Если отмечается недостаточный гипотензивный эффект при хорошей переносимости препарата, целесообразно увеличить дозировку данного лекарственного средства. Повышение дозы проводят каждые 4 недели, желательно под контролем результатов СМАД [1,7,8,52].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• **Рекомендуется** использовать в качестве препаратов стартовой терапии у детей с АГ два класса антигипертензивных средств: ингибиторы АПФ (С09А), антагонисты рецепторов ангиотензина II (С09С) [1,7,8,52].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• **Рекомендуется** провести замену на препарат другого класса при отсутствии гипотензивного эффекта или плохой переносимости антигипертензивного лекарственного средства, возникновении побочных эффектов у детей с АГ [1,7,8,52].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• **Рекомендуется** у пациентов с АГ с показаниями к медикаментозной антигипертензивной терапии использование препаратов длительного действия, обеспечивающих контроль АД в течение 24 часов при однократном приеме [1,7,8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• **Рекомендуется** применение сочетаний препаратов нескольких классов, желательно в малых дозах, при неэффективности антигипертензивной монотерапии в средних или максимально переносимых дозах у детей с АГ [1,7,8,52].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• **Рекомендуется** проводить оценку эффективности антигипертензивной терапии через 8-12 недель от начала лечения детей с АГ [2,23].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• **Рекомендуется** индивидуально определять продолжительность медикаментозной антигипертензивной терапии у пациентов с АГ. Минимально рекомендованная про-

должительность медикаментозного лечения — 3 месяца, предпочтительнее — 6-12 месяцев [7,8,52].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

- **Рекомендуется** постепенное снижение дозы антигипертензивного средства вплоть до полной его отмены через 3 месяца непрерывного медикаментозного лечения при стабильно нормальном АД у пациентов с АГ [7,8,52].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

- **Рекомендуется** осуществлять контроль эффективности немедикаментозного лечения 1 раз в 3 месяца для оценки динамики уровня АД у детей с АГ [1,7,8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

- **Рекомендуется** достижение целевого показателя АД ниже 95-го перцентиля при отсутствии поражения органов-мишеней, однако при наличии признаков поражения органов-мишеней или высокой концентрации других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (избыточная масса тела, дислипидемия, инсулинорезистентность) целевой уровень АД должен быть ниже 90-го перцентиля. Целевой уровень АД на фоне проводимой антигипертензивной терапии у детей с АГ представлен в таблице 10 [2,7,8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Достижение целевого уровня АД предотвращает поражение органов-мишеней и уменьшает риск потенциальных сердечно-сосудистых заболеваний в дальнейшей жизни.

- **Рекомендуются** в настоящее время для лечения АГ у детей антигипертензивные средства (С02) 5 основных групп [7,8, 52]:

1. ингибиторы АПФ (С09А);
2. антагонисты рецепторов ангиотензина II (С09С);
3. производные дигидропиридина (С08СА);
4. тиазидные диуретики (С03В);
5. бета-адреноблокаторы (С07А).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Дозы основных лекарственных антигипертензивных средств, используемых в лечении детей и подростков с АГ и рекомендуемых на основании результатов контролируемых рандомизированных исследований (РКИ), серии исследований (Сис), а также мнения экспертов (МЭ), представлены в Приложении А3, таблица 19.

Не рекомендуется использовать в лечении у детей с первичной АГ такие антигипертензивные средства как не-

дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов, петлевые диуретики, калийсберегающие диуретики, альфа-адреноблокаторы, вазодилаторы для лечения заболеваний сердца, антиадренергические средства центрального действия [1,7,8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Перечисленные выше группы лекарственных препаратов могут использоваться при лечении некоторых вторичных АГ у детей.

- **Рекомендуется** перед началом медикаментозного лечения детей с АГ получить информированное согласие на применение медикаментозных антигипертензивных средств родителей и самого ребенка, если ему исполнилось 15 лет. Использование антигипертензивных средств у детей осложнено недостаточной научной базой данных, касающихся эффективности лекарственных препаратов и особенностей их фармакокинетики у детей, а также отсутствием рекомендаций со стороны производителей лекарств по применению многих препаратов в детском возрасте [2,7,8, 52].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. К настоящему времени выполнен ряд рандомизированных плацебо контролируемых клинических исследований, в которых показано, что антигипертензивные средства основных классов эффективны для снижения АД и обладают минимальными побочными эффектами [52,64-66]. Существуют единичные исследования, в ходе которых сравнивалась эффективность препаратов разных классов, при этом не было выявлено существенных различий при использовании ингибиторов АПФ и антагонистов рецепторов ангиотензина II [66]. Длительные исследования по безопасности антигипертензивных средств у детей и их влиянию на развитие сердечно-сосудистых осложнений отсутствуют [2,7,8,52].

Ингибиторы АПФ (С09А)

- Ингибиторы АПФ (С09А) **рекомендуются** как препараты первого выбора в лечении АГ у детей [1,7,8,52,67,68,69].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств — 2)

Комментарии. Ингибиторы АПФ (иАПФ) являются высокоэффективными, безопасными препаратами с кардиопротективным действием и положительным влиянием на функцию почек. Одним из первых РКИ, посвященных применению иАПФ для лечения АГ у детей, было исследование с препаратом #эналаприл** (С09АА02). Использовались дозировки от 2,5 до 20 мг для детей массой менее 50 кг и от 5 до 40 мг для подростков с массой более 50 кг. Было доказано достоверное снижение как систолического, так и диасто-

Таблица 10. Целевой уровень артериального давления на фоне проводимой антигипертензивной терапии у детей с артериальной гипертензией

Table 10. Blood pressure targets in children with hypertension

Популяции	Уровень артериального давления
Общая популяция	Ниже 95 перцентиля
Сахарный диабет 1 и 2 типов	Ниже 90 перцентиля
Сахарный диабет 1 и 2 типов + хроническая болезнь почек	Ниже 75 перцентиля
Сахарный диабет 1 и 2 типов + хроническая болезнь почек в комбинации с протеинурией	Ниже 50 перцентиля
Хроническая болезнь почек без протеинурии	Ниже 75 перцентиля
Хроническая болезнь почек с протеинурией	Ниже 50 перцентиля

лического АД. Результаты исследования позволили назначать препарат у детей уже с первых месяцев жизни. Как правило, ингибиторы АПФ применяются у детей ≥ 6 лет и с уровнем клубочковой фильтрации ≥ 30 мл/мин/1,73 м². Вместе с тем, следует помнить, что в ряде случаев иАПФ не могут полностью подавить избыточную активность РААС, так как 70% ангиотензина синтезируется с помощью других ферментов (химазы, катепсин). Это объясняет феномен ускользания антигипертензивного действия иАПФ, особенно на фоне высокосолевого питания.

Основные побочные эффекты: гипотония первой дозы, гиперкалиемия, сухой кашель, азотемия, отек Квинке. Побочные эффекты встречаются достаточно редко, они аналогичны таковым у взрослых пациентов и характеризуются гипотонией и головокружениями (в 1,7% случаев), головной болью (в 3%), гиперкалиемией, повышением содержания креатинина в крови, крайне редко – острыми почечными повреждениями и ангионевротическими отеками, что опосредовано повышением уровня брадикинина [69]. Вместе с тем, кашель у детей встречается гораздо реже, чем у взрослых пациентов [70].

Противопоказания: гиперкалиемия, стеноз почечных артерий двухсторонний, следует помнить о возможном тератогенном эффекте этих лекарственных средств, их применение у сексуально активных девочек-подростков возможно только на фоне безопасной и надёжной контрацепции.

Особые показания: сахарный диабет, метаболический синдром, ГЛЖ, хронические заболевания почек, протеинурия.

Особые замечания: исследование уровня калия в крови, исследование уровня креатинина в крови, дифференцированный подсчет лейкоцитов (лейкоцитарная формула) каждые 8 недель лечения, при лечении девочек-подростков исследование мочи на хорионический гонадотропин каждые 8 недель лечения.

Используемые препараты (см. Приложение А3, таблица 19)

#каптоприл** (C09AA01) — в таблетках для приема внутрь назначается детям в стартовой дозе 0,3-0,5 мг/кг на прием 3 раза в сутки, максимальная доза - 6 мг/кг в сутки (до 100-150 мг в сутки) в 3 приема [68]

#эналаприл** (C09AA02) - в таблетках для приема внутрь назначается детям в стартовой дозе 0,08 мг/кг в сутки (до 5 мг в сутки) в 1-2 приема, максимальная доза - 0,6 мг/кг в сутки (до 40 мг в сутки) в 1-2 приема [68].

#фозиноприл (C09AA09) — в таблетках для приема внутрь назначается детям в стартовой дозе 0,1 мг/кг в сутки (до 5 мг в сутки) в 1 прием; максимальная доза - 0,6 мг/кг в сутки (до 40 мг в сутки) в 1 прием [68].

#лизиноприл** (C09AA03) — в таблетках для приема внутрь назначается детям в стартовой дозе 0,07 мг/кг в сутки (до 5 мг в сутки) в 1 прием, максимальная доза — 0,6 мг/кг в сутки (до 40 мг в сутки) в 1 прием [68,71].

#рамиприл (C09AA05) — в таблетках для приема внутрь назначается детям в стартовой дозе 1,5 мг/м² (2,5 мг в сутки) в 1 прием, максимальная доза - 6 мг/м² в сутки (до 10 мг в сутки) в 1 прием [72].

Препарат зарегистрирован в РФ для лечения АГ у лиц старше 18 лет. Применение препарата у детей off label: вне возрастных показаний назначается по решению врачебной комиссии, после получения информированного согласия родителей и детей в возрасте старше 15 лет.

Антагонисты рецепторов ангиотензина II (C09C)

• Антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА II) (C09C) **рекомендуются** как препараты первого выбора в лечении АГ у детей. Показания аналогичные ингибиторам АПФ [2,7,8, 66-68, 73-77].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств — 2)

Комментарии. Наибольшее количество клинических рандомизированных исследований по лечению АГ у детей было посвящено эффективности и безопасности применения АРА II. Препараты этого класса ингибируют вазоконстрикцию, уменьшают гипертрофию левого желудочка, снижают протеинурию и при этом хорошо переносятся пациентами. Показана эффективность #лозартана** (C09CA01), #валсартана (C09CA03), #кандесартана (C09CA06), #олмесартана медоксомила (C09CA08), #ирбесартана (C09CA04) для снижения АД (на 6-13 мм рт. ст.) у детей с АГ. Получены данные о возможном применении #валсартана у детей с 6 месячного возраста, причем не выявлены отличия при назначении низких и высоких доз. Побочные эффекты при использовании АРА II регистрировались достаточно редко: гипотония и головокружения (у 1,3% пациентов), головная боль (у 1,7%), гиперкалиемия (менее чем у 1%). В сравнительном исследовании применения #эналаприла** и #лозартана**, #эналаприла** и #валсартана для лечения АГ была получена одинаковая степень снижения АД.

Основные побочные эффекты, противопоказания, особые показания и особые замечания совпадают с таковыми для ингибиторов АПФ. В отличие от ингибиторов АПФ антагонисты рецепторов ангиотензина II не вызывают кашель. Применение АРА II (из-за их тератогенного эффекта) у сексуально активных девочек-подростков возможно также только на фоне безопасной и надёжной контрацепции.

Используемые препараты (см. Приложение А3, таблица 19)

#лозартан** (C09CA01) — в таблетках для приема внутрь назначается детям в стартовой дозе 0,7 мг/кг в сутки (до 50 мг в сутки) в 1 прием; максимальная доза - 1,4 мг/кг в сутки (до 100 мг в сутки) в 1 прием [67,68].

#ирбесартан (C09CA04) — в таблетках для приема внутрь назначается детям в стартовой дозе 2 мг/кг (75-150 мг) в сутки в 1 прием, максимальная доза - 4 мг/кг (300 мг) в сутки в 1 прием [73].

#кандесартан цилексетил (C09CA06) — в таблетках для приема внутрь назначается в стартовой суточной дозе детям 1-6 лет: 0,2 мг/кг, 6-17 лет (<50 кг): 4 мг, 6-17 лет (>50 кг): 8 мг в 1-2 приема, максимальная суточная доза — детям 1-6 лет: 0,4 мг/кг, 6-17 лет (<50 кг): 16 мг, 6-17 лет (>50 кг): 32 мг в 1-2 приема [68, 77].

#валсартан (C09CA03) — в таблетках для приема внутрь назначается детям в стартовой дозе 1,3 мг/кг в сутки (до 40 мг в сутки) в 1 прием; максимальная доза - 2,7 мг/кг (до 160 мг в сутки) в 1 прием [66,68].

#олмесартан медоксомил (C09CA08) — в таблетках для приема внутрь назначается в стартовой дозе детям старше 6 лет с массой тела менее 35 кг в дозе 10 мг в сутки, в максимальной дозе - 20 мг в сутки; детям с массой тела более 35 кг — в стартовой дозе 20 мг в сут в 1 прием, в максимальной дозе — детям с массой тела до 35 кг: 20 мг в сутки, с массой тела более 35 кг: 40 мг в сутки в 1 прием [68].

Препарат зарегистрирован в РФ для лечения АГ у лиц старше 18 лет. Применение препарата у детей *off label*: вне возрастных показаний назначается по решению врачебной комиссии, после получения информированного согласия родителей и детей в возрасте старше 15 лет.

Производные дигидропиридина (C08CA)

• В настоящее время при лечении АГ у детей при неэффективности/непереносимости ингибиторов АПФ и антагонистов рецепторов ангиотензина II рекомендуются пролонгированные производные дигидропиридина (C08CA) (#амлодипин**, #фелодипин, #нифедипин**). Производные дигидропиридина метаболически нейтральны и не оказывают отрицательного действия на углеводный, липидный и пуриновый обмен [7,8,52, 78, 79].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. В клинических исследованиях получены данные об их эффективности производных дигидропиридина в основном у детей старше 6 лет. Так, продемонстрирована эффективность и безопасность #амлодипина**, установлено выраженное дозозависимое снижение систолического и диастолического АД. Эффект не зависил от пола, расы, периода полового созревания; препарат хорошо переносился. В исследовании по изучению действия #фелодипина была показана меньшая степень снижения АД, но препарат также хорошо переносился.

Основные побочные эффекты: головокружение, гиперемия лица, периферические отеки, желудочно-кишечные расстройства, сердцебиение, мышечная слабость, лабильность настроения.

Противопоказания: беременность, выраженный стеноз устья аорты.

Особые показания: систолическая АГ, метаболический синдром, гипертрофия ЛЖ.

Особые замечания: необходима регулярная оценка эмоционального состояния пациента, оценка мышечного тонуса.

Используемые препараты (см. Приложение А3, таблица 19):

#амлодипин** (C08CA01) — в таблетках для приема внутрь назначается детям в стартовой дозе 0,06-0,3 мг/кг в сутки в 1-2 приема; максимальная доза - 0,6 мг/кг/сутки (до 10 мг в сутки) в 1-2 приема [7,8]

#фелодипин (C08CA02) — в таблетках для приема внутрь назначается детям в стартовой дозе 2,5 мг в сутки в 1 прием, максимальная доза — до 10 мг в сутки в 1 прием [7,8, 79]

#нифедипин** (C08CA05) — в таблетках с замедленным высвобождением для приема внутрь назначается детям в стартовой дозе 0,25-0,5 мг/кг в сутки в 1-2 приема, максимальная доза — 3 мг/кг в сутки (до 120 мг в сутки) в 1-2 приема [7,8]

Препарат зарегистрирован в РФ для лечения АГ у лиц старше 18 лет. Применение препарата у детей *off label*: вне возрастных показаний назначается по решению врачебной комиссии, после получения информированного согласия родителей и детей в возрасте старше 15 лет.

Тиазидные диуретики (C03A), тиазидоподобные диуретики (C03B)

• **Рекомендуется** при лечении АГ у детей использовать тиазидные диуретики в комбинации с медикаментами из других групп (ингибиторами АПФ, антагонистами рецепторов ангиотензина II, производными дигидропиридина) [1,7,8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• Тиазидные диуретики в качестве антигипертензивных средств **рекомендуются** к применению у детей с АГ в низких дозах; высокие дозы не используют из-за возможности развития осложнений и побочных метаболических эффектов [7,8,80-84].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Рандомизированных клинических исследований по применению тиазидных диуретиков для лечения АГ у детей не проводилось.

Основные побочные эффекты: гипокалиемия, гиперурикемия, гиперлипидемия, гипергликемия, нарушение потенции у юношей, ортостатическая гипотония. В связи с возможностью возникновения побочных эффектов необходим ежемесячный контроль ЭКГ, уровня калия, глюкозы, липидов крови.

Особые показания: ожирение, систолическая АГ.

Особые замечания: применять с осторожностью в связи с возможностью возникновения побочных эффектов, необходим контроль уровня калия, глюкозы, липидов крови, контроль ЭКГ каждые 4 недели лечения

Используемые препараты (см. Приложение А3, таблица 19):

#гидрохлоротиазид** (C03AA03) — в таблетках для приема внутрь назначается детям в стартовой дозе 0,5-1 мг/кг в сутки в 1-2 приема, максимальная доза — 3 мг/кг в сутки (до 50 мг в сутки) [7].

#хлорталидон (C03BA04) — в таблетках для приема внутрь назначается детям в стартовой дозе 0,3 мг/кг в сутки в 1 прием, максимальная доза — 2 мг/кг в сутки (до 50 мг в сутки) в 1 прием [7,8]

#индапамид** (C03BA11) — в таблетках пролонгированного действия для приема внутрь назначается подросткам в дозе 1,5 мг в сутки в 1 прием [84].

Препарат зарегистрирован в РФ для лечения АГ у лиц старше 18 лет. Применение препарата у детей *off label*: вне возрастных показаний назначается по решению врачебной комиссии, после получения информированного согласия родителей и детей в возрасте старше 15 лет.

Бета-адреноблокаторы (C07A)

Бета-адреноблокаторы (БАБ) блокируют β_1 - и β_2 -адренорецепторы и уменьшают адренергическое влияние на сердце (снижение частоты и силы сердечных сокращений), а также снижают секрецию ренина (блокада β_1 -рецепторов юктагломерулярного аппарата).

Не рекомендуется применение бета-адреноблокаторов (C07A) у детей с АГ в рутинной практике в связи с уточнением побочных эффектов этих препаратов в детской практике [7,8, 85-88].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. БАБ могут быть назначены в качестве антигипертензивного средства у детей при выраженной тахикардии и гиперсимпатикотонии [2,7,8, 85-87].

• **Не рекомендуется** детям с АГ назначение бета-адреноблокаторов в комбинации с диуретиками, т.к. они способствуют развитию новых случаев диабета второго типа и предрасполагают к формированию метаболического синдрома [7,8,52].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень

достоверности доказательств — 5)

• При необходимости использования у пациентов с АГ препаратов данной группы **рекомендуется** использование БАБ длительного действия, с минимальными неблагоприятными метаболическими эффектами (#метопролол** (C07AB02) [85], #бисопролол** (C07AB07)) [88].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Ранее считалось, что бета-адреноблокаторы, наряду с тиазидными диуретиками, являются основными препаратами для лечения АГ у детей [83]. В ходе РКИ была показана эффективность и безопасность #метопролола** (сукцината) для лечения гипертензии у детей [85], а также #бисопролола** [88]. Опыта применения других бета-адреноблокаторов нет. Бета-адреноблокаторы могут по показаниям назначаться при лечении вторичных гипертензий, как правило, в сочетании с препаратами других групп.

• При необходимости использования препаратов данной группы у детей раннего возраста с АГ **рекомендуется** использование БАБ короткого действия #пропранолол** (C07AA05) [7]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Основные побочные эффекты: брадикардия, атриовентрикулярная блокада, депрессия, эмоциональная лабильность, бессонница, ухудшение памяти, утомляемость, бронхоспастические реакции, гипергликемия, гиперлипидемия, мышечная слабость, нарушение потенции у юношей.

Противопоказания: обструктивные заболевания легких, нарушения проводимости, депрессия, гиперлипидемия, сахарный диабет, АГ у спортсменов, физически активных пациентов.

Особые показания: гиперкинетический тип кровообращения, тахикардия, гиперсимпатикотония.

Особые замечания: контроль уровня глюкозы, липидов в крови, контроль ЭКГ через каждые 4 недели от начала лечения, регулярная оценка эмоционального состояния пациента, оценка мышечного тонуса.

Используемые препараты (см. Приложение А3, таблица 19): #метопролол** (C07AB02) — в таблетках для приема внутрь назначается детям в стартовой дозе 0,5-1 мг/кг в сутки в 2 приема, максимальная доза — 2 мг/кг в сутки в 2 приема [85].

#бисопролол** (C07AB07) — в таблетках для приема внутрь назначается детям в стартовой дозе 0,02-0,19 мг/кг в сутки (в среднем 0,06 мг/кг в сутки) в 1 прием, максимальная доза — 0,02-0,4 мг/кг в сутки (в среднем 0,14 мг/кг в сутки) в 1 прием [88].

#пропранолол** (C07AA05) — в таблетках для приема внутрь назначается детям в стартовой дозе 1 мг/кг в сутки в 2-3 приема, максимальная доза 4 мг/кг в сутки (до 640 мг) в 2-3 приема [7].

Препарат зарегистрирован в РФ для лечения АГ у лиц старше 18 лет. Применение препарата у детей off label: вне возрастных показаний назначается по решению врачебной комиссии, после получения информированного согласия родителей и детей в возрасте старше 15 лет.

Комбинированная терапия

При лечении АГ у взрослых пациентов принято использовать комбинированную терапию (предпочтительно в

виде фиксированной комбинации) [3,4]. Монотерапия назначается только у пациентов с АГ и низким риском сердечно-сосудистых осложнений. Комбинированная терапия обладает целым рядом преимуществ: потенцирование антигипертензивного эффекта; компенсация контррегуляторных механизмов, которые запускаются на начальном этапе лечения, уменьшение число побочных эффектов и улучшение переносимости лечения, более эффективно предотвращает поражение органов-мишеней и снижает риск сердечно-сосудистых осложнений; усиливает органопротективные свойства (почечного кровотока, скорости клубочковой фильтрации, экскреции натрия с мочой, уменьшение микроальбуминемии). Комбинированная терапия позволяет использовать более низкие дозы препаратов, она более экономична, а также заметно повышает приверженность к лечению.

Наиболее часто у взрослых пациентов с АГ используются фиксированные комбинации производных дигидропиридина с антагонистом рецепторов ангиотензина II. Примером таких фиксированных комбинаций могут быть: амлодипин+валсартан; амлодипин+лизиноприл; амлодипин+телмисартан. Эти комбинации метаболически нейтральны, могут использоваться при высоко- и низкорениновых формах артериальной гипертензии, способствуют вазодилатации, обладают натрийуретическим действием [3,4,38].

• В настоящее время **не рекомендуется** использование фиксированных комбинаций антигипертензивных средств у детей и подростков с АГ, данные клинических исследований по применению вышеперечисленных фиксированных комбинаций в детской практике, к сожалению, неоднозначны и ограничены [7,8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Фиксированные комбинации антигипертензивных средств зарегистрированы для лечения АГ у лиц старше 18 лет. Для гипотензивного лечения у детей и подростков с эссенциальной АГ предпочтение отдается монотерапии [7,8]. При необходимости, в случае неэффективности стандартной монотерапии, предпочтение отдается комбинированному применению антигипертензивных средств, а именно комбинации ингибиторов АПФ или антагонистов рецепторов ангиотензина II или блокаторов кальциевых каналов группы дигидропиридина с диуретиками [7,8].

3.4.1 Лечение резистентной артериальной гипертензии

Согласно современным представлениям АГ классифицируется как резистентная, если уровень АД остается выше целевых значений, несмотря на прием 3-х и более антигипертензивных препаратов (в оптимальных дозах), один из которых — диуретик. В детской практике резистентная АГ наиболее часто возникает на фоне симптоматических форм и развивается на фоне следующих заболеваний: обструктивное апноэ во сне, первичный альдостеронизм, хроническая болезнь почек, вазоренальная артериальная гипертензия на фоне стеноза почечной артерии, феохромоцитомы, синдром Кушинга, коарктация аорты. Кроме того, существуют моногенные формы артериальной гипертензии. Крайне важно своевременно диагностировать непосредственную причину гипертензии.

Тактика лечения резистентной АГ у детей аналогична таковой у взрослых.

- **Рекомендуется** в лечении детей и подростков с резистентной АГ подключение диуретического калийсберегающего средства (C03D) из группы антагонистов альдостерона #спиронолактона** (C03DA01), #эплеренона (C03DA04) в составе комбинированной терапии из трех групп антигипертензивных средств (производные дигидропиридина + антагонисты рецепторов ангиотензина II или ингибиторы АПФ + диуретик) [89,90].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Целенаправленных рандомизированных клинических исследований по оценке эффективности комбинированной терапии из трех групп гипотензивных препаратов для лечения резистентной АГ у детей и подростков не проводилось. Эффективность аналогичной стратегии оценки и ведения доказала свою эффективность у взрослых с резистентной АГ [3,4,8, 91-94].

Эплеренон обладает высокой селективностью в отношении минералокортикоидных рецепторов у человека и препятствует связыванию минералокортикоидных рецепторов с альдостероном - ключевым гормоном РААС, который участвует в регуляции АД. В исследовании, посвященном применению #эплеренона (C03DA04) в качестве монотерапии АГ у детей и подростков, достоверное снижение АД было выявлено только при приеме внутрь высоких доз препарата — более 50 мг [82].

Используемые препараты (см. Приложение А3, таблица 19): #спиронолактон** (C03DA01) — в таблетках для приема внутрь назначается детям в стартовой дозе 1 мг/кг/сутки в 1 прием, в максимальной дозе — 3 мг/кг в сутки (до 100 мг/сутки) в 1 прием [7]

#эплеренон (C03DA04) — в таблетках для приема внутрь назначается в стартовой дозе 25 мг/сутки в 2 приема, максимальная доза — до 100 мг/сутки в 2 приема [7]

Тактика ведения пациентов с рефрактерной АГ с частыми гипертоническими кризами также может включать назначение альфа и бета-адреноблокаторов, воздействующих на альфа- и бета-адренорецепторы: #карведилол** (C07AG02) в таблетках для приема внутрь назначается детям в стартовой дозе 0,05-0,2 мг/кг в сутки в 2 приема, дозу можно титровать с интервалом в 1-2 недели до целевой поддерживающей дозы 0,2-1 мг/кг в сутки с рекомендуемой максимальной дозой 2 мг/кг в сутки [95]. Также у детей могут использоваться как часть схем лечения определенных причин вторичной артериальной гипертензии, таких как феохромоцитомы и параганглиома, альфа-адреноблокаторы, избирательно блокирующие альфа-адренорецепторы: #празозин** (C02CA01) в таблетках для приема внутрь в стартовой дозе 0,05-0,1 мг/кг в сутки в 2-3 приема, с постепенным увеличением дозы — через 3 дня, в максимальной дозе 0,5 мг/кг в сутки и #доксазозин** (C02CA04) в таблетках для приема внутрь в стартовой дозе 1 мг/сутки в 1 прием с увеличением дозы с интервалом в 1-2 недели на 1-2 мг до максимальной дозы — 4 мг в сутки [89].

Препарат зарегистрирован для лечения АГ у лиц старше 18 лет. Применение препарата у детей off label: вне возрастных показаний назначается по решению врачебной комиссии, после получения информированного согласия родителей и детей в возрасте старше 15 лет.

3.5 Лечение артериальной гипертензии в особых группах пациентов

Особенности терапии нефрогенной артериальной гипертензии

- **Рекомендуется** регулярное измерение АД на периферических артериях у пациентов с хроническими болезнями почек [2, 96, 97].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

- **Рекомендуется** рассмотреть как показание к немедикаментозной терапии выявление высокого нормального уровня АД у детей с патологией почек [2, 96, 97].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

- **Рекомендуется** немедикаментозная и медикаментозная антигипертензивная терапия при диагностике нефрогенной АГ у детей. Принципы немедикаментозной терапии нефрогенной АГ соответствуют таковым при эссенциальной гипертензии [2, 96,97].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

- Детям с нефрогенной АГ (исключая пациентов с сольтеряющими формами болезней почек), особенно на фоне гиперволемии, **рекомендуется** соблюдать диету с пониженным содержанием соли: избегать подсаливания пищи во время приготовления и во время еды, использовать продукты с содержанием соли < 0,5 г/100 г продукта (указано в составе продукта) [7,8,52,61].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

- Для пациентов с хроническими болезнями почек (ХБП) целевым уровнем АД **рекомендуется** АД < 90 процентиля по полу, возрасту, росту для детей младше 16 лет и менее 130/80 мм рт. ст. — для пациентов 16 лет и старше. При хорошей переносимости антигипертензивной терапии у пациентов младше 16 лет уровень АД может быть снижен: < 75 процентиля при непротеинурических вариантах нефропатий и < 50 процентиля при протеинурических вариантах [7,8,52,66, 96].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

- Для пациентов ≥ 16 лет с протеинурическими вариантами патологии почек **рекомендуется** снижение средне-суточного уровня АД (по данным СМАД) до 125/75 мм рт. ст. Необходимо помнить, что пациенты не должны иметь эпизоды гипотензии, регистрируемые как при разовых измерениях, так и по данным СМАД [7,8 68, 81, 96].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

- **Рекомендуется** уровень АД, не превышающий 90 процентиль по полу, возрасту, росту для детей младше 16 лет и 130/80 мм рт. ст. — для пациентов 16 лет и старше, при острых заболеваниях почек, особенно в случаях развития острого почечного повреждения [7,8, 68, 96].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

- **Рекомендуется** осуществлять выбор препарата стартовой антигипертензивной терапии с учетом возраста ребенка, характера почечной патологии, расчетной скорости клубочковой фильтрации (рСКФ), волемического и электролитного статуса пациента, наличия сопутствующих заболеваний [7,8, 68, 96].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• **Рекомендуется** использовать с антигипертензивной целью у пациентов с ХБП ингибиторы АПФ, антагонисты рецепторов ангиотензина II, за исключением случаев с наличием абсолютных противопоказаний: гиперкалиемия (> 5,5 ммоль/л), двусторонний стеноз почечных артерий, стеноз почечной артерии единственной почки [7,8, 94, 98].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Выбор препарата из группы ингибиторы АПФ/антагонисты рецепторов ангиотензина II определяется функцией почек и печени. Дозы препаратов должны быть скорректированы по рСКФ. Лечение проводится под контролем уровней креатинина, калия крови каждые 5-10 дней от момента назначения и повышения дозы препарата. При повышении креатинина крови ≤ 25% от исходного на фоне терапии динамический контроль креатинина и калия крови проводят через 4-6 дней: при дальнейшем нарастании креатинина крови в динамике необходимо снизить дозу/отменить препарат. Повышение креатинина крови > 25% от исходного, калия крови > 5,5 ммоль/л требует снижения дозы/отмены препарата с контролем креатинина и калия крови через 4-6 дней.

