

Давно известно, что результаты СМАД точнее, чем клинические измерения, отражают объективное состояние больного АГ — риск ССО, поражение органов-мишеней (ПОМ). Этот факт объясняется «способностью» СМАД выявлять истинный уровень АД у пациента. Впрочем, данное утверждение нуждается в уточнении.

До 2000-х гг. СМАД использовали главным образом, чтобы избежать гипердиагностики АГ и недооценки эффективности проводимого лечения у больных с выраженной тревожной реакцией на измерение АД в условиях медицинского учреждения. Во многих статьях приводили яркие примеры огромного расхождения результатов СМАД и традиционных измерений АД у таких пациентов (до 80/40 мм рт. ст. [1]). Выявление истинного уровня АД у подобных (часто объективно нетяжелых!) больных считали едва ли не основным показанием к СМАД. Различные аспекты феномена ГБХ в то время интенсивно изучали.

Долгое время в тени оставалась другая потенциальная возможность сопоставления результатов традиционных измерений АД и СМАД — выявлять скрытую АГ (т.е. когда регистрируют нормальный уровень «офисного» АД при повышенном уровне амбулаторного АД). В этом случае на основании результатов только традиционного

измерения вероятно недооценка уровня АД у больного, т.е. вынесение ошибочного заключения об отсутствии АГ или переоценка эффективности проводимого лечения.

Поскольку выявление пациентов со скрытой АГ имеет не меньшее, если не большее, клиническое значение, чем диагностика ГБХ, в главе 1 особое внимание уделено именно скрытой АГ. Действительно, пациенты со скрытой АГ имеют довольно высокий риск ССО, а уровень АД у них оценивают неточно. Современная клиническая практика подтверждает это.

Сейчас феномену скрытой АГ стали уделять все большее внимание. Если в Рекомендациях ESH 2003 г. скрытую АГ лишь кратко упоминают, то в Рекомендациях ESH 2007 г. для освещения этой проблемы уже выделен специальный раздел. В Рекомендациях ESH 2013 г. в разделе 3.1 дано описание фенотипов АД, а в разделе 6 — тактики ведения пациентов с ГБХ и скрытой АГ. Значительно возросло количество публикаций, посвященных скрытой АГ.

Феномен скрытой АГ не является чем-то однородным и резко отграниченным от нормы, ГБХ и стабильной АГ. Тем важнее обсудить определение этого понятия (о значении скрытой АГ для здравоохранения см. разделы 1.3.2 и 1.3.4). Безусловно, невозможно провести амбулаторное измерение АД всем лицам с подозрением на АГ, поэтому важное значение приобретает поиск предикторов скрытой АГ.

Отдельную проблему представляет собой скрытая АГ у лиц, получающих антигипертензивную терапию (АГТ). Формально в данном случае уже нельзя говорить о скрытой АГ, поскольку диагноз уже очевиден, что отмечено в Рекомендациях ESH 2013 г. В связи с этим нами предложен термин «скрытая неэффективность лечения артериальной гипертензии» (СНЛ АГ, *masked uncontrolled hypertension in treated patients*). Однако многие методические проблемы СНЛ АГ (определение, распространенность, предикторы) перекликаются с таковыми при скрытой АГ, выявленной у лиц, не получающих АГТ.

Несмотря на важность подробного рассмотрения различных аспектов скрытой АГ, при описании проблемы соотношения результатов клинических и амбулаторных измерений АД невозможно обойти вниманием ГБХ и другие случаи переоценки истинного уровня АД при традиционных измерениях. Описание этих состояний, частично являющихся «зеркальным отражением» скрытой АГ и СНЛ АГ, позволит точнее охарактеризовать суть последних. Помимо этого проблема ведения пациентов с ГБХ весьма важна сама по себе с практической точки зрения. Поскольку изучение ГБХ исторически предшествовало изучению скрытой АГ, рассмотрение специфических фенотипов АД мы начнем с ГБХ.

## 1.1

# Значение современных амбулаторных методов измерения артериального давления для определения его истинного уровня

### 1.1.1

## Ограничения клинического измерения артериального давления

Традиционное измерение АД по методу Короткова до сих пор остается «золотым стандартом» оценки уровня АД. Использование клинических измерений АД в популяционных исследованиях внесло значительный вклад в изучение эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Однако метод Короткова при использовании у отдельных пациентов оказался не столь точным. Со временем после внедрения в практику амбулаторных методов измерения АД — СМАД и СКАД — эти ограничения стали очевидными. Их можно условно разделить на три группы.

