

## Современная стратегия лечения острого коронарного синдрома: антитромботическая терапия

По материалам XIII Национального конгресса кардиологов Украины (26-28 сентября, г. Киев)

Продолжение. Начало на стр. 7.

получали пациенты группы контроля, в данном РКИ составляла только 300 мг, то есть не соответствовала оптимальной – 600 мг. Во втором РКИ, TRILOGY, результаты которого были оглашены недавно, сравнительная эффективность клопидогреля и прасугреля изучалась у больных ОКС, которых лечили консервативно (n=7245). С целью минимизировать риск геморрагических осложнений в исследовании не включали пациентов старше 75 лет, а доза прасугреля зависела от массы тела больного (5 мг при массе тела <60 кг, 10 мг при массе тела ≥60 кг). По влиянию на первичную конечную точку (сердечно-сосудистая смерть + ОИМ + мозговой инсульт) прасугрель не имел преимуществ перед клопидогрелем, однако не способствовал повышению риска тяжелых кровотечений, не связанных с аортокоронарным шунтированием. Последнее объяснялось отбором пациентов по возрасту и с учетом массы тела при выборе дозы прасугреля.

**1** Таким образом, согласно данным РКИ TRILOGY фармакокинетически и фармакодинамически большая антиагрегантная активность *in vitro* прасугреля по сравнению с клопидогрелем оказалась клинически незначимой.

Сравнительной оценке клинической эффективности тикагрелора и клопидогреля было посвящено широкомасштабное РКИ PLATO, включавшее больных ОКС умеренного и высокого риска, среди которых 75% выполняли ПКВ, и только 25% вели консервативно. По результатам этого РКИ, тикагрелор продемонстрировал существенно более высокую эффективность, чем клопидогрель, как по первичной конечной точке – суммарной частоте сердечно-сосудистых событий (на 16%), так и по общей смертности (на 22% меньше) и ОИМ (на 16% меньше). При этом общая частота кровотечений в группе тикагрелора оказалась сопоставимой с таковой в группе клопидогреля при более высокой (на 20%) частоте кровотечений, не связанных с аортокоронарным шунтированием.

**1** Несмотря на несомненные преимущества тикагрелора, доказанные в РКИ PLATO, следует заметить, что данному исследованию был присущ ряд ограничений. Так, во-первых, больные, которым проводили ПКВ, принимали клопидогрель в субоптимальной дозе 300+7x75, тогда как рекомендуемая доза 600+7x150 дополнительно снижает риск сердечно-сосудистых событий. Во-вторых, 46% пациентов группы тикагрелора до рандомизации принимали клопидогрель. Другими словами, на момент назначения тикагрелора почти у половины больных клопидогрель уже реализовал свой антиагрегантный эффект.

Заслуживает внимания и тот факт, что на фоне терапии тикагрелором общая смертность снижалась больше, чем частота ИМ и сосудистых осложнений, что требует объяснений. Возможно, это отчасти связано с наличием у тикагрелора каких-то иных, не зависящих от антиагрегантного эффекта механизмов действия. В настоящее время проводится еще одно РКИ, в котором также сопоставляется эффективность тикагрелора и клопидогреля у больных ОКС.

Результаты РКИ PLATO позволили включить тикагрелор в обновленные (2011, 2012) рекомендации по антитромботической терапии больных ОКС. При ОКС без элевации сегмента ST он показан всем пациентам умеренного и высокого ишемического риска (IB), а при ОКС с подъемом сегмента ST – только тем больным, которым выполняется первичное ПКВ (IB).

**1** Ограничением, которое необходимо учитывать при использовании тикагрелора, является способность повышать риск геморрагических осложнений, не связанных с аортокоронарным шунтированием (на 20%, по данным РКИ PLATO). Этот побочный эффект тикагрелора – обратная сторона его мощного антиагрегантного действия. Следовательно, тикагрелор не показан тем больным ОКС, у которых повышен риск геморрагических осложнений.