• **Рекомендуется** использование производных дигидропиридина у новорожденных с АГ [99].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 3)

Комментарии. Гиповолемия характерна для детей с обострением нефротического синдрома, полиурией (тубулопатии, поликистозная болезнь почек, тубулоинтерстициальный нефрит). Проявляется тахикардией, удлинением времени наполнения капилляров в пробе с давлением, акроцианозом, периферической гипотермией, повышением гематокрита и мочевины крови. Время капиллярного наполнения определяется путем надавливания на кожу в области центральной части грудины в течение 5 сек с последующей оценкой времени восстановления цвета бледного пятна. В норме время капиллярного наполнения составляет 2-3 сек. Замедление восстановления цвета кожи после надавливания свидетельствует о сниженной тканевой перфузии. В случае нефрогенной АГ, сопровождающейся гипероволемией (ренальная острая почечная недостаточность и острое почечное повреждение, острая фаза гломерулонефрита, сопутствующая сердечная недостаточность) препаратами выбора являются диуретики. Гипероволемия характеризуется тахикардией, повышением амплитуды пульсации югулярных (ярменных) вен, респираторными нарушениями, гипертермией конечностей.

Лечение нефрогенной АГ у детей проводится согласно общепринятым принципам: от монотерапии — к комбинированному лечению, от низких терапевтических доз — к средне-высоким. Рекомендуемые комбинации препаратов: ингибиторы АПФ/антагонисты рецепторов ангиотензина II + производные дигидропиридина, ингибиторы АПФ/антагонисты рецепторов ангиотензина II + тиазидные диуретики (особенно у подростков и у пациентов с тенденцией к гиперкалиемии); менее эффективно сочетание ингибиторы АПФ/антагонисты рецепторов ангиотензина II + бета-адреноблокаторы; не показано использование комбинации ингибиторы АПФ + антагонисты рецепторов ангиотензина II [89, 90].

Терапия в эффективных дозах должна быть продолжена у пациентов под контролем уровня АД на протяжении всего периода сохранения факторов риска, способствующих развитию АГ, но не менее 3 месяцев. Коррекция доз гипотензивных препаратов осуществляется с учетом уровня АД в разовых измерениях/по СМАД, рСКФ, калия крови.

Объем гипотензивной терапии пересматривается при изменении параметров физического развития ребенка (масса тела, рост), устранении/возникновении провоцирующих факторов (иммуносупрессивная терапия), изменении активности заболевания, коррекции коморбидных состояний, но не реже 1 раза в 3 месяца.

Лечение моногенных форм артериальной гипертензии

В таблице 11 представлены препараты для лечения моногенных форм.

Используемые препараты (см. Приложение А3, таблица 19):

#спиронолактон** (C03DA01) — в таблетках для приема внутрь назначается детям в стартовой дозе 1 мг/кг/сутки в 1 прием, в максимальной дозе — 3 мг/кг в сутки (до 100 мг/сутки) в 1 прием [7]

#эплеренон (C03DA04) — в таблетках для приема внутрь назначается в стартовой дозе 25 мг/сутки в 2-3 приема, максимальная доза — до 100 мг/сутки в 2-3 приема [7]

#гидрохлортиазид** (C03AA03) — в таблетках для приема внутрь назначается детям в стартовой дозе 0,5-1 мг/кг в сутки в 1 прием, максимальная доза — 3 мг/кг в сутки (до 50 мг в сутки) в 1-2 приема [7]

Препарат зарегистрирован для лечения АГ у лиц старше 18 лет. Применение препарата у детей off label: вне возрастных показаний назначается по решению врачебной комиссии, после получения информированного согласия родителей и детей в возрасте старше 15 лет.

Таблица 11. Лечение моногенных форм артериальной гипертензии

Table 11. Treatment of monogenic arterial hypertension

Моногенные формы АГ	Ген/наследование	Лечение
Синдром мнимого избытка минералокортикоидов	HSD11b2 AP	#Спиронолактон** #Эплеренон
Глюкокортикоид-опосредованный гиперальдостеронизм	CYP11B2/ CYP11B1 АД	Низкие дозы глюкокортикоидов
Псевдольдостеронизм, синдром Лиддла	SCNN1B/ SCNN1G АД	Ограничение соли
Псевдогипоальдостеронизм тип 2, синдром Гордона	KLHL3,CUL3, WNK1,WNK4 АД	#Гидрохлортиазид**
Врожденная адреналовая гиперплазия	CYP21A2/ CYP11B1 АД	#Спиронолактон** #Эплеренон Низкие дозы глюкокортикоидов

3.6 Лечение неотложных состояний (гипертонических кризов)

Гипертонический криз — это внезапное тяжелое состояние, обусловленное резким повышением АД. Гипертонические кризы чаще всего возникают при симптоматических АГ (острый гломерулонефрит, системные заболевания соединительной ткани, реноваскулярная патология, феохромоцитомы, черепно-мозговые травмы и др.).

Выделяют гипертонические кризы двух типов:

- первый тип — осложненный гипертонический криз характеризуется внезапным резким подъемом АД с возникновением симптомов со стороны органов-мишеней (центральная нервная система, сердце, почки);

- второй тип — неосложненный гипертонический криз протекает как симпатоадреналовый пароксизм с бурной вегетативной симптоматикой.

Клиническая картина гипертонического криза характеризуется внезапным ухудшением общего состояния; подъемом систолического АД (чаще более 150 мм рт. ст.) и/или диастолического давления (более 95 мм рт. ст.), резкой головной болью. У пациента возможны головокружение, нарушение зрения (пелена перед глазами, мелькание мушек), тошнота, рвота, озноб, бледность или гиперемия лица, ощущение страха. В случаях осложненного гипертонического криза может возникать гипертоническая энцефалопатия - головная боль, изменение психического статуса, судороги или расстройства зрения. Возможны обратимые отклонения на МРТ головного мозга.

Основная цель купирования гипертонического криза — контролируемое снижение АД до безопасного уровня для предотвращения осложнений.

• **Не рекомендуется** быстро снижать АД у пациентов при купировании гипертонического криза из-за опасности возникновения резкой артериальной гипотензии и вторичного повреждения головного мозга [68, 81, 101, 102].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. В течение первых 6-12 часов следует снизить среднее АД на 25% от исходного уровня, в течение первых суток — еще на 30%, затем в течение 48-72 часов целесообразно снизить АД до 95 процентилля (если гипертензия не сопровождается поражением органов-мишеней) или до 90 процентилля (если АГ сопровождается поражением внутренних органов или гипертонической энцефалопатией).

Очень медленно следует снижать АД при гипертонической энцефалопатии (опасность ишемического инсульта), и напротив, достаточно быстро при патологии аорты (расслаивающейся аневризме, коарктации).

• Для купирования гипертонического криза **рекомендуется** создание максимально спокойной обстановки и применение гипотензивных препаратов [7,8,52,68,81,101,102].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• **Рекомендуется** использовать для купирования гипертонического криза у детей следующие группы антигипертензивных средств [7,8,52,68,81,101,102]:

- вазодилаторы для лечения заболеваний сердца (C01D);
- альфа-адреноблокаторы (C02CA);
- бета-адреноблокаторы (C07A);
- производные дигидропиридина (C08);
- диуретики (C03);

- адренергические средства центрального действия (C02A)

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• При гипертоническом осложненном кризе и/или плохой переносимости пероральных препаратов у детей для экстренной медицинской помощи рекомендуется использовать внутривенное введение лекарственных препаратов и непрерывное внутривенное введение лекарственных препаратов [7,8,100,102,103].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

• При гипертоническом кризе без поражения органов-мишеней и осложнений для оказания неотложной помощи у детей **рекомендуется** использование пероральных средств [7,8,100,102].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Препараты, используемые для лечения гипертонического криза у детей, представлены в Приложении А3, таблица 20.

Вазодилаторы для лечения заболеваний сердца (C04D)

Рекомендуется использовать для купирования гипертонического криза с жизнеугрожающими проявлениями у детей вазодилаторы для лечения заболеваний сердца — периферические вазодилаторы Нитропруссид натрия дигидрат (C02DD01) и #Нитроглицерин** (C01DA02) [7,8,100,102,104].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Нитропруссид натрия дигидрат (C02DD01) — артериолярный и венозный вазодилатор увеличивает почечный мезентериальный и коронарный кровоток, оказывая минимальное воздействие на сердечный выброс, контролирует АД при внутривенном введении. Назначается детям в виде внутривенной инфузии в начальной дозе 0,3-3 мкг/кг/минуту с постепенным повышением до 8-10 мкг/кг/минуту у детей с гипертоническим кризом с жизнеугрожающими проявлениями. Вводится только в/в инфузионно с помощью инфузионного, предпочтительно волюметрического, насоса (использование обычных в/в систем, вследствие недостаточной точности дозирования, исключается). При длительном применении (>72 часов) или почечной недостаточности возможно возникновение метаболического ацидоза. Следует мониторировать уровень цианидов в крови [8,104].

#Нитроглицерин** (C01DA02) назначается в виде внутривенной инфузии в дозе 0,1-2 мкг/кг в минуту детям с гипертоническим кризом с жизнеугрожающими проявлениями. Начало действия на 1-2 минуте введения; может вызвать метгемоглобинемию, расширение сосудов преимущественно венозного русла — эффективен при сердечной недостаточности, данных о эффективности применения у детей не достаточно [7].

#Применение препарата у детей off label: вне возрастных показаний назначается по решению врачебной комиссии, после получения информированного согласия родителей и детей в возрасте старше 15 лет.

Бета — адреноблокаторы (C07A)

• **Рекомендуется** использовать для купирования гипертонического криза у детей и подростков селективный

β 1-адреноблокатор ультракороткого действия #Эсмолол** (C07AB09) [7,8,100,102,105].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. #Эсмолол** (C07AB09) является селективным β 1-адреноблокатором ультракороткого действия, не обладает внутренней симпатикомиметической и мембраностабилизирующей активностью. Гипотензивный эффект препарата обусловлен отрицательным хроно- и инотропным действием, снижением сердечного выброса и ОПСС. При внутривенном введении эффект наступает через 5 минут. Из-за опасности побочных эффектов предпочтительна внутривенная инфузия препарата со скоростью 100-500 мкг/кг/минуту. Период полураспада препарата равен 9 минутам. Побочное действие: гипотензия, выраженная брадикардия, снижение сократительной функции миокарда, отек легких [7,8,100,102,105].

#Применение препарата у детей off label: вне возрастных показаний назначается по решению врачебной комиссии, после получения информированного согласия родителей и детей в возрасте старше 15 лет.

Альфа-адреноблокаторы (C02CA)

- **Рекомендуется** использовать для купирования гипертонического криза у детей и подростков альфа-адреноблокатор периферический #Урапидил** (C02CA06) [7]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств -5)

Комментарии. #Урапидил** (C02CA06) для купирования гипертонического криза у детей вводится внутривенно путем длительной внутривенной инфузии в стартовой дозе 0,5-4 мг/кг в течение часа с последующей поддерживающей дозой 0,2-2 мг/кг в течение часа; препарат вводится в положении лежа под постоянным измерением АД на периферических артериях [7].

#Применение препарата у детей off label: вне возрастных показаний назначается по решению врачебной комиссии, после получения информированного согласия родителей и детей в возрасте старше 15 лет.

Блокаторы кальциевых каналов (C08)

- **Рекомендуется** использовать для купирования гипертонического криза у детей #Нифедипин** (C08CA05) из группы производных дигидропиридина [7,8,100,102,106].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. #Нифедипин** (C08CA05) является эффективным препаратом для купирования гипертонических кризов. Ингибирует вход ионов кальция в клетки гладких мышц сосудистой стенки, уменьшает их способность к сокращению. В результате происходит расширение периферических артерий и артериол. Препарат применяется сублингвально или перорально в дозе 0,25 мг/кг. Эффект развивается на 6 минуте, достигая максимума к 60-90 минуте. Побочными эффектами являются тахикардия, стенокардия, гиперемия лица, отек голеностопных суставов [7,8,100,102,106].

#Применение препарата у детей off label: вне возрастных показаний назначается по решению врачебной комиссии, после получения информированного согласия родителей и детей в возрасте старше 15 лет.

Диуретики (C03)

- **Рекомендуется** использовать для купирования гипертонического криза у детей Фуросемид** (C03CA01) [7,102].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Фуросемид** (C03CA01) вводится внутривенно струйно в дозе 0,5-5 мг/кг в зависимости от клинической ситуации. Является эффективным средством снижения давления у пациентов с сердечной недостаточностью и отеком легких [7,102].

Адренергические средства центрального действия (C02A)

Альфа-адреномиметики

- **Рекомендуется** использовать для купирования гипертонического криза у детей альфа-адреномиметик #Клонидин** (C02AC01) [7,100].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. #Клонидин** (C02AC01) снижает возбудимость сосудодвигательного центра и вызывает расширение периферических сосудов и некоторое снижение сердечного выброса. Оказывает также седативное действие. Побочные эффекты: сухость во рту, слабость и сонливость. При длительном постоянном приеме вызывает привыкание. Для купирования криза может быть назначен детям в таблетках для приема внутрь в дозе 2-10 мкг/кг на прием каждые 6-8 часов или внутривенно струйно (в виде болюса) в дозе 2-6 мкг/кг на введение. [7,100].

#Применение препарата у детей off label: вне возрастных показаний назначается по решению врачебной комиссии, после получения информированного согласия родителей и детей в возрасте старше 15 лет.

- **Рекомендуется** использовать для купирования гипертонического криза детям старше 3-х лет альфа-адреномиметик Метилдопа** (C02AB02) [7,8,100].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Механизм действия Метилдопа** (C02AB02) сходен с #клонидином** (C02AC01) и опосредован снижением возбудимости сосудодвигательного центра, но в отличие от #клонидина** не оказывает столь выраженного седативного и снотворного эффекта. При применении не происходит ухудшения перфузии почек, несмотря на снижение системного АД. Может использоваться при большинстве осложненных гипертонических кризов и является альтернативой традиционным антигипертензивным средствам для лечения больных с почечной недостаточностью. Метилдопа** назначается у детей старше 3-х лет для купирования криза без жизнеугрожающих проявлений в таблетках для приема внутрь в стартовой дозе 5 мг/кг в сутки в 2-4 приема, максимальная доза для детей 40 мг/кг в сутки (до 3 г/сутки) [7,8,100].

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Рекомендуется разработка индивидуального плана реабилитационных мероприятий, включающего в себя рекомендации по достижению целевого АД, самоконтролю АД, повышению приверженности к лечению, питанию, физи-

ческой активности, измерение массы тела для всех пациентов с первичной АГ 1 и 2 степени [107-111].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. У детей и подростков с первичной АГ 1 и 2 степени целесообразна разработка индивидуальной программы психологической реабилитации; формулируются цели и задачи проведения реабилитационных мероприятий на основе реабилитационного диагноза и реабилитационного потенциала; определяются двигательный режим; определяются методы реабилитации: медикаментозные средства, электросон, электрофорез импульсными токами, индивидуальная клинико-психологическая коррекция; выбираются формы медицинской реабилитации на различных этапах ее применения, в различные периоды течения заболевания (индивидуальное, групповое занятие); осуществляется консультирование законных представителей детей, нуждающихся в медицинской реабилитации.

Санаторно-курортное лечение

Главной задачей санаторно-курортного этапа лечения детей с АГ являются мероприятия, направленные на достижение целевого уровня АД, профилактику гипертонических кризов и поражения органов-мишеней, улучшение вегетативной регуляции сердечной деятельности, повышение сопротивляемости организма, санация очагов хронической инфекции [111,112].

Показания для направления на санаторно-курортное лечение детей с артериальной гипертензией (АГ) сформулированы в Приказе Минздрава России от 28.09.2020 г. №1029н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения».

Показания к санаторно-курортному лечению: высокое нормальное АД, лабильная АГ, первичная АГ 1 и 2 степени, гипертоническая болезнь I стадии.

Противопоказания для направления детей и подростков с АГ в санаторно-курортные организации: недостаточность кровообращения любой стадии, ежедневные симпатоадреналовые кризы, пароксизмальная тахикардия с частыми приступами, мерцательная аритмия, полная атриовентрикулярная блокада, сложные нарушения ритма сердца, также общие противопоказания для санаторно-курортного лечения.

Методы реабилитации детей с АГ в санаторно-курортных организациях включают [111,112]:

1. Климатический режим соответственно сезону года и клинико-функциональному состоянию пациента.

2. Лечебное питание.

3. Адекватная физическая нагрузка с учётом толерантности к физической нагрузке в виде курса малогрупповых или индивидуальных занятий.

4. Лечебный массаж воротниковой области и массаж волосистой части головы медицинский.

5. Физические методы лечения детей и подростков с АГ: седативные, гипотонические, сосудорасширяющие, кардиотонические, корригирующие вегетативную дисфункцию методы (назначаются по общепринятым методикам).

6. Клинико-психологическая коррекция, по показаниям индивидуальная психотерапия или групповая психотерапия.

Двигательный режим

• Рекомендуется включать в двигательный режим для детей с АГ [3, 111, 112].

- утреннюю гигиеническую гимнастику с самоконтролем частоты сердечных сокращений, лечебную гимнастику;
- прогулки на свежем воздухе вдоль моря и в парковой зоне;
- лечебную дозированную ходьбу назначают адекватно состоянию пациента в темпе 70–80 шагов в минуту по I режиму и 80-90 шагов в минуту по II режиму с кратковременным отдыхом (3-5 мин) на скамейке; до и после лечебной ходьбы проводится исследование пульса для контроля за переносимостью нагрузки;
- терренкур — чередование ходьбы по ровной местности с подъемами от 3 до 15°. Темп ходьбы — медленный (60-80 шагов в минуту).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарии. Пациентам с АГ 2 степени рекомендуется назначение двигательных нагрузок по I режиму. При регистрации на санаторно-курортном этапе лечения у пациентов повышения АД, гипертонического криза, ухудшения переносимости физических и эмоциональных нагрузок, ухудшения функциональных способностей миокарда рекомендуется перевести ребёнка на I (щадящий) режим до окончания срока пребывания в санатории.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

5.1 Принципы диспансерного наблюдения

Диспансеризация — это метод активного динамического наблюдения за состоянием здоровья населения, в том числе детей и подростков. Диспансерному наблюдению подлежат все дети и подростки с отягощенной наследственностью по ГБ, высоким нормальным АД и АГ.

Диспансеризация включает в себя следующие мероприятия:

- 1) постановку на медицинский учет всех лиц детского и подросткового возраста с отягощенной наследственностью по ГБ, высоким нормальным АД и АГ;
- 2) периодическое медицинское обследование этих лиц с целью предупреждения прогрессирования АГ;
- 3) проведение комплекса оздоровительных и лечебных мероприятий, направленных на нормализацию АД;
- 4) проведение врачебно-профессиональной консультации и профориентации детей и подростков с АГ с учетом их пола и возраста.

Дети и подростки с отягощенной наследственностью по ГБ, с высоким нормальным АД должны осматриваться врачом-педиатром 1 раз в 6 месяцев (обследование ограничивается антропометрическими исследованиями и трехкратным измерением АД на периферических артериях). Указанный контингент должен быть включен во II группу здоровья, а при наличии вегетативной дисфункции (при отсутствии изменений в сосудах глазного дна и на ЭКГ) — в III группу здоровья.

При подтверждении диагноза АГ (эссенциальной или симптоматической) ребенок или подросток наблюдается врачом-педиатром 1 раз в 3-4 месяца.

Для определения объема диагностических мероприятий, выработки тактики немедикаментозного и медикаментозного лечения и по вопросам борьбы с факторами риска ССЗ ребенок должен быть проконсультирован врачом-детским кардиологом.

По показаниям ребенок или подросток может быть проконсультирован врачом-нефрологом, врачом-офтальмологом и врачом-неврологом. Обязательные исследования (см. раздел «Диагностика и дифференциальная диагностика артериальной гипертензии») проводятся не реже 1 раза в год, дополнительные — по показаниям (таблицы 4 и 5).

Дети и подростки с АГ 1 степени без других факторов риска и поражения органов мишеней включаются в III группу здоровья. Дети и подростки с АГ 1 степени, имеющие другие факторы риска и/или поражения органов мишеней, а также с АГ 2 степени включаются в IV группу здоровья. При появлении сердечной недостаточности детей и подростков с АГ относят к V группе здоровья.

Все данные вносятся в историю болезни ребенка и медицинскую карту ребенка.

5.2 Первичная профилактика артериальной гипертензии

Первичная профилактика начинается с выявления во время плановых профилактических медицинских осмотров детей и подростков факторов риска АГ и ССЗ, таких как отягощенная наследственность (наличие АГ, ранних сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета у родителей), избыточная масса тела или ожирение, низкая физическая активность (физическая активность ограничена занятиями физкультурой в рамках школьной программы). Измерение АД на периферических артериях должно выполняться на каждом визите 1 раз в год всем детям начиная с 3-летнего возраста и на каждом визите — пациентам из групп риска (см. раздел «Диагностика и дифференциальная диагностика артериальной гипертензии»).

Первичная профилактика АГ проводится:

а) на популяционном уровне (воздействие на все население);

а) в группах риска (дети с отягощенной наследственностью, высоким нормальным АД, избыточной массой тела или ожирением, низкой физической активностью).

Профилактическое воздействие должно быть направлено на:

а) поддержание нормальной или снижение избыточной массы тела (см. рекомендации по немедикаментозному лечению);

б) оптимизацию физической активности (см. рекомендации по немедикаментозному лечению);

в) рационализацию питания (см. рекомендации по немедикаментозному лечению).

6. Организация оказания медицинской помощи

6.1 Показания к госпитализации и выписке пациентов с артериальной гипертензией

6.1.1. Показания для плановой госпитализации:

- неясность диагноза и необходимость в специальных методах исследования (использование диагностических процедур, проведение которых невозможно или нецелесообразно в условиях поликлиники) для уточнения причины повышения АД (исключение симптоматических АГ);

- стойкое повышение АД, трудности в подборе медикаментозной терапии в амбулаторных условиях (сочетанная патология), частые гипертонические кризы);

- злокачественная рефрактерная АГ;

- при переходе подростка от педиатрической помощи во взрослую сеть здравоохранения в переводном эпикризе должна быть отражена информация относительно этиологии, клинических проявлений и осложнений АГ, проводимой терапии с анализом эффективности, что позволит обеспечить преемственность в наблюдении пациента.

6.1.2. Показания для экстренной госпитализации:

- гипертонический криз, не купирующийся на догоспитальном этапе;

- гипертонический криз при феохромоцитоме;

- гипертонический криз с осложнениями, требующими интенсивной терапии.

6.1.3. Показания к выписке пациента из стационара:

- установленный клинический диагноз АГ с использованием специальных методов исследования при уточнении причины повышения АД;

- подобранная медикаментозная терапия с достижением целевого уровня АД или снижение АД на 25-30% от исходных значений на момент выписки из стационара;

- стабилизация лабораторных показателей сопутствующих заболеваний, оказывающих влияние на тяжесть и течение основного заболевания

- купированный гипертонический криз, отсутствие осложнений, требующих интенсивной терапии, стабилизация уровня АД.

6.1.4. Иные организационные технологии

При анализе работы медицинской организации с пациентами с АГ целесообразно анализировать следующие показатели:

- процент пациентов, достигших целевого уровня АД, которое должно быть менее значения 90-го перцентиля для данного возраста, пола и роста; для детей старше 16 лет жизни — менее 130/85 мм рт. ст. через 3, 6 и 12 месяцев наблюдения;

- процент пациентов, получающих комбинированную гипотензивную терапию для оценки риска побочного действия лекарств и полипрагмазии, а также выявления резистентной АГ;

- Подростков с повышенным АД или АГ (независимо от того, получают ли они антигипертензивную терапию), как правило, следует переводить во взрослую сеть к соответствующему специалисту. Необходимо передать информацию об этиологии АГ и прошлых проявлениях и осложнениях АГ пациента.

6.2. Нормативно-правовые документы, в соответствии с которыми оказывается медицинская помощь детям с артериальной гипертензией*

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 октября 2015 г. №700н (ред. от 09.12.2019 г.) «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование», (Зарегистрирован 12 ноября 2015 г., регистрационный №39696).

2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 мая 2023 г. №206н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам

с высшим образованием», (Зарегистрирован 01 июня 2023 г., регистрационный №73677).

3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 апреля 2022 года №274н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с врожденными и (или) наследственными заболеваниями» (Зарегистрирован 13 июля 2022 г., регистрационный №69251).

4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 октября 2019 г. №878н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей», (Зарегистрирован 23 декабря 2019 г., регистрационный №56954).

5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 г. №231н (ред. от 21.02.2022 г.) «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» (Зарегистрирован 13 мая 2021 г., регистрационный №63410).

6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 №496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (Зарегистрирован 29 августа 2025 г., регистрационный №83407)

7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.12.2022 №789н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. №108н». (Зарегистрирован 30 декабря 2022 г., регистрационный №71905).

8. Поправка 14.1. к Статье 37. Организация оказания медицинской помощи Федеральное закона от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 11.06.2022, с изм. от 13.07.2022 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 29.06.2022 г.) «В стандарты медицинской помощи детям и клинические рекомендации допускается включение зарегистрированного на территории Российской Федерации лекарственного препарата, применяемого в соответствии с показателями (характеристиками) лекарственного препарата, не указанными в инструкции по его применению, в случае соответствия такого лекарственного препарата требованиям, установленным Правительством Российской Федерации. Перечень заболеваний или состояний (групп заболеваний или состояний), при которых допускается применение лекарственного препарата в соответствии с показателями (характеристиками) лекарственного препарата, не указанными в инструкции по его применению, устанавливается Правительством Российской Федерации.

9. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 16 мая 2022 г. №1180-р «Перечень заболеваний или состояний (группы заболеваний или состояний), при которых допускается применение лекарственного препарата в соответствии с показаниями (характеристиками) лекарственного препарата, не указанными в инструкции по его применению».

10. Постановление Правительства Российской Федерации от 27 октября 2023 г. №1799 «Об утверждении требований к зарегистрированному на территории Российской Федерации лекарственному препарату, применяемому в соответствии с показателями (характеристиками) лекарственного препарата, не указанными в инструкции по его примене-

нию, включение которого допускается в стандарты медицинской помощи детям и клинические рекомендации».

11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 сентября 2020 г. №1008н «Об утверждении порядка обеспечения пациентов лечебным питанием» (Зарегистрирован 30 сентября 2020 г., регистрационный №60137).

12. Приказ Минздрава России от 27.05.2025 г. №313н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» (Зарегистрирован 02 июня 2025 г., регистрационный №82503).

13. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 25 октября 2012 г. №440н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская кардиология» (Зарегистрировано 04 декабря 2012 г., регистрационный №26000).

14. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 г. №211н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, учетной формы №030-ПО/у «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения N 030-ПО/о «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних», порядка ее заполнения» (Зарегистрирован 22 мая 2025 г., регистрационный №82300).

15. Приказ Минздрава России от 27.05.2025 №313н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» (Зарегистрирован 02 июня 2025 г., регистрационный №82503).

16. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 №192н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» (Зарегистрирован 16 мая 2025 г., регистрационный №82218).

17. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 г. №103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности, включаемой в клинические рекомендации информации» (Зарегистрирован 08.05.2019 г., регистрационный №54588).

18. Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29.05.2009 г. №14-5/10/2-4265 «О направлении детей на санаторно-курортное лечение в санаторно-курортные организации, находящиеся в ведении Минздрава России».

19. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.03.2024 г. №143н «Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2-1 Федерального закона от 23 февраля 1995 г. №26-ФЗ «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах», их характеристик и перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением таких природных лечебных ресурсов» (Зарегистрирован 01 апреля 2024 г., регистрационный №77708).

***Примечание: при подготовке данного издания клинических рекомендаций в этот раздел внесены изменения в связи с тем, что с сентября 2025 г. ряд норматив-**

но-правовых документов признан утратившими силу в связи с регистрацией новых приказов.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Снижение АД и поддержание его целевого уровня позволяет улучшить прогноз детей и подростков с АГ, предотвращает сохранение артериальной гипертензии в дальнейшей жизни, что значительно снижает риск сердечно-сосудистых осложнений во взрослой жизни.

