Державна наукова установа
«Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами

Дячук Д.Д., Мороз Г.З., Гідзинська І.М.,
Кравченко А.М., Ласиця Т.С., Дзізінська О.О.

**ПРОФІЛАКТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ: ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ
ТА ПРАКТИЧНЕ ВПРОВАДЖЕННЯ**

Монографія

Київ
2019

Автори:

Дячук Дмитро Дмитрович — директор Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, старший науковий співробітник.

Мороз Галина Зотівна — головний науковий співробітник наукового відділу внутрішньої медицини Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, доктор медичних наук, професор

Гідзинська Ірина Миколаївна — провідний науковий співробітник наукового відділу внутрішньої медицини Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, кандидат медичних наук.

Кравченко Анатолій Миколайович — завідувач наукового відділу внутрішньої медицини Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, доктор медичних наук, доцент.

Ласиця Тетяна Станіславівна — старший науковий співробітник наукового відділу внутрішньої медицини Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, кандидат медичних наук.

Дзвінська Олена Олександрівна — вчений секретар Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, кандидат медичних наук.

Рецензенти:

Нетяженко Василь Захарович — завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб №1 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, член-кореспондент НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор.

Матюха Лариса Федорівна — завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, доктор медичних наук, професор.

Монографія присвячена дослідженню наукових підходів щодо профілактики серцево-судинних захворювань з позиції доказової медицини. Узагальнено наукові дані щодо розвитку профілактичної кардіології, зокрема концепції факторів ризику, сучасний стан проблеми в світі та Україні, досвід Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами щодо розробки та впровадження Локального протоколу медичної допомоги «Профілактика серцево-судинних захворювань».

Для організаторів медичної допомоги, викладачів вищих навчальних медичних закладів, лікарів загальної практика-сімейної медицини, терапевтів, кардіологів.

Рекомендовано до видання Вченою радою Державної наукової установи
«Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами (Протокол № 8 від 20.12.18.)

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ.....	5
ВСТУП.....	6
1. ПРОФІЛАКТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ: ІСТОРИЧНИЙ АСПЕКТ ТА СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ	9
1.1. Профілактика серцево-судинних захворювань з позиції доказової медицини	9
1.2. Фактори ризику серцево-судинних захворювань: поширеність та значення	28
1.3. Сучасні рекомендації щодо корекції факторів ризику.....	40
1.3.1. Профілактичне консультування як складова медичного консультування	40
1.3.2. Корекція факторів ризику з позиції доказової медицини.....	51
1.3.3. Стандартизовані підходи до призначення статинів (за матеріалами клінічних настанов)	61
1.4. Участь лікарів та медичних сестер у проведенні профілактики серцево- судинних захворювань	76
1.4.1. Практичні аспекти участі лікарів у моніторингу факторів ризику серцево-судинних захворювань	76
1.4.2. Участь медичних сестер у наданні послуг профілактичного характеру	87
1.5. Профілактика серцево-судинних захворювань в Україні.....	92
1.5.1. Медико-організаційні аспекти профілактики серцево-судинних захворювань в Україні.....	92
1.5.2. Поширеність факторів ризику серцево-судинних захворювань в Україні.....	96
2. ОБҐРУНТУВАННЯ, РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИКО- ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ПІДХОДІВ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО- СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС	111
2.1. Оцінка поширеності факторів серцево-судинного ризику у державних службовців, лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС	111
2.1.1. Частота виявлення факторів ризику серцево-судинних захворювань у державних службовців	114
2.1.2. Поширеність факторів ризику серцево-судинних захворювань у лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС за результатами анкетного опитування	123

2.1.3. Визначення готовності до змін поведінкових факторів ризику серцево-судинних захворювань у пацієнтів, лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС	126
2.2. Оцінка ставлення державних службовців, лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою до проблеми профілактики серцево-судинних захворювань	135
2.3. Розробка локального протоколу медичної допомоги «Профілактика серцево-судинних захворювань»	137
2.4. Науково-методичний супровід підвищення обізнаності лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою з питань профілактики серцево-судинних захворювань та проведення профілактичного консультування	139
2.5. Науково-методичний супровід підвищення поінформованості пацієнтів з питань здорового способу життя та корекції факторів ризику.....	145
ПІДСУМОК	147
ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ	149
ДОДАТОК	166

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

АГ — артеріальна гіпертензія
АТ — артеріальний тиск
ГІМ — гострий інфаркт міокарда
ГПМК — гостре порушення мозкового кровообігу
ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС — Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами
ЗХС — загальний холестерин
ІХС — ішемічна хвороба серця
КН — клінічні настанови
ЛПМД — локальний протокол медичної допомоги
МТ — маса тіла
МКАХ — медична картка амбулаторного хворого
МСМО — молодші спеціалісти з медичною освітою
НДР — науково-дослідна робота
РКД — рандомізовані клінічні дослідження
УКПМД — уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ССЗ — серцево-судинні захворювання
СН — серцева недостатність
ТГ — тригліцериди
ФР — фактори ризику
ХС ЛПНЩ — холестерин ліпопротеїдів низької щільності
ХС ЛПВЩ — холестерин ліпопротеїдів високої щільності
ЦД — цукровий діабет
ЦПКЛМСМО — центр підвищення кваліфікації лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою
ESH/ESC — Європейське товариство з артеріальної гіпертензії/
Європейське товариство кардіологів
SCORE — Systemic Coronary Risk Evaluation — системна оцінка коронарного ризику

ВСТУП

У більшості країн Європи серцево-судинні захворювання (ССЗ) є головною причиною передчасної смерті. В Європі щорічно помирає 4 млн. осіб від ССЗ — більше 2,2 млн. (55 %) жінок та більше 1,8 млн. (45 %) чоловіків, хоча у віці до 60 років серцево-судинна смертність переважає у чоловіків (Townsend N. et al., 2015). Крім того, ССЗ залишаються важливими причинами інвалідності та зростання витрат на охорону здоров'я. Тому профілактичний напрямок набуває пріоритетного значення на сучасному етапі розвитку медицини.

У 2008 р. Всесвітня асамблея охорони здоров'я схвалила План дій зі здійснення Глобальної стратегії ВООЗ щодо профілактики та боротьби з хронічними неінфекційними захворюваннями (2008-2013 pp.), згодом був ухвалений План дій для реалізації Європейської стратегії попередження та боротьби з неінфекційними хворобами на 2012-2016 роки та 2016-2025 pp. Наукові і практичні аспекти проблеми профілактики ССЗ активно розробляються в країнах Євросоюзу, США, Канади: запроваджені клінічні настанови (КН), які відповідають вимогам доказової медицини, ефективно реалізуються державні та міждержавні проекти. Все це обумовило стабілізацію рівня захворюваності та смертності від ССЗ, зокрема, в осіб молодого віку. В Україні ця наукова проблема ще потребує практичної реалізації, так як смертність від ССЗ складає 67 % в структурі загальної смертності (Щорічна доповідь, 2016). Особливу стурбованість викликає високий рівень смертності від ішемічної хвороби серця (ІХС) в працездатному віці. В Україні за роки реформування системи охорони здоров'я з різних причин скоротився обсяг профілактичної роботи, що проводять заклади охорони здоров'я, спрямованої на первинну і вторинну профілактику захворювань, у т. ч. шляхом санітарної освіти. Відзначається недосконалість процесу управління, організації і методик надання профілактичної допомоги населенню різних соціальних груп і порушення пропорційності в розвитку цієї служби (Линник С. О., 2012).

Тому важливе значення має розробка та впровадження в Україні профілактичних заходів, які відповідають вимогам доказової медицини. Цей аспект проблеми актуальний і для практичної діяльності Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС), так як профілактичний напрямок визначений як пріоритетний у роботі закладу.

З урахуванням зазначеного, одним із фрагментів комплексної науково-дослідної роботи (НДР) на 2014-2018 pp. (№ держреєстрації 10114U002119) був «Удосконалення профілактики серцево-судинних захворювань у державних службовців». В процесі виконання НДР були узагальнені результати наукових досліджень з питань профілактики ССЗ, досліджено поширеність

факторів серцево-судинного ризику у державних службовців, які отримують медичну допомогу в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС. Для підвищення якості медичної допомоги щодо профілактики ССЗ в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС був обраний підхід щодо запровадження стандартизованих заходів, які відповідають вимогам доказової медицини — розробка локального протоколу медичної допомоги (ЛПМД) «Профілактика серцево-судинних захворювань». Розробка ЛПМД була започаткована в 2015 році як фрагмент комплексної НДР за відсутності затвердженого МОЗ України Уніфікованого клінічного протоколу (УКПМД). Як прототип були обрані Європейські Клінічні настанови з профілактики серцево-судинних захворювань 2012 р. (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2012). В ЛПМД детально викладено інформацію щодо виконання заходів обов'язкового обсягу медичної допомоги із зазначенням лікаря або відділення, відповідального за його виконання. Основна увага при розробці ЛПМД «Профілактика серцево-судинних захворювань» в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС була приділена заходам, що проводяться на етапі первинної медичної допомоги при проведенні профілактичних оглядів. На сучасному етапі однією з головних умов забезпечення успіху стратегії профілактики ССЗ є своєчасне виявлення і корекція факторів серцево-судинного ризику. Вирішення цього завдання потребує комплексного підходу і активної участі як лікарів, так і пацієнтів, та підвищення їх поінформованості щодо питань профілактики. Тому в процесі практичної реалізації програми впровадження ЛПМД «Профілактика серцево-судинних захворювань» в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС значну увагу приділили забезпеченню науково-методичного супроводу підвищення поінформованості лікарів, медичних сестер та пацієнтів щодо профілактики ССЗ. Розробка і впровадження ЛПМД «Профілактика серцево-судинних захворювань» в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС з використанням сучасних інформаційних технологій сприяла підвищенню якості медичної допомоги.

Методичні напрацювання щодо наповнення структурних розділів ЛПМД, пам'ятка для пацієнтів тощо були використані в подальшому при розробці в 2016 році УКПМД «Профілактика серцево-судинних захворювань», затвердженого Наказом МОЗ України 13.06.2016 № 564 (Наказ МОЗ України 13.06.2016 № 564).

В 2016 році вийшли оновлені Європейські Клінічні настанови з профілактики серцево-судинних захворювань (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2016) та 2016 ESC/EAS Клінічні настанови з лікування дисліпідемій (2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias). Основні положення з цих настанов викладені в розділі «Корекція факторів ризику з позиції доказової медицини» та «Стандартизовані підходи до призначення статинів (за матеріалами клінічних настанов)».

Таким чином, в представленій монографії ми узагальнили сучасні дані наукової літератури та власний досвід з розробки та запровадження наукових підходів щодо профілактики ССЗ. Сподіваємось, що ця інформація буде цікава для широкого кола медичних фахівців.

Висловлюємо подяку науковому співробітнику ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС Мельничук Н.О., яка брала участь у проведенні анкетного опитування пацієнтів та розробці рекомендацій щодо здорового харчування.

1. ПРОФІЛАКТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ: ІСТОРИЧНИЙ АСПЕКТ ТА СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

1.1. Профілактика серцево-судинних захворювань з позицій доказової медицини

*Medicine is concerned primarily with patients,
and preventive medicine is concerned with preventing
people from becoming patients*
Rose G.

Розвиток профілактичної кардіології як наукового напрямку безпосередньо пов'язаний з розвитком клінічної епідеміології та доказової медицини. Однією з причин виникнення цієї дисципліни на початку XX століття, було зростання захворюваності на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) у більшості країн Європи та США. Кількість смертей від ГІМ у низці країн, зокрема, США, досягла такого рівня, що у науковій медичній літературі стали вживати термін «епідемія серцево-судинних захворювань» (Najar R. 2017). Одним з джерел інформації щодо статистики захворюваності та смертності від ССЗ у США були реєстри страхових компаній, які засвідчили зростання смертності починаючи з 20-х рр минулого століття — переважно серед осіб чоловічої статі середнього віку. Станом на середину XX століття у США смертність від ІХС становила 22 % у структурі загальної смертності (Oppenheimer G.M., 2006). Аналогічна статистика спостерігалась також у Великобританії — Англії та Уельсі.

Для вивчення причин розвитку ІХС та розробки заходів, направлених на зниження захворюваності, у кардіології стали використовувати методи, які були апробовані при дослідженні інфекційних хвороб (Labarthe D., 2011; Epstein F. H., 1996). На відміну від клінічних, епідеміологічні методи направлені на вивчення захворювань не у окремо взятого пацієнта, а на рівні популяції. Піонерами досліджень у галузі клінічної епідеміології ССЗ були вчені США та Великобританії, що було обумовлено як більш значним рівнем смертності від ГІМ у цих країнах, так і тим, що у більшості країн Європи наукові дослідження під час 2-ї світової війни практично припинились (Epstein F.H., 1996). Основні центри, де проводились наукові дослідження у галузі епідеміології ССЗ — лабораторія фізіології та гігієни (the Laboratory of Physiological Hygiene) університету м. Міннесота у США під керівництвом фізіолога Ансела Кейза (Ancel Benjamin Keys), Лондонська школа гігієни та тропічної медицини (the London School of Hygiene and Tropical Medicine) та лабораторія Арчібалда Кохрейна в університеті Кардіфа (Welsh National School of Medicine, сучасна назва — Cardiff University School of Medicine) (Epstein F. H., 1996).

Концептуальні підходи та методологія досліджень у галузі клінічної епідеміології ССЗ були створені та набули свого розвитку упродовж трьох десятиріч після 2-ї світової війни (Epstein F. H., 1996). Важливим елементом стало використання стандартизованих методик досліджень (клінічних, інструментальних та лабораторних) та критеріїв постановки діагнозу. Методологія проведення епідеміологічних досліджень активно розвивалась упродовж 50-60-х рр. минулого століття, значну роль у цьому процесі відігравали співпраця спеціалістів ВООЗ, американської асоціації серця (American Heart Association — АНА), міжнародного кардіологічного товариства (The International Cardiovascular Society), Лондонської School of Hygiene and Tropical Medicine та the Laboratory of Physiological Hygiene в Міннесоті (Epstein F. H., 1996). Велике значення для розвитку досліджень у галузі клінічної епідеміології мало використання автоматизованих аналізаторів біохімічних показників крові (Rose, G.A., Blackburn, H. 1968). Іншим важливим здобутком стало впровадження у другій половині ХХ століття комп'ютерних технологій, що дало можливість зберігання та аналізу великого масиву інформації, вивчення взаємодії чисельних факторів та створення прогностичних моделей (Epstein F. H., 1996).

