

Таблица 1

Классы рекомендаций

Класс	Определение	Формулировка
I	Доказательства и/или консенсус о том, что данное лечение или процедура полезно/эффективно	Рекомендуется или показано
II	Противоречивые данные и/или расхождения во мнениях относительно полезности/эффективности данного лечения или процедуры	
IIa	Большинство доказательств/мнений говорит о полезности/эффективности	Следует рассмотреть
IIb	Полезность/эффективность менее четко подтверждена фактическими данными/мнениями	Можно рассмотреть
III	Доказательства или консенсус о том, что данное лечение или процедура бесполезно/неэффективно, а в некоторых случаях может нанести вред	Не рекомендуется

Таблица 2

Уровни доказательности

Уровень	Формулировка
A	Данные многочисленных рандомизированных клинических исследований или метаанализов
B	Данные одного рандомизированного клинического исследования или крупномасштабных нерандомизированных исследований
C	Консенсус и/или данные небольших либо ретроспективных исследований, реестров

Далее в таблицах классы рекомендаций и уровни доказательности указаны как «класс» и «уровень».

2. ВВЕДЕНИЕ

Рекомендации 2024 года — обновленные рекомендации 2018 года ESC / Европейского общества гипертензии (ESH) по лечению артериальной гипертензии [1]. Они базируются на предыдущих, а также включают важные обновления и новые рекомендации, основанные на современных исследованиях.

1. Название изменено с «Рекомендаций по лечению артериальной гипертензии» на «Рекомендации по лечению повышенного артериального давления и гипертензии». Это вызвано наличием показателей, свидетельствующих, что риск сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), связанный с артериальным давлением (АД), определяют по непрерывной шкале воздействия, а не по бинарной шкале «нормотензия — гипертензия» [2, 3]. Обновленные рекомендации также все чаще демонстрируют пользу от применения препаратов, снижающих АД, для лиц с высоким риском ССЗ и повышенным уровнем АД,

которое не соответствует традиционным пороговым значениям, используемым для определения гипертензии. Термин «артериальная» исключен из заголовка рекомендаций 2024 года, поскольку артериальная гипертензия развивается и в легочных артериях, что не рассматривает обновленный документ.

2. В Рекомендациях 2024 года гипертензию по-прежнему определяют 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 определяют как офисное систолическое АД 120–139 мм рт. ст. или диастолическое АД 70–89 мм рт. ст.
3. Важным, основанным на доказательствах изменением в Рекомендациях 2024 года стала рекомендация придерживаться целевого систолического АД 120–129 мм рт. ст. среди взрослых, принимающих препараты для снижения АД. В этой рекомендации есть несколько важных оговорок, включая: (I) требование, чтобы лечение до этого целевого уровня АД хорошо переносилось пациентом; (II) факт, что более мягкие целевые показатели АД могут быть рассмотрены у лиц с симптомной ортостатической гипотензией, в возрасте 85 лет и старше, с умеренной или выраженной слабостью или ограниченной продолжительностью жизни. И (III) особое внимание уделяют измерению АД вне офиса для подтверждения достижения целевого систолического АД 120–129 мм рт. ст. Для случаев, когда целевое систолическое АД 120–129 мм рт. ст. не достигается из-за непереносимости, либо из-за наличия условий, благоприятствующих более мягкому целевому АД, мы рекомендуем стремиться к АД настолько низкому, насколько это разумно достижимо. Также особое внимание уделяется персонализированному принятию клинических решений и их совместному принятию с пациентом.
4. Еще одно важное изменение в руководстве 2024 года по сравнению с более ранними версиями — повышенное внимание к доказательствам, связанным с фатальными и нефатальными исходами ССЗ, а не к суррогатным результатам, как, например, только снижение АД. За исключением вмешательств в образ жизни и нефармакологических вмешательств с низким риском, направленных на внедрение лечения или оказание помощи, текущие рекомендации I класса требуют, чтобы доказательства эффективности лекарственного или процедурного вмешательства демонстрировали пользу для исходов ССЗ, а не только снижение АД.
5. В состав целевой группы входило сбалансированное количество мужчин и женщин.
6. Пол и гендер в обновленном руководстве рассматривают как важные понятия на протяжении всего документа, а не в отдельном разделе в конце. В настоящем документе пол — это

биологическая принадлежность к женскому или мужскому полу с момента зачатия, заложенная в генах, а гендер — социокультурное измерение принадлежности к женскому или мужскому полу в конкретном обществе, основанное на гендерных ролях, гендерных нормах, гендерной идентичности и гендерных отношениях, существующих в конкретном обществе в конкретный период времени [4, 5].

7. Рекомендации 2024 года составлены с целью сделать их более удобными для читателя. Для этого были собраны мнения врачей общей практики (ВОП). Одним из членов целевой группы также был ВОП. Учитывая старение населения в Европе, особое внимание уделялось адаптации лечения при хрупкости и в пожилом возрасте, чему посвящены несколько разделов. Отзывы пациентов и их жизненный опыт учтены во всех разделах. Таблицы доказательств вынесены в дополнительный раздел для обеспечения большей прозрачности рекомендаций. Читатели, желающие получить больше информации, могут обратиться к онлайн-версии дополнительных материалов и базе данных ESC CardioMed [6].
8. Рабочая группа признала, что основная проблема в использовании рекомендаций — их низкая реализация. Это, вероятно, способствует неоптимальному контролю гипертензии [7–9]. Для решения этой проблемы в документ включены дополнительные данные онлайн. Также в рамках новой инициативы мы включаем информацию от национальных обществ по результатам опроса о внедрении рекомендаций, проведенного во время их экспертной оценки национальными обществами. Мы надеемся, что это поможет информировать национальные общества о потенциальных барьерах на пути внедрения контроля над гипертензией.