Другими важными направлениями при лечении артериальной гипертензии являются:

- максимальное снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений, снижение летальности;
- коррекция всех модифицированных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (курение, дислипидемия, ожирение, гипергликемия);
- предупреждение, замедление скорости прогрессирования и/или уменьшения поражения органов мишеней;
- лечение сопутствующих заболеваний (патология почек, своевременная коррекция врожденных пороков сердца).

Критерии оценки качества медицинской помощи Criteria for assessing the quality of medical care

№	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
1	У ребенка с подозрением на АГ проведена оценка анамнеза для установления этиологии заболевания: отягощенный семейный анамнез (родители, бабушки, дедушки, сибсы) по АГ, сахарному диабету и другим сердечно-сосудистым заболеваниям, наследственным заболеваниям почек в семье (поликистоз, синдром Альпорта и др.), течение беременности, родов и периода раннего возраста, наличие сопутствующих заболеваний, являющихся причиной вторичной АГ, уточнен прием препаратов, вызывающих повышение АД	Да/Нет
2	Проведена оценка наличия предрасполагающих факторов и сопутствующих факторов риска ССЗ: наличие диабета, дислипидемии, повышении массы тела и ожирения, нарушение сна, нарушение пищевых привычек, низкий уровень физической активности, в анамнезе черепно-мозговая травма, травма живота, преждевременное половое развитие, употребление алкоголя, активное и пассивное курение, неблагоприятные психологические и средовые факторы	Да/Нет
3	Проведен анализ особенностей клинического течения АГ: жалобы, наличие и течение гипертонических кризов, возраст дебюта АГ и продолжительность АГ, вариабельность уровня АД, проводимая в настоящее время и ранее гипотензивная терапия и ее эффективность	Да/Нет
4	Проведена оценка физического и клинического обследования детей: антропометрические исследования, измерение АД на периферических артериях верхних и нижних конечностей, осмотр кожных покровов, офтальмоскопия, осмотр области шеи, исследование сердечно-сосудистой системы, бронхолегочной системы, исследование органов брюшной полости, исследование неврологического статуса, оценка полового развития по шкале Таннера	Да/Нет
5	Выполнено у детей старше 5-ти летнего возраста суточное мониторирование АД, проведена оценка показателей мониторирования с учетом нормативных данных	Да/Нет
6	Выполнена эхокардиография для оценки геометрии, массы и функции левого желудочка	Да/Нет
7	Выполнена электрокардиография для диагностики гипертрофии левого желудочка	Да/Нет
8	Выполнен тест с однократной физической нагрузкой меняющейся интенсивности с использованием эргометра (велозергометрия, тредмил-тест) с целью выявления гипертензивной реакции АД на физическую нагрузку	Да/Нет
9	Выполнено УЗИ почек для исключения объемных образований почек, врожденных аномалий, поликистоза	Да/Нет
10	Выполнено дуплексное сканирование артерий почек при подозрении на стеноз почечных артерий	Да/Нет
11	Выполнена сцинтиграфия почек и мочевыделительной системы, сцинтиграфия почек и мочевыделительной системы с функциональными пробами, при подозрении на ренальный/взоренальный генез АГ для оценки перфузии почек	Да/Нет
12	Выполнена магнитно-резонансная томография почек с контрастированием, обзорная урография (рентгенография мочевыделительной системы), внутривенная урография с обязательной рентгенограммой в ортоположении при подозрении на ренальный/взоренальный генез АГ	Да/Нет
13	Выполнена офтальмоскопия	Да/Нет
14	Выполнена рентгенография кисти при подозрении на гиперпаратиреозидизм	Да/Нет
15	Проведена оценка состояния вегетативной нервной системы	Да/Нет
16	Выполнена компьютерно-томографическая ангиография одной анатомической области, компьютерно-томографическая ангиография аорты, ангиография сосудов почек при подозрении на врожденную и приобретенную патологию аорты или почечных сосудов	Да/Нет
17	Выполнен общий (клинический) анализ мочи, исследование мочи методом Зимницкого, определение количества белка в суточной моче, определение альбумина в моче пациентам при подозрении на ренальный генез АГ	Да/Нет
18	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический, исследование уровня натрия в крови, исследование уровня калия в крови, исследование уровня креатинина в крови с расчетом скорости клубочковой фильтрации	Да/Нет
18	Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический (исследование уровня холестерина в крови, исследование уровня триглицеридов в крови, исследование уровня холестерина липопротеинов низкой плотности в крови, исследование уровня холестерина липопротеинов высокой плотности в крови)	Да/Нет
19	Проведен глюкозотолерантный тест и/или исследование гликированного гемоглобина в крови при ожирении/или избыточной массе тела или уровне глюкозы натощак более 5,6 ммоль/л)	Да/Нет
21	Выполнено исследование уровня метилированных катехоламинов в крови, исследование уровня катехоламинов в моче при кризовом течении АГ, подозрении на феохромоцитому	Да/Нет
22	Проведена оценка активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы: исследование уровня альдостерона в крови, исследование уровня ренина в крови при подозрении на реноваскулярную гипертензию, первичный гиперальдостеронизм. на минералокортикоид-зависимые заболевания	Да/Нет

23	Выполнено исследование уровня мочевой кислоты в крови при избыточной массе тела	Да/Нет
24	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови, исследование уровня общего трийодтиронина (Т3) в крови, исследование уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови, определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови, определение содержания антител к тиреоглобулину в сыворотке крови при подозрении на патологию щитовидной железы	Да/Нет
25	Выполнено исследование уровня адренкортикотропного гормона (АКТГ) в крови, исследование уровня общего кортизола в крови, исследование уровня свободного кортизола в крови, исследование уровня свободного кортизола в моче, проведение пробы с #дексаметазоном** при подозрении на болезнь Иценко-Кушинга с целью исключения АКТГ-зависимого и АКТГ-независимого гиперкортицизма	Да/Нет
26	Выполнено исследование уровня паратиреоидного гормона в крови, исследование уровня общего кальция в крови, и исследование уровня ионизированного кальция в крови при подозрении на гиперпаратиреозидизм	Да/Нет
27	Назначена нефармакологическая терапия детям и подросткам с АГ и высоким нормальным АД (снижение массы тела, рационализация питания, оптимизация физической активности, отказ от курения и алкоголя)	Да/Нет
28	Проведено фармакологическое лечение ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента у детей и подростков с симптоматической АГ, с АГ 2 степени, с АГ 1 степени и поражением органов-мишеней, с АГ 1 степени и неэффективностью немедикаментозной терапии в течение 6-12 месяцев	Да/Нет
29	Проведено фармакологическое лечение антагонистами рецепторов ангиотензина II у детей и подростков с симптоматической АГ, с АГ 2 степени, с АГ 1 степени поражением органов-мишеней, с АГ 1 степени и неэффективностью немедикаментозной терапии в течение 6-12 месяцев	Да/Нет
30	Проведено фармакологическое лечение производными дигидропиридина длительного действия при неэффективности/непереносимости ингибиторов АПФ и антагонистов рецепторов ангиотензина II у детей и подростков с симптоматической АГ, с АГ 2 степени, с АГ 1 степени и поражением органов-мишеней, с АГ 1 степени и неэффективностью немедикаментозной терапии в течение 6-12 месяцев	Да/Нет
31	Проведено фармакологическое лечение тиазидными диуретиками в комбинации с медикаментами других из групп при неэффективности/непереносимости монотерапии ингибиторами АПФ, антагонистами рецепторов ангиотензина, производными дигидропиридина у детей и подростков с симптоматической АГ, с АГ 2 степени, с АГ 1 степени и поражением органов-мишеней, с АГ 1 степени и неэффективностью немедикаментозной терапии в течение 6-12 месяцев, рефрактерной к монотерапии антигипертензивными препаратами	Да/Нет

Приложение А1. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-педиатры
2. Врачи-детские кардиологи детских кардиологических отделений
3. Врачи-детские кардиологи кардиологических кабинетов детских поликлиник

Описание методов, использованных для оценки качества и силы доказательств: доказательной базой для рекомендаций, являются публикации, вошедшие в Кокрейновскую библиотеку, базы данных EMBASE, MEDLINE и PubMed. Глубина поиска — 5 лет.

Методы, использованные с целью оценки качества и силы доказательств:

- консенсус экспертов;
- оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой.

Методы, использованные для анализа доказательств:

- обзоры опубликованных мета-анализов;
- систематические обзоры с таблицами доказательств.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций: консенсус экспертов.

Экономический анализ

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций

- Внешняя экспертная оценка.
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых, прежде всего, попросили прокомментировать, насколько доступна для понимания интерпретация доказательств, лежащая в основе рекомендаций. От детских кардиологов первичного звена получены комментарии в отношении доходчивости изложения важности предлагаемых рекомендаций, как инструмента повседневной практики. Все комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались авторами рекомендаций.

Консультация и экспертная оценка

Проект рекомендаций был рецензирован независимыми экспертами, которые, оценивали доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Авторский коллектив

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию — не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

Table 1. Evidence level assessment scale for diagnostic methods (diagnostic interventions)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

Table 2. Level of evidence (LEE) rating scale for prevention, treatment, and rehabilitation methods (preventive, therapeutic, and rehabilitative interventions)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

Table 3. Level of recommendation (LRR) rating scale for prevention, diagnostic, treatment, and rehabilitation methods (preventive, diagnostic, therapeutic, and rehabilitative interventions)

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Приложение А2. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Таблица 1. Показатели артериального давления у новорожденных в зависимости от гестационного возраста [24]

Table 1. Blood Pressure in Newborns by Gestational Age [24]

Гестационный возраст (недели)	50-перцентиль			95-перцентиль			99-перцентиль		
	САД	ДАД	СрАД	САД	ДАД	СрАД	САД	ДАД	СрАД
44	88	50	63	105	68	80	110	73	85
42	85	50	62	98	65	76	102	70	81
40	80	50	60	95	65	75	100	70	80
38	77	50	59	92	65	74	97	70	79
36	72	50	57	87	65	72	92	70	77
34	70	40	50	85	55	65	90	60	70
32	68	40	49	83	55	64	88	60	69
30	65	40	48	80	55	63	85	60	68
28	60	38	45	75	50	58	80	54	63
26	55	30	38	72	50	57	77	56	63

САД – систолическое артериальное давление, ДАД – диастолическое артериальное давление, срАД – среднее артериальное давление.

Таблица 2. Перцентили артериального давления (АД) у мальчиков и девочек в возрасте 1 года жизни [27]

Table 2. Blood pressure (BP) percentiles in boys and girls at the age of 1 year [27]

Пол	АД (перцентиль)	Систолическое АД (мм рт.ст.)							Диастолическое АД (мм рт.ст.)						
		Перцентиль роста							Перцентиль роста						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
Мальчики	50-й	80	81	83	85	87	88	89	34	35	36	37	38	39	39
	90-й	94	95	97	99	100	102	103	49	50	51	52	53	53	54
	95-й	98	99	101	103	104	106	106	54	54	55	56	57	58	58
	99-й	105	106	108	110	112	113	114	61	62	63	64	65	66	66
Девочки	50-й	83	84	85	86	88	89	90	38	39	39	40	41	41	42
	90-й	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95-й	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99-й	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67

Таблица 3. Рекомендуемые размеры манжет в зависимости от величины окружности плеча [7]

Table 3. Recommended reference cuff dimensions across the range of arm circumferences [7]

Предназначение манжеты	Ширина внутренней камеры манжеты, см	Длина внутренней камеры манжеты, см	Окружность, см*	
			плеча	бедр
Новорожденные дети	4	8	10	
Дети грудного возраста	6	12	15	
Дети	9	10	13	
Крупные дети, подростки и худощавые взрослые	10	24	26	
Взрослые	13	30	34	
Крупные взрослые	16	38	44	
Плечо большого объема / Бедро	20	42		52

*Длина резиновой камеры манжеты должна покрывать не менее 80% окружности плеча

Таблица 4. Значения перцентилей роста (см) у мальчиков и девочек в возрасте от 1 до 17 лет [1]

Table 4. Height percentile values (cm) in boys and girls aged 1 to 17 years [1]

Возраст, годы	Рост, см													
	Мальчики							Девочки						
	Перцентили							Перцентили						
	5-й	10-й	25-й	50-й	75-й	90-й	95-й	5-й	10-й	25-й	50-й	75-й	90-й	95-й
1	71,7	72,8	74,3	76,1	77,7	79,8	81,2	69,8	70,8	72,4	74,3	76,3	78	79,1
2	82,5	83,5	85,3	86,8	89,2	92	94,4	81,6	82,1	84	86,8	89,3	92	93,6
3	89	90,3	92,6	94,9	97,5	100,1	102	88,3	89,3	91,4	94,1	96,6	99	100,6
4	95,8	97,3	100	102,9	105,7	108,2	109,9	95	96,4	98,8	101,6	104,3	106,6	108,3
5	102	103,7	106,5	109,9	112,8	115,4	117	101,1	102,7	105,4	108,4	111,4	113,8	115,6
6	107,7	109,6	112,5	116,1	119,2	121,9	123,5	106,6	108,4	111,3	114,6	118,1	120,8	122,7
7	113	115	118	121,7	125	127,9	129,7	111,8	113,6	116,8	120,6	124,4	127,6	129,5
8	118,1	120,2	123,2	127	130,5	133,6	135,7	116,9	118,7	122,2	126,4	130,6	134,2	136,2
9	122,9	125,2	128,2	132,2	136	139,4	141,8	122,1	123,9	127,7	132,2	136,7	140,7	142,9
10	127,7	130,1	133,4	137,5	141,6	145,5	148,1	127,5	129,5	133,6	138,3	142,9	147,2	149,5
11	132,6	135,1	138,7	143,3	147,8	152,1	154,9	133,5	135,6	140	144,8	149,3	153,7	156,2
12	137,6	140,3	144,4	149,7	154,6	159,4	162,3	139,8	142,3	147	151,5	155,8	160,0	162,7
13	142,9	145,8	150,5	156,5	161,8	167	169,8	145,2	148	152,8	157,1	161,3	165,3	168,1
14	148,8	151,8	156,9	163,1	168,5	173,8	176,7	148,7	151,5	155,9	160,4	164,6	168,7	171,3
15	155,2	158,2	163,3	169	174,1	178,9	181,9	150,5	153,2	157,2	161,8	166,3	170,5	172,8
16	161,1	163,9	168,7	173,5	178,1	182,4	185,4	151,6	154,1	157,8	162,4	166,9	171,1	173,3
17	164,9	167,7	171,9	176,2	180,5	184,4	187,3	152,7	155,1	158,7	163,1	167,3	171,2	173,5

Таблица 5. Величины АД, соответствующие 90, 95 и 99 перцентилю в зависимости от возраста и перцентиля роста для мальчиков [1]

Table 5. Blood pressure values at the 90th, 95th, and 99th percentiles by age and height for boys [1]

Возраст (лет)	Перцентиль АД	Систолическое АД в соответствии с перцентилем роста							Диастолическое АД в соответствии с перцентилем роста						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	90	94	95	97	99	100	102	103	49	50	51	52	53	53	54
	95	98	99	101	103	104	106	106	54	54	55	56	57	58	58
	99	105	106	108	110	112	113	114	61	62	63	64	65	66	66
2	90	97	99	100	102	104	105	106	54	55	56	57	58	58	59
	95	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
	99	109	110	111	113	115	117	117	66	67	68	69	70	71	71
3	90	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95	104	105	107	109	110	112	113	63	63	64	65	66	67	67
	99	111	112	114	116	118	119	120	71	71	72	73	74	75	75
4	90	102	103	105	107	109	110	111	62	63	64	65	66	66	67
	95	106	107	109	111	112	114	115	66	67	68	69	70	71	71
	99	113	114	116	118	120	121	122	74	75	76	77	78	78	79
5	90	104	105	106	108	110	111	112	65	66	67	68	69	69	70
	95	108	109	110	112	114	115	116	69	70	71	72	73	74	74
	99	115	116	118	120	121	123	123	77	78	79	80	81	81	82
6	90	105	106	108	110	111	113	113	68	68	69	70	71	72	72
	95	109	110	112	114	116	117	117	72	72	73	74	75	76	76
	99	116	117	119	121	123	124	125	80	80	81	82	83	84	84
7	90	106	107	109	111	113	114	115	70	70	71	72	73	74	74
	95	110	111	113	115	117	118	119	74	74	75	76	77	78	78
	99	117	118	120	122	124	125	126	82	82	83	84	85	86	86
8	90	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76
	95	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80
	99	119	120	122	123	125	127	127	83	84	85	86	87	87	88
9	90	109	110	112	114	115	117	117	72	73	74	75	76	76	77
	95	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	79	80	81	81
	99	120	121	123	125	127	128	129	84	85	86	87	88	88	89
10	90	111	112	114	115	117	119	119	73	73	74	75	76	77	78
	95	115	116	117	119	121	122	123	77	78	79	80	81	81	82
	99	122	123	125	127	128	130	130	85	86	86	88	88	89	90
11	90	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
	99	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90
12	90	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79
	95	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
	99	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
13	90	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
	95	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
	99	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
14	90	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
	95	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
	99	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
15	90	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
	95	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85
	99	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
16	90	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
	95	129	130	132	134	135	137	137	83	83	84	85	86	87	87
	99	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
17	90	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
	95	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89
	99	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97

Таблица 6. Величины АД, соответствующие 90, 95 и 99 перцентилю в зависимости от возраста и перцентиля роста для девочек [1]

Table 6. Blood pressure values at the 90th, 95th, and 99th percentiles by age and height for girls [1]

Возраст	Перцентиль АД	Систолическое АД в соответствии с перцентилем роста							Диастолическое АД в соответствии с перцентилем роста						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	90	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	90	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	90	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	90	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72
	99	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	90	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	90	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	90	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	90	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78
	99	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86
9	90	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
	95	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
	99	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87
10	90	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
	95	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
	99	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88
11	90	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
	99	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	90	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
	95	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90
13	90	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	90	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	90	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81
	95	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	90	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	90	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
	99	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

Таблица 7. Значения среднего САД и ДАД при СМАД для мальчиков в зависимости от возраста [7]

Table 7. Mean systolic and diastolic blood pressure values by ABPM for boys by age [7]

Мальчики												
Возраст годы	24 часа				День				Ночь			
	50	75	90	95	50	75	90	95	50	75	90	95
5	105/65	109/69	113/72	116/74	111/72	116/76	120/79	123/81	95/55	99/59	103/62	106/65
6	106/66	110/69	115/73	118/75	112/72	116/76	121/79	124/81	96/55	100/59	105/63	108/66
7	106/66	111/70	116/73	119/75	112/73	117/76	122/80	125/82	96/56	101/60	106/64	110/67
8	107/66	112/70	117/73	120/75	112/73	117/76	122/80	125/82	97/56	102/60	108/64	111/67
9	108/67	113/70	118/73	121/75	113/72	118/76	123/80	126/82	97/56	103/60	109/64	112/67
10	109/67	114/70	119/73	123/75	113/72	119/76	124/80	127/82	98/56	104/60	110/64	113/67
11	110/67	116/71	121/74	125/76	115/72	121/76	126/80	129/82	99/56	105/60	111/64	115/67
12	113/67	118/71	124/74	127/76	117/72	123/76	128/80	132/82	101/56	107/60	113/64	116/67
13	115/67	121/71	126/74	130/76	120/72	126/76	131/80	135/82	103/56	109/60	115/64	119/67
14	118/68	124/71	129/75	133/77	122/73	129/77	134/80	138/82	106/57	112/61	118/64	121/67
15	121/68	127/72	132/75	136/77	125/73	132/77	137/80	141/83	108/57	114/61	120/64	123/66
16	123/69	129/72	135/76	138/78	128/74	135/78	140/81	144/84	111/57	117/61	123/64	122/66

Таблица 8. Значения среднего САД и ДАД при СМАД для девочек в зависимости от возраста [7]

Table 8. Mean systolic and diastolic blood pressure values by ABPM for girls by age [7]

Девочки												
Возраст годы	24 часа				День				Ночь			
	50	75	90	95	50	75	90	95	50	75	90	95
5	103/66	108/69	112/72	115/74	108/73	114/77	118/80	121/82	95/56	100/61	105/66	108/69
6	104/66	109/69	114/72	116/74	110/73	115/77	120/80	122/82	96/56	100/61	106/65	110/68
7	105/66	110/69	115/72	118/74	111/72	116/77	121/80	123/82	96/56	102/60	107/65	111/67
8	107/66	112/69	116/72	120/74	112/72	117/76	122/80	124/82	97/57	103/60	108/64	112/67
9	108/66	113/70	117/73	121/75	112/72	118/76	122/80	125/82	98/55	103/59	109/64	112/67
10	109/66	114/70	118/73	122/75	113/72	119/76	123/79	126/81	98/55	104/59	110/64	113/67
11	110/66	115/70	119/73	123/75	114/72	120/76	124/79	127/81	99/54	105/59	110/63	114/66
12	111/67	116/70	120/74	123/76	115/72	121/76	125/80	128/82	100/54	105/59	110/63	114/66
13	112/67	117/71	121/74	124/76	116/72	122/77	126/80	129/82	101/54	106/59	111/63	114/66
14	113/67	118/71	122/74	130/76	118/73	123/77	127/80	130/82	101/55	106/59	111/63	114/65
15	114/68	118/71	123/75	125/77	119/73	124/77	128/80	130/82	102/55	107/59	111/63	114/65
16	115/68	119/71	123/75	126/77	120/74	124/77	129/80	131/82	103/55	107/59	111/63	114/65

Таблица 9. Значения среднего систолического и диастолического АД при амбулаторном мониторинге в зависимости от роста для мальчиков [7]

Table 9. Mean systolic and diastolic blood pressure values by ambulatory monitoring by height for boys [7]

Мальчики												
Рост см	24 часа				День				Ночь			
	50	75	90	95	50	75	90	95	50	75	90	95
120	105/66	109/70	114/74	117/77	111/72	116/77	122/80	125/82	94/54	99/58	103/61	106/63
125	105/66	110/70	115/74	118/77	111/72	117/76	122/80	125/82	95/55	100/58	105/61	108/63
130	106/66	111/70	116/74	119/77	112/72	117/76	122/80	126/82	96/55	101/59	106/62	110/64
135	107/66	112/70	117/74	120/77	112/72	117/76	123/80	126/82	97/56	102/59	108/63	111/65
140	108/67	113/71	118/75	121/77	113/72	118/76	123/80	126/82	98/56	104/60	109/63	113/65
145	110/67	115/71	120/75	123/77	114/72	119/76	124/79	127/81	99/56	105/60	111/64	114/66
150	111/67	116/71	121/75	124/77	115/72	120/76	125/79	128/81	100/56	106/60	112/64	116/66
155	113/67	118/71	123/75	126/77	117/72	122/76	127/79	130/81	101/56	107/60	113/64	117/66
160	114/67	120/71	124/75	127/77	119/72	124/76	129/79	133/81	103/56	108/60	114/64	118/66
165	116/68	121/71	126/75	129/78	121/72	126/76	132/80	135/82	104/57	110/60	116/64	119/66
170	118/68	123/71	130/75	131/78	123/73	128/77	134/80	138/82	106/57	112/61	117/64	121/66
175	120/68	125/72	130/75	133/78	124/73	130/77	136/81	140/83	107/57	113/61	119/64	122/66
180	122/68	127/72	131/76	134/78	126/73	132/77	138/81	142/83	109/57	115/61	120/64	124/66
185	123/68	128/72	133/76	136/78	128/73	134/78	140/81	144/84	110/57	116/61	122/64	125/66

Таблица 10. Значения среднего систолического и диастолического АД при амбулаторном мониторинге в зависимости от роста для девочек [7]**Table 10. Mean systolic and diastolic blood pressure values by ambulatory monitoring by height for girls [7]**

Девочки												
Рост см	24 часа				День				Ночь			
	50	75	90	95	50	75	90	95	50	75	90	95
120	104/66	108/69	112/71	114/72	110/73	114/77	118/80	120/82	95/55	99/60	103/63	106/65
125	105/66	109/69	111/70	116/73	111/73	115/77	119/80	121/82	96/55	100/60	104/63	107/66
130	106/66	110/69	114/72	117/73	111/72	116/76	120/80	122/82	96/55	101/59	106/63	108/66
135	107/66	111/70	115/72	118/74	112/72	116/76	120/80	123/82	97/55	102/59	107/63	109/66
140	108/66	112/70	116/73	119/75	112/72	117/76	121/80	124/82	98/55	103/59	108/63	110/66
145	109/66	113/70	117/73	120/75	113/72	118/76	123/80	125/82	98/54	103/59	109/63	112/66
150	110/67	115/70	119/74	121/76	114/72	119/76	124/80	127/82	99/54	104/59	110/63	113/66
155	111/67	116/71	120/74	123/76	116/72	121/76	125/80	128/82	100/54	106/59	111/63	114/66
160	112/67	117/71	121/74	123/76	117/72	122/76	126/80	129/82	101/55	106/59	111/63	114/66
165	114/67	118/71	122/74	124/76	118/73	123/77	127/80	130/82	102/55	107/59	112/63	114/66
170	115/68	119/71	123/74	125/76	120/74	124/77	128/80	131/82	103/55	108/61	112/67	115/71
175	116/69	120/72	124/75	126/76	121/75	125/78	129/81	131/82	105/55	109/59	113/63	115/66

Таблица 11. Медикаментозно опосредованная артериальная гипертензия**Table 11. Drug-induced hypertension**

Лекарственное средство/действующее вещество	Механизм действия	Лечение
Глюкокортикоиды	Задержка натрия, активация системы РААС, активация симпатической нервной системы	Уменьшить дозу при возможности, диуретики, иАПФ и антагонисты рецепторов ангиотензина II, производные дигидропиридина
Циклоспорин**	Спазм артериол, задержка натрия	Производные дигидропиридина, иАПФ/антагонисты рецепторов ангиотензина II, переход на прием такролимуса**
Такролимус**	Менее выраженная вероятность развития гипертензивного эффекта по сравнению с циклоспорином**	Производные дигидропиридина
Солодки корней экстракт	Минералокортикоидный эффект вызван ингибированием изоформы-2 11-бета-дегидрогеназы	Избегать применения минералокортикоидов
Нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты	Задержка натрия, (наиболее вероятно при приеме индометацина)	Ограничение приема натрия, диуретики и производные дигидропиридина
Антидепрессанты и антипсихотические средства	Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина	
Ингибиторы моноаминоксидазы	Симпатомиметический эффект	Отказ от пищи, богатой тирамином, хлорпромазин
Гормональные пероральные контрацептивы (G03A)	Минералокортикоидный эффект, усиливающий действие ангиотензиногена	Диуретики, иАПФ/антагонисты рецепторов ангиотензина II
Андрогены	Механизм не изучен. Вероятен минералокортикоидный эффект	Диуретики, иАПФ/антагонисты рецепторов ангиотензина II, производные дигидропиридина
Фенилэфрин** (применяется как деконгестант верхних отделов дыхательных путей и в составе глазных капель у новорожденных и детей раннего возраста)	Симпатомиметический эффект	Адреномиметики
Эфедрин	Симпатомиметический эффект	Альфа-адреноблокаторы
Кетамин**а-гидрохлорид	Симпатомиметический эффект	Альфа-адреноблокаторы, производные дигидропиридина
Эпоитин бета** (другие антианемические препараты)	Увеличение периферического сосудистого сопротивления	Производные дигидропиридина, снижение целевого уровня гемоглобина
Кофеин**	Симпатомиметический эффект	Бета-адреноблокаторы
Кокаин, амфетамин и модафенил	Симпатомиметический эффект	Производные бензодиазепина
Алкалоиды эфедры, синефрин, октопамин	Симпатомиметический эффект	Не применять

Примечание: иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; РААС — ренин-ангиотензин-альдостероновая система

Таблица 12. Значения индекса Кетле у детей и подростков, соответствующие показателям избыточной массы тела (25 кг/м²) и ожирения (30 кг/м²) у взрослых [1]

Table 12. Quetelet index values in children and adolescents indicating of overweight (25 kg/m²) and obesity (30 kg/m²) in adults [1]

Возраст (годы)	Индекс Кетле (25 кг/м ²)		Индекс Кетле (30 кг/м ²)	
	мальчики	девочки	Мальчики	девочки
2	18,41	18,02	20,09	19,81
2,5	18,13	17,76	19,80	19,55
3	17,89	17,56	19,57	19,36
3,5	17,69	17,40	19,39	19,23
4	17,55	17,28	19,29	19,15
4,5	17,47	17,19	19,26	19,12
5	17,42	17,15	19,30	19,17
5,5	17,45	17,20	19,47	19,34
6	17,55	17,34	19,78	19,65
6,5	17,71	17,53	20,23	20,08
7	17,92	17,75	20,63	20,51
7,5	18,16	18,03	21,09	21,01
8	18,44	18,35	21,60	21,57
8,5	18,76	18,69	22,17	22,18
9	19,10	19,07	22,77	22,81
9,5	19,46	19,45	23,39	23,46
10	19,84	19,86	24,00	24,11
10,5	20,20	20,29	24,57	24,77
11	20,55	20,74	25,10	25,42
11,5	20,89	21,20	25,58	26,05
12	21,22	21,68	26,02	26,67
12,5	21,56	22,14	26,43	27,24
13	21,91	22,58	26,84	27,76
13,5	22,27	22,98	27,25	28,20
14	22,62	23,34	27,63	28,57
14,5	22,96	23,66	27,98	28,87
15	23,29	23,94	28,30	29,11
15,5	23,60	24,17	28,60	29,29
16	23,90	24,37	28,88	29,43
16,5	24,19	24,54	29,14	29,56
17	24,46	24,70	29,41	29,69
17,5	24,73	24,85	29,70	29,84
18	25	25	30	30

