

¹ Российский
национальный
исследовательский
медицинский
университет
им. Н.И. Пирогова,
Москва

² Объединенная
больница
с поликлиникой
Управления делами
Президента РФ,
Москва

Приверженность к гиполипидемической терапии: вызовы и пути решения в контексте современной стратегии профилактики сердечно-сосудистых заболеваний

В.Н. Ларина, д.м.н., проф.¹, Е.А. Вартанян, к.м.н., доц.¹, Е.С. Щербина¹,
В.Е. Покровский², М.В. Цветкова²

Адрес для переписки: Вера Николаевна Ларина, larinav@mail.ru

Для цитирования: Ларина В.Н., Вартанян Е.А., Щербина Е.С. и др. Приверженность к гиполипидемической терапии: вызовы и пути решения в контексте современной стратегии профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Эффективная фармакотерапия. 2026; 22 (33): 84–90.

DOI 10.33978/2307-3586-2026-22-33-84-90

Цель. Проанализировать современные данные о концепции приверженности пациентов к гиполипидемической терапии и влиянии этой приверженности на исходы при сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ).

Основные положения. В настоящее время ССЗ остаются ведущей причиной смертности и инвалидности во всем мире, обуславливая около 20 млн смертей ежегодно. Дислипидемия является одним из ключевых модифицируемых факторов риска атеросклеротических ССЗ. Несмотря на широкую доступность высокоэффективных гиполипидемических препаратов, клинические результаты в реальной практике существенно уступают ожидаемым. Основной причиной этого разрыва является недостаточная приверженность пациентов к назначенной терапии. В статье рассмотрены научные публикации, касающиеся приверженности пациентов липидемической терапии и ее влияния на сердечно-сосудистые исходы. Описаны возможные практические проблемы на пути к соблюдению терапевтических рекомендаций, включая широко распространенные мифы о безопасности статинов. На основе данных российских (ЭФФОРТ, ЭССЕ-РФ) и международных регистров проанализирован профиль причин отказа от статинотерапии. Рассмотрены современные стратегии повышения приверженности с учетом современного арсенала гиполипидемических средств.

Заключение. Внедрение в рутинную клиническую практику стратегий повышения приверженности пациентов к гиполипидемической терапии является важным условием, определяющим успех профилактики ССЗ.

Ключевые слова: приверженность терапии, дислипидемия, статины, мышечные симптомы на фоне приема статинов, липопротеины низкой плотности, ингибиторы PCSK9, инклизуман, сердечно-сосудистый риск, профилактика сердечно-сосудистых заболеваний

Введение

Неуклонное увеличение количества пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и доли лиц с мультиморбидностью, демографическое старение населения и повышение ожидаемой продолжительности жизни обуславливают высокие требования к комплексному ведению пациентов в амбулаторном звене оказания медицинской помощи. Именно участковый врач-терапевт и/или врач общей практики играет главную роль в проведении скрининга, ранней диагностики, в определении

и стратификации риска, установлении длительности динамического наблюдения за пациентами. Все это обеспечивает усиление преемственности между разными уровнями системы здравоохранения и повышает доступность оказания медицинской помощи [1].

Около 523 млн человек в мире живут с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). По данным Всемирной организации здравоохранения, широкая распространенность болезней системы кровообращения ежегодно становится причиной смерти 18 млн

человек в мире, а к 2030 г. количество смертей возрастет до рекордных 23,6 млн [2].

В Российской Федерации ССЗ являются ведущей причиной смертности: около 46% всех смертей связаны с ними [3]. Среди ведущих факторов риска, обуславливающих до 75% смертельных исходов от хронических неинфекционных заболеваний, дислипидемия занимает особое место. Уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП) стабильно входит в десятку главных факторов риска среди 87 изученных показателей, влияющих на продолжительность жизни и потерю трудоспособности у людей в возрасте старше 25 лет [4].

Устранение и контроль дислипидемии с помощью гиполипидемической терапии (ГЛТ), основанной на приеме статинов, имеет решающее значение для профилактики ССЗ. По данным масштабного метаанализа Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration, включавшего 170 000 участников из 26 рандомизированных клинических исследований (РКИ), убедительно продемонстрировано, что снижение уровня ХС ЛНП на 1 ммоль/л в течение пяти лет приводило к снижению общей смертности на 10% (относительный риск (ОР) 0,90, 95% доверительный интервал (ДИ) 0,87–0,93, $p < 0,0001$) и снижению смертности от ишемической болезни сердца на 20% (ОР 0,80, 99% ДИ 0,74–0,87, $p < 0,000$) [5]. Связь уровня общего холестерина со смертностью от ишемической болезни сердца была также подтверждена в крупном метаанализе с участием 186 854 человек из 28 РКИ, в котором 14 483 (8%) лиц были в возрасте старше 75 лет на момент рандомизации. Медиана наблюдения составила 4,9 года. Интенсивная терапия статинами приводила к уменьшению на 21% (ОР 0,79, 95% ДИ 0,77–0,81) основных сердечно-сосудистых событий при каждом снижении уровня ЛНП на 1,0 ммоль/л во всех возрастных группах [6].

