

© Коллектив авторов, 2021
DOI: 10.21886/2712-8156-2021-2-1-63-69

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ О СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДАХ К ЛЕЧЕНИЮ ДИСЛИПИДЕМИЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

В.В. Скибицкий, А.В. Фендрикова, Е.А. Кудряшов, А.В. Скибицкий

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Краснодар, Россия

Цель: оценить осведомленность врачей об основных положениях Европейских и Российских клинических рекомендаций по ведению больных с дислипидемией и артериальной гипертензией (АГ). **Материалы и методы:** проведено анонимное анкетирование 584 врачей-терапевтов и кардиологов Краснодара и Краснодарского края. Анкета содержала 9 вопросов с несколькими возможными вариантами ответов. **Результаты:** целевые значения холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) у пациентов очень высокого риска знали 1/3 врачей. При недостижении целевого уровня ХС ЛПНП на адекватной дозе статина 75,1% коллег не добавили бы эзетимиб. При гипертриглицеридемии у пациентов, получавших адекватную дозу статина, 47% врачей назначили бы лечение, не соответствующее положениям клинических рекомендаций. На вопросы по антигипертензивной терапии более половины врачей дали правильные ответы. Однако целевой уровень артериального давления неправильно указали 47,3% респондентов, ошиблись с тактикой стартовой терапии 71,6% коллег, неверно оценили ситуацию с назначением тройной фиксированной комбинации препаратов 51,5% врачей. **Заключение:** значительная часть практических врачей (терапевтов и кардиологов) была недостаточно информирована об основных положениях новых рекомендаций и ориентировалась на прежние (устаревшие) представления.

Ключевые слова: дислипидемия, артериальная гипертензия, анкетирование, липидснижающие препараты, антигипертензивные препараты.

Получено: 09.01.2021. **Принято к печати:** 22.01.2021.

Для цитирования: Скибицкий В.В., Фендрикова А.В., Кудряшов Е.А., Скибицкий А.В. Осведомленность врачей Краснодарского края о современных подходах к лечению дислипидемий и артериальной гипертензии. *Южно-Российский журнал терапевтической практики.* 2021;2(1):63-69. DOI: 10.21886/2712-8156-2021-2-1-63-69.

Контактное лицо: Фендрикова Александра Вадимовна, alexandra2310@rambler.ru..

AWARENESS OF KRASNODAR TERRITORY DOCTORS ABOUT MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF DYSLIPIDEMIA AND ARTERIAL HYPERTENSION

V.V. Skibitskiy, A.V. Fendrikova, E.A. Kudrashov, A.V. Skibitskiy

Kuban State Medical University; Krasnodar, Russian Federation

Aim: to assess the awareness of doctors about the main provisions of the European and Russian clinical guidelines for the management of patients with dyslipidemia and arterial hypertension (AH). **Material and methods.** Anonymous survey of 584 physicians and cardiologists of Krasnodar and Krasnodar Territory was carried out. The questionnaire contained 9 multiple-choice questions. **Results:** according to the results of the questionnaire, 1/3 of doctors knew the target values of low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) in very high-risk patients. If the target level of LDL cholesterol was not achieved on an adequate dose of statin, 75.1% of colleagues would not have added ezetimibe. For hypertriglyceridemia in patients receiving an adequate dose of statins, 47% of physicians would prescribe treatment that does not comply with clinical guidelines. More than half of the doctors gave correct answers to the questions about antihypertensive therapy. However, the target level of blood pressure was incorrectly indicated by 47.3% of respondents, 71.6% of colleagues made a mistake with the tactics of starting therapy, and 51.5% of doctors incorrectly assessed the situation with the prescription of a triple fixed combination of drugs. **Conclusion:** a significant part of practicing doctors (therapists and cardiologists) were not sufficiently informed about the main provisions of the new recommendations and were guided by old (outdated) ideas.

Keywords: dyslipidemia, arterial hypertension, questionnaires, lipid-lowering drugs, antihypertensive drugs.

Received: 09.01.2021. **Accepted:** 22.01.2021.