**1. Ошибка исследователя.** В 1965 г. G. Rose [2] классифицировал этот феномен следующим образом.

*Систематическая ошибка.* Эта ошибка ведет как к межисследовательской, так и к внутриисследовательской вариабельности результатов.

*Произвольное округление.* Исследователь сам округляет результат измерения (преимущественно до десятков).

*Субъективизм исследователя.* Исследователь заранее настроен на определенный результат (тот уровень АД, который, по его мнению, «должен быть» у данного пациента).

Совершенно очевидно, что эти ограничения, особенно пп. 2 и 3, напрямую влияют на точность диагностики АГ и оценки результатов лечения. Произвольное округление и субъективизм исследователя приводят к переоценке эффективности проводимой АГТ. К этим ограничениям можно добавить эффект плацебо, из-за которого также возможна переоценка эффекта антигипертензивных препаратов.

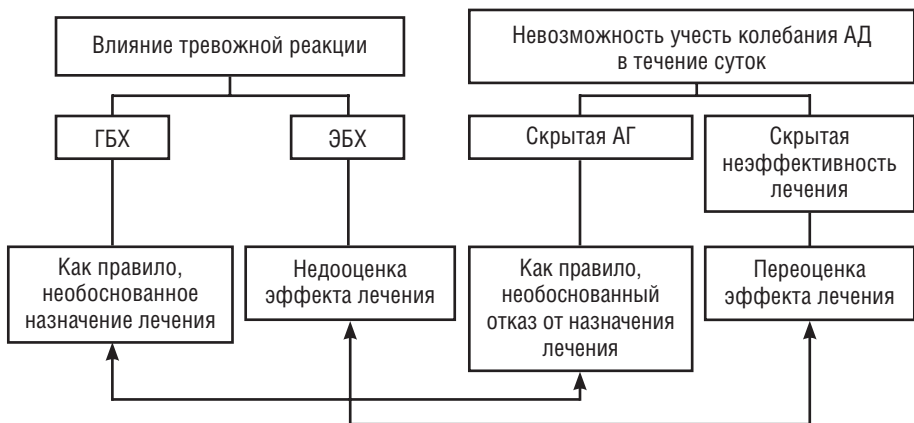
**2. Неточная информация об истинном уровне АД у значительного числа больных.** Давно известно, что тревожная реакция на измерение клинического АД может существенно исказить результаты. Это приводит, во-первых, к гипердиагностике АГ и необоснованному назначению лекарственной терапии лицам с ГБХ без ПОМ, а во-вторых — к недооценке эффективности лечения у больных со стабильной АГ и выраженным эффектом белого халата (ЭБХ). Возможна и обратная ситуация: АД у пациента может быть повышено в определенные

периоды суток, но не на приеме у врача. Следовательно, традиционные измерения АД не позволяют зарегистрировать такие состояния, как скрытая АГ и СНЛ АГ. Контроль уровня АД у таких пациентов только с помощью клинических измерений приводит к неоправданному отказу от назначения лекарственной терапии больным, объективно в ней нуждающимся, а при СНЛ АГ возможна значительная переоценка действия назначенных препаратов.

**3. Невозможность оценить суточный профиль АД.** Безусловно, традиционные измерения АД не дают возможности оценить вариабельность, суточный ритм АД и некоторые фармакодинамические характеристики принимаемых пациентом лекарственных препаратов (например, равномерность антигипертензивного эффекта). Подробнее эти возможности СМАД рассмотрены в главе 2.

Основные ограничения традиционного измерения АД представлены схематично на **рис. 1.1**.

Вместе с тем необходимо подчеркнуть, что значительное развитие современных амбулаторных методов измерения АД не ставит под сомнение значимость традиционных измерений. По данным итальянского проспективного исследования PAMELA (Pressione Arteriose Monitorate e Loro Associazioni) [4], цитируемого в Рекомендациях ESH 2007 и 2013 гг., 12-летний риск смерти возрастает по мере увеличения количества методов, регистрирующих у пациента повышенный уровень АД (имеются в виду традиционные измерения АД, СМАД и СКАД). Таким образом, клиническое измерение



**Рис. 1.1**

Основные ограничения традиционного измерения АД [3]. АГ — артериальная гипертензия; АД — артериальное давление; ГБХ — гипертензия белого халата; ЭБХ — эффект белого халата.

