

Возможности применения аппаратного мониторинга артериального давления в акушерской практике

С.П. Синчихин^{1,2}, Г.А. Ихтиярова³, А.В. Алексеева¹, Л.В. Степанян¹, Е.С. Синчихина¹

¹ Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия;

² Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов, Россия;

³ Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан

АННОТАЦИЯ

При ведении беременности важное значение имеет контроль артериального давления, которое может меняться в течение суток по различным причинам. Для обоснованного назначения лекарственной терапии и определения тактики ведения беременности важным является получение объективных данных об изменении артериального давления. Цель данного обзора — обобщить литературные данные о применении аппаратного мониторинга артериального давления в акушерской практике. Обзор основан на анализе публикаций, полученных в результате выборочного поиска в базах данных PubMed, Web of Science, Scopus, Google Scholar и РИНЦ. Показано, что использование в акушерской практике аппаратного суточного мониторинга артериального давления у беременной позволяет получать точные и достоверные данные о его динамике, формировать прогноз развития и течения преэклампсии, предупреждать необоснованное применение гипотензивных лекарственных средств. Вместе с тем необходимо продолжать научно-практические исследования по применению аппаратного контроля артериального давления в направлении экономического обоснования использования указанного исследования в акушерской практике, разработке превентивного лечения артериальной гипертензии у беременных, а также созданию максимально удобных для пациенток приборов.

Ключевые слова: артериальная гипертензия; аппаратное (суточное) мониторирование артериального давления; беременность.

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Синчихин С.П., Ихтиярова Г.А., Алексеева А.В., Степанян Л.В., Синчихина Е.С. Возможности применения аппаратного мониторинга артериального давления в акушерской практике // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва. 2025. Т. 12, № 3. С. XX-XX.
DOI: [10.17816/aog646583](https://doi.org/10.17816/aog646583) EDN: ?????

Рукопись получена: 21.02.2025

Рукопись одобрена: 01.04.2025

Опубликована online: ?????????

Все права защищены © Эко-Вектор, 2025

Possibilities of Using Hardware Monitoring of Blood Pressure in Obstetric Practice

Sergey P. Sinchikhin^{1,2}, Gulchekhira A. Ikhtiyarova³, Anastasia V. Alekseeva¹, Lusine V. Stepanyan¹, Ekaterina S. Sinchikhina¹

¹ Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia;

² Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Saratov, Russia;

³ Bukhara State Medical Institute n.a. Abu Ali ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan

ABSTRACT

When managing pregnancy, it is important to monitor blood pressure, which can change during the day for various reasons. To justify the prescription of drug therapy and determine the tactics of managing pregnancy, it is important to obtain objective data on changes in blood pressure. To summarize the literature on the use of hardware monitoring of blood pressure in obstetric practice. The review is based on an analysis of publications obtained as a result of a selective search in the PubMed, Web of Science, Scopus, Google Scholar and RINTS databases. The article shows that the use of hardware (daily) monitoring of arterial pressure in pregnant women in obstetric practice allows obtaining accurate and reliable data on the dynamics of changes in arterial pressure, forming a prognosis for the development and course of preeclampsia, and preventing the unjustified use of antihypertensive drugs. At the same time, it is necessary to continue scientific and practical research on the use of hardware monitoring of arterial pressure in the direction of economic justification of the use of this study in obstetric practice, development of preventive treatment of arterial hypertension in pregnant women, as well as the creation of devices that are most convenient for patients.

Keywords: arterial hypertension; hardware (daily) monitoring of arterial pressure; pregnancy.

TO CITE THIS ARTICLE:

Sinchikhin SP, Ikhtiyarova GA, Alekseeva AV, Stepanyan LV, Sinchikhina ES. Possibilities of using hardware monitoring of blood pressure in obstetric practice. *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology*. 2025;12(3):xx–xx. DOI: [10.17816/aog646583](https://doi.org/10.17816/aog646583) EDN: ?????

Received: 21.02.2025

Accepted: 01.04.2025

Published online: ?????????

