

Руководство ESC 2024 г. по ведению пациентов с повышенным артериальным давлением и гипертензией

2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension

Разработано целевой группой по лечению повышенного артериального давления и гипертензии Европейского общества кардиологов (ESC) и одобрена Европейским обществом эндокринологов (ESE) и Европейской организацией по борьбе с инсультом (ESO).

Преамбула и введение

Данный документ 2024 г. обновляет Руководство по лечению артериальной гипертензии, подготовленное ESC/Европейским обществом гипертензии (ESH) в 2018 г. Он основан на предыдущих руководствах, а также включает важные обновления и новые рекомендации, основанные на современных данных. Например,

– название документа изменено с «Руководства по лечению артериальной гипертензии» на «Руководство по лечению повышенного артериального давления и гипертензии». Это основано на данных о том, что риск сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), связанный с артериальным давлением (АД), определяется по непрерывной шкале воздействия, а не по бинарной шкале «нормотензия – гипертензия». Обновленные данные также все чаще демонстрируют пользу лекарственных препаратов, снижающих АД, для лиц с высоким риском ССЗ и уровнем АД, который повышен, но не соответствует традиционным пороговым значениям, используемым для определения гипертензии. Термин «артериальная» исключен из названия Руководства 2024 г., поскольку артериальная гипертензия может развиваться и в легочных артериях, что не является предметом рассмотрения в данном документе.

– В Рекомендациях 2024 г. гипертензия по-прежнему определяется как офисное систолическое АД ≥ 140 мм рт. ст. или диастолическое АД ≥ 90 мм рт. ст. Однако введена новая категория АД под названием «повышенное АД». Повышенное АД определяется как офисное систолическое АД 120–139 мм рт. ст. или диастолическое АД 70–89 мм рт. ст.

– Важным доказательным изменением в Руководстве 2024 г. является рекомендация стремиться к целевому уровню систолического АД 120–129 мм рт. ст. у взрослых, которые принимают препараты, снижающие АД. В этой ре-

комендации есть несколько важных оговорок, включая:

1) требование, чтобы лечение до этого целевого уровня АД хорошо переносилось пациентом;

2) тот факт, что более мягкие целевые показатели АД могут быть рассмотрены у лиц с симптоматической ортостатической гипотензией, в возрасте 85 лет и старше, а также у лиц с умеренной или тяжелой астенией или ограниченной продолжительностью жизни,

3) значимый акцент на внеофисном измерении АД для подтверждения достижения целевого уровня систолического АД 120–129 мм рт. ст.

В отдельных случаях, когда целевое систолическое АД 120–129 мм рт. ст. не достигается из-за непереносимости или наличия заболеваний, при которых оно должно быть более мягким, мы рекомендуем ориентироваться на настолько низкое АД, насколько это разумно и достижимо. Также подчеркивается важность персонализированного принятия клинических решений и совместного принятия решений с пациентом.

12. Ключевые положения

1. В связи с демографическими изменениями и старением населения число людей с повышенным АД или гипертензией растет во всем мире.
2. Стратегия контроля АД, по-видимому, ухудшается в Северной Америке, в некоторых (но не во всех) европейских странах и в других регионах мира.
3. Риск ССЗ, связанный с АД, находится в непрерывной лог-линейной шкале переменных воздействий, а не в бинарной шкале нормотонии и гипертензии.
4. Препараты, снижающие АД, могут уменьшить риск ССЗ даже у лиц, которые традиционно не классифицируются как гипертензики. Соответственно, вводится новая

категория АД, называемая «повышенное АД» – офисное систолическое АД 120–139 мм рт. ст. или диастолическое АД 70–89 мм рт. ст. Гипертония по-прежнему определяется как офисное АД $\geq 140/90$ мм рт. ст.

