

Анализ особенностей фармакотерапии амбулаторных пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации по результатам онлайн-анкетирования врачей

Н. О. Крюкова, <https://orcid.org/0000-0002-2379-6764>, krukovano@yandex.ru

Ю. А. Филимонкина, <https://orcid.org/0009-0000-1864-2448>, j.filimonkina@mail.ru

Л. В. Михайлова, <https://orcid.org/0000-0001-5070-5955>, mihalysa@mail.ru

Е. В. Курт-Коваленко, <https://orcid.org/0009-0000-6115-2743>, ekaterina.kurt.kovalenko@gmail.com

В. В. Рафальский, <https://orcid.org/0000-0002-2503-9580>, v.rafalskiy@mail.ru

Ж. Декенова, <https://orcid.org/0009-0000-8774-3904>, gandek601@gmail.com

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта; 236041, Россия, Калининград, ул. Александра Невского, 14

Резюме

Введение. Заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в России достаточно высоки. Главным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний и смертности является артериальная гипертензия. При этом в значительной степени смертность обусловлена также ишемической болезнью сердца. Во многом течение сердечно-сосудистых заболеваний зависит от ранней постановки диагноза и незамедлительного назначения адекватной терапии.

Материалы и методы. В данном исследовании было проведено анкетирование 124 врачей. В первой части исследования проводилась оценка антигипертензивной терапии, использовались результаты анкетирования 104 респондентов. Во второй части для оценки лечения, назначенного пациентам в первый год после перенесенного острого коронарного синдрома, использовались данные, полученные при опросе 20 врачей.

Результаты. Большинство респондентов имели специализацию «терапевт» и достаточный клинический опыт (свыше 20 лет). Однако достаточно много пациентов при этом получали нерациональные комбинации препаратов. Это привело к тому, что многие больные артериальной гипертензией не достигли целевых уровней артериального давления в течение рекомендуемых 3 месяцев. Также часто пациентам в течение первого года после перенесенного острого коронарного синдрома в качестве двойной антиагрегантной терапии респонденты назначали комбинацию ацетилсалициловой кислоты и клопидогрела при доказанной эффективности использования тикагрелора. При назначении статинов большинство опрошенных врачей отдавали предпочтение аторвастатину при наличии сведений о большей эффективности розувастатина. 35% респондентов назначают триметазидин более чем половине пациентов в течение первого года после перенесенного острого коронарного синдрома.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, фармакотерапия, острый коронарный синдром, амбулаторная практика.

Для цитирования: Крюкова Н. О., Филимонкина Ю. А., Михайлова Л. В., Курт-Коваленко Е. В., Рафальский В. В., Декенова Ж. Анализ особенностей фармакотерапии амбулаторных пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации по результатам онлайн-анкетирования врачей. *Лечащий Врач*. 2023; 12 (26): 6–14. <https://doi.org/10.51793/OS.2023.26.12.001>

Конфликт интересов. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Analysis of the characteristics of pharmacotherapy for outpatients with cardiovascular diseases in the Russian Federation based on the results of an online survey of doctors

Nadezhda O. Kryukova, <https://orcid.org/0000-0002-2379-6764>, krukovano@yandex.ru

Yuliya A. Filimonkina, <https://orcid.org/0009-0000-1864-2448>, j.filimonkina@mail.ru

Larisa V. Mikhailova, <https://orcid.org/0000-0001-5070-5955>, mihalysa@mail.ru

Ekaterina V. Kurt-Kovalenko, <https://orcid.org/0009-0000-6115-2743>, ekaterina.kurt.kovalenko@gmail.com

Vladimir V. Rafalskiy, <https://orcid.org/0000-0002-2503-9580>, v.rafalskiy@mail.ru

Zhanel Dekenova, <https://orcid.org/0009-0000-8774-3904>, gandek601@gmail.com

Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education Immanuel Kant Baltic Federal University; 14 Alexander Nevsky Str., Kaliningrad, 236041, Russia

Abstract

Background. Morbidity and mortality from cardiovascular diseases in Russia is high. Arterial hypertension is the main risk factor for cardiovascular diseases and mortality. At the same time, mortality is also caused by coronary heart disease. It is important that the course of cardiovascular diseases depends on early diagnosis and the immediate appointment of adequate therapy.

Materials and methods. In this study, 124 physicians were surveyed. In the first part, antihypertensive therapy was studied, the results of a survey of 104 respondents were used. In the second part, we studied the therapy prescribed in the first year to patients after acute coronary syndrome, using responses received from 20 physicians.

Results. Most of the respondents had the specialization of a general practitioner and had sufficient clinical experience (over 20 years). However, a large number of patients received irrational combinations of drugs. Therefore, many patients with arterial hypertension did not reach the target blood pressure levels within the recommended 3 months. Also, respondents often prescribed a combination of acetylsalicylic acid and clopidogrel to patients during the first year after acute coronary syndrome as a double antiplatelet therapy with the proven effectiveness of using ticagrelor. When prescribing statins, most of the surveyed physicians preferred atorvastatin if there was information about the greater effectiveness of rosuvastatin. 35% of respondents prescribe trimetazidine to more than half of patients during the first year after acute coronary syndrome.

Keywords: arterial hypertension, ischemic heart disease, pharmacotherapy, acute coronary syndrome, outpatient practice.

For citation: Kryukova N. O., Filimonkina Yu. A., Mikhailova L. V., Kurt-Kovalenko E. V., Rafalskiy V. V., Dekenova Zh. Analysis of the characteristics of pharmacotherapy for outpatients with cardiovascular diseases in the Russian Federation based on the results of an online survey of doctors. *Lechaschi Vrach.* 2023; 12 (26): 6-14. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2023.26.12.001>

Conflict of interests. Not declared.

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются одной из самых главных проблем здравоохранения и обуславливают высокую инвалидность и смертность населения. По данным Всемирной организации здравоохранения ССЗ являются основной причиной смерти людей трудоспособного возраста во всем мире. В структуре смертности в 2020 г. доля умерших от ССЗ в Российской Федерации составляла 44%. По показателям Росстата с 2016 г. наблюдается постепенное повышение смертности от сердечно-сосудистых причин: в 2020 г. она составила 938 536 человек против 904 055 человек в 2016 г. В значительной степени смертность от ССЗ обусловлена ишемической болезнью сердца (ИБС). В 2020 г. диагноз ИБС как причина смерти был указан в 508 657 случаях против 481 780 случаев в 2016 г., из них на долю инфаркта миокарда приходилось 13% в 2016 г. и 11,4% в 2020 г.

Одним из важнейших модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО) является повышенное артериальное давление (АД). По данным исследования ЭССЕ-РФ распространенность артериальной гипертензии (АГ) в России среди лиц 25-64 лет составила 44% [1]. Исследование, проведенное в США с 1980 по 2000 г., показало, что снижение уровня смертности от ИБС на 44% связано со снижением уровня факторов риска, в том числе и со снижением уровня систолического артериального давления (САД). Возможность подобного влияния на смертность является также актуальной и для России [1, 2].