Несмотря на то что достижение целевых уровней ХС ЛНП снижает риск сердечно-сосудистых событий, реализация этой концепции в повседневной практике встречает серьезный барьер – недостаточную приверженность пациентов лечению. В Российской Федерации информационные барьеры и страх перед лечением зачастую превалируют над осознанием реальных рисков сердечно-сосудистых катастроф [7].

Концепция приверженности терапии: компоненты и влияние на клинические исходы

Приверженность терапии – это не просто выполнение рекомендаций врача, а определенный образ жизни, осознанное и осведомленное поведение пациента в отношении собственного здоровья, включающее принятие медицинских решений в ходе лечения [8]. Приверженность лечению рассматривается исключительно в рамках активного сотрудничества врача и пациента, участия последнего в контроле течения заболевания, а также превентивного поведения – соблюдения принципов здорового питания, отказа от вредных привычек и выполнения рекомендаций врача. Приверженность является понятием,

Таблица 1. Компоненты приверженности терапии [8]

Компонент	Определение
Продолжительность приема препаратов	Период от начала до прекращения лечения. Отражает длительность непрерывной терапии
Исполнительность	Сравнение предписанного режима и истинного приема, в том числе пропуск дозы. Количественно выражается как доля дней приема или коэффициент приема лекарств
«Лекарственные каникулы»	Самовольное прекращение лечения на 3 дня и более
Удержание на терапии	Продолжение лечения в течение заданного периода наблюдения (например, 12 месяцев)

Таблица 2. Влияние приверженности статинотерапии на клинические исходы [9]

Клинический исход	Снижение риска при высокой приверженности	95% ДИ
Общая смертность	-35% (ОР 0,65)	0,56–0,76
Любые сердечно-сосудистые события	-24% (ОР 0,76)	0,72–0,80
Инфаркт миокарда	-30% (ОР 0,70)	0,62–0,80
Инсульт	-32% (ОР 0,68)	0,58–0,79
Смерть при отмене статинов	+90% (ОР 1,90)	1,33–2,71

включающим несколько взаимосвязанных компонентов (табл. 1).

Согласно международному консенсусу, порогом высокой приверженности считается прием $\geq 80\%$ назначенных доз препаратов. Только высокая приверженность пациентов лечению не требует дополнительных мероприятий по его повышению [9].

Клиническое значение приверженности статинотерапии было всесторонне изучено в ряде крупных исследований. В систематическом обзоре и метаанализе А. Basios и соавт. (2025), включавшем 66 исследований с суммарной выборкой более 3,3 млн человек, получены следующие результаты (табл. 2) [10].

Данные результаты были подтверждены в независимом систематическом обзоре L.K. Jones и соавт. (2025), включившим 39 обсервационных исследований с участием пациентов с клиническими проявлениями атеросклеротических ССЗ. Приверженность ГЛТ (пропорция дней с приемом назначенных доз препаратов $\geq 80\%$) статистически значимо снижала риск смерти (отношение рисков (hazard ratio, HR) 0,56; 95% ДИ 0,34–0,92), крупных неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (HR 0,77; 95% ДИ 0,68–0,86) и инфаркта миокарда (HR 0,86; 95% ДИ 0,79–0,95) [11].

Факторы низкой приверженности и мифы о статинотерапии

Статины, несмотря на 40-летний опыт применения и доказанную безопасность, остаются недостаточно используемыми в клинической практике, хотя устранение и контроль дислипидемии с помощью ГЛТ, основанной преимущественно на приеме статинов, имеет решающее значение для профилактики ССЗ атеросклеротического генеза. К тому же в настоящее время сформулирована концепция кумулятивного бремени атеросклероза, которая зависит не только

от значений ХС ЛНП, но и от длительности экспозиции его повышенного уровня, в связи с чем необходима ранняя коррекция уровня ХС ЛНП, что позволяет снизить сердечно-сосудистый риск (ССР) пациента. Приверженность терапии статинами, как правило, неоптимальная – 62,4% пациентов (95% ДИ 58–66) выполняют назначения врача по приему статинов, что подтверждено результатами метаанализа 76 клинических исследований ($n = 5\,898\,141$), – и в значительной степени зависит от клинических факторов [12]. Эта приверженность сопряжена со снижением риска развития любых событий сердечно-сосудистого происхождения на 24% (ОШ 0,76; 95% ДИ 0,72–0,80) [9]. Согласно исследованию Е.И. Усовой и соавт. [13], определены практические, организационные и образовательные препятствия для внедрения положений клинических рекомендаций по нарушению липидного обмена в широкую рутинную практику. Отсутствие осознанной необходимости лечения нарушения липидного обмена у пациента рассматривается как основной барьер для постоянной ГЛТ и достижения целевого уровня ХС ЛНП, а недостаточная осведомленность пациентов о важности лечения дислипидемии становится препятствием для регулярного приема гиполипидемических средств и достижения целевых показателей ХС ЛНП.

