



# Домашнее мониторирование артериального давления – ценная возможность успешного контроля артериальной гипертензии в современных реалиях

А.С. Галявич, д.м.н., проф., Л.В. Балеева, к.м.н., З.М. Галеева, к.м.н.

Адрес для переписки: Лариса Васильевна Балеева, [larisabaleeva151@gmail.com](mailto:larisabaleeva151@gmail.com)

Для цитирования: Галявич А.С., Балеева Л.В., Галеева З.М. Домашнее мониторирование артериального давления – ценная возможность успешного контроля артериальной гипертензии в современных реалиях. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (30): 22–27.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-30-22-27

*Домашнее мониторирование артериального давления (АД) становится все более востребованным и необходимым инструментом для управления артериальной гипертензией (АГ) и ее контроля. Традиционно АД измеряется врачами в клинических условиях, однако такие отдельные измерения могут не отражать динамику АД в течение как короткого, так и длительного периода времени. Домашнее мониторирование АД позволяет получить непрерывную информацию о возможных колебаниях АД в течение дня, нескольких дней, недель или месяцев, способствуя более точной диагностике и эффективному управлению АГ, вовлечению больного в процесс лечения и улучшению сотрудничества между пациентом и врачом.*

*В статье проанализированы преимущества домашнего мониторирования АД, показания и основные рекомендации по его проведению, значение данной процедуры для диагностики и лечения АГ.*

**Ключевые слова:** домашнее мониторирование артериального давления, артериальная гипертензия, артериальное давление

## Введение

Распространенность артериальной гипертензии (АГ) среди взрослого населения составляет около 30–45% и увеличивается с возрастом, достигая 60% и более у лиц старше 60 лет [1]. Согласно прогнозу, к 2025 г. число пациентов с АГ увеличится на 15–20% [2]. АГ является ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых (СС) (инфаркт миокарда, инсульт, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность), цереброваскулярных (ишемический и геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака) и почечных (хроническая болезнь почек) заболеваний [3–5].

На сегодняшний день информированность о наличии у пациентов АГ, охват терапии достоверно улучшились на популяционном уровне, в том числе в нашей стране, но эффективность контроля артериального давления (АД) среди больных АГ остается на невысоком уровне [6].

Текущее неоптимальное лечение АГ может быть частично связано с ограничением использования толь-

ко данных офисного артериального давления (ОАД). Однократный визит для измерения ОАД проводится в непривычной для обследуемого обстановке, имеет ограниченную диагностическую точность, ассоциируется с риском возникновения гипертонии белого халата (ГБХ), не обнаруживает маскированной гипертензии (МГ). Использование внеофисного (суточного и домашнего) мониторирования АД позволяет значительно улучшить диагностику, контроль АД, эффективность лечения и прогноз у пациентов с АГ [4, 7, 8]. По мнению международных экспертов, необходимо увеличить использование методов внеофисного измерения АД. В частности, следует расширить внедрение домашнего мониторирования АД (ДМАД), основным преимуществом которого является возможность измерять АД в комфортной домашней обстановке, в отсутствие стресса и нервозности, которые часто сопровождают походы к врачу. Это обеспечит более точные результаты. ДМАД характеризуется воспроизводимостью, сравнимой с суточным мониторированием АД (СМАД).



Метод доказал преимущества перед традиционным измерением АД для прогноза поражения органов-мишеней, развития неблагоприятных СС осложнений, поскольку анализ происходит с учетом большего числа измерений АД, чем обычное офисное обследование, в условиях, максимально приближенных к повседневной жизни пациента [4, 9].

Первая специальная публикация, посвященная самостоятельному измерению АД в домашних условиях, появилась в 1930 г. Потенциальные преимущества домашнего измерения АД по сравнению с измерениями АД в условиях врачебного кабинета показали D. Аuman и A. Goldshine свыше 60 лет назад, описав эффект «белого халата». Это исследование затронуло как минимум два важных аспекта, послуживших стимулом к изучению методов измерения АД вне врачебного кабинета. Во-первых, появилась возможность получить более точную информацию об уровне дневного АД благодаря более частым измерениям. Во-вторых, было показано, что измерение АД в привычной для пациента домашней обстановке позволяет устранить тревожную реакцию на присутствие врача и нахождение в клинике. Дальнейшие исследования подтвердили эти положения и продемонстрировали, что различия между уровнем клинического и домашнего АД тем выше, чем выше степень АГ. В настоящее время использование на практике ДМАД имеет экспоненциальный рост благодаря техническому прогрессу, который привел к появлению небольших, точных, удобных и относительно недорогих устройств для измерения АД [9].

