

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
13.06.2016 № 564

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ
(СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) ТА ТРЕТИННОЇ (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ)
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

ПРОФІЛАКТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

ВСТУП

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Профілактика серцево-судинних захворювань», розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, розглядає медико-організаційні підходи щодо проведення профілактики серцево-судинних захворювань (ССЗ) в Україні з позиції забезпечення наступності етапів медичної допомоги.

Профілактика ССЗ – це скоординовані дії, спрямовані на усунення або зменшення поширеності ССЗ і пов'язаної з ними інвалідності та передчасної смертності. Рекомендовані до застосування у клінічній практиці заходи профілактики ґрунтуються на результатах клініко-епідеміологічних досліджень щодо ССЗ та досліджень щодо впливу заходів профілактики на захворюваність та смертність, проведених на засадах доказової медицини.

УКПМД розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Профілактика серцево-судинних захворювань», яка створена з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, відображених в клінічних настановах (КН) – третинних джерелах, а саме:

1. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012)
2. 2013 АНА/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk
3. 2013 ACC/АНА Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults
4. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD

Ознайомитися з адаптованою клінічною настановою можна за посиланням <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>.

В УКПМД зосереджено увагу на організації профілактики серцево-судинних захворювань в Україні в закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають первинну, вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

У клінічній практиці профілактику поділяють на первинну та вторинну, хоча, зважаючи на те, що виникнення ССЗ пов'язане з безперервним розвитком атеросклеротичного процесу, відмінності між ними умовні – заходи профілактики рекомендується проводити упродовж всього життя, від народження (якщо не раніше) і до старості. Основними заходами профілактики ССЗ, відповідно до положень КН, є виявлення факторів ризику (ФР), проведення загальної оцінки ризику розвитку ССЗ та проведення втручань, направлених на зменшення загального ризику за допомогою впровадження засад здорового способу життя та корекції ФР – медикаментозної та немедикаментозної. Загальновизнаними ФР розвитку ССЗ є артеріальна гіпертензія (АГ), порушення обміну ліпідів та глюкози, фактори, які визначаються способом життя, зокрема, тютюнокуріння, нездорове харчування, недостатня фізична активність, соціальні фактори, психологічні риси

особистості. Провідна роль у виявленні ФР та проведенні профілактики ССЗ належить лікарям закладів первинної медичної допомоги.

За формою, структурою та методичними підходами щодо використання вимог доказової медицини УКПМД в цілому відповідає вимогам «Методики розробки та провадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини», затвердженої наказом МОЗ України від 28 вересня 2012 року № 751, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313. Внесені необхідні уточнення в структуру розділу 3, які відповідають особливостям організації медичної допомоги щодо профілактики ССЗ.

УКПМД розроблений мультидисциплінарною робочою групою, до якої увійшли представники різних медичних спеціальностей: лікарі загальної практики-сімейної медицини, лікарі-кардіологи, лікарі-терапевти, лікарі-дієтологи та інші.

Відповідно до ліцензійних вимог та стандартів акредитації у ЗОЗ має бути наявний Локальний протокол медичної допомоги (ЛПМД), що визначає взаємодію структурних підрозділів ЗОЗ, медичного персоналу тощо (локальний рівень).

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

АГ	Артеріальна гіпертензія
АТ	Артеріальний тиск
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГІМ	Гострий інфаркт міокарда
ГПМК	Гостре порушення мозкового кровообігу
ЗАК	Загальний аналіз крові
ЗАС	Загальний аналіз сечі
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ЗХС	Загальний холестерин
ІМТ	Індекс маси тіла
ІХС	Ішемічна хвороба серця
КІМ	Комплекс «інтіма-медіа»
КМП	Клінічний маршрут пацієнта
КН	Клінічні настанови
ЛПМД	Локальний протокол медичної допомоги
МКАХ	Медична картка амбулаторного хворого
МКХ-10	Міжнародна статистична класифікація захворювань та пов'язаних порушень стану здоров'я (10-е видання)
ССЗ	Серцево-судинні захворювання
ТІА	Транзиторна ішемічна атака
УЗД	Ультразвукове дослідження
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ФР	Фактори ризику
ХС ЛПВЩ	Холестерин ліпопротеїдів високої щільності
ХС ЛПНЩ	Холестерин ліпопротеїди низької щільності
ХХН	Хронічна хвороба нирок
ЦД	Цукровий діабет
SCORE	Проект з оцінки систематичного ішемічного ризику (Systematic Coronary Risk Evaluation Project)

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз та код МКХ-10: для кодифікації профілактичної роботи може бути використана рубрика **Z.00-Z13** МКХ-10 – звертання до ЗОЗ для медичного огляду та обстеження:

Z00.0 – загальний медичний огляд

Z00.8 – інші загальні обстеження (медичний огляд під час масових обстежень населення)

Z01 – інші спеціальні огляди та обстеження осіб за відсутності скарг або встановленого діагнозу, в цій рубриці:

Z01.3 – визначення кров'яного тиску

Z01.7 – лабораторні обстеження

Z01.8 – інше уточнене спеціальне обстеження

Z01.9 – спеціальне обстеження не уточнене

Z03 – медичне спостереження та оцінка при підозрі на хворобу або патологічний стан, в цій рубриці:

Z03.4 – спостереження при підозрі на інфаркт міокарда

Z03.5 – спостереження при підозрі на інші ССЗ

Z13 – спеціальне скринінгове обстеження з метою виявлення інших хвороб або порушень, в цій рубриці:

Z13.1 – спеціальне скринінгове обстеження з метою виявлення ЦД

Z13.6 – спеціальне скринінгове обстеження з метою виявлення ССЗ

Крім того:

Z50.0 – реабілітація при хворобі серця

Для кодифікації виявлених факторів ризику:

Z56.3 Проблеми, пов'язані з працею та безробіттям

Z59 Проблеми, пов'язані з житловими та економічними обставинами

Z59 Проблеми, пов'язані з соціальним оточенням

Z82.3 Інсульт у сімейному анамнезі

Z82.4 ІХС або інші ССЗ (I00-I52, I65-I99) у сімейному анамнезі

Z72.0 Вживання тютюну

Z72.3 Недостатня фізична активність

Z72.4 Невідповідна дієта та шкідливі харчові звички

Z72.8 Інші проблеми, пов'язані зі способом життя (поведінка, що призводить до самоушкодження)

1.2. Протокол призначений для користувачів:

лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів-терапевтів дільничних, лікарів-кардіологів, лікарів-дієтологів, лікарів, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які залучаються до проведення заходів профілактики в медичних закладах, керівників закладів охорони здоров'я різних форм власності та підпорядкування.

1.3. Мета протоколу: впровадження медико-організаційних та лікувально-діагностичних підходів щодо профілактики серцево-судинних захворювань в Україні у відповідності до положень доказової медицини.

1.4. Дата складання протоколу – травень 2016 року.

1.5. Дата перегляду протоколу – травень 2019 року.

1.6. Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці протоколу:

Кравченко Василь Віталійович	директор Медичного департаменту Міністерства охорони здоров'я України, голова робочої групи;
Соколов Максим Юрійович	провідний науковий співробітник відділу інтервенційної кардіології Державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Кардіологія», заступник голови з клінічних питань;
Талаєва Тетяна Володимирівна	Генеральний директор Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», д.мед.н., професор, заступник голови з координації діяльності мультидисциплінарної робочої групи;
Ліщишина Олена Михайлівна	директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.мед.н., ст.н.с., заступник голови з методологічного супроводу;
Багрій Андрій Едуардович	професор кафедри внутрішніх хвороб і загальної практики – сімейної медицини факультету інternатури та післядипломної освіти Донецького національного медичного університету імені М. Горького, д.мед.н., професор;

Волков Володимир Іванович	старший науковий співробітник відділу атеросклерозу та ішемічної хвороби серця Державної установи «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», д.мед.н., професор;
Гідзинська Ірина Миколаївна	завідувач консультативно-діагностичного центру (КДЦ) терапевтичного відділення КДЦ Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, к.мед.н.;
Горова Елла Володимирівна	заступник начальника управління – начальник відділу контролю якості медичної допомоги управління ліцензування та якості медичної допомоги МОЗ України;
Долженко Марина Миколаївна	завідувач кафедри кардіології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор;
Кіржнер Геннадій Давидович	доцент кафедри сімейної медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Клименко Ліліана Вікторівна	асистент кафедри кардіології і функціональної діагностики Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.мед.н.;
Корж Олексій Миколайович	завідувач кафедри загальної практики – сімейної медицини Харківської медичної академії післядипломної освіти;
Кочуєв Геннадій Іванович	доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини Харківської медичної академії післядипломної освіти;
Краснокутський Сергій Володимирович	доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини Харківської медичної академії післядипломної освіти;
Лобортас Оксана Михайлівна	сімейний лікар Комунального закладу охорони здоров'я «Харківська міська поліклініка № 21»;
Лутай Михайло Іларіонович	заступник директора з наукової роботи Державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», д.мед.н., професор;

- Матюха Лариса Федорівна завідувач кафедри сімейної медицини і амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина»;
- Мітченко Олена Іванівна завідувач відділу дисліпідемій Державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», д.мед.н., професор;
- Мороз Галина Зотівна професор кафедри військової загальної практики – сімейної медицини Української військово-медичної академії, д.мед.н., професор;
- Нетяженко Василь Захарович завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, член-кор. НАМН України, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Терапія»;
- Несукай Олена Геннадіївна старший науковий співробітник відділу некоронарних хвороб серця Державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор;
- Острополець Наталія Андріївна начальник відділу високоспеціалізованої медичної допомоги управління надання медичної допомоги дорослим Департаменту медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України;
- Романов Вадим Юрійович старший науковий співробітник відділу дисліпідемій Державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України»;
- Титова Тетяна Анатоліївна доцент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.мед.н.;
- Тихонова Сусанна Адольфівна професор кафедри внутрішньої медицини № 2 Одеського національного медичного університету, д.мед.н., кардіолог вищої категорії;

Хіміон Людмила Вікторівна	виконувач обов'язків завідувача кафедри сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н.;
Целуйко Віра Йосипівна	завідувач кафедри кардіології та функціональної діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти, д.мед.н., професор;
Швець Олег Віталійович	директор Державного підприємства «Державний науково-дослідний центр з проблем гігієни харчування» МОЗ України, доцент кафедри внутрішньої медицини №1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, к.мед.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дієтологія»;
Ягенський Андрій Володимирович	керівник Волинського обласного центру кардіоваскулярної патології, д.мед.н., професор;
Ященко Оксана Борисівна	доцент кафедри сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.мед.н., доцент.

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Горох Євгеній Леонідович	начальник Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.техн.н.;
Мельник Євгенія Олександрівна	начальник Відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;
Мігель Олександр Володимирович	завідувач сектору економічної оцінки медичних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;
Нетяженко Нонна Василівна	експерт Відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;
Шилкіна Олена Олександрівна	начальник Відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України».

Адреса для листування: Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», м. Київ. Електронна адреса: medstandards@dec.gov.ua.

