

УДК 616.005-8

DOI 10.17802/2306-1278-2018-7-4-77-83

СТАТИНОТЕРАПИЯ ПОСЛЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА: УРОКИ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

С.П. Подольная¹✉, О.Ю. Кореннова¹, Л.В. Шукиль², Е.П. Приходько¹, В.С. Булахова²

¹Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический кардиологический диспансер», ул. Лермонтова, 41, Омск, Российская Федерация, 644024; ²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Ленина, 12, Омск, Российская Федерация, 644099

Основные положения

• Данное исследование выявило низкую приверженность врачей как на стационарном, так и на амбулаторном этапах к актуальным клиническим рекомендациям по дислипидемии в части соблюдения объемов и сроков контроля эффективности и безопасности статинотерапии.

Цель

Провести анализ эффективности статинотерапии больных после острого коронарного синдрома в реальной клинической практике для разработки способа контроля качества ведения пациентов.

Материалы и методы

Методом сплошной выборки в исследование включены 255 пациентов, перенесших острый коронарный синдром и стентирование инфаркт-зависимой коронарной артерии, наблюдавшихся у врачей-кардиологов 12 месяцев после события и получавших аторвастатин в дозе от 20 мг в рамках реализации «Государственной программы Омской области "Развитие здравоохранения Омской области"» в части бесплатного лекарственного обеспечения (Программа) – группа контроля. Группу сравнения составили 112 пациентов после острого коронарного синдрома со стентированием инфаркт-зависимой коронарной артерии, не включенных в Программу, получавших статины в рамках назначений врачей-терапевтов в поликлиниках по месту жительства. Проанализированы выписки из историй болезни и медицинские карты амбулаторных больных для оценки данных клинических и лабораторных исследований пациентов, реальной клинической практики статинотерапии. Проведен экспертный анализ реальной клинической практики назначения статинов, контроля их эффективности и безопасности по отношению к актуальным клиническим рекомендациям по дислипидемии. Разработан и внедрен способ улучшения качества терапии статинами. Материал обработан с использованием методов биометрической статистики.

Результаты

Выявлена низкая приверженность врачей-кардиологов (группа контроля) и врачей-терапевтов (группа сравнения) к актуальным клиническим рекомендациям по дислипидемии. Не соблюдались объемы и сроки контроля эффективности и безопасности статинотерапии. Отсутствие назначения высоких доз статинов было не обосновано. Это привело к достижению через 12 месяцев наблюдения целевых значений холестерина липопротеидов низкой плотности (менее 1,8 ммоль/л) лишь у 9,8% пациентов в группе контроля и у 3,6% пациентов в группе сравнения ($p = 0,096$).

Заключение

Низкая приверженность врачей к актуальным клиническим рекомендациям по дислипидемии обусловила необходимость разработки способа контроля качества ведения пациентов в течение 12 месяцев после острого коронарного синдрома.

Ключевые слова

Острый коронарный синдром • Стентирование коронарных артерий • Эффективность и безопасность статинотерапии

Поступила в редакцию: 11.09.18; поступила после доработки: 15.10.18; принята к печати: 02.11.18

STATIN THERAPY AFTER ACUTE CORONARY SYNDROME: LESSONS OF REAL CLINICAL PRACTICE

S.P. Podolnaya¹✉, O.Ju. Korennova¹, L.V. Shukil², E.P.Prihodko¹, V.S. Bulahova²

Для корреспонденции: Подольная Светлана Павловна, e-mail: podolnayasvetlana@mail.ru; адрес: 644024, Россия, г. Омск, ул. Лермонтова, 41

Corresponding author: Podolnaya Svetlana P., e-mail: podolnayasvetlana@mail.ru; address: Russian Federation, 644024, Омск, 41, Lermontova St.

¹Budgetary Healthcare Institution of the Omsk Region “Clinical Cardiological Dispensary”, 41, Lermontova St., Omsk, Russian Federation, 644024; ²Omsk State Medical University, 12, Lenina St., Omsk, Russian Federation, 644099

Highlights

- Healthcare professionals in the in-hospital and outpatient settings have low adherence to recent guidelines on the management of dyslipidemia, particularly on the treatment regimen of statin therapy, its efficacy and safety.

Aim

To evaluate the efficacy of statin therapy in patients with acute coronary syndrome in real clinical practice and to develop the monitoring of the quality of patients' management.