Известно, что наиболее опасными в плане прогноза после перенесенного острого коронарного синдрома (ОКС) являются первые 12 месяцев: частота летальных исходов в этот период составляет 10,9% [3]. Одним из факторов развития ССО после перенесенного ОКС является низкая приверженность пациентов лечению, особенно — приему антиагрегантов. Около трети пациентов, перенесших ОКС, досрочно прекращают прием рекомендованной в стационаре терапии [4]. Среди пациентов с АГ приверженность лечению также невысока: лишь 50-60% больных постоянно принимают антигипертензивные препараты, часть пациентов (16-60%) прекращают их прием в течение первого года с момента назначения, что также является фактором риска ССО [5]. Очевидно, что рациональная медикаментозная терапия и высокая приверженность пациентов позволяют улучшить прогноз при ССЗ.

Существует множество факторов, влияющих на успешность фармакотерапии пациентов с ССЗ. К основным можно отнести приверженность пациентов лечению, а также информированность врачей о современных подходах к обследованию и лечению пациентов. Так, показано, что на амбулаторном этапе пациентам, перенесшим ОКС, антиагреганты назначаются в 89,7% случаев, а двойная антиагрегантная терапия — лишь в 37,9% случаев [6]. Это демонстрирует необходимость исследования применения лекарственных препаратов (ЛП) в условиях реальной клинической практики.

Целью данной работы было исследование фармакотерапии пациентов с ССЗ в амбулаторной практике.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1) выявить предпочтения врачей при назначении ЛП для лечения АГ и в течение первого года после ОКС в амбулаторной практике;

2) выяснить мнение врачей об эффективности и безопасности назначаемых препаратов для лечения АГ;

3) изучить представления врачей о приверженности пациентов проводимой фармакотерапии.

Материалы и методы исследования

Для проведения фармакоэпидемиологического исследования использован метод анкетирования. Анкетирование состояло из двух частей: первая была посвящена оценке назначения препаратов пациентам с АГ, вторая — пациентам в течение года после перенесенного ОКС в амбулаторной практике. Таким образом, для анализа данных о назначении ЛП для лечения АГ использованы результаты анкетирования 104 респондентов, для анализа данных о назначении ЛП в течение первого года после ОКС использованы результаты анкетирования 20 респондентов.

Были разработаны две анкеты, каждая из которых состояла из 18 вопросов, позволяющих получить информацию о предпочтениях врачей при назначении фармакотерапии пациентам с АГ или пациентам в течение первого года после ОКС, об оценке эффективности и безопасности ЛП в реальной клинической практике, а также оценить компетенцию врачей. Был проведен сравнительный анализ полученных результатов анкетирования. Данные приведены в процентном соотношении и представлены графически.

Результаты исследования

Первые три вопроса в каждой анкете позволяли уточнить специализацию, возраст и стаж врачебной деятельности респондентов. Большинство отвечавших на вопросы о фармакотерапии АГ имели специализацию «терапевт» (68,27%) или «кардиолог» (17,31%), также были опрошены эндокринологи и врачи общей практики. Возраст более половины проанкетированных составлял 50-69 лет (56,73%), стаж работы по специальности — свыше 20 лет (61,54%).

Большинство специалистов, отвечавших на вопросы по поводу назначения ЛП в течение первого года после ОКС, имели специализацию «кардиолог» (75%) или «терапевт» (25%), возраст — 50-69 лет (55%) и стаж работы по специальности большинства опрошенных (60%) — свыше 20 лет.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о достаточном клиническом опыте опрошенных специалистов, непосредственном участии в фармакотерапии амбулаторных пациентов с ССЗ и возможности оценить ее эффективность и безопасность в реальной клинической практике.

Первая часть исследования была посвящена изучению фармакотерапии АГ в амбулаторной практике. Большинство (48,48%) специалистов отдают предпочтение ингибиторам ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) при лечении АГ, еще 44,44% выбирают блокаторы АТ1-рецепторов (сартаны) и лишь 7,07% назначают ЛП других классов (бета-блокаторы или блокаторы медленных кальциевых каналов — БКК).

При этом из ИАПФ проанкетированные врачи чаще всего выбирают периндоприл или лизиноприл (рис. 1), а из сартанов — лозартан или валсартан (рис. 2).

Из класса бета-блокаторов опрошенные врачи в подавляющем большинстве случаев выбирают бисопролол (рис. 3), а из класса БКК — амлодипин (рис. 4). Также большинство (49,74%) проанкетированных нами специалистов указали, что из группы диуретиков чаще выбирают индапамид.

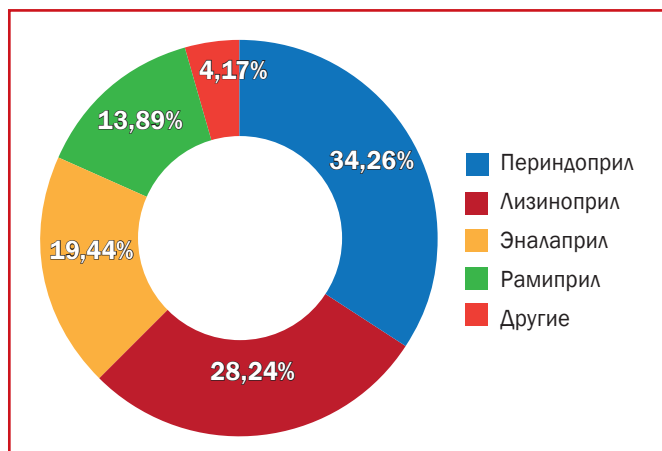


Рис. 1. Распределение предпочтений врачей при выборе ИАПФ [данные авторов] / Distribution of physicians' preferences when choosing ACEI [authors' data]

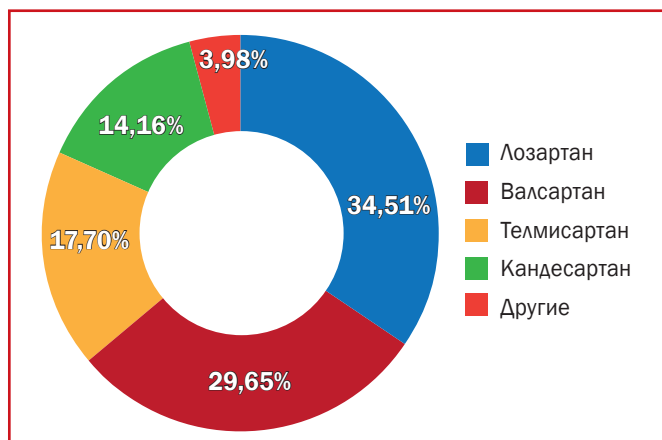


Рис. 2. Распределение предпочтений врачей при выборе БРА (сартанов) [данные авторов] / Distribution of physicians' preferences when choosing sartans [authors' data]

Ответы респондентов на вопрос: «Какая часть ваших пациентов с АГ получает два или более антигипертензивных препарата?» свидетельствовали о том, что в большинстве случаев пациенты с АГ получают комбинированную терапию (табл. 1). При этом среднее количество ЛП, которое получают пациенты одновременно, в 45,19% случаев составляло два и в 41,35% — три.

