

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

ВОПРОСЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЙ В СТРУКТУРЕ КЛАССИФИКАЦИЙ И ТЕРМИНОЛОГИЙ

Ахметзянова Э.Х.

Башкирский государственный медицинский университет, кафедра терапии института последипломного образования, Уфа

Аннотация

В статье обсуждаются проблемы использования в практической деятельности врача терминологии и классификации артериальной гипертензии.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, классификация, терминология.

Россия относится к странам с наиболее высокой распространенностью АГ [71], которая составляет среди мужчин России 41,1, среди женщин — 39,9% [65]. Экономический ущерб, обусловленный временной или стойкой утратой трудоспособности, преждевременной смертью из-за артериальной гипертензии и связанных с ней осложнений — ишемической болезни сердца и цереброваскулярных болезней — в России только в 1999 году составил около 29,3 млрд. рублей [51].

В Российских рекомендациях «Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии», 2004 г. термин «артериальная гипертензия» подразумевает синдром повышения АД при «гипертонической болезни» и «симптоматических артериальных гипертензиях» [56].

Гипертонической болезни посвящено огромное число публикаций, и на сегодняшний день, вероятно, даже трудно учесть их количество. Научные журналы регулярно информируют о многоцентровых исследованиях [6, 26, 43, 45, 61, 70], проводимых с участием десятков тысяч пациентов, по оценке гипотензивных препаратов, влиянию последних на качество и прогноз жизни. Но «до сих пор нет четкого исчерпывающего определения гипертонической болезни» [8], а понятие «артериальная гипертензия» в научной литературе часто используется вместо термина «гипертоническая болезнь» [56].

Синдром АГ часто является одним из ведущих в клинической картине многих заболеваний внутренних органов, и не только ГБ. Проблемы дифференциальной диагностики гипертонической болезни и артериальных гипертензий сохраняют свою актуальность и в настоящее время.

Известно, что вторичные формы АГ выявляются у 5–10% взрослых лиц, страдающих АГ [5, 15, 42, 56, 57], иногда удается установить причину повышенного АД лишь в 1–5% случаев [3]. В настоящее время в литературе обсуждается такая проблема, как реальное

соотношение частоты встречаемости в популяции эссенциальной и вторичной артериальной гипертензии. В.А.Люсов и Е.М.Евсиков (1997) в исследовании, проведенном у больных эссенциальной гипертензией без клинических проявлений патологии почек (1977–1996 гг.), выявили не менее чем у 60% из них инструментальные признаки патологии почек, их сосудов и структур мочевыводящей системы [32]. С.А.Бойцов и М.А.Карпенко (2000) высказывают предположение о «значительном снижении частоты постановки диагноза «гипертоническая болезнь» — возможно, значительно меньше, чем в 70% случаев» [8]. По мнению этих авторов, «имеется целый ряд причин, которые позволят считать нынешнее понятие «гипертоническая болезнь» сборным или, по крайней мере, существенно снизить частоту постановки такого диагноза посредством более тщательной верификации симптоматических вариантов гипертензии» [8]. По мнению Е.М.Евсикова (1999), на новом уровне знаний о природе АГ «эссенциальная гипертензия переходит из разряда патологии с недостаточностью знаний об этиологии и патогенезе в разряд заболеваний, эффективность лечения которых лимитирует недостаток диагностических возможностей практических врачей» [18].

Из симптоматических гипертензий наиболее часто выявляется почечная АГ [50], как причины ведущее место занимают хронические гломерулонефриты [42], а также хронический пиелонефрит и диабетическая нефропатия, вследствие высокой распространенности последних [15, 42]. До настоящего времени продолжает обсуждаться вопрос о роли свинца как одного из факторов риска в развитии АГ [58]. По мнению Н.А.Мухина с соавт. (1997), «следует обратить внимание на свинцовую и кадмиевую нефропатии, говоря об интерстициальных заболеваниях почек, которые реализуются в конечном итоге нефросклерозом с АГ и приобретают все большее эпидемиологическое значение» [40].

