



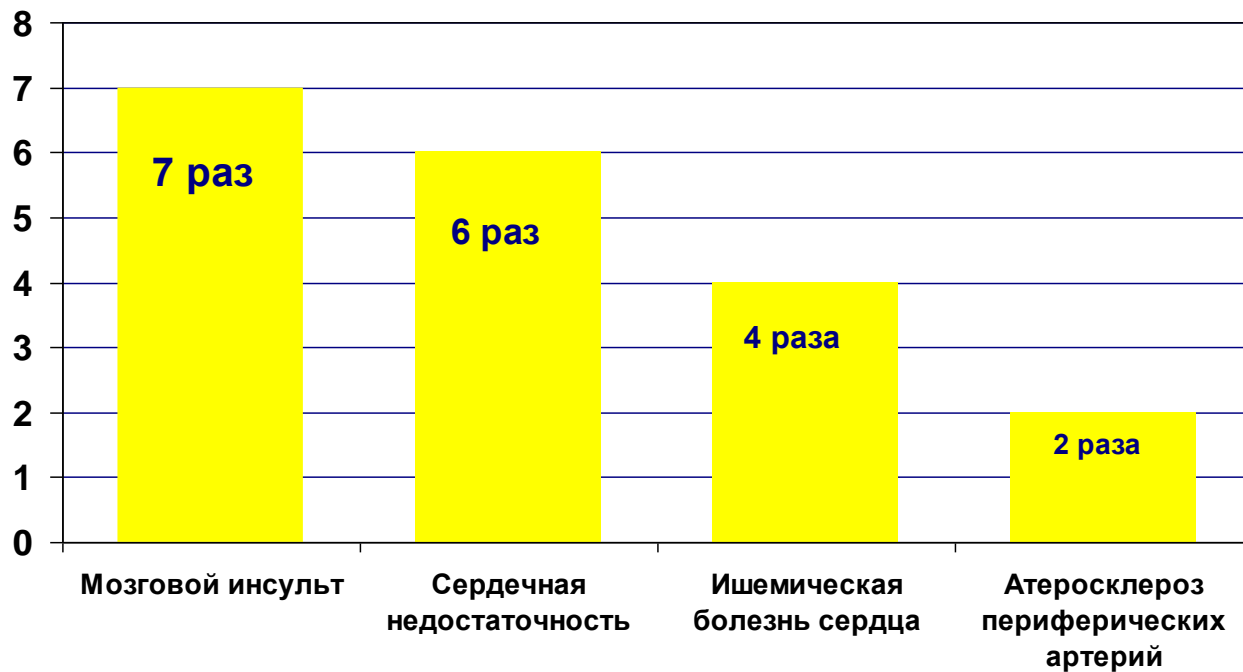
Научно-практическая конференция
«Артериальная гипертензия в реальной клинической
практике: проблемы достижения целевых уровней АД у
коморбидных пациентов и приверженность к лечению»
г. Донецк, 27 марта 2026 г.

Приверженность к лечению у пациентов с
артериальной гипертензией:
Что мы знаем и что мы делаем.

Кардашевская Л.И.
доцент кафедры
внутренних болезней №3

У кого развиваются фатальные и нефатальные сердечно-сосудистые заболевания ?

АГ – наиболее распространенный фактор риска ССЗ, при этом, наиболее объективно контролируемый со стороны врача



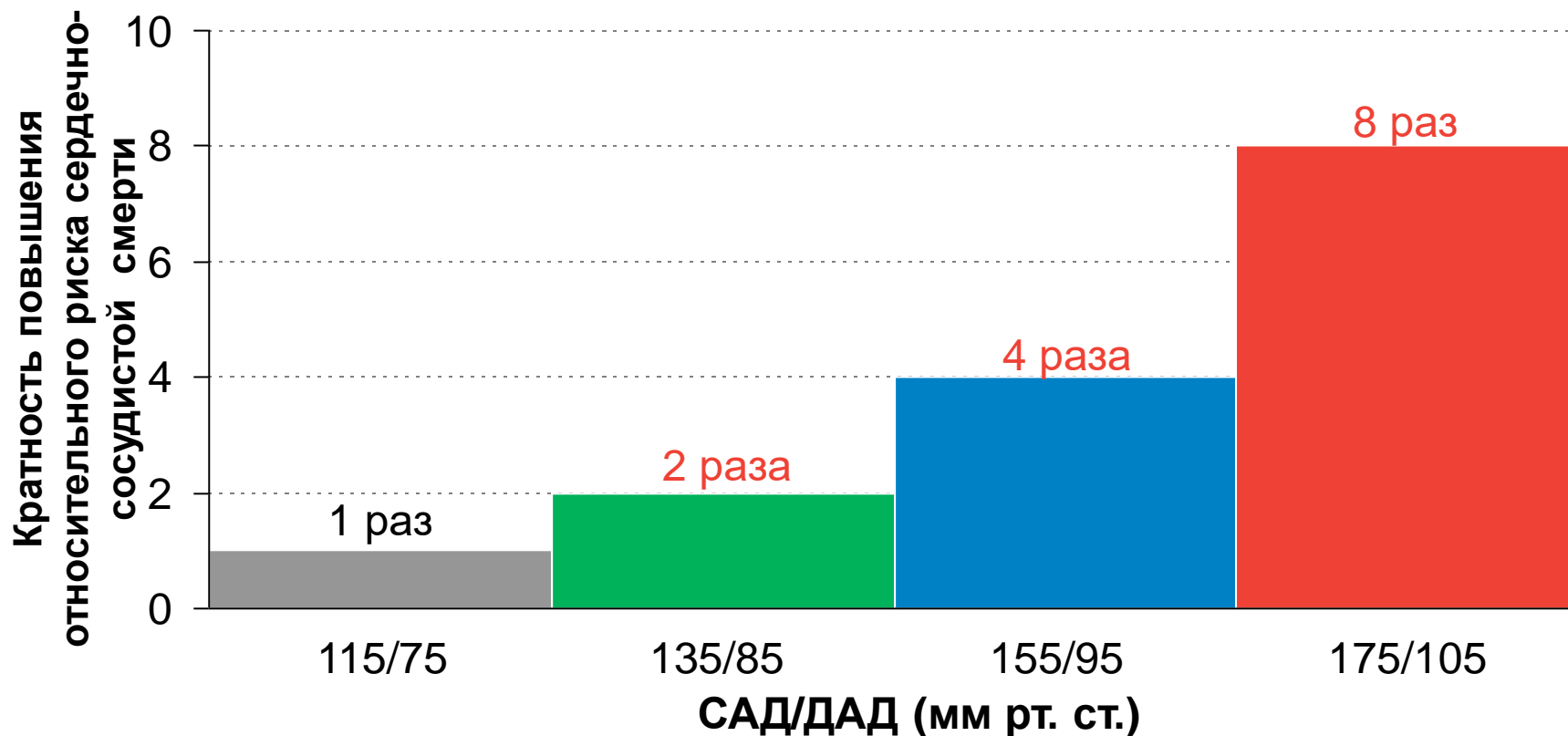
Риск развития СС осложнений у больных ГБ в сравнении с нормотензивными лицами