For citation: Skibitskiy V.V., Fendrikova A.V., Kudrashov E.A., Skibitskiy A.V. Awareness of Krasnodar Territory doctors about modern approaches to the treatment of dyslipidemia and arterial hypertension. *South Russia Journal of Therapeutic Practices*. 2021;2(1):63-69. DOI: 10.21886/2712-8156-2021-2-1-63-69.

Corresponding author: Aleksandra V. Fendrikova, alexandra2310@rambler.ru.

Введение

Пациенты высокого кардиоваскулярного риска — наиболее распространенная категория лиц, обращающихся к амбулаторным врачам-терапевтам, кардиологам, эндокринологам. Значимый вклад в формирование сердечно-сосудистого риска вносят артериальная гипертензия (АГ) и дислипидемия, распространенность которых во всем мире остается на достаточно высоком уровне несмотря на проводимые медико-профилактические мероприятия. Согласно результатам эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ, в российской популяции взрослые респондеры АГ регистрируются в 43,5% случаев, а дислипидемия имеет место быть приблизительно у 70% мужчин и женщин старше 45 лет [1]. Ведение таких больных регламентировано положениями Российских и Европейских клинических рекомендаций, соблюдение которых может позволить улучшить прогноз (снизить риск смерти, кардио-васкулярных осложнений), продлить жизнь и улучшить ее качество [2–5]. Вместе с тем результативность фармакотерапии пациентов высокого риска оставляет желать лучшего, что обусловлено многочисленными причинами, в частности, низкой приверженностью больных, социальными и экономическими факторами, а также врачебной инертностью. Достаточно часто в реальной клинической практике назначение той или иной терапии основывается на практическом опыте, многолетних стереотипах и привычках врача, не всегда совпадающих с базовыми положениями рекомендаций. В этой связи представляют интерес исследования, посвященные изучению соответствия амбулаторной практики ведения пациентов алгоритмам, изложенным в клинических рекомендациях.

Цель исследования — оценить осведомленность врачей терапевтов и кардиологов Краснодарского края об основных положениях Европейских и Российских клинических рекомендаций по ведению больных с дислипидемией и АГ.

Материалы и методы

Проведено анонимное анкетирование 584 врачей-терапевтов и кардиологов амбулатор-

ных и стационарных медицинских учреждений Краснодарского края.

Анкета была разработана сотрудниками кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО КубГМУ МЗ РФ и содержала 21 вопрос с несколькими возможными вариантами ответов, однако в данной работе представлен анализ ответов на 9 вопросов, касающихся липидкорректирующей и антигипертензивной терапии.

Результаты

Согласно действующим рекомендациям, липидснижающая терапия наряду с немедикаментозными мероприятиями предполагает неопределенно долгое (пожизненное) назначение препаратов (прежде всего, статинов) и достижение целевых уровней липидов в соответствии с риском кардиоваскулярных осложнений (очень высокий, высокий, умеренный, низкий).

Несколько вопросов анкеты были посвящены именно тактике липидснижающей терапии, которой следуют врачи в своей практике. Так, на вопрос «Какой уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) является целевым для пациентов очень высокого риска (согласно российским рекомендациям)?» были предложены 4 варианта ответа: а) менее 1,8 ммоль/л; б) менее 1,4 ммоль/л; в) менее 2 ммоль/л; г) другой вариант.

Лишь треть опрошенных выбрали ответ «менее 1,4 ммоль/л», соответствующий рекомендациям. Подавляющее большинство врачей полагали, что у больных с очень высоким сердечно-сосудистым риском допустим и более высокий целевой уровень ХС ЛПНП (рисунок 1).

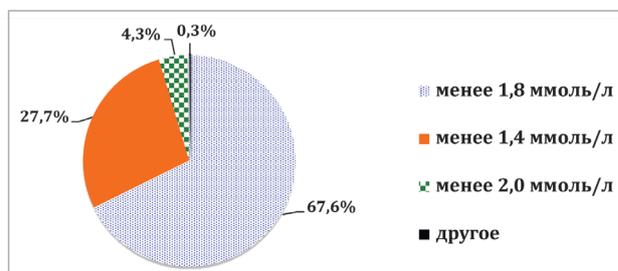


Рисунок 1. Распределение ответов врачей на вопрос анкеты «Какой уровень ХС ЛПНП является целевым для пациентов очень высокого риска (согласно российским рекомендациям)?».