Классификация любого заболевания отражает современное понимание проблемы, суть патологического состояния, выраженную схематически. Простота, четкость и законченность такой схемы, по-видимому, свидетельствует о том, что единство мнений по определенной проблеме достигнуто. Гипертоническая болезнь и ее классификация – это постоянный поиск, большое количество изменений в течение короткого срока [4, 55, 56, 57, 68]. Эти изменения отражаются и в названии нозологии: если в первом докладе ВНОК, 2000 г., использовался термин «артериальная гипертония» [55], то в названии Российских рекомендаций второго пересмотра, 2004 г. [56] внесены коррективы – «артериальная гипертензия». И если ранее в отечественной литературе использовался только термин «гипертоническая болезнь», и подчеркивалось равенство терминов «гипертоническая болезнь» и «эссенциальная артериальная гипертензия» [68], то на сегодняшний день в научных публикациях постепенно терминология меняется, это касается и симптоматической гипертензии. Например, если в 1995 г. А.А.Михайлов и И.М.Кутырина в руководстве по нефрологии (8 раздел) главу называли «Почечная гипертония» [41], то в 2000 – «Почки и артериальная гипертензия» [42].

Мы проанализировали опубликованные в журнале «Кардиология» работы 2000 и 2004 года, которые были посвящены АГ или где были упоминания об АГ. За 2000 год было опубликовано 73 статьи, в 2004 – 78 статей. Чаще используют классификацию ВОЗ/МОАГ, 1999 года [5, 14, 37, 49, 59, 63], некоторые авторы ссылаются на классификацию, приведенную в рекомендациях Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК), 2001 года [10], но, в основном, авторы не объясняют – какой классификацией пользовались в своей работе [12, 19, 23, 28, 29, 30, 44, 47, 66].

В большинстве работ (50–57%) используют термин «артериальная гипертония» [2, 12, 19, 20, 23, 29, 30, 36, 47, 63], реже (27–29%) – «артериальная гипертензия» [5, 14, 16, 34, 44], термин «гипертоническая болезнь» используется минимально (14–23%) [27, 35, 59, 64, 69], иногда одновременно используют два термина в 16–6% случаев [11, 30, 69].

Термины артериальная «гипертония или гипертензия» (АГ) авторы используют в 77–86% случаев, чаще в сочетании терминов «мягкая и умеренная АГ» [2, 19, 38, 44, 47], или указывают степени по ВОЗ/МОАГ [5, 14, 63], в 17% случаев в журналах «Кардиология» за 2004 г. В некоторых работах встречается указание на степень АГ, но без ссылки на классификацию [23, 46, 66]; обычно авторы не включают в исследования больных с высокой степенью АГ [14, 23, 46, 49, 66]. Указание на степень риска встретилось в единичных работах [14, 25, 36].

Встречаются термины «первичная» [16, 52], «се-

мейная и несемейная» [38], «нелеченная» [46], эссенциальная АГ [12, 14, 16, 19, 33, 44].

Авторы статей, оценивая поражения органов-мишеней, чаще всего отмечают наличие гипертрофии левого желудочка [20, 33, 38], встречается количественное указание на поражение одного и более органов-мишеней [30]. Редко отмечают наличие «ассоциированных заболеваний» [23], хотя в трети случаев (28,8–33,3%) по тексту можно судить о наличии АГ и различных форм ИБС (ассоциированных клинических состояний). В редких работах в исследование включают больных III стадией ГБ [48].

В 2004 году чаще стали встречаться работы, в которых изучаются больные «АГ, ассоциированной с сахарным диабетом» [2, 23] и «АГ с метаболическим синдромом» [34, 36, 37].

Термин «гипертоническая болезнь» используют в следующих вариантах: «умеренная ГБ по критериям ВОЗ» [17], «ГБ неосложненного течения» [64], «стабильная форма ГБ» [7, 30], «ГБ при гипертрофии левого желудочка» [27], ряд авторов указывают стадии ГБ [11, 35, 48, 69], иногда – степени [59, 64].

Таким образом, в статьях, опубликованных в журнале «Кардиология» за 2000 и 2004 гг., используется разная терминология, и создается впечатление об очень разнородных группах больных, которых исследователи объединяют терминами, посвященными АГ или ГБ. Разнообразие терминологии и сложности при использовании классификаций в научной литературе отражают, по-видимому, те неопределенности, которые существуют в постановке диагноза ГБ больным артериальной гипертензией.

По мнению Е.Е.Гогиной [15], «проблемы диагностики артериальных гипертоний привлекают к себе внимание в последнее время с неожиданной стороны. Обсуждаются не столько вопросы, как диагностировать, сколько – что диагностировать: правомочен ли столь привычный и распространенный в нашей стране диагноз «гипертоническая болезнь», или правильнее вернуться к формулировке «эссенциальная гипертония», сохранившей свои позиции на Западе почти в течение всего XX века?»

