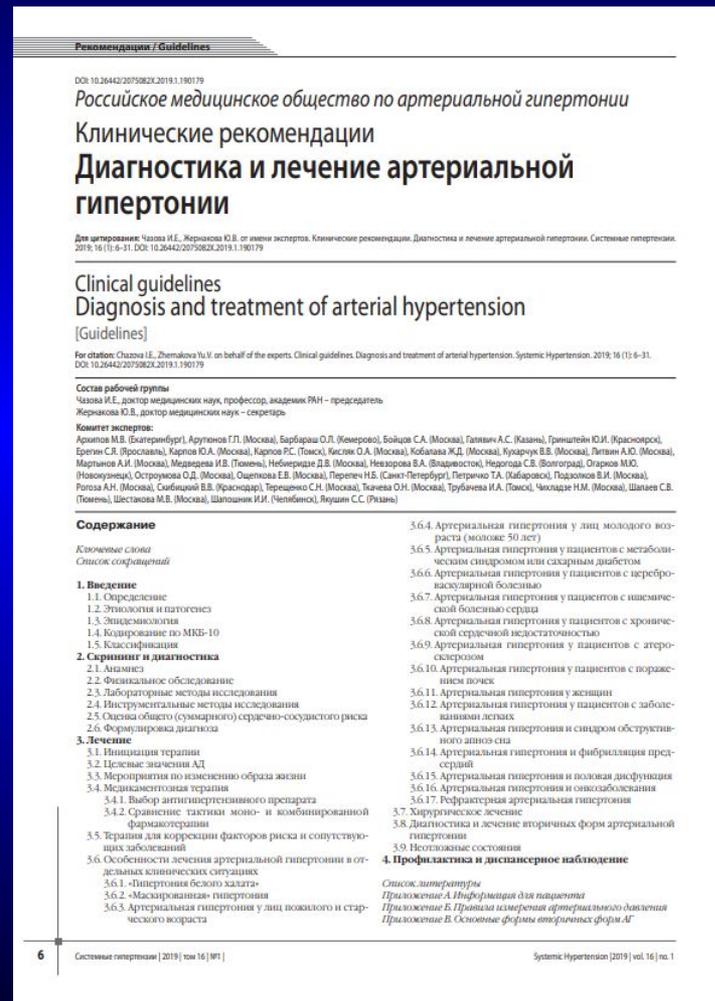
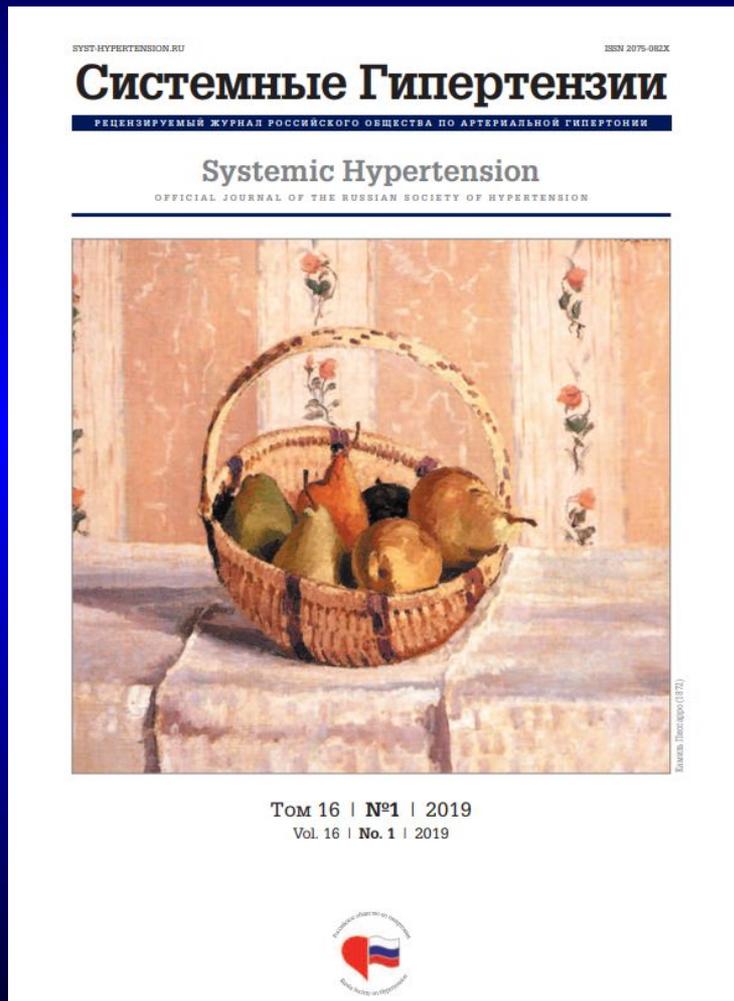


Клинические рекомендации «Диагностика и лечение артериальной гипертензии», 2019



Клинические рекомендации «Диагностика и лечение артериальной гипертонии», 2019

Артериальная гипертония – синдром повышения систолического АД (САД) ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД (ДАД) ≥ 90 мм рт. ст.

