

Ішемічна хвороба серця: сучасні підходи до лікування

Ішемічна хвороба серця та сучасні підходи до її лікування займають важливе місце у практиці сімейного лікаря. У контексті розпочатої реформи вітчизняної системи охорони здоров'я першочергового значення набувають питання подальшого професійного вдосконалення лікарів, які забезпечують медичну допомогу населенню на первинній ланці. Саме від їх компетентності залежатиме кінцева ефективність заходів щодо зниження захворюваності та смертності від серцево-судинних захворювань в Україні (наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.06.2016 р. № 564 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика серцево-судинних захворювань»). Надію на успішне втілення задуманого дає притаманне більшості вітчизняних сімейних лікарів — навіть тих, хто багато років займається медичною практикою і має власний великий досвід — бажання підвищувати свій професійний рівень, бути в курсі новітніх досягнень медицини. Підтвердження цьому — щент заповнена аудиторія практичного семінару «Сучасна стратегія та засоби лікування хронічної ІХС», який відбувся 23 січня 2018 р. завдяки спільним зусиллям Київського кардіологічного товариства та Української асоціації сімейної медицини.



У вільному слові до учасників зібрання голова Київського кардіологічного товариства, керівник відділу серцевої недостатності Державної установи (ДУ) «Національний науковий центр (ННЦ) «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска Національної академії медичних наук (НАМН) України», професор **Леонід Воронков** розповів, що основною ідеєю заходу було надати можливість сімейним лікарям, які цікавляться проблемами кардіології, систематизувати свої знання та отримати актуальну інформацію безпосередньо від провідних фахівців-науковців, поспілкуватися в інтерактивному режимі, розглянувши найбільш нагальні питання ведення пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями (ССЗ). Відзначивши великий інтерес до семінару сімейних лікарів, терапевтів, кардіологів, промовець висловив надію, що в подальшому подібні зустрічі стануть традиційними.



Голова Української асоціації сімейної медицини та Асоціації сімейних лікарів м. Києва та Київської області, завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, професор **Лариса Матюха** привітала присутніх та висловила подяку за організацію семінару його ініціатору професору Л. Воронкову. Вона побажала колегам нахнення у навчанні, а також запросила до участі в засіданнях Асоціації сімейних лікарів м. Києва та Київської області, які відбуваються кожний останній четвер місяця за адресою вул. Архітектора Вербицького, 5.



З установчою доповіддю на тему «Класифікація, стратегія та загальний алгоритм лікування пацієнтів з хронічною ішемічною хворобою серця (ІХС)» виступив професор **Михайло Лутай**, заступник директора з наукової роботи, завідувач відділу атеросклерозу та ішемічної хвороби серця ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска НАМН України». Відзначивши, що згідно зі статистичними даними, в Україні налічується близько 12 млн пацієнтів з артеріальною гіпертензією та 8 млн — з ІХС, промовець, посилаючись на відповідні європейські показники та результати досліджень, проведених в ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка

М.Д. Стражеска НАМН України», припустив можливу гіпердіагностику цих захворювань із завищенням майже вдвічі.

Діючі в Україні клінічні настанови та уніфікований клінічний протокол по веденню хворих зі стабільною ІХС розроблено два роки тому з урахуванням сучасних рекомендацій Європейського товариства кардіологів (European Society of Cardiology — ESC) та Американського коледжу кардіології (American College of Cardiology — ACC)/Американської кардіологічної асоціації (American Heart Association — АНА). В них виділено два основні блоки лікування, направлені на зменшення вираженості симптомів стенокардії та запобігання серцево-судинним ускладненням. Доповідач акцентував увагу на тому, що навіть в умовах широкого застосування перкутанного коронарного втручання та аортокоронарного шунтування, хворі, яким проведено хірургічну ревааскуляризацію, залишаються так само вразливими щодо виникнення серцево-судинних подій і потребують лікування, спрямованого на поліпшення прогнозу із застосуванням нітратів (за даними дослідження PREVENIR, до 43% хворих після хірургічної ангіопластики).

