

Статья поступила в редакцию 22.01.2024 г.

DOI: 10.24412/2687-0053-2024-1-15-21

EDN: PGBQZJ

Информация для цитирования:

Абрамов Н.В., Кашталап В.В., Семенихин В.А., Филимонов С.Н. ПРОБЛЕМЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ВЫБОРА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА // Медицина в Кузбассе. 2024. №1 С. 15-21.

Абрамов Н.В., Кашталап В.В., Семенихин В.А., Филимонов С.Н.

Кемеровский государственный медицинский университет,
НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний,
г. Кемерово, Россия,
НИИ Комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний,
г. Новокузнецк, Россия



ПРОБЛЕМЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ВЫБОРА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Обзор посвящен рациональному выбору лекарственных препаратов для больных, перенесших инфаркт миокарда, после выписки из стационара. Прогноз жизни больных после инфаркта миокарда можно улучшить путем назначения ряда лекарственных препаратов, к которым относятся бета-адреноблокаторы (ББ), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), антиагреганты и статины. Показаны значимость использования этих препаратов для вторичной профилактики инфаркта миокарда среди населения.

Ключевые слова: инфаркт миокарда; рациональный выбор; лекарственные препараты; профилактика

Abramov N.V., Kashtalap V.V., Semenikhin V.A., Filimonov S.N.

Kemerovo State Medical University,
Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, Kemerovo, Russia,
Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases, Novokuznetsk, Russia

PROBLEMS OF RATIONAL CHOICE OF MEDICINAL PREPARATIONS IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

The review is devoted to the rational choice of drugs for patients with myocardial infarction after discharge from the hospital. The prognosis of life in patients after myocardial infarction can be improved by prescribing a number of drugs, which include beta-blockers (BB), angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors, antiplatelet agents and statins. The significance of the use of these drugs for the secondary prevention of myocardial infarction among the population is shown.

Key words: myocardial infarction; rational choice; medicines; prevention

Больные, перенесшие инфаркт миокарда (ИМ), представляют собой группу пациентов с очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, в первую очередь, повторного инфаркта миокарда, хронической сердечной недостаточности и сердечно-сосудистой смерти. В исследовании ЛИС-1 было показано, что через три года после перенесенного ИМ доля выживших пациентов составляет около 50 % [1].

Стратегия лекарственного обеспечения населения РФ на период до 2025 года определяет приоритетные социально-экономические задачи в сфере лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на долгосрочную перспективу. Одной из основных задач Стратегии является «обеспечение рационального использования лекарственных препаратов для медицинского применения», осуществление которой возможно путем совершенствования порядка отпуска лекарственных препаратов (ЛП) для медицинского применения. Кроме того, в Стратегии подчеркнута необходимость повышения квалификации медицинских и фармацевтических

работников с целью обеспечения безопасности, эффективности и качества ЛП для медицинского применения, что подразумевает значимость профессионального подхода при отпуске ЛП [2].

В Государственном реестре лекарственных средств одному международному непатентованному наименованию ЛП соответствует несколько его торговых наименований, что может затруднять выбор ЛП медицинскими и фармацевтическими работниками и влиять на рациональность и качество фармакотерапии [3].

Современная доказательная медицина располагает неоспоримыми данными о том, что прогноз для больных, выживших после перенесенного ИМ, может быть существенно улучшен с помощью ряда лекарственных препаратов, к которым, в первую очередь, относятся бета-адреноблокаторы (ББ), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и статины. Это было доказано в целом ряде крупных рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) и нашло отражение в современных клинических рекомендациях, в которых эти

классы лекарственных препаратов рассматриваются обязательными к назначению практически всем больным после перенесенного ИМ [4-6].

Следует отметить, что внутри каждого из упомянутых классов препаратов существует достаточно большое число отдельных препаратов, которые нередко наделяют абсолютно одинаковыми свойствами, используя термин «класс-эффект». Между тем, разные представители класса иногда имеют совершенно разную доказательную базу в отношении влияния на конкретные исходы болезни, в т.ч. у определенной категории пациентов, а ряд препаратов вообще не имеют таковой, поскольку с ними не было проведено ни одного РКИ. Кроме того, в ряде РКИ показано, что представители одного и того же класса не так редко обладают разным фармакологическим действием, неодинаково влияют на исходы болезни и различаются по безопасности [7].

Все это в полной мере относится к препаратам, используемым для улучшения исходов после перенесенного ИМ. Так, далеко не все ББ и ИАПФ, согласно официальной инструкции, имеют показание «перенесенный ИМ».