Таблица 1
Доля пациентов, получающих комбинированную терапию АГ [данные авторов] / Proportion of patients receiving combination therapy of hypertension [authors' data]

Вопрос: «Какая часть ваших пациентов с АГ получает два или более антигипертензивных препарата?»	% полученных ответов
0-20%	6,73%
21-40%	12,50%
41-60%	23,08%
61-80%	42,31%
81-100%	15,38%

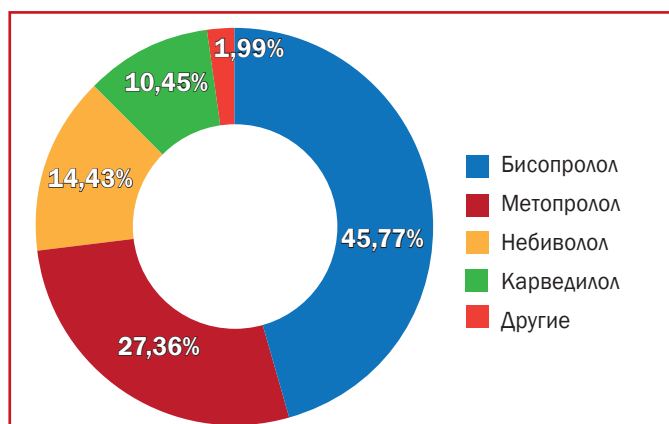


Рис. 3. Распределение предпочтений врачей при выборе бета-блокаторов [данные авторов] / Distribution of physicians' preferences when choosing beta blockers [authors' data]

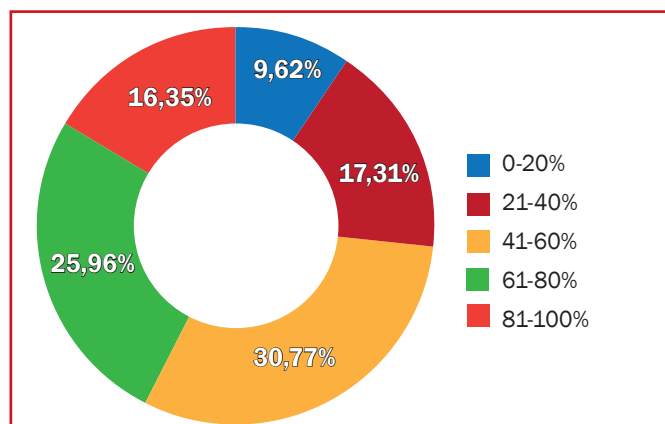


Рис. 5. Доля пациентов с АГ, которые достигают целевого уровня АД [данные авторов] / The proportion of patients with hypertension who reach the target blood pressure level [authors' data]

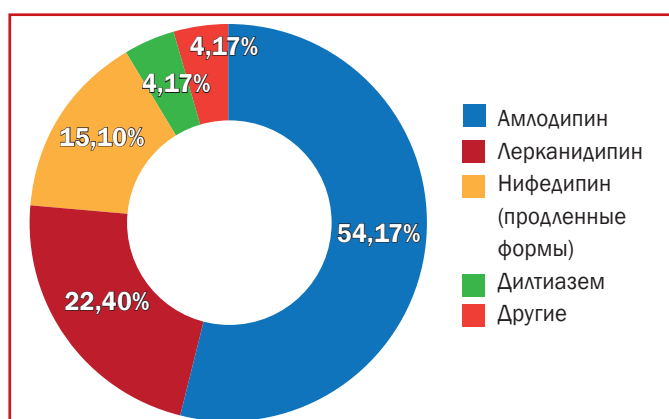


Рис. 4. Распределение предпочтений врачей при выборе блокаторов медленных кальцевых каналов [данные авторов] / Distribution of physicians' preferences when choosing calcium channel blockers [authors' data]

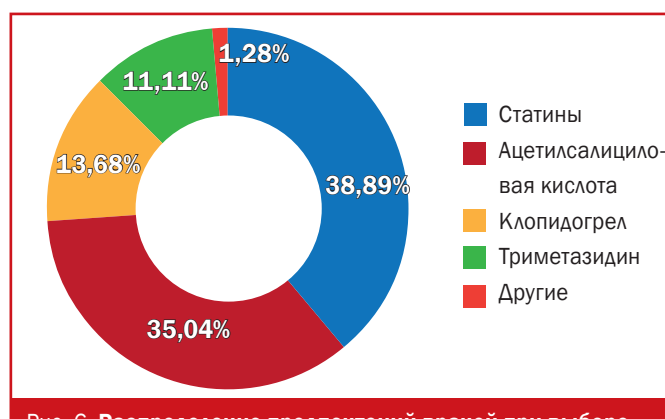


Рис. 6. Распределение предпочтений врачей при выборе ЛП для коррекции сопутствующих факторов ССР [данные авторов] / Distribution of physicians' preferences when choosing drugs for correction of cardiovascular risk factors [authors' data]

Следующий вопрос был посвящен эффективности фармакотерапии АГ. Большинство врачей указали, что половина и более пациентов с АГ через 3 месяца от начала фармакотерапии достигают целевого уровня САД менее 140 мм рт. ст. и диастолического артериального давления — менее 90 мм рт. ст. (рис. 5).

Далее была уточнена информация о том, какая часть пациентов получает ЛП для коррекции сопутствующих факторов сердечно-сосудистого риска (ССР) и какие группы ЛП назначаются с указанной целью. Анализ полученных данных показал, что подавляющее большинство респондентов назначают данные препараты пациентам (табл. 2). Чаще всего врачи используют с этой целью статины, а также ацетилсалициловую кислоту (АСК) (рис. 6).

Также 34,62% респондентов указали, что 81-100% пациентов с АГ рассчитывают скорость клубочковой фильтрации.

Последний вопрос первой анкеты был посвящен проблеме комплаентности в фармакотерапии АГ. Большинство врачей указали, что до 40% пациентов имеют плохую приверженность лекарственной терапии АГ (рис. 7).

Вторая часть исследования была посвящена изучению фармакотерапии ОКС в амбулаторной практике.

