

А. А. Бова¹, А. С. Рудой¹, М. М. Ливенцева², Ю. М. Громова¹

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Военно-медицинский факультет

в УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,

РНПЦ «Кардиология»²

В 2018 году в рамках ежегодных конгрессов Европейского общества по артериальной гипертензии и Европейского общества кардиологов был официально представлен новый пересмотр рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике артериальной гипертензии (АГ). Министерством здравоохранения Республики Беларусь 08.10.2018 г. был издан приказ № 1000 «О совершенствовании работы по оказанию медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией», вобравший в себя все лучшее из европейских рекомендаций, с акцентом на оценке эффективности ведения пациентов с АГ. Данная статья освещает современные подходы к диагностике и лечению АГ и предназначена для практических врачей.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, артериальное давление, антигипертензивная терапия, европейские рекомендации, приказ МЗ РБ № 1000.

A. A. Bova, A. S. Rudoy, M. M. Liventseva, Y. M. Gromova

ARTERIAL HYPERTENSION: FOR THE AID TO THE PRACTICAL DOCTOR

In 2018, at the annual congress of the European Society of Hypertension and European Society of Cardiology the updated guidelines on the diagnostics, management and prevention of arterial hypertension (AH) were announced. On October 8, 2018 the Ministry of Health of the Republic of Belarus issued order № 1000 "About improvement of work on delivery of health care to patients with arterial hypertension", included all the best of the European recommendation with emphasis on assessment of efficiency of maintaining patients with AH. The article covers modern approaches to diagnostics and treatment of AH and is intended for practical doctors.

Key words: arterial hypertension, blood pressure, antihypertensive medicines, European guidelines, order MH RB № 1000.

Актуальность проблемы диагностики и лечения артериальной гипертензии вызвана ростом заболеваемости данной патологией как в развитых, так и в развивающихся странах [12]. В экономически развитых странах распространенность АГ находится в диапазоне 30–45% общей популяции, с резким возрастанием по мере старения. В настоящее время АГ рассматривается как величайшая в истории человечества неинфекционная пандемия, поражающая почти половину населения.

АГ – один из важнейших модифицируемых факторов риска (ФР) развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), в первую очередь ишемической болезни сердца (ИБС) и цереброваскулярной болезни (ЦВБ), на долю которых приходится около 1/3 (31%) от общего числа смертей в мире. Ежегодно от ССЗ умирает около 17 млн. человек, причём около 9,4 млн. из них – от осложнений АГ.

Около 45% случаев смерти от болезней сердца и 51% от инсульта вызваны повышенным артериальным давлением (АД) [9]. При этом доказано, что контроль артериального давления способен замедлить развитие ССЗ и снизить уровень смертности, чего удалось добиться у многих экономически развитых странах, благодаря широкому применению профилактических мер, основанных на концепции ФР. По данным эпидемиологического исследования «STEPS» в Беларуси распространённость АГ составляет около 45%, при этом возросло количество молодых пациентов с АГ. Так, на учёте у педиатров в 2008г в РБ состояло 147 человек с АГ, а в 2018 – 1070. Сохраняется высокий удельный вес лиц с неконтролируемой АГ: в РБ контроль АД достигается лишь у 13% женщин и у 6% мужчин. При этом АГ уменьшает продолжительность жизни на 6–7 лет. Остаётся очень низкой приверженность к лечению.

Проведенные исследования позволили определить факторы, определяющие низкую эффективность лечения АГ:

- – ЧСС >какой метод изменения АД использовать в клинической практике?

- Когда начинать медикаментозную терапию АГ?
- Уровень целевого АД у конкретного пациента?
- Как начинать антигипертензивную терапию: монотерапией или комбинацией препаратов?
- Какой препарат/какие препараты назначить?

Определен в рекомендациях **алгоритм диагностики АГ** (рис. 1).

Измерения АД всегда должны проводиться совместно с измерением частоты сердечных сокращений (ЧСС), поскольку значения ЧСС в состоянии покоя являются независимым прогностическим фактором ССЗ или смертельных событий при АГ (рис. 2).

