

# Диагностика маскированной артериальной гипертензии у детей – роль самоизмерения АД

В.М. Крамаренко, А.М. Комарь, П.А. Комарь, М.Я. Ледяев

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград, Российская Федерация)

## РЕЗЮМЕ

Маскированная артериальная гипертензия у детей (МАГ) определяется при артериальном давлении (АД) менее 95 перцентилиа для офисного АД (АДоф) и более или равном 95 перцентилиу при суточном мониторинговании АД (СМАД). Частота встречаемости МАГ у детей вариабельна и может достигать 60% в зависимости от исследуемой группы или метода измерения АД. **Цель исследования** – определить распространенность МАГ и роль самоизмерения АД в домашних условиях (АДдом) в диагностике МАГ у детей. **Материалы и методы.** В ходе простого неинтервенционного исследования 149 детей (84 мальчика, 65 девочек) в возрасте от 10 до 17 лет (средний возраст  $14,34 \pm 1,91$ ) с АДоф < 95 перцентилиа, проведено сравнение величины АДоф с показателями АДдом и СМАД. **Результаты и обсуждение.** Количество пациентов с МАГ 1 степени составило 28,9%. Распространенность МАГ среди мальчиков составила 29,7%, среди девочек – 27,7%. У 48,3% пациентов, по данным домашнего самоизмерения, систолическое АДдом было более 95 перцентилиа, из них у 54,2% пациентов, установлена МАГ методом СМАД. Лишь у 5,2% пациентов с нормальным АДдом, выявлена МАГ по данным СМАД. В группе МАГ оказалось 74,4% пациента с избытком массы тела и ожирением, причем в подгруппе с ожирением преобладали мальчики – 84%. **Заключение.** Полученные результаты указывают на важную роль самоизмерения АД у детей в домашних условиях, как показание к проведению СМАД у детей для диагностики МАГ, несмотря на отсутствие стандартных процедур и использование различных приборов при проведении домашнего самоизмерения АД. Фенотип вероятного пациента с МАГ в практике врача-педиатра: мальчик-подросток с ожирением и эпизодами повышенного АД при самоизмерении в домашних условиях.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** СМАД, маскированная артериальная гипертензия, самоизмерение АД, дети.

**КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## Diagnosis of masked hypertension in children – the role of self-measured blood pressure

V.M. Kramarenko, A.M. Komar, P.A. Komar, M.Ya. Ledyayev

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Volograd State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Volgograd, Russian Federation

## SUMMARY

Masked hypertension (MH) in children is defined as having office blood pressure (BPoff) below the 95th percentile and ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) values at or above the 95th percentile. The prevalence of MH in children varies and can reach up to 60%, depending on the study population or the method of BP measurement. **Objective.** The aim of this study was to determine the prevalence of MH and the role of self-measured blood pressure at home (BPhome) in the diagnosis of MH in children. **Materials and methods.** In a simple non-interventional study, 149 children (84 boys, 65 girls) aged 10 to 17 years (mean age  $14.34 \pm 1.91$ ) with BPoff below the 95th percentile were examined. A comparison was made between BPoff, BPhome, and ABPM. **Results and discussion.** The proportion of patients with stage 1 MH was 28.9%. The prevalence of MH among boys was 29.7%, and among girls, it was 27.7%. According to home self-measurements, 48.3% of patients had systolic BPhome above the 95th percentile, and among them, 54.2% were diagnosed with MH using ABPM. Only 5.2% of patients with normal BPhome were found to have MH based on ABPM. In the MH group, 74.4% of patients were overweight or obese, with boys predominating in the obesity subgroup (84%). **Conclusion.** The results highlight the important role of self-measured BP at home in children as an indication for ABPM to diagnose MH, despite the lack of standardized procedures and the use of various devices for home BP measurement. The likely phenotype of a patient with MH in pediatric practice is an adolescent boy with obesity and episodes of elevated BP during home self-measurement.