Цель обзора — ознакомить медицинских и фармацевтических специалистов с проблемами рационального выбора лекарственных препаратов у больных, перенесших инфаркт миокарда, по материалам, опубликованным в ведущих современных отечественных и зарубежных журналах, а также по результатам собственных исследований.

Данные доказательной медицины в кардиологии представляют врачу огромные возможности в отношении лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. В своей повседневной работе врач неизменно сталкивается с проблемой выбора лекарственных препаратов для конкретного пациента или проблемой замены одного лекарственного препарата на другой, допуская в принципе, что это не приведет к ухудшению результатов лечения.

Наиболее типичными проблемами, связанными с выбором или заменой лекарственного препарата, являются:

- выбор класса препарата (при этом рассматривается возможность, что все препараты внутри одного и того же класса могут обладать одинаковыми свойствами, т.е. одинаковым класс-эффектом);
- выбор лекарственной формы препарата или замена одной лекарственной формы на другую;
- выбор между оригинальным препаратом и его дженериком (воспроизведенным препаратом);
- выбор конкретного воспроизведенного препарата или замена одного воспроизведенного препарата на другой [5, 6].

Любой такой выбор или замена далеко не всегда обеспечивают лечение хорошего качества и безопасности, и главное — далеко не всегда приводит к желаемому результату — снижению риска сердечно-сосудистых осложнений. Очевидно, чтобы добиться результата, аналогичного данным крупных РКИ, необходимо как минимум назначать те же лекарства, в тех же дозах и добиваться такой же привержен-

ности терапии, как и в проведенных исследованиях. При выборе конкретного препарата или при проведении замены одного препарата на другой окончательный результат будет зависеть только от того, насколько адекватно это было сделано.

В связи с этим, замена препаратов внутри класса нежелательна в том случае, если нет четких и убедительных научных доказательств их сопоставимой эффективности и сопоставимой безопасности при длительном применении. Что касается эквивалентности разных лекарственных форм, солей, изомеров, то чаще всего доступны либо данные доклинических исследований на здоровых добровольцах и результаты исследований, выполненных «in vitro» (фармацевтическая эквивалентность), либо данные небольших краткосрочных РКИ. Не менее важным является решение вопроса замены или выбора между оригинальным и воспроизведенным препаратом. Проблема взаимозаменяемости оригинальных лекарственных препаратов и их дженериков актуальна во всем мире [8]. Как показывает опыт РФ и стран Запада, соблюдение в повседневной практике клинических рекомендаций, разработанных группами экспертов, способствует существенному улучшению исходов заболеваний [9-12] с учетом личного опыта врача в отношении клинической эквивалентности оригинального и воспроизведенного препаратов.

В то же время, в различных регионах РФ выявлены значительные различия по частоте назначения лекарственных средств разных фармакологических групп пациентам с артериальной гипертензией [13, 14], что может свидетельствовать в пользу наличия таких различий и при лечении других сердечно-сосудистых заболеваний. В связи с этим, локальные фармакоэпидемиологические исследования, позволяющие оценить реально существующую структуру фармакотерапии ИМ в разных регионах, остаются крайне актуальными [15].

По данным литературы известно, что с принципами доказательной медицины знакомы 44,2 % врачей, клинической эпидемиологии — 52,3 %. Электронные медицинские базы данных (БД) используют лишь 22,1 % врачей, при этом только 15,1 % обращаются к ним не реже 1 раза в неделю. 60,5 % респондентам знакомы названия медицинских журналов. Не удовлетворены качеством утвержденных актуальных клинических рекомендаций (КР) 41,9 % врачей. Критерии постановки диагноза «повторный ИМ» известны только 40,7 % респондентов; 26,7 % опрошенных не привели примеры существующих КР по профилактике, лечению и реабилитации после ИМ. Только 38,4 % врачей согласны с обоснованностью пожизненного назначения основных групп лекарственных средств I класса доказанности и уровня доказательств А в целях профилактики повторного ИМ и снижения риска смерти. Только 16,3 % опрошенных считают эффективными методы, направленные на модификацию факторов риска повторного ИМ [16].

В то же время, данные многочисленных клинических исследований и регистров показали, что ИМ

относится к наиболее опасным для жизни пациента формам ИБС [17-19]. Лечение ИМ на всех этапах должно строго соответствовать принципам доказательной медицины, без перерывов и назначения неэффективных препаратов [20].

