

# Українська військово-медична академія



## ПРОФІЛАКТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

**Мороз Г.З. - професор кафедри військової  
загальної практики – сімейної медицини**

# **I. Сучасні погляди на профілактику ССЗ**

## **2. Наказ МОЗ України № 564 від 13.06.2016.**

**Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги “Профілактика серцево-судинних захворювань”**

**• Європейські рекомендації по профілактиці серцево-судинних захворювань (2016 р.).**

## **3. Особливості профілактики ССЗ у військовослужбовців.**

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%.

В Україні смертність від ССЗ в цілому складає 62 %.

Смертність від ССЗ в працездатному віці в 7-10 разів вище ніж в країнах Євросоюзу.

В Україні 30 % первинної інвалідності пов'язані з хворобами системи кровообігу

У багатьох європейських країнах в період з 1970 до 1990 рр. спостерігалось зниження стандартизованого за віком показника смертності від ішемічної хвороби серця 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.

**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.**

# Профілактика ССЗ

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**

# Сучасні принципи профілактики ССЗ

**Комплексне використання стратегії популяційної профілактики (зокрема, необхідність проведення освітніх програм для населення) та стратегії 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**

## Ефективна профілактика ССЗ включає:

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



## Фактори ризику ССЗ

Загальноновизнаними 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.

# Фактори ризику розвитку серцево-судинних захворювань

Модифікуються	Не модифікуються
<ul style="list-style-type: none"><li>– артеріальна гіпертензія</li><li>– Дисліпідемія</li><li>– тютюнокуріння</li><li>– гіподинамія</li><li>– ожиріння</li><li>– порушення вуглеводного обміну</li><li>– психосоціальні стреси</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– вік</li><li>– обтяжена спадковість</li><li>– стать</li></ul>

- **Концепція факторів ризику** стала науковою концепцією попередження серцево-судинних захворювань.

**При визначенні ризику розвитку ССЗ необхідно враховувати, що більшість факторів ризику взаємопов'язані й при одночасній дії їх вплив зростає.**

# Уніфікований клінічний протокол

## 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

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

# Необхідні дії лікаря

## *Обов'язкові:*

Проведення лікарського огляду з визначенням ФР:

збір скарг та анамнезу: обтяжена спадковість щодо ССЗ;

наявність ССЗ; наявність ЦД, ХХН;

виявлення ФР, пов'язаних зі способом життя – тютюнокуріння, нездорове харчування, низька фізична активність.

Клінічний огляд – вимірювання АТ, визначення індексу маси тіла (ІМТ) та обсягу талії.

Реєстрація ЕКГ.

Лабораторні обстеження: ЗАК, ЗАС, ЗХС, глікемія, креатинін:

## **Визначення рівня ризику**

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).

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**

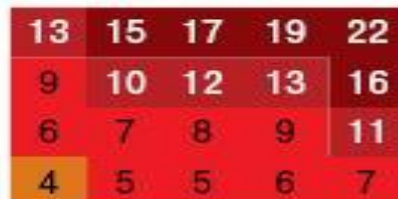
- Для визначення сумарного ризику фатальних серцево-судинних подій протягом 10 років використовується модель, яка ґрунтується на системі SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation – Систематична оцінка коронарного ризику).

У системі SCORE використані такі фактори ризику: стать, вік, куріння, рівень артеріального систолічного тиску, рівень загального холестерину. Критерієм високого ризику був визначений 10-річний ризик смерті від серцево-судинних захворювань - 5% і вище.

