

Достижение целей в ведении пациентов с дислипидемиями в первичном звене здравоохранения: проблемы и решения

DOI: 10.34687/2219-8202.JAD.2024.03.0005

© Л.Ф. Бадамшина^{1,2}, В.В. Кашталап^{3,4}, А.С. Воробьев^{1,2}, О.В. Кудрявцева¹, И.А. Урванцева^{1,2}

- ¹ БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», г. Сургут
- ² БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», г. Сургут
- ³ ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», г. Кемерово
- ⁴ ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Кемерово

Для цитирования: Бадамшина Лилия Фанилевна – ORCID 0009-0007-4838-8592; Кашталап Василий Васильевич – ORCID 0000-0003-3729-616X; Воробьев Антон Сергеевич – ORCID 0000-0001-7014-2096; Кудрявцева Ольга Валерьевна – ORCID 0009-0005-5332-1910; Урванцева Ирина Александровна – ORCID 0000-0002-5545-9826. Достижение целей в ведении пациентов с дислипидемиями в первичном звене здравоохранения: проблемы и решения. *Атеросклероз и дислипидемии*. 2024;3(55):52–64. DOI: 10.34687/2219-8202.JAD.2024.03.0005.

Абстракт

Цель исследования. Проанализировать осведомленность врачей первичного звена здравоохранения города Сургута в отношении принятых в действующих клинических рекомендациях «Нарушения липидного обмена» подходов к стратификации сердечно-сосудистого риска, целевых уровней холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛНП), современных аспектов липидснижающей терапии.

Материалы и методы. В феврале-марте 2024 года было проведено анонимное анкетирование 93 врачей-терапевтов городских поликлиник г. Сургута. Анкета на основе положений клинических рекомендаций «Нарушения липидного обмена», разработанная сотрудниками кафедры кардиологии Сургутского государственного университета (СурГУ), состояла из трех блоков и содержала 15 вопросов с несколькими возможными вариантами ответов, касающихся проблемы дислипидемии (анкета-опросник приведена в приложении к статье). Протокол исследования и анкета для опроса врачей утверждены Локальным этическим комитетом СурГУ. Все врачи были проинформированы о цели исследования и дали информированное добровольное согласие на участие в нем.

Результаты. 85% опрошенных врачей верно определили очень высокий ССР. 92% опрошенных терапевтов наблюдают в своей клинической практике пациентов очень высокого и высокого ССР. Наиболее назначаемыми статинами были аторвастатин и розувастатин. 40% врачей предпочитают аторвастатин из-за его доступности и льготных условий, 34% врачей чаще назначают розувастатин в связи с его высокой эффективностью. Более 48% врачей наиболее часто назначают розувастатин в дозе 10-20 мг, в то время как 69% терапевтов отдают предпочтение аторвастатину в дозе 20 мг и 30% – в дозе 40 мг. Розувастатин

в дозе 40 мг применяют только 3% врачей первичного звена, а аторвастатин в дозе 80 мг применяется только 1 специалистом. Причинами, ограничивающими использование статинов в максимальных дозах, были: 1) 60% опрошенных врачей – из-за возможности развития побочных эффектов и серьезных осложнений, а также из-за опасений по поводу риска прогрессирования заболеваний печени; 2) 20% опрошенных врачей – ввиду опасности развития рабдомиолиза. Среди опрошенных 51% и 21% врачей знают об эффективности и безопасности алирокумаба и эволокумаба соответственно. После достижения целевых значений ХС ЛНП у пациента с высоким и очень высоким ССР, получающего максимальную дозу статина, 46% респондентов ответили: «сохранить лечение в такой же дозировке», 52% респондентов считают возможным снизить дозу статина. При обнаружении выраженной гиперхолестеринемии 53% респондентов склоняются к назначению лечения, при недостижении целевых показателей ЛНП направляют пациента к врачу-липидологу. Всего 17% опрошенных предложили сразу направить пациента к врачу-липидологу. После необоснованной отмены 78% опрошенных врачей часто возобновляют терапию статинами.

Заключение. Опрос практикующих врачей-терапевтов амбулаторных медицинских организаций г. Сургута показал, что специалисты в большинстве случаев имеют достаточно знаний о стратификации ССР, однако в реальной практике сохраняется низкая частота применения статинов в высокоинтенсивных режимах, использования комбинированной липидснижающей терапии, недостаточны знания специалистов первичного звена о возможностях эффективной маршрутизации пациентов с тяжелыми дислипидемиями.

Ключевые слова: очень высокий сердечно-сосудистый риск, опрос, врачи первичного звена, холестерин липопротеидов низкой плотности, розувастатин, аторвастатин.

Achieving goals in managing dyslipidemia patients in primary care: challenges and solutions

© L.F. Badamshina^{1,2}, V.V. Kashtalap^{3,4}, A.S. Vorobyev^{1,2}, O.V. Kudryavtseva¹, I.A. Urvantseva^{1,2}

¹ District Cardiology Dispensary "Center for Diagnostics and Cardiovascular Surgery", Surgut

² Surgut State University, Surgut

³ Scientific Research Institute of Complex Problems of Cardiovascular Diseases, Kemerovo

⁴ Kemerovo State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Kemerovo

For citation: Badamshina Liliya Fanilevna – ORCID 0009-0007-4838-8592; Kashtalap Vasily Vasilievich – ORCID 0000-0003-3729-616X; Vorobyov Anton Sergeevich – ORCID 0000-0001-7014-2096; Kudryavtseva Olga Valerievna – ORCID 0009-0005-5332-1910; Urvantseva Irina Aleksandrovna – ORCID 0000-0002-5545-9826. Achieving goals in managing dyslipidemia patients in primary care: challenges and solutions. Atherosclerosis and dyslipidemias. 2024;3(56):52–64. DOI: 10.34687/2219-8202.JAD.2024.03.0005.

Abstract

Purpose of the study. To analyze the awareness of primary care physicians in the city of Surgut regarding approaches to cardiovascular risk stratification adopted in the current clinical guidelines “Lipid Metabolism Disorders”, target levels of low-density lipoprotein (LDL) cholesterol, and modern aspects of lipid-lowering therapy.

Materials and methods. In February-March 2024, an anonymous survey of 93 general practitioners from city clinics in Surgut was conducted. The questionnaire based on the provisions of the clinical recommendations “Lipid metabolism disorders”, developed by employees of the Department of Cardiology of Surgut State University (SurSU), consisted of three blocks and contained 15 questions with several possible answers regarding the problem of dyslipidemia (the questionnaire is given

in the appendix to the article). The protocol of the study and the questionnaire for interviewing doctors were approved by the Local Ethics Committee of Surgut State University. All doctors were informed about the purpose of the study and gave informed voluntary consent to participate in it.

