

Сравнительная эффективность терапии статинами больных артериальной гипертензией высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска в реальной клинической практике г. Иркутска

Иванова О. А., Куклин С. Г., Сизова С. С., Новоселова Т. А., Гайфуллина Л. Р.

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования — филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Иркутск, Россия

Цель. Изучение особенностей приема липид-снижающей терапии у пациентов высокого и очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО) на амбулаторном и стационарном этапах оказания медицинской помощи в г. Иркутске.

Материал и методы. Проанализировано 260 выписок из медицинской документации пациентов с артериальной гипертензией высокого и очень высокого риска ССО за второе полугодие 2019г (из них 145 из стационара и 115 из амбулаторных карт). Оценивалась приверженность пациентов к терапии статинами, достижение целевых значений холестерина (ХС) липопротеинов низкой плотности (ЛНП) в каждой подгруппе пациентов.

Результаты. Доля больных, достигших рекомендованных уровней ХС ЛНП в соответствии с рекомендациями 2017г, имеет тенденцию к увеличению в сравнении с ранее опубликованными данными. Высокая приверженность к липид-снижающей терапии закономерно сопровождалась увеличением доли пациентов, достигающих рекомендованных уровней ХС ЛНП. В большинстве случаев, независимо от сердечно-сосудистого риска, используются низко-дозовые режимы терапии статинами. Детальный анализ приверженности терапии статинами с помощью опросников выявил, что более половины пациентов высоких категорий риска (64%) не комплаентны к липид-снижающей терапии.

Заключение. Выявлены позитивные тенденции в отношении увеличения доли пациентов высоких категорий риска, достигаю-

щих целевых уровней ХС ЛНП (в соответствии с рекомендациями 2017г). Приверженность терапии статинами остается низкой. В тактике липид-снижающей терапии сохраняются прежние тенденции: стереотипность назначений без учета сердечно-сосудистого риска, использование низко-дозовой терапии, частое назначение статинов с меньшим гиполипидемическим эффектом. Врачи стационара используют более высокие дозы статинов в сравнении с врачами амбулаторного звена.

Ключевые слова: липид-снижающая терапия, статины, высокий и очень высокий риск, сердечно-сосудистые осложнения, опросник Мориски-Грина.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 27/09-2021

Рецензия получена 07/10-2021

Принята к публикации 21/10-2021



Для цитирования: Иванова О. А., Куклин С. Г., Сизова С. С., Новоселова Т. А., Гайфуллина Л. Р. Сравнительная эффективность терапии статинами больных артериальной гипертензией высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска в реальной клинической практике г. Иркутска. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2021;20(7):3073. doi:10.15829/1728-8800-2021-3073

Comparative effectiveness of statin therapy in patients with hypertension of high and very high cardiovascular risk in actual clinical practice in Irkutsk

Ivanova O. A., Kuklin S. G., Sizova S. S., Novoselova T. A., Gaifullina L. R.

Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education — branch of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education. Irkutsk, Russia

Aim. To study lipid-lowering therapy in patients with high and very high risk of cardiovascular events (CVEs) at the outpatient and inpatient care stages in Irkutsk.

Material and methods. We analyzed 260 discharge summaries of patients with hypertension of high and very high risk of CVEs for the second half of 2019: 145 — from a hospital; 115 — from outpatient records. Patient adherence to statin therapy, achievement of target low-

density lipoprotein cholesterol (LDL-C) levels in each patient subgroup was assessed.

Results. The proportion of patients who reached the recommended LDL-C levels in accordance with the 2017 guidelines tends to increase in comparison with prior data. High adherence to lipid-lowering therapy was accompanied by an increase in the proportion of patients reaching the recommended LDL-C levels. In most cases, regardless

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: olsimiyur@mail.ru

Тел.: +7 (914) 946-82-64

[Иванова О. А. — к.м.н., ассистент кафедры терапии, ORCID: 0000-0002-8380-7373, Куклин С. Г. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапии, ORCID: 0000-0001-8264-2127, Сизова С. С. — ординатор кафедры терапии, ORCID: 0000-0001-6397-4505, Новоселова Т. А. — ординатор кафедры терапии, ORCID: 0000-0002-1924-2005, Гайфуллина Л. Р. — ординатор кафедры терапии, ORCID: 0000-0002-4662-7058].

of cardiovascular risk, low-dose statin therapy were used. A detailed analysis of adherence to statin therapy using questionnaires revealed that more than half of patients in high-risk categories (64%) did not comply with lipid-lowering therapy.

Conclusion. Favorable trends were revealed in relation to an increase in the proportion of high-risk patients reaching target LDL-C levels. Adherence to statin therapy remains low. Previously established problems in managing such patients remains: stereotyped lipid-lowering therapy prescriptions without taking into account cardiovascular risk, the use of low-dose therapy, and the frequent prescription of statins with a lower lipid-lowering effect. Inpatients use higher statin doses than outpatients.

