Артериальная гипертензия у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: I10, I11, I12, I13, I15, P29.2 · Всероссийская общественная организация "Ассоциация детских кардиологов России", Российское медицинское общество по артериальной гипертонии

Артериальная гипертензия у детей — состояние, при котором средний уровень САД и/или ДАД, рассчитанный на основании трех отдельных измерений, составляет не менее 95-го процентиля для пола, возраста и роста; у подростков старше 16 лет используют порог 140/90 мм рт. ст. Рекомендация посвящена подтверждению диагноза, поиску вторичных причин, оценке поражения органов-мишеней и выбору немедикаментозной и лекарственной терапии у детей и подростков.

Главное

- У детей от 1 до 16 лет АГ устанавливают при средних значениях САД и/или ДАД не ниже 95-го процентиля на трех визитах; у подростков старше 16 лет — при АД ≥140/90 мм рт. ст. АГ 1 степени у детей младше 16 лет соответствует диапазону от 95-го до 99-го процентиля + 5 мм рт. ст., АГ 2 степени — выше 99-го процентиля + 5 мм рт. ст.
- Первичная АГ чаще выявляется после 6 лет, особенно при ожирении или отягощенной наследственности, но окончательный диагноз ставят только после исключения вторичных причин. У детей раннего возраста наиболее вероятны заболевания почек и почечных сосудов, коарктация аорты, эндокринная и другая симптоматическая патология.
- АД измеряют начиная с 3 лет ежегодно, а детям группы риска — при каждом визите. К группе риска относятся, в частности, дети с ИМТ ≥95-го процентиля, хронической болезнью почек, сахарным диабетом, коарктацией аорты или приемом препаратов, повышающих АД.
- СМАД показано для подтверждения АГ, исключения гипертензии белого халата и маскированной АГ, оценки резистентной АГ и контроля лечения; всем пациентам с АГ старше 5 лет его рекомендуют проводить. Качественной считают запись с 40–50 измерениями и долей успешных измерений 65–75%.
- Немедикаментозное лечение назначают всем детям с АГ и высоким нормальным АД независимо от лекарственной терапии: контролируют массу тела, питание и физическую активность, рекомендуют отказ от курения, алкоголя и энергетических напитков, уменьшают психоэмоциональное напряжение.
- Цель лечения — стойкая нормализация АД и профилактика поражения органов-мишеней. Для детей младше 16 лет ориентируются на уровень ниже 95-го процентиля, а при поражении органов-мишеней или выраженных факторах риска — на уровень до 90-го процентиля; для подростков старше 16 лет целевой уровень — ниже 130/85 мм рт. ст.

Диагностика

1. С 3 лет измеряйте АД ежегодно, а у детей группы риска — при каждом посещении. У детей младше 3 лет измерение проводят при наличии факторов риска, включая недоношенность менее 32 недель, низкую массу тела при рождении, неонатальную патологию, болезни почек, врожденные пороки сердца или прием препаратов, повышающих АД.
2. Измеряйте АД аускультативно по Короткову с манжетой по окружности плеча: пациент должен отдохнуть 3–5 минут, сидеть спокойно, не разговаривать; выполняют три измерения с интервалом около 3 минут и рассчитывают среднее второго и третьего. При первом обследовании измеряют АД на обеих руках, затем используют руку с более высоким значением.
3. Для детей до 16 лет сопоставьте средние САД и ДАД с центильными таблицами по полу, возрасту и росту; для подростков старше 16 лет используйте единые пороги: нормальное АД <130/85, высокое нормальное 130–139/85–89, АГ ≥140/90 мм рт. ст. Диагностические значения подтверждают на трех визитах с интервалами от 2 недель до 6 месяцев.
4. Проведите СМАД при стойком повышении АД, значительных колебаниях, офисной АГ 1 степени, резистентности к лечению, поражении органов-мишеней при нормальном офисном АД и перед началом лекарственной терапии. При СМАД индекс времени гипертензии 10–25% соответствует гипертензии белого халата, 25–50% — лабильной АГ, более 50% — стабильной АГ.

5. Соберите семейный и жизненный анамнез: АГ и ранние сердечно-сосудистые заболевания в семье, наследственные болезни почек, течение беременности и родов, недоношенность, заболевания почек, эндокринную и неврологическую патологию, прием стимуляторов, стероидов, НПВП, гормональных контрацептивов и ингибиторов кальциневрина.
6. Выполните физикальное обследование с антропометрией и оценкой ИМТ, измерением АД на руках и ногах, исследованием пульса, сердца, сосудистых шумов, кожи, щитовидной железы, живота, неврологического статуса и полового развития.
7. Всем пациентам с АГ выполните общий анализ мочи, биохимический анализ крови с исследованием натрия, калия, мочевины, мочевой кислоты, глюкозы и креатинина с расчетом СКФ, оценку альбуминурии и протеинурии, а также исследование липидного обмена.
8. Всем пациентам с АГ рекомендуются ЭКГ, ЭхоКГ, офтальмоскопия и УЗИ почек.

