

Клинические рекомендации

Артериальная гипертензия у

взрослых 2020 г.

МКБ 10: I10, I11, I12, I13, I15

Год утверждения (частота
пересмотра): 2020 ID: KP62

URL

Профессиональные ассоциации
Российское кардиологическое
общество

Одобрено Научно-практическим Советом
Минздрава РФ

Содержание

Определение
заболевания 3

Шкала оценки классов рекомендаций Европейского общества кардиологов (ЕОК)
4

4 Шкала оценки уровней достоверности доказательств
Европейского общества кардиологов (ЕОК) 4 Шкала оценки УДД
для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических,
лечебных, реабилитационных вмешательств) 5

5 Шкала оценки УДД для методов
диагностики (диагностических вмешательств) 6

6 Шкала оценки УУР для методов
профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических,
диагностических лечебных, реабилитационных вмешательств) 7

7 Классификация АД, измеренного в медицинском учреждении,
и определение степеней гипертензии 8

8 Классификация стадий АГ в зависимости от уровней артериального давления,
наличия факторов СС риска, поражения органов, обусловленного гипертензией,

Модифицирующие факторы, способствующие увеличению сердечно-сосудистого
риска 28

28 Начало
антигипертензивной терапии (изменение образа жизни и лекарственные препараты)
при различных значениях АД, измеренного в медицинском
учреждении 29

29 Показания к началу антигипертензивной терапии в зависимости от возраста и
сопутствующих заболеваний 30

30 Целевые значения АД,
измеренного в медицинском учреждении, в зависимости от возраста
и сопутствующих заболеваний 31

31 Тактика ведения пациентов
32

32 Алгоритм лечения АГ I—II
стадий 33

33 Стратегия лекарственной терапии при сочетании

Клинические рекомендации Артериальная гипертензия у взрослых Определение заболевания

- **Артериальная гипертензия (АГ)** — синдром повышения систолического АД (далее — САД) ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД (далее — ДАД) ≥ 90 мм рт. ст.
- **Гипертоническая болезнь (далее — ГБ)** — хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является повышение АД, не связанное с выявлением явных причин, приводящих к развитию вторичных форм АГ (симптоматические АГ). Термин «гипертоническая болезнь», предложенный Г. Ф. Лангом в 1948 г., соответствует терминам «эссенциальная гипертензия» и «артериальная гипертензия», используемым за рубежом. ГБ преобладает среди всех форм АГ, ее распространенность превышает 90 %
- **Вторичная (симптоматическая) АГ** — АГ, обусловленная известной причиной, которую можно устранить с помощью соответствующего вмешательства
- **Гипертонический криз** — состояние, вызванное значительным повышением АД, ассоциирующееся с острым поражением органов-мишеней, нередко

Шкала оценки классов рекомендаций Европейского общества

кардиологов (ЕОК)

Класс рекомендац ии	Определение	Предлагаемая формулировка
I	Доказано или общепризнанно, что диагностическая процедура, вмешательство/ лечение являются эффективными и полезными	Рекомендовано/ показано
II	Противоречивые данные и/или мнения об эффективности/пользе диагностической процедуры, вмешательства, лечения	Целесообразно применять
IIa	Большинство данных/мнений в пользу эффективности/пользы диагностической процедуры, вмешательства, лечения	Целесообразно применять
IIb	Эффективность/польза диагностической процедуры, вмешательства, лечения установлены менее убедительно	Можно применять
III	Данные или единое мнение, что диагностическая процедура, вмешательство, лечение бесполезны/неэффективны, а в ряде случаев могут принести вред	Не рекомендуется применять

Шкала оценки уровней достоверности доказательств Европейского общества

кардиологов (ЕОК)

Уровни достоверности доказательств ЕОК	
A	Данные многочисленных рандомизированных клинических исследований или метаанализов
B	Данные получены по результатам одного рандомизированного клинического исследования или крупных нерандомизированных исследований
C	Согласованное мнение экспертов и/или результаты небольших исследований, ретроспективных исследований, регистров

Шкала оценки УДД для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением метаанализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением метаанализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки УДД для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки УУР для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Классификация АД, измеренного в медицинском учреждении, и определение степеней гипертензии

Категория	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-й степени	140—159	и/или	90—99
АГ 2-й степени	160—179	и/или	100—109
АГ 3-й степени	>180	и/или	>110
Изолированная систолическая гипертензия	>140	и	<90

САД — систолическое артериальное давление; ДАД — диастолическое артериальное давление

Классификация стадий АГ в зависимости от уровней артериального давления, наличия факторов СС риска, поражения органов, обусловленного гипертензией, и

Стадия ГБ	Другие факторы риска, ПОМ или заболевания	АД, мм рт. ст.			
		Высокое нормальное САД 130—139 ДАД 85—89	Степень 1 САД 140—159 ДАД 90—99	Степень 2 САД 160—179 ДАД 100—109	Степень 3 САД ≥180 ДАД ≥110
Стадия I	Нет других ФР	Низкий риск (риск 1)	Низкий риск (риск 1)	Умеренный риск (риск 2)	Высокий риск (риск 3)
	1—2 ФР	Низкий риск (риск 1)	Умеренный риск (риск 2)	Умеренный/ высокий риск	Высокий риск (риск 3)
	≥3 ФР	Низкий / умеренный риск	Умеренный / высокий риск	Высокий риск (риск 3)	Высокий риск (риск 3)
Стадия II	ПОМ, ХБП стадия 3 или СД без поражения органов	Умеренный / высокий риск	Высокий риск (риск 3)	Высокий риск (риск 3)	Высокий / очень высокий риск
Стадия III	Устойчивое				

Факторы, определяющие сердечно-сосудистый риск и стадию заболевания у пациентов с АГ ①

Демографические характеристики и лабораторные параметры

Мужской пол

Возраст ≥ 55 лет у мужчин, ≥ 65 лет у женщин

Курение (в настоящем или прошлом)

Дислипидемия (принимается во внимание каждый из представленных показателей липидного обмена ОХС $>4,9$ ммоль/л и/или оХС ЛНП $>3,0$ ммоль/л и/или оХС ЛВП у мужчин — $<1,0$ ммоль/л (40 мг/дл), у женщин — $<1,2$ ммоль/л (46 мг/дл) Триглицериды $>1,7$ ммоль/л

Глюкоза плазмы натощак 5,6—6,9 ммоль/л (102—25 мг/дл) или нарушение толерантности к глюкозе

Избыточная масса тела (ИМТ 25—29,9 кг/м²) или ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²)

Факторы, определяющие сердечно-сосудистый риск и стадию заболевания у пациентов с АГ ②

Демографические характеристики и лабораторные параметры

Семейный анамнез развития ССЗ в молодом возрасте (< 55 лет для мужчин и <65 лет для женщин)

Мочевая кислота (≥ 360 мкмоль/л у женщин, ≥ 420 мкмоль/л у мужчин)

Развитие АГ в молодом возрасте у родителей или в семье

Ранняя менопауза

Малоподвижный образ жизни

Психологические и социально-экономические факторы

Частота сердечных сокращений (значение в покое > 80 ударов в минуту)

Факторы, определяющие сердечно-сосудистый риск и стадию заболевания у пациентов с АГ ③

Бессимптомное поражение органов-мишеней

Артериальная жесткость: пульсовое давление (у пожилых пациентов) ≥ 60 мм рт. ст., каротидная скорость пульсовой волны > 10 м/с

ЭКГ признаки ГЛЖ (индекс Соколова–Лайона > 35 мм, или амплитуда зубца R в отведении aVL ≥ 11 мм, корнельское произведение > 2440 мм²·мс или корнельский вольтажный индекс > 28 мм для мужчин и > 20 мм для женщин)

Эхокардиографические признаки ГЛЖ (индекс массы миокарда ЛЖ: для мужчин > 50 г/м^{2,7}, для женщин > 47 г/м^{2,7} (рост в метрах^{2,7}); индексация на площадь поверхности тела может быть использована у пациентов с нормальной массой тела: масса ЛЖ/ППТ г/м² > 115 (мужчины) и > 95 (женщины) .