В тех случаях, когда терапия должна проводиться длительно, врач обязан подходить к выбору лекарственных препаратов крайне ответственно. Делая выбор между лекарственными препаратами, врач должен отдавать предпочтение тем из них, для которых доказано влияние на прогноз заболевания. Выбирая лекарства внутри того или иного класса препаратов, врач обязан следовать тому же принципу: учитывать доказательную базу конкретного препарата во влиянии на исходы болезни и ни в коем случае не переносить свойства одного препарата на другой.

При этом результаты отечественного исследования «Здоровье и образование врача» показали отсутствие различий в распространенности основных факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний между врачами и популяцией в целом, а также достаточно поверхностное знакомство с современными клиническими рекомендациями [21]. Может создаваться впечатление, что врач далеко не всегда отличается в лучшую сторону от своих пациентов в отношении состояния здоровья и знаний о современных возможностях фармакотерапии для улучшения прогноза заболевания.

Согласно Федеральному закону от 25.12.18 № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций» внесены изменения в ст. 64 Федерального закона от 21.11.11 № 323-ФЗ, согласно которым с 01.01.22 каждая медицинская организация будет обязана оказывать медицинскую помощь на основе КР. Согласно принятым поправкам, стандарт медицинской помощи будет разрабатываться на основе КР и должен стать технологической картой их применения с учетом определения расчетных единиц/показателей частоты предоставления и кратности применения отдельных медицинских услуг и лекарственных препаратов. Оценка качества медицинской помощи также должна будет осуществляться на основе критериев, приведенных в КР. Уже в 2017 г. был запущен специальный электронный «Рубрикатор клинических рекомендаций», куда загружаются все КР, утвержденные Минздравом.

Согласно данным опроса, 76,7 % врачей считают обоснованным неограниченно долгое назначение статинов в целях профилактики повторного ИМ, если отсутствуют противопоказания; 68,6 % респондентов согласны с пожизненным назначением β-адреноблокаторов после перенесенного ИМ, 84,9 % согласны с назначением пожизненного приема антиагрегантов, 61,6 % опрошенных считают обоснованным длительное назначение ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента. Следует отметить, что только

38,4 % врачей согласны с обоснованностью пожизненного назначения всех четырех групп лекарственных средств в целях профилактики ИМ. Полученные в ходе анкетирования данные согласуются с результатами других отечественных исследований, направленных на оценку приверженности врачей рекомендациям по оказанию медицинской помощи больным ИМ, где также отмечено несоответствие реальной практики современным положениям, особенно на амбулаторно-поликлиническом этапе [22, 23].

По данным ряда регистровых исследований, пациентам с ИМ, выписанным из стационаров, в большинстве случаев были рекомендованы ИАПФ/БРА, β-адреноблокаторы, статины. Наибольший процент назначения имели β-адреноблокаторы. При выборе β-адреноблокаторов в значительном большинстве случаев (как в стационаре, так и в поликлинике) предпочтение отдавалось бисопрололу (61 % и 67 %, соответственно). На втором месте был метопролол, частота его назначения была почти в два раза реже, чем бисопролола. Остальные β-адреноблокаторы назначались крайне редко, доля каждого из них не превышала 4 %. Существенных различий между стационаром и поликлиникой в выборе β-адреноблокаторов выявлено не было [17, 22, 24].

Для оптимального выбора препарата внутри класса необходимо, помимо клинического опыта, учитывать данные доказательной медицины и информацию официальных БД [25]. Для составления списка анализируемых препаратов следует использовать официальные источники: Справочник ЕСКЛП, Государственный реестр лекарственных средств, перечень взаимозаменяемых лекарственных препаратов (в соответствии с пунктом 2 статьи 3 Федерального закона от 27.12.2019 № 475-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» и Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» и постановления правительства РФ от 05.09.2020 № 1360), перечень препаратов, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.03.2021 № 158н, от 10.06.2021 № 612н, Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.09.2022 № 639н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения для обеспечения в течение одного года в амбулаторных условиях лиц, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, в течение 2 лет с даты постановки диагноза и выполнения хирургического вмешательства», а также клинические рекомендации 2020 года «Острый коронарный синдром с подъемом и без подъема сегмента ST электрокардиограммы».

Выбор препарата внутри класса, как правило, делается исключительно исходя из доказанности действия в виде РКИ в конкретной клинической си-

туации, он обычно регламентируется клиническими рекомендациями и официальной инструкцией по применению препарата. Так, назначение β -адреноблокаторов после перенесенного ИМ было первым примером возможности снижения смертности больных, перенесших ИМ, и явилось огромным прорывом в области клинической медицины [24].