Действительно, отсутствие заинтересованности пациентов в образовательных мероприятиях, объяснить которое можно отсутствием жалоб при повышенном уровне липидов сыворотки крови, служит существенным барьером для повышения грамотности в вопросах здоровья [14]. Немаловажную роль в вопросах приверженности терапии имеет медицинская активность населения, включающая заботу о собственном здоровье, санитарную (медицинскую) грамотность, обращаемость в медицинские учреждения.

У многих пациентов сохраняется страх относительно безопасности фармакологического снижения уровня холестерина. Современные данные свидетельствуют о том, что клинически значимое гепатотоксическое действие статинов является крайне редким явлением.

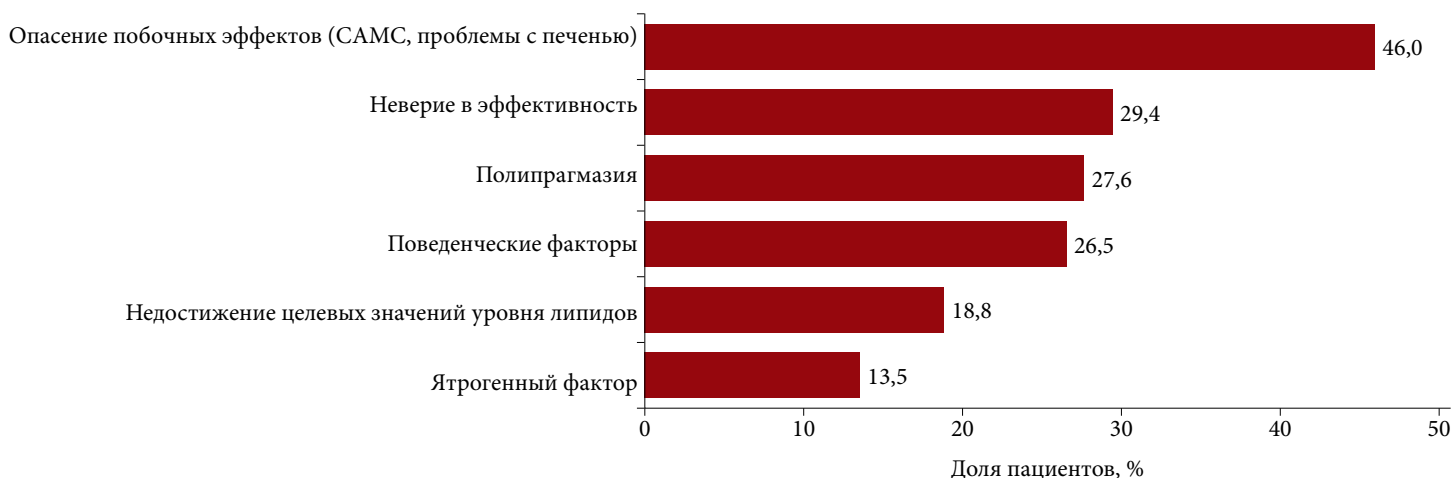
Частота повышения уровня аспаратаминотрансферазы (АСТ)/аланинаминотрансферазы (АЛТ) более чем в три раза выше верхнего предела нормы составляет 2–3 случая на 100 пациентов, носит дозозависимый и обратимый характер и не является препятствием для назначения адекватного лечения у пациентов с очень высоким ССР [15].

Статин-ассоциированные мышечные симптомы (САМС) встречаются в клинической практике, однако их частота и тяжесть значительно преувеличены. Истинный рабдомиолиз является редким осложнением и возникает преимущественно при лекарственных взаимодействиях или применении высоких доз препаратов. Правильный подбор дозы и учет факторов риска позволяют минимизировать этот риск [16]. Современные данные не подтверждают причинно-следственной связи между приемом статинов и развитием когнитивных нарушений или деменции. Напротив, предотвращение инсультов и цереброваскулярных событий на фоне статинотерапии способствует сохранению когнитивных функций [17].

Абсолютный риск развития сахарного диабета 2 типа на фоне приема статинов является невысоким, тогда как польза от снижения сердечно-сосудистых событий значительно превышает этот риск. Данный факт должен быть четко разъяснен пациентам при назначении терапии [18].

Анализ данных российских регистров позволяет детально охарактеризовать структуру причин, по которым пациенты прекращают лечение статинами. На первом месте находится страх перед побочными эффектами, который в России отмечается у 46% пациентов, отказавшихся от терапии (в мире этот показатель достигает 55%) (рисунок) [7].