Артериальная гипертензия – в основе 2/3 инсультов и 1/2 ИБС¹

- АГ - причина **7 млн смертей** и **64 млн случаев инвалидизации** ежегодно¹
- Особенно сильная корреляция наблюдается между **АГ** и риском **инсульта¹**

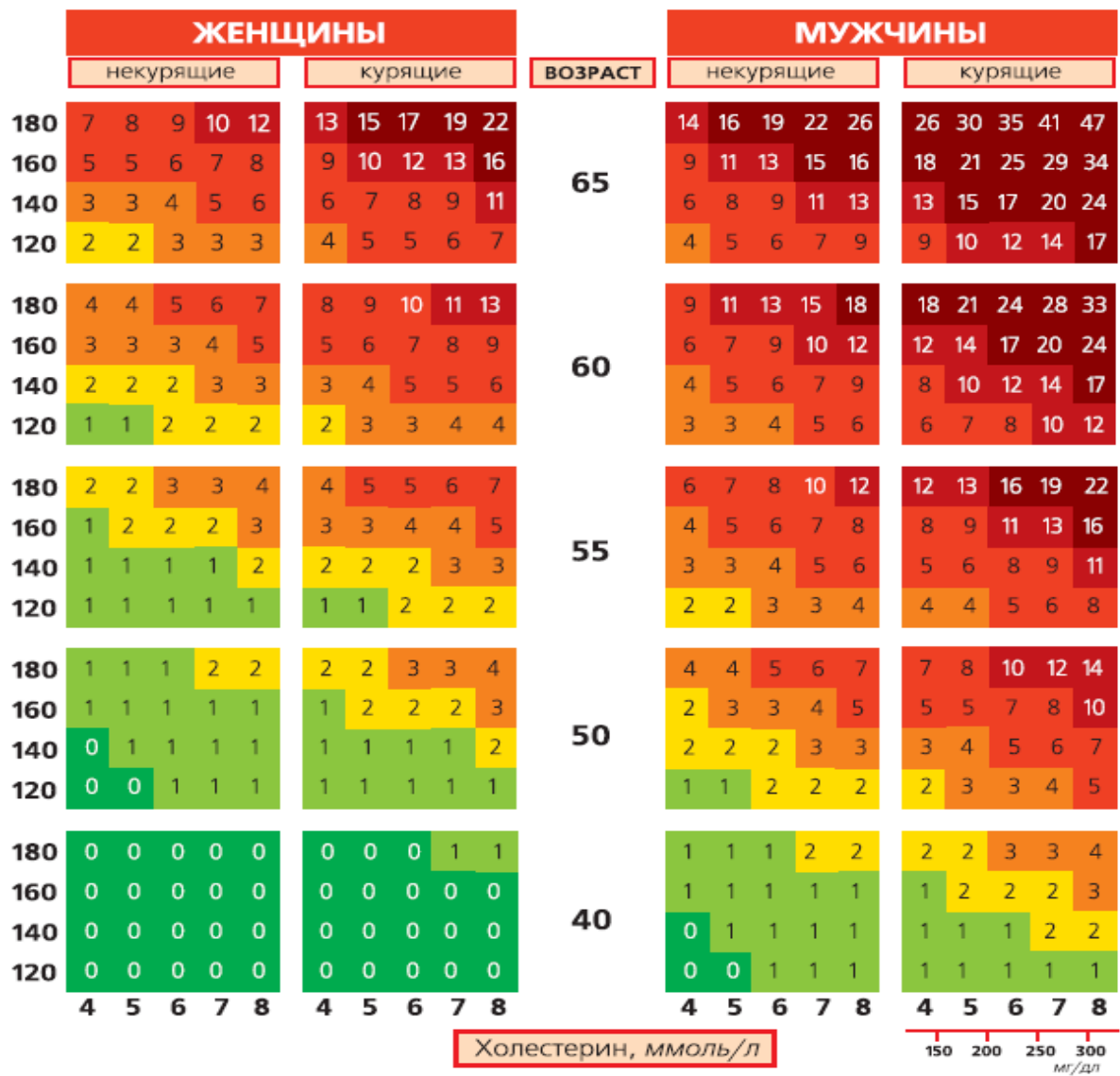
С каждым повышением АД на 20/10 мм рт. ст. риск сердечно-сосудистой смертности удваивается

