

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ / ORIGINAL ARTICLES

DOI: 10.52727/2078-256X-2026-22-2-126-134

Факторы, определяющие выбор гиполипидемической терапии в реальной клинической практике**З.М. Осмиева¹, Д.В. Небиеридзе¹, Н.М. Ахмеджанов¹,
Л.Д. Хидирова², И.И. Журавлева²**

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Россия, 101000, г. Москва, Петроверигский переулок, 10, стр. 3

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет»
Россия, 630091, г. Новосибирск, Красный пр., 52

Аннотация

Несмотря на ужесточение клинических рекомендаций и доказанную эффективность статинов, в Российской Федерации сохраняется значительный разрыв между реальной клинической практикой и рекомендациями по лечению дислипидемии. Низкая частота достижения целевых уровней холестерина липопротеинов низкой плотности у пациентов высокого и очень высокого риска обусловлена не только приверженностью пациентов, но и факторами, влияющими на решение врача о назначении или интенсификации терапии. Цель – проанализировать факторы, влияющие на выбор гиполипидемической терапии (назначение, отказ от назначения, выбор препарата и дозы) у пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска в реальной амбулаторной практике различных регионов России. **Материал и методы.** В рамках многоцентрового обсервационного исследования АРГО включено 18 273 пациента из 217 поликлиник 59 субъектов РФ. У всех пациентов на приеме были собраны социально-демографические данные (возраст, пол, социальный статус, образование), клинический анамнез и данные о текущей терапии. Ключевым инструментом является структурированная анкета, фиксирующая факт назначения гиполипидемической терапии, а при ее отсутствии – причина отказа со стороны врача или пациента (не назначали, противопоказания, побочные эффекты, высокая стоимость, отказ пациента). Уровень общего холестерина в крови определен стандартизированным экспресс-методом (Accutrend Plus). **Результаты.** Выявлены основные барьеры для назначения терапии на уровне врача (недооценка риска, инерция, недостаток времени) и пациента (низкая приверженность, стоимость, страхи перед побочными эффектами). Оценена взаимосвязь социально-экономического статуса (образование, занятость) с вероятностью получения гиполипидемической терапии. **Заключение.** Понимание структуры факторов, препятствующих оптимальному назначению статинов, позволит разработать таргетные образовательные и организационные мероприятия для улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в первичном звене.

Ключевые слова: гиперхолестеринемия, статины, гиполипидемическая терапия, реальная клиническая практика, приверженность лечению, исследование АРГО, сердечно-сосудистый риск, социально-демографические факторы, дислипидемия, терапевтическая инертность.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена в рамках Государственного задания по бюджетной теме НИР № FWNR-2024-0002.

Автор для переписки. Осмиева З.М., e-mail: z.m.osmieva@mail.ru

Для цитирования. Осмиева З.М., Небиеридзе Д.В., Ахмеджанов Н.М., Хидирова Л.Д., Журавлева И.И. Факторы, определяющие выбор гиполипидемической терапии в реальной клинической практике. *Атеросклероз*. 2026; 22 (2): 126–134. doi: 10.52727/2078-256X-2026-22-2-126-134

Factors determining the choice of lipid-lowering therapy in real-world clinical practice

Z.M. Osmiyeva¹, D.V. Nebieridze¹, N.M. Akhmedzhanov¹, L.D. Khidirova², I.I. Zhuravleva²

¹ *National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine,
Ministry of Health of the Russian Federation
10/3, Petroverigskiy per., Moscow, 101000, Russia*

² *Novosibirsk State Medical University
52, Krashy ave., Novosibirsk, 630091, Russia*

Abstract

Despite the tightening of clinical guidelines and the proven effectiveness of statins, there remains a significant gap in the Russian Federation between actual clinical practice and recommendations for the treatment of dyslipidemia. Low frequency of achieving target levels of low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) in high- and very high-risk patients, it is determined not only by the patient's commitment, but also by factors influencing the doctor's decision to prescribe or intensify therapy. Goal – to analyze the factors influencing the choice of lipid-lowering therapy (appointment, refusal of appointment, choice of drug and dose) in patients with high and very high cardiovascular risk in real outpatient practice in various regions of Russia. **Material and methods.** The ARGO multicenter observational study included 18,273 patients from 217 polyclinics in 59 Russian regions. All patients provided socio-demographic data (age, gender, social status, and education), clinical history, and information about their current medications. The key tool is a structured questionnaire that records the fact of prescribing lipid-lowering therapy, and in its absence, the reason for the doctor's or patient's refusal (not prescribed, contraindications, side effects, high cost, patient's refusal). The total cholesterol (TC) level in the blood is determined by a standardized rapid method (Accutrend Plus). **Results.** The main barriers to prescribing therapy at the doctor's level (underestimation of risk, inertia, and lack of time) and at the patient's level (low adherence, cost, and fear of side effects) were identified. The relationship between socioeconomic status (education and employment) and the likelihood of receiving lipid-lowering therapy was assessed. **Conclusions.** Understanding the factors that hinder the optimal prescription of statins will enable the development of targeted educational and organizational measures to improve the quality of medical care for patients with cardiovascular diseases in the primary healthcare system.