Альбуминурия 30—300 мг/24 ч или повышение отношения альбумин-креатинин (30—300 мг/г; 3,4—34 мг/ ммоль) (предпочтительно в утренней порции мочи)

Умеренная ХБП с СКФ $> 30—59$ мл/мин/1,73 м²(ППТ)

Лодыжечно-плечевой индекс $< 0,9$

Выраженная ретинопатия: наличие кровоизлияний, экссудатов или отека соска зрительного

Факторы, определяющие сердечно-сосудистый риск и стадию заболевания у пациентов с АГ ④

Диагностированные СС или почечные заболевания

Цереброваскулярные заболевания: ишемический инсульт, геморрагический инсульт, ТИА

ИБС: инфаркт миокарда, стенокардия, реваскуляризация миокарда (методом чрескожного коронарного вмешательства или аортокоронарного шунтирования)

Наличие атероматозных бляшек при визуализации (стеноз $\geq 50\%$)

Сердечная недостаточность, в том числе СН с сохраненной ФВ

Заболевание периферических артерий

Фибрилляция предсердий

Тяжелая ХБП с СКФ < 30 мл/мин/1,73 м² (ППТ)

Сахарный диабет

Глюкоза плазмы натощак $\geq 7,0$ ммоль/л при двух измерениях подряд и/или оНвА1с $\geq 6,5\%$ и/или Глюкоза плазмы после нагрузки $\geq 11,1$ ммоль/л и/или

Глюкоза плазмы при случайном определении $\geq 11,1$ ммоль/л

Этапы диагностики АГ

1 Выяснение жалоб и сбор анамнеза

2 Повторные измерения АД

3 Объективное обследование

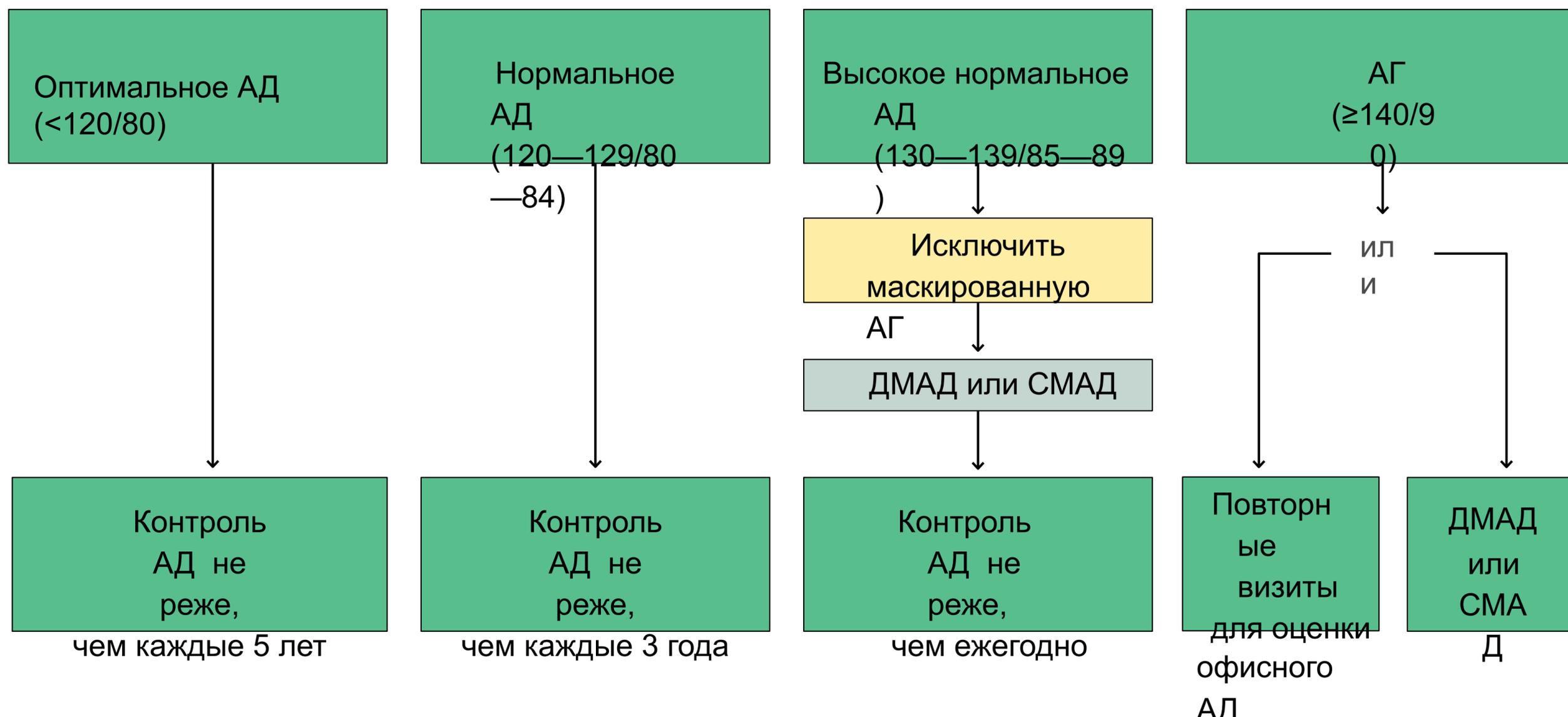
4 Лабораторно-инструментальные методы исследования: рутинные на первом этапе и сложные — на втором этапе обследования

5 Исключение вторичных (симптоматических) АГ риска

6 При необходимости оценка общего сердечно-сосудистого риска

Всем пациентам при измерении уровня АД в медицинском учреждении рекомендуется классифицировать его на оптимальное, нормальное, высокое нормальное артериальное давление или артериальную гипертензию 1—3-й степени (УУР С, УУД 5)

Скрининг и диагностика артериальной гипертензии



Рутинное обследование пациентов с АГ

Гемоглобин и/или гематокрит

Глюкоза и гликозилированный гемоглобин

Липиды крови: ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП

Триглицериды

Калий, натрий

Мочевая кислота

Креатинин и расчетная СКФ

Показатели функции печени

Анализ мочи: микроскопия осадка, качественная оценка протеинурии тест-полоской, отношение альбумин–креатинин в разовой порции мочи (оптимально)

ЭКГ в 12 отведениях

Обследование для выявления поражения органов-мишеней ①

Первичные тесты для выявления ПОМ	Показание и интерпретация
ЭКГ в 12 отведениях	Скрининг для выявления ГЛЖ и других возможных аномалий, а также для документирования сердечного ритма и выявления аритмий
Отношение альбумин–креатинин в разовой порции мочи	Для выявления альбуминурии, что указывает на возможное поражение почек
Креатинин и расчетная СКФ	Для выявления поражения почек
Фундоскопия	Для выявления гипертонической ретинопатии, особенно у больных АГ 2-й или 3-й степеней

Обследование для выявления поражения органов-мишеней ②

Показание и интерпретация

Детальное обследование для выявления ПОМ

Эхокардиография	Для оценки структуры и функции сердца, если эта информация может повлиять на выбор тактики лечения
УЗИ сонных артерий	Для выявления наличия атеросклеротических бляшек или стенозов сонных артерий, особенно у пациентов с ЦВБ или признаками поражения сосудов других локализаций
Ультразвуковое и доплеровское исследование брюшной полости	<ul style="list-style-type: none"> – Для оценки размеров и структуры почек (например, рубцовые изменения) и исключения обструктивного поражения мочевыводящих путей как причины ХБП и АГ — Оценить состояние брюшной аорты, исключить аневризму и поражение сосудов — Обследовать надпочечники для исключения аденомы или феохромоцитомы (для тщательного обследования предпочтительно выполнить КТ или МРТ); Допплеровское исследование сонных артерий для исключения

Обследование для выявления поражения органов-мишеней ③

Показание и интерпретация

Детальное обследование для выявления ПОМ

СПВ	Показатель аортальной жесткости и атеросклероза
ЛПИ	Скрининг для выявления атеросклероза нижних конечностей
Оценка когнитивных функций	Для оценки когнитивных функций у больных с признаками их нарушений
Визуализация головного мозга	Для оценки наличия ишемического или геморрагического повреждения головного мозга, особенно у пациентов с ЦВБ в анамнезе или признаками ухудшения когнитивных функций

.Сокращения: АГ — артериальная гипертензия, ГЛЖ — гипертрофия левого желудочка, КТ — компьютерная томография, ЛПИ — лодыжечно-плечевой индекс, МВП — мочевыводящие пути, МРТ — магнитно-резонансная томография, ПООГ — поражение органов-мишеней, опосредованное гипертензией, СКФ — скорость клубочковой фильтрации, СПВ — скорость пульсовой волны, ХБП — хроническая болезнь почек, ЦВБ — цереброваскулярная болезнь, ЭКГ — электрокардиограмма

Эхокардиографические критерии гипертрофии левого желудочка, концентрического ремоделирования, размеров полости левого желудочка и дилатации левого предсердия

Параметр	Расчет	Пороговое значение
ГЛЖ	Масса ЛЖ/рост ^{2,7} (г/м ^{2,7})	>50 (мужчины) >47 (женщины)
ГЛЖ	Масса ЛЖ/ППТ (г/м ²)	>115 (мужчины) >95 (женщины)
Концентрическое ремоделирование ЛЖ	ОТС	≥0,43
Размер полости ЛЖ	КДД ЛЖ/рост (см/м)	>3,4 (мужчины) >3,3 (женщины)
Размер левого предсердия	Объем ЛП/рост ² (мл/м ²)	>18,5 (мужчины) >16,5 (женщины)

ГЛЖ — гипертрофия левого желудочка, ЛЖ — левый желудочек, ЛП — левое предсердие, ОТС — относительная толщина стенок, ППТ — площадь поверхности тела

Клинические показания для домашнего (ДМАД) и суточного мониторинга АД (СМАД)

Состояния, при которых наиболее часто встречается гипертензия «белого халата», в том числе:

- Артериальная гипертензия 1-й степени по данным АД, измеренного в медицинском учреждении
- Выраженное повышение АД, измеренного в медицинском учреждении, без признаков ПОМ

Состояния, при которых наиболее часто встречается маскированная гипертензия, в том числе:

- Высокое нормальное АД, измеренное в медицинском учреждении
- Нормальное АД, измеренное в медицинском учреждении, у пациентов с ПОМ и высоким общим сердечно-сосудистым риском

Постуральная и постпрандиальная гипотензия у пациентов, получающих или не получающих лечение

Обследование по поводу резистентной АГ. Оценка контроля АД, особенно при лечении пациентов высокого риска Чрезмерное повышение АД при физической нагрузке

При наличии значимой вариабельности АД, измеренного в медицинском учреждении

Для оценки симптомов возможной гипотензии на фоне лечения

Специфические показания для СМАД: оценка ночного АД и суточного индекса (например, при подозрении на ночную гипертензию, в том числе — при синдроме ночного апноэ, ХБП, гипертензии эндокринной этиологии или автономной дисфункции)

Сравнение методов суточного и домашнего мониторинга артериального давления

СМАД

Преимущества:

- Позволяет идентифицировать гипертензию «белого халата» и маскированную гипертензию
- Более существенная прогностическая значимость
- Ночные измерения
- Измерения проводятся в условиях реальной жизни
- Дополнительное прогностическое значение разных фенотипов АД
- Большой объем информации на основании одного исследования, включая краткосрочную вариабельность АД

Недостатки:

- Дороговизна и иногда ограниченная доступность

ДМАД

Преимущества:

- Позволяет идентифицировать гипертензию «белого халата» и маскированную гипертензию
- Дешевизна и широкая доступность
- Измерения в домашних условиях, которые предоставляют больший комфорт, чем кабинет врача
- Вовлечение пациента в процесс измерения АД
- Легко выполнимо, может быть использовано в течение длительного периода времени для оценки вариабельности АД от дня ко дню

Недостатки:

- Возможно только статичное измерение АД
- Возможны ошибки измерений

Определение артериальной гипертензии в зависимости от метода измерения АД: измеренного в медицинском учреждении, СМАД или ДМАД

Категория	САД (мм рт. ст.)		ДАД (мм рт. ст.)
АД, измеренное в медицинском учреждении	≥140	и/или	≥90
Амбулаторное АД			
Дневное (или в период бодрствования), среднее	≥135	и/или	≥85
Ночное (или во время сна), среднее	≥120	и/или	≥70
Среднее за 24 часа	≥130	и/или	≥80
Среднее при домашних измерениях	≥135	и/или	≥85

Этапы оценки сердечно-сосудистого риска

Этапы обследования	Необходимые процедуры
Клиническая оценка	Выявление пациентов высокого и очень высокого риска на основании документированных ССЗ, СД, ХБП 3—5-й стадий, чрезмерного повышения отдельных факторов риска, семейной гиперхолестеринемии или высокого риска по SCORE
Оценка 10-летнего риска по шкале SCORE	Проводить оценку риска по SCORE рекомендовано у бессимптомных лиц старше 40 лет, без анамнеза ССЗ, СД, ХБП, семейной гиперхолестеринемии или повышения ХС-ЛНП >4,9 ммоль/л (>190 мг/дл)
Оценка факторов, изменяющих риск	У отдельных пациентов низкого или умеренного риска целесообразно оценивать дополнительные факторы, которые могут повлиять на стратификацию по риску и выбор тактики лечения: повышение аполипопротеина В, липопротеина (а) или С-реактивного белка, семейный анамнез ранних атеросклеротических ССЗ, выявление атеросклеротической бляшки
Стратификация риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с АГ	На основании уровня АД, наличия ФР, ПОМ, АКС, ХБП 3—5-й стадий, СД

АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, АКС — ассоциированное клиническое состояние, ПОМ — поражение органов-мишеней, СД — сахарный диабет, ССЗ — сердечно-сосудистое заболевание, ХБП — хроническая болезнь почек, ХС-ЛНП — холестерин липопротеинов низкой плотности, ФР — факторы риска

Шкала SCORE

Клинический инструмент для оценки риска смертельного сердечно-сосудистого заболевания в течение 10 лет. Настоящая шкала разработана для стран с высоким уровнем смертности от ССЗ (включая Россию) на основании следующих факторов: возраст, пол, курение, уровень систолического АД и ОХС. Уровень ХС ЛВП не учитывается. Общая оценка риска с помощью SCORE рекомендуется у бессимптомных взрослых старше 40 лет, без ССЗ, СД, ХБП или СГХС.

Уровень суммарного СС риск по шкале SCORE:

- менее 1 % — низкий.
- от 1 до 4 % — средний или умеренно
- повышенный. от 5 % до 9 % — высокий.
>10 % — очень высокий.



Шкала глобальной оценки 10-летнего сердечно-сосудистого риска ①

Экстремально й	<p>Сочетание клинически значимого сердечно-сосудистого заболевания, вызванного атеросклерозом, с СД 2-го типа и/или СГХС или два сердечно-сосудистых события (осложнения) в течение 2 лет у пациента с сердечно-сосудистым заболеванием, вызванным атеросклерозом, несмотря на оптимальную гиполипидемическую терапию и/или достигнутый уровень ХС ЛНП $\leq 1,5$ ммоль/л</p>
Очень высоки й	<ul style="list-style-type: none">→ Документированное атеросклеротическое ССЗ, клинически или по результатам обследования, включая перенесенный ОКС, стабильную стенокардию, ЧКВ, КШ или другие операции на артериях, инсульт/ТИА, поражения периферических артерий, атеросклеротическое ССЗ по данным обследований — значимая АСБ (стеноз $>50\%$)→ СД + поражение органов-мишеней, ≥ 3 ФР, а также раннее начало СД 1-го типа с длительностью

Шкала глобальной оценки 10-летнего сердечно-сосудистого риска ②

Высокий	<ul style="list-style-type: none">→ Значимо выраженный ФР — ХС >8 ммоль/л и/или ХС ЛНП > 4,9 ммоль/л и/или АД $\geq 180/110$ мм рт. ст.→ СГХС без ФР→ СД без поражения органов-мишеней, СД ≥ 10 лет или с ФР→ Умеренная ХБП с СКФ 30—59 мл/мин/1,73 м²→ SCORE ≥ 5 % и <10 %→ Гемодинамически незначимый атеросклероз некоронарных артерий (стеноз(ы) >25—49 %)
Умеренный	<ul style="list-style-type: none">→ Молодые пациенты (СД 1-го типа моложе 35 лет, СД 2-го типа моложе 50 лет) с длительностью СД <10 лет без поражения органов-мишеней и ФР→ SCORE ≥ 1 % и < 5 %
Низкий	<ul style="list-style-type: none">→ SCORE <1 %

Модифицирующие факторы, способствующие увеличению сердечно-сосудистого риска

Социальная депривация — причина многих ССЗ

Ожирение (диагностированное по ИМТ) и центральное ожирение (диагностированное по окружности талии)

Отсутствие физической активности

Психологический стресс, в том числе жизненное истощение

Семейный анамнез раннего развития ССЗ (возникших <55 лет у мужчин и до <60 лет у женщин)