Більшість ідей, що стали темами епідеміологічних досліджень, виникли в результаті клінічних спостережень та міждисциплінарного підходу. Етіологічний чинник ІХС — атеросклеротичне ураження судин серця — та патофізіологічні механізми розвитку стенокардії та ГІМ — були описані ще у ХІХ столітті (Fye W.B., 1985). Гіпотези щодо ролі гіперхолестеринемії у розвитку атеросклеротичного ураження ССЗ також були висунуті у другій половині ХІХ століття — за результатами аналізу клінічних спостережень за пацієнтами з сімейною гіперхолестеринемією (опис клінічних випадків смерті від ГІМ у дітей з ксантомами) (Steinberg D., 2005; Adlersberg D et al., 1949). Але незважаючи на ранню публікацію — у 1913 році — результатів експериментальних досліджень М.М.Анічкова щодо зв'язку холестерину їжі та формування атеросклеротичної бляшки, (Anitschkow, N. N., 1933). експериментальні та клінічні дослідження щодо зв'язку холестерину з розвитком атеросклеротичного ураження практично не проводились до 40-х рр. минулого століття (Steinberg D., 2004). Важливий внесок у розвиток концепції дисліпідемії мали роботи професора каліфорнійського університету Берклі John W. Gofman, який наприкінці 40-х рр ХХ століття першим виділив фракції ліпопротеїдів (ЛП) та описав вплив різних класів ЛП на розвиток атеросклерозу (Steinberg D., 2006)

Наприкінці ХІХ — початку ХХ століття за результатами наукових досліджень було описано відмінності щодо поширеності серцево-судинної патології у різних географічних зонах, етнічних групах та серед представників різних професій (Epstein F. H., 1996). Важливе значення у вивченні епідеміології атеросклерозу мав міжнародний проект «The International Atherosclerosis

Project» — проведений наприкінці 40-х — початку 50-х рр XX століття — порівняльне дослідження поширеності атеросклеротичного ураження судин у 19 країнах за результатами понад 23 тис. аутопсій (General findings of the International Atherosclerosis Project, 1968). Окрім опису відмінностей щодо поширеності атеросклеротичного процесу у осіб різних національностей, у проекті було описано взаємозв'язок між ступенем атеросклеротичного ураження судин та смертю від ССЗ. Таким чином, одним з пріоритетних напрямів досліджень щодо патофізіологічних механізмів ІХС стало визначення причин та факторів, що впливають на процес атерогенезу.

Велике значення для визначення етіологічних чинників ІХС мало проведене у США Фремінгемське дослідження, яке мало на меті «вивчати прояви ССЗ та фактори, що сприяють їх розвитку у пересічній популяції шляхом визначення клінічних та лабораторних показників упродовж тривалого періоду спостереження» (Grundey S. M. et al., 1998). Ініціатором проведення Фремінгемського дослідження виступив департамент охорони здоров'я США, згодом воно було продовжено під егідою Національного інституту серця. Дослідження проводиться з 1948 року в місті Фремінгемі, що розташоване поблизу Бостона (США). В 1948 році в досліджувану когорту були включені 5209 чоловіків і жінок виком від 30 до 62 років, в подальшому обстежувались їх діти і онуки, що дало можливість дослідити роль спадковості. (Steinberg D., 2004). Популярність дослідження значною мірою обумовлена адекватним дизайном — чіткістю поставлених завдань та методологією їх виконання, що є безумовною заслугою його другого — за хронологією — з 1949 року — керівника — Thomas Royle Dawber — який зумів зацікавити жителів та медичну спільноту м. Фремінгем та залучити їх до активної участі у проведенні опитувань та обстежень (Dawber T. R., 1980). Опубліковані упродовж 1957-1963 рр результати Фремінгемського дослідження стали підґрунтям для створення концепції факторів ризику. Цей широковідомий у наш час термін вперше був використаний у 1961 році William Kannel, який згодом — у 1966 році — став керівником цього проекту (Kannel W. B. et al., 1961).

Слід зазначити, що у період після 2-ї світової війни, починаючи з 1946 року було проведено більш ніж два десятки інших когортних досліджень — зокрема, у США — «The Coronary Heart Disease in Young Adults» під керівництвом кардіолога P.D. White (1946 рік) та «The Minnesota Business and Professional Men Study» під керівництвом фізіолога A.B. Keys, у Великобританії — «The London Transport and Postal Workers Studies», розпочаті у 1949 році під керівництвом Jeremiah Morris. Ці дослідження не набули такої популярності, як Фремінгемське, незважаючи на те, що в них також оцінювали зв'язок окремих клінічних параметрів — зокрема, рівня артеріального тиску (АТ) та холестерину крові — з рівнем захворюваності та смертності від ССЗ. Вагомим недоліком

було те, що отримані результати — на відміну від Фремінгемського дослідження — описували ССЗ у окремих соціальних групах — так у Міннесотському дослідженні це були особи чоловічої статі з високим соціально-економічним статусом (Keys A, 1963). Більшість ранніх досліджень у галузі клінічної епідеміології ССЗ проводились переважно серед осіб чоловічої статі. Це було продиктовано виключно економічними причинами — більш висока частота захворюваності на ІХС серед чоловіків вимагала участі меншої кількості обстежених та більш короткої тривалості спостереження.

У Фремінгемському дослідженні вперше було доведено роль артеріальної гіпертензії (АГ) у розвитку не лише гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК) та серцевої недостатності (СН), але і ГІМ, результати дослідження переконливо засвідчили наявність постійного позитивного зв'язку між рівнем підвищення АТ та смертністю від ССЗ (Hajar R., 2017; Kannel WB et al 1970; Wolf PA, et al 1970). Було також виявлено ряд інших ФР, які впливали на розвиток ССЗ: найбільш вагомий внесок мали гіперхолестеринемія та тютюнокуріння. Аналіз результатів довготривалого спостереження за учасниками Фремінгемського дослідження дозволив також виявити захворювання та стани (ожиріння, цукровий діабет), наявність яких збільшувала вірогідність смерті від ССЗ, визначити роль поведінкових ФР — таких, як рівень фізичної активності, характер харчування та вживання алкоголю та обґрунтувати необхідність їх корекції (Kannel W. B., et al., 1961; Grundy S. M. et al., 1998).

За результатами Фремінгемського дослідження було створено модель оцінки ризику — The Framingham Coronary Heart Disease Risk Score або The Framingham Risk Score — для виявлення серед практично здорових осіб тих, хто має високу вірогідність розвитку ССЗ (Leaverton PE, et al., 1987).

Інше відоме дослідження, метою якого було визначення факторів, що впливають на розвиток ССЗ у різних країнах світу та аналіз їх поширеності у різних популяціях — «The Seven Countries Study» — було розпочато наприкінці 50-х років минулого століття. Його організатором та ідеологом був Ancel Benjamin Keys. За період з 1958 по 1964 рік було обстежено 12,7 тис. осіб чоловічої статі від 40 до 59 років — 16 когорт у 7 країнах 4-х регіонів світу — США, Європа (Фінляндія, Нідерланди, Італія, Греція, Югославія — Хорватія та Сербія) та Японія. Тривалість дослідження становила понад 50 років, а перші результати було опубліковано у 1970 році. У дослідженні було задокументовано значну різницю як щодо поширеності ССЗ, так і щодо захворюваності на ГІМ у різних регіонах, описано популяційні відмінності щодо поширеності гіперхолестеринемії — у Фінляндії рівень загального холестерину (ЗХС), що перевищував 200 мг/дл, було зареєстровано у 77% учасників, у Японії — лише у 3%. За результатами «The Seven Countries Study» було встановлено, що факторами, які мають найбільший вплив на розвиток ГІМ, є рівень ЗХС крові та

рівень АТ, а комбінація гіперхолестеринемії та АГ стала причиною близька 60 % випадків ГІМ. Було показано, що чоловіки, чий рівень ЗХС на момент початку дослідження становив 260 мг/дл та вище, мали учетверо більший ризик розвитку серцевого нападу, ніж ті, чий рівень ЗХС становив менше 200 мг/дл (Lessons for Science from the Seven Countries Study., 1994). А.В. Keys став також першим вченим, який проаналізував позитивний вплив режиму харчування, який згодом отримав назву «середземноморська дієта», на розвиток захворювань. Разом зі своєю дружиною Маргарет він написав дві книги — «Eat Well and Stay Well» (Keys, A, Keys, M., 1959) та «How to Eat Well and Stay Well: the Mediterranean Way», і сам усе життя, більшість якого він провів в Італії, дотримувався рекомендованих ним засад харчування. Він помер у 2004 році не доживши декілька місяців до 101-річного віку.

Отримані результати щодо впливу ФР на розвиток ССЗ знайшли своє підтвердження у подальших популяційних дослідженнях. До найбільш важливих можна віднести дослідження «The Busselton Health Study» (Басселтон, Австралія, 1966, понад 20 тис. учасників), «The Caerphilly Heart Disease Study» або «Caerphilly Prospective Study», проведене наприкінці 70-х рр. минулого століття у Великобританії (Карфілі, 1979, південний Уельс), та «The China–Cornell–Oxford Project» або «The China-Oxford-Cornell Study on Dietary, Lifestyle and Disease Mortality Characteristics in 65 Rural Chinese Counties» (80-ті рр. минулого століття, проект Китай-Корнуелл-Оксфорд).

Результати «The Caerphilly Prospective Study» надали важливу інформацію щодо впливу факторів, пов'язаних зі стилем життя, на розвиток ССЗ. Учасників дослідження було розподілено на групи відповідно до дотримання ними основних складових здорового способу життя — за такими складовими, як відсутність тютюнокуріння, підтримка нормальної маси тіла (МТ), достатній рівень фізичної активності, харчування з низьким вмістом жирів та вживанням 5 порцій фруктів та овочів на день, адекватне вживання алкоголю (до 21 дози на тиждень). На момент початку дослідження лише <1% обстежених чоловіків дотримувались всіх 5 компонентів здорового стилю життя та близько 5 % — 4-х з них. Результати 30-річного спостереження у рамках Карфілдського дослідження дозволили підтвердити гіпотезу щодо того, що дотримання засад здорового стилю життя сприяє зниженню ризику розвитку захворювань — у пацієнтів цієї групи частота розвитку цукрового діабету (ЦД) була нижчою на 73 %, ССЗ — на 67 %, онкологічних захворювань — на 35 %, когнітивних порушень та деменції — на 64 %, ніж у інших учасників (Strain J.J., Elwood P.C., Davis A, et al., 2000).

Таким чином, станом на кінець 60-х — початок 70-х рр. минулого століття за результатами проспективних епідеміологічних досліджень було отримано докази причинно-наслідкового зв'язку та сформовано доказову базу щодо ролі

універсальних ФР — АГ, дисліпідемії, тютюнокуріння харчування, фізичної активності — у розвитку ІХС. Концепція ФР у розвитку атеросклеротичних уражень та інфаркту міокарда поступово витісняла теорію щодо ССЗ як фатального наслідку старіння. Було висунуто гіпотези щодо можливості профілактики ССЗ шляхом модифікації ФР та розроблено дизайн досліджень щодо вивчення ефективності запропонованих заходів. Цінність ранніх досліджень щодо модифікації ФР, проведених у другій половині минулого століття, полягає в тому, що, незважаючи на відсутність статистичної достовірності отриманих результатів щодо впливу на захворюваність та смертність у більшості з них, вони, по-перше, призвели до підвищення поінформованості медичної спільноти та широких верств населення щодо ФР ССЗ та необхідності їх корекції, по-друге, дозволили удосконалити та стандартизувати методологію проведення такого роду досліджень (Epstein F. H., 1996).

Подальший розвиток концепції ФР був пов'язаний з проведенням міжнародного дослідження INTERHEART, у якому брали участь 52 країни (Yusuf S. et al., 2004). Було встановлено 9 ФР, які визначають більш 90 % ризику ГІМ в різних географічних регіонах, в різних етнічних групах, у чоловіків і жінок, у молодих і літніх (куріння, підвищення величини Апо В/А, АГ, ЦД, абдомінальне ожиріння, стрес, вживання менше 400 г овочів і фруктів щоденно, недостатній рівень фізичної активності, зловживання алкоголем). Відповідно, в усьому світі підходи до профілактики ГІМ можуть ґрунтуватися на однакових принципах. Модифікація вже відомих ФР потенційно здатна попередити більшість випадків передчасного ГІМ.

Велику роль у створенні наукової бази щодо заходів профілактики ССЗ мали дослідження, які обґрунтували доцільність лікування підвищеного АТ. Необхідно враховувати, що на початку 50-х рр минулого століття, зусилля переважної більшості наукової медичної спільноти були направлені на пошук та корекцію етіологічних чинників розвитку АГ — таких, як феохромоцитома або реноваскулярна гіпертензія, а при відсутності такого чинника (що було характерним для більшості випадків підвищення АТ) пацієнтам, як правило, не призначали жодних заходів корекції. Призначення антигіпертензивної терапії вважалось симптоматичним лікуванням, яке зневажливо називали «лікування показників манометра». У США така точка зору була домінуючою аж до початку 70-х рр. минулого століття (Freis E.D., 1990). Одне з перших рандомізованих плацебо-контрольованих клінічних досліджень щодо ефективності зниження АТ було розпочато у 1963 році у США групою дослідників — the Veterans Administration (VA) Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. Дослідження «The VA Cooperative Study on antihypertensive agents» проводилось серед організованої популяції — колишніх військових, що проживали у будинках для ветеранів (Freis E.D., 1990). До участі у дослідженні було задіяно

осіб, чий рівень діастолічного АТ становив від 90 до 129 мм рт.ст., для лікування АГ призначались доступні на той час препарати — діуретики — гідралазин або гідрохлортіазид — та препарати центральної дії (похідні раувольфії — резерпін). Упродовж першого року залучення пацієнтів у групі плацебо було зареєстровано 27 випадків ускладнень, з них 4 — зі смертельними наслідками (при цьому в групі, що отримувала антигіпертензивну терапію — лише 2 випадки ускладнень), тому подальше дослідження з плацебо проводили лише серед пацієнтів з меншими значенням діастолічного АТ — від 90 до 104 мм рт.ст. (Freis E.D., 1990). Опубліковані у 1970 році результати переконливо засвідчили, що антигіпертензивна терапія дозволяє знизити частоту розвитку ГПМК та СН, уповільнити прогресування хронічної хвороби нирок (ХХН) та зменшити смертність — як у осіб, чий діастолічний АТ перевищував 115 мм рт.ст., так і при більш низькому його рівні — від 90 до 114 мм рт.ст. (Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents, 1970). Публікація результатів «The VA Cooperative Study on antihypertensive agents» у 1970 році не мала значного впливу на медичну практику і не призвела до зміни тактики лікування АГ. Увагу до дослідження привернув факт отримання у 1971 році його керівником — доктором Edward D. Freis — престижної премії фонду Lasker за наукові досягнення. Подальші дослідження підтвердили необхідність медикаментозної корекції підвищеного АТ. У 1974 році у США було розпочато рандомізоване контрольоване дослідження «The Hypertension Detection and Follow-up Program» (HDFP). Значення дослідження HDFP полягає в тому, що у ньому було доведено, що систематичне та ефективне лікування підвищеного АТ приводить до зниження смертності від ССЗ на популяційному рівні, в т.ч., і осіб з так званою «помірною гіпертензією».

Аналогічні дослідження були проведено в Австралії та Великобританії — «The Australian Therapeutic Trial in Mild Hypertension» та «MRC trial of treatment of mild hypertension». Результати цих досліджень мали вирішальне значення як у розвитку тактичних підходів щодо медикаментозного лікування АГ, так і до контролю АГ на популяційному рівні (The Australian Therapeutic Trial in Mild Hypertension, 1980; Medical Research Council Working Party, 1985).

Слід також зазначити, що тривалий час основна увага як лікарів, так і дослідників, приділялась корекції рівня діастолічного АТ — так, у перших клінічних настановах щодо АГ (JNC 1), опублікованих у 1977 році, призначення медикаментозної терапії було рекомендовано лише починаючи з його рівня ≥ 105 мм рт.ст. Одне з перших клінічних досліджень щодо лікування підвищеного систолічного АТ — The Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP) — було розпочато набагато пізніше — у 1985 році. Участь у ньому брали понад 4,7 тис пацієнтів, частка пацієнтів контрольної групи, що не приймали препаратів для зниження АТ, становила 70,9 %. За результатами

дослідження, серед пацієнтів, що приймали антигіпертензивні препарати, частота розвитку ГПМК була на 36 % нижчою, ніж у групі плацебо (Pfeffer M. A., 2016). За результатами аналізу клінічних досліджень щодо антигіпертензивної терапії комітети по етиці при плануванні подальших досліджень заборонили використання плацебо, в окремих випадках дозволяється лише короткочасна — упродовж 2-4 тижнів — відміна антигіпертензивної терапії — з метою встановлення базового рівня АТ — і лише у пацієнтів, що не мають значного його підвищення.