Этим объясняется исключительная важность оценки данного риска при ОКС, для чего разработаны специальные шкалы, в частности шкала CRUSADE. Необходимо учитывать и недостаточную доказательную базу по применению тикагрелора у тех больных ОКС без элевации сегмента ST, которые получают консервативную терапию. Также следует помнить о том, что тикагрелор образует активный метаболит, который, вероятно, также обладает определенным антитромботическим потенциалом. Образование данного метаболита происходит в печени и опосредуется CYP3A4. Поэтому одновременный прием тикагрелора и лекарственных средств, метаболизируемых этим ферментом (к их числу принадлежат и некоторые кардиологические препараты), потенциально способен повлиять на фармакодинамику препарата. Наконец, поскольку тикагрелор обратимо угнетает агрегацию тромбоцитов, его прием в течение суток должен быть двукратным, что может снизить приверженность пациента к терапии и повысить риск тромбозомболических осложнений при плохой приверженности.

Важность этой проблемы для больных, получающих антиагреганты, иллюстрируют данные регистра MINAP-GPRD, в котором, помимо прочего, оценивали compliance к амбулаторному лечению клопидогрелем. Оказалось, что спустя год от начала терапии этот препарат продолжали принимать только 54% пациентов.

**1** Между тем, как свидетельствуют данные того же регистра, прекращение приема клопидогреля в течение года после ОКС ассоциируется с увеличением риска смерти и повторного ОИМ на 45%.

В заключение необходимо отметить следующие ключевые положения, касающиеся назначения антиагрегантов при ОКС.

1. Двойная антиагрегантная терапия, обязательным компонентом которой является клопидогрель\*, не только предупреждает развитие тромбоза стента, но и существенно улучшает ближайший и отдаленный прогноз больных ОКС, для которых выбрана консервативная стратегия лечения.

2. У пациентов с ОКС крайне важно оценивать риск геморрагических осложнений и проводить их профилактику.

3. Фармакокинетическое взаимодействие клопидогреля и ингибитора протонной помпы, вероятно, не имеет существенного клинического значения. Тем не менее одновременного приема клопидогреля и омепразола желательно избегать.

4. Клиническое значение вариабельности фармакодинамики ингибиторов тромбоцитарных P2Y<sub>12</sub>-рецепторов (по данным *in vitro*) в проспективных исследованиях не доказано.

5. Важным условием успешной терапии больных ОКС является их высокая приверженность к назначаемому лечению и, в частности, к двойной антиагрегантной терапии.

\*Доказательства эффективности и безопасности клопидогреля в лечении пациентов с ОКС были получены в клинических рандомизированных исследованиях с использованием оригинального клопидогреля – препарата Плавикс компании Санофи.

Подготовил Глеб Данин



## XIII Национальный конгресс кардиологов Украины Квинтэссенция знаний, достижений

26-28 сентября в г. Киеве состоялся XIII Национальный конгресс кардиологов Украины. В ходе церемонии открытия конгресса отметила, что в настоящее время первичная профилактика на основе популяционных стратегий имеет важнейшее значение в снижении кардиоваскулярной заболеваемости и смертности во всем мире. В Украине уже накоплен некоторый опыт в этой области: реализация 10-летней Государственной программы профилактики и лечения артериальной гипертензии (АГ) обеспечила снижение риска развития серьезных кардиоваскулярных событий, особенно у лиц трудоспособного возраста, а также увеличение продолжительности жизни пациентов с диагностированными сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) в среднем на 1-1,5 года. Сегодня перед МЗ Украины поставлено большое количество задач в области усовершенствования медицинской помощи кардиологическим пациентам. Их выполнение требует решения вопросов о нормативно-правовом обеспечении системы здравоохранения, формирования здорового образа жизни, участия общественности в развитии системы здравоохранения, повышения уровня образования врачей и осведомленности пациентов о факторах риска ССЗ. Главными целями разрабатываемых государственных программ в области профилактики и лечения ССЗ является повышение доступности медицинской помощи для населения, внедрение принципов страховой медицины, оптимизация неотложной медицинской помощи, а также усовершенствование медицинского обслуживания в рамках охраны материнства и детства.