Подобная инертность объясняет ответы, полученные на следующий вопрос — «Пациент очень высокого риска получает аторвастатин 40 мг. На фоне такой терапии ХС ЛПНП 2,3 ммоль/л. Ваша тактика?», — где на выбор были предложены варианты а) оставить все без изменений; б) увеличить дозу аторвастатина до 80 мг/сутки; в) перевести больного на розувастатин 40 мг/сутки; г) добавить к терапии эзетимиб; д) другой вариант.

Более 40% врачей не стали бы менять назначенную терапию, что в корне неверно, так как способствует повышению риска сердечно-сосудистых катастроф у данной категории пациентов, снижает ценность и значимость терапии (рисунок 2).

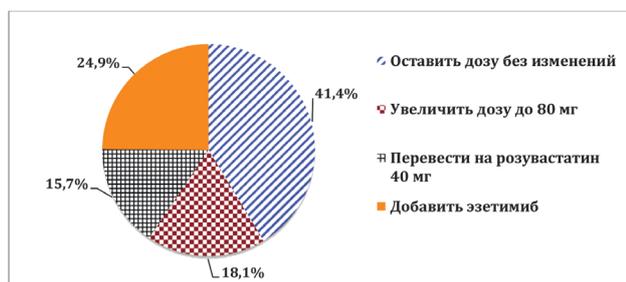


Рисунок 2. Распределение ответов врачей на вопрос анкеты «Пациент очень высокого риска получает аторвастатин 40 мг. На фоне такой терапии ХС ЛПНП 2,3 ммоль/л. Ваша тактика?».

Удвоить дозу аторвастатина предложили 18,1% клиницистов, однако это привело бы к дополнительному снижению ХС ЛПНП приблизительно на 6% («правило 6»), что явно недостаточно. Простой математический расчет показывает, что для достижения показателя ХС ЛПНП <1,4 ммоль/л в данной клинической ситуации необходимо дополнительно снизить его уровень более, чем на 39%. Заменить аторвастатин на максимальную дозу розувастатина посчитали возможным 15,7% респондентов. Такая тактика обеспечила бы более значимое уменьшение ХС ЛПНП, чем удвоение дозы аторвастатина, но, скорее всего, целевой уровень ХС ЛПНП остался бы недостижимым. Каждый четвертый врач предложил добавить к проводимой терапии ингибитор абсорбции холестерина в кишечнике эзетимиб 10 мг/сутки. Вместе с тем, результаты клинических исследований свидетельствуют, что монотерапия эзетимибом сопровождается снижением уровня ХС ЛПНП в среднем на 15–22% [6]. В многоцентровом двойном-слепом исследовании EZ-PATH добавление эзетимиба к 40 мг аторвастатина у пациентов с высоким риском коронарных событий способствовало дополнительному регрессу ХС ЛПНП на 27% [7]. Таким образом, в данном случае правильным было бы предложить свой вариант ответа, например,

«назначить максимальную дозу аторвастатина или розувастатина и одновременно добавить к терапии эзетимиб». Однако «других» вариантов решения этой ситуации получено не было.

Достаточно часто практикующий врач сталкивается с проблемой коррекции гипертриглицеридемии, и перед ним неизменно встают вопросы о том, можно ли ограничиться монотерапией статином или же необходимо назначить пациенту дополнительный препарат фенофибрат, возможно ли использование полиненасыщенных омега-3 жирных кислот. В связи с этим один из пунктов анкеты касался комбинированной терапии больных с высокими уровнями триглицеридов — «Какой должна быть тактика ведения пациента, получающего статин, при достижении целевого уровня ХС ЛПНП, но имеющего при этом уровень триглицеридов 2,4 ммоль/л?». Вопрос предполагал выбор одного из вариантов ответа: а) добавить к терапии фенофибрат; б) добавить к терапии эзетимиб; в) увеличить дозу статина; г) добавить к терапии омакор 1 г/сут; д) другой вариант.