5. Гипертония у женщин недостаточно изучена в фундаментальных, клинических и популяционных исследованиях.
6. Повреждение органов, опосредованное гипертонией (ПООГ), свидетельствует о давней или тяжелой гипертензии и ассоциируется с повышенным риском ССЗ.
7. При оценке и лечении повышенного АД необходимо учитывать абсолютный риск ССЗ.
8. Несмотря на растущее число руководств по гипертонии, показатели диагностики, лечения и контроля гипертонии (и повышенного АД) остаются неоптимальными. В основе этого лежит главным образом недостаточное внедрение научно обоснованных рекомендаций в реальную клиническую практику.
9. Одним из наиболее важных изменений в Рекомендациях 2024 г. является акцент на доказательствах, связанных с исходами ССЗ при проведении мероприятий по снижению АД, а не только на снижении АД.
10. Независимо от порогового значения АД, при превышении которого рекомендуется снижать АД (образ жизни, фармакологическое или другое лечение), целевой уровень АД на фоне лечения составляет 120–129 / 70–79 мм рт. ст. для всех взрослых при условии хорошей переносимости этого лечения. Существует несколько важных исключений из этих целевых показателей, и принятие индивидуальных решений всегда в приоритете.

13. Пробелы в доказательствах

Ниже приводится список наиболее важных пробелов в доказательствах, устранение которых путем проведения новых клинических исследований могли бы существенно помочь в лечении пациентов:

1. Причины ухудшения стратегии контроля АД у женщин и мужчин.
2. Необходимость в данных по эпидемиологии, факторам риска и патофизиологии гипертонии с учетом пола. Необходимость проведения большего числа проспективных исследований для оценки специфических факторов риска ССЗ у женщин и мужчин, относящихся к взрослым с повышенным АД и гипертензией, обусловленных биоло-

гическими и социально-культурными условиями. Это включает взвешенную оценку традиционных факторов риска в зависимости от пола, а также зависящих от пола нетрадиционных сосудистых факторов риска, таких как стресс, социально-экономические условия и др. Также недостаточно данных о гормональных и генетических механизмах и патофизиологии человека в зависимости от пола. Еще одна важная область, требующая изучения, – лучшее понимание роли пола в лечении повышенного АД и гипертонии (включая гендерные барьеры в доступе к медицинской помощи и приверженности к ней).

3. Более широкое распространение валидации домашних устройств для измерения АД. Протоколы валидации устройств для измерения АД без манжеты предложены сравнительно недавно и нуждаются в проверке.
4. Клиническая эффективность оценки ПООГ в определении интенсивности лечения и персонализированных подходов к лечению повышенного АД и гипертонии.
5. Лучшая (новейшая) практика скрининга и лечения первичного альдостеронизма.
6. Клинические преимущества лечения лиц с низким риском ССЗ при повышенном АД и дальнейшие данные, подтверждающие необходимость использования препаратов, снижающих АД, среди лиц с высоким риском при исходном систолическом АД 120–129 мм рт. ст.
7. Необходимость получения дополнительных данных об оптимальной дозировке, действии и побочных эффектах препаратов, снижающих АД, в зависимости от пола, в частности, в ходе специально спланированных проспективных рандомизированных исследований.
8. Следует больше внимания уделять общим исходам ССЗ при проведении мероприятий по снижению АД.
9. Накоплены в основном европейские данные (рандомизированные контролируемые исследования (РКИ), реальная жизнь) о положительном эффекте лечения пациентов с повышенным АД и гипертензией полипилюлями (включая препараты, не снижающие АД).
10. Данные по исходам ССЗ при применении антагонистов минералокортикоидных рецепторов в качестве дополнительной терапии касаются резистентной гипертензии.
11. Необходимы испытания по влиянию на снижение АД новых противодиабетических препаратов (таких как ингибиторы SGLT2