Вице-премьер-министр, министр здравоохранения Украины Раиса Васильевна Богатырева

В ходе церемонии открытия конгресса отметила, что в настоящее время первичная профилактика на основе популяционных стратегий имеет важнейшее значение в снижении кардиоваскулярной заболеваемости и смертности во всем мире. В Украине уже накоплен некоторый опыт в этой области: реализация 10-летней Государственной программы профилактики и лечения артериальной гипертензии (АГ) обеспечила снижение риска развития серьезных кардиоваскулярных событий, особенно у лиц трудоспособного возраста, а также увеличение продолжительности жизни пациентов с диагностированными сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) в среднем на 1-1,5 года. Сегодня перед МЗ Украины поставлено большое количество задач в области усовершенствования медицинской помощи кардиологическим пациентам. Их выполнение требует решения вопросов о нормативно-правовом обеспечении системы здравоохранения, формирования здорового образа жизни, участия общественности в развитии системы здравоохранения, повышения уровня образования врачей и осведомленности пациентов о факторах риска ССЗ. Главными целями разрабатываемых государственных программ в области профилактики и лечения ССЗ является повышение доступности медицинской помощи для населения, внедрение принципов страховой медицины, оптимизация неотложной медицинской помощи, а также усовершенствование медицинского обслуживания в рамках охраны материнства и детства.

В рамках конгресса состоялся канадско-украинский симпозиум, в ходе которого профессор университета Торонто (Канада) Шелдон Туоб поделился опытом достижения эффективного контроля артериального давления (АД) в популяции канадских пациентов с АГ. – Важную роль в улучшении контроля АД (под контролем АД подразумевается достижение и удержание значений <140/90 мм рт. ст.) на уровне популяции в Канаде сыграла реализация образовательной программы, предназначенной для врачей и пациентов, – СНЕР (Canadian Hypertension Education Program), внедрение которой было инициировано в 1999 году. Результаты мероприятий, направленных на улучшение контроля АД на уровне канадской популяции, стали ощутимы уже через несколько лет после начала работы программы СНЕР. Так, начиная с 1999 г. наблюдалось неуклонное увеличение частоты назначения в повседневной клинической практике антигипертензивных лекарственных средств, среди которых в 2003 г. чаще всего использовались тиазидные диуретики и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента. В то же время произошли явные изменения в структуре препаратов, применяемых в качестве стартовой АГ. В частности, начиная с 2000 г. отмечается прекращение роста и постепенное снижение частоты использования β-адреноблокаторов в качестве препаратов первой линии антигипертензивной терапии у пациентов пожилого возраста, что соответствовало требованиям национальных руководств, указывающих на нецелесообразность применения этих препаратов при отсутствии жестких показаний. Следует заметить, что результаты внедрения программы СНЕР стали ощутимы уже через несколько лет после начала ее работы. В 2007 г. Канада заняла лидирующие позиции в мире по контролю АД в популяции, продемонстрировав снижение доли не охваченных антигипертензивным лечением пациентов с 43 до 17%. Глобальное улучшение контроля АД привело к резкому уменьшению уровня кардиоваскулярной заболеваемости и смертности в стране на протяжении 1999-2004 гг. Успех программы СНЕР в значительной мере обусловлен включением в национальные рекомендации наиболее эффективных методов контроля АД на основании данных доказательной медицины и их активным внедрением в клиническую практику, а также свидетельствует о важной роли национальных образовательных программ для пациентов и врачей в отношении

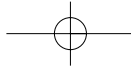
непосредственной причиной смерти, и искусственное завышение этого показателя приводит к искажению статистической отчетности и дискредитации системы здравоохранения Украины. О достоверности статистических данных заставляет задуматься также анализ динамики снижения частоты внезапной кардиальной смерти: существенные положительные изменения за последние 5 лет (-34,6%), а также 100-кратное превышение этого показателя в США по сравнению с Украиной свидетельствуют о том, что представленные результаты не соответствуют действительности.

В рамках конгресса состоялся канадско-украинский симпозиум, в ходе которого профессор университета Торонто (Канада) Шелдон Туоб поделился опытом достижения эффективного контроля артериального давления (АД) в популяции канадских пациентов с АГ.