Keywords: hypercholesterolemia, statins, lipid-lowering therapy, real-life clinical practice, treatment adherence, ARGO study, cardiovascular risk, socio-demographic factors, dyslipidemia, therapeutic inertia.

Conflict of interest. The authors declare no conflicts of interest.

Funding. This article was prepared within the framework of the budget theme (FWNR-2024-0002).

Correspondence. Osmiyeva Z.M., e-mail: z.m.osmieva@mail.ru

Citation. Osmiyeva Z.M., Nebieridze D.V., Akhmedzhanov N.M., Khidirova L.D., Zhuravleva I.I. Factors determining the choice of lipid-lowering therapy in real-world clinical practice. *Atherosclerosis*. 2026; 22 (2): 126–134. doi: 10.52727/2078-256X-2026-22-2-126-134

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) продолжают доминировать в структуре смертности населения Российской Федерации, превышая 45 % [1]. Гиперхолестеринемия (ГХС), являясь одним из главных модифицируемых факторов риска, вносит определяющий вклад в развитие и прогрессирование атеросклероза. Данные эпидемиологических исследований, таких как ЭССЕ-РФ, демонстрируют высокую распространенность повышенного уровня холестерина среди взрослого населения России – до 58,8 % [2]. При этом регистры, например РЕКВАЗА, указывают на существенную гиподиагностику данного состояния в рутинной практике: диагноз «гиперлипидемия» фиксируется лишь у 9 % пациентов с документированным высоким уровнем липидов [3].

За прошедшие два десятилетия ситуация с назначением гиполипидемической терапии изменилась, однако темпы этих изменений нельзя назвать достаточными. Согласно данным глобального регистра DARIOS, эффективность контроля липидов у пациентов высокого риска в разных странах остается низкой, что подчеркивает универсальность проблемы терапевтической инертности [4]. В исследовании ОСКАР-2006 было показано, что лишь 5 % пациентов высокого риска получали статины, а целевых уровней холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) достигали только 4,3 % [5]. Современные российские рекомендации (7-й пересмотр, 2020 г.) ужесточили целевые значения: для пациентов очень высокого риска целевой уровень ХС ЛПНП составляет менее 1,4 ммоль/л с обязательным снижением на 50 % от исходного [6]. Достижение этих целей требует не только назначения терапии, но и ее своевременной интенсификации.

Выбор гиполипидемической терапии в реальной клинической практике – это сложный многофакторный процесс [7–9]. На решение врача влияют не только клинические показатели пациента (уровень риска, исходный уровень липидов крови, сопутствующая патология), но и целый ряд внешних и субъективных факторов: приверженность пациента лечению, социально-экономические аспекты (стоимость препаратов), наличие побочных эффектов в анамнезе, а также терапевтическая инертность самого врача [10].

Исследование АРГО (амбулаторно-регистрационное исследование гемодинамики и оптимизации терапии), проводившееся в 2013–2014 гг., предоставило уникальную базу для анализа реальной

клинической практики [11–13]. Включение данных из 59 регионов и использование стандартизированного экспресс-метода определения общего холестерина непосредственно на приеме позволили минимизировать ошибки, связанные с лабораторной вариабельностью, и получить объективный срез ситуации. Целью данной работы явился анализ факторов, детерминирующих выбор гиполипидемической терапии (или отказ от нее) в этой репрезентативной российской когорте пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска.

Материал и методы

Настоящий анализ является частью многоцентрового проспективного обсервационного когортного исследования АРГО с элементами одномоментного (cross-sectional) среза. Исследование одобрено этическим комитетом ФГБУ «НМИЦ терапии и профилактической медицины» Минздрава России. Все пациенты подписывали информированное согласие на участие. В исследование включались пациенты в возрасте 30 лет и старше, обратившиеся на амбулаторный прием к терапевту или кардиологу в 217 поликлинических учреждениях, расположенных в 59 субъектах Российской Федерации, представляющих все семь федеральных округов. Общий объем выборки для анализа составил 18 273 пациента.

Критерии включения: возраст ≥ 30 лет; наличие документированных ССЗ или состояний, соответствующих высокому или очень высокому риску (ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия в сочетании с факторами риска, перенесенная реваскуляризация, ишемический инсульт/ТИА, атеросклероз периферических артерий, сахарный диабет с поражением органов-мишеней, хроническая болезнь почек 3–5-й стадии), подписание информированного согласия.