Далі М. Лутай коротко зупинився на окремих фармакологічних групах препаратів для лікування пацієнтів із ІХС. Він наголосив, що нітрати рекомендується призначати лише хворим зі стенокардією — немає сенсу в їх застосуванні пацієнтами за відсутності болю. Із короткодійних нітратів доповідач особливо відзначив ізосорбід динітрат у формі спрею, який діє швидше і триваліше, ніж таблетовані форми нітроглицерину, більш ефективно купірує напади стенокардії, що дозволяє в середньому на 49 с скоротити тривалість нападу болю. Головною проблемою нітратів пролонгованої дії є швидкий розвиток толерантності, запобігти якому можна за допомогою переривчастого призначення з дотриманням впродовж доби періодів між прийомами не менше 6–8 год (бажано — 10–12 год) — так звані «nitrate-free» або «low-nitrate» періоди. Також може бути рекомендоване застосування нітратів за вимогою, коли пацієнт сам регулює частоту прийому, або використання сучасних пролонгованих форм ізосорбїду динітрату, фармакокінетика яких забезпечує безнітратний період. Доповідач розвінчав один із розповсюджених «міфів» про те, що молсидомін кращий за нітрати, оскільки до нього начебто рідше виникає толерантність, і рекомендував лікарям не надто часто призначати цей препарат.

Блокатори бета-адренорецепторів (ББА) відносять до «препаратів номер один» для зменшення вираженості ангінозного болю при ІХС. Вони знижують частоту серцевих скорочень (ЧСС), артеріальний тиск, скоротливість та ектопічну активність серця (не несуть ризику аритмогенного ефекту), збільшують час AV-провідності, покращують перфузію в ділянці ішемії міокарда. Окрім антиангінальної дії, ББА позитивно впливають на прогноз пацієнтів зі стабільною стенокардією — існують дослідження, що демонструють спроможність цих препаратів знижувати на 30% смертність хворих, які перенесли інфаркт міокарда. Рекомендовані

цифри ЧСС у спокої при прийомі ББА, які свідчать про адекватну гемодинамічну дію препарату, — 55–60 уд./хв. На думку доповідача, необхідно пам'ятати, що широкий спектр показань для призначення ББА при ССЗ та при некардіальній патології дозволяє віддавати перевагу їх застосуванню у пацієнтів старшого віку, при поліморбідності.

За силою антиангінальної дії блокатори кальцієвих каналів (БКК) практично дорівнюють ББА, але вони гірше знижують тотальний час ішемії, менш ефективні при «німих» епізодах ішемії і майже не впливають на прогноз захворювання. БКК (зокрема верапаміл та дилтіазем) — препарати вибору при вазоспастичній стенокардії, оскільки ББА здатні провокувати епізоди вазоспазму при цій патології.

Антиангінальний ефект івабрадину при ІХС ґрунтується на зниженні ЧСС. Доповідач навів дані масштабних рандомізованих клінічних досліджень (РКИ), які продемонстрували, що при ІХС у пацієнтів із відсутністю дисфункції лівого шлуночка (ЛШ) або хронічної серцевої недостатності (ХСН) застосування цього препарату супроводжувалося зменшенням вираженості ангінозного болю, але не впливало на прогноз; при ІХС із дисфункцією ЛШ підтверджено антиангінозний ефект та зниження частоти ІМ; у пацієнтів з ІХС на тлі ХСН виявлено позитивний вплив івабрадину як на симптоми, так і на прогноз хвороби.

На думку оратора, не слід переоцінювати значення триметазидину в терапії ІХС, але в умовах обмеженості вибору антиангінальних засобів можливе його застосування як препарату з доведеною негемодинамічною природою антиішемічної дії, особливо з метою підвищення толерантності до фізичних навантажень або перед проведенням хірургічних маніпуляцій на серці (транслюмінальна ангіопластика, стентування).

Доповідач відзначив переваги застосування препарату неметаболическої дії ранолазину (інгібітора пізнього натрієвого току, який здатний зменшувати електричну нестабільність міокарда, збільшувати скоротливість, покращувати діастолічне розслаблення та енергетичний обмін серця) при високих рівнях глікозилизованого гемоглобіну (HbA1c) у пацієнтів із цукровим діабетом (ЦД), за наявності шлуночкових та суправентрикулярних аритмій. Дані досліджень, проведених у ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска НАМН України», засвідчили позитивний вплив ранолазину на перебіг діастолічної дисфункції ЛШ при ХСН у пацієнтів з ІХС.