- Мета-анализ 61 проспективного, наблюдательного исследования
- 1 млн. взрослых пациентов (40–69 лет), имевших АД > 115/75 мм рт. ст.
- 12,7 млн. пациенто-лет



Шкала SCORE– европейская модель оценки риска

Применима для
пациентов без
ИБС, инсульта и ХСН



Рекомендации ESH/ESC, РКО по лечению АГ у категории пациентов высокого риска

- Наиболее рациональные комбинации:

ИАПФ или АРА II + Антагонисты кальция

ИАПФ или АРА II + Диуретики

ИАПФ или АРА II + АК + Диуретики

Трудности выбора АГ терапии у коморбидных пациентов

- Наличие сопутствующей патологии.
- Особенности обмена в-в.
- Изменения фармакодинамики лекарств при совместном применении.
- Более частое развитие побочных эффектов.

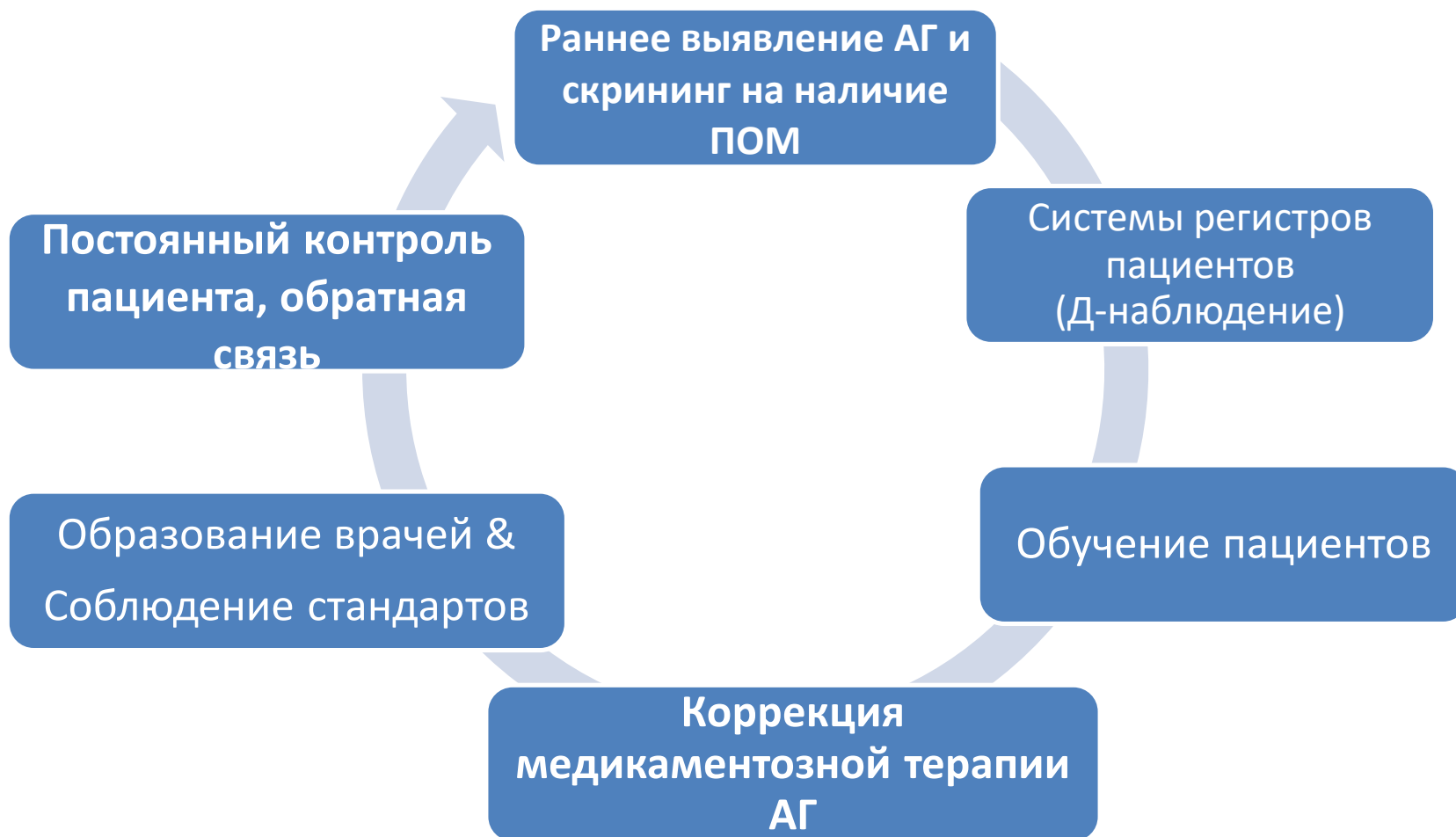
Целевые цифры САД при АГ терапии у больных после инсульта

