



А.Н. Корж, Г.И. Кочуев, С.В. Краснокутский

Харьковская медицинская академия последипломного образования
Кафедра общей практики семейной медицины

Доказательная практика профилактики сердечно-сосудистой патологии

Существует множество национальных и международных рекомендаций по ведению пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Однако у пациентов с несколькими факторами риска недостаточным является воздействие на каждый фактор отдельно, необходим основанный на доказательных принципах интегрированный направленный подход. Для обеспечения эффективности такого подхода, нужно суммировать и обсудить доказательства, на которых он основывается. В данной работе рассматриваются доказательства, приведенные в существующих руководствах по ведению пациентов высокого сердечно-сосудистого риска.

Идентификация пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском

Существует несколько путей стратификации сердечно-сосудистого риска у индивидуумов, основанных на существующем заболевании, поражении органа-мишени, или многочисленных факторов риска. Пациенты, определяемые как имеющие высокий риск по любому из этих критериев, получают пользу вследствие назначенной им оптимальной терапии.

Стратификация риска по существующему заболеванию

Сердечно-сосудистый риск представляет собой континуум, и в тоже время профилактика сердечно-сосудистых заболеваний может быть для удобства разделена на первичную и вторичную профилактику, однако, это различие отчасти произвольное, потому что основная терапевтическая цель в обоих случаях заключается в замедлении или обратном развитии подлежащего атеросклеротического процесса и его многих клинических осложнений [1]. Несмотря на то, что пациенты с предшествующими сердечно-

сосудистыми событиями имеют повышенный риск осложнений, природа начального события является полезной информацией для определения возможности дальнейших событий. Например, показано, что у пациентов, перенесших инсульт, 78% повторных событий были инсульты, в то время как, у пациентов с инфарктом миокарда в анамнезе, в 80% повторным событием был инфаркт миокарда [2]. Это отражает общую патофизиологию, связанную с атеросклерозом, который проявляется различно у разных пациентов.

Стратификация риска по факторам риска

Одна из первых задач первичной профилактики заключается в идентификации индивидуумов с наличием риска и количественной оценке этого риска. Однако такие субъекты могут не осознавать риски, и таким образом с меньшей вероятностью будут придерживаться назначенного лечения. Используются несколько оценочных систем (например, SCORE или Фрамингемская модель) для стратификации общего сердечно-сосудистого риска. Однако, существуют ограничения использования этих систем оценки риска в клинической практике:

1. Они не учитывают продолжительности воздействия факторов риска, ряд других факторов, связанных с сердечно-сосудистыми показателями (таких как, физическая нагрузка и уровень стресса, семейный анамнез и психосоциальные факторы) [3], или оценку поражения органов-мишеней.

2. Оценочные таблицы рисков обычно валидируются в специальных популяциях и могут быть не применимы к различным этническим и географическим популяциям.

3. Имеется также выраженный эффект возраста на абсолютный сердечно-сосудистый риск. Например, пожилые мужчины часто достигают уровня

Маркери поразення органів-мишеней [4]

високого загального ризику, хоча вони можуть мати тільки трохи підвищений відносний ризик, в той час як більш молоді жінки рідко досягають рівня високого загального ризику, незважаючи на наявність високого відносного ризику [4].

Практичні лікарі рідко користуються таблицями оцінки ризику [5] і відповідно часто недооцінюють серцево-судинний ризик пацієнта [6]. Існує ряд причин цього, в доповнення до складності і необхідності визначення певного часу для застосування багатьох оціночних систем. По-перше, доказовість використання оціночних систем в первинній профілактиці скромна [7]. По-друге, стратегії довготривалої серцево-судинної профілактики можуть вимагати глобальної перспективи і не будуть предметом розгляду вузьких спеціалістів (діабетологами, неврологами, нефрологами). Крім того, більшість ресурсів збереження здоров'я сконцентровані на пожилых суб'єктах, у яких потенційна тривалість життя відносно коротка, незважаючи на впливи, порівняно з молодими людьми.