Methods

255 patients with acute coronary syndrome who have undergone stenting of the infarct-related coronary artery were included in the study using the continuous sampling method. The follow-up period was 12 months. All the patients received atorvastatin at a dose of 20 mg were included in the «Omsk Segion State Program» (Program) – the control group. The comparison group consisted of 112 patients with acute coronary syndrome who have undergone the stenting of the infarct-related coronary artery, but who were not included in the Program and were routinely prescribed statins by general practitioners in the outpatient settings. Medical record abstracts and outpatient medical records were analyzed to estimate prescribed statin therapy regimens and clinical and laboratory findings. The experts analyzed real clinical practice of statin prescription and monitored its efficacy and safety according to the recent guidelines on dyslipidemia. A novel method for improving the quality of statin therapy has been developed and introduced. Statistical analysis was processed using biometric statistical methods.

Results

We found that cardiologists (control group) and general practitioners (comparison group) had low adherence to the current guidelines on dyslipidemia. The efficacy and safety of statin therapy regimens and duration were not monitored. Only 9.8% of patients in the control group and 3.6% of the patients in the comparison group achieved the target levels of low-density lipoprotein cholesterol (less than 1.8 mmol/l) within the 12-month follow-up ($p = 0.096$).

Conclusion

Healthcare professionals' low adherence to the current guidelines on dyslipidemia led to the need to develop the monitoring of the quality of patients' management within 12 months after acute coronary syndrome.

Keywords

Acute coronary syndrome • Stenting of the coronary arteries • Efficacy and safety of statin therapy

Received: 11.09.18; received in revised form: 15.10.18; accepted: 02.11.18

Список сокращений

АЛТ	– аланиновая аминотрансфераза	Программа	– «Государственная программа Омской области «Развитие здравоохранения Омской области»
БУЗОО «ККД»	– Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический кардиологический диспансер»	РКП	– реальная клиническая практика
КФК	– креатинфосфокиназа	ХС ЛПНП	– холестерин липопротеидов низкой плотности
ОКС	– острый коронарный синдром		

Введение

По данным мировой и российской статистики, ежегодно до 19% пациентов после реваскуляризации миокарда по поводу острого коронарного синдрома (ОКС) переносят повторный инфаркт миокарда с летальностью около 50% [1]. Это происходит, в том числе, в результате низкой приверженности пациентов к жизненноспасающей терапии: 65% больных нерегулярно принимают двойную антиагрегантную терапию либо

отказываются от нее преждевременно наряду с отсутствием достижения целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) на фоне неадекватной статинотерапии [2]. Раннее назначение статинов после ОКС с достижением целевого уровня ХС ЛПНП значительно снижает риск повторных сердечно-сосудистых осложнений (ишемический инсульт, повторный ОКС, внезапная смерть) [3–6]. При этом, согласно данным реальной клинической

практики (РКП), например, регистра ОКС «РЕКОРД-3», лишь для 19% пациентов было выполнено 75% руководств по ведению пациентов с ОКС без подъема сегмента ST, а госпитальная летальность у пациентов, относящихся к группе «плохого» лечения была достоверно выше, чем у пациентов с «хорошим» лечением – 3,7 против 1,0% [7].

Поэтому экспертный анализ данных РКП статинотерапии в части следования врачей положениям клинических руководств на региональном уровне позволит улучшить качество ведения целевых групп пациентов.

Цель: провести анализ эффективности статинотерапии больных после острого коронарного синдрома в реальной клинической практике для разработки способа контроля качества ведения пациентов.

Задачи:

1. Провести фармако-эпидемиологическое исследование статинотерапии у пациентов в течение 12 месяцев после ОКС и стентирования инфаркт-зависимой коронарной артерии.

2. Оценить соответствие РКП назначения статинов, контроля их эффективности и безопасности у пациентов в течение 12 месяцев после ОКС и стентирования инфаркт-зависимой коронарной артерии актуальным клиническим рекомендациям по дислипидемии.

3. Предложить способ использования данных РКП для обоснования необходимости жесткого контроля назначения статинов, эффективности и безопасности статинотерапии у пациентов в течение 12 месяцев после ОКС и стентирования инфаркт-зависимой коронарной артерии.