Таблица 2

Доля пациентов, получающих ЛП для коррекции сопутствующих факторов ССР [данные авторов] / Percentage of patients receiving drugs to correct concomitant cardiovascular risk factors [authors' data]

Вопрос: «Какая часть ваших пациентов с АГ получает ЛП для коррекции сопутствующих факторов ССР?»	% полученных ответов
0-20%	12,50%
21-40%	27,88%
41-60%	34,62%
61-80%	18,27%
81-100%	6,73%

Первый блок вопросов был посвящен антиагрегантной терапии в течение первого года после ОКС. При назначении препарата АСК большинство (40%) специалистов отдают предпочтение Кардиомагнилу, еще 35% выбирают Тромбо АСС® и 25% назначают Аспирин® Кардио (рис. 8). При этом в комбинации с АСК чаще всего (90% случаев) используется

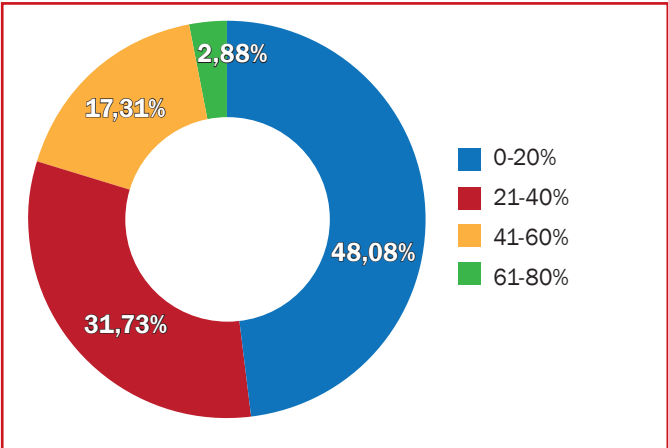


Рис. 7. Доля пациентов с плохой приверженностью лекарственной терапии [данные авторов] / Percentage of patients with low adherence to drug therapy [authors' data]

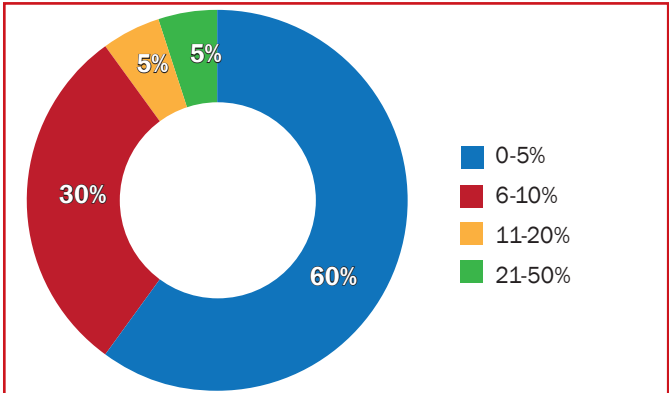


Рис. 9. Доля пациентов, у которых возникают клинические ситуации, приводящие к отмене двойной антиагрегантной терапии [данные авторов] / The proportion of patients who have clinical situations leading to the cancellation of double antiplatelet therapy [authors' data]

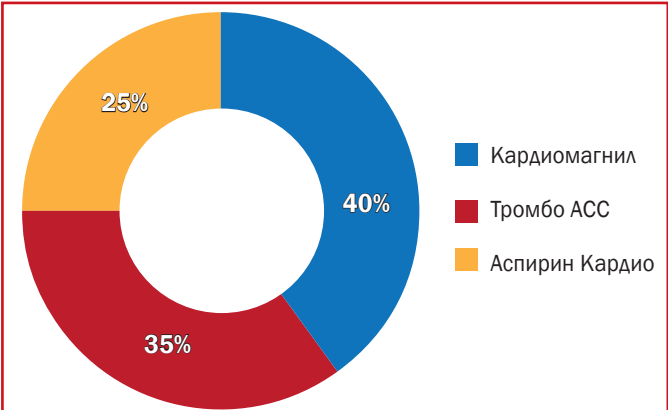


Рис. 8. Распределение предпочтений врачей при выборе препарата АСК [данные авторов] / Distribution of physicians' preferences when choosing an acetylsalicylic acid preparation [authors' data]

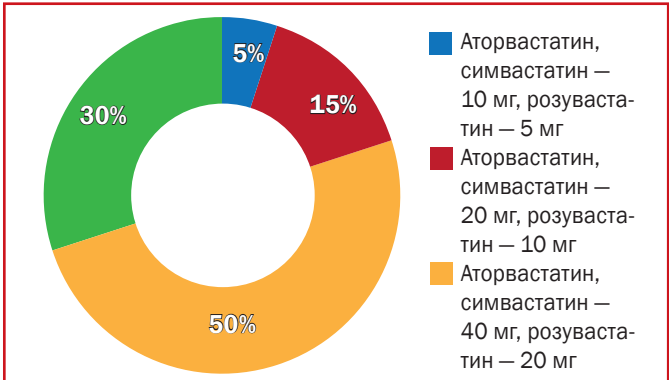


Рис. 10. Дозы липидснижающих препаратов, которые чаще всего получают пациенты в течение первого года после ОКС [данные авторов] / Doses of anti-dyslipidemic drugs that patient most often receive during the first year after acute coronary syndrome [authors' data]

клопидогрел, и еще по 5% респондентов выбирают тикагрелор или прасутрел.

При анализе ответов респондентов выявлено, что в большинстве случаев лишь у 5% и менее курируемых проанкетированными врачами пациентов возникают клинические ситуации, приводящие к отмене двойной антиагрегантной терапии в течение первого года после перенесенного ОКС (рис. 9). Такой ситуацией чаще всего является развитие геморрагического синдрома (39%), а также обострение язвенной болезни (28%) или нежелание пациента принимать антиагрегант (табл. 3).

Следующий блок вопросов был о назначении липидснижающих препаратов пациентам в течение первого года после ОКС. При анализе ответов респондентов выявлено, что 55% опрошенных врачей предпочитают использовать аторвастатин, 30% — розувастатин и еще 15% — комбинацию статина и эзетимиба. При этом половина из проанкетированных нами специалистов указали, что доза статинов чаще всего составляет 40 мг для аторвастатина и симвастатина и 20 мг для розувастатина (рис. 10).

Подавляющее число специалистов (75%) указали, что при применении липидснижающих препаратов клинические

Таблица 3	
Клинические ситуации, приводящие к отмене антиагрегантной терапии [данные авторов] / Clinical situations leading to the cancellation of antiplatelet therapy [authors' data]	
Клиническая ситуация	Частота возникновения
Развитие геморрагического синдрома	39%
Нежелание пациента принимать антиагрегант	28%
Обострение язвенной болезни	28%
Необходимость оперативного вмешательства	5%

ситуации, требующие отмены или снижения дозы ЛП, развиваются менее чем у 5% пациентов, при этом 10% врачей сообщили, что в их практике клинические ситуации, требующие отмены или снижения дозы ЛП, не встречаются. Самой частой причиной отмены липидснижающих препаратов является, по мнению наших респондентов, повышение трансаминаз (рис. 11).