В новых рекомендациях сохранены классификация и определение АГ (табл. 1).

Таблица 1. Классификация клинического АД

Категория АД	САД, мм рт.ст.		ДАД, мм рт.ст.
Оптимальное	< 120	и	< 80
Нормальное	120–129	и/или	80–84
Высокое нормальное	130–139	и/или	85–89
АГ 1 степени	140–159	и/или	90–99
АГ 2 степени	160–179	и/или	100–109
АГ 3 степени	≥ 180	и/или	≥ 110
Изолированная систолическая АГ	≥ 140	и	< 90

В классификацию АГ введены стадии заболевания, учитывающие уровень АД, наличие ФР, влияющих на прогноз, ассоциированного с АГ поражения органов-мишеней (ПОМ) и коморбидных состояний (табл. 2), которые не нашли отражения в клинической практике в Республике Беларусь.

Однако, учитывая важность «внеофисного» изменения АД и различия в уровнях АД у больных при разных методах измерения, в Рекомендациях ESC/ESH по АГ (2018) включена классификация референтных уровней АД при использовании «домашнего» самоизмерения и амбулаторного мониторинга АД (СКАД и СМАД) (табл.3).

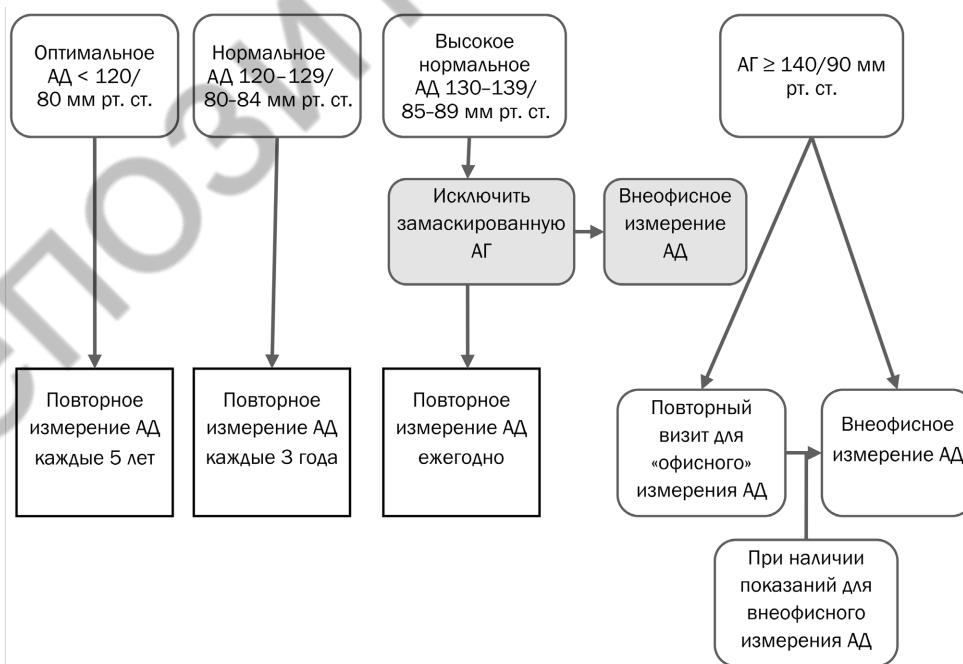


Рис. 1. Алгоритм диагностики АГ (ESH/ESC, 2018)

Повышенная частота сердечных сокращений в покое увеличивает риск внезапной смерти у мужчин среднего возраста
 Проспективное исследование 7079 мужчин в возрасте 42–53 лет, за которыми наблюдали в среднем на протяжении 23 лет