Аутоиммунные и другие воспалительные заболевания

Большие психические расстройства

Лечение инфекций при наличии ВИЧ

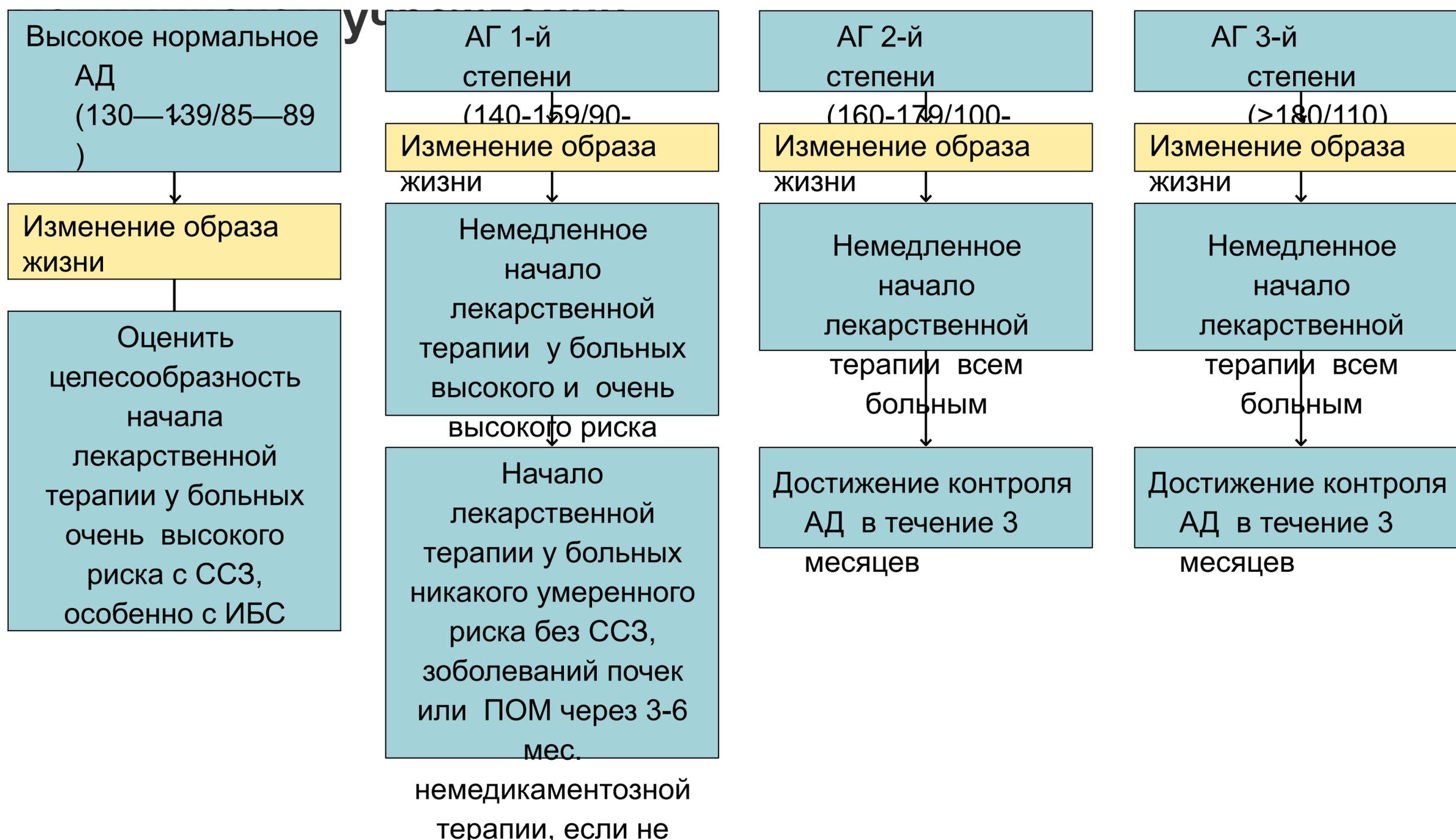
Фибрилляция предсердий

Гипертрофия левого желудочка

ХБП

Синдром обструктивного апноэ сна

Начало антигипертензивной терапии (изменение образа жизни и лекарственные препараты) при различных значениях АД, измеренного в



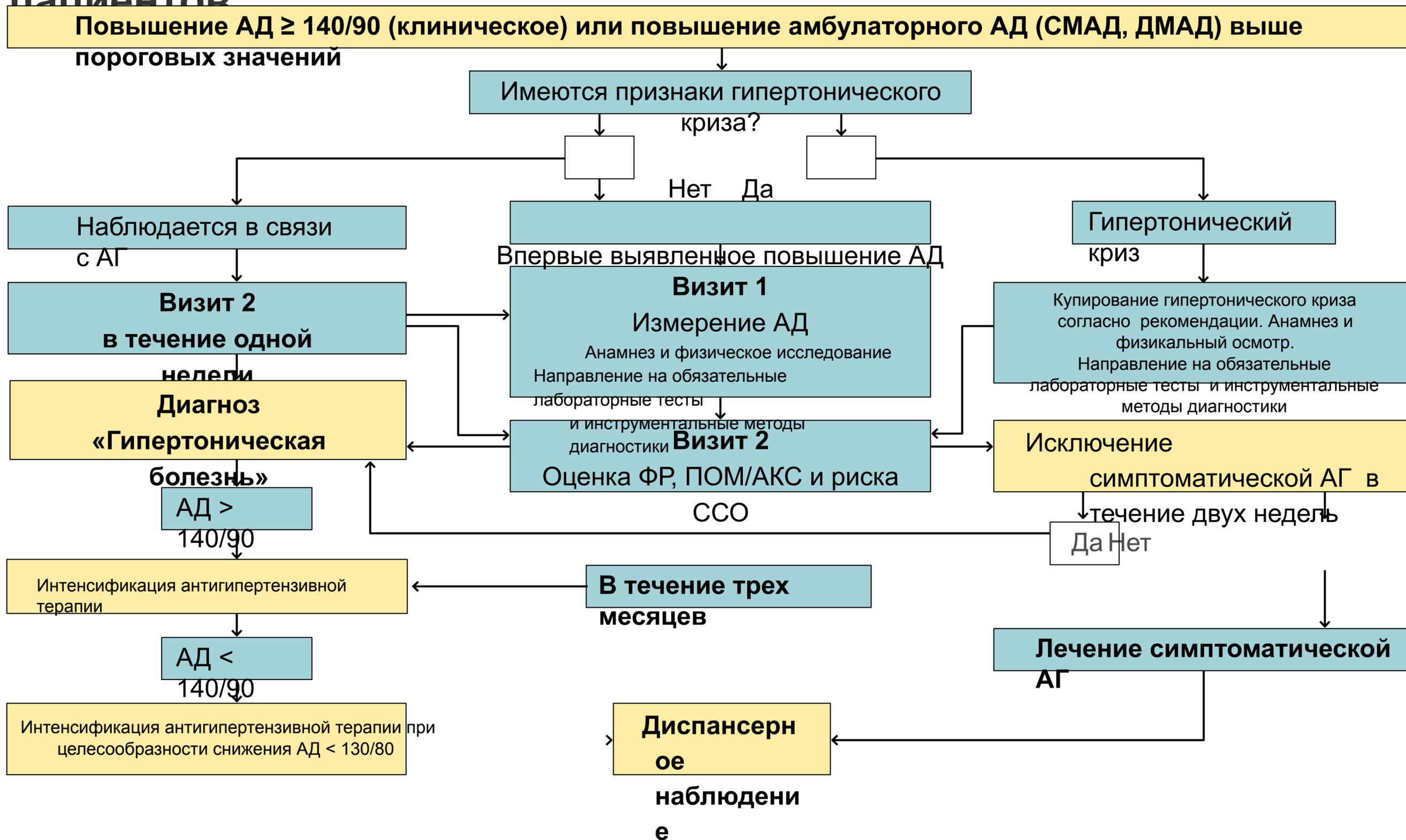
Показания к началу антигипертензивной терапии в зависимости от возраста и сопутствующих заболеваний

Возраст	Пороговое значение САД (мм рт. ст.)					Пороговое значение ДАД, измеренного в медицинском учреждении (мм рт. ст.)
	АГ	+СД	+ХБП	+ИБС	+Инсульт/ ТИА	
18—64 лет	≥140	≥140	≥140	≥140	≥140	≥90
65—79 лет	≥140	≥140	≥140	≥140	≥140	≥90
≥80 лет	≥160	≥160	≥160	≥160	≥160	≥90
Пороговое значение ДАД, измеренного в медицинском	≥90	≥90	≥90	≥90	≥90	

Целевые значения АД, измеренного в медицинском учреждении, в зависимости от возраста и сопутствующих заболеваний

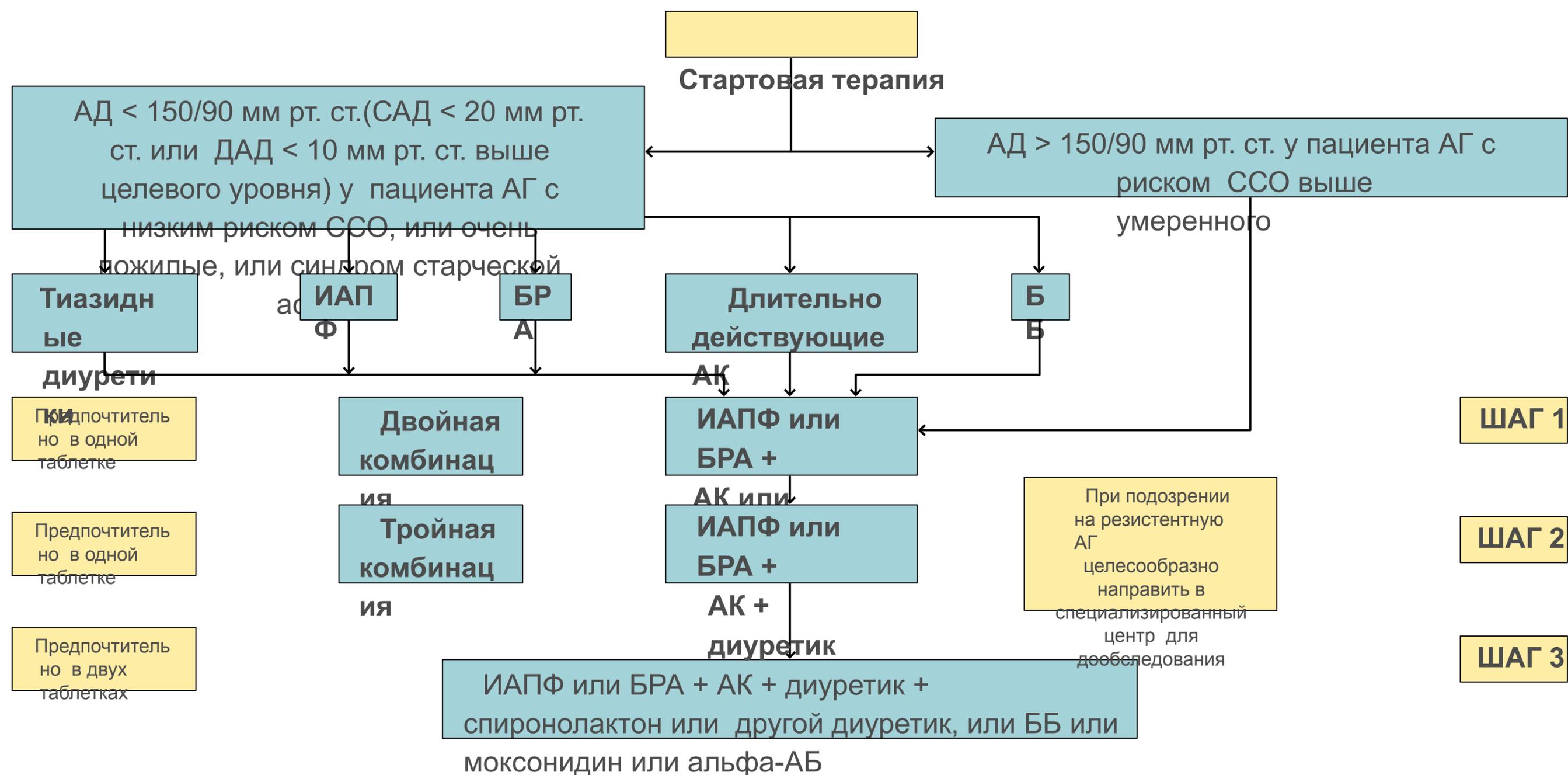
Возраст	Целевое значение САД (мм рт. ст.)					Целевое значение ДАД, измеренного в медицинском учреждении (мм рт. ст.)
	АГ	+СД	+ХБП	+ИБС	+Инсульта/ТИА	
18—64 лет	≤130 при переносимости Не <120	≤130 при переносимости Не <120	<140 до 130 при переносимости	≤130 при переносимости Не <120	≤130 при переносимости Не <120	70—79
65—79 лет ^а	130—139 при переносимости	130—139 при переносимости	130—139 при переносимости	130—139 при переносимости	130—139 при переносимости	70—79
≥80 лет ^а	130—139 при переносимости	130—139 при переносимости	130—139 при переносимости	130—139 при переносимости	130—139 при переносимости	70—79
^а Целевые значения могут меняться у пожилых пациентов с синдромом	Целевое значение 70—79	70—79	70—79	70—79	70—79	Целевое значение ДАД, измеренного в медицинском учреждении

