

ТРЕХЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА И НЕРАЗРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

В.А. Сергеева*

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского
410012, Саратов, ул. Большая Казачья, 112

Цель. Изучить проводимую гиполипидемическую терапию, адекватность ее контроля, а также информированность пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений о проблемах атеросклероза и изменение этих характеристик за 3 года.

Материал и методы. Обследованы пациенты с дислипидемией (113 пациентов в 2011 г. и 100 пациентов в 2014 г.), получавшие лечение в кардиологическом стационаре. Проведено их анкетирование по вопросам проводимой гиполипидемической терапии и ее контроля. Так же изучена медицинская документация пациентов.

Результаты. За 3 года число пациентов, информированных по проблемам атеросклероза, увеличилось с 52% до 59% ($p>0,05$), лабораторный контроль показателей липидного обмена остался недостаточным. Сохраняются недостатки в модификации образа жизни (диета, курение, гиподинамия). Гиполипидемические препараты регулярно принимали 26% пациентов в 2011 г. и 29% – в 2014 г. ($p>0,05$). Отсутствовал контроль показателей липидного обмена у 12% и 14% обследованных, соответственно в 2011 и 2014 гг. ($p>0,05$). Только 27% обследованных оценили значимость гиполипидемической терапии в 10 баллов по 10-балльной шкале.

Заключение. За 3 года отмечена незначимая динамика информированности пациентов по проблемам атеросклероза, проводимых мероприятий по коррекции нарушений липидного обмена и их контроля. Существенную роль в низкой приверженности отводится высокой стоимости лекарств и недооценке пациентами значимости лечения.

Ключевые слова: гиполипидемическая терапия, режим терапии, информированность, дислипидемия, липидный обмен, контроль липидного обмена, статины.

Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2015;11(5):504-509

Three-year dynamics and unsolved problems of lipid-lowering therapy

V.A. Sergeeva*

Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky. Bolshaya Kazachya ul. 112, Saratov, 410012 Russia

Aim. To study the lipid-lowering therapy, the adequacy of its control, as well as the awareness of patients at a high cardiovascular risk of atherosclerosis problems and the dynamics of these parameters in 3 years.

Material and methods. Patients with dyslipidemia (113 patients in 2011 and 100 patients in 2014) who were treated in the cardiology clinic were examined. Patient survey on the lipid-lowering therapy and its monitoring was conducted. Medical records of patients were studied also.

Results. The number of patients informed on atherosclerosis aspects increased from 52% to 59% ($p>0.05$) in 3 years. Laboratory control of lipid metabolism remained inadequate. Insufficient lifestyle modification changes (diet, smoking, physical inactivity) were present. Lipid-lowering drugs were regularly taken by 26% of the patients in 2011 and 29% - in 2014 ($p>0.05$) and a control of lipid metabolism was absent in 12% and 14% of the patients, respectively ($p>0.05$). Only 27% of the patients gave the importance of lipid-lowering therapy 10 points on a 10-point scale.

Conclusion. Dynamics of patients awareness on atherosclerosis and measures taken to correct and control lipid metabolism disorders were insignificant within 3 years. High costs of medication and the underestimation of treatment importance by the patient play an important role in poor adherence.

Key words: lipid-lowering therapy, treatment regimen, patients' awareness, dyslipidemia, lipid metabolism, laboratory control, statins.

Ration Pharmacother Cardiol 2015;11(5):504-509

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): viktoria.sergeeva@mail.ru

В России сердечно-сосудистые причины в структуре заболеваемости и смертности сохраняют лидирующие позиции. Это обуславливает необходимость ранней диагностики и последующего контроля показателей липидного обмена для своевременного назначения гиполипидемической терапии с целью первичной и вторичной профилактики атеросклероза и его осложнений [1, 2]. Несмотря на общедоступность лабораторных исследований нарушений липидного обмена, в том числе, возможность проведения контроля уровня холестерина в домашних условиях, реальная клиническая практика показывает, что большинство пациентов недооценивают необходимость таких исследований. Несомненную роль в этом играет низкая информированность в этой области знаний и, соответ-

ственно, отсутствие мотивации пациентов для выполнения этих действий.