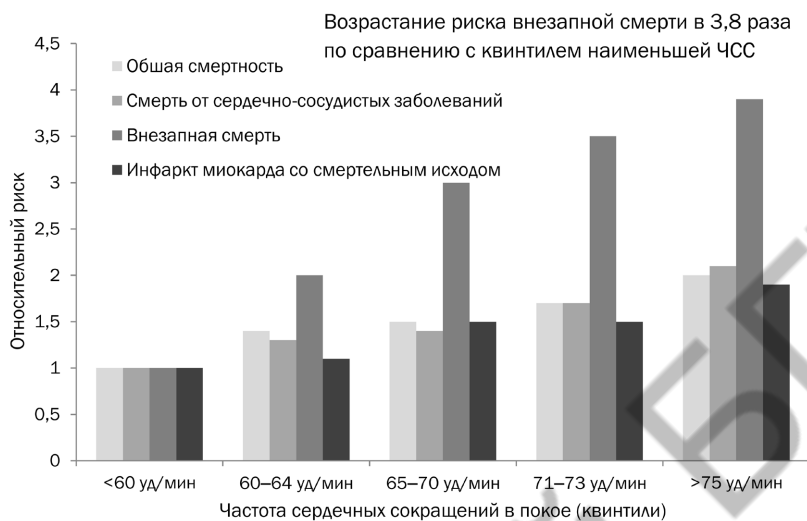


Рис. 2. Зависимость вероятности внезапной смерти от ЧСС

Таблица 2. Классификация АГ с учётом стадии, уровня АД, наличия ПОМ, сопутствующих заболеваний и сердечно-сосудистого риска (ESH/ ESC, 2018)

Стадия АГ	Другие факторы риска, ПОМ, установленные заболевания	АД (мм рт. ст.)			
		Высокое нормальное (130–139 / 85–89)	1 степень АГ (140–159 / 90–99)	2 степень АГ (160–179 / 100–109)	3 степень АГ (≥ 180 / ≥ 110)
Стадия I (неосложненная)	Отсутствие факторов риска	Низкий риск	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
	1–2 фактора риска	Низкий риск	Умеренный риск	Умеренно высокий риск	Высокий риск
	≥ 3 факторов риска	Низко умеренный риск	Умеренно высокий риск	Высокий риск	Высокий риск
Стадия II (асимптомные заболевания)	ПОМ, ХБП III стадии, СД	Умеренно высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Высокий/очень высокий риск
Стадия III (установленные заболевания)	ИБС или ХБП ≥ IV стадии, СД с ПОМ или факторами риска	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Таблица 3. Диагностические критерии АГ по данным клинического и амбулаторного измерения

Категория АД	САД, мм рт.ст.	и/или	ДАД, мм рт.ст.
Клиническое АД	≥ 140	и/или	≥ 90
СМАД			
Дневное (бодрствование)	≥ 135	и/или	≥ 85
Ночное (сон)	≥ 120	и/или	≥ 70
Суточное	≥ 130	и/или	≥ 80
Домашнее АД	≥ 135	и/или	≥ 85

Как в рекомендациях ESH/ESC (2018), так и в приказе МЗ РБ от 08.10.2018 № 1000 «О совершенствовании работы по оказанию медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией» подчёркивается, что офисное (клиническое) АД является критерием определения степени АГ и стратификации риска [6, 16].

Измерение АД следует проводить по методике ВОЗ [14], приборами, которые прошли метрологический контроль [8].

Правила измерения АД:

- в сидячем положении после пребывания в покое более 5 мин;
- измерения проводят дважды с интервалом 1–2 минуты, при разнице АД > если АД на разных руках различно, учитывают более высокое (разница более 15 мм рт. ст. может указывать на атеросклероз сосудов и высокий риск ССЗ);
- молодым лицам измерять АД необходимо и на нижних конечностях для исключения коарктации аорты;
- пожилым следует определять АД стоя (постуральная гипотензия), а также после еды (постпрандиальная гипотензия).

При подозрении на ортостатическую гипотензию, особенно у пациентов пожилого возраста или с сахарным диабетом необходимо измерять АД в положении стоя (ортостатическая проба). При проведении ортостатической пробы первоначально измеряют АД в положении лежа (через 5 минут после пребывания в горизонтальном положении), затем измеряют АД в положении стоя через 1 и 5 минут. Снижение САД на > 20 мм рт.ст. и ДАД на > 10 мм рт.ст.