Тактика ведения пациентов



Алгоритм лечения АГ I—II стадий

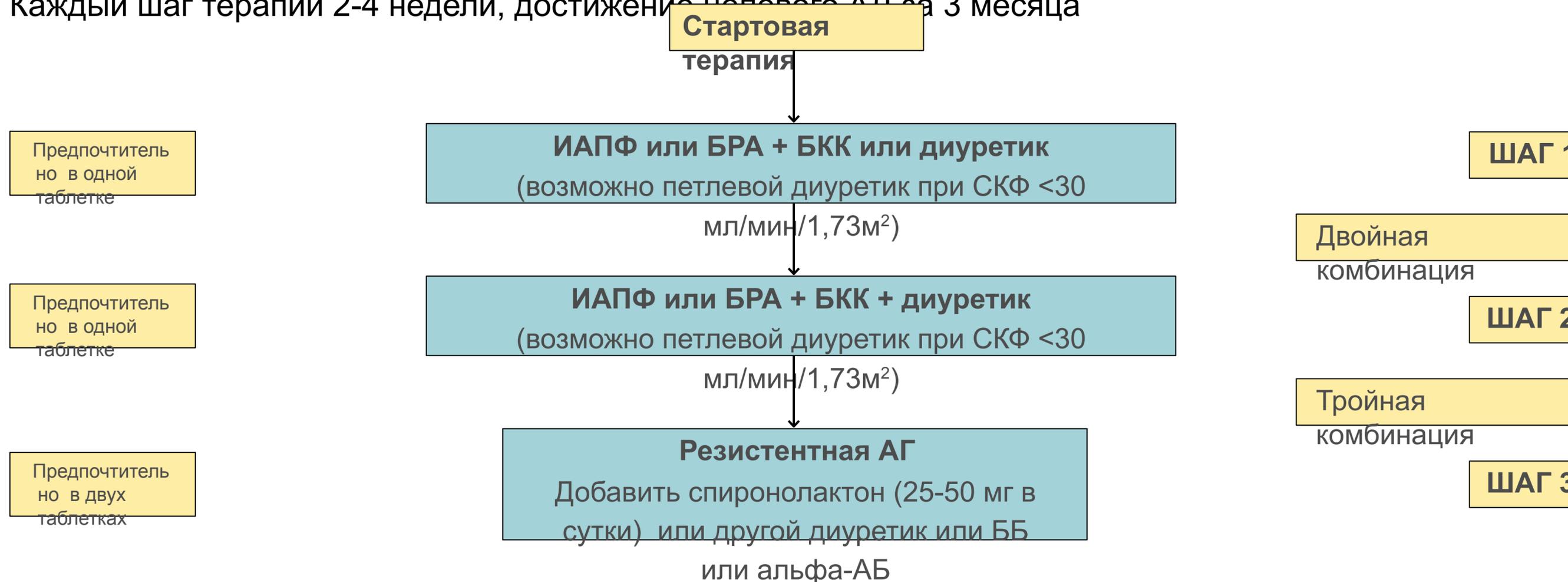
ЦЕЛЬ: <140/90 мм рт. ст., при хорошей переносимости <130/80 мм рт. ст., но не <120/70 мм рт. ст. Каждый шаг терапии 2-4 недели, достижение целевого АД за 3 месяца



Стратегия лекарственной терапии при сочетании АГ и ХБП

ЦЕЛЬ: САД 130-139 мм рт. ст. у пациента любого возраста

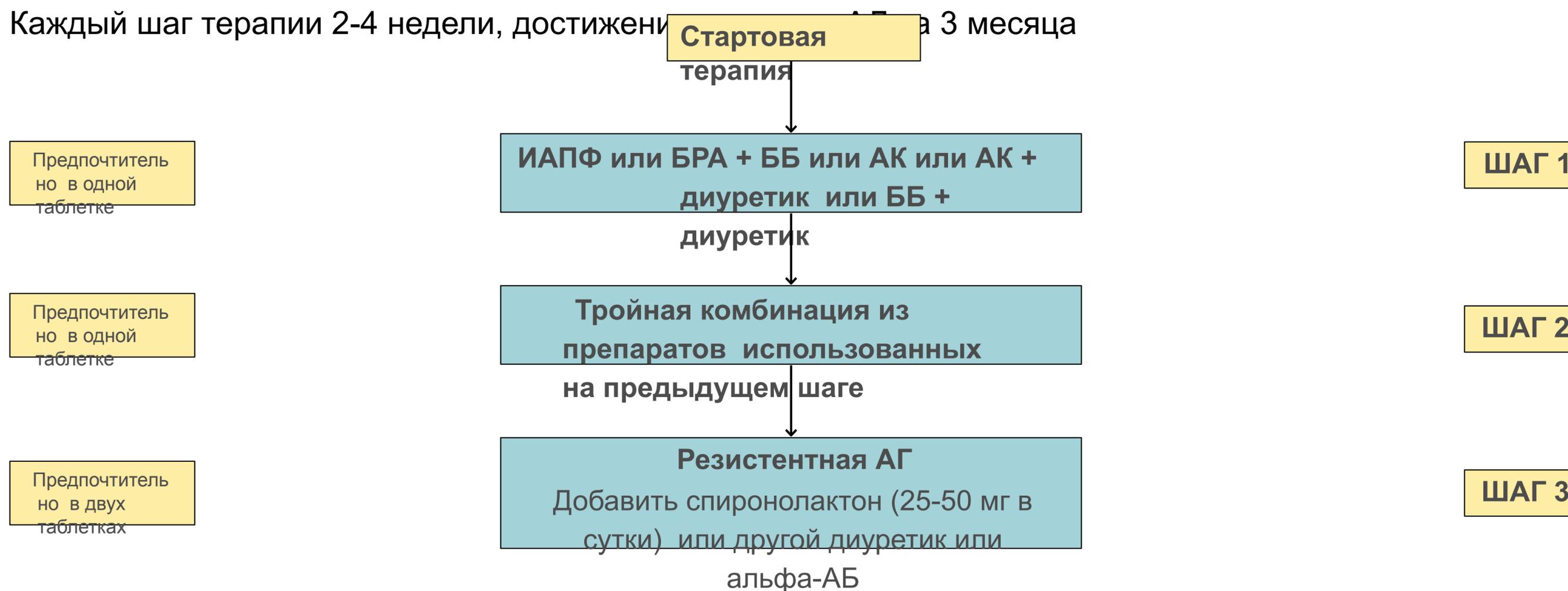
Каждый шаг терапии 2-4 недели, достижение целевого АД за 3 месяца



Стратегия лекарственной терапии при сочетании АГ и ИБС

ЦЕЛЬ: у пациентов моложе 65 лет и без ХБП-САД 120-130 мм рт. ст. при переносимости у пациентов в возрасте 65 лет и старше или при наличии ХБП — 130-139 мм рт. ст.

