

Профілактика серцево-судинних захворювань

Л.В. Хіміон, О.Б. Яценко, С.В. Данилюк, Т.О. Ситюк
Національна медична академія імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті представлено огляд сучасних рекомендацій із профілактики серцево-судинних захворювань і тактики сімейного лікаря щодо виявлення і корекції факторів ризику.

Ключові слова: хронічні неінфекційні захворювання, серцево-судинні захворювання, фактори ризику, здоровий спосіб життя, профілактика.

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) – узагальнюючий термін, який об'єднує декілька патологій серцево-судинної системи, до яких зазвичай відносять ішемічну хворобу серця (ІХС), цереброваскулярну ішемію (ЦВІ), атеросклеротичні захворювання периферійних артерій, ревматичні та вроджені вади серця і венозні тромбоемболії. В усьому світі, згідно зі статистикою Всесвітньої Організації Здоров'я (ВОЗ), ССЗ є причиною смерті у 31% осіб, абсолютна більшість випадків (80%) – смерті від ІХС і цереброваскулярних катастроф. В Європі ССЗ спричиняють близько 40% смертей, при цьому прогнозується зростання показників смертності від цих захворювань до 2020 року, що пов'язується із збільшенням поширеності відомих факторів ризику (ФР) навіть серед населення країн із попередньо визначеним низьким рівнем серцево-судинного ризику.

На сучасному історичному етапі до 80% смертей від ССЗ реєструється у країнах, що розвиваються, і до 2020 року ці показники також зростатимуть, переважаючи над традиційно високими показниками смертності від інфекційних хвороб в таких країнах.

ССЗ, разом із хронічними захворюваннями легень, цукровим діабетом і раком формують групу так званих хронічних неінфекційних захворювань (НІЗ), які визначають передчасну смертність, інвалідність і захворюваність в усьому світі. НІЗ мають значний вплив на якість і тривалість життя людини, значно поширені та характеризуються спільними ФР (куріння, зловживання алкоголем, нездорове харчування, гіподинамія). Тому, говорячи про актуальність, ефективність і дієвість профілактики ССЗ, дуже важливо пам'ятати, що ті самі профілактичні заходи будуть ефективними і в профілактиці інших НІЗ.

ВООЗ встановлено, що до 75% випадків передчасних ССЗ можливо попередити. Ефективна корекція ФР – це шлях до зменшення захворюваності як для окремого пацієнта, так і для громади, нації в цілому. Незважаючи на те що вік є визнаним ФР ССЗ та НІЗ, патологоанатомічними дослідженнями доведено, що розвиток ССЗ не є неминучим, і тому профілактичні заходи є надзвичайно важливими для попередження передчасних смертей.

Причини і фактори, що впливають на значні показники передчасної смертності і високої поширеності НІЗ на глобальному рівні продовжують вивчатися. На сучасному етапі за даними, опублікованими у *Lancet* у 2015 р., розподіл факторів наступний (мал. 1).

Спосіб життя і соціальні умови становлять не менше 55% впливу на формування НІЗ та смертність від них, а якщо додати до цих двох груп факторів ще соціально-залежні рівні медицини і стан оточуючого середовища – то і 70%! Отже, безумовно, боротьба із НІЗ повинна базуватися на співробітництві і спільних зусиллях політичних сил, державних органів, системи громадського здоров'я, первинної ланки охорони здоров'я, громадських організацій та суспільства в цілому.

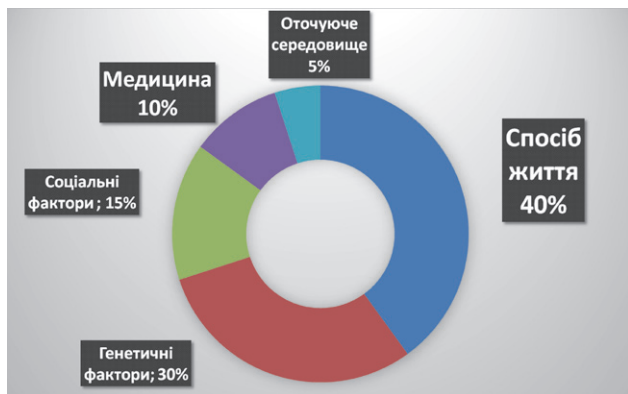
В Україні спостерігається, на жаль, повсякчасне зростання захворюваності на ССЗ, поширеності окремих нозологічних форм та смертності від них. Так, у період з 1991 р. до 2013 р. захворюваність на ССЗ зросла у 2 рази (до 4972 випадків на 100 тис. населення у 2013 р.), а поширеність – втричі (до 58429 на 100 тис. населення). У структурі захворюваності дорослого населення нашої країни лідирує АГ – 41%, ІХС – 28%, цереброваскулярні захворювання – 16%. При цьому за 1991–2013 р. поширеність АГ зросла у 3,6 разу, ІХС – у 3,3 разу, цереброваскулярних захворювань – у 2,4 разу. ССЗ вносять значну частку у зростання індексу DAILY: у чоловіків – на 27%, у жінок – на 33%. Тривожним є факт постійного подальшого зростання частоти ССЗ серед працездатного населення, частки цих захворювань серед причин передчасної смерті населення України.

За даними ВООЗ та інших міжнародних медичних організацій, 75% передчасних смертей від ССЗ можна попередити, при цьому вирішальний вплив можна одержати від ефективної та наполегливої первинної профілактики (2/3 випадків), заходи якої належать до компетенції лікаря загальної практики–сімейного лікаря. Проте в жодному разі не слід забувати про вкрай важливу необхідність забезпечення контролю з боку держави, системи громадського здоров'я щодо безпечного для здоров'я оточуючого середовища, відповідності питної води, продуктів харчування санітарно-гігієнічним нормативам і рекомендаціям здорового харчування. У своїх звітах з боротьби з НІЗ ВООЗ зазначає, що бідність, соціальна незахищеність тісно пов'язані із зростанням поширеності НІЗ, бідне населення є більш хворим і має меншу тривалість життя, порівняно із населенням з більшими доходами.

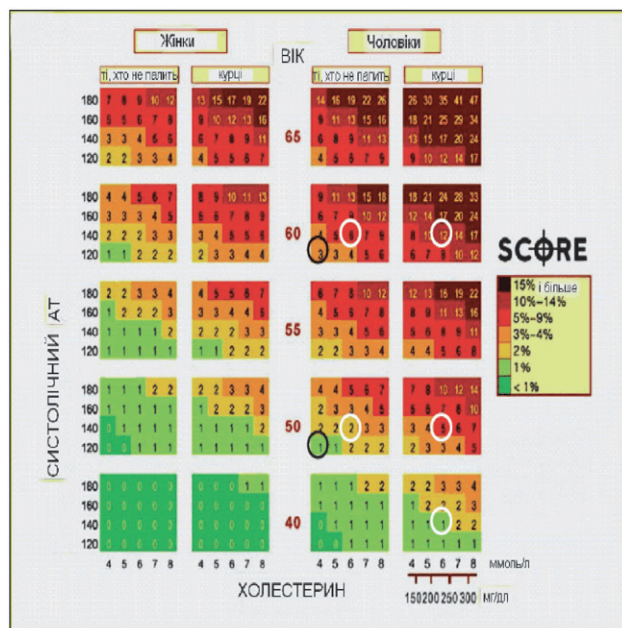
Міжнародне дослідження INTERHEART чітко визначило поведінково-метаболічні фактори ризику ССЗ та їхній вплив на розвиток захворювань (дисліпідемія, куріння, АГ, цукровий діабет, абдомінальне ожиріння) та продемонструвало профілактичний ефект вживання фруктів, овочів та регулярних фізичних навантажень. Доведено, що зазначені ФР є основними для розвитку ССЗ незалежно від расової, національної приналежності або соціоекономічного статусу населення. Найбільший вплив на рівень смертності чинить підвищений АТ (19% смертей глобально).

За даними ВООЗ, тютюнокуріння є причиною смерті 7,2 млн людей щорічно (включно з випадками пасивного куріння), надмірне споживання солі (хлориду натрію) визнано причиною 4,1 млн смертей за рік, 1,6 млн смертей – внаслідок гіподинамії.

НІЗ, у тому числі ССЗ, є значною соціоекономічною проблемою, важливість якої сьогодні обговорюється не лише на медичних заходах, але й на світових економічних форумах. Так, у 2016 р. **Жан П'єр Россо, Керуючий директором Всесвітнього економічного форуму**, у своєму виступі зазначив, що «неінфекційні захворювання являються однією з основних загроз для глобального економічного зростання і розвитку. Наступні 15 років НІЗ будуть обходитись країнам із низьким та середнім рівнем доходів більш ніж в \$7 трлн ...люди хворіють і помирають у працездатному віці, що призводить до втрат в економічному розвитку в мільярди доларів. Мільйони сімей опиняються за межею бідності». У глобальній програмі сталого розвитку ООН і ВООЗ до 2030 року визначено, що НІЗ є основним фактором, який негативно впливає на досягнення мети сталого розвитку; для боротьби з НІЗ затверджено Глобальний план дій (2013–2020).



Мал. 1. Фактори, що впливають на передчасну смертність від НІЗ глобально



Мал. 2. Десятирічний ризик фатального серцево-судинного захворювання в регіонах Європи з високим ризиком

Враховуючи глобальну епідемію НІЗ та її значний вплив на соціально-економічний розвиток світу, ВООЗ розпочала планову глобальну програму по боротьбі з цими захворюваннями, до якої в добровільному порядку приєднуються різні країни. У складі програми боротьби з НІЗ до 2025 року встановлено основну мету: зменшення передчасної смертності від НІЗ на 25%.

Це можна досягти лише завдяки контролю над основним факторами ризику та покращенням базової медичної допомоги хворим на НІЗ:

- зменшення табакокуріння на 30%
- зменшення зловживання алкоголю на 10%
- зменшення гіподинамії на 10%
- зниження вживання солі/натрію хлориду на 30%
- зменшення високого АТ на 25%
- покриття необхідності в ліках і технологіях при лікуванні НІЗ – на 80%
- зупинити приріст захворюваності на ЦД і ожиріння.

Менеджмент НІЗ включає в себе скринінг і корекцію факторів ризику (з метою первинної профілактики) та діагностику і лікування захворювань.

Під час проведення профілактичних заходів щодо ССЗ лікар може використовувати розроблені різними міжнародними експертними групами клінічні настанови та рекомендації, що базуються на доказовій медицині:

- NICE/ Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification. NICE guideline CG181, 2016
- European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice / The sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for cardiovascular Prevention and Rehabilitation (EACPR) / Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S. et al. – Eur. Heart J. – 2016. – 37: 2315–2381.
- 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2017; Nov 13:[Epub ahead of print].
- 2013 ESH/ ASC Guidelines for the management of arterial hypertension / Counsil E.S., Redon J., Narkiewicz K. et al. – Eur Heart J. – 2013: 34; 2159–2219/
- 2013 AHA / ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of cardiology / American Heart association Task Force on Practice Guidelines / Eckel R.H., Jakicic J.M., Ard J.D. et al. – J Am Coll Cardiol 2014: 63/
- 2013 AHA / ACC guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology / American Heart association Task Force on Practice guidelines / Stone N.J., Robinson J.G., Lichtenstein A.H. et al., J Am Coll Cardiol 2014. – 63: 2889–2934.
- WHO Prevention of Cardiovascular Disease Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. – 2003.

Для оцінювання загального кардіоваскулярного ризику можна використовувати різні шкали, розроблені міжнародними експертними групами. В Україні, як і в інших країнах Європи, найбільш широко застосовують систему оцінки загального серцево-судинного ризику SCORE (СКОР), в якій враховано вік, стать, статус куріння, рівень систолічного АТ та рівень загального холестерину (див. мал. 2).

Існують дві основні модифікації шкали – для країн із низьким загальним серцево-судинним ризиком, і для країн із високим ризиком. Україна віднесена до країн із високим ризиком.

Застосування шкали SCORE дозволяє кількісно визначити ризик смерті від серцево-судинного захворювання в наступні 10 років у кожного пацієнта індивідуально залежно від визначених ФР ССЗ на момент консультації (табл. 1).

Під час консультування пацієнта з питань профілактики ССЗ слід показати шкалу SCORE і продемонструвати як зменшиться його загальний ризик, якщо знизити холестерин, нормалізувати АТ, кинути курити.

Під час роботи з пацієнтом, який має множинні ФР ССЗ слід також враховувати, що всі ФР пов'язані між собою, їхній спільний вплив на величину ризику не є простою сумою, тому навіть помірно виражені декілька ФР спричиняють значне зростання показника загального серцево-судинного ризику (табл. 2).

Згідно з нормативними документами МОЗ України і низки міжнародних рекомендацій в загальній популяції населення рекомендують визначати загальний серцево-судинний ризик у жінок від 50 років, у чоловіків – від 40 років.

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ

САТ, ммртст	Не курить					
	180	3	3	4	5	6
	160	2	3	3	4	4
	140	1	2	2	2	3
	120	1	1	1	2	2
		4	5	6	7	8
Холестерин, ммоль/л						

Курить					
6	7	8	10	12	
4	5	6	7	8	
3	3	4	5	6	
2	2	3	3	8	
4	5	6	7	8	
Холестерин, ммоль/л					

Мал. 3. Таблица відносного ризику, розроблена на підставі основної таблиці SCORE

Градація загального серцево-судинного ризику за SCORE

Показник SCORE	Ризик виникнення фатальної серцево-судинної події в наступні 10 років
<1%	Низький
1–4%	Помірний
5–9%	Високий
≥10	Дуже високий

Таблиця 1

Вплив комбінації ФР на величину загального серцево-судинного ризику

Стать	Вік	САТ	ЗХС	Статус куріння	Ризик, %
Ж	60	120	8	Ні	2
Ж	60	140	7	Так	5
Ч	60	160	6	Ні	8
Ч	60	180	5	Так	21

Таблиця 2

При цьому до групи дуже високого ризику відносять:

- пацієнтів з підтвердженим діагнозом атеросклеротичного ССЗ – як встановленого клінічно, так і діагностованого при проведенні додаткових досліджень: гострий коронарний синдром (ГКС), гострий інфаркт міокарда в анамнезі, проведені процедури ревазуляризації – коронарних артерій або інших артерій, ГПМК, ТІА, ураження периферійних артерій атеросклеротичного генезу;
- виявлені при коронарографії значні бляшки коронарних артерій або в каротидах при ультразвуковому дослідженні;
- хворих на ЦД + ≥1 ФР (куріння, гіперхолестеринемія) та/або ураження органів-мішеней без клінічних ознак (виявляється при лабораторному або інструментальному обстеженні – наприклад, протеїнурія);
- хворих із ХХН (при швидкості клубочкової фільтрації ≤30 мл/хв); ризик за SCORE ≥10%.

До групи високого ризику відносять:

- пацієнтів із одним вираженим ФР – сімейна гіперхолестеринемія, АГ III ступеня;
- хворих на ЦД без ураження органів-мішеней;

- хворих із ХХН (швидкість клубочкової фільтрації 30–59 мл/хв) ризик за SCORE ≥5%<10%

Помірний ризик – SCORE ≥1%<5%

Низький ризик – SCORE <1%

Отже, всі хворі із встановленим діагнозом ССЗ, більшість хворих на ЦД одразу потрапляють до груп дуже високого і високого серцево-судинного ризику. Усім іншим пацієнтам проводять визначення загального ризику із застосуванням SCORE та трактують одержаний показник (див. табл. 1).

Якщо необхідно провести оцінювання ризику пацієнту, який не досяг 40-річного віку, ЄТК (2016 р.) рекомендує застосовувати таблицю відносного ризику (мал. 3), за допомогою якої можна визначити у скільки разів серцево-судинний підвищений ризик у пацієнта за наявності ФР порівняно із особами у яких ФР немає.

Рівень ризику (дуже високий, високий, помірний-низький) визначає тактику подальшої лікувально-профілактичної допомоги пацієнту.

Особи груп дуже високого і високого ризику потребують корекції наявних ФР за допомогою змін у способі життя і призначення медикаментозних засобів профілактики. Ці пацієнти мають бути направлені на консультації до вузьких спеціалістів (кардіолог, кардіохірург, дієтолог, реабілітолог, психолог та ін.) для уточнення профілактичних заходів та проведення (за необхідності) інвазивних втручань. Після консультації сімейний лікар спостерігає таких пацієнтів за індивідуальним графіком.

Пацієнти груп помірної і низького ризику у більшості випадків спостерігаються у сімейного лікаря, який проводить консультування щодо корекції наявних ФР та підтримки здорового способу життя. Таким пацієнтам рекомендується у подальшому проводити оцінку ризику 1 раз на 5 років. Під час призначення заходів щодо корекції способу життя (наприклад, відмова від куріння, збільшення рівня фізичної активності, нормалізація маси тіла) рекомендується разом із пацієнтом визначати терміни досягнення поставлених завдань та контролювати виконання рекомендацій пацієнтом (1 раз на 1–3 міс, можливо у вигляді телефонних дзвінків або листування електронною поштою тощо).

Узагальнені цілі щодо виявлених у пацієнтів ФР наведено у табл. 3.

Слід пам'ятати, що деяка частка пацієнтів із середнім рівнем загального серцево-судинного ризику може потребувати направлення на консультації і дообстеження на вторинний/

Таблиця 3

Цілі корекції ФР ССЗ

ФР	Цілі
Куріння	Уникати впливу тютюну у всіх формах
Дієта	Зменшити споживання насичених жирів, солі, цукру, збільшити вживання цільнозернових продуктів, овочів, фруктів та риби
Фізична активність	Щонайменше 150 хв на тиждень аеробної середньої інтенсивності фізичної активності (30 хв 5 днів на тиждень) або 75 хв високоінтенсивної фізичної активності (15 хв 5 днів на тиждень) або комбінація зазначеного вище
Маса тіла	ІМТ 20–25 кг/м ² Обвід талії <94 см (чоловіки), <80 см (жінки)

третинний рівень медичної допомоги – для уточнення індивідуального ризику. Наприклад, пацієнти із АГ можуть бути направлені на УЗД сонних артерій, коронарографію. За допомогою цих досліджень можуть бути виявлені безсимптомні атеросклеротичні зміни, що приведе до перегляду рівня ризику, а отже і тактики ведення пацієнтів.

Сучасні дослідження вітчизняних і закордонних авторів свідчать, що деякі групи хворих мають реальний значно вищий ризик серцево-судинних подій, ніж це визначається шкалою SCORE. Доведено, що до таких груп відносяться:

- хворі на хронічні запальні захворювання суглобів – ревматоїдний артрит, спондилоартрит, псоріатичний артрит;
- хворі на системний червоний вовчак;
- хворі з хронічно підвищеним рівнем С-реактивного білка, сечової кислоти.

ЄТК рекомендує для хворих на ревматоїдний артрит проводити збільшення визначеного за SCORE ризику в 1,5 разу, при інших хронічних аутоімунних захворюваннях можливий такий самий підхід. При веденні таких пацієнтів сімейний лікар повинен скеровувати їх на додаткові обстеження і консультації для уточнення індивідуального ризику (незалежно від віку і наявності інших ФР ССЗ).

Окрім хворих із аутоімунними і хронічними запальними захворюваннями підвищений ризик ССЗ мають також жінки із полікістозом яєчників за наявності преєклампсії/еклампсії в анамнезі, гестаційної АГ або гестаційного ЦД. Таким жінкам необхідно проводити скринінг АГ, ЦД у молодому віці.

За даними міжнародних досліджень, найбільшу користь від корекції ФР ССЗ одержують пацієнти груп високого і дуже високого кардіоваскулярного ризику, тому вони є пріоритетними групами для проведення профілактичних втручань. Водночас сімейний лікар не вправі забувати про необхідність підтримання пацієнтів із низьким або середнім ризиком у дотриманні здорового способу життя для того, щоб ризик залишався невисоким.

Підвищений АТ

Підвищення АТ є одним із провідних ФР, які впливають на розвиток ССЗ та фатальних ускладнень. За міжнародними статистичними даними, з 2010 р. АГ визнано головною причиною смерті та зменшення тривалості життя в усьому світі. Ризик ССЗ збільшується у логарифмічній залежності від рівнів як САТ, так і ДАТ. Кожне підвищення САТ на 20 мм рт.ст. і ДАТ на 10 мм рт.ст. (окремо) пов'язане з подвоєнням ризику смерті від інсульту, ІХС та інших судинних ускладнень. В осіб від 30 років підвищений АТ пов'язаний зі збільшенням ризику ІХС, стенокардії, інфаркту міокарда, серцевої недостатності, інсульту, атеросклерозу периферійних артерій, аневризми аорти.

У 2017 р. робочою групою Американського коледжу кардіологів, Американської Асоціації Серця та ін. було розроблено та представлено нову класифікацію і діагностичні критерії підвищеного АТ і АГ, згідно з якими нормальним АТ вважається рівень <120/80 мм рт.ст., а рівень 130–139/80–89 мм рт.ст. відноситься до I ступеню АГ. На сьогодні Європейське товариство кардіологів (ЄТК) та Асоціація кардіологів України не затвердили такий підхід, однак, можливо, це лише питання часу, тому сімейному лікарю/медичній сестрі необхідно регулярно вимірювати АТ пацієнтам і вести записи в медичній картці пацієнта стосовно цього (та інших) ФР. Цільовий рівень АТ для всіх груп пацієнтів за рекомендаціями АНА встановлено на рівні <130/80 мм рт.ст., за рекомендаціями ЄТК – <140/80 мм рт.ст. (для осіб віком понад 80 років – <150/90 мм рт.ст.).

Вимірювання АТ для діагностики АГ повинно проводитися за всіма правилами як в амбулаторії лікаря, так і вдома. Для діагностики АГ необхідно одержати підвищені цифри АТ

не менш ніж у двох вимірюваннях, проведених з інтервалом в декілька днів. У деяких випадках для діагностики АГ необхідно проведення 24-годинного моніторингу АТ.

Профілактичні немедикаментозні втручання у разі підвищення АТ:

1. Нормалізація (зниження) маси тіла – із застосуванням гіпохолестеринної та низькокалорійної дієти.
2. Обмеження вживання натрію хлориду (не більше 5 г на добу, дієта DASH – до 2,3–2,4 г/добу з подальшим зменшенням до 1,5 г/добу).
3. Підвищення рівня фізичної активності.
4. Контроль стресу.
5. Не перевищення вживання алкоголю: 2 дози для чоловіків і 1 доза для жінок на день.

Харчування для профілактики АГ та зниження АТ є основою взагалі здорового харчування. Загалом рекомендується:

- збагачення раціону рослинними нетропічними оліями, горіхами, жирною рибою, необробленими овочами і фруктами, знежиреними молочними продуктами, цільнозерновими продуктами; обмеження вживання цукру, червоного м'яса (рекомендується біле м'ясо);
- уникати вживання технологічно обробленої їжі, трансжирів;
- Американська асоціація серця (АНА) рекомендує застосування DASH-дієти (дієта для запобігання гіпертензії) – із збільшенням вживання овочів, фруктів та цільнозернових продуктів та обмеженням насичених жирів, солі та цукру. Показано, що таке харчування зменшує рівень ХС ЛПНЩ і знижує АТ (у середньому на 11 мм рт.ст. (САТ), які є незалежними ФР ССЗ (водночас вплив на рівень серцево-судинного ризику не описано). Також рекомендується збагачення раціону калійвмісними продуктами;
- NICE рекомендує дієту, збагачену мононенасиченими жирними кислотами, 5 порцій фруктів і овочів на день, вживання риби не менше 2 разів на тиждень, збагачення раціону харчовими волокнами;
- Європейське товариство кардіологів рекомендує збагачення раціону поліненасиченими жирними кислотами, обмеження насичених жирних кислот, утримання від вживання алкоголю і загалом Середземноморську дієту.

Загалом, за даними сучасних рандомізованих досліджень, слід рекомендувати обмеження насичених жирів, цукру і солі та збагачення раціону харчовими волокнами, фруктами та овочами; продемонстровано також профілактичний вплив на розвиток ССЗ Середземноморської дієти.

Куріння

Куріння визначено як один із основних ФР ІХС. Європейські дослідження зазначають, що куріння вдвічі збільшує 10-річний ризик смерті від ІХС. За статистикою США, 30% смертей щорічно пов'язані з курінням.

Важливо пам'ятати і пояснювати пацієнтам, що для куріння немає визначеного рівня, при якому ризику немає, пасивне куріння також супроводжується суттєвим зростанням ризику ССЗ (за даними Великобританії, у пасивних курців ризик ССЗ збільшується на 30%). Тому слід рекомендувати пацієнтам повне припинення куріння. Встановлено, що припинення куріння є найбільш економічно ефективним заходом профілактики ССЗ, а ризик смерті від ССЗ знижується у такому випадку вже через декілька місяців, незалежно від тривалості та інтенсивності попереднього вживання тютюну.

Для роботи сімейного лікаря рекомендується застосування методу коротких втручань до курців, який полягає в наступному:

1. *Питай.* Запитуйте у всіх пацієнтів щодо вживання тютюну і фіксуйте цей ФР у медичній картці пацієнта.
2. *Порадь.* Надайте інформацію курцям щодо негативного впливу куріння як ФР ССЗ та інших захворювань. Порадьте

кинути курити. Відмова від куріння може бути найбільш вагомим позитивним кроком для захисту здоров'я.

3. *Оціни.* Запитайте пацієнта, чи готовий він кинути курити зараз.

4. *Підтримай.* У разі готовності пацієнта проведіть консультацію щодо відмови від куріння (визначте дату, обговоріть можливі перешкоди та як їх уникнути, проінформуйте друзів і родину, видаліть тютюн із оточення та уникайте ситуацій, які провокують куріння). У разі неготовності пацієнта надайте інформацію щодо шкоди куріння, порекомендуйте групи підтримки та можливі інші заходи, що створюють мотивацію для того, щоб кинути курити.

5. *Організуї спостереження.* Призначте наступну зустріч для контролю. Привітайте пацієнта з тим, що він кинув курити. Підтримайте довгострокову мотивацію не курити.

Слід пам'ятати, що деякі курці мають дійсну нікотинову залежність. Таким пацієнтам може знадобитися консультація спеціаліста, нікотинозамісна терапія (нікотинова жувальна гумка, нікотинний пластир); деяким пацієнтам призначаються антидепресанти на початковий період відмови від куріння.

Алкоголь

Вживання алкоголю як ФР ССЗ обговорюється і коментується різними експертними по-різному, тому що результати проведених досліджень є дещо протирічними і нові дані продовжують публікуватись за результатами поглибленого аналізу попередніх результатів.

Історично відомо, що вплив алкоголю на ризик розвитку ССЗ має вигляд J-подібної кривої, що свідчить про деяке збільшення ризику у абстинентів порівняно із незначним/помірним вживанням алкоголю. Відомо, що такий вплив алкоголю можна пояснити дією на агрегацію тромбоцитів. У дослідженні INTERHEART продемонстровано зменшення серцево-судинного ризику у тих осіб, які не перевищують помірне вживання алкоголю. Проте подальший аналіз результатів таких досліджень свідчить, що у разі врахування генетично зумовленого рівня активності алкогольдегідрогенази ризик ССЗ знижується разом із зниженням вживання алкоголю.

Враховуючі такі результати, Європейське товариство кардіологів рекомендує відмову від алкоголю і принципи здорового способу життя. Керівництво NICE рекомендує дотримуватись абстиненції тим, хто не вживає алкоголю, та не перевищувати помірне вживання всім іншим (4 порції для чоловіків і 3 – для жінок не більше 5 днів на тиждень). Американські експерти рекомендують не перевищувати вживання 2 порції на день для чоловіків і 1 – для жінок (1 стандартна доза – 8–10 мл чистого спирту (25 мл горілки, 60 мл десертного вина, 100 мл сухого вина, 300 мл пива).

Ожиріння

Збільшення індексу маси тіла (ІМТ) >25 кг/м² є ФР ССЗ, найнижчий рівень загальної смертності спостерігається при ІМТ 20–25 кг/м². Зменшення ІМТ нижче 20 супроводжується зростанням показників загальної смертності, тому не рекомендується. Слід пам'ятати, що з віком маса тіла збільшується.

Усі експертні групи рекомендують для зменшення серцево-судинного ризику і в складі здорового способу життя підтримувати ІМТ у межах 20–25 кг/м². Слід пам'ятати, що серцево-судинний ризик значно збільшується за наявності абдомінального (вісцерального ожиріння), яке визначається за обводом талії (ОТ) і напряму не пов'язано із ІМТ (тобто пацієнт може мати ІМТ в межах норми і водночас страждати від абдомінального ожиріння, що є компонентом і часто першою клінічною ознакою формування або наявності метаболічного синдрому). Абдомінальне ожиріння діагностують у жінок при ОТ >80 см, у чоловіків >94 см.

При надмірній масі тіла і ожирінні слід рекомендувати:

1. Обмежити енергетичну цінність харчового раціону.
2. Дотримуватись засад здорового харчування та вести щоденник харчування.
3. Збільшити рівень фізичної активності.

Медикаментозна корекція:

- Застосування лікарських засобів для лікування ожиріння при ІМТ >30 кг/м² (орлістат).
- При ІМТ >40 кг/м² (або >35 кг/м² за наявності супутніх захворювань (ІХС, АГ і ЦД) є показання до виконання баріатричних оперативних втручань.
- За наявності у пацієнта будь-якого віку надмірної маси тіла або ожиріння та одного або більше додаткових факторів ризику ЦД 2-го типу, провести обстеження на виявлення ЦД 2-го типу.

Харчування

Харчування справляє профілактичний вплив на ризик ССЗ, якщо відповідає наступним рекомендаціям (згідно з керівництвом з профілактики ССЗ Європейського товариства кардіологів, 2016 р.):

- збагачення раціону поліненасиченими жирними кислотами і зменшення вживання насичених жирних кислот до 10% загального вмісту жирів;
- уникали трансжирів (найкраще звести їхнє вживання до 0) – не вживати технологічно оброблені продукти, не більше 1% загальної енергетичної цінності раціону за рахунок природних джерел;
- не перевищувати вживання солі – 5 г/добу;
- 30–45 г харчових волокон найкраще із цільнозернових продуктів;
- ≥200 г фруктів на добу (2–3 порції);
- ≥200 г овочів на добу (2–3 порції);
- вживати рибу 1–2 рази на тиждень, 1 раз з яких – жирну рибу;
- вживати несолоні горіхи – 30 г/добу;
- не перевищувати вживання алкоголю на день – 20 г для чоловіків, 10 г – для жінок;
- не вживати напої із цукром.

Здорове харчування за калорійністю повинно відповідати енергетичним потребам людини залежно від виду фізичних навантажень, професії і підбирається індивідуально для підтримки нормальної маси тіла. Якщо пацієнт має порушення обміну глюкози або пуринів, то загальні дієтичні рекомендації відповідним чином корегуються, щоб максимально відповідати потребам кожного хворого.



Профілактичні рекомендації пацієнтам із різним рівнем ХС ЛПНЩ залежно від величини загального-серцево-судинного ризику

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%	Підтримувати ЗСЖ	Підтримувати ЗСЖ	Корекція СЖ	Корекція СЖ	Корекція СЖ + розглянути МТ
1 < SCORE <5	Корекція СЖ	Корекція СЖ	Корекція СЖ + розглянути МТ	Корекція СЖ + розглянути МТ	Корекція СЖ + розглянути МТ
5 < SCORE <10 або інші ознаки високого ризику	Корекція СЖ + розглянути МТ	Корекція СЖ + розглянути МТ	Корекція СЖ + призначення МТ	Корекція СЖ + призначення МТ	Корекція СЖ + призначення МТ
SCORE ≥10 або інші ознаки дуже високого ризику	Корекція СЖ + розглянути МТ	Корекція СЖ + призначення МТ	Корекція СЖ + призначення МТ	Корекція СЖ + призначення МТ	Корекція СЖ + призначення МТ

Примітки: ЗСЖ – здоровий спосіб життя, СЖ – спосіб життя, МТ – медикаментозна терапія.

Рівень фізичної активності

Встановлено, що фізична активність справляє позитивний вплив на більшість проблем із здоров'ям, у тому числі – на стан серцево-судинної системи та формування ССЗ. Смертність і захворюваність, що напругу пов'язані з виконанням фізичного навантаження є мінімальними, і в будь-якому випадку користь від регулярних фізичних навантажень перевищує можливі ризики. NICE і ЄТК рекомендують не менше ніж 150 хв на тиждень аеробних фізичних навантажень середньої інтенсивності або 75 хв на тиждень навантажень високої інтенсивності. Рівень навантаження може визначатись як приблизно (за суб'єктивними відчуттями), так і з використанням кількісних методів оцінки. Деякі експерти також рекомендують вправи для зміцнення м'язів щотижня. NICE оцінює силу таких рекомендацій як слабку (думка експертів). Водночас робочі групи ЄТК і АНА присвоїли цим рекомендаціям рівень ІА і приводять значну базу досліджень.

Усі керівництва підкреслюють, що будь-які форми фізичної активності знижують кардіоваскулярний ризик із найбільшим ефектом у перший період від початку регулярних занять.

За оцінкою досліджень американськими експертами наголошується, що аеробні фізичні навантаження, що виконуються 3–4 рази на тиждень із середнім/підвищеним рівнем інтенсивності тривалістю 40 хвилин знижують рівень ХС ЛПНЩ та АТ.

Дисліпідемія

Дисліпідемія – термін, який включає в себе збільшення рівня ліпідів та ліпопротеїнів вище за оптимальні значення та/або можливі зниження частини ліпідного спектра, а саме ліпопротеїнів високої щільності або альфа-ліпопротеїнів.

Доведено, що головним ФР ІХС та атеросклерозу є рівень ХС ЛПНЩ, зростання якого супроводжується постійним зростанням рівня ризику, частоти розвитку ІХС та серцево-судинної смертності. Окрім того, незалежним ФР є зниження рівня ХС ЛПВЩ та підвищення рівню тригліцеридів. Встановлено, що зменшення рівня ХС ЛПНЩ на 1,0 ммоль/л приводить до зниження серцево-судинної смертності та розвитку нефатального ІМ на 20–25%. На сучасному етапі цільові рівні тригліцеридів та ХС ЛПВЩ не визначені; за оцінкою АНА рівень ХС ЛПВЩ <1,03 ммоль/л визначається як низький, а рівень >1,55 ммоль/л – як високий.

Експерти США (АТР ІІІ) рекомендують визначення показників ліпідного обміну всім дорослим, починаючи з 20-річного віку, і повторювати дослідження кожні 5 років. В Україні така рекомендація не запроваджена, однак варто звернути на неї увагу.

Під час розроблення профілактичних програм для пацієнтів слід порівняти показники ліпідного обміну з величиною загального серцево-судинного ризику (за SCORE) (табл. 4).

Як видно з табл. 4, чим більший рівень ризику у пацієнта, тим більш агресивним має бути вплив на рівень ХС ЛПНЩ.

За рекомендаціями АТР ІІІ (США) усім пацієнтам із підвищеним рівнем ХС ЛПНЩ або при виявленні будь-яких інших форм дисліпідемії рекомендовано провести дообстеження для визначення причин вторинних дисліпідемій: ЦД, гіпотиреозу, холестазу, хронічної ниркової недостатності. Слід також перевірити, чи не приймає пацієнт медикаментозні засоби, які сприяють підвищенню ХС ЛПНЩ і зниженню ХС ЛПВЩ (прогестини, анаболічні стероїди, глюкокортикоїди).

Після визначення категорії ризику для кожного пацієнта, сімейний лікар визначає і роз'яснює пацієнту мету корекції дисліпідемії. Цільові рівні ХС ЛПНЩ також залежать від величини серцево-судинного ризику – чим ризик вищий, тим більшого зниження ХС ЛПНЩ необхідно досягнути у пацієнта (табл. 5).

Для зниження ХС ЛПНЩ усім пацієнтам рекомендується:

- дотримання принципів здорового харчування;
- нормалізація маси тіла;
- достатній рівень фізичної активності.

Окрім того, за даними табл. 4, для корекції дисліпідемії в багатьох випадках показано призначення статинів.

Рекомендовані медикаментозні втручання за рівнем ХС ЛПНЩ різняться. Так, за рекомендаціями Американського коледжу кардіологів/АНА усім пацієнтам із рівнем ХС ЛПНЩ вище 4,9 ммоль/л незалежно від величини ризику слід призначити статини для первинної профілактики. За рекомендаціями ЄТК при ХС ЛПНЩ більше 4,9 ммоль/л – лише пацієнтам із групи високого ризику, за рекомендаціями NICE – усім пацієнтам до 85 років у разі підвищеного ризику слід призначити аторвастатин у дозі 20 мг на добу.

Цільові рівні холестеринів залежно від величини ризику наведено у табл. 5.

Статини – група препаратів – інгібіторів 3-гідроксі-3-метил-глутарил-коензим А-редуктази, що використовуються у практиці з 80-х років ХХ століття і призначені для профілактики ССЗ та лікування дисліпідемії. На сучасному етапі доведено, що лікування статинами зменшує захворюваність на ІХС, смертність від кардіоваскулярних причин. Лікування статинами має розпочинатись зважено рано (в осіб 40-річного віку зниження рівня ХС ЛПНЩ на 10% за допомогою статинів знижує ризик ІХС на 50%, а в осіб віком 70 років – лише на 20%).

Статини призначені для тривалого вживання, є ефективними у дітей і дорослих, жінок і чоловіків, у разі мультиморбідних станів. У цілому лікування статинами є безпечним, небажані явища зустрічаються відносно нечасто, в основному розвиваються у пацієнтів із поліморбідністю.

Перед лікуванням статинами необхідно провести консультування пацієнта і пояснити, що лікування статинами є позитивним, вживання статину не замінює дотримання пра-

Цільові рівні холестеринів для пацієнтів із різним рівнем загального серцево-судинного ризику

Рівень загального ССР	Цільовий рівень ЗХС, ммоль/л	Цільовий рівень ХС ЛПНЩ, ммоль/л
Дуже високий ризик (SCORE \geq 10%)	4,0	1,8, або зниження на \geq 50% від вихідного
Високий ризик (5 \leq SCORE <10%)	4,5	2,5
Помірний ризик (1 \leq SCORE <5%)	5,0	3,0
Низький ризик (SCORE <1%)	5,0	3,0

Таблиця 6

Рекомендації щодо різних режимів застосування статинів

Лікування у режимі «високої інтенсивності»	Лікування у режимі «помірної інтенсивності»	Лікування у режимі «низької інтенсивності»
Добова доза, яка знижує ХС ЛПНЩ у середньому на 50% та більше	Добова доза, яка знижує ХС ЛПНЩ у середньому на 30–50%	Добова доза, яка знижує ХС ЛПНЩ у 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	

вил здорового способу життя, у тому числі – здорового харчування. Перед застосуванням статину необхідно провести обстеження пацієнта:

- визначити наявність показань для лікування статинами (ліпідограма);
- визначити відсутність протипоказань до застосування статинів.

Для цього проводять біохімічне дослідження крові та визначають активність АЛТ, АСТ, КФК (креатинфосфокіназа). При вихідних показниках, які перевищують в 3 і більше разів верхню межу норми, пацієнта необхідно направити на додаткові консультації для встановлення причини (вірусний гепатит або інший гепатит, захворювання м'язів тощо). Необхідно пам'ятати, що навіть за наявності хронічного вірусного гепатиту, якщо його активність мінімальна (АЛТ, АСТ не перевищують верхню межу лабораторної норми більше ніж у 3 рази) – користь від застосування статинів може перевищувати можливі негативні наслідки. Такі пацієнти потребують консультації кардіолога для уточнення можливості і необхідності вживання статинів.

Перед вживанням статинів необхідно навчити пацієнта, що у разі появи диспепсичних симптомів, жовтяниці, сильного болю у м'язах, свербіжжю шкіри необхідно припинити застосування препарату і звернутись до лікаря – це можуть бути прояви гепатотоксичного впливу або розвитку міопатії/рабдоміолізу. У таких випадках застосування статину відмінюють.

За відсутності небажаних явищ пацієнту призначають повторні аналізи крові (АЛТ, АСТ, КФК, ЗХС, ХСЛПНЩ) і огляд через 1 і 3 міс – для оцінки безпеки і ефективності лікування. У разі недосягнення цільових рівнів ХС ЛПНЩ дозу статину збільшують і знову контролюють показники ліпідогрामी. Надалі перевіряють зазначені показники не рідше 1 разу на рік (за необхідності – частіше).

Групи пацієнтів, яким показано призначення статинів:

- пацієнти з клінічними ознаками ССЗ атеросклеротичного генезу, у тому числі після інтервенційних втручань;
- пацієнти без ССЗ або ЦД, у яких рівень ХС ЛПНЩ становить $>4,9$ ммоль/л;
- пацієнти з ЦД від 40 до 75 років без ознак ССЗ, у яких рівень ХС ЛПНЩ становить від 1,8 до 4,9 ммоль/л;
- пацієнти без ознак ССЗ від 40 до 75 років, які мають високий або дуже високий ризик (SCORE \geq 5%).

Для пацієнтів старшого віку питання щодо ініціації терапії статинами вирішується індивідуально, з консультаціями вузьких спеціалістів (табл. 6).

Окрім статинів для корекції дисліпідемії можуть використовувати фіbrates, секвестранти жовчних кислот, ніацин (нікотинова кислота), селективний інгібітор абсорбції холестерину (ezetіміб). Необхідність і доцільність їхнього використання або комплексного лікування дисліпідемії визначається консультаванням із вузькими спеціалістами.

Психосоціальні фактори

Відомо, що низький соціально-економічний статус, недостатня соціальна підтримка, стрес на роботі чи в особистому житті, агресивність, депресія, тривожність та інші подібні розлади емоційної сфери призводять до збільшення частоти розвитку ІХС та погіршують прогноз при вже встановленому діагнозі. Так, з'ясовано, що низький соціально-економічний статус, визначений як низький рівень освіти, низький прибуток, низько статусна робота, проживання у бідному районі збільшують ризик ІХС, відносний ризик смерті від ІХС при цьому зростає в 1,3–2,0 рази. Гострі стреси (присутність при катастрофах, загроза життю, спалахи агресії, гніву, горе) можуть діяти як тригери розвитку ГКС. Встановлено, що після смерті важливої людини індивідуальний ризик зростає до 21 разу в перші 24 год, з поступовим повільним зниженням в наступні дні. Хронічний стрес на роботі (подовжена тривалість робочого дня, перевантаження, високі психологічні вимоги, несправедливість) збільшують ризик ІХС у чоловіків в 1,2–1,5 рази. Відсутність психоемоційних та стресових розладів супроводжується зниженим ризиком формування та покращенням прогнозу ІХС. Слід враховувати, що психосоціальні фактори також впливають на прихильність хворих до лікування, на мотивацію до позитивних змін у способі життя.

Експертами ЄТК (2016 р.) рекомендується оцінювати психосоціальні фактори за допомогою стандартних опитувальників, для того щоб швидко визначитись із наявністю можливих додаткових перепон для пацієнта щодо корекції ФР.

ІНШІ ФР

Сімейний анамнез

На сучасному етапі визначено, що наявність передчасної ІХС у родичів першої лінії збільшує ризик. Передчасним вважається розвиток ІХС серед жінок до 65 років, серед чоловіків – до 55 років.

Встановлені також декілька генетичних факторів, наявність яких збільшує загальний серцево-судинний ризик, однак їхнє визначення і врахування в рутинній клінічній практиці не рекомендується.

Профілактика серцево-судинних захворювань
Л.В. Химион, О.Б. Яценко, С.В. Данилюк, Т.А. Сьтюк**Cardiovascular prevention**
L. Khimion, O. Yashchenko, S. Danyliuk, T. Sytiuk

В статті представлено огляд сучасних рекомендацій по профілактиці серцево-судинних захворювань і тактиці сімейного лікаря по виявленню і корекції факторів ризику.

Ключові слова: хронічні неінфекційні захворювання, серцево-судинні захворювання, фактори ризику, здоровий образ життя, профілактика.

The overview of the updated clinical guidelines on cardiovascular prevention and management of risk factors by family physician is given at the article.

Key words: non-communicable chronic diseases, cardiovascular diseases, risk factors, healthy lifestyle, prevention.

Сведения об авторах

Химион Людмила Викторовна – Кафедра сімейної медицини Національної медичної академії післядипломного освіти імені П.Л. Шупика, 04112, г. Київ, ул. Дорогожицька, 9. E-mail: ludmilahimion@hotmail.com

Яценко Оксана Борисовна – Кафедра сімейної медицини Національної медичної академії післядипломного освіти імені П.Л. Шупика, 04112, г. Київ, ул. Дорогожицька, 9

Данилюк Светлана Владимировна – Кафедра сімейної медицини Національної медичної академії післядипломного освіти імені П.Л. Шупика, 04112, г. Київ, ул. Дорогожицька, 9

Сьтюк Татьяна Александровна – Кафедра сімейної медицини Національної медичної академії післядипломного освіти імені П.Л. Шупика, 04112, г. Київ, ул. Дорогожицька, 9

Стаття надійшла в редакцію 06.07.2018

ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ

(одна або декілька правильних відповідей)

1. За яким принципом різні захворювання об'єднані в поняття «хронічні неінфекційні захворювання»?

- Спільність факторів ризику
- Велика медико-соціальна значущість
- Значна поширеність
- Значний рівень інвалідизації.

2. З якого віку сімейний лікар повинен проводити оцінку факторів ризику серцево-судинних захворювань всьому населенню?

- Чоловікам з 60 років, жінкам з 65 років
- Чоловікам з 45 років, жінкам з 50 років
- Чоловікам і жінкам з 40 років
- За бажанням пацієнта.

3. Що оцінюється за допомогою системи SCORE?

- Ризик розвитку летальних серцево-судинних подій протягом наступних 10 років
- Ризик розвитку ІХС протягом наступних 10 років
- Ризик формування серцево-судинних захворювань у найближчі 5 років.

4. Які групи пацієнтів не оцінюються за SCORE, тому що вони відразу відносяться до груп високого і дуже високого ризику?

- Хворі із підвищеним артеріальним тиском, ожирінням, інсулінорезистентністю
- Хворі із встановленим діагнозом ІХС, хронічної хвороби нирок зі зниженням швидкості клубочкової фільтрації менше 30 мл/хв, хворі на ЦД із мікроальбумінурією
- Пацієнти, які курять і зловживають алкоголем.

5. Тактика сімейного лікаря щодо пацієнтів, які курять:

- Слід рекомендувати покинути курити відразу і повністю
- Слід рекомендувати використовувати легкі цигарки із фільтром
- Слід рекомендувати поступове зменшення кількості цигарок на день
- Слід рекомендувати застосування електронних сигарет.

6. Цільовий рівень загального холестерину для пацієнтів із групи високого кардіоваскулярного ризику:

- Не більше 5,2 ммоль/л
- Не більше 4,5 ммоль/л
- Не більше 3,0 ммоль/л
- 3,0–3,9 ммоль/л.

7. Які рекомендації слід надати пацієнтам із низьким і помірним серцево-судинним ризиком щодо здорового харчування?

- Намагатися перейти на вегетаріанське харчування
- Притримуватися звичного харчування та влаштувати 1 день голодування на тиждень
- Зменшити кількість тваринних жирів, цукру, солі, червоного м'яса та збагатити раціон рослинними оліями, овочами і фруктами, цільнозерновими продуктами, вживати рибу декілька разів на тиждень.

8. Для корекції дисліпідемії пацієнтам групи високого ризику слід рекомендувати:

- Гіпохолестеринову дієту і помірні фізичні навантаження
- Гіпохолестеринову дієту і статин
- Гіпохолестеринову дієту, статин, здоровий спосіб життя (нормалізація маси тіла, розширення рівня фізичної активності, утримання від шкідливих звичок).

9. У складі здорового способу життя пацієнтам із низьким і помірним серцево-судинним ризиком слід рекомендувати:

- 150 хв на тиждень аеробних середньої інтенсивності фізичних навантажень або 75 хв на тиждень навантажень високої інтенсивності
- 60 хв фізичних вправ щоденно
- 60 хв підвищеної фізичної активності щоденно
- 30 хв будь-яких фізичних навантажень щоденно.