Указанные пороговые значения АД основаны на результатах РКИ, продемонстрировавших целесообразность и пользу лечения, направленного на снижение данных уровней АД у пациентов с ГБ и «симптоматическими артериальными гипертониями».

Клинические рекомендации «Диагностика и лечение артериальной гипертонии», 2019

Термин «гипертоническая болезнь», предложенный Г.Ф.Лангом в 1948 г., соответствует термину «эссенциальная гипертензия» (гипертония), используемому за рубежом.

- Под ГБ принято понимать хронически протекающее заболевание, при котором повышение АД не связано с выявлением явных причин, приводящих к развитию вторичных форм АГ.
- ГБ преобладает среди всех форм АГ, ее распространенность составляет свыше 90%.
- В силу того, что ГБ – заболевание, имеющее разные клинико-патогенетические варианты течения, в литературе вместо термина «гипертоническая болезнь» используется термин «артериальная гипертония».

Клинические рекомендации «Диагностика и лечение артериальной гипертензии», 2019

Кодирование по МКБ-10

Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (I10-I15):

- I10. Эссенциальная (первичная) гипертензия.
- I11. Гипертензивная болезнь сердца (ГБ с преимущественным поражением сердца).
- I12. Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением почек.
- I13. Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца и почек.
- I15. Вторичная гипертензия.

Клинические рекомендации «Диагностика и лечение артериальной гипертензии», 2019

Классификация уровней АД

Категории	САД (мм рт.ст.)		ДАД (мм рт.ст.)
Оптимальное	< 120	и	< 80
Нормальное	120-129	и/или	80-84
Высокое нормальное	130-139	и/или	85-89
АГ 1 степени	140-159	и/или	90-99
АГ 2 степени	160-179	и/или	100-109
АГ 3 степени	≥ 180	и/или	≥ 110
Изолированная систолическая АГ (ИСАГ) *	> 140	и/или	< 90

* ИСАГ должна классифицироваться на 1, 2, 3 ст. согласно уровню САД

Клинические рекомендации «Диагностика и лечение артериальной гипертензии», 2019

Клинические показания к применению СМАД и СКАД в диагностических целях

Пациентам с АГ 1 степени по данным клинического АД

Высокое клиническое АД у лиц без ПОМ и у лиц с низким общим сердечно-сосудистым риском

Подозрение на «маскированную» АГ или «гипертонию белого халата»

Высокое нормальное клиническое АД.

Нормальное клиническое АД у лиц с ПОМ и у лиц с высоким общим сердечно-сосудистым риском

Значительные колебания клинического АД в ходе одного или разных посещений врача

Вегетативная, ортостатическая, постпрандиальная, лекарственная гипотония; гипотония во время дневного сна