- Без гемодинамически значимых стенозов артерий и СД сист. АД снижают до **120-140 мм рт.ст.**,
- При одностороннем гемодинамически значимом (более 70%) стенозе ВСА, целевые значения сист. АД поддерживается на уровне **130-150 мм рт.ст.**,
- При билатеральном гемодинамически значимом стенозе ВСА – **150-180 мм рт.ст.**

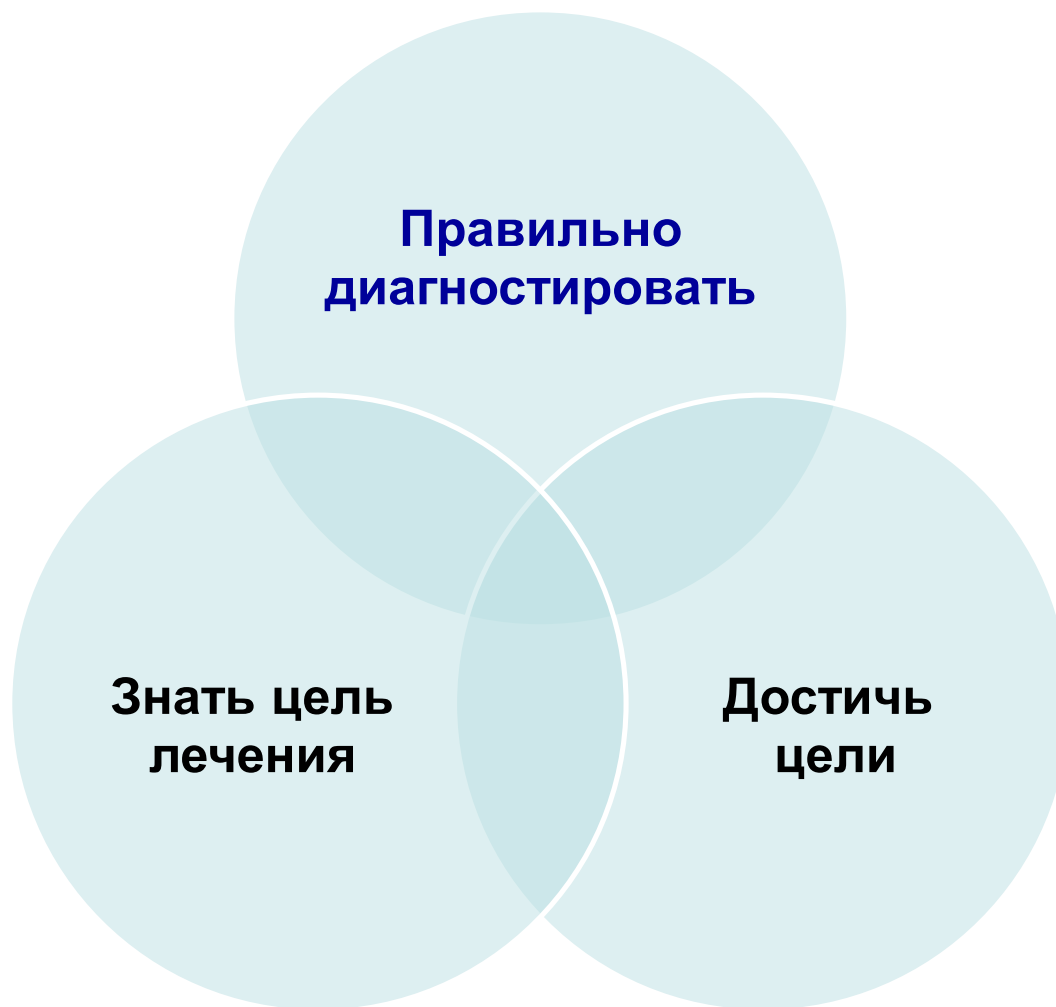
Принципы медикаментозного лечения, которые должен знать пациент, страдающий ГБ

- Необходим длительный ("пожизненный") прием медикаментов;
- Доза препарата не может быть установлена один раз и навсегда;
- В процессе лечения возможна смена препаратов, их комбинаций либо их дозы;
- Случайный резкий подъем АД не является основанием для смены принимаемых лекарств.

Как остановить эпидемию неинфекционных заболеваний (АГ)



Что нужно, чтобы успешно лечить?



Основная цель при лечении пациентов с АГ

Достижение максимального снижения суммарного риска развития сердечно-сосудистых осложнений за счет

