



Экспертный подход к контролю артериального давления. Составляющие эффективного контроля артериального давления в реальной клинической практике

Высокий уровень артериального давления (АД) остается одним из наиболее важных факторов риска инсульта, инфаркта миокарда, хронической сердечной недостаточности и других жизнеугрожающих состояний. Достижение целевого значения АД и его контроль – важные составляющие эффективного лечения артериальной гипертензии (АГ) и снижения риска развития сердечно-сосудистых осложнений. В рамках Российского национального конгресса кардиологов 22 сентября 2023 г. состоялось заседание дискуссионного клуба по актуальным проблемам эпидемиологии, диагностики и терапии АГ. Ведущие российские эксперты в области кардиологии, исходя из российского и мирового клинического опыта, обсудили современные подходы к ведению больных АГ и методы эффективного контроля АД.

Приветствуя собравшихся, председатель дискуссионного клуба, академик Российской академии наук, заместитель генерального директора по научной работе Национального медицинского исследовательского центра им. В.А. Алмазова, заведующая научно-исследовательским отделом артериальной гипертензии, вице-президент Российского кардиологического общества, д.м.н., профессор Александра Олеговна КОНРАДИ подчеркнула актуальность освещения вопросов современной стратегии лечения артериальной гипертензии (АГ), направленной в первую очередь на контроль артериального давления (АД). Она отметила, что эффективный контроль АД имеет первостепенное значение для улучшения качества и продол-

жительности жизни больных АГ. Несмотря на успехи, достигнутые в лечении пациентов с АГ, в ряде случаев контроль АД остается неудовлетворительным. Причинами неудовлетворительного контроля АД являются поздняя диагностика АГ и низкая приверженность больных лечению.

Александра Олеговна вынесла на обсуждение последние рекомендации Европейского общества по артериальной гипертензии (European Society of Hypertension, ESH), одобренные Европейской почечной ассоциацией (European Renal Association, ERA) и Международным обществом по АГ (International Society of Hypertension, ISH) в 2023 г.¹ Данное руководство содержит обновленную информацию о механизмах регуляции АД, в том

числе о влиянии на уровень АД таких факторов, как генетика, иммунное воспаление, микробиота кишечника, уровни адипонектина, простаглицлина, натрийуретического пептида. В документе обозначена важная роль фактора некроза опухоли (ФНО) альфа и Т-клеток в усилении вазоконстрикции сосудов, приводящей к развитию сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с АГ. По мнению профессора А.О. Конради, обновленные данные свидетельствуют о необходимости внедрения новых методов для выявления факторов риска, влияющих на повышение уровня АД. Однако в рутинной отечественной практике у врачей не всегда есть возможность направлять каждого больного с повышенными показателями АД на лабора-

¹ Mancia G., Kreutz R., Brunström M., et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). J. Hypertens. 2023.

торные исследования крови для выявления маркеров воспаления (ФНО-альфа, интерлейкин 6 и др.), эндотелиальной дисфункции (эндотелин 1, оксид азота). Из-за вариабельности показателей воспаления и наличия сопутствующих заболеваний интерпретация результатов исследований чаще всего затруднена.

Комментируя сказанное, заведующий кафедрой терапии и эндокринологии факультета усовершенствования врачей Волгоградского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор Сергей Владимирович НЕДОГОДА подчеркнул, что новые данные о регуляции АД имеют большой научный интерес. Между тем на практике для выявления факторов риска АГ следует пользоваться доступными методами. Речь, в частности, идет об измерении уровня С-реактивного белка и применении шкалы Рейнольдса для оценки суммарного сердечно-сосудистого риска. При этом не стоит забывать о текущем вкладе пандемии COVID-19 в формирование хронического воспаления и эндотелиальной дисфункции.

В продолжение темы профессор А.О. Конради отметила, что, в соответствии с рекомендациями ESH 2023 г., оценивать риск по шкалам SCORE2 и SCORE-OP необходимо у всех пациентов, даже у тех, у которых не установлен высокий и очень высокий риск на фоне выявленных болезней системы кровообращения, хронической болезни почек, осложненного сахарного диабета, поражений органов-мишеней или других факторов риска (гиперлипидемия, альбуминурия). Терапию следует назначать в зависимости от уровня сердечно-сосудистого риска. Целесообразно ли использование шкалы SCORE2 в рутинной практике?