Как известно, β -адреноблокаторы с фармакологической точки зрения — достаточно разнородная группа препаратов, поэтому неудивительно, что не все они имеют одинаковую доказательную базу в улучшении прогноза жизни больных, перенесших ИМ [26].

Известно, что применение ИАПФ у больных, перенесших ИМ (как правило, в добавление к β -адреноблокаторам), позволяет дополнительно улучшить отдаленную выживаемость больных; ИАПФ были вторым классом лекарственных препаратов, после β -адреноблокаторов, доказавшим возможность снижения смертности в отдаленные сроки после перенесенного ИМ [27].

Один из основных принципов современной доказательной медицины гласит, что получить результаты, аналогичные результатам, полученным в РКИ, можно лишь максимально приближая реальную клиническую практику к тем условиям, в которых проводились РКИ [28, 29]. Поэтому, в соответствии с существующими порядками, назначение ЛП медицинскими работниками должно осуществляться только по международному непатентованному наименованию [30].

Это подразумевает, что вопрос рекомендации конкретного торгового наименования в рамках одного МНН ЛП при его приобретении полностью переходит в компетенцию фармацевтического работника, что требует от него высокого уровня знаний и профессиональной ответственности. Правовое регулирование данного аспекта сводится к запрету неполного и(или) недостоверного информирования потребителя о наличии препаратов с одинаковым МНН и их ценах, в том числе сокрытия такой информации [31].

Вопросы профессиональной ответственности провизора ранее неоднократно обсуждались на конференциях различного уровня, были сформулированы некоторые дефиниции, например, «фармацевтическая бдительность», в рамках которой провизор должен осуществить оптимальный выбор ЛП с учетом качества и безопасности. В этой связи, процесс выбора торгового наименования ЛП выступает как важнейшая часть фармацевтической помощи населению [32].

В соответствии с федеральным законом от 21.11.2011 № 323, регулирующим охрану здоровья граждан РФ, неотъемлемым правом каждого гражданина является право на реализацию качественных и доступных лекарственных препаратов. Это означает, что каждое ЛС должно соответствовать всем требованиям нормативных документов, и при выборе определенного ЛП провизор должен ориентироваться на его эффективность и учитывать риск при-

чинения вреда здоровью. При выборе торгового наименования провизор чаще всего руководствуется только ценой ЛП или лояльностью к определенным фармацевтическим компаниям. Кроме того, опрос показал, что многие провизоры (72,5 %) при выборе торгового наименования ЛП предлагают, в первую очередь, референтный ЛП. Большинство респондентов (более 93,4 %) считают референтные препараты более эффективными и качественными, ссылаясь на рекламу производителей и мнение медицинских работников [33]. По результатам ряда исследований установлено, что выбор ЛП могут определять качество субстанции лекарственных средств и состав вспомогательных веществ [30].

При этом в основу концепции выбора торгового наименования ЛП в рамках одного МНН положено деление ЛП на референтные и воспроизведенные согласно действующему законодательству. Федеральный закон от 27.12.2019 № 475-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» и Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» дает определение оригинальному, референтному, воспроизведенному ЛП, понятию взаимозаменяемости лекарственных препаратов для медицинского применения и понятиям терапевтическая эквивалентность и биоэквивалентность лекарственных препаратов и лекарственной формы.

Провизор может найти необходимую актуальную информацию о производителе ЛП и использовать ее при консультации пациента. Следует отметить, что важными направлениями выбора торгового наименования ЛП являются его стоимость и наличие экономических упаковок. Анализ фармацевтического рынка ЛП показал, что цена одного МНН по разным торговым наименованиям ЛП может отличаться, при этом потребитель при выборе конкретного торгового наименования ЛП учитывает не только его цену, но и количество таблеток в упаковке. Чаще всего, чем больше таблеток в упаковке, тем ниже средняя стоимость одной таблетки [37], и это хорошо понимает потребитель.