2.1. Что нового

Настоящие Руководящие принципы 2024 года содержат ряд новых и пересмотренных рекомендаций, которые обобщены в таблицах 3 и 4 соответственно.

Таблица 3

Новые рекомендации

Рекомендации	Класс	Уровень
5. Измерение артериального давления		
Рекомендуется измерять АД с помощью проверенного и откалиброванного прибора, чтобы обеспечить соблюдение правильной техники измерения и применять единый подход к измерению АД для каждого пациента.	I	B

Таблица 3

продолжение

Рекомендации	Класс	Уровень
Амбулаторное измерение АД рекомендуется для диагностических целей, особенно потому, что оно поможет обнаружить гипертензию белого халата и скрытую гипертензию. Если амбулаторные измерения АД нецелесообразны с точки зрения логистики и/или экономики, рекомендуется подтвердить диагноз повторным измерением АД в клинике с использованием правильной стандартизированной методики измерения.	I	B
Большинство автоматизированных осциллометрических мониторов не прошли валидацию для измерения АД при ФП; в таких обстоятельствах следует рассмотреть возможность измерения АД с использованием стетоскопа или фонендоскопа.	IIa	C
Оценка ортостатической гипотензии (снижение систолического АД на ≥ 20 мм рт. ст. и/или диастолического АД на ≥ 10 мм рт. ст. через 1 и/или 3 мин после вставания) следует рассматривать по крайней мере при первоначальной диагностике повышенного АД или гипертензии и впоследствии, если возникают предполагаемые симптомы. Выполняется после того, как пациент предварительно полежит или посидит в течение 5 минут.	IIa	C
6. Определение и классификация повышенного артериального давления и гипертензии, а также оценка сердечно-сосудистого риска		
При лечении повышенного АД рекомендуется использовать подход, основанный на оценке риска. Лица с умеренной или тяжелой ХБП, установленными сердечно-сосудистыми заболеваниями, ПООГ, сахарным диабетом или семейной гиперхолестеринемией считаются подверженными повышенному риску развития сердечно-сосудистых событий.	I	B
Независимо от возраста, лиц с повышенным АД и риском по шкале SCORE2 или SCORE2-OP $\geq 10\%$ следует считать подверженными повышенному риску ССЗ в целях управления их повышенным артериальным давлением на основе оценки риска.	I	B
Шкалу SCORE2-Diabetes следует рассматривать для оценки риска ССЗ среди пациентов с сахарным диабетом 2 типа с повышенным АД, особенно если они в возрасте < 60 лет.	IIa	B
Наличие в анамнезе осложнений беременности (гестационный диабет, гестационная гипертензия, преждевременные роды, преэклампсия, одно или несколько мертворождений и привычный выкидыш) является модификаторами риска, специфичными для пола, которые следует учитывать для повышения категории лиц с повышенным АД и пограничным повышенным 10-летним риском ССЗ (риск от 5% до $< 10\%$).	IIa	B
Этническая принадлежность с высоким риском (например, южноазиатская), семейный анамнез раннего начала атеросклеротических ССЗ, социально-экономическая депривация, аутоиммунные воспалительные заболевания, ВИЧ и тяжелые психические заболевания являются модификаторами риска, общими для обоих полов, которые следует учитывать для повышения категории лиц с повышенным АД и пограничным повышенным 10-летним риском ССЗ (риск от 5% до $< 10\%$).	IIa	B

Таблица 3

продолжение

Рекомендации	Класс	Уровень
После оценки 10-летнего прогнозируемого риска ССЗ и нетрадиционных модификаторов риска ССЗ, если решение о лечении, направленном на снижение АД, на основе риска остается неопределенным для лиц с повышенным АД, можно рассмотреть возможность измерения индекса ККА, бляшек в сонной или бедренной артерии с помощью УЗИ, высокочувствительного сердечного тропонина или биомаркеров натрийуретического пептида типа В или жесткости артерий с использованием скорости пульсовой волны для улучшения стратификации риска среди пациентов с погранично повышенным 10-летним риском ССЗ (риск от 5% до <10%) после совместного принятия решения и учета затрат.	IIb	B
7. Диагностика гипертензии и исследование основных причин		
Следует рассмотреть возможность проведения скрининга на предмет повышенного АД и гипертензии: <ul style="list-style-type: none"> • Не реже одного раза в 3 года для взрослых в возрасте до 40 лет. • По крайней мере ежегодно для взрослых в возрасте ≥40 лет. 	IIa	C
У лиц с повышенным АД, которые в настоящее время не соответствуют пороговым значениям риска для проведения антигипертензивной терапии, следует рассмотреть возможность повторного измерения АД и оценки риска в течение 1 года.	IIa	C
Могут быть рассмотрены и другие формы скрининга на предмет гипертензии (например, систематический скрининг, самостоятельный скрининг и скрининг без привлечения врача) в зависимости от целесообразности их применения в разных странах и системах здравоохранения.	IIb	B
У лиц с повышенным риском ССЗ, у которых АД при скрининговом обследовании составляет 120–139/70–89 мм рт. ст., рекомендуется измерять АД вне офиса с помощью АМАД и/или ДМАД или, если это невозможно с точки зрения логистики, проводить повторные измерения АД в офисе более чем за один визит.	I	B
Объективная оценка приверженности (непосредственное наблюдение за лечением либо обнаружение назначенных препаратов в образцах крови или мочи) должна учитываться при клиническом обследовании пациентов с выраженной резистентной гипертензией, если позволяют ресурсы.	IIa	B
При диагностике ХБП средней и тяжелой степени рекомендуется повторять измерения креатинина сыворотки, рСКФ и АКС мочи не реже одного раза в год.	I	C
Оценка уровня кальция в коронарных артериях может быть рассмотрена у пациентов с повышенным артериальным давлением или гипертензией, когда это может привести к изменению тактики лечения пациента.	IIb	B
Пациенты с резистентной гипертензией должны быть направлены в клинические центры, специализирующиеся на лечении гипертензии, для дальнейшего обследования.	IIa	B
Пациентам с гипертензией, у которых имеются признаки, симптомы или данные анамнеза, указывающие на вторичную гипертензию, рекомендуется пройти надлежащее обследование на предмет вторичной гипертензии.	I	B