Отвечая на этот вопрос, профессор, ученый секретарь Национального медицинского исследовательского центра им. В.А. Алмазова, генеральный секретарь Российского

кардиологического общества Александр Олегович НЕДОШИВИН отметил, что высокая частота сердечно-сосудистых осложнений в российской популяции обуславливает необходимость оценки риска по шкале SCORE2 в повседневной клинической практике. Тем не менее следует учитывать, что принципы подхода к определению риска рассчитаны на популяцию в целом, а не на конкретного пациента. Безусловно, важным аспектом стратегии оценки сердечно-сосудистого риска остается индивидуальный подход.

Профессор С.В. Недогода также подчеркнул необходимость индивидуального подхода к ведению пациентов высокого риска и напомнил коллегам, что, в частности, инициация гиполипидемической терапии статинами зависит от уровня риска по SCORE2 и уровня липопротеинов низкой плотности. Кроме того, назначая статинотерапию, важно помнить об особенностях статинов, в том числе их плеiotропном эффекте.

Далее профессор А.О. Конради представила на рассмотрение коллег новые схемы диагностики АГ и начала терапии, предложенные экспертами ESH. Между последней и предыдущей версиями рекомендаций по лечению АГ принципиальных различий в подходах к установлению диагноза нет. Однако в обновленном документе указано на клиническое значение поражения органов-мишеней при лечении АГ. Согласно рекомендациям, наличие поражения органов-мишеней требует незамедлительного начала терапии даже у пациентов низкого сердечно-сосудистого риска. Рекомендовано проведение широкого спектра исследований для ранней диагностики заболеваний органов и систем у больных с повышенным уровнем АД. «Можно ли применять расширенную схему детальной оценки поражения органов-мишеней у пациентов с АГ в условиях поликлиники? – обра-

тилась с вопросом к аудитории Александра Олеговна. – В России около 40 млн человек имеют повышенный уровень АД. Хватит ли ресурсов у практического здравоохранения для реализации расширенной диагностической программы?»

В ходе дискуссии эксперты пришли к выводу, что ранняя диагностика поражения органов-мишеней – принципиальное условие профилактики осложнений у больных АГ. В настоящее время наиболее доступными и информативными методами выявления поражения органов-мишеней у больных АГ в РФ считаются определение степени альбуминурии, скорости клубочковой фильтрации, оценка состояния сердца с помощью электрокардиографии и эхокардиографического исследования (ЭхоКГ). К более специфичным методам оценки поражения сердца при АГ относят расчет индекса массы миокарда левого желудочка и оценку функции миокарда с помощью ЭхоКГ. Эти методы позволяют выявить гипертрофию левого желудочка, которая является фактором риска развития сердечной недостаточности.

Профессор А.О. Конради, еще раз подчеркнула, что в новых европейских рекомендациях по лечению АГ представлены целевые показатели уровня АД. Для большинства пациентов диапазон целевого уровня систолического АД (САД) составляет 140–120 мм рт. ст., диастолического АД (ДАД) – 80–70 мм рт. ст. Для возрастной группы 65–79 лет целевые уровни САД/ДАД должны стремиться к значению 130/80 мм рт. ст. и ниже. Спикер прокомментировала данные недавнего зарубежного исследования, продемонстрировавшие, что АГ первой стадии связана со значительным увеличением десятилетнего и пожизненного риска сердечно-сосудистых осложнений. Прогрессирование заболевания до второй стадии связано с за-



метным увеличением пожизненного риска².

Таким образом, результаты исследований свидетельствуют о необходимости раннего выявления отклонений АД от целевых значений и своевременного назначения антигипертензивной терапии.

Тему стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с АГ продолжил профессор С.В. Недогода. По его словам, большинство больных АГ относятся к группе высокого риска. Соответственно задачей врачей является индивидуальная оценка сердечно-сосудистого риска с учетом уровня АД, возраста пациента и наличия у него сопутствующей патологии. Кроме того, на прогноз могут влиять и другие независимые факторы, в частности социальные показатели, состояние экологии в отдельно взятом регионе. Профессор А.О. Недошивин подчеркнул, что антигипертензивная терапия должна быть направлена на достижение целевых уровней АД, снижение риска развития осложнений и смертности, а также защиту органов-мишеней. Ключевым фактором успешной терапии пациентов высокого сердечно-сосудистого риска является рациональный выбор антигипертензивного препарата. Сегодня в качестве первоочередной меры у пациентов с АГ и повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений рассматривается применение комбинации препаратов, ингибирующих активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), с диуретиками или антагонистами кальция. Так, в одном из самых известных исследований оценки влияния антигипертензивной терапии на сердечно-сосудистые осложнения