- и агонисты рецепторов GLP-1) или препаратов, которые в настоящее время имеют показания для лечения заболеваний, таких как финренон или валсартан/сакубитрил.
12. Изучение благоприятного влияния на АД и ССЗ увеличения потребления калия в рационе и других мероприятий, связанных с образом жизни. Исследования, направленные на разделение влияния снижения уровня натрия и влияния добавок калия на контроль АД и исходы ССЗ.
 13. Нужны РКИ, сравнивающие комбинированную терапию с фиксированными дозами в одной таблетке с несколькими монопрепаратами и их влияние на исходы ССЗ.
 14. Испытания по изучению сердечно-сосудистых исходов денервации почек.
 15. Нужны РКИ по снижению АД в различных этнических группах и группах мигрантов, проведенные в Европе.
 16. Фармакологическое управление АД у молодых взрослых (в возрасте < 40 лет) и более точные данные об эффективности подхода к медикаментозному управлению АД в течение всей жизни.
 17. Изучить исходы по ССЗ у пациентов с умеренным и тяжелым риском, ослабленных и/или очень пожилых людей, которым были выписаны препараты для снижения АД, с учетом влияния конкурирующих рисков.
 18. Лечение заболеваний почечных артерий с гемодинамически стабильным, но тяжелым стенозом (т.е. без признаков высокого риска).
 19. Необходимость проведения клинических исследований по лечению гипертонии у пациентов, получающих противоопухолевые препараты или антирецидивные препараты у реципиентов аллотрансплантата.
 20. Лечение гипертонии в условиях изменения климата, глобального потепления, загрязнения воздуха и других видов окружающей среды, пандемий, зон военных действий, а также в контексте ограничений на прием лекарственных препаратов, существующих в некоторых странах с низким и средним уровнем дохода.
 21. Необходимость расширения внедрения рекомендаций медицинскими работниками.
 22. Разработка устойчивой системы лечения гипертонии в условиях растущего числа пациентов и ограниченных ресурсов.
 23. Проведение целевых испытаний препаратов, снижающих АД, среди лиц, не принимающих лекарств, с исходным АД 120–129 мм рт. ст. и повышенным риском ССЗ.

14. «Что делать» и «чего не делать» согласно Рекомендациям

Рекомендации	Класс	Уровень
Измерение АД		
Рекомендуется измерять АД с использованием проверенного и откалиброванного устройства, чтобы обеспечить правильную технику измерения и применять последовательный подход для измерения АД каждому пациенту	I	B
Всем взрослым пациентам (18 лет и старше) рекомендуется измерять офисное и/или внеофисное АД и записывать значения в медицинскую карту, чтобы получить информацию о текущем АД	I	C
Внеофисное измерение АД рекомендуется в диагностических целях, особенно потому, что оно может выявить как гипертонию белого халата, так и замаскированную гипертонию. Если измерения вне офиса логистически и/или экономически нецелесообразны, рекомендуется подтверждать диагноз повторным измерением АД в офисе с использованием правильной стандартизированной техники измерения	I	B
Рекомендуется измерять офисное АД на обеих руках, по крайней мере, при первом посещении, поскольку разница систолического АД между руками более 10 мм рт. ст. может быть связана с повышенным риском ССЗ и указывать на артериальный стеноз	I	B
Если зафиксирована разница систолического АД между руками >10 мм рт. ст., то рекомендуется, чтобы при всех последующих измерениях АД использовалась рука с наиболее высоким показателем АД	I	B
Внеофисное измерение АД рекомендуется для постоянного ведения пациентов, чтобы количественно оценить эффект лечения и определить титрование препаратов, снижающих АД, и/или выявить возможные причины побочных эффектов (например, симптоматической гипотонии). Если проводить выездные замеры логистически и/или экономически нецелесообразно, тогда рекомендуется постоянное лечение основывать на повторных измерениях АД в офисе, используя правильную стандартизированную технику измерения	I	B