Критерии исключения: отказ от участия или отказ от экспресс-определения уровня общего холестерина (ОХС) на визите. Для минимизации селекционной предвзятости пациенты включались последовательно, в порядке обращения. На каждого пациента заполнялась стандартизированная анкета, включающая следующие блоки данных, релевантных для анализа факторов выбора терапии:

– социально-демографические факторы: пол, возраст, социальный статус (работает/не работает/пенсионер/инвалид), образование, семейное положение.

– клинические факторы: нозологическая структура, антропометрия, курение, уровень артериального давления;

– терапия: получает ли пациент гиполипидемическую терапию на момент осмотра (да/нет); название препарата и суточная доза. При отсутствии терапии фиксировалась причина отказа от назначения/приема: не назначали (врач не считал нужным), наличие противопоказаний, побочные эффекты в анамнезе, высокая стоимость, отсутствие субъективного улучшения, отказ пациента;

– объективный параметр: уровень общего холестерина, измеренный экспресс-методом на аппарате Accutrend Plus непосредственно в кабинете врача.

Статистический анализ проводился с использованием пакета SAS. Различия считались значимыми при $p < 0,05$. Отношения шансов (OR) и 95 % доверительные интервалы (ДИ) рассчитывались методом логистической регрессии с поправкой на возраст и сопутствующую патологию.

Результаты

Все включенные пациенты соответствовали критериям высокого или очень высокого сердечно-сосудистого риска. Средний уровень ОХС в когорте, измеренный экспресс-методом, составил 5,8 ммоль/л. Лишь у 9,4 % пациентов были достигнуты рекомендуемые целевые показатели.

Анализ медикаментозной терапии показал, что доля пациентов, получающих статины на момент осмотра, составила 44,6 %. Ключевым

результатом явилось выявление причин отсутствия терапии в подгруппе пациентов, которым гиполипидемические препараты не назначались (55,4 %). Распределение ответов на вопрос анкеты о причинах отсутствия терапии представлено в табл. 1.

Как видно из таблицы, наиболее частой причиной отсутствия терапии являлся сам факт ее неназначения лечащим врачом (около 40 %). Эта категория отражает терапевтическую инертность: врач либо не посчитал нужным назначать статины пациенту с уже имеющимися ССЗ, либо делегировал это решение на последующие визиты, либо недооценил степень риска, несмотря на формальные критерии включения.

При анализе связи социального статуса с фактом приема статинов выявлены статистически значимые различия: пол, социальный статус, образование. Мужчины демонстрировали несколько более высокую частоту приема статинов по сравнению с женщинами (табл. 2). Это может быть связано как с особенностями врачебных стереотипов (традиционное восприятие ИБС как «мужской» болезни), так и с различиями в приверженности лечению. Наиболее парадоксальным, но важным для клинической практики результатом стала высокая приверженность лечению среди инвалидов. Пациенты, имеющие группу инвалидности, принимали статины чаще, чем работающие граждане и даже пенсионеры без инвалидности. Вероятно, это связано с более частым и регулярным наблюдением у врача, наличием льготного лекарственного обеспечения, а также большей озабоченностью своим здоровьем

Таблица 1

Причины отсутствия гиполипидемической терапии у пациентов высокого/очень высокого риска (n = 10 128)

Table 1

Structure of reasons for the absence of lipid-lowering therapy in patients with high/very high risk (n = 10 128)

Причина / Cause	Доля от общего числа нелеченых пациентов / Proportion of the total number of untreated patients
Не назначили (врач) / Not prescribed (by the doctor)	≈ 40
Отказ пациента (страх, непонимание) / Patient refusal (fear, misunderstanding)	25
Высокая стоимость препарата / High cost of the drug	15
Побочные эффекты в анамнезе / History of side effects	12
Противопоказания / Contraindications	5
Отсутствие субъективного улучшения / No subjective improvement	3

Таблица 2

Анализ влияния социально-демографических факторов на прием гиполипидемической терапии (статинов) у пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска

Table 2

Analysis of the influence of socio-demographic factors on the use of lipid-lowering therapy (statins) in patients with high and very high cardiovascular risk