Стратифікація ризику в залежності від поразення органів-мишеней

Наявність поразення органів-мишеней є маркером високого ризику, так як свідчить про прогресування патологічного процесу, що веде до серцево-судинних подій. Ідентифікація поразення в будь-якому органі достатня для визначення високого ризику, і рівень ризику підвищується при наявності багаточисельного органного поразення [8]. В одному дослідженні, наприклад, стратифікація ризику змінилася помітно, коли ультразвукові маркери поразення органів-мишеней були прийняті до уваги, порівняно з рутинним дослідженням: більш ніж 50% пацієнтів, раніше класифікованих в групу низького і середнього ризику, були віднесені до групи високого ризику [9]. В даний час проводиться ряд досліджень, що вивчають генетичні маркери, які можуть покращити ідентифікацію індивідів високого ризику і респондентів до різних фармакологічних агентів.

Багато форм поразення органів-мишеней є предикторами підвищеного ризику серцево-судинних захворювань, такі як альбумінурія і індекс маси лівого шлунка [8]. Вимірювання поразення органів-мишеней важливі як перед, так і в час лікування для оцінки відповіді на лікування. Рекомендації по оцінці маркерів поразення органів-мишеней наведені в табл. 1.

Незважаючи на наявність багаточисельних бар'єрів для широкого застосування оцінки загального серцево-судинного ризику, фокус на простих методах може допомогти покращити ідентифікацію пацієнтів високого ризику. З урахуванням важкої клінічної ролі визначення ризику, необхідні ефективні розповсюджені заходи для покращення оцінки загального серцево-судинного ризику лікарями загальної практики і спеціалістами.

Рутинні:

Сировотковий креатинін
Швидкість клубочкової фільтрації
Мікроальбумінурія
Гіпертрофія лівого шлунка (по даним ЕКГ)
Рекомендуємі:
Гіпертрофія лівого шлунка (по даним ехокардіографії)
Ультразвукові ознаки утолщення стінки сонної артерії або бляшки
Швидкість пульсової хвилі
Лодыжечно-плечевої індекс

Вивчені:

Систолическа дисфункція
Диастоліческа дисфункція
Вмісту кальцію в стінці коронарних судів
Ремоділювання артерій
Маркери колагену
Ендотеліальна дисфункція
Когнітивні порушення
Ретінопатія

Ведення пацієнтів з поразенням органів-мишеней

Модифікація образу життя є важливим фактором для всіх пацієнтів з високим серцево-судинним ризиком, і наявні доказові дані підтримують ефективність фармакологічного лікування специфічних порушень (наприклад, дисліпидемії, гіпертонії). Лікарі повинні застосовувати індивідуальне лікування, засноване на загальному ризику. Крім того, на користь від зниження впливу одного фактора ризику може впливати наявність поразення органів-мишеней.

Класи лікарських препаратів, які можуть уповільнювати або викликати зворотне розвиток патологічного процесу у індивідів без специфічних факторів ризику (наприклад, статини у пацієнтів з гіперліпідемією, блокатори ренін-ангіотензінної системи (РАС) у хворих з гіпертонією) можуть мати особливу цінність. Однак, використання таких інтервенцій, що впливають на загальний серцево-судинний ризик, більш складне, ніж просте використання лікування, направлено на конкретний фактор ризику, тому що при відсутності маркерів ефекта, моніторинг терапевтичної ефективності у індивідуальних пацієнтів може бути нереальним.

Профілактика судинних ускладнень у пацієнтів з ішемічною хворобою серця, транзиторними ішемічними атаками, інсультом або захворюванням периферических судів (вторинна профілактика) добре визначена багатьма національними і міжнародними керівництвами. Однак, контроль факторів ризику залишається недовільно виконуваним [10].

Фундаментальні принципи впливу на фактори ризику у хворих з серцево-судинною патологією загальнопризнані. Відмова від куріння, покращена дієта, обмеження вживання алкоголю, фізична активність і зниження ваги можуть зменшити ризик вторинних подій. Всі пацієнти з серцево-

сосудистым заболеванием должны получать информацию об их заболевании, а также рекомендации по изменению образа жизни и направленному фармакологическому вмешательству с целью уменьшения модифицируемых факторов риска.

Модификация образа жизни

Факторы риска, связанные с образом жизни, в особенности такие как применение высококалорийных продуктов при низких энергетических затратах, диета, потребление алкоголя и курение играют ключевую роль в повышении сердечно-сосудистой заболеваемости [3]. Протекторные эффекты изменения образа жизни включают снижение заболеваемости гипертонией, диабетом, гиперлипидемией и снижение смертности. Долгосрочная модификация образа жизни, следовательно, краеугольный камень снижения сердечно-сосудистого риска. Однако это требует социальных и политических мероприятий, в дополнение к индивидуальному консультированию.

