Артериальная гипертензия у взрослых

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: I10, I11, I12, I13, I15, I95.2 · Общероссийская общественная организация «Российское кардиологическое общество», Общероссийская общественная организация "Российское научное медицинское общество терапевтов"

Артериальная гипертензия у взрослых — синдром повышения САД ≥140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥90 мм рт. ст.; чаще это гипертоническая болезнь, но вторичные причины нужно искать по показаниям. Рекомендация фокусируется на правильном измерении и подтверждении АД, оценке риска и поражения органов-мишеней, выборе стартовой и комбинированной терапии, целевых уровнях АД и тактике при кризах.

Главное

- Диагноз АГ ставят при офисном САД ≥140 и/или ДАД ≥90 мм рт. ст. на двух разных визитах; исключение — тяжелая АГ 2–3-й степени, особенно при высоком риске, и подтвержденное повышение АД вне медорганизации. УУР С, УДД 5.
- На каждом визите выполняют минимум 2 измерения АД с интервалом 1–2 минуты; если первые два отличаются более чем на 10 мм рт. ст., делают дополнительное измерение. За уровень АД берут среднее последних двух измерений.
- Стадия АГ определяется не цифрами АД, а наличием сахарного диабета, поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний; степень АГ у нелеченных пациентов оценивают по более высокой категории САД или ДАД.
- Лекарственную АГТ начинают у пациентов 18–79 лет при АД ≥140/90 мм рт. ст. УУР А, УДД 1; у пациентов ≥80 лет — при САД ≥160 мм рт. ст. УУР А, УДД 1.
- Первый целевой уровень у всех леченых пациентов — <140/90 мм рт. ст.; при хорошей переносимости — 130/80 мм рт. ст. или ниже. У пациентов моложе 65 лет целевое САД — 120–<130 мм рт. ст. УУР А, УДД 1.
- Стартовая терапия для большинства — предпочтительно фиксированная комбинация: иРААС (ИАПФ или БРА) + антагонист кальция или диуретик. Исключения: низкий риск при АД <150/90 мм рт. ст., возраст ≥80 лет, старческая астения. УУР А, УДД 1.
- Комбинация двух иРААС не рекомендуется из-за повышенного риска гиперкалиемии, гипотензии и ухудшения функции почек. УУР А, УДД 1. Также к запрещенным комбинациям относятся АРНИ + ИАПФ, АРНИ + БРА и бета-блокатор с недигидропиридиновым антагонистом кальция.

Диагностика

1. Начать с жалоб, анамнеза и семейного анамнеза: уточнить факторы риска, признаки поражения органов-мишеней, ССЗ, ЦВБ, ХБП, возможные вторичные формы АГ, образ жизни и прежнее лечение. УУР С, УДД 4.
2. Измерить АД правильно: при первом визите — на обеих руках; при разнице между руками >15 мм рт. ст. дальше измерять на руке с более высоким АД. УУР А, УДД 2.
3. Подтвердить диагноз повторными офисными измерениями; для СМАД диагностический критерий в критериях качества — среднее за 24 часа ≥130 и/или ≥80 мм рт. ст.
4. Провести физикальное обследование: антропометрия, неврологический статус и когнитивные функции, глазное дно, пальпация и аускультация сердца, сонных и периферических артерий, оценка пульса в покое для ЧСС и ритма. УУР С, УДД 5; для пульса — УУР В, УДД 2.
5. Базовые лабораторные тесты у всех: общий анализ крови, глюкоза, креатинин с расчетом СКФ CKD-EPI, общий анализ мочи с осадком и альбуминурией/отношением альбумин-креатинин, липидный профиль, калий и натрий, мочевая кислота, общий белок, билирубин, АСТ, АЛТ.
6. Инструментально всем выполнить ЭКГ в 12 отведениях для ГЛЖ и риска. ЭхоКГ — при изменениях ЭКГ или симптомах/признаках дисфункции ЛЖ; офтальмолог — при АГ 2–3-й степени и всем с СД; КТ/МРТ мозга — при неврологических симптомах или когнитивных нарушениях.
7. Искать вторичную АГ при АГ 2-й степени у пациентов <40 лет, внезапном начале после нормотонии, резистентной АГ, АГ 3-й степени или кризе, выраженном поражении органов-мишеней, признаках эндокринной причины/ХБП, симптомах СОАС, признаках или семейном анамнезе феохромоцитомы. УУР А, УДД 2.