Таблица 3

продолжение

Рекомендации	Класс	Уровень
Скрининг первичного альдостеронизма путем измерения ренина и альдостерона следует проводить у всех взрослых с подтвержденным диагнозом гипертензии (АД $\geq 140/90$ мм рт. ст.).	IIa	B
8. Профилактика и лечение повышенного артериального давления		
Для более точного прогнозирования развития гипертензии во взрослом возрасте и связанного с ней риска ССЗ следует рассмотреть возможность проведения скрининга с офисным измерением АД для наблюдения за АД в позднем детском и подростковом возрасте, особенно если один или оба родителя страдают гипертензией.	IIa	B
Рекомендуется ограничить потребление сахара в чистом виде, в частности подслащенных сахаром напитков, до 10% и менее от общей калорийности потребляемой пищи. Также рекомендуется с раннего возраста отказаться от употребления подслащенных сахаром напитков, таких как безалкогольные напитки и фруктовые соки.	I	B
У пациентов с гипертензией без умеренной или тяжелой ХБП и с высоким суточным потреблением натрия следует рассмотреть возможность увеличения потребления калия на 0,5–1,0 г/день, например, путем замены натрия на обогащенную калием соль (содержащую 75% хлорида натрия и 25% хлорида калия) или посредством диеты, богатой фруктами и овощами.	IIa	A
У пациентов с ХБП или принимающих калийсберегающие препараты, такие как некоторые диуретики, ингибиторы АПФ, БРА или спиронолактон, следует рассмотреть возможность мониторинга уровня калия в сыворотке крови, если увеличивается содержание калия в рационе.	IIa	C
Рекомендуется принимать лекарственные препараты в наиболее удобное для пациента время суток, чтобы выработать привычный режим приема лекарственных средств и улучшить приверженность лечению.	I	B
У взрослых с повышенным АД и низким/средним риском ССЗ (<10% за 10 лет) рекомендуется снижение АД с помощью мер по изменению образа жизни, что может снизить риск ССЗ.	I	B
У взрослых с повышенным АД и высоким риском ССЗ после 3 месяцев изменения образа жизни рекомендуется снижение АД с помощью медикаментозного лечения для тех, у кого подтверждено повышенное АД $\geq 130/80$ мм рт. ст., для снижения риска ССЗ.	I	A
Пациентам с артериальной гипертензией с подтвержденным АД $\geq 140/90$ мм рт. ст., независимо от риска ССЗ, образа жизни и принимаемых лекарственных препаратов, рекомендуется незамедлительно начать антигипертензивную терапию для снижения риска ССЗ.	I	A
Рекомендуется продолжать лечение препаратами, снижающими АД, в течение всей жизни, даже после 85 лет, если они хорошо переносятся.	I	A
В случаях, когда гипотензивная терапия плохо переносится и достижение целевого систолического АД 120–129 мм рт. ст. невозможно, рекомендуется стремиться к достижению уровня систолического АД «настолько низкого, насколько это разумно достижимо» (принцип ALARA).	I	A

