

# **Диференційна діагностика синдрому артеріальної гіпертензії**

***Методичні вказівки  
щодо проведення аудиторної роботи  
з дисципліни «Педіатрія»  
для студентів 6-го курсу  
педіатричного факультету***

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Харківський національний медичний університет**

**Диференційна діагностика синдрому  
артеріальної гіпертензії**

***Методичні вказівки  
щодо проведення аудиторної роботи  
з дисципліни «Педіатрія»  
для студентів 6-го курсу  
педіатричного факультету***

Затверджено  
Вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 12 від 17.12.2020.

**Харків  
ХНМУ  
2020**

Диференційна діагностика синдрому артеріальної гіпертензії: метод. вказ. щодо проведення аудиторної роботи з дисципліни «Педіатрія» для студентів 6-го курсу педіатричного фак-ту / упоряд. М. О. Гончарь, Г. С. Сенаторова, О. В. Омельченко та ін. – Харків : ХНМУ, 2020. – 16 с.

Упорядники    М. О. Гончарь  
                      Г. С. Сенаторова  
                      О. В. Омельченко  
                      І. О. Саніна  
                      Н. В. Коновалова

## **Кількість годин – 5.**

### **Матеріальне та методичне забезпечення теми**

Методичні рекомендації до практичних занять для студентів, мультимедійні презентації, тести, ситуаційні задачі, алгоритми виконання практичних навичок, медичне обладнання, яке використовується для діагностики і лікування запальних захворювань серця (апарати УЗД, ЕКГ, ДМАТ, ВЕМ), історії хвороб пацієнтів, лабораторні показники та дані додаткових методів обстеження.

### **Обґрунтування теми**

Проблема артеріальної гіпертензії (АГ) у нашій країні привертає пильну увагу не тільки терапевтів, кардіологів, але і педіатрів. Це обумовлено тим, що первинна АГ істотно «помолодшала» і не є рідкістю у дітей, і особливо у підлітків. Поширеність первинної АГ серед школярів коливається від 1 до 18 %. Протягом наступних 3–7 років артеріальний тиск (АТ) залишається підвищеним у 33–42 % підлітків, а у 17–26 % АГ набуває прогресуючого перебігу з формуванням гіпертонічної хвороби. Доведено, що своєчасне виявлення патологічних тенденцій до розвитку АГ у дітей та підлітків, своєчасна корекція серцево-судинних порушень можуть позитивно впливати на стан здоров'я дорослого населення. Тісний зв'язок підвищеного артеріального тиску з розвитком у подальшому гіпертонічної хвороби вимагає уважного ставлення до кожного факту підвищення артеріального тиску у дитини.

### **Мета заняття**

**Загальна:** навчитися діагностувати артеріальну гіпертензію у дітей, освоїти основні принципи терапії і профілактики.

### **Конкретна:**

1. Зібрати анамнез захворювання, сімейний анамнез, анамнез життя.
2. Оглянути хворого з метою збору діагностичної інформації (за схемою, що рекомендується) і записати зібрані дані у зошит (щоденник студента).
3. Проаналізувати результати додаткових досліджень і зробити висновки за ними.
4. Навчитися проводити диференційну діагностику між захворюваннями, що супроводжуються підвищеним артеріальним тиском.
5. Формулювати діагноз згідно з сучасними класифікаціями.
6. Призначати комплекс профілактичних та лікувальних заходів з урахуванням форми, особливостей перебігу захворювання.
7. Вміти надавати невідкладну допомогу дитині з гіпертонічною кризою.

### **а) Знати:**

1. Анатомо-фізіологічні особливості системи кровообігу.
2. Семіотику уражень системи кровообігу.
3. Фізіологічні та біохімічні аспекти функціонального стану системи кровообігу.
4. Основні механізми розвитку серцевої недостатності.

5. Основні діагностичні критерії при артеріальній гіпертензії у дітей.

*б) Вміти:*

1. Обстежити хворого (зібрати анамнез, детально з'ясувати питання, які стосуються виявлення чинників ризику захворювання, з'ясувати причини появи підвищеного артеріального тиску, основні клінічні ознаки).

2. Оцінити результати лабораторних досліджень (клінічний аналіз крові, клінічний аналіз сечі, аналіз сечі за Нечипоренком, аналіз сечі за Зимницьким).

3. Оцінити результати інструментальних методів досліджень (електрокардіограма, ультразвукове дослідження серця, та органів черевної порожнини, надниркових залоз, щитоподібної залози; добового моніторування артеріального тиску, велоергометрії).