Повышение клинического АД или подозрение на преэклампсию у беременных

Выявление истинной и ложной рефрактерной и резистентной АГ

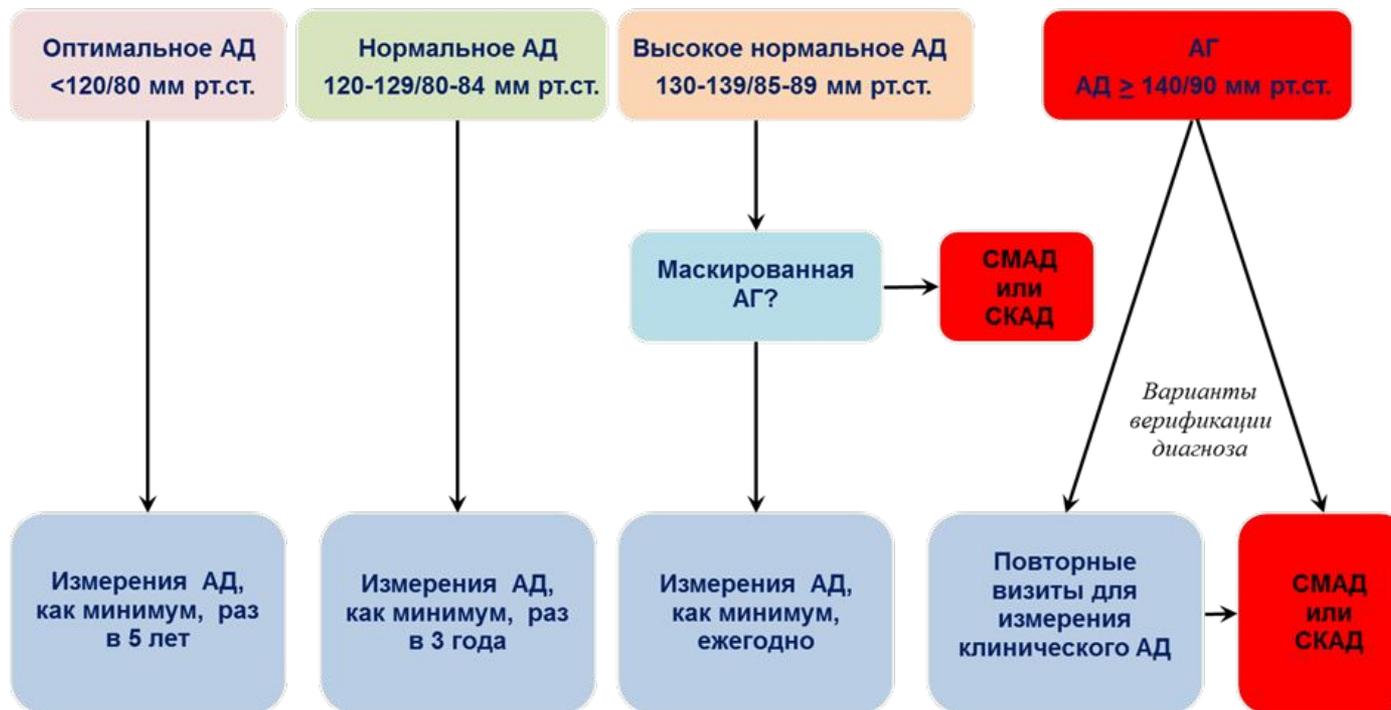
Клинические рекомендации «Диагностика и лечение артериальной гипертензии», 2019

Пороговые уровни АД (мм рт.ст.)

Категории	САД (мм рт.ст.)		ДАД (мм рт.ст.)
Офисное АД	≥ 140	и/или	≥ 90
СМАД:			
Дневное АД (бодрствование)	≥ 135	и/или	≥ 85
Ночное (сон)	≥ 120	и/или	≥ 70
Суточное АД	≥ 130	и/или	≥ 80
СКАД	≥ 135	и/или	≥ 85

Клинические рекомендации «Диагностика и лечение артериальной гипертензии», 2019

Скрининг и диагностика АГ



Клинические рекомендации

«Диагностика и лечение артериальной гипертензии», 2019

Стратификация риска у пациентов с артериальной гипертензией

Стадия гипертонической болезни	ФР, ПОМ, заболевания	Артериальное давление (мм рт.ст.)		
		АГ 1 степени САД 140-159 и/или ДАД 90-99	АГ 2 степени САД 160-179 и/или ДАД 100-109	АГ 3 степени САД ≥ 180 и/или ДАД ≥ 110
Стадия I (неосложненная)	Других факторов риска нет	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
	1-2 фактора риска	Умеренный риск	Высокий риск	Высокий риск
	3 и более факторов риска	Высокий риск	Высокий риск	Высокий риск
Стадия II (бессимптомная)	Субклиническое ПОМ, ХБП 3 ст. или СД	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
Стадия III (осложненная)	ССЗ, ЦВБ, ХБП ≥ 4 ст. или СД с ПОМ или факторами риска	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Клинические рекомендации

«Диагностика и лечение артериальной гипертензии», 2019

Факторы, влияющие на прогноз, применяемые для стратификации общего сердечно-сосудистого риска

Факторы риска	Характеристика
Пол	мужской>женский
Возраст	≥55 лет у мужчин, ≥65 лет у женщин
Курение (текущее или в прошлом)	ДА
Липидный обмен: Общий холестерин Холестерин липопротеинов низкой плотности Холестерин липопротеинов высокой плотности Триглицериды	принимается во внимание каждый из представленных показателей липидного обмена) >4,9 ммоль/л (190 мг/дл) и/или >3,0 ммоль/л (115 мг/дл) и/или у мужчин <1,0 ммоль/л (40 мг/дл), у женщин <1,2 ммоль/л (46 мг/дл) >1,7 ммоль/л (150 мг/дл)
Мочевая кислота	у мужчин >420мкмоль/л; у женщин >350мкмоль/л
Глюкоза плазмы натощак	5,6–6,9 ммоль/л (101–125 мг/дл)
Нарушение толерантности к глюкозе	7,8 - 11,0 ммоль/л
Ожирение	индекс массы тела ≥30 кг/м ²
Абдоминальное ожирение	окружность талии (для лиц европейской расы): у мужчин ≥102 см у женщин ≥88 см
Семейный анамнез ранних ССЗ	у мужчин <55 лет; у женщин <65 лет
Ранняя менопауза (<45 лет)	ДА
ЧСС>80 уд. в мин в покое	ДА