Серед державних програм по боротьбі з АГ, однією з перших була розроблена у США програма — «The National High Blood Pressure Education Program» (NHBPEP), яка була запроваджена у 1972 році. Завданням NHBPEP було покращення контролю АГ в американській популяції. Програма включала 2 компоненти — навчання медичного персоналу та освітню програму для населення — щодо негативного впливу підвищеного АТ на стан здоров'я та методів його корекції. Згідно інформації національних реєстрів США — 1976-80 та 1988-91 рр., за період реалізації програми частка жителів США, які знали про наявність у них АГ, збільшилась з 51 % до 73 %, частка хворих на АГ, які отримували лікування — з 31 % до 55 %, частка осіб, які досягли цільового рівня АТ — з 10 % до 29 %, а рівень АТ в осіб, віком від 60 до 74 років, з 1960 по 1991 рік знизився, в середньому, на 16 мм рт.ст. В результаті реалізації програми NHBPEP смертність від гострих порушень мозкового кровообігу знизилась на 60 %, смертність від ГІМ та його ускладнень — на 53 % (McLeroy C. E. Crump, 1994). З 1972 року у США об'єднаний комітет по АГ — The Joint National Committee on detection, evaluation and treatment of high blood pressure — регулярно публікує клінічні настанови щодо тактики надання медичної допомоги пацієнтам з АГ, останній перегляд було оприлюднено в 2017 році. Наставови щодо лікування АГ були розроблені і у інших країнах, регулярно оновлюються КН з АГ, що видаються за ініціативи Європейської асоціації кардіологів, останнє оновлення датує 2018 роком. Велику увагу проблемі АГ приділяє ВООЗ — рапорт щодо АГ було опубліковано ВООЗ у 1978 році, а наступні версії — 1989 та 1993 рр. — у співпраці з міжнародною асоціацією з АГ.

Висновок експертів щодо значення атеросклерозу і гіперхолестеринемії у розвитку ССЗ, який було опубліковано у США у 1959 році, став одним з перших офіційних документів, у якому було визнано роль порушень ліпідного обміну у розвитку цієї патології (White P. D. et al., 1959). Велике значення мала також публікація результатів 6-річного спостереження за 360 тис. осіб чоловічої статі, яке було проведено у рамках дослідження «The Multiple Risk Factor Intervention Trial» (MRFIT) та аналіз результатів ряду проспективних досліджень, проведених у США — так званий «Pooling Project» (Stamler J. 1986)

Аналіз результатів дослідження MRFIT показав, що ризик розвитку ССЗ зростає починаючи від значення рівня ЗХС у 200 мг/дл (5,2 ммоль/л), збільшується удвічі при досягненні 250 мг/дл (6,5 ммоль/л), і в 4 рази — при рівні 300 мг/дл (8,0 ммоль/л). Також було доведено, що наявність АГ та тютюнокуріння при підвищенні рівня ЗХС збільшує ризик смерті від ССЗ — серед осіб чоловічої статі з оптимальним рівнем ФР смертність від ССЗ упродовж 6 років становила 1,6 на 1000 осіб, а у осіб, які мали звичку тютюнокуріння та підвищений рівень ЗХС і АГ, вона зростала до 21,4 на 1000 осіб (Stamler J. 1986). Одним з перших досліджень щодо ролі корекції рівня ЗХС у профілактиці ССЗ стало проведене у США «The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial» (The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial results, 1984). У дослідженні було показано зниження рівня захворюваності на ССЗ при лікуванні препаратами, що знижують рівень холестерину. Публікація результатів дослідження «The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial» у 1984 році заклала наукову базу щодо впровадження підходів по корекції дисліпідемії. Відповідно до розробленого у 1986 Національним Інститутом здоров'я (The National Institutes of Health) консенсусу, у США з 1987 року почали впроваджувати національну програму щодо контролю рівня холестерину у популяції — «The National Cholesterol Heart Education Program» (NCHEP). Програма була побудована на тих же засадах, що і програма по боротьбі з АГ, з освітніми компонентами для широкого загалу населення та узагальненням існуючих наукових засад корекції дисліпідемії для медичного персоналу. Подальші епідеміологічні дослідження дозволи визначити, що вплив гіперхолестеринемії на розвиток ССЗ пов'язаний, переважно, з підвищенням вмісту холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) (Neaton J. D., et al., 1992). Було доведено, що зниження рівня ХС ЛПНЩ на кожні 1,0 ммоль/л обумовлює зниження смертності від ССЗ та ГІМ на 20-25% (The third report of the National Cholesterol Education Program). Одним з найбільш демонстративних досліджень щодо ролі зниження рівня холестерину та ХС ЛПНЩ на розвиток ССЗ було проведене у США «The Cholesterol-Lowering Atherosclerosis Study» (CLAS study) (Blankenhorn D. H., 1987). У цьому 2-річному рандомізованому дослідженні було показано позитивний ефект прийому комбінації ліпідознижуючих препаратів — холестиполу та ніацину — у пацієнтів, яким було проведене аортокоронарне шунтування. При цьому, окрім зниження на 26 % рівня ЗХС, на 43 % — рівня ХСЛПНЩ та на 22 % — рівня тригліцеридів (ТГ), при проведенні коронароветрикулографії було продемонстровано позитивний вплив призначеної терапії на розвиток атеросклеротичних уражень — уповільнення прогресування та зворотній розвиток існуючих атеросклеротичних бляшок і зменшення появи нових уражень. Метааналіз сучасних досліджень щодо вторинної профілактики ССЗ показав, що максимальне зменшення

ризик повторних серцево-судинних подій зареєстровано при рівні ХС ЛПНЩ у 1,8 ммоль/л та нижче (Baigent C., et al., 2010). До атерогенних факторів дисліпідемії відносяться також низький рівень холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) та підвищений вміст ТГ.

Важливим етапом в розвитку профілактичної кардіології стало впровадження високоефективних препаратів для корекції дисліпідемії — інгібіторів HMG-CoA редуктази — статинів — що призвело до широкого застосування ліпідознижуючої терапії у клінічній практиці (Hajar R., 2011). Ефективність статинів щодо зниження рівня захворюваності та смертності продемонстровано у низці широкомасштабних досліджень щодо вторинної та первинної профілактики ССЗ. Ступінь зниження рівня холестерину на фоні прийому цих препаратів значно вищий, ніж для інших ліпідознижуючих сполук та відомих модифікацій режиму харчування. В одному з ранніх клінічних досліджень щодо ефективності прийому статинів — широкомасштабному рандомізованому подвійному сліпому дослідженні 4S (Scandinavian Simvastatin Survival Study) — було досягнуто зниження ЗХС на 25 %, ХС ЛПНЩ — на 35 %, а рівня смертності від ССЗ — на 42 % ($p < 0,00001$). У 4S — вперше для досліджень щодо модифікації рівня холестерину — було зареєстровано зниження загальної смертності (Scandinavian Simvastatin Survival Study Group). З метою узагальнення результатів окремих рандомізованих клінічних досліджень (РКД) та адекватної оцінки впливу прийому ліпідознижуючих препаратів на рівень смертності за стандартизованою методикою (мета-аналізу) у 1994 році було створено групу «The Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration» (CTT) (Protocol, 1995). Мета-аналіз 14 досліджень (загальна кількість учасників — понад 90 тис. осіб) щодо застосування статинів (ловастатину, сімвастатину, правастатину, флювастатину та аторвастатину) засвідчив наявність постійного кореляційного зв'язку між досягнутим зниженням рівня ХС ЛПНЩ та зниженням рівня смертності від ССЗ. Було показано, що зниження ХС ЛПНЩ на 1 ммоль/л (40 мг/дл) призводить до зниження ризику ССЗ на 20 %. Упродовж першого року прийому статинів зниження ризику незначне, але упродовж кожного наступного року воно становить 24 % ($p < 0,0001$ — достовірна різниця між першим та наступними роками). Кожне додаткове зниження ХСЛПНЩ на 0,5 ммоль/л — при застосуванні більш високих доз статинів — призводить до додаткового зниження серцево-судинних подій на 15 %. При порівнянні статинів з плацебо зниження ризику становило близько 25 %. При проведенні досліджень пацієнтів з сімейною гіперхолестеринемією, у яких реєструється надзвичайно високий рівень ХСЛПНЩ, зниження цього показника на 2,0 ммоль/л призводило до зниження ризику приблизно на 45 %, на 3,0-4,0 ммоль/л — на 60-70 % (Steinberg D., 2006). Позитивний ефект терапії статинами залежить від індивідуального рівня ризику та досягнутого зниження

рівня ХС ЛПНЩ (в абсолютних значеннях). Так прийом статинів упродовж 5 років зі зниженням ХСЛПНЩ на 2,0 ммоль/л призведе до уникнення ускладнень у 10 % пацієнтів високого ризику та 5 % пацієнтів низького ризику. Мета-аналіз також засвідчив, що зниження ХСЛПНЩ на 1,0 ммоль/л призводить до зниження смертності від ССЗ на 12 %, смертності від ІХС — приблизно на 20 %, смертності від інших кардіальних причин (артимії, гостра серцева недостатність, які не завжди пов'язані з атеросклеротичним ураженням коронарних артерій) — на 8 %. За результатами мета-аналізу не було виявлено негативного впливу зниження рівня ХСЛПНЩ на рівень смертності від інших причини, зокрема, щодо збільшення смертності від онкологічної патології. У РКД щодо первинної та вторинної профілактики ССЗ на фоні прийому статинів було зареєстровано зниження рівня загальної смертності (Prospective Studies Collaboration, 2007). При проведенні досліджень було виявлено позитивний ефект прийому статинів пацієнтами, чий рівень холестерину знаходився у межах середньопопуляційної норми (ЗХС — 5,2-6,2 ммоль/л, ХСЛПНЩ — 3,0-4,5 ммоль/л або 115-174 мг/дл). Результати «The British Heart Protection Study» показали прогресивне зниження ризику ССЗ на фоні прийому симвастатину у пацієнтів, чий рівень ХСЛПНЩ становив 100 мг/дл (Howell J. D., 2011).

Таким чином, рекомендації щодо клінічного застосування статинів базуються на результатах широкомасштабних рандомізованих контрольованих досліджень, у яких було доведено високу ефективність та безпеку цієї групи препаратів, і це стало запорукою їх подальшого широкого клінічного застосування (2016 EAS/ESC guidelines for the management of dyslipidaemias).

Проведено низку РКД щодо ефективності програми мультифакторної первинної профілактики — «The Multiple Risk Factor Intervention Trial» (MRFIT) в США (Multiple Risk Factor Intervention Trial., 1982); «The WHO European Collaborative Trial of multifactorial prevention of coronary heart disease — в країнах європейського регіону. У учасників MRFIT переконливо доведено прямий кореляційний зв'язок між рівнем АТ, холестерину та ризиком розвитку ГІМ. За результатами дослідження було визначено концепцію «оптимального» або низького ризику ССЗ за 5 критеріями: оптимальний рівень систолічного АТ, діастолічного АТ, ЗХС, відсутність тютюнокуріння, відсутність ЦД (Stamler J. et al., 1986). Частка таких пацієнтів серед учасників MRFIT становила 2 %, рівень смертності від ССЗ у них був на 87 % нижчим порівняно з іншими учасниками.

Важливою складовою розвитку профілактичної кардіології стало формування стратегій профілактики ССЗ. У 1971 році у США доктор Frederick H. Epstein описав 2 рівні профілактики — «клінічно-індивідуальний» та «суспільний». Згодом у 1979 році провідний британський епідеміолог Dr. Geoffrey Rose, ввів поняття «стратегія високого ризику» та «масова стратегія»,

останній термін згодом змінили на «популяційну стратегію» (Rose G., 1981). Концепція популяційної (суспільної) профілактики направлена на попередження виникнення ФР — так званих есенціальних детермінант або причин причин («essential determinants» та «causes of causes») — та зниження рівня окремих ФР у популяції (Rose G., 1981). Стратегія популяційної профілактики включає підвищення рівня поінформованості населення щодо ФР виникнення захворювань, масову пропаганду здорової моделі поведінки — тобто такої, що направлена на підтримку здоров'я та профілактику виникнення захворювань — та формування у населення відповідального ставлення до збереження свого здоров'я. Здорова поведінка всіх членів суспільства — як норма для усієї популяції — має важливе значення в процесі зниження рівня захворюваності. Реалізація популяційної стратегії потребує аналізу соціальних детермінант та ФР, які визначають середньопопуляційний рівень захворюваності. Крім того, важливим елементом є створення у популяції умов, що сприяють дотриманню здорового способу життя та доступності заходів медичної допомоги за участі законодавчих, економічних та суспільних механізмів. Наприклад, впровадження законодавчих актів щодо обмеження тютюнокуріння та визначення політики у галузі харчової промисловості та сільського господарства. Успіх заходів популяційної профілактики ССЗ значною мірою залежить також від медичної спільноти — лікар виступає як експерт, порадник, надає персональний приклад, чим сприяє формуванню суспільної думки (2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice). Основними перевагами стратегії популяційної профілактики є те, що вона охоплює широкі верстви населення (Ryölä K. et al, 1990). Широке впровадження програм популяційної профілактики розпочалось у 1970-х рр. минулого століття. У США це була програма «The Three City Project» — у рамках програми «The Stanford Heart Disease Prevention Program», в Європі — широковідомий проект «Північна Карелія», який було розпочато за ініціативи жителів Фінляндії (станом на 1970 рік Північна Карелія, яка раніше входила до складу СРСР, мала найвищий рівень смертності від ССЗ серед країн Західної Європи) та продовжено під егідою ВООЗ (The North Karelia Project). Основними завданням проекту «Північна Карелія» було зменшення впливу таких вагомих ФР, як АГ, гіперхолестеринемія та тютюнокуріння. Комплексні заходи включали продуману інформаційну кампанію, співробітництво з закладами харчової промисловості, участь місцевих закладів охорони здоров'я та громадських організацій, реформу сільськогосподарської галузі та медикаментозне лікування осіб, що мають високий рівень ризику розвитку ССЗ. Виважена стратегія та раціональне використання ресурсів призвели у 1995 році до зниження нормалізованої за віком смертності на 73 % за рахунок зменшення загального рівня ризику у популяції. Проект «Північна Карелія» з 1971 по 1979 рік коштував, у перерахунку на

сучасні ціни, понад 4,8 млн. доларів. Значна економія коштів була досягнута за рахунок раціонального використання існуючої інфраструктури системи охорони здоров'я. За підрахунками, економія коштів на лікування хворих з ССЗ — внаслідок зменшення кількості випадків ГПМК та ГІМ — становила 5,5 млн. доларів, за рахунок зменшення виплат по хворобі та інвалідності — понад 10,9 млн. доларів. Позитивні результати впровадження профілактичних програм стали підґрунтям подальшого розвитку популяційної профілактики (Pyörälä K. et al, 1990). Програма популяційної профілактики у Польщі, основні заходи якої які були направлені на впровадження засад здорового харчування, призвела до зниження смертності від ССЗ, зокрема, у Варшаві на 50 % за період з 1991 по 2002 рік. За цей час вживання вершкового масла зменшилось на 52 %, інших жирів тваринного походження — на 20 %, молока — на 27 %, яловичини — на 57%, картоплі — на 8 %. Вживання рослинних олій збільшилось на 100 %, курятини — на 70 %, фруктів — на 64 %. Загалом вживання насичених жирів зменшилось на 19 %, а вживання поліненасичених жирних кислот збільшилось на 32 % (Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control).