## Жінки

Не паляць

Паляць



## Чоловіки

Не паляць

Паляць

Вік

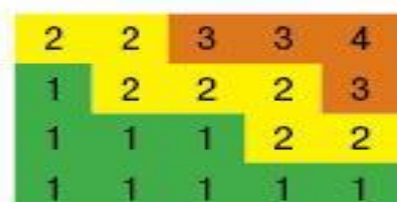
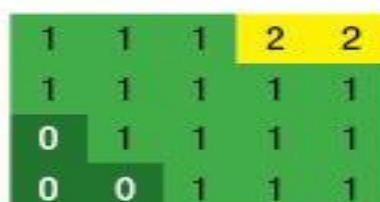
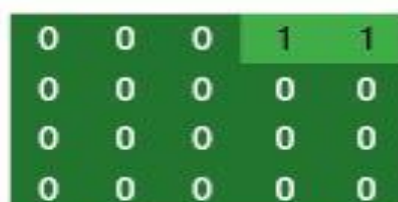
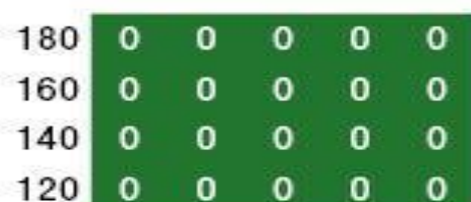
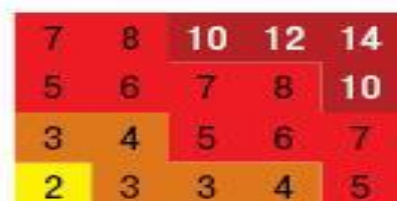
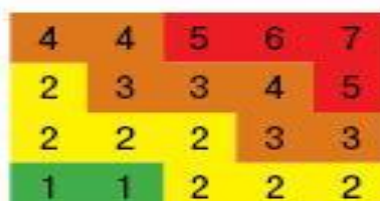
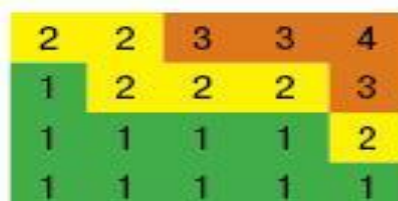
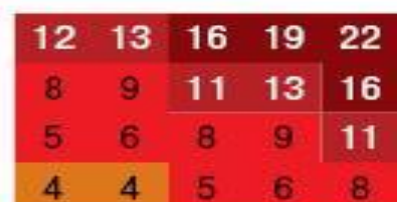
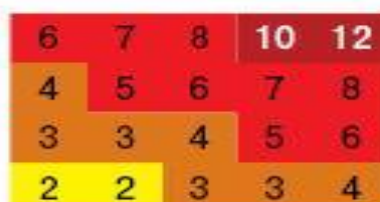
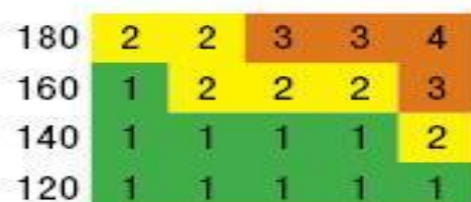
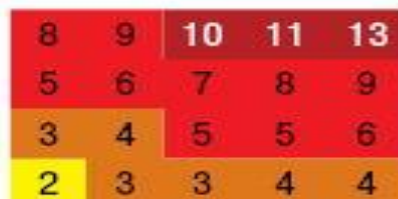
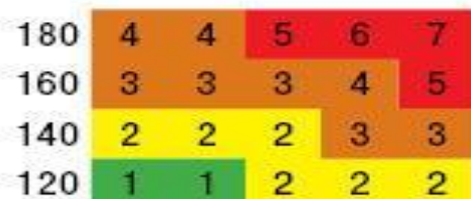
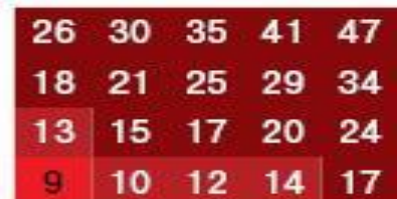
65

60

55

50

40



4 5 6 7 8

4 5 6 7 8

4 5 6 7 8

4 5 6 7 8

ЗХС, ммоль/л

150 200 250 300  
мг/дл

Шкала ризику SCORE:

≥15%  
10–14%

2%  
1%



# Модель оцінки відносного ризику розвитку ССЗ в осіб молодого віку (до 40 років)

Систолический АД (мм рт. ст.)	Тютюнокуріння (-)					Тютюнокуріння (+)				
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
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

Рівень ЗХС (ммоль/л)



# Стратифікація ризику

<b>Дуже високий ризик</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>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 ґенезу</li><li>2. ЦД + <math>\geq 1</math> ФР та/або ураження органів-мішеней без клінічних ознак (виявляється при лабораторному або інструментальному обстеженні)</li><li>3. Важка ХХН (швидкість клубочкової фільтрації <math>\leq 30</math> мл/м<sup>2</sup>)</li><li>4. Ризик за SCORE <math>\geq 10\%</math></li></ol>
<b>Високий ризик</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Виражені зміни одного показника (ФР) – сімейна гіперхолестеринемія, АГ III ступеня</li><li>2. ЦД без ураження органів-мішеней</li><li>3. ХХН (швидкість клубочкової фільтрації 30-59 мл/м<sup>2</sup>)</li><li>4. Ризик за SCORE <math>&gt; 5\%</math> але <math>\leq 10\%</math></li></ol>
<b>Помірний ризик</b>	Ризик за SCORE $\geq 1\%$ але $< 5\%$
<b>Низький ризик</b>	Ризик за SCORE $< 1\%$ , відсутність інших ознак високого ризику

## 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.

# Необхідні дії лікаря

## Обов'язкові:

### Навчання пацієнта :

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

Надати рекомендації щодо необхідності дотримання моделі здорової поведінки.

Роз'яснити пацієнту в доступній для нього формі про виявлені у нього ФР розвитку ССЗ (див. розділ 4, пункт 4.1.2.1).

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

Пацієнтам високого та дуже високого ризику призначити медикаментозну корекцію ФР (див. розділ 4, пункти 4.1.2.8, 4.1.2.9).

## Навчання пацієнта (продовження)

Пацієнтам, які мають супутню патологію, наявність якої негативно впливає на розвиток ССЗ, призначити лікування відповідно до чинних медико-технологічних документів.

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.

Відповісти на запитання пацієнта.

Зробити відповідний запис у МКАХ.

*Бажані:*

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

# Профілактичне консультування

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.

# 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.

## 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**

# 12 правил здорового харчування

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).



# 12 правил здорового харчування (продовження)

5. Збільшити споживання ненасичених жирів рослинного походження (соняшникова, льняна, кукурудзяна, оливкова олія - всього 1-2 ст.л на добу)

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

7. Споживати 200 г овочів і 200 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.

# 12 правил здорового харчування (продовження)

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).

# Тарілка здорового харчування



# «Polymeal»

- ВИНО
- риба
- чорний шоколад
- фрукти
- овочі
- мигдаль
- часник

# Проведення консультування щодо фізичної активності

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)

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  $\geq 10$  хв. та рівномірно розподілятися протягом тижня, тобто, 4-5 днів на тиждень.

# Проведення консультиування щодо надлишкової маси тіла та ожиріння

Рекомендувати всім пацієнтам контролювати ІМТ, та обсяг талії - підтримувати ІМТ в межах 18,5-24,9 кг/м<sup>2</sup>, обсяг талії < 94 см у чоловіків і < 80 см у жінок.

Основою рекомендацій для людей із надмірною вагою або ожирінням є дотримання збалансованої гіпокалорійної дієти і збільшення тривалості та інтенсивності фізичних навантажень.

Застосування лікарських засобів для лікування ожиріння показане при ІМТ > 30 кг/м<sup>2</sup>. Відміна препаратів призводить до нового набору ваги, якщо не дотримуватись гіпокалорійної дієти і не виконувати регулярно фізичні вправи.