Правильно ответили на данный вопрос 53% врачей (рис. 3). Согласно Европейским и Российским рекомендациям, при достижении целевого уровня ЛПНП на терапии статинами, но сохраняющейся гипертриглицеридемии (>2,3 ммоль/л) необходимо дополнить терапию фибратом [4]. У пациентов высокого / очень высокого риска при недостаточном эффекте или непереносимости фенофибрата возможно назначение полиненасыщенных омега-3 жирных кислот. Вместе с тем, рекомендации оговаривают, что доза полиненасыщенных омега-3 жирных кислот должна составлять 2–4 г/сутки [4].

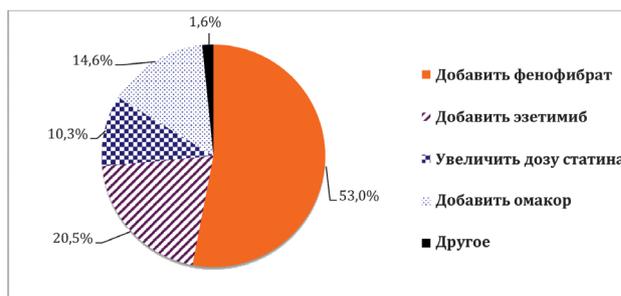


Рисунок 3. Распределение ответов врачей на вопрос анкеты «Какой должна быть тактика ведения пациента, получающего статин, при достижении целевого уровня холестерина ЛПНП, но имеющего при этом уровень ТГ 2,4 ммоль/л?».

Следующий блок вопросов анкеты был посвящен алгоритмам назначения антигипертензивной терапии.

Одним из возможных препятствий для проведения эффективного лечения АГ может являться недостаточное знание врачами целевых значений артериального давления (АД). Опра-

шиваемым было предложено ответить на вопрос «Какой уровень АД считается целевым для большинства пациентов среднего возраста согласно современным рекомендациям?», предполагающий выбор одного правильного ответа из следующих: а) менее 140/90 мм рт.ст.; б) менее 130/80 мм рт.ст.; в) менее 140/85 мм рт.ст. при наличии сахарного диабета (СД) 2 типа; г) другой вариант.

Более половины врачей (52,6%) правильно определили целевой уровень АД для больных в возрасте 18–65 лет с неосложненной АГ - менее 130/80 мм рт.ст. (рис. 4). Вместе с тем, 13% опрошенных выбрали ответ «менее 140/85 мм рт.ст. при наличии СД 2 типа», что являлось актуальным в предшествующих рекомендациях ESH/ESC 2013 г. Каждый третий врач считал, что целевым является уровень АД <140/90 мм рт.ст., что также не соответствует действующим рекомендациям.

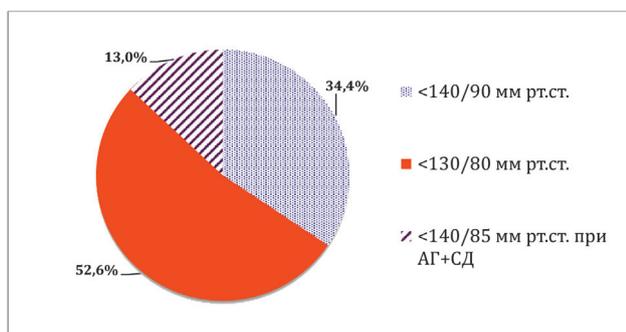


Рисунок 4. Распределение ответов врачей на вопрос анкеты «Какой уровень АД считается целевым для большинства пациентов среднего возраста, согласно современным рекомендациям?».

Эффективная стартовая терапия больных АГ влияет на дальнейшую приверженность к лечению и тем самым позволяет снизить риск возможных сердечно-сосудистых осложнений. Тем не менее, согласно данным российского эпидемиологического исследования ЭПОХА, около трети пациентов с АГ получают монотерапию в течение длительного времени [8]. Следовательно, важным представлялось оценить знания врачей о категории лиц, у которых возможно применение монотерапии АГ, в связи с чем был предложен вопрос «В каких клинических ситуациях возможна монотерапия АГ?» с возможностью выбора нескольких вариантов ответа: а) у пациентов низкого риска с АГ 1 степени; б) у пациентов старше 65 лет; в) у «хрупких» пациентов; г) в качестве стартовой терапии у всех больных; д) другой вариант.