Несколько клинических исследований показали, что изменения образа жизни, включающие снижение веса у лиц с ожирением и повышенную физическую активность оказывают эффект на сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность. Например, умеренные уровни снижения веса (5—10%) и умеренное увеличение ежедневных физических упражнений доказало свою эффективность в снижении риска развития сахарного диабета 2 типа и улучшения других компонентов метаболического синдрома [11].

Фармакологические воздействия

Контроль артериальной гипертонии

Среди модифицируемых факторов риска центральное место занимает высокое артериальное давление. У лиц высокого риска с повышенным артериальным давлением степень его снижения связана с пропорциональным предупреждением развития сердечно-сосудистых осложнений [4]. Так как целью антигипертензивной терапии является снижение общего сердечно-сосудистого риска, терапия должна включать лечение повышенного артериального давления, так же как лечение других обратимых факторов риска, таких как курение, гиперлипидемия, абдоминальное ожирение и диабет. Клинические исследования и метаанализы показали, что снижение повышенного артериального давления и лечение гиперлипидемии значительно снижает сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность. Так снижение артериального давления уменьшало сердечно-сосудистую смертность и заболеваемость (инсультом, сердечной недостаточностью и в меньшей степени инфарктом миокарда) независимо от использованных антигипертензивных лекарственных средств, среди которых диуретики, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), антагонисты кальция и β -блокаторы. Подобные данные, демонстрирующие фундаментальную важность снижения артериального давления, привели к тому,

что международные рекомендации, такие как Рекомендации Европейского общества по гипертонии и Европейского общества кардиологов [12] не только рекомендуют агрессивное снижение артериального давления менее 130/80 мм рт. ст. у всех пациентов высокого сердечно-сосудистого риска, но также рекомендуют применению антигипертензивных препаратов у пациентов высокого риска с начальным артериальным давлением ниже 140/90 мм рт. ст.

Статины

В двух крупных исследованиях изучалось назначение статинов с целью первичной профилактики у лиц с поражением органов-мишеней и с уровнем липидом, считающимся нормальным.

В исследовании CARDS [13] аторвастатин снижал частоту основных сердечно-сосудистых событий на 37% у пациентов с сахарным диабетом 2 типа без повышения концентрации холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП). Число пациентов, необходимое быть пролеченным для предупреждения одного события в год составило 109.

В исследовании HPS у больных с сахарным диабетом 2 типа частота инфаркта миокарда, инсульта или реваскуляризации была 20,2% в группе симвастатина и 25,1% в группе плацебо. Снижение относительного риска составило 22% [14].

Основываясь на данных из этих и других исследований, Американский Колледж Врачей рекомендовал применение статинов для первичной профилактики макрососудистых осложнений у мужчин и женщин с сахарным диабетом 2 типа и другими сердечно-сосудистыми факторами риска [15].

Применение статинов должно рассматриваться для всех пациентов независимо от уровня холестерина ЛПНП.

Блокада РАС

Накопленные сведения предполагают, что блокаторы РАС, оказывающие дополнительные эффекты на поврежденные органы-мишени, обладают и другими полезными действиями. Блокада РАС потенциально обладает дополнительной клинической пользой вследствие уменьшения оксидативного стресса и сосудистого воспаления [16].

Показана способность ИАПФ снижать частоту сосудистых событий у пациентов с диабетом, предупреждать развитие тяжелых стадий поражения почек у больных с протеинурией, а также сердечно-сосудистые показатели в этих исследованиях.

Блокада РАС занимает важное место у пациентов со специфическими показаниями, независимо от уровня артериального давления. Так ИАПФ или БРА должны назначаться всем пациентам с сердечной недостаточностью или левожелудочковой систолической дисфункцией, пациентам с ишемической болезнью сердца или болезнью периферических сосудов, при нарушении функции почек. Вместе с диуретиком блокатор РАС необходимо назначить пациентам с перенесшим инсультом.