Учитывая бессимптомность дислипидемии, в отличие от той же артериальной гипертензии или сахарного диабета, и необходимость постоянного приема препаратов, пациенты проявляют низкую приверженность гиполипидемической терапии и зачастую самостоятельно прекращают прием препаратов [3, 4]. Есть вероятность того, что информирование пациента об атеросклерозе, возможных его последствиях, а также мотивация пациента на регулярный контроль показателей липидного обмена могут послужить предпосылками повышения приверженности лечению.

Таким образом, несмотря на наличие широкого арсенала лекарственных средств, направленных на коррекцию нарушений липидного обмена, наряду с сохраняющей свою актуальность модификацией образа жизни, проблемы в этой области до конца не решены.

Сведения об авторе:

Сергеева Виктория Алексеевна – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии лечебного факультета СГМУ им. В.И. Разумовского

Таблица 1. Основные характеристики групп обследованных пациентов в 2011 и 2014 гг.

| Характеристики | 2011 г (n=113) | 2014 г (n=100) |
|---------------------------------|----------------|----------------|
| Возраст, лет | 59,43±0,93 | 62,08±1,20* |
| Мужчины, n (%) | 59 (52) | 43 (43) |
| Женщины, n (%) | 54 (48) | 57 (57) |
| ОХС, ммоль/л | 6,10±0,12 | 6,15±0,09* |
| ХС ЛПНП, ммоль/л | 4,05±0,16 | 4,45±0,01 |
| ХС ЛПВП, ммоль/л | 1,38±0,05 | 1,40±0,04* |
| Триглицериды, ммоль/л | 2,01±0,11 | 2,43±0,18 |
| Абдоминальное ожирение, n (%) | 69 (61) | 74 (74) |
| Артериальная гипертензия, n (%) | 113 (100) | 100 (100) |
| ИБС, n (%) | 61 (54) | 63 (63) |
| Сахарный диабет, n (%) | 22 (19) | 40 (40) |

*p>0,05 при сравнении с параллельной группой

ОХС – общий холестерин; ХС ЛПНП – холестерин липопротеидов низкой плотности; ХС ЛПВП – холестерин липопротеидов высокой плотности; ИБС – ишемическая болезнь сердца

Целью исследования явилась оценка проводимой гиполипидемической терапии, контроля показателей липидного обмена, а также информированности о проблемах атеросклероза пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, и динамика по этим показателям через 3 года.

Материал и методы

В исследовании проведена оценка изменений за 3-летний период представлений пациентов о роли холестерина в развитии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), контроля показателей липидного обмена, особенностях гиполипидемической терапии, в том числе использовании немедикаментозных мероприятий по коррекции образа жизни. Методом случайной выборки обследовано 213 пациентов кардиологического профиля высокого и очень высокого суммарного сердечно-сосудистого риска, находящихся на стационарном лечении в ОКБ г. Саратова (113 пациентов – в 2011 г. и 100 пациентов – в 2014 г.), у которых при обследовании была выявлена дислипидемия. После подписания добровольного информированного согласия в 2011 г. проводилось анкетирование пациентов по вопросам о наличии атеросклероза, липидном обмене, частоте контроля их показателей, режиме и особенностях проводимой гиполипидемической терапии на амбулаторном этапе (модификация образа жизни, выбор препарата для медикаментозного лечения, переносимость терапии, длительность проводимых мероприятий). В опроснике 2014 г. был расширен раздел о немедикаментозной коррекции – включены вопросы об уровне физической активности пациентов, курении, уровне потребления алкоголя, а также были добавлены вопросы о материальной составляющей медикаментозной терапии. Также пациентам было предложено оценить значимость проводимой гиполипидемической терапии по 10-балльной шкале. Отдельно изучалась медицинская документация для уточнения необходимых сведений. Всем пациентам при поступлении в стационар проводился лабораторный контроль показателей липидного обмена.

Статистическая обработка производилась с помощью программ StatPlus 2009 Professional (AnalystSoft Inc., США). Данные представлены в виде $M \pm m$. При нормальном распределении выборок значимость различия оценивалась по критерию Стьюдента, при ненормальном – по ранговому критерию Вилкоксона. Различия средних величин признавались значимыми при $p<0,05$.