В большинстве случаев опрашиваемые дали правильные ответы: использование одного антигипертензивного препарата на старте возможно у больных низкого риска с АД<150/90

мм рт.ст. и у «хрупких» пациентов (рис. 5). Тем не менее 15,2% врачей считали возможным старт с монотерапии у всех лиц с АГ.

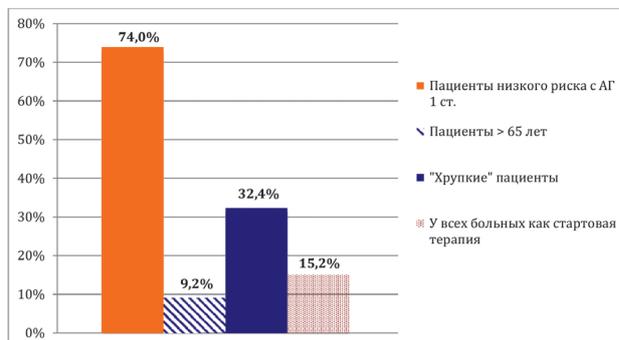


Рисунок 5. Распределение ответов врачей на вопрос анкеты «В каких клинических ситуациях возможна монотерапия АГ?».

Согласно современным клиническим рекомендациям, в подавляющем большинстве случаев при АГ следует отдавать предпочтение комбинированной антигипертензивной терапии, причем в виде фиксированных комбинаций [2, 5]. Но как часто в реальной практике врачи следуют этому алгоритму? Для оценки данной ситуации и был сформулирован вопрос анкеты «Каковы принципы стартовой антигипертензивной терапии для большинства пациентов с АГ согласно современным рекомендациям?» со следующими вариантами ответов: а) сначала монотерапия, а потом назначение двух препаратов; б) свободная комбинация препаратов с обязательным назначением одного из них перед сном; в) на старте сразу фиксированная комбинация; г) другой вариант.

К сожалению, лишь 28,4% врачей рекомендовали в качестве стартовой антигипертензивной терапии фиксированную комбинацию препаратов (рис. 6). Подавляющее большинство клиницистов предпочитали сначала назначить монотерапию и только при её неэффективности добавить второй препарат для контроля АД. Хорошо известно, что подобная стратегия существенно замедляет темпы достижения целевых уровней АД, способствует формированию у больного недоверия к квалификации врача и снижению приверженности.

Еще одна проблема лечения пациентов с АГ — использование нерациональных комбинаций антигипертензивных препаратов. Безусловно, при условии назначения фиксированных комбинаций эта проблема полностью нивелируется, однако, учитывая результаты ответа врачей на предыдущий вопрос, было важным оценить, какая именно комбинированная терапия рекомендуется больным в реальной клинической практике. Вопрос «Какие комбинации антиги-

пертензивных препаратов считаются рациональными у пациентов с неосложненной АГ?» предполагал возможность выбора следующих вариантов ответа: а) иАПФ (БРА) + диуретик; б) иАПФ(БРА) + антагонист кальция; в) иАПФ + диуретик + антагонист кальция; г) иАПФ + диуретик + БРА; д) иАПФ + антагонист кальция + БРА; е) иАПФ + диуретик + антагонист кальция + спиронолактон.

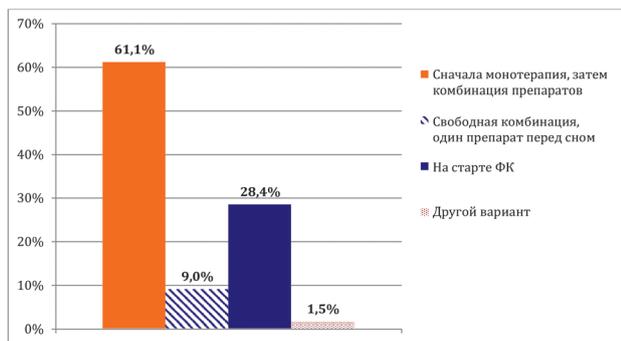


Рисунок 6. Распределение ответов врачей на вопрос анкеты «Каковы принципы стартовой антигипертензивной терапии для большинства пациентов с АГ согласно современным рекомендациям?».

Примечание: ФК — фиксированная комбинация.