при переходе из горизонтального в вертикальное положение является признаком ортостатической гипотензии.

Домашнее и суточное мониторирование АД являются дополнительными методами выявления АГ [1, 13, 15].

Проведение СМАД рекомендовано при:

- существенной вариабельности при измерении АД во время одного или нескольких визитов к врачу (клиническое АД);

- высоком клиническом АД у лиц с низким общим сердечно-сосудистым риском;

- значительной разнице между величинами АД, измеренными в клинике и в домашних условиях;

- подозрении на резистентность к лекарственным препаратам, эпизоды гипотензии, особенно у пожилых и пациентов с СД;

- подозрении на симптоматическую АГ;

- повышенном уровне АД у беременных, подозрении на преэклампсию;

- контроле за эффективностью проводимой антигипертензивной терапии у пациентов с АГ.

Для оценки СМАД предложены нормативные показатели (табл. 3).

Преимущества СМАД:

- выявление гипертонии белого халата;

- более сильное прогностическое значение;

- возможность оценки уровня АД в ночное время;

- измерение АД в условиях реальной жизни пациента;

- дополнительная возможность выявления прогностически значимых фенотипов АД;

- широкая информация при однократном выполнении, включая краткосрочную вариабельность АД.

Домашнее измерение АД должно широко использоваться в клинической практике:

- у всех пациентов с АГ, получающих антигипертензивную терапию;

- для диагностики изолированной амбулаторной или «маскированной» АГ, изолированной «офисной» гипертонии или гипертонии «белого халата», резистентной АГ;

- в целях повышения приверженности пациентов к лечению и эффективности контроля АД.

Перед назначением метода домашнего АД врач или медсестра должны разъяснить пациенту основные правила измерения АД.

Методика проведения домашнего измерения АД:

- измерение следует проводить в течение 7 дней 2 раза в день (утром и вечером);

- измерения необходимо проводить перед едой и приемом гипотензивных препаратов.

- следует выполнить не менее 2-х измерений с интервалом в 1–2 минуты и оценить среднее значение полученных измерений;

- среднее значение АД, ЧСС записываются пациентом в дневник, если не предусмотрена функция памяти в приборе;

- не рекомендуется включать в последующий врачебный анализ результат измерений в первый день.

Повышение АД в условиях домашнего измерения диагностируется при уровне АД $\geq 135/85$ мм рт. ст.

При условии начала измерений АД за 7 дней до последующего визита к врачу, метод СКАД может быть использован для подбора антигипертензивной терапии и/или оценки эффективности назначенной терапии. Для СКАД необходимо применять полуавтоматические и автоматические

приборы, основанные на осциллометрическом методе измерения АД с расположением манжеты на плече. Не рекомендуется использовать сфигмоманометры, измеряющие АД на пальце или запястье. Лист с результатами СКАД должен вклеиваться в амбулаторную карту пациента.

В новых рекомендациях сохраняется подход к определению общего сердечно-сосудистого риска по SCORE с учетом того, что у пациентов с АГ этот риск значительно возрастает при наличии ФР, связанных с АГ, ПОМ и заболеваний сердечно-сосудистой системы (табл.2).

Стратификация риска развития сердечно-сосудистых заболеваний при АГ (табл. 2) рекомендуется для:

- определения сердечно-сосудистого риска;

- мониторинга на фоне лечения.

Определено **прогностическое значение различных признаков ПОМ**. Высоким прогностическим значением обладает изменение на фоне лечения признаков гипертрофии левого желудочка и скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Умеренным – динамика альбуминурии и лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ). Не имеет прогностического значения изменение толщины комплекса интима-медиа сонных артерий. Недостаточно данных для заключения о прогностическом значении скорости распространения пульсовой волны.

Лодыжечно – плечевой индекс – это отношение величины САД на лодыжке к величине САД на плече (ЛПИ = САД на лодыжке/САД на плече). В норме САД в области лодыжки несколько выше (или равно), чем на плече. Если САД в области лодыжки ниже, чем на плече, это признак обструктивного поражения аорты или артерий нижних конечностей [7].

