

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Краткий обзор актуальных рекомендаций ESC и ACC/AHA с анализом ключевых изменений по сравнению с предыдущими версиями.

Справочный материал для практикующих врачей

О документе

- Представленный материал является обобщённым изложением актуальных рекомендаций двух ведущих международных кардиологических обществ по вопросам диагностики и лечения повышенного артериального давления и артериальной гипертензии, адаптированным и переведённым на русский язык.
- Часть 1 — актуальные позиции ESC 2024 и ACC/AHA 2025 по темам, в соседних колонках.
- Часть 2 — что изменилось в рекомендациях каждого общества по сравнению с его же предыдущей версией.

Источники

- ESC 2024: 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Eur Heart J 2024;45:3912–4018.
- ESC 2018 (предыдущая версия): 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J 2018;39:3021–3104.
- ACC/AHA 2025: 2025 AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults. J Am Coll Cardiol 2025;86(18):1567–1678.
- ACC/AHA 2017 (предыдущая версия): 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults.

Важно: это справочный материал, обобщающий и переводящий позиции первоисточников своими словами, а не клиническая рекомендация от составителя и не официальный перевод. Полные тексты гайдлайнов остаются основным источником для клинических решений.

Условные обозначения уровней доказательности:

- ESC — Класс I/IIa/IIb/III; Уровень доказательности A/B/C
- ACC/AHA — Класс рекомендаций (COR) 1/2a/2b/3; Уровень доказательности (LOE) A/B-R/B-NR/C-LD/C-EO

ТЕРМИНОЛОГИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ		
Тема	ESC 2024 (Elevated Blood Pressure and Hypertension)	ACC/AHA 2025 (High Blood Pressure in Adults)
Название документа / подход	Новое название: «Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension» — термин «артериальная» убран во избежание путаницы с лёгочной гипертензией. Признание того, что сердечно-сосудистый риск растёт непрерывно по мере роста АД, а не начинается резко с определённого порога.	Сохранено традиционное название «High Blood Pressure in Adults». Аналогичная концепция непрерывного риска. Первое комплексное обновление с 2017 года; документ включает новые данные клинических исследований и инструменты оценки риска.
Классификация АД	Три категории: Неповышенное АД — <120/70 мм рт.ст.; Повышенное АД (elevated BP) — 120–139/70–89 мм рт.ст.; Гипертензия — ≥140/90 мм рт.ст. Введение категории «повышенного АД» — принципиальное новшество, обозначающее группу риска, требующую наблюдения.	Четыре категории: Нормальное — <120/80 мм рт.ст.; Повышенное — 120–129/<80 мм рт.ст.; АГ 1-й ст. — 130–139/80–89 мм рт.ст.; АГ 2-й ст. — ≥140/90 мм рт.ст. Порог «гипертензия» сохранён на уровне ≥130/80 мм рт.ст. (с 2017 г.).
Диагностический порог гипертензии	≥140/90 мм рт.ст. (по офисному измерению) — неизменен. Вместе с тем введена категория «повышенного АД» (120–139/70–89 мм рт.ст.) как зона активного наблюдения и модификации образа жизни.	≥130/80 мм рт.ст. — порог гипертензии сохранён с 2017 года. Фактически АГ 1-й ст. по ACC/AHA соответствует категории «повышенного АД» по ESC 2024.
ИЗМЕРЕНИЕ АД И ДИАГНОСТИКА		
Тема	ESC 2024 (Elevated Blood Pressure and Hypertension)	ACC/AHA 2025 (High Blood Pressure in Adults)
Метод измерения	Основа диагностики — офисное измерение АД. Акцент на использование только валидированных устройств с плечевой манжетой. Домашнее мониторирование АД (ДМАД) и суточное мониторирование АД (СМАД) рекомендованы для подтверждения диагноза и выявления гипертензии «белого халата» и маскированной гипертензии.	Аналогичный акцент на стандартизацию измерения: поддерживаемое автоматическое офисное измерение АД (АОВР) подчёркнуто как предпочтительный метод в клинических условиях. ДМАД и СМАД — для диагностической верификации и контроля терапии.
Скрининг вторичной гипертензии	Новое: скрининг первичного гиперальдостеронизма рекомендован всем взрослым с подтверждённой гипертензией (≥140/90 мм рт.ст.) путём измерения ренина и альдостерона (класс IIa). Признание высокой реальной распространённости первичного гиперальдостеронизма (значительно выше, чем считалось ранее).	Скрининг вторичных причин рекомендован при резистентной гипертензии или при клинических признаках, указывающих на вторичную этиологию. Рутинный скрининг первичного гиперальдостеронизма у всех — не включён как рутинная практика.
ОЦЕНКА РИСКА И ПОРОГИ НАЧАЛА ТЕРАПИИ		