Каждый шаг терапии 2-4 недели, достигнени **Стартовая терапия** а 3 месяца

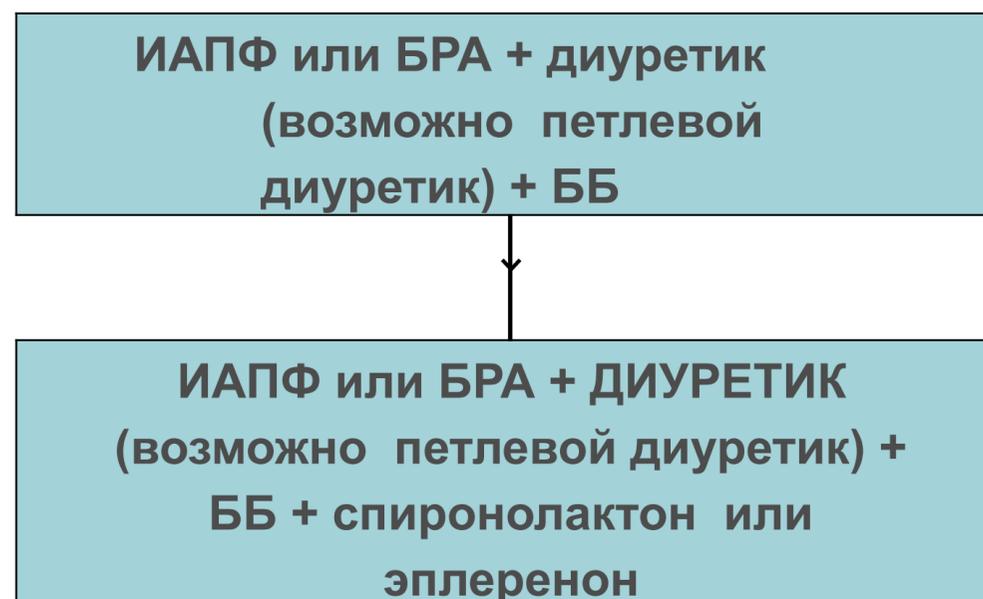


Стратегия лекарственной терапии при сочетании АГ и ХСН со сниженной ФВ левого желудочка

ЦЕЛЬ: у пациентов моложе 65 лет и без ХБП-САД 120-130 мм рт. ст. при переносимости у пациентов в возрасте 65 лет и старше или при наличии ХБП — 130-139 мм рт. ст.

Каждый шаг терапии 2-4 недели, достижение целевого АД за 3 месяца

Предпочтитель
но в двух
таблетках



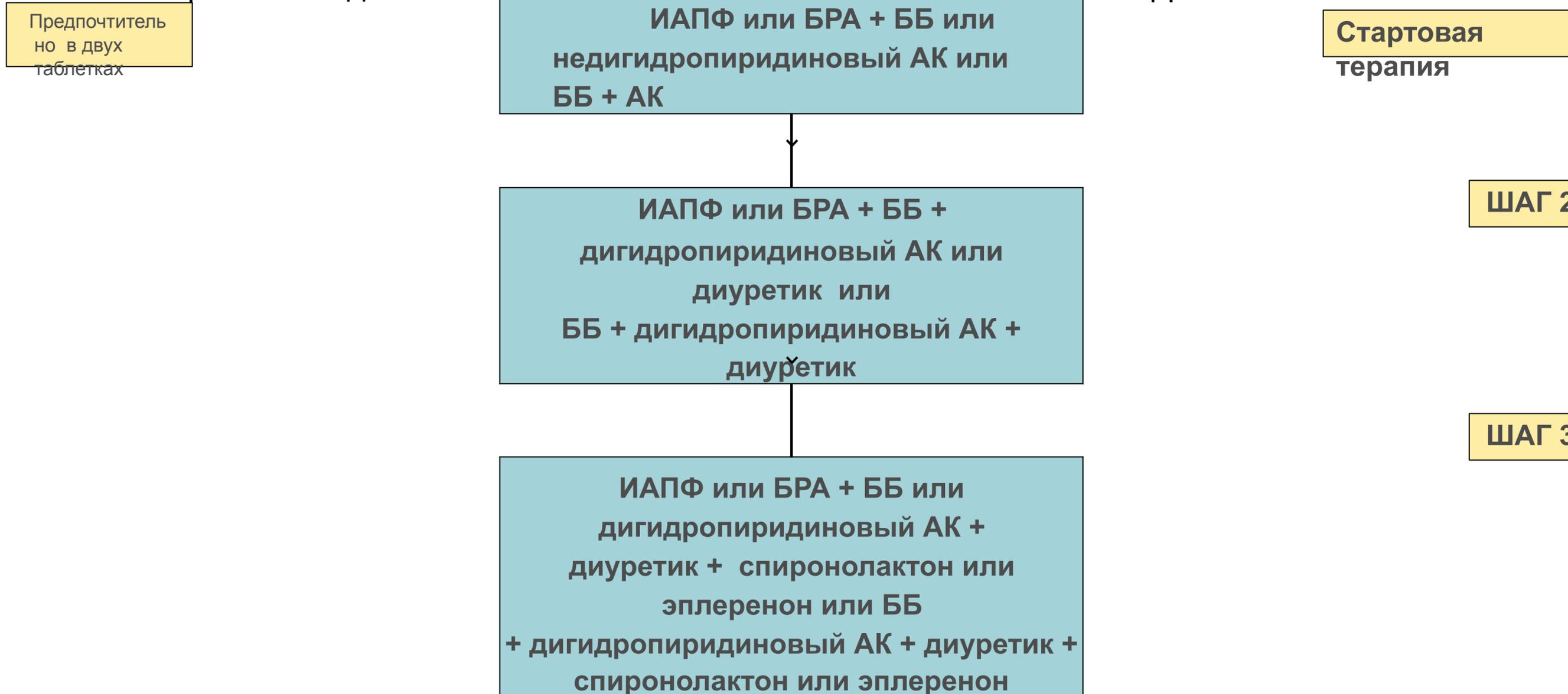
Стартовая
терапия

ШАГ 2

Стратегия лекарственной терапии при сочетании АГ и ФП

ЦЕЛЬ: целевой уровень САД 120-130 мм рт. ст. у пациентов моложе 65 лет и без ХБП.

В возрасте 65 лет и старше или при наличии ХБП целевой уровень САД 130-139 мм рт. ст. Каждый шаг терапии 2-4 недели, достижение целевого АД



Противопоказания к назначению отдельных классов антигипертензивных препаратов ①

Препараты	Противопоказания	
	Абсолютные	Относительные
Диуретики (тиазидовые/ тиазидоподобные, например, хлорталидон и индапамид)	Подагра	<ul style="list-style-type: none"> → Метаболический синдром → Нарушение толерантности к глюкозе → Беременность → Гиперкальциемия → Гипокалиемия
Бета-адреноблокаторы	<ul style="list-style-type: none"> → Бронхиальная астма → Синоатриальная или атриовентрикулярная блокада 2–3-й степеней → Брадикардия (ЧСС <60 в минуту) 	<ul style="list-style-type: none"> → Метаболический синдром → Нарушение толерантности к глюкозе → Спортсмены и физически активные лица
Антагонисты кальция (дигидропиридины)		<ul style="list-style-type: none"> → Тахиаритмии → Сердечная недостаточность (с низкой ФВ, ФК III—IV) → Существующие выраженные отеки н/к

Противопоказания к назначению отдельных классов антигипертензивных препаратов ②

Препараты	Противопоказания	
	Абсолютные	Относительные
Ингибиторы АПФ	<ul style="list-style-type: none"> → Беременность → Ангионевротический отек в анамнезе → Гиперкалиемия (уровень калия >5,5 ммоль/л) → Двусторонний стеноз почечных артерий 	Женщины детородного возраста, не получающие адекватную контрацепцию
БРА	<ul style="list-style-type: none"> → Беременность → Гиперкалиемия (уровень калия >5,5 ммоль/л) → Двусторонний стеноз почечных артерий 	Женщины детородного возраста, не получающие адекватную контрацепцию

Алгоритм диспансерного наблюдения больных АГ 1-й степени без ПОМ, ССЗ, ЦВБ и ХБП с контролируемым АД на фоне приема антигипертензивных лекарственных препаратов ①

Регулярность профилактических посещений

- Не менее 1 раза в год при контроле АД на уровне целевых значений. При стабильном течении возможно наблюдение в отделении/кабинете медицинской профилактики
- При рефрактерной АГ I—II степени пациент наблюдается у врача-кардиолога; при отсутствии возможности наблюдения у врача-кардиолога — у врача-терапевта/интерниста/врача

Алгоритм диспансерного наблюдения больных АГ 1-й степени без ПОМ, ССЗ, ЦВБ и ХБП с контролируемым АД на фоне приема антигипертензивных лекарственных препаратов ②

Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений

- Сбор жалоб и анамнеза, активный опрос на наличие, характер и выраженность боли в грудной клетке и одышки при физической нагрузке, эпизодов кратковременной слабости в конечностях, онемения половины лица или конечностей, об объеме диуреза
- Уточнение факта и характера приема антигипертензивных препаратов
- Уточнение факта приема гиполипидемических, антиагрегантных и гипогликемических препаратов при наличии показаний
- Опрос и краткое консультирование по поводу курения, характера питания, физической активности — измерение АД при каждом посещении
- Анализ данных ДМАД
- Общий осмотр и объективное обследование, включая пальпацию периферических сосудов и аускультацию подключичных, сонных, почечных и бедренных артерий, измерение индекса массы тела и окружности талии при каждом посещении

Алгоритм диспансерного наблюдения больных АГ 1-й степени без ПОМ, ССЗ, ЦВБ и ХБП с контролируемым АД на фоне приема антигипертензивных лекарственных препаратов ③

Рекомендуемые вмешательства и методы
исследования во время профилактических
посещений

- Оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE
- Холестерин липопротеинов низкой плотности, холестерин липопротеинов высокой плотности, триглицериды в сыворотке при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года
- Калий и натрий сыворотки при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года
- Креатинин сыворотки (с расчетом СКФ) при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года
- Анализ мочи на микроальбуминурию при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года

Алгоритм диспансерного наблюдения больных АГ 1-й степени без ПОМ, ССЗ, ЦВБ и ХБП с контролируемым АД на фоне приема

антигипертензивных лекарственных

препаратов ⁴ Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений

- ЭхоКГ с определением ИММЛЖ и диастолической функции при взятии под диспансерное наблюдение, в последующем по показаниям, но не менее 1 раза в 2 года при отсутствии достижения целевых значений АД и наличии признаков прогрессирования гипертрофии левого желудочка по данным расчета индекса Соколова–Лайона и Корнелльского показателя
- Дуплексное сканирование сонных артерий у мужчин старше 40 лет, женщин старше 50 лет при ИМТ > 30 кг/м² и более и общем холестерине > 5 ммоль/л и более при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 3 года с целью определения ТИМ и наличия атеросклеротических бляшек
- Измерение скорости пульсовой волны на каротидно-фemorальном участке артериального русла при взятии под диспансерное наблюдение, в последующем по показаниям, но не реже 1 раза

Алгоритм диспансерного наблюдения больных АГ 2—3-й степени с ПОМ, но без ССЗ, ЦВБ и ХБП с контролируемым АД на фоне приема антигипертензивных лекарственных препаратов ①

Регулярность профилактических посещений → Не менее 2 раз в год

Рекомендуемые вмешательства и методы
исследования во время профилактических
посещений

- Сбор жалоб и анамнеза, активный опрос на наличие, характер и выраженность боли в грудной клетке и одышки при физической нагрузке, эпизодов кратковременной слабости в конечностях, онемения половины лица или конечностей, об объеме диуреза
- Уточнение факта и характера приема антигипертензивных препаратов
- Уточнение факта приема гиполипидемических, антиагрегантных и гипогликемических препаратов при наличии показаний
- Опрос и краткое консультирование по поводу курения, характера питания, физической активности

Алгоритм диспансерного наблюдения больных АГ 2—3-й степени с ПОМ, но без ССЗ, ЦВБ и ХБП с контролируемым АД на фоне приема антигипертензивных лекарственных препаратов ^②

Рекомендуемые вмешательства и методы
исследования во время профилактических
посещений

- Общий осмотр и объективное обследование, включая пальпацию периферических сосудов и аускультацию подключичных, сонных, почечных и бедренных артерий, измерение индекса массы тела и окружности талии при каждом посещении
- Гемоглобин и/или гематокрит при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года
- Глюкоза плазмы натощак не реже 1 раза в год (допускается экспресс-метод)
- Общий холестерин не реже 1 раза в год (допускается экспресс-метод)
- Холестерин липопротеинов низкой плотности, холестерин липопротеинов высокой плотности, триглицериды в сыворотке при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года
- Калий и натрий сыворотки при взятии под диспансерное наблюдение, далее по

Алгоритм диспансерного наблюдения больных АГ 2—3-й степени с ПОМ, но без ССЗ, ЦВБ и ХБП с контролируемым АД на фоне приема антигипертензивных лекарственных препаратов ③

Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений

- Креатинин сыворотки (с расчетом СКФ) при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года
- Анализ мочи на микроальбуминурию при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года
- ЭКГ в 12 отведениях с расчетом индекса Соколова–Лайона и Корнельского показателя не реже 1 раза в год
- ЭхоКГ с определением ИММЛЖ и диастолической функции при взятии под диспансерное наблюдение, в последующем по показаниям, но не реже 1 раза в год при отсутствии достижения целевых значений АД и наличии признаков прогрессирования гипертрофии левого желудочка по данным расчета индекса Соколова–Лайона и Корнельского показателя
- Дуплексное сканирование сонных артерий у мужчин старше 40 лет, женщин старше 50 лет при ИМТ > 30 кг/м² и более и общем холестерине > 5 ммоль/л и

Алгоритм диспансерного наблюдения больных АГ 2—3-й степени с ПОМ, но без ССЗ, ЦВБ и ХБП с контролируемым АД на фоне приема антигипертензивных лекарственных препаратов ④

Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений

- УЗИ почек и дуплексное сканирование почечных артерий при наличии обоснованного подозрения на их патологию
- Лодыжечно-плечевой индекс при наличии обоснованного подозрения на стеноз сосудов нижних конечностей
- Консультация окулиста на предмет наличия кровоизлияний или экссудата на глазном дне, отека соска зрительного нерва при взятии под ДН и по показаниям
- Оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по таблице величины риска при АГ и по шкале SCORE (при интерпретации уровня риска приоритет отдается более высокому показателю)
- Корректировка терапии (при необходимости)

Обратиться к врачу-кардиологу и/или специалисту по лечению артериальной гипертензии

Алгоритм диспансерного наблюдения больных АГ 1—3-й степени с ССЗ, ЦВБ и ХБП с контролируемым АД на фоне приема антигипертензивных лекарственных препаратов ①

Регулярность профилактических посещений

→ Не менее 2 раз в год

Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений

- Сбор жалоб и анамнеза, активный опрос на наличие, характер и выраженность боли в грудной клетке и одышки при физической нагрузке, эпизодов кратковременной слабости в конечностях, онемения половины лица или конечностей, об объеме диуреза
- Уточнение факта приема антигипертензивных препаратов
- Уточнение факта приема гиполипидемических, антиагрегантных и гипогликемических препаратов при наличии показаний
- Опрос и краткое консультирование по поводу курения, характера питания, физической активности
- Измерение АД при каждом посещении

Алгоритм диспансерного наблюдения больных АГ 1—3-й степени с ССЗ, ЦВБ и ХБП с контролируемым АД на фоне приема антигипертензивных лекарственных препаратов ②

Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений

- Общий осмотр и объективное обследование, включая пальпацию периферических сосудов и аускультацию подключичных, сонных, почечных и бедренных артерий, измерение индекса массы тела и окружности талии при каждом посещении
- Гемоглобин и/или гематокрит при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года
- Глюкоза плазмы натощак не реже 1 раза в год (допускается экспресс-метод)
- Общий холестерин не реже 1 раза в год (допускается экспресс-метод)
- Холестерин липопротеинов низкой плотности, холестерин липопротеинов высокой плотности, триглицериды в сыворотке при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года
- Калий и натрий сыворотки при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год

Алгоритм диспансерного наблюдения больных АГ 1—3-й степени с ССЗ, ЦВБ и ХБП с контролируемым АД на фоне приема антигипертензивных лекарственных препаратов ③

Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений

- Креатинин сыворотки (с расчетом СКФ) при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год
- Анализ мочи с микроскопией осадка и определением белка в моче не реже 1 раза в год
- Анализ на микроальбуминурию при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год
- ЭКГ в 12 отведениях с расчетом индекса Соколова–Лайона и Корнелльского показателя не реже 2 раз в год. ЭхоКГ с определением ИММЛЖ и диастолической функции при взятии под диспансерное наблюдение, в последующем по показаниям, но не менее 1 раза в год при отсутствии достижения целевых значений АД и наличии признаков прогрессирования гипертрофии левого желудочка при расчете индекса Соколова–Лайона и Корнелльского

Алгоритм диспансерного наблюдения больных АГ 1—3-й степени с ССЗ, ЦВБ и ХБП с контролируемым АД на фоне приема антигипертензивных лекарственных препаратов ④

Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений

- УЗИ почек при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям при наличии обоснованного подозрения на развитие или прогрессирование ХБП
- Дуплексное сканирование почечных артерий при наличии обоснованного подозрения на их патологию
- Лодыжечно-плечевой индекс при наличии обоснованного подозрения на стеноз сосудов нижних конечностей
- Дуплексное сканирование подвздошных и бедренных артерий при наличии обоснованного подозрения на их патологию
- Консультация окулиста на предмет наличия кровоизлияний или экссудата на глазном дне, отека соска зрительного нерва при взятии под ДН и по показаниям
- Оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по таблице величины риска при АГ и по шкале SCORE (при интерпретации уровня риска приоритет отдается более высокому показателю)

Контроль уровня холестерина (триглицеридов)