4. Зробити висновки щодо основних симптомів захворювання у дитини, яку курирує студент.

5. Призначити лікування на етапі стаціонарного спостереження та диспансерного нагляду.

*в) Практичні навички:*

1. Оцінити зовнішній вигляд хворого, що включає загальне клінічне обстеження з оцінкою кольору шкіри, стану слизових оболонок, фізичного розвитку з оцінкою індексу маси тіла (індекс Кетле), визначення об'єму талії (ОТ) та об'єму стегон (ОС), абдомінального ожиріння за співвідношенням ОТ/ОС) оцінку статевого розвитку (скласти статеву формулу). Визначити та оцінити початковий вегетативний статус.

2. Провести вимірювання артеріального тиску.

3. Проаналізувати дані електрокардіограми, ультразвукового дослідження серця, органів черевної порожнини, надниркових залоз, щитоподібної залози; добового моніторування артеріального тиску; велоергометрії.

4. Застосовувати методи надання невідкладної допомоги при гіпертонічному кризі (внутрішньовенне введення препаратів та розрахунок дози препаратів).

### **Графологічна структура теми**

*Див. додатки 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.*

### **Орієнтована карта роботи студентів**

а) критерії діагнозу з перевіркою їх біля ліжка хворого;

Збір анамнезу хвороби та оцінка анамнестичних даних (сімейний анамнез, анамнез життя, строки появи симптомів). Оцінка клінічних проявів захворювання (загальний стан дитини, положення лежачи, функціональний стан серцево-судинної системи, фізичний та статевий розвиток). Звернути увагу на стан шкіри: загальний колір, наявність стрій. Оцінити функції всіх органів і систем.

б) вибір найбільш інформованих тестів, лабораторних і інструментальних досліджень (по можливості виконаних студентами), які підтверджують діагноз;

Оцінка загальних і біохімічних аналізів крові, електрокардіографії, ультразвукового дослідження серця, органів черевної порожнини, надиркових залоз, щитоподібної залози; добового моніторування артеріального тиску, велоергометрії.

в) призначення лікування; виписування рецептів (знання механізму дії ліків);

Виписати рецепт на наступні препарати: еналаприл, лізиноприл, амлодипін, ірбесартан, лосартан.

г) визначення прогнозу та працездатності хворого;

д) визначення групи інвалідності;

є) профілактика захворювання.

Перераховане студент оформляє письмово з відображенням кожного пункту (діагноз, лікування та ін.). Це враховується при визначенні ступеня засвоєння матеріалу та визначенні оцінки по темі.

### **Завдання для самостійної роботи**

Питання, що підлягають вивченню

1. Які відомості з анамнезу хвороби, сімейного анамнезу та анамнезу життя використовуються для визначення артеріальної гіпертензії?

2. Діагностичні критерії визначення категорій артеріального тиску і ступенів тяжкості артеріальної гіпертензії у дітей.

3. Основні клінічні та діагностичні ознаки, характерні для дітей з артеріальною гіпертензією.

4. Особливості діагностичних ознак у дітей з артеріальною гіпертензією.

5. Диференційна діагностика первинної та вторинної артеріальної гіпертензії у дітей.

6. Тактика ведення та лікування дітей з артеріальною гіпертензією:

Завдання, які необхідно виконати: провести курацію хворої дитини, встановити діагноз, скласти план обстеження, призначити лікування та визначити профілактичні заходи для запобігання ускладненням або прогресуванню захворювання.

### **Ситуаційні задачі для визначення кінцевого рівня знань**

**Задача 1.** Хлопчик 15 років, скаржить на періодичні головні болі, серцебиття, дратівливість, непереносимість поїздок в транспорті. Скарги турбують 3 міс. За цей час тричі відмічались напади підвищення артеріального тиску до 170/100 мм рт. ст., це супроводжувалось появою «мушок» перед очима, тахікардією, тремором, відчуттям страху. Закінчувався напад значним сечовипусканням. Вкажіть найбільш вірогідний діагноз.

*A. Артеріальна гіпертензія з розвитком симпато-адреналової кризи.*

*B. Симптоматична артеріальна гіпертензія.*

*C. Феохромоцитома.*

*D. Вегетативна дисфункція.*

*E. Гіпоталамічний синдром.*

**Задача 2.** У 15-річного хлопчика скарги на підвищений апетит, швидку втомлюваність, підвищену пітливість, головні болі, задишку при незначному фізичному навантаженні. Хлопчик підвищеного харчування, шкіра блідо-рожевого кольору, підшкірно-жирова клітковина розвинута надмірно, рівномірно. Товщина складки на животі 6 см, тони серця дещо послаблені, ЧСС – 74 за хвилину, артеріальний тиск – 130/70 мм рт. ст. Вкажіть найбільш вірогідний діагноз.