– Важную роль в улучшении контроля АД (под контролем АД подразумевается достижение и удержание значений <140/90 мм рт. ст.) на уровне популяции в Канаде сыграла реализация образовательной программы, предназначенной для врачей и пациентов, – СНЕР (Canadian Hypertension Education Program), внедрение которой было инициировано в 1999 году. Результаты мероприятий, направленных на улучшение контроля АД на уровне канадской популяции, стали ощутимы уже через несколько лет после начала работы программы СНЕР.

Так, начиная с 1999 г. наблюдалось неуклонное увеличение частоты назначения в повседневной клинической практике антигипертензивных лекарственных средств, среди которых в 2003 г. чаще всего использовались тиазидные диуретики и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента. В то же время произошли явные изменения в структуре препаратов, применяемых в качестве стартовой АГ. В частности, начиная с 2000 г. отмечается прекращение роста и постепенное снижение частоты использования β-адреноблокаторов в качестве препаратов первой линии антигипертензивной терапии у пациентов пожилого возраста, что соответствовало требованиям национальных руководств, указывающих на нецелесообразность применения этих препаратов при отсутствии жестких показаний. Следует заметить, что результаты внедрения программы СНЕР стали ощутимы уже через несколько лет после начала ее работы. В 2007 г. Канада заняла лидирующие позиции в мире по контролю АД в популяции, продемонстрировав снижение доли не охваченных антигипертензивным лечением пациентов с 43 до 17%. Глобальное улучшение контроля АД привело к резкому уменьшению уровня кардиоваскулярной заболеваемости и смертности в стране на протяжении 1999-2004 гг. Успех программы СНЕР в значительной мере обусловлен включением в национальные рекомендации наиболее эффективных методов контроля АД на основании данных доказательной медицины и их активным внедрением в клиническую практику, а также свидетельствует о важной роли национальных образовательных программ для пациентов и врачей в отношении



# Конгресс кардиологов Украины: успехи, достижений, опыта

Конгресс кардиологов Украины, в котором приняли участие не только эксперты в области кардиологии из различных стран мира – Португалии, Канады, Польши, России.



снижения сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности на популяционном уровне.

Руководитель отдела популяционных исследований НИЦ «Институт кардиологии имени Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Ирина Михайловна Горбась посвятила доклад проблемам контроля АД в Украине.



— Согласно данным украинских эпидемиологических исследований стандартизованный по возрасту показатель распространенности АГ в городской популяции составляет 30%, в сельской – 29%, при этом в структуре доминирует АГ I ст. и смешанная форма заболевания (повышенное систолическое и диастолическое АД). Популяция украинских гипертензивных пациентов характеризуется значительной распространенностью факторов сердечно-сосудистого риска: 61% больных имеют три и более факторов риска – именно у них отмечается наиболее высокий относительный риск общей смерти (3,8%). Повышенную массу тела имеют 83% больных АГ, гиперхолестеринемия – 60%, гипертриглицеридемия – 35%; каждый четвертый пациент с АГ курит, 83% употребляют алкоголь.

По данным 2010 г., в городской популяции антигипертензивную терапию получают не более 38% пациентов с АГ, уведомленных о наличии заболевания, а целевых значений АД (<140/90 мм рт. ст.) достигают только 14%, в сельской местности эффективность лечения АГ отмечается не более чем в 10% случаев. При этом почти 8% больных АГ городской популяции и 13% – сельской пытаются нормализовать АД путем приема антигипертензивных лекарственных средств, не являющихся препаратами первой линии терапии АГ. Комбинированная антигипертензивная терапия назначается приблизительно в 50% случаев больным АГ в городской и сельской местности, тогда как только 10% получают фиксированные комбинации антигипертензивных препаратов, из них от 48 (в городах) до 83% (в сельской местности) приобретали комбинации устаревших или малоэффективных препаратов. Неэффективный контроль АД

в популяции украинских пациентов является одной из основных причин высокой сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в нашей стране: доля сердечно-сосудистой патологии в структуре причин смертности составляет 66%; ежегодно в Украине регистрируют более 105 тыс. случаев развития инсультов, более 50 тыс. – инфарктов миокарда.