АД сохраняет свое независимое значение и является «золотым стандартом», без соотнесения с которым не удастся правильно оценить возможности других методов, а также точно определить риск ССО у конкретного пациента.

### 1.1.2

#### **Соотношение результатов клинических и амбулаторных измерений артериального давления**

До настоящего времени критерием АГ считают АД  $\geq 140/90$  мм рт. ст. при клиническом измерении. На основании данного определения всех пациентов с таким уровнем АД, в том числе тех, у которых АД повышено только на приеме у врача, считают больными АГ. Всех остальных относят к группе лиц с нормальным АД. Каких-либо промежуточных градаций в данной классификации нет.

Однако уже около 70 лет назад стало известно, что результаты клинических измерений могут отличаться от результатов измерений, полученных в других условиях. Р. Ауман и А. Goldshine еще в 1940 г. [5] наблюдали пациентов с АГ и членов их семей. Результаты измерений АД у этих лиц в домашних условиях были ниже более чем на 30 мм рт. ст.

В тот же период времени F. Smirk и M. Alam ввели понятия «казуальное АД» и «базальное АД» [6]. Казуальное АД было определено как уровень АД, измеренного немедленно, без какого-либо предварительного отдыха. Базальным АД назвали минимальное значение, зарегистрированное после длительного периода отдыха. По мнению этих авторов, базальное АД было более точным предиктором сердечно-сосудистого риска (ССО). Разница между казуальным АД и базальным АД была названа дополнительным АД (supplemental pressure) (это понятие примерно эквивалентно современному понятию «эффект белого халата»). Несмотря на то что уже тогда было очевидным наличие колебаний АД при измерениях в различных условиях, регистрацию повышенного клинического АД на протяжении многих лет считали безусловным и единственным маркером АГ.

В 1960-х гг. начал развиваться метод СМАД. В одной из работ того времени, а именно М. Sokolow и соавт. [7], было показано, что СМАД является лучшим предиктором ПОМ, чем казуальное АД. Значительно позже, в 1983 г., D. Perloff и M. Sokolow [8] доказали, что СМАД — лучший, чем результаты традиционного измерения АД, предиктор риска ССО. Эти выводы нашли подтверждение в многочисленных дальнейших исследованиях, посвященных этому методу.

В течение последних лет в медицине интенсивно развивается и изучается метод СКАД, более доступный для пациентов. Хотя данные

о прогностической значимости СКАД менее убедительны (по сравнению со СМАД), есть достаточные основания утверждать, что СКАД также лучше характеризует прогноз и ПОМ при АГ, чем клинические измерения АД. Тем не менее не следует пренебрегать последними, т.к. именно путем сопоставления параметров клинического и амбулаторного АД возможна наиболее полная характеристика уровня АД у больного (the blood pressure status of the patient).

Таким образом, в настоящее время существуют два независимых метода регистрации АД: клинические и амбулаторные измерения. Для последних «золотым стандартом» по-прежнему считается СМАД. Диагноз «артериальная гипертензия» можно установить на основании каждого из этих методов. В случае применения какого-либо метода в отдельности вывод о наличии АГ у пациента основывается на регистрации уровня АД, превышающего определенное пороговое значение (табл. 1.1).

При совокупной оценке этих методов можно выделить **четыре группы лиц, имеющих разные характеристики уровней АД (рис. 1.2):**