Результаты

Характеристика сравниваемых групп пациентов 2011 г. и 2014 г. представлена в табл. 1. Пациенты сравниваемых групп были сопоставимы по возрасту и полу. В обследование были включены только пациенты с дислипидемией, выявленной во время госпитализации в общетерапевтический стационар. Средние показатели липидного обмена также представлены в табл. 1.

На первом этапе нашего исследования проводилась оценка осведомленности пациентов о проблемах атеросклероза и роли холестерина в развитии ССЗ, а также информированности относительно показателей своего липидного обмена. В связи с этим были заданы соответствующие вопросы в анкете. Результаты анкетирования представлены на рис. 1.

За 3 года увеличения числа «информированных» пациентов не произошло (26% в 2011 г. против 25% в 2014 г.; $p>0,05$). В 2011 г. в группе «информированных» пациентов с небольшим перевесом преобладали женщины (52%), средний возраст составлял $58,2 \pm 1,79$ лет, у 100% пациентов имелась артериальная гипертензия (АГ), 55% пациентов имело различные формы

Неразрешенные проблемы гиполипидемической терапии

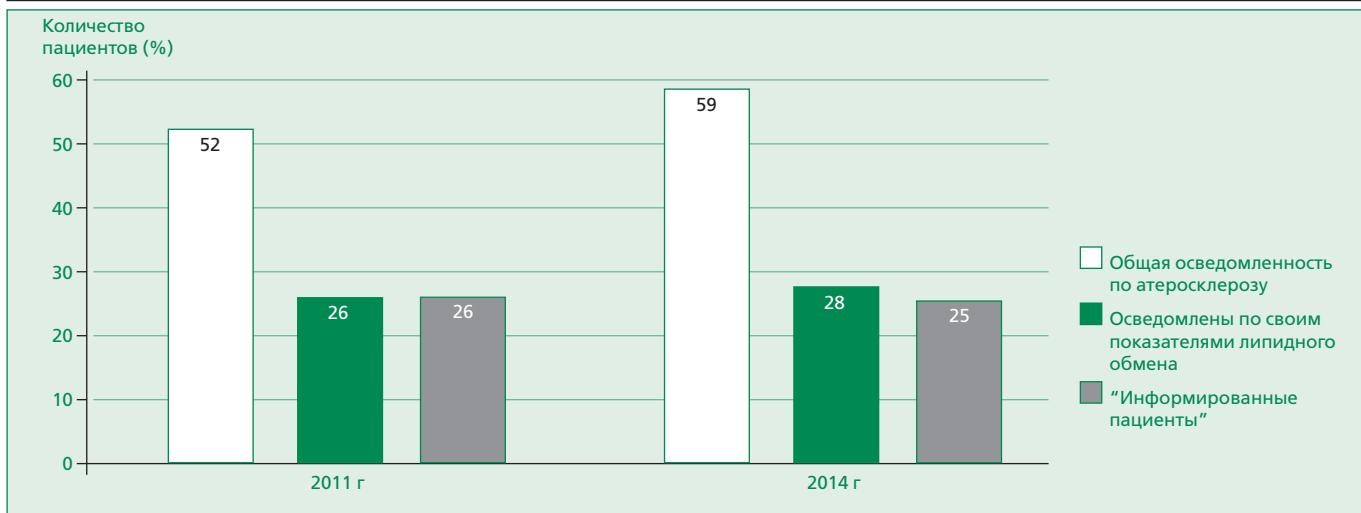


Рисунок 1. Информированность пациентов по проблемам атеросклероза и показателям своего липидного обмена в 2011 и 2014 гг.