Таблица 3

продолжение

Рекомендации	Класс	Уровень
<p>Поскольку польза от снижения исходов ССЗ в этих условиях не определена, а также с учетом необходимости тщательного контроля переносимости лечения, гипотензивную терапию следует рассматривать только при уровне АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. (офисное измерение) у лиц, соответствующих следующим критериям:</p> <ul style="list-style-type: none"> • симптомная ортостатическая гипотензия до лечения; • возраст ≥ 85 лет; • клинически значимая слабость средней или тяжелой степени; • и/или ограниченная прогнозируемая продолжительность жизни (< 3 лет). 	IIa	B
<p>После достижения контроля и стабилизации АД на фоне гипотензивной терапии следует рассмотреть возможность как минимум ежегодного наблюдения за АД и другими факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний.</p>	IIa	C
9. Управление определенными группами пациентов или обстоятельствами		
Молодые пациенты		
<p>Комплексное обследование на предмет основных причин вторичной гипертензии рекомендуется проводить у взрослых в возрасте до 40 лет с диагностированной гипертензией, за исключением молодых пациентов с ожирением, которым рекомендуется начинать с оценки обструктивного апноэ сна.</p>	I	B
<p>Поскольку шкала SCORE2 не валидирована для лиц младше 40 лет, скрининг на ПООГ может быть рассмотрен у таких молодых пациентов с повышенным АД без других факторов повышенного риска ССЗ для дополнительного выявления лиц, которым, возможно, потребуется медикаментозное лечение.</p>	IIb	B
Гипертензия во время беременности		
<p>После консультации с акушером-гинекологом всем беременным при отсутствии противопоказаний рекомендуются физические упражнения низкой и средней интенсивности для снижения риска гестационной гипертензии и преэклампсии.</p>	I	B
<p>Следует учитывать показатели ДМАД и АМАД, чтобы исключить гипертензию «белого халата» и скрытую («маскированную») гипертензию, которые чаще встречаются во время беременности.</p>	IIa	C
Пожилые и ослабленные пациенты		
<p>Лечение повышенного АД и гипертензии у пожилых пациентов в возрасте до 85 лет, не относящихся к умеренно или значительно ослабленным, рекомендуется проводить по тем же рекомендациям, что и у молодых пациентов, при условии хорошей переносимости терапии, направленной на снижение АД.</p>	I	A
<p>При назначении антигипертензивной терапии пациентам в возрасте ≥ 85 лет и/или с умеренной или тяжелой степенью слабости (в любом возрасте) следует рассмотреть возможность применения дигидропиридиновых БКК длительного действия или ингибиторов РААС, а затем, при необходимости, низкодозированного диуретика при хорошей переносимости, но предпочтительно не бета-блокатора (если нет веских показаний) или альфа-блокаторов.</p>	IIa	B

Таблица 3

продолжение

Рекомендации	Класс	Уровень
Поскольку безопасность и эффективность антигипертензивной терапии менее очевидны у лиц с умеренной или тяжелой слабостью, врачам следует рассмотреть возможность скрининга пожилых людей на наличие слабости с использованием валидированных клинических тестов.	IIa	C
Если АД снижается на фоне прогрессирования слабости, возможно рассмотреть отмену антигипертензивных и других препаратов, способных снижать АД, таких как седативные препараты и простат-специфические альфа-адреноблокаторы.	IIb	C
Гипертензия и ортостатическая гипотензия		
Перед началом приема препаратов, снижающих АД, или увеличением их дозы рекомендуется провести тест на ортостатическую гипотензию, для чего сначала попросите пациента посидеть или полежать в течение 5 минут, а затем измерьте АД через 1 и/или 3 минуты после того, как он встанет.	I	B
Рекомендуется использовать немедикаментозные подходы в качестве первой линии лечения ортостатической гипотензии у лиц с гипертензией в положении лежа. Для таких пациентов также рекомендуется заменить препараты для снижения АД, которые усиливают ортостатическую гипотензию, на альтернативную терапию для снижения АД, а не просто снизить дозу препарата.	I	A
Хроническая болезнь почек		
У пациентов с гипертензией, ХБП и СКФ >20 мл/мин/1,73 м ² , рекомендуются ИГКТ-2 для улучшения результатов лечения в связи с их умеренным антигипертензивным действием	I	A
Другие состояния		
Медикаментозное лечение, снижающее АД, рекомендуется людям с преддиабетом или ожирением, если подтверждено офисное АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. или офисное АД 130–139/80–89 мм рт. ст., при этом у пациента 10-летний риск ССЗ $\geq 10\%$, или есть состояние высокого риска, несмотря на коррекцию образа жизни в течение 3 месяцев.	I	A
У пациентов со стенозом аортального клапана и/или регургитацией в анамнезе, которым требуется лечение, направленное на снижение АД, следует рассмотреть возможность применения блокаторов РААС в рамках такого лечения.	IIa	C
У пациентов с умеренной или тяжелой регургитацией митрального клапана в анамнезе, которым требуется гипотензивная терапия, следует рассмотреть возможность применения блокаторов РААС в рамках такого лечения.	IIa	C
Реноваскулярная гипертензия		
Ангиопластику почечной артерии без стентирования следует рассматривать у пациентов с гипертензией и гемодинамически значимым стенозом почечной артерии вследствие фиброзно-мышечной дисплазии.	IIa	C

Таблица 3

окончание

Рекомендации	Класс	Уровень
<p>Ангиопластика и стентирование почечной артерии могут быть рассмотрены у пациентов с гемодинамически значимым атеросклеротическим стенозом почечной артерии (стеноз 70–99% или 50–69% с постстенотической дилатацией и/или значительным трансстенотическим градиентом давления) в комбинации с одним из следующих признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> • рецидивирующая сердечная недостаточность, нестабильная стенокардия или внезапно возникший отек легких, несмотря на максимально переносимую медикаментозную терапию; • резистентная гипертензия; • гипертензия с необъяснимой односторонней маленькой почкой или ХБП; • двусторонний стеноз почечной артерии или односторонний стеноз почечной артерии в единственной жизнеспособной почке. 	IIb	C
Ангиопластика почечной артерии не рекомендуется пациентам без подтвержденного гемодинамически значимого стеноза почечной артерии.	III	A
10. Экстренное и кратковременное снижение артериального давления		
У пациентов с геморрагическим инсультом, проявляющимся САД ≥ 220 мм рт. ст., резкое снижение САД >70 мм рт. ст. от исходного уровня в течение 1 ч после начала лечения не рекомендуется.	III	B
11. Пациентоориентированная помощь при гипертензии		
При лечении гипертензии рекомендуется проводить обоснованное обсуждение риска ССЗ и преимуществ лечения с учетом потребностей пациента.	I	C
Стоит рассмотреть возможность проведения мотивационного интервью с пациентами с гипертензией в медучреждениях, чтобы помочь пациентам контролировать АД и повысить приверженность лечению.	IIa	B
Веб-коммуникации между врачом и пациентом — эффективный инструмент, который следует учитывать в первичной медицинской помощи, включая отчетность о домашних показателях АД.	IIa	C
Для лучшего контроля АД рекомендуется регулярное измерение АД в домашних условиях.	I	B
Правильное самостоятельное измерение АД рекомендуется в связи с его положительным влиянием на принятие диагноза гипертензии, расширение прав и возможностей пациента и приверженность лечению.	I	C
Можно рассмотреть возможность расширенного самостоятельного контроля АД с использованием устройства с подключенным приложением для смартфона, хотя на сегодня данные говорят о том, что это может быть не более эффективно, чем стандартный самоконтроль.	IIb	B
Для улучшения контроля АД рекомендуется междисциплинарный подход к лечению пациентов с повышенным АД и гипертензией, включая надлежащее и безопасное перераспределение обязанностей между врачами.	I	A