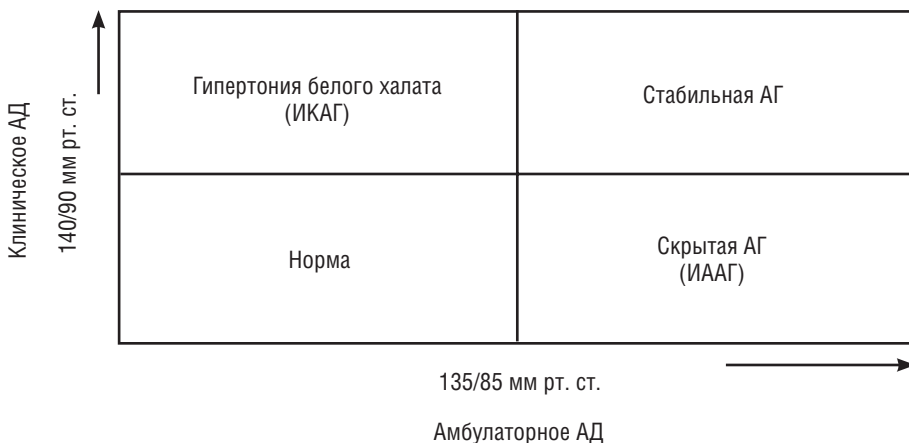
- 1) пациенты с нормальным АД по данным обоих методов — нормотония;
- 2) пациенты с повышенным АД по данным обоих методов — стабильная АГ, «истинная» АГ;
- 3) пациенты с повышенным клиническим и нормальным амбулаторным АД — ГБХ (изолированная клиническая артериальная гипертензия — ИКАГ);
- 4) пациенты с нормальным клиническим и повышенным амбулаторным АД — скрытая АГ (изолированная амбулаторная артериальная гипертензия — ИААГ).

Клиническая оценка первых двух групп не вызывает затруднений. Третью группу (ГБХ) активно изучали ранее и продолжают изучать сейчас (см. раздел 1.2). Четвертой группе (скрытая АГ) примерно до 2000 г. уделяли мало внимания. До настоящего времени продолжается дискуссия о наиболее точном названии данного состояния. Ранее были предложены следующие: «изолированная амбулаторная гипертензия», «гипертензия на рабочем месте», «эффект белого халата наоборот», «эффект черного ящика», «нормотония белого халата» и др. Затем наиболее часто стали употреблять термины «скрытая АГ», «изолированная офисная», «домашняя гипертензия», «амбулаторная гипертензия». В Рекомендациях ESH 2007 и 2013 гг. используют термин *masked hypertension* — маскированная (замаскированная) АГ, в Рекомендациях ВНОК 2010 г. — «изолированная амбулаторная АГ». Мы наиболее удачным считаем термин «скрытая АГ», предложенный T. Pickering и наиболее точно отражающий суть АГ, которая не может

**Таблица 1.1**  
Пороговые значения АД [9, 10]

	САД, мм рт. ст. (ВНОК)	САД, мм рт. ст. (ESH)		ДАД, мм рт. ст.
Клиническое АД	140	140	и/или	90
Амбулаторное АД				
СМАД				
среднесуточное АД	125–130	130	и/или	80
дневное АД	130–135	135	и/или	85
ночное АД	120	120	и/или	70
СКАД				
домашнее АД	130–135	135	и/или	85

ESH — Европейское общество по изучению артериальной гипертензии; АД — артериальное давление; ВНОК — Всероссийское научное общество кардиологов; ДАД — диастолическое артериальное давление; САД — систолическое артериальное давление; СКАД — самоконтроль артериального давления; СМАД — суточное мониторирование артериального давления.



**Рис. 1.2**

Варианты соотношения результатов клинического и амбулаторного измерений АД [11]. АГ — артериальная гипертензия; АД — артериальное давление; ИААГ — изолированная амбулаторная артериальная гипертензия; ИКАГ — изолированная клиническая артериальная гипертензия.

быть выявлена рутинными методами. Клиническую значимость феномена скрытой АГ подтверждает упомянутый выше приоритет амбулаторных измерений АД в определении тяжести АГ и риска ССО у конкретного больного.

Скрытая АГ, несмотря на нормальный уровень клинического АД у пациента, является одним из вариантов АГ. Привлечение внимания к этой проблеме преследует цель более точного выявления больных, нуждающихся в лечении, а также пациентов с СНЛ АГ.

**NB**

Следует помнить, что у одного и того же больного АГ в разные периоды течения заболевания, а также в зависимости от проводимой терапии, наличия ассоциированных с АГ клинических состояний и сопутствующих заболеваний может отмечаться любой из 4 вариантов соотношения уровней клинического и амбулаторного АД.

---

## 1.2

### Гипертония белого халата<sup>1</sup>

До внедрения СМАД в клиническую практику АГТ назначали всем пациентам, у которых регистрировали повышенный уровень АД при измерении традиционным способом. Использование СМАД позволило установить, что у многих больных повышенные цифры «офисного» АД объясняются лишь тревожной реакцией.