Keywords: lipid-lowering therapy, statins, high and very high risk, cardiovascular events, Morisky-Green test.

Relationships and Activities: none.

Ivanova O. A.* ORCID: 0000-0002-8380-7373, Kuklin S. G. ORCID: 0000-0001-8264-2127, Sizova S. S. ORCID: 0000-0001-6397-4505, Novoselova T. A. ORCID: 0000-0002-1924-2005, Gaifullina L. R. ORCID: 0000-0002-4662-7058.

*Corresponding author: olsimiyur@mail.ru

Received: 27/09-2021

Revision Received: 07/10-2021

Accepted: 21/10-2021

For citation: Ivanova O. A., Kuklin S. G., Sizova S. S., Novoselova T. A., Gaifullina L. R. Comparative effectiveness of statin therapy in patients with hypertension of high and very high cardiovascular risk in actual clinical practice in Irkutsk. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2021;20(7):3073. (In Russ.) doi:10.15829/1728-8800-2021-3073

АГ — артериальная гипертензия, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ЛНП — липопротеины низкой плотности, СД — сахарный диабет, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ССО — сердечно-сосудистые осложнения, ССР — сердечно-сосудистый риск, ХС — холестерин.

Введение

Важнейшей задачей практического здравоохранения является снижение сердечно-сосудистой смертности, которая вносит существенный вклад в смертность трудоспособного населения [1-3]. Несмотря на то, что в России за последние несколько лет наметилась тенденция к снижению этого показателя, проблема остается крайне актуальной [4, 5]. По данным Росстата, в 2019г Иркутская область по смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) занимала 1 место среди регионов Сибирского федерального округа [6]. Дислипидемия является признанным ведущим фактором риска развития и прогрессирования ССЗ, в отношении которого имеются эффективные меры медикаментозного воздействия. Получено множество убедительных данных, что снижение уровня холестерина (ХС) липопротеинов низкой плотности (ЛНП) прямо и независимо связано со снижением заболеваемости и смертности от заболеваний, обусловленных атеросклерозом. Приверженность к приему липид-снижающих препаратов и достижение целевых значений ХС ЛНП, общего ХС является одним из приоритетных направлений в работе с пациентами высокого и очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО), особенно на амбулаторном этапе [7-9]. Важным вопросом остается преемственность в работе врачей стационара и поликлиники.

Материал и методы

Проведен анализ 145 историй болезни пациентов с артериальной гипертензией (АГ) высокого и очень высокого риска ССО (определялся в соответствии со шкалой оценки риска ССО у пациентов с АГ) кардиологического и терапевтического отделений одной из больниц г. Иркутска, поступивших в период с сентября по декабрь 2019г без острого коронарного синдрома и инфаркта миокарда, и опрос той же категории пациентов (n=115) с анализом их амбулаторных карт, обращавшихся к трем

участковым терапевтам в указанный промежуток времени в одну из районных поликлиник города. Анализировались следующие параметры: липидный профиль — общий ХС, ХС ЛНП, ХС липопротеинов высокой плотности, триглицериды, печеночные трансаминазы — аланинаминотрансфераза и аспартатаминотрансфераза, глюкоза плазмы крови, тип и доза назначаемых статинов, рекомендованные пациентам при выписке из стационара и на последнем приеме у участкового терапевта. Все пациенты имели АГ с оценкой сердечно-сосудистого риска (ССР), сформулированной врачами стационара и поликлиники. Всем пациентам, включенным в исследование, проводилось анкетирование с использованием опросника Мориски-Грина для определения приверженности к приему липид-снижающей терапии [10]. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета программ Statistica 10 (StatSoft, США) с применением методов непараметрической статистики с указанием значений в виде медианы (Me), а также верхнего и нижнего квартилей. Для сравнения независимых выборок использовался критерий Манна-Уитни. Значимость различий относительных показателей исследовали по критерию χ^2 . Для всех видов анализа пороговой величиной вероятности ошибки считали уровень $p \leq 0,05$.