ІМТ > 40 кг/м<sup>2</sup> (або > 35 кг/м<sup>2</sup> за наявності супутніх захворювань, у першу чергу, ІХС, АГ і ЦД) є показанням до виконання баріартричних оперативних втручань.

# Надлишкова маса тіла та ожиріння в Україні

За даними Держкомстату: кожен другий українець (більше 55% ) має зайву вагу, а кожен шостий (16%) - страждає від ожиріння. Лідерами є Житомирська, Хмельницька, Чернігівська, Полтавська та Херсонські області. Кількість людей з ожирінням там становить 19-25%.

Найбільше струнких українців (їх індекс маси тіла в рамках норми) живе на Заході країни, в Луганській і Миколаївській областях, а також в Києві.

В абсолютних лідерах за кількістю людей з нормальною вагою виявилися Івано-Франківська та Закарпатська області - тут таких відповідно 50,7% і 49,6%.

# Середня вага і зріст жінок та чоловіків в Україні



**70 кг/164 см**



**80 кг/175 см**



# Проведення консультування щодо припинення тютюнокуріння

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

Рекомендувати повну відмову від тютюнокуріння.

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

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.

# Проведення консультиування щодо припинення тютюнокуріння (продовження)

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

# 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»

# Медикаментозна корекція факторів ризику

## Необхідні дії лікаря

### *Обов'язкові:*

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

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).

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

# Корекція дисліпідемії

Препаратами вибору, що довели свою ефективність у рандомізованих контрольованих дослідженнях щодо зниження ризику виникнення ССЗ та їх ускладнень, є **стати́ни**.

Визначено 4 групи пацієнтів, у яких позитивний ефект застосування статинів доведено переважає ризик розвитку побічних ефектів:

- 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 ґенезу.
- Пацієнти без ССЗ або ЦД, у яких рівень ХС ЛПНЩ перевищує 4,9 ммоль/л
- Пацієнти з ЦД від 40 до 75 років без ознак ССЗ, у яких рівень ХС ЛПНЩ становить від 1,8 до 4,9 ммоль/л
- Пацієнти без ознак ССЗ захворювання, від 40 до 75 років, у яких рівень ризику при визначенні за допомогою стандартизованих методик є високим або дуже високим.

# Корекція дисліпідемії

У КН «EAS/ESC guidelines for the management of dyslipidaemias» (2016) 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.

Ефективність терапії статинами залежить від рівня початкового ризику: чим більший ризик, тим вищий позитивний вплив прийому статинів на захворюваність та смертність від ССЗ.

# Призначення статинів

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	

# Побічні ефекти статинів

Статини не призначаються пацієнтам, у яких рівень АЛТ та/або АСТ втричі перевищує верхню межу норми.

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 відміняють.

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.



# 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**

# 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.

# Диспансерний нагляд за особами високого та дуже високого ризику

## 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

## Диспансерний нагляд за особами високого та дуже високого ризику (продовження)

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.

5.Пацієнтам низького та помірною 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.

# Первинна профілактика ССЗ у військовослужбовців

Профілактична стратегія в сучасній військовій медицині повинна бути спрямована на весь контингент військовослужбовців і, перш за все, включає:

- виявлення факторів ризику розвитку ССЗ,
- проведення ризик-стратифікації, зокрема з використанням шкали відносного ризику
- проведення оздоровчих і профілактичних заходів
- підвищення відповідальності військовослужбовців за стан здоров'я
- особливої уваги потребують військовослужбовців, які мають обтяжену спадковість, артеріальну гіпертензію, звичку тютюнокуріння, надлишкову вагу

## Особливості ССЗ у військовослужбовців

- **Аналіз показників захворюваності військовослужбовців Збройних Сил України свідчить про значну поширеність захворювань серцево-судинної системи. Так, в 2009 році хвороби серцево-судинної системи склали 26,9% в структурі загальної захворюваності і були основною причиною професійної дискваліфікації військовослужбовців Збройних Сил України за медичними показами.**
- **Смертність від серцево-судинних захворювань (інфаркт міокарда, інсульт, раптова смерть) займають друге місце серед причин смерті військовослужбовців, поступаючись тільки смертності від травм і нещасних випадків.**

– Важливо враховувати, що військова служба – особливий вид людської діяльності, який відрізняється від цивільних професій тим, що військовослужбовці частіше зазнають психічних і фізичних навантажень, як в умовах військових дій так і в мирний час, що дозволяє розглядати військову службу як **окремий фактор ризику розвитку серцево-судинної патології**.