Results. 85% of the surveyed doctors correctly identified a very high SVR. 92% of surveyed therapists observe patients with very high and high cardiovascular risk in their clinical practice. The most prescribed statins were atorvastatin and rosuvastatin. 40% of doctors prefer atorvastatin because of its availability and preferential terms, 34% of doctors more often prescribe rosuvastatin due to its high effectiveness. More than 48% of doctors most often prescribe rosuvastatin at a dose of 10-20 mg, while 69% of physicians prefer atorvastatin at a dose of 20 mg and 30% at a dose of 40 mg. Rosuvastatin at a dose of 40 mg is used by only 3% of primary care physicians, and atorvastatin at a dose of 80 mg is used by only 1 specialist. Reasons limiting the use of statins in maximum doses: 1) 60% of surveyed doctors due to the possibility of side effects and serious complications, as well as concerns about the risk of progression of liver disease. 2) 20% of surveyed doctors refuse due to the risk of developing rhabdomyolysis. Among the respondents, 51% and 21% of doctors are aware of the effectiveness and safety of alirocumab and evolocumab, respectively. After achieving the target values of LDL cholesterol in a patient with high and very high cardiovascular risk receiving the maximum dose of a statin, 46% of respondents responded to maintain treatment at the same dosage, 52% of respondents considered it possible to reduce the dose of statin. If severe hypercholesterolemia is detected, 53% of respondents are inclined to prescribe treatment; if the target LDL levels are not achieved, they refer the patient to a lipidologist. Only 17% of respondents suggested immediately referring the patient to a lipidologist. After unjustified withdrawal, 78% of surveyed doctors often resume statin therapy.

Conclusion: a survey of practicing physicians in outpatient medical organizations in Surgut showed that specialists in most cases have sufficient knowledge about the stratification of CV risk, however, in real practice there remains a low frequency of use of statins in high-intensity regimens, the use of combination lipid-lowering therapy, and insufficient knowledge of primary care specialists on the possibilities of effective routing of patients with severe dyslipidemia.

Keywords: very high cardiovascular risk, survey, primary care physicians, low-density lipoprotein cholesterol, rosuvastatin, atorvastatin.

Received/Поступила: 12.04.2024

Review received/Рецензия получена: 06.05.2024

Accepted/Принята в печать: 01.07.2024

Введение

Пациенты с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском (ССР) являются наиболее частой категорией больных, наблюдающихся у врачей первичного звена здравоохранения. На формирование ССР значимое влияние оказывает нескорректированная дислипидемия, которая характеризуется высокой распространенностью в развитых странах мира, несмотря на проводимые профилактические мероприятия [1]. Согласно результатам эпидемиологических исследований, среди взрослых лиц выявляемость дислипидемии составляет до 60%, а среди пациентов

с установленным диагнозом сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) — достигает 95% [2]. Ведение пациентов с установленной дислипидемией должно соответствовать требованиям клинических рекомендаций в отношении эффективной липидснижающей терапии, соблюдение которых позволит снизить ССР, увеличить продолжительность и улучшить качество жизни пациентов с ССЗ [3-5]. Однако в реальной клинической практике эффективность липидснижающей терапии у пациентов с высоким риском и очень высоким ССР является недостаточной (от 11% до 52%) [6], что связано с низкой приверженностью и пациентов к лечению, и врачей к назначению эффективных схем лечения,

а также с социально-экономическими факторами, ограничивающими возможность назначения дорогостоящей инновационной липидснижающей терапии. Несмотря на десятилетия клинического использования и стремительного расширения арсенала гиполипидемических препаратов (эзетимиб, PCSK9-таргетная терапия), в нашей стране по-прежнему статины часто назначаются в малых дозах без дальнейшей титрации и на ограниченный по времени срок. Исследования, посвященные проблеме изучения осведомленности врачей первичной амбулаторной практики о подходах к современному ведению пациентов с дислипидемией, представляет определенный интерес.

Цель исследования

Проанализировать осведомленность врачей первичного звена здравоохранения города Сургута в отношении принятых в действующих клинических рекомендациях «Нарушения липидного обмена» подходов к стратификации сердечно-сосудистого риска, целевых уровней холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛНП), современных аспектов липидснижающей терапии.

Материалы и методы исследования

В феврале-марте 2024 года было проведено анонимное анкетирование 93 врачей-терапевтов городских поликлиник г. Сургута. Анкета на основе положений клинических рекомендаций «Нарушения липидного обмена», разработанная сотрудниками кафедры кардиологии Сургутского государственного университета (СурГУ), состояла из трех блоков и содержала 15 вопросов с несколькими возможными вариантами ответов, касающихся проблемы дислипидемии (анкета-опросник приведена в приложении к статье). Протокол исследования и анкета для опроса врачей утверждены Локальным этическим комитетом СурГУ. Все врачи были проинформированы о цели исследования и дали информированное добровольное согласие на участие в нем.

Результаты

По результатам распределения участников опроса по стажу работы, было выявлено следующее: 41% (n=38) опрошенных врачей имеют стаж от 3 до 10 лет, 28% (n=26) имеют стаж менее 3 лет, 20% (n=19) врачей работали от 10 до 20 лет и 11% (n=10) имеют стаж более 20 лет (табл. 1). Эти данные указывают на менее достаточную квалификацию и ограниченный опыт респондентов, что непосредственно сказывается на информированности.

В вопросе о стратификации ССР большинство 85% (n=79) опрошенных врачей верно определили очень высокий ССР (табл. 2). Однако при рассмотрении высокого ССР только треть опрошенных врачей верно определили целевые значения ЛНП, 61% (n=56) терапевтов определили риск как очень высокий. При этом 92% (n=85) опрошенных терапевтов наблюдают в своей клинической практике пациентов очень высокого и высокого ССР.

Аторвастатин и розувастатин являются наиболее назначаемыми статинами среди врачей первичного звена (рис. 1). В ходе опроса выяснилось, что 40% врачей предпочитают аторвастатин из-за его доступности и условий его предоставления пациентам по льготному лекарственному обеспечению. Однако 34% врачей чаще назначают розувастатин в связи с его высокой эффективностью. Примечательно, что 10% терапевтов назначают симвастатин, который имеет более низкую эффективность, чем другие статины, особенно у пациентов с высоким уровнем ССР. Вероятно, такое назначение связано с льготными условиями предоставления симвастатина.