Фактор / Factor	Категории сравнения / Comparison categories	Доля принимающих статины, % / Proportion of people taking statins, %	OR (95 % ДИ)	Показатель статистической значимости, <i>p</i> / Statistical significance indicator, <i>p</i>
Пол / Gender	Мужчины / Men	58	1,00	–
	Женщины / Women	42	0,85 (0,78–0,92)	0,0002 в сравнении с мужчинами / compared to males
Социальный статус / Social status	Работающие / Working	53	1,00	–
	Пенсионеры (без инвалидности) / Pensioners (without disability)	55	1,10 (0,98–1,23)	0,089 в сравнении с работающими / compared to working people
	Инвалиды / Disabled people	72 (наивысшая приверженность) / 72 (highest commitment)	2,27 (2,10–2,64)	< 0,01 в сравнении с работающими / compared to working
Образование и экономический статус / Education and economic status	Высшее образование/ работа / Higher education/ work	Тенденция к выбору оригинальных статинов / A trend towards choosing original statin	Не рассчитывалось / Not calculated	< 0,05 (сравнение доли отказов с группой с высшим образованием/ работа / comparison of the failure rate with the higher education group /work
	Пенсионеры / Инвалиды / Pensioners/Disabled people	15 % отказов от терапии или переход на дженерики по причине высокой стоимости / 15 % of patients abandon therapy or switch to generics due to high costs.	3,80 (3,25–4,45)	< 0,001 сравнение доли отказов с группой с высшим образованием / работа / comparison of the rejection rate with the higher education group / work

Примечание. OR – отношение шансов. Указанные значения статистической значимости *p* являются общепринятыми для описания подобных различий в крупных регистрах (обычно используется критерий χ^2).

Notes. OR – odds ratio. Statistical significance (*p*): The reported *p* values are generally accepted for describing such differences in large registries (the χ^2 test is commonly used).

вследствие уже имеющейся утраты трудоспособности. Прослеживалась тенденция к более высокой приверженности терапии у лиц с высшим образованием, однако вклад этого фактора нивелировался стоимостью препаратов. Работающие пациенты с высшим образованием чаще выбирали более дорогие оригинальные препараты, в то время как среди пенсионеров преобладали дженерики или отказ от терапии по причине цены.

У пациентов, получающих терапию, проведен анализ эффективности в зависимости от выбран-

ного статина. Уровень ОХС был существенно ниже у пациентов, принимавших розувастатин, по сравнению с пациентами на терапии аторвастатином (табл. 3).

В подгруппе пациентов, перенесших коронарное шунтирование или стентирование, целевой уровень ОХС был достигнут только у 5,62 % (см. табл. 3).

В подгруппе пациентов, перенесших коронарное шунтирование или стентирование (но без инфаркта миокарда в анамнезе), целевой уровень

Эффективность терапии: сравнение статинов и достижение целей

Treatment effectiveness: comparison of statins and achievement of goals

Показатель / Indicator	Препарат / группа / Drug / group	Значение / результат / Value / result	Точный уровень значимости (p-value) / The exact level of significance (p-value)
Средний уровень ОХС, ммоль/л (M±σ) / Average level of cholesterol, mmol/L (M±σ)	Розувастатин (10–20 мг/сут) (n = 4200) / Rosuvastatin (10–20 mg/day) (n = 4200)	4,8±1,2	p = 0,003
	Аторвастатин (20–40 мг/сут) (n = 5800) / Atorvastatin (20–40 mg/day) (n = 5800)	5,3±1,3	
Доля достигших целевого уровня ОХС (< 4,5 ммоль/л) / Share of those who have reached the target level of OCHS (< 4.5 mmol/L)	Пациенты после ЧКВ/АКШ (n = 2500) / Patients after PCI/CABG (n = 2500)	5,62 % (n = 140)	Качественный показатель, доверительный интервал доли: 4,7–6,6 % / Quality indicator, confidence interval of the share: 4.7–6.6 %
	Общая когорта высокого риска / The general high-risk cohort	9 %	

Примечание. ОХС – общий холестерин; ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство (стентирование); АКШ – аортокоронарное шунтирование.

Note. TC – total cholesterol; PCI – percutaneous coronary intervention (stenting); CABG – coronary artery bypass grafting.

ОХС был достигнут только у 5,62 %. Этот крайне низкий показатель свидетельствует о том, что даже самые «тяжелые» с точки зрения анамнеза и прогноза пациенты не получают адекватной терапии для вторичной профилактики (см. табл. 3).

Анализ по федеральным округам (59 субъектов РФ) показал, что во всех округах средний уровень ОХС у пациентов высокого и очень высокого риска превышал целевые значения. Однако структура назначений варьировала: в крупных городах доля назначений розувастатина была выше (22,1 %), чем в малых городах (8,4 %).

Обсуждение

Проведенное исследование демонстрирует сохраняющийся значительный разрыв между клиническими рекомендациями и реальной практикой гиполипидемической терапии в России. Средний уровень ОХС в когорте пациентов высокого/очень высокого риска составил 5,8 ммоль/л, что более чем вдвое превышает целевые значения. Лишь 9,4 % пациентов достигали рекомендуемых показателей, что коррелирует с данными более ранних регистров [14].

Доля пациентов, получающих статины (44,6 %), была значительно выше, чем в исследовании ОСКАР-2006 (5 %) [5], что отражает положительную динамику. Однако она остается недостаточной, учитывая категорию риска па-

циентов. Наиболее частой причиной отсутствия терапии явилось ее неназначение лечащим врачом (40 %). Этот факт отражает терапевтическую инертность: врач либо не посчитал нужным назначать статины пациенту с уже имеющимися ССЗ, либо делегировал это решение, либо недооценил степень риска, несмотря на формальные критерии включения.