### Методы измерения АД

На практике используются офисное (ОАД) и амбулаторные измерения АД (выполняемые вне клиники). К последним относятся ДМАД и СМАД. Для оценки ОАД обычно требуется как минимум два-три посещения врача с интервалом 1–4 недели (в зависимости от уровня АД и соответственно риска СС заболеваний и осложнений). Не следует ставить диагноз, основываясь на результатах только одного посещения, за исключением случаев, когда имеется выраженное повышение АД (3-й степени) или поражение органов-мишеней [10]. Для большинства пациентов диагноз устанавливается при подтверждении повышенного АД при повторных визитах к врачу либо с помощью ДМАД или СМАД. Особенно важно проводить ДМАД или СМАД у пациентов, получающих/не получающих лечение с ОАД в пределах значений АГ 1-й степени (140–159/90–99 мм рт. ст.), поскольку у таких пациентов высока вероятность ГБХ. Аналогично ДМАД и СМАД следует проводить пациентам с высоким нормальным ОАД (130–139/85–89 мм рт. ст.), поскольку у них высока вероятность МГ. Интерпретация среднего ОАД и дополнительные исследования представлены в таблице. При невозможности проведения ДМАД или СМАД необходимо подтвердить диагноз более частым измерением ОАД во время приемов [8].

Суточное мониторирование АД обеспечивает измерения АД во время обычных ежедневных занятий и ночного сна, помогает выявить ГБХ и МГ, резистентную АГ,

*Интерпретация среднего офисного АД (как минимум два-три посещения врача с проведением двух-трех измерений за посещение) [8]*

Офисное АД, мм рт. ст.	Диагноз	Действие
Нормальное/ оптимальное АД ( $< 130/85$ )	Нормотензия	Повторить измерение через год (шесть месяцев при наличии других факторов риска)
Высокое нормальное АД (130–139/85–89)	Возможна МГ	Провести домашнее и/или суточное мониторирование АД. В противном случае подтверждение диагноза путем повторных посещений врача
АГ 1-й степени (140–159/90–99)	Возможна ГБХ	
АГ 2-й и 3-й степени ( $\geq 160/100$ )	Высока вероятность устойчивой АГ	Подтвердить диагноз в течение нескольких дней или недель*. В идеале провести домашнее или суточное мониторирование АД

\* Начать лечение незамедлительно при очень высоких показателях АД ( $\geq 180/110$  мм рт. ст.), при наличии признаков поражения органов-мишеней, а также при имеющихся СС заболеваниях.

проследить уровни АД в течение суток и оценить эффективность лекарственной терапии. Метод не всегда доступен в условиях первичной медицинской помощи, относительно дорогостоящий и трудоемкий, доставляет неудобства пациенту, особенно во время сна.

Домашнее мониторирование АД предоставляет множественные измерения АД вне офиса, в привычной для обследуемого среде. Выявляет ГБХ и МГ. Рекомендован как лучший метод долгосрочного контроля АГ на фоне лечения.

Преимущества метода:

- ✓ широко доступен, относительно невысокая цена;
- ✓ предпочтителен для долгосрочного контроля АГ на фоне лечения;
- ✓ подходит для ежедневного использования;
- ✓ выявляет ГБХ и МГ;
- ✓ используется для подтверждения неконтролируемой и резистентной АГ;
- ✓ повышает приверженность пациентов лечению и контроль АГ;
- ✓ может применяться при телемониторировании, данные можно вносить в электронную карту пациента;
- ✓ снижает расходы на здравоохранение.

Недостатки метода:

- ✓ зачастую используются неточные приборы и манжеты;
- ✓ в некоторых случаях мониторирование следует проводить часто, при возникновении симптомов;
- ✓ может вызывать тревожность у некоторых пациентов;
- ✓ имеется риск неконтролируемого изменения лечения самим пациентом;
- ✓ возможна регистрация выборочных показателей измерения АД пациентами (обычно пропускают более высокие значения АД);
- ✓ доктор может использовать примерные значения расчетного домашнего АД, а не рассчитывать их;
- ✓ отсутствует информация об уровнях АД во время сна и в рабочее время.