**KEYWORDS:** ABPM, masked hypertension, self-measured blood pressure, children.

**CONFLICT OF INTEREST.** The authors declare that they have no conflicts of interest.

## Введение

Термин «маскированная гипертензия» T.G. Pickering с соавторами впервые предложили использовать в 2002 году для описания феномена повышенного АД вне офиса врача, но нормального АД на приеме у врача [1]. Первое исследование, посвященное МАГ у детей, было опубликовано Matsuoka S. и Awazu M. в 2004 году. Авторы описали распространенность МАГ на уровне 11% и почти в 4 раза чаще среди мальчиков,

чем среди девочек [2]. Частота встречаемости МАГ у детей вариабельна и может достигать 60% в зависимости от исследуемой группы или метода измерения АД [3].

В связи с широким распространением метода СМАД, МАГ интерпретируется как состояние с нормальным значением АДоф, но с повышенным значением среднего систолического АД (САД) и/или диастолического АД (ДАД) по данным СМАД [3, 4].

Артериальная гипертензия у детей является актуальной медицинской проблемой, требующей внимания и тщательного изучения. МАГ, при которой повышенное АД не выявляется при офисных измерениях, но фиксируется по данным СМАД, представляет особую сложность для диагностики и лечения.

### Цель

Определить распространенность МАГ и оценить роль самоизмерения АД в домашних условиях в диагностике МАГ у детей.

### Материалы и методы исследования

Клинические исследования и наблюдения, положенные в основу работы, выполнены на клинической базе кафедры детских болезней ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России и ГУЗ «Детская Клиническая больница № 8» г. Волгограда.

Исследование проводили с разрешения Локального этического комитета ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России и при получении добровольного информированного согласия.

Критерий включения в исследование – жалобы родителей пациентов на эпизоды «повышенного давления» в домашних условиях и систолическое и диастолическое АДоф (САДоф, ДАДоф) менее 95 перцентилей кривой распределения АД в популяции для соответствующих возраста, пола и перцентилей роста [4].

Критерии исключения: дети из социально незащищённых групп, инвалиды, дети с пороками развития внутренних органов, эндокринными заболеваниями и патологией почек, дети с инфекционными заболеваниями, отсутствие письменного добровольного информированного согласия.

В исследование включены 149 детей (84 мальчика, 65 девочек) в возрасте от 10 до 17 лет (средний возраст  $14,34 \pm 1,91$ ).

АДоф измеряли аускультативным методом Короткова Н.С.: САДоф по I фазе, ДАДоф по V фазе, учитывали среднее АД трех измерений [4].

СМАД проводили с помощью программно-аппаратного комплекса суточного мониторинга артериального давления «БиПиЛАБ-М» (ООО «Петр Телегин», Россия) с 15-минутными интервалами в дневное время (06:00–22:00) и с 30-минутными интервалами в ночное время (22:00–06:00 утра). У всех пациентов успешных измерений было более 90%. Для статистического анализа использовали САД и ДАД дневное (САДд, ДАДд), САД и ДАД ночное (САДн, ДАДн), индекс времени (ИВ), суточный индекс (СИ). Интервалы для дневного и ночного периодов определялись индивидуально по дневнику пациента. Манжета для проведения офисного измерения АД и СМАД выбиралась в соответствии с длиной окружности плеча [4].

Артериальное давление, полученное путем домашнего самоизмерения, было предоставлено родителями пациентов и было измерено различными типами автоматических и полуавтоматических измерителей АД в домашних условиях. Оценка значений АДдом, АДоф и АД СМАД проводилась по перцентильным таблицам для соответствующих

возраста, пола и перцентилей роста, АД верифицировалась как величина САД и/или ДАД  $\geq 95$ -го перцентилей кривой распределения АД в популяции для соответствующих возраста, пола и перцентилей роста [4].

Данные представлены в виде  $M \pm m$ . Статистическая значимость была определена как  $p < 0,05$ .

### Результаты и обсуждение

Общая характеристика пациентов представлена в таблице 1. Анализ возраста, массы тела, роста, индекса массы тела (ИМТ) и АД группы в целом не выявил статистически значимых различий показателей по полу.