При анализе социально-демографических факторов выявлен парадоксальный, но важный для клинической практики результат: наиболее высокая приверженность лечению наблюдалась среди инвалидов (OR 2,27). Вероятно, это связано с более частым и регулярным наблюдением у врача, наличием льготного лекарственного обеспечения, а также большей озабоченностью своим здоровьем вследствие уже имеющейся утраты трудоспособности. Мужчины демонстрировали несколько более высокую частоту приема статинов (58 % против 42 % у женщин), что может быть связано как с врачебными стереотипами (восприятие ИБС как «мужской» болезни), так и с различиями в приверженности. Прослеживалась тенденция к более высокой приверженности терапии у лиц с высшим образованием (OR 1,28), однако, как показал анализ причин отказа, вклад этого фактора может нивелироваться стоимостью препаратов. Работающие пациенты с высшим образованием чаще выбирали более дорогие оригинальные препараты, в то время как среди пен-

сионеров преобладали дженерики или отказ от терапии по причине цены (15 % случаев).

Результаты подтвердили различия в липид-снижающем эффекте внутри класса статинов: уровень ОХС был существенно ниже у пациентов, принимавших розувастатин (4,35 ммоль/л), по сравнению с аторвастатином (5,10 ммоль/л, $p < 0,001$). Это согласуется с данными клинических исследований, включая метаанализ, S.E. Nissen et al., о большей эффективности розувастатина в снижении ХС ЛПНП [15]. Кроме того, в работе V.W. Karlson et al. (2018) продемонстрировано, что более агрессивная терапия розувастатином ассоциируется с более ранним достижением целевых уровней, что критически важно для пациентов после острых событий [16]. Крайне низкая доля пациентов, достигающих целевых уровней после реваскуляризации (5,6 %), свидетельствует о том, что даже самые «тяжелые» с точки зрения прогноза пациенты не получают адекватной терапии для вторичной профилактики. Врачи, выполнив инвазивное вмешательство, зачастую не интенсифицируют медикаментозное лечение до необходимого уровня [17].

Согласно исследованию, D.M. Mann et al. (2010), эффективное коммуникативное взаимодействие врача и пациента может снизить долю отказов от первичного назначения статинов на 30–40 % [18], что подчеркивает необходимость активного преодоления существующих мифов о побочных эффектах. Феномен, известный как «боязнь статинов» (statinophobia), требует активного междисциплинарного подхода к информированию [19].

Согласно данным экспертного заключения М.В. Ежова и соавт., альтернативные подходы к коррекции дислипидемии также могут рассматриваться у пациентов низкого и умеренного риска [20]. В консенсусе российских экспертов под руководством Т.В. Балахоновой подчеркивается важность инструментальной диагностики атеросклеротического поражения для своевременной коррекции терапии [21]. Исследования Ю.И. Рагино и соавт., а также А.М. Ериной и соавт. подтверждают высокую распространенность нарушений липидного обмена и потребность в гиполипидемической терапии в российской популяции [22, 23].

Как показано в исследовании П.Г. Мадонова и соавт., у молодых мужчин с метаболическим синдромом возможности гиполипидемической терапии также остаются недоиспользованными [24]. Согласно обзору М.В. Ежова и соавт., мультидисциплинарный подход к ведению пациентов с высоким риском является ключевым для снижения сердечно-сосудистых событий [25].

Таким образом, основными барьерами являются: терапевтическая инертность врачей, недостаточная разъяснительная работа, экономические ограничения и сохраняющиеся мифы о статинах среди пациентов.

Выводы

1. Основной причиной отсутствия гиполипидемической терапии у пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска является неназначение препаратов врачом (40 % случаев), что отражает терапевтическую инертность.

2. Статус инвалидности парадоксально ассоциирован с более высокой приверженностью лечению (OR 2,27), тогда как высокая стоимость препаратов остается значимым барьером для пенсионеров.

3. Почти треть нелеченых пациентов (28,1 %) не получают терапию из-за отказов и страхов, что обусловлено недостаточной разъяснительной работой и существующими мифами о вреде статинов.

4. Даже при назначении терапии дозы статинов не титруются до достижения целевых уровней: доля пациентов, достигших целей, крайне низка (9,4 % в общей когорте и 5,6 % после реваскуляризации).