Клинические рекомендации

«Диагностика и лечение артериальной гипертензии», 2019

Факторы, влияющие на прогноз, применяемые для стратификации общего сердечно-сосудистого риска

Субклиническое поражение органов-мишеней

Пульсовое давление (лица пожилого и старч-ого возраста)	≥ 60 мм рт.ст.
Электрокардиографические признаки ГЛЖ	индекс Соколова-Лайона SV1+RV5-6 $>$ 35 мм; Корнельский показатель (RAVL+SV3) для мужчин ≥ 28 мм; для женщин ≥ 20 мм, (RAVL+SV3), Корнельское произведение (RAVL+SV3) мм x QRS мс $>$ 2440 мм x мс
Эхокардиографические признаки ГЛЖ	индекс ММЛЖ (формула ASE): индексация на рост в м ² ,7 мужчины > 50 г/м ² ,7; женщины > 47 г/м ² ,7; индексация на ППТ может использоваться у пациентов с нормальным весом: у мужчин > 115 г/м ² , у женщин > 95 г/м ²
Скорость пульсовой волны (каротидно-феморальной)	> 10 м/сек
Лодыжечно-плечевой индекс систолического давления	$< 0,9$ *
Хроническая болезнь почек	3 стадии с рСКФ 30–60 мл/мин/1,73 м ² (MDRD-формула) или низкий клиренс креатинина < 60 мл/мин (формула Кокрофта-Гаулта) или рСКФ 30–60 мл/мин/1,73 м ² (формула СКД-ЕPI
Микроальбуминурия	(30–300 мг/л) или отношение альбумина к креатинину (30–300 мг/г; 3,4–34 мг/ммоль)
Тяжелая ретинопатия	кровоизлияния или экссудаты, отек соска зрительного нерва

Клинические рекомендации «Диагностика и лечение артериальной гипертензии», 2019

Факторы, влияющие на прогноз, применяемые для стратификации общего сердечно-сосудистого риска

Сахарный диабет

Глюкоза плазмы натощак и/или	$\geq 7,0$ ммоль/л (126 мг/дл) в двух измерениях подряд и/или
HbA1c и/или	$> 7\%$ (53 ммоль\моль)
Глюкоза плазмы после нагрузки	$\geq 11,1$ ммоль/л (198 мг/дл)

Клинические рекомендации

«Диагностика и лечение артериальной гипертензии», 2019

Факторы, влияющие на прогноз, применяемые для стратификации общего сердечно-сосудистого риска

Сердечно-сосудистые, цереброваскулярные или почечные заболевания

Цереброваскулярная болезнь	ишемический инсульт, кровоизлияние в мозг, транзиторная ишемическая атака
Ишемическая болезнь сердца	инфаркт миокарда, стенокардия, коронарная реваскуляризация методом чрескожного коронарного вмешательства или аортокоронарного шунтирования
Сердечная недостаточность	2-3 стадии по Василенко-Стражеско
Клинически значимое поражение периферических артерий	атеросклеротическая бляшка >50%
Хронические болезни почек	4 стадии с рСКФ <30 мл/мин/1,73 м ² ; протеинурия (>300 мг в сутки)

Клинические рекомендации 2019: Анамнез, физикальное обследование

Рекомендации	Класс	Уровень
Рекомендуется у пациентов с АГ для оценки семейной предрасположенности к АГ и ССЗ собирать полный медицинский и семейный анамнез	I	B
Рекомендуется у всех пациентов с АГ для оценки общего ССР определение антропометрических данных, включая измерение окружности талии	I	C
Всем пациентам с АГ для оценки состояния органов-мишеней и выявления возможных причин вторичной АГ рекомендуется проводить аускультацию сердца, сонных и почечных артерий, пальпацию периферических артерий	I	C

Клинические рекомендации 2019: Лабораторные методы обследования (1)

Рекомендации	Класс	Уровень
<p>Всем пациентам с АГ для оценки общего ССР на первом этапе рекомендуется проводить рутинные лабораторные методы обследования: общий анализ крови и мочи; определение глюкозы в плазме крови (натощак); общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ); исследование калия, натрия в сыворотке крови</p>	I	C
<p>Всем пациентам с АГ для оценки общего ССР рекомендуется определять скорость клубочковой фильтрации (СКФ) в мл/мин/1,73м²</p>	IIa	B
<p>Всем пациентам с АГ для оценки общего ССР рекомендуется определять концентрацию мочевой кислоты в крови.</p>	I	C