Рис. 11. Клинические ситуации, приводящие к отмене или снижению дозы липидснижающих препаратов [данные авторов] / Clinical situations leading to the cancellation or reduction of the dose of anti-dyslipidemic drugs [authors' data]

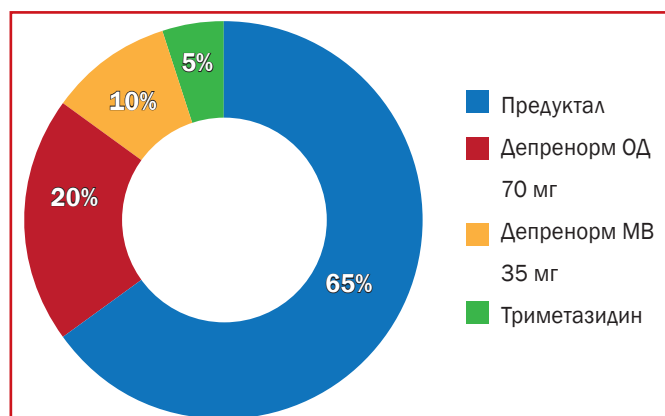


Рис. 13. Распределение предпочтений врачей при выборе препарата триметазида [данные авторов] / Distribution of physicians' preferences when choosing trimetazidine [authors' data]

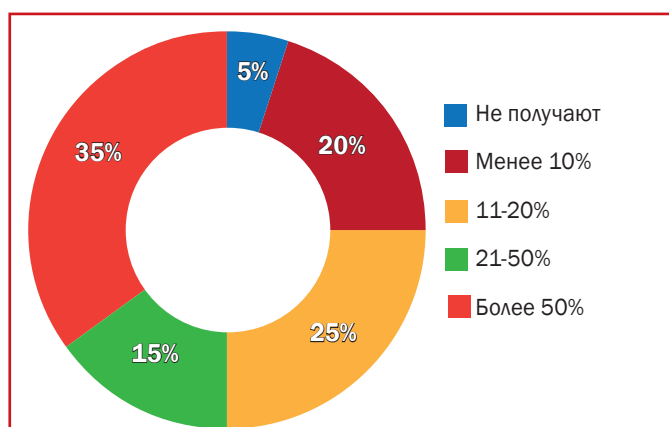


Рис. 12. Доля пациентов, получающих препараты триметазида [данные авторов] / Proportion of patients receiving trimetazidine [authors' data]

Третий блок вопросов был посвящен лечению пациентов триметазидином в течение первого года после ОКС. Ответы респондентов на вопрос: «Как часто ваши пациенты получают препараты триметазида в течение первого года после ОКС?» свидетельствовали о том, что в большинстве случаев (35%) более половины курируемых проанкетированными врачами пациентов получают данный ЛП (рис. 12). Наиболее частое показание для назначения препаратов триметазида пациентам в течение первого года после ОКС — постинфарктная стенокардия (85%). При этом 65% специалистов назначают пациентам несколько повторных курсов триметазида в течение года и 35% назначают его постоянно. Курс лечения триметазидином чаще всего (50%) составляет 3 месяца (табл. 4).

Чаще всего (65%) респонденты выбирают препарат триметазида под торговым названием Предуктал (рис. 13), а также большинство (55%) врачей указали, что суточная доза триметазида обычно составляет 80 мг, еще в 35% — 70 мг.

Обсуждение результатов

Согласно клиническим рекомендациям Российского кардиологического общества (РКО), лечение АГ необходимо проводить с помощью комбинированной терапии как

Таблица 4 Продолжительность курса терапии триметазидином [данные авторов] / Duration of trimetazidine therapy [authors' data]	
Режимы терапии	Процент респондентов
3 месяца	50%
Постоянно	35%
2 месяца курсами 2-3 раза в год	10%
11 месяцев в году	5%

минимум двумя препаратами из разных групп. Стоит отметить, что информация о преимуществах комбинированной терапии перед монотерапией в клинических рекомендациях по лечению АГ появилась не так давно. Одним из первых исследований, доказывающих это, было исследование COPE, проведенное в 2011 г. По его результатам были определены комбинации препаратов, позволяющие снизить количество побочных эффектов, летальность пациентов с АГ, а также достичь целевого АД [7].

При оценке результатов нашего опроса выяснилось, что большинство пациентов получают комбинированную терапию, при этом 6,72% респондентов ответили, что пациенты с АГ получают два и более препарата лишь в 0-20% случаев. В задачи нашего исследования не входило выяснение причин назначения монотерапии, но можно предположить, что это были пациенты с 1-й степенью АГ. Полученные нами данные согласуются с данными имеющихся публикаций. Так, подобный опрос, проведенный в Орловской области, показал, что врачи в 67% назначений при лечении АГ применяли комбинированную терапию, в составе которой чаще всего фигурировали ИАПФ, диуретики, бета-блокаторы, БКК. Также было выявлено, что в 4,7% случаев использовались нерациональные сочетания антигипертензивных средств [8]. Недавние исследования, проведенные в Курске и Кишиневе, показали, что среди бета-блокаторов препаратами выбора были кардиоселективные средства — бисопролол и метопролол. Из числа БКК лидером был длительно действующий амлодипин, хотя и короткодействующий нифедипин врачи Курска и Кишинева назначали достаточно часто (13,8%

и 11,3% соответственно). В обоих регионах недигидропиридиновые БКК (верапамил, дилтиазем) занимали равные доли в структуре назначений (24,5% в Курске, 24,1% в Кишиневе) [9].

Четверть респондентов указали, что доля пациентов с АГ, которые достигают целевого уровня АД через 3 месяца от начала фармакотерапии, составляет менее 40%. Достаточно часто опрошенные врачи назначают статины и АСК, что позволяет предположить наличие у их пациентов сопутствующих состояний — ИБС, дислипидемии. Недостаточная эффективность антигипертензивной терапии может быть связана именно с коморбидностью пациентов, что подтверждается результатами российского многоцентрового исследования: доля пациентов, достигших целевых уровней АД при ИБС, составила 8,3%, при сахарном диабете 2 типа — 4,2%, при хронической болезни почек — 7,9%, у пациентов с инсультом/транзиторной ишемической атакой в анамнезе эффективность антигипертензивной терапии была самой низкой [10]. При ответе на вопрос о комплаентности пациентов большинство врачей указали, что до 40% больных имеют плохую приверженность лекарственной терапии АГ, что коррелирует со многими исследованиями, в ходе которых было выявлено, что самыми частыми причинами низкой приверженности лечению были: «забывчивость» при приеме препаратов, боязнь побочных эффектов, потенциальный вред при приеме нескольких препаратов, высокая стоимость ЛП, отсутствие видимого эффекта терапии. Также низкая приверженность лечению отмечалась у пожилых людей, принимающих большое количество препаратов по причине коморбидности [11].