Таким образом, при выборе торгового ЛП в рамках одного МНН фармацевтическому работнику целесообразно учитывать соотношение «качество — цена — количество». В рамках разработки подходов к выбору торгового наименования ЛП к фармацевтическим аспектам ЛП были отнесены качество субстанции, состав вспомогательных веществ, сроки годности ЛП. Опрос специалистов показал, что большинство провизоров (94,7 %) обращают внимание только на производителя ЛП, не уделяя внимания качеству субстанции. Отмечено, что иногда страна-производитель ЛП не совпадает со страной-производителем субстанции ЛП [31, 33]. Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» определяет фармацевтическую субстанцию как «лекарственное средство в виде одного или нескольких обладающих фармакологической активностью действующих веществ вне зависимости от природы проис-

хождения, которое предназначено для производства, изготовления лекарственных препаратов и определяет их эффективность». Данное определение подчеркивает, что именно субстанция ЛП определяет качество и эффект действия. Из этого следует, что фармацевтическому работнику необходимо обращать внимание не только на производителя ЛП, но и на страну-производителя субстанции этого ЛП. Данная информация указана в официальной инструкции по применению ЛП и на официальном сайте Государственного реестра лекарственных средств [3] и должна быть известна провизору, чтобы информировать об этом пациента при выборе ЛП.

Исходной информацией для начала процесса выбора ЛП является его МНН. На первом этапе фармацевтический работник акцентирует внимание на преимуществах референтного ЛП и его отличия от воспроизведенных ЛП. При отказе пациента от референтного ЛП фармацевтический работник объясняет различия между ЛП в ряду воспроизведенных ЛП. На следующем этапе следует учесть переносимость конкретных воспроизведенных ЛП на основании предыдущего опыта применения их пациентом. Кроме того, провизор может подчеркнуть дополнительные преимущества данного ЛП, такие как экономичная упаковка и срок хранения [34].

В целом, реализация предложенных аспектов по обоснованному выбору торговых наименований ЛП

с позиций профессионального подхода будет способствовать обоснованию рационального выбора лекарственных препаратов у больных, перенесших ИМ, для улучшения их качества жизни и прогноза основного заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Улучшение качества медицинской и фармацевтической помощи больным с инфарктом миокарда, наряду с улучшением лекарственного обеспечения, требует разработки и внедрения образовательных программ, повышения доступности современной информации для врачей и провизоров. Необходимы также пропаганда современных клинических рекомендаций, разработка федеральных стандартов и системы контроля качества оказания помощи больным с инфарктом миокарда и вовлечение в процесс трансляции знаний не только практикующих врачей, но и специалистов фармацевтической отрасли Российской Федерации.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Martsevich SY, Ginzburg ML, Kutishenko NP, Smirnov VP, Drozdova Llu, et al. Lyubertsy mortality study (LMS): factors influencing the long-term survival after myocardial infarction. *Profilakticheskaya Meditsina*. 2013; 16(2): 32-38. Russian (Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., Кутишенко Н.П., Деев А.Д., Смирнов В.П., Дроздова Л.Ю. и соавт. Люберецкое исследование смертности (исследование ЛИС): факторы, влияющие на отдаленный прогноз жизни после перенесенного инфаркта миокарда //Профилактическая Медицина. 2013. Т. 16, № 2. С. 32-38.)
2. Order of the Ministry of Health of Russia dated 13.02.2013 No. 66 «On the approval of the Strategy for drug provision of the population of the Russian Federation for the period up to 2025 and the plan for its implementation». Consultant Plus: Legislation. 2021. Russian (Приказ Минздрава России от 13.02.2013 N 66 (ред. от 13.07.2021 «Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации //Консультант Плюс: Законодательство. 2021.) https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_142725/
3. State Register of Medicines. Russian (Государственный реестр лекарственных средств) <https://grls.minzdrav.gov.ru/Default.aspx>
4. O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE Jr, Chung MK, de Lemos JA, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of STElevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2013; 127(4): e362-425. DOI: 10.1161/CIR.0b013e3182742cf6
5. National recommendations on rational pharmacotherapy of patients with cardiovascular diseases. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2009; 8(6S4): 2-56. Russian (Рациональная фармакотерапия больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Российские Рекомендации //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2009. Т. 8, № 6S4. С. 2-56.) DOI: 10.15829/1728-8800-2009-6S4
6. Martsevich SYu, Kutishenko NP, Tolpygina SN, Lukina Y, Kontsevaya A, Lishuta A, et al. National guidelines for the efficacy and safety of drug therapy in primary and secondary prevention of cardiovascular diseases. VNOK Recommendations, 2011. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2011; 7(5): 2-72. Russian (Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Толпыгина С.Н., Лукина Ю., Концевая А., Лишута А., и др. Эффективность и безопасность лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Рекомендации ВНОК, 2011 //Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2011. Т. 7, № 5. С. 2-72.) DOI: 10.20996/1819-6446-2011-7-5
7. Furberg CD, Pitt B. Are all angiotensin-converting enzyme inhibitors interchangeable? *J Am Coll Cardiol*. 2001; 37: 1456-460. DOI: 10.1016/S0735-1097(01)01161-5
8. Kesselheim AS, Misono AS, Lee JL, MR Stedman, Brookhart MA, Choudhry NK, Shrank WH. Clinical equivalence of generic and brand-name drugs used in cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2008; 300(21): 2514-2526. DOI: 10.1001/jama.2008.758