Тема	ESC 2024 (Elevated Blood Pressure and Hypertension)	ACC/AHA 2025 (High Blood Pressure in Adults)
Инструмент оценки риска	SCORE2 / SCORE2-OP (систематическая оценка коронарного риска) — для стратификации общего сердечно-сосудистого риска. Учёт поражения органов-мишеней (ПОМ) как самостоятельного фактора риска.	Ключевое изменение 2025: PREVENT-калькулятор (Predicting Risk of CVD Events) заменяет Pooled Cohort Equations (PCE) как основной инструмент оценки риска. PREVENT включает современные данные, учитывает приём статинов, ХБП, социальные факторы риска; охватывает возраст 30–79 лет и оценивает 10- и 30-летний риск ССЗ.
Порог начала медикаментозной терапии	При «повышенном АД» (120–139/70–89 мм рт.ст.) — только модификация образа жизни (медикаменты не показаны, если нет очень высокого ССЗ-риска). При гипертензии $\geq 140/90$ мм рт.ст. — медикаментозная терапия + образ жизни. При очень высоком ССЗ-риске (например, установленные ССЗ) медикаментозное лечение рассматривается уже при АД $\geq 130/80$ мм рт.ст.	Изменение 2025 vs 2017: при АГ 1-й ст. (130–139/80–89 мм рт.ст.) и низком ССЗ-риске по PREVENT — медикаменты рекомендованы, если АД остаётся $\geq 130/80$ после 3–6 мес. модификации образа жизни. Ранее (2017) это была рекомендация только для высокого риска. Расширение охвата медикаментозной терапией.

ЦЕЛЕВЫЕ УРОВНИ АД

Тема	ESC 2024 (Elevated Blood Pressure and Hypertension)	ACC/AHA 2025 (High Blood Pressure in Adults)
Целевое АД — общая популяция	Ключевое изменение: при повышенном ССЗ-риске — целевое САД < 130 мм рт.ст. Для пациентов с низким/умеренным риском — целевое АД $< 140/90$ мм рт.ст. с рассмотрением снижения до $< 130/80$ при переносимости. Переход от «opt-in» (активный выбор более низкой цели) к «opt-out» (интенсивный контроль по умолчанию).	Универсальная цель $< 130/80$ мм рт.ст. для большинства взрослых с АГ, получающих медикаментозную терапию. Цель сохранена с 2017 года.
Целевое АД — пожилые (≥ 65 лет)	Целевое САД 120–129 мм рт.ст. при переносимости; при плохой переносимости — < 140 мм рт.ст. Принцип «treat to the target, but not overtreated» с учётом функционального статуса.	Целевое АД $< 130/80$ мм рт.ст. при хорошей переносимости; у пожилых старше 75 лет или при слабости — индивидуализированный подход.
Целевое АД — при ХБП	Целевое АД $< 130/80$ мм рт.ст. при ХБП без выраженной протеинурии; при протеинурии — более строгий контроль.	Целевое АД $< 130/80$ мм рт.ст. при ХБП — согласована со стратегией общей популяции.
Целевое АД — при СД	Целевое АД $< 130/80$ мм рт.ст. при сахарном диабете. Акцент на то, что польза снижения АД у пациентов с СД сохраняется при более низких целях при условии переносимости.	Целевое АД $< 130/80$ мм рт.ст. при СД — аналогично ESC.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

Тема	ESC 2024 (Elevated Blood Pressure and Hypertension)	ACC/AHA 2025 (High Blood Pressure in Adults)
Препараты первой линии	Четыре основных класса: иАПФ (или БРА), БКК, тиазидные/тиазидоподобные диуретики. Комбинация иАПФ+БКК или иАПФ/БРА+тиазидный диуретик — предпочтительная стратегия начала терапии для большинства пациентов.	Те же четыре класса. Первоначальная монотерапия или комбинация в зависимости от степени АГ. Выбор класса зависит от сопутствующих состояний (ХБП, СД, ХСН, ИБС).