Антигипертензивная терапия должна быть направлена на достижение целевых уровней АД, снижение риска развития осложнений и смертности, а также защиту органов-мишеней. Ключевым фактором успешной терапии пациентов высокого сердечно-сосудистого риска является рациональный выбор антигипертензивного препарата. Сегодня в качестве первоочередной меры у пациентов с АГ и повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений рассматривается применение комбинации препаратов, ингибирующих активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, с диуретиками или антагонистами кальция

и смертность – исследовании HOPE показано, что назначение блокатора РААС – ингибитора ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) рамиприла больным с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений ассоциируется со значимым снижением количества сердечно-сосудистых событий и дальнейшим улучшением прогноза³.

Профессор С.В. Недогода согласился с коллегой, заметив, что, согласно международным рекомендациям по артериальной гипертензии, требования к идеальному антигипертензивному препарату предусматривают прежде всего широкую доказательную базу его применения и гарантированное длительное действие (на протяжении 24 часов). Завершая обзор европейских рекомендаций по лечению АГ, профессор А.О. Конради озвучила основные позиции: изменение представлений об этиопатогенезе АГ, расширение критериев высокого риска, еще более жесткие цели лечения АГ, особенно у пожилых пациентов, усиление позиций фиксированных комбинаций, акцент

на приверженности лечению, коррекции органных поражений.

Профессор А.О. Конради передала слово профессору А.О. Недошивину. Он отметил необходимость оптимизации подходов к лечению неконтролируемой АГ за счет применения эффективных методов фармакотерапии для достижения целевых значений АД. Профессор А.О. Недошивин процитировал результаты исследования SPRINT, в котором достижение пациентами с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, но без диабета уровня САД менее 120 мм рт. ст. по сравнению с уровнем менее 140 мм рт. ст. приводило к снижению частоты фатальных и нефатальных основных сердечно-сосудистых осложнений и смерти от любой причины⁴.

И все-таки сегодня, несмотря на достигнутые успехи в фармакотерапии АГ, контроль АД в РФ на популяционном уровне остается недостаточно высоким. Так, по данным эпидемиологического исследования ЭССЭ РФ, только 38,2% мужчин и 49,2% женщин с АГ контролируют показатели уровня АД⁵.

² Peng X., Jin C., Song Q., et al. Stage 1 hypertension and the 10-year and lifetime risk of cardiovascular disease: a prospective real-world study. *J. Am. Heart Assoc.* 2023; 12 (7): e028762.

³ Effects of ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the HOPE study and MICRO-HOPE substudy. Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. *Lancet.* 2000; 355 (9200): 253–259.

⁴ Wright J.T., Williamson J.D., Whelton P.K., et al. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control SPRINT. *N. Engl. J. Med.* 2015; 373 (22): 2103–2116.

⁵ Концевая А.В., Шальнова С.А., Драпкина О.М. Исследование ЭССЭ-РФ: эпидемиология и укрепление общественного здоровья. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2021; 20 (5): 2987.

Еще в одном отечественном исследовании оценивали особенности фармакотерапии при достижении различных уровней целевого АД у пациентов с АГ в отсутствие или при наличии коморбидных заболеваний в условиях реальной амбулаторной практики. Целевой уровень САД 130–139 и 120–139 мм рт. ст. был достигнут только у 27,1% пациентов⁶.

В многочисленных исследованиях установлена прямая связь между уровнями АД и показателями общей и сердечно-сосудистой смертности. В связи с этим в рамках первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, реализуемой в первичном звене здравоохранения, следует информировать пациентов с АГ о том, что недостижение целевых значений АД ведет к увеличению риска сердечно-сосудистых осложнений и смерти. Именно первичное звено здравоохранения – главный инструмент снижения сердечно-сосудистой смертности и заболеваемости.