Таблица 13. Половое развитие по Таннеру [1]

Table 13. Tanner's stages of puberty [1]

Девочки		
Стадия	Оволосение лобка	Развитие грудных желез
I	Препубертатное, только пушковые волосы	Препубертатное: увеличение только соска
II	Редкие, слегка пигментированные волосы в области больших половых губ	Увеличение грудных желез, определяемое визуально или пальпаторно; увеличение диаметра ареол
III	Волосы более темные, грубые, вьющиеся, распространяющиеся на лобок	Дальнейшее увеличение грудных желез и ареол без выделения их контура
IV	Взрослый тип оволосения без распространения на внутреннюю поверхность бедер	Выступление ареолы и соска над поверхностью грудной железы
V	Взрослый тип оволосения с распространением на внутреннюю поверхность бедер в форме перевернутого треугольника, но без перехода на linea alba	Взрослые контуры грудной железы с выступанием над ее поверхностью только соска
Мальчики		
Стадия	Оволосение лобка	Развитие половых органов
I	Препубертатное, только пушковые волосы	Половые органы препубертатные: размер яичек в длину < 2,5 см
II	Редкие, слегка пигментированные волосы у основания полового члена	Утолщение и покраснение мошонки; увеличение размера яичек: от 2,5 до 3,2 см
III	Волосы более темные, грубые, вьющиеся, распространяющиеся на лобок	Увеличение полового члена, особенно в длину; дальнейшее увеличение размера яичек: от 3,3 до 4,0 см
IV	Взрослый тип оволосения без распространения на внутреннюю поверхность бедер	Дальнейшее увеличение полового члена в длину и толщину; увеличение яичек: от 4,1 до 4,5 см; пигментация мошонки
V	Взрослый тип оволосения с распространением на внутреннюю поверхность бедер в форме перевернутого треугольника, но без перехода на linea alba	Половые органы взрослого человека по форме и размерам; размер яичек > 4,5 см

Таблица 14. Клиническая таблица для определения исходного вегетативного тонуса у детей [113]**Table 14. Clinical Table for Determining Baseline Autonomic Tone in Children [113]**

Диагностические критерии	Симпатикотония	Ваготония
1.Цвет кожи	Бледная	Склонность к покраснению
2.Сосудистый рисунок	Норма	Мраморность, цианоз
3.Сальность	Снижена	Повышена, угревая сыпь
4. Потоотделение	Уменьшено	Повышено
5.Дермографизм	Розовый, белый	Красный, стойкий
6.Пастозность тканей (склонность к отекам)	Не характерна	Характерна
7. Температура тела	Склонность к повышению	Склонность к понижению
8.Зябкость	Отсутствует	Повышена
9.Ознобopodobный гиперкинез	Характерен	Не характерно
10.Температура при инфекциях	Высокая	Субфебрильная
11.Переносимость духоты	Нормальная	Плохая
12.Масса тела	Снижена	Повышена
13. Аппетит	Повышен	Снижен
14. Жажда	Повышена	Снижена
15. ЧСС	Повышена	Снижена
16. САД	Повышено	Понижено
17. ДАД	Повышено	Снижено
18. Обмороки	Редко	Часто
19. Кардиалгии	Редко	Часто
20. Сердцебиение	Часто	Редко
21. III-й тон на верхушке в положении лежа	Не бывает	Характерен
22. Головокружение, непереносимость транспорта	Не характерно	Характерно
23. Жалобы на чувство нехватки воздуха, «вздохи»	Не характерно	Часто
24. Бронхиальная астма	Не характерна	Характерна
25.Слюноотделение	Уменьшено	Усилено
26.Жалобы на тошноту, рвоту, боли в животе	Не характерно	Характерно
27.Моторика кишечника	Атонические запоры	Метеоризм, спастические запоры
28.Мочевыпускание	Редкое обильное	Частое необильное
29.Ночной энурез	Не бывает	Часто
30.Аллергические реакции	Редко	Часто
31.Увеличение л/у, миндалин, аденоиды	Не бывает	Часто
32.Боли в ногах по вечерам, ночью	Редко	Часто
33.Зрачок	Расширен	Сужен
34.Головные боли	Редко	Характерны
35.Темперамент	Увлекающиеся, настроение изменчивое	Угнетены, апатичны, склонность к депрессии
36.Физ. активность	Повышена по утрам	Снижена
37.Психическая активность	Рассеянность, быстрая отвлекаемость, неспособность сосредотачиваться	Внимание удовлетворительное
38.Сон	Позднее засыпание, раннее пробуждение	глубокий, продолжительный, замедленный переход к бодрствованию
39.Вегетативные пароксизмы	Чаще подъем АД, тахикардия, озноб, чувство страха, повышение температуры тела	чаще одышка, потливость, понижение АД, боли в животе, тошнота
40.Синусовая аритмия	Не характерна	Характерна
41.Зубец Т в отведениях V 5,6	Уплощенный, ниже 3 мм	Нормальный
42.Амплитуда зубца Р во 2-м отведении	Выше 3 мм	Ниже 2 мм
43. PQ на ЭКГ	Укорочен	Удлинен
44.Интервал ST	Смещение ниже изолинии	Смещение выше изолинии. Синдром ранней реполяризации
45.Индекс напряжения (КИГ)	Более 90 усл. ед.	менее 30 усл. ед.

Таблица 15. Процентили ММЛЖ (г) и ИММЛЖ (г/м^{2,7}) у мальчиков и девочек в зависимости от возраста [39]
Table 15. LVM (g) and LVMI (g/m^{2,7}) percentiles in boys and girls by age [39]

Возраст	Пол	n	Показатели	Процентили						Minimum	Maximum
				10-й	25-й	50-й	75-й	90-й	95-й		
< 6 месяцев	Мальчики	62	ММЛЖ	7.22	9.04	10.94	14.16	16.28	17.6	6.27	21.18
			ИММЛЖ	40.19	46.92	56.44	66.41	75.72	80.1	32.41	83
	Девочки	43	ММЛЖ	7.59	9.27	11.15	13.76	16.05	16.5	5.49	28.74
			ИММЛЖ	39.05	48.62	55.38	65.98	73.47	85.6	21.22	109.2
6 месяцев ≤ 2 лет	Мальчики	73	ММЛЖ	16.95	20.25	23.88	27.84	32.47	33.7	9.43	36.32
			ИММЛЖ	36.17	40.66	44.95	53.29	61.27	68.6	26.71	74.75
	Девочки	53	ММЛЖ	15.39	17.45	22.25	26.46	31.98	34.6	12.22	35.98
			ИММЛЖ	32.91	38.67	42.04	49.85	52.86	57.1	24.18	61.06
2 ≤ 4 лет	Мальчики	124	ММЛЖ	24.37	28.52	33.31	38.79	45.48	48.4	13.27	58.13
			ИММЛЖ	28.44	33.88	39.5	45.19	48.74	52.4	21.25	71.07
	Девочки	84	ММЛЖ	24.7	28.4	33.34	38.15	43.88	46.1	17.9	50.98
			ИММЛЖ	28.87	31.85	37.88	43.11	47.65	55.3	20.63	66.58
4 ≤ 6 лет	Мальчики	133	ММЛЖ	34.36	39.13	45.49	52.62	59.26	63.2	22.92	83.51
			ИММЛЖ	27.68	30.68	36.96	40.2	45.12	48.1	18.76	57.25
	Девочки	111	ММЛЖ	29.24	34.57	39.67	46.59	50.38	57.3	17.68	76.64
			ИММЛЖ	25.85	28.06	32.29	36.43	43.47	44.3	18.17	59.25
6 ≤ 8 лет	Мальчики	117	ММЛЖ	40.23	45.14	51.73	62.06	70.48	77.4	25.95	97.29
			ИММЛЖ	24.47	28.56	31.79	36.28	40.18	44.6	20.27	59.47
	Девочки	110	ММЛЖ	36.88	40.6	48.38	55.84	65.54	72.1	25.29	89.3
			ИММЛЖ	23.15	25.77	29.71	33.15	37.73	43.5	20.11	54.76
8 ≤ 10 лет	Мальчики	111	ММЛЖ	45.32	51.49	62.09	73.42	84.61	91.1	32.35	122
			ИММЛЖ	22.45	24.85	29.11	34.57	38.25	41	15.24	53.19
	Девочки	99	ММЛЖ	39.22	48.08	54.76	70.87	75.49	83.6	31.6	91.82
			ИММЛЖ	19.07	22.12	26.63	30.37	34.3	36	13.46	44.35
10 ≤ 12 лет	Мальчики	122	ММЛЖ	57.76	66.28	74.1	89.43	105.3	111	37.94	124.7
			ИММЛЖ	21.88	24.71	28.18	31.87	36.42	38.2	14.72	43.05
	Девочки	92	ММЛЖ	57.12	62.94	71.66	85.44	98	102	26.53	149.1
			ИММЛЖ	20.22	23.25	26.11	29.63	33.05	35.7	13.06	44.88
12 ≤ 14 лет	Мальчики	180	ММЛЖ	66.88	82.5	97.76	117.8	138.1	150	51.18	202.3
			ИММЛЖ	21.02	24.38	28.8	32.84	39.08	41.4	12.61	47.75
	Девочки	144	ММЛЖ	60.79	78.37	92.36	108.8	119.8	128	37.56	165.9
			ИММЛЖ	20.47	23.63	26.68	29.86	34.65	38.2	10.21	43.59
14 ≤ 16 лет	Мальчики	194	ММЛЖ	90.53	106.9	125.7	145.3	167.2	181	38.51	212
			ИММЛЖ	22.22	25.11	28.77	33.49	38.47	40.5	8.905	46.01
	Девочки	167	ММЛЖ	72.67	84.97	98.73	114.7	130	143	39.53	235
			ИММЛЖ	20.69	23.55	26.51	29.97	34.89	36.9	12.31	54.33
≥ 16 лет	Мальчики	151	ММЛЖ	93.1	111.3	131.5	154	183.1	204	64.74	256.7
			ИММЛЖ	20.72	24.62	29	32.81	37.73	39.4	13.86	46.33
	Девочки	103	ММЛЖ	73.9	85.06	101.6	118.8	139.5	154	45.48	201.4
			ИММЛЖ	20.06	22.94	26.35	31.4	37.93	40	11.21	50.74

Сокращения: ММЛЖ — масса миокарда левого желудочка (в г); ИММЛЖ — индекс ММЛЖ к росту в степени 2,7 (г/м^{2,7}).

Таблица 16. Целевые, пограничные и высокие уровни липидов у детей и подростков [50]
Table 16. Target, borderline, and high lipid levels in children and adolescents [50]

Категория	Уровни		Пограничные		Высокие		Низкие	
	Целевые							
	ммоль/л	мг/дл	ммоль/л	мг/дл;	ммоль/л	мг/дл;	ммоль/л	мг/дл
Общий ХС	< 4,4	< 170	4,4-5,1	170-199	≥ 5,2	≥ 200		
ХС ЛПНП	< 2,8	< 110	2,8-3,4	110-129	≥ 3,4	≥ 130		
ХС не-ЛПНП	< 3,1	< 120	3,1-3,76	120-144	≥ 3,77	≥ 145		
Триглицериды 0-9 лет	< 0,85	< 75	0,85-1,12	75-99	≥ 1,13	≥ 100		
Триглицериды 10-19 лет	< 1,02	< 90	1,02-1,46	90-129	≥ 1,47	≥ 130		
ХС ЛПВП	1.16	> 45	1,03-1,16	40-45	> 1,6	> 60	< 1,03	< 40

Таблица 17. Процентильное распределение окружности талии (см) у мальчиков и девочек в возрасте от 2 до 18 лет [1]
Table 17. Waist circumference (cm) percentile in boys and girls aged 2 to 18 years [1]

Возраст, годы	Мальчики					Девочки				
	10-й	25-й	50-й	75-й	90-й	10-й	25-й	50-й	75-й	90-й
2	42,9	46,9	47,1	48,6	50,6	43,1	45,1	47,4	49,6	52,5
3	44,7	48,8	49,2	51,2	54	44,7	46,8	49,3	51,9	55,4
4	46,5	50,6	51,3	53,8	57,4	46,3	48,5	51,2	54,2	58,2
5	48,3	52,5	53,3	56,5	60,8	47,9	50,2	53,1	56,5	61,1
6	50,1	54,3	55,4	59,1	64,2	49,5	51,8	55	58,8	64
7	51,9	56,2	57,5	61,7	67,6	51,1	53,5	56,9	61,1	66,8
8	53,7	58,1	59,6	64,3	71	52,7	55,2	58,8	63,4	69,7
9	55,5	59,9	61,7	67	74,3	54,3	56,9	60,7	65,7	72,6
10	57,3	61,8	63,7	69,6	77,7	55,9	58,6	62,5	68	75,5
11	59,1	63,6	65,8	72,2	81,1	57,5	60,2	64,4	70,3	78,3
12	60,9	65,5	67,9	74,9	84,5	59,1	61,9	66,3	72,6	81,2
13	62,7	67,4	70	77,5	87,9	60,7	63,6	68,2	74,9	84,1
14	64,5	69,2	72,1	80,1	91,3	62,3	65,3	70,1	77,2	86,9
15	66,3	71,1	74,1	82,8	94,7	63,9	67	72	79,5	89,8
16	68,1	72,9	76,2	85,4	98,1	65,5	68,6	73,9	81,8	92,7
17	69,9	74,8	78,3	88	101,5	67,1	70,3	75,8	84,1	95,5
18	71,7	76,7	80,4	90,6	104,9	68,7	72	77,7	86,4	98,4

Таблица 18. Критерии диагностики метаболического синдрома у детей и подростков [51]
Table 18. Diagnostic criteria for metabolic syndrome in children and adolescents [51]

Параметры	Возраст	
	От 10 до 16 лет	Старше 16 лет
Ожирение	Окружность талии ≥ 90 процентиля *	Окружность талии > 94 см для мальчиков и > 80 см для девочек
Снижение ХС ЛПВП	менее $\leq 1,03$ ммоль/л (≤ 40 мг/дл)	мальчики $\leq 1,03$ ммоль/л (≤ 40 мг/дл) девочки $\leq 1,3$ ммоль/л (≤ 50 мг/дл)
Гипертриглицеридемия	более 1,7 ммоль/л (150 мг/дл)	более 1,7 ммоль/л (150 мг/дл)
Нарушение глюкозотолерантности	глюкоза более 5,6 ммоль/л (110 мг/дл) натощак	глюкоза более 5,6 ммоль/л (110 мг/дл) натощак
Артериальная гипертензия	АД ≥ 95 процентиля	АД более 130/85 мм рт. ст.

Таблица 19. Рекомендуемые антигипертензивные препараты для лечения АГ у детей и подростков
Table 19. Recommended antihypertensive drugs for BP-lowering treatment in Children and Adolescents

Код АТХ	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация (АТХ)	Лекарственные препараты	Уровень доказательности	Стартовая доза (суточная)	Максимальная доза
C09AA	ингибиторы АПФ	#Каптоприл** [68]	РКИ, СИс	0,3-0,5 мг/кг на прием 3 раза в сутки	6 мг/кг (до 100-150 мг) в сутки (в 3 приема)
		#Эналаприл** [68]	РКИ	0,08 мг/кг в сутки (в 1-2 приема)	0,6 мг/кг (до 40 мг) в сутки (в 1-2 приема)
		#Фозиноприл [68]	РКИ	0,1-0,6 мг/кг (до 5 мг) в сутки (в 1 прием)	0,6 мг/кг (до 40 мг) в сутки (в 1 прием)
		#Лизиноприл** [68]	РКИ	0,1 мг/кг (до 5 мг) в сутки (в 1 прием)	0,7 мг/кг (до 40 мг) в сутки (в 1 прием)
		#Рамиприл [72]	РКИ	1,5 мг/м ² (до 2,5 мг) в сутки (в 1 прием)	6 мг/м ² (до 10 мг) в сутки (в 1 прием)
C09CA	антагонисты рецепторов ангиотензина II	#Лозартан** [67,68]	РКИ	0,7 мг/кг (до 50 мг) в сутки (в 1 прием)	1,4 мг/кг (до 100 мг) в сутки (в 1 прием)
		#Ирбесартан [73]	РКИ	2 мг/кг (до 75-150 мг) в сутки (в 1 прием)	4 мг/кг (до 300 мг) в сутки (в 1 прием)
		#Валсартан [66,68]	РКИ	1,3 мг/кг (до 40 мг) в сутки (в 1 прием)	2,7 мг/кг (до 160 мг) в сутки (в 1 прием)
		#Кандесартан цилексетил [68,77]	РКИ	Детям 1-6 лет - 0,2 мг/кг в сутки, 6-17 лет (<50 кг) — 4 мг в сутки, 6-17 лет (>50 кг) - 8 мг в сутки (в 1-2 приема)	детям 1-6 лет — 0,4 мг/кг, 6-17 лет (<50 кг) — 16 мг, 6-17 лет (>50 кг) — 32 мг (в 1-2 приема)
		#Олмесартан медоксомил [68]	РКИ	Старше 6 лет: менее 35 кг — 10 мг в сутки, более 35 кг — 20 мг в сутки (в 1 прием)	Старше 6 лет: менее 35 кг — 20 мг в сутки, более 35 кг — 40 мг в сутки (в 1 прием)

Код АТХ	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация (АТХ)	Лекарственные препараты	Уровень доказательности	Стартовая доза (суточная)	Максимальная доза
C07AB	бета-адреноблокаторы	#Метопролол** [85]	РКИ	0,5-1 мг/кг в сутки (в 2 приема)	2 мг/кг в сутки (в 2 приема)
		#Бисопролол** [88]	РКИ	0,02 -0,19 мг/кг в сутки (в среднем 0,06 мг/кг в сутки) (в 1 прием)	0,02-0,4 мг/кг в сутки (в среднем 0,14 мг/кг в сутки) (в 1 прием)
		#Пропранолол** [7]	МЭ	1 мг/кг в сутки (в 2-3 приема)	4 мг/кг (до 640 мг) в сутки (в 2-3 приема)
C08CA	производные дигидропиридина	#Амлодипин** [7,8]	РКИ	0,06-0,3 мг/кг в сутки (в 1 прием)	0,6 мг/кг (до 10 мг) в сутки (в 1 прием)
		#Фелодипин [7,8,9]	РКИ, МЭ	2,5 мг в сутки (в 1 прием)	10 мг в сутки (в 1 прием)
		#Нифедипин** (замедленного высвоб.) [7,8]	Сис, МЭ	0,25-0,50 мг/кг в сутки (в 2 приема)	3 мг/кг (до 120 мг) в сутки (в 2 приема)
C03A	тиазидные диуретики	#Гидрохлоротиазид** [7]	МЭ	0,5-1,0 мг/кг в сутки (в 1 прием)	3 мг/кг (до 50 мг) в сутки (в 1 прием)
C03AA	тиазиды	#Хлорталидон [7,8]	МЭ	0,3 мг/кг в сутки (в 1 прием)	2 мг/кг (до 50 мг) в сутки (в 1 прием)
C03B	тиазидоподобные диуретики	#Индапамид ** (замедленного высвоб.) [84]	Сис, МЭ	1,5 мг в сутки (в 1 прием)	1,5 мг в сутки (в 1 прием)

Таблица 20. Экстренная/неотложная антигипертензивная терапия у детей и подростков

Table 20. Emergency/urgent antihypertensive therapy in children and adolescents

Код АТХ	Лекарственное средство	Класс	Тип введения	Дозировка	Начало действия	Примечание
C02DD01	Нитропруссид натрия дигидрат [7]	Прямой вазодилататор	Внутривенно медленно	0,5–8 мкг/кг в минуту	В первые секунды	Может вызвать интоксикацию тиоцианатами, инактивация которых происходит при солнечном свете
C01DA02	#Нитроглицерин** [7]	Прямой вазодилататор	Внутривенно медленно	0,1-2 мкг/кг в минуту	1-2 минуты	Может вызвать метгемоглобинемию, расширение сосудов преимущественно венозного русла — эффективен при сердечной недостаточности, эффективность у детей не установлена
C02AC01	#Клонидин** [7,8]	Альфа 2-адреномиметик центрального действия	Внутривенно болюсно Внутрь	2–6 мкг/кг разовая доза (7) 2-5 мкг/кг на прием максимально до 10 мкг/кг на прием каждые 6-8 часов	10 минут	Сухость во рту, седативное действие, возвратная артериальная гипертензия
C07AB09	#Эсмолол** [7]	Бета-адреноблокатор	Внутривенно медленно	100–500 мкг/кг в минуту	В первые секунды	Противопоказан при бронхиальной астме, может вызвать брадикардию
C09AA02	#Эналаприл** [7]	Ингибитор АПФ	Внутривенно болюсно	0,005–0,01 мг/кг разовая доза	15 минут	Противопоказан при подозрении на двусторонний стеноз почечных артерий
C03CA01	Фуросемид** [7]	Петлевой диуретик	Внутривенно болюсно	0,5–5 мг/кг разовая доза	В первые минуты	Гипокалиемия. Эффективен при перегрузке объемом(гиперволемии)
C02CA06	#Урапидил** [7]	Блокатор периферических альфа-адренорецепторов и центральный агонист серотониновых 5-HT1A рецепторов	Внутривенно медленно	Начальная доза: 0,5–4,0 мг/кг в час, поддерживающая доза: 0,2-2,0 мг/кг в час	1–5 минут	Может оказывать седатирующее действие, вызывать чувство сердцебиения, тошноту
C08CA05	#Нифедипин** [7]	Блокатор кальциевых каналов	Внутрь	0,25 мг/кг разовая доза	20–30 минут	Может вызвать непредсказуемую гипотензию, рефлекторную тахикардию
C09AA01	#Каптоприл** [7]	Ингибитор АПФ	Внутрь	0,1–0,2 мг/кг разовая доза	10–20 минут	Противопоказан при подозрении на двусторонний стеноз почечных артерий
C02AB02	Метилдопа** [100]	Альфа-адреномиметик	Внутрь	У детей старше 3-х лет внутрь в начальной дозе 5 мг/кг в сутки в 2-4 приема, максимальной дозе 40 мг/кг в сутки (до 3 г в сутки)		

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

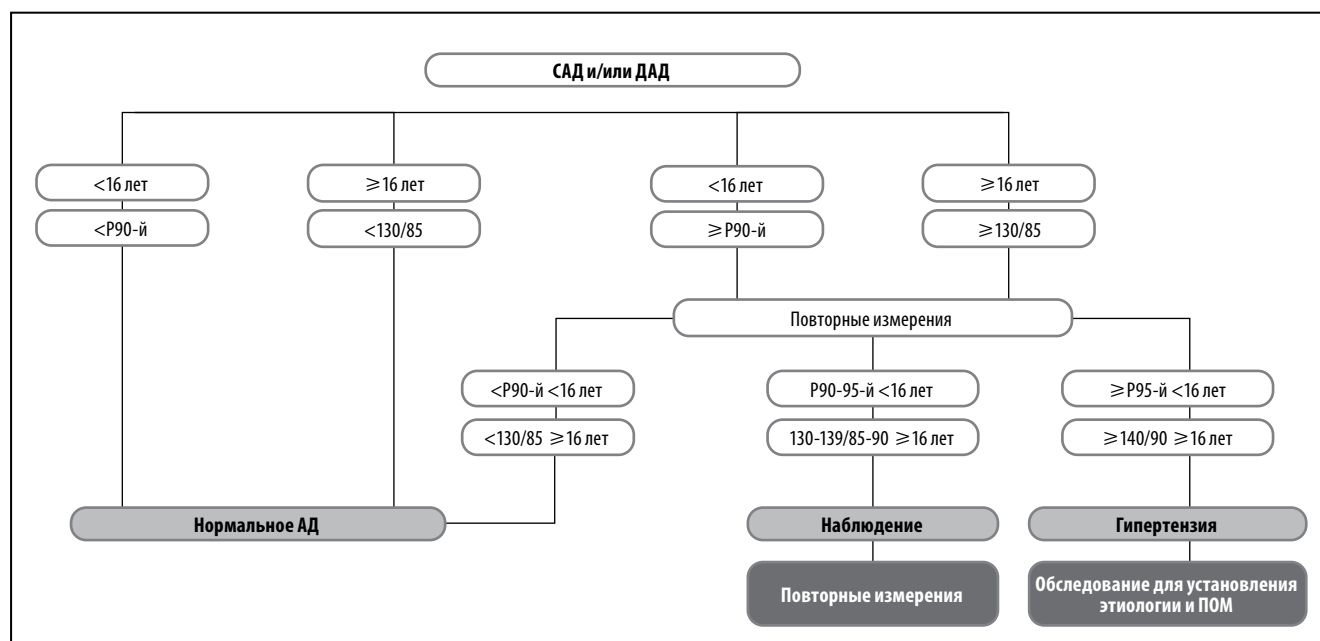


Рисунок 1. Диагностический алгоритм АГ у детей и подростков*

Figure 1. Diagnostic approach to hypertension in children and adolescents*

Примечание: *P – процентиля, АД в мм рт. ст.

Note: *P – percentiles, blood pressure in mmHg.

Приложение В. Информация для пациента

Сердечно сосудистые заболевания (ССЗ) занимают ведущее место в структуре патологии взрослых и являются основной причиной ранней инвалидизации и преждевременной смерти. Артериальная гипертензия (АГ) составляет доминирующее положение в структуре сердечно-сосудистых заболеваний. Истоки артериальной гипертензии у взрослых относятся к детскому и подростковому возрасту.

Артериальное давление (АД) — это важный интегральный показатель жизнедеятельности организма. Величина АД определяется силой сокращения левого желудочка сердца (систолическое или «верхнее» артериальное давление), сопротивлением мелких артериальных сосудов (диастолическое или «нижнее артериальное давление») и меняется с возрастом. У новорождённых детей систолическое АД в норме находится в пределах 60-90 мм рт. ст., диастолическое — 40-50 мм рт. ст. По мере роста давление увеличивается и достигает уровня взрослого человека к 10-12 годам. Нормальный уровень АД для взрослого человека 120/80 мм рт. ст. Не существует единого значения, которое указывало бы на высокое артериальное давление у всех детей, потому что нормальное давление изменяется по мере их роста.

Высокое артериальное давление (гипертония) у детей — это артериальное давление, такое же или выше, чем у 95 процентов детей того же пола, возраста и роста, что и ваш ребенок. Уровень АД зависит от пола, возраста и роста ребенка, нормативы определяет врач по специальным таблицам.

Артериальное давление вашего ребенка следует проверять во время плановых осмотров, начиная с трехлетнего

возраста, и на каждом приеме, если у вашего ребенка ранее было обнаружено высокое артериальное давление. Если у вашего ребенка есть факторы, которые могут увеличить риск высокого артериального давления, включая преждевременные роды, низкий вес при рождении, врожденные пороки сердца и определенные заболевания почек, проверка артериального давления может начаться уже в младенчестве.

Симптомы. Высокое артериальное давление обычно не вызывает симптомов. Тем не менее, признаки и симптомы, которые могут указывать на внезапное повышение артериального давления (гипертонический криз), включают: головные боли; судороги; рвота; боли в груди; быстрое, учащенное сердцебиение; затрудненное дыхание. Если у вашего ребенка есть какие-либо из этих симптомов, обратитесь за неотложной медицинской помощью.

Причины. Высокое артериальное давление у детей младшего возраста часто связано с другими заболеваниями, такими как врожденные пороки сердца, болезни почек, генетические заболевания или гормональные нарушения. Дети старшего возраста, особенно имеющие избыточный вес, чаще страдают первичной гипертонией без причинного (основного) заболевания.

Факторы риска. Факторы риска высокого артериального давления у вашего ребенка зависят от состояния здоровья, наследственности (генетики) и факторов образа жизни.

Первичная (эссенциальная) гипертензия. Первичная гипертензия возникает сама по себе, без установленной причины. Этот тип высокого артериального давления чаще встречается у старших детей, как правило, в возрасте

от 6 лет и старше. Факторы риска развития первичной гипертонии включают:

- Избыточный вес или ожирение
- Наличие в семейном анамнезе высокого артериального давления
- Диабет 2 типа или высокий уровень сахара в крови натощак;
- Высокий холестерин крови
- Употребление большого количества соли с пищей
- Мужской пол
- Курение или пассивное воздействие табачного дыма
- Малоподвижный образ жизни

Вторичная гипертензия. Вторичная гипертензия вызвана другим заболеванием и чаще встречается у маленьких детей. К другим причинам высокого артериального давления относятся:

- Хроническое заболевание почек
- Поликистоз почек
- Врожденные пороки сердца, такие как сильное сужение (коарктация) аорты.
- Нарушения функции надпочечников
- Гипертиреоз
- Феохромоцитомы (редкая опухоль надпочечника)
- Сужение артерии почки (стеноз почечной артерии)
- Нарушения сна, особенно обструктивное апноэ во сне
- Некоторые лекарства, в том числе такие как оральные контрацептивы и стероиды.
- Наркотики, такие как кокаин.

Диагностика. Врач проведет медицинский осмотр и задаст вопросы об истории болезни вашего ребенка, семейном анамнезе гипертонии, а также о питании и уровне активности. Будет измерено артериальное давление, при этом для точного измерения важен правильный размер манжеты. Во время одного посещения для точности артериальное давление вашего ребенка может быть измерено два или более раз. Для постановки диагноза артериальной гипертензии артериальное давление вашего ребенка должно быть выше нормы при измерении во время как минимум трёх посещений врача.