Материал и методы

В соответствии с поставленной целью и задачами проведено открытое, наблюдательное, ретроспективное исследование с элементами эпидемиологического исследования типа «случай-контроль». Объектами исследования являлись пациенты, выписанные из стационаров под наблюдение врачей-кардиологов или врачей-терапевтов по поводу ОКС и стентирования инфаркт-зависимой коронарной артерии, а также реальная клиническая тактика назначения статинов, контроля их эффективности и безопасности в течение 12 месяцев наблюдения. Исследование было проведено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинкской декларации.

С 1 июля 2015 г. по 31 декабря 2016 г. на базе бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клинический кардиологический диспансер» (БУЗОО «ККД») была реализована «Государственная программа Омской области "Развитие здравоохранения Омской области"» [8] в части лекарственного обеспечения ацетилсалициловой кислотой, клопидогрелом и аторвастатином пациентов, перенесших рентгенэндоваскулярные вмешательства на

коронарных сосудах по поводу ОКС (Программа).

В Программу включались пациенты при условии соответствия нижеперечисленным критериям:

1) стентирование инфаркт-зависимой коронарной артерии по поводу ОКС;

2) обращение в поликлинику БУЗОО «ККД» не позднее 3 дней после выписки из стационара;

3) отсутствие права на получение мер социальной поддержки по обеспечению лекарственными препаратами для медицинского применения в соответствии с федеральным законодательством, за исключением лиц, перенесших инфаркт миокарда;

4) добровольное информированное согласие на участие в Программе.

В Программе приняли участие 255 пациентов (в соответствии с бюджетным финансированием), которые наблюдались у врача-кардиолога БУЗОО «ККД» 12 месяцев после события и получали аторвастатин (Аторис, ООО «КРКА ФАРМА», по результатам закупки) в дозе от 20 мг, и методом сплошной выборки были включены в исследование – группа контроля.

Пациенты, не отвечавшие критериям включения в Программу, после выписки из стационара по поводу ОКС и стентирования инфаркт-зависимой коронарной артерии наблюдались у врачей-терапевтов по месту жительства и в соответствии с рекомендациями врачей получали лекарства, в том числе статины, в условиях льготного лекарственного обеспечения по основному заболеванию (федеральные или региональные льготники) или приобретали статины за счет личных средств. При этом в медицинских картах в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 20 декабря 2012 г. № 1175н [9] лекарственные средства были указаны по международному непатентованному наименованию, а при его отсутствии – группировочному наименованию.

В рамках осуществления кураторской деятельности поликлиники БУЗОО «ККД» были проанализированы 112 выписок из историй болезни и медицинских карт амбулаторных пациентов (все пациенты, не включенные в Программу), наблюдавшихся у врачей-терапевтов в поликлиниках по месту жительства в течение 12 месяцев после стентирования инфаркт-зависимой коронарной артерии по поводу ОКС – группа сравнения.

Клиническая характеристика пациентов групп контроля и сравнения составлена путем изучения возрастнo-половых данных и выкопировки данных из медицинских документов о распространенности основных факторов риска прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний.

Средний возраст пациентов группы контроля составил 59,5±9,7 лет, мужчин было 76,4%. Инфаркт миокарда перенесли 93,1%, нестабильную стенокардию – 6,9% пациентов. В анамнезе 88,6% имели артериальную гипертензию, 5,9% – сахарный диабет 2-го типа, 9,4% – фибрилляцию предсердий.

По клиническим характеристикам группа сравнения была сопоставима с группой контроля: средний возраст составил $62,8 \pm 9,2$ года ($p = 0,523$); мужчин было $73,2\%$ ($p = 0,626$); $92,8\%$ пациентов имели артериальную гипертензию ($p = 0,323$), $4,46\%$ – сахарный диабет 2-го типа ($p = 0,516$), $10,7\%$ – фибрилляцию предсердий ($p = 0,818$). При этом группа сравнения статистически значимо отличалась от группы контроля по доле пациентов, перенесших стентирование инфаркт-зависимой коронарной артерии по поводу инфаркта миокарда – $74,1\%$ ($p = 0,0003$) и нестабильной стенокардии – $25,9\%$ ($p = 0,0003$). Однако данный факт, согласно клиническим рекомендациям по дислипидемии, не определяет тактику статинотерапии, поэтому при дальнейшем анализе не учитывался.