Електронну версію документу можна завантажити на офіційному сайті МОЗ України: <http://www.moz.gov.ua> та в Реєстрі медико-технологічних документів: <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>

Рецензенти:

- Бабінець Лілія Степанівна завідувач кафедри первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики-сімейної медицини Державного вищого навчального закладу «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України», д.мед.н., професор;
- Вакалюк Ігор Петрович проректор з наукової роботи Державного вищого навчального закладу «Івано-Франківський національний медичний університет», завідувач кафедри внутрішньої медицини № 4 та медсестринства, д.мед.н., професор;
- Ісаєва Ганна Сергіївна завідувач відділу комплексного зниження ризику хронічних неінфекційних захворювань Державної установи «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», д.мед.н.;
- Рішко Микола Васильович завідувач кафедри госпітальної терапії Ужгородського національного університету, д.мед.н., професор, Заслужений лікар України, голова Закарпатського обласного товариства терапевтів та кардіологів, член президії асоціації терапевтів України, член президії асоціації кардіологів України, член Європейського товариства кардіологів.

1.7. Коротка епідеміологічна інформація

У країнах Європи ССЗ є однією з основних причин передчасної смерті і втрати скоригованих на інвалідність років життя: у жінок, віком до 75 років, вони складають 42% всіх випадків смерті, у чоловіків – 38%. Згідно з інформацією, наведеною у рапорті ВООЗ 2014 року, станом на 2012 рік кількість випадків смерті від ССЗ у світі становила 17,5 млн.

У багатьох європейських країнах в період з 1970 до 1990 рр. спостерігалось зниження стандартизованого за віком показника смертності від ішемічної хвороби серця (ІХС) і ССЗ, що свідчить про можливість профілактики передчасної смертності та збільшення тривалості життя. Понад 50% зареєстрованого зниження смертності від ССЗ пов'язано з модифікацією ФР, 40% – із впровадженням нових технологій лікування. Однак у ряді країн Східної Європи смертність від ССЗ та ІХС залишається високою.

В Україні смертність від ССЗ станом на 2013 рік становила 957,3 на 100 тис. населення, що дещо менше, ніж у 2009 році – 1002 на 100 тис. населення.

Зменшення смертності ймовірно пов'язане зі зменшенням поширення тютюнокуріння внаслідок прийняття сучасного законодавства, спрямованого на заборону реклами, паління у громадських місцях і значне зростання вартості тютюнових виробів.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

В Європейських КН з профілактики ССЗ у клінічній практиці 2012 р. (п'ятий перегляд) задекларовано необхідність проведення профілактичних заходів впродовж усього життя – від народження (якщо не раніше) до глибокої старості – та набули подальшого розвитку підходи щодо комплексного використання стратегій популяційної профілактики – щодо необхідності проведення освітніх програм для населення – та високого ризику – щодо поліпшення контролю ФР у клінічній практиці. Серед новітніх сучасних стратегій – зосередження уваги на особах, чий рівень ризику є низьким, в першу чергу, як результат молодого віку, та більш широке використання заходів медикаментозної корекції ФР. Рекомендується впроваджувати в клінічну практику системи оцінки ризику, які можуть бути використані в осіб молодого віку. Можливість такої оцінки дає, зокрема, шкала відносного ризику SCORE. Мотивація пацієнтів молодого віку до дотримання засад здорового способу життя та зміни моделі поведінки буде вищою у випадку надання їм інформації щодо можливості зміни рівня ризику розвитку ССЗ упродовж життя за рахунок усунення негативного впливу ФР у молодому віці. Встановлено, що ефективними заходами профілактики є здоровий спосіб життя та корекція ФР, в тому числі, із застосуванням фармакологічних препаратів (за наявності показань).

Впровадження наукових підходів, що відповідають вимогам доказової медицини, в роботу ЗОЗ може стати запорукою підвищення ефективності профілактичних заходів і зниження захворюваності та смертності від ССЗ в Україні.

Особливості процесу надання медичної допомоги

Ефективна профілактика ССЗ включає:

1. Виявлення чинників, захворювань та станів, що можуть мати негативний вплив на розвиток ССЗ та визначають рівень загального ризику ССЗ.
2. Корекцію (немедикаментозну та медикаментозну) ФР, що піддаються модифікації, упродовж життя.
3. Навчання пацієнтів з питань профілактики ССЗ, залучення їх до моніторингу ФР, підтримання у них мотивації щодо дотримання здорового способу життя та рекомендацій лікаря.

У КН з профілактики ССЗ Європейського товариства кардіологів 2012 року перелік заходів корекції з доведеною ефективністю включає відмову від тютюнокуріння, дотримання засад здорового харчування, підтримку адекватного рівня фізичної активності, корекцію психосоціальних ФР, підтримку оптимальної маси тіла, нормалізацію рівня артеріального тиску (АТ), нормалізацію рівня ліпідів. Обов'язковою складовою заходів щодо корекції ФР є навчання пацієнтів з питань здорового способу життя, попередження ССЗ, підтримання у них мотивації щодо збереження здоров'я та дотримання рекомендацій лікаря.

Основний обсяг медико-організаційних заходів щодо профілактики ССЗ проводиться в ЗОЗ, які надають первинну медичну допомогу. Заходи профілактики ССЗ проводяться у всіх пацієнтів, незалежно від наявності або відсутності ССЗ або інших захворювань, і потребують, перш за все, виявлення ФР розвитку ССЗ та визначення ризику ССЗ з використанням стандартизованих моделей оцінки. Для оцінки ризику у європейській популяції використовується модель SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation), яка розроблена у декількох варіантах: для країн з високим та низьким рівнем розвитку ССЗ та для деяких окремих країн (Бельгія, Німеччина, Греція, Голландія, Швеція, Польща, Іспанія), в тому числі, в електронному варіанті (<http://www.escardio.org/Guidelines-&Education/Practice-tools/CVD-prevention-toolbox/SCORE-Risk-Charts?hit=heartscore>). Україна, як і ряд країн колишнього СРСР, відноситься до країн з високим рівнем розвитку ССЗ. Компонентами моделі є вік, стать пацієнта, статус тютюнокуріння, рівень систолічного АТ та рівень загального холестерину (ЗХС). Визначення ризику за SCORE рекомендується проводити особам чоловічої статі від 40 років та жіночої статі від 50 років, у яких немає цукрового діабету (ЦД), хронічної хвороби нирок (ХХН) або ССЗ (ІХС, гострий інфаркт міокарда (ГІМ), гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) в анамнезі, облітеруючий атеросклероз артерій кінцівок). Градація рівня ризику за SCORE наведена у розділі 4. У молодих людей з ФР рекомендується застосовувати шкалу відносного ризику SCORE, яка показує, наскільки наявний рівень ризику вищий, ніж в особи з ідеальним профілем ФР. Незважаючи на відсутність досліджень щодо впливу визначення ризику ССЗ у клінічній практиці на захворюваність та смертність від ССЗ, застосування моделей оцінки ризику регламентується КН з профілактики, тому що вони дозволяють клініцисту оцінити ризик швидко та з достатнім рівнем достовірності, що допомагає прийняти зважене клінічне рішення.

В цілому, комплекс медико-організаційних заходів щодо профілактики ССЗ у ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, включає:

1. Виявлення у пацієнтів ФР, захворювань та станів, що сприяють розвитку ССЗ.
2. Визначення загального або відносного ризику розвитку ССЗ з використанням шкали SCORE.
3. Проведення заходів щодо зменшення загального ризику розвитку ССЗ:
 - 3.1. Навчання пацієнтів з питань профілактики ССЗ і здорового способу життя.
 - 3.2. Корекцію ФР – немедикаментозну і медикаментозну.
 - 3.3. 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 з ССЗ.
5. Періодичну повторну оцінку рівня ризику ССЗ пацієнтів з низьким та помірним рівнем ризику.

При наданні вторинної медичної допомоги велику роль у профілактиці ССЗ відіграють лікарі-кардіологи. Це стосується, в першу чергу,

консультативної допомоги лікарям первинної допомоги щодо уточнення вірогідного діагнозу ССЗ у пацієнтів високого ризику та визначення рівня ризику у пацієнтів низького та помірного ризику з використанням інструментальних методик, які не можуть бути проведені у ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу.

КН регламентують проведення додаткових інструментальних обстежень особам без ССЗ, чий рівень ризику є помірним (при визначенні за шкалою SCORE) з метою уточнення рівня ризику (розділ 4). До переліку рекомендованих для визначення показників відносяться:

1. Товщина комплексу «інтіма-медіа» (КІМ) сонної артерії та виявлення атеросклеротичного ураження сонної артерії при проведенні ультразвукового дослідження (УЗД):

2. Визначення індексу «гомілка-плече».

3. Визначення вмісту коронарного кальцію.

4. Оцінка результатів проби з дозованим фізичним навантаженням.

Обсяг обстежень, які можуть бути проведені у ЗОЗ вторинної допомоги з метою оцінки ризику, визначається матеріально-технічною базою закладу.

Комплекс заходів щодо профілактики ССЗ є універсальним для ЗОЗ всіх видів надання медичної допомоги. Роль лікаря ЗОЗ, що надають вторинну та третинну медичну допомогу, полягає в оцінці ефективності заходів корекції ФР, призначених у ЗОЗ первинної медичної допомоги, та підсилення мотивації пацієнта до виконання вимог здорового способу життя, корекції ФР та прихильності до медикаментозного лікування. У разі необхідності проводиться корекція рекомендацій, наданих у ЗОЗ первинної медичної допомоги.

Важливим аспектом профілактики ССЗ є адекватне лікування хворих на АГ, ЦД, пацієнтів з ХХН, яке проводиться у відповідності до чинних УКПМД. Залучення лікарів-спеціалістів з метою корекції супутніх захворювань та станів, а також – для немедикаментозної корекції ФР (лікаря-психолога – програма відмови від тютюнокуріння, лікаря з лікувальної фізкультури – оптимізація режиму фізичної активності тощо) також може проводитись у ЗОЗ, що надають вторинну та третинну медичну допомогу.

Підвищення ефективності заходів профілактики ССЗ потребує системного підходу, наступності та участі всіх працівників ЗОЗ. Заходом з доведеною ефективністю є залучення медичних сестер до проведення заходів щодо підвищення поінформованості пацієнтів та моніторингу корекції ФР. Цей аспект проблеми потребує уваги та впровадження в Україні.

Ефективне впровадження УКПМД «Профілактика серцево-судинних захворювань» у практику надання медичної допомоги в Україні потребує проведення заходів щодо підвищення поінформованості лікарів та медичних сестер з питань профілактики ССЗ та проведення профілактичного консультування. Проведення таких занять доцільно організовувати в усіх ЗОЗ на етапі розробки і впровадження ЛПМД «Профілактика серцево-судинних захворювань». Програма підготовки має включати основні питання:

- сучасні аспекти профілактики ССЗ впродовж життя з використанням заходів з доведеною ефективністю;

- методика проведення профілактичного консультування;
- моніторинг ФР та підтримання мотивації пацієнтів щодо їх корекції та дотримання засад здорового способу життя.

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

3.1. ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

3.1.1 Виявлення факторів ризику ССЗ та стратифікація ризику

Положення протоколу

Всім 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.