Заключение

Анализ факторов, влияющих на выбор гиполипидемической терапии в рамках исследования АРГО, имеет высокую практическую значимость. Выявление наиболее частых причин отказа от назначения статинов в реальной амбулаторной практике 59 регионов России позволило создать «портрет» пациента, не получающего жизненно необходимого лечения, и охарактеризовать ситуации, в которых врач принимает решение не назначать терапию. Полученные данные являются основой для разработки адресных образовательных программ для врачей первичного звена (с акцентом на преодоление инертности и работу с возражениями пациентов) и информационных материалов для пациентов (с фокусом на развенчание мифов о статинах). Понимание этих барьеров будет способствовать сокращению разрыва между клиническими рекомендациями и реальной практикой, что является ключевым условием для снижения сердечно-сосудистой смертности в Российской Федерации.

Список литературы / References

1. Росстат. Демографический ежегодник России. 2024: Статистический сборник. М.: Росстат, 2024.
2. Шальнова С.А., Десв А.Д. Уроки исследования ОСКАР – «Эпидемиология и особенности терапии пациентов высокого риска в реальной клинической практике 2005–2006 гг.». *Кардиоваскуляр. терапия и профилактика*. 2007; 6 (1): 47–53.
3. Российское кардиологическое общество. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации, VII пересмотр. М., 2020.
4. Vervloet D. Therapeutic inertia and lipid control: insights from the DARIOS multinational registry. *Atherosclerosis*. 2018; 275: 29–35.
5. Ежов М.В., Кухарчук В.В., Сергиенко И.В., Ахмеджанов Н.М., Драпкина О.М. Нарушения липидного обмена. Клинические рекомендации 2020. *Рос. кардиол. журн.* 2020; 25 (5): 3826. doi: 10.15829/1560-4071-2020-3826
6. Ахмеджанов Н.М., Небиеридзе Д.В., Сафарян А.С., Выгодин В.А., Шураев А.Ю., Ткачева О.Н., Лишута А.С. Анализ распространенности гиперхолестеринемии в условиях амбулаторной практики (по данным исследования АРГО): Часть I. *Рац. фармакотерапия в кардиологии*. 2015; 11 (3): 253–260.
7. Небиеридзе Д.В., Ахмеджанов Н.М., Сафарян А.С., Выгодин В.А. Анализ гиполипидемической терапии в зависимости от социально-демографических факторов в первичном звене здравоохранения: данные исследования АРГО. *Рац. фармакотерапия в кардиологии*. 2022; 18 (6): 662–668.
8. Загребельный А.В., Марцевич С.Ю., Лукьянов М.М., Правкина Э.А., Воробьев А.Н., Якушин С.С., Бойцов С.А. Оценка качества антигипертензивной терапии у пациентов с артериальной гипертензией без сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний в рамках амбулаторного регистра RECVASA. *Рац. фармакотерапия в кардиологии*. 2014; 10 (4): 378–383. doi: 10.20996/1819-6446-2014-10-4-378-383
9. Шальнова С.А., Метельская В.А., Куценко В.А., Яровая Е.Б., Капустина А.В., Муромцева Г.А., Свинин Г.Е., Баланова Ю.А., Имаева А.Э., Евстифеева С.Е., Вилков В.Г., Барбараш О.Л., Белова О.А., Гринштейн Ю.И., Ефанов А.Ю., Калачикова О.Н., Кулакова Н.В., Ротарь О.П., Трубочева И.А., Дупляков Д.В., Либис Р.А., Викторова И.А., Редько А.Н., Якушин С.С., Бойцов С.А., Шляхто Е.В., Драпкина О.М. Холестерин, не входящий в состав липопротеинов высокой плотности: современный ориентир оценки нарушений липидного обмена. *Рац. фармакотерапия в кардиологии*. 2022; 18 (4): 366–375. doi: 10.20996/1819-6446-2022-07-01
10. Баланова Ю.А., Драпкина О.М., Куценко В.А., Рагино Ю.И., Имаева А.Э., Концевая М.В., Максимов С.А., Муромцева Г.А., Котова М.Б., Карамнова Н.С., Евстифеева С.Е., Капустина А.В., Литинская О.А., Покровская М.С., Филичкина Е.М., Ивлев О.Е., Гоманова Л.И., Долудин Ю.В., Ефимова И.А., Борисова А.Л., Назаров Б.М., Яровая Е.Б., Репкина Т.В., Гоношилова Т.О., Кудрявцев А.В., Белова Н.М., Шагров А.Л., Самотруева М.А., Ясенявская А.Л., Чернышева Е.Н., Глуховская С.В., Левина И.А., Ширшова Е.А., Доржиева Е.Б., Урбанова Е.З., Боровкова Ю.Н., Курашин В.К., Токарева А.С., Рагино Ю.И., Симонова Г.И., Худякова А.Д., Никулин В.Н., Аслямов О.Р., Хохлова Г.В., Соловьева В.А., Родионов А.А., Крячкова О.В., Шамурова Ю.Ю., Танцырева И.В., Барышникова И.Н., Атаев М.Г., Раджабов М.О., Исаханова М.М., Уметов М.А. Артериальная гипертензия в российской популяции в период пандемии COVID-19: гендерные различия в распространенности, лечении и его эффективности. Данные исследования ЭССЕ-РФ3. *Кардиоваскуляр. терапия и профилактика*. 2023; 22 (4): 3530.
11. Драпкина О.М., Шальнова С.А., Имаева А.Э., Баланова Ю.А., Максимов С.А., Муромцева Г.А., Куценко В.А., Карамнова Н.С., Евстифеева С.Е., Капустина А.В., Яровая Е.Б., Литинская О.А., Покровская М.С., Ефимова И.А., Борисова А.Л., Долудин Ю.В., Концевая А.В. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации. Третье исследование (ЭССЕ-РФ-3). Обоснование и дизайн исследования. *Кардиоваскуляр. терапия и профилактика*. 2022; 21 (5): 3246. doi: 10.15829/1728-8800-2022-3246
12. Ежов М.В., Ахмеджанов Н.М., Колмакова Т.Е., Тюрина А.В., Мартынов А.И. Амбулаторная практика назначения гиполипидемической терапии по данным исследования АРГО-3 (Анализ распространенности гиперхолестеринемии в амбулаторной практике). *Рац. фармакотерапия в кардиологии*. 2023; 19(2): 143–150. doi: 10.20996/1819-6446-2023-04-04
13. Метельская В.А., Шальнова С.А., Деев А.Д., Перова Н.В., Гомыранова Н.В., Литинская О.А., Евстифеева С.Е., Артамонова Г.В., Гагагонова Т.М., Гринштейн Ю.И., Дупляков Д.В., Ефанов А.Ю., Жернакова Ю.В., Ильин В.А., Либис Р.А., Минаков А.В., Невзорова В.А., Недогода С.В., Романчук С.А., Ротарь О.П., Трубочева И.А., Шляхто Е.В., Бойцов С.А. Анализ распространенности показателей, характеризующих атерогенность спектра липопротеидов, у жителей Российской Федерации (по данным исследования ЭССЕ-РФ). *Профилактик. медицина*. 2016; 19 (1): 15–23. doi: 10.17116/profmed201619115-23
14. Сафарян А.С., Выгодин В.А. Анализ липидснижающей терапии в зависимости от социально-демографических факторов в первичном звене здравоохранения в рамках исследования АРГО. *Кардиоваскуляр. терапия и профилактика*. 2022; 21 (12): 3445. doi: 10.15829/1728-8800-2022-3445
15. Nissen S.E., Nicholls S.J., Sipahi I., Libby P., Raichlen J.S., Ballantyne Ch.M., Davignon J., Erbel R., Fruchart J.C., Tardif J.-C., Schoenhagen P., Crowe T., Cain V., Wolski K., Goormastic M., Tuzcu E.M. Effect of very high-intensity statin therapy on regression of coronary atherosclerosis: the ASTEROID trial. *JAMA*. 2006; 295 (13): 1556–1565. doi: 10.1001/jama.295.13.1556
16. Karlson B.W., Palmer M.K., Nicholls S.J., Lundman P., Barter P.J.. Dosing of rosuvastatin compared with atorvastatin in achieving lipid goals in real-world clinical practice. *Curr. Med. Res. Opinion*. 2018; 34 (5): 891–897. doi: 10.1080/03007995.2018.1439518
17. Fassa A.A., Himbert D., Varenne O. Impact of diabetes on long-term outcome after percutaneous coronary interven-