Современные классификации АГ [57] оценивают уровень АД и определяют прогноз – «суммарный сердечно-сосудистый риск». Систолическое, диастолическое и пульсовое АД в разделе «определение и классификация АГ» [57] рассматриваются как прогностические факторы. Считают, что индивидуальный реальный пороговый уровень для АГ может повышаться или снижаться в зависимости от суммарного уровня риска, поэтому использование классификации уровня АД более адекватно даже без термина «артериальная гипертензия». Более того, термин «поражения органов-мишеней» рекомендуют применять прежде всего для стратификации риска, то есть поражения

органов-мишеней определяются как факторы, имеющие значение в определении прогноза. Отдельно выделен сахарный диабет (СД), как важный фактор риска. Кроме сахарного диабета, факторами риска называют и другие нозологические единицы, в частности, ИБС. В Европейских рекомендациях по диагностике и лечению артериальной гипертензии заложен синдромальный принцип АГ [57], нет конкретных рекомендаций – как поставить диагноз эссенциальной АГ. Оценка наличия гипертрофии миокарда и нарушений функции почек в рекомендациях обсуждается с точки зрения выявления поражения органов-мишеней, но не обсуждаются как дифференциальные критерии диагностики вторичных гипертензий. В списке поражения органов-мишеней нет изменений глазного дна, только тяжелая ретинопатия рассматривается в рубрике ассоциированных клинических состояний.

Степень гипертрофии миокарда не всегда соответствует тяжести гипертонической болезни, уровню АД и длительности гипертензии (Гогин Е.Е., 1997) [15]. Даже патолого-анатомические критерии установления диагноза ГБ (Москва, 1989) основываются на исключении проявлений симптоматических АГ, а гипертрофия миокарда учитывается при весе сердца 500 г и более [62]. Морфометрическая характеристика нормальной толщины мышцы левого желудочка недостаточно четко определена. Нормальные показатели, приведенные в руководстве Г.Г. Автандилова [1], составляют для толщины стенки левого желудочка 0,7–1,2 см, межжелудочковой перегородки – 1,0–1,2 см, массы сердца у мужчин – 320 г, у женщин – 285 г (по А.И.Абрикосову, 1948). В монографии П.Ф.Калитеевского (1987) нормальная толщина мышцы левого желудочка – 1,1–1,4 см, сердце считается гипертрофированным при массе более 300 г – у женщин и 360 г – у мужчин [22].

По данным эхокардиографии в норме размеры свободной стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки не превышают 1,1 см, критериями гипертрофии миокарда левого желудочка является величина 1,2 см (Н.Шиллер, М.А.Осипов, 1993) [67]. В руководстве В.В.Митькова и В.А.Сандрикова (1998) верхний предел нормы толщины стенок левого желудочка у мужчин выше – 1,2 см, у женщин – 1,1 см по С.М.Оtto, А.С. Pearlman [24]. А.В.Струтынским (2001) предложен более низкий норматив толщины межжелудочковой перегородки – до 1,0 см [60]. Измерения при патолого-анатомическом исследовании делают в стандартной позиции, на границе средней и верхней трети желудочков на срезе [22], при эхокардиографии – на уровне нижнего края створок митрального клапана и его хорд [67]. Индекс массы миокарда левого желудочка (ИММ ЛЖ) для диагностики гипертрофии миокарда для мужчин определен как ≥ 125 г/м², для женщин ≥ 110 г/м² [56], предлагаются и

значительно более низкие параметры – верхняя граница 94 г/м² у мужчин и 89 г/м² у женщин [60, 67]. В литературе используются и другие критерии верхней границы ИММ ЛЖ: у мужчин ≥ 134 г/м² [13, 21, 39]; значения по G.De Simone – 104 г/см² для женщин и 117 г/см² – для мужчин [31], в исследовании LIFE (Left ventricular hypertrophy: Indapamide SR Versus Enalapril, 1998) > 120 г/м² для мужчин, > 100 г/м² для женщин [54]. Величины массы миокарда левого желудочка, которые считают гипертрофией, различаются для данных аутопсии и результатов эхокардиографического исследования, предложенные значения нормы массы миокарда колеблются в широких пределах, не существует общепринятых эхокардиографических критериев диагностики гипертрофии левого желудочка [53]. Итак, разные нормативы гипертрофии левого желудочка не позволяют объективно судить о наличии гипертрофии.

Учитывая, что любая АГ приводит к формированию гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), а повышение уровня креатинина – это свидетельство нарушения функции почек, которое может быть следствием любого хронического заболевания почек или ГБ, по-видимому, необходимо дальнейшее усовершенствование методов дифференциальной диагностики гипертензий.