Рекомендации	Класс	Уровень
Всем пациентам, которым измеряют АД, рекомендуется также провести пальпацию пульса в покое для определения частоты сердечных сокращений и аритмий, например ФП	I	C
Определение и классификация повышенного АД и гипертонии		
Рекомендуется классифицировать АД на неповышенное АД, повышенное АД и артериальную гипертонию, чтобы облегчить принятие решения о лечении	I	B
Рекомендуется использовать риск-ориентированный подход при лечении повышенного АД. Лица с умеренной или тяжелой хронической болезнью почек (ХБП), установленными ССЗ, повреждениями органов, обусловленных гипертонией, сахарным диабетом или семейной гиперхолестеринемией, считаются группой повышенного риска развития ССЗ	I	B
Шкала SCORE2 рекомендуется для оценки 10-летнего риска смертельных и несмертельных ССЗ среди лиц в возрасте 40–69 лет с повышенным АД, которые еще не относятся к группе повышенного риска из-за умеренной или тяжелой ХБП, установленных ССЗ, повреждений органов, обусловленных гипертонией, сахарного диабета или семейной гиперхолестеринемии	I	B
Шкала SCORE2-OP рекомендуется для оценки 10-летнего риска смертельных и несмертельных ССЗ среди лиц в возрасте ≥ 70 лет с повышенным АД, которые еще не относятся к группе повышенного риска из-за умеренной или тяжелой ХБП, установленных ССЗ, повреждений органов, обусловленных гипертонией, сахарного диабета или семейной гиперхолестеринемии	I	B
Рекомендуется, чтобы независимо от возраста лиц с повышенным АД и риском ССЗ по шкале SCORE2, SCORE2-OP ≥ 10 %, считали относящимися к группе повышенного риска ССЗ для управления повышенным АД с учетом риска	I	B
Диагностика гипертонии и исследование ее причин		
У лиц с повышенным риском ССЗ, у которых АД в кабинете скрининга составляет 120–139 / 70–89 мм рт. ст., рекомендуется измерить АД вне офиса, используя системный мониторинг АД, если это невозможно с точки зрения логистики, проводить повторные измерения АД в офисе при повторном посещении	I	B
Если при скрининге офисное АД составляет 140–159, 90–97 мм рт. ст., рекомендуется ставить диагноз гипертонии на основании измерения АД вне офиса с помощью системного мониторинга АД. Если эти измерения являются логистически или экономически нецелесообразными, можно поставить диагноз при повторном офисном измерении или при повторном посещении	I	B
Если скрининговое АД $\geq 160/100$ мм рт. ст.: – Рекомендуется как можно скорее (в течение 1 месяца) подтвердить АД 160–179/100–109 мм рт. ст., желательно на дому или при амбулаторном измерении АД – При АД $\geq 180/110$ мм рт. ст. рекомендуется исключить неотложную гипертоническую помощь	I	C
Рекомендуется измерять содержание креатинина в сыворотке крови, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) и альбумин-креатининовое соотношение мочи у всех пациентов с артериальной гипертонией	I	A
Если диагностирована ХБП средней и тяжелой степени, рекомендуется повторять измерения содержания креатинина сыворотки, СКФ и альбумин-креатининового соотношения в моче не реже одного раза в год	I	C
ЭКГ в 12 отведениях рекомендуется всем пациентам с артериальной гипертонией	I	B
Эхокардиография рекомендуется пациентам с гипертонией и нарушениями ЭКГ, а также признаками или симптомами ССЗ	I	B
Фундоскопию рекомендуется проводить при АД $>180/110$ мм рт. ст. при лечении гипертонического криза и злокачественной гипертензии, а также больным с гипертонической болезнью и сахарным диабетом	I	C
Рутинное генетическое тестирование пациентам с гипертонией не рекомендуется	III	C
Пациентам с гипертонией, имеющим наводящие на размышления признаки или симптомы вторичной гипертонии, рекомендуется проходить соответствующее обследование для установления вторичной гипертонии	I	B
Профилактика и лечение повышенного АД		
Рекомендуется по возможности ограничивать потребление натрия примерно до 2 г в день при всех обострениях с повышенным АД и гипертонией (это эквивалентно примерно 5 г соли (хлорида натрия) в день, 1 чайной ложке или меньше)	I	A