Клинические рекомендации 2019: Лабораторные методы обследования (2)

Рекомендации	Класс	Уровень
Всем пациентам с АГ для определения функции почек рекомендуется определять наличие белка в моче в утренней или суточной порции	I	C
Всем пациентам с АГ при отрицательном результате теста на протеинурию и высоком риске поражения почек, особенно у пациентов с МС, СД, рекомендуется использование количественных методов для выявления микроальбуминурии (МАУ)	I	C
Всем пациентам с АГ рекомендуется проведение микроскопии мочевого осадка для выявления эритроцитов, лейкоцитов, эпителиальных клеток, цилиндров, кристаллических и аморфных солей	I	C
Всем пациентам с АГ и избыточной массой тела или ожирением и/или при уровне глюкозы в плазме крови натощак 5,6 ммоль/л (100 мг/дл) и более рекомендуется проведение перорального теста толерантности к глюкозе и/или определение гликированного гемоглобина (HbA1c)	I	C

Клинические рекомендации 2019: Инструментальные методы обследования (1)

Рекомендации	Класс	Уровень
<p>Всем пациентам с АГ для оценки общего ССР рекомендуется обследование с целью оценки состояния органов-мишеней</p>	IIa	B
<p>Всем пациентам с АГ для выявления гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ) и других поражений сердца рекомендуется проведение электрокардиографии (ЭКГ)</p>	I	B
<p>ЭКГ-тест с нагрузкой (физическая, фармакологическая, чреспищеводная электростимуляция) рекомендуется выполнять пациентам с АГ и нарушением ритма и проводимости сердца (по данным анамнеза, физикального осмотра, холтеровского мониторирования ЭКГ или в случае подозрения на провоцируемые физической нагрузкой аритмии)</p>	I	B
<p>Всем пациентам с АГ рекомендуется проведение ЭхоКГ для уточнения наличия и выраженности ГЛЖ, диастолической дисфункции, дилатации левого предсердия и других поражений сердца [</p>	I	B

Клинические рекомендации 2019: Инструментальные методы обследования (2)

Рекомендации	Класс	Уровень
<p>Всем пациентам с АГ при подозрении на наличие ишемии миокарда рекомендуется проведение обследования с целью верификации диагноза</p>	I	C
<p>Всем пациентам с АГ рекомендуется проведение ультразвукового исследования (УЗИ) почек для оценки их размеров, структуры и врожденных аномалий</p>	I	C
<p>Всем пациентам с рефрактерной АГ (РАГ), а также пациентам с тяжелым течением АГ и высоким общим ССР рекомендуется исследование глазного дна с целью исключения геморрагий, экссудатов, отека соска зрительного нерва</p>	IIa	C
<p>Внеофисное измерение АД (СКАД и/или СМАД) рекомендуется для подтверждения диагноза АГ, установления типа АГ, выявления эпизодов гипотонии, контроля за АГТ и максимально точного прогнозирования ССР</p>	I	B