Таблица 1  
Общая характеристика пациентов, участвовавших в исследовании, в гендерном аспекте

Показатели	Средние значения ( $M \pm m$ )
Вся группа (n=149)	
Возраст, лет	14,3±1,9
Рост, см	167±12,7
Масса тела, кг	63,2±18,9
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	22,4±5,4
САДоф, мм рт. ст.	114,9 ± 14,5
ДАДоф, мм рт. ст.	70,9±8,1
САДдом, мм рт. ст.	145,5±1,6*
ДАДдом, мм рт. ст.	84,3±1,2
Мальчики (n=84)	
Возраст, лет	14,2±2
Рост, см	170,83±13,1
Масса тела, кг	66,52±20,66
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	22,46±5,39
САДоф, мм рт. ст.	118,63±14,11
ДАДоф, мм рт. ст.	71,37±8,03
САДдом, мм рт. ст.	149,9±1,8*
ДАДдом, мм рт. ст.	85,4±1,5
Девочки (n=65)	
Возраст, лет	14,55±1,77
Рост, см	162,11±10,35
Масса тела, кг	58,88±15,61
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	22,33±5,32
САДоф, мм рт. ст.	110,19±13,79
ДАДоф, мм рт. ст.	70,21±8,17
САДдом, мм рт. ст.	139,8±2,5*
ДАДдом, мм рт. ст.	82,9±2,0

\* $p < 0,01$  по сравнению с САДоф.

Среднее систолическое артериальное давление, измеренное в домашних условиях (САДдом), статистически значимо превышало величину САДоф, как в целом по группе на 20%, так и в группе мальчиков на 26%, и в группе девочек на 26%.

Оценка данных самоизмерения артериального давления выявила 72(48,3%) пациента с величиной САДдом  $\geq 95$  перцентилей, 25(38,5%) среди девочек и 47(65,3%) среди мальчиков. Повышенного диастолического АДдом (ДАДдом) не было зафиксировано.

Всем 149 пациентам было проведено амбулаторное суточное мониторирование АД. По результатам СМАД были сформированы две группы (таблица 2): 1 группа – с АД СМАД < 95 перцентилей – 106(71,1%) пациентов и 2 группа – с МАГ – 43(28,9%) пациента. Группу МАГ составили 58% мальчиков и 42% девочек. Распространенность

МАГ среди мальчиков и девочек не различалась и составила 29,7 и 27,7% соответственно. У всех пациентов ДАД СМАД <95 процентиля.