Если у вашего ребенка диагностирована гипертензия, важно определить, является ли она первичной или вторичной. Эти тесты могут быть использованы для поиска другого состояния, которое может вызывать высокое артериальное давление у вашего ребенка: **анализы крови**, чтобы проверить уровень сахара в крови (исследование уровня глюкозы в крови), функцию почек и количество клеток крови; **анализ мочи** (общий (клинический) анализ мочи); **УЗИ почек**; **эхокардиограмма** для проверки состояния кровотока через сердце, если врач подозревает, что структурная проблема сердца может вызывать повышенное артериальное давление. Чтобы подтвердить диагноз гипертонии, врач может порекомендовать **суточное мониторирование артериального давления**, когда ваш ребенок временно носит устройство, которое измеряет артериальное давление в течение дня, во время сна и при различных занятиях. Это может помочь исключить временное повышение давления из-за того, что ваш ребенок нервничает в кабинете врача (гипертония на белый халат).

Лечение. Если у вашего ребенка диагностировано умеренное повышение артериального давления (гипертония 1 степени), врач вашего ребенка, скорее всего, порекомендует изменить образ жизни, например, придерживаться здо-

ровой диеты и больше физических упражнений, прежде чем назначит лекарства. Если изменение образа жизни не помогает, врач вашего ребенка может порекомендовать лекарства, снижающие давление (гипотензивные препараты). Если вашему ребенку поставлен диагноз очень высокого артериального давления (гипертония 2 стадии), врач, скорее всего, порекомендует гипотензивные лекарства. Объемы лекарственной терапии определяет врач. Цель назначения терапии — достижение нормализации АД. Важно соблюдать прием препаратов, назначенный врачом для повышения эффективности терапии.

Вашему ребенку могут потребоваться гипотензивные лекарства временно или на неопределенный срок. Если высокое артериальное давление у вашего ребенка вызвано ожирением, снижение веса может сделать ненужным назначение лекарств. В других случаях лечение имеющихся заболеваний также может контролировать артериальное давление. Хотя мало что известно о долгосрочном влиянии лекарств от артериального давления на рост и развитие ребенка, многие из этих лекарств обычно считаются безопасными для приема в детстве.

Образ жизни. Лечение гипертонии одинаково у детей и взрослых и обычно начинается с изменения образа жизни. Даже если ваш ребенок принимает лекарства от высокого давления, изменение образа жизни может улучшить его действие.

- **Контролируйте вес вашего ребенка.** Если у вашего ребенка избыточный вес, потеря лишних килограммов или поддержание того же веса при продолжающемся росте могут снизить артериальное давление.

- **Давайте ребенку здоровое питание.** Поощряйте своего ребенка придерживаться здоровой для сердца диеты, уделяя особое внимание фруктам, овощам, цельнозерновым продуктам, нежирным молочным продуктам и нежирным источникам белка, таким как рыба и бобовые, а также ограничивая потребление жиров и сахара.

- **Уменьшите количество соли в рационе вашего ребенка.** Сокращение количества соли (натрия) в рационе вашего ребенка поможет снизить его артериальное давление. Дети в возрасте от 4 до 8 лет должны получать не более 1200 миллиграммов (мг) в день, а дети более старшего возраста — не более 1500 мг в день. Ограничьте употребление полуфабрикатов, которые часто содержат много натрия, и еду в ресторанах быстрого питания, в меню которых много соли, жира и калорий.

- **Поощряйте физическую активность.** Все дети должны получать 60 минут физической активности в день.

- **Ограничьте экранное время.** Чтобы побудить вашего ребенка быть более активным, ограничьте время перед телевизором, компьютером или другими устройствами - не смотрите телевизор в возрасте до двух лет и не более двух часов в день после двухлетнего возраста.

- **Вовлеките семью.** Вашему ребенку может быть трудно изменить здоровый образ жизни, если другие члены семьи плохо питаются или не занимаются спортом. Подавайте хороший пример. Рациональное питание принесет пользу всей вашей семье. Развлекайтесь всей семьей, играя вместе — катайтесь на велосипедах, играйте в мяч или прогуливайтесь.

- **Возможные осложнения.** Дети с высоким артериальным давлением, став взрослыми, вероятно, также будут иметь высокое давление, если они не начнут лечение. Если

у вашего ребенка высокое артериальное давление сохранится и во взрослой жизни, он может подвергаться риску таких осложнений как: инсульт; инфаркт миокарда; сердечная недостаточность; хроническая болезнь почек.

• **Профилактика.** Повышенное артериальное давление можно предотвратить у детей, если внести те же изменения в образ жизни, которые могут помочь при его лечении: контролировать вес вашего ребенка, обеспечить здоровую диету и побудить вашего ребенка заниматься физическими упражнениями. Высокое артериальное давление, вызванное другим заболеванием, иногда можно контролировать или даже предотвратить, устранив или управляя заболеванием, которое его вызывает.

Пациент должен проводить самоконтроль АД (ведение дневника). Для точного измерения АД необходимо соблюдать ряд правил:

- измерения АД следует делать в одно и то же время 2 раза в сутки утром и вечером;
- для повышения точности следует делать серию из 3-х измерений, интервал между замерами должен быть 2-3 минуты, не больше и не меньше, так как это время, необходимое для исключения реакции организма на сжатие руки манжетой;

- перед измерением АД в течение 1 часа нельзя курить, пить кофе, использовать препараты группы адrenomиметиков (в т.ч. нафтизин в каплях в нос, эфедрин и его производные), испытывать большие физические нагрузки;
- измерение нужно проводить сидя (опираясь на спинку стула, с расслабленными и не скрещенными ногами, рука лежит на столе, на уровне сердца), в спокойной обстановке, после 5 минутного отдыха. Во время измерения не следует активно двигаться и разговаривать;
- при первичном измерении следует определить АД на обеих руках и в дальнейшем измерять АД на той руке, где давление было выше;
- для детей манжета тонометра подбирается исходя из возраста пациента.

Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Не применяются.

Список литературы/References:

- Aleksandrov A.A., Kislyak O.A., Leontyeva I.V., Rozanov V.B. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии у детей и подростков. Российские рекомендации (второй пересмотр). Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2009;8(4):приложение1:1-32. [Aleksandrov A.A., Kislyak O.A., Leontyeva I.V., Rozanov V.B. Diagnostics, treatment and prevention of arterial hypertension in children and adolescents. Russian recommendations (second revision). Cardiovascular Therapy and Prevention 2009;8(4):Suppl 1:1-32. (In Russ.)]
- Aleksandrov A.A., Kislyak O.A., Leontyeva I.V. и др. Клинические рекомендации Системные гипертензии. 2020;17(2):7-35. <https://doi.org/10.26442/2075082X.2020.2.200126> [Aleksandrov A.A., Kislyak O.A., Leontyeva I.V. Clinical guidelines on arterial hypertension diagnosis, treatment and prevention in children and adolescents. Systemic Hypertension. 2020;17(2):7-35. (In Russ.) <https://doi.org/10.26442/2075082X.2020.2.200126>]
- Чазова И.Е., Жернакова Ю.Е. Клинические рекомендации Диагностика, лечение артериальной гипертензии. Системные гипертензии 2019;16:6-31. <https://doi.org/10.26442/2075082X.2019.1.190179> [Chazova I.E., Zernakova Yu.V. on behalf of the experts. Clinical guidelines. Diagnosis and treatment of arterial hypertension. Systemic Hypertension. 2019;16(1):6-31. (In Russ.) <https://doi.org/10.26442/2075082X.2019.1.190179>]
- Williams B., Mancia G., Spiering W., Agabiti Rosei E., Azizi M., Burnier M. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018;00:1-98. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>
- Rosenberg WM, Gray JA et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996, January; 312 (7023):71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Андреева Н. С., Реброва О. Ю., Зорин Н. А. и др. Системы оценки достоверности научных доказательств и убедительности рекомендаций: сравнительная характеристика и перспективы унификации. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2012;4:10-24. [Andreeva N.S., Rebrova O.Yu., Zorin N.A., et al. Systems for assessing the reliability of scientific evidence and the persuasiveness of recommendations: comparative characteristics and prospects for unification. Medical Technologies. Assessment and Choice. 2012;4:10-24. (In Russ.)]
- Lurbe E., Agabiti-Rosei E., Cruickshank J.K., Dominiczake A., Erdinef S., Hirthg A., et al. 2016 European Society of Hypertension guidelines for the management of high blood pressure in children and adolescents. J Hypertens. 2016. Oct;34(10):1887-920. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001039>
- Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, Blowey D, Carroll AE, Daniels SR, de Ferranti SD, Dionne JM, Falkner B, Flinn SK, Gidding SS, Goodwin C, Lu MG, Powers ME, Rea C, Samuels J, Simasek M, Thaker VV, Urbina EM. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics. 2017;140(3):e20171904. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1904>
- Леонтьева И.В., Александров А.А., Розанов В.Б. Артериальная гипертензия у детей и подростков. Москва, 2010. 246 с. [Leontyeva I.V., Alexandrov A.A., Rozanov V.B. Arterial hypertension in children and adolescents. Moscow, 2010. 246 p. (In Russ.)]
- Bochud M, Bovet P, Elston R, Paccaud F, Falconnet C, Maillard M, et al. High heritability of ambulatory blood pressure in families of East African descent. Hypertension 2005;45:445-450. <https://doi.org/10.1161/01.hyp.0000156538.59873.86>
- Rosner B, Cook NR, Daniels S, Falkner B. Childhood blood pressure trends and risk factors for high blood pressure: the NHANES experience 1988-2008. Hypertension. 2013;62(2):247-54. <https://doi.org/10.1161/hypertensionaha.111.00831>
- Kelishadi R, Mirmoghtadaee P, Najafi H, Keikha M. Systematic review on the association of abdominal obesity in children and adolescents with risk factors. J Res Med Sci. 2015;20(3):294-307. PMID: 26109978. PMID: PMC4468236.
- Friedemann C, Heneghan C, Mahtani K, Thompson M, Perera R, Ward AM. Cardiovascular disease risk in healthy children and its association with body mass index: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2012;345:e4759. <https://doi.org/10.1136/bmj.e4759>
- Flechtner-Mors M, Neuhauser H, Reinehr T, Roost HP, Wiegand S, Siegfried W. et al. APV initiative and the BMBF Competence Network Obesity. Blood pressure in 57,915 pediatric patients who are overweight or obese based on five reference systems. Am J Cardiol 2015;115:1587-1594. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2015.02.063>
- Parker ED, Sinaiko AR, Kharbanda EO, et al. Change in weight status and development of hypertension. Pediatrics. 2016;137(3):e20151662. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1662>
- Koebnick C, Black MH, Wu J, et al. High blood pressure in overweight and obese youth: implications for screening. J Clin Hypertens (Greenwich). 2013;15(11):793-805. <https://doi.org/10.1111/jch.12199>
- Zhang T, Zhang H, Li S, et al. Impact of adiposity on incident hypertension is modified by insulin resistance in adults: longitudinal observation from the Bogalusa Heart Study. Hypertension. 2016;67(1):56-62. <https://doi.org/10.1161/hypertensionaha.115.06509>
- Kaelber DC. IBM explorys cohort discovery tool. Available at: www.ibm.com/watson/health/explorys. Accessed February 3, 2017
- Halbach SM, Martz K, Mattoo T, Flynn J. Predictors of blood pressure and its control in pediatric patients receiving dialysis. J Pediatr. 2012;160(4):621-625. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2011.09.046>
- Hartzell K, Avis K, Lozano D, Feig D. Obstructive sleep apnea and periodic limb movement disorder in a population of children with hypertension and/or nocturnal nondipping blood pressures. J Am Soc Hypertens. 2016;10(2):101-107. <https://doi.org/10.1016/j.jash.2015.11.010>
- Archbold KH, Vasquez MM, Goodwin JL, Quan SF. Effects of sleep patterns and obesity on increases in blood pressure in a 5-year period: report from the Tucson Children's Assessment of Sleep Apnea Study. J Pediatr. 2012;161(1):26-30. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2011.12.034>
- Au CT, Ho CK, Wing YK, Lam HS, Li AM. Acute and chronic effects of sleep duration on blood pressure. Pediatrics. 2014;133(1). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/133/1/e64
- Александров А.А., Бубнова М.Г., Кисляк О.А. и др. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в детском и подростковом возрасте. Российские рекомендации. Российский кардиологический журнал 2012; №6(Прил. 1):1-40. [Aleksandrov A.A., Bubnova M.G., Kislyak O.A., et al. Prevention of cardiovascular diseases in childhood and adolescence. Russian recommendations. Russian Journal of Cardiology 2012; No. 6(Supplement 1):1-40. (In Russ.)]
- Dionne J. et al. Pediatric Nephrology Hypertension in infancy: diagnosis, management and outcome. January 2012;27(1):17-32. <https://doi.org/10.1007/s00467-010-1755-z>
- Hager A, Kanz S, Kaemmerer H, Schreiber C, Hess J. Coarctation Long-term Assessment (COALA): significance of arterial hypertension in a cohort of 404 patients up to 27 years after surgical repair of isolated coarctation of the aorta, even in the absence of restenosis and prosthetic material. J Thorac Cardiovasc Surg. 2007;134(3):738-745. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2007.04.027>
- Di Salvo G, Castaldi B, Baldini L, Gala S, del Gaizo F, D'Andrea A, et al. Masked hypertension in young patients after successful aortic coarctation repair: impact on left ventricular geometry and function. J Hum Hypertens 2011;25:739-745. <https://doi.org/10.1038/jhh.2010.118>
- Mattoo K. Evaluation and diagnosis of hypertension in infants between one month and one year of age. UpToDate This topic last updated: Jun 11, 2020.
- O'Brien E, Parati G, Stergiou G, Asmar R, Beilin L, Bilo G, et al. European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring. European Society of Hypertension position paper on ambulatory blood pressure monitoring. J Hypertens 2013;31:1731-1768. <https://doi.org/10.1097/hjh.0b013e328363e964>
- Wühl E, Witte K, Soergel M, Mehls O, Schaefer F, German Working Group on Pediatric Hypertension. Distribution of 24-h ambulatory blood pressure in children: normalized reference values and role of body dimensions. J Hypertens 2002;20:1995-2007. <https://doi.org/10.1097/00004872-200210000-00019>
- Valent-Moric B, Zigman T, Zaja-Franulovic O, Malenica M, Cuk M. The importance of ambulatory blood pressure monitoring in children and adolescents. Acta Clin Croat. 2012;51(1):59-64. PMID: 22920003.
- Swartz SJ, Srivaths PR, Croix B, Feig DL. Cost-effectiveness of ambulatory blood pressure monitoring in the initial evaluation of hypertension in children. Pediatrics. 2008;122(6):1177-1181. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3432>

32. Kavey RE, Kveselis DA, Atallah N, Smith FC. White coat hypertension in childhood: evidence for end-organ effect. *J Pediatr*. 2007;150(5):491-497. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2007.01.033>
33. Mitsnefes M, Flynn J, Cohn S, et al; CKiD Study Group. Masked hypertension associates with left ventricular hypertrophy in children with CKD. *J Am Soc Nephrol*. 2010;21(11):1371-4. <https://doi.org/10.1681/asn.2009060609>
34. Lurbe E, Thijs L, Torro MI, Alvarez J, Staessen JA, Redon J. Sexual dimorphism in the transition from masked to sustained hypertension in healthy youths. *Hypertension*. 2013;62:410-414. <https://doi.org/10.1161/hypertensionaha.113.01549>
35. Аверьянов С.Н., Амцславский В.Г., Багаев В.Г., Тенаев Р.Ф. Определение скорости клубочковой фильтрации у детей: история и современные подходы. *Педиатрическая фармакология*. 2018;15(3):218-223. <https://doi.org/10.15690/pf.v15i3.1901>
36. Giraldi PF, Ambrogio AG, De Martin M, et al. Specificity of first-line tests for the diagnosis of Cushing's syndrome: assessment in a large series. *J Clin Endocrinol Metab*. 2007;92(11):4123-9. <https://doi.org/10.1210/jc.2007-0596>
37. Korbonits M, Blair JC, Boguslawski A et al. Consensus guideline for the diagnosis and management of pituitary adenomas in childhood and adolescence: Part 2, specific diseases//*Nature Reviews Endocrinology*; 2024;20(5):290-309. <https://doi.org/10.1038/s41574-023-00949-7>
38. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Bohm M, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2013;34:2159-2219. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs151>
39. Khoury PR, Mitsnefes M, Daniels SR, Kimball TR. Age-specific reference intervals for indexed left ventricular mass in children. *J Am Soc Echocardiogr* 2009;22:709-714. <https://doi.org/10.1016/j.echo.2009.03.003>
40. Moller N C, Gronqvist A., Wedderkopp N. Cardiovascular disease risk factors and blood pressure response during in exercise during in health children and adolescents The European Youth Heart study *J Appl Physiol* 2010;109:1125-1132. <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00316.2010>
41. Foster BJ, Khoury PR, Kimball TR, Mackie AS, Mitsnefes M. New reference centiles for left ventricular mass relative to lean body mass in children. *J Am Soc Echocardiogr*. 2016;29(5):441-447.e2. <https://doi.org/10.1016/j.echo.2015.12.011>
42. Chinali M, Emma F, Esposito C, Rinelli G, Franceschini A, Doyon A, et al. Left ventricular mass indexing in infants, children, and adolescents: a simplified approach for the identification of left ventricular hypertrophy in clinical practice. *J Pediatr* 2016;170:193-198. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.10.085>
43. Lopez L, Colan SD, Frommelt PC, et al. Recommendations for quantification methods during the performance of a pediatric echocardiogram: a report from the Pediatric Measurements Writing Group of the American Society of Echocardiography Pediatric and Congenital Heart Disease Council. *J Am Soc Echocardiogr*. 2010;23(5):465-495; quiz 576-577. <https://doi.org/10.1016/j.echo.2010.03.019>
44. Daniels SR, Kimball TR, Morrison JA, Khoury P, Witt S, Meyer RA. Effect of lean body mass, fat mass, blood pressure, and sexual maturation on left ventricular mass in children and adolescents. Statistical, biological, and clinical significance. *Circulation*. 1995;92(11):3249-3254. <https://doi.org/10.1161/01.cir.92.11.3249>
45. Lubrano R, Travasso E, Raggi C, Guido G, Masciangelo R, Elli M. Blood pressure load, proteinuria and renal function in prehypertensive children. *Pediatr Nephrol* 2009;24:823-831. <https://doi.org/10.1007/s00467-008-1077-6>
46. Agarwal A, Kapur G, Altinok D. Childhood posterior reversible encephalopathy syndrome: magnetic resonance imaging findings with emphasis on increased leptomeningeal FLAIR signal. *Neuroradiol J* 2015;28:638-643. <https://doi.org/10.1177/1971400915609338>
47. Hager A, Kanz S, Kaemmerer H, Schreiber C, Hess J. Coarctation Long-term Assessment (COALA): significance of arterial hypertension in a cohort of 404 patients up to 27 years after surgical repair of isolated coarctation of the aorta, even in the absence of restenosis and prosthetic material. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2007;134(3):738-745. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2007.04.027>
48. Di Salvo G, Castaldi B, Baldini L, Gala S, del Gaizo F, D'Andrea A, et al. Masked hypertension in young patients after successful aortic coarctation repair: impact on left ventricular geometry and function. *J Hum Hypertens* 2011;25:739-745. <https://doi.org/10.1038/jhh.2010.118>
49. Giordano U, Cifra B, Giannico S, Turchetta A, Calzolari A. Mid-term results, and therapeutic management, for patients suffering hypertension after surgical repair of aortic coarctation. *Cardiol Young* 2009;19:451-455. <https://doi.org/10.1017/S1047951109909734>
50. Elkins C, Fruh S, Jones L, Bydalek K. Clinical Practice Recommendations for Pediatric Dyslipidemia The *Pediatr Health Care*. Jul-Aug 2019;33(4):494-504. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2019.02.009>
51. Zimmet P, Alberti KG, Kaufman F, Tajima N, et al. IDF Consensus Group. The metabolic syndrome in children and adolescents – an IDF consensus report. *Pediatr Diabetes*. 2007 Oct;8(5):299-306. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5448.2007.00271.x>
52. Dionne J.M., Harris K.C., Benoit G., Feberl, Poirier L., Cloutier L. et al. Hypertension Canada's 2017 Guidelines for the Diagnosis, Assessment, Prevention, and Treatment of Pediatric Hypertension. *CJC* 2017;33(5):557-688. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2017.03.007>
53. Moore L.L., Bradlee M.L., Singer M.R., Qureshi M.M., Buendia J.R., Daniels S.R. Dietary approaches to stop hypertension (DASH) eating pattern and risk of elevated blood pressure in adolescent girls. *Br J Nutr* 2012;108(9):1678-1685. <https://doi.org/10.1017/S000711451100715X>
54. Torrance B., McGuire K.A., Lewanczuk R., McGavock J. Overweight, physical activity and high blood pressure in children: a review of the literature. *Vasc Health Risk Manag* 2007;3(1):139-149. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1994042/>
55. Farpour-Lambert N.J., Aggoun Y., Marchand L.M., Martin X.E., Herrmann F.R., Beghetti M. Physical activity reduces systemic blood pressure and improves early markers of atherosclerosis in pre-pubertal obese children. *J Am Coll Cardiol* 2009;54(25):2396-2406. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2009.08.030>
56. Kelley G.A., Kelley K.S., Tran Z.V. The effects of exercise on resting blood pressure in children and adolescents: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Prev Cardiol* 2003;6(1):8-16. <https://doi.org/10.1111/j.1520-037x.2003.01224.x>
57. Tompkins C.L., Moran K., Preedom S., Brock D.W. Physical activity-induced improvements in markers of insulin resistance in overweight and obese children and adolescents. *Curr Diabetes Rev* 2011;7(3):164-170. <https://doi.org/10.2174/157339911795843096>
58. Luehrs RE, Zhang D, Pierce GL, Jacobs DR Jr, Kalkan R, Whitaker KM. Cigarette Smoking and Longitudinal Associations With Blood Pressure: The CARDIA Study. *J Am Heart Assoc*. 2021 May 4; 10(9):e019566. <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.019566>
59. Damasceno M.M., de Araújo M.F., de Freitas R.W., de Almeida P.C., Zanetti M.L. The association between blood pressure in adolescents and the consumption of fruits, vegetables and fruit juice—an exploratory study. *J Clin Nurs* 2011;20(11-12):1553-1560. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03608.x>
60. Saneei P., Hashemipour M., Kelishadi R., Rajaei S., Esmailzadeh A. Effects of recommendations to follow the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet v. usual dietary advice on childhood metabolic syndrome: a randomized cross-over clinical trial. *Br J Nutr* 2013;110(12):2250-2259. <https://doi.org/10.1017/S0007114513001724>
61. Yang Q., Zhang Z, Kuklina E.V. et al. Sodium intake and blood pressure among US children and adolescents. *Pediatrics* 2012;130(4):611-619. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3870>
62. Resnicow K., McMaster F., Bocian A., et al. Motivational interviewing and dietary counseling for obesity in primary care: an RCT. *Pediatrics* 2015;135(4):649-657. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1880>
63. Broccoli S., Davoli A.M., Bonvicini L. et al. Motivational interviewing to treat overweight children: 24-month follow-up of a randomized controlled trial. *Pediatrics* 2016;137(1):e20151979. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-197930/wjcv6.i5.234>
64. Croxtall J.D. Valsartan in children and adolescents with hypertension. *Paediatr Drugs* 2012;14(3):201-207. <https://doi.org/10.2165/11208990-000000000-00000>
65. Wühl E., Trivelli A., Picca S., Litwin M., Peco-Antic A., Zurowska A. et al. ESCAPE Trial Group. Strict blood-pressure control and progression of renal failure in children. *N Engl J Med* 2009;361(17):1639-1650. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0902066>
66. Wells T., Blumer J., Meyers K.E. Valsartan Pediatric Hypertension Study Group. Effectiveness and safety of valsartan in children aged 6 to 16 years with hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2011;13(5):357-365. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2011.00432>
67. Webb N.J., Shahinfar S., Wells T.G., Massaad R., Gleim G.W., Santoro E.P. et al. Losartan and enalapril are comparable in hypertension. reducing proteinuria in children. *Kidney Int* 2012;82(7):819-826. <https://doi.org/10.1038/ki.2012.210>
68. Chu P.Y., Campbell M.J., Miller S.G., Hill K.D. Anti-hypertensive drugs in children and adolescents. *World J Cardiol* 2014;6:234-244. <https://doi.org/10.4330/wjcv6.i5.234>
69. Schaefer F., Coppo R., Bagga A., Senguttuvan P., Schlosshauer R., Zhang Y. et al. Efficacy and safety of valsartan in hypertensive children 6 months to 5 years of age. *J Hypertens* 2013;31(5):993-1000. <https://doi.org/10.4330/wjcv6.i5.23410.1097/HJH.0b013e32835f5721>
70. Baker-Smith C.M., Benjamin D.K., Califf R.M. Cough in pediatric patients receiving angiotensin-converting enzyme inhibitor therapy or angiotensin receptor blocker therapy in randomized controlled trials. *Clin Pharmacol Ther* 2010;87:668-71. <https://doi.org/10.4330/wjcv6.i5.23410.1038/clpt.2009.231>
71. Soffer B., Zhang Z, Miller K, Vogt BA, Shahinfar S. A double-blind, placebo-controlled, dose-response study of the effectiveness and safety of lisinopril for children with hypertension. *Am J Hypertens*. 2003 Oct;16(10):795-800. PMID: 14553956. [https://doi.org/10.4330/wjcv6.i5.23410.1016/s0895-7061\(03\)00900-2](https://doi.org/10.4330/wjcv6.i5.23410.1016/s0895-7061(03)00900-2)
72. ESCAPE Trial Group; Wühl E, Trivelli A, Picca S, Litwin M, Peco-Antic A, Zurowska A, Testa S, Jankauskaite A, Emre S, Caldas-Afonso A, Anarat A, Niaudet P, Mir S, Bakkaloglu A, Enke B, Montini G, Wingen AM, Sallay P, Jeck N, Berg U, Caliskan S, Wygoda S, Hohbach-Hohenfellner K, Dusek J, Urasinski T, Arbeiter K, Neuhaus T, Gellermann J, Drozd D, Fischbach M, Möller K, Wigger M, Peruzzi L, Mehls O, Schaefer F. Strict blood-pressure control and progression of renal failure in children. *N Engl J Med*. 2009 Oct 22;361(17):1639-50. PMID: 19846849. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0902066>
73. Sakarcan A, Tenney F, Wilson JT, Stewart JJ, Adcock KG, Wells TG, Vachharajani NN, Hadjilambros OW, Slugg P, Ford NF, Marino MR. The pharmacokinetics of irbesartan in hypertensive children and adolescents. *J Clin Pharmacol*. 2001 Jul;41(7):742-9. PMID: 11452706. <https://doi.org/10.1177/00912700122010645>
74. Schaefer F., Litwin M., Zachwieja J., Zurowska A., Turi S., Grosso A. et al. Efficacy and safety of valsartan compared to enalapril in hypertensive children: a 12-week, randomized, double-blind, parallel-group study. *J Hypertens* 2011;29(12):2484-2490. <https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e32834c625c>
75. Trachtman H., Hainer J.W., Sugg J. Efficacy, safety, and pharmacokinetics of candesartan cilexetil in hypertensive children aged 6 to 17 years. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2008;10:743-50. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.00022>
76. Hazan L., Hernández Rodríguez O.A., Bhorat A.E., Miyazaki K., Tao B., Heyman R. et al. Assessment of Efficacy an Olmesartan in Pediatric Hypertension Study Group. A double-blind, dose-response study of the efficacy and safety of olmesartan medoxomil in children and adolescents with hypertension. *Hypertension* 2010;55(6):1323-1330. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.109.147702>
77. Simonett G.D., von Vigier R.O., Konrad M., Rizzi M., Fossali E., Bianchetti M.G. Candesartan cilexetil in hypertension or proteinuria: preliminary data. *Pediatr Nephrol* 2006;21(10):1480-1482. <https://doi.org/10.1007/s00467-006-0144-0>
78. Flynn J.T. Efficacy and safety of prolonged amlodipine treatment in hypertensive children. *Pediatr Nephrol* 2005;20(5):631-635. <https://doi.org/10.1007/s00467-004-1781-9>
79. Trachtman H., Frank R., Mahan J.D., Portman R., Restaino L., Matoo T.K. et al. Clinical trial of extended release felodipine in pediatric essential hypertension. *Pediatr Nephrol* 2003;18:548-553. <https://doi.org/10.1007/s00467-003-1134-0>
80. Sica D.A., Carter B., Cushman W., Hamm L. Thiazide and loop diuretics. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2011;13:639-643. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2011.00512>
81. Karnes J.H., Cooper-DeHoff R.M. Antihypertensive medications: benefits of blood pressure lowering and hazards of metabolic effects. *Expert Rev Cardiovasc Ther* 2009;7:689-702. <https://doi.org/10.1586/erc.09.31>
82. Li J.S., Flynn J.T., Portman R., Davis I., Ogawa M., Shi H. et al. The efficacy and safety of the novel aldosterone antagonist eplerenone in children with hypertension: a randomized, double-blind, dose-response study. *J Pediatr* 2010;157(2):282-287. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2010.02.042>
83. Meyers R.S., Siu A. Pharmacotherapy review of chronic pediatric hypertension. *Clin Ther* 2011;33:1331-1356. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2011.09.003>
84. Логачева И.В., Гуничева Е.А. Длительная терапия индапамидом ретард у подростков с артериальной гипертензией I степени. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2011;10(2):6-12. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2011-2-6-12>
85. Logacheva I.V., Gunicheva E.A. Long-term indapamide retard therapy in adolescents with Stage I arterial hypertension. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2011;10(2):6-12. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2011-2-6-12>
86. Batsky D.L., Sorof J.M., Sugg J., Llewellyn M., Klibaner M., Hainer J.W. et al. Efficacy and safety of extended release metoprolol succinate in hypertensive children 6 to 16 years of age: a clinical trial experience. *J Pediatr* 2007;150(2):134-139. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2006.09.034>
87. Poirier L., Lacourcière Y. The evolving role of β -adrenergic receptor blockers in managing hypertension. *Can J Cardiol* 2012;28:334-340. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2012.04.001>
88. Poirier L., Tobe S.W. Contemporary use of beta-blocker: clinical relevance of subclassification. *Can J Cardiol* 2014;30:59-15. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2013.12.001>
89. Gomez AB, Healy M, Donne GD, Bentley S, Makhecha S, Daubeney P, Naqvi N, Till J, Wong L. P10 Initiation of bisoprolol in paediatric patients – experience from a specialist paediatric cardiac centre. *Arch Dis Child*. 2023;108(5):5. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-NPPG.9>
89. National high blood pressure education program working group on hypertension control in children and adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics*. 2004; 114(Suppl 2):555-76. PMID: 15286277.