Сімейних лікарів, безумовно, зацікавили представлені доповідачем дані про доцільність одночасного призначення декількох антиангінальних препаратів. Виявляється, подібна комбінація суттєво не підвищує ефективності терапії: додавання івабрадину до стандартних антиангінальних засобів додає лише 16 с приросту показника толерантності до фізичного навантаження, приєднання БКК до лікування ББА — 17 с, тоді як підключення ранолазину або ББА до БКК — 23 с.

Розповідаючи про заходи, спрямовані на запобігання ускладненням ІХС, М. Лутай звернув увагу слухачів на оприлюднені в минулому році результати масштабного дослідження за участю 135 тис. осіб із 18 країн, присвяченого впливу характеру харчування на розвиток ІХС: було продемонстровано, що надлишок в дієті вуглеводів спричиняє підвищення загальної смертності, тоді як підвищене вживання насичених жирів знижує цей показник і суттєво не впливає на смертність від ССЗ. «Ці дані змушують переглянути дієтичні рекомендації з профілактики ССЗ, і не виключено, що збагачена салом українська дієта стане гідним конкурентом середземноморській», — напівжартома зауважив оратор.

Що стосується медикаментозної терапії при дисліпідемії, то, за словами доповідача, головним принципом призначення статинів є оцінка серцево-судинного ризику — при ІХС вони показані усім пацієнтам з високим ризиком, тобто тим, у кого показник щорічної смертності вище 3%. Для пацієнтів з атеросклерозом цільовий рівень холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) має становити <1,8 ммоль/л або потрібно досягти його зниження не менше ніж на 50%.

Сімейному лікарю варто пам'ятати про доцільність застосування у осіб із ІХС інтенсивної статинотерапії, коли середньодобова доза аторвастатину становить 40–80 мг, розувастатину — 20–40 мг (згідно з рекомендаціями АСС/АНА). На підтвердження

М. Лутай навів дані метааналізу із включенням 19,5 тис. пацієнтів, який свідчив, що застосування статинів дозволяє досягнути зниження на 22% смертності від усіх причин і, перш за все, від ССЗ.

Водночас серйозні ускладнення статинотерапії виявляють значно рідше, ніж під час застосування ацетилсаліцилової кислоти (АСК). Так, рабдоміоліз виникає у 1–3 зі 100 тис. пацієнтів, які отримують статини, міалгія — у 10–15%, ураження печінки з підвищенням рівня аланінамінотрансферази (АлАТ) більше ніж у 3 рази — у 0,5–2% хворих, при цьому побічна дія є дозозалежною і зникає при зниженні дози. На функцію нирок найбільш несприятливо впливає розувастатин у високих (80 мг) дозах. При ЦД підвищення рівня HbA1c протягом 4 років застосування статинів відзначають у 1 із 255 пацієнтів.

При виборі препарату для статинотерапії, як наголосив доповідач, сімейним лікарям слід віддавати перевагу аторвастатину (у добовій дозі 40–80 мг) порівняно з розувастатином, особливо у пацієнтів із порушенням функції нирок, при ЦД, у осіб похилого віку. Знизити вартість лікування дозволяє застосування вітчизняних генериків з доведеною біоеквівалентністю, зіставною з оригінальними закордонними препаратами фармакокінетикою та широким дозовим спектром.

Золотим стандартом антитромбоцитарної терапії (АТТ) при ІХС залишається АСК, але часто виникає потреба у призначенні подвійної АТТ (АСК + клопидогрель), особливо у пацієнтів, які перенесли коронарне стентування. У таких випадках тривалість подвійної АТТ повинна становити не менше 6 міс, а за наявності факторів високого ризику — до 12 і більше місяців. Для оцінки ризику виникнення кровотечі та доцільності продовження АТТ оратор рекомендував використовувати шкалу PRECISE-DAPT.

Порівнюючи ефективність інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ) та блокаторів рецепторів ангіотензину II (БРА II) щодо впливу на прогноз пацієнтів із ІХС, М. Лутай, посилаючись на результати РКИ та думку провідних експертів-кардіологів, відзначив переваги ІАПФ, зокрема у пацієнтів з високим серцево-судинним ризиком без серцевої недостатності. БРА доцільно призначати лише при непереносимості ІАПФ.