Всім особам чоловічої статі від 40 років та жіночої статі від 50 років, у яких немає ЦД, ХХН або ССЗ (ІХС, ГІМ, ГПМК, облітеруючий атеросклероз артерій кінцівок) проводиться визначення ризику за шкалою SCORE (див. розділ 4, пункт 4.1.1.2).

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

Обґрунтування

Існуюча доказова база свідчить про те, 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 рівень ризику, призводить до зниження смертності від ССЗ.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Проведення лікарського огляду з визначенням ФР:
 - 1.1. збір скарг та анамнезу:
 - 1.1.1 обтяжена спадковість щодо ССЗ;
 - 1.1.2 наявність ССЗ;
 - 1.1.3 наявність ЦД, ХХН;
 - 1.1.4 виявлення ФР, пов'язаних зі способом життя – тютюнокуріння, нездорове харчування, низька фізична активність.
 2. Клінічний огляд – вимірювання АТ, визначення індексу маси тіла (ІМТ) та обсягу талії.
 3. Реєстрація ЕКГ.
 4. Лабораторні обстеження: ЗАК, ЗАС, ЗХС, глікемія, креатинін:
 - 4.1. виявлення порушень обміну ліпідів;

- 4.2. виявлення порушень обміну глюкози та/або діагностика ЦД;
- 4.3. виявлення порушення функції нирок та/або діагностика ХХН.
5. Визначення рівня ризику (див. розділ 4, пункти 4.1.1, 4.1.2, 4.1.3).
6. Пацієнтам, які мають хронічні захворювання – ГІМ або ГПМК в анамнезі, ЦД, ХХН – проведення скринінгу депресії у відповідності до УКПМД «Депресія» (наказ МОЗ України від 25.12.2014 № 1003).
7. Запис у медичній картці амбулаторного хворого (МКАХ) з переліком наявних ФР розвитку ССЗ та рівня ризику для подальшого моніторингу.

Бажані:

1. Проведення оцінки відносного ризику особам молодого віку (див. розділ 4, пункт 4.1.1.4).
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 КІМ та/або виявлення атеросклеротичних бляшок) тощо для уточнення ризику ССЗ.
3. Проведення верифікації ураження органів-мішеней у пацієнтів з ЦД та з АГ.
4. Оцінка психосоціальних ФР з використанням стандартизованого підходу (див. розділ 4, пункт 4.1.1.5).

3.1.2. Корекція факторів ризику: немедикаментозна та медикаментозна

Положення протоколу

Всім 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, надається інформація про вплив цих факторів на стан їх здоров'я, призначаються заходи немедикаментозної корекції. Пацієнтам з високим та дуже високим ризиком ССЗ призначається медикаментозна корекція ФР, зокрема, гіперхолестеринемії. Пацієнтам, які мають супутню патологію, наявність якої негативно впливає на розвиток ССЗ, призначається лікування відповідно до чинних медико-технологічних документів.

Обґрунтування

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

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Навчання пацієнта (див. розділ 4, пункти 4.1.2.1, 4.1.2.2 та додаток 1):

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 (див. розділ 4, пункт 4.1.2.1).

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 4, пункти 4.1.2.8, 4.1.2.9).

4. Пацієнтам, які мають супутню патологію, наявність якої негативно впливає на розвиток 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; впевнитися, що пацієнт зрозумів надані йому рекомендації.

6. Відповісти на запитання пацієнта.

7. Зробити відповідний запис у МКАХ.

Бажані:

1. За наявності відповідної матеріально-технічної бази – надати пацієнту роздрукований «Інформаційний лист» (див. додатки 1, 2).

2. Залучити пацієнта до участі в програмах немедикаментозної корекції ФР: школи здоров'я, програми відмови від тютюнокуріння, лікування ожиріння тощо (за їх наявності).

3.1.2.1 Заходи немедикаментозної корекції факторів ризику

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

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

2. Всім пацієнтам рекомендувати уникати пасивного тютюнокуріння.

3. Заохочувати всіх пацієнтів до виконання рекомендацій щодо здорового харчування (див. розділ 4, пункт 4.1.2.3, додаток 2 та «Методичні рекомендації з приводу консультування пацієнтів щодо основних засад здорового харчування, затверджені наказом МОЗ України від 14.01.2013 № 16).

4. Заохочувати всіх пацієнтів до виконання ранкової гігієнічної гімнастики та помірного фізичного навантаження не менше 30 хвилин на день (до появи легкого відчуття задишки) у будь-якому вигляді (виконання роботи вдома, в саду, активний відпочинок, ходьба, фізичні вправи) (див. розділ 4, пункт 4.1.2.4).

5. Рекомендувати всім пацієнтам контролювати ІМТ, обсяг талії, підтримувати ІМТ в межах 18,5-24,9 кг/м², обсяг талії < 94 см у чоловіків і < 80 см у жінок (див. розділ 4, пункт 4.1.2.5).

6. Пацієнтам, які курять (незалежно від статі, віку та супутньої патології) (див. розділ 4, пункт 4.1.2.6):

6.1. Рекомендувати повну відмову від тютюнокуріння.

6.2. Запропонувати консультацію щодо відмови від тютюнокуріння у відповідності 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 № 746 (див. розділ 4, пункт 4.1.2.2).

7. Пацієнтам з надлишковою масою тіла або ожирінням (див. розділ 4, пункт 4.1.2.5 та додаток 2):

7.1. Рекомендувати обмежити енергетичну цінність харчового раціону.

7.2. Рекомендувати дотримуватись засад здорового харчування та вести щоденник харчування.

7.3. Рекомендувати збільшити рівень фізичної активності.

8. Пацієнтам з ознаками тривоги та депресії (див. розділ 4, пункт 4.1.2.7):

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

8.2. У випадку клінічно значимих симптомів депресії, тривоги та врожості повинні бути розглянуті психотерапія та медикаментозне лікування.

3.1.2.2. Медикаментозна корекція факторів ризику

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

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

2. Медикаментозне лікування дисліпідемії призначається пацієнтам з високим або дуже високим рівнем ризику ССЗ (див. розділ 4, пункти 4.1.2.8, 4.1.2.9).

3. Медикаментозне лікування хворих на ЦД, ХХН, ССЗ призначається відповідно до чинних медико-технологічних документів.

3.1.3. Моніторинг факторів ризику та проведення профілактики ССЗ впродовж життя. Диспансерний нагляд за особами високого та дуже високого ризику

Положення протоколу

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

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

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

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

Обґрунтування

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 вмотивованості пацієнта, що потребує постійної підтримки з боку медичного персоналу.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові

1. Пацієнти високого та дуже високого ризику ССЗ перебувають під регулярним наглядом лікаря. Лікар проводить клінічний огляд, реєстрацію ЕКГ та лабораторні обстеження – ЗАК, ЗАС, визначення рівня глікемії натще, ЗХС, креатиніну з частотою 1 раз на рік, за наявності показань частота оглядів визначається індивідуально (див. розділ 4, пункт 4.1.3.1).

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 призначено 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 $\geq 50\%$ зниження ХС ЛПНЩ від початкового рівня.

4. Обсяг обстежень та частота проведення диспансерного нагляду за пацієнтами з діагностованими захворюваннями визначається чинними медико-технологічними документами, наказами МОЗ України та локальними протоколами або відповідними наказами відділу охорони здоров'я. Оцінка ризику ССЗ та ступеня корекції ФР розвитку ССЗ у таких пацієнтів проводиться під час клінічного огляду з метою диспансеризації з приводу захворювання.

5. Пацієнтам низького та помірного ризику при 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 узгоджених з пацієнтом засобів зв'язку (електронної пошти тощо).

Бажані:

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.

3.2. ВТОРИННА (СПЕЦІАЛІЗОВАНА) ТА ТРЕТИННА (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНА) МЕДИЧНА ДОПОМОГА

3.2.1. Виявлення факторів ризику ССЗ та стратифікація ризику

Положення протоколу

Всім пацієнтам, які звертаються до лікаря-кардіолога з метою встановлення діагнозу ССЗ, при первинному контакті проводиться оцінка ризику розвитку ССЗ та ступеня корекції наявних ФР.

Оцінка ризику у пацієнтів, у яких не виявлено ознак ССЗ, проводиться за шкалою SCORE (див. розділ 3, пункт 3.1.1, розділ 4, пункт 4.1.1.2). Особам, які не мають ССЗ, у яких ризик при визначенні за шкалою SCORE становить від 1 до 4%, рекомендується проводити УЗД сонних артерій з метою виявлення атеросклеротичних бляшок та визначенням товщини КІМ.

Обґрунтування

Існуюча доказова база свідчить про те, що розвиток ССЗ залежить від рівня ризику.

Використання стандартизованих методик оцінки загального ризику дозволяє провести стратифікацію пацієнтів за рівнем ризику.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Проведення лікарського огляду пацієнтів (див. розділ 3, пункт 3.1.1).
2. Оцінка динаміки рівня ФР внаслідок виконання заходів корекції, призначених у ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу.
3. Пацієнтам з помірним рівнем ризику за шкалою SCORE, які не мають ССЗ – проведення УЗД сонної артерії з визначенням КІМ (див. розділ 4, пункт 4.2.1).

4. Пацієнтам з АГ – визначення ступеня ураження органів-мішеней (див. розділ 4, пункт 4.2.2):

- 4.1. гіпертрофія лівого шлуночка – ехокардіографія;
- 4.2. атеросклероз сонної артерії – УЗД сонної артерії;
- 4.3. ураження нирок – визначення швидкості клубочкової фільтрації;
- 4.4. офтальмоскопія очного дна.

5. Пацієнтам з клінічними ознаками ССЗ – призначення комплексу обстежень відповідно до чинних медико-технологічних документів.

6. Пацієнтам з ЦД 2 типу з метою визначення безсимптомної ішемії міокарда – розглянути доцільність проведення проби з дозованим фізичним навантаженням або методик візуалізації міокарда.

7. Пацієнтам з ЦД 2 типу – визначення екскреції альбуміну з сечею, в т.ч. – мікроальбумінурії.

8. Визначення рівня ризику (див. розділ 4, пункти 4.1.1., 4.1.2, 4.1.3). Ступінь ризику у пацієнтів з ЦД залежить від наявності ураження органів-мішеней і визначається як «високий» (немає ураження) або «дуже високий» (є ураження).

9. Пацієнтам, які мають хронічні захворювання (ГІМ або ГПМК в анамнезі, ЦД, ХХН) – проведення скринінгу депресії відповідно до УКПМД «Депресія» (наказ МОЗ України від 25.12.2014 № 1003)

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

Бажані:

1. Проведення оцінки відносного ризику особам молодого віку (див. розділ 4, пункт 4.1.1.4).

2. Розгляд питання щодо доцільності проведення додаткових досліджень – проби з дозованим фізичним навантаженням та визначення вмісту кальцію в коронарних судинах – для оцінки ризику ССЗ у безсимптомних осіб з помірним рівнем ризику.

3. Оцінка психосоціальних ФР з використанням стандартизованого підходу (див. розділ 4, пункт 4.1.1.5).

3.2.2. Корекція факторів ризику: немедикаментозна та медикаментозна

Положення протоколу

Всім пацієнтам, які звернулись до ЗОЗ, які надають вторинну та третинну медичну допомогу, з метою отримання консультації щодо ССЗ, незалежно від наявності або відсутності ССЗ та ступеня серцево-судинного ризику, надаються рекомендації щодо дотримання здорового способу життя та інформація щодо основних компонентів здорового способу життя.