Клинические рекомендации «Диагностика и лечение артериальной гипертензии», 2019

Тактика ведения пациентов с артериальной гипертензией



Клинические рекомендации «Диагностика и лечение артериальной гипертензии», 2019

Мероприятия по изменению образа жизни рекомендуются всем пациентам с АГ

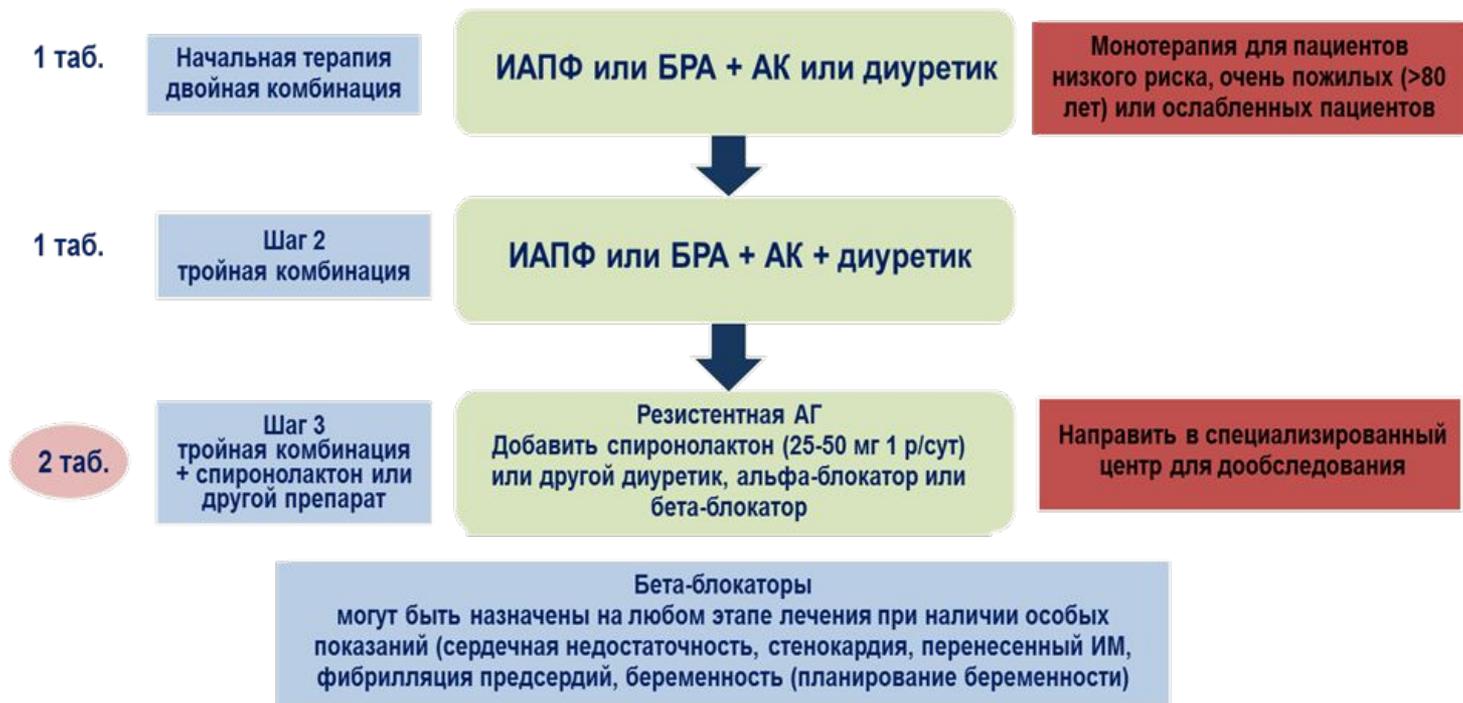
Немедикаментозные методы лечения АГ способствуют снижению АД, уменьшают потребность в АГП и повышают их эффективность, позволяют осуществлять коррекцию ФР, проводить первичную профилактику АГ у пациентов с высоким нормальным АД, имеющих ФР.

Клинические рекомендации 2019: Мероприятия по изменению образа жизни (1)

Рекомендации	Класс	Уровень
Всем пациентам с АГ рекомендуется ограничение потребления поваренной соли	I	A
Всем пациентам с АГ рекомендуется ограничить потребление алкоголя до 14 ед/нед у мужчин и до 8 ед/нед – у женщин (1 единица равна 125 мл вина или 250 мл пива)	I	B
Всем пациентам с АГ рекомендуется придерживаться рационального питания для контроля метаболических ФР и предотвращения ожирения	I	A
Всем пациентам с АГ рекомендуется контроль массы тела для предотвращения развития ожирения	I	B
Всем пациентам с АГ рекомендуется увеличение физической активности для предотвращения развития или лечения ожирения	I	B
Всем пациентам с АГ рекомендуется отказ от курения	I	B

Клинические рекомендации «Диагностика и лечение артериальной гипертензии», 2019

Сравнение тактики моно- и комбинированной фармакотерапии для достижения целевого АД



Клинические рекомендации

«Диагностика и лечение артериальной гипертензии», 2019

Таблица 5. Абсолютные и относительные противопоказания к назначению различных групп АГП

Препарат	Противопоказания	
	абсолютные	относительные
Диуретики (тиазиды/тиазидоподобные, например хлорталидон и индапамид)	<ul style="list-style-type: none"> • Подагра 	<ul style="list-style-type: none"> • МС • Непереносимость глюкозы • Беременность • Гиперкалиемия • Гипокалиемия
ББ	<ul style="list-style-type: none"> • БА • Любая значимая синоатриальная или атриовентрикулярная блокада • Брадикардия (ЧСС < 60 уд/мин) 	<ul style="list-style-type: none"> • МС • Непереносимость глюкозы • Спортсмены и физически активные пациенты
АК (дигидропиридины)		<ul style="list-style-type: none"> • Тахикардия • ХСН • Острые отеки нижних конечностей в анамнезе
АК (верапамил, дилтиазем)	<ul style="list-style-type: none"> • Любая значимая синоатриальная или атриовентрикулярная блокада • Тяжелая дисфункция ЛЖ (фракция выброса ЛЖ < 40%) • Брадикардия (ЧСС < 60 уд/мин) 	<ul style="list-style-type: none"> • Запор
ИАПФ	<ul style="list-style-type: none"> • Беременность • Отек Квинке в анамнезе • Гиперкалиемия (калий – > 5,5 ммоль/л) • Двусторонний стеноз почечной артерии 	<ul style="list-style-type: none"> • Женщины детородного возраста без надежной контрацепции
БРА	<ul style="list-style-type: none"> • Беременность • Гиперкалиемия (калий – > 5,5 ммоль/л) • Двусторонний стеноз почечной артерии 	<ul style="list-style-type: none"> • Женщины детородного возраста без надежной контрацепции