Выявлено, что большинство врачей-терапевтов, зачастую ограничиваются назначением статинов в низких и умеренных дозах (рис. 2). Согласно проведенному опросу, более 48% врачей наиболее часто назначают розувастатин в дозе 10-20 мг, в то время как 69% терапевтов отдают предпочтение аторвастатину в дозе 20 мг и 30% – в дозе 40 мг.

Таблица 1. Стаж работы

Стаж работы	менее 3 лет	от 3 до 10 лет	от 10 до 20 лет	более 20 лет
Число врачей, % (n)	28 (n=26)	41 (n=38)	20 (n=19)	11 (n=10)

Таблица 2. Стратификация сердечно-сосудистого риска

Критерии	Очень высокий ССР	Высокий ССР	Умеренный ССР
Критерии очень высокого ССР %, n, врачей	85% (79)	13% (13)	1% (1)
Критерии высокого ССР %, n, врачей	61% (56)	34% (31)	5% (5)

Необходимо отметить, что практически нет назначений розувастатина в дозе 40 мг – этот режим применяют только 3% врачей первичного звена, а аторвастатин в дозе 80 мг применяется только 1 специалистом.

Указанные тенденции сформировались, вероятно, из-за опасений в отношении риска побочных эффектов высоких доз статинов. Так, наиболее распространенными причинами, ограничивающими использование статинов в максимальных дозах

Рисунок 1. Распределение ответов на вопрос «Какие гиполипидемические препараты Вы часто назначаете в своей клинической практике?» (возможны несколько вариантов ответа)

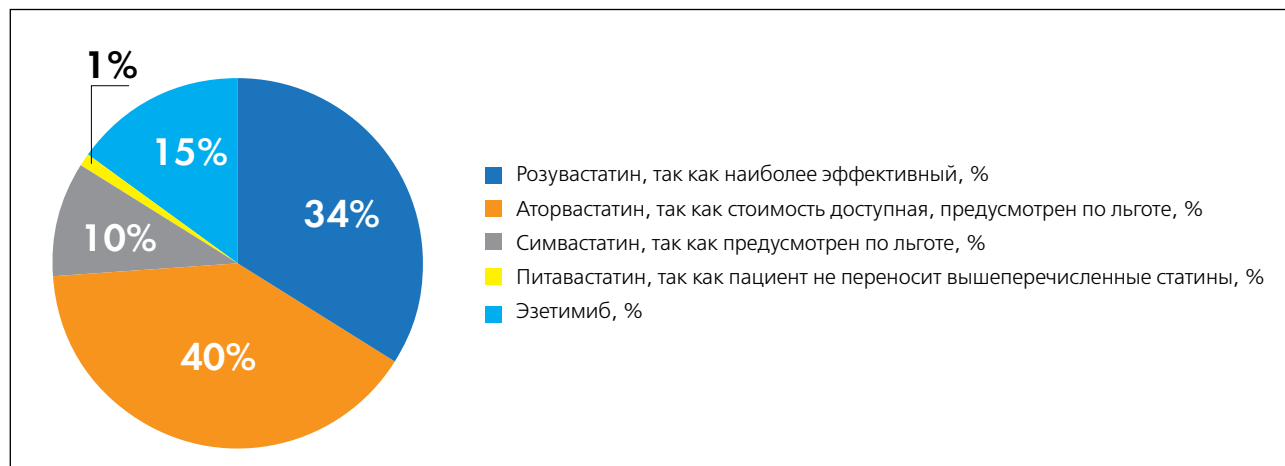
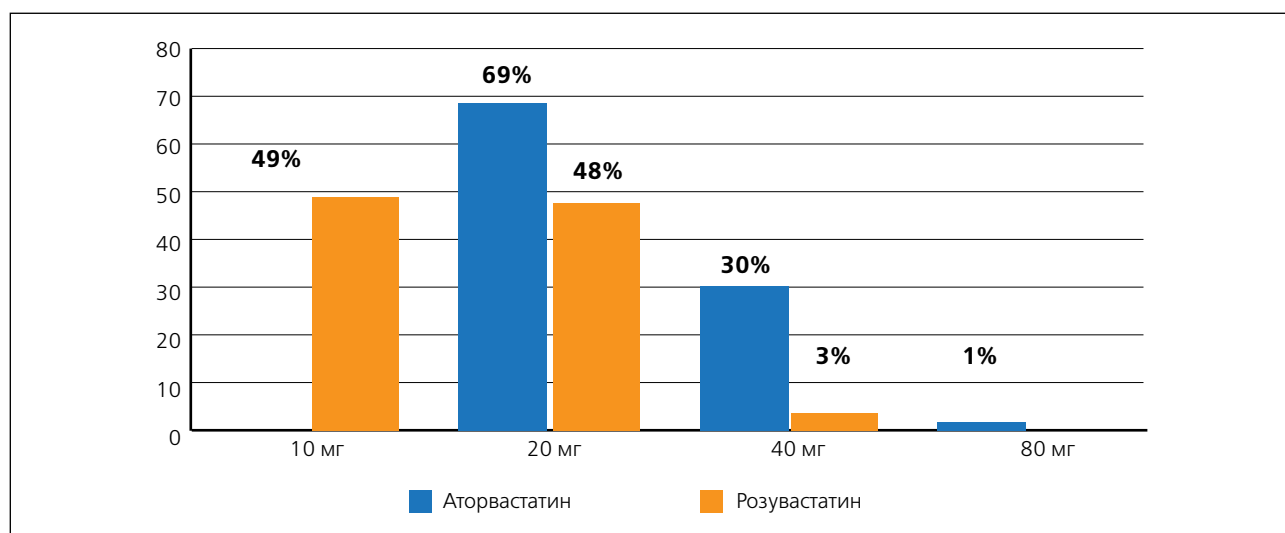


Таблица 3. Ответы респондентов распределились следующим образом

Текст ответа:	Р.К.О	% от Р.К.О
Розувастатин, так как наиболее эффективный	62	34
Аторвастатин, так как стоимость доступная, предусмотрен по льготе	72	40
Симвастатин, так как предусмотрен по льготе	18	10
Питавастатин, так как пациент не переносит вышеперечисленные статины	1	1
Эзетимиб	27	15
Итого	180	100%

Примечания: Р.К.О. – реальное количество ответов; % от Р.К.О. – процент от реального количества ответов.