All rights reserved © Eco-Vector, 2025

ОБОСНОВАНИЕ

Цель исследования — обобщить литературные данные о применении аппаратного мониторинга артериального давления в акушерской практике. Обзор основан на анализе публикаций, полученных в результате выборочного поиска в базах данных PubMed, Web of Science, Scopus, Google Scholar и РИНЦ.

Обобщённая информация представляет интерес в плане применения теоретических знаний в клинической практике для акушеров-гинекологов, а также врачей других специальностей (кардиологов и терапевтов).

Во время беременности особое место в адаптационных процессах организма женщины занимают функциональные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. Это во многом связано с увеличением массы тела беременной и объёма циркулирующей крови, а также формированием фетоплацентарного комплекса [1, 2].

Следует отметить, что в настоящее время ведущее место среди экстрагенитальной патологии у беременных занимают и могут являться одной из основных причин материнской смертности сердечно-сосудистые заболевания [3, 4]. При этом артериальная гипертензия (АГ) является одной из наиболее распространённых форм сердечно-сосудистых заболеваний и встречается в гестационном периоде у 15–20% пациенток [5–7].

ДИАГНОСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И/ИЛИ ПРЕЭКЛАМСИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Диагноз АГ при беременности устанавливают на основании повышения абсолютной величины артериального давления (АД) относительно физиологически нормальных значений. Критерием АГ у беременных является повышение систолического АД (САД) выше 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД (ДАД) выше 90 мм рт. ст. Необходимо отметить, что для обязательного подтверждения АГ важно проводить два и более измерений АД с интервалом между ними не менее 4 ч [8, 9]. В качестве итогового значения используют средние числа САД и ДАД, которые были определены не менее чем после двух измерений [10–12].

В зависимости от полученных средних значений САД и ДАД определяют степень тяжести АГ (табл. 1).

Следует отметить, что отдельно может быть выделена симптоматическая АГ, обусловленная хроническими заболеваниями почек, поражением крупных артериальных сосудов и сердца, заболеванием органов эндокринной системы, поражением ЦНС, приёмом лекарственных препаратов и др. [13, 14]. При этом на основании значений АД и функциональных нарушений

со стороны экстрагенитальных органов можно определить степень риска развития осложнений со стороны ССЗ (табл. 2) [15, 16].

Весьма важным при ведении беременных с АГ является прогнозирование риска развития и прогрессирования преэклампсии (ПЭ), то есть гестационного осложнения, которое, как правило, развивается после 20-й недели беременности и при котором наблюдается САД ≥ 140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт. ст. независимо от уровня АД в анамнезе в сочетании с протеинурией или хотя бы одним из других лабораторных показателей, свидетельствующих о развитии полиорганной недостаточности. При кумулятивном эффекте, то есть при длительном течении и/или прогрессировании ПЭ, могут развиваться такие состояния как эклампсия, HELLP-синдром, которые ранее рассматривались как осложнения ПЭ [2, 17, 18]. По данным литературы [2, 4, 19], тяжёлая степень ПЭ и эклампсия могут быть одной из основных причин не только материнской, но и перинатальной смертности, а также инвалидизации матерей и детей.

На сегодняшний день принято считать, что центральным этиопатогенетическим звеном данного осложнения беременности является патологическая плацентация и системный эндотелиоз, который провоцирует полиорганное поражение [3, 5, 6]. Согласно исследованиям, частота встречаемости ПЭ в общей популяции составляет 2–8% и различается в разных странах мира и регионах нашей страны [6, 8, 12, 19].

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Классическим методом измерения АД является его измерение по Н.С. Короткову, когда при помощи стетоскопа выслушивают тоны от пульсирующей плечевой артерии после снижения давления в манжете тонометра, её пережимавшей [9, 19]. Однако ряд авторов отмечают, что при однократном применении данного метода могут быть получены недостоверные результаты, так как АД может изменяться в ответ на физические и психоэмоциональные нагрузки, которые могут предшествовать исследованию. При этом у обследуемой пациентки в период беременности колебания АД в течение суток могут быть намного чаще, чем вне беременности [4, 5, 8].