Рекомендации	Класс	Уровень
Рекомендуются аэробные упражнения средней интенсивности ≥ 150 минут в неделю (умеренные аэробные упражнения (≥ 30 минут, 5–7 дней в неделю) или 75 минут энергичных упражнений в неделю в течение 3 дней), и их следует дополнять упражнениями низкой или умеренной интенсивности, динамической или изометрической тренировкой с отягощениями (2–3 раза в неделю) для снижения АД и риска ССЗ	I	A
Рекомендуется стремиться к стабильному и здоровому индексу массы тела (20–25 кг/м ²) и окружности талии (<94 см у мужчин и <80 см у женщин) для снижения АД и риска ССЗ	I	A
Рекомендуется придерживаться здоровой и сбалансированной диеты, такой как средиземноморская или DASH, чтобы снизить АД и риск ССЗ	I	A
Мужчинам и женщинам рекомендуется употреблять меньше алкоголя, чем верхний предел, который составляет около 100 г чистого алкоголя в неделю. Как это отражается на количестве напитков, зависит от размера порции (стандарты которого различаются в зависимости от страны), но большинство напитков содержат 8–14 г алкоголя на порцию. Предпочтительно рекомендуется избегать употребления алкоголя для достижения наилучшего результата для здоровья	I	B
Рекомендуется ограничить потребление сахара, в частности сахаросодержащих напитков, до 10% от калорийности рациона, а также снизить потребление подслащенных сахаром напитков, таких как безалкогольные напитки и фруктовые соки, начиная с раннего возраста	I	B
Рекомендуется прекратить курение табака, начать поддерживающую терапию и обратиться к программам по прекращению курения, поскольку употребление табака вызывает ССЗ, сердечно-сосудистые события и повышает смертность	I	A
Среди всех гипотензивных препаратов ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), дигидропиридиновые антагонисты кальция и диуретики (тиазиды и тиазидоподобные препараты, такие как хлорталидон и индапамид) продемонстрировали наиболее эффективное снижение АД и сердечно-сосудистых событий и поэтому они рекомендуются в качестве препаратов первой линии для снижения АД	I	A
Рекомендуется комбинировать бета-блокаторы с другими препаратами, снижающими АД, при наличии других убедительных показаний к их применению, например, при стенокардии, при сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса, после инфаркта миокарда или для контроля сердечного ритма	I	A
Рекомендуется принимать лекарства в наиболее удобное для пациента время суток, чтобы установить привычный режим приема лекарств и улучшить приверженность к лечению	I	B
Учитывая данные исследований о более эффективном контроле АД по сравнению с монотерапией, большинству пациентов с подтвержденной артериальной гипертензией (АД $\geq 140/90$ мм рт. ст.) в качестве начальной терапии рекомендуется комбинированное лечение, снижающее АД. Предпочтительными комбинациями являются блокатор ренин-ангиотензиновой системы (РАС) (либо ингибитор АПФ, либо БРА) с дигидропиридиновым блокатором кальциевых каналов (БКК) или диуретиком. Исключения, которые следует учитывать, включают пациентов в возрасте ≥ 85 лет, симптоматическую ортостатическую гипотензию, слабость от умеренной до тяжелой степени, а также пациентов с повышенным АД (систолическое АД 120–139 мм рт. ст. или диастолическое АД 70–89 мм рт. ст.) с сопутствующими показаниями к лечению	I	B
Пациентам, получающим комбинированное лечение, снижающее АД, рекомендуется комбинированное лечение одной таблеткой в фиксированной дозе	I	B
Если АД не контролируется комбинацией двух препаратов, рекомендуется увеличение до комбинации из трех препаратов, обычно блокатор РАС с дигидропиридиновым БКК и тиазидным/тиазидоподобным диуретиком и предпочтительно в виде комбинации из одной таблетки	I	B
Комбинирование двух блокаторов РАС (ингибитора АПФ и БРА) не рекомендуется	III	A
У взрослых с повышенным АД и низким/средним риском ССЗ (<10 % в течение 10 лет) рекомендуется снижение АД с помощью изменения образа жизни, которое может уменьшить риск ССЗ	I	B