Результаты

Клинико-демографические данные пациентов стационара и поликлиники представлены в таблице 1. Среди госпитализированных больных преобладали пациенты очень высокого ССР, страдающие ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с АГ (71% — 103 человека), а высокий ССР (пациенты с АГ без установленного ССЗ) регистрировался в 29% случаев (n=42). Средний возраст пациентов стационара составил 59 лет (51; 76), преобладали женщины (64%). Из 145 человек — 48 страдали сахарным диабетом (СД) 2 типа (46 в группе очень

Таблица 1

Клинико-демографические данные пациентов стационара и поликлиники по данным медицинской документации

Параметры	Пациенты стационара (n=145)		p	Пациенты поликлиники (n=115)		p
	Очень высокий риск (n=103)	Высокий риск (n=42)		Очень высокий риск (n=48)	Высокий риск (n=67)	
Возраст	69 (62; 67)	57 (52; 67)	p=0,001	74 (67; 79)	65 (61; 69)	p=0,001
Общий ХС, ммоль/л	5 (3,9; 5,8)	4,75 (4; 5)	p>0,05	5 (4,4; 6,0)	5,2 (4,2; 5,8)	p>0,05
ХС ЛНП, ммоль/л	3,0 (2; 3,8)	3,2 (2; 4,1)	p>0,05	2,65 (2,1; 3,9)	2,6 (2; 3,5)	p>0,05
ХС ЛВП, ммоль/л	1 (0,9; 1,2)*	1,1 (0,9; 1,3)*	p>0,05	1,3 (1,2; 1,6)*	1,3 (1,1; 1,6)*	p>0,05
ТГ, ммоль/л	1,5 (1; 2)	1,6 (1; 2,3)	p>0,05	1,3 (0,9; 1,9)	1,4 (1; 2,1)	p>0,05
АЛТ, МЕ/л	18,6 (16; 25)	20 (14; 33)	p>0,05	22 (18; 29)	27 (21; 36)	p>0,05
АСТ, МЕ/л	18 (15; 24)	19 (16; 24)	p>0,05	23 (21; 31)	23 (18; 28)	p>0,05
Глюкоза, ммоль/л	5,7 (4,9; 7,1)	5 (4,8; 5,7)	p=0,02	5,6 (5,1; 6,4)	6,3 (5,3; 7,6)	p=0,01

Примечание: * — межгрупповое сравнение пациентов очень высокого риска (p=0,0001); # — межгрупповое сравнение высокого риска (p=0,0002). АЛТ — аланинаминотрансфераза, АСТ — аспартатаминотрансфераза, ЛВП — липопротеины высокой плотности, ТГ — триглицериды, ХС — холестерин.

высокого ССР). Пациенты из группы очень высокого и высокого ССР были сопоставимы по липидному спектру и уровню печеночных трансаминаз, но различались по возрасту и уровню глюкозы крови, которые были достоверно выше в группе очень высокого ССР.

Анализ амбулаторных карт поликлинических пациентов (таблица 1) продемонстрировал следующее. Средний возраст пациентов поликлиники составил 66 лет (63; 74), преобладали женщины (62%). На прием к участковому терапевту чаще обращались пациенты высокого ССР (58% — пациенты с АГ без установленных ССЗ), они были моложе (65 vs 74 лет, p<0,05) и имели более высокие уровни глюкозы крови (6,3 vs 5,6 ммоль/л, p<0,05) в сравнении с пациентами очень высокого ССР (42% — пациенты с АГ и сопутствующей ИБС), что можно объяснить большей долей пациентов с СД в этой группе (74,6% — 50 человек).

При сравнительном анализе пациентов очень высокого ССР стационара и поликлиники обнаружено, что возраст лиц, находящихся на стационарном лечении был достоверно ниже и составил 69 (62; 67) лет, а в поликлинике — 74 (67; 79) года (p<0,05). Аналогичная картина наблюдается и у пациентов высокого риска — 57 (52; 67) vs 65 (61; 69) лет (p<0,05). Обращает на себя внимание, что лица с СД, наблюдавшиеся в поликлинике, в большей доле случаев определяются врачами как пациенты высокого ССР (в 75%), в отличие от врачей стационара, где подобных пациентов кодируют как пациентов очень высокого ССР (в 96% случаев), что, несомненно, может повлиять на долгосрочную тактику ведения амбулаторных больных.

Было проанализировано достижение целевых значений ХС ЛНП у пациентов высокого и очень высокого ССР на стационарном и амбулаторном этапах. На момент сбора данных действовали реко-

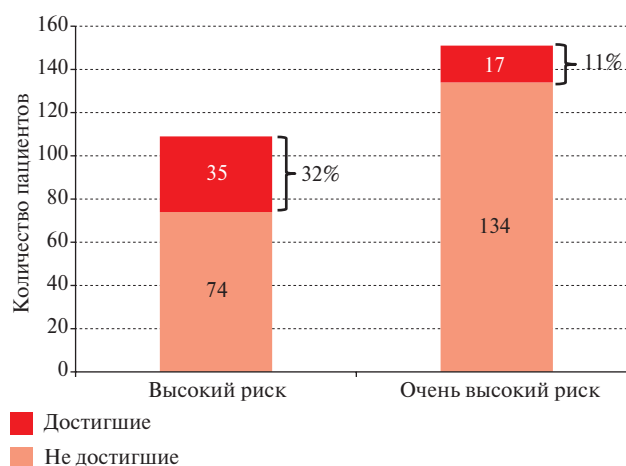


Рис. 1 Доля пациентов с АГ высокого и очень высокого риска стационара и поликлиники, достигших целевых значений ХС ЛНП (в соответствии с рекомендациями 2017г).