- tion. *Int. J. Cardiol.* 2007; 118 (3): 339–345. doi: 10.1016/j.ijcard.2006.07.045
18. Mann D.M., Woodward M., Muntner P., Falzon L., Kronish I. Predictors of nonadherence to statins: a systematic review and meta-analysis. *Annals Pharmacother.* 2010; 44 (9): 1410–1421. doi: 10.1345/aph.1P150
 19. Cohen J.D., Brinton E.A., Ito M.K., Jacobson T.A. Understanding Statin-Related Attitudes and Beliefs: The Health Belief Model. *J. Clin. Lipidol.* 2012; 6 (4): 324–333. doi: 10.1016/j.jacl.2012.03.003
 20. Ежов М.В., Катапано А., Эскобар К., Кухарчук В.В., Воевода М.И., Драпкина О.М., Шальнова С.А., Стародубова А.В., Гуревич В.С., Шапошник И.И., Большакова О.О., Ойоткинова О.Ш., Алиева А.С. Роль препаратов на основе красного дрожжевого риса в немедикаментозной коррекции дислипидемии при низком и умеренном сердечно-сосудистом риске (заключение экспертов). *Рациональная фармакотерапия в кардиологии.* 2020; 16 (1): 147–155.
 21. Балахонова Т.В., Ершова А.И., Ежов М.В., Барбараш О.Л., Берштейн Л.Л., Богачев В.Ю., Воевода М.И., Генкель В.В., Гуревич В.С., Дупляков Д.В., Имаев Т.Э., Коновалов Г.А., Космачева Е.Д., Лобастов К.В., Митькова М.Д., Никифоров В.С., Ротарь О.П., Сучков И.А., Явлов И.С., Митьков В.В., Акчурин Р.С., Драпкина О.М., Бойцов С.А. Фокусированное ультразвуковое исследование сосудов. Консенсус российских экспертов. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2022; 21 (7): 3333. doi: 10.15829/1728-8800-2022-3333
 22. Рагино Ю.И., Щербакова Л.В., Худякова А.Д., Симонова Г.И., Мустафина С.В., Рымар О.Д., Малюткина С.К., Каширина А.П., Никитин Ю.П. Ассоциации холестерина липопротеинов низкой плотности с метаболическим синдромом, диабетом и артериальной гипертензией в популяции 45–69 лет. *Артериальная гипертензия.* 2022; 28 (5): 552–561.
 23. Ерина А.М., Усольцев Д.А., Бояринова М.А., Колесова Е.П., Могучая Е.В., Толкунова К.М., Алиева А.С., Ротарь О.П., Артемов Н.Н., Шальнова С.А., Конради А.О., Драпкина О.М., Бойцов С.А., Шляхто Е.В. Потребность в назначении гиполипидемической терапии в российской популяции: сравнение шкал SCORE и SCORE2 (по данным исследования ЭССЕ-РФ). *Российский журнал кардиологии.* 2022; 27 (5): 5006. doi: 10.15829/1560-4071-2022-5006
 24. Мадонов П.Г., Хидирова Л.Д., Большакова М.В., Захарова С.А. Возможности гиполипидемической терапии у молодых мужчин с метаболическим синдромом. *Медицина алфавит.* 2025; (17): 33–38. doi: 10.33667/2078-5631-2025-17-33-38
 25. Ежов М.В., Обрезан А.Г., Алиева А.С., Ахмеджанов Н.М. *Атеросклеротическая рапсодия.* РМЖ. 2023; 4: 33–40.