*A. Ожиріння.*

*B. Первинна артеріальна гіпертензія.*

*C. Феохромоцитома.*

*D. Симптоматична артеріальна гіпертензія.*

*E. Гіпоталамічний синдром.*

**Задача 3.** Дівчинка 15 років скаржиться на головний біль, періодичний біль в ділянці серця колючого характеру, підвищення АТ до 120/80 мм рт. ст. Перкуторно – межі серця без змін. Аускультативно – тони серця ритмічні, посилені, короткий систолічний шум в V точці. На ЕКГ – синусова аритмія, порушення реполяризації. На ДЕКТ – КДД = 38 мм, КДС = 23 мм, ФВЛШ = 72 %, АХЛШ. При проведенні ДМАТ – ІВ САТ (д/н) = 12 %/0 %, ІВ ДАТ (д/н) = 5 %/0 %. Ваш діагноз?

*A. Вегетативно-судинна дисфункція.*

*B. Первинна артеріальна гіпертензія.*

*C. Гіпоталамічний синдром.*

*D. Органічна патологія ЦНС.*

*E. Феохромоцитома.*

**Задача 4.** 10-річний школяр скаржиться на частий біль у животі, головний біль після уроків та при зміні погоди. Інколи вдень підвищується температура до 37,6 ° (не знижується після прийому аспірину), яка вночі самостійно нормалізується. Дитина швидко втомлюється. Об'єктивно: блідий, АТ – 115/70 мм рт. ст., лабільний пульс, нестійка анізокорія, гіпергідроз кистей і стоп, стійкий червоний розлитий дермографізм. Шлунково-кишковий тракт та аналіз крові без патології. Який діагноз найбільш вірогідний?

*A. Високий артеріальний тиск, вегетативно-судинна дистонія.*

*B. Первинна артеріальна гіпертензія.*

*C. Гіпоталамічний синдром.*

*D. Вторинна артеріальна гіпертензія.*

*E. Феохромоцитома.*

**Задача 5.** Дівчинка 15 років скаржиться на погіршення стану у зв'язку з появою пітливості, дратівливості, швидкої стомлюваності, зниження маси тіла. При огляді в поліклініці відзначена тахікардія, дівчинка направлена у стаціонар з діагнозом «ревматизм». При надходженні стан середньої тяжкості. Підвищена пітливість. Щитовидна залоза рівномірно збільшена (I ступінь), помірковано виражений екзофтальм. Границі серця в межах норми. Тони серця посилені, на верхівці і в V точці систолічний

шум. Пульс 120 уд/хв, лабільний, артеріальний тиск 150/80 мм рт. ст. Різко виражене тремтіння пальців витягнутих рук. З боку інших органів і систем відхилень немає. Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Симптоматична артеріальна гіпертензія. Гіпертиреоз.*
- B. Первинна артеріальна гіпертензія.*
- C. Феохромоцитома.*
- D. Адреногенітальний синдром.*
- E. Гіпоталамічний синдром.*

**Задача 6.** У дівчини 17 років після нервового стресу розвинулася задишка, тремор, відчуття страху та «стороннього тіла» у горлі, колючий та ниючий біль в ділянці верхівки серця. Об'єктивно: плями червоного кольору на обличчі та шиї, дихання везикулярне, частота дихання – 26/хв. Межі серця у нормі, тони чисті, ритмічні, частота серцевих скорочень – 120/хв, артеріальний тиск – 155/80 мм рт. ст. Лікар «швидкої» вважає, що це соматоформний розлад. Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Розвиток симпато-адреналової кризи.*
- B. Первинна артеріальна гіпертензія.*
- C. Феохромоцитома.*
- D. Вегетативно-судинна дистонія.*
- E. Гіпоталамічний синдром.*

**Задача 7.** Хлопчикові 14 років. Протягом 3 років спостерігається підвищення артеріального тиску до 170/100 мм рт. ст. Лікування антигіпертензивними препаратами неефективне. Холтеровське моніторування артеріального тиску (ХМАТ): стабільна артеріальна гіпертензія. Доплерографія судин нирок: часткова візуалізація ниркових артерій зліва. Яким буде попередній діагноз?