Боль в мышцах (миалгия) является самой частой жалобой пациентов, принимающих статины. В реальной клинической практике эти жалобы предъявляют 5–10% пациентов [19]. В слепых плацебо-контролируемых исследованиях частота мышечных симптомов в группе приема статинов составляет около 1%, что практически не отличается от группы приема



Профиль причин отказа от терапии статинами (по данным регистров ЭФФОРТ и ЭССЕ-РФ)

пациента. В исследовании SAMSON (N-of-1 trial) продемонстрировано, что 90% симптомов, испытываемых пациентами при приеме статинов, также возникают и при приеме плацебо [20].

Второе место по встречаемости занимает неверие в эффективность препарата или непонимание его влияния на прогноз (29,4% в РФ против 20% в мире), что во многом обусловлено бессимптомным течением дислипидемии. Полипрагмазия (усталость от количества таблеток) становится причиной отказа у 27,6% российских пациентов (в мире – 12%). Поведенческие факторы, включая забывчивость и мифы о когнитивном снижении, отмечаются у 26,5% (в мире – 18%). Особую тревогу вызывает ятрогенный фактор – необоснованная отмена статинов смежными специалистами, которая в России достигает 13,5% [7].

Одной из главных причин низкой приверженности является избыточная информация о потенциальных побочных эффектах. В инструкции к статинам может быть перечислено до 66 различных симптомов. Однако масштабный анализ, проведенный специалистами Оксфордского университета, включивший обзор 19 слепых РКИ с участием 124 000 пациентов, показал, что доказательно подтверждены лишь четыре симптома из этого обширного списка [21]. Длинные списки в инструкциях формируют у пациентов массовый эффект ноцебо (негативные ожидания), когда человек испытывает симптомы просто потому, что ожидает их появления. В целом 93% пациентов могут лечиться статинами абсолютно безопасно и эффективно [22].

Согласно определению В.С. Кавешникова и соавт., приверженного терапии статинами пациента можно охарактеризовать как человека старшего возраста, имеющего любое ССЗ и умеренный или выраженный каротидный атеросклероз, хроническую болезнь почек 3 стадии, сахарный диабет и принимающего антигипертензивные препараты. Частота приема статинов во многом зависит от уровня осведомленности пациента о повышенном уровне холестерина, своевременного определения у него суммарного ССР, внимательного отношения врачей к лицам без ССЗ, но имеющих по шкале SCORE риск $\geq 5\%$ [23].

Согласно результатам обзора А.С. Рязанова и соавт., в амбулаторной практике Российской Федерации сохраняется значительный разрыв между клиническими рекомендациями и реальными результатами лечения. Авторы указывают, что при высокой распространенности гиперхолестеринемии (58,8%) охват ГЛТ не превышает 7,6%, а целевых уровней ХС ЛНП достигают не более 15–20% пациентов высокого риска. Одним из ключевых барьеров на пути к эффективному контролю дислипидемии является низкая приверженность пациентов лечению. Для преодоления барьеров приверженности авторы предлагают ряд практических стратегий – упрощение режима терапии, обучение и мотивацию пациентов (ведение активного диалога, мотивационное консультирование, применение систем цифрового мониторинга приверженности), что соответствует мировым представлениям [24].

Современные подходы к лечению и сравнительный профиль безопасности современных гиполипидемических средств

Российские клинические рекомендации 2023 г. предусматривают поэтапный алгоритм лечения дислипидемии [25]:

1. *Начало лечения:* монотерапия статином в максимально рекомендуемой/переносимой дозе.
2. *При недостижении целевого уровня ХС ЛНП:* комбинация статина в высокой дозе и эзетимиба.
3. *При недостижении целевого уровня ХС ЛНП – усиление терапии:* ингибиторы PCSK9 (алирокумаб/эволюкумаб) или инклисиран.

Клиническая эффективность терапии статинами определяется выраженностью снижения сывороточной концентрации ХС ЛНП. На этапе принятия решения о назначении статинов необходимо оценить общий ССР у пациента, провести образовательную беседу с пациентом и родственниками, определить целевое значение ХС ЛНП, выбрать статин, обеспечивающий достижение целевого значения. Для активизации жалоб и сохранения приверженности лечению профессор J.M. Castellano и соавт. предложили следующий пошаговый алгоритм [26]:

1. *Оценить уровень креатинфосфокиназы и трансаминазы,* исключить истинную миопатию (уровень креатинфосфокиназы > 10 -кратного значения верхней границы нормы встречается в $< 0,1\%$ случаев) и гепатотоксичность.
2. *De-challenge/Re-challenge:* отменить прием препарата на 2–4 недели с последующим возвратом к лечению. Если симптомы исчезли и вновь беспокоят пациента – вероятно истинная непереносимость; если нет – это эффект ноцебо.
3. *Смена молекулы:* перевод с терапии липофильными статинами (симвастатин, аторвастатин) на лечение гидрофильными (розувастатин, правастатин).
4. *Снижение дозы + эзетимиб:* использование комбинации малых доз статина с эзетимибом.
5. *Ингибиторы PCSK9/инклисиран:* применять при подтвержденной истинной непереносимости.
6. *Политаблетка:* использование фиксированных комбинаций препаратов для снижения частоты сердечно-сосудистых событий (на 33%, по данным рандомизированного клинического исследования SECURE, 2022). В этом исследовании было показано, что применение фиксированной комбинации ацетилсалициловой кислоты + рамиприла + аторвастатина у пациентов после инфаркта миокарда не только снижало риск крупных сердечно-сосудистых событий на 24% (HR 0,76; 95% ДИ 0,60–0,96; $p = 0,02$), но и статистически значимо повышало приверженность терапии по сравнению со стандартным лечением, что подтверждает эффективность упрощения режима приема препаратов в отношении улучшения комплаентности. Для пациентов с истинной непереносимостью статинов или недостижением целевых уровней ХС ЛНП современная медицина предлагает инновационные классы препаратов – ингибиторы PCSK9 (эволюкумаб, алирокумаб) и малую интерферирующую

Таблица 3. Сравнение профилей безопасности препаратов

Параметр (побочный эффект)	Статины (перорально ежедневно)	Эволокумаб/алирокумаб (п/к инъекции)	Инклизан (п/к инъекция раз в полгода)
Механизм действия	Внутриклеточная блокада синтеза ХС в печени	Внеклеточное связывание белка PCSK9 в плазме	РНК-интерференция (подавление синтеза PCSK9)
Мышечные симптомы	~ 5–10% в практике (90% – ноцебо)	~ 4,0% (сравнимо с плацебо)	< 1% (не выше, чем в группе плацебо)
Влияние на функцию печени (АЛТ/АСТ)	< 1% (дозозависимо)	~ 1,8–2,2% (одинаково с плацебо)	Отличий от плацебо нет
Риск сахарного диабета	Повышен (+0,2% в год)	Нет влияния	Нет влияния
Реакции в месте инъекции	Не применимо	~ 3,1–3,8% (эритема, боль)	5–8% (проходят за 2–3 дня)
Нейрокогнитивные нарушения	Не подтверждено	Безопасно (исследование EBBINGHAUS)	Данных о негативном влиянии нет

рибонуклеиновую кислоту (РНК) (инклизан) (табл. 3).

При низкой приверженности терапии статинами необходимо применять персонифицированный подход и разрабатывать ключевые коммуникативные стратегии в лечении. Пациентов с нарушением режима приема по причине забывчивости, сложности схемы или особенностей графика работы можно эффективно поддержать с помощью правильного подбора способа повышения приверженности [27].

К основным стратегиям повышения приверженности относят:

1. *Упрощение схемы приема*: использование фиксированных комбинаций препаратов.
2. *Повышение информированности в вопросах здоровья*: образовательные беседы с пациентом и его родственниками, разъяснение бессимптомной природы дислипидемии и долгосрочных последствий.
3. *Устранение заблуждений*: активное обсуждение с пациентом мифов о статинах и предоставление объективных данных об их безопасности и эффективности.
4. *Улучшение контроля*: использование современных технологий, вовлечение семьи в поддержку лечения, регулярный мониторинг уровня ХС ЛНП и своевременная коррекция терапии.
5. *Интегрированные решения*: применение комплексных программ ведения пациентов с очень высоким ССР, включающих образовательные, организационные и фармакологические компоненты [28].

В 2025 году на конгрессе Европейского общества кардиологов (European Society of Cardiology, ESC) были представлены совместные клинические рекомендации с Европейским обществом атеросклероза (European Atherosclerosis Society, EAS) по ведению пациентов

с дислипидемиями [29], которые изменили эволюцию стратегии управления уровнем ХС ЛНП. Если предыдущая парадигма базировалась на принципе «чем ниже, тем лучше» (lower is better), то в 2025–2026 гг. фокус сместился к оценке кумулятивного риска с использованием подхода Triple L: «ниже, раньше, дольше» (lower, earlier, longer) [30]. Концепция Triple L учитывает, что атеросклероз – это процесс, развивающийся десятилетиями, и риск сердечно-сосудистых катастроф зависит и от его продолжительности.

Стратегия Triple L базируется на трех ключевых компонентах.

1. *Lower (ниже)* – целевые значения уровня ХС ЛНП должны быть:

- при умеренном риске < 2,6 ммоль/л (< 100 мг/дл);
- при высоком риске < 1,8 ммоль/л (< 70 мг/дл), и снижение уровня должно составлять $\geq 50\%$ от исходного;
- при очень высоком риске < 1,4 ммоль/л (< 55 мг/дл), и снижение уровня должно составлять $\geq 50\%$ от исходного;
- при экстремальном риске (пациенты с повторными событиями на фоне терапии или поливазкулярным поражением) < 1,0 ммоль/л (< 40 мг/дл).