Лечение

- Всем пациентам с АГ назначать меры образа жизни: соль <5 г/сут, алкоголь <14 единиц/нед у мужчин и <8 единиц/нед у женщин, рацион с овощами, фруктами, рыбой, орехами, оливковым маслом и низкожировыми молочными продуктами, калий около 3500 мг/сут, контроль массы тела, аэробные нагрузки ≥30 минут 5–7 дней/нед, отказ от курения. Для большинства мер УУР А.
- АГ 2–3-й степени лечить лекарствами сразу, независимо от СС риска, одновременно с изменением образа жизни. АГ 1-й степени при низком/умеренном риске без ПОМ — начать препараты, если через 3 месяца образ жизни не нормализовал АД; при высоком риске или ПОМ — начать сразу. УУР А, УДД 1.
- Основные классы АГП: ИАПФ, БРА, бета-блокаторы, антагонисты кальция, тиазидные/тиазидоподобные диуретики — гидрохлоротиазид, хлорталидон, индапамид.
- Если двойная комбинация не дала целевое АД, перейти на тройную схему: иРААС + антагонист кальция + тиазидный/тиазидоподобный диуретик, предпочтительно фиксированно. УУР В, УДД 1.
- Титровать терапию с шагом примерно 2–4 недели; целиться в <140/90 мм рт. ст. за 3 месяца, а при хорошей переносимости — в <130/80 мм рт. ст. До перехода на 4 препарата использовать 3 препарата в максимальных переносимых дозах.
- При резистентной АГ сначала подтвердить неконтроль АД СМАД/ДМАД, приверженность, исключить псевдорезистентность и вторичные причины. К тройной схеме добавляют спиронолактон, либо бета-блокатор, либо альфа1-адреноблокатор, либо препарат центрального действия; спиронолактон противопоказан при СКФ ≤30 мл/мин/1,73 м² и калии ≥5 ммоль/л.
- При гипертоническом кризе с острым поражением органов-мишеней внутривенную терапию начать не позднее 15 минут от поступления; обычно снижать АД быстро, но не более чем на 25% от исходного за первые 2 часа, с учетом клинической ситуации.
- Беременным с АГ начинать АГТ при АД ≥140/90 мм рт. ст.; целевой уровень ≤140/90 мм рт. ст., ДАД — 80–85 мм рт. ст. Первая линия — метилдопа; вторая линия — нифедипин замедленного высвобождения, при отсутствии тахикардии. ИАПФ, БРА, ингибиторы ренина, спиронолактон, эплеренон, атенолол, дилтиазем и фелодипин при беременности не назначать.

Когда направить и как наблюдать

- Плановая госпитализация показана при неясном диагнозе и необходимости специальных исследований для исключения симптоматической АГ, если это невозможно или нецелесообразно амбулаторно.
- Плановая госпитализация также показана при трудностях подбора терапии из-за сочетанной патологии, повторных кризах несмотря на АГТ и при резистентной АГ.
- Экстренная госпитализация нужна при гипертоническом кризе, который не купируется на догоспитальном этапе, при кризе на фоне феохромоцитомы или с выраженной гипертонической энцефалопатией.
- Экстренно госпитализировать при осложнениях АГ, требующих интенсивной терапии: инсульт, ОКС, субарахноидальное кровоизлияние, острые нарушения зрения, отек легких, расслоение аорты, почечная недостаточность, эклампсия и тяжелая преэклампсия.
- Выписка возможна после установления диагноза, подбора терапии или снижения АД на 25–30% от исходного к моменту выписки, а также после купирования криза, отсутствия осложнений для интенсивной терапии и стабилизации АД.

Частые вопросы

Когда ставить диагноз артериальной гипертензии?

При офисном САД ≥140 и/или ДАД ≥90 мм рт. ст. на двух разных визитах. СМАД/ДМАД используют для подтверждения в отдельных ситуациях; по критериям качества для СМАД указано среднее 24-часовое АД ≥130 и/или ≥80 мм рт. ст.

Какие обследования обязательны при впервые выявленной АГ?

Критерии качества включают биохимический анализ крови (креатинин, расчетная СКФ, глюкоза, калий, натрий, мочевая кислота, общий холестерин, ЛНП, триглицериды, ЛВП), общий анализ крови, общий анализ мочи, качественную оценку протеинурии тест-полоской или определение альбумина в моче, ЭКГ в 12 отведениях.

С чего начинать лекарственное лечение у большинства пациентов?

У большинства старт — двухкомпонентная комбинация, желательно фиксированная: ИАПФ или БРА плюс антагонист кальция или диуретик. Монотерапия допустима в исключениях: низкий риск при АД < 150/90 мм рт. ст., возраст ≥ 80 лет или старческая астения.

Какой целевой уровень АД считать достаточным?

Сначала нужно добиться < 140/90 мм рт. ст. У хорошо переносящих лечение стремятся к 130/80 мм рт. ст. или ниже; у пациентов моложе 65 лет целевое САД — 120–< 130 мм рт. ст.

Чем отличается гипертонический криз от простого высокого АД?

Гипертонический криз — это значительное повышение АД с острым поражением органов-мишеней и обычно потребностью во внутривенной терапии. Термин «неосложненный гипертонический криз» не рекомендован; при резком подъеме без острого поражения органов-мишеней речь идет о недостижении целевого АД и коррекции плановой терапии.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/62-arterialnaya-gipertenziya-u-vzroslyh. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/62_3