

## ДИСЛИПИДЕМИИ: СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ВРАЧЕЙ О ЦЕЛЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЯХ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

<sup>1</sup>Сушинский В.Э., <sup>2</sup>Авраменко В.В., <sup>3</sup>Войтов В.В.

<sup>1</sup>УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup>УЗ «4-я ЦГКП», г. Минск, Республика Беларусь

<sup>3</sup>УЗ «39-я ГКП», г. Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) вносят основной вклад в формирование структуры причин смертности населения. Развитие ССЗ связано с проведением мер их профилактики, своевременным выявлением, а также с немедикаментозной и медикаментозной коррекцией факторов риска их возникновения и прогрессирования.

**Введение.** Дислипидемия в настоящее время рассматривается как один из наиболее важных факторов риска ССЗ. Повышение риска смерти от атеросклеротических ССЗ, и прежде всего от ИБС тесно связано с высоким уровнем холестерина и его фракций. При этом среди показателей характеризующих липидный обмен особое внимание уделяют уровню холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП). По данным научных исследований выявлено, что повышение холестерина на каждый 1 ммоль/л более нормальных значений приводит к увеличению риска смерти от ССЗ или нефатального инфаркта миокарда на 45%. Показатели липидного спектра, позволяющие в наибольшей степени снижать риск развития ССЗ определены как целевые показатели. Получение новейших научных данных последних лет приводили к неоднократному пересмотру показателей липидного обмена, характеризующих максимальное снижение риска развития ССЗ и их осложнений. Целевые уровни ХС ЛПНП и другие показатели значительно различаются в зависимости от риска развития осложнений ССЗ. Однако во всех группах только достижение целевых цифр ХС ЛПНП позволяет получить оптимальный результат, значительно снизить риск осложнений. С учетом наличия корреляции между снижением уровня ХС ЛПНП и частоты сердечно-сосудистых осложнений концепция гиполипидемической терапии не редко сегодня представляется как - «чем ниже уровень ХС ЛПНП, тем лучше». В тоже время ряд исследований указывают на невысокую частоту достижения целевого уровня ХС ЛПНП у пациентов в клинической практике, особенно у пациентов высокого и очень высокого риска осложнений. Причин недостижения целевых показателей липидного обмена может быть много, однако важно чтобы медицинские работники владели современной информацией о причинах развития дислипидемий, о целевых показателях липидного спектра крови, возможностях их достижения.

**Цель.** По результатам анкетирования врачей определить уровень знаний врачей о целевых уровнях ХС ЛПНП, установить основные причины недостижения целевых показателей ХС ЛПНП у пациентов с дислипидемией.

**Материалы методы.** Проведено on-line анкетирование 839 врачей, из которых 548 (65,3%) составили врачи общей практики (ВОП), 145 (17,3%) врач-терапевты, 57 (6,8%) врачи-кардиологи, 16 (1,9%) врачи-эндокринологи. Средний возраст врачей специалистов составил  $39,34 \pm 0,21$  лет. Вторую квалификационную категорию имели 277 (33%) врачей, 258 (30,8%) опрошенных врачей имели первую квалификационную категорию, 63 (7,5%) – высшую категорию; не имел категорию – 241 (28,7%) врач-специалист.

**Результаты.** При анализе результатов анкетирования установлено, что практически все врачи (98,6%) считают дислипидемию актуальной проблемой клинической практики, определяющей прогноз для многих пациентов. При этом только 67,7% правильно указали актуальный в настоящее время целевой уровень ХС ЛПНП у пациентов очень высокого риска осложнений – менее 1,4 ммоль/л. Целевой уровень ХС ЛПНП у пациентов очень высокого риска осложнений – менее 1,8 ммоль/л указало 14,5% врачей; менее 2,5 ммоль/л указало 4,2% врачей; Уровень ХС ЛПНП менее 1,0 ммоль/л рекомендуемый в настоящее время как целевой у пациентов экстремального риска указало 13,6% анкетированных врачей.