Российские рекомендации, 2004 г. [56], в формулировке диагноза сохраняют разделение на стадии гипертонической болезни в зависимости от наличия поражения органов-мишеней, но тоже оставляют много вопросов. Если мы не можем использовать изменения глазного дна в диагностике I и II стадии ГБ, почему данные глазного дна (наличие ретинопатии) свидетельствуют о III стадии ГБ; если у больного сахарный диабет без нефропатии и АГ, нужно ставить ГБ I стадии, а когда разовьется диабетическая нефропатия, стадия сразу меняется на III, минуя II, так как диабетическая нефропатия – это ассоциированное клиническое состояние, следовательно, диагностика стадий ГБ крайне сложна.

Закономерно появляется вопрос, как формирует-ся заключение о степени АГ? В первом докладе (ДАГ I) определено, что «степень АГ устанавливается в случаях впервые диагностированной АГ и у пациентов, не получающих гипотензивные препараты» [55]. В российских рекомендациях второго пересмотра (2004) фраза, касающаяся степени звучит более неопределенно «наиболее точно степень АГ может быть установлена в случае впервые диагностированной АГ и у пациентов, не принимающих антигипертензивные препараты» [56], нет четкости рекомендации установления степени АГ.

Таким образом, если следовать рекомендациям, то:

1. Основному контингенту наблюдаемых больных

АГ просто невозможно определить степень, так как большинство из них получает эпизодически или постоянно гипотензивную терапию.

2. Правила измерения также не позволяют достоверно оценить степень АГ. Во-первых, АД измеряется с точностью 2 мм рт. ст., согласно требованиям [11], в то же время изменение давления на 1 мм рт.ст. определяет разную степень АГ по классификации уровней АД.

По-видимому, использование степени АГ затрудняет в ряде случаев интерпретацию полученных данных.

В рекомендациях ВОЗ/МОАГ (1999) отражено, что критерии АГ являются условными [4], эксперты ВНОК, 2004 г. также считают «критерии повышенного АД в значительной мере условными» [56]. Например, рекомендован целевой уровень АД (130/80 мм рт.ст.) при сочетании сахарного диабета и АГ, следовательно для больных с сахарным диабетом уровень АД выше 130/80 мм рт.ст. должен считаться гипертензией, в то же время наличие АГ регистрируется при АД \geq 140/90 мм рт.ст., и при оценке распространенности АГ у больных сахарным диабетом используется уровень АД больше 140/90 мм рт.ст. [72]. Следовательно, для больного СД должен быть установлен особый уровень АД для диагностики АГ.

В обзоре Е.В.Шляхто и А.О.Конради [68] подчеркивается, что в современных классификациях АГ используется, в основном, количественный подход по уровню повышения АД и «клиническая классификация АГ постепенно становится чем-то более емким, чем банальная классификация одной патологии». «Сегодня классификация любой сердечно-сосудистой патологии должна иметь прогностическую направленность, так как основной ее целью должен стать не столько корректно сформулированный диагноз, сколько дифференцированный подход к лечению» [68].

С одной стороны, нужно дифференцировать эссенциальную и симптоматическую гипертензию, но степени АГ рекомендуются использовать только для эссенциальной АГ, нет указаний об определении степеней АГ при симптоматических гипертензиях. Если классификация имеет синдромальный подход, а тем более, количественный, в зависимости от уровня АД, по-видимому, нужно и при симптоматических гипер-

тензиях любого генеза (нефрогенного, эндокринного) также рекомендовать указывать степень АГ и оценивать общий сердечно-сосудистый риск.

Безусловно, прогностическая направленность классификации АГ – достижение современной науки, но можно ли назначить адекватное лечение без точно сформулированного диагноза, зная лишь о синдроме АГ?

Диагностика ГБ и симптоматических гипертензий начинается с определения стабильности и степени повышения АД. Правила измерения АД (положение больного, оснащение, кратность и техника измерения) подробно изложены [56]. Следующий этап – исключение симптоматических АГ, то есть диагностика ГБ базируется не на конкретных диагностических параметрах, а на исключении вторичных гипертензий.