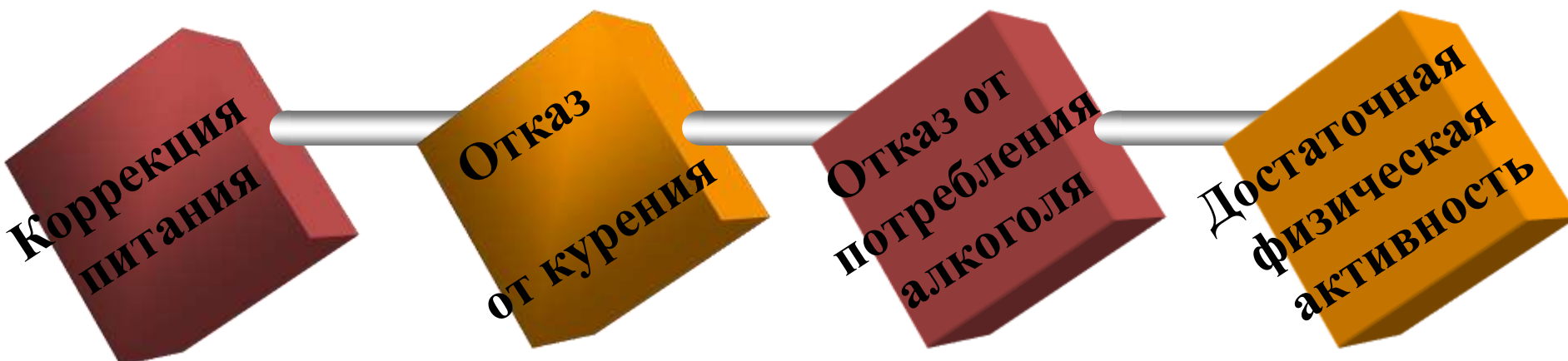
- *Достижения и поддержания ЦУ АД <140/90 мм рт.ст.*
- *Модификации ФР,*
- *Назначения эффективных АГ средств, вызывающих предупреждение развития и регрессию пат. изм-й в органах-мишенях, а также эффективное лечение **сопутствующих клинических состояний.***

Мы не остановим эпидемию АГ, если...

- Пациент не будет контролировать свой уровень АД.
- Пациент не будет информирован о возможностях изменения образа жизни и следовать врачебным предписаниям, то есть не будет приверженным к терапии.



Изменение образа жизни



Немедикаментозные меры по снижению АД – модификация образа жизни

Параметры способа жизни	Уровень снижения АД, мм рт.ст.
Уменьшение массы тела на 1 кг	-2
Ограничение употребления кухонной соли до 5 г/сут	-5
Овощи и фрукты не менее 500 г/сут	-7
Повышение физической активности (30-45 мин в день до повышения ЧСС при условии комфортного самочувствия).	-5
Ограничение алкоголя (не превышать 3 дозы в сутки для мужч. И 2 дозы для женщин (1 доза - 10 мл чистого этанола).	-4
Отказ от курения	-5

Целевые уровни АД

- Все пациенты – $\leq 140/90$ мм рт.ст.
- Больные с сахарным диабетом – $\leq 135/85$ мм рт.ст.
- Пожилые пациенты – гибкие значения

Контроль АД до целевых уровней – стратегия, сохраняющая жизнь!

- Анализ популяционных исследований показал, что свыше **40 % смертей** возникают в группе лиц с умеренным повышением САД - 140–159 мм рт.ст.
- При стойком повышении ДАД на 5 мм рт.ст. риск мозгового **инсульта** увеличивается на 34 %, а **инфаркта миокарда** — на 21 %.

Стратифікація серцево-сосудистого ризику у пацієнтів с ГБ

Додатковий фактори ризику або захворювання	Нормальний САД 120–129 ДАД 80–84	Високий нормальний САД 130–139 ДАД 85–89	АГ I ступеня САД 140–159 ДАД 90–99	АГ II ступеня САД 160–179 ДАД 100–109	АГ III ступеня САД \geq 180 ДАД \geq 110
Немає додаткових факторів ризику	Середній рівень ризику	Середній рівень ризику	Низький ризик	Умерений ризик	Високий ризик
1–2 фактора ризику	Низький ризик	Низький ризик	Умерений ризик	Умерений ризик	Очень високий ризик
\geq3 факторів ризику, МС, <i>пораження ОМ</i>	Умерений ризик	Високий ризик	Високий ризик	Високий ризик	Очень високий ризик
ССЗ або <i>пораження</i> нирок	Високий ризик	Очень високий ризик	Очень високий ризик	Очень високий ризик	Очень високий ризик

Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Артеріальна гіпертензія. Наказ Міністерства охорони здоров'я № 384 від