Комбинированная терапия / однотоаблеточные комбинации	Акцент на однотоаблеточные комбинации (СПК): у большинства пациентов с гипертензией рекомендовано начинать с двухкомпонентной СПК для повышения приверженности. Тройная СПК (иАПФ/БРА + БКК + диуретик) — при недостаточном контроле на двойной терапии.	Аналогичный акцент на сниженную таблеточную нагрузку и однотоаблеточные комбинации для улучшения приверженности. Двойная комбинация — при АГ $\geq 20/10$ мм рт.ст. выше цели или при АГ 2-й стадии.
SGLT2-ингибиторы	Рекомендованы как компонент антигипертензивной терапии при сопутствующей ХСН, ХБП или СД2 — с учётом их доказанного кардиопротективного эффекта (класс I при ХСН/ХБП с протеинурией).	Аналогичная рекомендация: SGLT2-ингибиторы при АГ + ХСН, ХБП или СД2 — для снижения сердечно-сосудистого риска и протеинурии.
Резистентная гипертензия	Новое: ренальная денервация — рассматривается как дополнительная или альтернативная опция у пациентов с резистентной гипертензией при непереносимости медикаментов или неэффективности тройной терапии (класс IIa). Направление в специализированный центр гипертензии.	Ренальная денервация упомянута как опция для отдельных пациентов с резистентной гипертензией; акцент на исключении псевдорезистентности (низкая приверженность, неправильное измерение).

ОБРАЗ ЖИЗНИ

Тема	ESC 2024 (Elevated Blood Pressure and Hypertension)	ACC/AHA 2025 (High Blood Pressure in Adults)
Ключевые рекомендации	Снижение натрия (<5 г соли/сутки), увеличение калия, DASH-подобная диета, физическая активность (аэробная + резистентная), снижение массы тела, ограничение алкоголя. Новое: явное упоминание экологических факторов (шум, загрязнение воздуха) как факторов риска гипертензии.	Аналогичные компоненты; новое в 2025 г.: калий-содержащие заменители соли (для пациентов, добавляющих обычную поваренную соль) — рекомендованы с оговоркой об исключении пациентов с ХБП или состояниями, требующими ограничения калия. Целевое потребление натрия — идеально <1500 мг/сутки.

ОСОБЫЕ ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ

Тема	ESC 2024 (Elevated Blood Pressure and Hypertension)	ACC/AHA 2025 (High Blood Pressure in Adults)
Беременность	Целевое АД при гипертензии беременных — <140/90 мм рт.ст. (офисное). Предпочтительные препараты: метилдопа, лабеталол, нифедипин; иАПФ/БРА — противопоказаны.	Новый отдельный раздел по беременным в 2025 г. с детальными алгоритмами: целевое АД <130/80 мм рт.ст. при хронической гипертензии при хорошей переносимости. Те же предпочтительные препараты; иАПФ/БРА строго противопоказаны.
ХБП	иАПФ или БРА — первая линия при АГ + ХБП с протеинурией (класс I). SGLT2-ингибиторы — рекомендованы при ХБП + СД или без СД для замедления прогрессирования ХБП.	Аналогичный подход. Новый акцент: при ХБП с протеинурией SGLT2-ингибиторы + иАПФ/БРА рассматриваются как стандарт; целевой АД — <130/80 мм рт.ст.
Скрининг у детей и подростков	Новое: рекомендовано регулярное измерение АД в позднем детском возрасте и подростковом периоде для прогнозирования гипертензии и ССЗ во взрослом возрасте.	Аналогичная рекомендация по скринингу АД у детей и подростков; рекомендации для педиатрической популяции расширены.

ЧАСТЬ 2. ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ ПО СРАВНЕНИЮ С ПРЕДЫДУЩИМИ ВЕРСИЯМИ

Этот раздел показывает развитие рекомендаций каждого общества относительно самого себя — без сопоставления ESC и ACC/АНА между собой и без сравнения с какой-либо третьей системой.