- A. Реноваскулярна гіпертензія.*
- B. Первинна артеріальна гіпертензія.*
- C. Феохромоцитома.*
- D. Адреногенітальний синдром.*
- E. Гіпоталамічний синдром.*

## Література

### Основна

1. American Heart Association Statistics Committee; Stroke Subcommittee / D. Mozaffarian, E. J. Benjamin, A. S. Go et al.; Writing Group Members // Executive summary: heart disease and stroke statistics–2016 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 2016. – P. 133 (4).
2. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents / J. T. Flynn, D. C. Kaelber, C. M. Baker-Smith et al. // *Pediatrics*. 2017; 140 (3): 20171904.



3. Whelton P. K. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults / P. K. Whelton, R. M. Carey, W. S. Aronow et al. // Journal of the American College of Cardiology (2017), doi: 10.1016/j.jacc.2017.11.006.

4. Shapiro D. J. et al. Hypertension screening during ambulatory pediatric visits in the United States, 2000–2009 / D. J. Shapiro // Pediatrics, 2012. – Vol. 130(4). – P. 604–610.

5. Волосовець О. П. Вибрані питання дитячої кардіоревматології / О. П. Волосовець, В. М. Савво, С. П. Кривопустов. – Харків : ТНЦ, 2006 – 256 с.

6. Кардіологія дитячого та підліткового віку : наук.-практ. посібник / за ред. П. С. Мошчича, Ю. В. Марушка. – Київ : Вища школа, 2006. – 422 с.

7. Хайтович Н. В. Критерии артериальной гипертензии у детей и подростков / Н. В. Хайтович

<http://www.cardiotechnika.ru/php/content.php?group=3&id=2215>

8. Тяжка О. В. Педіатрія : підручник / О. В. Тяжка. – 3-є вид. – Вінниця : Нова Книга, 2009. – 1135 с.

9. Майданник В. Г. Клінічна діагностика в педіатрії / В. Г. Майданник, О. В. Бутиліна. – Київ : Дорадо-друк, 2012. – 286 с.

10. Детская кардиоревматология / под ред. В. С. Приходько. – Киев : Здоров'я, 2005. – 520 с.

11. Клінічні лекції кафедри.

#### Додаткова

1. Накази МОЗ України «Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні», «Про удосконалення організації медичної допомоги дітям підліткового віку» та по протоколах за спеціальностями «Педіатрія» та ін. МОЗ України. – Київ, 2005 р. – 414 с.

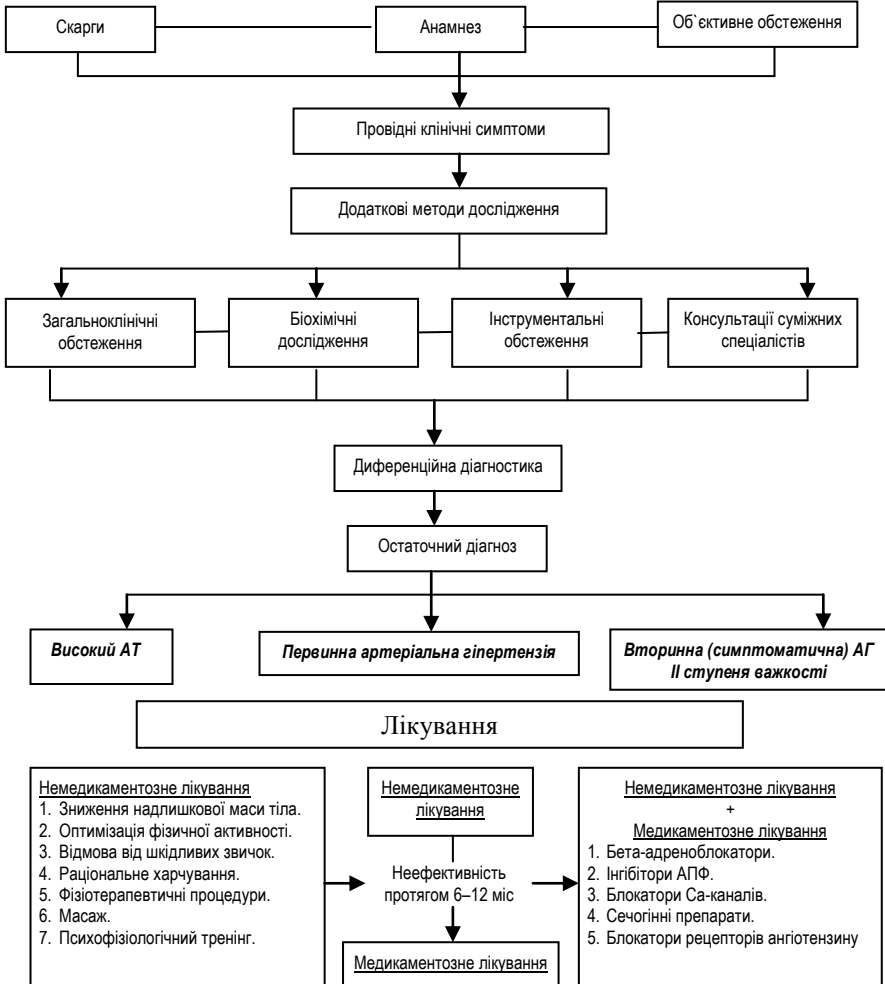
2. Діагностика та лікування невідкладних станів у дітей : навч. посібник / О. П. Волосовець, Н. В. Нагорна, С. П. Кривопустов. – Донецьк : Донецький державний медичний університет ім. М. Горького, 2007. – 112 с.