Рисунок 2. Распределение ответов на вопрос «Какие Вы назначаете дозы статинов наиболее часто?» (выбрать статин с указанием дозы)



(рис. 3), выявленными в результате опроса, являются, по ответам врачей, опасения возможности развития побочных эффектов и серьезных осложнений, а также опасения по поводу риска прогрессирования заболеваний печени при приеме данных препаратов в высоких дозах. Это мнение поддержали около 60% респондентов-врачей, отвечавших на анкету. Вторым по значимости аргументом против использования статинов в максимальных дозах является опасность развития рабдомиолиза. Это мнение было высказано 20% опрошенных врачей. На третьем месте стоит доступность препаратов, включающая стоимость лекарств и социальный статус пациента. Это мнение было поддержано 10% респондентов и 8% врачей, которые отмечают список препаратов, предоставляемых по льготной цене.

Опрос также выявил, что большинство врачей-терапевтов первичного звена хорошо осведомлены об инновационном классе липидснижающих лекарственных препаратов – ингибиторах PCSK9.

Среди опрошенных 51% врачей знают об эффективности и безопасности алирокумабома, 21% врачей знакомы с эволокумабом, однако 15% врачей испытывают затруднения с ответом на данный вопрос, 13% врачей информированы о возможностях инклизирана.

Таким образом, результаты опроса указывают на то, что участковые врачи-терапевты зачастую ограничиваются применением статинов в малых и средних дозах. Стоит отметить, что у медицинских работников первичного звена имеется достаточная осведомленность по вопросу ингибиторов PCSK9, особенно в отношении алирокумаба и эволокумаба.

Анализ ответов врачей по тактике ведения при развитии побочных эффектов на фоне максимальных доз статинов показал (рис. 4), что при повышении уровня печеночных маркеров цитолиза у пациентов высоким и очень высоким ССР 40% врачей рекомендуют применять гепатопротектор, более 20% врачей снижают дозу

Рисунок 3. «На Ваш взгляд, что может ограничивать назначения гиполипидемической терапии в максимальных дозах (розувастатин 40 мг, аторвастатин 80 мг), пациентам с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском?» (возможны несколько вариантов ответа)

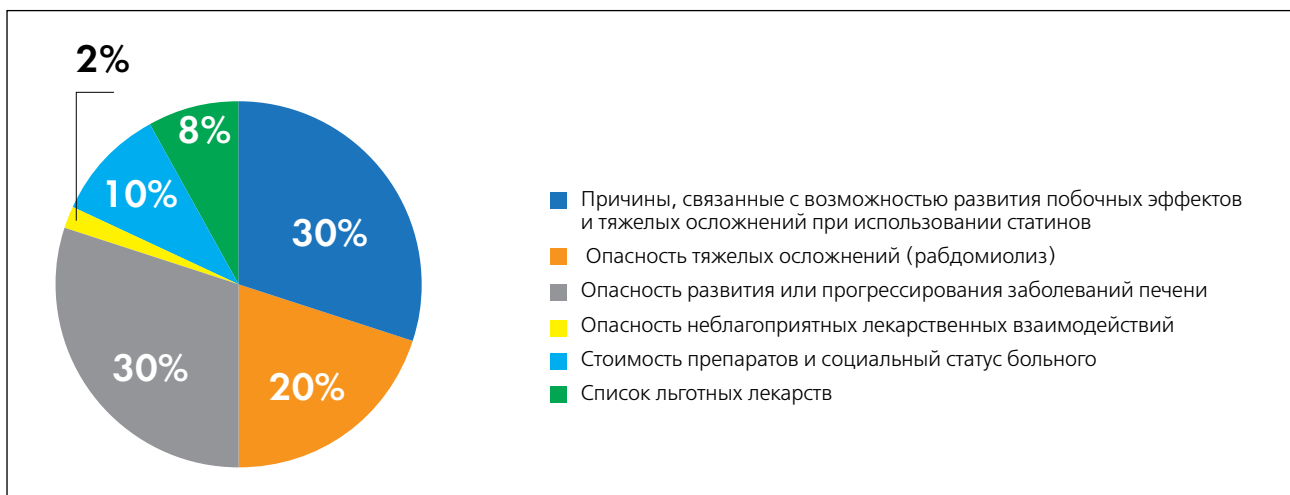


Рисунок 4. Распределение ответов на вопрос «На Ваш взгляд, тактика врача при повышении АСТ, АЛТ менее 3 верхних границ нормы у пациента с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском, получающего максимальную дозировку статина» (возможны несколько вариантов ответа)

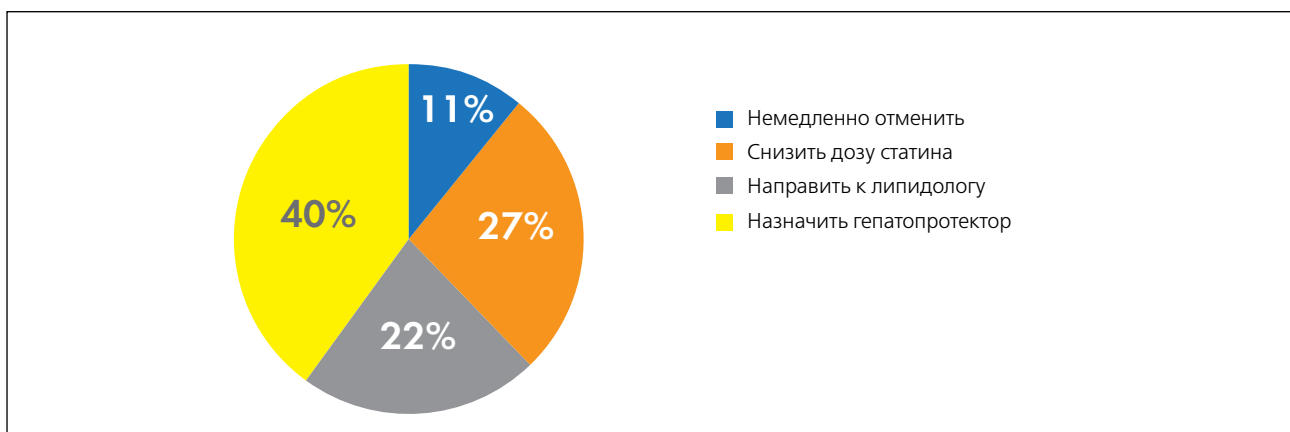


Рисунок 5. Тактика врача при возникновении миалгии

препарата и направляют пациентов к врачу-липидологу. К сожалению, 11% опрошенных врачей выбрали опцию немедленно отменить статин.