2. *Earlier (раньше)* – акцент на раннюю комбинированную терапию (например, статин + эзетимиб), не дожидаясь неэффективности монотерапии статинами.

3. *Longer (дольше)* – достигнутые низкие уровни ХС ЛНП должны поддерживаться в течение длительного времени для остановки прогрессирования атеросклеротических бляшек.

Помимо смены парадигмы на Triple L, обновление рекомендаций ESC/EAS 2025 г. содержит несколько важных практических нововведений (табл. 4).

Таблица 4. Основные изменения клинических рекомендаций ESC/EAS 2025 г. по сравнению с версией 2019 г.

Изменение	Комментарий
Новые шкалы оценки риска	Вместо шкалы SCORE рекомендовано использовать алгоритмы SCORE2 (для лиц до 70 лет) и SCORE2-OP (для пациентов 70–89 лет)
Расширение модификаторов риска	Особое внимание уделено измерению уровня липопропротеида (а) – Лп(а). Рекомендуются хотя бы однократное измерение Лп(а) в течение жизни у всех взрослых. Уровень Лп(а) > 50 мг/дл (≈ 105 нмоль/л) признан фактором, повышающим ССР
Позиции новых классов препаратов	Бемпедоевая кислота рекомендована пациентам с непереносимостью статинов (Класс I, Уровень В), а также в качестве добавления к статинам/эзетимибу у пациентов высокого риска, не достигающих цели. Эвинакумаб рекомендован пациентам с гомозиготной семейной гиперхолестеринемией длительностью более 5 лет. Икозапент этил и воланесорсен рекомендованы для лечения групп пациентов с тяжелой гипертриглицеридемией

Одной из наиболее революционных стратегий преодоления проблемы низкой приверженности является новая технология однократного редактирования дезоксирибонуклеиновой кислоты печени – VERVE-102. Это препарат класса *in vivo* базового редактирования генома, механизм действия которого основан на однократном внутривенном введении липидных наночастиц, содержащих аденин-базовый редактор и направляющую РНК, которые осуществляют точечную замену нуклеотида А→G в гене PCSK9 в гепатоцитах, что приводит к постоянному выключению гена PCSK9 и стойкому снижению продукции одноименного белка. Главные результаты первой фазы клинического исследования Heart-2 обнадеживают: достигнуто снижение уровня циркулирующего белка PCSK9 на 88%, уровня ХС ЛНП – на 62%, стабильный терапевтический эффект сохранялся на протяжении более чем 18-месячного периода лечения после единственной внутривенной инфузии препарата, что может радикально решить проблему приверженности лечению на биологическом уровне [31].

Заключение

Недостаточная приверженность терапии статинами обусловлена информационными барьерами и страхом перед побочными эффектами, преодоление которых требует активного сотрудничества врача и пациента. Широкое внедрение фиксированных комбинаций и инновационных препаратов позволяет эффективно достигать целевых значений липидного профиля и решать проблему приверженности у пациентов наивысшего риска. Обновление рекомендаций ESC/EAS 2025 г. ознаменовало переход от реактивной медицины к проактивному управлению рисками. Ранний старт, жесткие цели и длительное поддержание результата с помощью комбинированной терапии становятся новым стандартом профилактики сердечно-сосудистых катастроф. Интеграция стратегий повышения приверженности в рутинную клиническую практику является необходимым критическим фактором, определяющим успех профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. ☺