3. Фізична реабілітація в педіатрії : навч. посібник / О. П. Волосовець, С. П. Кривопустов, І. Б. Єршова, В. А. Реціков. – Київ – Луганськ, 2009. – 182 с.

4. Невідкладні стани в педіатрії : навч. посібник / за ред. О. П. Волосовця, Ю. В. Марушка. – Харків : Прапор, 2008. – 200 с.

5. Оказание стационарной помощи детям. Карманный справочник. Оригинальное издание: Pocket book of Hospital care for children. Geneva, WHO, 2005. – Всемирная Организация Здравоохранения, 2006. – 378 с.

**Графологічна структура теми «Диференційна діагностика синдрому артеріальної гіпертензії у дітей»**



**Додаток 2****Нові критерії визначення категорій артеріального тиску і ступенів тяжкості артеріальної гіпертензії у дітей**

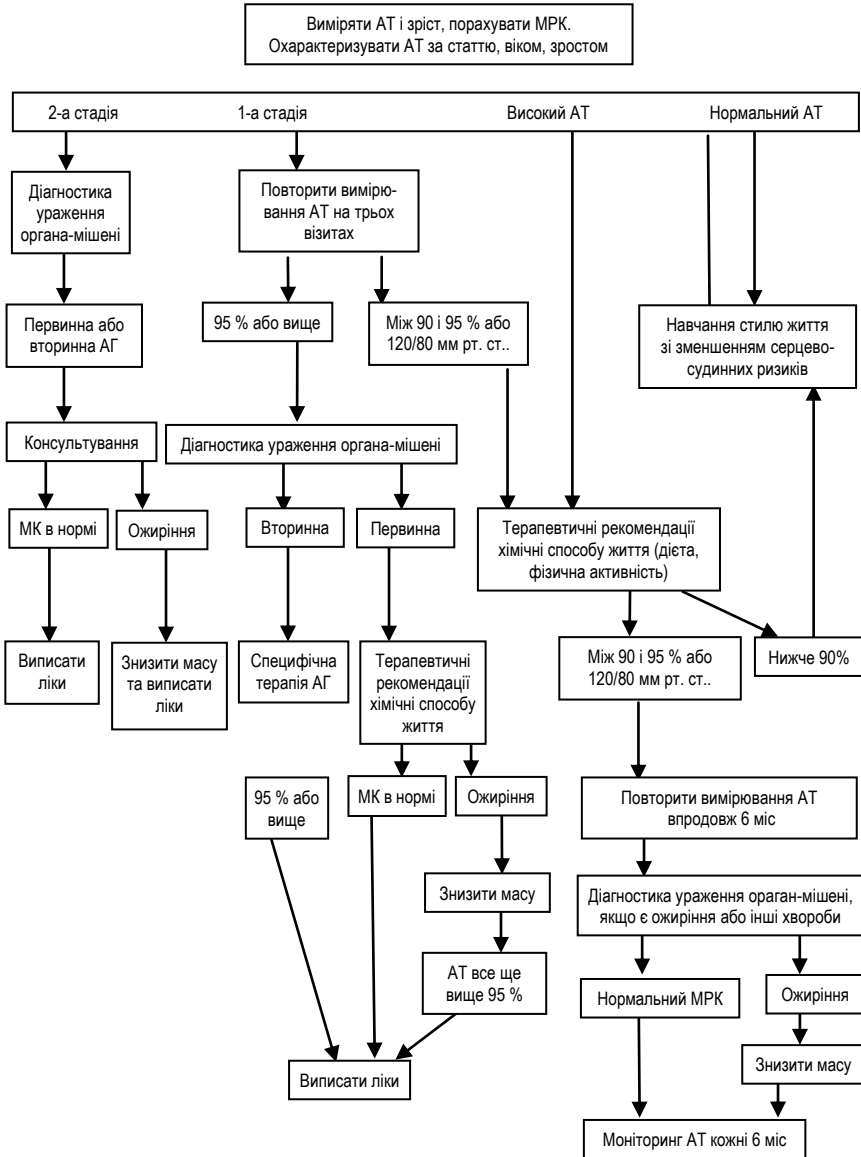
<b>Діти віком 1–13 років</b>	<b>Діти віком від 13 років</b>
Нормальний АТ: < 90-го перцентилю	Нормальний АТ: < 120 / < 80 мм рт. ст.
Високий АТ: від $\geq$ 90-го перцентилю до < 95-го перцентилю або 120/80 мм рт. ст. до < 95-го перцентилю (залежно від того, що нижче)	Високий АТ: від 120 / < 80 до 129 / < 80 мм рт. ст.
АГ 1-го ступеня тяжкості: від $\geq$ 95-го перцентилю до < 95-го перцентилю + 12 мм рт. ст. або 130/80 до 139/89 мм рт. ст. (залежно від того, що нижче)	АГ 1-го ступеня тяжкості: від 130/80 до 139/89 мм рт. ст.
АГ 2-го ступеня тяжкості: від $\geq$ 95-го перцентилю + 12 мм рт. ст. або $\geq$ 140/90 мм рт. ст. (залежно від того, що нижче)	АГ 2-го ступеня тяжкості: $\geq$ 140/90 мм рт. ст.