Руководитель отдела симптоматических гипертензий НИЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Юрий Николаевич Сиренко в ходе выступления подчеркнул важность преодоления врачебной инертности для повышения эффективности контроля АД в популяции.



— Причины неудовлетворительно-го контроля АД, зависящие от врача, до последнего времени достаточно редко принимались во внимание. В исследованиях, посвященных изучению факторов, влияющих на качество контроля АД на популяционном уровне, врачебный фактор учитывался в недостаточной степени либо не учитывался вообще. В связи с этим сформировалась точка зрения о том, что неэффективный контроль

АД связан в значительной степени с низкой приверженностью пациентов к лечению или с назначаемыми препаратами. Между тем в исследовании с участием более 7 тыс. больных АГ, в котором изучали меры, применяемые врачами при неэффективном контроле АД, установлено, что у 57% пациентов, неоднократно осуществлявших визиты к врачам на протяжении года (в среднем 6,4 раза), регистрировались уровни АД выше целевых; при этом только в 13% случаев врачи прибегали к изменению или модификации медикаментозной терапии. В более поздних исследованиях спектр изучаемых факторов, влияющих на частоту достижения целевых значений АД, был расширен за счет причин, зависящих от врачей. Сегодня среди мер, предпринимаемых в процессе лечения АГ и наиболее значимо влияющих на его эффективность, выделяют сотрудничество врачей с фармацевтами, коррекцию терапии фармацевтами, а также оптимизацию схем антигипертензивной терапии (B.I. Carter, 2009). В настоящее время при рассмотрении факторов, влияющих на эффективность контроля АД, все чаще употребляют термин «врачебная инертность».

Под этим определением применительно к антигипертензивному лечению в настоящее время понимают бездеятельность врача в отношении интенсификации или изменения схемы лечения у больных с неконтролируемой АГ в тех ситуациях, когда пациент после визита к врачу продолжает получать неэффективную ранее терапию или же вообще не принимает препараты, несмотря на неадекватный контроль АД. Сегодня преодоление врачебной инертности рассматривается в качестве одной из наиболее важных задач в борьбе за улучшение результатов лечения АГ, и повышение информированности врачей является одним из основных аспектов в ее решении. Накопленный опыт и анализ результатов образовательной работы с врачами свидетельствуют о том, что она должна иметь систематический характер и проводиться в соответствии со специально разработанными долгосрочными программами, предусматривающими обязательный контроль результатов и обратную связь. Это подтверждается и данными наших исследований, которые демонстрируют хороший уровень теоретических знаний специалистов в области современных стандартов лечения АГ и низкую частоту их выполнения и контроля эффективности назначаемого лечения в реальной клинической практике.

Доктор медицинских наук Анна Дмитриевна Радченко (отдел симптоматических гипертензий НИЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины) отметила роль социально-экономических факторов в лечении АГ.

— Значение социально-экономических факторов в достижении контроля АД было продемонстрировано в масштабном эпидемиологическом исследовании PURE, организованном с целью анализа



частоты использования препаратов для вторичной сердечно-сосудистой профилактики (антиагрегантов, гиполипидемических, антигипертензивных) пациентами с ишемической болезнью сердца или перенесшими инсульт в зависимости от уровня экономического развития страны. В данном исследовании продемонстрирована четкая прямая связь между этими двумя показателями (более высокое экономическое развитие

страны обуславливает более высокую частоту применения всех указанных групп препаратов). С учетом влияния социально-экономических причин на эффективность контроля АД наиболее действенным способом ее улучшения является назначение простых схем терапии с использованием комбинированных препаратов с фиксированными дозировками на старте лечения, что снижает стоимость терапии и соответствует современным стандартам ведения больных АГ. Известно, что у большого количества пациентов с АГ антигипертензивная монотерапия является неэффективной, в связи с чем целесообразным является назначение комбинаций препаратов на первых этапах ведения таких больных. Эффективность антигипертензивной терапии в начале лечения, отсутствие необходимости в коррекции доз или дополнительном назначении препаратов способствуют улучшению приверженности пациентов к лечению.