Стратегія високого ризику, яку Dr. Geoffrey Rose називав також стратегією індивідуальної профілактики, стала логічним наслідком результатів проспективних досліджень, направлених на виявлення «носіїв» високого ризику. Її реалізація тісно пов'язана з клінічною практикою: вона починається з ідентифікації осіб, чий ризик розвитку захворювання є вищим, ніж середньостатистичний — внаслідок наявності ФР або доклінічних проявів атеросклерозу — з наступним проведенням заходів корекції ФР — як немедикаментозної, так і фармакологічної. Основними перевагами стратегії високого ризику є індивідуальний підхід до призначення заходів корекції, що збільшує вмотивованість як пацієнта, так і лікаря до профілактичних заходів (Doyle Y. G., 2006).

Для проведення скринінгу пацієнтів високого ризику важливе значення має методологія оцінки ризику. На час, коли Dr. Geoffrey Rose розробляв свою теорію, тактика визначення ризику базувалась на кількісній оцінці окремих ФР, в першу чергу, рівня АТ та ЗХС. Новим етапом стало створення моделей, які комплексно враховують вплив ФР. Більшість моделей оцінки ризику включають такі показники, як вік, стать, рівень систолічного АТ, статус тютюнокуріння, наявність ЦД та рівень ліпідів. Для кожного окремого пацієнта ризик визначається залежно від віку, статі та сукупності ФР. Серед найбільш відомих моделей оцінки ризику — Фремінгемська шкала (використовується, переважно, у країнах Північної Америки), шкала ВООЗ (різні варіанти, в т.ч., для країн з низьким рівнем розвитку системи охорони здоров'я, зокрема, на Африканському континенті), шкали SCORE (для країн Європейського регіону з різним рівнем ризику), ASSIGN (Шотландія), PROCAM (International

Task Force for Prevention of Coronary Heart Disease), QRISK (Великобританія), Reynolds risk score (США) тощо (Berger J. S., et al, 2010). Проведення скринінгу осіб високого ризику потребує додаткових коштів — на інформаційну підтримку населення, навчання медичного персоналу, створення систем моніторингу та реєстрів, залучення медичного обладнання для виявлення ФР тощо. На сучасному етапі концепція пріоритетного проведення заходів профілактики у пацієнтів групи високого ризику практично реалізується через впровадження системи оцінки ризику (за допомогою стандартизованих моделей — таких, як Фремінгемська або SCORE) та за рахунок широкого використання медикаментозних препаратів для ефективної корекції таких ФР, як АГ та гіперхолестеринемія (2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice; 2013 AHA/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk). Однак незважаючи на виражену клінічну направленість стратегії високого ризику та ефективність заходів корекції для окремо взятого пацієнта, її вплив на рівень здоров'я популяції незначний. Важливо враховувати, що в сучасних умовах рівень захворюваності та смертності від ССЗ у популяції більшості країн визначають не пацієнти високого ризику, яких у популяції меншість, а пацієнти низького та середнього ризику — за рахунок їх чисельності (Rose G., 1985). Так, за інформацією національного реєстру, в Італії відсоток осіб низького, помірного, високого та дуже високого ризиків становив, відповідно 23,2 %, 33,9 %, 30,2 % та 12,7 % (Volpe M., Williams B., 2008). Результати епідеміологічних досліджень показали, що лікування пацієнтів групи високого ризику призводить до зниження смертності від ССЗ у популяції, в середньому, на 11 %, а зниження середнього рівня АТ та ЗХС у популяції на 15 % призведе до зниження смертності від ССЗ на 59 % (Vartiainen E. 2004). Тому сучасні програми профілактики ССЗ базуються на поєднаному використанні стратегій високого ризику та популяційної профілактики (2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice).

Велику увагу впровадженню стратегій профілактики ССЗ у різних країнах світу приділяє ВООЗ. За ініціативи та при підтримці ВООЗ було проведено ряд фундаментальних досліджень щодо ФР ССЗ та їх корекції, зокрема, дослідження INTERSALT — щодо ролі вживання кухонної солі у розвитку АГ, участь у якому брали 32 країни світу, та комплексне дослідження щодо багатфакторної профілактики ССЗ — «The WHO European Collaborative Trial in the Multifactorial Prevention of Coronary Heart Disease». Проблема профілактики захворювань, зокрема, неінфекційних захворювань з хронічним перебігом, які також називають «хронічні неінфекційні захворювання», регулярно висвітлюється у щорічних рапортах ВООЗ. Ще у 1976 році на 29-й асамблеї ВООЗ було прийнято резолюцію WHA2949 щодо необхідності створення програми довготривалої профілактики ССЗ, у якій спеціалісти ВООЗ узагальнили наявний

на той час досвід щодо стратегій профілактики та методів корекції ФР. В резолюції було наголошено на ролі моделі поведінки у збереженні здоров'я та необхідних компонентах впровадження профілактичних програм: професійна освіта медичних працівників, підвищення поінформованості населення з залученням засобів масової інформації та громадських організацій, створення умов для дотримання засад здорового способу життя. Велике практичне значення мав рапорт ВООЗ 1982 року щодо профілактики ССЗ. Його елементи стали базовими для створення національних програм профілактики ІХС (Prevention of Coronary Heart Disease, 1982). Важливу роль у визначенні напрямів подальшого розвитку та імплементації стратегії профілактики ССЗ на національному рівні мала прийнята на Генеральній Асамблеї ВООЗ у вересні 2011 року Декларація щодо профілактики та контролю за хронічними неінфекційними захворюваннями. Положення декларації набули подальшого розвитку у рапорті ВООЗ 2014 року, у якому було визначено основні напрями профілактики хронічних неінфекційних захворювань, серед яких корекція тютюнопаління, ожиріння, АГ, ЦД, впровадження засад здорового способу життя щодо оптимального рівня фізичної активності та вживання кухонної солі, забезпечення доступності заходів медикаментозної профілактики та високотехнічних засобів лікування ССЗ та їх ускладнень (Global Status report on noncommunicable diseases, 2014).

Значний внесок у розвиток наукових засад профілактики ССЗ роблять професійні медичні спільноти — національні та міжнародні медичні асоціації. Вони виступають координаторами проведення наукових досліджень та державних проєктів в галузі профілактики ССЗ, беруть участь у реалізації державних програм з профілактики, проводять наукові та освітні заходи по інформуванню суспільства щодо ССЗ. Професійні спільноти відіграють велику роль у впровадженні найкращих засад клінічної практики, в тому числі, шляхом створення КН. Серед професійних медичних спільнот важлива роль належить Європейській Асоціації кардіологів. Під егідою Європейської Асоціації кардіологів було проведено клініко-епідеміологічні дослідження щодо поширеності ФР у країнах Європи та оптимізації їх корекції — EUROASPIRE та EUROACTION. Програма EUROASPIRE мала декілька етапів та вивчала стан впровадження заходів корекції ФР у пацієнтів високого ризику. Програма EUROACTION була направлена на оптимізацію проведення заходів профілактики у медичних закладах первинної ланки і показала позитивний вплив застосування мультидисциплінарного підходу з використанням медичних сестер у ролі координаторів проведення профілактичних заходів.

Перші рекомендації щодо корекції ФР та профілактики ІХС для країн Європи були опубліковані у 1987 році — їх автором була Європейська Асоціація атеросклерозу. У 1988 р. цією ж асоціацією було видано більш детальні рекомендації щодо корекції дисліпідемії у дорослих, оновлений варіант яких було

опубліковано у 1992, 2011 та 2016 рр. Європейська асоціація кардіологів розпочала публікацію КН щодо профілактики ССЗ з 1994 року. У розробці першого видання настанови також брали участь Європейська асоціація з атеросклерозу та Європейська асоціація з АГ. В КН наголошувалось, що успіхи у зниженні захворюваності та смертності від ССЗ значною мірою пов'язані з впровадженням нових технологій діагностики та лікування, таких, як реваскуляризація міокарда, але при цьому не менш важлива роль належить комплексній оцінці ФР та багатофакторній корекції. У європейських КН з профілактики ССЗ 1994 року була запропонована шкала оцінки ризику, яка була складена на основі адаптації результатів Фремінгемського дослідження, та надано визначення ФР (Prevention of coronary heart disease in clinical practice, 1994). В КН також обговорювали роль моделі поведінки у розвитку атеросклерозу та пов'язаних з ним захворювань. Було задекларовано, що нездорова модель поведінки реалізує свій негативний вплив через комплекс біохімічних змін, які сприяють формуванню атеросклеротичної бляшки та виникненню тромбозів.

У 1998 році було опубліковано оновлену версію КН (другий перегляд), до авторів крім Європейської асоціації кардіологів, Європейської асоціації атеросклерозу та Європейської асоціації артеріальної гіпертензії, були залучені Європейська асоціація лікарів загальної практики/сімейної медицини, Європейська мережа по вивченню серця (EHN) і Міжнародне товариство поведінкової медицини (Prevention of coronary heart disease in clinical practice, 1998). У другому виданні КН шкала оцінки ризику розвитку ССЗ була використана практично в незмінному вигляді. Але застосування для європейської популяції моделі, створеної на основі епідеміологічного дослідження американської популяції призвело до неправильного визначення ризику населення ряду європейських країн, зокрема, країн середземноморського басейну, у яких при однакових показниках, рівень ризику розвитку ССЗ був меншим, ніж у США, що було доведено у дослідженнях, проведених в Італії, Данії та Німеччині. Зважаючи на ці результати, робоча група Європейської асоціації кардіологів з питань епідеміології та профілактики запропонувала провести дослідження для розробки системи оцінки ризику ССЗ у європейській популяції. Ініціатива була підтримана і був створений проект «The Systematic COronary Risk Evaluation» (SCORE), який був реалізований під егідою Європейської асоціації кардіологів упродовж 1998-2001 рр.. Проект мав три фази — створення шкали оцінки ризику для спільнот з низьким та високим рівнем поширеності ССЗ, створення регіональних та національних шкал на базі оцінки структури смертності та створення комп'ютерної програми для визначення ризику у складі програми корекції ризику. У ході реалізації проекту проводився аналіз інформації, отриманої при проведенні когортних досліджень у 12 країнах Європи щодо смерті від ССЗ, пов'язаних з атеросклерозом — у Фінляндії — The FINRISK Study, понад

37 тисяч учасників, у СРСР — 3 тисячі учасників радянсько-американського дослідження щодо частоти поширеності дисліпідемії та ІХС серед чоловічого населення (було проведено в 1977 році), в Італії — понад 50 тис. учасники проекту «Risk Factors and Life Expectancy» (RIFLE) та інших. Результати дослідження та запропонований алгоритм оцінки ризику було опубліковано у 2003 році (Conroy R. M. et al., 2003). Вперше використання нового способу оцінки загального ризику розвитку ССЗ — систему SCORE — для країн з високим та низьким рівнем поширеності ССЗ було регламентовано у КН з профілактики ССЗ 2003 року (третій перегляд). У цих же настановах концепцію первинної та вторинної профілактики замінила концепція визнання безперервного розвитку атеросклеротичного процесу, на підставі чого було запропоновано 4 рівні заходів профілактики — для пацієнтів з різним рівнем ризику:

- при наявності клінічних ознак ІХС та/або ГІМ/ГПМК в анамнезі;
- при наявності високого ризику — при визначенні за допомогою моделей оцінки ризику — за відсутності клінічних ознак ССЗ;
- при наявності родичів I ступеня спорідненості з передчасним розвитком ССЗ;
- для всіх інших категорій пацієнтів.

В підготовці КН 2007 року (четвертий перегляд) — брали участь 9 асоціацій (European guidelines on cardiovascular prevention in clinical practice: 2007). Новим стало визнання провідної ролі лікарів загальної практики та медичних сестер у впровадженні заходів профілактики. Велика увага приділялась консультуванню щодо модифікації способу життя та використанню шкали оцінки відносного ризику в осіб молодого віку для обґрунтування впровадження у них заходів профілактики. Починаючи з 2007 року у КН з профілактики ССЗ стали вказувати рівень доказовості заходів надання медичної допомоги. Крім того, експерти почали приділяти більше уваги впровадженню положень КН в клінічну практику — з цією метою ними розроблено різні форми для застосування в клінічній практиці, зокрема, кишеньковий варіант для лікаря та електронні додатки. Також почали розробляти програми впровадження положень КН у практику, в першу чергу — за рахунок підвищення поінформованості медичної спільноти щодо положень КН, яке проводиться за участі провідних фахівців у кожній країні (European guidelines on cardiovascular prevention in clinical practice, 2007).

В Європейських КН з профілактики ССЗ 2012 р. (п'ятий перегляд) задекларовано необхідність проведення профілактичних заходів впродовж всього життя — від народження (якщо не раніше) до глибокої старості — та набули подальшого розвитку підходи щодо комплексного використання стратегій популяційної профілактики та високого ризику, які органічно доповнюють одна одну, щодо необхідності проведення освітніх програм для населення

та поліпшення контролю ФР у клінічній практиці (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2012)

В Європейських КН з профілактики ССЗ 2016 р. (шостий перегляд) зазначено, що проведення профілактики ССЗ шляхом зміни способу життя або застосування медикаментозного лікування є економічно обгрунтованим, як у разі проведення стратегії популяційної профілактики, так і високого ризику (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2016). Наголошується на важливості позитивного підходу щодо профілактики ССЗ, так як ризик ССЗ і профілактичні заходи динамічно змінюються з віком, зокрема збільшується кількість супутніх захворювань. Стратегічним підходом є поєднання стратегій профілактики, що спрямовано на покращення здоров'я населення в цілому, починаючи з дитинства, та конкретними діями, спрямованими на поліпшення стану здоров'я у людей, які мають високий ризик ССЗ або ССЗ. Наведені рекомендації для полегшення зміни поведінки, які довели свою ефективність з позиції доказової медицини: використання когнітивно-поведінкової стратегії (наприклад, мотиваційне інтерв'ю) — І А; залучення міждисциплінарної команди фахівців охорони здоров'я (медичні сестри, дієтологи, психологи) — І А; у осіб з дуже високим ризиком ССЗ рекомендовано проведення мультимодального втручання та інтеграції медичних ресурсів щодо впровадження здорового способу життя, фізичної активності, управління стресом і консультування щодо психосоціальних чинників ризику — І А. Важливе значення має відповідна спеціальна підготовка медичного персоналу, обізнаність щодо стратегій, направлених на модифікацію моделі поведінки та наявність практичних навичок щодо проведення такого консультування (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2016).

Імплементація КН з профілактики визнається більшістю держав, зокрема, після прийняття Європейським парламентом у 2007 році «Європейської хартії серця», основними положеннями якої є відмова від тютюнопаління, адекватний рівень фізичної активності, дотримання засад здорового харчування, профілактика надмірної маси тіла та ожиріння, підтримання оптимального рівня АТ та загального холестерину, корекція порушень обміну глюкози, уникання надмірного стресу.