Сказанное означает, что лечение эффективными антигипертензивными препаратами должно начинаться как можно раньше. Сегодня все большую актуальность приобретают критерии оценки медикаментозной терапии. В зависимости от метода оценки выделяют два понятия: эффект и эффективность фармакологического препарата. В основе этих понятий лежит различие между реальной клинической практикой и условиями, в которых выполняются клинические исследования. Так, эффект от терапии (польза и вред для пациента) определяется в рандомизированных контролируемых клинических исследованиях с четко выверенным дизайном, жесткими критериями включения/невключения. В свою очередь эффективность медика-

ментозной терапии оценивается в повседневной клинической практике в рамках клинических программ, наблюдательных и observational исследований. Доказательства базируются на результатах, полученных в широкой популяции пациентов. По мнению профессора А.О. Недошивина, результаты исследований в реальной клинической практике позволяют сделать объективные выводы о течении заболевания и эффективности антигипертензивной терапии у широкого контингента больных АГ.

В рамках многоцентровой открытой наблюдательной программы КОНСОНАНС оценивали эффективность, безопасность и долгосрочную приверженность терапии фиксированной комбинацией рамиприла/индапамида (Консилар-Д24) у больных АГ 1-2-й степени, не достигших контроля АД на предшествующей терапии или не принимавших антигипертензивную терапию, в реальной клинической практике. По данным исследования, целевого уровня клинического АД менее 140/90 мм рт. ст. через две недели лечения достигли 74% пациентов, через шесть месяцев – 98,8% пациентов. На фоне терапии фиксированной комбинацией рамиприла/индапамида у большинства пациентов с АГ существенно улучшился контроль АД. При этом препарат Консилар-Д24 показал эффективность как на старте лечения, так и при замене неэффективной предшествующей антигипертензивной терапии⁷.

О выборе метода измерения уровня АД при контроле эффективности терапии рассказал член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института непрерывного ме-

дицинского и фармацевтического образования Волгоградского государственного медицинского университета, профессор Юрий Михайлович ЛОПАТИН. Он отметил, что каждый практический врач имеет опыт ведения больных АГ. Кроме того, нужно принимать во внимание экономические аспекты и особенности ведения больных АГ в регионах. Однако для объективной оценки динамики состояния больного АГ в условиях реальной клинической практики контроль уровня АД должен осуществляться на основании показателей офисного АД, суточного и домашнего мониторинга.

К дискуссии присоединилась к.м.н., старший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории организации медицинской помощи Национального федерального медицинского исследовательского центра им. В.А. Алмазова Людмила Геннадьевна РАТОВА. Она обратила внимание коллег на недоучтенные группы больных, которые требуют особого внимания в плане мероприятий по достижению целевого уровня АД. Среди них пациенты с так называемым синдромом белого халата (форма лабильной АГ). Несмотря на несомненную информативность метода суточного мониторинга АД (СМАД), нельзя недооценивать данные домашнего измерения, которые озвучивают на приеме сами пациенты. В ряде случаев именно эти показатели помогают воссоздать объективную картину динамики уровня АД. Таким образом, контроль показателей АД должен основываться на анализе полученных данных офисного АД, СМАД и домашнего измерения с учетом индивидуальных особенностей и комплаентности пациентов.

⁶ Недогода С.В., Сабанов А.В. Достижение целевого артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией на фоне антигипертензивной терапии в условиях реальной клинической практики. Российский кардиологический журнал. 2018; 11: 100–109.

⁷ Конради А.О., Галявич А.С., Кашталап В.В. и др. Реальная эффективность и безопасность препарата Консилар-Д24 у пациентов с артериальной гипертензией по данным программы КОНСОНАНС. Российский кардиологический журнал. 2021; 26 (9): 73–82.



Далее Людмила Геннадьевна остановилась на вопросах самоконтроля в реальной клинической практике. Без сомнения, уровень самоконтроля показателей АД у пациентов с АГ напрямую зависит от их мотивации и приверженности лечению. В ходе наблюдательной программы КОНСОНАНС 70% пациентов самостоятельно измеряли уровень АД в домашних условиях и вели дневник самоконтроля показателей АД. Действительно, в данной программе участвовали максимально мотивированные пациенты, с высокой приверженностью назначенной терапии. Уже через две недели после начала приема препарата Консилар-Д24 целевого уровня АД при домашнем измерении (менее 135/85 мм рт. ст.) достигли 75,7% пациентов, через три месяца – 91,1%, через шесть месяцев – 95,5%. Анализ результатов программы продемонстрировал достоверное снижение уровня домашнего АД с первой недели лечения. Впоследствии средние значения АД, зарегистрированные пациентами, достоверно не изменились, что свидетельствовало о длительном стабильном контроле АД на фоне лечения фиксированной комбинацией рамиприла/индапамида в отсутствие ускользания антигипертензивного эффекта. Очевидно, выбор антигипертензивной терапии имеет ключевое значение для успешного контроля АД. Начиная обсуждение темы выбора антигипертензивных препаратов, профессор А.О. Конради отметила, что современное лечение АГ подразумевает прежде всего применение комбинированных препаратов. В современных европейских рекомендациях по лечению АГ позиционируются следующие паттерны назначения антигипертензивной терапии:

Оптимизация антигипертензивной терапии, основанная на выборе фиксированной комбинации антигипертензивных препаратов с доказанным длительным эффектом, и мониторинг уровня АД обеспечивают достоверное уменьшение показателей variability АД. Как показывают опыт и результаты клинических исследований, применение фиксированных комбинаций, в частности препарата Консилар-Д24, упрощает схему лечения и способствует улучшению приверженности терапии, назначенной врачом

- стартовая терапия с комбинации двух препаратов для большинства пациентов;
- титрование доз до максимально переносимых, при необходимости переход на тройную комбинацию антигипертензивных препаратов;
- назначение препаратов однократно в день;
- предпочтительное использование фиксированных комбинаций на любом этапе лечения;
- добавление дополнительных классов препаратов при необходимости.

Профессор С.В. Недогода уточнил, что несомненный интерес представляет алгоритм назначения комбинированной антигипертензивной терапии, представленный как в европейских, так и в отечественных рекомендациях. Согласно этому алгоритму, большинство пациентов начинают лечение с фиксированных комбинаций двух препаратов для улучшения скорости, эффективности и предсказуемости контроля АД. Предпочтительны комбинации двух препаратов – блокатор РААС и блокатор кальциевых каналов или тиазидный/тиазидоподобный диуретик. Бета-адреноблокаторы можно использовать на любом этапе с любым антигипертензивным препаратом из других основных классов. Использование фиксированных комбинаций целесообразно на любом

этапе лечения. Одним из преимуществ фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов является повышение приверженности больных АГ лечению.

Данные последних исследований свидетельствуют о том, что в отношении контроля АГ фиксированные комбинации в качестве начальной терапии эффективнее, чем монотерапия или свободные комбинации антигипертензивных препаратов⁸.

Сергей Владимирович отметил, что в последнее время возросло внимание к контролю АД с точки зрения не только достижения целевого уровня, но и снижения variability АД – колебания АД, превышающие физиологическую норму. Это относительные показатели АД, которые могут рассчитываться на основании результатов любого измерения АД (офисное измерение, СМАД, домашнее мониторирование). На суточную variability АД могут влиять различные факторы, в частности резкие изменения погоды, стресс, физическая активность, психологические причины, приверженность антигипертензивной терапии (пропуск приема антигипертензивной терапии или ее самостоятельная коррекция).

В исследовании ASCOT показано, что variability АД служит самостоятельным прогностически неблагоприятным фактором, влияющим на исход лечения.

⁸ Bronsert M.R., Henderson W.G., Valuck R., et al. Comparative effectiveness of antihypertensive therapeutic classes and treatment strategies in the initiation of therapy in primary care patients: a Distributed Ambulatory Research in Therapeutics Network (DARTNet) study. J. Am. Board Fam. Med. 2013; 26 (5): 529–538.

яющим на риск развития сердечно-сосудистых событий и смерти⁹. По данным исследования ALLHAT, повышенная вариабельность САД между визитами пациента к врачу (долгосрочная вариабельность) ассоциируется с повышением риска общей смерти, смерти от ишемической болезни сердца, развития инфаркта миокарда и инсульта¹⁰.

По словам Л.Г. Ратовой, в рамках программы КОНСОНАНС оценивали межвизитную долгосрочную вариабельность АД. С первого по шестой месяц лечения на фоне неизменной антигипертензивной терапии она составила для клинического АД $4,1 \pm 2,3/2,5 \pm 1,1$ мм рт. ст., для домашнего АД $4,5 \pm 3,5/2,8 \pm 1,9$ мм рт. ст. Таким образом, применение фиксированной комбинации рамирила/индапамида сопровождалось уменьшением и нормализацией долгосрочной межвизитной вариабельности АД¹¹.