90. Wühl E, Calpe J, Drożdż D, Erdine S, Fernandez-Aranda F, Hadjipanayis A, Hoyer PF, Jankauskiene A, Jiménez-Murcia S, Litwin M, Mancía G, Mazur A, Pall D, Seeman T, Sinha MD, Simonetti G, Stabouli S and Lurbe E (2023) Joint statement for assessing and managing high blood pressure in children and adolescents: Chapter 2. How to manage high blood pressure in children and adolescents. *Front. Pediatr.* 11:1140617. <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1140617>
91. Daugherty S.L., Powers J.D., Magid D.J., Tavel H.M., Masoudi F.A., Margolis K.L. Incidence and prognosis of resistant hypertension in hypertensive patients. *Circulation* 2012;125:1635–1642. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.068064>
92. Narayan H., Webb D.J. New evidence supporting the use of mineralocorticoid receptor blockers in drug-resistant hypertension. *Curr Hypertens Rep* 2016;18(5):34. <https://doi.org/10.1007/s11906-016-0643-8>
93. Williams B., MacDonald T.M., Morant S., Webb D., Sever P., McInnes G. et al. Spironolactone versus placebo, bisoprolol, and doxazosin to determine the optimal treatment of drug-resistant hypertension (PATHWAY-2): a randomised, double-blind, crossover trial. *Lancet* 2015;386(10008):2059–2068. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00257-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00257-3)
94. Hajjzadeh N, Assadi F. Resistant hypertension: current status, future challenges. *Int J Prev Med.* 2014 Mar;5(Suppl 1):S21-4. PMID: 24791187; PMCID: PMC3990922.
95. Vaidyanathan B. Is there a role for carvedilol in the management of pediatric heart failure? A meta analysis and e-mail survey of expert opinion. *Ann Pediatr Cardiol.* 2009 Jan;2(1):74-8. PMID: 20300274; PMCID: PMC2840768. <https://doi.org/10.4103/0974-2069.52816>
96. Flynn JT, Mitsnefes M, Pierce C, et al; Chronic Kidney Disease in Children Study Group. Blood pressure in children with chronic kidney disease: a report from the Chronic Kidney Disease in Children study. *Hypertension.* 2008;52(4):631-637. <https://doi.org/10.1161/hypertensionaha.108.110635>
97. Reynolds B.C., Roem J.L., Sing Ng D.K., Matsuda-Abedini M., Flynn J.T., Furth S.L., Warady B.A., Parekh R.S. Association of Time-Varying Blood Pressure With Chronic Kidney Disease Progression in Children//*JAMA Netw Open.* 2020 Feb;3(2):e1921213. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.21213>
98. Gartenmann A.C., Fossali E., von Vigier R.O., Simonetti G., Schmidt J., Edefonti A., et al. Better renoprotective effect of angiotensin II antagonist compared to dihydropyridine calcium channel blocker in childhood. *Kidney Int* 2003;64(4):1450-1454. <https://doi.org/10.1046/j.1523-1755.2003.00238.x>
99. de Vale Gonçalves, C., Soares, H., & Guimarães, H. (2019). Neonatal hypertension: focus on diagnosis and therapy. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine (JPNIM)*, 8(2), e080207. <https://doi.org/10.7363/080207>
100. Lande MB, Flynn JT. Treatment of hypertension in children and adolescents. *Pediatr Nephrol.* 2009 Oct;24(10):1939-49. Epub 2007 Aug 10. PMID: 17690916; PMCID: PMC2756388. <https://doi.org/10.1007/s00467-007-0573-4>
101. Baracco R, Mattoo TK Pediatric hypertensive emergencies. *Curr Hypertens Rep.* 2014;16(8):456. <https://doi.org/10.1007/s11906-014-0456-6>
102. Patel NH, Romero SK, Kaelber DC. Evaluation and management of pediatric hypertensive crises: hypertensive urgency and hypertensive emergencies. *Open Access Emerg Med.* 2012;4:85-92. <https://doi.org/10.2147/oaem.s32809>
103. Siddiqi N., Shatat I.F. Antihypertensive agents: a long way to safe drug prescribing in children. *Pediatr Nephrol.* 2020 Nov;35(11):2049-2065. <https://doi.org/10.1007/s00467-019-04314-7>
104. Hammer GB, Lewandowski A, Drover DR, et al. Safety and efficacy of sodium nitropruside during prolonged infusion in pediatric patients. *Pediatr Crit Care Med.* 2015;16(5):397-403. <https://doi.org/10.1097/pcc.0000000000000383>
105. Tabbutt S., Nicolson S.C., Adamson P.C. et al. The safety, efficacy, and pharmacokinetics of esmolol for blood pressure control immediately after repair of coarctation of the aorta in infants and children: a multicenter, double-blind, randomized trial. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2008;136(2):321-328. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2007.09.086>
106. Yang W.C., Zhao L.L., Chen C.Y., Wu Y.K., Chang Y.J., Wu H.P. First-attack pediatric hypertensive crisis presenting to the pediatric emergency department. *BMC Pediatr.* 2012 Dec 31;12:200. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-12-200>
107. Thompson M, Dana T, Bougatsos C, Blazina I, Norris SL. Screening for hypertension in children and adolescents to prevent cardiovascular disease. *Pediatrics.* 2013;131(3):490-525. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3523>
108. Шайбакова Л.Р., Мелитицкая А.В., Каримова И.М., Яковлева Л.В. Ранние профилактические подходы к проблеме артериальной гипертензии у детей и подростков. *Бюллетень ВШЦ СО РАМН* 2007;3(55):45-47.
[Shaibakova L.R., Melititskaya A.V., Karamova I.M., Yakovleva L.V. Early prevention programs to the problems of arterial hypertension in children and adolescents. *Bulletin of the All-Russian Scientific Center.* 2007;3(55):45-47. (In Russ.)]
109. Tran A.H., Urbina E.M. Rationale and Best Practices for Pediatric Cardiology Prevention Programs. *Can J Cardiol.* 2020 Sep;36(9):1541-1544. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2020.03.006>
110. Couch SC, Saelens BE, Levin L, Dart K, Falciglia G, Daniels SR. The efficacy of a clinic-based behavioral nutrition intervention emphasizing a DASH-type diet for adolescents with elevated blood pressure. *J Pediatr.* 2008;152(4):494-501. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2007.09.022>
111. Пономаренко Г.Н., Ковлен Д.В. Физическая и реабилитационная медицина. Клинические рекомендации, основанные на доказательствах. Под ред. А.Н.Разумова. М.: Наука, 2020.
[Ponomarenko G.N., Kovlen D.V. Physical and Rehabilitation Medicine. Evidence-Based Clinical Guidelines. Edited by A.N. Razumov. Moscow: Nauka, 2020. (In Russ.)]
112. Разумов А.Н. Санаторно-курортное лечение: национальное руководство. Под ред. Разумова А.Н., Стародубова В.И., Пономаренко Г.Н. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 752 с.
[Razumov A.N. Sanatorium-resort treatment: national guidelines. Edited by Razumov A.N., Starodubov V.I., Ponomarenko G.N. Moscow: GEOTAR-Media, 2021. 752 p. (In Russ.)]
113. Белокоп Н.А., Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов у детей: Руководство для врачей: В 2 томах, Т.1. М.: «Медицина», 1987. С.317-319.
[Belokon N.A., Kuberger M.B. Diseases of the heart and blood vessels in children: A guide for doctors: In 2 volumes, V.1. Moscow: "Medicine", 1987. Pp.317-319. (In Russ.)]

Клинический портрет и особенности антигипертензивной терапии у коморбидных больных с артериальной гипертензией и подагрой по данным национального регистра АГ

*Аксенова А.В.¹, Серов И.С.², Белова О.А.², Рачкова С.А.², Чазова И.Е.¹

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Минздрава России, Москва, ул. академика Чазова, д. 15а, г. Москва 121552, Российская Федерация

²ОБУЗ «Кардиологический диспансер», пр. Шереметевский, д. 22, г. Иваново 153012, Российская Федерация

Аннотация

Актуальность. Увеличение распространенности подагры среди пациентов с артериальной гипертензией и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями, ее неблагоприятное влияние на сердечно-сосудистые риски обуславливает необходимость более тщательного изучения особенностей этой группы пациентов для разработки оптимального мультидисциплинарного подхода к их ведению.

Цель: выявление клинических особенностей коморбидных пациентов с АГ и подагрой и оценка особенностей проводимой антигипертензивной терапии.

Материалы и методы. В исследование включены 57396 пациентов национального регистра АГ, разделенные на 2 группы по принципу наличия или отсутствия подагры. Проводилась оценка социальных и антропометрических факторов, особенностей анамнеза и терапии, а также модифицируемых факторов риска развития ССЗ. Статистическая обработка данных проведена с использованием среды R 4.3.3 (R Foundation for Statistical Computing, Вена, Австрия).

Результаты. Подагра выявлена у 0,6% пациентов с артериальной гипертензией. Пациенты с подагрой были более значимо отягощены наличием хронической сердечной недостаточности (63,9%), ишемической болезни сердца (52,5%), хронической болезнью почек (39,8%), транзиторной ишемической атаки в анамнезе (3,1%). Большинство пациентов – мужчины (65,1%), имеющие такие факторы риска, как ожирение (52,5%), курение (71,8%), употребление алкоголя (47,3%), малоподвижный образ жизни (37,8%) и нерациональное питание (48,9%). У них также чаще выявлялись сахарный диабет – 26,2%, и цирроз печени (1,5%). К особенностям терапии данной группы пациентов можно отнести более частое назначение БРА (30,9%) и петлевых диуретиков – 13,6%.

Выводы. Несмотря на относительно низкую распространенность подагры в общей популяции пациентов с АГ, эта коморбидная группа имеет высокий сердечно-сосудистый риск и характеризуется исключительно высокой отягощенностью кардиологическими и некардиологическими патологиями. Особенности терапии отражают необходимость адаптации лечения к комплексным потребностям этих пациентов, в частности, к наличию хронической сердечной недостаточности и хронической болезни почек. Полученные результаты подчеркивают необходимость внедрения мультидисциплинарного подхода к ведению таких пациентов, с акцентом на агрессивную коррекцию всех модифицируемых факторов риска и выбор рациональной фармакотерапии, учитывающей сопутствующую патологию.

Ключевые слова: регистр АГ, артериальная гипертензия, антигипертензивная терапия, подагра, инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность, бета-блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы кальциевых каналов

Информация об авторах:

***Автор, ответственный за переписку:** Аксенова Анна Владимировна, к.м.н., старший научный сотрудник, отдел гипертензии, ФГБУ «НМИЦ им академика Е.И. Чазова» Минздрава России, ул. академика Чазова, д. 15а, г. Москва 121552, Российская Федерация, тел.: 8 (495) 414-61-86, E-mail: akseanovaannav@gmail.com; ORCID: 0000-0001-8048-4882

Рачкова Светлана Алексеевна, главный врач, ОБУЗ «Кардиологический диспансер», г. Иваново, Российская Федерация, тел.: 8 (493) 232-51-81, E-mail: svetlana-dr@yandex.ru; ORCID: 0000-0003-0833-8201

Белова Ольга Анатольевна, заместитель главного врача по организационно-методической работе, ОБУЗ «Кардиологический диспансер», г. Иваново, Российская Федерация, тел.: 8 (493) 232-67-84, E-mail: bel_olga@mail.ru; ORCID: 0000-0002-7164-0086

Серов Иван Сергеевич, врач-терапевт ОБУЗ «Кардиологический диспансер», г. Иваново, Российская Федерация, тел.: 8 (493) 234-56-05, E-mail: mrleofitz@yandex.ru; ORCID: 0009-0007-8543-1326

Чазова Ирина Евгеньевна, акад. РАН, д.м.н., профессор, заместитель генерального директора, руководитель отдела гипертензии, ФГБУ «НМИЦ им академика Е.И. Чазова» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: 0000-0002-9822-4357

Конфликт интересов. Чазова И.Е. является главным редактором журнала «Системные гипертензии», но она не имеет никакого отношения к решению опубликовать эту статью. Статья прошла принятую в журнале процедуру рецензирования. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи. Об иных конфликтах интересов авторы не заявляли.

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства согласно международным критериям ICMJE. Авторский вклад (по системе Credit): Аксенова А.В. – концептуализация, методология исследования, программное обеспечение, верификация данных, формальный анализ, проведение исследования, ресурсы, администрирование данных, подготовка и создание черновика рукописи и её редактирование, визуализация, руководство исследованием, администрирование проекта; Серов И.С. – проведение исследования, ресурсы, администрирование данных; Белова О.А. – проведение исследования, ресурсы, администрирование данных; Рачкова С.А. – проведение исследования, ресурсы, администрирование данных; Чазова И.Е. – концептуализация, методология исследования, проведение исследования, ресурсы, администрирование данных, подготовка и создание рукописи и её редактирование, руководство исследованием, администрирование проекта.

Источник финансирования. Работа выполнена в рамках государственного задания Минздрава России для ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Минздрава России.

Информация о соблюдении этических норм. Исследование было выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинской Декларации. Протокол исследования и форма информированного согласия одобрены Независимым Этическим комитетом клинических исследований ФГБУ «НМИЦ кардиологии имени акад. Е.И. Чазова» Минздрава России. Все пациенты подписали информированное согласие.

Для цитирования: Аксенова А.В., Серов И.С., Белова О.А., Рачкова С.А., Чазова И.Е. Клинический портрет и особенности антигипертензивной терапии у коморбидных больных с артериальной гипертензией и подагрой по данным национального регистра АГ. Системные гипертензии. 2025;(4):59-67. <https://doi.org/10.38109/2075-082X-2025-4-59-67>

ORIGINAL ARTICLE

Clinical portrait and distinctive features of antihypertensive therapy in comorbid patients with Hypertension and gout according to the national hypertension registry

*Anna V. Aksenova¹, Ivan S. Serov², Olga A. Belova², Svetlana A. Rachkova², Irina E. Chazova¹

¹E.I. Chazov National Medical Research Center of Cardiology, acad. Chazova str., 15a, Moscow 121552, Russian Federation;

²Regional budgetary healthcare institution «Cardiological Dispensary», 22 Sheremetevsky Ave., Ivanovo, 153012, Russian Federation

Abstract

Relevance. The increasing prevalence of gout among patients with hypertension and other cardio-vascular diseases, as well as harmful influence on cardio-vascular risk warrant the need for more scrupulous examination and multidisciplinary approach to hypertensive patients with gout.

Aim. To identify clinical features of comorbid patients with hypertension and gout, as well as to assess their treatment.

Materials and methods. 57396 ambulatory patients from the national registry of hypertension were included in this study. They were divided into 2 groups based on the presence of gout. The assessment of social and anthropometric factors, medical history, modifiable cardio-vascular risk factors was conducted. Statistical analysis was done using R 4.3.3 environment (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria).

Results. 0,6% of hypertensive patients had gout. Patients with gout more frequently had chronic heart failure (63,9%), ischemic heart disease (52,5%), chronic kidney disease (39,8%), transient ischemic attack (3,1%). The majority of patients were men (65,1%) with such risk factors as obesity (52,5%), smoking (71,8%), alcohol intake (47,3%), sedentary lifestyle (37,8%) and poor diet (48,9%). They were also more frequently diagnosed with diabetes mellitus – 26,2% and liver cirrhosis (1,5%). The specific treatment features of this group of patients include more frequent therapy with angiotensin receptor blockers (30,9%) and loop diuretics – 13,6%.

Conclusion. Despite relatively low prevalence of gout in general population of patients with hypertension, this comorbid group of patients has high cardio-vascular risk and is characterised by exceptionally high presence of additional cardiac and non-cardiac pathologies. Distinctive features of treatment reflect the necessity of adaptive approach in order to meet the additional needs of these patients, including treatment of chronic heart failure and chronic kidney disease. Results of this study emphasise the necessity to implement a multidisciplinary approach in management of these patients, involving the aggressive modification of any risk factors and selection of a rational pharmacological treatment, based on concomitant pathology.

Keywords: hypertension registry, hypertension, antihypertensive therapy, gout, myocardial infarction, chronic heart failure, beta-blockers, angiotensin-converting enzyme inhibitors, calcium channel blockers

Information about the authors:

*Corresponding author: Anna V. Aksenova, Cand. Of Scien. (Med.), Senior Researcher, Department of Hypertension, E.I. Chazov National Medical Research

Center of Cardiology, acad. Chazova str., 15a, Moscow 121552, Russian Federation, tel.: 8 (495) 414-61-86, E-mail: aksenovaannav@gmail.com; ORCID: 0000-0001-8048-4882

Svetlana A. Rachkova, Chief Physician, Regional Budgetary Healthcare Institution «Cardiology Dispensary», Ivanovo, Russian Federation, tel.: 8 (493) 232-51-81, E-mail: svetlana-dr@yandex.ru; ORCID: 0000-0003-0833-8201

Olga A. Belova, Deputy Chief Physician for Organizational and Methodological Work, State Healthcare Institution «Cardiology Dispensary», Ivanovo, Russian Federation, tel.: 8 (493) 232-67-84, E-mail: bel_olga@mail.ru; ORCID: 0000-0002-7164-0086

Ivan S. Serov, General practitioner, State Healthcare Institution «Cardiology Dispensary», Ivanovo, Russian Federation, tel.: 8 (493) 234-56-05, E-mail: mrleofitz@yandex.ru; ORCID: 0009-0007-8543-1326

Irina E. Chazova, Academician of the Russian Academy of Sciences, Dr. Of Scien. (Med.), Professor, Deputy Director General, Head of the Hypertension Department, E.I. Chazov National Medical Research Center of Cardiology, Moscow, Russian Federation, ORCID: 0000-0002-9822-4357

Conflict of interest. Irina E. Chazova is the editor-in-chief of the journal «Systemic Hypertension», but she has nothing to do with the decision to publish this article. The article passed the peer review procedure adopted in the journal. The authors declare no obvious or potential conflicts of interest related to the publication of this article. The authors did not declare any other conflicts of interest.

Authors' contributions. All authors confirm the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. CRediT author statement: Anna V. Aksenova – conceptualization, methodology, software, validation, formal analysis, investigation, data curation, resources, writing original draft, review and editing, visualization, project administration, supervision; Ivan S. Serov – investigation, data curation, resources; Olga A. Belova – investigation, data curation, resources; Svetlana A. Rachkova – investigation, data curation, resources; Irina E. Chazova – conceptualization, methodology, investigation, data curation, resources, writing, review and editing, project administration, supervision.

Funding source. The work was carried out within the framework of the state assignment of the Ministry of Health of Russia for E.I. Chazov National Medical Research Center of Cardiology.

Information on compliance with ethical standards. The study was performed in accordance with the standards of Good clinical practice and the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol and informed consent form were approved by the Independent Ethics Committee of Clinical Trials of the E.I. Chazov National Medical Research Center of Cardiology of the Russian Ministry of Health. All patients signed informed consent.

For citation: Anna V. Aksenova, Ivan S. Serov, Olga A. Belova, Svetlana A. Rachkova, Irina E. Chazova. Clinical portrait and distinctive features of antihypertensive therapy in comorbid patients with Hypertension and gout according to the national hypertension registry. *Systemic Hypertension*. 2025;22(4):59-67. (In Russ.) <https://doi.org/10.38109/2075-082X-2025-4-59-67>

Статья поступила в редакцию/ The article received: 15.08.2025

Статья принята к печати/ The article approved for publication: 08.10.2025

Актуальность

Во всем мире сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) на протяжении многих лет сохраняют лидирующую позицию не только по распространенности среди населения, но и по количеству смертельных исходов [1]. При этом одним из основных факторов, определяющих столь высокую распространённость и смертность от ССЗ, является артериальная гипертензия (АГ). По данным крупнейшего исследования ЭССЕ-РФ, посвященного эпидемиологии неинфекционных заболеваний в Российской Федерации (РФ), по состоянию на 2023 год распространенность артериальной гипертензии (АГ) составила 53,9% [2]. Среди сопутствующих болезней, способных усугублять течение АГ и ССЗ, особое значение придают подагре. Несмотря на отсутствие достоверных данных о частоте встречаемости в РФ, подагра является одной из самых распространенных причин артрита воспалительного генеза в мире, поражая ежегодно приблизительно 41,2 миллиона человек [3]. В настоящее время активно изучается влияние гиперурикемии как дополнительного фактора риска ССЗ, и АГ, в частности [5,6,7,8]. В крупном исследовании США, включающем почти 6000 человек, АГ являлась одним из самых распространенных ССЗ как среди пациентов с повышенной мочевой кислотой (МК) (50%), так и с установленным диа-

гнозом подагры (74%) [9]. При повышении МК ≥ 10 мг/дл в течение 15 лет подагра развивалась более чем у 50% пациентов [10]. Гиперурикемия является основной, но не единственной причиной развития подагры, так, ретроспективный анализ данных 221 пациента показал, что в момент приступа подагры только 39,8% пациентов имели нормоурикемию [11]. Количество публикаций, посвящённых связи гиперурикемии и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), значительно превышает число работ, изучающих связь подагры и ССЗ. Проведенные крупные исследования демонстрируют значительно более высокий риск ССЗ у пациентов с подагрой (ОР 1,58 [95% ДИ 1,52–1,63]), большую распространенность хронической болезни почек, дислипидемии, артериальной гипертензии, ожирения и диабета 2 типа. Кроме того, был выявлен повышенный риск (с поправкой на традиционные факторы СС риска) сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза, хронической сердечной недостаточности, клапанных заболеваний сердца, аритмий, венозной тромбоэмболии, миокардита, перикардита, инфекционного эндокардита [12].

Учитывая известное значительное повышение риска развития ССЗ на фоне АГ (прежде всего цереброваскулярных событий (ЦВС) и ишемической болезни сердца (ИБС)) [13] необходимо проведение антигипертензивной терапии и достижение целевых значений артериального давления, что способствует снижению риска неблагоприятных ис-

ходов, уменьшая заболеваемость ишемической болезнью сердца на 25%, частоту цереброваскулярных событий на 35% и хронической сердечной недостаточности на 50% [14]. У пациентов с подагрой антигипертензивная терапия имеет ряд особенностей: тиазидные и тиазидоподобные диуретики рекомендуются с осторожностью [15], поскольку могут способствовать повышению уровня мочевой кислоты, а данные о влиянии бета-блокаторов на этот показатель остаются противоречивыми [15]. В то же время, при применении лозартана отмечается снижение уровня мочевой кислоты, что подтверждено в исследовании LIFE [16].

В настоящее время, с учетом возрастающей коморбидности пациентов, актуальным представляется проведение анализа дополнительного неблагоприятного вклада подагры в структуру сердечно-сосудистого риска у больных АГ и особенностей проводимой антигипертензивной терапии на основании данных реальной клинической практики.

Цель исследования – выявление клинических особенностей коморбидных пациентов с АГ и подагрой и оценка особенностей проводимой антигипертензивной терапии (АГТ).

Материалы и методы

Основой исследования послужили данные пациентов первичного звена здравоохранения, которые включены в национальный регистр АГ [17, 18]. Все пациенты были разделены на 2 группы с учетом наличия диагноза подагры в медицинской карте. Проводилась оценка социальных и антропометрических факторов, анамнеза, а также модифицируемых факторов риска развития ССЗ. Рациональное питание и уровень физической активности оценивался при анкетировании. Данные представлены в виде относительных и абсолютных показателей, с указанием количества пациентов с исследуемым признаком и числа обследованных в группе. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием методов параметрического и непараметрического анализа. Для анализа и визуализации статистических вычислений использовалась среда R 4.3.3 (R Foundation for Statistical Computing, Вена, Австрия). Качественные переменные представлены в виде абсолютной и относительной частот. Количественные переменные –

в виде медианы и 25, 75 перцентиля (ME,25,75). Оценка границ 95% доверительных интервалов (95% ДИ) для биномиальных пропорций проводилась с использованием метода Уилсона. Был использован тест Манна-Уитни для оценки количественных показателей. Для анализа ассоциации категориальных переменных использовался тест χ^2 Пирсона. С целью контроля инфляции ошибок I рода при проведении множественных попарных сравнений использовалась поправка Холма. Достоверность полученных данных оценивалась с помощью параметра «p value». Корреляции с p value <0,05 рассматривались как статистически значимые. Для оценки силы корреляции категориальных и количественных предикторов с бинарными зависимыми переменными использовалось отношение шансов (ОШ) с соответствующими 95% ДИ.

Результаты

В регистровое исследование было включено 57396 пациентов (23202 (40,4%) мужчин и 34194 (59,6%) женщин) старше 18 лет. Средний возраст составил 62,7 (± 12) лет, медианный возраст – 62,7 (55,1-71,2) лет. Распространенность подагры у пациентов с АГ составила 0,6% (324 случая). Среди пациентов с АГ и подагрой 2/3 составляли мужчины (табл. 1). Средний возраст больных АГ с подагрой и без нее был ~62 года, подавляющее большинство проживало в городах. Каждый второй пациент с АГ и подагрой страдал ожирением, тогда как среди больных с АГ без подагры ожирение имел только каждый третий пациент. Абдоминальное ожирение одинаково часто отмечалось в обеих группах (~39%). Частота рационального питания и уровень физической активности статистически достоверно не различались между группами – чуть менее половины пациентов оценили свой рацион как рациональный и чуть более 60 % отметили средний и высокий уровень физической активности (табл. 2). Значительно различались группы при анализе наличия вредных привычек: употребление алкоголя и курение. Пациенты с АГ и подагрой на 33% чаще активно курили (27,8% против 20,9%), на 48% чаще были активными курильщиками ранее (44% против 29,6%) и на 18% чаще отмечали алкоголь в качестве вредной привычки (47,3% против 39,8%).

Таблица 1. Характеристика социальных и антропометрических признаков пациентов с АГ в зависимости от наличия подагры

Table 1. Characteristics of social and anthropometric parameters in hypertensive patients stratified by gout status

Социальные и антропометрические признаки			
Признаки	Пациенты с АГ без подагры n=57072	Пациенты с АГ и подагрой n=324	p
Пол			<0,001
женский	59,7% (34081)	34,9% (113)	
мужской	40,3% (22991)	65,1% (211)	
Возраст (лет)	62,7 (55,1-71,2)	62,6 (55,7-69)	0,462
Место жительства			0,390
город	80% (45674)	82,1% (266)	
село	20% (11398)	17,9% (58)	
ИМТ (кг/м ²)	28,5 (25,9-32)	30,4 (27-34,6)	<0,001
ИМТ >30 кг/м ²	38,2% (11381/29766)	52,5% (106/202)	<0,001
Окружность талии (см)	90 (81-98)	95 (89,5-100,5)	<0,001
Абдоминальное ожирение	39,2% (4021/10267)	39,3% (22/56)	>0,999
Семейная история случаев раннего развития ИБС	45,6% (9970/21842)	54% (61/113)	0,093
Семейная история раннего развития АГ	73,8% (24017/32531)	80,1% (133/166)	0,080

Отягощенность сопутствующими ССЗ такими, как хроническая сердечная недостаточность (ХСН), ишемическая болезнь сердца (ИБС), инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе, стенокардия, – существенно чаще отмечалась в группе больных с АГ и подагрой. Каждый второй пациент страдал ИБС, каждый третий отмечал стенокардию, каждый четвертый перенес инфаркт миокарда. ХСН имели 2/3 больных. Хроническая болезнь почек (ХБП) была зафиксирована в ~40% случаев. У пациентов с АГ без подагры встречаемость ССЗ также высока, однако значительно меньше, чем у больных с АГ и подагрой. Так, ИБС, стенокардия, инфаркт миокарда в анамнезе, ХСН, ХБП, дисциркуляторная энцефалопатия встречались в 1,3 раза реже. Учитывая большую представленность мужчин в группе пациентов с АГ и подагрой, проведен анализ частоты ССЗ у больных АГ в зависимости от наличия подагры независимо от пола и возраста (табл. 3). Наличие подагры являлось статистически значимым предиктором наличия у пациента ИБС (ОШ=1,27 [95% ДИ: 1,01; 1,61], $p=0,044$) и стенокардии (ОШ=1,29 [95% ДИ: 1,01; 1,63], $p=0,039$), ХСН (ОШ=1,64 [95% ДИ: 1,3; 2,09], $p<0,001$), ХБП (ОШ=2,41 [95% ДИ: 1,81; 3,19], $p<0,001$), транзиторной ишемической атакой (ТИА) (ОШ=3,19 [95% ДИ: 1,58; 5,71], $p<0,001$), дисциркуляторной энцефалопатии (ОШ=1,45 [95% ДИ: 1,08; 1,92], $p=0,011$). Наличие подагры не было статистически значимым и независимым от пола и возраста предиктором наличия инфаркта миокарда в анамнезе (ОШ=1,03 [95% ДИ: 0,78; 1,35], $p=0,806$), фибрилляции предсердий (ФП) (ОШ=1,24 [95% ДИ: 0,75; 1,93], $p=0,366$), нарушения мозгового кровообращения (НМК) в анамнезе (ОШ=1,21 [95% ДИ: 0,73; 1,88], $p=0,419$).