Пацієнтам, яким встановлено діагноз ССЗ, надається інформація про важливість дотримання засад здорового способу життя та корекції ФР для покращання прогнозу захворювання, профілактики виникнення ускладнень та передчасної смертності.

Пацієнтам, в яких не виявлено ССЗ, надається інформація про важливість дотримання засад здорового способу життя та корекції ФР для профілактики розвитку ССЗ.

Пацієнтам з високим та дуже високим ризиком призначається медикаментозна корекція ФР або надаються рекомендації щодо виконання заходів корекції, призначених у ЗОЗ первинної медичної допомоги. За необхідності, проводиться корекція призначеного лікування. Пацієнтам, які мають супутню патологію, наявність якої негативно впливає на розвиток ССЗ, призначається лікування відповідно до чинних медико-технологічних документів.

Обґрунтування

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

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Навчання пацієнта (див. розділ 3, пункт 3.1.3).
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 медикаментозне лікування ФР відповідно до чинних медико-технологічних документів.
4. Пацієнтам, які мають супутню патологію, наявність якої негативно впливає на розвиток 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. Впевнитись, що пацієнт зрозумів надані йому рекомендації.
6. Відповісти на запитання пацієнта.
7. Зробити відповідний запис в МКАХ.

Бажані:

1. За наявності відповідної матеріально-технічної бази – надати пацієнту інформацію щодо заходів профілактики у друкованому вигляді (додаток 3, 4).
2. Забезпечити участь пацієнта в програмах немедикаментозної корекції ФР: школи здоров'я, програми відмови від тютюнокуріння, лікування ожиріння тощо (за їх наявності).

3.2.2.1 Заходи немедикаментозної корекції факторів ризику

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

Перелік заходів наведено у розділі 3, пункті 3.1.2.2.

Бажані:

1. Направити пацієнтів, які потребують збільшення рівня фізичної активності, до лікаря з лікувальної фізкультури.
2. Направити пацієнтів з ССЗ, які ведуть малорухомий спосіб життя та потребують збільшення рівня фізичної активності, для проведення проби з дозованим фізичним навантаженням з метою визначення допустимого рівня фізичних навантажень.
3. Консультація пацієнтів з ЦД у лікаря-ендокринолога (відповідно до УКПМД «Цукровий діабет 2 типу»).

3.2.2.2 Медикаментозна корекція факторів ризику

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Медикаментозне лікування підвищеного АТ призначається відповідно до УКПМД «Артеріальна гіпертензія».
2. Медикаментозне лікування дисліпідемії призначається пацієнтам з високим або дуже високим рівнем ризику ССЗ (див. розділ 4, пункти 4.1.2.8, 4.1.2.9).
3. Медикаментозне лікування та консультація пацієнтів з ЦД у лікаря-ендокринолога призначається відповідно до УКПМД «Цукровий діабет 2 типу».
4. Медикаментозне лікування ССЗ призначається відповідно до існуючих медико-технологічних документів.

3.2.3 Моніторинг факторів ризику та проведення профілактики ССЗ впродовж життя. Диспансерний нагляд за особами високого та дуже високого ризику

Положення протоколу

Всім пацієнтам при повторному зверненні до лікаря-кардіолога проводиться оцінка ступеня корекції ФР.

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

Всім пацієнтам проводяться заходи з підсилення мотивації щодо дотримання засад здорового способу життя та виконання рекомендацій щодо корекції ФР.

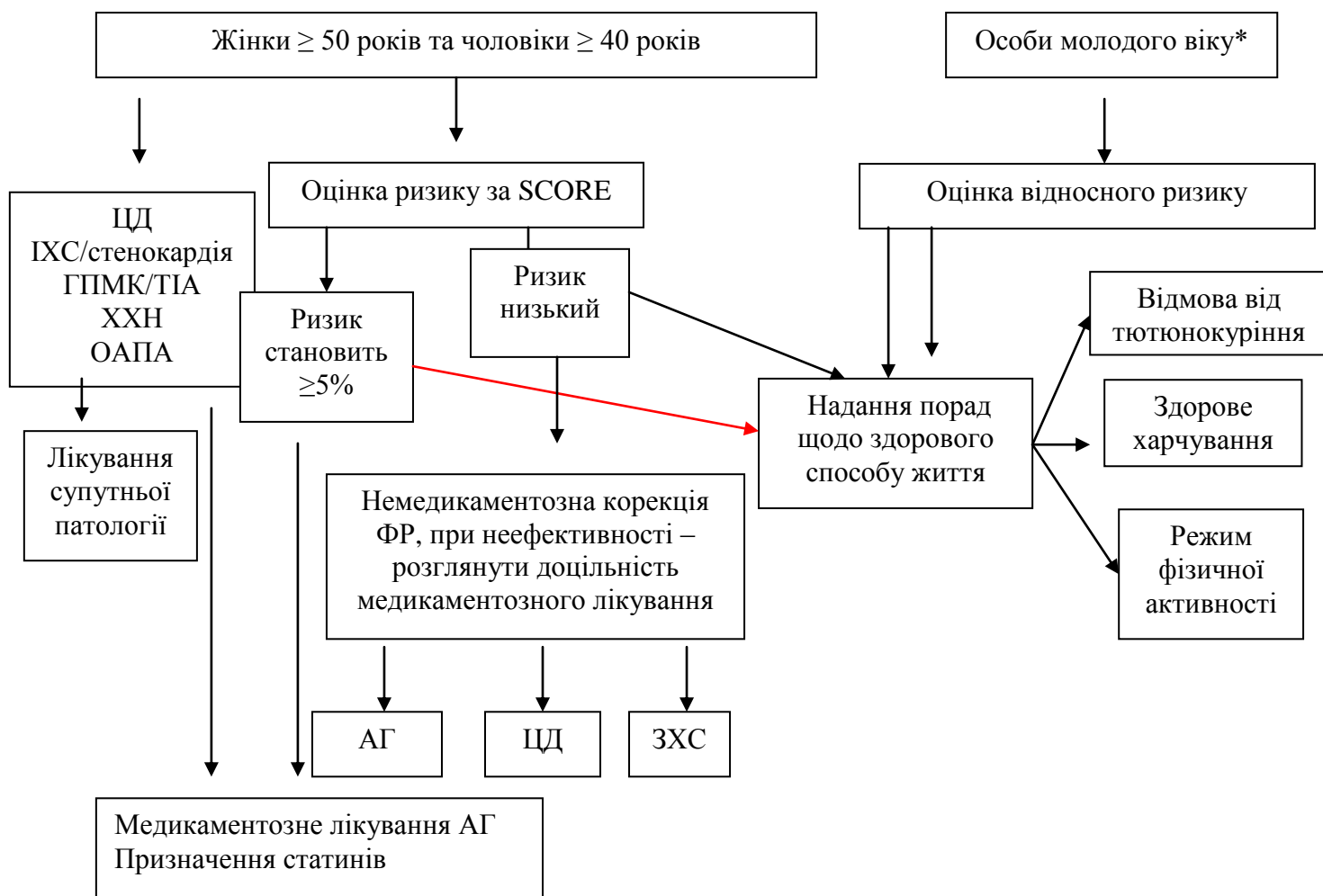
За необхідності, проводиться корекція призначеного медикаментозного лікування для досягнення цільового рівня показників.

Диспансерний нагляд за пацієнтами високого ризику та повторна оцінка рівня ризику у пацієнтів низького ризику проводиться лікарями ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу (див. розділ 3, пункт 3.1.3).

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

4.1. ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Алгоритм проведення заходів профілактики ССЗ у ЗОЗ, що надають первинну допомогу



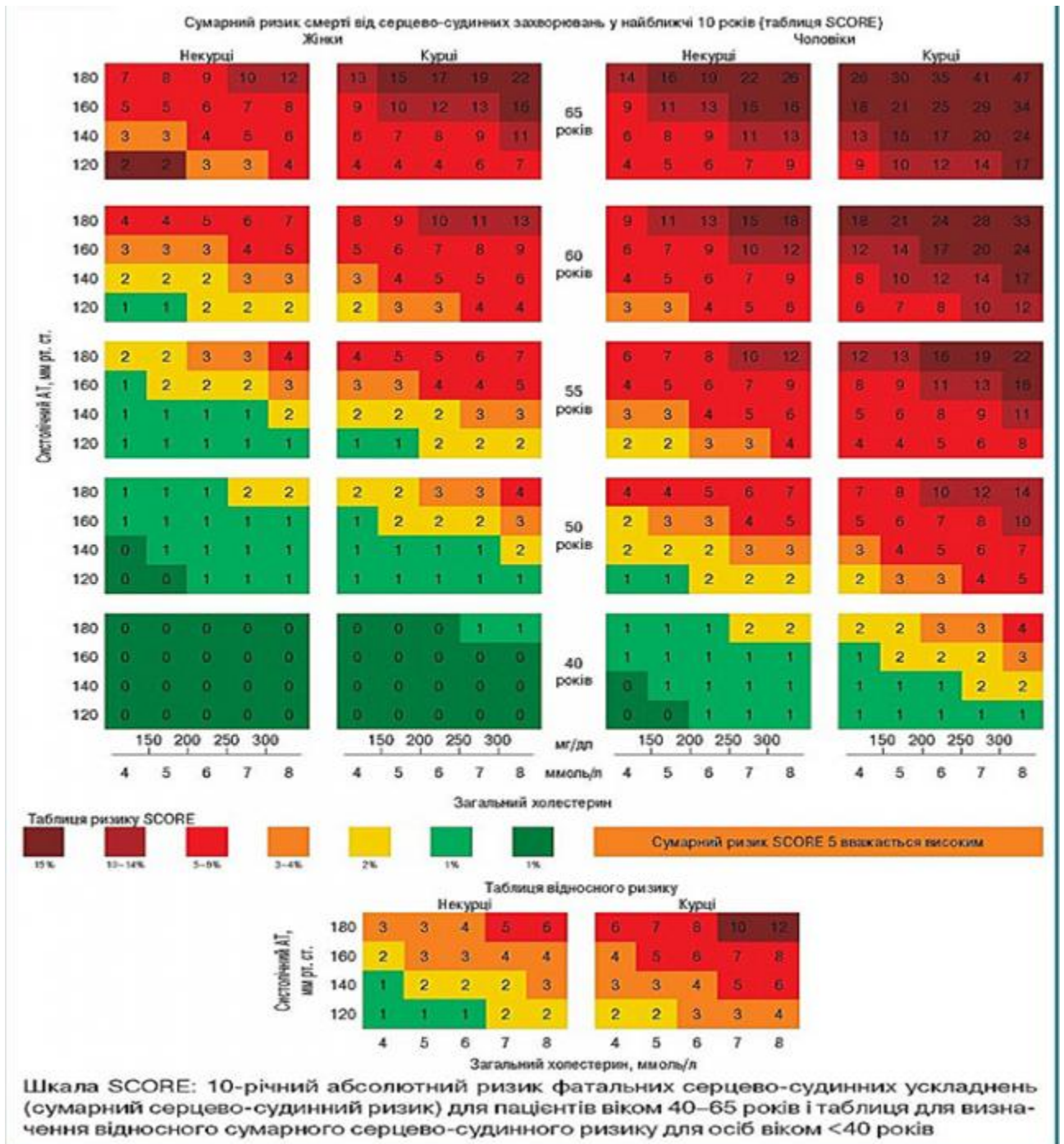
* за бажанням або за наявності обтяженого сімейного анамнезу щодо ССЗ або підвищення рівня АТ, ЗХС або глікемії