9. Daly C, Clemens F, Lopez-Sendon JL, Tavazzi L, Boersma E, Danchin N, et al. The impact of guideline compliant medical therapy on clinical outcome in patients with stable angina: findings from the Euro Heart Survey of stable angina. *Eur Heart J*. 2006; 27(11): 1298-1304. DOI: 10.1093/eurheartj/ehl005
10. Fox KA, Goodman SG, Anderson FA Jr, Granger CB, Moscucci M, Flather MD, et al. From guidelines to clinical practice: the impact of hospital and geographical characteristics on temporal trends in the management of acute coronary syndromes. The Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *Eur Heart J*. 2003; 24(15): 1414-1424. DOI: 10.1016/s0195-668x(03)00315-4
11. Mandelzweig L, Battler A, Boyko V, Bueno H, Danchin N, Filippatos G, et al. The second Euro Heart Survey on acute coronary syndromes: characteristics, treatment, and outcome of patients with ACS in Europe and the Mediterranean Basin in 2004. *Eur Heart J*. 2006; 27(19): 2285-2293. DOI: 10.1093/eurheartj/ehl196
12. Hasdai D, Behar S, Wallentin L, Gitt AK, Boersma E, Fioretti PM, et al. A prospective survey of the characteristics, treatments and outcomes of patients with acute coronary syndromes in European and Mediterranean basin: The Euro Heart Survey Acute Coronary Syndromes (Euro Heart Survey ACS). *Eur Heart J*. 2002; 23(15): 1190-1201. DOI: 10.1053/euhj.2002.3193
13. Zaharevich OA, Leonova MV. Pharmacoeconomic study of physicians' adherence to high pressure lowering drugs prescription. *Good Clinical Practice*. 2001; (1): 61-64. Russian (Захаревич О.А., Леонова М.В. Фармакоэкономическое исследование приверженности врачей к назначению гипотензивных лекарственных средств //Качественная клиническая практика. 2001. Т. 1. С. 61-64.)
14. Belousov IuB, Leonova MV, Belousov DYU, Bykov AV, Beketov AS. Hypertensive patients in Russia, pharmacoepidemiological study results (PIFAGOR II). *Good Clinical Practice*. 2004; (1): 17-27. Russian (Белоусов Ю.Б., Леонова М.В., Белоусов Д.Ю., Быков А.В., Бекетов А.С. Результаты фармакоэпидемиологического исследования больных артериальной гипертонией в России (ПИФАГОР II) //Качественная клиническая практика. 2004. Т. 1. С. 17-27.)
15. Lopez-Sendon J, Swedberg K, McMurray J, Tamargo J, Maggioni AP, Dargie H, et al. Expert consensus document on angiotensin converting enzyme inhibitors in cardiovascular disease. The Task Force on ACE-inhibitors of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2004; 25(16): 1454-1470. DOI: 10.1016/j.ehj.2004.06.003
16. Gerasimov AA, Polybin RV. Assessment of the attitude of cardiologists and therapists to clinical guidelines for the prevention and treatment of myocardial infarction. *Preventive medicine*. 2019; 22(5): 37-44. Russian (Герасимов А.А., Полибин Р.В. Оценка отношения врачей кардиологов и терапевтов к клиническим рекомендациям по профилактике и лечению инфаркта миокарда //Профилактическая медицина. 2019. Т. 22, № 5. С. 37-44.) DOI: 10.17116/profmed20192205137
17. Garganeeva AA, Okrugin SA, Zhablov Yul. WHO program «Acute myocardial infarction register»: 25-years long epidemiological study of myocardial infarction in the average urbanized city of Western Siberia. *The Siberian Medical Journal*. 2010; 25(2-1): 44-48. Russian (Гарганеева А.А., Округин С.А., Зяблов Ю.И. Программа ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда»: 25-летнее эпидемиологическое изучение инфаркта миокарда в среднеурбанизированном городе Западной Сибири //Сибирский медицинский журнал. 2010. Т. 25, № 2. С. 44-48.)
18. Davidovich IM, Malay LN, Kutishenko NP. The analysis of long-term outcomes and adherence to treatment in patients after myocardial infarction: Khabarovsk register data. *The Clinician*. 2017; 11(1): 36-44. Russian (Давидович И.М., Малай Л.Н., Кутишенко Н.П. Отдаленные результаты и приверженность терапии у пациентов после острого инфаркта миокарда: данные регистра (Хабаровск) //Клиницист. 2017. Т. 11, № 1. С. 36-44.) DOI: 10.17650/1818-8338-2016-10-4-36-44
19. Ginzburg ML, Martsevich SYu, Kutishenko NP, Lukina YuV, Deev AD. The capabilities of a register as a quality control of the pharmacotherapy in outpatients at high risk of cardiovascular complications (the «LIS-1» register). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2014; 10(3): 288-292. Russian (Гинзбург М.Л., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Лукина Ю.В., Деев А.Д. Возможности регистра как инструмента контроля качества фармакотерапии на амбулаторном этапе у пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (регистр «ЛИС-1») //Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2014. Т. 10, № 3. С. 288-292.) DOI: 10.20996/1819-6446-2014-10-3-288-292
20. Jackevicius CA, Li P, Tu JV. Prevalence, Predictors, and Outcomes of Primary Nonadherence After Acute Myocardial Infarction. *Circulation*. 2008; 117(8): 1028-1036. DOI: 10.1161/circulationaha.107.706820
21. Drozdova LYu, Martsevich SYu, Voronina VP. Evaluation of cardiovascular risk factors prevalence and efficacy of their correction in physicians. Estimation of physicians' expertise in up-to-date clinical guidelines. Results of the «physician's health and education» study. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2011; 7(2): 137-144. Russian (Дроздова Л.Ю., Марцевич С.Ю., Воронина В.П. Одновременная оценка распространенности и эффективности коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди врачей и их знания современных клинических рекомендаций. Результаты проекта «Здоровье и образование врача» //Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2011. Т. 7, № 2. С. 137-144.)
22. Kurochkina ON, Khokhlov AL, Kopylova DA, Bogomolov AN. Drug therapy of patients with myocardial infarction: medical appointments and patient adherence. *Journal of VolgSMU*. 2012; 4(44): 90-93. Russian (Курочкина О.Н., Хохлов А.Л., Копылова Д.А., Богомолов А.Н. Медикаментозная терапия больных, перенесших инфаркт миокарда: врачебные назначения и приверженность пациентов //Вестник ВолГМУ. 2012. № 4(44). С. 90-93.)
23. Garganeeva AA, Borel KN, Okrugin SA, Kuzheleva EA. Adherence to drug therapy and following national guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction. Results of a 5-year prospective observation. *Complex problems of cardiovascular diseases*. 2014; 3: 31. Russian (Гарганеева А.А., Борель К.Н., Округин С.А., Кужелева Е.А. Приверженность медикаментозной терапии и следование национальным рекомендациям по ведению пациентов, перенесших