Рациональные комбинации препаратов остаются неизменными на протяжении последних десятилетий, поэтому подавляющее количество практикующих врачей прочно усвоили эти знания и дали верные ответы (рис. 7). В то же время каждый четвертый из опрошенных выбрал варианты, в которых фигурировала комбинация иАПФ и БРА, что является недопустимым при лечении АГ, так как может сопровождаться неблагоприятными эффектами (гиперкалиемией, почечной дисфункцией).

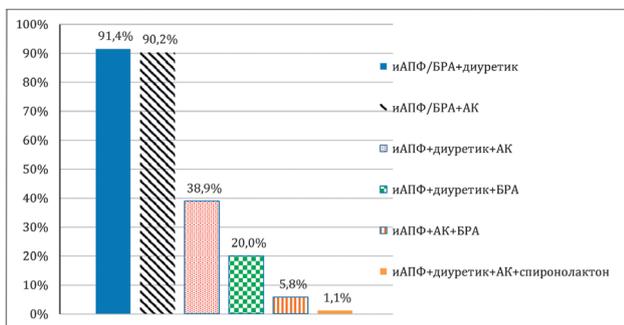


Рисунок 7. Распределение ответов врачей на вопрос анкеты «Какие комбинации антигипертензивных препаратов считаются рациональными у пациентов с неосложненной АГ?».

Примечание: иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, БРА — блокаторы рецепторов ангиотензина II, АК — антагонисты кальция.

Следующий вопрос затрагивал проблему использования многокомпонентной фармакотерапии АГ — «На Ваш взгляд, в каких ситуациях следует назначить тройную фиксированную комбинацию антигипертензивных препаратов?». Врачам предлагались 5 вариантов ответов: а) при рефрактерной АГ; б) как второй шаг при лечении неосложненной АГ; в) у пациентов с АГ и коморбидной патологией, чтобы избежать полифармакотерапии; г) в качестве стартовой терапии у пациентов с АГ 3 степени; д) другой вариант.

Использование тройной фиксированной комбинации антигипертензивных препаратов в современных рекомендациях рассматривается как второй шаг при лечении неосложненной АГ. Правильно ответили на этот вопрос менее половины опрошенных врачей (48,5%) (рис. 8).

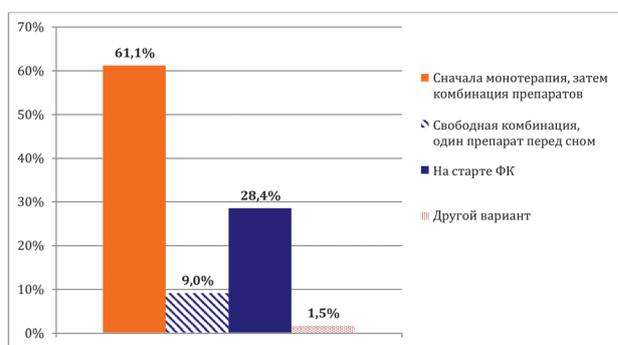


Рисунок 8. Распределение ответов врачей на вопрос анкеты «На Ваш взгляд, в каких ситуациях следует назначить тройную фиксированную комбинацию антигипертензивных препаратов?».

Безусловно, важным представлялась и оценка отношения врачей к липидснижающей терапии у пациентов с АГ. В этой связи был задан вопрос «В каких ситуациях Вы назначите пациенту с неосложненной АГ статин? (в качестве первичной профилактики)» с возможными вариантами ответов а) всегда; б) если пациент относится к категории высокого/очень высокого риска и у него есть гиперлипидемия; в) в любом случае, если пациент с АГ относится к категории высокого/очень высокого риска; г) обычно сначала я рекомендую диету, и только при ее неэффективности в отношении снижения общего холестерина через несколько месяцев назначаю статин.

Назначение гиполипидемической терапии определяется не наличием или отсутствием АГ и дислипидемии, а совокупностью факторов, свидетельствующих о наличии риска сердечно-сосудистых осложнений. В связи с этим наиболее правильным можно считать ответы, подразумевающие применение статинов у пациентов высокого и очень высокого риска (рис. 9). Тем не менее, почти 10% врачей предпочитали сна-

чала рекомендовать изменение образа жизни (диету) и только при неэффективности такого подхода — использовать гиполипидемические средства.