Впровадження профілактичних програм в країнах Європи обумовило стабілізацію рівня захворюваності та смертності від ССЗ, зокрема, в осіб молодого віку. Разом з цим, постаріння населення та зменшення смертності від ССЗ призвело до збільшення поширеності цих хвороб. У більшості країн Західної Європи ССЗ розвиваються у пізньому віці, що призводить до збільшення очікуваної тривалості життя без ССЗ. Досягнення цих результатів пов'язане з використанням науково обгрунтованих міждисциплінарних підходів (Global Status report on noncommunicable diseases, 2014).

Процес наукового пошуку щодо удосконалення профілактики ССЗ триває, обґрунтовуються і розробляються нові підходи. Серед новітніх сучасних стратегій — необхідність проведення профілактики ССЗ впродовж життя, зосередження уваги на особах, чий рівень ризику є низьким, в першу чергу, як результат молодого віку, та більш широке використання заходів медикаментозної корекції ФР. Такий підхід відображений у останній редакції КН з профілактики Європейської асоціації кардіологів (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2016), у Консенсусі щодо профілактики ССЗ, прийнятому професійними медичними спільнотами Великобританії у 2014 році (Joint British Societies' consensus recommendations for the prevention of cardiovascular disease 2014), у рапорті ВООЗ 2014 року, (Global Status report on noncommunicable diseases, 2014). Існуюча доказова база свідчить про те, що тривалий вплив ФР підтримує процес атерогенезу та збільшує ризик майбутніх серцево-судинних подій, що обґрунтовує показання для проведення ранньої корекції. Рекомендується впроваджувати в клінічну практику системи оцінки ризику, які можуть бути використані в осіб молодого віку. Можливість такої оцінки дають, зокрема, шкала відносного ризику SCORE та калькулятор QRISK, які дозволяють визначити такі показники, як «вік серця» та «період до розвитку ССЗ» (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2016). Це важливо з огляду на те, що існуючі підходи до стратифікації ризику розвитку ССЗ, які розраховані на період у 10 років, значною мірою залежать від віку та статі та передбачають певні граничні значення показників для призначення медикаментозної терапії. Внаслідок цього, пріоритетними групами для проведення профілактичних заходів стають особи з високим рівнем ризику, що призводить до того, що особи з низьким або помірним рівнем ризику, які становлять переважну більшість у популяції, не отримують терапії щодо корекції ФР. Пацієнти молодого віку здебільшого мають низький ризик розвитку ССЗ, навіть у випадку наявності високих рівнів ФР, що піддаються модифікації (Joint British Societies' consensus recommendations for the prevention of cardiovascular disease, 2014). Автори рекомендацій вважають, що 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 їх ризику упродовж життя за рахунок усунення негативного впливу ФР у молодому віці. Враховуючи збільшення доступності, безпечності та ефективності препаратів, що застосовуються для медикаментозної корекції ФР та профілактики ССЗ, обговорюється питання доцільності більш широких показань до їх призначення, зокрема, у молодому віці. Такий підхід може суттєво підвищити ефективність профілактичних заходів та стати запорукою подальшого зниження захворюваності та смертності від ССЗ.

1.2. Фактори ризику серцево-судинних захворювань: поширеність та значення

Концепція ФР визначила новий етап розвитку кардіології. Вона почала формуватись ще в процесі проведення Фремінгемського дослідження (Framingham Heart Study).

В класичному варіанті ФР захворювання відповідає трьом вимогам:

- з підвищенням його рівня зростає захворюваність і смертність від певної хвороби;
- пацієнти з клінічними проявами захворювання мають більш високі рівні ФР, ніж здорові люди;
- при немедикаментозному та медикаментозному зниженні рівня ФР зменшується частота гострих ускладнень і смертність від захворювання.

Концепція ФР інтенсивно розвивається, проводяться багаточисельні дослідження, що дозволило отримати нові дані про поширеність ФР та їх роль в розвитку ССЗ на сучасному етапі (Hwang S.J. et al., 2018). Проведене впродовж 25 років «The Seven Countries Study» довело роль таких ФР, як АГ, гіперхолестеринемія, підвищений індекс МТ та тютюнокуріння в збільшенні смертності, як від ССЗ, так і загальної, у різних країнах (Фінляндія, США, Нідерланди, Італія, Югославія, Греція, Японія) (Lessons for Science from the Seven Countries Study, 1994). Значний внесок в розвиток концепції ФР отримано при виконанні дослідження INTERHEART (Yusuf S. et al., 2004; Rosengren A. et al., 2004; Ezzati M., 2004). В наступних дослідженнях було показано, що особливості харчування вносять приблизно 30 % у рівень смертності від ГІМ, а використання тютюну в усіх можливих формах є одним з найбільш вагомих ФР в усьому світі. Комбінація ФР є різною в різних популяціях. Так результати досліджень свідчать про те, що у країнах Південної Африки провідними ФР є АГ та ожиріння, а підвищення ЗХС не має значної поширеності. В той же час, у Китаї, навіть за умови відсутності надмірної МТ та ожиріння, підвищення рівня ЗХС зустрічається з дуже великою частотою. Збільшується кількість досліджень з достатньою доказовою базою щодо ролі психосоціальних факторів у розвитку ГІМ. В країнах з низьким/помірним рівнем доходу на душу населення ці ФР, скоріш за все, будуть мати провідне значення у майбутньому (Gersh B.J. et al., 2010).

З практичної точки зору доцільним є розподіл основних ФР ССЗ на ті, що підлягають модифікації та ті, що не підлягають (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2012; Гідзинська І.М. і співав., 2015). До першої групи належать гіперхолестеринемія, АГ, тютюнокуріння, гіподинамія, ожиріння, порушення вуглеводного обміну, психосоціальні фактори та ряд інших. Основними ФР, що не підлягають модифікації, є стать, вік та обтяжена спадковість (European Guidelines on cardiovascular disease

prevention in clinical practice, 2012). Аналіз 10 досліджень, проведених у різних країнах світу, у яких описано зменшення смертності від ССЗ показало, що модифікація ФР сприяло її зниженню на 44 % в Нідерландах, на 50-54 % в США, на 76 % — в Північній Карелії (Gersh B.J. et al., 2010). В Європейських клінічних настановах з профілактики серцево-судинних захворювань 2012 р. та 2016 р. задекларовано необхідність проведення профілактичних заходів щодо попередження ССЗ впродовж всього життя — від народження (якщо не раніше) до глибокої старості (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2012; European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice 2016). Доведено, що ФР мають негативний вплив на подальший розвиток ССЗ навіть у випадку, якщо вони діють під час вагітності. Це було визначено при обстеженні нащадків жінок, чия вагітність відбувалась під час другої світової війни (the Dutch famine in the Second World War). Абсолютний ризик у дитячому віці у них був низький, але відносний ризик розвитку ССЗ в подальшому житті більш високим, порівняно з іншими. Проведені дослідження показали позитивний вплив модифікації ФР і в осіб старших вікових груп, зокрема, АГ та відмови від тютюнокуріння (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2012).

Доведено, що ризик розвитку ССЗ у більшості випадків є результатом взаємодії декількох ФР, що стало основою для створення моделей оцінки ризику, які комплексно враховують їх вплив. Серед найбільш відомих — Фремінгемська шкала, шкала BOOЗ, шкали SCORE, PROCAM, ASSIGN, QRISK, Reynolds risk score тощо. Більшість моделей оцінки ризику включають такі показники, як вік, стать, рівень систолічного АТ, статус тютюнокуріння, наявність ЦД та рівень ліпідів (Berger J.S. et al., 2010). Шкала SCORE створена спеціально для використання в рамках первинної профілактики. Пацієнти з діагностованими ССЗ, ЦД не підлягають оцінці за шкалою SCORE і автоматично відносяться до групи високого ризику.

Існують також фактори, які не увійшли до загальноприйнятих моделей оцінки ризику, але наявність яких сприяє розвитку ССЗ. Так, показано зв'язок між смертністю від ССЗ та такими факторами, як підвищення пульсового тиску, збільшення частоти серцевих скорочень, рівень маркерів системного запалення, порушення циркадного ритму АТ, обструктивне апное уві сні, хронічна хвороба нирок, гіперурикемія, метаболічний синдром тощо. Серед показників, які пропонують враховувати при створенні моделей оцінки ризику — обтяжений сімейний анамнез, соціальна ізоляція, рівень С-реактивного протеїну та глікованого гемоглобіну (Berger J.S. et al., 2010). Роль цих факторів обговорюється у публікаціях та клінічних настановах національних кардіологічних асоціацій, але вже встановлено, що додатковий ризик при їх наявності є меншим, ніж у «класичних» ФР, виявлених при проведенні Фремінгемського

дослідження та INTERHEART (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2012; European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2016). За результатами аналізу, проведеного експертами ВООЗ, 61 % випадків смерті від ССЗ пов'язано з такими ФР, як тютюнокуріння, артеріальна гіпертензія (АГ), надлишкова маса тіла, гіперхолестеринемія, гіперглікемія, вживання алкоголю, низький рівень фізичної активності та недостатнє вживання фруктів та овочів (Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control, 2011).

Переважає більшість осіб в популяції мають один та більше ФР розвитку ССЗ. Аналіз результатів 18 когортних досліджень, проведених у США, свідчать про те, що серед осіб 55 років лише 3 % мають оптимальний рівень ФР (Berry J.D. et al., 2012). Інформація реєстру NHANES III свідчить про те, що менше 7,5% учасників реєстру мають 6 та більше з 7 показників, значення яких відповідають вимогам рекомендацій Американської асоціації серця з профілактики (відсутність куріння, достатня фізична активність, нормальна маса тіла, цільовий рівень АТ, глікемії, ЗХС, здорове харчування) (Charakida M. et al., 2013). Схожа ситуація спостерігається і в країнах Європейської спільноти — за результатами реєстру EUROASPIRE III. У США середній ризик розвитку ССЗ у 50-річному віці становить 52 % для осіб чоловічої статі та 39 % — для осіб жіночої статі (Berger J.S. et al., 2010).

Серед ФР ССЗ провідна роль належить АГ. За інформацією, представленою у рапорті ВООЗ, підвищення АТ є причиною приблизно 7,5 млн. смертей щорічно, що становить 12,8 % загальної смертності. З підвищенням АТ пов'язано приблизно 37 % смертей від ССЗ у країнах Азії та до 54 % — у країнах Східної Європи (WHO, 2009; Lewington S. et al., 2002; European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2012). АГ є провідною причиною розвитку ГПМК та ГІМ, але також — хронічної серцевої недостатності, хронічного захворювання нирок, атеросклеротичного ураження периферичних артерій, в т.ч., артерій сітківки (2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension; Stevens SL et al., 2016). В окремих вікових групах ризик розвитку ССЗ подвоюється при кожному підвищенні АТ на 20/10 мм рт.ст., починаючи з 115/75 мм рт.ст. АГ є причиною 51 % смертей від ГПМК та 45 % — від ГІМ (Carey R. M., Whelton P. K., 2018). Аналіз результатів епідеміологічного дослідження REGARDS (Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke) показав збільшення ризику розвитку серцево-судинної патології вдвічі в осіб старшого віку, якщо АТ сист. перевищує 150 мм рт.ст.

Поширеність АГ у популяції становить, в середньому, 30-45 %, хоча існують значні розбіжності між окремими країнами (2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension). Серед осіб, старше 25 років, АГ мають приблизно 45 %. (Danaei G. et al. 2011). У систематичному огляді,

присвяченому аналізу поширеності АГ в світі, Р. Kearney з співавт. (Kearney P. et al., 2004) показали, що поширеність АГ коливалась від 3,4 % (особи чоловічої статі, що проживають у сільських районах Індії) до 72,5 % (у жінок, що проживають у Польщі). Загалом, в економічно розвинених країнах Європи та Північної Америки поширеність АГ становить від 20 до 50 %, в країнах Азії, Африки та Латинської Америки, що розвиваються — близько 20-30 % (World Health Statistics, 2012). Середня поширеність АГ в шести європейських країнах (Англія, Фінляндія, Німеччина, Італія, Іспанія, Швеція) склала 44,2 %, у Канаді та Сполучених Штатах Америки (США) — 27,6 %. Найвища поширеність АГ серед європейських країн виявлена в Німеччині — 55,0%, Фінляндії — 49,0 %, Іспанії — 47,0%, Великобританії — 42,0 %, Швеції — 38,0 % та Італії — 38,0% (Wolf-Maier K. et al., 2003). Стандартизована за віком поширеність гіпертонії у осіб віком від 35 до 49 років у США — 45,6 % (Carey R. M., Whelton P. K., 2018). За даними епідеміологічного моніторингу, поширеність АГ в Російській Федерації у осіб 15 років і старше склала 39,5 % (Шальнова С.А. і співав., 2006; Оганов Р.Г., 2007).

Проведені в низці країн динамічні дослідження поширеності АГ дозволили виявити певні тенденції. У США зареєстровано вагоме зниження поширеності АГ і середнього рівня АТ в період з 1950 по 1989 роки, що співпало за часом з початком широкого застосування антигіпертензивних засобів (Mosterd A. et al., 1999). Період з 1989 по 1994 рік характеризується відносною стабільністю показників поширеності АГ, з 1999 року виникла тенденція до збільшення поширеності АГ, яку пов'язують із загальним постарінням населення, збільшенням частки осіб з надмірною масою тіла, та етнічними, соціально-економічними та гендерними особливостями (диспропорційне збільшення поширеності АГ серед жінок, чорношкірого населення та соціально обділених верств населення) (Hajjar L., Kotchen T., 2003; Ong K.L. et al., 2007). Вагоме зниження поширеності АГ в період з 1985 по 1995 роки виявлено в ряді країн за результатами дослідження MONICA. Зокрема, в Бельгії поширеність АГ знизилася з 41 % у чоловіків та 30,5 % у жінок до 26,7 % і 20 % відповідно (Kearney P. et al., 2004). В країнах Азії в останні десятиліття відзначається тенденція до збільшення поширеності АГ. Так в Китаї в період з 1991 по 2001 роки поширеність АГ збільшилася у чоловіків з 20,2% до 28,6%, у жінок — з 19,1% до 25,8% (Gu D. et al., 2002), у Сінгапурі — з 22,5% у 1992 році до 26,6% у 1998 році (Kearney P. et al., 2004). Автори КН з лікування АГ 2013 року (2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension.) відзначають труднощі та певні обмеження можливостей порівняння інформації щодо поширеності АГ і середнього рівня АТ в різних європейських країнах.

Контроль АГ в популяції вважається одним із основних напрямків у системі лікувально-профілактичних заходів щодо ССЗ. У США після впровадження

державних програм, спрямованих на поліпшення якості контролю АГ, вдалося втричі (від 10 до 34 %) збільшити кількість хворих з цільовими значеннями АТ (Chobanian A. et al., 2003). Невисока ефективність антигіпертензивного лікування залишається основною з невирішених проблем контролю АГ в світі: у Великобританії ефективно лікуються лише 8-11% пацієнтів, у Росії — 5-7 % чоловіків і 17,5 % жінок, у Китаї — 8,1% (Gu D. et al., 2002). Автори КН з АГ ESH/ESC 2013 року висловлюють стурбованість щодо низької ефективності лікування АГ в Європі (2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension).