Антитромбоцитарные агенты

Антитромбоцитарные препараты, такие как ацетилсалициловая кислота, клопидогрель и дипи-

ридамола медленного высвобождения уменьшают агрегацию тромбоцитов и обладают противоспалительными свойствами, которые способствуют их клинической эффективности в предупреждении сердечно-сосудистых заболеваний [17]. Так ацетилсалициловая кислота (75—100 мг) снижает риск развития инсульта и/или инфаркта миокарда в нескольких популяциях от асимптоматических субъектов среднего возраста с низким сердечно-сосудистым риском до пациентов с выраженным сердечно-сосудистым заболеванием.

Антитромбоцитарные агенты рекомендованы для всех пациентов с ишемической болезнью сердца. Пациенты с заболеванием периферических сосудов должны получать ацетилсалициловую кислоту или клопидогрель.

Проблемы мотивации врачей и пациентов

Успешное выполнение рекомендаций по снижению сердечно-сосудистого риска зависит от врачей, обеспечивающих оценку соответствующих факторов риска, воздействие на них и образование пациентов. Однако, несмотря на то, что большинство врачей, оказывающих первичную помощь поддерживают концепцию превентивного сердечно-сосудистого воздействия, применение доказанных знаний в клинической практике неудовлетворительное [5].

Имеются данные о недостаточном использовании сердечно-сосудистых лекарственных средств [18]. Это включает как недостаточное назначение и использование неадекватных доз, что способствует неоптимальному влиянию на факторы риска, значительным последствиям для заболеваемости и смертности и будущим затратам здравоохранения. Причинами недостаточного назначения средств являются отсутствие ознакомленности с рекомендательными документами, низкая мотивация и низкая ожидаемость результата, неспособность согласовать рекомендации с предпочтениями пациента, врачебная инерция, недостаток времени или ресурсов [19]. Кроме того, врачи часто недооценивают действительный сердечно-сосудистый риск своих пациентов: реальный риск (подсчитанный по Фрамингемскому алгоритму) может быть почти в три раза выше воспринимаемого риска (по оценке врача) [20]. Кроме того, возможны региональные барьеры (такие как плохое распространение знаний о здоровье и ограниченная экономика здравоохранения), культурные барьеры (связанные с позициями пациентов, врачей, системы здравоохранения), социально-экономические барьеры (социально-экономический статус, страхование, уровень возмещения) для оптимальной диагностики и лечения сердечно-сосудистой патологии.

При правильно назначенном лечении пациенты не всегда выполняют предписанных назначений. Много пациентов делают непредумышленные ошибки

в приеме медикаментов вследствие забывчивости; однако, намеренное невыполнение рекомендацией является значительной проблемой, особенно, среди тех, кто требует долгосрочного лечения. Причинами намеренного невыполнения предписаний врачей являются сложность режима приема препаратов, число медикаментов (особенно среди пожилых пациентов), озабоченность потенциальными побочными эффектами и субъективно оцениваемое отсутствие эффективности (при отсутствии физических доказательств лечебного эффекта) [19, 21]. Кроме того, другие проблемы, такие как отсутствие у пациента понимания природы и тяжести своего заболевания и неправильное понимание инструкции врача также играют роль. Проблема в дальнейшем осложняется недооценкой врачом отсутствия приверженности у пациента. При иницировании лечения у пациента или мониторинговании эффективности терапии врачи должны всегда обратить внимание на плохую приверженность пациента и попытаться ее улучшить. Последнее может быть достигнуто путем вовлечения пациентов в диалог и обсуждение вопросов необходимости лечения, особенно их специфического режима и путем адаптации режима к индивидуальным особенностям пациента и его образа жизни [22].

Многие из проблем отсутствия приверженности у пациентов возникают вследствие факта, что современные лечебные модели были разработаны для помощи в острых случаях и, следовательно, часто неэффективны у больных, требующих долгосрочного лечения. Долгосрочное ведение пациентов с хроническими заболеваниями требует теоретического понимания поведения пациента, особенно, относительно мотивирующих факторов, определяющих приверженность.

Несколько тактических подходов могут рассматриваться для убеждения пациентов и врачей оптимизировать свои поведенческие стратегии касательно снижения риска. Экономические и другие виды вознаграждения могут иметь позитивные эффекты (например, в Великобритании существует оплата врачам общей практики за достижение контроля артериального давления). Новые технологии для врачей и пациентов могли бы помочь в образовании, мониторинге и улучшении результатов. Создание и распространение международных и национальных междисциплинарных консенсусов и руководств привело бы к согласованному подходу в профилактике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний. Важное значение имеет вовлечение преподавателей медицинских ВУЗов, исследователей и других экспертов в создание образовательных программ. Наконец, существенным является мультимодальное образование пациентов и работников здравоохранения по вопросам понимания заболеваний, оценке риска и лечению.