Второй блок вопросов был направлен на изучение амбулаторной тактики фармакотерапии пациентов, перенесших ОКС. Согласно клиническим рекомендациям РКО в течение первого года после ОКС рекомендовано назначение 75–100 мг АСК в сутки. По результатам анкетирования наибольшее количество врачей предпочитают назначение Кардиомагнила, что, очевидно, связано со стремлением избежать развития у пациентов эрозивно-язвенных поражений желудка на фоне приема АСК, используя гастропротекторное действие гидроксида магния [12]. Выбор большинством врачей буферных форм АСК согласуется с данными о сниженной биодоступности и выраженной вариабельности фармакокинетических показателей кишечнорастворимых форм АСК в сравнении с желудочнорастворимыми, полученными в нескольких рандомизированных клинических исследованиях [13]. Недостаточная биодоступность может обуславливать недостаточную ответную реакцию на антиагрегантную терапию, что, по мнению авторов, может быть связано с недостаточной абсорбцией в тонком кишечнике в условиях более высокой pH. Кроме того, в ходе выполнения метаанализа 6 РКИ, включавших 15 621 участника, были получены данные о том, что в большинстве исследований прием кишечнорастворимых форм АСК не оказывал защитного влияния на желудочно-кишечный тракт [14].

Также 90% респондентов отметили, что в комбинации с АСК чаще всего используют клопидогрел и лишь 5% назначают тикагрелор или прасугрел. Однако по результатам исследования PLATO было доказано преимущество использования тикагрелора перед клопидогрелом, что характеризовалось снижением частоты развития тромбоза стента у пациентов с ОКС [15]. При назначении двойной антиагрегантной терапии нередко случаи возникновения нежелательных явлений (НЯ), которые впоследствии могут стать причиной ее отмены. Большинство опрошенных врачей отметили, что у 0–10% пациентов возникают ситуации, которые приводят к отмене

двойной антиагрегантной терапии. При этом основными причинами отмены терапии было развитие геморрагического синдрома, обострение язвенной болезни, нежелание пациента принимать антиагрегант и необходимость оперативного вмешательства. Результаты исследования EPICOR-RUS также показали, что 10,1% пациентов после перенесенного инфаркта миокарда со стойкими подъемами сегмента ST на электрокардиограмме (ЭКГ) и 21,8% пациентов после инфаркта миокарда без подъема сегмента ST на ЭКГ (он же субэндокардиальный инфаркт миокарда) получали антиагрегантную терапию в недостаточном объеме. В 22% случаев причиной отмены лечения послужила финансовая составляющая, при этом количество НЯ было минимальным. У пациентов на монотерапии антиагрегантами не было зафиксировано ни одного НЯ. Однако среди пациентов, которым был проведен тромболизис, количество геморрагических осложнений составило 6,2% [16].

Согласно клиническим рекомендациям РКО одним из важных компонентов лечения пациентов, перенесших ОКС, является гиполипидемическая терапия. Рекомендуются аторвастатин в суточной дозе 40–80 мг или розувастатин в суточной дозе 20–40 мг. Половина опрошенных нами специалистов указали, что доза статинов чаще всего составляет для аторвастатина и симвастатина — 40 мг, для розувастатина — 20 мг. Также по результатам анкетирования 55% опрошенных отдали предпочтение аторвастатину, 30% — розувастатину и еще 15% — комбинации статина и эзетимиба. Однако по результатам исследования LUNAR была доказана большая эффективность розувастатина в суточной дозе 40 мг по сравнению с аторвастатином в суточной дозе 80 мг. Небольшое число назначений комбинации статина и эзетимиба, вероятно, связано с хорошей эффективностью лечения статинами. Большинство (75%) респондентов указали, что при лечении статинами необходимость отмены терапии возникает менее чем у 5% пациентов. Наиболее часто причинами служило повышение трансаминаз (56%), боль в мышцах (5%), а в 28% всех случаев пациент сам отказывался продолжать прием препаратов. Похожие результаты были получены в исследовании LUNAR. НЯ отмечались в 9,4% случаев у принимающих розувастатин в дозе 20 мг, в 14,8% случаев — розувастатин в дозе 40 мг и в 15,6% случаев — аторвастатин в дозе 80 мг. Основными причинами отмены препаратов, которая наблюдалась у менее чем 5% пациентов, были миалгия, боли в грудной клетке, не связанные с заболеванием сердца, повышенная утомляемость, у 2 пациентов наблюдалось клинически значимое повышение трансаминаз [17].

В третьем блоке вопросов, посвященном изучению частоты и показаний для назначения триметазидина, определили, что 35% опрошенных врачей назначают данный препарат более чем половине пациентов. Согласно клиническим рекомендациям РКО триметазидин может использоваться как дополнение к препаратам 1-й линии терапии при их неэффективности. По результатам исследования A. Ciarroni, R. Pizarro, J. Harrison было установлено, что у пациентов, получавших Триметазидин МВ, наблюдалось снижение ежедневных эпизодов стенокардии, улучшение переносимости физической нагрузки по сравнению с плацебо [18]. Основным показанием к назначению триметазидина у пациентов, перенесших ОКС, большинство респондентов назвали постинфарктную стенокардию, при этом 50% врачей назначают пациентам трехмесячный курс лечения препаратом, а 35% специалистов назначают его на постоянной основе. Было показано, что при использовании суточной дозы тримета-

зидина МВ 70 мг в течение 1-3 месяцев у пациентов со стабильной ИБС наблюдался выраженный антиангинальный эффект, а при применении триметазидина в дозе 60 мг/сут наблюдался антиишемический эффект препарата, сравнимый с эффектом пропранолола в дозе 120 мг/сут или нифедипина в дозе 40 мг/сут [19]. Большинство респондентов указали, что предпочитают назначать триметазидин под торговым названием Предуктал. По результатам исследования ЭТАЛОН было доказано преимущество назначения оригинального препарата триметазидина перед дженериками. При замене дженериков на Предуктал МВ в суточной дозе 70 мг частота ангинозных болей уменьшилась на 63%, а количество таблеток нитроглицерина, необходимое для купирования боли, снизилось на 65% [20].

Заключение

Анализ результатов проведенного анкетирования показал, что, несмотря на требование к назначению комбинированной терапии АГ, прописанное в клинических рекомендациях РКО, доля пациентов, получающих нерациональную комбинацию препаратов, достаточно велика. Наблюдается прямо пропорциональная зависимость между ростом числа получающих монотерапию АГ и не достигших целевых значений АД в течение 3 месяцев лечения. Однако на это также могут оказывать влияние тяжелое течение АГ у коморбидных пациентов и низкая приверженность лечению.