До числа найбільш поширених і значимих ФР ССЗ відноситься тютюнокуріння. Негативний вплив на захворюваність та смертність мають також пасивне (або змушене) куріння та інші форми вживання тютюну (Akl EA, et al., 2010; He J, et al., 1999). За результатами досліджень, з тютюнокурінням пов'язані від 10 % (Boffetta P, Straif K., 2009) до 40 % випадків ССЗ (Roger VL, et al., 2012). Результати досліджень (He J, et al., 1999) свідчать про збільшення ризику ІХС на 30 % у пасивних курців, які зазнають впливу тютюнового диму вдома або на робочому місці.

Ризик, пов'язаний з тютюнокурінням, існує для всіх вікових категорій та не залежить від статі (Prescott E, et al., 2002; Edwards R., 2004). У курців, старше 60 років, відносний ризик виникнення ССЗ вдвічі вищий, ніж в осіб цієї вікової категорії, що не мають цієї звички, у курців, молодших за 50 років, цей відносний ризик у 5 разів вищий, ніж у некурців. Оцінка за шкалою SCORE свідчить про збільшення вдвічі ризику смерті курців упродовж найближчих 10 років порівняно з тими, хто не курить. (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2016). Доведено, що ризик, пов'язаний з тютюнокурінням не залежить від кількості викурених сигарет: так, метааналіз 141 когортних досліджень продемонстрував, що навіть при викурюванні 1 сигарети збільшується ризик розвитку ІХС (на 48 % у чоловіків і 57 % у жінок) та інсульту (приблизно на 30 % у жінок та чоловіків) (Hackshaw A. et al., 2018). При цьому автори зазначають, що викурена 1 сигарета на день — складає 1/2 ризику ІХС при викурюванні 20 сигарет у чоловіків і 1/3 у жінок (Hackshaw A. et al., 2018).

Кількість курців у світі становить близько 1 млрд. осіб, найбільш висока поширеність тютюнокуріння — в Європейському регіоні — в середньому, 31 % дорослого населення, найнижча — 10 % — у країнах Африканського континенту. Станом на 2006 рік серед країн Європейського регіону ВООЗ поширеність тютюнокуріння становила, в середньому, 29,3 % дорослого населення — 40 % чоловіків та 18,2% жінок. Найвищий рівень тютюнокуріння зареєстровано у Франції, Італії та Російській Федерації, де цю звичку мають 62 % осіб чоловічої статі (Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control, 2011). Більшість курців проживають в країнах з низьким та середнім

рівнем доходу на душу населення. Поширеність тютюнокуріння впала нижче 20 % в таких країнах, як Австралія та Канада, але залишається на високому рівні у країнах центральної та східної Європи, серед жінок у деяких країнах західної та південної Європи та серед чоловіків у країнах східної Азії (Ezzati M., Riboli E., 2013). У США рівень поширеності тютюнокуріння зменшився з 41,7 % у 1965 році до 19,3 % у 2010 році (Laslett L.J., et al. 2012). Існує велика кількість проспективних когортних досліджень, результати яких свідчать про позитивний вплив відмови від тютюнокуріння на рівень смертності від ССЗ (WHO, 2009). Тривале 50-річне спостереження за когортою британських лікарів показало, що важливу роль відіграє вік відмови від тютюнокуріння: рівень смертності від ССЗ в осіб, що відмовились від цієї звички у віці 35-44 роки аналогічний рівню тих, хто ніколи не курих (Doll R et al., 2004).

Загальноновизнаним ФР ССЗ є підвищений рівень ЗХС, що було показано ще в Фремінгемському дослідженні (Framingham Heart Study). Дані дослідження «The Seven Countries study») продемонстрували лінійну залежність між рівнем ЗХС та смертністю від ІХС в різних країнах (Lessons for Science from the Seven Countries Study, 1994). Як показали подальші епідеміологічні дослідження, вплив гіперхолестеринемії на розвиток ССЗ пов'язаний, перш за все, з підвищенням вмісту ХС ЛПНЩ (Neaton JD et al., 1992). Згодом у дослідженні PROCAM була доведена роль гіпертригліцеридемії, як незалежного ФР ССЗ (Assmann G., et al., 1998). За даними метааналізу результатів 17 проспективних досліджень за участю понад 57 тис. осіб збільшення вмісту ТГ в крові обумовлює підвищення ризику розвитку ІХС у чоловіків на 30 %, а у жінок — на 75 % (Stangl V. et al., 2002). Подальші дослідження довели, що низький рівень ХСЛВЩ є незалежним предиктором раннього розвитку атеросклерозу і ССЗ (2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias). У світі 39 % населення мають підвищений рівень холестерину, з них майже 50 % проживають у країнах з високим рівнем доходу на душу населення (Laslett L.J. et al., 2012). Поширеність порушень ліпідного обміну, зокрема, підвищення рівня ТГ та зниження рівня ХС ЛПВЩ за останні роки зросла: при порівнянні результатів досліджень EUROASPIRE II та III — майже удвічі. В результаті — майже третина дорослих людей у Європі мають рівень ТГ $>1,7$ ммоль/л, у частини з них визначають низький рівень ХС ЛПВЩ (Kotseva K., et al., 2009). Навіть за належного контролю рівнів ХС ЛПНЩ ці люди мають високий ризик розвитку ССЗ (Chapman M.J. et al. 2011). Таким чином, у відповідності до сучасних положень доказової медицини, незалежними ФР ССЗ, крім гіперхолестеринемії (> 5 ммоль/л) і підвищеного рівня ХС ЛПНЩ (> 3 ммоль/л), є підвищення вмісту ТГ ($>1,7$ ммоль/л), та зниження рівня ХС ЛПВЩ — $< 1,0$ ммоль/л у чоловіків та $< 1,2$ ммоль/л у жінок. (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2012).

Існують переконливі докази щодо позитивного впливу прийому статинів на рівень ХС ЛПНЩ та частоту розвитку ССЗ (Taylor F. et al., 2013). Переважна більшість з них — HPS, IDEAL, LIPID, PROVE-IT, SEARCH, SPARCLE, TNT, 4S — присвячена вторинній профілактиці ССЗ, але у трьох — JUPITER, CARDS та AFCAPS/ТехCAPS — показано позитивний ефект лікування статинами для первинної профілактики ССЗ. У відповідності до Європейських рекомендацій по лікуванню дислідемії 2016 р. (2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias), статини — препарати першої лінії для корекції рівня холестерину. У США з 1988 по 2008 рр. прийом статинів пацієнтами, старше 45 років, збільшився з 2 до 25 %, що призвело до зниження середньопопуляційного рівня ЗХС, а кількість осіб, що мали підвищення рівня ЗХС за цей період знизилась з 18,3 до 13,4 % (Laslett et al. 2012).

За результатами епідеміологічних досліджень у світі спостерігається збільшення поширеності таких пов'язаних між собою ФР, як надлишкова МТ, ожиріння, нездорове харчування, гіподинамія та ЦД II типу (Poirier P. et al. (2006). Характерні для сучасного суспільства малорухливий спосіб життя, нераціональне харчування зі збільшенням кількості рафінованих продуктів, постійні психологічні стреси призводять до росту частоти ожиріння серед осіб будь-якого віку, особливо молоді. Кількість осіб з надлишковою МТ та ожирінням у США становить приблизно 75 % населення, в економічно розвинутих країнах Європи — в середньому, 50 % (Ogden CL et al. 2006). Інформація реєстру NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) 1999–2008 рр. свідчить про зростання середніх показників індексу МТ та окружності талії — у чоловіків з 26,9 до 32,0 кг/м² та 99,1 до 100,8 см, у жінок — з 28,2 до 28,6 кг/м² та з 92,2 до 94,9 см відповідно. Поширеність абдомінального ожиріння зросла у осіб чоловічої статі з 37,8 до 43,7 %, у жінок — з 55,8 % до 61,8 % (Ford E S et al. 2011). Приблизно у 5 % жителів США індекс МТ перевищує 40 кг/м². За прогнозами, при збереженні сучасних темпів зростання поширеності ожиріння у США у 2020 році відбудеться нівелювання позитивного ефекту на смертність від ССЗ, отриманого при відмові від куріння (Stewart S.T., 2009). Результати дослідження EUROASPIRE III свідчать про зростання поширеності ожиріння у пацієнтів високого ризику — з 25 % до 38 %, абдомінального ожиріння — з 42,2% до 54,9 % (Kotseva K., et al. 2009). Ожиріння, зокрема, абдомінальне ожиріння, розцінюється як передумова виникнення інсуліно-резистентності, гіперглікемії, дисліпидемії та підвищення АТ (Братусь В.В. и др., 2008; Ferrannini E. et al. 2008). Експериментальні та клінічні дослідження довели залежність між ступенем розвитку абдомінально-вісцеральної жирової тканини та чутливістю тканин до інсуліну (Ferrannini E. et al. 2008).

Маркерами ожиріння, які використовують у клінічній практиці, є індекс МТ та окружність талії (Pischon T. et al. 2008; European Guidelines on

cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2012). Встановлено більш тісний зв'язок маркерів абдомінального ожиріння, порівняно з індексом МТ, з ризиком розвитку ССЗ та ЦД II типу (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2012). У дослідженні INTERHEART виявлено зв'язок між показниками абдомінального ожиріння, а саме співвідношенням окружність талії/окружність стегон, та ризиком розвитку ГІМ (Yusuf S. et al., 2005). У дослідженні EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition), загальна кількість учасників якого становила близько 360 тис., показано зв'язок загальної смертності з ожирінням та абдомінальним ожирінням. Мінімальний рівень смертності був виявлений при величині індексу МТ 25,3 мг/м² у осіб чоловічої статі та 24,3 кг/м² — в осіб жіночої статі. При низькому індексу МТ зростає ризик смерті від захворювань бронхолегеневої системи, при його підвищенні — до 30 та більше — від ССЗ та онкологічних захворювань (Pischon T. et al. 2008; Prospective Studies Collaboration, 2009). За результатами мета-аналізу 19 проспективних досліджень, загальна кількість учасників яких становила понад 1,46 млн осіб, найменший рівень загальної смертності спостерігався при індексі МТ в межах від 20,0 до 24,9 кг / м² (Berrington de Gonzalez A. et al., 2010; Angeras O. et al., 2013). В азіатській популяції (1,1 млн учасників у складі 19 когорт) самий низький рівень смертності був при індексі МТ від 22,6 до 27,5 кг / м² (Zheng W. et al., 2011). Наявність абдомінального ожиріння має негативний вплив на смертність у пацієнтів з встановленим діагнозом ІХС (Coutinho T. et al., 2011).

Наявність ЦД II типу призводить до підвищення ризику ССЗ — в 2-3 рази у чоловіків і у 3-5 разів у жінок (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2012). Міжнародна діабетична федерація (IDF) у 2014 р. визначила, що на ЦД у світі хворіє близько 387 мільйонів населення. Прогнозується, що до 2035 року ця цифра підвищиться до 592 мільйонів. Поширеність ЦД II типу зростає з віком, зокрема, в Європейському регіоні поширеність ЦД становить менше 10 % в осіб, молодших за 60 років та зростає до 10-20 % в осіб, старше 60 років. У 2011 році кількість померлих пацієнтів з ЦД становила 281 млн. осіб чоловічої статі та 317 млн. жінок, причиною переважної більшості випадків смерті були ССЗ. Кількість осіб з ЦД становила у 2011 році 360 млн. осіб, з них 95 % мали ЦД II типу. Приблизно 300 млн. осіб мають ризик розвитку ЦД II типу — порушення тесту толерантності до глюкози, гіперглікемію натще, гестаційний діабет, інсулінорезистентність. Зростання кількості випадків ЦД пов'язано зі зростанням поширеності ожиріння (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2012; 2013 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD). У дослідженні DECODE було показано, що ФР розвитку ССЗ є як ЦД II типу, так і порушення метаболізму

глюкози, яке визначається за допомогою перорального глюкозотолерантного тесту та за рівнем глікованого гемоглобіну (рівень глікемії натще виявився менш інформативним показником) (Ning F, et al., 2010).

Результати епідеміологічних, експериментальних та клінічних досліджень свідчать про наявність зв'язку між харчуванням та виникненням ССЗ. Характер харчування впливає на розвиток ССЗ як через вплив на інші ФР — рівень ЗХС, АТ, масу тіла, ЦД — так і незалежно від них (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2012; Satija A. et al., 2017). З 9 ФР, що впливають на виникнення ГІМ, за результатами дослідження INTERHEART, 5 пов'язані з особливостями харчування: рівень вживання фруктів та овочів (менше 400 г), вживання алкоголю, абдомінальне ожиріння, рівень глікемії, дисліпідемія.

Згідно рапорту експертів ВООЗ 2004 року, основними елементами харчування, які мають негативний вплив на рівень захворюваності, є збільшення вживання продуктів з високою енергетичною цінністю, продуктів з високим вмістом жиру, цукру та кухонної солі (Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью ВОЗ, 2004). У мета-аналізі досліджень щодо зв'язку харчування та ССЗ, до якого увійшло 146 когортних та 43 рандомізованих контрольованих досліджень (86 % когортних досліджень розглядали питання первинної профілактики, 32 з 43 рандомізованих контрольованих досліджень — вторинної профілактики), показано, що достовірний вплив на розвиток ССЗ мають такі параметри, як вживання фруктів та овочів, вживання горіхів, дотримання засад середземноморської дієти, вживання транс-ізомерів жирних кислот та продуктів з високим глікемічним індексом (Mente A, et al., 2009). Рекомендації щодо дотримання засад здорового харчування є обов'язковою складовою заходів профілактики ССЗ та описані в клінічних настановах (2013 AHA/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk; 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice). У США клінічні настанови Американської асоціації серця 2013 року щодо модифікації стилю життя для зменшення ризику ССЗ рекомендують дотримуватись принципів харчування, що відповідають дієті DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension — дієтичні підходи проти гіпертензії), USDA Food Pattern (план харчування, розроблений Міністерством сільсько-го господарства для різних рівнів витрати енергії — 12 варіантів від 1000 до 3200 ккал) або АНА Дієти (The American Heart Association's Diet and Lifestyle Recommendations — Рекомендації Американської асоціації серця щодо дієти і способу життя) (2013 AHA/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk).

Необхідно враховувати, що більшість наукових висновків щодо впливу харчування на захворюваність та смертність зроблено при проведенні

обсерваційних досліджень. Дослідження щодо впливу окремих компонентів харчування мають скоріше теоретичне значення — адже здебільшого продукти харчування вживаються не ізольовано, а в комбінації. Тому зростає інтерес до дієтичних моделей, які дають можливість оцінити в комплексі вплив харчових звичок. Найбільш дослідженою є середземноморська дієта (Diet, Physical Activity and Cardiovascular Disease Prevention in Europe. 2011). Ще при проведенні «The Seven Countries Study» була визначена різниця між рівнем смертності від ССЗ в країнах північної та південної частини Європи. Ця різниця зберігалась при однакових значеннях ЗХС та після корекції результатів щодо рівня АГ та тютюнокуріння, що дозволило зробити висновок про значення харчування, як фактора, який має вплив на рівень смертності від ССЗ (Verschuren W.M. et al., 1995). Концепція середземноморської дієти включає споживання великої кількості овочів, фруктів, бобових, продуктів з цільного зерна, риби, ненасичених жирних кислот (переважно — оливкової олії), поміrne вживання алкоголю (в основному, вино, яке вживають з їжею), та обмежене вживання червоного м'яса, солодощів та насичених жирних кислот. Основним джерелом протеїну є риба. Опублікований у 2010 році мета-аналіз досліджень показав, що прихильність до середземноморської дієти пов'язана зі зменшенням захворюваності та смертності від ССЗ на 10 % та смертності від усіх причин на 8 % (Sofi F. et al., 2010). Зважаючи на значну роль харчування в розвитку ССЗ, в Європейських КН з профілактики серцево-судинних захворювань 2016 р. (2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice) було висловлено припущення, що запровадження здорового харчування зможе вдвічі знизити смертність від ССЗ.

Поширенням ФР в сучасній популяції є низький рівень фізичної активності. За інформацією, представленою у рапорті ВООЗ, гіподинамія посідає четверте місце серед ФР, які визначають загальну смертність (АГ — 12,8%; тютюнокуріння — 9 %, ЦД — 6 %) та є причиною приблизно 3,2 мільйона смертей на рік, що складає 6 % випадків загальної смертності (Diet, Physical Activity and Cardiovascular Disease Prevention in Europe. 2011). З недостатньою фізичною активністю пов'язують 30 % випадків захворюваності на ІХС та 27 % — на ЦД. Доведено що регулярна фізична активність і аеробні фізичні тренування пов'язані зі зниженням ризику розвитку ГІМ у здорових людей (Talbot L.A. et al., 2007; Nocon M. et al., 2008; Kubota Y et al., 2017), у пацієнтів з ФР ССЗ (Richardson C.R. et al., 2004) і у пацієнтів з ССЗ (Taylor R.S. et al., 2004). Особи, які підтримують достатній рівень фізичної активності, мають нижчий рівень поширеності ІХС, АГ, мозкового інсульту, ЦД II типу, раку товстої кишки, раку молочної залози та депресії (Diet, Physical Activity and Cardiovascular Disease Prevention in Europe. 2011). У відповідності до положень доказової медицини, рівень фізичної активності вважається недостатнім, якщо

він нижче рекомендованого мінімального рівня — 150 хвилин помірної або 75 хвилин інтенсивної аеробної фізичної активності на тиждень або ж еквівалентне поєднання помірних та інтенсивних навантажень — для дорослих осіб (18-64 років). Фізична активність повинна бути розподілена на більшість днів тижня — 4-5, тривалість одного навантаження має бути не менше 10 хвилин (Diet, Physical Activity and Cardiovascular Disease Prevention in Europe. 2011; 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice).

Вплив фізичних навантажень на показники захворюваності і смертності від ССЗ обумовлений, перш за все, позитивними змінами таких ФР як АГ, надлишкова маса тіла, ЦД та дисліпідемія (2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice). За інформацією, оприлюдненою у рапорті ВООЗ, в 2008 році 31 % дорослих (28 % чоловіків і 34% жінок) у віці 15 років і старше мали недостатній рівень фізичної активності (Diet, Physical Activity and Cardiovascular Disease Prevention in Europe. 2011). Поширеність цього ФР була найвищою у країнах Америки (50 % жінок, 40 % чоловіків) та Східного Середземномор'я (50 % жінок і 36 % чоловіків), найбільш низькою — в країнах Південно-Східної Азії — 15 % чоловіків і 19 % жінок. У всіх регіонах ВООЗ у чоловічій популяції спостерігається більш високий рівень фізичної активності (Diet, Physical Activity and Cardiovascular Disease Prevention in Europe. 2011).

Важливе значення в розвитку ССЗ та їх ускладнень мають психологічні особливості особистості та соціальні фактори. В клінічних настановах Європейської асоціації кардіологів з профілактики серцево-судинних захворювань 2012 р. зазначено, що низький соціально-економічний статус, недостатня соціальна підтримка, стрес на роботі і в сім'ї, депресія, тривога, ворожість і тип особистості D («distressed» — страждаець) підвищують ризик розвитку ССЗ, сприяють погіршенню клінічного перебігу та прогнозу ССЗ (2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice; Roest A.M. et al., 2010; Denollet J. et al., 2010). Роль психоемоційних факторів у розвитку ГІМ була продемонстрована у дослідженні INTERHEART — їх внесок був аналогічним внеску ЦД та тютюнокуріння (Rosengren A. et al., 2004). Проспективні дослідження показали, що особи з низьким соціально-економічним статусом, визначеним як низький рівень освіти, низький рівень доходу, непрестижна робота або проживання в бідному районі, мають більш високий ризик смерті як від усіх причин, так і від ССЗ (відносний ризик становить 1,3-2,0) (2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice; Woodward M. et al., 2007; Stringhini S., et al., 2010). Психосоціальні фактори відіграють роль у патогенезі ІХС, зокрема, за рахунок активації симпатно-адреналової системи та серотонін-опосередкованої агрегації тромбоцитів, і є бар'єрами виконання рекомендацій щодо лікування і дотримання засад здорового способу життя (2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in

clinical practice; Nicholson A. ., et al., 2006). За останні 40 років проведено понад 60 міжнародних проспективних досліджень, у яких вивчали зв'язок між депресією і прогнозом стану здоров'я у пацієнтів з ІХС. Встановлено, що виражена депресія у пацієнтів з ангіографічно підтвердженою ІХС є найбільш значимим ізолюваним предиктором виникнення коронарних катастроф упродовж року (Frasure-Smith N., Lespérance F., 2006). Рівень смертності хворих, які мають в анамнезі ГІМ і страждають на депресію, у 3–6 разів вищий, ніж у хворих, які не мають ознак депресії (Whang W et al., 2009; van der Kooy KG, et al., 2007); Penninx BW., 2017). Враховуючи важливу роль депресивних розладів у хворих на ІХС, Американська асоціація серця розробила та запровадила в 2008 році настанови «Депресія і ішемічна хвороба серця: рекомендації для скринінгу і лікування» (Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment, 2008), в яких наголошується на необхідності проведення скринінгу депресії для виявлення хворих на ІХС, що потребують додаткового лікування.

Моніторинг поширеності ССЗ, смертності від них та ФР їх розвитку проводився у рамках проекту MONICA (Multinational MONItoring trends and determinants in CARDiovascular disease), який проводився під егідою ВООЗ у 1980-1990-х рр. У проекті брали участь 32 центри у 21 країні Європейського регіону, загальна кількість учасників у моніторингу — понад 10 млн. осіб, віком 25-64 роки. Результати моніторингу ФР показали зменшення поширеності таких ФР, як тютюнокуріння, рівень середнього АТ, рівень ЗХС та збільшення індексу МТ. Середній розрахований рівень ризику у обстежених популяціях також знизився (WHO MONICA Project, 2006) .

Аналіз 10 досліджень, проведених у різних країнах світу, показав, що модифікація ФР сприяла зниженню смертності від ССЗ (Gersh B.J., et al 2010) Зниження смертності від ССЗ, яке спостерігається упродовж останніх десятиріч, становило 44 % в Нідерландах, 50-54 % — в США. Загалом, понад 50% цього зниження смертності у країнах Західної Європи, пов'язано з модифікацією ФР (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, version 2012). Яскравим прикладом цього є проект «Північна Карелія» у Фінляндії: зниження смертності від ІХС на 82 % серед чоловічого населення працездатного віку протягом 30 років значною мірою зумовлено зменшенням рівня трьох факторів ризику: високого АТ, високого вмісту холестерину і куріння. За цей період на 60 % зменшилась і смертність від раку легень. Аналогічним чином за рахунок зниження рівня АТ, холестерину, індексу МТ та куріння зменшилась смертність загальна та від ІХС за 10 років у Литві (A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The CINDI vision. WHO, 2004). За розрахунками ефективні заходи щодо боротьби з ФР можуть забезпечити зниження поширеності ІХС на 86 % (Levington S., 2003).

Результати мета-аналізу 18 досліджень за участі понад 250 тис. осіб, опубліковані Європейським товариством атеросклерозу у 2012 році, ще раз підтвердили роль модифікації ФР: в осіб з оптимальним профілем ФР — АТ, холестерину, некурців, при відсутності ЦД — зареєстровано зменшення ризику основних ускладнень від ССЗ в 3 рази, смерті від ССЗ у 6 разів та ризику розвитку ІХС — в 10 разів.

Таким чином, сучасні дані доказової медицини обґрунтовують доцільність комплексного підходу щодо виявлення і корекції ФР ССЗ.

1.3. Сучасні рекомендації щодо корекції факторів ризику

В Європейських КН з профілактики ССЗ 2012 р. (п'ятий перегляд) та 2016 р. (шостий перегляд) розділ, який присвячений сучасним підходам зниження серцево-судинного ризику і корекції ФР з позиції доказової медицини, починається з підрозділу, який стосується методів впливу на пацієнта щодо зміни способу життя. В більш широкому значенні це стосується методології проведення профілактичного консультування. Зважаючи на пріоритетне значення цього підходу, ми узагальнили сучасні наукові дослідження з цього аспекту проблеми.

1.3.1. Профілактичне консультування як складова медичного консультування

Робота лікаря щодо профілактики ССЗ має три складові (Dube C.E., et al, 2000):

- надання рекомендацій щодо зміни нездорової моделі поведінки та корекції чинників ризику, в тому числі, медикаментозної корекції;
- вплив на прихильність пацієнта до виконання рекомендацій лікаря;
- проведення обстежень з метою виявлення доклінічних проявів захворювання та/або чинників ризику їх виникнення.

Особливостями профілактичних заходів є те, що вони проводяться, як правило, за ініціативи лікаря, а не пацієнта. Для впровадження профілактичних програм та надання рекомендацій щодо профілактики ССЗ у конкретного пацієнта необхідним є залучення пацієнтів до активної участі у їх реалізації. Серед основних умінь, яким має володіти лікар під час роботи з пацієнтом є відповідна професійна підготовка з питань профілактичного консультування (Stiggelbout A M, et al, 2012). Цей аспект проблеми активно досліджується, публікується в КН і є важливою складовою впровадження профілактики ССЗ.

Профілактичне консультування є одним з видів медичного консультування і полягає у інформуванні та навчанні пацієнта з метою формування у нього поведінкових навичок, що сприяють зниженню ризику розвитку захворювання (при їх відсутності), а також зменшенню ускладнень захворювань (при їх наявності). Основною метою профілактичного консультування є заохочення пацієнта до виконання заходів з попередження виникнення хвороби.

Питання методології проведення медичного консультування та вивчення механізмів його ефективності стало предметом багатьох наукових досліджень, більшість яких проведено у 70-х роках минулого століття. Було запропоновано ряд моделей консультативного процесу — в залежності від структури, мети та завдань, засобів та навичок комунікації, які використовує лікар при спілкуванні з пацієнтом, характеру відносин «лікар-пацієнт». Методологія проведення та практичне використання моделей медичного консультування викладається у медичних навчальних закладах Великобританії, США та ряду інших країн (Kurtz S, et al., 2003). Загалом, це стосується:

1. Методології отримання інформації від пацієнта.
2. Методології аналізу отриманої інформації.
3. Методології надання рекомендацій.

Залежно від мети та завдань, що реалізує лікар загальної практики, можна виділити декілька складових процесу медичного консультування — від 4 до 7.

Згідно моделі, запропонованої Stott N.C.H та Davis R.H. (1979), це:

1. Лікування гострого захворювання (симптому, проблеми, що виникла нещодавно), з приводу якої пацієнт звернувся до лікаря.
2. Надання рекомендацій щодо модифікації моделі поведінки.
3. Моніторинг хронічних захворювань та станів.
4. Профілактика захворювань, пропаганда здорової моделі поведінки.

Pendleton D. et al. (1984) додають до цього ще три — заохочення пацієнта до участі у процесі надання медичної допомоги та його відповідальність за власне здоров'я, раціональне використання часу та наявних ресурсів, а також встановлення з пацієнтом взаємовідносин, що сприяють співпраці. На практиці, лікарі здебільшого приділяють увагу першій складовій, іноді повністю ігноруючи всі інші.

За своєю структурою консультативний процес розподіляється на етапи — від початку — першого контакту лікаря та пацієнта — до завершення — надання рекомендацій, узгодження плану подальших дій та прощання. Найбільш простий запропонований розподіл — на 2 етапи — консультативний та етап надання рекомендацій (Bugne P.S., Long B.E.L., 1984) або на 3 — отримання інформації від пацієнта, обговорення та аналіз отриманої інформації, надання рекомендацій. У деяких моделях задля встановлення конструктивних відносин лікаря з пацієнтом пропонується більш детальний покроковий розподіл рекомендацій щодо стилю поведінки та особливостей спілкування.

Так Byrne P.S. та Long B.E.L. (1984) було виділено 6 стадій консультативного процесу. Ці автори рекомендують приділяти особливу увагу етапам початку та завершення медичного консультування:

1. Знайомство з пацієнтом
2. Розпитування про причини звернення
3. Отримання інформації щодо анамнезу хвороби, обстеження пацієнта
4. Оцінка стану пацієнта — як лікарем, так і пацієнтом — та обговорення
5. Обговорення плану подальшого обстеження та лікування — лікарем з урахуванням думки пацієнта
6. Завершення консультації — лікарем.

У 1987 році Neighbour R. (2004) запропонував розподілити процес консультації на 5 етапів:

1. Контакт з пацієнтом, встановлення взаємовідносин, емпатія
2. З'ясування причини звернення пацієнта та його очікувань щодо результатів консультування
3. Узгодження з пацієнтом плану лікування та методик контролю його виконання пацієнтом
4. Узгодження плану дій у випадку неефективності лікування або погіршення стану пацієнта в результаті лікування
5. Підготовка лікаря до наступного прийому пацієнта

Більшість навчальних медичних закладів Великобританії використовує модель під назвою Calgary Cambridge, в якій процес консультації також розподілено на 5 етапів, при цьому для кожного з них наводиться рекомендована лінія поведінки лікаря (Kurtz S, et al., 2003):

1. Початок консультації

1.1. підготовка

1.2. перший контакт

1.3. визначення причини звернення пацієнта — зацікавленість, повага до пацієнта, використання запитань, що потребують розгорнутої відповіді («відкриті питання»), уточнення — щодо наявності інших проблем зі здоров'ям, не пов'язаних з причиною звернення, визначення плану консультації з урахуванням побажань лікаря та пацієнта. При цьому лікарю рекомендується слухати пацієнта і, по можливості, не перебивати його.

2. Збір інформації — аналіз проблеми, з приводу якої звернувся пацієнт

2.1. скарги — заохочення пацієнта до викладання скарг, по можливості, в хронологічному порядку, також з використанням відкритих та закритих запитань. Зберігається рекомендація щодо того, аби не перебивати пацієнта, але рекомендується також періодично підводити резюме сказаного ним — для того, аби уточнити, що лікар все зрозумів правильно. Окремо наголошується, що спілкування має відбуватись на зрозумілій для пацієнта мові.

- 2.2. інформація щодо можливих причин та умов виникнення захворювання
- 2.3. оцінка проблеми пацієнтом — його ставлення до симптомів захворювання, очікування щодо можливостей проведення лікування
- 3. Огляд та обстеження пацієнта**
- 4. Аналіз стану пацієнта, надання інформації щодо плану подальших заходів**
 - 4.1. надання достатнього обсягу інформації
 - 4.2. надання інформації у зрозумілій для пацієнта формі
 - 4.3. узгодження з пацієнтом інформації щодо його стану
 - 4.4. визначення основних моментів щодо захворювання пацієнта
 - 4.5. узгодження з пацієнтом плану подальших дій
- 5. Закінчення консультації — підведення лікарем підсумку, уточнення плану подальших дій.**

Важливим у моделі Calgary Cambridge є те, що план проведення консультації, та тривалість кожного етапу визначається лікарем — з цією метою періодично підводиться резюме. Всього у моделі Калгарі-Кембрідж наводиться опис 71 дії, які можуть бути використані лікарем під час консультації та надаються поради щодо особливостей спілкування на кожному етапі (Calgary Cambridge guide to the medical interview-communication process).