ALARA — настолько низко, насколько это разумно достижимо; SCORE2 — шкала оценки риска фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых заболеваний в течение 10 лет для лиц 40–69 лет; SCORE2-Diabetes — шкала оценки риска фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых заболеваний в течение 10 лет для лиц с сахарным диабетом 2-го типа; SCORE2-OP — шкала оценки риска фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых заболеваний в течение 10 лет для лиц 70 лет и старше; АКС — альбумин-креатининовое соотношение; БКК — блокатор кальциевых каналов; БРА — блокатор рецепторов ангиотензина; ВИЧ — вирус

иммунодефицита человека; ДМАД — домашний мониторинг артериального давления; ИАПФ — ингибитор ангиотензинпревращающего фермента; иНГКТ-2- ингибитор натрий-глюкозного котранспортера 2 типа; ККА — кальциноз коронарных артерий; МНУП — мозговой натрийуретический пептид; ПООГ — поражение органов-мишеней, обусловленное гипертонией; РААС — ренин-ангиотензин-альдостероновая система; рСКФ — расчетная скорость клубочковой фильтрации; САД — систолическое артериальное давление; СКФ — скорость клубочковой фильтрации; СМАД — амбулаторный (суточный) мониторинг артериального давления; УЗИ — ультразвуковое исследование; ФП — фибрилляция предсердий; ХБП — хроническая болезнь почек.

Таблица 4

Пересмотренные рекомендации

Рекомендации в версии 2018 года	Класс	Уровень	Рекомендации в версии 2024 года	Класс	Уровень
6. Определение и классификация повышенного АД и гипертонии					
Рекомендуется классифицировать АД как оптимальное, нормальное, высокое нормальное или гипертонию 1–3 степени в соответствии с офисным АД.	I	C	Для облегчения принятия решений о лечении рекомендуется классифицировать АД как нормальное (не повышенное) АД, повышенное АД и гипертонию.	I	B
Оценка сердечно-сосудистого риска с помощью системы SCORE рекомендуется пациентам с гипертонией, которые еще не находятся в группе высокого или очень высокого риска из-за установленного ССЗ, заболевания почек или сахарного диабета, выраженного повышения одного фактора риска (например, холестерина) или гипертонивной ГЛЖ.	I	B	SCORE2 рекомендуется для оценки 10-летнего риска фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий среди лиц в возрасте 40–69 лет с повышенным АД, которые еще не считаются подверженными повышенному риску из-за умеренной или тяжелой ХБП, установленного ССЗ, ПООГ, сахарного диабета или семейной гиперхолестеринемии.	I	B
			SCORE2-OP рекомендуется для оценки 10-летнего риска фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий среди лиц в возрасте ≥ 70 лет с повышенным АД, которые еще не считаются подверженными повышенному риску из-за умеренной или тяжелой ХБП, установленного сердечно-сосудистого заболевания, ПООГ, сахарного диабета или семейной гиперхолестеринемии.	I	B
7. Диагностика гипертонии и исследование основных причин					
Рекомендуется диагностировать гипертонию на основании следующих данных: <ul style="list-style-type: none"> Повторные измерения АД в офисе более чем за один визит, за исключением случаев тяжелой гипертонии (например, 3 степени и особенно у пациентов с высоким риском). При каждом визите следует 	I	C	Если скрининговое офисное АД составляет 140–159/90–99 мм рт. ст., рекомендуется, чтобы диагностика гипертонии основывалась на измерениях АД вне клиники с помощью СМАД и/или ДМАД. Если эти измерения нецелесообразны с точки зрения логистики или экономики, то диагноз можно поставить на основе повторных офисных измерений АД более чем за один визит.	I	B

Обследуемых с повышенным АД и 10-летним прогнозируемым сердечно-сосудистым риском $\geq 10\%$ следует считать пациентами с достаточно высоким риском для обоснования гипотензивного лечения — медикаментозного либо путем изменения образа жизни (см. раздел 8). Для пациентов с повышенным АД и погранично повышенным прогнозируемым сердечно-сосудистым риском по SCORE2 / SCORE2-OP (5–10 % за 10 лет) повышение категории риска возможно при наличии специфических для пола или общих нетрадиционных модификаторов риска. После рассмотрения специфических для пола и общих нетрадиционных модификаторов риска, если решение об антигипертензивном лечении остается неопределенным, может быть разумным измерить показатель ККА, каротидную или бедренную бляшку, высокочувствительный сердечный тропонин или биомаркеры МНУП или артериальную жесткость.