К современному методу диагностики АГ относится суточное мониторирование АД (СМАД), которое позволяет более точно поставить диагноз и выполнить выбор правильного варианта антигипертензивной терапии.

СМАД представляет собой непрерывное аппаратное исследование АД в течение 24 ч и позволяет определить уровень АД в условиях, типичных для жизни пациентки: во время физических и/или эмоциональных нагрузок, отдыха, в дневные и ночные часы, на фоне приёма лекарственных препаратов или при отсутствии их применения [16, 20].

Необходимо учитывать, что СМАД — это длительное по времени (24 ч) обследование, которое может доставлять дискомфорт пациентке. Именно поэтому перед началом проведения СМАД очень важно предоставить пациентке подробную информацию о предстоящей процедуре и её важности для точной диагностики АГ [5–7]. При этом исключение гипердиагностики с помощью СМАД позволяет избежать необоснованного назначения гипотензивных лекарственных средств, предупредить развитие вегетососудистых нарушений и иных нежелательных изменений у беременной [9–11].

По данным ряда исследований, СМАД позволяет на ранних сроках диагностировать повышение АД до появления протеинурии и прогнозировать прогрессирование ПЭ [12, 13].

При проведении СМАД объективно оцениваются значения гемодинамики, позволяющие более точно подходить к дифференциальной диагностике причин АГ [15, 19, 20]. Основными оценочными критериями СМАД являются: средние значения САД и ДАД за сутки, а также отдельно все показатели дневного и ночного АД [3, 8, 9]. Важно отметить, что у аппарата СМАД российского производства («BPLab» с технологией Vasotens) в сравнении с зарубежными аналогами, по мнению ряда международных экспертов, имеются такие преимущества, как высокая точность, надёжность, и длительный период безремонтной эксплуатации [3, 4, 8, 11].

Несмотря на теоретическую и практическую важность, имеются немногочисленные научно-практические работы по изучению возможностей применения СМАД в акушерско-гинекологической практике.

По данным И.В. Дороговой и соавт. [19], СМАД у беременных способствует верифицированию начальных отклонений в суточном ритме и величине АД, степени и стойкости его повышения, что позволяет уже в конце первого и начале второго триместров гестационного периода выделить группу беременных, угрожаемых по развитию ПЭ.

В исследовании А.С. Аверина и соавт. [20] суточное колебание АД изучали у трёх групп беременных: с хронической АГ, с гестационной АГ и при нормальных значениях АД. По результатам анализа СМАД средние и наиболее высокие значения САД и ДАД оказались в группе беременных с хронической и гестационной АГ. Снижение АД в ночные часы встречалось также у беременных с хронической и гестационной АГ, однако их колебания были незначительными. Наблюдалось снижение АД в ночные часы в физиологических пределах у беременных с нормальными среднесуточными значениями АД.

По мнению Н.А. Никитиной [21], с высокой долей вероятности можно прогнозировать прогрессирование тяжести ПЭ, если будут сохраняться патологические изменения суточного ритма АД, несмотря на проводимую гипотензивную терапию, что требует решения вопроса о своевременном родоразрешении до развития критического состояния беременной.