На завершення доповіді оратор привернув увагу аудиторії до нової стратегії лікування при ІХС, яка передбачає застосування поліпілів — препаратів, що поєднують в одній лікарській формі засоби, здатні впливати на різні чинники прогнозу захворювання. Наприклад, поєднання в одній капсулі раміприлу, аторвастатину та АСК дозволяє одночасно досягти зниження тиску, зменшення рівня атерогенних ліпідів та ризику тромбоутворення, уникаючи при цьому поліпрагмазії.



Продовжуючи знайомити слухачів з основними напрямками медикаментозної терапії при ІХС, старший науковий співробітник відділу атеросклерозу та хронічної ішемічної хвороби серця ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска НАМН України» Ганна Лисенко представила доповідь «Статинотерапія як «наріжний камінь» лікування пацієнта з хронічною ІХС». Вона ще раз акцентувала увагу на тому, що основним показником ліпідного обміну,

на який потрібно орієнтуватися при призначенні цих препаратів, є ХС ЛПНЩ — зниження рівня ХС ЛПНЩ у сироватці крові лише на 1 ммоль/л дозволяє знизити на 10% загальну смертність, на 20% — кардіоваскулярну смертність і на 23% — частоту коронарних подій, причому ці зміни не залежать від початкового індивідуального ризику, віку і статі пацієнта. До початку статинотерапії рівень ліпідів бажано визначити двічі, а після її старту або після зміни дози препарату — раз на 8–12 тиж до досягнення цільового рівня ХС ЛПНЩ (у подальшому — раз на рік).

Обґрунтувавши доцільність призначення статинів при ІХС з урахуванням їх механізмів дії та плейотропних ефектів, оратор охарактеризувала особливості фармакодинамічних та фармакокінетичних характеристик основних представників статинів, зазначивши, що за гіполіпідемічною ефективністю в терапевтичних дозах ці препарати можна умовно поділити на дві підгрупи: потужні статини — аторвастатин і розувастатин, які знижують рівень

ХС ЛПНЩ на 50–60%; статини середньої потужності — симвастатин та пітавастатин — знижують ХС ЛПНЩ на 30–40%.

Промовець підтримала рекомендації М. Лутая щодо аторвастатину як препарату вибору у пацієнтів із ІХС та можливості застосування статинів у високих дозах. Коментуючи дані РКІ, в яких продемонстровано зниження на 22% відносного ризику серцево-судинних ускладнень і додаткове зниження рівня ХС ЛПНЩ на 1 ммоль/л при застосуванні аторвастатину в максимальній дозі (80 мг/добу), Г. Лисенко підкреслила, що дозу препарату слід підбирати індивідуально — з урахуванням факторів ризику та рівня ХС ЛПНЩ кожного окремого пацієнта. Більш детально вона зупинилася на особливостях застосування статинів у різних групах пацієнтів із ІХС — у осіб похилого віку, при гострому коронарному синдромі, ЦД 2-го типу, при хронічному захворюванні нирок (ХЗН), захворюванні периферичних артерій, серцевій недостатності, ВІЛ, а також нагадала про побічні реакції, фактори ризику та засоби запобігання виникненню побічної дії цих препаратів, з урахуванням Європейських рекомендацій з ведення дисліпідемій (ESC Guidelines for the management of dyslipidaemias, 2016).

Зокрема, оратор наголосила, що з метою запобігання розвитку міопатії та рабдоміолізу — при виявленні до початку статинотерапії підвищення рівня креатинфосфокінази (КФК) у більше ніж 4 рази від норми статини не призначають, натомість проводять моніторинг цього показника та з'ясовують причини його зміни. Під час статинотерапії рутинне визначення КФК не обов'язкове, але його рівень потрібно контролювати при різкому підвищенні дози препарату чи при появі у пацієнта м'язових симптомів (міалгія, слабкість м'язів, судоми) — якщо виявилось, що показник КФК підвищений в межах 4–10 разів від норми, статини слід відмінити та моніторувати рівень КФК, а після його нормалізації розглянути питання щодо призначення статини в нижчій дозі; при підвищенні КФК більше ніж у 10 разів — відмінити статини, перевірити функцію нирок, контролювати рівень КФК кожні 2 тиж. Контроль рівня печінкових ферментів (АлАТ) здійснюють через 8–12 тиж після призначення чи зміни дози препарату, при його підвищенні у більше ніж 3 рази (порівняно з верхньою межею норми) слід відмінити статин або знизити його дозу, провести повторний аналіз через 4–6 тиж — прийом статинів відновлюють після нормалізації рівня АлАТ.