**Таблица 2**  
Сравнительная характеристика пациентов 1 и 2 групп в гендерном аспекте

Показатели	1 группа	2 группа
	Средние значения (M±m)	Средние значения (M±m)
Вся группа	n=106	n=43
Возраст, лет	14,3±1,9	14,5±2,0
Рост, см	166,1±13,1	169,2±11,5
Вес, кг	59,8±17,8	71,4±19,3
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	21,4±5,2	24,8±5,3
САДд, мм рт. ст.	117,5±0,9	137±1,3*
ДАДд, мм рт. ст.	69,3±0,6	76,6±1*
ИВ САДд, %	12,4±1,2	59,8±3,7*
ИВ ДАДд, %	7,4±1,1	23,9±2,9*
САДн, мм рт. ст.	102,5±0,7	120,1±1,4*
ДАДн, мм рт. ст.	57,9±0,6	64,6±1,2*
ИВ САДн, %	7,5±1,1	59,4±4,4*
ИВ ДАДн, %	12,9±1,7	36,2±4,5*
СИ САД, %	12,6±0,5	12,1±1,1
СИ ДАД, %	16,1±0,7	15,6±1,2
САДоф, мм рт. ст.	112,2±1,3	121,91±2,1*
ДАДоф, мм рт. ст.	68,2±0,7	76,63±1*
САДдом, мм рт. ст.	123,4±2,1	149,2 ± 2,2*
ДАДдом, мм рт. ст.	69,9±1,6	83,26 ± 2,2*
<b>Мальчики</b>	n=59	n=25
Возраст, лет	14,1±1,9	14,4±2,2
Рост, см	170,0±13,5	172,8±12,0
Вес, кг	62,2±19,2	76,6±20,8
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	21,1±4,7	25,6±5,9
САДд, мм рт. ст.	119,4±1,3	137,2±1,8*
ДАДд, мм рт. ст.	67,8±0,7	75,1±1,3*
ИВ САДд, %	11,9±1,6	57,5±5*
ИВ ДАДд, %	5,0±1,1	19,4±2,9*
САДн, мм рт. ст.	104,0±1,0	121,1±2,1*
ДАДн, мм рт. ст.	56,7±0,7	64±1,9*
ИВ САДн, %	6,6±1,3	53,7±5*
ИВ ДАДн, %	8,5±1,3	33,8±6,5*
СИ САД, %	12,6±0,7	11,5±1,6
СИ ДАД, %	16,2±0,9	14,8±1,8
САДоф, мм рт. ст.	116,2±1,7	124,6±2,7*
ДАДоф, мм рт. ст.	68,8±0,9	77,0±1,3*
САДдом, мм рт. ст.	128,8±3,1	148,3 ± 3,3*
ДАДдом, мм рт. ст.	71,6±2,2	81,7 ± 3,6*
<b>Девочки</b>	n=47	n=18
Возраст, лет	14,6±1,8	14,6±1,6
Рост, см	161,3±10,9	164,2±8,8
Вес, кг	56,8±15,6	64,2±14,7
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	21,8±5,7	23,6±4,0
САДд, мм рт. ст.	115,3±1,3	136,7±2*
ДАДд, мм рт. ст.	71,1±0,9	78,6±1,7*
ИВ САДд, %	12,9±1,8	63,2±5,8*
ИВ ДАДд, %	10,4±2,0	30,2±5,4*
САДн, мм рт. ст.	100,6±1,0	118,7±1,8*
ДАДн, мм рт. ст.	59,6±0,8	65,4±1,6*
ИВ САДн, %	8,6±1,8	67,3±6,5*
ИВ ДАДн, %	18,3±3,4	39,3±6,3*
СИ САД, %	12,5±0,7	12,9±1,6
СИ ДАД, %	16,1±0,9	16,7±1,6
САДоф, мм рт. ст.	107,2±1,9	118,17±3*
ДАДоф, мм рт. ст.	67,5±1,1	76,1±1,7*
САДдом, мм рт. ст.	116,5±2,6	150,4 ± 3,1*
ДАДдом, мм рт. ст.	67,9±2,3	85,4 ± 3,6*

\* p<0,001

В группу МАГ вошли 39 человек (54,2%) из числа пациентов, у которых при самоизмерении АД в домашних условиях было верифицировано САДдом ≥95 процентиля и 4 человека (5,2%) из числа пациентов, у которых при самоизмерении АД в домашних условиях САДдом < 95 процентиля.

Средние значения антропометрических показателей пациентов 1 и 2 групп не различались статистически значимо. Однако, оценка ИМТ на основе процентильных коридоров (таблица 3) выявила, что во 2 группе 30,2% пациентов с избытком массы тела и 44,2% пациентов с ожирением, что почти в три раза больше, чем в 1 группе, причем, в группе с ожирением преобладали мальчики – 84%.

**Таблица 3**  
Распределение пациентов по ИМТ на основе процентильных коридоров\* (%)

Оценка ИМТ	1 группа	2 группа
Дефицит веса (ИМТ < 5 процентиля)	11,3	2,3
Нормальный вес (5 ≤ ИМТ < 85 процентиля)	63,2	23,3
Избыток массы тела (85 ≤ ИМТ < 95 процентиля)	10,3	30,2
Ожирение (ИМТ ≥ 95 процентиля)	15,2	44,2

\* <https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years>

Ранее описана распространенность АГ у детей и подростков с ожирением от 18 до 40% [5, 6]. В нашем исследовании из 149 пациентов 35 (23,5%) имели ожирение, из них у 19 (54,2%) была диагностирована МАГ.