А.В. Ганеева [22] разработала модель раннего прогнозирования ПЭ на основании комбинации показателей вариабельности АД и резистентности кровотока в маточных артериях при первом ультразвуковом скрининге. Установлено, что у пациенток при физиологическом течении беременности и с нормотензией вариабельность АД находится в пределах низких значений и не имеет тенденции к изменению в течение всего гестационного периода. При этом у пациенток с хронической АГ наблюдается как высокая краткосрочная, так и долгосрочная вариабельность АД с ранних сроков беременности. При этом сочетание высокой долгосрочной вариабельности САД в сочетании с высокой резистентностью маточного кровотока на сроке 11–13 недель является предиктором развития ПЭ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный обзор показывает, что для пациенток, имеющих факторы риска или уже развившиеся осложнения со стороны органов сердечно-сосудистой системы, очень важным является регулярный мониторинг АД. При этом применение СМАД позволяет обеспечить точные и достоверные данные о динамике изменения АД, помогает прогнозировать развитие гестационных осложнений и способствует принятию обоснованного решения о тактике ведения беременности. Вместе с тем необходимо продолжить научно-исследовательские работы по направлению применения аппаратного мониторинга АД, в частности экономического обоснования применения указанного исследования в акушерской практике, разработке превентивного лечения АГ у беременных, а также создания максимально удобных для пациенток приборов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. С.П. Синчихин — определение концепции, администрирование проекта, пересмотр и редактирование рукописи; Г.А. Ихтиярова — анализ данных, пересмотр и редактирование рукописи; А.В. Алексеева — анализ данных, написание черновика рукописи; Л.В. Степанян и Е.С. Синчихина — работа с данными, анализ данных, написание черновика рукописи. Все авторы одобрили рукопись (версию для публикации), а также согласились нести ответственность за все аспекты работы, гарантируя надлежащее рассмотрение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой её части.

Источники финансирования. Отсутствуют.

Раскрытие интересов. Авторы заявляют об отсутствии отношений, деятельности и интересов за последние три года, связанных с третьими лицами (коммерческими и некоммерческими), интересы которых могут быть затронуты содержанием статьи.

Оригинальность. При создании настоящей работы авторы не использовали ранее опубликованные сведения (текст, иллюстрации, данные).

Доступ к данным. Доступ к данным, полученным в настоящем исследовании, закрыт.

Генеративный искусственный интеллект. При создании настоящей статьи технологии генеративного искусственного интеллекта не использовали.

Рассмотрение и рецензирование. Настоящая работа подана в журнал в инициативном порядке и рассмотрена по обычной процедуре. В рецензировании участвовали два рецензента, член редакционной коллегии и главный редактор издания.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contributions: S.P. Sinchikhin - definition of a concept, project administration, revision and editing of the manuscript; G.A. Ihtiyarova - data analysis, revision and editing of the manuscript; A.V. Alekseeva - data analysis, writing a draft manuscript; L.V. Stepanyan and E.S. Sinchikhina - Data work, data analysis. All authors approved the version of the manuscript to be published and agree to be accountable for all aspects of the work, ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

Funding sources: No funding.

Disclosure of interests: The authors have no relationships, activities, or interests for the last three years related to for-profit or not-for-profit third parties whose interests may be affected by the content of the article.

Statement of originality: No previously published material (text, images, or data) was used in this work.

Data availability statement: Access to the data obtained in this study is restricted.

Generative AI: No generative artificial intelligence technologies were used to prepare this article.