- острый инфаркт миокарда. Итоги 5-летнего проспективного наблюдения //Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2014. № 3. С. 31.)
24. Beta-blocker Heart Attack Trial Research Group (BHAT). A randomized trial of propranolol in patients with acute myocardial infarction. I. Mortality results. *JAMA*. 1982; 247(12): 1707-1714. DOI: 10.1001/jama.1982.03320370021023
 25. Holms DR, Becker JA, Granger CB, Limacher MC, Lee R Page 2nd, Silal C. ACCF/AHA health policy statement on therapeutic interchange and substitution : a report of the American College of Cardiology Foundation Clinical Quality Committee. *Circulation*. 2011; 124(11): 1290-1310. DOI: 10.1161/CIR.0b013e31822d97d5
 26. Freemantle N, Cleland J, Young P, Mason J, Harrison J. beta Blockade after myocardial infarction: systematic review and meta regression analysis. *BMJ*. 1999; 318(7200): 1730-1737. DOI: 10.1136/bmj.318.7200.1730
 27. Martsevich SYu. The use of angiotensin converting enzyme inhibitors after myocardial infarction. What do evidence-based medicine data speak for? *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2010; 6(5): 673-676. Russian (Марцевич С.Ю. Применение ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента после перенесенного инфаркта миокарда. О чем говорят данные доказательной медицины? //Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2010. Т. 6, № 5. С. 673-676.) DOI: 10.20996/1819-6446-2010-6-5-673-676
 28. Harris M, Taylor G, Jackson D. Clinical evidence made easy. *Emerg Nurse*. 2014; 22(6): 10. DOI: 10.7748/en.22.6.10.s13
 29. Mant D. Can randomised trials inform clinical decisions about individual patients? *Lancet*. 1999; 353: 743-746. DOI: 10.1016/S0140-6736(98)09102-8
 30. Mironova MM, Kovaleva EL. Requirements for the production of excipients used in the composition of medicines (Review). *Chemical and Pharmaceutical Journal*. 2015; 49(5): 52-56. Russian (Миронова М.М., Ковалева Е.Л. Требования к производству вспомогательных веществ, используемых в составе лекарственных средств (Обзор) //Химико-фармацевтический журнал. 2015. Т. 49, № 5. С. 52-56.)
 31. Ruchkin IV, Yakovlev Yu, Chupandina EE. Analysis of the choice of specific trade names by pharmaceutical workers when dispensing prescription drugs. *Vestnik VSU, series «Chemistry. Biology. Pharmacy»*. 2014; 4: 127-130. Russian (Ручкин И.В., Яковлев Л.Ю., Чупандина Е.Е. Анализ выбора фармацевтическими работниками конкретных торговых наименований при отпуске рецептурных лекарственных препаратов //Вестник ВГУ, серия «Химия. Биология. Фармация». 2014. № 4. С. 127-130.)
 32. Kirshchina IA, Soloninina AV, Katkova AD. On the prospects of pharmaceutical services to the population from the standpoint of professional vigilance of specialists. *Biosecurity and biosafety*. 2013; 5(4): 21. Russian (Кирищина И.А., Солонинина А.В., Каткова А.Д. О перспективах фармацевтического обслуживания населения с позиции профессиональной бдительности специалистов //Биозащита и биобезопасность. 2013. Т. 5, № 4. С. 21.)
 33. Pharma-Q «Opinion of pharmacists, pharmacists». Access mode: http://healthcare.ipsos-comcon.ru/specialisations/syndicated_studies/pharma-q. Russian (Pharma-Q «Мнение провизоров, фармацевтов». Режим доступа: http://healthcare.ipsos-comcon.ru/specialisations/syndicated_studies/pharma-q)
 34. Gabdrifikova YuS, Kirschina IA, Soloninina AV. Justification and implementation of rational choice of drugs by trade names – professional approach of pharmacist. 2017; 1(15): 27-33. Russian (Габдрафикова Ю.С., Кирищина И.А., Солонинина А.В. Обоснование и реализация рационального выбора лекарственных препаратов по торговым наименованиям – профессиональный подход провизора //Вопросы обеспечения качества лекарственных средств. 2017. № 1(15). С. 27-33.)