Список использованной литературы

- Rosendorff C., Black H.R., Cannon C.P. et al. Treatment of hypertension in the prevention and management of ischemic heart disease: a scientific statement from the American Heart Association Council for high blood pressure research and the councils on clinical cardiology and epidemiology and prevention // *Circulation*. — 2007. — Vol. 115. — P. 2761—2788.
- Vickrey B.G., Rector T.S., Wickstrom S.L. et al. Occurrence of secondary ischemic events among persons with atherosclerotic vascular disease // *Stroke*. — 2002. — Vol. 33. — P. 901—906.
- Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S. et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study // *Lancet*. — 2004. — Vol. 364. — P. 937—952.
- Mancia G., Volpe R., Boros S. et al. Cardiovascular risk profile and blood pressure control in Italian hypertensive patients under specialist care // *J. Hypertens*. — 2004. — Vol. 22. — P. 51—57.
- Hobbs F.D.R., Erhardt L. Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries: the reassessing European attitudes about cardiovascular treatment (REACT) survey // *Fam. Pract.* — 2002. — Vol. 19. — P. 596—604.
- Barrios V., Escobar C., Calderon A. et al. Cardiovascular risk profile and risk stratification of the hypertensive population attended by general practitioners and specialists in Spain. The CONROLRISK Study // *J. Hum. Hypertens*. — 2007. — Vol. 21. — P. 479—485.
- Brindle P., Beswick A., Fahey T., Ebrahim S. Accuracy and impact of risk assessment in the primary prevention of cardiovascular disease: a systematic review // *Heart*. — 2006. — Vol. 92. — P. 1752—1759.
- Yusuf S., Teo K.K., Pogue J. et al. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk of vascular events // *N. Engl. J. Med.* — 2008. — Vol. 358. — P. 1547—1559.
- Cuspidi C., Ambrosioni E., Mancia G. et al. Role of echocardiography and carotid ultrasonography in stratifying risk in patients with essential hypertension: the assessment of prognostic risk observational survey // *J. Hypertens*. — 2002. — Vol. 20. — P. 1307—1314.
- Erhardt L. Managing cardiovascular risk: reality vs. perception // *Eur. Heart J.* — 2005. — Vol. 7 (suppl. L). — P. 111—115.
- Tanasescu M., Leitzmann M.F., Rimm E.B., Hu F.B. Physical activity in relation to cardiovascular disease and total mortality among men with type 2 diabetes // *Circulation*. — 2003. — Vol. 107. — P. 2435—2439.
- Mancia G., De Backer G., Dominiczak A. et al. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the European society of hypertension (ESH) and of the European society of cardiology (ESC) // *J. Hypertens*. — 2007. — Vol. 25. — P. 1105—1187.
- Colhoun H.M., Betteridge D.J., Durrington P.N. et al. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the collaborative Atorvastatin diabetes study (CARDS): multicentre randomized placebo-controlled trial // *Lancet*. — 2004. — Vol. 364. — P. 685—696.
- Collins R., Armitage J., Parish S. et al. MRC/BHF heart protection study of cholesterol-lowering with simvastatin in 5,963 people with diabetes: a randomized placebo-controlled trial // *Lancet*. — 2003. — Vol. 361. — P. 2005—2016.
- Snow V., Aronson M.D., Hornbake E.R. et al. Lipid control in the management of type 2 diabetes mellitus // *Ann. Intern. Med.* — 2004. — Vol. 140. — P. 644—649.
- Unger T., Stoppelhaar M. Rationale for double rennin-angiotensin-aldosterone system blockade // *Am. J. Cardiol.* — 2007. — Vol. 100 (3A). — P. 25J—31J.
- Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients // *BMJ*. — 2002. — Vol. 324. — P. 71—86.
- Harmon G., Lefante J., Krousel-Wood M. Overcoming barriers: the role of providers in improving patient adherence to antihypertensive medications // *Curr. Opin. Cardiol.* — 2006. — Vol. 21. — P. 310—315.
- Nissen S.E., Tardif J.C., Nicholls S.J. et al. Effect of torcetrapib on the progression of coronary atherosclerosis // *N. Engl. J. Med.* — 2007. — Vol. 356. — P. 1304—1316.
- Backlund L., Bring J., Strender L.-E. How accurately do general practitioners and students estimate coronary risk in hypercholesterolaemic patients? // *Prim. Health Care Res. Dev.* — 2004. — Vol. 5. — P. 145—152.
- Tabor P.A., Lopez D.A. Comply with us: improving medication adherence // *J. Pharm. Pract.* — 2004. — Vol. 17. — P. 167—181.
- Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication // *N. Engl. J. Med.* — 2005. — Vol. 353. — P. 487—497.