Provenance and peer-review: This paper was submitted unsolicited and reviewed following the standard procedure. The peer review process involved two reviewers, a member of the editorial board, and the in-house scientific editor.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Tshaj VB. Problems of intrauterine infection from the position of evidence-based medicine. *Siberian Medical Review*. 2007;(1):76–80. EDN: JVMILD
2. Agababyan LR, Makhmudova SE. Modern genetic methods for predicting preeclampsia. *Doctor's Herald*. 2019;(2):129–132.
3. Balgobin CA, Zhang X, Lima FV, et al. Risk factors and timing of acute myocardial infarction associated with pregnancy: insights from the national inpatient sample. *J Am Heart Assoc*. 2020;9(21):e016623. doi: 10.1161/JAHA.120.016623
4. Ikhtiyarova GA, Kudratova DSh. Assessment of risk factors for intrauterine fetal malformations. *International Journal of Formal Education*. 2022;1(4):22–28.
5. Gardanova ZhR, Abdrakhmanov SD, Anisimova KA, et al. Anxiety-depressive disorders in pregnant women with arterial hypertension. *Akusherstvo i Ginekologiya*. 2016;(8):54–59. doi: 10.18565/aig.2016.8.54-59 EDN: WWWRGZ
6. Vertkin AL, Tkacheva ON, Murashko LE, et al. Arterial hypertension of pregnant women: diagnosis, management tactics. *Lechaschi Vrach*. 2006;(3):22–25. (In Russ.) EDN: SAQNED
7. Askerov AA, Tashmatova DM, Karybekova AM. Issues of labor induction in premature, full-term and delayed pregnancy. *Bulletin of the Tashkent Medical Academy*. 2023;(6):32–36.
8. Magee LA, Pels A, Helewa M, et al. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. *Pregnancy Hypertens*. 2014;4(2):105–145. doi: 10.1016/j.preghy.2014.01.003
9. Krysova LA. 24-hour blood pressure monitoring in pregnant women (literature review). *Ural Medical Journal*. 2008;(12):14–19. EDN: KUSFVF
10. Mikhelson AA, Pogorelova TN, Gunko VO, et al. Impairments in metabolism of amino acids-precursors of neurotransmitters-in the premature birth. *Biomeditsinskaya Khimiya*. 2021;67(5):443–448. doi: 10.18097/PBMC20216705443 EDN: RKRAXT
11. Stylianou-Riga P, Kouis P, Kinni P, et al. Maternal socioeconomic factors and the risk of premature birth and low birth weight in Cyprus: a case-control study. *Reprod. Health*. 2018;15(1):157. doi: 10.1186/s12978-018-0603-7
12. Tjeldink MM, Vierhout ME, Heesakkers JP, Withagen MI. Surgical management of mesh-related complications after prior pelvic floor reconstructive surgery with mesh. *Int Urogynecol J*. 2011;22(11):1395–404. doi: 10.1007/s00192-011-1476-2
13. Kovalenko KA, Mashkina EV, Rymashevsky AN, Shkurat TP. Genitourinary infection and pregnancy pathology. *Journal of Fundamental Medicine and Biology*. 2012;(1):66–70. EDN PDTHMX
14. D'Souza RD, Silversides CK, Tomlinson GA, Siu SC. Assessing cardiac risk in pregnant women with heart disease: how risk scores are created and their role in clinical practice. *Can J Cardiol*. 2020;36(7):1011–1021. doi: 10.1016/j.cjca.2020.02.079
15. Kurbanov B.B., Kurbanova M.T. Morphofunctional changes of the placenta in pregnant women with mild preeclampsia. *Problems of Biology and Medicine*. 2020;(1):62–63. doi: 10.38096/2181-5674.2020.1.00017

16. James AH, Jamison MG, Biswas MS, et al. Acute myocardial infarction in pregnancy: a United States population-based study. *Circulation*. 2006;113(12):1564–1571. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.576751
17. Runikhina NK, Mikhaylusova MP, Bart BYa. Chronic arterial hypertension and its clinical course at various pregnancy stages (24-hour blood pressure monitoring data). *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2006;5(8):11–16.
18. Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink JW, Bauersachs J, et al 2018 ESC guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *Eur Heart J*. 2018;39(34):3165–3241. doi: 10.1093/eurheartj/ehy340
19. Dorogova IV, Bartosh LF, Usanov VD, Ishkova MV. The possibilities of 24-hour blood pressure monitoring in pregnant women for prognostication preeclampsia. *Bulletin of Arrhythmology*. 2002;(28):32–35. EDN HSQGIJ
20. Averin AS, Yevtushenko ID, Volkov RV, et al. 24-hour blood pressure monitoring in pregnant women in the third trimester of pregnancy. *Advances in Current Natural Sciences*. 2010;(9):125–126. (In Russ.) EDN: LMCEOL
21. Nikitina NA. *Clinical and immunomorphological features of preeclampsia in the substantiation of a predictive, preventive, personalized management system for pregnant women* [dissertation abstract]. Moscow; 2017. 22 p. (In Russ.) EDN: ZQGPQL
22. Ganeeva AV. *The prognostic value of blood pressure variability in pregnant women at risk of developing preeclampsia* [dissertation]. Moscow; 2020. 158 p. (In Russ.) EDN: EJIUHT