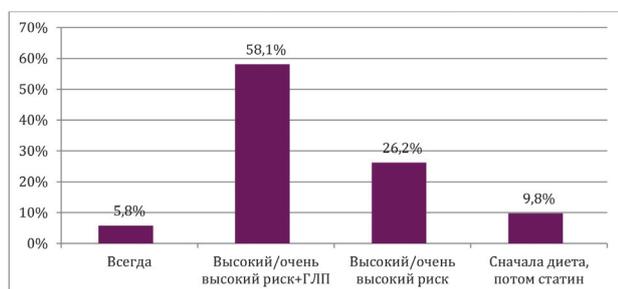


Рисунок 9. Распределение ответов врачей на вопрос анкеты «В каких ситуациях Вы назначите пациенту с неосложненной АГ статин? (в качестве первичной профилактики)».

Примечание. ГЛП — гиперлипидемия.

Обсуждение

Результаты анкетирования выявили ряд «пробелов» в знаниях врачей Краснодара и Краснодарского края по тактике проведения гиполипидемической и антигипертензивной терапии. Одно из слагаемых успеха в лечении пациентов с дислипидемией и АГ — четкое понимание цели, которая является ориентиром и для клинициста, и для пациента. Среди опрошенных нами специалистов целевые уровни ХС ЛПНП у больных очень высокого кардиоваскулярного риска правильно отметила лишь треть, а целевые значения АД для большинства лиц с АГ знала половина врачей. Ранее нами проводились опросы, позволявшие оценить знание врачами рекомендуемых уровней ХС ЛПНП и продемонстрировавшие, что верно ориентировались в этом вопросе около 40% респондентов [9]. Существенное ужесточение целевых значений липидного спектра в действующих рекомендациях, вероятно, пока не осознается в полной мере врачами, что может объяснить такой низкий процент правильных ответов. Данные, полученные при оценке знаний целевых уровней АД, отражают достаточно частую ситуацию в клинической практике, причем не только в Краснодарском крае, но и в других регионах. Так, в 2019 году Российским кардиологическим обществом (РКО) был инициирован опрос клиницистов по ключевым позициям антигипертензивной терапии в рамках проекта «Целевой адрес» (www.scardio.ru). Результаты его свидетельствуют, что большинство врачей (более половины) считают достаточным снижение АД до 140/90 мм рт.ст. и не стремятся корректировать лечение.

Вопросы усиления липидкорректирующей терапии при недостаточном контроле таких показателей липидного спектра, как ХС ЛПНП и ТГ,

также вызвали затруднение: возможность применения эзетимиба при сохранении нецелевых значений ХС ЛПНП рассматривали только 24,9% врачей, а назначение фенофибрат при сохраняющейся, несмотря на использование статина, гипертриглицеридемии — около 50% опрошенных. Важно, что при ответе на вопросы анкеты практически никто не пытался изложить какой-либо свой, собственный, не отраженный в перечне ответ, хотя некоторые из вопросов были сформулированы именно в расчете на такой подход.

Анализ ответов по блоку, касающемуся антигипертензивной терапии, показал, что только треть врачей считает необходимым проведение монотерапии у «хрупких» пациентов; около 70% опрошенных не назначает «на старте» фиксированные комбинации антигипертензивных препаратов, предпочитая монотерапию или свободные комбинации; каждый четвертый использует комбинации двух блокаторов ренин-ангиотензиновой системы; неверно оценили ситуацию с назначением тройной фиксированной комбинации препаратов 51,5% врачей.