мендации по диагностике и нарушениям липидного обмена 2017г с рекомендованным целевым уровнем ХС ЛНП $\leq 1,5$ ммоль/л для пациентов очень высокого ССР и $\leq 2,5$ ммоль/л для высокого [2]. Значения уровня ХС ЛНП в группе очень высокого риска на амбулаторном этапе и в стационаре не различались (p>0,05), как и в группах высокого риска (таблица 1).

В настоящее время сроки пребывания пациентов в стационаре сокращаются, поэтому уровень липидов крови на этом этапе в большей мере обусловлен липид-снижающей терапией на уровне поликлиники, что нашло подтверждение и в настоящем исследовании. В связи с этим данные липидного спектра пациентов стационара и поликлиники были объединены. Оказалось, что только 32% пациентов (35 из 109 человек) высокого риска и 11% (17 из 151 человек) очень высокого риска достигали рекомендуемых значений ХС ЛНП в соответствии с рекомендациями 2017г (рисунок 1).

Таблица 2

Показатели спектра липопротеинов в зависимости от типа применяемого статина у пациентов высокого и очень высокого риска на амбулаторном этапе

	Аторвастатин	Симвастатин	Розувастатин
Пациенты высокого риска			
Общий ХС, ммоль/л	4,8 (4,1; 5,6)*	5,7 (5,2; 6,6)*#	4,6 (4,0; 5,7)#
ХС ЛНП, ммоль/л	2,6 (2,1; 3,3)*	3,45 (2,4; 4,2)*#	2,5 (1,9; 4,0)#
Пациенты очень высокого риска			
Общий ХС, ммоль/л	5,0 (4,5; 5,6)*§	5,5 (4,4; 6,2)*#	4,3 (4,2; 4,4)#§
ХС ЛНП, ммоль/л	2,5 (2,0; 3,3)*	3,2 (2,7; 3,9)*#	2,4 (2,4; 2,5)#

Примечание: * — достоверные различия параметров между аторвастатином и симвастатином ($p > 0,05$); # — достоверные различия параметров между розувастатином и симвастатином ($p > 0,05$); § — достоверные различия параметров между аторвастатином и розувастатином ($p > 0,05$). ЛНП — липопротеины низкой плотности, ХС — холестерин.

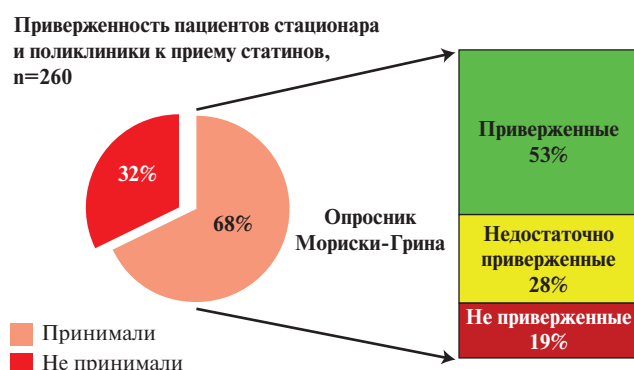


Рис. 2 Приверженность пациентов стационара и поликлиники к приему статинов, n=260.

По данным амбулаторных карт, выписка из историй болезни были проанализированы режимы назначения статинов. В терапевтическом и кардиологическом отделениях городской больницы пациентам назначался только аторвастатин. В поликлинике назначения распределились следующим образом: на первом месте — аторвастатин в 54% случаев, на втором — симвастатин в 27% и на третьем — розувастатин в 19% случаев. Были проанализированы дозы препаратов в зависимости от градации ССР. У пациентов высокого и очень высокого ССР на амбулаторном этапе: средние дозы аторвастатина составляли 20 (10; 20) мг/сут., розувастатина — 10 (5; 10) мг/сут. для высокого и 15 (10; 20) мг/сут. для очень высокого риска, а симвастатина — 15 (10; 20) мг/сут. В стационаре средние дозы аторвастатина, назначаемые пациентам очень высокого риска в отличие от высокого риска, были достоверно выше: 24 (20; 40) vs 21,5 (10; 40) мг/сут. ($p < 0,05$). При сравнении дозовых режимов аторвастатина на стационарном и поликлиническом этапах, более высокие дозы назначались только пациентам очень высокого риска: 24 (20; 40) vs 19,5 (10; 20) мг/сут., соответственно ($p < 0,05$). Доля пациентов очень высокого риска, получающих дозу аторвастатина 40 мг/сут. в стационаре, была достоверно выше,

чем в поликлинике — 20 человек (19%) vs 1 человека (5%), соответственно; критерий χ^2 ($p = 0,02$).