Литература

1. Бойцов С.А. Роль поликлинического звена в ведении пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями. Терапевтический архив. 2026; 98 (1): 4–5.
2. Di Cesare M., Perel P., Taylor S., et al. The Heart of the World. Glob. Heart. 2024; 19 (1): 11.
3. Бойцов С.А., Шальнова С.А., Деев А.Д. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации и возможные механизмы ее изменения. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021; 118 (8): 98–103.
4. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020; 396 (10258): 1223–1249.
5. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration, Baigent C., Blackwell L., et al. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. Lancet. 2010; 376 (9753): 1670–1681.
6. Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration. Efficacy and safety of statin therapy in older people: a meta-analysis of individual participant data from 28 randomised controlled trials. Lancet. 2019; 393 (10170): 407–415.
7. Бубнова М.Г., Аронов Д.М., Деев А.Д. Терапия статинами в реальной клинической практике у пожилых пациентов с гиперлипидемией и коронарной болезнью сердца. Российская программа ЭФФОРТ. Атеросклероз и дислипидемии. 2018; 1 (30): 5–16.
8. Forsyth P., McGlynn S. Chapter 56 – problems with medical therapy, compliance and alternative therapies. In: Oxford Textbook of Heart Failure. 2nd Edition. Oxford University Press; 2022: 581–595.
9. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П. и др. Международная декларация о приверженности лечению 2023 («Омская декларация»): презентация для российских читателей. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2024; 19 (1): 1–9.
10. Basios A., Chatzi C.A., Markozannes G., et al. Adherence to statins and development of atherosclerosis-related events. A systematic review and meta-analysis. J. Diabetes Complications. 2025; 39 (8): 109040.
11. Jones L.K., East C., Ganda O.P., Gionfriddo M.R. Adherence to lipid-lowering therapies and cardiovascular outcomes in patients with atherosclerotic cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. J. Am. Heart Assoc. 2025; 14 (17): e037530.
12. Basios A., Markozannes G., Ntzani E.E., et al. Prevalence and determinants of adherence to statin therapy: a systematic review and meta-analysis. Eur. J. Prev. Cardiol. 2025: zwaf769.
13. Усова Е.И., Алиева А.С., Звартау Н.Э., Шляхто Е.В. Барьеры на пути внедрения клинических рекомендаций по нарушениям липидного обмена в рутинную практику в разрезе федеральных округов Российской Федерации. Российский кардиологический журнал. 2025; 30 (5): 6323.
14. Туаева И.Б., Терентьева И.В., Ибрагимов М.А. и др. Мониторинг и коррекция дислипидемии у пациентов высокого, очень высокого и экстремального сердечно-сосудистого риска в Северо-Кавказском федеральном округе. Российский кардиологический журнал. 2025; 30 (9): 6499.
15. Сусеков А.В. Обоснование повышения доз статинов в повседневной клинической практике. Кардиология. 2024; 64 (8): 79–88.

16. Newman C.B., Preiss D., Tobert J.A., et al. Statin safety and associated adverse events: a scientific statement from the American Heart Association. *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.* 2019; 39 (2): e38–e81.
17. Mach F., Baigent C., Catapano A.L., et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur. Heart J.* 2020; 41 (1): 111–188.
18. Sattar N. Statins and diabetes: What are the connections? *Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab.* 2023; 37 (3): 101749.
19. Wood F.A., Howard J.P., Finegold J.A., et al. N-of-1 Trial of a Statin, Placebo, or No Treatment to Assess Side Effects (SAMSON). *N. Engl. J. Med.* 2020; 383 (22): 2182–2184.
20. Howard J.P., Wood F.A., Finegold J.A., et al. Side effect patterns in a crossover trial of statin, placebo, and no treatment. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2021; 78 (12): 1210–1222.
21. Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration. Effect of statin therapy on muscle symptoms: an individual participant data meta-analysis of large-scale, randomised, double-blind trials. *Lancet.* 2022; 400 (10355): 832–845.
22. Bytçi I., Penson P.E., Mikhailidis D.P., et al. Prevalence of statin intolerance: a meta-analysis. *Eur. Heart J.* 2022; 43 (34): 3213–3223.
23. Кавешников В.С., Серебрякова В.Н., Трубачева И.А. Частота и предикторы приема статинов в общей популяции трудоспособного возраста. *Российский кардиологический журнал.* 2020; 25 (6): 3920.
24. Рязанов А.С., Геворкян З.С., Макаровская М.В. и др. Эффективность гиполипидемической терапии в амбулаторно-поликлинической практике: анализ барьеров и перспектив. *Эффективная фармакотерапия.* 2026; 22 (11): 40–48.
25. Ежов М.В., Кухарчук В.В., Сергиенко И.В. и др. Нарушения липидного обмена. Клинические рекомендации 2023. *Российский кардиологический журнал.* 2023; 28 (5): 5471.
26. Castellano J.M., Pocock S.J., Bhatt D.L., et al. Polypill strategy in secondary cardiovascular prevention. *N. Engl. J. Med.* 2022; 387 (11): 967–977.
27. Urstad K.H., Andersen M.H., Larsen M.H., et al. Definitions and measurement of health literacy in health and medicine research: a systematic review. *BMJ Open.* 2022; 12 (2): e056294.
28. Усова Е.И., Ионов М.В., Алиева А.С. и др. Интегрированное решение для пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска. Окончательные результаты. *Российский кардиологический журнал.* 2023; 28 (2): 5358.
29. Mach F., Koskinas K.C., Roeters van Lennep J.E., et al. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *Eur. Heart J.* 2025; 46 (42): 4359–4378.
30. Vatri M., Faggiano A., Angelino E., et al. Therapeutic inertia in lipid-lowering treatment: a narrative review. *J. Clin. Med.* 2026; 15 (3): 1075.
31. Vafai S.B., Täubel J., Ashdown T., et al. In vivo base editing of PCSK9 with VERVE-102 for hypercholesterolemia. *N. Engl. J. Med.* 2026. URL: <https://gwern.net/doc/genetics/editing/2026-vafai.pdf> (дата обращения: 25.07.2026).