Доповідач звернула увагу аудиторії на значні переваги статинотерапії стосовно запобігання кардіоваскулярним ускладненням при ЦД, які у 30 разів переважають ризики від ЦД, спричиненого статинами. Вона зауважила, що розувастатин найбільше за інші препарати цієї групи підвищує ризик розвитку ЦД, на відміну від нього, пітавастатин у дослідженні, проведеному серед пацієнтів монголоїдної раси, продемонстрував позитивний вплив на порушення толерантності до вуглеводів.

Про недостатню обізнаність вітчизняних лікарів у питаннях раціональної статинотерапії свідчать наведені доповідачем дані реєстру CLARIFY, в який були включені пацієнти з підтвердженим діагнозом ІХС з України та інших європейських держав. З'ясувалося, що хоча частота призначення статинів українським пацієнтам суттєво не відрізняється від закордонних показників (80 та 89% відповідно), але ефективність терапії, визначена за зниженням ХС ЛПНЩ < 1,8 ммоль/л, у нашій країні становила всього 6,6%, тоді як у країнах Європи — >40%.



Наприкінці свого виступу оратор із вдячністю згадала японського вченого Акіра Ендо, який відкрив статини у 1973 р., але протягом багатьох років так і не отримав за свій винахід будь-якої грошової чи іншої вигоди, лише в 2017 р. його здобуток у галузі медицини було відзначено престижною Міжнародною премією Фонду Гайрднера.



Вельми актуальним для лікарів загальної практики — сімейної медицини питанням сучасної стратегії призначення пролонгованих нітратів пацієнтам із хронічною ІХС був присвячений виступ професора **Лариси Сні**, завідувача відділу клінічної та епідеміологічної кардіології ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України». Як вона зазначила, незважаючи на те, що стабільна стенокардія сьогодні вважається захворюванням із доброякісним перебігом, у 15% пацієнтів протягом одного року можуть виникнути серйозні серцево-судинні події чи потреба в госпіталізації. Тому антиангінальна терапія спрямована не лише на підвищення якості життя пацієнтів за рахунок зниження частоти або усунення виникнення нападів стенокардії, але і на збільшення тривалості життя.

Оратор привернула увагу присутніх до результатів дослідження, згідно з якими, чим частіше у хворого виникають епізоди ішемії протягом одного тижня, тим вищий у нього ризик смерті. Але, на жаль, близько 37% лікарів сімейної практики хибно вважають призначене ними лікування при стенокардії адекватним за наявності у пацієнта одного ішемічного епізоду на день. Головне завдання антиангінальної терапії — максимально знизити, а краще — звести до нуля частоту нападів ішемії, як наголосила Л. Єна.

Більш детально доповідач зупинилася на механізмах дії нітратів, зазначивши, що окрім зменшення перед- і постнавантаження на серце та збільшення перфузії міокарда, нітрогліцерин здатний запобігати та усувати вазоспазм, знижувати тиск у легеневої артерії, покращувати периферичну перфузію, зменшувати жорсткість аорти, зумовлювати незначний антиагрегантний ефект. Ще донедавна золотим стандартом терапії у разі нападу стенокардії було сублінгвальне застосування таблетованого нітрогліцерину в дозі 0,3–0,6 мг кожні 5 хв до зникнення болю або до досягнення максимальної дози 1,2 мг за 15 хв, але останнім часом пріоритет надають нітратам у формі сублінгвального спрею. Перевагами спрею вважають:

- більшу швидкість початку та вираженість знеболювальної дії;
- більший термін придатності препарату (5 років замість 6 міс для нітрогліцерину);
- зручність для застосування у пацієнтів із сухістю у роті, що часто трапляється у людей похилого віку.