Проанализированы показатели липидного обмена в зависимости от типа применяемого статина на поликлиническом этапе. У пациентов высокого и очень высокого ССР уровни ХС ЛНП на фоне аторвастатина и розувастатина не различались и были достоверно ниже в сравнении с терапией симвастатином (таблица 2).

Изучена приверженность к терапии статинами в объединенной группе пациентов стационара и поликлиники. Предварительно каждому пациенту задавался вопрос о том, принимает ли он статин. По результатам этого опроса, из 260 пациентов 68% ($n = 177$) сообщили, что принимают липид-снижающие препараты, соответственно оставшиеся 32% ($n = 83$) их не использовали. С помощью валидированного опросника Мориски-Грина было проведено анкетирование среди тех 177 пациентов, которые сообщили о приеме статинов, с целью уточнения степени их приверженности к терапии.

По результатам анкет оказалось, что только 93 (53%) человека из 177 имели 4 балла из максимальных 4-х, что свидетельствовало о высокой приверженности; 50 (28%) пациентов набрали 3 балла, они были недостаточно привержены и 34 (19%) пациента оказались совсем не привержены к терапии статинами, несмотря на то что ранее сообщали об их использовании (рисунок 2).

Таким образом, при объединении результатов опроса пациентов количество реально приверженных пациентов к терапии статинами составило всего 36% (93 человека из 260).

Были проанализированы достигнутые уровни липидов крови в зависимости от приверженности к терапии. Неприверженные и недостаточно приверженные пациенты высокого и очень высокого риска были сопоставимы по уровням регистрируемого общего ХС и ХС ЛНП, в отличие от пациентов с высокой приверженностью, анализируемые параметры которых были достоверно ниже (таблица 3). Это закономерно свидетельствует о том,

Таблица 3

Достижение значений общего ХС и ХС ЛНП в подгруппах пациентов высокого и очень высокого риска с различной степенью приверженности к терапии статинами (стационар, поликлиника)

	Недостаточно приверженные, n=50	p _{1,2}	Высоко приверженные, n=93	p _{2,3}	Неприверженные, n=117
	1		2		3
Общий ХС, ммоль/л	5,3 (4,5; 5,9)	p<0,05	4,4 (3,2; 5,8)	p<0,05	5,4 (4,8; 6,1)
ХС ЛНП, ммоль/л	2,2 (1,8; 3,0)	p<0,05	1,9 (1,3; 2,9)	p<0,05	2,4 (1,9; 3,2)

Примечание: p_{1,2} — уровень значимости различий между 1 и 2 группами; p_{1,3} — уровень значимости различий между 2 и 3 группами. ЛНП — липопротеины низкой плотности, ХС — холестерин.

что высоко приверженные пациенты лечатся более эффективно.

Проанализировано достижение целевых значений ХС ЛНП у пациентов с высокой приверженностью в зависимости от ССР. Оказалось, что уровни ХС ЛНП в подгруппе очень высокого риска (n=41) составили 1,72 (1,3; 2,5) ммоль/л, а в подгруппе высокого риска (n=52) — 2,3 (1,7; 2,9) ммоль/л (p<0,05). Доля пациентов, достигших целевых значений ХС ЛНП среди высоко приверженных пациентов очень высокого риска, составила — 21% (9 человек из 41), а для высокого риска — 47% (24 человека из 52) (рисунок 3).

Обсуждение

Настоящее исследование продемонстрировало, что в целом доля пациентов, достигающих рекомендованных уровней ХС ЛНП без учета приверженности к терапии (в соответствии с рекомендациями 2017г) имеет тенденцию к увеличению, в сравнении с ранее опубликованными данными: для высокого риска это 32%, а для очень высокого риска — 11% [4, 7, 11, 12]. По данным исследования ЭССЭ-РФ (Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации) только 7% среди пациентов высоких категорий риска достигали должных

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ РАЗБИВАЕТ ТЫСЯЧИ ЖИЗНЕЙ

Эта болезнь может коснуться каждой семьи.

Каждую минуту в России погибает приблизительно один пациент с ХСН, и смертность от нее примерно в 10 раз выше, чем в общей популяции смертности от инфаркта миокарда^{1,2}.

Сегодня наиболее эффективный подход, позволяющий взять под контроль ХСН, состоит в сочетании медицинского лечения и активного участия самого пациента в изменении своего образа жизни³.