4.1.1 Виявлення факторів ризику ССЗ та стратифікація ризику

4.1.1.1. Стратифікація ризику

Дуже високий ризик	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пацієнти з підтвердженим діагнозом ССЗ: ГКС або ГІМ в анамнезі, симптоми стабільної або нестабільної стенокардії, процедури реваскуляризації – коронарних артерій або інших артерій, ГПМК, ТІА, ураження периферичних артерій атеросклеротичного генезу 2. ЦД + ≥ 1 ФР та/або ураження органів-мішеней без клінічних ознак (виявляється при лабораторному або інструментальному обстеженні) 3. Важка ХХН (швидкість клубочкової фільтрації ≤ 30 мл/м²) 4. Ризик за SCORE $\geq 10\%$
Високий ризик	<ol style="list-style-type: none"> 1. Виражені зміни одного показника (ФР) – сімейна гіперхолестеринемія, АГ III ступеня 2. ЦД без ураження органів-мішеней 3. ХХН (швидкість клубочкової фільтрації 30-59 мл/м²) 4. Ризик за SCORE $> 5\%$ але $\leq 10\%$
Помірний ризик	Ризик за SCORE $\geq 1\%$ але $< 5\%$
Низький ризик	Ризик за SCORE $< 1\%$, відсутність інших ознак високого ризику

4.1.1.2 Шкала оцінки загального ризику CC3 SCORE



4.1.1.3. Градація рівня ризику за шкалою SCORE

Дуже високий	SCORE \geq 10%
Високий	10% > SCORE \geq 5%
Помірний	5% > SCORE \geq 1%
Низький	SCORE < 1%

4.1.1.4 Модель оцінки відносного ризику розвитку ССЗ в осіб молодого віку

Систолічний АТ мм рт.ст.	Тютюнокуріння (-)					Тютюнокуріння (+)				
180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
Рівень ЗХС (ММОЛЬ/Л)										

4.1.1.5. Основні запитання для оцінки психосоціальних факторів ризику в клінічній практиці

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.

Низький соціально-економічний статус	Яка у Вас освіта?
	Ваша робота пов'язана з фізичною працею?
Стрес на роботі та в сім'ї	Чи справляєтеся Ви з Вашими обов'язками на роботі?
	Чи задовольняє Вас ваша заробітна плата?
	Чи є у вас серйозні проблеми з Вашим чоловіком (дружиною)?
Соціальна ізоляція	Ви живете один?
	Вам не вистачає близького друга?
Депресія	Чи відчуваєте Ви пригнічення, депресію або безнадію?
	Чи втратили Ви інтерес та задоволення від життя?
Тривога	Чи часто Ви буваєте знервованим, тривожним або роздратованим?

	Чи часто Ви не можете позбутися тривожних думок або контролювати їх?
Ворожість	Чи часто Ви буваєте сердитим через дрібниці?
	Чи часто Вас дратує поведінка інших людей?
Особистість типу D	Чи часто Ви відчуваєте занепокоєння, дратівливість або депресію?
	Чи уникаєте Ви ділитися своїми думками та почуттями з іншими людьми?

4.1.2. Корекція факторів ризику: немедикаментозна та медикаментозна

4.1.2.1 Профілактичне консультування

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

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

1. Встановлення довірчих відносин з пацієнтом.
2. Консультування усіх осіб з ССЗ або високим ризиком їх розвитку.
3. Надання пацієнтові інформації щодо причинно-наслідкового зв'язку між способом життя та станом здоров'я.
4. Допомога особам щодо оцінки перешкод при зміні способу життя.
5. Підвищення відповідальності пацієнтів щодо наслідків нездорової моделі поведінки.
6. Залучення пацієнтів до процесу визначення та вибору ФР, які потрібно змінити.
7. Використання комбінації стратегій, в т.ч., підтримки індивідуальної здатності до змін
8. Розробка плану щодо модифікації способу життя.
9. За можливості, залучення інших медичних спеціалістів.
10. Моніторинг позитивних змін при постійному контакті.

4.1.2.2. Принципи ефективного спілкування для оптимізації зміни способу життя

- Приділяйте достатньо часу кожному пацієнту для створення сприятливих взаємовідносин – іноді навіть декілька хвилин можуть змінити ситуацію.

- Визнайте, що людина має своє особисте ставлення до своєї хвороби та факторів, що призвели до її виникнення.
- Заохочуйте пацієнта до висловлення своїх сумнівів та побоювань та самоаналізу 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 пересвідчитися, що пацієнт зрозумів рекомендації та має необхідні засоби підтримки для їх дотримання.
- Визнайте, що повна зміна 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 потребує постійної підтримки щодо зміни способу життя та дотримання змін.
- Переконайтеся, що весь медичний персонал, що надає консультації щодо зміни моделі поведінки, надає узгоджену інформацію.

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 збільшення прихильності до лікування.

4.1.2.3. Проведення консультування щодо здорового харчування

- відповідність енергетичної цінності раціону енерговитратам організму, що забезпечує стабільну нормальну вагу;
- дотримання кількісного та якісного балансу за основними харчовими та біологічно активними речовинами в добовому раціоні;
- дотримання режиму харчування.

Рекомендують виконання наступних дванадцяти правил:

1. Максимально скоротити 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 і несолодкі молочні і кисломолочні продукти, м'ясо та рибу), з яких власноруч готувати страви з мінімальним додаванням солі, цукру і жиру.
3. Обмежити вживання насичених жирів тваринного походження (м'ясо, сало, жирні молочні продукти) і рослинного походження (пальмова, кокосова

олія) не більше 10% добової калорійності або менше 20 г (для дієти на 2000 ккал, враховуючи 1 г жиру = 9 ккал).

4. Повністю виключити промислові трансжири, які містяться у готових продуктах, переважно кондитерських виробках, хлібобулочних виробках і маргарині (трансжири можуть зазначатись у маркуванні продуктів як гідрогенізований рослинний жир, кондитерський жир, кулінарний жир, стверділий рослинний жир, спред тощо).

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

6. Споживати жирну морську рибу 2-3 рази на тиждень для оптимального вживання 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 на добу з різноманітною рослинною їжею.

9. Скоротити споживання солі менше 5 г на добу (одна чайна ложка). Слід звернути увагу на те, що 70-80% солі надходить з технологічно обробленими продуктами (хлібом, м'ясними продуктами, сиром, 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% від добової калорійності за рахунок цукрів, тобто менше 40 г (для дієти 2000 ккал, враховуючи, що 1 г сахарози 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 день.

12. Рекомендується утриматись 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.



4.1.2.4 Проведення консультування щодо фізичної активності

Доведено, що регулярна фізична активність та аеробні вправи знижують ризик фатальних і нефатальних коронарних подій у здорових осіб, пацієнтів з ФР розвитку ССЗ та пацієнтів з 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 1-2,5 год на тиждень інтенсивних фізичних вправ.

Фізична активність/аеробні вправи повинні виконуватися декілька разів тривалістю ≥ 10 хв. та рівномірно розподілятися протягом тижня, тобто, 4-5 днів на тиждень.

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

4.1.2.5. Проведення консультування щодо надлишкової маси тіла 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 таблиці.

- | |
|--|
| • Збільшення резистентності до інсуліну (порушення толерантності до глюкози, ЦД 2 типу). |
| • Підвищення АТ. |
| • Активація системного запалення та тромбоутворення. |
| • Альбумінурія. |

- Дисліпідемія: підвищення рівня ЗХС, ХС ЛПНЩ, ХС не-ЛПВЩ, тригліцеридів, апо-ліпопротеїну В, ХС ЛПДНЩ, зниження рівня ХС ЛПВЩ, апо-ліпопротеїну А1.
- Розвиток кардіоваскулярної та цереброваскулярної патології: дисфункція ендотелію, серцева недостатність, ІХС, фібриляція передсердь, інсульт, порушення геометрії лівого шлуночка, систолічна та діастолічна дисфункція

Основою рекомендацій для людей із надмірною вагою або ожирінням є дотримання збалансованої гіпокалорійної дієти і збільшення тривалості та інтенсивності фізичних навантажень. Виконання цих рекомендацій може призвести до втрати біля 10% вихідної ваги протягом року.

Застосування лікарських засобів для лікування ожиріння показано при ІМТ > 30 кг/м². Максимальна терапевтична ефективність зумовлює втрату до 15% вихідної ваги. Лікарські засоби мають межу ефективності, після її досягнення подальшої втрати ваги не спостерігається. Відміна препаратів призводить до нового набору ваги, якщо не дотримуватись гіпокалорійної дієти і не виконувати регулярно фізичні вправи.

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

4.1.2.6. Проведення консультування щодо припинення тютюнокуріння

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

Українська версія стратегії «5 кроків» носить назву «ЗОНДО» (Запитати, Оцінити, Надати пораду, Допомогти, Організувати спостереження і підтримку)

З	- Запитати	Запитати кожного пацієнта, чи він курить
О	- Оцінити	Оцінити бажання здійснити спробу відмовитися від куріння та рівень ніотинової 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

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 збільшений за умови адекватної підтримки з боку лікаря. Порада лікаря – чітка та недвозначна – щодо необхідності повної відмови від куріння є важливим елементом початку процесу припинення куріння та збільшує шанси на успіх. Оцінка готовності до відмови від тютюнокуріння та

узгодження плану дій з датами візитів з метою моніторингу та підтримки є наступними кроками.

4.1.2.7. Проведення консультування щодо управління психосоціальними факторами

З'являються все нові і 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, аутогенного тренування, йоги тощо.

У випадку клінічно значимих симптомів депресії, тривоги та ворожості повинні бути розглянуті психотерапія та медикаментозне лікування. В Україні наказом МОЗ від 25.12.2014 року № 1003 затверджено КН та УКПМД «Депресія», у відповідності 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.

4.1.2.8. Корекція дисліпідемії

Для корекції дисліпідемії використовують заходи немедикаментозної і медикаментозної корекції з урахуванням положень доказової медицини (табл.1-2).

Таблиця 1. Заходи немедикаментозної корекції дисліпідемії

Заходи	Ступінь впливу	Рівень доказовості*
Зниження рівня ЗХС та ХС ЛПНЩ		
Обмеження насичених жирів у раціоні	+++	A
Обмеження транс-жирів у раціоні	+++	A
Збільшення вмісту рослинної клітковини в раціоні	++	A
Зменшення вмісту холестерину в раціоні	++	B
Вживання продуктів, збагачених фітостеролами	+++	A
Зниження надмірної маси тіла	+	B
Вживання протеїнів сої	+	B
Збільшення рівня фізичної активності	+	A
Вживання харчових добавок з червоних дріжджів рису	+	B
Вживання харчових добавок з полікозанолами (цукрова тростина)	-	B
Зниження рівня тригліцеридів		
Зниження надмірної маси тіла	+++	A
Зменшення вживання алкоголю	+++	A
Зменшення моно- та дисахаридів в раціоні	+++	A
Збільшення рівня фізичної активності	++	A

Зменшення загальної кількості вуглеводів у раціоні	++	A
Вживання харчових добавок n-3 поліненасичених жирів	++	A
Заміна насичених жирів на моно- та поліненасичені жири	+	B
Підвищення рівня ХС ЛПВЩ		
Обмеження транс-жирів у раціоні	+++	A
Збільшення рівня фізичної активності	+++	A
Зниження надмірної маси тіла	++	A
Зменшення загальної кількості вуглеводів у раціоні, заміна на ненасичені жири	++	A
Використання помірних доз алкоголю	++	B
Серед вуглеводів надавати перевагу продуктам з низьким глікемічним індексом та високим вмістом клітковини	+	C
Відмовитись від тютюнокуріння	+	B
Зменшення моно- та дисахаридів в раціоні	+	C

A – декілька рандомізованих контрольованих досліджень або мета-аналіз

B – 1 рандомізоване контрольоване дослідження або декілька нерандомізованих контрольованих досліджень

C – висновок експерта, реєстр, ретроспективні дослідження

Таблиця 2. Стратегія втручання при дисліпідемії в залежності 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
Клас/рівень	I/C	I/C	I/C	I/C	IIa/A
1 <SCORE <5	Зміна способу життя	Зміна способу життя	Зміна способу життя + розглянути необхідність призначення препаратів	Зміна способу життя + розглянути необхідність призначення препаратів	Зміна способу життя + розглянути необхідність призначення препаратів
Клас/рівень	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A	I/A
5 <SCORE <10 або інші ознаки	Зміна способу життя	Зміна способу життя	Зміна способу життя	Зміна способу життя	Зміна способу життя

Рівень ризику	Рівень ХС ЛПНЩ (ммоль/л)				
	високого ризику	+ розглянути необхідність призначення препаратів	+ розглянути необхідність призначення препаратів	+ призначення препаратів	+ призначення препаратів
Клас/рівень	IIa/A	IIa/A	IIa/A	I/A	I/A
SCORE \geq 10 або інші ознаки дуже високого ризику	Зміна способу життя + розглянути необхідність призначення препаратів	Зміна способу життя + призначення препаратів	Зміна способу життя + призначення препаратів	Зміна способу життя + призначення препаратів	Зміна способу життя + призначення препаратів
Клас/рівень	IIa/A	IIa/A	I/A	I/A	I/A

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

2. Ефективність терапії статинами залежить від рівня початкового ризику: чим більший ризик, тим вищий позитивний вплив прийому статинів на захворюваність та смертність від ССЗ. Не спостерігається відмінностей в ефективності терапії між жінками 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 переважає ризик розвитку побічних ефектів:

2.1. Пацієнти з клінічними ознаками ССЗ: ГКС або ГІМ в анамнезі, симптоми стабільної або нестабільної стенокардії, процедури реваскуляризації – коронарних артерій або інших артерій, ГПМК, ТІА, 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 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 захворювання, від 40 до 75 років, у яких рівень ризику при визначенні за допомогою стандартизованих 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 помірною 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 в залежності 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 – 2,5 ммоль/л, помірного та низького ризику – 3 ммоль/л.

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

6. Статини призначаються з метою досягнення зниження рівня ХС ЛПНЩ на 50% та більше від початкового рівня (лікування «високої інтенсивності») або на 30-50% (лікування «помірної інтенсивності»). Орієнтовні дози препаратів, що показали такий ефект у рандомізованому контрольованому дослідженні, вказано у таблиці:

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	
	Пітавастатин 2-4 мг	

7. При проведенні рандомізованого контрольованого дослідження показано, що зниження рівня ХС ЛПНЩ на 1,0 ммоль/л призводить до зниження смертності від ССЗ на 20%, смертності від усіх причин – на 10%, частоти виникнення ГІМ на 23% та ГПМК – на 17%.

8. Підвищення рівня АЛТ та АСТ в плазмі при прийомі статинів зустрічається досить рідко і має, в більшості випадків, зворотній характер. Статини не призначаються пацієнтам, у яких рівень АЛТ та/або АСТ втричі перевищує верхню межу норми.

9. У випадку, якщо на фоні прийому статинів зареєстровано підвищення рівня АЛТ/АСТ більш, ніж втричі порівняно з верхньою межею норми, при визначенні у двох повторних дослідженнях, препарат відмінюють.

10. У 5-10% пацієнтів, які приймають статини, розвивається міопатія, але рабдоміоліз зустрічається лише в поодиноких випадках. При появі у пацієнта болю в м'язах або зміні кольору сечі необхідно відмінити статини та визначити рівень креатинфосфокінази в плазмі крові. Підвищення рівня креатинфосфокінази потребує відміни препарату. У випадку нормального рівня креатинфосфокінази, при помірній або незначній вираженості клінічних симптомів, можна продовжувати прийом статинів у тій же або у меншій дозі.

Ризик міопатії може бути зведений до мінімуму – не рекомендується призначати препарати цієї групи за наявності міопатії будь-якої етіології в анамнезі пацієнта та у комбінації з препаратами, які за механізмом своєї дії збільшують ризик розвитку міопатії та/або рабдоміолізу (таблиця).

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

Циклоспорин
Макроліди (азитроміцин, кларитроміцин, еритроміцин)
Протигрибкові препарати групи азолів (ітраконазол, кетоконазол, флуконазол)
Блокатори каналів кальцію (дилтіазем, верапаміл)
Інгібітори протеаз ВІЛ (фосампренавір, ритонавір, саквінавір)
Силденафіл
Інші
Дигоксин, фібрати

11. При призначенні статинів необхідно враховувати дані доказової медицини.

4.1.2.9 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 з ССЗ за умови відсутності протипоказів.	I A
За наявності протипоказів або непереносимості терапії «високої інтенсивності» альтернативою є призначення терапії «помірної інтенсивності».	I A
Особам з ССЗ старше 75 років при необхідності призначення терапії статинами, розглянути аспекти «користь/ризик». Якщо терапія була призначена раніше, рекомендується продовжити її після досягнення 75-річного віку.	II A
Первинна профілактика – особи від 21 року, рівень ХС ЛПНЩ $\geq 4,9$ ммоль/л	
Оцінити вірогідність вторинної дисліпідемії* в осіб, у яких рівень ХС ЛПНЩ перевищує 4,9 ммоль/л, тригліцеридів – 5,6 ммоль/л.	I B
Рекомендується призначати статини особам від 21 року, у яких рівень ХС ЛПНЩ перевищує 4,9 ммоль/л без визначення рівня ризику. Перевага надається терапії «високої інтенсивності», при непереносимості призначається максимально можлива доза статинів.	I B
В осіб від 21 року, у яких рівень ХС ЛПНЩ перевищує 4,9 ммоль/л, рекомендується досягати зниження його рівня мінімум на 50%.	IIa B
В осіб 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 ліпідознижуючих препаратів – з урахуванням переносимості, взаємодії препаратів та побажань пацієнта.	IIb C
Первинна профілактика особи з ЦД, рівень ХС ЛПНЩ – 1,8-4,9 ммоль/л	
Особам віком 40-75 років з ЦД рекомендується призначити або продовжити прийом статинів у режимі «середньої інтенсивності».	IA
Особам віком 40-75 років з ЦД, у яких ризик розвитку важких ССЗ у найближчі 10	IIa B

років за шкалою Pooled Cohort equation становить $\geq 7,5\%$ (відповідає SCORE ≥ 10), рекомендується призначити або продовжити прийом статинів у режимі «високої інтенсивності» за умови відсутності протипоказів.	
В осіб, чий вік становить менше 40 або більше 75 років, питання щодо призначення, продовження прийому або зміни дози статинів вирішується індивідуально (взаємодія лікарських препаратів, очікувана позитивна дія, побажання пацієнта)	Па С
Первинна профілактика особи без ЦД, рівень ХС ЛПНЩ – 1,8-4,9 ммоль/л	
Питання призначення статинів за відсутності ССЗ вирішується за результатами визначення рівня ризику розвитку важких ССЗ у найближчі 10 років за шкалою Pooled Cohort equation.	I B
Особам 40-75 років без ССЗ без ЦД, чий ризик за шкалою Pooled Cohort equation перевищує 7,5%, статини призначають у режимі «помірної інтенсивності»/«високої інтенсивності».	IA
Особам 40-75 років без ССЗ без ЦД, чий ризик становить від 5 до 7,5% за шкалою Pooled Cohort equation, доцільно призначити статини у режимі «помірної інтенсивності».	Па В
Перед призначенням статинів з метою первинної профілактики цієї категорії пацієнтів рекомендується обговорити з ними можливе зниження ризику розвитку ССЗ, побічні ефекти, взаємодії препаратів та прийняти рішення щодо призначення статинів з урахуванням побажань пацієнта.	ПаС
У пацієнтів, чий рівень ХС ЛПНЩ не перевищує 4,9 ммоль/л, яким за результатами оцінки ризику за допомогою стандартизованих підходів не показана терапія статинами, можна розглянути необхідність визначення додаткових ФР**. У цих осіб терапія статинами для первинної профілактики може розглядатися після оцінки потенціалу зниження ризику розвитку ССЗ, побічних ефектів, взаємодії препаратів з урахуванням побажань пацієнта.	Пб С
Серцева недостатність та гемодіаліз	
Експертна група не дає ніяких рекомендацій щодо призначення або припинення прийому статинів у пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю із систолічною дисфункцією II-IV функціонального класу або у хворих, які перебувають на гемодіалізі.	

** перелік додаткових ФР: ХС ЛПНЩ 160 мг/дл або більше, або інші ознаки сімейної гіперліпідемії, обтяжений сімейний анамнез щодо ССЗ, індекс Агатстона ≥ 300 або ≥ 75 персантілей (з урахуванням віку, статі й етнічної приналежності), рівень С-реактивного протеїну більше 2 мг/л. В майбутньому можуть бути ідентифіковані додаткові фактори, які можуть допомогти провести індивідуальну оцінку ризику.

***Найбільш поширені причини вторинної дисліпідемії**

	Підвищення рівня ХС ЛПНЩ	Підвищення рівня тригліцеридів
Харчування	Високий вміст насичених жирів або транс-жирів у раціоні	Підвищення маси тіла
	Підвищення маси тіла	Дуже низький вміст жирів у раціоні
	Анорексія	Високий вміст простих вуглеводів у раціоні
		Надмірне вживання алкоголю
Прийом ліків	Діуретики	Естрогени
	Циклоспорини	Глюкокортикоїди
	Глюкокортикоїди	Секвестранти жовчних кислот

	Підвищення рівня ХС ЛПНЩ	Підвищення рівня тригліцеридів
	Аміодарон	Інгібітори протеаз
		Ретиноїди
		Анаболічні стероїди
		Тамоксифен
		Бета-блокатори (окрім карведилола)
		Тіазидні діуретини
Захворювання	Обструкція жовчних шляхів	Нефротичний синдром
	Нефротичний синдром	Хронічна ниркова недостатність
		Ліподистрофія
Метаболічні порушення	Гіпотиреоз	Діабет (за умови недостатнього контролю)
	Ожиріння	Гіпотиреоз
	Вагітність	Ожиріння

4.1.3. Моніторинг факторів ризику та проведення профілактичних заходів впродовж життя

4.1.3.1 Орієнтовний план моніторингу пацієнта у лікарів первинної медичної допомоги

Назва обстеження	Кратність
Клінічний огляд*	1 раз на рік та за необхідності
ЗАК	1 раз на рік
ЗАС	1 раз на рік
Глікемія натще	1 раз на рік
ЗХС	1 раз на рік
Креатинін	1 раз на рік
ЕКГ	1 раз на рік та за необхідності
Проведення оцінки ризику за SCORE	При первинному зверненні пацієнтам низького та помірному ризику – 1 р. на 5 років

* клінічний огляд включає:

1. вимірювання АТ
2. визначення ІМТ
3. визначення обсягу талії
4. оцінку статусу тютюнокуріння
5. оцінку рівня фізичної активності
6. оцінку дотримання засад здорового харчування
7. оцінку обтяженого сімейного анамнезу щодо ССЗ та ЦД – при первинному зверненні
8. інформацію щодо планової терапії – перелік препаратів, дози, частота прийому та відмітки щодо прийому призначених препаратів пацієнтом

4.2 ВТОРИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

4.2.1 Визначення ризику з використанням інструментальних методик

Методика	Діагностична цінність	значення	вартість	доступність	Рекомендації щодо використання для скринінгу
Спіральна КТ	Ступінь атеросклеротичного ураження коронарної артерії – за вмістом у кальцію в коронарній артерії (індекс Агатстона)		висока	низька	рекомендовано
УЗД сонної артерії	Візуалізація а/склер бляшок, визначення КІМ	$KIM \geq 0,9$ мм	низька	висока	рекомендовано
Індекс «гомілка-плече»	Співвідношення АТ на нижніх та верхніх кінцівках	$< 0,90$	низька	висока	рекомендовано
Дозоване фізичне навантаження	Діагностика безсимптомної ішемії міокарда Визначення порогового рівня фізичного навантаження осіб, які ведуть малорухомий спосіб життя		низька	висока	рекомендовано

4.2.2 Оцінка ступеня ураження органів-мішеней у пацієнтів з АГ

- Пульсовий тиск перевищує 60 мм рт.ст. (старший вік);
- Гіпертрофія лівого шлуночка на ЕКГ:
 - Індекс Соколова-Лайона > 35 мм;
- Гіпертрофія лівого шлуночка на ехокардіографії:
 - Індекс маси лівого шлуночка > 115 г/м² (♂), > 95 г/м² (♀);
- КІМ $> 0,9$ мм або бляшки;
- Швидкість пульсової хвилі каротидно-феморальна > 10 мм/с;
- Індекс “гомілка-плече” $< 0,9$;
- ХХН зі швидкістю клубочкової фільтрації 30-60 мл/хв/1,73 м²;
- Мікроальбумінурія 30-300 мг/24 години або співвідношення альбумін/креатинін 3,4-34 мг/ммоль.

4.2.3. Фактори, що впливають на прогноз при АГ

- Вік пацієнта – ♀ старше 65 р / ♂ старше 55 р.;
- Тютюнокуріння;
- Дисліпідемія:

ЗХС понад 5 ммоль/л
 або ХС ЛПНЩ понад 3,0 ммоль/л
 або ХС ЛПВЩ менше 1,0 ммоль/л (♂), 1,2 ммоль/л (♀)
 або тригліцериди понад 1,7 ммоль/л

- Порушення обміну глюкози:
- гіперглікемія натще – 5,6-6,9 ммоль/л;
- порушення тесту толерантності до глюкози – понад 11,0 ммоль/л через 2 години;
- Ожиріння – ІМТ 30 та більше;
- Абдомінальне ожиріння: обсяг талії ♂ більше 102 см /♀ більше 88 см;
- Обтяжений сімейний анамнез – ССЗ ♀ – до 65 років, ♂ – до 55 років;
- ЦД: гіперглікемія натще $\geq 7,0$ ммоль/л при 2-х вимірюваннях або НвА1С $> 7,0\%$ або гіперглікемія при ТТГ $> 11,0$ ммоль/л;
- Цереброваскулярні захворювання: ішемічний інсульт або геморагічний інсульт або ТІА;
- Хвороба серця: стенокардія або ГІМ, або операція реваскуляризації (аортокоронарне шунтування, стентування);
- Серцева недостатність, у т.ч., зі збереженою фракцією викиду;
- Оклюзивні ураження периферичних артерій;
- ХХН зі швидкістю клубочкової фільтрації < 30 мл/хв/1,73 м² або протеїнурія > 300 мг/24 години;
- Очне дно: наявність вираженої ретинопатії: геморагії, ексудати, набряк диску зорового нерва.

V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) (ЛПМД (КМП)) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, що включаються до ЛПМД (КМП), та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою <http://www.drlz.com.ua/>.

1. Первинна медична допомога

1.1. Кадрові ресурси

Лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі терапевти дільничні. В сільській місцевості допомога може надаватись фельдшерами (сестрами медичними загальної практики-сімейної медицини).

1.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення. Відповідно до таблиця оснащення.

2. Вторинна та третинна медична допомога

2.1. Кадрові ресурси

Лікарі-кардіологи, лікарі-дієтологи.

2.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення. Відповідно до таблиця оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не визначає порядок призначення)

Аторвастатин, Азитроміцин, Аміодарон, Верапаміл, Дигоксин, Дилтіазем, Еритроміцин, Ітраконазол, Карведилол, Кетоконазол, Кларитроміцин, Пітавастатин, Ритонавір, Розувастатин, Силденафіл, Симвастатин, Тамоксифен, Флуконазол, Фосампренавір, Циклоспорин.

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Форма № 025/о – Медична карта амбулаторного хворого (Форма № 025/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974.

Форма 030/о – Контрольна карта диспансерного нагляду (Форма 030/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

6.1.1. Наявність у лікуючого лікаря, який надає первинну медичну допомогу, локального протоколу «Профілактика серцево-судинних захворювань».

6.1.2. Наявність у лікуючого лікаря, який надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, локального протоколу «Профілактика серцево-судинних захворювань».

6.1.3. Відсоток пацієнтів, для яких отримано інформацію про медичний стан протягом двох років.

6.1.4. Наявність у ЗОЗ плану проведення занять з медичним персоналом щодо профілактики ССЗ – з відмітками про виконання.

6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

6.2.1. А) Наявність у лікуючого лікаря, який надає первинну медичну допомогу, локального протоколу «Профілактика серцево-судинних захворювань»

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика серцево-судинних захворювань».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2016 рік – 90%

2017 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікуючими лікарями, які надають первинну медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу «Профілактика серцево-судинних захворювань» (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікуючим лікарем, який надає первинну медичну допомогу.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.2. А) Наявність у лікуючого лікаря, який надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, локального протоколу «Профілактика серцево-судинних захворювань»

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика серцево-судинних захворювань».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2016 рік – 90%

2017 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікуючими лікарями, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікуючих лікарів, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікуючих лікарів, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнта з серцево-судинними захворюваннями (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікуючим лікарем, який надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.3.А) Відсоток пацієнтів, для яких отримано інформацію про медичний стан протягом двох років

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика серцево-судинних захворювань».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

При аналізі індикатора слід враховувати неприпустимість формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих хворих, для яких не проводилося медичного огляду лікуючим загальної практики – сімейним

лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медичної (медико-санітарної) допомоги) протягом звітного періоду. В первинній медичній документації мають бути задокументовані факти медичного огляду хворого, а також наявність або відсутність прогресування захворювання. Пацієнти, для яких такі записи в медичній документації відсутні, не включаються до чисельника індикатора, навіть у випадку, якщо лікар має достовірну інформацію про те, що пацієнт живий та перебуває в районі обслуговування (за відсутності даних медичного огляду).

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: лікар загальної практики – сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги). Структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики – сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги), розташованими в районі обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології закладу охорони здоров'я, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольній карті диспансерного нагляду (форма 030/0) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем загальної практики – сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медичної (медико-санітарної) допомоги), шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольних карт диспансерного нагляду (форма 030/0).

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження від всіх лікарів загальної практики – сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги), зареєстрованих в районі обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря загальної практики – сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги).

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря загальної практики – сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги), для яких наведена інформація про медичний стан пацієнта протягом двох років із зазначенням відсутності або наявності його прогресування. Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.4. А) Наявність у ЗОЗ плану проведення занять з медичним персоналом щодо профілактики ССЗ – з відмітками про виконання

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика серцево-судинних захворювань».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує ступінь підготовленості ЗОЗ до діяльності з профілактики ССЗ.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються ЗОЗ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

ґ) Знаменник індикатора складає загальна кількість медичних закладів, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість ЗОЗ, зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість медичних закладів, які подали план проведення занять з медичним персоналом щодо профілактики

ССЗ з відмітками про виконання, зареєстрованих на території обслуговування.
Джерелом інформації є екземпляр плану заходів.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

**Директор Медичного департаменту
МОЗ України**

В. Кравченко

VII. ПЕРЕЛІК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ, ВИКОРИСТАНИХ ПРИ РОЗРОБЦІ УНІФІКОВАНОГО КЛІНІЧНОГО ПРОТОКОЛУ

1. Електронний документ «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Профілактика серцево-судинних захворювань», 2016.
2. Наказ МОЗ України від 14.03.2016 № 183 «Про затвердження восьмого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
3. Наказ МОЗ України від 25.12.2014 р. № 1003 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії».
4. Наказ МОЗ України від 27.12.2013 р. № 1150 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів».
5. Наказ МОЗ України від 14.01.2013 р. № 16 «Про затвердження Методичних рекомендацій для лікарів загальної практики – сімейної медицини з приводу консультування пацієнтів щодо основних засад здорового харчування».
6. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29.11.2012. за № 2001/22313.
7. Наказ МОЗ України від 26.09.2012 р. № 746 «Про затвердження Методичних рекомендацій для медичних працівників закладів охорони здоров'я з надання лікувально-профілактичної допомоги особам, які бажають позбутися залежності від тютюну».
8. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28.04.2012 за № 661/20974.
9. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 734 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування».
10. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 735 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування».
11. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 739 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру».
12. Наказ МОЗ України від 02.03.2011 р. № 127 «Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень».

13. Наказ МОЗ України від 05.07.2005 р. № 330 «Про запровадження ведення електронного варіанту облікових статистичних форм в лікувально-профілактичних закладах».
14. Наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 12.11.2002 за № 892/7180.
15. Наказ МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33 «Про примірні штатні нормативи закладів охорони здоров'я».

VIII. ДОДАТКИ

Додаток 1

до уніфікованого клінічного протоколу
первинної, вторинної (спеціалізованої) та
третинної (високоспеціалізованої)
медичної допомоги «Профілактика
серцево-судинних захворювань»

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ ДЛЯ ПАЦІЄНТА ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Серцево-судинні захворювання є основною причиною зниження тривалості та якості життя в сучасному світі. Ураження судин атеросклерозом, що призводить до розвитку ішемічної хвороби серця, може роками мати безсимптомний перебіг і проявитися на стадії ускладнень – інфаркту міокарда, мозкового інсульту, серцевої недостатності – або призвести до раптової смерті. Важливо зауважити, що в Україні третина інфарктів та інсультів виникає в осіб працездатного віку, що в 10 разів перевищує відповідний показник для країн Західної Європи. Зниження передчасної смертності від ССЗ в Європі пов'язане з широким проведенням оздоровчих програм, активною участю населення в подоланні факторів ризику, підвищенням відповідальності за своє здоров'я.

Факторами, що обумовлюють розвиток серцево-судинних захворювань, є **високий артеріальний тиск, підвищений рівень холестерину в крові, тютюнокуріння (в тому числі, пасивне тютюнокуріння), низький рівень фізичної активності, ожиріння, цукровий діабет, психологічний стрес, обтяжена спадковість (серцево-судинні захворювання у батьків, що виникли у віці до 55 років у батька та до 65 років у матері)**. Більшість факторів ризику залежать від стилю життя. Ви зможете їх змінити і, тим самим, знизити у себе ризик передчасної смерті від інфаркту міокарда або інсульту. Корекція факторів ризику важлива в усіх вікових категоріях, починаючи з дитинства до глибокої старості.

1. Слідкуйте за рівнем артеріального тиску. Гіпертонічна хвороба може мати безсимптомний перебіг, проте її наявність значно підвищує ризик розвитку порушень мозкового кровообігу (інсульту) та інфаркту міокарда. Рекомендується вимірювати артеріальний тиск хоча б 1 раз на рік. Якщо він перевищує 140/90 мм рт.ст. – зверніться до лікаря. Регулярний прийом препаратів для лікування артеріальної гіпертензії, підтримка оптимального рівня артеріального тиску є доведеним важливим заходом профілактики розвитку серцево-судинних захворювань.

2. Починаючи з 40-річного віку рекомендується регулярно контролювати рівень холестерину у крові. Рівень загального холестерину має становити 5,0 ммоль/л та менше. Для профілактики підвищення рівня холестерину важливо дотримуватись засад здорового харчування та рекомендованого рівня фізичної активності впродовж всього життя. Ознайомтесь з **«Інформацією щодо здорового харчування»** і намагайтесь запровадити рекомендації – це важливо для збереження здоров'я у Вас і Ваших рідних. За наявності інших факторів ризику, зокрема, цукрового діабету, артеріальної гіпертензії, або пацієнтам, які перенесли інфаркт міокарда чи мозковий інсульт, для нормалізації рівня холестерину призначають фармакологічні препарати – статини. Тривалий прийом статинів знижує ризик розвитку ускладнень серцево-судинних захворювань.

3. Тютюнокуріння – один з найважливіших факторів ризику серцево-судинних захворювань та їх ускладнень. Ризик розвитку ішемічної хвороби серця у курців у 4 рази вищий ніж у тих, хто не курить, тому відмова від цієї шкідливої звички дуже важлива у будь-якому віці.

4. Вагомим фактором, що призводить до розвитку ішемічної хвороби серця та інфаркту міокарда, є порушення обміну глюкози та цукровий діабет. З метою ранньої діагностики цукрового діабету рекомендується щорічне визначення рівня глюкози у крові, верхня межа норми становить 6,0 ммоль/л. Основними заходами профілактики розвитку цукрового діабету є здорове харчування, підтримка достатнього рівня фізичної активності та нормальної маси тіла. У випадку виявлення порушень рівня глюкози крові при проведенні диспансерного обстеження потрібно звернутись до лікаря, який надасть Вам рекомендації щодо подальших обстежень та лікування.

5. Ожиріння, особливо абдомінальне ожиріння, коли збільшується обсяг талії, сприяє розвитку гіпертонічної хвороби, цукрового діабету, атеросклерозу та ішемічної хвороби серця. Слідкуйте за масою свого тіла. Розрахуйте – самостійно або разом з лікарем – свій індекс маси тіла (ІМТ): масу тіла (в кг) потрібно розділити на квадрат зросту (в м). В нормі величина ІМТ становить 18-25 кг/м². За наявності надлишкової маси тіла (ІМТ перевищує 25) або ожиріння (ІМТ становить 30 та більше) проаналізуйте Ваше харчування та фізичну активність, порадьтеся з лікарем, які зміни Ви можете внести в своє життя.

Обсяг талії: ВООЗ рекомендовані два показники:

1. Обсяг талії ≥ 94 см у чоловіків і ≥ 80 см у жінок є пороговими, при яких не бажано подальше збільшення маси тіла.

2. Обсяг талії ≥ 102 см у чоловіків і ≥ 88 см у жінок є пороговими, при яких слід рекомендувати зниження маси тіла.

Найбільш фізіологічним засобом підтримки оптимальної маси тіла є здорове (раціональне) харчування та регулярні фізичні навантаження.

6. Малорухомий спосіб життя – проблема сучасного суспільства. Недостатня фізична активність прискорює старіння організму, сприяє розвитку ожиріння, серцево-судинних захворювань та цукрового діабету. Мінімальний рівень фізичної активності, який рекомендує ВООЗ, – швидка хода по 30 хв. щоденно. Почніть з регулярних прогулянок та ранкової гімнастики, порадьтеся з лікарем про допустимий для Вас рівень фізичних навантажень. *Всі довгожителі ведуть активний спосіб життя – наслідуйте їх приклад.*

7. Хронічні психоемоційні перевантаження, стресогенні ситуації, високий рівень тривожності та депресія прискорюють розвиток серцево-судинних захворювань. Подбайте про себе – знайдіть час для відпочинку, восьмигодинного сну, прогулянок, занять спортом, спілкування з близькими Вам людьми, які можуть надати Вам емоційну підтримку. Будьте доброзичливими, частіше посміхайтесь. Якщо пригнічений настрій, роздратованість або плаксивість тривають більше 2-х тижнів та призводять до порушення Вашої працездатності та розладу міжособистісних стосунків, якщо у Вас з'явилися розлади апетиту та сну – зверніться до лікаря, який зможе надати Вам кваліфіковану допомогу.

Важливо враховувати, що поєднання декількох факторів ризику значно прискорює розвиток серцево-судинних захворювань. Виявити фактори ризику можна при проведенні профілактичних оглядів. За результатами огляду лікар зможе зробити висновки щодо ризику розвитку у Вас серцево-судинних захворювань та разом з Вами визначити заходи по корекції факторів ризику.

У відповідності до сучасних рекомендацій профілактику серцево-судинних захворювань потрібно починати з народження (або ще раніше) і проводити впродовж всього життя. Тому дуже важливо дотримуватись засад здорового стилю життя в кожній сім'ї – це буде мати позитивний вплив на здоров'я дітей, дорослих і людей старшого віку. Ви зможете оздоровити як себе, так і близьких Вам людей!

Турбуйтеся про здоров'я та будьте здорові!

Додаток 2
до уніфікованого клінічного протоколу
первинної, вторинної (спеціалізованої)
та третинної (високоспеціалізованої)
медичної допомоги «Профілактика
серцево-судинних захворювань»

ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ЗДОРОВОГО ХАРЧУВАННЯ

Їжа є обов'язковим субстратом, що забезпечує життєдіяльність людського організму, і доведеним фактором, який впливає на стан здоров'я, тривалість життя і розвиток багатьох хвороб, у тому числі, атеросклеротичного ураження судин, цукрового діабету, артеріальної гіпертензії. Тому дуже важливо звертати увагу на те, **що і скільки** Ви їсте.

Для нормальної життєдіяльності людини необхідно не тільки забезпечення адекватної кількості енергії і харчових речовин, але і дотримання відповідних співвідношень між основними компонентами – білками, жирами та вуглеводами – та групами продуктів, тобто, харчування має бути збалансованим або раціональним. У перекладі з грецької термін «Ratio» означає «розум», «наука» або «розрахунок», таким чином раціональне харчування – це розумне, науково обґрунтоване забезпечення людини їжею. Раціональне харчування сприяє збереженню здоров'я та має профілактичну дію щодо розвитку захворювань, тому його ще називають «здорове харчування».

Основні засади здорового харчування, що мають доведену ефективність щодо профілактики розвитку захворювань, висвітлені у рапорті Всесвітньої організації охорони здоров'я та численних клінічних настановах, що розробляються професійними медичними асоціаціями, зокрема – в настановах Європейської асоціації кардіологів, Американської асоціації серця, Української асоціації кардіологів тощо.

Здорове харчування передбачає:

- відповідність енергетичної цінності раціону енерговитратам організму, що забезпечує нормальну величину маси тіла;

- дотримання кількісного та якісного балансу за основними харчовими та біологічно активними речовинами в добовому раціоні;

- дотримання режиму харчування.

Рекомендують виконання наступних дванадцяти правил:

1. Максимально скоротити 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 і несолодкі молочні і кисломолочні продукти, м'ясо та рибу), з яких власноруч готувати страви з мінімальним додаванням солі, цукру і жиру.

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

4. Повністю виключити промислові трансжири, які містяться у готових продуктах, переважно кондитерських виробках, хлібобулочних виробках і маргарині (трансжири можуть зазначатись у маркуванні продуктів як гідрогенізований рослинний жир, кондитерський жир, кулінарний жир, стверділий 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 вживання 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 на добу з різноманітною рослинною їжею.

9. Скоротити споживання солі менше 5 г на добу (одна чайна ложка). Слід звернути увагу на те, що 70-80% солі надходить з технологічно обробленими продуктами (хлібом, м'ясними продуктами, сиром, 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% від добової калорійності за рахунок цукрів, тобто менше 40 г (для дієти 2000 ккал, враховуючи, що 1 г сахарози або фруктози = 4 ккал), ще більше обмеження до 5% може дати більшу користь.

11. Споживати напої, якщо 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 день.

12. Рекомендується утриматись від споживання алкоголю або зменшити його вживання до помірної, 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).



*Під здоровими білками розуміють нежирне м'ясо, рибу, яйця, нежирні і несолодкі молочні продукти, бобові, горіхи, насіння

Важливу роль відіграють оптимальна кулінарна обробка продуктів та дотримання режиму харчування. Кулінарна обробка повинна бути направлена на збереження всіх корисних властивостей продуктів (приготовлені на пару, запечені, відварені, тушковані). Бажано дотримуватись режиму харчування – їсти 4-5 разів на день, з обов'язковим сніданком та останнім прийомом їжі за 2-3 години до сну (довготривалі перерви між прийомами їжі стають причиною переїдання, збільшення маси тіла, захворювань шлунково-кишкового тракту). Слід споживати їжу повільно (протягом 20-30 хвилин) і тільки за столом для обідів або в іншому спеціально відведеному місці. Швидке вживання їжі, особливо у непристосованих місцях (у машині, ліжку, за комп'ютером, телевізором) пов'язане зі значним ризиком набору зайвої ваги і виникненням ожиріння.

Радикально змінити раціон харчування відразу важко. Визначте для себе пріоритети і Ви поступово досягнете мети! Здорове харчування має стати звичкою і складовою Вашого щоденного життя.