Важнейший прогностический показатель при АГ – ремоделирование миокарда. Это комплекс молекулярных, клеточных и интерстициальных изменений, обуславливающих изменение размера, формы и функции сердца в результате патологических воздействий: ишемии, воспаления, гемодинамических перегрузок и нейрогормональной активации. В основе ремоделирования лежат базовые биологические механизмы, определяющие клеточный гомеостаз: гипертрофия, некроз, апоптоз, мышечных и немuscularных клеток сердца, пролиферация фибробластов, увеличение фибриллярного коллагена и фиброз. Реорганизация внеклеточного матрикса – основа ремоделирования – включает изменение количества стромальных клеток, дисбаланс между матриксными металлопротеиназами и их тканевыми ингибиторами, а также нарушения в метаболизме коллагена I и III типов. Ранее основную роль отводили фибробластам, сегодня – новому типу интерстициальных клеток – телоцитам (ТЦ), имеющим небольшое тело с чрезвычайно длинными и тонкими отростками – телоподиями, количество которых составляет 1–1,5% от клеток миокарда [5]. ТЦ формируют трехмерную сеть и участвуют в межклеточной сигнализации, располагаясь на очень близком расстоянии от кардиомиоцитов и стромальных клеток. ТЦ взаимодействуют со стволовыми клетками и клетками-предшественниками ТЦ и могут участвовать в процессах тканевой репарации и стимуляции ангиогенеза. Важнейшим доступным маркером ремоделирования является оценка гипертрофии левого желудочка, наиболее информативным в диагностике которой является определение индекса массы миокарда левого желудочка (> 115 г/м² у мужчин и > 95 г/м² у женщин).

Введены **новые факторы кардиоваскулярного риска**, влияющие на сердечно-сосудистый прогноз:

- уровень мочевой кислоты;
- раннее наступление менопаузы у женщин;
- психосоциальные и социально-экономические факторы;
- ЧСС в покое > 80 ударов в минуту.

Оценка поражения органов-мишеней АГ. Большое прогностическое значение имеют ПОМ, обусловленные высоким АД. К бессимптомному ПОМ, связанных с АГ, отнесены:

- умеренная ХБП со СКФ < 60 мл/мин/1,73м²;
- тяжелая ХБП со СКФ < 30 мл/мин/1,73м² (расчет по формуле СКД-ЕПІ);
- выраженная ретинопатия с геморрагиями или экссудатами, отеком соска зрительного нерва.

Бессимптомное поражение почек также определяется по наличию микроальбуминурии (МАУ) или повышенному отношению альбумин/креатинин в моче. В постановлении МЗ РБ № 59 от 06.06.2017 г. «Об утверждении некоторых клинических протоколов диагностики и лечения заболеваний системы кровообращения» – в разделе «Клинический протокол диагностики и лечения болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением» подчеркивается, что «анализ мочи на микроальбуминурию следует проводить 1 раз в 2 года при отсутствии клинических проявлений со стороны поражения органов – мишеней» [2].

Для скринингового исследования мочи на МАУ используют специально разработанные тест-полоски. Исследование должно проводиться специально обученной медсестрой отделения. При положительной пробе с использованием экспресс-тестов необходимо подтверждение патологической альбуминурии с помощью методик, позволяющих определить концентрацию альбумина. Учитывая значительную суточную вариабельность экскреции альбумина с мочой, диагностически значимо лишь выявление МАУ в двух-трех последовательных исследованиях мочи.

Перечень установленных сердечно-сосудистых заболеваний дополнен наличием:

- атеросклеротических бляшек при визуализирующих методах исследования;
- фибрилляции предсердий (ФП).