Профессор Ю.М. Лопатин резюмировал, что оптимизация антигипертензивной терапии, основанная на выборе фиксированной комбинации антигипертензивных препаратов с доказанным длительным эффектом, и мониторинг уровня АД обеспечивают достоверное уменьшение показателей вариабельности АД у пациентов в реальной клинической практике. В заключительной части заседания дискуссионного клуба эксперты обсудили вопросы влияния контроля АД, достигнутого на фоне антигипертензивной терапии, на качество жизни пациентов с АГ.

Как отметил профессор А.О. Недошивин, в настоящее время понятие «качество жизни» стало объектом научных исследований и определяется как «качество жизни, связанное со здоровьем». Несмотря на то что особенностью течения

АГ часто является малосимптомность, пациенты могут предъявлять жалобы на нарушение сна, слабость, упадок сил, снижение работоспособности. Оценка качества жизни на фоне антигипертензивной терапии характеризует эффективность применяемых методов лечения. Для мониторинга оценки качества жизни больных АГ во время лечения используют различные опросники.

Результаты оценки качества жизни, полученные в программе КОНСОНАНС, прокомментировала Л.Г. Ратова. В исследовании использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ). ВАШ представляет собой так называемый термометр здоровья, где 0 баллов – самое плохое, 100 баллов – самое хорошее самочувствие пациентов, принимавших участие в программе. Пациент делал отметку на «термометре» в том месте, которое отражало его самооценку самочувствия и здоровья на момент заполнения опросника. Большинство пациентов исходно до начала антигипертензивной терапии фиксированной комбинацией рамирила/индапамида оценивали свое состояние в среднем на 54,7 балла по ВАШ. На фоне терапии пациенты отмечали улучшение самочувствия и качества жизни от визита к визиту к врачам, вплоть до визита, который проводился через три месяца от начала лечения. Шестимесячное применение препарата Консилар-Д24 ассоциировалось со значимым улучшением состояния здоровья (средний балл, который был достигнут по окончании лечения по ВАШ, – 86,6). Таким образом, важным аспектом оценки эффективности антигипертензивной терапии в программе КОНСОНАНС стало достоверное

улучшение самочувствия и качества жизни пациентов (количество баллов по ВАШ увеличилось на $31,9 \pm 18,5$; $p < 0,0001$)¹¹.

Отличный контроль АД и повышение качества жизни пациентов, участвовавших в программе, можно объяснить применением высокоэффективной фиксированной комбинации антигипертензивных препаратов, отсутствием врачебной инерции, высокой мотивацией врачей и пациентов на достижение целей лечения, четким графиком визитов. Кроме того, пациенты сами контролировали уровень АД, вели дневники самоконтроля, а врачи оценивали их и обсуждали показатели давления с пациентами. Как отметила Людмила Геннадьевна, важно, чтобы, получая антигипертензивную терапию, пациенты осознавали, что улучшение состояния здоровья и качества жизни напрямую зависит от достижения целевых значений АД и приверженности назначенному лечению.

Подводя итог дискуссии, профессор А.О. Конради еще раз подчеркнула важность такого аспекта, как приверженность терапии. Для повышения мотивации пациента с АГ к лечению и выполнению рекомендаций необходимо информировать его об особенностях течения заболевания и этапах лечения, формировать навыки самоконтроля АД и осознанное отношение к приему антигипертензивных препаратов. Как показывают результаты исследований и опыт реальной клинической практики, применение фиксированных комбинаций антигипертензивных лекарственных средств упрощает схему лечения больных АГ и способствует улучшению приверженности терапии, назначенной врачом. ☺

⁹ Gupta A., Mackay J., Whitehouse A., et al. Long-term mortality after blood pressure-lowering and lipid-lowering treatment in patients with hypertension in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial (ASCOT) Legacy study: 16-year follow-up results of a randomised factorial trial. *Lancet*. 2018; 392 (10153): 1127–1137.

¹⁰ Muntner P., Whittle J., Lynch A.I., et al. Visit-to-visit variability of blood pressure and coronary heart disease, stroke, heart failure, and mortality: a cohort study. *Ann. Intern. Med.* 2015; 163 (5): 329–338.

¹¹ Лопатин Ю.М., Недогода С.В., Галявич А.С. и др. Эффективность антигипертензивной терапии по результатам программы КОНСОНАНС. Только ли достижение целевого уровня артериального давления? *Артериальная гипертензия*. 2023; 29 (4): 419–431.