Руководитель отдела дислипидемий НИЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Елена Ивановна Митченко в рамках научного заседания, посвященного современным взглядам на гендерную медицину, представила доклад на тему «Гендерные особенности сердечно-сосудистых заболеваний».



— Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин и женщин отличается в разных возрастных подгруппах. Так, в когорте лиц до 50 лет степень этого риска в 4 раза выше у мужчин по сравнению с женщинами. В более старших возрастных подгруппах наблюдается постепенное сокращение разницы, а в подгруппе лиц ≥70 лет степень риска у представителей обоих полов является в целом сопоставимой. Это объясняется резким снижением у женщин в постменопаузальном периоде уровня эстрогенов в крови – гормонов, оказывающих опосредованный антиатеросклеротический, гиполипидемический и антикоагулянтный эффект. При снижении уровня эстрогена в период перименопаузы или после операций, подразумевающих удаление матки и яичников, резко возрастает риск развития подагры, дислипидемии, абдоминального ожирения, инсулинорезистентности, гиперактивации симпатoadренальной системы и АГ.

Основным методом уменьшения выраженности симптомов возрастной или хирургической менопаузы, а также риска ее отдаленных последствий (остеопороза, ССЗ, аффективных расстройств, деменции) в климактерическом периоде является применение заместительной гормональной терапии (ЗГТ) в минимальных дозах, достаточных для коррекции симптомов климактерического синдрома,

Продолжение на стр. 10.



## XIII Национальный конгресс кардиологов Украины: квинтэссенция знаний, достижений, опыта

Продолжение. Начало на стр. 8.

а также для профилактики и лечения системных метаболических нарушений. Терапию следует подбирать индивидуально и назначать в течение первых пяти лет после наступления менопаузы. Большинство специалистов в данной области в качестве пограничного рассматривают возраст 60 лет, после которого применение гормональных препаратов не рекомендуется, поскольку ЗГТ, назначаемая на поздних этапах менопаузы (более 10 лет после ее наступления), не обеспечивает кардиопротективный эффект. Это было подтверждено, в частности, в ходе исследования, проведенного в 2011 г. британскими учеными, в котором приняли участие более 10 тыс. женщин в период постменопаузы. По результатам этого исследования, у пациенток, получавших ЗГТ во время менопаузы, длящейся менее 10 лет, отмечалась более низкая частота развития коронарных событий по сравнению с женщинами, не принимавшими гормональные препараты. У пациенток, получавших ЗГТ в течение 10-20 и более лет после наступления менопаузы, кардиопротективный эффект отсутствовал.

Назначая гормональные препараты, важно помнить не только о позитивном, но и о возможном негативном влиянии ЗГТ на организм женщины. Для того чтобы решить вопрос о целесообразности данного вида терапии, необходимо учитывать все факторы риска, в том числе выраженность атеросклеротического процесса и наличие атеросклеротических бляшек. Известно, что эстрогены оказывают ингибирующее влияние на формирование бляшки на начальных этапах этого процесса, однако при наличии сформированной атеромы они не только не тормозят прогрессирование процесса, но и могут способствовать дестабилизации покрышки бляшки. Противопоказаниями к назначению ЗГТ являются рак молочной железы, рак эндометрия, меланома, любые формы наследственных и приобретенных тромбофилий, аутоиммунные заболевания, тяжелая патология печени и желчевыводящих путей, эндометриоз и миома матки.

**Ведущий научный сотрудник отдела хирургии сосудов Национального института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова НАМН Украины Лариса Михайловна Чернуха** доклала докладом о современных возможностях диагностики и лечения синдрома хронической лимфатической недостаточности (ХЛВН) у пациентов с ССЗ.



— ХЛВН — полиморфная как с точки зрения патогенеза и этиологии, так и в клиническом отношении форма заболевания вен, при которой в сочетании с клиническими признаками поражения венозной системы отмечаются проявления нарушения лимфооттока, сопряженные с такими осложнениями, как лимфорея, трофические язвы, рецидивирующее рожистое воспаление. По данным Всемирной организации здравоохранения, ХЛВН диагностируется у каждого пятого жителя планеты, преимущественно у женщин.