Помогите своим пациентам и их членам семьи узнать больше о заболевании. Это поможет снизить проявление симптомов сердечной недостаточности и замедлить прогрессирование заболевания.



МОЛОДЫСЕРДЦЕМ.РФ

Источники:

1. Клинические рекомендации ОССН – РКО – РНМОТ. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение. Кардиология. 2018;58(56). DOI: 10.18087 / cardio. 2475
2. Фомин И.В. Российский кардиологический журнал. 2016; 8 (136): 7–13
3. https://www.heartfailurematters.org/ru_RU/Что-можете-сделать-вы%3F/RU-What-can-you-do

Только для медицинских и фармацевтических работников. Для распространения в местах проведения медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий.

193811/LCZ696/All/0421/1



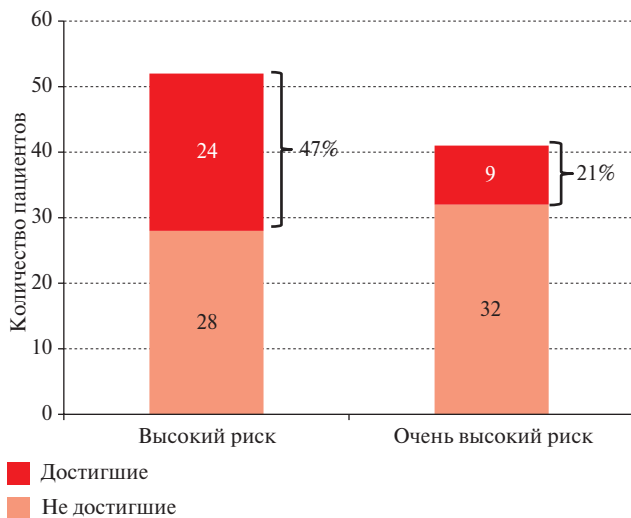


Рис. 3 Достижение целевых значений ХС ЛНП у пациентов с высокой приверженностью в зависимости от ССР (в соответствии с рекомендациями 2017г).

значений ХС ЛНП [13], в регистре ПРОФИЛЬ эти показатели составили 26% у пациентов высокого риска [14], а целевой уровень общего ХС среди подобных лиц в исследовании АЙСБЕРГ (ДиАгностирование пациентов с гиперхолестеринемией в условиях амбулаторной практики на раннем этапе с целью улучшения сердечно-сосудистого прогноза) составил ~6% [15]. В настоящем исследовании среди высоко приверженных пациентов (опросник Мориски-Грина) выявлен еще более высокий процент лиц, достигающих целевых значений ХС ЛНП (21% для очень высокого и 47% для высокого риска). Это еще раз доказывает важность комплайенса наших пациентов.

По частоте назначения у амбулаторных пациентов на первом месте встречался аторвастатин (в 54%), на втором — симвастатин (в 27% случаев) и на третьем — розувастатин (19%). Подобные закономерности были выявлены еще в 2012г в регистре РЕКВАЗА (Амбулаторно-поликлинический регистр кардиоваскулярных заболеваний в Рязанской области) [4]. Наиболее часто используемые дозовые режимы статинов на этапе поликлиники были следующими: независимо от ССР средняя доза аторвастатина не превышала 20 мг/сут., а симвастатина 15 мг/сут., розувастатин чаще назначался в умеренно высоких дозах. Используемые дозовые режимы аторвастатина в стационаре различались с поликлиническими и были достоверно выше (23,4 vs 19,5 мг/сут.; $p < 0,05$) только среди пациентов очень высокого риска. Эти данные демонстрируют сохраняющуюся врачебную инертность в отношении использования преимущественно низких дозовых режимов статинов без учета степени ССР и силы гиполипидемического воздействия.

Анализ приверженности пациентов к приему статинов выявил следующее: 32% респондентов поликлиники и стационара еще до проведения анкетирования сообщили, что не принимают статины. Для сравнения, в исследовании американских коллег ACTION (Understanding patient adherence and concerns with statins and medication discussions with physicians) сообщается, что 94% пациентов, кому были рекомендованы статины, их принимали [16]. Детальный анализ степени приверженности к терапии остальных 68% пациентов с помощью валидированного опросника Мориски-Грина продемонстрировал, что 53% пациентов были высоко привержены, 28% имели недостаточную приверженность, а 19% набрали по опроснику 1-2 балла, что свидетельствовало о низкой приверженности. Наиболее часто некомплаентные пациенты давали позитивный ответ на 1-й и 3-й вопросы анкеты (1 — забывали ли Вы когда-нибудь принимать препараты, снижающие уровень холестерина; 2 — пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо). Суммируя данные анкетирования, процент низко приверженных пациентов составил 64% (167 человек из 260), что согласуется с данными программы ЭФФОРТ (Эффективность и безопасность терапии Флувастатином Форте у пожилых пациентов) 2011г [17], в которой также был выявлена высокая доля пациентов с ИБС (~60%), не принимающих гиполипидемическую терапию. Это свидетельствует о том, что среди пациентов, которые сообщают врачу о приеме статинов, имеется немалая доля тех, кто принимает их нерегулярно. В связи с этим возникает вопрос о необходимости более активного изучения приверженности и внедрения анкетирования в амбулаторную практику.