Наиболее значимая разница в наличии коморбидных заболеваний (табл. 4) отмечалась в частоте наличия сопутствующего

сахарного диабета (СД) 2 типа (в 1,7 раза) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Частота наличия СД 2 типа составила 25,9% у больных с подагрой и 15,2% у больных без подагры, частота ХОБЛ 9,9% и 5,8% соответственно (рис. 1).

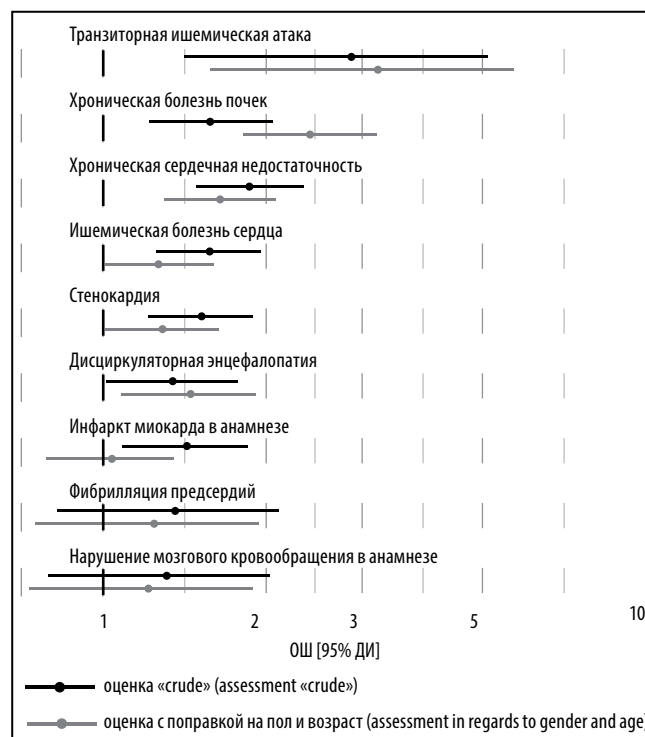


Рисунок 1. Анализ отношения шансов при подагре и сопутствующих заболеваниях

Figure 1. Odds ratio analysis of gout and comorbidities

Таблица 2. Характеристика образа жизни пациентов с АГ в зависимости от наличия подагры

Table 2. Lifestyle characteristics of hypertensive patients stratified by gout status

Образ жизни	Пациенты с АГ без подагры n=57072	Пациенты с АГ и подагрой n=324	p
Признаки			
Употребление алкоголя	39,8% (14530/36479)	47,3% (106/224)	0,027
Курение в анамнезе	29,6% (11107/37481)	44% (95/216)	<0,001
Активное курение	20,9% (7845/37481)	27,8% (60/216)	0,017
Уровень физической активности			0,305
низкий	34,3% (13493/39286)	37,8% (91/241)	
средний	55,9% (21972/39286)	51% (123/241)	
высокий	9,7% (3821/39286)	11,2% (27/241)	
Нерациональное питание	43,3% (16252/37502)	48,9% (113/231)	0,101

Таблица 3. Распространенность ССЗ среди пациентов национального регистра АГ в зависимости от наличия подагры

Table 3. Prevalence of cardiovascular diseases among patients of national registry of hypertension based on presence of gout

ССЗ	Пациенты с АГ без подагры n=57072	Пациенты с АГ и подагрой n=324	p
ХСН	48,7% (27811)	63,9% (207)	<0,001
ИБС	41,3% (23596)	52,5% (170)	<0,001
ХБП (СКФ <60 мл/мин)	29,5% (10276/34845)	39,8% (94/236)	<0,001
Клиника стенокардии	26,1% (14891)	34,9% (113)	<0,001
Инфаркт миокарда в анамнезе	16,9% (9643)	22,5% (73)	0,009
Дисциркуляторная энцефалопатия	14,4% (8222)	18,5% (60)	0,043
Атеросклеротическое поражение периферических артерий	9,9% (5669)	13,3% (43)	0,056
Нарушение мозгового кровообращения в анамнезе	4,5% (2595)	5,9% (19)	0,317
Фибрилляция предсердий	4,4% (2506)	5,9% (19)	0,249
ТИА	1,1% (629)	3,1% (10)	0,002

Учитывая выявленные различия в профиле коморбидности и значимо большую отягощенность сердечно-сосудистыми и цереброваскулярными заболеваниями пациентов с АГ и подагрой, представляет интерес анализ особенностей назначаемой им антигипертензивной терапии. Более половины пациентов АГ принимают препараты из группы бета-блокаторов (ББ), более 80% – блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) (рис. 2). Наблюдается большее количество пациентов с АГ и подагрой, по сравнению с пациентами с АГ без подагры, которые находятся на терапии блокаторами рецепторов ангиотензина (БРА) (30,9% против 17,9%), блокаторами кальциевых каналов дигидро-

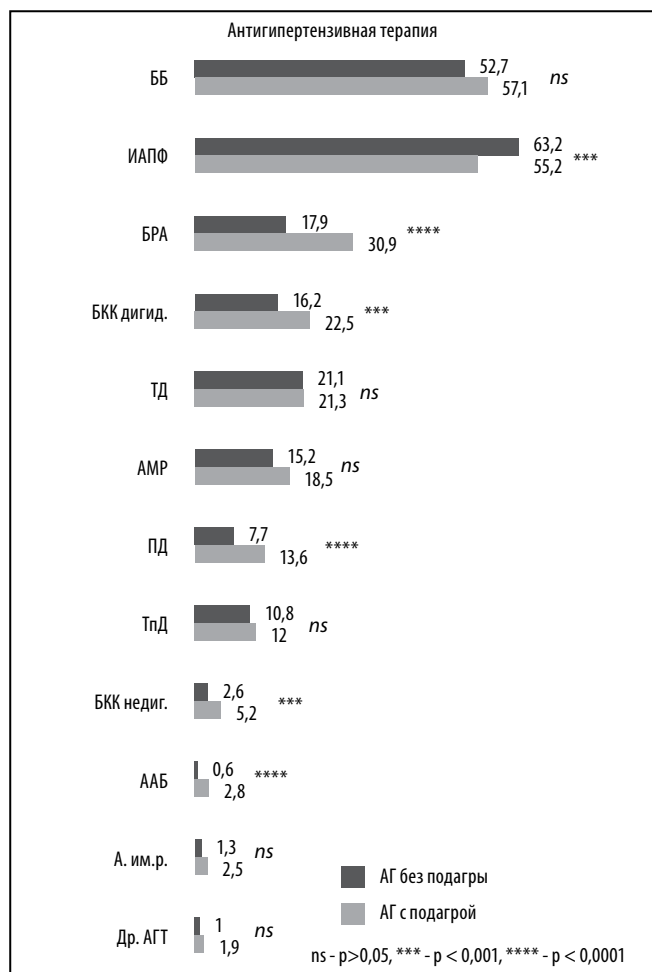


Рисунок 2. Антигипертензивная терапия у пациентов с и без подагры по данным национального регистра АГ (пациенты с АГ без подагры n=57072, пациенты с АГ и подагрой n=324)

Figure 2. Antihypertensive therapy in patients with and without gout: data from a national hypertension registry (hypertensive patients without gout n=57072, hypertensive patients with gout n=324)

Примечание/Note: ААБ – альфа-адреноблокаторы (АВ – alpha-blockers), ББ – бета-адреноблокаторы (BB – beta-blockers), БКК дигид. – блокатор кальциевых каналов дигидропиридинового ряда (CCBd. – calcium channel blocker of the dihydropyridine), БКК недиг. – блокатор кальциевых каналов (CCB non-dig. – calcium channel blocker Non-dihydropyridine), БРА – блокаторы рецепторов ангиотензина (ARBs – angiotensin receptor blockers), ИАПФ – ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (ACE inhibitor – angiotensin-converting enzyme inhibitor), АМР – антагонист минералокортикоидных рецепторов (MRA – mineralocorticoid receptor antagonist), ПД – петлевой диуретик (LD – loop diuretic), ТД – тиазидный диуретик (TD – thiazide diuretic), ТпД – тиазидоподобный диуретик (TID – thiazide-like diuretic), А. им. р. – агонист имидазолиновых рецепторов (IRAs – Imidazoline Receptor Agonists), Др. АГТ – другие антигипертензивные препараты (OADs – other antihypertensive drugs)

пиридинового ряда (БККд) (22,5% против 16,2%), блокаторами кальциевых каналов недигидропиридинового ряда (БККнед) (5,2% против 2,6%), петлевыми диуретиками (ПД) (13,6% против 7,7%). Тогда как единственной группой АТП, назначаемой пациентам с АГ и подагрой реже, чем пациентам с АГ без подагры, была группа ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) (55,2% против 63,2%).

Среди других препаратов, назначенных для лечения ССЗ наиболее часто пациенты с АГ как с подагрой, так и без нее, принимают статины (~40%) и ацетилсалициловую кислоту (37,3% и 38,2%) (рис. 3). Несколько чаще пациентам с АГ и подагрой назначали клопидогрел (15,1% против 11,2%).

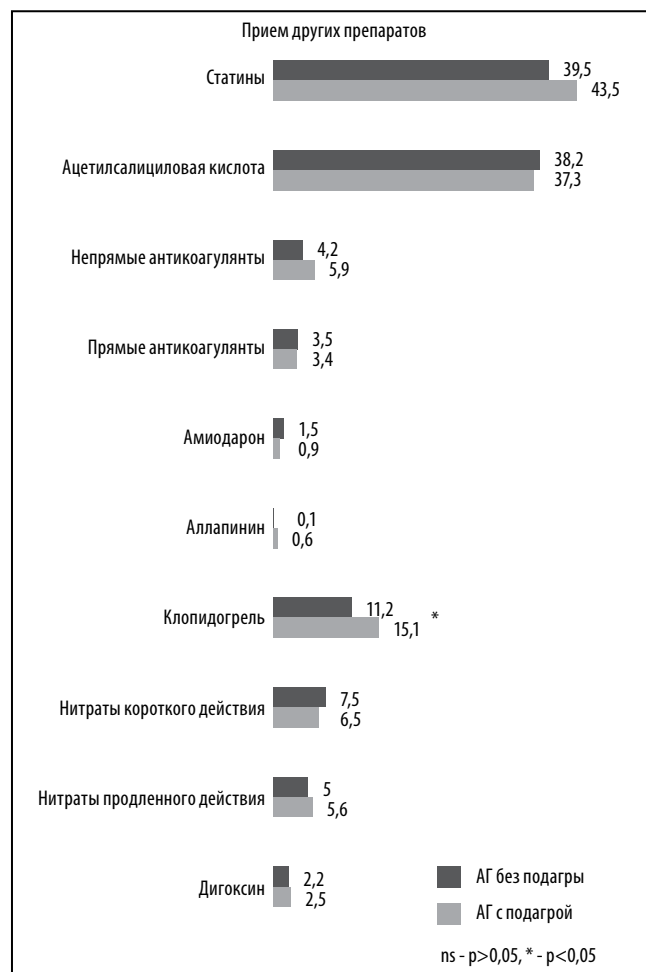


Рисунок 3. Структура основной сопутствующей терапии у пациентов с и без подагры по данным национального регистра АГ (пациенты с АГ без подагры n=57072, пациенты с АГ и подагрой n=324)

Figure 3. Structure of the main concomitant therapy in patients with and without gout based on data from a national hypertension registry (hypertensive patients without gout n=57072, hypertensive patients with gout n=324)

Обсуждение

По данным национального регистра АГ встречаемость подагры среди пациентов с АГ в амбулаторном звене здравоохранения составляет менее 1%, тогда как по данным литературы, она может достигать 4,6% [19]. Различия в данных могут быть обусловлены недоучетом этой патологии, ограниченностью возможностей диагностики в условиях реальной клинической практики, а также верификацией диагноза только при наиболее среднетяжелых формах. Преобладание мужчин среди пациентов с подагрой, выявленное при анализе регистра АГ, продемонстрировано и в ряде других исследований [19, 20]. При этом, подагра развивается среди мужчин чаще, вне зависимости от наличия или отсутствия АГ. Подагра у трети пациентов развивается на фоне патологии различных органов и систем, включая сердечно-сосудистую, мочевыделительную и эндокринную системы [20]. Согласно результатам данного исследования, наличие подагры у больных АГ ассоциировано с увеличением частоты наличия ТИА (ОШ 3,19), ИБС (ОШ 1,27), стенокардии (ОШ 1,29) и дисциркуляторной энцефалопатии (ОШ 1,24). Повышенный риск развития сердечно-сосудистых событий у пациентов с коморбидной патологией - АГ и подагрой - формируется при взаимодействии нескольких патогенетических механизмов. Взаимно отягощающие друг друга метаболические и гемодинамические нарушения приводят к увеличению вероятности СС осложнений, формируя порочный круг. Гиперурикемия приводит к эндотелиальной дисфункции, локальному воспалению [21], ухудшая уже имеющиеся повреждения сосудистой стенки за счет наличия АГ. Дополнительный вклад сопутствующие факторы СС риска, которые провоцируют как развитие гиперурикемии, так и ССЗ (нерациональное питание, курение и др.) [22]. Более частое назначение клопидогрела пациентам с подагрой, может быть маркером более тяжелого течения ИБС у этой группы с высокой частотой реваскуляризации, при отсутствии значительной разницы в частоте назначения ацетилсалициловой кислоты. Большая отягощенность пациентов ИБС, ИМ и НМК в анамнезе отразилась в более интенсивном, но все еще недостаточном, назначении статинов. Значительное повышение частоты ХСН у пациентов с подагрой и АГ (ХСН (ОШ 1,64)) согласуются с данными мировой литературы [23, 24]. Подобные результаты связывают с повышением уровня МК на фоне базисной терапии ХСН (включая ПД и АМР). В тоже время, у пациентов с АГ и подагрой не выявлено достоверной связи с инфарктом миокарда. Это может косвенно указывать на то, что у таких пациентов существуют другие предрасполагающие факторы, а механическое повреждение миокарда является не единственной причиной развития ХСН у данной категории пациентов. При анализе данных пациентов национального регистра АГ выявлена и высокая распространенность ХБП в целом по группе, что является следствием негативного влияния высокого АД на функцию почек. У пациентов с АГ и подагрой встречаемость ХБП была выше по сравнению с группой с нормальным уровнем МК - ХБП (ОШ 2,41). Это связано с тем, что высокие уровни МК способствуют дальнейшему повреждению почек и снижению их функции [25]. В свою очередь, при наличии ХБП метаболизм МК нарушается, что приводит к прогрессированию ГУ [34]. В результате, у пациентов с подагрой и АГ чаще диагностируются далеко зашедшие стадии пораже-

ния почек [26]. Помимо кардиоренальных осложнений, гиперурикемия ассоциирована с развитием системных метаболических нарушений и патологией гепатобилиарной системы. Несмотря на все большее распространение определения метаболического синдрома с учетом оценки уровня МК, в ряде документов ГУ не упоминается в качестве диагностического критерия этого состояния [27]. В тоже время, все больше исследований подтверждают роль повышения уровня МК в развитии метаболических нарушений [28]. Так, у пациентов с АГ и подагрой, по данным проведенного исследования, достоверно чаще диагностируется СД 2 типа и ожирение. Обращает на себя внимание увеличение частоты встречаемости цирроза печени у пациентов с АГ и подагрой по сравнению с контрольной группой. Несмотря на то, что в группе этих пациентов употребление алкоголя отмечается чаще, перестройка структуры печени у данной группы пациентов, по всей видимости, имеет и ряд других патогенетических компонентов. По данным различных исследований, ГУ является фактором риска развития различных заболеваний печени, включая жировой гепатоз и цирроз [29]. В качестве механизма, оказывающего влияние на структурную перестройку печени, предлагается индукция воспалительных агентов при увеличении концентрации МК в сыворотке крови [30]. Имеются данные, что применение у пациентов с подагрой и циррозом печени АМР уменьшает риски осложнений со стороны гепато-билиарной системы [31]. Несмотря на это, в целом, у пациентов с циррозом печени и подагрой исходы заболевания хуже, чем у пациентов с нормальным уровнем МК, в связи с чем необходимо дальнейшее исследование патогенетических особенностей и терапии пациентов, которые имеют обе патологии. Некоторые исследования предполагают наличие преимуществ назначения БРА, а не ИАПФ, пациентам с АГ и подагрой в качестве антигипертензивного препарата из группы РААС [32]. Это обусловлено доказанной способностью лозартана снижать уровень МК в сыворотке, хотя схожий эффект для других препаратов этой группы не описан. Среди пациентов национального регистра АГ и подагрой назначение БРА встречается чаще, чем у больных АГ без подагры, что, возможно обусловлено благоприятным антигиперурикемическим эффектом данной группы препаратов. Наряду с этим, предпочтительное назначение БРА может быть обусловлено высокой распространенностью среди данной группы пациентов ХОБЛ и курения, которые увеличивают у пациентов вероятность развития непереносимости терапии иАПФ [33]. Более низкая частота назначения иАПФ у больных с АГ и подагрой может быть обусловлена всеми вышеперечисленными факторами и заслуживает внимания, учитывая традиционно высокую частоту назначения препаратов этой группы для вторичной профилактики у больных с ИМ в анамнезе и ХСН. Прием тиазидных и тиазидоподобных диуретиков, сам по себе, предрасполагает к развитию ГУ. По данным проведенного анализа не отмечалось меньшей частоты назначения препаратов этих групп у пациентов с АГ и подагрой. Столь высокая частота их назначения может быть обусловлена более высокой частотой ХСН в данной группе пациентов. Значимого различия при приеме ББ среди двух групп пациентов не выявлено, несмотря на значительное увеличение частоты ИБС и ХСН у пациентов с АГ и подагрой. Это, вероятно, связано с более высокой частотой встречаемости ХОБЛ у этой категории

пациентов, а также преимущественным назначением БКК (как недигидропиридинового, так и дигидропиридинового ряда). По данным литературы, у пациентов с АГ и подагрой в состав терапии наиболее часто входят БКК и лозартан [34]. У пациентов с АГ и подагрой отмечалось более частое применение ААБ. Согласно опубликованным данным, прием этой группы препаратов у пациентов с АГ сопровождается усугублением ГУ за счет снижения СКФ [35]. В тоже время, целесообразность использования ААБ в выборке пациентов регистра АГ требует дальнейшего исследования, в связи с возможным наличием дополнительных показаний к их назначению (рефрактерная АГ, доброкачественная гиперплазия предстательной железы и пр.). Подагра у пациентов с АГ является независимым, весомым предиктором неблагоприятных исходов и прогрессирования коморбидных патологий. Для клинической практики это означает, что врачи должны быть осведомлены о необходимости индивидуального, мультидисциплинарного подхода к ведению таких пациентов и более строгого контроля за их состоянием. Одной из целей данного исследования является создание клинического портрета пациента с АГ и подагрой для привлечения внимания врачей к данной проблеме, ранней диагностики и оптимизации тактики ведения. По данным национального регистра АГ типичный пациент с АГ и подагрой — это мужчина, городской житель, в возрасте около 60 лет. Его клинический портрет включает абдоминальное ожирение, вредные привычки (курение, употребление алкоголя), низкую физическую активность и нерациональное питание. Как правило, в анамнезе у него уже присутствует спектр сопутствующих заболеваний: ИБС, ХСН, ХБП, СД2 и ЦВЗ. Наличие этой коморбидности не только служит фоном для развития подагры, но и предопределяет высокий риск прогрессирования данной патологии и возникновения новых ос-

ложений, что свидетельствует о важности строгого контроля модифицируемых факторов риска. Таким образом, полученные данные подчеркивают необходимость активного скрининга подагры у пациентов с АГ, особенно у мужчин, соответствующих описанному клиническому профилю. Первоочередными диагностическими мероприятиями, не требующими больших временных затрат, являются: сбор жалоб (с акцентом на эпизоды артрита), физикальное обследование с пальпацией суставов (в первую очередь первых плюснефаланговых) и обязательное определение уровня МК в сыворотке крови.

Данное исследование является поперечным и в нем не проводился анализ причинно-следственных связей, что является ограничением данного исследования.

Заключение

Проведенный анализ демонстрирует увеличение риска развития наличия ССЗ и метаболических нарушений у пациентов с АГ и сопутствующим нарушением пуринового обмена. У данной категории пациентов отмечается более высокая распространенность модифицируемых факторов риска ССЗ, таких как ожирение, курение и употребление алкоголя, что диктует необходимость использования более активной профилактической стратегии, направленной на их коррекцию. У пациентов с АГ и подагрой необходимо учитывать особенности фармакотерапии и целесообразность ее назначения. Так, лечащий врач должен тщательно анализировать возможные последствия назначения той или иной группы препаратов, оценивая риск прогрессирования ССЗ, подагры, почечной дисфункции и метаболических нарушений.

Список литературы/References:

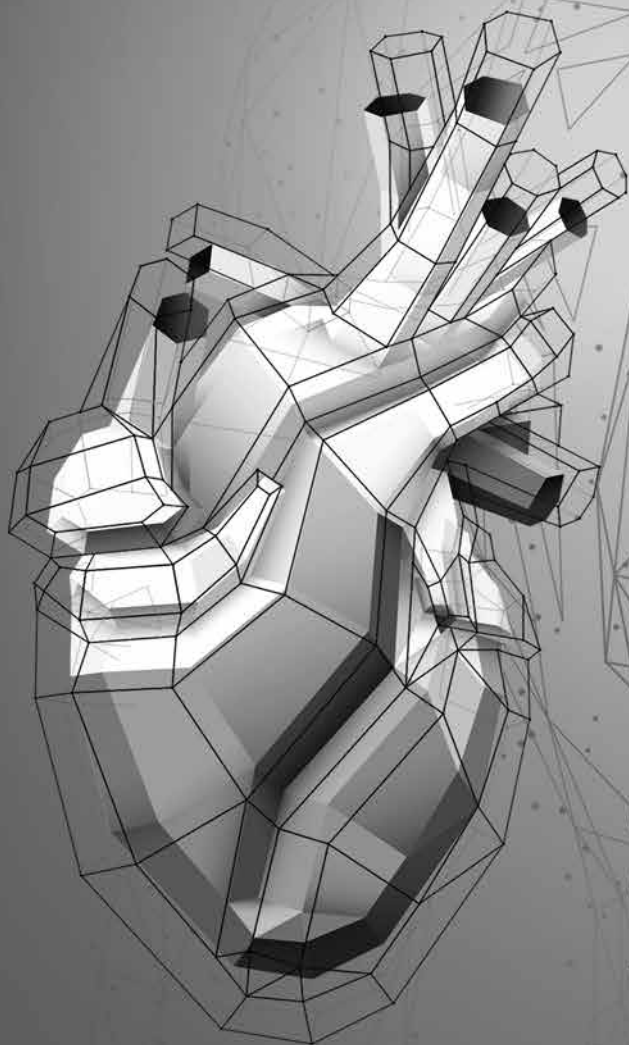
- World Health Organisation website. <https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases>
- Баланова Ю.А., Драпкина О.М., Куценко В.А., Имаева А.Э., Концевая М.В., Максимов С.А., Муромцева Г.А., Котова М.Б., Карамнова Н.С., Евстифеева С.Е., Капустина А.В., Литинская О.А., Покровская М.С., Филочкина Е.М., Ивлев О.Е., Гоманова Л.И., Долудин Ю.В., Ефимова И.А., Борисова А.Л., Назаров Б.М., Яровая Е.Б., Репкина Т.В., Гоношилова Т.О., Кудрявцев А.В., Белова Н.М., Шагров А.Л., Самотруева М.А., Ясенявская А.Л., Чернышева Е.Н., Глуховская С.В., Левина И.А., Ширшова Е.А., Доржиева Е.Б., Урбанова Е.З., Боровкова Н.У., Курашин В.К., Токарева А.С., Рагино Ю.И., Симонова Г.И., Худякова А.Д., Никулин В.Н., Аслямов О.Р., Хохлова Г.В., Соловьева В.А., Родионов А.А., Крячкова О.В., Шамурова Ю.Ю., Тантирева И.В., Барышников И.Н., Атаев М.Г., Раджабов М.О., Исакханова М.М., Уметов М.А., Эльгарова Л.В., Хакушова И.А., Ямашкина Е.И., Есина М.В., Куняева Т.А., Никитина А.М., Саввина Н.В., Спиридонова Ю.Е., Наумова Е.А., Кескинов А.А., Каштанова Д.А., Юдин В.С., Юдин С.М., Шальнова С.А. Артериальная гипертензия в российской популяции в период пандемии COVID-19: гендерные различия в распространенности, лечении и его эффективности. Данные исследования ЭССЕ-РФ3. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023;22(85):3785. EDN: YRUNUX. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2023-3785>
- [Balanova Yu.A., Drapkina O.M., Kutsenko V.A., Imayeva A.E., Kontsevaya A.V., Maksimov S.A., Muromtseva G.A., Kotova M.B., Karamnova N.S., Evstifeeva S.E., Kapustina A.V., Litinskaya O.A., Pokrovskaya M.S., Filichkina E.M., Ivlev O.E., Gomanova L.I., Doludin Yu.V., Efimova I.A., Borisova A.L., Nazarov B.M., Yarovaia E.B., Repkina T.V., Gonoshilova T.O., Kudryavtsev A.V., Belova N.I., Shagrov L.L., Samotrueva M.A., Yasyenyavskaya A.L., Chernysheva E.N., Glukhovskaya S.V., Levina I.A., Shirshova E.A., Dorzhieva E.B., Urbanova E.Z., Borovkova N.U., Kurashin V.K., Tokareva A.S., Ragino Yu.I., Simonova G.I., Khudyakova A.D., Nikulin V.N., Aslyamov O.R., Kholokhova G.V., Solovyova A.V., Rodionov A.A., Kryachkova O.V., Shamurova Yu.Yu., Tantsyeva I.V., Baryshnikova I.N., Ataev M.G., Radjabov M.O., Isakhanova M.M., Umetov M.A., Elgarova L.V., Khakushova I.A., Yamashkina E.I., Esina M.V., Kunyayeva T.A., Nikitina A.M., Savvina N.V., Spiridonova Yu.E., Naumova E.A., Keskinov A.A., Kashtanova D.A., Yudin V.S., Yudin S.M., Shalnova S.A. Hypertension in the Russian population during the COVID-19 pandemic: sex differences in prevalence, treatment and its effectiveness. Data from the ESSE-RF3 study. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2023;22(85):3785. (In Russ.) EDN: YRUNUX. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2023-3785>]
- Safiri S, Kolahi AA, Cross M, et al. Prevalence, Incidence, and Years Lived With Disability Due to Gout and Its Attributable Risk Factors for 195 Countries and Territories 1990-2017: A Systematic Analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *Arthritis Rheumatol.* 2020;72(11):1916-1927. <https://doi.org/10.1002/art.41404>
- Шальнова С.А., Деев А.Д., Артамонова Г.В., Дупляков Д.В., Ефанов А.Ю., Жернакова Ю.В., Конради А.О., Либис Р.А., Муромцева Г.А., Недогода С.В., Ощепкова Е.В., Романчук С.В., Ротарь О.П., Титов В.Н., Тогузова З.А., Трубачева И.А., Фурменко Г.И., Шлякто Е.В., Бойцов С.А. Гиперурикемия и ее корреляты в российской популяции (результаты эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ). Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2014;10(2):153-159. <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2014-10-2-153-159>
- [Shalnova S.A., Deev A.D., Artamonov G.V., Duplyakov D.V., Efanov A.Yu., Zhernakova Yu.V., Konradi A.O., Libis R.A., Muromtseva G.A., Nedogoda S.V., Oschepkova E.V., Romanchuk S.V., Rotar O.P., Titov V.N., Toguzova Z.A., Trubacheva I.A., Furmenko G.I., Shlyakhto E.V., Boytsov S.A. Hyperuricemia and its correlates in the Russian population (RESULTS OF ESSE-RF epidemiological study). Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2014;10(2):153-159. (In Russ.) <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2014-10-2-153-159>]
- Kuwabara M, Niwa K, Hisatome I, et al. Asymptomatic Hyperuricemia Without Comorbidities Predicts Cardiometabolic Diseases: Five-Year Japanese Cohort Study. *Hypertension.* 2017;69(6):1036-1044. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.116.08998>
- Sandoval-Plata G, Nakafro G, Chakravorty M, Morgan K, Abhishek A. Association between serum urate, gout and comorbidities: a case-control study using data from the UK Biobank. *Rheumatology (Oxford).* 2021;60(7):3243-3251. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keaa773>
- Мусаева Н.З., Ощепкова Е.В., Аксенова А.В., Гурцнев Т.М., Чазова И.Е. Связь мочевой кислоты с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных артериальной гипертензией. Системные гипертензии. 2023;20(3):19-25. <https://doi.org/10.38109/2075-082X-2023-3-19-25>
- [Musaeva N.Z., Oschepkova E.V., Aksenova A.V., Gurtsev T.M., Chazova I.E. Connection between uric acid and cardiovascular risk factors in hypertensive patients. Systemic Hypertension. 2023;20(3):19-25. (In Russ.) <https://doi.org/10.38109/2075-082X-2023-3-19-25>]
- Чазова И.Е., Жернакова Ю.В., Кисляк О.А., Подзолков В.И., Ощепкова Е.В., Миронова О.Ю., Блинова Н.В. Консенсус по ведению пациентов с гиперурикемией и высоким сердечно-сосудистым риском: 2022. Системные гипертензии. 2022;19(1):5-22. <https://doi.org/10.38109/2075-082X-2022-1-5-22>
- [Chazova I.E., Zhernakova Yu.V., Kislyak O.A., Podzolkov V.I., Oschepkova E.V., Mironova O.Yu., Blinova N.V. Consensus on patients with hyperuricemia and high cardiovascular risk treatment: 2022. Systemic Hypertension. 2022;19(1):5-22. (In Russ.) <https://doi.org/10.38109/2075-082X-2022-1-5-22>]
- Zhu Y, Pandya BJ, Choi HK. Comorbidities of gout and hyperuricemia in the US general population: NHANES 2007-2008. *Am J Med.* 2012;125(7):679-687.e1. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2011.09.033>
- Brucato A, Cianci F, Carnovale C. Management of hyperuricemia in asymptomatic patients: A critical appraisal. *Eur J Intern Med.* 2020;74:8-17. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2020.01.001>
- Lee JS, Kwon OC, Oh JS, et al. Clinical features and recurrent attack in gout patients according to serum urate levels during an acute attack. *Korean J Intern Med.* 2020;35(1):240-248. <https://doi.org/10.3904/kjim.2018.205>
- Ferguson LD, Molenberghs G, Verbeke G, et al. Gout and incidence of 12 cardiovascular diseases: a case-