Доказательная практика профилактики сердечно-сосудистой патологии

Проф. А.Н. Корж, доц. Г.И. Кочуев, доц. С.В. Краснокутский

Харьковская медицинская академия последиplomного образования, Украина

В данной работе рассматриваются с позиций доказательной медицины принципы ведения пациентов высокого сердечно-сосудистого риска. У пациентов с несколькими факторами риска недостаточным является воздействие на каждый фактор отдельно, необходим основанный на доказательных принципах интегрированный направленный подход. Для обеспечения эффективности такого подхода, нужно суммировать и обсудить доказательства, на которых он основывается. Рассмотрены возможности повышения мотивации врачей и пациентов в снижении сердечно-сосудистого риска.

Ключевые слова: высокий сердечно-сосудистый риск, доказательная медицина, терапевтические подходы.

Доказова практика профілактики серцево-судинної патології

Проф. О.М. Корж, доц. Г.І. Кочуєв, доц. С.В. Краснокутський

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

В даній роботі розглядаються з позицій доказової медицини принципи ведення пацієнтів високого серцево-судинного ризику. У пацієнтів з декількома факторами ризику недостатнім є вплив на кожен фактор окремо, необхідний заснований на доказових принципах інтегрований спрямований підхід. Для забезпечення ефективності такого підходу, потрібно підсумовувати і обговорити докази, на яких він ґрунтується. Розглянуто можливості підвищення мотивації лікарів і пацієнтів в зниженні серцево-судинного ризику.

Ключові слова: високий серцево-судинний ризик, доказова медицина, терапевтичні підходи.

Evidence-based practice of prevention of cardiovascular pathology

Prof. O.M. Korzh, G.I. PHD Kochuev, S.V. PHD Krasnokutskiy

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Ukraine

This paper deals with the position of evidence-based medicine principles of management of patients at high cardiovascular risk. In patients with multiple risk factors is insufficient impact on each factor separately, is required based on the principles of evidence-based integrated approach aimed. To ensure the effectiveness of this approach, it is necessary to summarize and discuss the evidence on which it is based. The possibilities of increasing the motivation of doctors and patients in reducing cardiovascular risk.

Key words: high cardiovascular risk, evidence-based medicine, therapeutic approaches.

Контактна інформація: Корж Олексій Миколайович — зав. кафедрою загальної практики — сімейної медицини ХМАПО, доктор медичних наук, професор. м. Харків, пр. Московський, 195, р. т. (057) 738-70-18.

Стаття надійшла до редакції 16.10.2014 р.

ПИТАННЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ. СИМПОЗИУМ

УДК 616-005.98-07-08



Проф. Л.В. Журавлева, доц. А.А. Янкевич

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра внутренней медицины № 3

Периферический отек: диагностика и лечение

Актуальность

Обязательный осмотр конечностей является показателем добросовестной практики врачей как терапевтических, так и хирургических специальностей. Дело в том, что выявление отека (в первую очередь — нижних конечностей) при клиническом обследовании часто свидетельствует о наличии весьма серьезного заболевания. При этом, несмотря на очевидность данного симптома как такового, далеко не всегда удается определить с первого взгля-

да непосредственно основную патологию, которая привела к периферическому отеку. В то же время, быстрая реакция на обнаружение отеков очень важна: например, при сердечной недостаточности нужно немедленно назначить мочегонные препараты, а при тромбозе глубоких вен нижних конечностей — антикоагулянты.

Кроме того, остаются неясными вопросы, касающиеся профилактики, лечения и прогноза идиопатических отеков.