Примітки: АГ – артеріальна гіпертензія, АТ – артеріальний тиск

**Додаток 3****Орієнтовні значення САТ і ДАТ у дітей, при яких необхідне подальше дослідження для діагностики високого АТ і гіпертензії (90-й перцентиль)**

<b>Вік (роки)</b>	<b>Хлопчики</b>		<b>Дівчатка</b>	
	САТ (мм рт. ст.)	ДАТ (мм рт. ст.)	САТ (мм рт. ст.)	ДАТ (мм рт. ст.)
1	98	52	98	54
2	100	55	101	58
3	101	58	102	60
4	102	60	103	62
5	103	63	104	64
6	105	66	105	67
7	106	68	106	68
8	107	69	107	69
9	107	70	108	71
10	108	72	109	72
11	110	74	111	74
12	113	75	114	75
$\geq$ 13	120	80	120	80

Алгоритм діагностики при артеріальній гіпертензії у дітей



**Приклади даних фізикального огляду та анамнезу, притаманних вторинній артеріальній гіпертензії або асоційованих із ураженням органів-мішеней, вторинних щодо артеріальної гіпертензії**

Система організму	Дані огляду, анамнез	Можлива етіологія
Життєво важливі показники	Тахікардія	Гіпертиреоз Феохромоцитома Нейробластома
	Зниження пульсу в нижніх кінцівках; різке зниження АТ на нижніх кінцівках порівняно з АТ на верхніх кінцівках	Коарктація аорти
Органи зору	Проптоз (випинання очного яблука)	Гіпертиреоз
	Зміни на сітківці	Тяжка АГ, найімовірніше, пов'язана зі вторинною АГ
ЛОП-органи	Аденотонзиллярна гіпертрофія	Порушення дихання уві сні
	Хропіння	Синдром обструктивного апное під час сну (СОАС)
Зріст, маса тіла	Затримка росту	Хронічна ниркова недостатність
	Ожиріння	Синдром Кушинга
	Тулубовеожиріння	Синдром інсулінорезистентності
Голова, шия	«Обличчя ельфа»	Синдром Вільямса
	Місяцеподібне обличчя	Синдром Кушинга
	Збільшення щитоподібної залози, зоб	Гіпертиреоз
	«Шия сфінкса»	Синдром Тернера
Шкіра	Блідість, приливи жару, підвищене потовиділення	Феохромоцитома
	Акне, гірсутизм, стрії	Синдром Кушинга Зловживання анаболічними стероїдами
	«Кавові» плями (café-au-lait spots)	Нейрофіброматоз
	Ангіосебофіброматоз	Туберозний склероз
	Висипка у формі метелика	Системний вовчак
	Папілярно-пігментна дистрофія шкіри	Цукровий діабет 2-го типу
	Кровотворення	Блідість
Грудна клітка, серцево-судинна система	Біль у грудях	Серцево-судинне захворювання
	Прискорене серцебиття	
	Задишка при фізичному навантаженні	
	Широко розставлені соски	Синдром Тернера
	Серцевий шум	Коарктація аорти
	Шум тертя	Системний вовчак (перикардит) Колагеноз судин
	Випинання грудної клітки над верхівкою серця	Гіпертрофія лівого шлуночка
Черевна порожнина	Об'ємне утворення черевної порожнини	Пухлина Вільямса
		Нейробластома
		Феохромоцитома