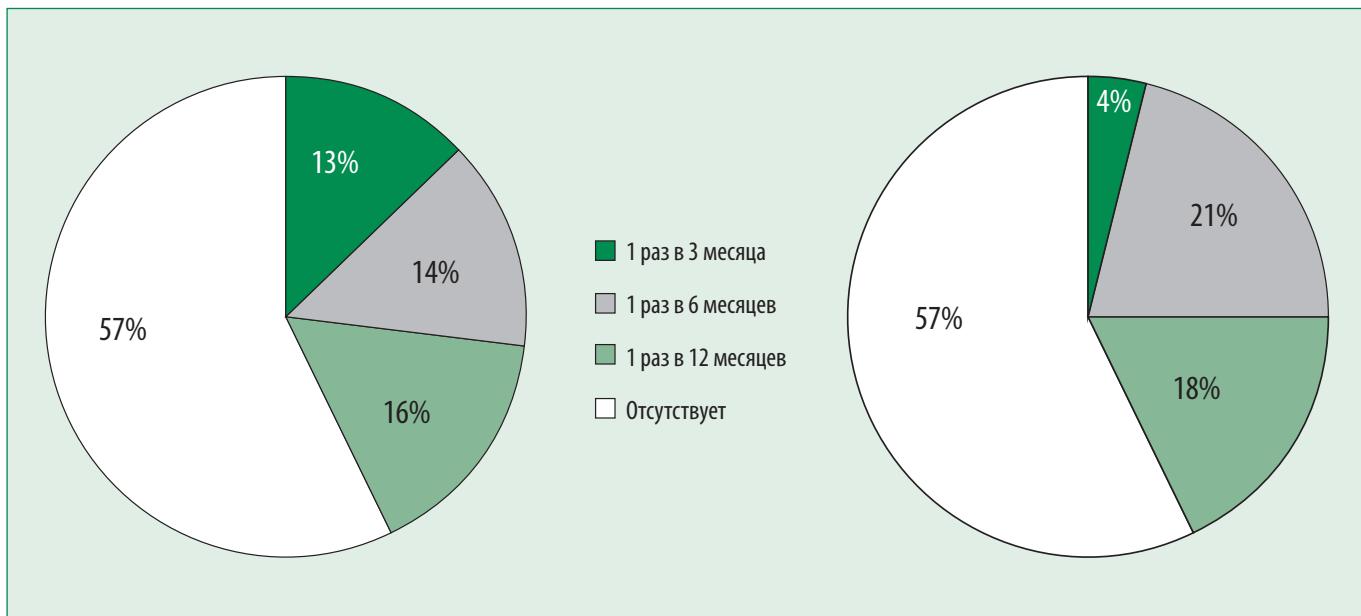


Рисунок 2. Контроль показателей липидного обмена пациентами в 2011 и 2014 гг.

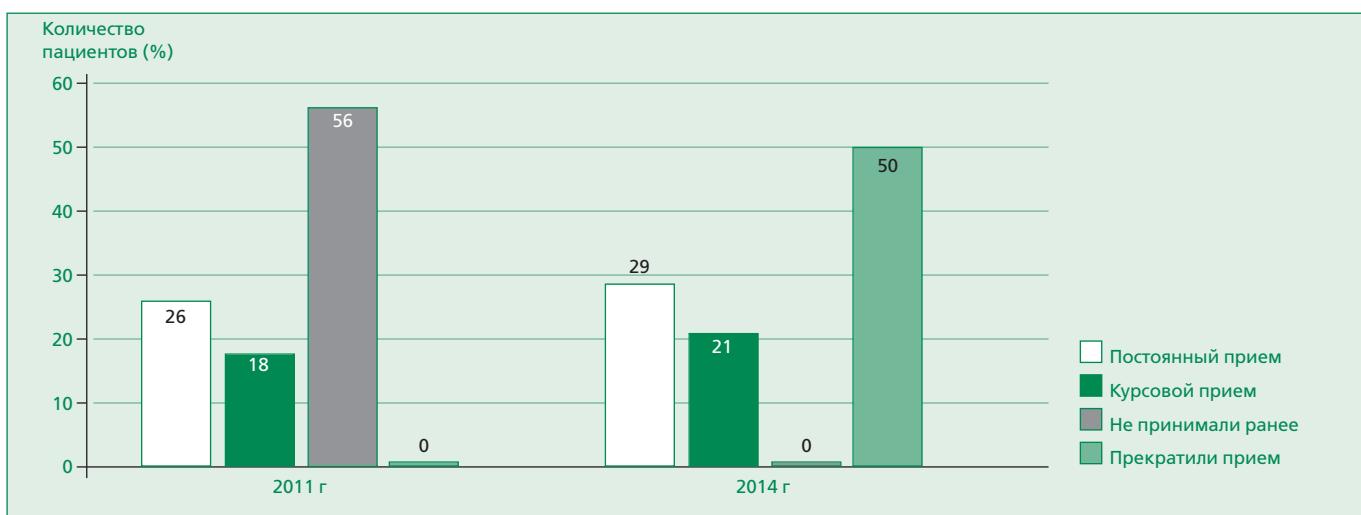


Рисунок 3. Режимы приема медикаментозной гиполипидемической терапии в 2011 и 2014 гг.