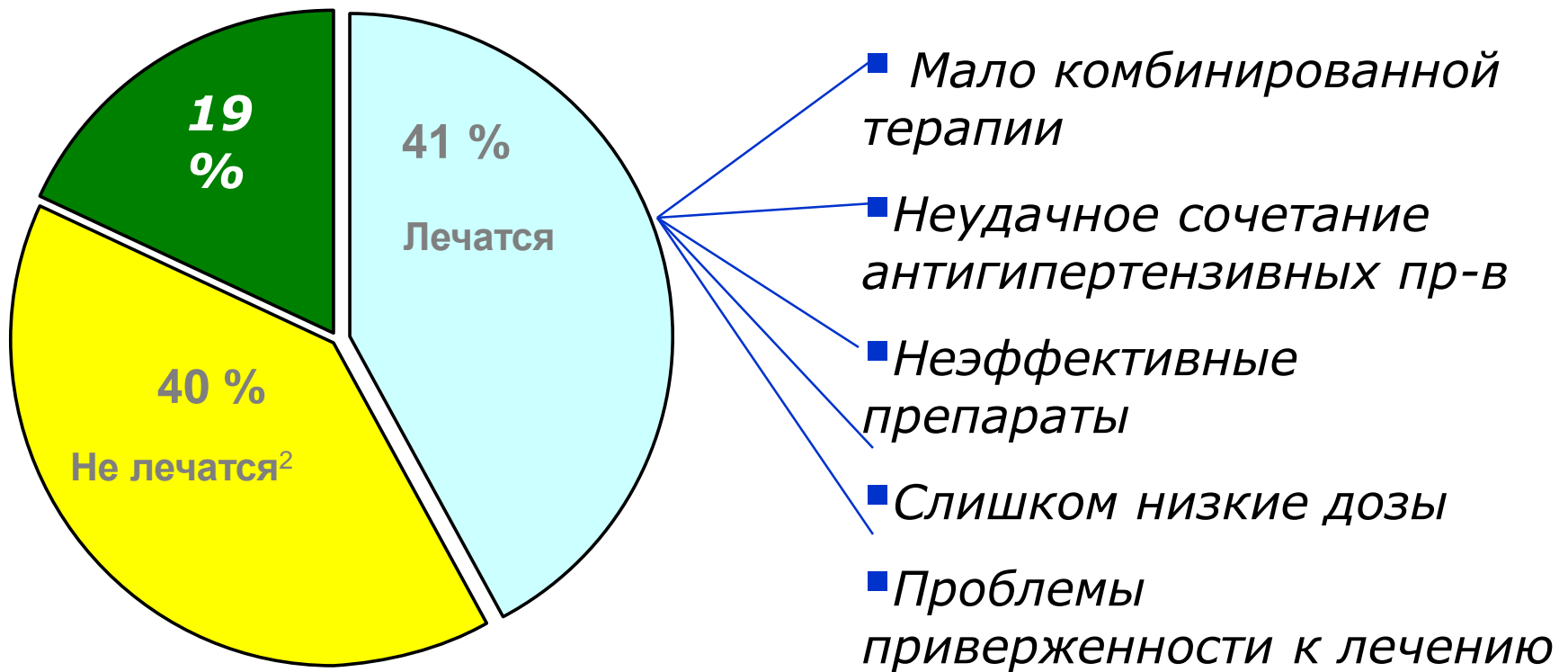
Позиция по вопросу терапии 1-й линии

- **Препараты 1 ряда**, применяемые для стартовой и поддерживающей АГ терапии : **тиазидоподобные диуретики, БКК, иАПФ, сартаны и β -блокаторы**
- При наличии **высокого риска** , лечение начинать с **комбинаций АГС**
- При неэффективности 2-х комп. АГ-терапии добавляют 3-й препарат 1 из АГС в комбинации должен быть диуретик
- Необходимо отдавать предпочтение медикаментам, антигипертензивный эффект которых больше 24 часов **при приеме 1 раз в сутки**
- Учитывать **вероятность взаимодействий** с препаратами, используемыми для терапии сопутствующей патологии

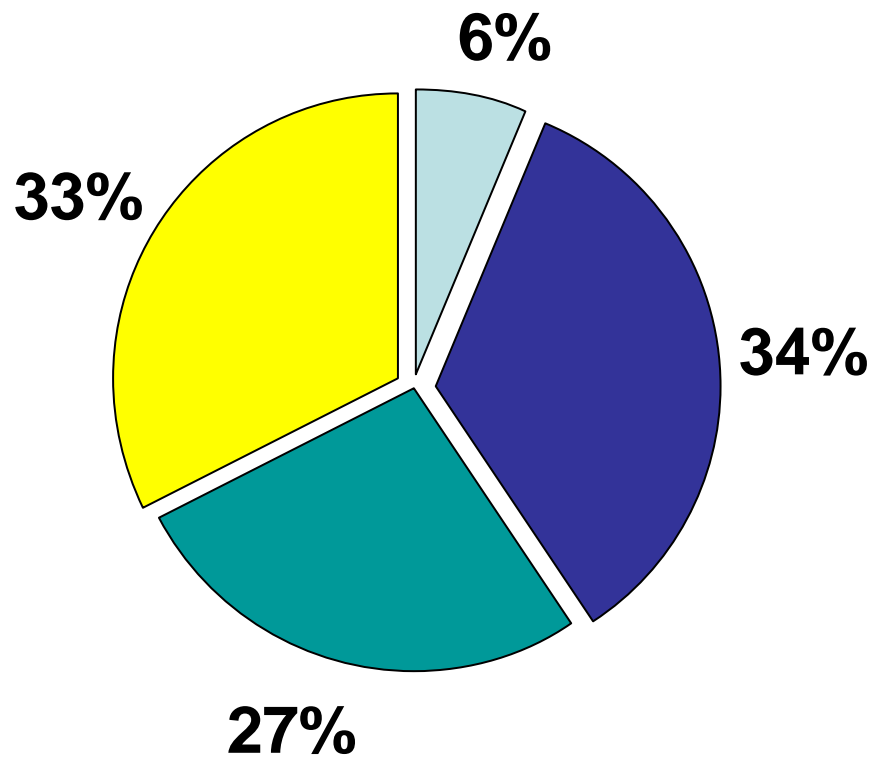
Контроль артериального давления

- Снижение АД в среднем **на 14-15%** от исходного достигается при применении одного (**любого**) из АГС **1 ряда**.
- Применение **эмпирической** терапии одним **препаратом** обречено на **неудачу у 50% больных**, и требует смены и подбора препаратов, что значительно снижает приверженность больных к терапии.
- Если же терапия начинается **комбинацией 2-х** препаратов, то **эффективность контроля АД повышается до 70-75%**, а при назначении комбинации 3-х препаратов, АД снижается у большинства больных.