ESC 2024 vs ESC 2018 (ESC/ESH) — ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ	
Что изменилось	Суть изменения
Новое название и концепция	Название изменилось с «Arterial Hypertension» на «Elevated Blood Pressure and Hypertension». Это концептуальный сдвиг: признание того, что риск растёт непрерывно начиная с АД 120/70 мм рт.ст., а не резко начинается с 140/90 мм рт.ст. В 2018 г. такой отдельной категории не было.
Новая категория «повышенного АД»	Введена новая промежуточная категория «elevated BP» (120–139/70–89 мм рт.ст.). В 2018 г. эта зона относилась к «высокому нормальному АД» (130–139/85–89) — без выделения нижней границы 120/70. Теперь эта группа требует активного наблюдения и модификации образа жизни.
Целевое АД — смена парадигмы	В 2018 г. подход был «opt-in»: интенсивный контроль (цель <130/80) рекомендовался только для отдельных категорий высокого риска. В 2024 г. — «opt-out»: целевое САД <130 мм рт.ст. при повышенном ССЗ-риске стало стандартом, а не исключением.
Скрининг первичного гиперальдостеронизма	В 2018 г. — скрининг первичного гиперальдостеронизма рекомендовался только при специфических клинических признаках. В 2024 г. — рутинный скрининг (ренин + альдостерон) рекомендован всем взрослым с подтверждённой гипертензией ≥140/90 мм рт.ст. (класс IIa). Признание значительно большей распространённости первичного гиперальдостеронизма, чем предполагалось.
Ренальная денервация	В 2018 г. — не рекомендовалась вне исследований. В 2024 г. — класс IIa: рассматривается как дополнительная или альтернативная опция при резистентной гипертензии или непереносимости медикаментов. Появление на основании нескольких РКИ (SPYRAL HTN-ON MED, RADIANCE-HTN SOLO и др.).
SGLT2-ингибиторы	В 2018 г. — не упоминались как антигипертензивный класс. В 2024 г. — явная рекомендация при АГ + ХСН, ХБП с протеинурией, СД2: класс I для снижения ССЗ-риска и замедления прогрессирования ХБП.
Скрининг у детей и подростков	Новая рекомендация 2024 г.: регулярное измерение АД в позднем детстве и подростковом возрасте для раннего прогнозирования гипертензии. В 2018 г. этого раздела не было.
Экологические факторы риска	Новое в 2024 г.: явное упоминание шума и загрязнения воздуха как значимых факторов риска гипертензии. В 2018 г. этот аспект не был выделен.

ACC/AHA 2025 vs ACC/AHA 2017 — ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ	
Что изменилось	Суть изменения
Новый инструмент оценки риска — PREVENT	Главное методологическое изменение: PREVENT-калькулятор (2023) заменяет Pooled Cohort Equations (PCE 2013). PREVENT более точен: использует современные, этнически разнообразные данные; учитывает приём статинов, ХБП, социальные факторы риска; охватывает возраст 30–79 лет; оценивает риск развития как ASCVD, так и сердечной недостаточности на 10 и 30 лет.
Расширение показаний к медикаментозной терапии при АГ 1-й ст.	В 2017 г.: при АГ 1-й ст. (130–139/80–89) и низком риске — только образ жизни, медикаменты не рекомендовались. В 2025 г.: если после 3–6 мес. модификации образа жизни АД остаётся $\geq 130/80$ мм рт.ст. — медикаменты рекомендованы даже при низком ССЗ-риске. Оценочно, это новое показание распространяется на ~27 млн взрослых в США.
Когнитивные функции и целевое АД	Новое в 2025 г.: явная рекомендация снижать АД до <130 мм рт.ст. (систолическое) для снижения риска когнитивных нарушений и деменции. В 2017 г. — упоминание было, но без чёткой цели.
Новые разделы по особым группам	2025 г. расширил и добавил разделы: беременность (детальные алгоритмы с целевым АД $<130/80$ при хронической АГ), ХБП (интеграция SGLT2i), расовые/этнические особенности, резистентная АГ.
Калий-содержащие заменители соли	Новая рекомендация 2025 г.: для пациентов, добавляющих обычную соль в пищу, рекомендуется использование калий-содержащих заменителей соли для снижения АД. Оговорка: не для пациентов с ХБП или гиперкалиемией.
Целевое потребление натрия	В 2017 г. — <2300 мг/сутки как стандартная цель. В 2025 г. — идеальная цель уточнена до <1500 мг/сутки; <2300 мг/сутки — как реалистичная промежуточная цель.
SGLT2-ингибиторы при ХБП	В 2017 г. — не были включены (не было данных). В 2025 г. — явная рекомендация SGLT2-ингибиторов при АГ + ХБП с протеинурией или СД для замедления прогрессирования ХБП и снижения ССЗ-риска.

Ограничения и рекомендации по использованию

- Это обобщённый пересказ официальных публикаций ESC и ACC/AHA, а не исчерпывающее изложение всех разделов гайдлайнов и не клиническая рекомендация составителя.
- Для клинических решений рекомендуется обращаться к полным текстам первоисточников.
- Документ не сравнивается ни с каким национальным протоколом и не делает выводов о доступности препаратов в какой-либо стране.
- Перед публикацией рекомендуется вычитка кардиологом/терапевтом на предмет точности перевода терминов и классов рекомендаций.