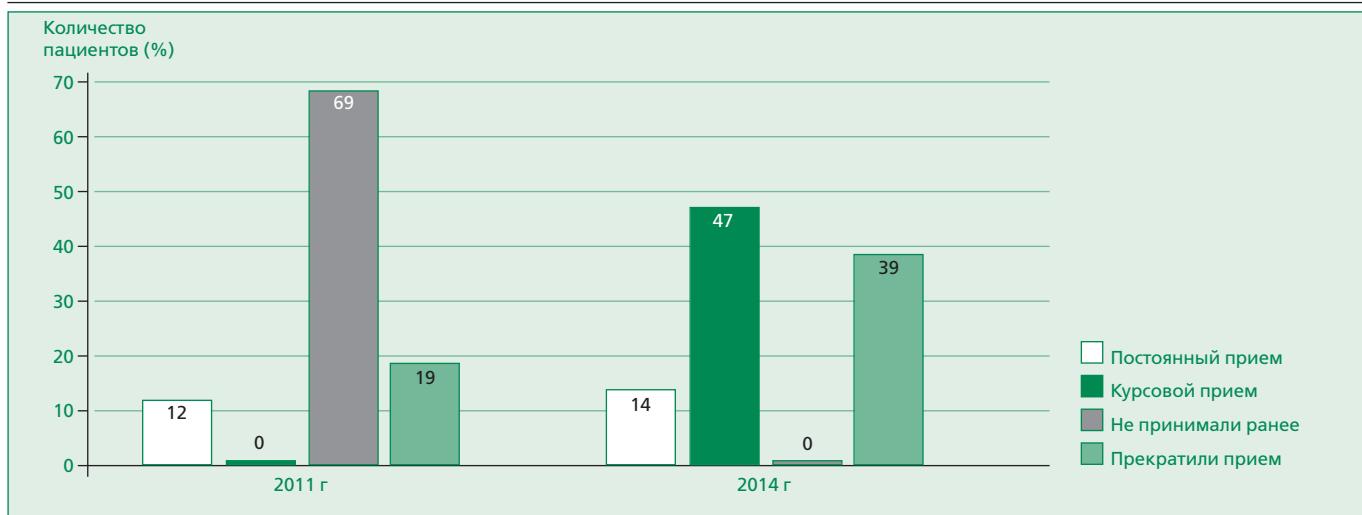


Рисунок 4. Режимы приема медикаментозной гиполипидемической терапии в группах пациентов без контроля липидного обмена в 2011 и 2014 гг.

ишемической болезни сердца ИБС. В 2014 г. среди «информированных» пациентов значимо больше оказалось женщин (68%; $p<0,01$), средний возраст этих пациентов составил $61,8\pm2,54$ лет, у 100% пациентов имелась АГ и у 67% – различные формы ИБС (рис. 1).

По частоте контроля показателей липидного обмена результаты отражены на рис. 2. Очевидно, что как в 2011 г., так и в 2014 г. существенная доля пациентов с дислипидемией не контролирует свои показатели липидного обмена.

Для оценки проводимой немедикаментозной коррекции дислипидемии прежде всего уточняли у пациентов соблюдение диетических рекомендаций. В группе пациентов 2014 г. дополнительно анализировали уровень физической активности, курение, злоупотребление алкоголем. Так, в 2011 г., несмотря на то, что у 61% обследованных имелось абдоминальное ожирение, у 19% – СД 2 типа, диеты придерживалось только 29% от общего числа пациентов. В группе 2014 г. абдоминальный тип ожирения был выявлен у 74% пациентов, у 40% имелся СД. Диетических рекомендаций придерживались 38% от общего числа обследованных пациентов. В определенной степени данную ситуацию можно было бы считать положительной динамикой, однако, с учетом углубленного анализа образа жизни группы пациентов в 2014 г. (44% пациентов злоупотребляли алкоголем, 57% имели низкую физическую активность, 10% продолжали курить) приходится констатировать, что данные мероприятия остаются на очень низком уровне.