Целевой уровень АД. В Рекомендациях ESH/ESC (2018) для всех больных АГ установлен целевой уровень снижения САД < 140 мм рт. ст., что несколько отличается на первый взгляд новые европейские рекомендации от рекомендаций, принятых в 2017 г в США, в которых для всех больных АГ был определен целевой уровень САД < 130 мм рт. ст. Однако, далее европейские эксперты предлагают алгоритм достижения целевых уровней АД, в соответствии с которым в случае достижения уровня САД < 140 мм рт. ст. и хорошей переносимости терапии следует снизить уровень САД < 130 мм рт. ст. Таким образом, этот алгоритм фактически устанавливает целевой уровень САД < 130 мм рт. ст., но разбивает процесс его достижения на два этапа (табл. 4).

Таблица 4. Алгоритм достижения целевого АД

Рекомендации	класс рекомендаций	уровень доказательств
Вначале снизить уровень САД <	I	A
Если больной хорошо переносит терапию, впоследствии снизить уровень САД <	I	A
Рассмотреть возможность снизить ДАД <	Ila	B

Установлены **целевые показатели АД с учётом возраста и наличия ассоциированных заболеваний** (табл. 5).

Таблица 5. Целевые уровни САД у некоторых субпопуляций пациентов с АГ

Пациенты с АГ	Целевые уровни САД, мм рт.ст.		Класс рекомендаций, уровень доказательств
Возраст < 65 лет	120 до < 130	рекомендуется	IA
Возраст ≥ 65 лет	130 до < 140	рекомендуется	IA*
СД	130 или ниже**	рекомендуется	IA
ИБС	130 или ниже	рекомендуется	IA
ХБП	130 до < 140	рекомендуется	IA
Инсульт в анамнезе/ТИА	120 до < 130	следует рассмотреть	IlaB

Примечания: СД – сахарный диабет, ТИА – транзиторная ишемическая атака; * – тщательное мониторирование нежелательных явлений; ** – если переносится.

Алгоритм обследования пациентов с АГ не претерпел существенных изменений. Из нерешенных вопросов эксперты отметили:

- выбор метода измерения АД у больных с постоянной формой ФП;
- отсутствие данных исследований о том, какой-либо из методов внеофисного измерения АД имеет преимущества в отношении прогнозирования больших кардиоваскулярных событий по сравнению с клиническим (офисным) измерением при контроле АД в ходе терапии;
- уровень целевого АД у лиц молодого возраста.

Подходы к лечению. Целью лечения пациентов с АГ является максимальное снижение общего риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти [3].

Всем пациентам с АГ или высоким нормальным АД рекомендуется **изменение образа жизни**.

Немедикаментозные методы лечения претерпели некоторые изменения. Рекомендуется:

- уменьшение потребления хлорида натрия до 5 г в сутки (IA);
- ограничение потребления алкоголя до 14 единиц в неделю для мужчин и до 7 единиц для женщин (1 единица = 125 мл вина или 250 мл пива) (IA);
- наряду с употреблением достаточного количества овощей и фруктов сделан акцент на употреблении оливкового масла (IA).

Медикаментозное лечение. Время начала лекарственной терапии (одномоментно с немедикаментозными вмешательствами или отсроченно) определяется:

- уровнем клинического АД;
- уровнем сердечно-сосудистого риска (ССР);
- наличием ПОМ или ССЗ.

Безотлагательное начало медикаментозной антигипертензивной терапии необходимо у всех пациентов с АГ 2-й и 3-й степени, независимого от уровня ССР (IA) [3, 16].

В отличие от рекомендаций 2013 г. не определены позиции антигипертензивных препаратов при тех или иных заболеваниях. Определены противопоказания для основных классов антигипертензивных препаратов (табл. 6).

Таблица 6. Абсолютные и относительные противопоказания к назначению основных антигипертензивных препаратов