- control study including 152 663 individuals with gout and 709 981 matched controls. *Lancet Rheumatol.* 2024;6(3):e156–e167. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(23\)00338-7](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00338-7)
13. Perlstein TS, Gumieniak O, Hopkins PN, et al. Uric acid and the state of the intrarenal renin-angiotensin system in humans. *Kidney Int.* 2004;66(4):1465–1470. <https://doi.org/10.1111/j.1523-1755.2004.00909.x>
 14. Ho WJ, Tsai WP, Yu KH, et al. Association between endothelial dysfunction and hyperuricaemia. *Rheumatology (Oxford).* 2010;49(10):1929–1934. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keq184>
 15. Чазова И.Е., Чихладзе Н.М., Блинова Н.В., Аксенова А.В., Алексеева Т.А., Амбатьелло Л.Г., Баланова Ю.А., Брагина А.Е., Данилов Н.М., Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Ежов М.В., Елфимова Е.М., Жернакова Ю.В., Жиров И.В., Кисляк О.А., Литвин А.Ю., Небиеридзе Д.В., Остроумова О.Д., Подзолков В.И., Сергиенко И.В., Сивакова О.А., Стародубова А.В., Стрюк Р.И., Терещенко С.Н., Трушина О.Ю., Щелкова Г.В. Клинические рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии (РМОАГ) и Евразийской Ассоциации Кардиологов (ЕАК) по диагностике и лечению артериальной гипертонии (2024). Системные гипертензии. 25 декабря 2024;21(4):5–109. <https://doi.org/10.38109/2075-082X-2024-4-5-109>
[Chazova I.E., Chikhladze N.M., Blinova N.V., AksenoVA A.V., Alekseeva T.A., Ambatiello L.G., Balanova Yu.A., Bragina A.E., Danilov N.M., Drapkina O.M., Drozdova L.Yu., Ezhov M.V., Elfmova E.M., Zhernakova Yu.V., Zhironov I.V., Kislyak O.A., Litvin A.Yu., Nebieridze D.V., Ostroumova O.D., Podzolkov V.I., Sergienko I.V., Sivakova O.A., Starodubova A.V., Stryuk R.I., Tereshchenko S.N., Trushina O.Yu., Shchelkova G.V. Clinical guidelines of the Russian Federation Medical Society on Arterial Hypertension (RSH) and the Eurasian Association of Cardiologists (EAC) for the diagnosis and treatment of arterial hypertension (2024). *Systemic Hypertension.* December 25, 2024;21(4):5–109 (in Russ.). <https://doi.org/10.38109/2075-082X-2024-4-5-109>]
 16. Høiegggen A, Alderman MH, Kjeldsen SE, Julius S, Devereux RB, De Faire U, Fyrhquist F, Ibsen H, Kristianson K, Lederballe-Pedersen O, et al; LIFE Study Group. The impact of serum uric acid on cardiovascular outcomes in the LIFE study. *Kidney Int.* 2004;65:1041–1049. <https://doi.org/10.1111/j.1523-1755.2004.00484.x>
 17. Ощепкова Е.В., Довгалецкий П.Я., Гриднев В.И. Регистр артериальной гипертонии в первичном звене здравоохранения. Государство и медицина. Атмосфера. Новости кардиология, 2006;3:43–44. [Oshchepkova E.V., Dovgalevsky P.Ya., Gridnev V.I. Registry of arterial hypertension in primary healthcare. State and medicine. Atmosphere. *Cardiology News* 2006;3:43–44. (In Russ.)]
 18. Ощепкова Е.В., Довгалецкий П.Я., Гриднев В.И., Посненкова О.М., Киселев А.Р., Дмитриев В.А., Попова Ю.В., Волкова Е.Н. Структура первичных элементов базы данных российского регистра больных артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца и хронической сердечной недостаточностью. *Кардио-ИТ* 2014;1:0202. [Oshchepkova E.V., Dovgalevsky P.Ya., Gridnev V.I., Posnenkova O.M., Kiselev A.R., Dmitriev V.A., Popova Yu.V., Volkova E.N. Structure of primary elements of the database of the Russian register of patients with arterial hypertension, coronary heart disease and chronic heart failure. *Cardio-IT* 2014;1:0202. (in Russ.) <https://doi.org/10.15275/cardioit.2014.0202>]
 19. McAdams-DeMarco M.A., Maynard J.W., Baer A.N., Coresh J. Hypertension and the risk of incident gout in a population-based study: the atherosclerosis risk in communities cohort. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2012;14(10):675–679. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2012.00674.x>
 20. Singh JA, Gaffo A. Gout epidemiology and comorbidities. *Semin Arthritis Rheum.* 2020;50(3S):S11–S16. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2020.04.008>
 21. Ferguson LD, Molenberghs G, Verbeke G, et al. Gout and incidence of 12 cardiovascular diseases: a case-control study including 152 663 individuals with gout and 709 981 matched controls. *Lancet Rheumatol.* 2024;6(3):e156–e167. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(23\)00338-7](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00338-7)
 22. Moriarty JT, Folsom AR, Iribarren C, Nieto FJ, Rosamond WD. Serum uric acid and risk of coronary heart disease: atherosclerosis risk in communities (ARIC) Study. *Ann Epidemiol.* 2000;10:136–143. [https://doi.org/10.1016/S1047-2797\(99\)00037-x](https://doi.org/10.1016/S1047-2797(99)00037-x)
 23. Roberts CJ, Marshall AJ, Heaton S, Barritt DW. Comparison of natriuretic, uricosuric, and antihypertensive properties of tienilic acid, bendrofluzide, and spironolactone. *Br Med J.* 1979;1(6158):224–226. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.6158.224>
 24. Hunter DJ, York M, Chaisson CE, Woods R, Niu J, Zhang Y. Recent diuretic use and the risk of recurrent gout attacks: the online case-crossover gout study. *J Rheumatol.* 2006;33(7):1341–1345.
 25. Choi HK, Atkinson K, Karlson EW, Curhan G. Obesity, weight change, hypertension, diuretic use, and risk of gout in men: the health professionals follow-up study. *Arch Intern Med.* 2005;165:742–8. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.7.742>
 26. Roughley MJ, Belcher J, Mallen CD, Roddy E. Gout and risk of chronic kidney disease and nephrolithiasis: meta-analysis of observational studies. *Arthritis Res Ther.* 2015;17(1):90. Published 2015 Apr 1. <https://doi.org/10.1186/s13075-015-0610-9>
 27. Stack AG, Johnson ME, Blak B, et al. Gout and the risk of advanced chronic kidney disease in the UK health system: a national cohort study. *BMJ Open.* 2019;9(8):e031550. Published 2019 Aug 28. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031550>
 28. Grundy SM, Brewer HB Jr, Cleeman JI, et al. Definition of metabolic syndrome: Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association conference on scientific issues related to definition. *Circulation.* 2004;109(3):433–438. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.000011245.75752.C6>
 29. Khrais A, Kahlam A, Tahir A, Shaikh A, Ahlawat S. Outcomes of gout in patients with cirrhosis: A national inpatient sample-based study. *World J Hepatol.* 2023;15(2):303–310. <https://doi.org/10.4254/wjh.v15.i2.303>
 30. Liu S, Li F, Cai Y, et al. Gout drives metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease through gut microbiota and inflammatory mediators. *Sci Rep.* 2025 Mar 19;15(1):9395. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-94118-7>
 31. Maloberti A, Tognola C, Garofani I, et al. Uric acid and metabolic syndrome: Importance of hyperuricemia cut-off. *Int J Cardiol.* 2024;417:132527. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2024.132527>
 32. Sutton Burke EM, Kelly TC, Shoales LA, Nagel AK. Angiotensin Receptor Blockers Effect on Serum Uric Acid-A Class Effect?. *J Pharm Pract.* 2020;33(6):874–881. <https://doi.org/10.1177/0897190019866315>
 33. Dubrall D, Branding NL, Mathey CM, et al. Non-genetic factors associated with ACE-inhibitor and angiotensin receptor blocker-induced angioedema. *Clin Transl Allergy.* 2025;15(5):e70058. <https://doi.org/10.1002/ct2.70058>
 34. Choi HK, Soriano LC, Zhang Y, Rodríguez LA. Antihypertensive drugs and risk of incident gout among patients with hypertension: population based case-control study. *BMJ.* 2012;344:d8190. Published 2012 Jan 12. <https://doi.org/10.1136/bmj.d8190>
 35. Ueno S, Hamada T, Taniguchi S, et al. Effect of Antihypertensive Drugs on Uric Acid Metabolism in Patients with Hypertension: Cross-Sectional Cohort Study. *Drug Res (Stuttg).* 2016;66(12):628–632. <https://doi.org/10.1055/s-0042-113183>



ЕВРАЗИЙСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ
КАРДИОЛОГОВ

**VIII МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
КАРДИО
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ
2026**



**02 АПРЕЛЯ 2026
ОНЛАЙН-ТРАНСЛЯЦИЯ
WWW.CARDIO-EUR.ASIA**

Бета-блокаторы при неосложненной АГ: состояние проблемы на сегодняшний день

Небиеридзе Д.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3, г. Москва 101000, Российская Федерация

Аннотация

Статья посвящена одному из самых дискуссионных вопросов в лечении неосложненной артериальной гипертензии (АГ) – месту бета-блокаторов (ББ). В течение длительного времени ББ не рекомендовались как препараты первой линии в лечении АГ. Особую значимость ББ приобретают при неосложненной АГ с повышенной ЧСС (более 80 уд./мин). Несмотря на отсутствие строгой доказательной базы эффективности ББ у пациентов с неосложненной АГ и повышенным ЧСС, эксперты в последнее время все больше склоняются к целесообразности применения этого класса препаратов. В связи с этим, очень важным событием представляется описанная в последних отечественных и зарубежных рекомендациях, необходимость применения ББ в различных клинических ситуациях, в том числе у пациентов с неосложненной АГ и ЧСС более 80 уд./мин. По сути дела, эти рекомендации возвращают ББ в список основных классов антигипертензивных препаратов при лечении неосложненной АГ. При этом отмечается, что предпочтение следует отдавать высокоселективным представителям данного класса препаратов – с целью повышения безопасности терапии и снижения риска неблагоприятных метаболических эффектов.

Ключевые слова: бета-блокаторы, неосложненная артериальная гипертензия, частота сердечных сокращений, симпатическая активность, метаболические эффекты бета-блокаторов

Конфликт интересов. Небиеридзе Д.В. является членом редакционного совета журнала «Системные гипертензии», но он не имеет никакого отношения к решению опубликовать эту статью. Статья прошла принятую в журнале процедуру рецензирования. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи. Об иных конфликтах интересов автор не заявлял.

Источник финансирования. Работа проведена без привлечения дополнительного финансирования со стороны третьих лиц.

Информация об авторе:

Небиеридзе Давид Васильевич, д.м.н., профессор, руководитель отдела профилактики метаболических нарушений, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3, г. Москва 101000, Российская Федерация, e-mail: dneberidze@gnicpm.ru, ORCID: 0000-0002-5265-3164

Для цитирования: Небиеридзе Д.В. Бета-блокаторы при неосложненной АГ: состояние проблемы на сегодняшний день. Системные гипертензии. 2025;(4):69-71. <https://doi.org/10.38109/2075-082X-2025-4-69-71>

SCIENTIFIC POINT OF VIEW

Beta-blockers in the treatment of uncomplicated hypertension: the current state of the problem

David V. Nebieridze

National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, 10 Petroverigsky Lane, building 3, Moscow 101000, Russian Federation

Summary

The article is devoted to one of the most controversial issues in the treatment of uncomplicated arterial hypertension (AH) – the role of beta-blockers (BB). For a long time, BB were not recommended as a first-line drugs for uncomplicated AH management. The most important role BB have in case of treatment of the uncomplicated AH with an increased heart rate (HR > 80'). Despite the lack of strict evidence for the BB efficacy in patients with uncomplicated AH and an increased HR, experts are increasingly confident in the advisability of this drug class using. In this regard, the reporting on the latest domestic and foreign recommendations of the BB need to be used in various clinical situations, including uncomplicated AH and high HR, is a very important event. In fact, these recommendations return BB to the list of main classes of antihypertensive drugs in uncomplicated AH management.

It was also noted that preference should be given to selective BB to increase therapy safety and reduce the risk of adverse metabolic effects.

Keywords: beta-blockers, uncomplicated hypertension, heart rate, sympathetic activity, beta-blockers' metabolic effects

Conflict of interest. Nebieridze D.V. is a member of the editorial board of the journal *Systemic Hypertension*, but he had no involvement in the decision to publish this article. The article passed the peer review procedure adopted in the journal. The author declare no obvious or potential conflicts of interest related to the publication of this article. The author did not declare any other conflicts of interest.

Source of funding. This work was conducted without additional funding from third parties.

About the author:

David V. Nebieridze, Dr. of Scien. (Med.), Professor, Head of the Department of Metabolic Disorders Prevention, National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, 10 Petroverigsky Lane, Building 3, Moscow 101000, Russian Federation, e-mail: dneberidze@gnicpm.ru, ORCID: 0000-0002-5265-3164

For citation: David V. Nebieridze. Beta-blockers in the treatment of uncomplicated hypertension: the current state of the problem. *Systemic Hypertension*. 2025;22(4):69-71. (In Russ.) <https://doi.org/10.38109/2075-082X-2025-4-69-71>

Статья поступила в редакцию/ The article received: 15.08.2025

Статья принята к печати/ The article approved for publication: 08.10.2025

В настоящее время трудно представить кардиологическую практику без бета-блокаторов (ББ). Этот класс препаратов доказал свою эффективность во многих клинических ситуациях у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Однако есть один вопрос, на который нет четкого ответа: можно ли применять ББ как препараты первой линии при неосложненной АГ? В течение последних лет назначение ББ у лиц с АГ и сопутствующей ИБС, перенесенным инфарктом миокарда (ИМ), ХСН со сниженной фракцией выброса, фибрилляцией предсердий не вызывало сомнений ввиду наличия большой доказательной базы улучшения прогноза у данной категории пациентов. Это нашло отражение в современных клинических рекомендациях [1, 2].

Тем не менее, согласно современным рекомендациям, при лечении неосложненной АГ, ББ не входят в список препаратов первой линии. Впервые такая позиция для ББ была определена в рекомендациях экспертов Национального клинического института Великобритании (NICE) и Британского общества по изучению АГ 2004 года, где в алгоритме первичного выбора антигипертензивной терапии для лечения больных неосложненной АГ ББ отошли на второй план, вытесняясь препаратами других классов [3].

Основными причинами невключения ББ в список основных классов препаратов для лечения неосложненной АГ назывались неблагоприятные метаболические эффекты (нарушения углеводного, липидного обмена, прибавка массы тела) и несколько меньшая эффективность ББ в отношении снижения риска инсультов, при сравнении их с другими классами препаратов. По результатам метаанализа L. Lindholm, объединившего работы, завершённые до 2005 г. (n=105 951), было выявлено, что ББ не уступают другим классам антигипертензивных препаратов в снижении общей смертности и риска развития ИМ. Однако были получены данные, что в отношении снижения риска инсультов, ББ имеют меньшее преимущество [4]. Тем не менее, все описанные выше результаты получены в исследованиях, где применялся атенолол. В связи с этим, указанные ограничения не должны распространяться на ББ, имеющие дополнительные свойства (небиволол и карведилол), а также высокоселективные ББ (биспролол и метопролол). Это было подтверждено в исследовании МАРНУ, в котором сравнивалась эффективность атенолола и метопролола тартрата с диуретиком у пациентов с неосложненной

АГ в отношении риска развития сердечно-сосудистых осложнений [5]. В исследовании участвовали мужчины 40–64 лет с ранее не леченной АГ. Риск коронарных событий был значимо ниже у пациентов, принимавших метопролол в сравнении с участниками, принимающих диуретики (ОШ 0,76; 95% ДИ 0,58–0,98). В то же время, у пациентов, принимавших атенолол, риск был такой же, как у тех, кто находился на терапии диуретиками. В других работах также описываются преимущества иных ББ, таких как карведилол [6], небиволол [7] и биспролол [8, 9].

Несмотря на это, все последующие европейские руководства по ведению АГ, в отношении места ББ при неосложненной АГ, стали похожи на рекомендации Британского общества по изучению АГ от 2007 г. [10]. В то же время, необходимо упомянуть, что в рекомендациях Российского медицинского общества по артериальной гипертензии от 2019 г., была описана целесообразность применения ББ даже при неосложненной АГ – для контроля ЧСС [11]. Согласно последним, ББ рекомендовано назначать в комбинации с любым из других основных классов лекарств, когда есть определенные клинические ситуации, например стенокардия, постинфарктный кардиосклероз, сердечная недостаточность или необходим контроль ЧСС, даже у пациентов с неосложненной АГ.

Действительно, увеличение ЧСС, как маркер повышенной симпатической активности, является не только фактором риска АГ и её прогрессирования, но и развития сердечно-сосудистых осложнений. Об этом свидетельствуют многочисленные клинические и популяционные исследования [12, 13]. При этом прогностическая ценность ЧСС не уступает большинству других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, особенно у пациентов с АГ. В связи с этим определение ЧСС должно быть обязательным компонентом объективной оценки состояния пациента с АГ, в том числе для оценки симпатической активности. Очень важно при этом определить целевые значения ЧСС при АГ. Тем не менее, в настоящее время можно говорить о целевых значениях ЧСС только при осложненной АГ. Данные клинических исследований свидетельствуют об уменьшении выраженности симптомов заболевания и улучшение прогноза пациентов при достижении определенной ЧСС у пациентов с АГ и сопутствующими ИБС, ХСН и ФП [14, 15, 16]. В то же время, у лиц с неосложненной АГ не представляется возможным однозначно определить целевое значение ЧСС в связи с отсутствием доказательной базы.

Вопрос о целесообразности снижения ЧСС у пациентов с неосложненной АГ на сегодняшний день остается открытым. С одной стороны, результаты клинических и популяционных исследований свидетельствуют о прогрессивном увеличении риска развития сердечно-сосудистых осложнений при повышенной ЧСС. С другой стороны, сама по себе взаимосвязь между повышением ЧСС и прогнозом не означает, что при снижении ЧСС будет отмечаться и снижение рисков. Тем не менее, в Европейских рекомендациях 2018 года по ведению АГ, впервые ЧСС более 80 уд/мин была отнесена к факторам риска АГ [17]. Данный вопрос также обсуждался в рамках Национального конгресса кардиологов в 2018г на симпозиуме «Бета-блокаторы в современной терапии артериальной гипертензии – кому, зачем и почему?», где G. Mancia, один из ключевых авторов Европейских рекомендаций по АГ, предложил дополнить специальные показания к назначению бета-адреноблокаторов, включив в них критерий ЧСС более 80 уд/мин при неосложненной АГ. В итоге, важным событием стала описанная в рекомендациях Европейского общества по гипертензии 2023 года целесообразность применения ББ в различных в клинических ситуациях [1]. Среди них в том числе выделен фенотип пациентов с неосложненной АГ и ЧСС более 80 уд./мин.

Таким образом, последние рекомендации возвращают ББ в список основных антигипертензивных препаратов при лечении неосложненной АГ.

При этом отмечается, что в случае необходимости назначения ББ пациенту с АГ, следует отдавать предпочтение высокоселективным представителям данного класса препаратов – с целью повышения безопасности терапии и снижения риска неблагоприятных метаболических эффектов. В дополнение к вышеописанным данным, требуется упомянуть о недавно опубликованной резолюции совета экспертов по ведению пациентов с АГ с ЧСС более 80 уд/мин, где также поддержана идея применения ББ на любом шаге антигипертензивной терапии при наличии клинической целесообразности [18].

Заключение

В течение длительного времени ББ не рекомендовались как препараты первой линии при неосложненной АГ. Особую значимость назначение ББ приобретают при неосложненной АГ и повышенной ЧСС (более 80 уд/мин). Для эффективного контроля АД и снижения риска сердечно-сосудистых осложнений у этой категории пациентов вероятно требуется еще и подавление симпатической активности, на что и направлено действие ББ. Несмотря на отсутствие убедительной доказательной базы о преимуществах применения ББ у пациентов с неосложненной АГ и повышенной ЧСС, эксперты в последнее время все больше склоняются к целесообразности назначения этого класса препаратов описанной категории больных.

Список литературы/ References:

- Mancia G, Kreuzer R, Brunström M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA) [published correction appears in J Hypertens. 2024 Jan 1;42(1):194. <https://doi.org/10.1097/hjh.0000000000003621>. J Hypertens. 2023;41(12):1874-2071. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003480>
- Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Недогода С.В., и др. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2024. Российский кардиологический журнал. 2024;29(9):6117. [Kobalava ZhD, Konradi AO, Nedogoda SV, et al. 2024 Clinical practice guidelines for Hypertension in adults. Russian Journal of Cardiology. 2024;29(9):6117. (In Russ.)] <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2024-6110>
- Williams B, Poulter N.R., Brown M.J. et al. Guidelines for management of hy-pertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004-BHS IV. J Hum Hypertens. 2004 Mar;18(3):139-85. <https://doi.org/10.1038/sj.jhh.1001683>
- Lindholm L.H., Carlberg B., Samuelsson O. Should beta-blockers remain first choice in the treatment of primary hypertension? A meta-analysis. Lancet. 2005;366(9496):1545-53. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(05\)67573-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)67573-3)
- Wikstrand J., Warnold I., Tuomilehto J. et al. Metoprolol versus thiazide diuretics in hypertension. Morbidity results from the MAPHY Study. Hypertension. 1991 Apr;17(4):579-88. <https://doi.org/10.1161/01.hyp.17.4.579>
- Messerli, Franz H, and Ehud Grossman. "beta-Blockers in hypertension: is carvedilol different?" Am J Cardiol. 2004 May 6;93(9A):7B-12B. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2004.01.020>
- Wojciechowski, David, and Vasilios Papademetriou. "Beta-blockers in the management of hypertension: focus on nebivolol." Expert Rev Cardiovasc Ther. 2008 Apr;6(4):471-9. <https://doi.org/10.1586/14779072.6.4.471>
- Lewis, R et al. "A comparison of bisoprolol and atenolol in the treatment of mild to moderate hypertension." British journal of clinical pharmacology vol. 26,1 (1988): 53-9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.1988.tb03363.x>
- Cruickshank, J. M. "Are we misunderstanding beta-blockers." International journal of cardiology vol. 120,1 (2007):10-27. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2007.01.069>
- Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2007;28(12):1462-1536. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehm236>
- Чазова И.Е., Жернакова Ю.В. от имени экспертов. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Системные гипертензии. 2019;16(1):6-31. <https://doi.org/10.26442/2075082X.2019.1.190179> [Chazova I.E., Zernakova Yu.V. on behalf of the experts. Clinical guidelines. Diagnosis and treatment of arterial hypertension. Systemic Hypertension. 2019;16(1):6-31. <https://doi.org/10.26442/2075082X.2019.1.190179>]
- Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Куценко В.А., и др. Вклад артериальной гипертензии и других факторов риска в выживаемость и смертность в российской популяции. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2021;20(5):3003. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2021-3003> [Balanova YuA, Shalnova SA, Kutsenko VA, et al. Contribution of hypertension and other risk factors to survival and mortality in the Russian population. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2021;20(5):3003. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2021-3003>]
- Palatini P. Role of Elevated Heart Rate in the Development of Cardiovascular Disease in Hypertension. Hypertension. 2011;58(5):745-750. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.111.173104>
- Барбараш О.Л., Карпов Ю.А., Панов А.В., и др. Стабильная ишемическая болезнь сердца. Клинические рекомендации 2024. Российский кардиологический журнал. 2024;29(9):6110. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2024-6110> [Barbarash OL, Karpov YuA, Panov AV, et al. 2024 Clinical practice guidelines for Stable coronary artery disease. Russian Journal of Cardiology. 2024;29(9):6110. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2024-6110>]
- Vrints C, Andreotti F, Koskinas KC, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes: Developed by the task force for the management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2024;45(36):3415-3537. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae177>
- Галевич А.С., Терещенко С.Н., Ускач Т.М., и др. Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации 2024. Российский кардиологический журнал. 2024;29(11):6162. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2024-6162> [Galyavich AS, Tereshchenko SN, Uskach TM, et al. 2024 Clinical practice guidelines for Chronic heart failure. Russian Journal of Cardiology. 2024;29(11):6162. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2024-6162>]
- Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension. Eur Heart J. 2018;39(33):3021-3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>
- Конради А.О., Карпов Ю.А., Шальнова С.А., Козилова Н.А., Маткеплишвили С.Т., Недогода С.В., Гиляревский С.Р., Кашталов В.В., Кисляк О.А., Зырянов С.К., Жиров И.В. Ведение пациентов с артериальной гипертензией и частотой сердечных сокращений более 80 уд/мин: резолюция совета экспертов. Артериальная гипертензия. 2025;31(2):82-97. EDN: YFWBPL. <https://doi.org/10.18705/1607-419X-2025-2525> [Konradi A.O., Karpov Yu.A., Shalnova S.A., Kozioleva N.A., Matskeplishvili S.T., Nedogoda S.V., Gilyarevskiy S.R., Kashtalov V.V., Kisliak O.A., Zyryanov S.K., Zhiron I.V. Management of patients with arterial hypertension and heart rate over 80 bpm: resolution of the expert council. "Arterial'naya Gipertenziya" ("Arterial Hypertension"). 2025;31(2):82-97. (In Russ.) EDN: YFWBPL. <https://doi.org/10.18705/1607-419X-2025-2525>]

КАЛЕНДАРЬ МЕРОПРИЯТИЙ

SCHEDULE OF SCIENTIFIC ACTIVITIES

Январь 2026 January 2026			
Advanced Cardiovascular Intervention of British Cardiovascular Intervention Society	London, United Kingdom	28.01.2026-30.01.2026	https://www.millbrook-events.co.uk/event/BCISACI26/summary
Февраль 2026 February 2026			
International Stroke Conference 2026	New Orleans, Louisiana	04.02.2026-06.02.2026	https://professional.heart.org/en/meetings/international-stroke-conference
VIII международная конференция «Кардиоэндокринология 2026»	онлайн	05.02.2026	https://cardio-eur.asia/conferences
Respiratory Failure and Mechanical Ventilation (RFMV)	Rotterdam, Netherlands	12.02.2026-14.02.2026	https://channel.ersnet.org/event-334-respiratory-failure-and-mechanical-ventilation-conference-2026
European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions Summit 2026	Munich, Germany	19.02.2026-20.02.2026	https://www.escardio.org/Congresses-Events/EAPCI-Summit
Март 2026 March 2026			
EPI Lifestyle Scientific Sessions 2026	Boston, Massachusetts	17.03.2026-20.03.2026	https://professional.heart.org/en/meetings/epi-lifestyle
XXII Всероссийский конгресс «Артериальная гипертензия – 2026»	онлайн	18.03.2026-19.03.2026	https://www.gipertonik.ru
ESC Acute CardioVascular Care 2026	Lisbon, Portugal	20.03.2026-21.03.2026	https://www.escardio.org/Congresses-Events/Acute-Cardiovascular-Care
Апрель 2026 April 2026			
VIII международная конференция «Кардиопульмонология 2026»	онлайн	02.04.2026	https://cardio-eur.asia/conferences
Май 2026 May 2026			
XIV Евразийский конгресс кардиологов	гибрид	13.05.2026-14.05.2026	https://cardio-eur.asia/conferences
III международная конференция «Кардиогастроэнтерология 2026»	онлайн	21.05.2026	https://cardio-eur.asia/conferences



ЕВРАЗИЙСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ
КАРДИОЛОГОВ

VIII МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

КАРДИО

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

2026

ONLINE-ТРАНСЛЯЦИЯ

05 февраля

2026

WWW.CARDIO-EUR.ASIA