У пациентов 2 группы с МАГ отмечались статистически значимо более высокие значения параметров гемодинамики: САДд на 17,1%, ДАДд на 10,1%, САДн на 17,7%, ДАДн на 11,6%, ИВ САДд в 4,8 раза, ИВ ДАДд более в 3,2 раза, ИВ САДн в 7,4 раза, ИВ ДАДн в 2,8 раза по сравнению с 1 группой.

Средние значения суточного индекса СИ САД и СИ ДАД были в диапазоне нормального ночного снижения АД – «dipper» и не различались в группах 1 и 2. Однако, во 2 группе, пациентов «night-peakers» по СИ САД было 4,9 раза больше, а по СИ ДАД в 7,4 раза больше, чем в 1 группе. Пациентов «over-dipper» по СИ САД было в 1,8 раза больше, чем в 1 группе (таблица 4). Таким образом, во группе 2 пациентов с маскированной артериальной гипертензией чаще наблюдается изменение нормального суточного профиля артериального давления.

**Таблица 4**  
Распределение пациентов по величине суточного индекса (%)

Группы	1 группа (n=106)		2 группа (n=43)	
	СИ САД	СИ ДАД	СИ САД	СИ ДАД
Night-peakers	0,94	0,94	4,65	6,97
Non-dipper	26,42	16,04	25,58	11,63
Dipper	66,04	52,83	58,14	48,84
Over-dipper	6,6	30,19	11,63	32,56

## Заключение

Ранее обсуждался вопрос о возможности использования СМАД и домашнего самоизмерения АД для диагностики МАГ у детей и взрослых [7–9]. У детей и подростков была отмечена корреляция между СМАД и домашним мониторингом АД [10]. Однако, исследование Wuhl E.

с соавторами показали, что домашнее мониторирование АД имеет низкую чувствительность и меньшую положительную прогностическую ценность по сравнению со СМАД для диагностики МАГ [11]. Сегодня ни в одном из современных российских, европейских и американских педиатрических руководствах не рекомендуется использовать самоизмерение АД для диагностики МАГ в отличие от СМАД [4, 12].

В нашем исследовании более, чем у половины (54,2%) пациентов с АДом  $\geq 95$  процентиля по данным домашнего самоизмерения, но с офисным АДом  $< 90$  процентиля, была установлена МАГ методом СМАД. Лишь у 5,2% пациентов с АДом и АДом менее 95 процентиля суточное мониторирование АД выявило маскированную АГ. Распространенность МАГ среди детей в нашем исследовании составила 28,9% и в равной степени среди мальчиков (29,7%) и среди девочек (27,7%).

В группе МАГ оказалось 74,4% пациента с избытком массы тела и ожирением, причем в подгруппе с ожирением преобладали мальчики – 84%. Таким образом, фенотип вероятного пациента с МАГ в практике врача-педиатра: мальчик-подросток с ожирением и эпизодами повышенного АД при самоизмерении в домашних условиях.

Наши результаты указывают на важную роль самоизмерения АД у детей в домашних условиях для диагностики МАГ, несмотря на отсутствие стандартных процедур и использование различных приборов при проведении самоизмерения АД. Возможно, АДом  $\geq 95$  процентиля у детей при нормальном офисном давлении может стать показанием к проведению СМАД у пациента и повышению качества диагностики МАГ.