Основные причины отсутствия адекватного контроля АД



Частота назначения комбинированной терапии у пациентов высокого риска на начальном этапе лечения



■ всегда ■ часто ■ редко ■ никогда, начало лечения с монотерапии

Приверженность к лечению

- **Приверженность к лечению** — это степень соответствия поведения больного (в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни) рекомендациям, полученным от врача.
- *Низкая приверженность к лечению ассоциируется с плохим прогнозом!!!!*

Методы оценки приверженности пациента к лечению АГ

- Измерение АД не является надежным методом оценки соблюдения рекомендаций у больных АГ в повседневной практике.
- «Электронные» и особенно «фармакокинетические» методы оценки соблюдения рекомендаций трудно использовать в повседневной клинической практике.
- Опрос больного с помощью опросников и шкал.

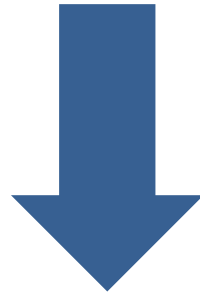
Приверженность к лечению

- ✓ Высокая – пациенты получают ЛС строго в указанное время > 80% случаев
- ✓ Средняя – пациенты получают ЛС строго в указанное время в 20 – 80% случаев
- ✓ Низкая – пациенты получают ЛС строго в указанное время менее, чем в 20% случаев

Что значит отсутствие приверженности к лечению

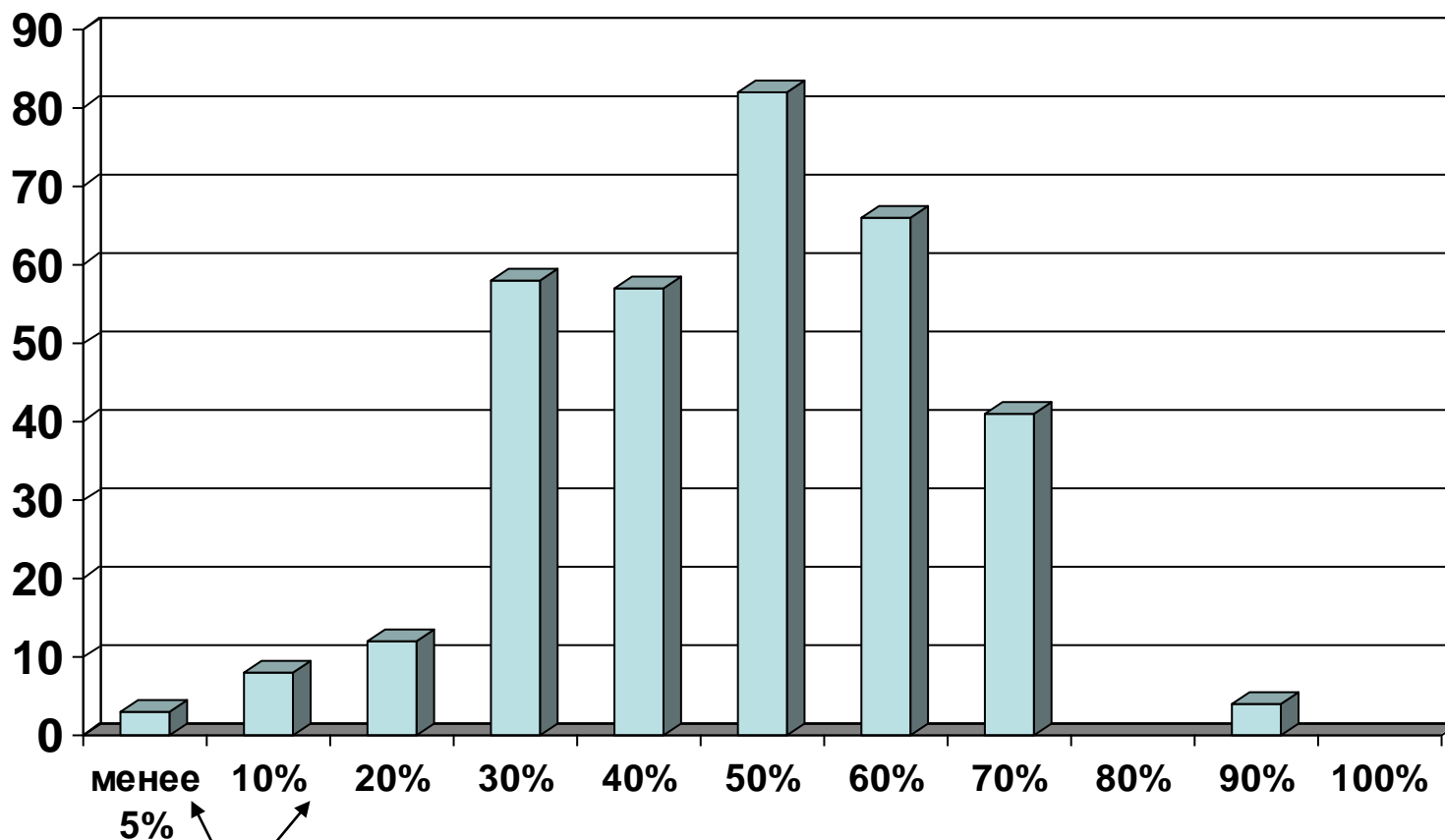
- ✓ Несоблюдение рекомендаций по нормализации образа жизни.
- ✓ Несоблюдение режима приема лекарств:
 - Прием неправильной дозы ЛС
 - Несоблюдение времени приема ЛС
 - Пропуск приема одной или более доз ЛС периодически или на более длительный период (отпуск)
 - Преждевременное прекращение терапии