В группу риска развития ХЛВН входят пациенты с морбидным ожирением, хроническими и острыми заболеваниями вен, посттромботическим синдромом, врожденными аномалиями лимфатической системы, а также с любыми заболеваниями (в том числе с ССЗ), сопряженными с повреждением эндотелия, системными воспалительными реакциями, токсико-аллергическими реакциями и развитием сердечной недостаточности. Достаточно часто ХЛВН является осложнением хирургических вмешательств, осуществляемых с целью коррекции венозного оттока и повышающих риск повреждения лимфатических коллекторов. Все вышеперечисленные факторы в той или иной мере способствуют развитию венозной гипертензии и нарушению равновесия между транкапиллярной фильтрацией и реабсорбирующим лимфодренирующим механизмом.

Анализ структуры причин развития ХЛВН у лиц, обращающихся за медицинской помощью в наше отделение, продемонстрировал, что наиболее многочисленную группу составляют больные, у которых ХЛВН является следствием посттравматического синдрома, на втором месте по частоте встречаемости оказались пациенты после неудачной коррекции венозного оттока при варикозной болезни, на третьем — лица с врожденными аномалиями лимфатической системы. Обследование пациентов с признаками ХЛВН и ожирением показало, что 81% из них имеют АГ, которая сама по себе является фактором риска возникновения выраженных микроциркуляторных расстройств, в частности синдрома Мартореллы (язвы



переднебоковой поверхности нижней трети голени, возникающие в результате ишемии, вызванной облитерацией артериол при АГ, на фоне отсутствия флебита и варикозного расширения вен), который без соответствующего лечения достаточно быстро может привести к развитию ХЛВН. Почти в 30% случаев выявлены эндокринные заболевания, в 37% — нарушения функции печени, обуславливающие дистрофические изменения тканей. Как свидетельствует клинический опыт, у пациентов с ожирением даже при состоятельном клапанном аппарате вен наблюдается нарушение лимфооттока в нижних конечностях и развитие ХЛВН при отсутствии значимой патологии вен.

ХЛВН возникает в трудоспособном возрасте, однако врачи первичного звена не уделяют этому заболеванию должного внимания, в связи с чем пациенты крайне редко получают адекватное патогенетическое лечение на ранних стадиях развития патологии. Это обуславливает не только прогрессирование ХЛВН, но и возникновение морбидного ожирения ввиду малоподвижного образа жизни больного, что, в свою очередь усугубляет течение ХЛВН. На поздних стадиях заболевания достичь эффективности консервативного лечения крайне сложно в связи с невозможностью ведения активного образа жизни, использования компрессионного трикотажа по причине ожирения, осуществления полноценного гигиенического ухода за кожей голени и стоп, что приводит к присоединению инфекции и развитию трофических нарушений и язв даже на участках непораженной венозной системы.

На первой стадии ХЛВН изменения лимфатических сосудов имеют обратимый характер и могут быть откорректированы с помощью консервативной терапии. Залогом ее успеха является осуществление комплекса мероприятий, направленных как на уменьшение транкапиллярной фильтрации, так и на увеличение реабсорбции и лимфатического дренажа. С этой целью необходимо использовать компрессионную терапию, постуральный дренаж, гипертонические растворы, белковые гидролизаты, растворы аминокислот, а также флебопротекторы, поливитаминные препараты, гемореологически активные лекарственные средства.

Улучшения результатов лечения пациентов с ХЛВН можно достичь прежде всего путем осмысления практическими врачами патогенетических механизмов возникновения этой патологии и адекватной клинической оценки состояния лиц с высоким риском ее развития. Крайне важным для совершенствования диагностики ХЛВН является применение современных инструментальных методов обследования пациентов (ультразвуковое исследование, дуплексное сканирование) для определения венозного и лимфатического компонентов ХЛВН и выбора патогенетически обоснованных методов лечения с учетом дифференцировки и этапности заболевания.

Влиянию депрессий на прогноз пациентов с ИБС посвятил доклад **доктор медицинских наук, профессор Олег Сазонтович Чабан (Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины)**.