Система організму	Дані огляду, анамнез	Можлива етіологія
	Шум в епігастрії, бічній і клубовій ділянці живота	Стеноз ниркової артерії
	Пальповані нирки	Полікістоз нирок
		Гідронефроз
Сечостатева система	Невизначені чи вірилізовані статеві органи	Вроджена гіперплазія надниркових залоз
	Інфекція сечових шляхів	Хвороба нирок
	Везикоуретеральний рефлюкс	
	Гематурія, набряк, утомлюваність	
	Травма живота	
Кінцівки	Набряк суглобів	Системний вовчак
	М'язова слабкість	Колагеноз судин
Неврологічний статус, метаболізм	Гіпокаліємія, головний біль, запаморочення, поліурія, ніктурія	Ренінома
	М'язова слабкість, гіпокаліємія	АГ моногенної природи (синдром Ліддла, глюкокортикоїд-пригнічений гіперальдостеронізм, виражений надлишок мінералокортикоїдів)

### Додаток 6

#### Скринінгові тести для діагностики вторинних гіпертензій

Популяція пацієнтів	Дослідження
Усі пацієнти	Загальний аналіз сечі
	Хімічна панель, зокрема вміст електролітів, азоту сечовини крові і креатиніну
	Ліпідний профіль (натще і не натще, включаючи вміст ліпопротеїдів високої щільності та загального холестерину)
	Ультрасонографія нирок у дітей віком до 6 років або у пацієнтів з аномальним результатом загального аналізу сечі або порушенням функції нирок
Діти або підлітки з ожирінням (ІМТ > 95-го перцентилу), на додаток до зазначених вище досліджень	Вміст глікозильованого гемоглобіну (HbA1c; скринінг для виявлення ЦД)
	Активність аланін амінотрансферази та аспартатамінотрансферази (скринінг для виявлення жирової дистрофії печінки)
	Панель тестів на визначення ліпідного спектра крові натще (скринінг для виявлення дисліпідемії)
Пацієнти, у яких слід провести факультативні тести на підставі анамнезу, даних фізикального огляду та результатів початкових досліджень	Вміст глюкози у сироватці крові для пацієнтів із високим ризиком ЦД
	Вміст тиреотропного гормону
	Скринінг на наявність заборонених речовин
	Дослідження сну (при гучному хронічному, сонливості вдень, або даних анамнезу щодо апное)
	Розгорнутий аналіз крові, особливо у пацієнтів із затримкою росту або порушенням функції нирок