Для исследования РКП статинотерапии, контроля ее эффективности и безопасности в течение 12 месяцев после ОКС и стентирования инфаркт-зависимой коронарной артерии проведена выкопировка данных о назначении врачами статинов (наименования, дозы), о фактах назначения врачами контроля и уровнях ХС ЛПНП (эффективность статинотерапии), аланиновой аминотрансферазы (АЛТ), креатинфосфокиназы (КФК; безопасность статинотерапии) в зависимости от участия пациентов в Программе. В соответствии с клиническими рекомендациями Европейского общества кардиологов (European Society of Cardiology) и Национального Общества по изучению Атеросклероза (Russian National Atherosclerosis Society) [3, 4] в 2015 г. статины рекомендовалось назначать в высоких дозах (аторвастатин 80 мг/день) в течение первых 4 дней госпитализации при любой форме ОКС. Если известен исходный уровень ХС ЛПНП, дозу препарата следовало подбирать до достижения уровня ХС ЛПНП менее $1,8$ ммоль/л. По состоянию на момент проведения экспертной оценки РКП актуальными клиническими рекомендациями считаются рекомендации Европейского общества кардиологов 2016 г. и Национального Общества по изучению Атеросклероза 2017 г., согласно которым у пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска целевой уровень ХС ЛПНП должен составлять менее $1,8$ ммоль/л [5], или менее $1,5$ ммоль/л [6], или должен быть снижен на 50% от исходного уровня и достигаться путем титрации дозы статина с лабораторным контролем через 4–6 недель.

Оценка полученных результатов проведена в следующих исследовательских точках: 1-я исследовательская точка – при первом обращении к врачу поликлиники после выписки из стационара (анализ выполнен по выписке из истории болезни); 2-я исследовательская точка – через 4–6 недель после начала наблюдения у врача (первый рекомендованный срок проведения оценки эффективности и безопасности статинотерапии); 3-я исследовательская точка – через 12 месяцев после начала наблюдения (срок окончания участия пациента в Программе и/

или окончания наблюдения по поводу ОКС).

Биометрический анализ осуществлялся с использованием пакетов STATISTICA-10, Microsoft Excel. В исследовании применялись методы однофакторного дисперсионного анализа, анализа таблиц сопряженности. При анализе таблиц сопряженности оценивались значения статистики Пирсона хи-квадрат (χ^2), достигнутый уровень значимости (p). Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости p принимался менее $0,05$. Проверка нормальности распределения производилась с использованием метода Шапиро-Уилки, проверка гипотез о равенстве генеральных дисперсий – с помощью критерия Левене. Средние выборочные значения количественных признаков приведены в тексте в виде $M \pm \sigma$, где M – среднее выборочное, σ – стандартное отклонение. При отсутствии нормального распределения значений в ряду указывались медиана ($V_{0,5}$), 25-перцентиль ($V_{0,25}$) и 75-перцентиль ($V_{0,75}$). Для проверки статистических гипотез применяли непараметрические методы: Т-критерий ранговых знаков Вилкоксона, U-критерий Манна-Уитни, Н-критерий Краскела-Уоллиса, критерий хи-квадрат Пирсона (χ^2) [10].

Результаты

После выписки из стационара (исход) все пациенты контрольной группы получали аторвастатин в дозах 20 мг или 40 мг. Средняя доза аторвастатина составила $22,1 \pm 6,2$ мг, медиана уровня ХС ЛПНП была $3,0$ ммоль/л ($V_{0,25} = 2,1$, $V_{0,75} = 3,8$), АЛТ – $30,0$ Е/л ($V_{0,25} = 19,3$, $V_{0,75} = 44,0$), КФК – $166,0$ Е/л ($V_{0,25} = 99,0$, $V_{0,75} = 281,0$). В группе сравнения средняя доза аторвастатина составила $26,6 \pm 4,2$ мг, розувастатина – $15,8 \pm 5,3$ мг. Статистически значимых различий с группой контроля по уровням ХС ЛПНП, АЛТ, КФК не было: медиана уровня ХС ЛПНП была $3,1$ ммоль/л ($V_{0,25} = 2,3$, $V_{0,75} = 3,7$), АЛТ – $28,0$ Е/л ($V_{0,25} = 17,0$, $V_{0,75} = 36,0$), уровень КФК был определен только у 6 человек и не превысил верхних пределов референсных значений ($p = 0,825$, $p = 0,612$, $p = 0,235$ соответственно).

На первом амбулаторном визите пациентов после выписки из стационаров дозы статинов не менялись до проведения контроля ХС ЛПНП, АЛТ, КФК.