Сердечно-сосудистые заболевания принято относить к возрастассоциированной патологии. Именно у пациентов пожилого и старческого возраста ССЗ встречаются значительно чаще чем у молодых пациентов. По данным исследования STEPS 2020 с возрастом увеличивается частота и дислипидемии. То есть знания о проблеме дислипидемий у пациентов старших возрастных групп имеют первостепенное значение. По результатам анкетирования целевым уровнем ХС ЛПНП у пациентов пожилого и старческого возраста очень высокого риска осложнений менее 1,4 ммоль/л указали 51,7% анкетированных врачей.

По данным анкетирования 76,9% опрошенных врачей сразу назначают статины у пациентов дислипидемией и артериальной гипертензией. Среди важнейших причин, сдерживающих от назначения статинов врачи указали: 13,5% – «возможные нежелательные реакции», «увеличение количества таблеток, которые пациент будет принимать» – 10,8%; «увеличение стоимости схемы терапии» – 7,9%; «нагрузка на печень» – 6,4%. Другие, в целом традиционные «мифы» статинотерапии представлены менее 3 % ответов, однако они отличались большим разнообразием. Например в ответах на вопрос что сдерживает от назначения статинов указывались такие причины для неназначения статинов – «сильные разногласия научных данных», «отдаленные последствия терапии», «необходимость установления перед назначением атеросклероза брахиоцефальных артерий, беременности», «молодой возраст»,

«низкая переносимость статинов», «повышение ферментов», «негативное отношение пациентов к терапии», «неготовность пациентов принимать их постоянно», «необходимость начинать с диеты» и другие.

По результатам анкетирования установлено, что важнейшими причинами недостижения целевых уровней ХС ЛПНП по мнению врачей являются (допускалось несколько вариантов ответа): 79,3% – низкая приверженность пациентов к лечению гиперхолестеринемии, 79% – несоблюдение пациентами рекомендаций по изменению образа жизни, 70,6% – мифы о вредности и опасности терапии статинами, 42% – редкое назначение врачами комбинированной терапии (эзетимиб со статином), 36,8% – использование минимальных доз статинов (например, розувастатин 5 мг), 34,1% – редкое использование максимальных доз статинов (например, розувастатин 40 мг), 25,3% – врачебная инертность, 23,7% – предпочтительное использование пациентами БАДов, 11% – плохая переносимость статинов в высоких дозах.

При недостижении целевого ХС ЛПНП 53,6% врачей добавляют эзетимиб к статину, 34,3% врачей – увеличивают дозировку статина до максимальной суточной, 6% – предлагают принимать  $\omega$ -3 полиненасыщенные жирные кислоты, 2,6% – переводят пациента на эзетимиб, 1% – отменяют статин «зачем зря мучать пациента».

Большой интерес могут представлять результаты, отражающие представления об «особых» принципах лечения пациентов старших возрастных групп. Так 86,5% врачей считают, что статины у лиц старших возрастных групп увеличивают продолжительность жизни. При этом считают, что у лиц с ИБС пожилого возраста должны назначаться статины – 96,9% врачей, а у лиц с ИБС старческого возраста только 76,2%.

**Выводы.** Отмечено недостаточные знания врачей о целевых уровнях показателей характеризующих липидный обмен – ХС ЛПНП. По мнению врачей причины недостижения целевых уровней ХС ЛПНП связаны с моделью поведения пациентов. Выявлены многочисленные факторы определяющие недостижение целевых показателей ХС ЛПНП в клинической практике. Наиболее современную стратегию – назначение комбинированной терапии статинов с эзетимибом - предпочитают лишь немногим более половины врачей. Требуется дальнейшее совершенствование принципов ведения пациентов с дислипидемией особенно в гериатрической практике. Достижение целевых показателей ХС ЛПНП является ключевым фактором снижения риска осложнений сердечно-сосудистых заболеваний.