Доповідач навела дані досліджень, які підтверджують, що за антиангінальною дією монотерапія нітратами не поступається, а у деяких хворих навіть перевищує ефективність БКК та ББА. Нітрати пролонгованої дії рекомендовані як препарати другої лінії лікування при стабільній стенокардії, але можуть бути призначені і як препарати першої лінії — в терапії при вазоспастичній стенокардії за наявності протипоказань до застосування БКК. Головне клінічне показання для постійного прийому пролонгованих нітратів — щоденна потреба в нітрогліцерині, а головна мета — повне запобігання нападам стенокардії.

Швидкість розвитку толерантності до нітратів індивідуальна для кожного хворого, але вона пропорційна дозі та кратності прийому препарату і може розвиватися при будь-якому способі введення (пероральний, черезшкірний, парентеральний). Щодо механізму її виникнення (внутрішньоклітинний дефіцит сульфгідрильних груп, збільшення продукції вільних радикалів, активація ренін-ангіотензинової системи внаслідок реакції на вазодилатор) найбільш сприятливою є комбінація нітратів з ІАПФ, а найбільш невдалою — з БКК. Оратор підтримала висловлювання М. Лутая про доцільність забезпечення достатнього безнітратного періоду та можливість його дотримання за допомогою ретардних форм препаратів із відповідною сприятливою фармакокінетикою. При цьому особливу увагу вона приділила ізосорбиду-5-мононітрату — активному метаболіту ізосорбиду динітрату, який

не піддається первинній метаболічній трансформації в печінці та має 100% біодоступність. Головним показанням для призначення цього препарату є профілактика нападів стенокардії, його не застосовують для швидкого купірування больового синдрому.

До призначення нітратів, як наголосила Л. Єна, не можна підходити шаблоном — потрібно перш за все враховувати функціональний клас (ФК) стенокардії:

- за наявності у пацієнта I–II ФК слід призначити нітрати короткої дії за потребою чи помірно пролонгованої дії — у разі, коли можливо передбачити виникнення ситуацій, здатних провокувати напад стенокардії;
- при III ФК потрібно забезпечити постійний антиангінальний ефект протягом дня, застосовуючи звичайні таблетки ізосорбиду динітрату, ізосорбиду-5-мононітрату 3–4 рази на добу або ретардні форми цих препаратів 1 раз на добу вранці;
- при IV ФК для забезпечення постійної дії протягом дня призначають ретардні форми ізосорбиду динітрату або ізосорбиду-5-мононітрату у вищих дозах або з більшою кратністю введення, при цьому ризик розвитку толерантності до нітратів — особливо високий.

Узагальнюючи представлені рекомендації, доповідач відзначила, що ведення пацієнтів із хронічною ІХС повинно обов'язково включати мотивацію пацієнтів до модифікації способу життя та зменшення факторів ризику; призначення препаратів, які покращують прогноз (антиагрегантів, статинів, ІАПФ), та антиангінальних антиішемічних препаратів першої лінії (ББА, БКК). Органічні нітрати є важливою складовою медикаментозної терапії при ІХС — вони дозволяють проводити купірування та профілактику нападів стенокардії, покращують гемодинаміку при застійній серцевій недостатності, мають антиагрегаційний ефект, є стандартним лікарським засобом при втручаннях на коронарних артеріях. Як фізіологічний замінник NO ці препарати добре переносяться хворими, майже не мають побічної дії, а частка пацієнтів,

які «відповідають» на терапію, залишається достатньо високою. Крім того, нітрати фінансово доступні і мають сприятливий профіль ефективності/побічні реакції/вартість.

Відповідаючи на запитання аудиторії, Л. Єна пояснила, що нікорандил — препарат другої лінії лікування пацієнтів із ІХС — за механізмом дії подібний до нітрогліцерину, але не так активно впливає на венозний компонент (що в певних ситуаціях є недоліком). Щодо можливостей застосування нікорандилу або молсидому як альтернативи нітратам для запобігання розвитку толерантності, доповідач зауважила, що доказової бази порівняльної ефективності цих препаратів недостатньо, тоді як навіть 24-годинної перерви у прийомі нітратів вистачає для повного відновлення чутливості.