На вопрос «На Ваш взгляд, тактика врача при возникновении миалгии у пациента с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском, получающего максимальную дозировку статина (розувастатин 40 мг, аторвастатин 80 мг) в сочетании с эзетимибом, при значении креатинкиназы менее 4 верхних границ нормы» были получены неоднозначные ответы (рис. 5). Большинство, а именно 34% опрошенных врачей указали, что необходимо сохранить лечение, контроль показателя в динамике, что соответствует актуальным клиническим рекомендациям. 25% респондентов предложили снизить дозу препарата, в то время как 20% опрошенных врачей решили направить пациентов к врачу-липидологу в липидный кабинет на базе окружного кардиологического диспансера, сохраняя при этом текущее лечение. К сожалению, 21% врачей выбрали отменить лечение липидснижающими препаратами до выяснения этиологии миалгии.

По мнению 46% (n=43) респондентов, после достижения целевых значений ХС ЛНП у пациента с высоким и очень высоким ССР, который получает максимальную дозу статина (розувастатин 40 мг, аторвастатин 80 мг), необходимо сохранить лечение в такой же дозировке. В свою очередь, 52% (n=48) респондентов считают возможным снизить дозу статина, так как целевые значения ЛНП были достигнуты.

Вопрос о тактике врача при обнаружении выраженной гиперхолестеринемии (ЛНП более 4,9 ммоль/л, общий холестерин более 8 ммоль/л и триглицериды выше 5 ммоль/л) после исключения вторичной дислипидемии вызывает различные толкования у врачей. Опрос показал, что 53% (n=49) респондентов склоняются к назначению лечения и оценке липидограммы через 3 месяца, при недостижении целевых показателей ЛНП направляют пациента к врачу-липидологу. Ответ «назначить гиполипидемическую терапию и направить к липидологу» был выбран 30%

(n=28) респондентов. Всего 17% (n=16) опрошенных предложили сразу направить пациента к врачу-липидологу.

На вопрос «На Ваш взгляд, тактика врача при недостижении целевых значений ЛНП у пациента с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском?» большинство (60%) опрошенных врачей ответили направить пациента к врачу-липидологу. 34% респондентов отметили необходимость увеличить дозу статина до максимальной и инициировать назначение эзетимиба. 7% врачей посчитали необходимым оставить лечение в прежнем объеме, так как пациент получает большое количество лекарственных препаратов.

В ходе анкетирования был представлен вопрос: «Как часто в Вашей клинической практике возобновляется гиполипидемическая терапия пациентам, имеющим высокий и очень высокий сердечно-сосудистый риск, после необоснованного отказа от статинов?» В результате опроса 78% (n=73) врачей сообщили, что такое возобновление происходит часто, в то время как 8% (n=7) отметили его редкость. Лишь 14% (n=13) врачей указали, что последующая терапия возобновляется только у примерно половины пациентов.

По мнению 47% опрошенных врачей, предпочтительной стратегией убеждения пациентов в необходимости пожизненного приема липидснижающей терапии является информирование пациентов о благоприятном прогнозе и хорошей переносимости статинов. В то же время 39% врачей-терапевтов ответили, что необходимо акцентировать внимание пациентов, что именно ССЗ являются главной причиной смертности, а коррекция дислипидемии – наиболее важной составляющей для увеличения продолжительности жизни. Кроме того, 13% врачей считают важным акцентировать внимание пациентов на необходимости достижения целевых значений ЛНП.

Обсуждение

Анализ результатов опроса участковых врачей-терапевтов первичного звена здравоохранения

г. Сургута выявил определенные проблемы в понимании специалистами цели и задач ведения пациентов с дислипидемиями с высоким и очень высоким ССР. Ключевым аспектом эффективного ведения таких пациентов является ясное понимание необходимости достижения корректных целей липидснижающей терапии, а также долговременное удержание целевых значений ЛНП в достигнутых пределах. Это подразумевает реализацию максимально агрессивного подхода к первичной и вторичной профилактике у пациентов с дислипидемиями. При этом 92% опрошенных врачей-терапевтов встречают в своей клинической практике в основном пациентов очень высокого и высокого ССР и 85% респондентов корректно определили целевые значения ЛНП в зависимости от ССР. Однако после достижения этих целевых уровней 50% опрошенных врачей предпочитают снижать интенсивность статинотерапии, назначенной в стационаре, а не пролонгируют агрессивный подход, и это является значимой и пока нерешенной проблемой первичного звена здравоохранения.

Низкая частота применения высокоинтенсивных режимов статинотерапии на амбулаторном этапе лечения ограничивает возможности липидснижающей терапии в профилактике ССР. По результатам проведенного анкетирования, одной из причин такой ситуации является боязнь врачей назначать высокие дозы статинов из-за возможных побочных эффектов. Кроме того, ограничения льготного лекарственного обеспечения в отношении розувастатина и эзетимиба, а также ингибиторов PCSK9 могут ассоциироваться с недостаточным использованием ресурса липидснижающей терапии по улучшению прогноза пациентов с высоким и очень высоким ССР. Аналогичные результаты были получены в других исследованиях. Так, в отечественном регистровом исследовании АРГО (n=18 273 пациента, 2013–2014 гг.) почти половине пациентов с дислипидемией статины не были назначены совсем, а у тех, кому они были назначены, цели лечения не были достигнуты из-за неэффективной дозы статинов. Например, розувастатин в дозе 40 мг получали лишь 0,7% пациентов регистра [7]. По результатам проведенного опроса, терапевты чаще используют низкие и умеренные дозы статинов. Сходная частота назначения режимов статинотерапии выявлена по данным регистра АТЕРОСТОП (2017–2022 гг.) [8], где наиболее назначаемыми препаратами были розувастатин 10 мг, аторвастатин 20 мг, питавастатин 4 мг, симвастатин 40 мг, а также реже применялась схема розувастатин 20 мг/аторвастатин 40 мг (3,8%) и розувастатин 40 мг/аторвастатин 80 мг (2,6%). Всего от 2 до 4% пациентов с высоким, очень высоким ССР достигли целевых уровней ЛНП. Согласно исследованию DA VINCI высокоинтенсивная монотерапия статинами применялась у 20% и 38% пациентов с очень высоким риском первичной и вторичной профилактики соответственно [9]. По данным другого

исследования с включением более 500 000 участников с сахарным диабетом (61%) и атеросклеротическими заболеваниями (49%) было выявлено, что лишь 15,0% пациентов была назначена терапия высокоинтенсивными статинами, и 22,5% пациентов из тех, кто исходно получал высокоинтенсивную терапию статинами на амбулаторном этапе, переводились в дальнейшем на режим умеренной или низкоинтенсивной терапии в течение 15 месяцев [10]. Так, в Иордании по результатам исследования только 49% пациентов получали аторвастатин 40 мг для вторичной профилактики [11]. В США (2018-2019 гг.) проводилось исследование с целью оценки частоты назначения статинов в высокой дозе пациентам с атеросклеротическими заболеваниями (600 000 пациентов). Установлено, что только половина больных получала статины и менее четверти из них – высокие дозы [12].