Клиническая инертность врачей



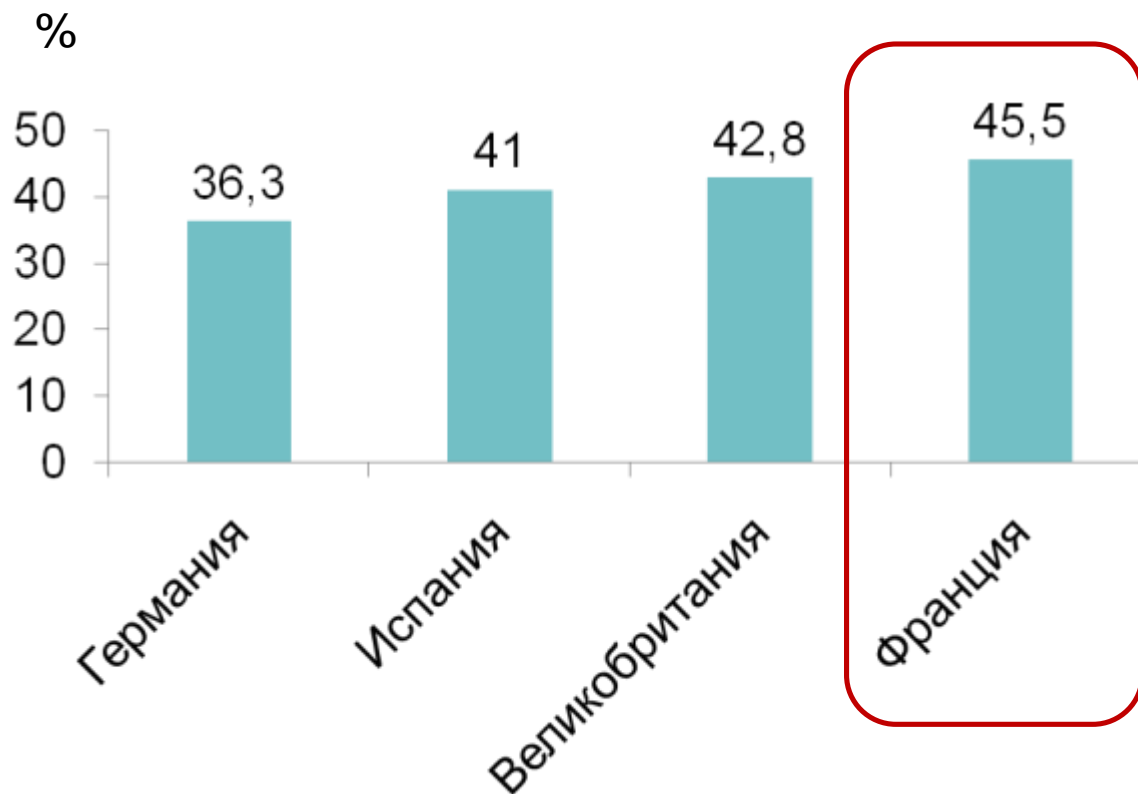
Отсутствие действий врачей
по интенсификации лечения
при наличии необходимости

Самооценка результатов лечения врачами (доля больных, реально достигающих целевого АД)



Реальная ситуация

Достижение целевых уровней АД в клинической практике разных стран Европы



Причины низкой приверженности

- Особенности течения заболевания;
- Продолжительность заболевания;
- Уровень образования;
- Семейное положение;
- Высокая стоимость лекарственных препаратов – 5%;
- Нежелательные (побочные) действия -20%;
- Сложность режима приема – 10%;
- Большое кол-во одновременно назначаемых лекарств – 18 %;
- Неэффективность лечения – 30%.

Последствия плохой приверженности к терапии

- Плохая приверженность – повышение риска инсульта на 22%.

Нестабильность приема препаратов повышает риск :

- неконтролируемой АГ - на 41%;
- риск инсульта на 28%;
- риск ИМ на 15%.

Приверженность АГ-терапии и риск инсульта (JD Wang – 2009)

- 1 000 000 участников национального регистра Тайвани
- 29 759 лиц с неосложненной АГ, получающие медикаментозную терапию
- 1078 случаев инсульта за период 1997-2004
- Характер терапии никак не был связан с риском инсульта
- Основная детерминанта инсульта – **плохая приверженность к терапии**

СТРАТЕГИИ УЛУЧШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ

- Образование пациента
- Выбор лекарств с удобным дозированием
- Предотвращение появления побочных эффектов
- Избегать частых изменений в режиме лечения
- Определение рациональных сроков достижения цели лечения
- Улучшения контакта между врачами и пациентами

(WHO, 2003, Adherence to long-term therapy: evidence of action)

Пути повышения приверженности к лечению

- Упрощение схемы лечения
- Снижение кол-ва принимаемых препаратов
- Использование фиксированных комбинаций
- Использование эффективных дженериков.

Для достижения целей терапии нужно преодолеть две пропасти

**Доказанные
эффекты в
клинических
исследованиях**



**Реальные
действия
врачей на
практике**

Вторая пропасть намного шире



**Приверженность
пациента**

Рекомендации