Несмотря на высокий/очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений и дислипидемию у всех пациентов, в 2011 г. более половины из них никогда не получали гиполипидемических препаратов. Постоянно принимали данные препараты около четверти пациентов, еще меньше принимали статины «курсами»,

но к моменту исследования уже прекратили их прием самостоятельно. В 2014 г. значимой динамики по указанным выше подгруппам не отмечено (рис. 3).

Длительность постоянного приема гиполипидемических препаратов в 2011 г. составила $2,06\pm0,38$ года, в 2014 г. – $1,30\pm0,23$ года ($p>0,05$). Среди пациентов, не контролирующих показатели липидного обмена, приверженность гиполипидемической терапии оставляет желать лучшего (рис. 4).

За 3 года несколько изменилась структура назначений препаратов для гиполипидемической терапии (рис. 5). В 2011 г. в 100% случаев пациенты получали статины (в 100% случаев – дженерики). В 2014 г. статины получали 99%, а 1% – фибраты. Как видно из рис. 5, в 2014 г. самым популярным статином оставался симвастатин (96% получали различные его дженерики); далее по популярности следовали аторвастатин (78% – дженерики, 22% – оригинальный препарат) и розувастатин (62% – оригинальный препарат, 38% – дженерики).

В 2014 г. при анкетировании пациентов были заданы дополнительные вопросы о материальной составляющей гиполипидемической терапии. В среднем каждый пациент мог бы потратить на приобретение препарата данной группы $681,33\pm0,12$ руб в мес, но большинство пациентов (56%) было готово тратить только до 500 руб в мес.

В рамках нашего исследования в 2014 г. пациентам предлагалось оценить значимость гиполипидемической терапии по 10-балльной шкале (1 – минимальная, 10 – максимальная оценка). Только 27% обследованных оценили ее по высшему баллу. Это подтверждает наше предположение о недооценке пациентами значения гиполипидемической терапии как еще одного существенного фактора, играющего определенную роль в приверженности лечению.