Оценка эффективности и безопасности статинотерапии через 4–6 недель в группе контроля была проведена только у 95 человек ($37,2\%$), несмотря на доступность клиничко-лабораторных исследований в поликлинике БУЗОО «ККД» в рамках обязательного медицинского страхования. Статистически значимых различий динамики показателей по отношению к исходу выявлено не было: медиана уровня ХС ЛПНП составила $2,4$ ммоль/л ($V_{0,25} = 1,9$, $V_{0,75} = 2,8$; $p = 0,232$), АЛТ – $24,0$ Е/л ($V_{0,25} = 19,0$, $V_{0,75} = 36,0$; $p = 0,632$). Уровень КФК был определен только у 11 пациентов, его медиана составила $70,0$ Е/л ($V_{0,25} = 58,0$, $V_{0,75} = 157,0$; $p = 0,112$). Средняя доза аторвастатина

была увеличена до $23,2 \pm 7,4$ мг, что не имело статистической значимости различий ($p = 0,321$).

В группе сравнения контроль биохимического анализа крови был произведен только у 32 человек (28,6%), что статистически не отличалось от группы контроля ($p = 0,229$). Медиана уровня ХС ЛПНП составила 2,4 ммоль/л ($V_{0,25} = 2,1$, $V_{0,75} = 2,7$; $p = 0,082$), АЛТ – 25,0 Е/л ($V_{0,25} = 17,5$, $V_{0,75} = 36,0$; $p = 0,233$) – отсутствие значимых изменений показателей по отношению к первой исследовательской точке. Уровень КФК был определен только у 5 человек, значения не выходили за пределы референсных ни в одном случае. Средние дозы статинов незначительно увеличены: аторвастатина – до $27,0 \pm 3,9$ мг, розувастатина – до $16,8 \pm 2,4$ мг.

Через 12 месяцев контроль уровней ХС ЛПНП и АЛТ был проведен у 144 пациентов (62,0%) группы контроля. Медиана уровня ХС ЛПНП составила 2,2 ммоль/л ($V_{0,25} = 1,9$, $V_{0,75} = 2,8$), АЛТ – 22,0 Е/л ($V_{0,25} = 19,0$, $V_{0,75} = 36,0$). Уровень КФК был определен у 11 пациентов, его медиана составила 121,0 Е/л ($V_{0,25} = 85,0$, $V_{0,75} = 165,0$). Средняя доза аторвастатина была статистически значимо увеличена по отношению ко второй исследовательской точке и составила 43,9 мг ($V_{0,25} = 20,0$, $V_{0,75} = 40,0$; $p = 0,026$).

В группе сравнения контроль уровней ХС ЛПНП и АЛТ был проведен у 34 пациентов (30,4%), что значимо было реже, чем в группе контроля ($p = 0,000$). Медиана уровня ХС ЛПНП составила 2,7 ммоль/л ($V_{0,25} = 2,2$, $V_{0,75} = 2,9$), АЛТ – 29,0 Е/л ($V_{0,25} = 17,0$, $V_{0,75} = 32,0$). Уровень КФК не определялся ни у одного человека. При этом средние дозы статинов не были увеличены по отношению ко второй исследовательской точке и составили: для аторвастатина $25,0 \pm 3,2$ мг ($p = 0,231$), для розувастатина $18,0 \pm 2,1$ мг ($p = 0,152$), двум пациентам был назначен симвастатин в дозе 40 мг без обоснования причины отмены аторвастатина.

В течение всего периода наблюдения в обеих группах пациентов не было зарегистрировано нежелательных эффектов при приеме статинов.

При экспертной оценке качества ведения пациентов в части назначения статинов, контроля их эффективности и безопасности у пациентов в течение 12 месяцев после ОКС и стентирования инфаркт-зависимой коронарной артерии актуальным клиническим рекомендациям по дислипидемии [3–6] выявлены следующие проблемы.

1. Отсутствие назначения врачами стационаров высоких доз аторвастатина пациентам после ОКС и стентирования инфаркт-зависимой коронарной артерии, а также увеличения доз аторвастатина на первом амбулаторном визите врачами-кардиологами и врачами-терапевтами несмотря на то, что клинические рекомендации еще в 2011–2012 гг. предписывали назначение статинов в высоких дозах (аторвастатин 80 мг/день) как можно раньше, или

обязательно в период госпитализации, или в течение первых 4 дней госпитализации.