Сведения об авторах:

АБРАМОВ Николай Владимирович, старший преподаватель, кафедра фармации, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: abramov85@mail.ru

КАШТАЛАП Василий Васильевич, доктор медицинских наук, доцент, заведующий отделом клинической кардиологии, ФГБНУ НИИ КПССЗ; профессор кафедры кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия.

E-mail: v_kash@mail.ru

СЕМЕНИХИН Виктор Андреевич, доктор мед. наук, профессор, кафедра факультетской терапии, профессиональных болезней и эндокринологии, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия.

E-mail: viansem@yandex.ru

ФИЛИМОНОВ Сергей Николаевич, доктор мед. наук, профессор, начальник отдела экологии человека, общественного здоровья и здравоохранения, ФГБНУ НИИ КППЗ, г. Новокузнецк, Россия.

E-mail: fsn42@mail.ru

Information about authors:

ABRAMOV Nikolay Vladimirovich, senior lecturer, department of pharmacy, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.

E-mail: abramov85@mail.ru

KASHTALAP Vasily Vasilievich, doctor of medical sciences, docent, head of clinical cardiology department, Research Institute of Complex Problems of Cardiovascular Diseases; professor of the department of cardiology and cardiovascular surgery, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: v_kash@mail.ru

SEMIKHIN Victor Andreevich, doctor of medical sciences, professor, department of faculty therapy, occupational diseases and endocrinology, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.

E-mail: viansem@yandex.ru

FILIMONOV Sergey Nikolayevich, doctor of medical sciences, professor, Head of the Department of Human Ecology, Public Health and Healthcare, Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases, Novokuznetsk, Russia. E-mail: fsn42@mail.ru

Корреспонденцию адресовать: АБРАМОВ Николай Владимирович, 650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России.

Тел: 8 (3842) 73-48-56 E-mail: abramov85@mail.ru