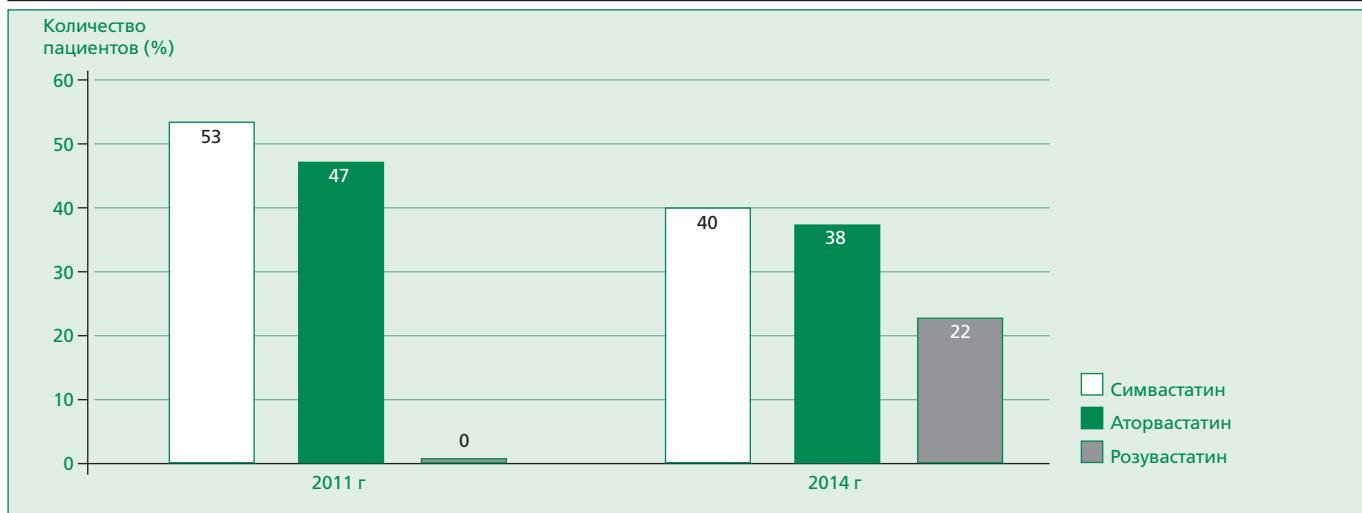


Рисунок 5. Структура назначений статинов в качестве гиполипидемической терапии в 2011 и 2014 гг.

Обсуждение

При оценке информированности пациентов о проблемах атеросклероза и состоянии своего липидного обмена за три года не выявлено существенных сдвигов. Женщины проявляли и проявляют большее внимание к состоянию своего здоровья по сравнению с мужчинами, кроме этого, более информированными оказываются пациенты с наличием значимых ССЗ (АГ, ИБС). В таких условиях проведение гиполипидемической терапии может рассматриваться только с позиций вторичной профилактики осложнений атеросклероза.

Ситуация с контролем показателей липидного обмена у пациентов за 3 года не улучшилась. Большинство пациентов с высоким/очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском, которые знают о наличии у себя дислипидемии, ограничиваются исследованием показателей липидного обмена в рамках госпитализаций. Последние проводятся у них несколько раз в год или реже, оставляя без контроля и проводимую гиполипидемическую терапию, и возможные, хоть и редкие, ее побочные эффекты в виде отклонений биохимических показателей сыворотки крови (КФК, ферменты печени).

Пациенты с дислипидемией без сердечно-сосудистых осложнений, нуждающиеся в проведении гиполипидемической терапии в качестве первичной профилактики, также находятся в неблагоприятной ситуации даже при условии приема препаратов. Это обусловлено отсутствием лабораторного контроля, без которого невозможно оценить достижение целевых значений, т.е. адекватность и эффективность проводимого лечения.

Известно, что пациенты с высоким/очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений нуждаются в гиполипидемической терапии. Однако это не исключает проведения у них модификации образа жизни, а наоборот, способствует повышению привер-

женности гиполипидемической терапии в целом [2,5]. По результатам проведенного нами исследования приходится констатировать, что мероприятия по немедикаментозной коррекции у пациентов остаются на очень низком уровне. Значительная часть пациентов имеет избыточную массу тела, при этом менее половины обследованных придерживается диетических рекомендаций. Большинство пациентов пренебрегает физической активностью, а часть продолжает курить и злоупотреблять алкоголем, несмотря на высокий суммарный сердечно-сосудистый риск.

В гиполипидемической терапии выявлены также значительные недостатки, причем трехлетняя динамика не существенно изменила ситуацию. В 2011 г., помимо незначительного числа пациентов, принимающих препараты для коррекции нарушений липидного обмена в постоянном режиме, следует отметить своеобразный «курсовой» режим приема препаратов. Большинство пациентов из этого числа отметили, что «курсовой» прием препаратов проводят без лабораторного контроля, при этом доля таких пациентов в 2014 г. возросла. Также стоит обратить внимание на то, что половина пациентов в 2014 г. самостоятельно прекратили прием препаратов после первого «курса» в рамках стационарного лечения, и пренебрели рекомендациями на амбулаторном этапе лечения. Только у 1 пациента в 2014 г. отмечено умеренное повышение активности печёночных ферментов, связанное с сопутствующим заболеванием печени, но не требующее отмены лечения.

Самыми часто назначаемыми статинами в 2011 г. и 2014 г., по нашим данным, остаются симвастатин и аторвастатин. Большинство пациентов получают дженерики. При опросе пациентов о разнице между оригинальными препаратами и дженериками большинство не владело информацией по этому вопросу, при этом фактор стоимости препарата был определяющим. Треть пациентов из числа больных, которым изначально

был назначен более дорогостоящий оригинальный препарат (10%), не смогла по материальным соображениям продолжить начатую терапию, и перешла на дженерики, а оставшиеся 2/3 прекратили прием препарата.