## Список литературы / References

- Pickering T.G., Davidson K., Gerin W., Schwartz J.E. Masked hypertension. *Hypertension*. 2002;40(6):795–796. <https://doi.org/10.1161/01.hyp.0000038733.08436.98>.
- Matsuoka S., Awazu M. Masked hypertension in children and young adults. *Pediatr Nephrol*. 2004;19(6):651–654. <https://doi.org/10.1007/s00467-004-1459-3>.
- Seeman T., Sulakova T., Stabouli S. Correction to: Masked Hypertension in Healthy Children and Adolescents: Who Should Be Screened?. *Curr Hypertens Rep*. 2023;25(11):421. <https://doi.org/10.1007/s11906-023-01271-3>.
- Александров А.А., Кисляк О.А., Леонтьева И.В. Клинические рекомендации. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии у детей и подростков. Системные гипертензии. 2020;17(2):7–35. <https://doi.org/10.26442/2075082X.2020.2.200126>.
- Aleksandrov A.A., Kisliak 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. <https://doi.org/10.26442/2075082X.2020.2.200126>.
- So H.K., Yip G.W., Choi K.C., et al. Association between waist circumference and childhood-masked hypertension: A community-based study. *J Paediatr Child Health*. 2016;52(4):385–390. <https://doi.org/10.1111/jpc.13121>.
- Flechtner-Mors M., Neuhauser H., Reinehr T., et al. Blood pressure in 57,915 pediatric patients who are overweight or obese based on five reference systems. *Am J Cardiol*. 2015;115(11):1587–1594. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2015.02.063>.
- Anstey D.E., Pugliese D., Abdalla M., Bello N.A., Givens R., Shimbo D. An Update on Masked Hypertension. *Curr Hypertens Rep*. 2017;19(12):94. Published 2017 Oct 25. <https://doi.org/10.1007/s11906-017-0792-4>.
- Williams B., Mancia G., Spiering W., et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension [published correction appears in *Eur Heart J*. 2019 Feb 1;40(5):475. doi: 10.1093/eurheartj/ehy686.]. *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021–3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>.
- Stergiou G.S., Palatini P., Parati G., et al. 2021 European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement. *J Hypertens*. 2021;39(7):1293–1302. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002843>.
- Stergiou G.S., Nasothimiou E., Givans P., Kapoyiannis A., Vazeou A. Diagnosis of hypertension in children and adolescents based on home versus ambulatory blood pressure monitoring. *J Hypertens*. 2008;26(8):1556–1562. <https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e328301c411>.
- Wuhl E., Hadtstein C., Mehls O., Schaefer F; Escape Trial Group. Home, clinic, and ambulatory blood pressure monitoring in children with chronic renal failure. *Pediatr Res*. 2004;55(3):492–497. <https://doi.org/10.1203/01.PDR.0000106863.90996.76>.
- Flynn J.T., Kaelber D.C., Baker-Smith C.M., et al; Subcommittee on Screening and Management of High Blood Pressure in Children. 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>.

Статья поступила / Received 11.01.2025  
Получена после рецензирования / Revised 10.02.2025  
Принята в печать / Accepted 10.02.2025

### Информация об авторах

**Крамаренко Владислав Михайлович**, аспирант кафедры детских болезней  
E-mail: kramarenkowm@yandex.ru

**Комарь Анастасия Михайловна**, к.м.н., доцент кафедры детских болезней  
E-mail: a.m.ledyaeva@gmail.com

**Комарь Павел Андреевич**, ассистент кафедры детских болезней  
E-mail: plamonocranii@gmail.com

**Ледяев Михаил Яковлевич**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детских болезней  
E-mail: ledyaevmikhail@gmail.com

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ВолГМУ  
Минздрава России, Волгоград, Российская Федерация)

### Контактная информация:

Крамаренко Владислав Михайлович. E-mail: kramarenkowm@yandex.ru

**Для цитирования:** Крамаренко В.М., Комарь А.М., Комарь П.А., Ледяев М.Я. Диагностика маскированной артериальной гипертензии у детей – роль самоизмерения АД. *Медицинский алфавит*. 2025;(4):41–44. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-4-41-44>

### Author information

**V.M. Kramarenko**, Postgraduate Student, Department of Pediatrics  
E-mail: kramarenkowm@yandex.ru

**A.M. Komar**, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Pediatrics  
E-mail: a.m.ledyaeva@gmail.com

**P.A. Komar**, Assistant, Department of Pediatrics  
E-mail: plamonocranii@gmail.com

**M.Ya. Ledyaev**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Pediatrics  
E-mail: ledyaevmikhail@gmail.com

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Volgograd State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Volgograd, Russian Federation

### Contact information

V.M. Kramarenko. E-mail: kramarenkowm@yandex.ru

**For citation:** Kramarenko V.M., Komar A.M., Komar P.A., Ledyaev M.Ya. Diagnosis of masked hypertension in children – the role of self-measured blood pressure. *Medical alphabet*. 2025;(4):41–44. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-4-41-44>