Классификация гипертонической болезни (ВОЗ, 1993), в настоящее время продолжает широко использоваться как в практической медицине, так и научных публикациях. Хотя в современных рекомендациях по артериальной гипертензии [55, 56] эта классификация не представлена, а даны лишь ее фрагменты, касающиеся II и III стадий, в рубриках «факторы, влияющие на прогноз пациентов с артериальной гипертонией» и «ассоциированные клинические состояния». В определение стадии ГБ заложено больше проблем, чем конкретных рекомендаций [56]. Для I стадии ГБ отсутствуют критерии диагностики, ее наличие определяет лишь один показатель – повышенное артериальное давление: «отсутствие изменений в органах-мишенях при наличии АГ». Для II стадии также отсутствуют надежные критерии, гипертрофия миокарда левого желудочка формируется и под влиянием симптоматической АГ, а может регистрироваться и без наличия АГ. Степень гипертрофии миокарда не всегда соответствует тяжести гипертонической болезни, уровню АД и длительности гипертензии [15]. Небольшое повышение сывороточного креатинина и микроальбуминурия могут быть признаками заболевания почек или диабетической нефропатии.

Таким образом, классификации, посвященные АГ, в определенной мере отражают проблемы дифференциальной диагностики гипертонической болезни и симптоматической гипертензии.

Литература

1. Автандилов Г.Г. Основы патологоанатомической практики// Руководство. Москва, 1994. – 512 с.
2. Аметов А.С., Демидова Т.Ю., Смагина Л.В. Органопротективные возможности низкодозовой комбинированной терапии артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом 2-го типа// Кардиология 2004, №9, с. 45 – 49.
3. Арабидзе Г.Г., Белоусов Ю.Б., Карпов Ю.А. Артериальная гипертензия// Справочное руководство по диагностике и лечению «Р-ВРАЧ». Москва, 1999, 139 с.
4. Артериальная гипертензия. Рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Международного общества по Артериальной Гипертензии (МОАГ) /Под ред. Р.Г.Оганова, Д.В.Небиеридзе, Ю.М.Позднякова. 1999, 18 с.
5. Байкова О.А., Люсов В.А., Евсиков Е.М. и др. Характер изменений уровня половых гормонов у женщин, больных артериальной гипертензией, с ожирением в разные периоды генеративной активности//Кардиология 2004. № 3, с. 52 - 57.