Неотложные состояния при артериальной гипертензии — гипертонический криз ①

Гипертонический криз (ГК) — состояние, при котором значительное повышение АД (до 3-й степени) ассоциируется с острым поражением органов-мишеней, нередко жизнеугрожающим, требующее немедленных квалифицированных действий, направленных на снижение АД, обычно с помощью внутривенной терапии. При определении тяжести поражения органов скорость и степень повышения АД могут быть так же важны, как и абсолютный уровень АД

Типичные проявления гипертонических кризов:

- Пациенты со злокачественной АГ
- Пациенты с тяжелой АГ, ассоциированной с другими клиническими состояниями, требующими неотложного снижения АД: расслоение аорты, острая ишемия миокарда, ОСН
- Пациенты с внезапным повышением АД на фоне феохромоцитомы, ассоциированным с ПОМ
- Беременные с тяжелой АГ или преэклампсией
- Ранее использовавшийся термин «неосложненный гипертонический криз», описывавший пациентов со значительным повышением АД, но без признаков острых изменений в органах-мишенях не рекомендован к использованию. В данной группе пациентов снижение АД

Неотложные состояния при артериальной гипертензии — гипертонический криз ②

- Лечение пациентов с ГК рекомендуется проводить в отделении неотложной кардиологии или палате интенсивной терапии (УУР С, УДД 5)
- Осмотр врачом-терапевтом или врачом-кардиологом рекомендуется проводить не позднее 10 минут от момента поступления в стационар (УУР С, УДД 5)
- ЭКГ рекомендуется проводить при ГК не позднее 15 минут от момента поступления в стационар (УУР С, УДД 5)
- Рутинное обследование при всех возможных вариантах криза включает фундоскопию, ЭКГ, общий анализ крови, определение фибриногена, креатинина, рСКФ, электролитов, ЛДГ, гаптоглобин, оценку альбуминурии и микроскопию осадка мочи, тест на беременность у женщин детородного возраста. Специфическое обследование по показаниям может включать определение тропонина, МВ-КФК, НУП, рентгенографию органов грудной клетки, ЭХО КГ, КТ ангиография сердца и ее ветвей, КТ или МРТ головного мозга, УЗДГ почечных артерий.

Парентеральные препараты для лечения ГК

Вазодилататоры:

- Нитроглицерин (предпочтителен при ОКС и острой левожелудочковой недостаточности)
- Нитропруссид натрия (является препаратом выбора при острой гипертонической энцефалопатии)
- ИАПФ: эналаприлат (предпочтителен при острой левожелудочковой недостаточности)
- ББ (метопролол предпочтителен при расслаивающей аневризме аорты и ОКС)
- Диуретики (фуросемид при острой левожелудочковой недостаточности)
- Альфа-адреноблокаторы (урапидил)
- Нейролептики (дроперидол)
- В остром периоде инсульта вопрос о необходимости снижения АД и его оптимальной величине рекомендуется решать совместно с врачом-неврологом, индивидуально для каждого пациента
- ЕОК/ЕОАГ нет (УУР С, УДД 5)
- Пациенты с инсультом требуют особого подхода, т.к. избыточное и/или быстрое

Сроки и выраженность снижения АД при лечении ГК

- У пациентов со злокачественной АГ с или без почечной недостаточности среднее давление должно быть снижено на 20—25 % от исходного в течение нескольких часов
- У пациентов с гипертонической энцефалопатией рекомендовано немедленное снижение среднего АД на 20—25 % от исходного
- У пациентов с ОКС рекомендовано немедленное снижение САД ниже 140 мм рт. ст.
- У пациентов с кардиогенным отеком легких рекомендовано немедленное снижение САД ниже 140 мм рт. ст.
- У пациентов с расслоением аорты рекомендовано немедленное снижение САД ниже 120 мм рт. ст. и ЧСС ниже 60 уд/мин.
- У пациенток с эклампсией и тяжелой преэклампсией или HELLP-синдромом рекомендовано немедленное снижение САД ниже 160 мм рт. ст. и ДАД ниже 105 мм рт. ст.
- Пациенты с ГК являются группой высокого риска и должны быть

Показания для плановой госпитализации

- Неясность диагноза и необходимость в специальных методах исследования (использование диагностических процедур, проведение которых невозможно или нецелесообразно в условиях поликлиники) для уточнения причины повышения АД (исключение симптоматических АГ)
- Трудности в подборе медикаментозной терапии (сочетанная патология, частые гипертонические кризы);
- Рефрактерная АГ

Показания для экстренной госпитализации

- Гипертонический криз, не купирующийся на догоспитальном этапе;
- Гипертонический криз при феохромоцитоме;
- Гипертонический криз с выраженными явлениями гипертонической энцефалопатии;
- Осложнения АГ, требующие интенсивной терапии: инсульт, ОКС, субарахноидальное кровоизлияние, острые нарушения зрения, отек легких, расслоение аорты, почечная недостаточность, эклампсия

Показания к выписке пациента из стационара

- Установленный диагноз симптоматической АГ или ГБ с использованием специальных методов исследования при уточнении причины повышения АД;
- Подобранный медикаментозная терапия при сочетанной патологии и/или частых гипертонических кризах с достижением целевого уровня АД или снижение АД на 25—30 % от исходных значений на момент выписки из стационара
- Купированный гипертонический криз, отсутствие осложнений, требующих интенсивной терапии, стабилизация уровня АД

Критерии оценки качества медицинской помощи ①

№	Критерий качества	ЕОК Класс и уровень	Да/ нет
1	Установлен диагноз АГ согласно рекомендациям. Зафиксировано повышение офисного (клинического) АД выше 140 и/или 90 мм рт. ст. на повторных визитах, либо на основании СМАД (среднее за 24 часа ≥ 130 мм и/или ≥ 80 мм рт. ст.)	IA	Да/нет
2	Выполнен общий анализ крови	—	Да/нет
3	Выполнен биохимический анализ крови (креатинин, расчетная скорость клубочковой фильтрации, глюкоза, калий, натрий, мочевая кислота, ОХ, ЛПНП, ТГ, ЛПВП)	IB	Да/нет
4	Выполнен общий анализ мочи	IB	Да/нет
5	Выполнена качественная оценка протеинурии тест-полоской или количественное определение альбуминурии	IB	Да/нет
6	Выполнена ЭКГ в 12 отведениях	IB	Да/нет
7	Даны рекомендации по модификации образа жизни (ограничение потребления натрия, увеличение физической активности, снижение избыточной массы тела, отказ от курения, ограничение потребления алкоголя)	IA	Да/нет

Критерии оценки качества медицинской

№	Критерий качества	ЕОК Класс и уровень	Да/ нет
8	Поставлен клинический диагноз с указанием стадии заболевания, степени повышения АД (при отсутствии терапии), категории риска, наличия ПОМ и АКС	—	Да/нет
9	У пациентов с АГ 1-й степени, относящимся к категориям низкого/среднего риска, начата антигипертензивная лекарственная терапия одним из препаратов рекомендованных классов после 3-го месяца модификации образа жизни	IA	Да/нет
10	Лицам с АГ второй степени и выше назначена комбинированная двухкомпонентная антигипертензивная терапия сразу после постановки диагноза и проведена ее интенсификация для достижения целевого АД	IA	Да/нет
11	Достигнут целевой уровень САД <140 мм рт. ст. и ДАД < 90 мм рт. ст. через 3 месяца от начала лечения. При недостижении целевого АД приведено объяснение необходимости индивидуального уровня АД и скорости его снижения (плохая переносимость, побочные эффекты лекарственной терапии, низкая приверженность пациента к лечению, включая невыполнения рекомендаций врача, необходимость ревизии поставленного диагноза для исключения	IA	Да/нет

Типичные дефекты при оказании медицинской помощи пациентам с АГ ①

При сборе анамнеза:

- Не уточнены характер начала заболевания, продолжительность, особенности течения заболевания
- Отсутствуют сведения об эффективности ранее проводимой терапии, о возможном приеме пациентами других, помимо антигипертензивных, лекарственных препаратов: глюкокортикоидных гормонов, цитостатиков, нестероидных противовоспалительных препаратов, оральных контрацептивов и др.
- Отсутствуют сведения о наличии менопаузы у женщин, характере питания, статусе курения, семейном анамнезе ранних сердечно-сосудистых заболеваний, осложнений АГ
- Отсутствие сведений о наличии предшествующих госпитализаций

При обследовании пациентов:

Типичные дефекты при оказании медицинской помощи пациентам с АГ ②

При постановке диагноза:

- Отсутствие развернутого клинического диагноза, с указанием стадии гипертонической болезни, степени повышения
- АД (степени АГ при впервые выявленной АГ), с максимально полным отражением ФР, ПОМ, ССЗ, ХБП и категории сердечно-сосудистого риска
- Необоснованное и неверное установление стадии ГБ и степени АГ, категории риска

При проведении лечения:

- Измерение АД на высоте эффекта АГТ
- Назначение нерациональных комбинаций АГП, в неверном режиме и отсутствие интенсификации антигипертензивной терапии
- Недооценка наличия сопутствующей патологии, влияющей на выбор антигипертензивной

При обеспечении преемственности:

- Отсутствие назначения повторных визитов для контроля АД
- Несвоевременная постановка на диспансерный учет
- Нерегулярность диспансерных осмотров