2. Отсутствие назначения обследования пациентов обеих групп для оценки эффективности (уровень ХС ЛПНП) и безопасности (уровни АЛТ и КФК) статинотерапии в рекомендованные сроки (через 4–6 недель от начала или изменения терапии статинами и через 12 месяцев после достижения целевого уровня ХС ЛПНП).

3. Отсутствие достижения целевых значений ХС ЛПНП (менее 1,8 ммоль/л [3–5] или менее 1,5 ммоль/л [6]) через 4–6 недель и через 12 месяцев в обеих группах пациентов из-за отсутствия или неадекватной коррекции доз статинов. При этом, согласно записям врачей-кардиологов и врачей-терапевтов в амбулаторных картах, у пациентов не было нежелательных или побочных эффектов статинотерапии, которые могли бы обосновать отсутствие повышения доз статинов при недостижении целевых уровней ХС ЛПНП.

Обсуждение

В исследовании выявлена низкая приверженность врачей-кардиологов и врачей-терапевтов на стационарном и амбулаторном этапах к актуальным клиническим рекомендациям по дислипидемии при проведении статинотерапии в течение 12 месяцев после ОКС и стентирования инфаркт-зависимой коронарной артерии. Это происходило на фоне проведения многочисленных обучающих мероприятий в рамках повышения квалификации врачей, доступности методических материалов.

Полученные результаты явились основанием организации в рамках экспертизы качества медицинской помощи проведения жесткого контроля качества статинотерапии пациентов на амбулаторном этапе. В 2016 г. в поликлинике БУЗОО «ККД» (в период, когда Программа еще реализовывалась в части диспансерного наблюдения пациентов) критерий эффективности и безопасности статинотерапии был введен в систему внутреннего контроля качества медицинской помощи, а невыполнение его влекло за собой снижение 10 баллов из 100 в эффективном контракте врача – система стимуляции к выполнению актуальных клинических рекомендаций. Результатом явилось значимое (но недостаточное для достижения целевого уровня ХС ЛПНП) увеличение доз аторвастатина в группе контроля и проведение необходимых обследований пациентов для оценки степени снижения ХС ЛПНП и уровня АЛТ. В группе сравнения имело место отсутствие динамики качества статинотерапии в течение 12 месяцев после ОКС и стентирования инфаркт-зависимой коронарной артерии.

В связи с полученными данными РКП на региональном уровне адекватная статинотерапия включена в систему оценки качества ведения пациентов после ОКС.

Описанный в исследовании подход к организации качественной медицинской помощи целевой группе пациентов является отражением принципов эффективного клинического управления и может быть реализован по отношению к любой группе пациентов с любыми заболеваниями и любыми технологиями лечения [11].

Заключение

Фармако-эпидемиологическое исследование статинотерапии у пациентов в течение 12 месяцев после ОКС и стентирования инфаркт-зависимой коронарной артерии выявило низкую приверженность врачей как на стационарном, так и на амбулаторном этапах к актуальным клиническим рекомендациям по дислипидемии в части соблюдения объемов и сроков контроля эффективности и безопасности статинотерапии.

Отсутствие назначения высоких доз статинов врачами-кардиологами и врачами-терапевтами было не обосновано и привело к недостаточному снижению уровня ХС ЛПНП в течение 12 месяцев

после ОКС и стентирования инфаркт-зависимой коронарной артерии.

Способом обеспечения в РКП эффективной и безопасной статинотерапии у пациентов в течение 12 месяцев после ОКС и стентирования инфаркт-зависимой коронарной артерии является перманентный внутренний и внешний контроль качества медицинской помощи.

Конфликт интересов

С.П. Подольная заявляет об отсутствии конфликта интересов. О.Ю. Кореннова заявляет об отсутствии конфликта интересов. Л.В. Шукиль заявляет об отсутствии конфликта интересов. Е.П. Приходько заявляет об отсутствии конфликта интересов. В.С. Булахова заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование

Авторы заявляют об отсутствии финансирования исследования.

Информация об авторах

Подольная Светлана Павловна, врач-кардиолог Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клинический кардиологический диспансер», Омск, Российская Федерация;

Кореннова Ольга Юрьевна, доктор медицинских наук, заместитель главного врача по поликлиническому разделу работы Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клинический кардиологический диспансер», профессор кафедры внутренних болезней и семейной медицины Дополнительного профессионального образования Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Омск, Российская Федерация;

Шукиль Людмила Владимировна, кандидат фармацевтических наук, заместитель министра здравоохранения Омской области, доцент кафедры фармацевтической химии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Омск, Российская Федерация;

Приходько Екатерина Петровна, врач-кардиолог Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клинический кардиологический диспансер», Омск, Российская Федерация;

Булахова Валентина Сергеевна, студентка 6-го курса лечебного факультета Дополнительного профессионального образования Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Омск, Российская Федерация.