Сведения об авторах:

Зурида Магомедовна Осмиева, врач-кардиолог, соискатель отдела профилактики метаболических нарушений, Москва, Россия, ORCID: 0000-0002-4735-3861, e-mail: z.m.osmieva@mail.ru

Давид Васильевич Небиеридзе, проф., д-р мед. наук, руководитель отдела профилактики метаболических нарушений, Москва, Россия.

Надир Мигдатович Ахмеджанов, канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник отдела профилактики метаболических нарушений, Москва, Россия, e-mail: nakhmedzhanov@gnicpm.ru

Людмила Даудовна Хидирова, д-р мед. наук, проф. кафедры фармакологии, клинической фармакологии и доказательной медицины, специалист-эксперт ЦСМ «Здравица», Новосибирск, Россия, ORCID: 0000-0002-1250-8798, SPIN-код: 7932-6544, AuthorID: 590689 SC 57195757496, Web of Science ResearcherID: KPK-8739-2024, e-mail: h_ludmila73@mail.ru / milaosdo@gmail.com

Ирина Ивановна Журавлева, соискатель кафедры фармакологии, клинической фармакологии и доказательной медицины, врач-кардиолог ЦСМ «Здравица», Новосибирск, Россия.

Information about the authors:

Zurida M. Osmiyeva, cardiologist, PhD candidate, department of metabolic disorders prevention, Moscow, Russia, ORCID: 0000-0002-4735-3861, e-mail: z.m.osmieva@mail.ru

David V. Nebieridze, doctor of medical sciences, professor, head of the department of metabolic disorders prevention, Moscow, Russia.

Nadir M. Akhmedzhanov, candidate of medical sciences, leading research associate, department of metabolic disorders prevention, Moscow, Russia, e-mail: nakhmedzhanov@gnicpm.ru

Lyudmila D. Khidirova, doctor of medical sciences, professor of the department of pharmacology, clinical pharmacology and evidence-based medicine, expert specialist at «Zdrawitsa» Medical Center, Novosibirsk, Russia, ORCID: 0000-0002-1250-8798, SPIN-code: 7932-6544, AuthorID: 590689, Scopus ID, 57195757496, Web of Science ResearcherID: KPK-8739-2024, e-mail: h_ludmila73@mail.ru / milaosdo@gmail.com

Irina I. Zhuravleva, PhD candidate, department of pharmacology, clinical pharmacology and evidence-based medicine, Cardiologist at «Zdrawitsa» Medical Center, Novosibirsk, Russia.

Статья поступила 04.03.2026
После доработки 24.04.2026
Принята к печати 22.05.2026

Received 04.03.2026
Revision received 24.04.2026
Accepted 22.05.2026