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / AUTHORS' INFO

* Автор, ответственный за переписку	* Corresponding author
* Синчихин Сергей Петрович , д-р мед. наук, профессор; адрес: Россия, 414000, Астрахань, ул. Бакинская, д. 121; ORCID: 0000-0001-6184-1741; eLibrary SPIN: 8225-2239; e-mail: doc_sinchihin@mail.ru	* Sergey P. Sinchikhin , MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor; address: 121 Bakinskaya st, Astrakhan, Russia, 414000; ORCID: 0000-0001-6184-1741; eLibrary SPIN: 8225-2239; e-mail: doc_sinchihin@mail.ru
Ихтиярова Гульчехра Акмаловна , д-р мед. наук, профессор; ORCID: 0009-0003-7485-1975; eLibrary SPIN: 1984-7359; e-mail: ixtiyarova7272@mail.ru	Gulchekhra A. Ikhtiyarova , MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor; ORCID: 0009-0003-7485-1975; eLibrary SPIN: 1984-7359; e-mail: ixtiyarova7272@mail.ru
Алексеева Анастасия Васильевна , студентка; ORCID: 0000-0002-4391-094X; eLibrary SPIN: 1899-6764; e-mail: ms-ava@mail.ru	Anastasia V. Alekseeva , Student; ORCID: 0000-0002-4391-094X; eLibrary SPIN: 1899-6764; e-mail: ms-ava@mail.ru
Степанян Лусине Вардановна , канд. мед. наук, доцент; ORCID: 0000-0002-8285-3722; eLibrary SPIN: 3569-3366; e-mail: lus-s84@mail.ru	Lusine V. Stepanyan , MD, Cand. Sci. (Medicine), Assistant Professor; ORCID: 0000-0002-8285-3722; eLibrary SPIN: 3569-3366; e-mail: lus-s84@mail.ru
Синчихина Екатерина Сергеевна , студентка; ORCID: 0000-0002-3949-4349; eLibrary SPIN: 5119-1348; e-mail: es.sinchikhina@mail.ru	Ekaterina S. Sinchikhina , Student; ORCID: 0000-0002-3949-4349; eLibrary SPIN: 5119-1348; e-mail: es.sinchikhina@mail.ru

ТАБЛИЦЫ

Таблица 1. Оценка степени тяжести артериальной гипертензии

Характеристика	САД и/или ДАД, мм рт. ст.
Категория артериального давления	
Оптимальное	<120 и/или <80
Нормальное	120–129 и/или 80–84
Высокое нормальное	130–139 и/или 85–89
Степень тяжести артериальной гипертензии	
1-я степень	140–159 и/или 90–99
2-я степень	160–179 и/или 100–109
3-я степень	>180 и/или >110
Изолированная систолическая гипертензия	>140 и <90
Изолированная диастолическая гипертензия	<140 и ≥90

Примечание. САД — систолическое артериальное давление; ДАД — диастолическое артериальное давление.

Таблица 2. Определение степени риска развития сердечно-сосудистых осложнений

Клинические факторы риска		Параметры оценки			
Стадия ГБ	ПОМ или другие заболевания	САД/ДАД, мм рт. ст.			
		130–139/85–89	140–159/90–99	160–179/100–109	≥180/≥110
		Степень риска			
I	Нет других факторов риска	Низкий риск (риск 1)	Низкий риск (риск 1)	Умеренный риск (риск 2)	Высокий риск (риск 3)
	1–2 фактора риска	Низкий риск (риск 1)	Умеренный риск (риск 2)	Умеренный/высокий риск	Высокий риск (риск 3)
	3 и более факторов риска	Низкий/умеренный риск	Умеренный/высокий риск	Высокий риск (риск 3)	Высокий риск (риск 3)
II	ПОМ, ХБП 3-й стадии или СД без поражения органов	Умеренный/высокий риск	Высокий риск (риск 3)	Высокий риск (риск 3)	Высокий/очень высокий риск
III	Установленное ССЗ, ХБП 4-й и больше стадии или СД с поражением органов	Очень высокий риск (риск 4)			

Примечание. ГБ — гипертоническая болезнь; ПОМ — поражение органов мишеней; САД — систолическое артериальное давление; ДАД — диастолическое артериальное давление; ХБП — хроническая болезнь почек; СД — сахарный диабет; ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания.