

Клінічний протокол профілактики серцево-судинних захворювань на первинній ланці

Для лікарів загальної практики — сімейної медицини, лікарів — терапевтів дільничних.

У цілому, комплекс медико-організаційних заходів щодо профілактики серцево-судинних захворювань (ССЗ) у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають первинну медичну допомогу, включає:

1. Виявлення у пацієнтів факторів ризику (ФР), захворювань та станів, що сприяють розвитку ССЗ.
2. Визначення загального або відносного ризику розвитку ССЗ з використанням шкали SCORE.
3. Проведення заходів щодо зниження загального ризику розвитку ССЗ:
 - навчання пацієнтів з питань профілактики ССЗ і здорового способу життя;
 - корекцію ФР — немедикаментозну і медикаментозну;
 - підтримання у пацієнтів мотивації щодо збереження здоров'я і корекції ФР.
4. Моніторинг виявлених ФР та ступеня їх корекції в осіб з високим рівнем ризику та пацієнтів із ССЗ.
5. Періодичну повторну оцінку рівня ризику ССЗ пацієнтів із низьким та помірним рівнем ризику.

Виявлення ФР ССЗ та стратифікація ризику

Усім пацієнтам, незалежно від статі, віку та мети звернення до лікаря, при первинному контакті проводиться оцінка ФР розвитку ССЗ за результатами анамнезу, клінічного огляду та обстеження.

Усім особам чоловічої статі віком від 40 років та жіночої статі віком від 50 років, у яких немає цукрового діабету (ЦД), хронічної хвороби нирок (ХХН) або ССЗ (ішемічна хвороба серця — ІХС, гострий інфаркт міокарда — ГІМ, гостре порушення мозкового кровообігу — ГПМК, облітеруючий атеросклероз артерій кінцівок), проводиться визначення ризику за шкалою SCORE.

Пацієнти з ЦД, ХХН або ССЗ (ІХС, облітеруючий атеросклероз артерій кінцівок, ГІМ або ГПМК в анамнезі) належать до категорії високого/дуже високого ризику — шкала SCORE для визначення ризику у них не використовується.

Існуюча доказова база свідчить, що вірогідність розвитку ССЗ пов'язана з наявністю ФР. Використання стандартизованих методик оцінки загального ризику — шкали SCORE — дозволяє провести стратифікацію пацієнтів за рівнем ризику. Доведено, що виявлення та адекватне лікування осіб, які мають високий ризик, сприяють зниженню смертності від ССЗ.

Дії лікаря Обов'язкові

1. Проведення лікарського огляду з визначенням ФР.
 - 1.1. Збір скарг та анамнезу:
 - обтяжена спадковість щодо ССЗ;
 - наявність ССЗ;
 - наявність ЦД, ХХН;
 - виявлення ФР, пов'язаних зі способом життя — тютюнокуріння, нездорове харчування, низька фізична активність.
2. Клінічний огляд — вимірювання артеріального тиску (АТ), визначення індексу маси тіла (ІМТ) та окружності талії.
3. Реєстрація електрокардіограми (ЕКГ).
4. Лабораторні обстеження: загальний аналіз крові (ЗАК), загальний аналіз сечі (ЗАС), загальний холестерин (ЗХС), глікемія, креатинін:
 - виявлення порушень обміну ліпідів;
 - виявлення порушень обміну глюкози та/або діагностика ЦД;
 - виявлення порушення функції нирок та/або діагностика ХХН.
5. Визначення рівня ризику (див. табл. 1, рис. 1, 2).

Низький рівень освіти та/або відповідь «Так» мінімум на одне питання свідчить про те, що рівень ризику у пацієнта перевищує той, який визначено за допомогою шкали SCORE або виділення пріоритетних категорій.

Пацієнтам, які мають хронічні захворювання — ГІМ або ГПМК в анамнезі, ЦД, ХХН — проводять скринінг депресії відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги (УКПМД) «Депресія» (наказ МОЗ України від 25.12.2014 р. № 1003).

Запис у медичній картці амбулаторного хворого з переліком наявних ФР розвитку ССЗ та рівня ризику для подальшого моніторингу.

Бажані

1. Проведення оцінки відносного ризику в осіб молодого віку (див. рис. 1).
2. Розгляд питання щодо доцільності направлення безсимптомних пацієнтів з помірним рівнем ризику у ЗОЗ вторинної медичної допомоги для проведення додаткових досліджень з використанням методик візуалізації (сканування сонної артерії для визначення товщини комплексу інтима-медія та/або виявлення атеросклеротичних бляшок) тощо з метою уточнення ризику ССЗ.
3. Проведення верифікації ураження органів-мішеней у пацієнтів із ЦД та артеріальною гіпертензією (АГ).
4. Оцінка психосоціальних ФР з використанням стандартизованого підходу (див. табл. 1).

Корекція ФР: немедикаментозна та медикаментозна

Усім пацієнтам, незалежно від статі, віку та рівня ризику ССЗ, надаються рекомендації щодо профілактики ССЗ та дотримання здорового способу життя.

Пацієнтам, які мають ФР розвитку ССЗ, надають інформацію про вплив цих чинників на стан їхнього здоров'я, призначають заходи немедикаментозної корекції. Пацієнтам із високим та дуже високим ризиком ССЗ призначають медикаментозну корекцію ФР, зокрема гіперхолестеринемії. Пацієнтам, які мають супутню патологію, наявність якої негативно впливає на розвиток ССЗ, призначають лікування відповідно до чинних медико-технологічних документів.

Існуюча доказова база свідчить, що дотримання засад здорового способу життя та корекція ФР мають позитивний вплив на запобігання розвитку ССЗ та їх ускладнень у пацієнтів усіх вікових груп, незалежно від рівня серцево-судинного ризику.

Дії лікаря

Обов'язкові

1. Навчання пацієнта (табл. 2, 3).

Профілактичне консультування

Проведення індивідуальних консультацій є важливим засобом підвищення мотивації та прихильності пацієнта до вимог здорового способу життя.

Рекомендується максимально залучати пацієнта та членів його родини (дружину/чоловіка, дітей) до прийняття рішення щодо тактики лікування, що є запорукою їх активної участі у проведенні заходів щодо модифікації способу життя та підвищення прихильності до лікування.

- 1.1. Надати пацієнту в доступній для нього формі інформацію щодо впливу стилю життя на стан здоров'я.

- 1.2. Надати рекомендації щодо необхідності дотримання моделі здорової поведінки.

- 1.3. Роз'яснити пацієнту в доступній для нього формі про виявлені у нього ФР розвитку ССЗ.

2. Надати пацієнту рекомендації щодо заходів корекції виявлених у нього ФР відповідно до чинних медико-технологічних документів та засад доказової медицини.

3. Пацієнтам високого та дуже високого ризику призначити медикаментозну корекцію ФР (див. розділ «Медикаментозна корекція ФР»).

4. Пацієнтам, які мають супутню патологію, наявність якої негативно впливає на роз-

Таблиця 1 Основні запитання для оцінки психосоціальних ФР в клінічній практиці

Низький соціально-економічний статус	Яка у Вас освіта? Ваша робота пов'язана з фізичною працею?
Стрес на роботі та в сім'ї	Чи справляється Ви з Вашими обов'язками на роботі? Чи задоволені Вас Ваша заробітна плата? Чи є у вас серйозні проблеми з Вашим чоловіком (дружиною)? Ви живете один?
Соціальна ізоляція	Вам не вистачає близького друга? Чи відчуваєте Ви самотність, депресію або безцінність?
Депресія	Чи втрачали Ви інтерес та задоволення від життя? Чи часто Ви буваєте знервованим, тривожним або роздратованим?
Тривожність	Чи часто Ви не можете розвинути тривожних думок або контролювати їх?
Нерозуміння	Чи часто Ви буваєте сердитим через дрібницю? Чи часто Вас дратує поведінка інших людей?
Особистість типу D	Чи часто Ви відчуваєте занепокоєння, дратіваність або депресію? Чи умикаєте Ви дратівку своїми думками та поведінкою з іншими людьми?

Рис. 2



Алгоритм проведення заходів профілактики ССЗ у ЗОЗ, що надають первинну допомогу. ОАПА — облітеруючий атеросклероз периферичних артерій; ТІА — транзиторна ішемічна атака

Таблиця 2

«Десять стратегічних кроків», що сприяють підвищенню ефективності консультацій зі зміни моделі поведінки

- Встановлення двірних відносин з пацієнтом
- Консультації всіх осіб з ССЗ або високим ризиком їх розвитку
- Надання пацієнтові інформації щодо причинно-наслідкового зв'язку між способом життя та станом здоров'я
- Допомога особам щодо оцінки переваг при зміні способу життя
- Підвищення відповідальності пацієнтів щодо несприятливої нездорової моделі поведінки
- Залучення пацієнтів до процесу визначення та вибору ФР, які потрібно змінити
- Використання комбінації стратегій, у тому числі підтримки індивідуальної здатності до змін
- Розробка плану щодо модифікації способу життя
- За можливості, залучення інших медичних спеціалістів
- Моніторинг позитивних змін при постійному контакті

випок ССЗ, призначити лікування відповідно до чинних медико-технологічних документів.

5. Скласти план лікувально-профілактичних заходів для пацієнта; у разі необхідності узгодити з пацієнтом схеми і режим прийому фармакологічних препаратів, вивіритися, що пацієнт зрозумів надані йому рекомендації.

6. Відповісти на запитання пацієнта.

7. Зробити відповідний запис у медичній картці амбулаторного хворого.

Бажани

1. За наявності відповідної матеріально-технічної бази — надати пацієнту роздрукований Інформаційний лист (http://www.doc.gov.ua/mtd/_PSSZ.html).

2. Залучити пацієнта до участі в програмі немедикаментозної корекції ФР, школи

здоров'я, програми відмови від тютюнокуріння, лікування ожиріння тощо (за їх наявності).

Заходи немедикаментозної корекції ФР**Діт лікаря****Обов'язкові**

1. Усім пацієнтам, незалежно від ризику розвитку ССЗ, рекомендувати дотримуватися засад здорового способу життя та проводити заходи немедикаментозної корекції ФР.

2. Усім пацієнтам рекомендувати уникати пасивного тютюнокуріння.

3. Заохочувати всіх пацієнтів до виконання рекомендацій щодо здорового харчування (рис. 3 та Методичні рекомендації з приводу консультування пацієнтів щодо основних засад здорового харчування,

Рис. 3



Модель оцінки відносного ризику розвитку ССЗ в осіб молодого віку

затверджені наказом МОЗ України від 14.01.2013 р. № 18).

Проводити вестуль гурення щодо здорового харчування

- Відповідність енергетичної цінності раціону енерговитратам організму, що забезпечує стабільну нормальну масу тіла.
- Дотримання кількісного та якісного балансу за основними харчовими та біологічно активними речовинами в добовому раціоні.
- Дотримання режиму харчування.

Рекомендують виконання таких дванадцяти правил:

1. Максимально зменшити споживання технологічно обробленої їжі (від хлібобулочних та кондитерських виробів до напівфабрикатів, м'ясних виробів), особливо такої, що містить значну кількість солі, цукру, жиру, а також будь-яку кількість трансжиру.

2. Споживати натуральні продукти (овочі, фрукти, цільні злаки, бобові, горіхи, яйця, нежирні та несолоді молочні й кисломолочні продукти, м'ясо та рибу), з яких власноруч готувати страви з мінімальним додаванням солі, цукру і жиру.

3. Обмежитиживлення насичених жирів тваринного (м'ясо, сало, жирні молочні продукти) і рослинного походження (пальмова, кокосова олія) — не більше 10% добової калорійності або менше 20 г (для діти на 2000 ккал, враховуючи, що 1 г жиру = 9 ккал).

4. Повністю виключити промислові трансжири, які містяться у глибоких продуктах, переважно кондитерських виробів, хлібобулочних виробів і маргарині (трансжири можуть застосовуватися у маркуванні продуктів як гідрогенізований рослинний жир, кондитерський жир, кулінарний жир, ствердий рослинний жир, спред тощо).

5. Збільшити споживання ненасичених жирів рослинного походження (оливкова олія, помірні кількості соняшникової і кукурудзяної олій).

6. Споживати жирну морську рибу 2–3 рази на тиждень для оптимального одержання омега-3-поліненасичених жирних кислот.

7. Споживати 300 г овочів і 300 г різноманітних фруктів щоденно, половину усіх злаків у вигляді цільних злаків, прагнути регулярно вживати бобові, горіхи і насіння.

8. Прагнути споживати максимальну кількість рослинних харчових волокон — понад 30 г/добу з різноманітної рослинною їжею.

9. Скоротити споживання солі менше 5 г/добу (1 чайна ложка). Слід звернути увагу на те, що 70–80% солі надходить із технологічно обробленими продуктами (хлібом, м'ясними

Таблиця 3 Принципи ефективного спілкування для оптимізації зміни способу життя

Продайте достатньо часу кожному пацієнту для створення сприятливого взаєміння – поділіть деякіма хвилинами можливість змінити ситуацію.
 Визначте, що людина має спокійно ставитися до своєї хвороби та факторів, що призвели до її виникнення.
 Заохочуйте пацієнта до встановлення своїх сумісілей та поборова. І самостанову рівня мотивації до зміни моделі поведінки з метою підвищення шансів на успіх.
 Розмовляйте з пацієнтом на зрозумілій йому мові та підтримуйте будь-які позитивні зміни моделі поведінки.
 Задавайте питання, щоб переконатися, що пацієнт зрозумів рекомендації та має необхідні засоби підтримки для їх дотримання.
 Визначте, що людина змінило способу життя може виявитися важким завданням і що поступові зміни моделі поведінки при їх дотриманні пацієнтом часто мають більш постійний характер, ніж швидкі зміни.
 Прийміть як факт, що пацієнти можуть потребувати підтримки протягом тривалого часу та що більшість людей перебувають постійній підтримці щодо зміни способу життя та дотримання змін.
 Переконатися, що весь медичний персонал, що надає консультації щодо зміни моделі поведінки, надає угоджену інформацію.



продуктів, оцет, консервами тощо). Тому слід значно обмежити споживання таких продуктів. Готувати з натуральних продуктів самостійно, додаючи мінімальну кількість солі. Сіль слід замінити спеціями і зеленню.

10. Суттєво обмежити вживання простих вуглеводів — цукру і фруктози, рекомендовано вживати не більше 10% добової калорійності за рахунок цукрів, тобто менше 40 г (для діти 2000 ккал, враховуючи, що 1 г сахароза або фруктози = 4 ккал), ще більше обмеження до 5% може дати більшу користь.

11. Споживати напої, що містять мінімальну кількість калорій або не містять їх зовсім. Перевагу у питному раціоні слід віддавати столовій воді, каві, чаю. Фруктові та овочеві соки слід споживати обмежено — одну склянку на добу.

12. Рекомендуються утриматися від споживання алкоголю або зменшити його вживання до помірного. Під останнім розуміють вживання не більше 15 порцій для чоловіків і 10 порцій алкоголю на тиждень для жінок, але не більше 5 порцій одночасно (1 порція алкоголю — 12–15 мл етилового спирту або 50 мл міцного алкоголю, 150 мл вина, 330 мл пива).

Також рекомендується застосовувати сучасну модель здорового харчування у вигляді здорової тарілки.

Дієтичне

Заохочувати всіх пацієнтів до виконання регулярної фізичної гімнастики та помірного фізичного навантаження не менше 30 хв/добу (до появи легкого відчуття задиханні) у будь-якому вигляді (виконання роботи вдома, в саду, активний відпочинок, ходьба, фізичні вправи).

Проведення консультації щодо фізичної активності

Доведено, що регулярна фізична активність та аеробні вправи зменшують ризик

фатальних і нефатальних коронарних подій у здорових осіб, пацієнтів з ФР розвитку ССЗ та пацієнтів із ССЗ в широкому віковому діапазоні.

Здорові дорослі люди різного віку повинні займатися по 2,5–5 год на тиждень фізичною активністю або аеробними тренуваннями помірної інтенсивності, або по 1–2,5 год на тиждень інтенсивними фізичними вправами.

Фізичну активність/аеробні вправи слід виконувати декілька разів тривалістю >10 хв та рівномірно розподіляти протягом тижня, тобто 4–5 днів на тиждень.

Прикладами фізичної активності/аеробних вправ є не лише спортивні заходи, такі як біг, катання на конях, велосипедний спорт, вестування, плавання, лижний спорт та заняття аеробикою, а й активний спосіб життя, що включає в себе швидку ходьбу, підйом по сходах, виконання хатньої роботи, садівництво тощо.

Рекомендувати всім пацієнтам контролювати ІМТ, окружність талії, підтримувати ІМТ в межах 18,5–24,9 кг/м², окружність талії <94 см у чоловіків і <80 см у жінок.

Проведення консультації щодо надмірного вживання їжі та ожиріння

Доведено, що смертність від усіх причин найнижча при ІМТ 20–25 кг/м². Потенційно несприятливі ефекти збільшення маси тіла на серцево-судинну систему наведені в **табл. 4**.

Таблиця 4

Потенційно несприятливі ефекти збільшення маси тіла на серцево-судинну систему

Підвищення резистивності до інсуліну (порушення толерантності до глюкози, ЦД 2-го типу)
 Підвищення АТ
 Активізація системного запалення та тромбоутворення
 Альбумінурія
 Дисліпідемія: підвищення рівня ЗХС, ХС ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), ХС не-ліпопротеїдів високої щільності (не-ЛПВЩ), тригліцеридів, аполіпопротеїну В, ХС ліпопротеїдів дуже низької щільності, зменшення рівня ХС ЛПВЩ, аполіпопротеїну А1
 Розвиток артеріосклерозу та цереброваскулярної патології, дисфункція нирок, серцева недостатність, ІС, фібриляція передсердь, інсульт, порушення геометрії лівого шлуночка, екстрасистолія та диспатологія дисфункція

Таблиця 5

Українська версія стратегії «5 кроків» має назву «ЗОНДО»

(Запитати, Оцінити, Надати пораду, Допомогти, Організувати спостереження і підтримку)	
З Запитати	Запитати кожного пацієнта, чи він курить
О Оцінити	Оцінити базисні ризики спробу відмовитися від куріння та рівень нікотинової залежності
Н Надати пораду	Надати пораду всім курцям відмовитися від куріння
Д Допомогти	Допомогти безпосередньо та/або направивши до відповідних служб
О Організувати	Організувати спостереження та підтримку для пацієнта, який має намір відмовитися від куріння

Основою рекомендацій для людей із надмірною масою тіла або ожирінням є дотримання збалансованої гіпокалорійної дієти і збільшення тривалості та інтенсивності фізичних навантажень. Виконання цих рекомендацій може сприяти втраті близько 10% вихідної маси тіла протягом року.

Застосування лікарських засобів для лікування ожиріння показано при ІМТ >30 кг/м². Максимальна терапевтична ефективність зумовлює втрату до 15% вихідної маси тіла. Лікарські засоби мають межу ефективності, після її досягнення подальшого зменшення маси не відзначають. Відміна препаратів призводить до нового збільшення маси тіла, якщо не дотримуватися гіпокалорійної дієти і не виконувати регулярно фізичні вправи.

ІМТ >40 кг/м² (або >35 кг/м² за наявності супутніх захворювань, у першу чергу ІС, АГ і ЦД) є показанням до виконання баріатричних оперативних втручань.

Дієтичне

Пацієнтам, які курять (незалежно від статі, віку та супутньої патології):

- Рекомендують повну відмову від тютюнокуріння.
- Запропонувати консультацію щодо відмови від тютюнокуріння відповідно до Методичних рекомендацій для медичних працівників закладів охорони здоров'я з надання лікувально-профілактичної допомоги особам, які бажають позбутися залежності від тютюну, затверджених наказом МОЗ України від 26.09.2012 р. № 746 (**табл. 5**).

Проведення консультації щодо відмови від тютюнокуріння

Наказом МОЗ України від 26.09.2012 р. № 746 затверджено Методичні рекомендації для медичних працівників закладів охорони здоров'я з надання лікувально-профілактичної допомоги особам, які бажають позбутися залежності від тютюну.

Відмова від тютюнокуріння — комплексний і важкий процес, тому що ця звичка викликає фармакологічну та психологічну залежність. Найбільш важливим прогностичним фактором успішної відмови від куріння є мотивація, рівень якої може бути підвищений за умови адекватної підтримки

Таблиця 6. Заходи немедикаментозної корекції дисліпідемії

Заходи	Ступінь впливу	Рівень доказовості*
Зниження рівня ЗХС та ХС ЛПНЩ		
Обмеження насичених жирів у раціоні	+++	A
Обмеження трансжирів у раціоні	+++	A
Збільшення вмісту рослинної клітковини в раціоні	++	A
Зниження вмісту ХС в раціоні	++	B
Вживання продуктів, збагачених фітостеролами	+++	A
Зниження надмірної маси тіла	+	B
Вживання протієвої солі	+	B
Підвищення рівня фізичної активності	+	A
Вживання харчових добавок з червонок дріждзів рясу	+	B
Вживання харчових добавок з поліненасиченими (цукрова тростина)	-	B
Зниження рівня тригліцеридів		
Зниження надмірної маси тіла	+++	A
Зниження вживання алкоголю	+++	A
Зниження моно- та дисахаридів в раціоні	+++	A
Підвищення рівня фізичної активності	++	A
Зниження загальної кількості вуглеводів у раціоні	++	A
Вживання харчових добавок ω-3-поліненасичених жирів	++	A
Заміна насичених жирів на моно- та поліненасичені жири	+	B
Підвищення рівня ХС ЛПВЩ		
Обмеження трансжирів у раціоні	+++	A
Підвищення рівня фізичної активності	+++	A
Зниження надмірної маси тіла	++	A
Зниження загальної кількості вуглеводів у раціоні, заміна на ненасичені жири	++	A
Вживання помірних доз алкоголю	++	B
Серед вуглеводів надавати перевагу продуктам з низьким глікемічним індексом та високим вмістом клітковини	+	C
Відмовитися від тютюнокуріння	+	B
Зниження моно- та дисахаридів в раціоні	+	C

A – деякі рандомізовані контрольовані дослідження або метаанізис. B – 1 рандомізовані контрольовані дослідження або деякі не рандомізовані контрольовані дослідження. C – аналіз експертів, розпорядки дослідження.

ДІТІ АЖИРИ

1. Пацієнтам із надлишковою масою тіла або ожирінням (див. табл. 4):

1.1. Рекомендувати обмежити енергетичну цінність харчового раціону.

1.2. Рекомендувати дотримуватися засад здорового харчування та вести щоденник харчування.

1.3. Рекомендувати підвищити рівень фізичної активності.

2. Пацієнтам з ознаками тривоги та депресії:

2.1. Проводити мультимодальні впливи на поведінку: освіта в сфері здоров'я, фізичні вправи та психологічна терапія для впливу на психосоціальні ФР.

7.2. У випадку клінічно значущих симптомів депресії, тривоги та ворожості повинні бути розглянуті психотерапія та медикаментозна лікування.

Проведення заходів управління щодо управління психосоціальними факторами

З'являються все нові й нові докази, що психологічна підтримка допомагає протидіяти стресу, сприяє пропаганді здорового способу життя та профілактиці ССЗ.

Заходи включають індивідуальні або групові консультації з психосоціальних ФР, когнітивно-поведінкову терапію, програми з управління стресом, заняття з медитації, вуглецевого тренування, його тощо.

Таблиця 7. Стратегія втручання при дисліпідемії залежно від рівня ризику та рівня ХС ЛПНЩ

Рівень ризику	Рівень ХС ЛПНЩ (ммоль/л)				
	<1,8	1,8–<2,5	2,5–<4,0	4,0–<4,9	≥4,9
SCORE <1%	Без втручання	Без втручання	Зміна способу життя	Зміна способу життя	Зміна способу життя + розглянути необхідність призначення препаратів Іа/А
Клас/рівень 1 <SCORE <5	Зміна способу життя	Зміна способу життя	Зміна способу життя + розглянути необхідність призначення препаратів Іа/А	Зміна способу життя + розглянути необхідність призначення препаратів Іа/А	Зміна способу життя + розглянути необхідність призначення препаратів Іа/А
Клас/рівень 5 <SCORE <10 або інші ознаки високого ризику +	Зміна способу життя + розглянути необхідність призначення препаратів Іа/А	Зміна способу життя + розглянути необхідність призначення препаратів Іа/А	Зміна способу життя + призначення препаратів Іа/А	Зміна способу життя + призначення препаратів Іа/А	Зміна способу життя + призначення препаратів Іа/А
Клас/рівень SCORE ≥ 10 або інші ознаки дуже високого ризику +	Зміна способу життя + розглянути необхідність призначення препаратів Іа/А	Зміна способу життя + призначення препаратів Іа/А	Зміна способу життя + призначення препаратів Іа/А	Зміна способу життя + призначення препаратів Іа/А	Зміна способу життя + призначення препаратів Іа/А
Клас/рівень	Іа/А	Іа/А	Іа/А	Іа/А	Іа/А

Таблиця 8. Орієнтовні дози препаратів, що продемонстрували бажаний ефект у рандомізованому контрольованому дослідженні

Лікування в режимі високої інтенсивності	Лікування в режимі помірної інтенсивності	Лікування в режимі низької інтенсивності
Добова доза, яка знижує ХС ЛПНЩ в середньому на 50% та більше	Добова доза, яка знижує ХС ЛПНЩ в середньому на 30–50%	Добова доза, яка знижує ХС ЛПНЩ в середньому на 30% та менше
Аторвастатин 40–80 мг	Аторвастатин 10–20 мг	Симвастатин 10 мг
Розувастатин 20–40 мг	Розувастатин 5–10 мг	
	Симвастатин 20–40 мг	
	Півавастатин 2–4 мг	

з боку лікаря. Порядка лікаря — чітка та неоднозначна — щодо необхідності повної відмови від куріння є важливим елементом початку процесу припинення куріння та під-

вищує шанси на успіх. Оцінка готовності до відмови від тютюнокуріння та узгодження плану дій з датами візитів з метою моніторингу та підтримки є наступними кроками.

У випадку клінічно значущих симптомів депресії, тривоги та ворожості повинні бути розглянуті психотерапія та медикаментозна лікування. В Україні наказом МОЗ від 25.12.2014 р. № 1003 затверджено клінічну настанову (КН) та УКТМД «Депресія», відповідно до них регламентується проведення скринінгу депресії та призначення немедикаментозного і медикаментозного лікування пацієнтам лікарями загальної практики — сімейними лікарями або іншими спеціалістами — не лікарями-психіатрами, що відповідає загальним підходам у світі і дозволяє в цілому підвищити якість медичної допомоги, зокрема в галузі профілактики ССЗ.

Медикаментозна корекція ФР
ДП лікору

1. Медикаментозна лікування підвищеного АТ призначається відповідно до УКПМД «Артеріальна гіпертензія».

2. Медикаментозна лікування дисліпідемії призначається пацієнтам з високим або дуже високим рівнем ризику ССЗ (табл. 6–11).

Корекція дисліпідемії

Для корекції дисліпідемії використовують заходи немедикаментозної і медикаментозної корекції з урахуванням положень декалогу медичарів (див. табл. 6, 7).

1. Препаратами вибору, що довели свою ефективність у рандомізованих контрольованих дослідженнях щодо зниження ризику виникнення ССЗ та їх ускладнень, є статини. Рішення щодо застосування гіполіпідемічних препаратів інших груп в окремих пацієнтів приймається індивідуально.

2. Ефективність терапії статинами залежить від рівня початкового ризику: чим вищий ризик, тим вищий позитивний вплив прийому статинів на захворюваність та смертність від ССЗ. Не відзначено відмінностей в ефективності терапії статинами та чоловіками, різними віковими групами, навіть у віці ≥ 75 років, хоча позитивний ефект призначення гіполіпідемічної терапії жінкам без ССЗ не доведений. Визначено 4 групи пацієнтів, у яких позитивний ефект застосування статинів доведено переважно знизив ризик розвитку побічних ефектів:

2.1. Пацієнти з клінічними ознаками ССЗ: гострий коронарний синдром або ПМ в анамнезі, симптоми стабільної або нестабільної стенокардії, процедури реваскуляризації — коронарних артерій або інших артерій, ГІМК, транзиторна ішемічна атака, ураження периферичних артерій атеросклеротичного генезу.

2.2. Пацієнти без ССЗ або ЦД, у яких рівень ХС ЛПНЩ перевищує 4,9 ммоль/л.

2.3. Пацієнти з ЦД віком від 40 до 75 років без ознак ССЗ, у яких рівень ХС ЛПНЩ становить від 1,8 до 4,9 ммоль/л.

2.4. Пацієнти без ознак ССЗ віком від 40 до 75 років, у яких рівень ризику при визначенні за допомогою стандартизованого методик є високим або дуже високим.

3. При призначенні статинів з метою первинної профілактики ССЗ рекомендується оцінити рівень ризику у пацієнта, вірогідність виникнення побічної дії та взаємодії лікарських засобів, при цьому обговорити з пацієнтом доцільність проведення такої терапії.

4. Медикаментозна корекція дисліпідемії призначається пацієнтам дуже високого ризику, високого ризику та пацієнтам помірного ризику, у яких рівень ХС ЛПНЩ перевищує 2,5 ммоль/л на фоні проведення заходів немедикаментозної корекції. У КН «EAS/ESC guidelines for the management of dyslipidaemias» (2011) визначено цільовий рівень ХС ЛПНЩ залежно від рівня ризику: для пацієнтів групи дуже високого ризику ССЗ — 1,8 ммоль/л або зниження на 50% та більше від початкового рівня (у тих, у кого не вдається досягти рекомендованого рівня при прийомі препаратів в адекватній дозі), для пацієнтів групи високого ризику —

Таблиця 9

Препарати, які можуть підвищувати ризик розвитку міопатії та рабдоміолізу при застосуванні одночасно зі статинами

Циклоспорин
Макролиди (азитролом, кларитроміцин, еритроміцин)
Противірусні препарати групи азолів (ітраконазол, вокаконазол, флуконазол)
Блокатори кальцієвих каналів (дилтіазем, верапаміл)
Інгібітори протезу ВІЛ (фосампренавір, ритонавір, саquinавір)
Сиднафіл
Інші: дігоксин, фіbrate

Таблиця 10

Заходи з доведеною ефективністю щодо призначення статинів (2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults)

Призначення терапії статинами в режимі високої інтенсивності особам молодше 75 років із ССЗ за умов відсутності протипоказань	IA
За наявності протипоказань або нетерпимості терапії високої інтенсивності альтернативою є призначення терапії помірно інтенсивності	IA
Особам із ССЗ віком старше 75 років за необхідності призначення терапії статинами розглянути аспекти «користь/ризик». Якщо терапія буде призначена ревізія, рекомендується продовжити її після досягнення 75-річного віку	IIA
Первинна профілактика — особи віком від 21 року, рівень ХС ЛПНЩ $\geq 4,9$ ммоль/л	
Оцінити вірогідність вторенної дисліпідемії* в осіб, у яких рівень ХС ЛПНЩ перевищує 4,9 ммоль/л, тригліцериди — 5,6 ммоль/л	IB
Рекомендується призначити статини особам віком від 21 року, у яких рівень ХС ЛПНЩ перевищує 4,9 ммоль/л, без визначення рівня ризику. Першого надається терапії високої інтенсивності, при нетерпимості призначати максимальна можлива доза статинів	IB
В осіб віком від 21 року, у яких рівень ХС ЛПНЩ перевищує 4,9 ммоль/л, рекомендується досягти зниження його рівня мінімум на 50%	IIaB
В осіб віком від 21 року, у яких рівень ХС ЛПНЩ перевищує 4,9 ммоль/л, після призначення терапії статинами у режимі високої інтенсивності рекомендується розглянути доцільність призначення інших гіполіпідемічних препаратів — з урахуванням переносимості, взаємодії препаратів та побажань пацієнта	IB/C
Первинна профілактика в осіб з ЦД, рівень ХС ЛПНЩ — 1,8–4,9 ммоль/л	
Особам віком 40–75 років із ЦД рекомендується призначити або продовжити прийом статинів у режимі середньої інтенсивності	IA
Особам віком 40–75 років із ЦД, у яких ризик розвитку таких ССЗ у найближчі 10 років за шкалою Pooled Cohort equation становить $\geq 7,5\%$ (або за SCORE ≥ 10), рекомендується призначити або продовжити прийом статинів у режимі високої інтенсивності за умов відсутності протипоказань	IIaB
В осіб, чий ризик становить < 40 або > 75 років, рішення щодо призначення, продовження прийому або зміни дози статинів вирішується індивідуально (взаємодія лікарських препаратів, очікувані позитивні дії, побажання пацієнта)	IIaC
Первинна профілактика в осіб без ЦД, рівень ХС ЛПНЩ — 1,8–4,9 ммоль/л	
Рішення про призначення статинів за відсутності ССЗ вирішується за результатами визначення рівня ризику розвитку таких ССЗ у найближчі 10 років за шкалою Pooled Cohort equation	IB
Особам віком 40–75 років за відсутності ССЗ без ЦД, чий ризик за шкалою Pooled Cohort equation перевищує 7,5%, статини призначають у режимі помірно інтенсивності/високої інтенсивності	IA
Особам віком 40–75 років за відсутності ССЗ без ЦД, чий ризик становить від 5 до 7,5% за шкалою Pooled Cohort equation, доцільно призначити статини у режимі помірно інтенсивності	IIaB
Перед призначенням статинів з метою первинної профілактики цієї категорії пацієнтів рекомендується обговорити з ними можливе зменшення ризику розвитку ССЗ, побічних ефектів, взаємодії препаратів та прийняти рішення щодо призначення статинів з урахуванням побажань пацієнта	IIaC
У пацієнтів, чий рівень ХС ЛПНЩ не перевищує 4,9 ммоль/л, жодні за результатами оцінки ризику за допомогою стандартизованих підходів не показані терапії статинами, можна розглянути необхідність визначення додаткових ФР**.	IB/C
У осіб терапії статинами для первинної профілактики може розглядатися після оцінки потенціалу зменшення ризику розвитку ССЗ, побічних ефектів, взаємодії препаратів з урахуванням побажань пацієнта	