— В настоящее время не вызывает сомнений, что желание жить или его отсутствие имеют важнейшее значение для исходов заболеваний у больных любого профиля. Кардиологические больные, в частности пациенты с ИБС, являются одним из убедительных тому подтверждений, о чем свидетельствует богатый клинический опыт, а также научные данные. В частности, в исследовании R. van Diest и соавт. (2004) было показано, что у 50% лиц, умерших от ССЗ, отсутствовал атеросклероз и такие значимые факторы кардиоваскулярного риска, как АГ, курение, СД, малоподвижный образ жизни. При этом в 50% случаев прогностически неблагоприятными факторами развития ССЗ являлись ангедония, постоянная усталость,

слабость, хроническая раздражительность, «истощение жизненной энергии».

В настоящее время развитие депрессии в острый период ИМ рассматривается как независимый предиктор смерти в течение последующих шести месяцев наряду с дисфункцией левого желудочка и предшествующим ИМ в анамнезе. Появление депрессии в течение года после ИМ способствует повышению уровня смертности в 2,5 раза (Carney et al., 1987). Учитывая что по данным литературы симптомы депрессии присутствуют у каждого второго пациента, перенесшего ИМ, данная проблема является крайне актуальной. Результаты 10-летнего наблюдения за 3786 пациентами с ИБС, у которых при выписке из стационара определялись самооценка здоровья по шкале EQ-VAS и качество жизни по шкале EQ-5D, показали, что у пациентов, выживших в течение срока наблюдения, оба показателя были достоверно более высокими по сравнению с больными, которые умерли на протяжении этого периода. При этом наличие проблем с самообслуживанием и количество баллов по шкале самооценки здоровья  $\leq 60$  оказались одними из наиболее мощных предикторов смертности среди других оценивавшихся клинических параметров (возраст, наличие сердечной недостаточности, систолической дисфункции, ИМ в анамнезе, заболевание периферических артерий, характер медикаментозной терапии). Минимальный уровень 10-летней смертности зафиксирован у пациентов с нормальными показателями EQ-5D, максимальный — у пациентов с нарушением всех этих показателей (Euro Heart Survey on Coronary Revascularization; Heart, 2007).

Отрицательное влияние депрессии на ССЗ осуществляется как через патофизиологические процессы (дисрегуляция гипоталамо-гипофизарно-адренальной системы, дисбаланс симпатико-парасимпатической регуляции и т.д.), так и через поведенческие реакции (низкая приверженность к терапии и выполнению рекомендаций относительно модификации образа жизни). Таким образом, при ведении пациентов с ИБС врач должен проявлять заинтересованность в отношении наличия симптомов депрессии и повышенное внимание к больным, имеющим признаки данного расстройства. Своевременное направление к специалисту соответствующего профиля и назначение антидепрессантов пациентам с ИБС и признаками депрессии будет являться одним из важных аспектов ведения, влияющих на прогноз.



Наличие депрессии у пациента с ССЗ помогает предположить нехарактерные для основной патологии соматические жалобы или их несоответствие объективным методам обследования, миграцию симптомов соматического заболевания, патогенетически необоснованные сочетания соматовегетативных нарушений, несоответствие боли и других симптомов зонам периферической иннервации, а также отсутствие положительной динамики при адекватном лечении. Кроме того, при опросе пациента следует ориентироваться на такие основные симптомы депрессии, как сниженное настроение, потеря ощущения удовольствия и стремления к ранее интересным для него аспектам жизни, повышенная утомляемость, снижение активности. В качестве дополнительных симптомов служат снижение самооценки и неуверенность в себе, трудности концентрации и внимания, появление идей вины и чувства неполноценности, признаки ажитации или заторможенности, нарушение сна и аппетита, суицидальные мысли и попытки их реализации.

Основными принципами терапии депрессии в кардиологической практике служат назначение антидепрессантов последнего поколения, обладающих доказанной эффективностью и безопасностью, соблюдение терапевтических доз антидепрессантов, необходимости продолжительности курса лечения — не менее 6 недель. Важно помнить, а также уведомить пациента об отсроченности антидепрессивного эффекта, который в полной мере достигается не ранее чем через 1-2 недели терапии.

Подготовили **Наталья Очеретяная** и **Екатерина Бондаренко**