Рекомендации	Класс	Уровень
У взрослых с повышенным АД и достаточно высоким риском ССЗ после трех месяцев изменения образа жизни рекомендуется снижение АД с помощью фармакологического лечения при подтвержденном АД $\geq 130/80$ мм рт. ст. для снижения риска ССЗ	I	A
Пациентам с артериальной гипертонией и подтвержденным АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. рекомендуется независимо от образа жизни, связанного с риском ССЗ, незамедлительно начинать фармакологическое лечение, снижающее АД, для снижения риска ССЗ	I	A
Рекомендуется продолжать лечение препаратами, снижающими АД, на протяжении всей жизни, даже после 85 лет, при условии хорошей переносимости	I	A
Профилактика и лечение повышенного АД (целевые показатели АД)		
Для снижения риска ССЗ у большинства взрослых рекомендуется поддерживать целевое значение систолического АД на уровне 120–129 мм рт. ст. при условии, что лечение хорошо переносится	I	A
В случаях, когда гипотензивное лечение плохо переносится и достижение целевого систолического давления 120–129 мм рт. ст. невозможно, рекомендуется достичь целевого уровня систолического АД, который является «настолько низким, насколько это разумно достижимо» (принцип ALARA)	I	A
Профилактика и лечение повышенного АД (почечной денервации)		
Почечная денервация, из-за отсутствия достаточных результатов исследований, демонстрирующих ее безопасность и преимущества при ССЗ, не рекомендуется в качестве вмешательства первой линии для снижения АД при артериальной гипертонии	III	C
Денервацию почек не рекомендуется применять для лечения артериальной гипертонии у пациентов с умеренными и тяжелыми нарушениями функции почек (СКФ < 40 мл/мин/1,73 м ²) или вторичными причинами артериальной гипертензии до тех пор, пока не появятся дополнительные доказательства	III	C
Управление конкретными группами пациентов или обстоятельствами		
Молодые пациенты		
Комплексный скрининг основных причин вторичной гипертонии рекомендуется проводить взрослым, у которых диагностирована гипертония в возрасте до 40 лет, за исключением молодых людей с ожирением, которым рекомендуется начинать с оценки синдрома обструктивного апноэ во сне	I	B
Гипертония во время беременности		
У женщин с гестационной гипертонией начало медикаментозного лечения рекомендуется при подтвержденном офисном систолическом АД ≥ 140 мм рт. ст. или диастолическом АД ≥ 90 мм рт. ст.	I	B
У беременных с хронической гипертонией начало медикаментозного лечения рекомендуется при подтвержденном офисном систолическом АД ≥ 140 мм рт. ст. или диастолическом АД ≥ 90 мм рт. ст.	I	B
Женщинам с хронической и гестационной гипертонией рекомендуется уменьшение АД ниже 140/90 мм рт. ст., но не менее 80 мм рт. ст. для диастолического АД	I	C
Дигидропиридиновые БКК (предпочтительно нифедипин пролонгированного действия), лабеталол и метилдопа рекомендуются в качестве препаратов первой линии для снижения АД при лечении гипертонии во время беременности	I	C
По согласованию с акушером всем беременным женщинам без противопоказаний рекомендуются упражнения низкой и средней интенсивности для снижения риска гестационной гипертонии и преэклампсии	I	B
Блокаторы РАС не рекомендуются во время беременности	III	B
Очень пожилые и слабые пациенты; ортостатическая гипотензия		
Лечение повышенного АД и артериальной гипертонии у пожилых пациентов в возрасте < 85 лет, не имеющих слабости умеренной или тяжелой степени, рекомендуется проводить по тем же рекомендациям, что и для молодых людей, при условии, что лечение, снижающее АД, хорошо переносится	I	A
Рекомендуется продолжать медикаментозное лечение, снижающее АД, на протяжении всей жизни, даже после 85 лет, при условии хорошей переносимости	I	A

Рекомендации	Класс	Уровень
Прежде чем начинать принимать или усиливать АД-снижающие препараты, рекомендуется проверить наличие ортостатической гипотензии, сначала в положении сидя или лежа в течение 5 минут, а затем измерив АД через 1 и/или 3 минуты в положении стоя	I	B
Рекомендуется использовать нефармакологические подходы в качестве терапии первой линии ортостатической гипотензии у лиц с гипертонией в горизонтальном положении. Таким пациентам также рекомендуется заменить АД-снижающие препараты, усугубляющие ортостатическую гипотензию, на альтернативную АД-терапию, а не просто уменьшить интенсивность терапии	I	A
Сахарный диабет		
У большинства взрослых с повышенным АД и диабетом после максимум 3 месяцев изменения образа жизни возможно снижение АД с помощью фармакологических препаратов, лечение рекомендуется лицам с подтвержденным АД $\geq 130/80$ мм рт. ст. для снижения риска ССЗ	I	A
Медикаментозное лечение, снижающее АД, рекомендуется людям с преддиабетом или ожирением, когда подтвержденное офисное АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. или когда офисное АД составляет 130–139/80–89 мм рт. ст. и у пациента прогнозируемый 10-летний риск ССЗ $\geq 10\%$, или при состояниях высокого риска, несмотря на максимум 3 месяца терапии здорового образа жизни	I	A
Людям с сахарным диабетом, получающим препараты, снижающие АД, рекомендуется поддерживать систолическое АД на уровне 120–129 мм рт. ст., если эти препараты хорошо переносятся	I	A
ХБП		
Пациентам с диабетической или недиабетической ХБП средней и тяжелой степени и подтвержденным АД $\geq 130/80$ мм рт. ст. рекомендуется оптимизировать образ жизни и принимать препараты, снижающие АД, для уменьшения риска ССЗ при условии, что такое лечение хорошо переносится	I	A
У взрослых с ХБП средней и тяжелой степени, получающих препараты, снижающие АД, и имеющих СКФ > 30 мл/мин/1,73 м ² , рекомендуется поддерживать систолическое АД на уровне 120–129 мм рт. ст. Индивидуализированные целевые значения АД рекомендуются для пациентов с более низкой СКФ или трансплантацией почки	I	A
Пациентам с артериальной гипертензией, ХБП и СКФ > 20 мл/мин/1,73 м ² рекомендуется применять ингибиторы SGLT2 для улучшения результатов лечения	I	A
ССЗ		
Пациентам с инфарктом миокарда в анамнезе, которым требуется лечение, снижающее АД, в рамках этого лечения рекомендуются бета-адреноблокаторы и блокаторы PАС	I	A
У пациентов с симптоматической стенокардией, которым требуется лечение, снижающее АД, назначаются бета-блокаторы и/или БКК и рекомендуются как часть лечения	I	A
Пациентам с симптоматической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса/сердечной недостаточностью с легким снижением фракции выброса для улучшения результатов рекомендуются назначать препараты, снижающие АД: ингибиторы АПФ (или БРА, если ингибиторы АПФ не переносятся), ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибиторы, бета-блокаторы, антагонисты минералокортикоидных рецепторов и ингибиторы SGL2	I	A
Пациентам с артериальной гипертонией и симптоматической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса ингибиторы SGLT2 рекомендуются для улучшения результатов в связи с их умеренными свойствами снижения АД	I	A
Другие состояния		
Рекомендуется, чтобы стратегия лечения препаратами, снижающими АД, для предотвращения инсульта включала блокатор PАС и БКК или тиазидоподобный диуретик	I	A
У пациентов с подтвержденным АД $\geq 130/80$ мм рт. ст., перенесших транзиторную ишемическую атаку или инсульт в анамнезе, рекомендуется целевое систолическое АД 120–129 мм рт. ст. для снижения рисков сердечно-сосудистых событий при условии переносимости лечения	I	A