Стратификация риска для пациентов с не повышенным АД (САД <120 мм рт. ст. и ДАД <70 мм рт. ст.) не требуется для назначения лечения, снижающего АД, поскольку безопасность и эффективность начала лечения, снижающего АД, ниже этого порога не определены. Тем не менее, оценка риска может потребоваться в этой ситуации при рассмотрении других профилактических методов лечения (например, снижения уровня липидов).

7. ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТЕНЗИИ И ИССЛЕДОВАНИЕ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН

7.1. Скрининг на гипертензию

Гипертензия — это преимущественно бессимптомное состояние, которое обычно выявляют в медицинском учреждении при систематическом или оппортунистическом скрининге. При систематическом скрининге людей приглашают в медицинское учреждение с целью измерения АД и определения профиля сердечно-сосудистого риска. Оппортунистический скрининг предусматривает измерение АД при любом посещении пациентом медицинского учреждения, например, при плановом осмотре или лечении острого или хронического заболевания. Самостоятельный скрининг и скрининг без врача также используют все чаще [227–230].

Данных об эффективности различных стратегий скрининга гипертензии с целью снижения заболеваемости и смертности, связанных с гипертензией, мало [231–233]. Необходимо больше доказательств, чтобы рекомендовать программы систематического скрининга с измерением АД всем взрослым с целью снижения частоты сердечно-сосудистых событий [231].

Оппортунистический скрининг АД в условиях первичной медико-санитарной помощи доказал свою эффективность: по оцен-

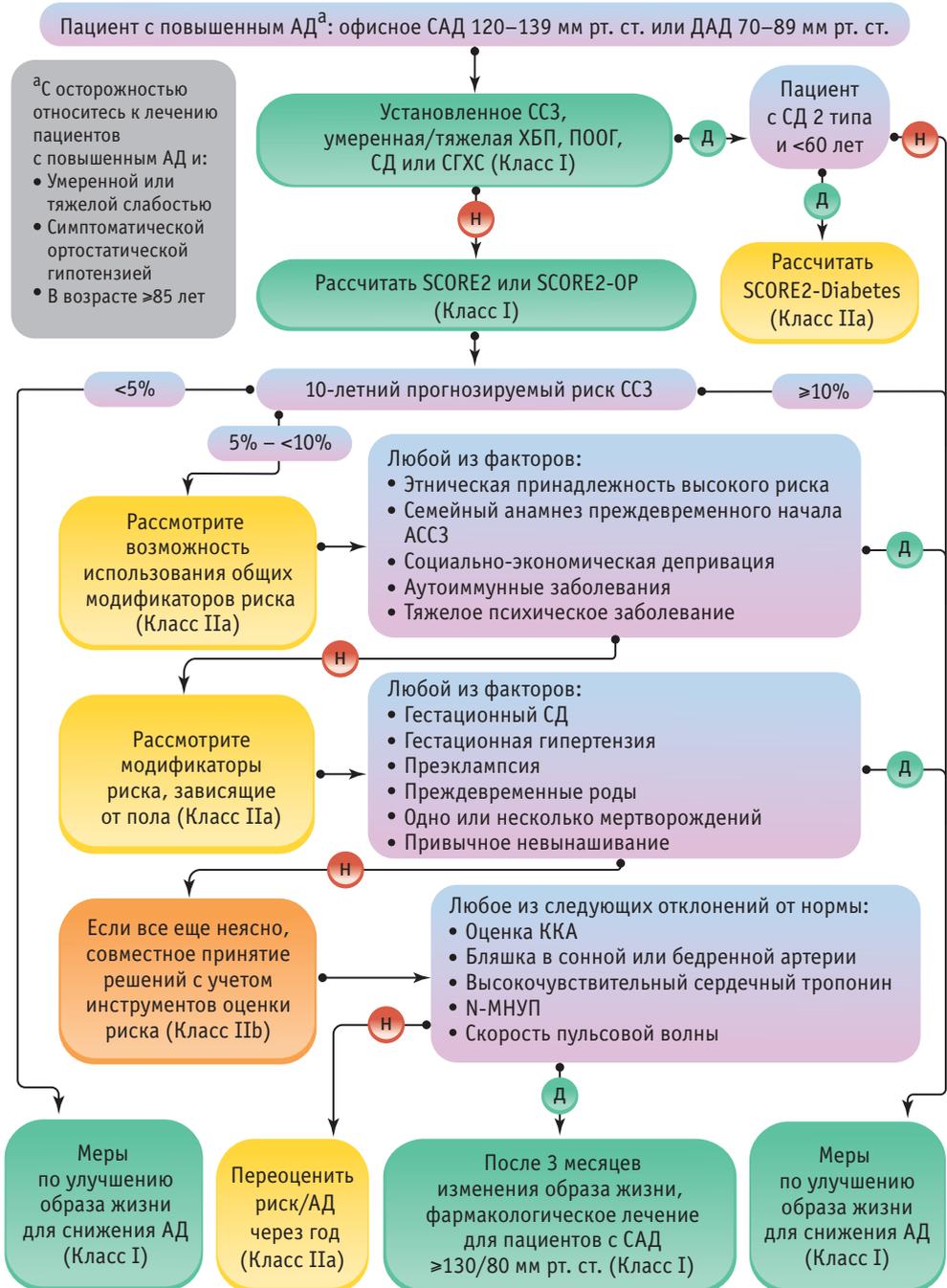


Рисунок 9. Краткое изложение подхода к стратификации сердечно-сосудистого риска для лечения взрослых с повышенным артериальным давлением. N-МНУП — N-концевой предшественник мозгового натрийуретического пептида; SCORE2 — шкала оценки риска фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых заболеваний в течение 10 лет для лиц 40–69 лет; SCORE2-Diabetes — шкала оценки риска фатальных и нефатальных сер-