Adherence to Lipid-Lowering Therapy: Challenges and Solutions in the Context of Contemporary Cardiovascular Disease Preventions Strategies

V.N. Larina, PhD, Prof.¹, E.A. Vartanyan, PhD, Assoc. Prof.¹, E.S. Shcherbina¹, V.E. Pokrovsky², M.V. Tsvetkova²

¹ Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

² United Hospital with a Polyclinic, Department of Presidential Affairs, Moscow

Contact person: Vera N. Larina, larinav@mail.ru

Aim. To analyze current data on the concept of patient adherence to lipid-lowering therapy and the effect of this adherence on outcomes in cardiovascular diseases (CVD).

Key points. CVD remain the leading cause of mortality and disability worldwide, accounting for approximately 20 million deaths annually. Dyslipidemia is one of the key modifiable risk factors for atherosclerotic CVD. Despite the widespread availability of highly effective lipid-lowering drugs, clinical outcomes in real-world practice fall significantly short of expectations. The central reason for this gap is insufficient patient adherence to prescribed therapy. The article reviews scientific publications concerning patients' adherence to lipid-lowering therapy and its impact on cardiovascular outcomes. Potential practical challenges to compliance with therapeutic recommendations are described, including widespread myths regarding the safety of statins. Based on data from Russian (EFFORT, ESSE-RF) and international registries, the profile of reasons for statin therapy discontinuation is analyzed. Modern strategies for improving adherence are considered, taking into account the current arsenal of lipid-lowering agents.

Conclusion. The introduction into routine clinical practice of strategies to increase patient adherence to lipid-lowering therapy is an important condition determining the success of CVD prevention.

Keywords: medication adherence, dyslipidemia, statins, statin-associated muscle symptoms, low-density lipoproteins, PCSK9 inhibitors, inclisiran, cardiovascular risk, cardiovascular disease prevention

Леркамен®

Лерканидипин

Эффективность и хорошая переносимость

у различных групп пациентов
с артериальной гипертензией¹

Показания:

- Артериальная гипертензия I–II степени у взрослых пациентов¹
- Контроль АД 24 часа¹



Базовая информация по препарату Леркамен от 30.05.2025

Действующее вещество: лерканидипина гидрохлорид в дозе 10 мг и 20 мг.

Показания к применению: Препарат показан к применению у взрослых старше 18 лет. Артериальная гипертензия I–II степени у взрослых пациентов. **Режим дозирования.** Рекомендуемая доза – 10 мг (1 таблетка препарата Леркамен 10 или ½ таблетки препарата Леркамен 20) в сутки. В зависимости от индивидуальной переносимости препарата пациентом, доза может быть увеличена до 20 мг в сутки (2 таблетки препарата Леркамен 10 или 1 таблетка препарата Леркамен 20). Терапевтическая доза подбирается постепенно, так как максимальное антигипертензивное действие развивается приблизительно через 2 недели после начала приема препарата. При недостаточной эффективности монотерапии препарат Леркамен можно принимать в комбинации с другими гипотензивными средствами. **Способ применения.** Внутрь, 1 раз в сутки, не менее чем за 15 минут до еды, не разжевывая, запивая достаточным количеством воды. Препарат не следует принимать одновременно с грейпфрутом или грейпфрутовым соком. **Противопоказания:** Гиперчувствительность к лерканидипину, другим производным дигидропиридина или к любому из вспомогательных веществ; обструкция выносящего тракта левого желудочка; хроническая сердечная недостаточность в стадии декомпенсации; нестабильная стенокардия; острый инфаркт миокарда и в течение 1 месяца после перенесенного инфаркта миокарда; тяжелая печеночная недостаточность; тяжелая почечная недостаточность (СКФ < 30 мл/мин), включая пациентов, находящихся на диализе; беременность и период грудного вскармливания; применение у женщин детородного возраста, не пользующихся надежными методами контрацепции; одновременное применение с мощными ингибиторами CYP3A4 (кетоконазол, итраконазол, эритромицин, ритонавир, тропеандоцин), с циклоспорином; одновременное применение с грейпфрутом или грейпфрутовым соком. Полная информация содержится в общей характеристике лекарственного препарата Леркамен 10 и Леркамен 20.

1. ОХЛП Леркамен 10 и Леркамен 20

ПО ЛИЦЕНЗИИ «РЕКОРДАТИ».

Информация для специалистов здравоохранения. Отпускается по рецепту.
RU-LER-06-2025-v01-print. Дата одобрения 08.09.2025.

ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини», Россия, 123112, г. Москва,
Пресненская наб., д. 10, БЦ «Башня на Набережной», Блок Б,
Тел.: +7 (495) 785-01-00, факс: +7 (495) 785-01-01, <http://www.berlin-chemie.ru>

Если у Вас имеется информация о нежелательном явлении, пожалуйста,
сообщите об этом на электронный адрес AE-BC-RU@berlin-chemie.com

Реклама



**БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**

Базовая информация
по препарату Леркамен от 30.05.2025

Ознакомьтесь с полной информацией
о лекарственном препарате, используя QR-код