Класс препаратов	Абсолютные противопоказания	Относительные противопоказания
Диуретики	Подагра	Метаболический синдром Нарушение толерантности к глюкозе Беременность Гиперкальциемия Гипокалиемия
Бета-блокаторы (ББ)	Бронхиальная астма Атриовентрикулярная блокада 2–3 степени Брадикардия (ЧСС < 60 ударов в минуту)*	Метаболический синдром Нарушение толерантности к глюкозе Спортсмены и физически активные пациенты
Дигидропиридиновые антагонисты кальция (АК)		Тахикардии Сердечная недостаточность (ХСН с низкой ФВ ЛЖ, II-III ФК) Исходная тяжелая отечность нижних конечностей*
Недигидропиридиновые АК (верапамил, дилтиазем)	Сино-атриальная и атриовентрикулярная блокада высоких градаций Тяжелая дисфункция левого желудочка (ФВ ЛЖ < 40%) Брадикардия (ЧСС < 60 ударов в минуту)*	Запоры*
Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ)	Беременность Ангioneвротический отек в анамнезе Гиперкалиемия (калий > 5,5 ммоль/л) 2-сторонний стеноз почечных артерий	Женщины детородного возраста без надежной контрацепции*
Блокаторы рецепторов ангиотензина 2 (БРА)	Беременность Гиперкалиемия (калий > 5,5 ммоль/л) 2-сторонний стеноз почечных артерий	Женщины детородного возраста без надежной контрацепции*

Целевой уровень АД, в соответствии с положениями приказа МЗ РБ № 1000, должен быть достигнут не позднее, чем через 6 месяцев. Отмечено, что средняя продолжительность периода достижения целевого АД составляет 6–12 недель.

Алгоритм медикаментозного лечения неосложненной АГ может быть также использован для пациентов с ПОМ, ЦВБ, СД и периферическим атеросклерозом (рис. 3).

Для лечения выделяют все те же пять основных классов антигипертензивных препаратов. Подчеркивается, что они должны составлять основу медикаментозной терапии. Некоторые препараты имеют особые преимущества в определенных клинических ситуациях. Определена стратегия преимуществ фиксированных комбинаций в качестве

стартовой антигипертензивной терапии для большинства пациентов (табл. 7).

Определены **категории пациентов для монотерапии:**

- пожилые пациенты с наличием синдрома «хрупкости» [4, 10, 11];
- пациенты с низким риском развития ССЗ;
- пациенты с АГ 1 степени;
- лица с высоким нормальным АД.

Внесены **изменения в позиции бета-адреноблокаторов.** Они могут быть назначены в качестве антигипертензивных препаратов при наличии специфических клинических ситуаций:

- стенокардия;
- перенесенный инфаркт миокарда;



Рис. 3. Алгоритм инициации лечения у больных АГ (ESH/ESC, 2018)

Таблица 7. Алгоритм медикаментозной терапии АГ

Этапы терапии	Препараты	Примечания
<i>Начальная терапия</i>		
<u>Двойная комбинация</u> (предпочтительно в 1 таблетке)	ИАПФ или БРА + АК или тиазидный диуретик (ТД)	Монотерапия для пациентов низкого риска с САД < 150 мм рт.ст., очень пожилых (> 80 лет) и пациентов со старческой астенией
<i>2-й этап</i>		
<u>Тройная комбинация</u> (предпочтительно в 1 таблетке)	ИАПФ или БРА + АК + ТД	
<i>3-й этап</i>		
<u>Тройная комбинация</u> (предпочтительно в 1-й таблетке) плюс спиронолактон, при его непереносимости – другой препарат	ИАПФ или БРА + АК + ТД + спиронолактон (25–50 мг 1 раз в сутки) или другой диуретик, альфа- или бета-блокатор	Эта ситуация расценивается как резистентная АГ и требует направления в специализированный центр для дополнительного обследования

- сердечная недостаточность;
- необходимость контроля ЧСС;
- беременность или ее планирование.

В качестве абсолютных противопоказаний к ББ включены брадикардия (ЧСС < 60 уд. в мин.) и исключена ХОБЛ как относительное противопоказание к их назначению.

Необходимо также остановиться на тактике ведения двух сложных групп пациентов: с гипертонией белого халата или скрытой АГ. При выявлении **гипертонии белого халата или скрытой АГ** рекомендуются:

- меры по изменению образа жизни для снижения ССР;
- регулярные наблюдения с использованием амбулаторного измерения АД (ИС).