Заключение

Значительная часть опрошенных терапевтов и кардиологов недостаточно информирована об основных положениях новых рекомендаций (Европейского и Российского кардиологических обществ) и ориентируется на прежние (частично устаревшие) представления. Ликвидировать выявленные пробелы в знаниях поможет более глубокое изучение материала (самостоятельно и на курсах усовершенствования), а также активное посещение врачами конференций, образовательных лекций, семинаров и «круглых» столов. С одной стороны, в условиях страховой медицины, в реальной клинической практике знание и соблюдение врачом ключевых положений нормативных документов (в т.ч. клинических рекомендаций) поможет защитить его от возможных конфликтных ситуаций, связанных с неблагоприятными побочными эффектами и осложнениями терапии. С другой стороны, и это самое важное, глубокое и целенаправленное изучение, а в последующем — использование современных рекомендаций будут способствовать повышению эффективности фармакотерапии пациентов с дислипидемией и АГ и, как результат, снижению риска кардиоваскулярных осложнений и улучшению прогноза.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Financing. The study did not have sponsorship.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. Authors declares no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Чазова И.Е., Жернакова Ю.В., Ощепкова Е.В., Шальнова С.А., Яровая Е.Б., Конради А.О., Бойцов С.А. Распространенность факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции больных артериальной гипертонией. *Кардиология*. 2014;10:4-12. DOI: 10.18565/cardio.2014.10.4-12
2. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European Heart J*. 2018;39,3021–3104. doi: 10.1093/eurheartj/ehy339.
3. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J*. 2020;41(1):111-188. doi: 10.1093/eurheartj/ehz455.
4. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VII пересмотр. *Атеросклероз и дислипидемии*. 2020;1(38):7-40. DOI: 10.34687/2219-8202.JAD.2020.01.0002
5. Артериальная гипертония у взрослых. Клинические рекомендации 2020. *Российский кардиологический журнал*. 2020;3(25): 149-218. DOI: 10.15829/1560-4071-2020-3-3786
6. Pandor A., Ara R.M., Tumur I., Wilkinson A.J., Paisley S., Duenas A., Durrington P.N., Chilcott J. Ezetimibe monotherapy for cholesterol lowering in 2,722 people: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Intern Med*. 2009;265(5):568–580. doi: 10.1111/j.1365-2796.2008.02062.x.
7. Leiter L.A., Bays H., Conard S., Bird S., Rubino J., Hanson M.E. et al. Efficacy and safety of ezetimibe added on to atorvastatin (40 mg) compared with uptitration of atorvastatin (to 80 mg) in hypercholesterolemic patients at high risk of coronary heart disease. *Am J Cardiol*. 2008;102(11):1495-501. doi: 10.1016/j.amjcard.2008.09.076
8. Смирнова Е.А., Тереховская Ю.В., Молодцова А.А., Якушин С.С. Артериальная гипертония в Рязанской области: данные третьего среза исследования ЭПОХА. *Российский кардиологический журнал*. 2019;24(6):49–53. doi: 10.15829/1560-4071-2019-6-49-53
9. Скибицкий В.В., Фендрикова А.В., Спиропулос Н.А., Олейник Н.И., Сиротенко Д.В. Какие причины ограничивают назначение статинов в реальной клинической практике? (по результатам опроса врачей г. Краснодара и Краснодарского края). *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2008;7(3):89-94. eLIBRARY ID: 9952282

Информация об авторах

Скибицкий Виталий Викентьевич, д.м.н., проф., заведующий кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия, ORCID 0000-0002-7750-7358, e-mail: vvsdoctor@mail.ru.

Фендрикова Александра Вадимовна, к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия, ORCID 0000-0002-4323-0813, e-mail: alexandra2310@rambler.ru

Кудряшов Евгений Анатольевич, к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия, ORCID 0000-0002-8050-0691. e-mail: kudrashov@mail.ru.

Скибицкий Александр Витальевич, к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия, ORCID 0000-0001-6833-9033, e-mail: avdoctor@gmail.com.

Information about the authors

Alexander V. Skibitskiy, assistant professor of Hospital Therapy, Kuban State Medical University; Krasnodar, Russia, ORCID 0000-0002-7750-7358, e-mail: vvsdoctor@mail.ru.

Alexandra V. Fendrikova, assistant professor of Hospital Therapy, Kuban State Medical University; Krasnodar, Russia, ORCID 0000-0002-4323-0813, e-mail: alexandra2310@rambler.ru.

Evgeniy A. Kudrashov, assistant professor of Hospital Therapy, Kuban State Medical University; Krasnodar, Russia, ORCID 0000-0002-8050-0691, e-mail: kudrashov@mail.ru.

Vitaliy V. Skibitskiy, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Hospital Therapy, Kuban State Medical University; Krasnodar, Russia, ORCID 0000-0001-6833-9033, e-mail: avdoctor@gmail.com.