Известно, что наиболее эффективное лечение пациентов с тяжелыми нарушениями липидного обмена, в том числе и с семейной гиперхолестеринемией, проводится в специализированных структурах на базе кардиологических диспансеров или региональных медицинских организаций – в липидных кабинетах и центрах. Основная цель такого направления – подтверждение диагноза, определение наиболее эффективной тактики лечения, а также проведение каскадного скрининга и диспансерного динамического наблюдения за такими пациентами [13]. Однако только половина опрошенных врачей-терапевтов считает необходимым направить пациентов с некорректированной обычными подходами к лечению дислипидемией к врачу-липидологу при наличии такой возможности. Расширение возможностей липидных кабинетов и центров по каскадному скринингу и по отбору пациентов на адресную помощь в назначении липидснижающей терапии может изменить ситуацию по низкой выявляемости семейных форм дислипидемии [14], так как, по данным ряда авторов, именно эта тяжелая группа пациентов остается недоисследованной и недополеченной [15].

Следует отметить, что по данным настоящего опроса врачи первичного звена не склонны самостоятельно инициировать назначение сложных схем липидснижающей терапии, предпочитая направлять пациентов в липидный кабинет кардиологического диспансера (и то только 60% из них). Повышение информированности врачей первичного звена о безопасности фармакотерапии статинами, о возможностях комбинированной липидснижающей терапии позволит повысить уверенность врачей первичного звена в отношении достижения и стойкого удержания целевых значений ЛНП.

Еще одной возможностью для улучшения сложившихся в первичном звене здравоохранения подходов к ведению пациентов с дислипидемиями является ясная индикация целей, продолжительности лечения дислипидемии и четкой

маршрутизации пациента после индексного эпизода острого коронарного синдрома и/или перенесенного чрескожного коронарного вмешательства. В выписном эпикризе у всех таких больных должны содержаться следующие обязательные пункты для исполнения на амбулаторном этапе: необходимость явки в поликлинику в течение 3 дней после выписки из стационара (в соответствии с приказом Минздрава РФ №68н), индикация группы ССР (очень высокого), необходимая для достижения цели лечения – целевое значение ЛНП (менее 1,4 ммоль/л), указание на назначение и неопределенно долгую пролонгацию применения статинов в высоких дозах ± эзетимиб + PCSK9-таргетная терапия (например, алирокумаб), указание на необходимую периодичность контроля достижения целевого показателя ЛНП, четкая маршрутизация пациента (липидный кабинет) при исходно высоких значениях ЛНП >5,0 ммоль/л [5]. Такой подход по четкой маршрутизации пациентов с дислипидемией после выписки из стационара по поводу лечения индексного эпизода острого коронарного синдрома прекрасно зарекомендовал себя в проекте ACS EuroPath IV [6].

По результатам анализа сложившейся в Европе реальной клинической практики экспертами были сформулированы 10 предложений по изменениям в стационаре и в течение 12 месяцев после выписки с целью улучшения контроля уровня липидов:

- систематическое применение высокоинтенсивных статинов,
- обязательное назначение статинов в высокоинтенсивном режиме при поступлении в стационар по поводу острого коронарного синдрома,
- назначение комбинации статинов с эзетимибом перед выпиской из стационара,
- назначение при необходимости комбинации статинов и/или эзетимиба с ингибиторами PCSK9/бемпедоевой кислотой (в России не зарегистрирована) перед выпиской из стационара (фактически речь идет о необходимости инициации в стационаре высокоэффективной комбинированной липидснижающей терапии)
- скрининг на семейную гиперхолестеринемию во время госпитализации,
- планирование первого контрольного визита в течение 4-6 недель после выписки из стационара,
- ранняя и эффективная передача липидных рекомендаций в выписном эпикризе,
- лечение непереносимости для выявления максимально переносимой липидснижающей терапии
- поэтапная оптимизация липидснижающей терапии на амбулаторном этапе (если не было сделано на этапе стационарного лечения) с помощью PCSK9-таргетной терапии
- повышение приверженности пациента путем упрощения лечения и информирования пациента обо всех изменениях в лечении [6].

В ходе исследования была выявлена проблема низкой приверженности пациентов гипополипидемической терапии. Большинство опрошенных респондентов подтвердили, что они часто возобновляют гипополипидемическую терапию пациентам высокого и очень высокого ССР. Так, по некоторым данным, приверженность пациентов статинам колеблется от 30% до 60% во всем мире, и менее половины людей, которым назначают статины, достигают целевого уровня ЛНП. Распространенные среди пациентов факторы, связанные с несоблюдением режима приема статинов, включают негативное восприятие применения статинов из-за боязни побочных эффектов, сомнений в необходимости длительного их приема и отсутствия субъективной эффективности. Все это постулирует необходимость системной информационной работы с пациентами по улучшению приверженности длительному приему статинов как основы современной липидснижающей терапии.

Заключение

Опрос практикующих врачей-терапевтов амбулаторных медицинских организаций г. Сургута показал, что специалисты в большинстве случаев имеют достаточно знаний о стратификации ССР, однако в реальной практике сохраняется низкая частота применения статинов в высокоинтенсивных режимах, использования комбинированной липидснижающей терапии, недостаточны знания специалистов первичного звена о возможностях эффективной маршрутизации пациентов с тяжелыми дислипидемиями, что требует оптимизации подходов по непрерывному медицинскому образованию практикующих врачей в вопросах длительной и эффективной терапии дислипидемий на основе известных и хорошо зарекомендовавших себя организационных технологий и улучшения знаний по аспектам клинических рекомендаций.

Финансирование

Научное исследование осуществляется в рамках реализации государственного задания Сургутского государственного университета (г. Сургут), а также темы поисковых научных исследований 0419-2023-0001 «Управление рисками, ассоциированными с коморбидностью, у пациентов с болезнями системы кровообращения на основе применения инновационных лечебно-диагностических и реабилитационных медицинских технологий» НИИ КПССЗ (г. Кемерово), № государственной регистрации 123033000027-3 от 30.03.2023.