Согласно классическому определению, данному Т. Pickering в 1991 г. [12], ГБХ (также называемая ИКАГ) — это состояние, при котором уровень АД в течение суток нормальный и повышается лишь на приеме у врача. Из этого логически вытекает необходимость применения непрерывного (beat-to-beat) измерения АД. Разумеется, такая диагностика слишком трудоемка.

**NB**

В настоящее время используют более широкое и общее определение ГБХ: «повышение клинического АД при повторных измерениях (как минимум трижды), тогда как показатели СКАД (среднее значение за 7 дней измерения) и СМАД находятся в пределах нормы» [9].

Проблему наиболее адекватного количественного определения ГБХ активно обсуждали около 15 лет назад [11]. В последнее время в связи с установлением общепринятых нормативов СМАД этот вопрос утратил свою актуальность.

---

<sup>1</sup> См. Клинический пример № 1 (цветная вкладка).



### 1.2.1

## Разграничение гипертонии белого халата и эффекта белого халата

Важно отличать ГБХ от ЭБХ, под которым понимают повышение АД во время клинических измерений вследствие тревожной реакции. Например, у больного со стабильной АГ величина клинического систолического артериального давления (САД) может превышать уровень амбулаторного САД на 10–15 мм рт. ст. Эта разница и является количественным выражением ЭБХ. ЭБХ может наблюдаться при ГБХ, стабильной АГ, а также у лиц с нормальным АД. Следовательно, ЭБХ является более широким понятием, чем ГБХ. Для скрытой АГ ЭБХ нехарактерен. По мнению G. Parati и J. Redon [13], объективная ценность количественного исчисления ЭБХ невелика, т.к. полученная величина не коррелирует с фактической величиной прессорной реакции на посещение врача (по этой причине, возможно, термин «изолированная клиническая артериальная гипертония» даже точнее, чем ГБХ) и характеризуется ограниченной воспроизводимостью. Однако, на наш взгляд, разность между уровнями клинического и амбулаторного АД характеризует склонность пациента к тому или иному фенотипу АД (см. рис. 1.2). Этот показатель можно использовать в научных исследованиях (см. раздел 1.3.3).

Разграничение ГБХ и ЭБХ имеет не только академическое, но и сугубо практическое значение. В США, где ГБХ долгое время была единственным показанием к СМАД, в случае подтверждения диагноза затраты на проведение СМАД подлежат страховому возмещению по программам Medicare и Medicaid. Диагностическим критерием ГБХ служит отсутствие ПОМ. Однако при выявлении ПОМ страховое возмещение не положено, даже если присутствует выраженный ЭБХ. В любом случае очевидна роль СМАД, дающего возможность установить истинный уровень АД. Следует указать и на другую трактовку понятия ЭБХ — менее стабильная по сравнению с ГБХ тревожная реакция на измерение АД [14].

### 1.2.2

## Распространенность

Распространенность ГБХ изучали в течение многих лет. Она зависит не только от определения (которое в настоящее время стандартно), но и от дизайна исследования (случайная выборка или когорты пациентов медицинских учреждений) и характеристик больных (возраст, пол, этническая принадлежность, уровень клинического АД и др.). В наиболее ранних исследованиях [15, 16] распространенность

ГБХ среди больных АГ составляла около 20%. Наибольшую частоту ГБХ (до 39%) регистрировали в небольших исследованиях, в которых клиническое АД определяли на основании всего 2–3 визитов [11]. По данным крупного метаанализа J. Staessen и соавт. [17] (7069 пациентов из 24 центров), распространенность ГБХ среди лиц с диагнозом «артериальная гипертензия» была 24%. В настоящее время считают, что распространенность ГБХ в общей популяции составляет около 15%, что может соответствовать 1/3 и даже более от общего числа больных с диагнозом «артериальная гипертензия» [4, 18, 19].

### 1.2.3

#### Прогностическое значение

Изучение прогностического значения ГБХ началось с исследования **метаболических нарушений** и ПОМ.