Лечение

- Немедикаментозное лечение назначают всем пациентам с АГ и высоким нормальным АД. Для детей старше 5 лет предусматривают 30–60 минут умеренной преимущественно аэробной нагрузки ежедневно и 30 минут интенсивной динамической нагрузки 3–4 раза в неделю; при АГ 2 степени интенсивные нагрузки и особенно виды спорта с высоким статическим компонентом не рекомендуются.
- Рационализируйте питание: контролируйте калорийность и массу тела, ограничивайте насыщенные жиры, легко усвояемые углеводы и натрий, увеличивайте долю овощей, фруктов и пищевых волокон. Для всех пациентов с АГ диетотерапия является необходимым компонентом комплексного лечения (УУР В, УДД 2).
- При высоком нормальном АД лекарства не назначают — используют изменения образа жизни и наблюдение. При АГ 1 степени без факторов риска и поражения органов-мишеней лекарственную терапию добавляют, если немедикаментозные меры неэффективны через 6–12 месяцев; при АГ 2 степени, стабильной АГ по СМАД, поражении органов-мишеней, хронической болезни почек, сахарном диабете или сочетании двух и более факторов риска лекарства начинают одновременно с немедикаментозным лечением.
- Стартовыми классами служат ингибиторы АПФ и антагонисты рецепторов ангиотензина II (для обоих классов УУР А, УДД 2). Лечение начинают с одного препарата в минимальной дозе; при хорошей переносимости дозу повышают каждые 4 недели, желательно под контролем СМАД.
- Примеры стартовых доз: эналаприл — 0,08 мг/кг/сут до 5 мг/сут в 1–2 приема; лозартан — 0,7 мг/кг/сут до 50 мг/сут в 1 прием; амлодипин — 0,06–0,3 мг/кг/сут в 1–2 приема. Препараты, зарегистрированные только для взрослых, у детей применяют off label по решению врачебной комиссии после информированного согласия родителей и пациента старше 15 лет.
- При неэффективности монотерапии в средних или максимально переносимых дозах используют комбинацию препаратов разных классов, предпочтительно в малых дозах. При неэффективности или непереносимости ингибиторов АПФ и антагонистов рецепторов ангиотензина II используют пролонгированные дигидропиридиновые препараты. Тиазидные диуретики применяют в комбинации и в низких дозах, с контролем калия, глюкозы, липидов и ЭКГ каждые 4 недели.
- Эффективность лечения оценивают через 8–12 недель, немедикаментозных мер — каждые 3 месяца. Минимальная продолжительность лекарственной терапии — 3 месяца, предпочтительно 6–12 месяцев; при стабильно нормальном АД после 3 месяцев непрерывного лечения дозу снижают постепенно вплоть до отмены.
- Резистентную АГ определяют как сохраняющееся выше цели АД на фоне трех и более препаратов в оптимальных дозах, включая диуретик. В комбинированную терапию добавляют антагонист альдостерона: спиронолактон начинают с 1 мг/кг/сут, максимум — 3 мг/кг/сут до 100 мг/сут; эплеренон — с 25 мг/сут в 2 приема, максимум до 100 мг/сут.

Когда направить и как наблюдать

- Плановая госпитализация нужна при неясном диагнозе и необходимости специальных исследований, стойком повышении АД с трудностями подбора терапии, частых кризах, злокачественной рефрактерной АГ или переводе подростка во взрослую сеть при необходимости обеспечить преемственность.
- Экстренно госпитализируют при кризе, который не удалось купировать на догоспитальном этапе, кризе при феохромоцитоме или кризе с осложнениями, требующими интенсивной терапии.

- После подтверждения АГ ребенок наблюдается педиатром каждые 3–4 месяца; дети с отягощенной наследственностью или высоким нормальным АД — каждые 6 месяцев. Обязательные исследования выполняют не реже одного раза в год, дополнительные — по показаниям.
- Первичная консультация детского кардиолога нужна всем пациентам с АГ; нефролог — при подозрении на почечный или вазоренальный генез, эндокринолог — при вероятной эндокринной причине, сердечно-сосудистый хирург — при патологии аорты или почечных сосудов.

Частые вопросы

Как подтвердить артериальную гипертензию у ребенка?

У детей до 16 лет сравнивают среднее САД и ДАД с центильными таблицами по полу, возрасту и росту. АГ подтверждают при значениях не ниже 95-го процентиля на трех визитах; у подростков старше 16 лет используют порог ≥140/90 мм рт. ст.

Когда ребенку нужно назначать СМАД?

СМАД применяют для подтверждения АГ, исключения гипертензии белого халата и маскированной АГ, при колебаниях АД, резистентности, поражении органов-мишеней и для контроля лечения. Всем пациентам с АГ старше 5 лет его рекомендуют проводить; детям младше 5 лет, которые не переносят процедуру, СМАД не рекомендуется.

С чего начинать лекарственную терапию АГ у детей?

Стартовыми препаратами являются ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина II (УУР А, УДД 2). Лечение начинают с одного средства в минимальной дозе, затем при необходимости повышают дозу каждые 4 недели; при непереносимости переходят на другой класс.

Как снижать давление при гипертоническом кризе у ребенка?

Быстро снижать АД нельзя из-за риска гипотонии и вторичного повреждения мозга. В первые 6–12 часов среднее АД снижают на 25% от исходного, в первые сутки — еще на 30%, а за 48–72 часа доводят до 95-го процентиля без поражения органов-мишеней или до 90-го процентиля при поражении органов-мишеней/гипертонической энцефалопатии.

Каковы целевые значения АД на лечении?

В общей популяции цель — ниже 95-го процентиля, а при поражении органов-мишеней или высокой концентрации факторов риска — ниже 90-го процентиля. При сахарном диабете цель ниже 90-го процентиля, при сочетании диабета с хронической болезнью почек — ниже 75-го, а при протеинурии — ниже 50-го процентиля.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/571-arterialnaya-gipertenziya-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/571_2