Author Information Form

Podolnaya Svetlana P., MD, cardiologist at the Budgetary Healthcare Institution of the Omsk Region “Clinical Cardiological Dispensary”, Omsk, Russian Federation;

Korennova Olga Yu., PhD, Deputy Director for Outpatient Care at the Budgetary Healthcare Institution of the Omsk Region “Clinical Cardiological Dispensary”, Omsk, Russian Federation; Professor at the Department of Internal Diseases and Family Medicine, Vocational Education Center, Omsk State Medical University, Omsk, Russian Federation;

Shukil Lyudmila V., PhD, Deputy Minister of the Ministry of Healthcare of the Omsk Region, Associate Professor at the Department of Pharmaceutical Chemistry, Omsk State Medical University, Omsk, Russian Federation;

Prikhodko Ekaterina P., MD, cardiologist at the Budgetary Healthcare Institution of the Omsk Region “Clinical Cardiological Dispensary”, Omsk, Russian Federation;

Bulakhova Valentina S., a student at the Medical Department, Vocational Education Center, Omsk State Medical University, Omsk, Russian Federation.

Вклад авторов в статью

ПСР – вклад в концепцию и дизайн исследования, анализ полученных данных, написание статьи, утверждение окончательной версии для публикации, полная ответственность за содержание;

КОЮ – вклад в концепцию и дизайн исследования, анализ

Author Contribution Statement

PSP – contribution to the concept and design of the study, data analysis, manuscript writing, approval of the final version, fully responsible for the content;

KOYu – contribution to the concept and design of the study, data

полученных данных, редакция статьи, утверждение окончательной версии для публикации, полная ответственность за содержание;

ШЛВ – вклад в концепцию и дизайн исследования, анализ полученных данных, редакция статьи, утверждение окончательной версии для публикации, полная ответственность за содержание;

ПЕП – вклад в концепцию и дизайн исследования, анализ полученных данных, редакция статьи, утверждение окончательной версии для публикации, полная ответственность за содержание;

БВС – интерпретация данных, внесение корректив в статью, утверждение окончательной версии для публикации, полная ответственность за содержание.

analysis, manuscript writing, approval of the final version, fully responsible for the content;

SchLV – contribution to the concept and design of the study, data analysis, manuscript writing, approval of the final version, fully responsible for the content;

PEP – contribution to the concept and design of the study, data analysis, manuscript writing, approval of the final version, fully responsible for the content;

BVS – data interpretation, editing, approval of the final version, fully responsible for the content.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бойцов С.А. Профилактика неинфекционных заболеваний в стране: от «что делать» к «как делать». Профилактическая медицина. 2012; 2-1: 3-10.

2. Эрлих А.Д. Двойная антитромбоцитарная терапия: необходимость приверженности к лечению и возможности ее повышения. Атеротромбоз. 2014; 2: 25-33.

3. Рекомендации Европейского общества кардиологов и Европейского общества атеросклероза по лечению дислипидемий. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2012; 8 (S1): 3-60. Режим доступа: <http://www.rpcardio.com/jour/article/viewFile/1161/1198>. (дата обращения 02.04.2018).

4. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации. V пересмотр. Москва. 2012 год. Режим доступа: http://www.scardio.ru/content/Guidelines/rek_lipid_2012.pdf. (дата обращения 02.04.2018).

5. Рекомендации ЕОК/ЕОА по диагностике и лечению дислипидемий 2016. Режим доступа: http://www.scardio.ru/content/Guidelines/ESC-2016-dislipidemiya-5_rkj_17.pdf. (дата обращения 02.04.2018).

6. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские

рекомендации. VI пересмотр. Режим доступа: <https://noatero.ru/ru/nao/jurnal/2017g-no3-28>. (дата обращения 02.04.2018).

7. Эрлих А.Д., Барбараш О.Л., Кашталап В.В., Грацианский Н.А. Степень следования клиническим руководствам при остром коронарном синдроме без подъема ST: связь с исходами, предикторы «плохого» лечения (результаты регистра «Рекорд-3»). Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний, 2016, 2: 75-82.

8. Государственная программа Омской области «Развитие здравоохранения Омской области: постановление Правительства Омской области от 16 окт. 2013 г. № 265-п. Режим доступа: http://mzdr.omskportal.ru/ru/RegionalPublicAuthorities/executivelist/MZDR/gos_programma.html. (дата обращения 02.04.2018).

9. Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения: приказ МЗ РФ от 20 декабря 2012 г. № 1175н. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_148452/. (дата обращения 02.04.2018).

10. Гланс С. Медико-биологическая статистика: пер. с англ. М; 1998.

11. Стародубов В.И., Луговкина Т.К. Клиническое управление: теория и практика. М; 2003.

REFERENCES

1. Boitsov S.A. Prevention of noncommunicable diseases in the country: from what to do to how to do. Profilakticheskyja meditsina. 2012; 2-1: 3-10 (In Russian).

2. Erlih A.D. Dvojnaya antitrombocitarnaya terapiya: neobhodimost' priverzhennosti k lecheniyu i vozmozhnosti ee povysheniya. Aterotromboz. 2014; 2: 25-33 (In Russian).

3. Rekomendacii Evropejskogo obshchestva kardiologov i Evropejskogo obshchestva ateroskleroza po lecheniyu dislipidemij. Racional'naya Farmakoterapiya v Kardiologii. 2012; 8 (S1): 3-60. Available at: <http://www.rpcardio.com/jour/article/viewFile/1161/1198>. (accessed 02.04.2018) (In Russian).

4. Diagnostika i korrekciya narushenij lipidnogo obmena s cel'yu profilaktiki i lecheniya ateroskleroza. Rossijskie rekomendacii. V peresmotr. Moskva. 2012 god. Available at: http://www.scardio.ru/content/Guidelines/rek_lipid_2012.pdf (accessed 02.04.2018) (In Russian).

5. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. Available at: http://www.scardio.ru/content/Guidelines/ESC-2016-dislipidemiya-5_rkj_17.pdf. (accessed 02.04.2018) (In Russian).

6. Diagnostika i korrekciya narushenij lipidnogo obmena s cel'yu profilaktiki i lecheniya ateroskleroza. Rossijskie

rekomendacii. VI peresmotr. Available at: <https://noatero.ru/ru/nao/jurnal/2017g-no3-28>. (accessed 02.04.2018) (In Russian).

7. Ehrlich A.D., Barbarash O.L., Kashtalap V.V., Gratsiansky N.A. Compliance with clinical practice guidelines for non st-segment elevation acute coronary syndrome: association between outcomes and predictors of poor management (Record-3 registry data) Complex Issues of Cardiovascular Diseases, 2016, 2: 75-82 (In Russian).

8. Gosudarstvennaya programma Omskoj oblasti «Razvitie zdavoohraneniya Omskoj oblasti: postanovlenie Pravitel'stva Omskoj oblasti ot 16 oktyabrya 2013 g. № 265-p. Available at: http://mzdr.omskportal.ru/ru/RegionalPublicAuthorities/executivelist/MZDR/gos_programma.html (accessed 02.04.2018) (In Russian).

9. Ob utverzhdenii poryadka naznacheniya i vypisyvaniya lekarstvennyh preparatov, a takzhe recepturnyh blankov na lekarstvennye preparaty, poryadka oformleniya ukazannyh blankov, ih ucheta i hraneniya: prikaz Minzdrava RF ot 20 dekabrya 2012 g. № 1175n. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_148452/ (accessed 02.04.2018). (In Russian).

10. Glanc S. Mediko-biologicheskaya statistika: per. s angl. Moscow; 1998 (In Russian).

11. Starodubov V.I., Lugovkina T.K. Klinicheskoe upravlenie: teoriya i praktika. Moscow; 2003 (In Russian).

Для цитирования: С.П. Подольная, О.Ю. Кореннова, Л.В. Шукиль, Е.П. Приходько, В.С. Булахова. Статинотерапия после острого коронарного синдрома: уроки реальной клинической практики. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2018; 7 (4): 77-83. DOI: 10.17802/2306-1278-2018-7-4-77-83

To cite: S.P. Podolnaya, O.Ju. Korennova, L.V. Shukil, E.P.Prihodko, V.S. Bulahova. Statin therapy after acute coronary syndrome: lessons of real clinical practice. Complex Issues of Cardiovascular Diseases. 2018; 7 (4): 77-83. DOI: 10.17802/2306-1278-2018-7-4-77-83