Большинство врачей назначают пациентам, перенесшим ОКС, буферные формы АСК. При назначении двойной антиагрегантной терапии респонденты чаще всего предпочитают использовать комбинацию АСК и клопидогрела, хотя согласно данным литературы большая эффективность была зафиксирована при использовании тикагрелора. При этом у пациентов, получающих двойную антиагрегантную терапию, довольно редко фиксировались НЯ, чаще всего это были геморрагические осложнения. При назначении пациентам, перенесшим ОКС, статинов предпочтение отдавалось аторвастатину, несмотря на высокую эффективность и преимущества розувастатина. Причиной прекращения приема статинов чаще всего было повышение трансаминаз. Большинство опрошенных врачей в качестве дополнительной терапии пациентов с постинфарктной стенокардией предпочитают использование триметазидина под торговым названием Предуктал для купирования ангинозных болей. ■

Вклад авторов:

Авторы внесли равный вклад на всех этапах работы и написания статьи.

Contribution of authors:

All authors contributed equally to this work and writing of the article at all stages.

Литература/References

1. Бойцов С. А., Баланова Ю. А., Шальнова С. А. и др. Артериальная гипертония среди лиц 25–64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014; 4 (13): 4–14. DOI 10.15829/1728-8800-2014-4-4-14. EDN SLQTRD.
[Boytsov S. A., Balanova Yu. A., Shal'nova S. A. i dr. AArterial hypertension among persons 25–64 years old: prevalence, awareness, treatment and control. Based on ESSE research materials. Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. 2014; 4 (13): 4–14. DOI 10.15829/1728-8800-2014-4-4-14. EDN SLQTRD. (In Russ.)]
2. Ford E. S., Ajani U. A., Croft J. B., Critchley J. A., Labarthe D. R., Kottke T. E., Giles W. H., Capewell S. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980–2000. N Engl J Med. 2007; 356 (23): 2388–2398. DOI: 10.1056/NEJMsa053935. PMID: 17554120.
3. Janion M., Kurzawski J. Przebieg kliniczny i rokowanie u pacjentów z powtórnyim zawałem serca [Clinical course and long-term prognosis in patients with recurrent myocardial infarction]. Pol Arch Med Wewn. 2000; 103 (1–2): 53–59.
4. Пучиньян Н. Ф., Довгалецкий Я. П., Долотовская П. В., Фурман Н. В. Приверженность рекомендованной терапии больных, перенесших острый коронарный синдром, и риск развития сердечно-сосудистых осложнений в течение года после госпитализации. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2011; 5 (7): 567–573. EDN OPQEVJ.
[Puchin'yan N. F., Dovgalevskiy YA. P., Dolotovskaya P. V., Furman N. V. Adherence to recommended therapy in patients who have suffered acute coronary syndrome and the risk of developing cardiovascular complications within a year after hospitalization. Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii. 2011; 5 (7): 567–573. EDN OPQEVJ. (In Russ.)]
5. Оценкова Е. В., Исаева Л. Г. Низкая приверженность больных артериальной гипертензией к лечению: подходы к ее улучшению. Атмосфера. Новости кардиологии. 2003; 3: 33–36.
[Oshchepkova Ye. V., Isayeva L. G. Low adherence of patients with arterial hypertension to treatment: approaches to its improvement. Atmosfera. Novosti kardiologii. 2003; 3: 33–36. (In Russ.)]
6. Багликов А. Н., Рафальский В. В. Практика применения антиагрегантов в терапии острого коронарного синдрома на амбулаторном этапе [Текст]. Сборник материалов Московского международного форума кардиологов, г. Москва, 2013. С. 24.
[Baglikov A. N., Rafal'skiy V. V. Practice of using antiplatelet agents in the treatment of acute coronary syndrome at the outpatient stage [Text]. Sbornik materialov Moskovskogo mezhdunarodnogo foruma kardiologov, g. Moskva, 2013. P. 24. (In Russ.)]
7. Matsuzaki M., Ogihara T., Umemoto S., et al. Prevention of cardiovascular events with calcium channel blocker-based combination therapies in patients with hypertension: a randomized controlled trial. J Hypertens. 2011; 29 (8): 1649–1659. DOI: 10.1097/HJH.0b013e328348345d.
8. Швец Г. И., Поветкин С. В. Фармакоэпидемиологические аспекты приверженности врачей лечебно-профилактических учреждений Орла назначению антигипертензивных препаратов. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2008; 1 (4): 6–9. EDN JSGFTH.
[Shvets G. I., Povetkin S. V. Pharmacoepidemiological aspects of the adherence of doctors in Orel medical institutions to the prescription of antihypertensive drugs. Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii. 2008; 1 (4): 6–9. EDN JSGFTH. (In Russ.)]
9. Поветкин С. В., Левашова О. В., Гикавый В. И. и др. Сравнительная фармакоэпидемиологическая оценка назначения антигипертензивных препаратов в амбулаторной практике г. Курска и г. Кишинева. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2018; 3 (14): 402–407. DOI 10.20996/1819-6446-2018-14-3-402-407. EDN XTFHXV.
[Povetkin S. V., Levashova O. V., Gikavyi V. I. i dr. Comparative pharmacoepidemiological assessment of the prescription of antihypertensive drugs in outpatient practice in Kursk and Chisinau. Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii. 2018; 3 (14): 402–407. DOI 10.20996/1819-6446-2018-14-3-402-407. EDN XTFHXV. (In Russ.)]
10. Недогода С. В., Сабанов А. В. Достижение целевого артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией на фоне антигипертензивной терапии в условиях реальной клинической практики. Российский кардиологический журнал. 2018; 11 (23): 100–109. DOI 10.15829/1560-4071-2018-11-100-109. EDN YPHUOD.
[Nedogoda S. V., Sabanov A. V. Achieving target blood pressure in patients with arterial hypertension during antihypertensive therapy in real clinical practice. Rossiyskiy kardiologicheskii zhurnal. 2018; 11 (23): 100–109. DOI 10.15829/1560-4071-2018-11-100-109. EDN YPHUOD. (In Russ.)]