– В розвитку ІХС у військовослужбовців, крім психоемоційного напруження, важливу роль відіграють загальновизнані **фактори ризику**. Проблема розповсюдженості факторів ризику серцево-судинної патології дуже актуальна для популяції військовослужбовців. Так, за даним А.М.Кравченка звичка тютюнокуріння притаманна 25%, надлишкова маса визначається у 35%, рівень холестерину вище 5,5 ммоль/л – у 64 % військовослужбовців.

- Дослідження, проведені на кафедрі ВЗП-СМ в 2005 році показали, що звичка тютюнокуріння виявлена серед солдатів у 72,5 % і 42,5 % серед офіцерів; в 2013 році - 98,3% солдатів, 47,5% офіцерів чоловічої статі та 62,5% офіцерів жіночої статі
- Одним із значимих факторів ризику розвитку і прогресування серцево-судинної патології у військовослужбовців являється *артеріальна гіпертензія*. По даним амбулаторного обстеження 20 тисяч військовослужбовців артеріальна гіпертензія виявлена у 20%, що значно перевищує показники офіційної статистики.
- Підвищення артеріального тиску, високий рівень холестерину, надлишкова маса тіла і цукровий діабет – основні фактори ризику у військовослужбовців і в армії США.



- Це один аспект проблеми – низький рівень виконання військовослужбовцями рекомендацій по корекції факторів ризику. По даним Ю.Н.Замотаєва та ін., при спостереженні за військовослужбовцями, яким було проведено операцію аорто-коронарного шунтування на протязі року, з'ясовано, що тільки 43,0% позбавились звички тютюнокуріння, зниження маси тіла досягли тільки 25,4%, цільового рівня холестерину – 26,1 %.
- Така ж тенденція була виявлена нашими слухачами при проведенні анкетування військовослужбовців: оцінюючи в балах виконання рекомендацій щодо здорового способу життя і профілактики захворювань, оцінили себе на “задовільно” – 40 % солдатів і 50 % офіцерів, на “добре” - 25% солдатів і 37,5 % офіцерів, і на “відмінно” - 10% солдатів і 2,5 % офіцерів.

**Важливе практичне значення має діагностика метаболічного синдрому як фактора ризику ССЗ. Згідно з Європейськими рекомендаціями по профілактиці серцево-судинних захворювань, пацієнти з метаболічним синдромом входять в групу високого серцево-судинного ризику.**

**Результати наукових досліджень показали, що психосоціальні фактори, зокрема, тип особистості Д, стрес, депресія, тривога, гнів і ворожість, сприяють розвитку ССЗ. В механізмі реалізації негативного впливу депресії одне з центральних місць займає поведінковий фактор: низький рівень виконання рекомендацій лікарів щодо лікування. Тому так важливо виявляти і проводити корекцію субклінічної депресії.**

# Військові лікарі

ФР	Лікарі КАД НВМКЦ «ГВКГ» (%)	Слухачі УВМА (%)
Тютюнокуріння	32,1	32,8
Фізична активність	92,5	89,7
Надлишкова маса тіла	66,1	12,1
харчування збалансоване	41,5	32,8
три- чотириразове харчування	45,3	34,5
дві порції овочів	17,0	13,8
Дві порції фруктів	22,6	10,3
Риба два та більше разів на тиждень	13,3	10,3
Знають рівень холестерину	15,1	7,5