Впервые на эту проблему обратили внимание S. Julius и соавт. в 1990 г. [20], проводившие обследование молодых пациентов с АГ. По данным этих авторов, ГБХ ассоциировалась с метаболическими нарушениями, увеличивавшими риск ССО. В частности, при ГБХ уровни триглицеридов, инсулина и соотношение инсулин/глюкоза были выше нормы при одновременном снижении уровня липопротеинов высокой плотности. Однако в данной работе не использовали СМАД, что было одной из причин чрезмерно высокого показателя распространенности ГБХ (58%).

В исследовании M. Weber и соавт. [21] были изучены 3 группы пациентов: с нормотонией, ГБХ и стабильной АГ (обращает на себя внимание характерное для того времени игнорирование феномена скрытой АГ!). Согласно полученным данным, при ГБХ были повышены уровни общего холестерина и холестерина липопротеинов низкой плотности в сравнении с группой лиц с нормальным АД.

Однако позднее более масштабные исследования [22, 23] не подтвердили эти данные, что дало основание T. Pickering в 1999 г. [11] констатировать: «Большинство исследований показывает, что специфических метаболических нарушений при ГБХ не существует».

Исследование ПОМ при ГБХ важно по двум причинам: отсутствие значимых признаков ПОМ подтвердило бы, что при ГБХ АД повышается лишь на приеме у врача, а также стало бы дополнительным доказательством благоприятного прогноза у таких больных. (Напомним, что в США отсутствие ПОМ является одним из диагностических критериев ГБХ.)

Маркерами ПОМ, которые изучали при ГБХ, были индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), толщина комплекса интима-медиа и микроальбуминурия, однако показать прямую взаимосвязь

между ГБХ и ПОМ достаточно сложно. Большинство сравнительно небольших исследований свидетельствуют в пользу «доброкачественного» характера ГБХ, однако все же их данные противоречивы. Одна из причин этого — несбалансированность данных по демографическим характеристикам.

Важную закономерность подметили P. Verdecchia и соавт. [16]. В тех исследованиях, в которых было выявлено повышение ИММЛЖ при ГБХ, средний уровень дневного амбулаторного АД в группе пациентов с ГБХ был значимо выше по сравнению с лицами с нормальным АД. Прямая взаимосвязь между ГБХ и ПОМ была выявлена в исследовании N. Zakopoulos и соавт. в 1999 г. [24]: у пациентов с ГБХ была обнаружена большая толщина комплекса интима–медиа по сравнению с лицами с нормальным АД. Одновременно в группе с ГБХ отмечали большую частоту ожирения и более высокий уровень общего холестерина.

Современные рекомендации по лечению АГ обращают внимание, что частота ПОМ и метаболических нарушений при ГБХ может быть выше, чем у лиц с нормальным АД. Одним из оснований для этого являются результаты анализа базы данных РАМЕЛА (повышение уровней общего холестерина и глюкозы при ГБХ). Можно упомянуть также более раннее исследование P. Owens и соавт. [25], в котором статистически достоверные различия в величине ИММЛЖ между группами пациентов с ГБХ и с нормальным АД не исчезали после поправки на пол, возраст и уровень амбулаторного АД. По этому поводу следует высказать несколько соображений. Возможно, СМАД при ГБХ имеет некоторые ограничения в оценке истинного уровня АД из-за недооценки вариабельности АД, которая может быть «ответственна» за развитие гипертрофии миокарда левого желудочка (ГЛЖ). Другим объяснением может быть повышенная симпатическая активность у пациентов с ГБХ. В целом выявление метаболических нарушений и ПОМ представляется весьма важным для точной стратификации риска у пациентов с ГБХ.

#### 1.2.4

### **Сердечно–сосудистые осложнения и уровень смертности**

ССО и смертность при ГБХ изучают с конца 1980-х — начала 1990-х гг. В классических работах D. Perloff и соавт. [26] был показан относительно низкий риск смерти у пациентов с уровнем клинического АД, значительно превышающим уровень амбулаторного АД (т.е. при ГБХ либо ЭБХ). Ограничением этих исследований было измерение амбулаторного АД только в дневное время.