Рекомендации	Класс	Уровень
Ангиопластика почечной артерии не рекомендуется пациентам без подтвержденного гемодинамически значимого стеноза почечной артерии	III	A
Острое и кратковременное снижение АД		
Внутричерепное кровоизлияние или острый ишемический инсульт		
Больным с ишемическим инсультом или транзиторной ишемической атакой и показанием к снижению АД рекомендуется начать проводить гипотензивную терапию еще до выписки из больницы	I	B
У пациентов с внутричерепным кровоизлиянием и систолическим АД ≥ 220 мм рт. ст. резкое снижение систолического АД >70 мм рт. ст. от исходного уровня в течение 1 часа после начала лечения не рекомендуется	III	B
Тяжелая гипертензия во время беременности и преэклампсия		
При преэклампсии или эклампсии с гипертоническим кризом рекомендуется медикаментозное лечение лабеталолом или нитроглицерином и магнезией внутривенно	I	C
При преэклампсии или эклампсии, связанной с отеком легких, нитроглицерин назначают внутривенно, рекомендуется инфузия	I	C
При тяжелой гипертензии во время беременности рекомендуется медикаментозное лечение: лабеталол внутривенно, метилдопа перорально или нифедипин перорально. Внутривенное введение гидралазина является вариантом второй линии	I	C
Пациент-ориентированная помощь при гипертензии		
В рамках лечения гипертензии рекомендуется информированное обсуждение риска ССЗ и преимуществ лечения с учетом потребностей пациента	I	C
Измерение АД в домашних условиях для лечения гипертензии с помощью самостоятельного мониторинга АД рекомендуется для достижения лучшего контроля АД	I	B
Самостоятельное измерение при правильном выполнении рекомендуется вследствие положительного влияния на постановку диагноза гипертензии, расширение прав и возможностей пациентов и соблюдение режима лечения	I	C
Для улучшения контроля АД рекомендуются мультидисциплинарные подходы в ведении пациентов с повышенным АД и артериальной гипертензией, включая уход от неквалифицированных врачей к более квалифицированным	I	A

Опубликовано: *European Heart Journal*, 2024; 45 (38): 3912–4018. doi: 10.1093/eurheartj/ehae178

Перевод Ложкиной Н.Г. (ФИЦ ФТМ, НГУ) и Никитиной Я.Д. (НГУ), 2024 г.