**ЛІКУВАННЯ**  
**Антигіпертензивні препарати, рекомендовані для використання**  
**у дітей**

Препарат	Вік	Початкова доза	Максимальна доза	Частота прийому	Форма випуску
<b>Інгібітори АПФ</b>					
<b>Беназеприл</b>	≥ 6 р.	0,2 мг/кг на добу (до 10 мг на добу)	0,6 мг/кг на добу (до 40 мг на добу)	1 раз на день	Таблетки: 5, 10, 20, 40 мг. Порошок для приготування розчину: 2 мг/мл
<b>Каптоприл</b>	немовлята	0,05 мг/кг на добу	6 мг/кг/добу	1–4 рази на день	Таблетки: 12,5, 25, 50, 100 мг. Порошок для приготування розчину: 1 мг/мл
	діти	0,5 мг/кг на добу	6 мг/кг/добу	3 рази на день	
<b>Еналаприл</b>	≥ 1 міс	0,08 мг/кг на добу (до 5 мг на добу)	0,6 мг/кг/добу (до 40 мг на добу)	1–2 рази на день	Таблетки: 2,5; 5, 10, 20 мг. Розчин: 1 мг/мл
<b>Фозиноприл</b>	≥ 6 р.	із масою тіла до 50 кг – 0,1 мг/кг на добу (до 5 мг на добу); із масою тіла понад 50 кг – 5 мг на добу	40 мг на добу	1 раз на день	Таблетки: 10, 20, 40 мг
<b>Лізиноприл</b>	≥ 6 р.	0,07 мг/кг на добу (до 5 мг/добу)	0,6 мг/кг/добу (до 40 мг на добу)	1 раз на день	Таблетки: 2, 5; 5; 10; 20; 30; 40 мг. Розчин: 1 мг/мл
<b>Блокатори рецепторів ангіотензину</b>					
<b>Кандесартан</b>	1–5 р.	0,02 мг/кг на добу (до 4 мг на добу)	0,4 мг/кг/добу (до 16 мг на добу)	1–2 рази на день	Таблетки: 4, 8, 16, 32 мг. Порошок для приготування розчину : 1 мг/мл
	≥ 6 р.	із масою тіла до 50 кг – 4 мг на добу; із масою тіла понад 50 кг – 5 мг на добу	6,0 мг/кг/добу (до 40 мг на добу)		
<b>Ірбесартан</b>	6–12 р.	75 мг/добу	150 мг/добу	1 раз на день	Таблетки: 75, 150, 300 мг
	≥ 13 р.	150 мг/добу	300 мг/добу		
<b>Лосартан</b>	≥ 6 р.	0,7 мг/кг (до 50 мг)	1,4 мг/кг (до 100 мг)	1 раз на день	Таблетки: 25, 50, 100 мг. Порошок для приготування розчину: 2,5 мг/мл
<b>Олмеартан</b>	≥ 6 р.	із масою тіла до 35 кг – 10 мг на добу;	20 мг	1 раз на день	Таблетки: 5, 20, 40 мг; < 35 кг – 10, 20 мг. Порошок для приготування розчину: 2 мг/мл
		із масою тіла понад 35 кг – 20 мг на добу	40 мг		
<b>Валсартан</b>	≥ 6 р.	1,3 мг/кг (до 40 мг)	2,7 мг/кг (до 160 мг)	1 раз на день	Таблетки: 40, 80, 160, 320 мг.

Препарат	Вік	Початкова доза	Максимальна доза	Частота прийому	Форма випуску
					Порошок для приготування розчину: 4 мг/мл
<b>Тіазидні діуретики</b>					
<b>Хлорталідон</b>	діти	0,3 мг/кг	2 мг/кг/добу (50 мг)	1 раз на день	Таблетки: 25, 50, 100 мг
<b>Хлортіазид</b>	діти	10 мг/кг/добу	20 мг/кг/добу (до 375 мг/добу)	1–2 рази на день	Таблетки: 250, 500 мг. Суспензія 250 мг/мл
<b>Гідрохлортіазид</b>	діти	1мг/кг/добу	2 мг/кг/добу (до 375 мг/добу)	1–2 рази на день	Таблетки: 1, 2, 5, 25, 50 мг
<b>Блокатори кальцієвих каналів</b>					
<b>Амлодипін</b>	1–5 р.	0,1 мг/кг	0,6 мг/кг/добу (до 5 мг/добу)	1 раз на день	Таблетки: 2,5; 5; 10 мг. Порошок для приготування розчину: 1 мг/мл
	≥ 6 р.	2,5 мг	10 мг		
<b>Фелодипін</b>	≥ 6 р.	2,5 мг	10 мг	1 раз на день	Таблетки зі сповільненим вивільненням: 2,5; 5; 10 мг
<b>Ісрадипін</b>	діти	0,05–0,1 мг/кг	0,6 мг/кг (до 10 мг/добу)	Капсули: 1–3 рази на день. Таблетки: 1 раз на день	Капсули: 2,5; 5 мг Таблетки зі сповільненим вивільненням: 5, 10 мг
<b>Ніфедипін зі сповільненим вивільненням</b>	діти	0,2–0,5 мг/кг/добу	3 мг/кг (до 120 мг/добу)	1–2 рази на день	Таблетки зі сповільненим вивільненням: 30, 60, 90 мг



*Навчальне видання*

# **Диференційна діагностика синдрому артеріальної гіпертензії**

***Методичні вказівки  
щодо проведення аудиторної роботи  
з дисципліни «Педіатрія»  
для студентів 6-го курсу  
педіатричного факультету***

Упорядники    Гончарь Маргарита Олександрівна  
                      Сенаторова Ганна Сергіївна  
                      Омельченко Олена Володимирівна  
                      Саніна Ірина Олександрівна  
                      Коновалова Наталя Вікторівна

Відповідальна за випуск                    Н. К. Мацієвська



Редактор Є. В. Рубцова  
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 1,0. Зам. № 20-34065

---

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.