Показаниями для проведения ДМАД являются:

- первичная диагностика: подтверждение диагноза АГ, выявление ГБХ и МГ;
- оценка эффективности лечения АГ (у всех пациентов с АГ, за исключением случаев нежелания и неспособности проводить правильное измерение, или в случаях тревожности по поводу самостоятельного измерения; в целях титрования гипотензивных препаратов, анализа долгосрочного контроля АД, проверки строгого контроля АД (пациенты группы высокого риска, беременные), для повышения долгосрочной приверженности пациента терапии) [9].

## Рекомендации по проведению ДМАД

АД очень изменчиво и зависит от физических условий (например, от температуры), возбуждающего воздействия шума, физической и умственной активности, влияния экзогенных веществ (в частности, во время диеты, при приеме наркотиков и алкоголя) и сопутствующих заболеваний. Перед измерением следует привести в норму переменные, которые вызывают быстрые изменения АД, за счет контроля условий, в которых проводится измерение, и факторов, свойственных пациенту. Это делается для того, чтобы сократить диапазон колебаний измерений и улучшить воспроизводимость результатов. Измерение, проводимое медицинским персоналом, посещающим пациента на дому, не является ДМАД. Для оценки уровня АД значение имеют подготовка пациента и последовательное применение рекомендованной стандартизированной методики измерения [9].

## График измерений при проведении ДМАД

Для диагностики АГ перед каждым посещением врача измерения проводятся за семь дней до приема (как минимум за три дня), предпочтительно в рабочие дни, особенно если измерения выполняются нечасто. Измерения необходимо проводить утром и вечером и при подозрении на необычное изменение АД. Измерять АД следует перед приемом лекарственных средств и приемом пищи, каждый раз измерять давление два раза с минутным интервалом между измерениями. Для долгосрочного наблюдения на фоне гипотензивной терапии важно измерять по два показателя АД один-два раза в неделю (чаще всего) или в месяц (минимальная частота).

В случае контролируемой АГ измерение АД проводится за семь дней до каждого визита в клинику, по крайней мере в течение недели на протяжении трех месяцев. Следует избегать самостоятельной корректировки дозы лекарственного средства на основании самостоятельных измерений, если это происходит не под руководством лечащего врача [8, 9, 11].

## Интерпретация результатов ДМАД

Предпочтение следует отдавать данным измерений с автоматических приборов, сохраненным в памяти прибора (или мобильном телефоне). В иных случаях подойдет запись в специальном дневнике измерений. Необходимо оценить данные измерений за семь дней (как мини-

мум трех дней с 12 измерениями). Не следует учитывать данные измерений первого дня, надо рассчитать средние показатели измерений в остальные дни. Средний уровень АД  $\geq 135/85$  мм рт. ст. является показателем АГ. Показатели отдельных измерений имеют низкую диагностическую точность. Следующий рекомендуемый шаг – обсуждение между пациентом и врачом результатов измерений АД для определения соответствующего плана лечения [9, 12].

## Целевые уровни АД

Согласно современным клиническим рекомендациям, целевые уровни АД у пациентов, получающих лечение, указаны для офисного АД и составляют  $< 140/90$  мм рт. ст., а при хорошей переносимости лекарственных препаратов –  $130/80$  мм рт. ст. или ниже с доказанными преимуществами в плане снижения риска СС осложнений [4, 10].

Уровень АД, полученный с помощью ДМАД, считается более низким по сравнению с АД при офисном измерении и в большей степени приближен к среднедневным показателям АД, полученным в ходе СМАД. На основании данных эпидемиологических исследований и исследований частоты развития осложнений за пороговый уровень АД при ДМАД для диагностики АГ принимается уровень САД/ДАД  $> 135/85$  мм рт. ст. (соответствует порогу АД при офисном измерении  $140/90$  мм рт. ст.), что совпадает с пороговым среднедневным уровнем АД при СМАД [13].

## Прогностическая значимость

Недавно были опубликованы исследования, в которых показана прогностическая ценность метода ДМАД для оценки риска развития СС событий [12, 14–18]. Согласно результатам этих исследований, уровень АД, полученный при ДМАД, может быть лучшим предиктором риска, чем уровень АД, полученный при офисном измерении. Кроме того, результаты исследования PAMELA показали, что ДМАД дает дополнительную прогностическую информацию, не зависящую от данных, полученных при СМАД [12]. В частности, в Охасамском исследовании установлена взаимосвязь домашнего АД и частоты цереброваскулярной и СС смерти (рисунок) [14].