дечно-сосудистых заболеваний в течение 10 лет для лиц с сахарным диабетом 2-го типа; SCORE2-OP — шкала оценки риска фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых заболеваний в течение 10 лет для лиц 70 лет и старше; АССЗ — атеросклеротическое сердечно-сосудистое заболевание; ДАД — диастолическое артериальное давление; ККА — кальций в коронарных артериях; ПООГ — поражение органов-мишеней, опосредованное гипертензией; САД — систолическое артериальное давление; СГХС — семейная гиперхолестеринемия; СД — сахарный диабет; ХБП — хроническая болезнь почек.

кам, 90 % взрослых старше 40 лет в Великобритании проходят проверку АД в течение 5-летнего периода [234], хотя эти результаты не могут быть экстраполированы на другие страны. Записи ДМАД, предоставленные пациентами, также можно использовать как часть программы скрининга (см. раздел 5.2) [235].

Несмотря на сохраняющуюся неопределенность относительно влияния программ скрининга гипертензии на исходы ССЗ, многие исследования продемонстрировали, что скрининг (в основном оппортунистический) повышает выявляемость гипертензии и что польза от скрининга, вероятно, перевешивает его вред [70]. Глобальные инициативы по повышению осведомленности об АД, такие как ежегодно проводимая кампания «май — месяц измерения АД» [228], или целевые инициативы, такие как программы по пропаганде здорового образа жизни в парикмахерских [229], уже доказали успешность кампаний по скринингу АД.

Скрининг на гипертензию, как и глобальную оценку сердечно-сосудистого риска, следует периодически повторять, например, каждые 3 года. Учитывая скорость прогрессирования гипертензии в выборках европейского населения [236], разумно измерять АД не реже 1 раза в 3 года в случае не повышенного АД и низкого/умеренного сердечно-сосудистого риска (т.е. для лиц в возрасте <40 лет). Более частые проверки АД (т.е. ежегодно) следует рассматривать для лиц в возрасте ≥40 лет, а также для лиц с повышенным АД, которые в настоящее время не имеют показаний для лечения [170, рис. 10].

РЕКОМЕНДАЦИИ 5

Рекомендации по скринингу артериального давления

Рекомендации	Класс	Уровень
Необходимо рассмотреть возможность проведения скрининга на повышенное АД и гипертензию не реже 1 раза в 3 года для взрослых <40 лет. [236–237]	IIa	C
Оппортунистический скрининг на повышенное АД и гипертензию следует проводить не реже 1 раза в год для взрослых в возрасте ≥40 лет. [231–237]	IIa	C
У лиц с повышенным АД, которые в настоящее время не соответствуют пороговым значениям риска для проведения антигипертензивной терапии, следует рассмотреть возможность повторного измерения АД и оценки риска в течение 1 года.	IIa	C

РЕКОМЕНДАЦИИ 5

окончание

Могут быть рассмотрены и другие формы скрининга на предмет гипертонии (например, систематический скрининг, самостоятельный скрининг и скрининг без привлечения врача) в зависимости от их осуществимости в разных странах и системах здравоохранения. [231–233]