Заключение

Настоящее исследование продемонстрировало, что доля пациентов, достигающих рекомендованных уровней ХС ЛНП (в соответствии с рекомендациями 2017г) имеет тенденцию к увеличению в сравнении с ранее опубликованными данными: для высокого риска она составила 32%, а для очень высокого риска — 11%. Высокая приверженность к липид-снижающей терапии закономерно сопровождалась увеличением доли пациентов, достигающих рекомендованных уровней ХС ЛНП. В сравнении с данными 2012г, сохраняются прежние тенденции: стереотипность назначений без учета ССР, использование низко-дозовой терапии статинами, частое назначение статинов с меньшим гиполипидемическим эффектом, несмотря на высокую безопасность. Выявлена более активная тактика врачей стационара в отношении использования более высоких доз статинов, что далее не поддерживается на уровне поликлиники. Анализ приверженности к терапии статинами продемонстрировал, что бо-

лее половины пациентов (64%), которым они показаны, либо их не принимают совсем, либо делают это нерегулярно. Необходимо среди врачей амбулаторного и стационарного звена медицинской помощи проводить работу в отношении современных подходов к режиму дозирования и выбора гиполипидемических препаратов, а также активнее

вести работу с пациентами по повышению их приверженности к терапии, в т.ч. с использованием опросников.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Diagnostics and correction of lipid metabolism disorders in order to prevent and treat of atherosclerosis Russian recommendations VII revision. The Journal of Atherosclerosis and Dyslipidemias. 2020;1(38):7-42. (In Russ.) Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации, VII пересмотр. Атеросклероз и дислипидемии. 2020;1(38):7-42. doi:10.34687/2219-8202.JAD.2020.01.0002.
2. Diagnostics and correction of lipid metabolism disorders in order to prevent and treat of atherosclerosis. Russian recommendations VI revision. The Journal of Atherosclerosis and Dyslipidemias. 2017;3:5-22. (In Russ.) Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр. Атеросклероз и дислипидемии. 2017;3:5-22. <https://www.dzhmao.ru/spez/RKO/nkr2018diagnostik.pdf>.
3. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet. 2004;364 (9438):937-52. doi:10.1016/S0140-6736(04)17018-9.
4. Ershova AI, Meshkov AN, Yakushin SS, et al. Diagnosis and treatment of patients with severe hypercholesterolemia in real outpatient practice (according to the RECVASA registry). Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2014;10(6):612-6. (In Russ.) Ершова А. И., Мешков А. Н., Якушин С. С. и др. Диагностика и лечение больных с выраженной гиперхолестеринемией в реальной амбулаторно-поликлинической практике (по данным регистра РЕКВАЗА). Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2014;10(6):612-6. doi:10.20996/1819-6446-2014-10-6-612-616.
5. Meshkov AN, Ershova AI, Deev AD, et al. Distribution of lipid profile values in economically active men and women in Russian Federation: results of the ESSE-RF study for the years 2012-2014. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2017;16(4):62-7. (In Russ.) Мешков А. Н., Ершова А. И., Деев А. Д. и др. Распределение показателей липидного спектра у мужчин и женщин трудоспособного возраста в Российской Федерации: результаты исследования ЭССЕ-РФ за 2012-2014 гг. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2017;16(4):62-7. doi:10.15829/1728-8800-2017-4-62-67.
6. The Russian Federal Service of States Statistics (Rosstat). (In Russ.) Сайт Федеральной службы государственной статистики (Росстат). (Дата обращения 21.05.2021 г.) <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>.
7. Tomilova DI, Karpov YuA, Lopuhova VV. Long-Term Statin Adherence in Patients with Stable Angina after Coronary Stenting. Kardiologiya. 2018;58(5):65-71. (In Russ.) Томилова Д. И., Карпов Ю. А., Лопухова В. В. Долгосрочная приверженность терапии статинами после планового коронарного стентирования при стабильной стенокардии. Кардиология. 2018;58(5):65-71. doi:10.18087/cardio.2018.5.10123.
8. Ahmedzhanov NM, Nebieridze DV, Safaryan AS. Correction of Hypercholesterolemia in Primary and Secondary Prevention of Cardiovascular Diseases: Features and Controversial Issues. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2018;14(6):917-21. (In Russ.) Ахмеджанов Н. М., Небиеридзе Д. В., Сафарян А. С. Коррекция гиперхолестеринемии в первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний: особенности и спорные вопросы. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2018;14(6):917-21. doi:10.20996/1819-6446-2018-14-6-917-921.
9. Ahmedzhanov NM, Nebieridze DV, Safaryan AS, et al. Analysis of hypercholesterolemia prevalence in the outpatient practice (according to the ARGO study): Part I. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2015;11(3):253-60. (In Russ.) Ахмеджанов Н. М., Небиеридзе Д. В., Сафарян А. С. и др. Анализ распространенности гиперхолестеринемии в условиях амбулаторной практики (по данным исследования АРГО): часть 1. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2015;11(3):253-60. doi:10.20996/1819-6446-2015-11-3-253-260.
10. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24(1):67-74. doi:10.1097/00005650-198601000-00007.
11. Podzolkov VI, Bragina AE, Vasil'eva LV, et al. Adherence to statin therapy in patients with high and very high cardiovascular risk in real clinical practice. Sechenov Medical Journal. 2020;11(1):38-48. (In Russ.) Подзолков В. И., Брагина А. Е., Васильева Л. В. и др. Приверженность к терапии статинами у пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском в условиях реальной клинической практики. Сеченовский вестник. 2020;11(1):38-48. doi:10.47093/2218-7332.2020.11.38-48.
12. Sergienko IV, Ansheles AA, Drapkina OM, et al. ANICHKOV study: the effect of combined hypotensive and lipid-lowering therapy on cardiovascular complications in patients of high and very high risk. Therapeutic Archive. 2019;91(4):90-8. (In Russ.) Сергиенко И. В., Аншелес А. А., Драпкина О. М. и др. Исследование АНИЧКОВ: влияние комбинированной и гиполипидемической терапии на сердечно-сосудистые осложнения у пациентов высокого и очень высокого риска. Терапевтический архив. 2019;91(4):90-8. doi:10.26442/00403660.2019.04.000104.
13. Shal'nova SA, Deev AD, Metel'skaya VA, et al. Awareness and treatment specifics of statin therapy in persons with various cardiovascular risk: the study ESSE-RF. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2016;15(4):29-37. (In Russ.) Шальнова С. А., Деев А. Д., Метельская В. А. и др. Информированность и особенности терапии статинами у лиц с различным сердечно-сосудистым риском: исследование ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2016;15(4):29-37. doi:10.15829/1728-8800-2016-4-29-37.
14. Martsevich SYu, Gajsenok OV, Tripkosh SG, et al. Real practice of statins use and its dependence on follow-