## Результаты ДМАД в программе КОНСОНАНС

Представляет интерес использование ДМАД в исследованиях контроля АД в больших популяциях пациентов с долгим периодом наблюдения, в которых применение ДМАД ассоциируется с более точной информацией, чем офисное измерение АД, меньшей стоимостью и большей простотой в применении по сравнению с методом СМАД.

В клинических исследованиях данные, полученные методом ДМАД, являются более воспроизводимыми и лишены эффектами «белого халата». Метод ДМАД для оценки эффективности и долгосрочного контроля АД применяли в открытой наблюдательной программе КОНСОНАНС, которая проводилась в восьми городах Российской Федерации [19]. Оценивали эффектив-

# КОНСИЛАР-Д24

рамиприл + индапамид

## УВЕРЕННЫЙ ШАГ В БУДУЩЕЕ БЕЗ ГИПЕРТОНИИ<sup>1</sup>

- ▶ Стабильное снижение клинического и домашнего АД с первых недель терапии<sup>2</sup>
- ▶ Достижение целевого АД у большинства пациентов с ранее неконтролируемой АГ<sup>2</sup>
- ▶ 1 капсула в день для полноценного контроля давления в течение суток<sup>3</sup>



**2,5** мг рамиприла  
**0,625** мг индапамида

**5** мг рамиприла  
**1,25** мг индапамида

30 и 60 капсул в упаковке

<sup>1</sup> Конради А.О., Галявич А.С., Кашталап В.В., Лопатин Ю.М., Лямина Н.П., Недогода С.В. и др. Реальная эффективность и безопасность препарата КОНСИЛАР-Д24 у пациентов с артериальной гипертензией по данным программы КОНСОНАНС. Российский кардиологический журнал. 2021;26(9):4651.

<sup>2</sup> Галявич А.С., Кашталап В.В., Лопатин Ю.М., Лямина Н.П., Недогода С.В., Недошивин А.О., Нечаева Г.И., Ратова Л.Г., Шапошник И.И., Конради А.О. от имени участников программы КОНСОНАНС. Эффективность антигипертензивной терапии по результатам программы КОНСОНАНС. Только ли достижение целевого уровня АД? Журнал «Эффективная фармакотерапия». 2023.

<sup>3</sup> Инструкция по применению.



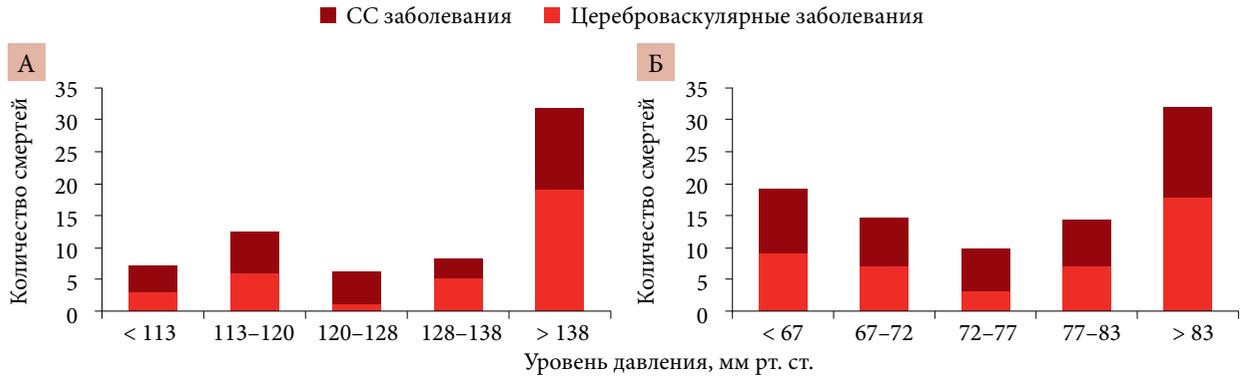
[www.vertex.spb.ru](http://www.vertex.spb.ru)

Телефон горячей линии:  
**8-800-2000-305**

199106, Россия, Санкт-Петербург,  
В. О., 24 линия, д. 27 А

Реклама.

Наглядное пособие для распространения в рамках медицинских выставок и конгрессов для специалистов и работников системы здравоохранения.