*Найбільш поширені причини вторенної дисліпідемії наведено у табл. 13. **Після додаткової ФР: ХС ЛПНЩ ≥ 60 мг/дл або більше, або низькі ознаки сповненої гіперліпідемії, обтяжений сімейний анамнез щодо ССЗ, індекс Агастан ≥ 300 то або ≥ 75 то поділений (з урахуванням віку, статі й етнічної приналежності), рівень С-реактивного біліку > 2 мг/л. У найвищому можуть бути ідентифіковані додаткові фактори, які можуть допомогти прогнозувати індивідуальну оцінку ризику.

2,5 ммоль/л, помірного та низького ризику — 3 ммоль/л.

5. Ізольоване збільшення товщини комплексу інтима-медіа не є показанням до призначення гіполіпідемічних препаратів пацієнтам, у яких не виявлено атеросклеротичних бляшок при проведенні методик візуалізації, не підтверджено діагностич ІХС або в яких відсутні інші ФР.

6. Статини призначають з метою досягнення зниження рівня ХС ЛПНЩ на 50% та більше від початкового рівня (лікування

високої інтенсивності) або на 30–50% (лікування помірно інтенсивності).

7. При проведенні рандомізованого контрольованого дослідження показано, що зниження рівня ХС ЛПНЩ на 1,0 ммоль/л сприяє зниженню смертності від ССЗ на 20%, смертності від усіх причин — на 10%, частоти виникнення ПМ на 23% та АГМК — на 17%.

8. Підвищення рівня аланінамінотрансферази (АлАТ) та аспартатамінотрансферази (АсАТ) в плазмі крові при прийомі статинів виникає досить рідко і має в біль-

	Підвищення рівня ХС ЛПНЩ	Підвищення рівня тригліцеридів
Схарувана	Високий вміст насичених жирів або трансжирів у раціоні Збільшення маси тіла Алкоголізм	Збільшення маси тіла Дуже низький вміст жирів у раціоні Високий вміст простих вуглеводів у раціоні Надімір вживання алкоголю
Прийом ліків	Дуретик Глюкокортикостероїди Глікозуретики Амлодіпін	Естрогени Глюкокортикостероїди Секвестранти жовчаних кислот Інгібітори протазоліну Ретиноїди Анаболічні стероїди Тамоксіфен Блокатори β-адренорецепторів (окрім карведилолу) Тазавудин Нерфенетолон Хронічне ниркове недостатність Ліподистрофія
Захворювання	Обструкція жовчних шляхів Нефротичний синдром	Хронічне ниркове недостатність Ліподистрофія ЦД (за умов недостатнього контролю)
Метаболічні порушення	Гіперпаратироз Ожиріння Високий холестерин	ЦД (за умов недостатнього контролю) Гіперпаратироз Ожиріння

Назва обстеження	Краткість
Судинний ризик*	1 раз на рік та за необхідності
ЗАЕ	1 раз на рік
ЗАС	1 раз на рік
Гликемія натщ	1 раз на рік
ХС	1 раз на рік
Креатинін	1 раз на рік
ЦД	1 раз на рік та за необхідності
Проведення оцінки ризику за SCORE	При первинному зверненні пацієнтам низького та помірного ризику – 1 раз на 5 років

* Судинний ризик визначають: 1. Високим рівнем АТ; 2. Високим рівнем ЛДЛ; 3. Високим рівнем тригліцеридів; 4. Оцінку ступеня захворювання; 5. Оцінку рівня фізичної активності; 6. Оцінку дотримання засад здорового способу життя; 7. Оцінку вживання ризикованих препаратів щодо ЦСЗ та ЦД – при первинному зверненні; 8. Інформацію щодо планової терапії – наявності препаратів, дози, частоти прийому та витрати щодо прийому ліків, наявності препаратів пацієнтам.