- up in the specialized medical centre in patients with high cardiovascular risk (according to the PROFILE register). Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2013;9(4):362-7. (In Russ.) Марцевич С. Ю., Гайсенок О. В., Трипкош С. Г. и др. Реальная практика назначения статинов и ее зависимость от наблюдения в специализированном медицинском центре у больных с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (по данным регистра ПРОФИЛЬ). Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2013;9(4):362-7. doi:10.20996/1819-6446-2013-9-4-362-367.
15. Ezhov MV, Bliznyuk SA, Alekseeva IA, et al. Prevalence of hypercholesterolemia and statins intake in the outpatient practice in the Russian Federation (ICEBERG study). The Journal of Atherosclerosis and Dyslipidemias. 2017;4:5-17. (In Russ.) Ежов М. В., Близняк С. А., Алексеева И. А. и др. Распространенность гиперхолестеринемии и применения статинов в амбулаторной практике в Российской Федерации. Исследование АЙСБЕРГ — диагностирование пациентов с гиперхолестеринемией в условиях амбулаторной практики на раннем этапе с целью улучшения сердечно-сосудистого прогноза. Атеросклероз и дислипидемии. 2017;4:5-17.
16. Brinton EA. Understanding Patient Adherence and Concerns with STatins and MedicatIOn Discussions with Physicians (ACTION): A Survey on the Patient Perspective of Dialogue with Healthcare Providers Regarding Statin Therapy. Clin Cardiol. 2018;41(6):710-20. doi:10.1002/clc.22975.
17. Bubnova MG, Aronov DM, Deev AD. Statins in routine clinical care in elderly with hyperlipidemia and coronary heart disease. Russian program EFFORT. The Journal of Atherosclerosis and Dyslipidemias. 2018;1:5-16. (In Russ.) Бубнова М. Г., Аронов Д. М., Деев А. Д. Терапия статинами в реальной клинической практике у пожилых пациентов с гиперлипидемией и коронарной болезнью сердца. Российская программа ЭФФОРТ. Атеросклероз и дислипидемии. 2018;1:5-16.