Взаимосвязь домашнего АД и частоты цереброваскулярной и СС смерти (диагностический критерий АГ при домашнем измерении > 135/85 мм рт. ст.): А – систолическое АД, Б – диастолическое АД

ность, безопасность и долгосрочную приверженность терапии фиксированной комбинацией рамиприла/индапамида (Консилар-Д24) у 358 пациентов с АГ 1–2-й степени, не достигших контроля АД на предшествовавшей неэффективной моно- или двухкомпонентной комбинированной терапии или не принимавших антигипертензивную терапию, в реальной клинической практике. Средняя суточная доза рамиприла составила  $4,3 \pm 1,4$  мг (2,5–10,0 мг), индапамида –  $1,1 \pm 0,3$  мг (0,625–2,5 мг). Большинство участников (246 (68,7%) пациентов) получали одну капсулу Консилара-Д24 (5 мг рамиприла и 1,25 мг индапамида). Пациенты исходно имели личные автоматические тонометры, им выдавались дневники для записи домашнего АД. По завершении программы через шесть месяцев целевой уровень ОАД < 140/90 мм рт. ст. регистрировался у 356 (99,4%) пациентов.

Критерием эффективности по данным ДМАД, согласно рекомендациям по АГ [10], считалось достижение среднего АД по данным ДМАД < 135/85 мм рт. ст. Целевого уровня домашнего АД < 135/85 мм рт. ст. через две недели лечения, по результатам программы КОНСОНАНС, достиг 271 (75,7%) пациент, через три месяца – 326 (91,1%), по завершении программы через шесть месяцев лечения – 342 (95,5%) пациента. По данным ДМАД, достоверное снижение АД наблюдалось с первой недели и на протяжении первых трех месяцев лечения Консиларом-Д24. В дальнейшем средние значения АД, регистрируемые пациентами, достоверно не изменялись, что свидетельствовало о длительном стабильном контроле АД на фоне лечения фиксированной комбинацией рамиприла/индапамида и отсутствии ускользания антигипертензивного эффекта. Через шесть месяцев лечения, по результатам ДМАД, среднее значение АД составило  $123,0 \pm 6,5/76,2 \pm 4,7$  мм рт. ст., что указывало на стабильную эффективность использования фиксированной комбинации рамиприла/индапамида

Консилар-Д24 у большинства пациентов с неконтролируемой ранее АГ на моно- или двухкомпонентной комбинированной терапии.

### Заключение

ДМАД рекомендуется использовать в качестве рутинного метода измерения АД у большинства пациентов для подтверждения диагноза и контроля лечения АГ. Данные о ДМАД, накопленные за последнее десятилетие, говорят о том, что этот метод следует рассматривать не как дополнительный или скрининговый тест, требующий подтверждения с помощью СМАД, а как альтернативу СМАД для принятия решений по поводу лечения АГ. Во многих странах вопрос о целесообразности широкого использования ДМАД в клинической практике решен самими пациентами, которые охотно применяют этот метод измерения давления [4, 9, 13]. Внедрение ДМАД способствует повышению приверженности пациентов лечению за счет их обучения и участия в управлении собственным здоровьем, улучшению отношений между врачом и пациентом, помогает избежать необоснованных посещений врача, добиться более удовлетворительных показателей контроля АГ и тем самым улучшить СС прогноз [9].

Оптимизация антигипертензивной терапии с использованием фиксированной комбинации рамиприла/индапамида Консилар-Д24 эффективно снижает клиническое и домашнее АД с первой недели лечения, способствует быстрому достижению целевого уровня АД у большинства пациентов с ранее неконтролируемой АГ, сохранению стабильного контроля АД в течение длительного периода времени и приверженности пациентов лечению. ☺

*Работа выполнена при финансовой поддержке АО «Вертекс» (Россия). Статья подготовлена при информационной поддержке АО «Вертекс» (Россия), что никоим образом не повлияло на мнение авторов статьи.*

### Литература

1. Муромцева Г.А., Концевая А.В., Константинов В.В. и др. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012–2013 гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014; 13 (6): 4–11.