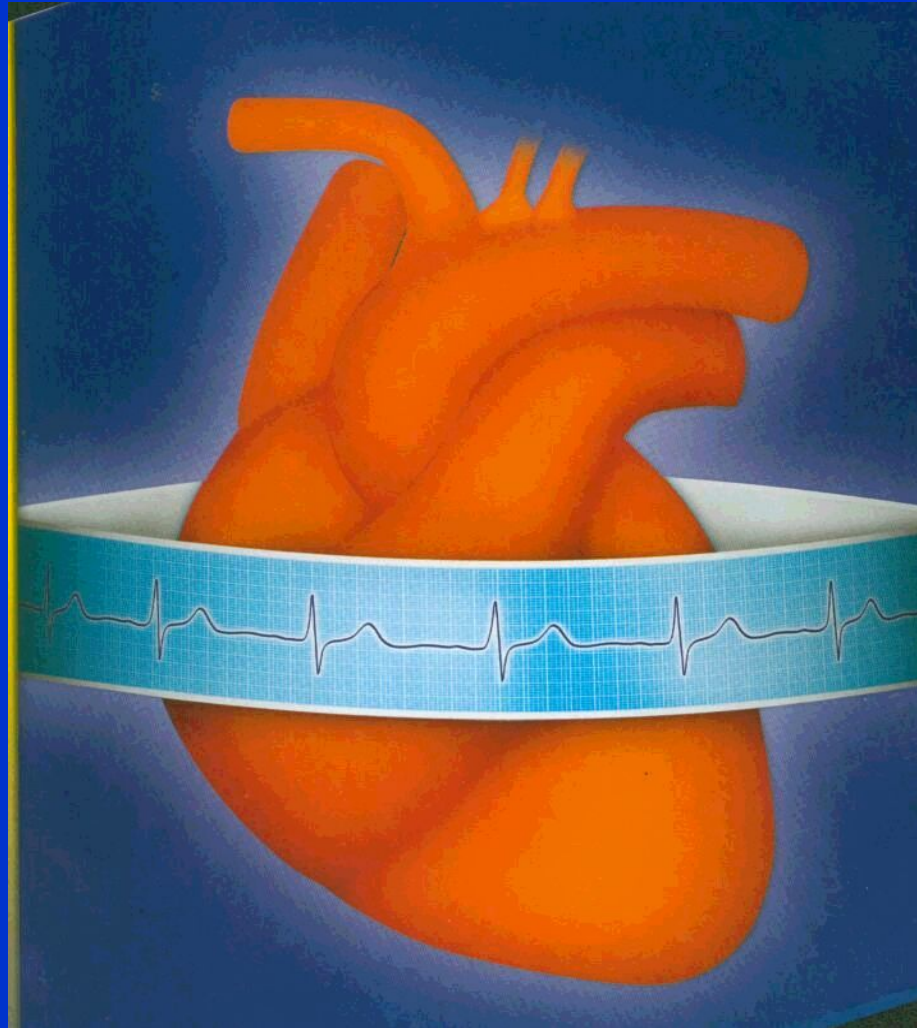
# Військові лікарі

Оцінка в балах виконання вимог здорового способу життя	Лікарі КАД НВМКЦ «ГВКГ» (%)	Слухачі УВМА (%)
5 (виконую завжди)	1,9	6,9
4 (переважно виконую)	52,8	36,2
3 (важко оцінити)	24,5	34,5
2 (переважно не виконую)	20,8	17,2
1 (не виконую ніколи)	-	3,4

# Військові лікарі

Чинники, які перешкоджають впровадженню здорового способу життя	Лікарі КАД НВМКЦ «ГВКГ» (%)	Слухачі УВМА (%)
Матеріальні труднощі	50,9	48,3
Відсутність необхідної інформації	5,7	1,7
Відсутність мотивації та підтримки	15,1	25,9
Звички	34,0	41,4
Брак часу	13,2	32,8*

**Дякую за увагу!**



**Бережіть своє серце!**