Financing

Scientific research is carried out within the framework of the implementation of the state assignment of Surgut State University (Surgut), as well as the topics of

exploratory scientific research 0419-2023-0001 "Risk management associated with comorbidity in patients with diseases of the circulatory system based on the use of innovative therapeutic, diagnostic and rehabilitation medical technologies" Research Institute of the CPSSZ (Kemerovo), state Registration 123033000027-3 from 30.03.2023.

Конфликт интересов

Конфликт интересов: не заявлен.

Conflict of interest

Conflict of interest: none declared.

Анкета

Уважаемый коллега! Просим Вас пройти анонимный опрос, посвященной проблеме дислипидемии (недостижение целевых значений ХС ЛНП). Результаты данного опроса будут использованы только в обобщенном виде.

Просим Вас дать максимально честные ответы, отражающие Вашу точку зрения по различным вопросам. Подойдите к ответам на вопросы внимательно, в первую очередь опираясь на Ваш профессиональный и личный опыт.

1 Блок социологические вопросы:

1.1 Стаж работы:

• менее 3 лет	• от 3 до 10 лет	• от 10-20 лет	• более 20 лет
---------------	------------------	----------------	----------------

2. Блок стратификация сердечно-сосудистого риска, классы гиполипидемических средств

2.1 Определите сердечно-сосудистый риск (в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями) у пациентов, имеющих:

2.1.1.

- Документированное атеросклеротическое ССЗ, включая ОКС, ИБС, 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 с длительностью >20 лет;
- ХБП с СКФ <30 мл/мин/1,73 м², SCORE $\geq 10\%$;
- СГХС в сочетании с АССЗ или ФР

Очень высокий сердечно-сосудистый риск	Высокий сердечно-сосудистый риск	Умеренный сердечно-сосудистый риск	Низкий сердечно-сосудистый риск
--	----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

2.1.2

- Значимо выраженный ФР — ОХС >8 ммоль/л и/или ХС ЛНП $\geq 4,9$ 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 $\geq 5\%$ и <10%;
- Гемодинамически незначимый атеросклероз некоронарных артерий (стеноз(-ы) >25–49%)

Очень высокий сердечно-сосудистый риск	Высокий сердечно-сосудистый риск	Умеренный сердечно-сосудистый риск	Низкий сердечно-сосудистый риск
--	----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

2.2. Как часто в Вашей клинической практике встречаются пациенты, имеющие высокий и очень высокий сердечно-сосудистый риск?

• Часто

• Редко

2.3. Какие гиполипидемические препараты Вы часто назначаете в своей клинической практике? (возможны несколько вариантов ответа)

- Розувастатин, так как наиболее эффективный
- Аторвастатин, так как стоимость доступная, предусмотрен по льготе
- Симвастатин, так как предусмотрен по льготе
- Питавастатин, так как пациент не переносит вышеперечисленные статины
- Эзетимиб

2.4 Какие Вы назначаете дозы статинов наиболее часто? (ВЫБРАТЬ СТАТИН С УКАЗАНИЕМ ДОЗЫ)

Розувастатин в дозе:

- 10 мг
- 20 мг
- 40 мг

Аторвастатин в дозе:

- 20 мг
- 40 мг
- 80 мг

2.5 Какие из перечисленных гиполипидемических средств Вы знаете? (возможны несколько вариантов ответа)

• Эволокумаб

• Алирокумаб

• Инклисиран

• Затрудняюсь ответить

3. Блок основные причины, ограничивающие применение гиполипидемической терапии и достижение целевых значений ХС ЛНП**3.1. «На Ваш взгляд, что может ограничивать назначение гиполипидемической терапии в максимальных дозах (розувастатин 40 мг, аторвастатин 80 мг) пациентам с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском?» (возможны несколько вариантов ответа)**

- Причины, связанные с возможностью развития побочных эффектов и тяжелых осложнений при использовании статинов
- Опасность тяжелых осложнений (рабдомиолиз)
- Опасность развития или прогрессирования заболеваний печени
- Опасность неблагоприятных лекарственных взаимодействий
- Стоимость препаратов и социальный статус больного
- Список льготных лекарств
- Собственный опыт
- Другое

3.2. «На Ваш взгляд, тактика врача при повышении АСТ, АЛТ менее 3 верхних границ нормы у пациента с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском, получающего максимальную дозировку статина (розувастатин 40 мг, аторвастатин 80 мг)»? (возможны несколько вариантов ответа)

- Немедленно отменить
- Снизить дозу статина
- Направить к липидологу
- Назначить гепатопротектор

3.3. «На Ваш взгляд, тактика врача при возникновении миалгии у пациента с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском, получающего максимальную дозировку статина (розувастатин 40 мг, аторвастатин 80 мг) в сочетании с эзетимибом, при КФК менее 4 верхних границ нормы»? (возможны несколько вариантов ответа)

- Немедленно отменить до выяснения причины миалгии
- Не отменять лечение, контроль КФК в динамике
- Снизить дозу статина
- Не отменяя лечение, направить к липидологу

3.4. «На Ваш взгляд, после достижения целевых значений ХС ЛНП у пациента с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском, получающего максимальную дозировку статина (розувастатин 40 мг, аторвастатин 80 мг), статины можно?» (выберете один вариант ответа)

- Отменить, так как целевой уровень ХС ЛНП достигнут
- Снизить дозу статина, так как целевой уровень ХС ЛНП достигнут
- Оставить лечение в прежнем объёме

3.5. «На Ваш взгляд, тактика врача при впервые выявленной выраженной гиперхолестеринемии (ХС ЛНП более 4,9 ммоль/л, общий холестерин более 8 ммоль/л, триглицериды более 5 ммоль/л), после исключения вторичной дислипидемии?» (выберете один вариант ответа)

- Сразу направить к липидологу
- Назначить гиполипидемическую терапию, направить к липидологу
- Назначить лечение, оценить липидограмму через 3 мес, в случае недостижения целевых значений ХС ЛНП направить к липидологу

3.6. «На Ваш взгляд, тактика врача при недостижении целевых значений ХС ЛНП у пациента с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском?» (возможны несколько вариантов ответа)

- Увеличить дозировку статина до максимальной, затем добавить эзетимиб
- Оставить лечение в прежнем объёме, т.к. пациент получает большое количество лекарств или высок риск побочных эффектов
- Направить к липидологу

3.7. Как часто в Вашей клинической практике возобновляется гиполипидемическая терапия пациентам, имеющим высокий и очень высокий сердечно-сосудистый риск, после необоснованного отказа от статинов?

- Часто
- Приблизительно половине пациентов
- Редко

3.8. «На Ваш взгляд, какая стратегия убеждения пациентов предпочтительнее?»