Клинические рекомендации «Диагностика и лечение артериальной гипертензии», 2019

Целевые уровни АД (общие рекомендации)

Всем пациентам с АГ рекомендуется снижение АД <140/90 мм рт.ст., при условии хорошей переносимости значения АД могут быть <130/80 мм рт.ст., но не ниже 120/70 мм рт.ст.

IA

Пациентам с АГ старше 65 лет рекомендуется поддерживать САД в диапазоне 130–139 мм рт. ст.

IA

Клинические рекомендации 2019: Артериальная гипертензия у лиц пожилого и старческого возраста

Рекомендации	Класс	Уровень
Пациентам с АГ пожилого и старческого возраста с уровнем САД ≥ 160 мм рт. ст. рекомендуется снижение САД до уровня 130–139 мм рт. ст. при условии хорошей переносимости	I	A
Пациентам пожилого возраста (старше 65, но не старше 80 лет) возможно назначение АГТ при САД в диапазоне 140–159 мм рт. ст., при условии ее хорошей переносимости	I	A
Не рекомендуется отмена медикаментозной АГТ на основании возраста, даже при достижении 80 лет, при условии, что лечение хорошо переносится	III	A
АГТ также рекомендуется ослабленным пожилым пациентам при условии хорошей переносимости	IIb	B

Клинические рекомендации 2019: Артериальная гипертензия у пациентов с метаболическим синдромом или сахарным диабетом

Рекомендации	Класс	Уровень
Антигипертензивная медикаментозная терапия рекомендуется у всех пациентов с МС или СД 2-го типа, когда офисное АД > 140/90 мм рт. ст.	I	A
У пациентов с АГ и МС или СД 2-го типа рекомендуется инициировать терапию с комбинации блокатора РАС с БКК или тиазидным диуретиком [I	A
Пациентам с АГ в сочетании с МС или СД не рекомендуется одновременное назначение 2 блокаторов РАС	III	A

Клинические рекомендации 2019: Артериальная гипертензия у пациентов с цереброваскулярной болезнью (1)

Рекомендации	Класс	Уровень
У пациентов с острым внутримозговым кровоизлиянием немедленное снижение АД не рекомендуется, если САД	III	A
У пациентов с острым внутримозговым кровоизлиянием и САД > 220 мм рт. ст. рекомендуется быстрое (менее 4,5 ч) снижение АД путем внутривенной инфузии до менее 180 мм рт. ст. под контролем показателей жизненно важных функций	IIa	B
У пациентов с АГ при остром ишемическом инсульте рутинное снижение АД с помощью гипотензивной терапии не рекомендуется	III	A
У пациентов с АГ в сочетании с острым ишемическим инсультом при проведении тромболитической терапии рекомендуется снижать и поддерживать АД менее 180/105 мм рт. ст. в течение, по крайней мере, первых 24 ч после тромболиза	IIa	B

Клинические рекомендации 2019: Артериальная гипертензия у пациентов с цереброваскулярной болезнью (2)

Рекомендации	Класс	Уровень
У пациентов с острым ишемическим инсультом и АД > 220/120 мм рт. ст., которым не планируется тромболитическая терапия, АГТ рекомендуется при клинической необходимости для снижения АД на 15% в течение первых 24 ч после начала инсульта	IIb	C
У пациентов с АГ и ТИА рекомендуется безотлагательная АГТ	I	A
Пациентам с АГ, перенесшим ишемический инсульт, рекомендуется АГТ через несколько дней после цереброваскулярного события	I	A
У всех пациентов с АГ для профилактики инсульта рекомендуются блокатор РАС, БКК или тиазидный/тиазидоподобный диуретик	I	A

Клинические рекомендации 2019: Артериальная гипертензия у пациентов с хронической сердечной недостаточностью

Рекомендации	Класс	Уровень
Всем пациентам с АГ и сердечной недостаточностью (со сниженной или сохраненной фракцией выброса) при уровне АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. рекомендуется АГТ, если она не была еще назначена	IIa	B
Для снижения смертности и потребности в госпитализациях пациентам с АГ и сердечной недостаточностью рекомендуется назначать диуретики, ББ, ИАПФ или БРА, антагонисты минералокортикоидных рецепторов	I	A

Клинические рекомендации 2019:

Артериальная гипертензия у пациентов с поражением почек

Рекомендации	Класс	Уровень
Всем пациентам с АГ и ХБП при уровне АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. рекомендуется АГТ наряду с рекомендациями по изменению образа жизни (особенно ограничение потребления натрия)	I	A
У всех пациентов с АГ и ХБП рекомендуется целевой уровень САД в пределах 130–139 мм рт. ст	I	A
Блокаторы РАС более эффективно уменьшают альбуминурию, чем другие АГП, и рекомендуются пациентам с АГ с МАУ или протеинурией	I	A
Достижение целевого АД у этой категории пациентов обычно требует комбинированной терапии, рекомендуется комбинировать блокаторы РАС с БКК или тиазидным/тиазидоподобным диуретиком	I	A

Клинические рекомендации 2019: Артериальная гипертензия у женщин

Рекомендации	Класс	Уровень
Инициация медикаментозной АГТ у беременных рекомендуется при гестационной АГ, хронической АГ (предшествующей) в сочетании с гестационной АГ, или АГ с ПОМ, если АД \geq 140/90 мм рт. ст., во всех остальных случаях (хроническая АГ без ПОМ и сопутствующих заболеваний), если АД \geq 150/95 мм рт. ст	I	C

Клинические рекомендации 2019: Артериальная гипертензия у пациентов с заболеваниями легких

Рекомендации	Класс	Уровень
Пациентам с АГ в сочетании с бронхиальной астмой (БА) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) рекомендуются БРА и БКК.	I	C

Клинические рекомендации 2019: Рефрактерная артериальная гипертония

Рефрактерной (резистентной) к лечению считается АГ, при которой рекомендуемая стратегия лечения с применением трех препаратов, включая диуретик, не позволяет снизить САД и ДАД меньше 140 и 90 мм рт. ст. соответственно, а неадекватный контроль АД подтвержден данными СМАД или СКАД

Клинические рекомендации «Диагностика и лечение артериальной гипертензии», 2019

Рефрактерная артериальная гипертензия

Пациентам с РАГ рекомендуется провести тщательное обследование для выявления ФР, оценки состояния органов-мишеней и уточнения наличия вторичных форм АГ.	IC
Пациентам с РАГ рекомендуется изменение образа жизни, особенно ограничение потребления натрия хлорида	IB
Пациентам с РАГ рекомендуется добавление низких доз спиронолактона к существующему лечению	IB
Пациентам с РАГ при непереносимости спиронолактона рекомендуется добавление к текущей терапии эплеренона, амилорида, бета- или альфа-блокатора	IB
Пациентам с РАГ рекомендуется регулярное наблюдение	IC

Клинические рекомендации

«Диагностика и лечение артериальной гипертензии», 2019

Терапия для коррекции факторов риска и сопутствующих заболеваний

<p>У всех пациентов с АГ очень высокого риска ССО (особенно с ИБС, окклюзирующим периферическим атеросклерозом, СД с ПОМ, ХБП с СКФ <60 мл/мин/1,73 м²) и риска по шкале SCORE ≥10 необходимо достижения целевых уровней ХС ЛПНП ≤1,5 ммоль/л (100 мг/дл) или снижение на >50%, если исходный уровень ХС ЛПНП составляет 1,6-3,5 ммоль/л (70-135 мг/дл)</p>	<p>IB</p>
<p>У всех пациентов с АГ высокого риска ССО и риска по шкале SCORE > 5 <10% целевое значение ХС ЛПНП составляет ≤2,5 ммоль/л (70 мг/дл) или необходимо снижение на >50%, если базовый уровень ХС ЛПНП составляет 2,6-5,2 ммоль/л (100-200 мг/дл)</p>	<p>IB</p>
<p>У всех пациентов с АГ умеренного риска ССО и риска по шкале SCORE ≥ 1 < 5% необходимо снижение уровня ХС ЛПНП ≤3,0 ммоль/л.</p>	<p>IIaC</p>
<p>У всех пациентов с АГ рекомендуется применение аспирина в низких дозах (75-150 мг в сутки) для вторичной профилактики (при наличии в анамнезе перенесенного ИМ, ишемического инсульта или ТИА)</p>	<p>IA</p>
<p>Не рекомендуется назначать аспирин для сердечно-сосудистой профилактики пациентам с АГ без сердечно-сосудистых заболеваний</p>	<p>IIIa</p>

Клинические рекомендации «Диагностика и лечение артериальной гипертензии», 2019

Хирургическое лечение

Использование инвазивных процедур для лечения РАГ не рекомендуется для рутинного лечения АГ до тех пор, пока не появятся дополнительные доказательства их безопасности и эффективности

III B



Спасибо за внимание!