P. Verdecchia и соавт. [27] наблюдали в течение 3 лет 1187 лиц с нормальным АД и с АГ. Авторы выделили группу пациентов с ГБХ. Критерии были не совсем обычными в сравнении с современными представлениями: 131/86 мм рт. ст. для мужчин и 136/87 мм рт. ст. для женщин (верхняя граница нормы дневного амбулаторного АД). Частота ССО при ГБХ составила 0,49 на 100 пациенто-лет и была практически идентична частоте ССО у лиц с нормальным АД. В то же время у больных АГ этот показатель колебался от 1,79 (у дипперов<sup>1</sup>) до 4,99 (у нон-дипперов<sup>2</sup>). J. Redon и соавт. [28] выяснили, что у больных с подозрением на рефрактерную АГ, принимавших 3 антигипертензивных препарата и более, риск смерти зависел от величины амбулаторного АД. У лиц с нормальным уровнем амбулаторного АД («ГБХ на лечении», white coat hypertension in medicated patients, false non-responder hypertension) он был ниже, чем у пациентов с высоким уровнем амбулаторного АД (полностью неэффективное лечение; см. рис. 1.8). Таким образом, к началу 2000-х гг. ГБХ считали относительно благоприятным состоянием, при котором риск ССО достоверно не отличается или в крайнем случае лишь незначительно превосходит риск ССО у пациентов с нормальным АД.

Эти представления о риске ССО были поставлены под сомнение результатом анализа базы данных PAMELA [4]. Значимость данного исследования подтверждают его цитирование в Рекомендациях ESH 2007 г., а также косвенное упоминание в Рекомендациях ВНОК 2010 г. В базу данных PAMELA с 1990 по 1993 г. был включен 2051 пациент. Период наблюдения составил в среднем 148 месяцев. За это время были зарегистрированы 233 летальных исхода, в 69 случаях причиной были ССО. Распределение этих случаев в зависимости от фенотипа АД представлено в **табл. 1.2**.

В данном исследовании в группе с ГБХ выявили значительно большую смертность по сравнению с группой, имеющей нормальное АД. Анализ относительного риска (OR, hazard ratio) с поправкой на пол и возраст подтвердил достоверность этих результатов. Достоверность повышения OR не зависела от метода определения ГБХ (на основании СМАД или СКАД). Авторами был сделан вывод о том, что ГБХ, безусловно, не является клинически благоприятным состоянием, но представляет собой (как и скрытая АГ!) переходную ступень от нормы к стабильной АГ. Все же, несмотря на общий высокий методологический уровень, длительный период наблюдения и учет в качестве конечных точек только случаев смерти, данное исследование имело некоторые ограничения. Во-первых, общее число конечных точек бы-

<sup>1</sup> См. главу 2, табл. 2.5.

<sup>2</sup> См. главу 2, табл. 2.5.

**Таблица 1.2**

Фенотипы АД и смертность (исследование PAMELA [4])

	Норма	ГБХ	Скрытая АГ	Стабильная АГ
Определение по результатам СМАД				
Количество больных	1001	356	172	495
Сердечно-сосудистая смертность, %	1,1	3,7	4,1	7,3
Общая смертность, %	5,7	15,5	12,8	19,2
Мужчины, %	43	48	73	60
Средний возраст, годы (SD)	45 (12,7)	56,6 (11,9)	49,1 (12,9)	59,3 (10,7)
Определение по результатам СКАД				
Количество больных	909	242	184	528
Сердечно-сосудистая смертность, %	0,9	1,2	4,4	7,4
Общая смертность, %	4,7	9,1	13,6	19,7
Мужчины, %	43	53	68	58
Средний возраст, годы (SD)	43,7 (11,9)	51,8 (11,1)	52,8 (13,2)	60,0 (10,1)

SD — стандартное отклонение; АГ — артериальная гипертония; АД — артериальное давление; ГБХ — гипертония белого халата; СКАД — самоконтроль артериального давления; СМАД — суточное мониторирование артериального давления.

ло невелико, что отражает относительно низкий риск ССО в средиземноморской популяции. Это обусловило высокие значения доверительного интервала (ДИ) ОР, что снизило достоверность полученных результатов. Во-вторых, исследование было наблюдательным, что не позволило оценить влияние АГТ, а также коррекции липидного профиля и уровня глюкозы на прогноз.

Влияние АГТ было учтено в крупном метаанализе R. Fagard и V. Cornelissen [29], в котором АГТ проводили во всех исследованиях, включенных в анализ, кроме одного (см. раздел 1.4.2). ОР ССО для группы пациентов с ГБХ составил 1,12 (ДИ 0,84–1,50), т.е. достоверно не отличался от группы пациентов с нормальным АД.