IIb

B

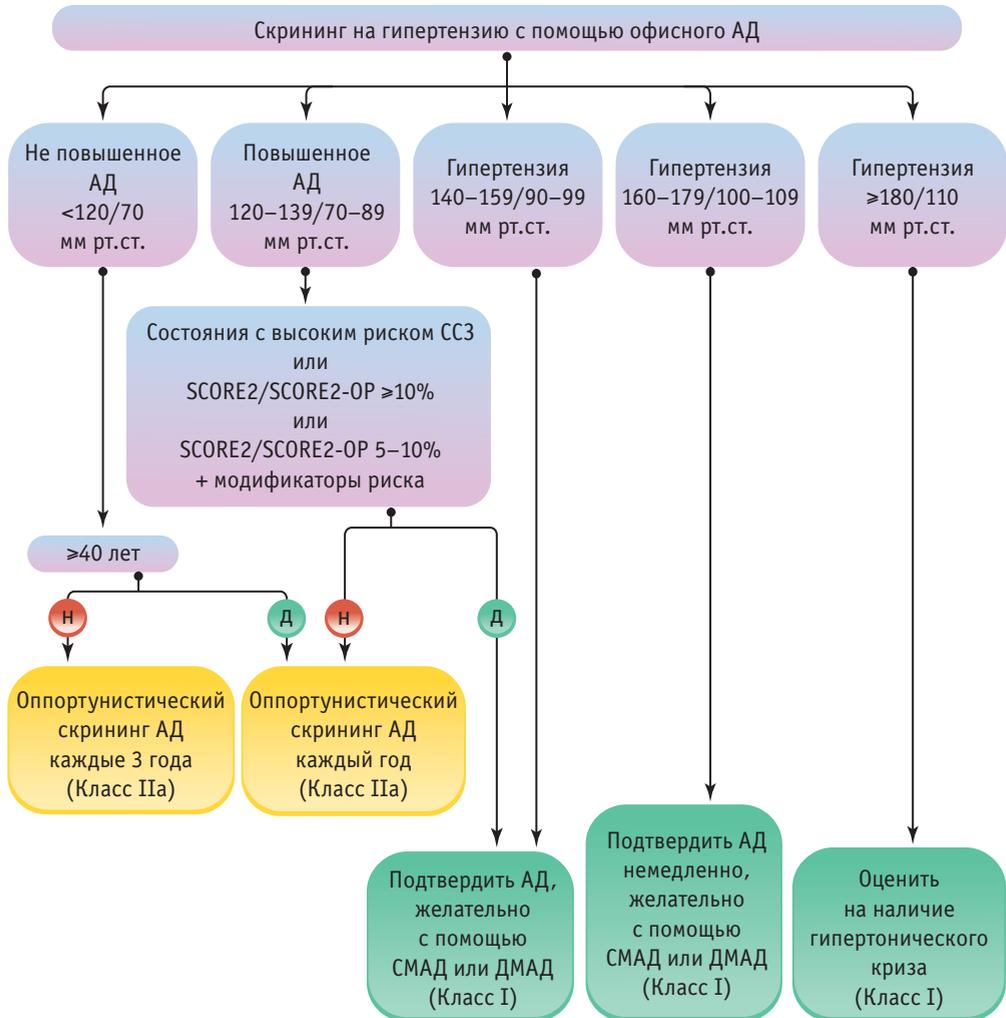


Рисунок 10. Протокол подтверждения диагноза гипертонии. SCORE2 — шкала оценки риска фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых заболеваний в течение 10 лет для лиц 40–69 лет; SCORE2-OP — шкала оценки риска фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых заболеваний в течение 10 лет для лиц 70 лет и старше; ДМАД — домашний мониторинг артериального давления; СМАД — амбулаторный (суточный) мониторинг артериального давления; ССЗ — сердечно-сосудистое заболевание.

7.2. Подтверждение диагноза гипертензии

Как отмечено в разделе 5, оценка АД при однократном посещении врача имеет меньшую эффективность по сравнению с СМАД для диагностики гипертензии [70, 238–241]. Соответственно, необходим протокол подтверждения диагноза гипертензии (рис. 10), при этом предпочтительным методом подтверждения случаев повышенного АД или гипертензии будет внеклиническое измерение АД.

Для первоначального скрининга в случае систолического АД >160 мм рт. ст. и/или диастолического АД >100 мм рт. ст. рекомендована быстрая повторная оценка (в течение нескольких дней или недель, но не более 1 месяца), предпочтительно с использованием СМАД или ДМАД [71].

При АД $>180/110$ мм рт. ст. во время скрининга необходимо исключить гипертонический криз, который следует вести соответствующим образом [242, раздел 10], с незамедлительным лечением. Для лиц с АД $>180/110$ мм рт. ст. при скрининге, но без гипертонического криза можно рассмотреть возможность быстрого подтверждения (предпочтительно в течение недели) до начала лечения.

РЕКОМЕНДАЦИИ 6

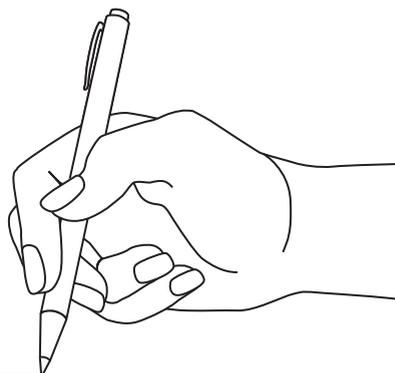
Рекомендации по подтверждению диагноза гипертензии

Рекомендации	Класс	Уровень
У лиц с повышенным риском ССЗ, у которых АД при скрининговом обследовании 120–139/70–89 мм рт. ст., рекомендуется измерять АД вне клиники с помощью СМАД и/или ДМАД или, если это невозможно, путем повторных измерений АД в клинике более, чем на 1 приеме. [70, 238–241]	I	B
Если при скрининговом обследовании АД 140–159/90–99 мм рт. ст., диагноз гипертензии рекомендуется ставить на основании измерения АД вне клиники с помощью СМАД и/или ДМАД. Если это измерение неосуществимо, диагноз может быть поставлен на основе повторных измерений в клинике АД более, чем на 1 приеме. [70, 238–241]	I	B
Если скрининговое офисное АД $\geq 160/100$ мм рт. ст.: <ul style="list-style-type: none"> • Рекомендуется как можно скорее (например, в течение 1 месяца) подтвердить АД на уровне 160–179/100–109 мм рт. ст., предпочтительно с помощью СМАД и/или ДМАД. • При АД $\geq 180/110$ мм рт. ст. рекомендуется исключить гипертонический криз. 	I	C

СМАД — амбулаторный (суточный) мониторинг артериального давления; ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания; ДМАД — домашний мониторинг артериального давления.



ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЛОГОСФЕРА»



Издательство "Логосфера" занимается переводом и изданием медицинских книг, которые считаются мировыми бестселлерами среди врачей.

Кроме того, мы привозим в Россию медицинские книги на других языках.

Наш основной сайт медицинской литературы – medpublishing.ru

Те, кто привык читать профессиональную литературу в оригинале, могут увидеть практически все книги зарубежных издательств на сайте logobook.ru.



По поводу сотрудничества, авторства и любых других вопросов вы можете обращаться по телефону +7 (495) 980-12-12 или e-mail mail@logobook.ru