6. Беленков Ю.Н., Чазова И.Е., Ратова Л.Г. и др. Оценка эффективности моэксиприла у больных мягкой и умеренной артериальной гипертензией с гипертрофией миокарда левого желудочка (исследование ЭНИГМА) // Consilium Medicum 2005, приложение №1, С. 3 – 6.
7. Белоусов Ю.Б. Клиническая эффективность и безопасность ирбесартана у больных с мягкой и умеренной артериальной гипертензией. Результаты многоцентрового исследования // Кардиология 2000, №7, с.4 – 8.
8. Бойцов С.А., Карпенко М.А. Нерешенные проблемы артериальной гипертензии // Артериальная гипертензия, 2000, №1, с.16 – 19.
9. Борьба с артериальной гипертензией. Серия технических докладов ВОЗ №862 // Под ред. Р.Г.Оганова, В.В.Кухарчука, А.Н.Бритова. – Женева. – 1996. – 104 с.
10. Бочкарева Е.В., Кокурина Е.В., Воронина В.П. и др. Клиническая значимость степени снижения артериального давления при применении эффективных доз антиангинальных препаратов // Кардиология 2004, 3 10, с. 43 – 48.
11. Волков В.С., Мазур Е.С. Взаимосвязь циркадного ритма артериального давления и вторичных изменений сердца у больных гипертонической болезнью // Кардиология 2000, №3, с.27 – 30.
12. Волков В.С., Поселюгина О.Б., Свистунов О.П. Клинико-функциональные особенности артериальной гипертензии у больных, потребляющих повышенное количество поваренной соли // Кардиология 2004, №1, с.27 – 30.
13. Гапон Л.И., Шуркевич Н.П., Ветошкин А.С. Структурные изменения миокарда при различном суточном профиле артериального давления у больных артериальной гипертензией в условиях экспедиционной вахты на Крайнем Севере // Кардиология, 2005, №1, с. 51 – 56.
14. Гельцер Б.И., Савченко С.В., Котельников В.Н., Плотникова И.В. Комплексная оценка вазомоторной функции сосудистого эндотелия у больных артериальной гипертензией // Кардиология 2004, №4, с.24 – 28.
15. Гогин Е.Е. Гипертоническая болезнь // М.: 1997. – 400 с.
16. Гончарук В.Д., Баюс Р.М. Функционально-морфологический статус супрахиазматического ядра гипоталамуса при первичной гипертензии: отношение к нарушениям суточных ритмов гемодинамики // Кардиология 2000, №4, с. 36 – 39.
17. Давлетьянц Г.Л., Нуридинова Н.Б., Зуева Е.Б., Усманов Р.И. Клиническая и гемодинамическая эффективность небиволола у больных с гипертонической болезнью и сердечной недостаточностью // Кардиология 2000, №12, с. 64 – 67.
18. Евсиков Е.М. Патогенетическая терапия хронических артериальных гипертензий / Тезисы докладов VI Всероссийского съезда кардиологов, октябрь 13-15, 1999 г., Москва. Российский кардиологический журнал, 1999, №4 (приложение), 46.
19. Задионченко В.С., Адашева Т.В., Сандомирская А.П. и др. Влияние небиволола на суточный профиль артериального давления и морфофункциональные показатели сердца у больных с мягкой и умеренной гипертензией // Кардиология 2000, №7, с. 12 – 15.
20. Затейщиков Д.А., Мишушкина Л.О., Кудряшова О.Ю. и др. Функциональное состояние эндотелия у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца // Кардиология 2000, №6, с. 14 – 17.
21. Искендеров Б.Г., Шибяева Т.М., Минкин А.А. Частота выявления нарушений ритма сердца в зависимости от характера изменений гемодинамики левого желудочка при гипертонической болезни // Кардиология, 2004, № 4, с. 71 – 72.
22. Калитеевский П.Ф. Макроскопическая дифференциальная диагностика патологических процессов. Москва «Медицина» 1987.- 400 с.
23. Карпов Р.С., Кошельская О.А., Чернов В.И. и др. Клиническая эффективность комбинированной терапии триметазидином и ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца, ассоциированных с сахарным диабетом 2-го типа // Кардиология 2004, №5, с.43 – 47.
24. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике /Под ред. В.В.Митькова, В.А.Сандрикова. V том. – М.: Видар, 1998. – 360 с.
25. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Склизкова Л.А. и др. Первые результаты научно-практической Российской программы АРГУС (улучшение выявления, оценки и лечения артериальной гипертензии у пациентов старше 55 лет) // Кардиология 2000, №12, с. 68 – 71.
26. Кобалава Ж.Д., Мильто А.С. Исследование VALUE – ожидаемые ответы на актуальные вопросы кардиологии // Кардиология, 2000, №7, 78-81.
27. Курята А.В. Взаимоотношения между развитием гипертрофии левого желудочка при гипертонической болезни и структурно-функциональным состоянием мембран эритроцитов // Кардиология 2004, №7, с. 72.
28. Лазебник Л.Б., Кузнецов О.О., Соколов С.Ф. и др. Сравнительное клинико-фармакологическое изучение разных лекарственных форм нифедипина у больных артериальной гипертензией в пожилом возрасте // Кардиология, 2000, №1, с. 44 – 47.
29. Леонова М.В., Демонова А.В., Белоусов Ю.Б. Гипотензивная эффективность метопролола по данным суточного профиля артериального давления // Кардиология 2000, №3, с. 22 – 26.
30. Леонова М.В., Левичев Ф.А., Палатова Л.Ю. и др. Клиническая эффективность и переносимость небиволола у больных артериальной гипертензией // Кардиология 2000, №5, с. 24 – 28.
31. Лопатин Ю.М., Иваненко В.В., Семенова Н.В. и др. Влияние фиксированной низкодозовой комбинации периндоприла и индапамида на процессы сердечно-сосудистого ремоделирования у ранее не леченных пациентов с артериальной гипертензией // Кардиология 2004, №5, с.48 – 53.
32. Люсов В.А., Евсиков Е.М. Характер и частота почечных поражений и дисфункций у больных эссенциальной гипертензией (гипертонической болезнью) // Российский кардиологический журнал, 1997, №1, с.28 – 40.
33. Мазуров В.И., Рассохин В.В., Шостак М.С. Возможности терапии небивололом эссенциальной артериальной гипертензии у больных с сопутствующим остеоартрозом // Кардиология 2004, №5, с. 54 – 58.
34. Маколкин В.И., Подзолков В.И., Напалков Д.А. Оценка эффективности комплексной терапии антигипертензивными средствами и бигуанидами у больных с метаболическим синдромом // Кардиология 2004, №10, с. 39 – 42.

С остальными источниками (35-72) можно ознакомиться в редакции.

Annotation

The author discusses issues of arterial hypertension terminology and classification use in everyday clinical practice.

Keywords: Arterial hypertension, classification, terminology.

Поступила 20/07-2005