2. Kearney P.M., Whelton M., Reynolds K., et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2005; 365 (9455): 217–223.
3. Franklin S.S., Lopez V.A., Wong N.D., et al. Single versus combined blood pressure components and risk for cardiovascular disease: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2009; 119 (2): 243–250.
4. 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 and the European Society of Hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *J. Hypertens*. 2018; 36 (10): 1953–2041.
5. Чазова И.Е., Жернакова Ю.В. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. Системные гипертензии. 2019; 16 (1): 6–31.
6. Баланова Ю.А., Концевая А.В., Шальнова С.А. и др. Распространенность поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции по результатам исследования ЭССЕ-РФ. Профилактическая медицина. 2014; 5: 42–52.
7. Liuzzi G., Volpe M. 24 Hour blood pressure monitoring is a better predictor of mortality than clinic blood pressure in a large cohort of primary care patients: what is the impact on clinical practice? *Eur. Heart J*. 2023; 44 (30): 2802–2804.
8. Stergiou G.S., Palatini P., Parati G., et al. 2021 European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement. *J. Hypertens*. 2021; 39 (7): 1293–1302.
9. Parati G., Stergiou G.S., Bilo G., et al. Home blood pressure monitoring: methodology, clinical relevance and practical application: a 2021 position paper by the Working Group on Blood Pressure Monitoring and Cardiovascular Variability of the European Society of Hypertension. *J. Hypertens*. 2021; 39 (9): 1742–1767.
10. Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Недогода С.В. и др. Артериальная гипертония у взрослых. Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал. 2020; 25 (3): 3786.
11. Техническая спецификация ВОЗ для автоматических приборов неинвазивного измерения артериального давления с манжетой. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2022. Лицензия CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
12. Mancia G., Facchetti R., Bombelli M., et al. Long-term risk of mortality associated with selective and combined elevation in office, home, and ambulatory blood pressure. *Hypertension*. 2006; 47 (5): 846–853.
13. Thijs L., Staessen J.A., Celis H., et al. Reference values for self-recorded blood pressure: a meta-analysis of summary data. *Arch. Intern. Med*. 1998; 158 (5): 481–488.
14. Ohkubo T., Asayama K., Kikuya M., et al. How many times should blood pressure be measured at home for better prediction of stroke risk? Ten-year follow-up results from the Ohasama study. *J. Hypertens*. 2004; 22 (6): 1099–1104.
15. Agarwal R., Andersen M.J. Prognostic importance of clinic and home blood pressure recordings in patients with chronic kidney disease. *Kidney Int*. 2006; 69 (2): 406–411.
16. Fagard R.H., Van Den B.C., De Cort P. Prognostic significance of blood pressure measured in the office, at home and during ambulatory monitoring in older patients in general practice. *J. Hum. Hypertens*. 2005; 19 (10): 801–807.
17. Stergiou G.S., Baibas N.M., Kalogeropoulos P.G. Cardiovascular risk prediction based on home blood pressure measurement: the Didima study. *J. Hypertens*. 2007; 25 (8): 1590–1596.
18. Bobrie G., Chatellier G., Genes N., et al. Cardiovascular prognosis of «masked hypertension» detected by blood pressure self-measurement in elderly treated hypertensive patients. *JAMA*. 2004; 291 (11): 1342–1349.
19. Лопатин Ю.М., Недогода С.В., Галявич А.С. и др. Эффективность антигипертензивной терапии по результатам программы КОНСОНАНС. Только ли достижение целевого уровня артериального давления? Артериальная гипертония. 2023; 29 (4): 419–431.

## Home Monitoring of Blood Pressure Is a Valuable Opportunity for the Successful Control of Arterial Hypertension in Today's Realities

A.S. Galyavich, PhD, Prof., L.V. Baleeva, PhD, Z.M. Galeeva, PhD

Kazan State Medical University

Contact person: Larisa V. Baleeva, [larisabaleeva151@gmail.com](mailto:larisabaleeva151@gmail.com)

*Home blood pressure (BP) monitoring is becoming an increasingly demanded and necessary tool for the management and control of hypertension (HTN).*

*Traditionally, healthcare professionals in clinical settings measure arterial BP; however, these isolated measurements may not reflect the complete picture of BP behavior over short or long periods. Home BP monitoring provides continuous information about potential BP fluctuations throughout the day, for several days, weeks, or months, facilitating more precise diagnosis and effective management of HTN. It helps engage the patient in disease management and enhances collaboration between the patient and healthcare provider.*

*In this article, we will explore the advantages, indications for conducting home monitoring, and key recommendations for its implementation, discussing its significance in the diagnosis and treatment of hypertension.*

**Keywords:** home blood pressure monitoring, arterial hypertension, blood pressure