ності випадків вторинний характер. Статистику на наявність дисліпідемії пацієнтам, у яких рівень АсАТ та/або АсАТ опинився порівняно високою між норми.

9. У випадку, якщо на фоні прийому статинів зареєстровано підвищення рівня АсАТ/АсАТ більш ніж втричі порівняно з верхньою межею норми при виключенні ушкодження печінки дослідженнями, препарат відмінюють.

10. У 5–10% пацієнтів, які приймають статини, розвивається міопатія, але рідко призводить до важких форм міопатії в окремих випадках. При появі у пацієнта болю в м'язах або змін кольору сечі необхідно збільшити статини та визначити рівень креатинінфосфофосфатаз в плазмі крові. Підвищення рівня креатинінфосфофосфатаз потребує відміни препарату. У випадку нормального рівня креатинінфосфофосфатаз, при помірній або незначній вираженості клінічних симптомів можна продовжувати прийом статинів у тій самій або у меншій дозі. Редукція дози може бути зведена до мінімуму – не рекомендується припиняти препарат цієї групи за наявності міопатії будь-якої етіології в анамнезі пацієнта та у комбінації з препаратами, які за механізмом своєї дії підвищують ризик розвитку міопатії та/або рабдомиолізу (див. таблицю 9).

11. При призначенні статинів необхідно враховувати дані доказової медицини.

ДІ Лікарів

Медикаментозна лікування пацієнтів із ЦД, ХОН, ССЗ призначається відповідно до чинних медико-технологічних документів.

Моніторинг ФР та проведення профілактики ССЗ у пацієнтів з високим та дуже високим ризиком

Пацієнтам низького та помірного ризику рекомендується проводити повторну оцінку ризику за шкалою SCORE з інтервалом у 5 років за відсутності розвитку ССЗ.

Пацієнтам високого та дуже високого ризику рекомендується проводити моніторинг ступеня корекції ФР.

Усім пацієнтам рекомендується підтримувати стратегію поведінки, направлену на дотримання здорового способу життя.

Рекомендується залучати медичних сестер до моніторингу ФР та підвищення прихильності пацієнта до лікування, зокрема за використанням телефонного зв'язку, електронної пошти тощо.

Існуюча доказова база свідчить про те, що проведення заходів профілактики – дотримання засад здорового способу життя та оптимального рівня ФР – має позитивний вплив на захворюваність та смертність від ССЗ незалежно від статі та віку. Ефективність заходів профілактики залежить від відповідності пацієнта, що потребує постійної підтримки з боку медичного персоналу.

ДІ Лікарів

Обов'язкові

1. Пацієнти високого та дуже високого ризику ССЗ перебувають під регулярним наглядом лікаря. Лікар проводить клінічний

огляд, реєстрацію ЕКГ та лабораторні обстеження – ЗАЕ, ЗАС, визначення рівня глікемії натщ, ХС, креатиніну з частотою 1 раз на рік, за наявності показань частота оглядів визначається індивідуально (табл. 12).

2. При клінічному огляді лікар проводить оцінку:

- динаміки клінічних симптомів за період спостереження;
- ефективності корекції ФР;
- виконання рекомендацій лікаря щодо лікування та дотримання засад здорового способу життя;
- ефективності лікування супутньої патології, що впливає на ризик ССЗ.

3. Пацієнтам, яким проведено лікування дисліпідемії статинами, проводиться контроль досягнення цільового рівня ХС ЛПНЩ:

- у пацієнтів високого ризику ССЗ <2,5 ммоль/л або зниження на 50% від початкового рівня;
- у пацієнтів дуже високого ризику ССЗ <1,8 ммоль/л або ≥50% зниження ХС ЛПНЩ від початкового рівня.

4. Обсяг обстежень та частота проведення дисциплінарного спостереження за пацієнтами з діагностованими захворюваннями визначаються чинними медико-технологічними документами, наказами МОЗ України та локальними протоколами або відповідними наказами відділу охорони здоров'я. Оцінка ризику ССЗ та ступінь корекції ФР розвитку ССЗ у таких пацієнтів проводиться під час клінічного огляду з метою дисциплінації та приведу захворювання.

5. Пацієнтам низького та помірного ризику за відсутності розвитку ССЗ проводиться повторна оцінка ступеня ризику за шкалою SCORE з інтервалом у 5 років. При розвитку ССЗ обсяг медичної допомоги визначається чинними медико-технологічними документами.

6. Пацієнти помірного ризику можуть бути направлені до ЗОЗ, що надають вторинну медичну допомогу, з метою проведення додаткових обстежень, результати яких дозволяють уточнити рівень ризику.

7. За наявності у ЗОЗ, що надають вторинну медичну допомогу, програм немедикаментозної корекції ФР, рекомендується скеровувати пацієнтів, які потребують такої корекції, до участі у цих програмах.

8. Рекомендується залучати медичних сестер до моніторингу ступеня корекції основних ФР (зокрема рівня АТ) та виконання рекомендацій лікаря щодо режиму прийому медикаментів з використанням телефонного або інших угоджених з пацієнтом засобів зв'язку (електронної пошти тощо).

Бажани

1. Залучення медичних сестер до проведення роботи щодо підвищення поінформованості пацієнтів щодо ФР розвитку ССЗ та засад здорового способу життя.

2. Створення реєстру пацієнтів високого та дуже високого ризику.

Використана література

Міністерство охорони здоров'я України (2016) Наказ МОЗ України від 13.06.2016 № 564 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в частині профілактики серцево-судинних захворювань».