Підбиваючи підсумки засідання, професор Л. Воронков ще раз акцентував увагу сімейних лікарів на основній тезі, яка звучала лейтмотивом всіх виступів: якщо пацієнту встановлено діагноз ІХС, лікар зобов'язаний призначити йому триаду препаратів, які впливають на прогноз і є основою терапії (за відсутності відповідних протипоказань): статин + антитромбоцитарний препарат (або їх комбінацію) + ББА. За необхідності слід додати нітрати, препарати другої лінії (триметазидин, івабрадин та ін.), але в жодному разі ці засоби не повинні бути базисним лікуванням при ІХС.

На завершення Л. Воронков запросив присутніх взяти участь у традиційних «Стражесківських читаннях». Цьогорічна конференція під назвою «Актуальні питання сучасної кардіології» відбудеться 1–2 березня 2018 р. в ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска НАМН України» — в перший день заходу передбачено проведення окремої сесії, присвяченої обговоренню складних клінічних випадків ССЗ. Таким чином, невдовзі сімейні лікарі отримають ще одну нагоду збагатити знання в галузі практичної кардіології.

*Вікторія Ніколаско,
фото Сергія Бека*

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

Психологические закономерности восприятия возраста



В недавней работе, проведенной под руководством ученых Мичиганского государственного университета (Michigan State University), США, представлены результаты исследования феномена искажения

взглядов на процесс старения и восприятия возраста индивида, особенно среди подростков и молодых людей. По словам авторов, новый проект представляет собой крупнейшее исследование, посвященное изучению возрастных различий в восприятии возраста и оценке времени переходов развития от одного периода жизни к другому, и предлагает новое понимание того, как процесс старения может влиять на суждения о себе и других.

Исходным вопросом, послужившим специалистам отправной точкой изучения данной темы, стал такой аспект, как представление о возрасте, ассоциирующемся с завершением молодости. В выборке из 502 548 тыс. интернет-респондентов в возрасте 10–89 лет были проанализированы возрастные различия в восприятии старения (по ответу на вопрос «сколько вам лет?») и оценке времени перехода в развитии от одного периода к другому (по индивидуальным представлениям о времени наступления преклонного возраста). Нынешнее исследование, выводы которого опубликованы в издании «Frontiers in Psychology» 1 февраля 2018 г., является наиболее масштабным среди подобных проектов по оценке восприятия возраста.

Оценивая результаты, ученые выявили, что более 30 тыс. человек, принявших участие в опросе, склонны считать, что

средний возраст начинается в 30 лет. Руководитель исследования Уильям Дж. Чопик (William J. Chopik), доцент психологии Мичиганского государственного университета, отметил, что в действительности восприятие человеком границ начала преклонного возраста изменяется по мере взросления. Таким образом, чем старше мы становимся, тем моложе себя чувствуем.

По мнению авторов, наиболее интересный и значимый вывод проведенного исследования заключается в том, что индивидуальное восприятие процесса старения является динамическим явлением, а это предполагает изменение мнений о своем возрасте синхронно с психофизическими изменениями личности. Поэтому наши представления о пределе старения и соответствующем возрасте изменяются по мере приближения к этим границам. В своей работе авторы находят в подобном явлении черты естественной закономерности, поскольку жизнь в преклонном возрасте, как правило, рассматривается с позиций негативного опыта, избегания и отрицания перспективы старости. В то же время, подчеркивают авторы, по данным отдельных научных изысканий стало известно, что люди преклонного возраста нередко ощущают себя более счастливыми и удовлетворенными жизнью, чем молодые и юные.

Таким образом, выводы современного масштабного исследования позволили с позиций статистического анализа и научных методов обработки данных подтвердить слова, ранее высказанные Фрэнсисом Бэконом и ставшие своеобразным эпиграфом представленной авторами статьи: «Я никогда не буду старцем. Для меня старость всегда на 15 лет старше меня».

Chopik W.J., Bremner R.H., Johnson D.J. et al. (2018) Age differences in age perceptions and developmental transitions. Front. Psychol., Feb. 1 [Epub. ahead of print].

Michigan State University (2018) Perceptions of old age change as we age. ScienceDaily, Feb. 26 (<https://www.sciencedaily.com/releases/2018/02/180226122517.htm>).

Наталья Савельева-Кулик