У пациентов с гипертонией белого халата может быть рассмотрено медикаментозное лечение АГ при наличии ПОМ, связанного с АГ, а также при высоком или очень высоком сердечно-сосудистом риске (IIbC). Однако рутинное назначение лекарств, снижающих АД, у данной категории пациентов не показано (IIIbC).

У пациентов со скрытой АГ следует рассмотреть назначение медикаментозной терапии для нормализации амбулаторного АД (IIaC). В случае неконтролируемого амбулаторного АД у пациентов, уже получающих лечение, следует интенсифицировать антигипертензивную терапию ввиду высокого риска сердечно-сосудистых осложнений (IIaC).

Таким образом, принятый в нашей стране приказ Министерства здравоохранения № 1000 вообрал в себя все лучшее из европейских рекомендаций 2018 г. Акцент в приказе сделан на оценке эффективности ведения пациентов с АГ практическим врачом, что будет способствовать улучшению оказания помощи пациентам с артериальной гипертензией для максимального снижения общего риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти.

Литература

1. Ионов М. В., Звартау Н. Э., Конради А. О. Телемедицина и амбулаторные способы измерения артериального давления: современная позиция ESC/ESH. Артериальная гипертензия. 2018; 24(6): 631–636.
2. Клинический протокол диагностики и лечения заболеваний, характеризующихся повышенным кровяным давлением. Приложение 1 к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь Об.Об. 2017 № 59.
3. Кобалава Ж. Д. Ранний, стабильный контроль АД гарант улучшения прогноза при АГ высокого риска: результаты мега-

следования VALUE. Русский медицинский журнал. 2004; 12 (15): 922–926.

4. Лечение артериальной гипертензии у пациентов 80 лет и старше: комментарии к согласованному мнению российских экспертов. Артериальная гипертензия. 2018; 24(6): 646–653.

5. Лискова Ю. В., Стадников А. А., Саликова С. П. Роль телодитов в ремоделировании миокарда и развитии сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с хронической сердечной недостаточностью после коронарного шунтирования. Кардиология. 2018;58(8): 29–37.

6. Приказ МЗ РБ № 1000 от 08.10.2018 «О совершенствовании работы по оказанию медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией».

7. Рогоза А. Н. Роль и возможности лодыжечно–плечевого индекса систолического давления при профилактических обследованиях. Русский медицинский журнал. 2011; 4: 173–181.

8. Рогоза А. Н., Гориева Ш. Б. Возможности автоматических осциллометрических приборов при измерении артериального давления у пациентов с фибрилляцией предсердий. Системные гипертензии. 2012; 4: 40–43.

9. Суслина З. А., Гераскина Л. А., Фоякин А. В. Артериальная гипертония и инсульт: связь и перспективы профилактики. Атмосфера. Кардиология. 2001; 1: 5–7.

10. Ткачева О. Н., Рунихина Н. К., Котовская Ю. В. и др. Лечение артериальной гипертонии у пациентов 80 лет и старше и пациентов со старческой астенией. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2017; 16 (1): 8–21.

11. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE et al. Treatment of hypertension in patients 80 years old or older. N Engl J Med. 2008; 358 (18): 1887–98.

12. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R et al. Prevalence, of hyawareness, treatment and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle- and low-income countries. J Am ed Assoc. 2013; 310 (9): 959–968.

13. Hodgkinson J, Mant J, Martin U, Guo B et al. Relative effectiveness of clinic and home blood pressure monitoring compared with ambulatory blood pressure monitoring in diagnosis of hypertension: systematic review. Br Med J. 2011; 342: d3621.

14. Ogedegbe G, Pickering T. Principles and techniques of blood pressure measurement. Cardiology Clinics. 2010; 28 (4): 571–586.

15. Pickering TG, White WB, on behalf of the American Society of Hypertension Writing Group. ASH Position paper: home and ambulatory blood pressure monitoring. When and how to use self (home) and ambulatory blood pressure monitoring. J Clin Hypertens. 2008; 10 (11): 850–855.

16. Williams B, Mancia G, Spiering W 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.

Поступила 13.05.2019 г.