11. Соколова Н. Ю. Приверженность к терапии у пациентов со стабильной ИБС после различных реваскуляризирующих операций. Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2019; 1 (12): 25-30. DOI: 10.17116/kardio20191201125. EDN GFJWZR.
[Sokolova N. Yu. Adherence to therapy in patients with stable coronary artery disease after various revascularization operations. Kardiologiya i serdechno-sosudistaya khirurgiya. 2019; 1 (12): 25-30. DOI: 10.17116/kardio20191201125. EDN GFJWZR. (In Russ.)]
12. Шилов А. М., Мельник М. В., Сиротина И. Л. Профилактика тромбозов и тромбоэмболий при терапевтических и хирургических заболеваниях. РМЖ. 2004; 9: 519.
[Shilov A. M., Mel'nik M. V., Sirotnina I. L. Prevention of thrombosis and thromboembolism in therapeutic and surgical diseases. RMZh. 2004; 9: 519. (In Russ.)]
13. Dei Cas M., Rizzo J., Scavone M., Femia E., Podda G. M., Bossi E., et al. In-vitro and in-vivo metabolism of different aspirin formulations studied by a validated liquid chromatography tandem mass spectrometry method. Sci Rep. 2021; 11 (1): 10370. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-89671-w>.
14. Kedir H.M., Sisay E.A., Abiye A. A. Enteric-Coated Aspirin and the Risk of Gastrointestinal Side Effects: A Systematic Review. Int J Gen Med. 2021; 14: 4757-4763. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S326929>.
15. Сравнение частоты развития тромбоза стента при использовании тикагрелора и клопидогрела у больных с острым коронарным синдромом: результаты запланированного анализа данных об участниках исследования PLATO (Study of Platelet Inhibition and Patient Outcomes). Доказательная кардиология (электронная версия). 2013; (3): 29-36. Evidence-based Cardiology. 2013; (3): 29-36. (In Russ.)
[Comparison of the incidence of stent thrombosis with the use of ticagrelor and clopidogrel in patients with acute coronary syndrome: results of a planned analysis of data from participants in the PLATO study (Study of Platelet Inhibition and Patient Outcomes). Evidence-based cardiology (electronic version). 2013; (3): 29-36. Evidence-based Cardiology. 2013; (3): 29-36. (In Russ.)]
16. Хомицкая Ю. В., Аверков О. В., Руда М. Я. Долгосрочное наблюдение за подходами к антитромботической терапии у российских пациентов с острым коронарным синдромом: обсервационное исследование (EPICOR-RUS). Неотложная кардиология. 2017; 2: 23-36. EDN ZBHAFFV.
[Khomitskaya Yu. V., Averkova O. V., Ruda M. Ya. Long-term observation of approaches to antithrombotic therapy in Russian patients with acute coronary syndrome: an observational study (EPICOR-RUS). Neotlozhnaya kardiologiya. 2017; 2: 23-36. EDN ZBHAFFV. (In Russ.)]
17. Сравнительная эффективность гиполипидемического действия розувастатина и atorvastatina у больных с острым коронарным синдромом: результаты открытого рандомизированного клинического исследования LUNAR (Limiting Undertreatment of Lipids in Acute Coronary Sy. Доказательная кардиология (электронная версия). 2012; (2): 15-21. Evidence-based Cardiology. 2012; (2): 15-21. (In Russ.)
[Comparative effectiveness of the lipid-lowering effect of rosuvastatin and atorvastatin in patients with acute coronary syndrome: results of the open randomized clinical trial LUNAR (Limiting Undertreatment of Lipids in Acute Coronary Sy. Evidence-based Cardiology (electronic version). 2012; (2): 15-21. Evidence-based Cardiology. 2012; (2): 15-21. (In Russ.)]
18. Ciapponi A., Pizarro R., Harrison J. Trimetazidine for stable angina. Cochrane Database Syst Rev. 2005; (4): CD003614. Published 2005 Oct 19. DOI: 10.1002/14651858.CD003614.pub2.
19. Detry J. M., Sellier P., Pennaforte S., Cokkino D., Dargie H., Mathes P. Trimetazidine: a new concept in the treatment of angina. Comparison with propranolol in patients with stable angina. Trimetazidine European Multicenter Study Group. Br J Clin Pharmacol. 1994; 37 (3): 279-288. DOI: 10.1111/j.1365-2125.1994.tb04276.x).
20. Фендрикова А. В., Скибицкий В. В. Эффективность оригинального препарата триметазидина МВ у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца и сохраняющимися на фоне применения генериков триметазидина приступами стенокардии (исследование ЭТАЛОН). Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011; 4 (10): 96-100. DOI: 10.15829/1728-8800-2011-4-96-100. EDN NUBZLJ.
[Fendrikova A. V., Skibitskiy V. V. Efficacy of the original drug trimetazidine MB in patients with stable coronary heart disease and angina attacks that persist during the use of generic trimetazidine (ETALON study). Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. 2011; 4 (10): 96-100. DOI: 10.15829/1728-8800-2011-4-96-100. EDN NUBZLJ. (In Russ.)]

Сведения об авторах:

Крюкова Надежда Олеговна, к.м.н., доцент кафедры фундаментальной медицины Института медицины и наук о жизни Балтийского федерального университета имени Иммануила Канта; krukovano@yandex.ru

Филимонкина Юлия Александровна, ассистент кафедры терапии Института медицины и наук о жизни Балтийского федерального университета имени Иммануила Канта; j.filimonkina@mail.ru

Михайлова Лариса Викторовна, к.м.н., доцент кафедры терапии Института медицины и наук о жизни Балтийского федерального университета имени Иммануила Канта; mihalysa@mail.ru

Курт-Коваленко Екатерина Викторовна, ассистент кафедры терапии Института медицины и наук о жизни Балтийского федерального университета имени Иммануила Канта; ekaterina.kurt.kovalenko@gmail.com

Рафальский Владимир Витальевич, д.м.н., профессор кафедры терапии Института медицины и наук о жизни Балтийского федерального университета имени Иммануила Канта; v.rafalskiy@mail.ru

Декенова Жанель, студентка 4-го курса Института медицины и наук о жизни Балтийского федерального университета имени Иммануила Канта; gandek601@gmail.com

Information about the authors:

Nadezhda O. Kryukova, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Fundamental Medicine of the Institute of Medicine and Life Sciences at the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education Immanuel Kant Baltic Federal University; 14 Alexander Nevsky Str., Kaliningrad, 236041, Russia; krukovano@yandex.ru

Yuliya A. Filimonkina, Assistant of the Department of Therapy of the Institute of Medicine and Life Sciences at the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education Immanuel Kant Baltic Federal University; 14 Alexander Nevsky Str., Kaliningrad, 236041, Russia; j.filimonkina@mail.ru

Larisa V. Mikhailova, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Department of Therapy of the Institute of Medicine and Life Sciences at the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education Immanuel Kant Baltic Federal University; 14 Alexander Nevsky Str., Kaliningrad, 236041, Russia; mihalysa@mail.ru

Ekaterina V. Kurt-Kovalenko, Assistant of the Department of Therapy of the Institute of Medicine and Life Sciences at the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education Immanuel Kant Baltic Federal University; 14 Alexander Nevsky Str., Kaliningrad, 236041, Russia; ekaterina.kurt.kovalenko@gmail.com

Vladimir V. Rafalskiy, Dr. of Sci. (Med.), Professor of the Department of Therapy of the Institute of Medicine and Life Sciences at the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education Immanuel Kant Baltic Federal University; 14 Alexander Nevsky Str., Kaliningrad, 236041, Russia; v.rafalskiy@mail.ru

Zhanel Dekenova, 4th-year student of the Institute of Medicine and Life Sciences at the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education Immanuel Kant Baltic Federal University; 14; gandek601@gmail.com

Поступила/Received 10.10.2023

Поступила после рецензирования/Revised 04.11.2023

Принята в печать/Accepted 10.11.2023