Низкая субъективная оценка пациентами значимости гиполипидемической терапии может расцениваться как дополнительный фактор низкой приверженности лечению.

Заключение

За три года в представлениях пациентов об атеросклерозе наметилась положительная динамика, однако ситуация с лабораторным контролем липидного спектра и гиполипидемической терапией продолжает оставаться не разрешенной. За три года не выявлено существенной динамики в немедикаментозной коррек-

ции образа жизни в рамках комплексной терапии нарушений липидного обмена. Лекарственные препараты, среди которых преобладают дженерики, продолжают приниматься пациентами нерегулярно. Внимание со стороны лечащих врачей к таким факторам как недооценка значимости гиполипидемической терапии пациентами, недостаточный контроль липидного спектра и низкая информированность по проблемам атеросклероза может послужить ключевым моментом в повышении у пациентов приверженности лечению, а, следовательно, и улучшению ситуации с гиполипидемической терапией в целом.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература

1. Belenkov Ju.N., Sergienko I.V., Ljakishev A.A., Kuharchuk V.V. Statins in the modern cardiologic practice. Moscow: Russian Cardiology Research and Production Complex, A.L. Myasnikov Institute of Clinical Cardiology; 2010. In Russian (Беленков Ю.Н., Сергиенко И.В., Лякишев А.А., Кухарчук В.В. Статины в современной кардиологической практике. М.: Российский кардиологический научно-производственный комплекс, Институт клинической кардиологии им А.Л. Мясникова; 2010).
2. Diagnostics and correction of lipid disorders for the prevention and treatment of atherosclerosis. Russian recommendations (5th revision). Ateroskleroz i Dislipidemii 2012; 4: 1-25. In Russian (Диагностика и коррекция нарушенного липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации (V пересмотр). Атеросклероз и Дислипидемия 2012;4: 1-25).
3. Organov R.G., Maslennikova G.Ya., Koltunov I.E., Kalinina A.M. Necessary conditions for the prevention of cardiovascular and other non-infectious diseases in the Russian Federation. Kardiovaskulyarnaya Terapiya i Profilaktika 2010; 9 (6): 4-9. In Russian (Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., Колтунов И.Е., Калинина А.М. Необходимые условия для профилактики сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика 2010; 9 (6): 4-9).
4. Petrov V.I., Nedogoda S.V., Sabanov A.V. Pharmacoeconomic aspects of statins application in the short-term lipid-lowering therapy. Kachestvennaja Klinicheskaja Praktika 2003; 1: 46-51. In Russian (Петров В.И., Недогода С.В., Сабанов А.В. Фармакоэкономические аспекты применения статинов при краткосрочной гиполипидемической терапии. Качественная Клиническая Практика 2003; 1: 46-51).
5. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). Eur Heart J 2011;32(14):1769-818.
6. Sergeyeva V.A. The problems of ambulatory lipid-lowering treatment. Proceedings of the 1st European Conference on Biology and Medical Sciences (May 22, 2014; Vienna). «East West» Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH. Vienna, 2014:89-93.
7. D'Agostino R. B., Sr., Vasan R. S., Pencina M. J. et al. General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care: The Framingham Heart Study. Circulation 2008; 117: 743-53.
8. Jones P.H., Davidson M.H., Stein E.A. et al. Comparison of the efficacy and safety of rosuvastatin versus atorvastatin, simvastatin, and pravastatin across doses (STELLAR Trial). Am J Cardiol 2003; 92: 152-60.
9. Nissen S.E., Nicolls S.J., Sapahil I. et al. ASTEROID Investigators. Effect of very high intensity statin therapy on regression of coronary atherosclerosis: the ASTEROID trial. JAMA 2006; 296 (13): 1556-65.
10. Schuster H. The GALAXY Program an update on studies investigating efficacy and tolerability of rosuvastatin for reducing cardiovascular risk. Investigating cardiovascular risk reduction – the Rosuvastatin GALAXY Programme. Expert Rev Cardiovasc Ther 2007; 5: 177-93.

Поступила: 31.07.2015

Принята в печать: 08.10.2015