- Убедить в благоприятном прогнозе и хорошей переносимости статинов
- Пояснить, что ССЗ являются главной причиной смертности в РФ
- Упомянуть о роли клинических рекомендаций
- Убеждать не нужно, решение принимает пациент

Благодарим Вас за согласие принять участие в нашем исследовании!

Список литературы / References

1. Vodnala D, Rubenfire M, Brook RD. Secondary causes of dyslipidemia. *Am J Cardiol.* 2012;110(6):823-825. doi: 10.1016/j.amjcard.2012.04.062.
2. Elisaf M, Tsimibodimos V. Editorial: secondary dyslipidemias. *Open Cardiovasc Med J.* 2011;5:22-23. doi: 10.2174/1874192401105010022.
3. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European Heart J.* 2018;39,3021-3104. doi: 10.1093/eurheartj/ehy339.
4. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J.* 2020;41(1):111-188. doi: 10.1093/eurheartj/ehz455.
5. Ezbov MV, Kukbarchuk VV, Sergienko IV, Alieva AS, Antsiferov MB, Ansheles AA, et al. Disorders of lipid metabolism. *Clinical Guidelines 2023. Russian Journal of Cardiology.* 2023;28(5):5471. In Russian. (Ежов М.В., Кухарчук В.В., Сергиенко И.В., Алиева А.С., Анциферов М.Б., Аншелес А.А. и др. Нарушения липидного обмена. Клинические рекомендации 2023. Российский кардиологический журнал. 2023;28(5):5471). doi: 10.15829/1560-4071-2023-5471.
6. Schiele F, Catapano AL, De Caterina R, Laufs U, Jukema JW, Zaman A, Sionis A. Quality Control to improve low-density lipoprotein cholesterol management in patients with acute coronary syndromes based on the ACS EuroPath IV project *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care.* 2024;13(1):46-54. doi: 10.1093/ehjacc/zuad119.
7. Akhmedzhanov NM, Nebieridze DV, Safaryan AS, Vygodin VA, Shuraev AY, Tkacheva ON, Lisbuta AS. Analysis of the prevalence of hypercholesterolemia in an outpatient practice (according to the ARGO study). Part 1. Rational pharmacotherapy in cardiology. 2015;11(3):253-260. In Russian. (Ахмеджанов Н.М., Небиеридзе Д.В., Сафарян А.С., Выгодин В.А., Шураев А.Ю., Ткачева О.Н., Лишута А.С. Анализ распространенности гиперхолестеринемии в условиях амбулаторной практики (по данным исследования АРГО). Ч. 1. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2015;11(3):253-260).
8. Sergienko IV, Ansheles AA, Boytsov SA. Risk factors, lipid profile indicators and lipid-lowering therapy in patients of different cardiovascular risk categories: Atherostop registry data. *JAD.* 2023;2(51):43-53. In Russian. (Сергиенко И.В., Аншелес А.А., Бойцов С.А. Факторы риска, показатели липидного профиля и гиполлипидемическая терапия у пациентов различных категорий сердечно-сосудистого риска: данные регистра Атеростоп. Атеросклероз и дислипидемии. 2023;2(51):43-53). doi: 10.34687/2219-8202.JAD.2023.02.0005.
9. Ray KK, Molemans B, Schoonen WM, Giovias P, Bray S, Kiru G, et al.; DA VINCI study. EU-Wide Cross-Sectional Observational Study of Lipid-Modifying Therapy Use in Secondary and Primary Care: the DA VINCI study. *Eur J Prev Cardiol.* 2021;28(11):1279-1289. doi: 10.1093/eurjpc/zwaa047.
10. Lin I, Sung J, Sanchez RJ, Mallya UG, Friedman M, Panaccio M, et al. Patterns of Statin Use in a Real-World Population of Patients at High Cardiovascular Risk. *J Manag Care Spec Pharm.* 2016;22(6):685-698. doi: 10.18553/jmcp.2016.22.6.685.
11. Gharaibeh L, Zoubi S Al, Sartawi H, Ayyad D, Al-Hawamdeh M, Alrashdan R. The appropriateness of the use of statins for the secondary and primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease: a cross-sectional study from Jordan. *Eur Rev Med Pharmacol SciYear.* 2023;27(12):5480-5492. doi: 10.26355/eurrev_202306_32785.
12. Nelson AJ, Haynes K, Shambhu S, Eapen Z, Cziraky MJ, Nanna MG, et al. High-Intensity Statin Use Among Patients With Atherosclerosis in the U.S. *J Am Coll Cardiol.* 2022;79(18):1802-1813. doi: 10.1016/j.jacc.2022.02.048.
13. Yezhov MV, Sergienko IV, Kolmakova TE, Tmoyan NA, Chubykina UV, Bliznyuk SA, Alekseeva IA. Familial hypercholesterolemia. M.: Patiss LLC, 2021. P. 84. In Russian. Ежов М.В., Сергиенко И.В., Колмакова Т.Е., Тмоян Н.А., Чубыкина У.В., Близнюк С.А., Алексеева И.А. Семейная гиперхолестеринемия. М.: ООО «Патисс», 2021. С. 84.
14. Chubykina UV, Ezbov MV, Rozbkova TA, Tamaeva BM, Sokolov AA, Ersbova AI, et al. Compliance of patients with heterozygous familial hypercholesterolemia: 5-year follow-up of the renaissance registry. *Russian Cardiology Bulletin.* 2023;18(3):35-48. In Russian. (Чубыкина У.В., Ежов М.В., Рожкова Т.А., Тамаева Б.М., Соколов А.А., Ериова А.И., и др. Комплаентность пациентов с гетерозиготной семейной гиперхолестеринемией: 5 лет наблюдения регистра ренессанс. Кардиологический вестник. 2023;18(3):35-48). doi: 10.17116/Cardiobulletin20231803135.
15. Ezbov MV, Barbarash OL, Voevoda MI, Gurevich VS, Vezikova NN, Sadykova DI, et al. Organization of lipid centers operation in the Russian Federation – new opportunities. *Russian Journal of Cardiology.* 2021;26(6):4489. In Russian. (Ежов М.В., Барбараш О.Л., Воевода М.И., Гуревич В.С., Везикова Н.Н., Садыкова Д.И., и др. Организация работы липидных центров в Российской Федерации – новые возможности. Проект Национального общества по изучению атеросклероза (НОА). Российский кардиологический журнал. 2021;26(6):4489). doi: 10.15829/1560-4071-2021-4489.