Ефективність медичного консультування залежить від комунікативних навичок лікаря, його вміння вести діалог з пацієнтом та встановлювати відносини довіри. Це передбачає наявність певних психологічних знань (наприклад, про типи особистості, про способи переживання і реагування на стрес у різних людей залежно від типу темпераменту) та деяких спеціальних навичок (вміння встановлювати контакт, слухати, сприймати невербальну мову комунікації, будувати бесіду, формулювати питання). Важливим елементом є володіння лікарем власними емоціями, здатність зберігати впевненість, контролювати свої реакції і поведінку в цілому. Теоретичні засади медичного консультування базуються на загальних законах психології, а за умови певної адаптації використовують досвід психотерапевтичних втручань (Пузанова О.Г., Грузєва Т.С., 2015; Мороз Г. З. і співав. 2016).

Надання пацієнтові можливості викласти свої скарги, не перебиваючи його, вміння лікаря зацікавлено слухати та його здатність до співчуття (емпатія) — необхідні умови ефективного спілкування. Дослідження показали, що, всупереч думці більшості лікарів, викладання скарг пацієнтом займає в середньому, 90 секунд, максимум — до 2,5 хвилин (Simpson M, et al., 1991).

В одній з найбільш відомих публікацій щодо технології медичного консультування — класичній монографії М. Balint — «Лікар, його пацієнт та хвороба» (Balint M., 2000) значна увага приділяється психологічним аспектам

медичного консультування. Вперше книга була опублікована у 1957 році. Автор, психоаналітик за фахом, проводить аналіз емоційної складової у відношеннях «лікар-пацієнт». М. Balint пропонує розрізняти у кожному пацієнті фізичну, психологічну та соціальну складові. Лікаря слід розвивати та удосконалювати навички для оцінки психологічної складової, основною з цих навичок є вміння вислухати пацієнта. Лікар має оцінювати свої власні емоції та особисті почуття з метою мінімізації їх впливу на хід консультації.

Технічні прийоми ведення бесіди, що допомагають досягти ефективного спілкування з пацієнтом описані J.Launer (2002), який розробив так звану «оповідальну» модель консультації. Автор наводить 7 ознак лікаря, який вміє уважно слухати («7 Cs of narrative medicine»):

- conversation — бесіда — діалог допомагає зрозуміти пацієнта та може мати терапевтичний ефект — спонукає пацієнта не лише уточнювати свої скарги, але і аналізувати їх;
- curiosity — зацікавленість — під час спілкування лікар задає питання, які дають змогу пацієнтові уточнювати свої скарги та аналізувати їх;
- contexts — контекст — суб'єктивний зміст слів та термінів, які використовують при спілкуванні лікар та пацієнт у конкретному контексті, в конкретній ситуації є однаковим для них обох;
- complexity — комплексність — урахування всіх аспектів проблеми пацієнта для її вирішення;
- creativity — креативність — здатність запропонувати пацієнтові те, що йому найбільше підійде;
- caution — обережність — не у всіх випадках доцільно відразу надавати пряму відповідь на запитання пацієнта;
- care — турбота, опіка — уважність до пацієнта, повага до його особистості, щире намагання допомогти.

В середині 70-х років психотерапевт John Heron виділяє 6 типів або моделей спілкування лікаря з пацієнтом (Heron J., 2001):

1. менторський — prescriptive — тип спілкування, який ґрунтується на принципі підкорення одного співрозмовника іншому, зорієнтований на повчання та інструктаж;
2. інформативний — informative — надання певної інформації лікарем при її пасивному сприйнятті пацієнтом;
3. конфронтаційний — confronting — заохочення до діалогу та дискусії;
4. катарсис — cathartic — заохочення пацієнта до виявлення своїх емоцій, в першу чергу, негативних;
5. каталітичний — catalytic — заохочення пацієнта до виявлення та аналізу своїх прихованих відчуттів;
6. підтримуючий — supportive — підтримка пацієнта.

Хоча прихильність до застосування певного типу спілкування визначається, в першу чергу, індивідуальними рисами особистості лікаря, але, в залежності від контексту розмови, адекватне застосування певного типу спілкування на кожному етапі консультування дозволяє правильно будувати розмову з пацієнтом для отримання від нього інформації та досягнення бажаної мети.

Загалом моделі спілкування лікаря та пацієнта, в залежності від ступеня їх участі у керуванні ходом консультативного процесу можна розподілити на дві основні групи — директивні та недирективні.

У разі використання директивної моделі консультант бере на себе основну відповідальність за вирішення проблеми та перебирає на себе управління процесом бесіди, надає інформацію або пояснення. Надання інформації здійснюється у формі порад, інструкцій, вказівок, настанов чи інших форм керівництва до дії. При цьому у пацієнта немає повної свободи для вираження почуттів і установок. Директивний стиль спілкування «лікар/пацієнт» приводить до виникнення найбільш розповсюджених помилок у спілкуванні — лікар не приділяє достатньо уваги тому, як сам пацієнт оцінює стан свого здоров'я, надає стандартні рекомендації або поради, без урахування того, яка інформація цікавить пацієнта, не приділяє уваги тому, наскільки пацієнт зрозумів надані йому рекомендації (Maguire P., Pitceathly C., 2002). Використання директивного стилю при проведенні профілактичного консультування зменшує його ефективність та негативно впливає на прихильність пацієнта (Dube C.E., et al., 2000).

Недирективний підхід — вміння вести консультативну бесіду так, аби стимулювати пацієнта до самостійного пошуку розв'язування проблеми, прийняття рішення, а також — покладання на себе відповідальності за реалізацію задуманого. При недирективному підході увага концентрується на способах, що спонукають пацієнта до осмислення своїх власних установок і почуттів. Базовою технологією проведення медичного консультування при використанні недирективної моделі є заохочення пацієнта до діалогу (Launer, J., 2002). Володіння лікарем навичками комунікації сприяє підвищенню ефективності медичного втручання, призводить до збільшення рівня задоволеності пацієнта від наданої медичної допомоги, зменшення рівня тривожності пацієнта та рівня стресу у медичних працівників (Maguire P., Pitceathly C., 2002; Сидорук Л. П. і співав., 2015; Stewart M., 1995). На практиці, найбільш поширеною причиною скарг пацієнтів на лікарів є не їх компетентність, а проблеми, пов'язані з комунікацією. Рівень тривоги пацієнтів щодо свого захворювання та незадоволеності від наданої медичної допомоги безпосередньо залежить від невпевненості, недостатньої поінформованості, відсутності належних пояснень з боку лікаря (Simpson M., et al. 1991). Покращання комунікації є ефективним засобом зменшення скарг пацієнтів (Cave J., Dacre J., 2008).

Одним з завдань профілактичного консультування є зміна моделі поведінки, яка негативно впливає на стан здоров'я пацієнта та сприяє розвитку захворювань. Виділяють 3 основних складових моделі поведінки, що мають доведений вплив на розвиток захворювань серцево-судинної системи тютюнокуріння, нездорове харчування, низький рівень фізичної активності. Їх модифікація має доведений позитивний вплив на захворюваність (2013 AHA/ACC Guidelines of lifestyle management to reduce cardiovascular risk; 2012 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice). Загальні рекомендації щодо технології проведення консультування, направлено на зміну цих компонентів моделі поведінки, пропонують, в першу чергу, враховувати оцінку пацієнтом свого способу життя та необхідності проведення змін. Таким чином, етапи консультування по зміні моделі поведінки включають (Dube C.E., et al 2000):

1. Оцінку поінформованості пацієнта щодо нездорових моделей поведінки та їх впливу на розвиток захворювань
2. Оцінку ставлення пацієнта до необхідності зміни моделі поведінки
3. Визначення факторів, що сприяють зміні моделі поведінки у пацієнта та тих, що перешкоджають цьому процесу
4. Визначення думки пацієнта щодо стратегії зміни складових нездорової моделі поведінки
5. Підтримка пацієнта у його намірах до змін
6. Уточнення можливих непорозумінь
7. Пропозиція додаткових рішень
8. Обговорення та узгодження з пацієнтом плану дій
9. Посилення співробітництва та підтримки
10. Планування дат подальших консультацій та моніторингу.

В Європейських рекомендаціях з профілактики серцево-судинних захворювань в клінічній практиці 2012 р. надається перелік заходів з доведеною ефективністю, які пропонується використовувати у клінічній практиці. Автори рекомендацій зауважують, що прихильність пацієнта до виконання заходів щодо зміни моделі поведінки залежить від таких факторів, як ступінь довіри до лікаря, підтримки соціального оточення, визначення рівня вмотивованості пацієнта при наданні рекомендацій.

У розділі «Як проводити заходи профілактики ССЗ?» розглядаються рекомендації щодо технології проведення профілактичного консультування, а основні положення недиригентної моделі спілкування наведені у вигляді таблиць — «Принципи ефективного спілкування» (табл.1.1) та «Десять стратегічних кроків» (табл. 1.2)

Таблиця 1.1.

Принципи ефективного спілкування для оптимізації зміни способу життя

1.	Приділяйте достатньо часу кожному пацієнту для створення сприятливих взаємовідносин — іноді навіть декілька хвилин можуть змінити ситуацію.
2.	Визнайте, що людина має своє особисте ставлення до своєї хвороби та факторів, що призвели до її виникнення.
3.	Заохочуйте пацієнта до висловлення своїх сумнівів та побоювань, а також самоаналізу рівня мотивації до зміни моделі поведінки (з метою підвищення шансів на успіх).
4.	Розмовляйте з пацієнтом на зрозумілій йому мові та підтримуйте будь-які позитивні зміни моделі поведінки
5.	Задавайте питання — для того, аби пересвідчитися, що пацієнт зрозумів рекомендації та має необхідні засоби підтримки для їх виконання.
6.	Визнайте, що повна зміна способу життя може виявитися важким завданням, і що поступові зміни моделі поведінки при їх дотриманні пацієнтом часто бувають більш успішними ніж швидкі зміни
7.	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
8.	Переконайтеся, що весь медичний персонал надає узгоджену інформацію.

Таблиця 1.2.

Десять стратегічних кроків

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

В клінічних настановах також наголошується, що важливе значення має створення для пацієнта умов, що сприяють зміні моделі поведінки: навчання пацієнта спеціалістами сприяє підвищенню його поінформованості та позитивно впливає на розвиток практичних навичок, залучення близького оточення пацієнта — створенню атмосфери підтримки. В Європейських клінічних настановах щодо профілактики серцево-судинних захворювань 2016 року наведені ефективні рекомендації для полегшення зміни поведінки з визначеним рівнем доказовості: використання когнітивно-поведінкової стратегії (наприклад, мотиваційне інтерв'ю) — І А; залучення міждисциплінарної команди фахівців охорони здоров'я (медичні сестри, дієтологи, психологи) — І А; у осіб з дуже високим ризиком серцево-судинних захворювань рекомендовано проведення мультимодального втручання та інтеграції медичних ресурсів щодо впровадження здорового способу життя, фізичної активності, управління стресом і консультування щодо психосоціальних чинників ризику — І А.

Існує велика кількість наукових досліджень щодо вивчення ефективності засобів модифікації моделі нездорової поведінки, які показали, що комплекс запропонованих заходів профілактики має бути адаптованим до рівня вмотивованості пацієнта щодо проведення змін (Dube C.E., 2000; Мороз Г.З. і співав., 2017). Європейські рекомендації з профілактики серцево-судинних захворювань в клінічній практиці 2012 р. рекомендують лікарю проводити оцінку готовності пацієнта до змін моделі нездорової поведінки. Серед найбільш популярних моделей визначення готовності пацієнта, яку застосовують лікарі у США — модель стадій змін, мотиваційне інтерв'ю (Velicer, W. F., et al 1998; Rollnick S., et al 1998, Bundy C., 2004), а також — схема 4А — ask (запитати), assess (оцінити), advise (порадити) та assist (допомогти) (Glynn T.J., Manley M.W., 1990)

В теорії стадій змін (або транстеоретичній моделі) основна увага приділяється особистості пацієнта, на відміну від інших, у яких увага здебільшого концентрується на соціальних або біологічних особливостях зміни моделі поведінки. Транстеоретична модель застосовується у клінічній практиці для модифікації таких аспектів поведінки, як тютюнокуріння, нездорове харчування, зловживання алкоголем, контроль маси тіла, наркоманія, профілактика ВІЧ-інфекції, боротьба зі стресом, проведення скринінгу раку молочної залози та ряді інших проблем (Velicer W. F., Prochaska, J., 1998; Prochaska, J. O., Velicer W.F., 1997). Теорія змін розглядає зміну моделі поведінки не як подію, а як процес, який має певні стадії та терміни. Людина на кожній стадії може мати різний ступінь вмотивованості або готовності до змін. Загалом виділяють 5 фаз або стадій:

1. Перед-роздум — precontemplation — людина розцінює проблемну поведінку як нормальну і отримує від неї задоволення. Однією з причин може

бути відсутність інформації щодо негативних наслідків, або наявність негативного досвіду щодо попередніх намагань змін.

2. Роздум — *contemplation* — людина отримує задоволення від проблемної поведінки, але також усвідомлює негативні наслідки.
3. Підготовка — *preparation* — людина готова до того, аби щось змінити і навіть іноді має свій план щодо проведення змін
4. Дія — *action* — дотримання упродовж певного часу нової моделі поведінки. Слід пам'ятати, що стадія «дія» має відповідати певним критеріям, зокрема, досягнення цільових показників — так, наприклад, при відмові від тютюнокуріння це не зменшення кількості цигарок або перехід на легкі сорти, це — повна відмова від цієї звички.
5. Дотримання — *maintenance* — відсутність рецидивів нездорової моделі поведінки.

Визначення стадій допомагає лікарю запропонувати кожному пацієнтові оптимальний обсяг заходів профілактики (Prochaska, J. O., Velicer, W.F., 1997).

Важливим інструментом впливу з доведеною ефективністю щодо змін моделі поведінки є мотиваційне інтерв'ю. Проведення мотиваційного інтерв'ю направлено на те, аби допомогти пацієнтові визначитись з тими факторами, які сприяють нездоровим звичкам та визначити нову модель поведінки. Основні засади MI (Rollnick S. et al, 2010; Bundy C., 2004) :

1. Використання недирективного стилю спілкування
2. Створення у пацієнта мотивації до змін моделі поведінки
3. Удосконалення навичок комунікації щодо вислуховування пацієнта та заохочення до змін.

Важливими елементами використання мотиваційного інтерв'ю є визначення разом з пацієнтом компоненту моделі поведінки, що потребує змін, та аналіз позитивних та негативних наслідків проведення цих змін (What to change? Why change?), постійна направленість лікаря на підвищення вмотивованості пацієнта та його підтримку.

Ефективність використання мотиваційного інтерв'ю була показана при проведенні консультування щодо лікування ССЗ, АГ, ЦД, профілактики ВІЧ-інфікування, відмови від тютюнокуріння та наркозалежності — *Motivational interviewing — a tool for behavioral changes. ACOG committee opinion*. Аналіз результатів 72 досліджень показав перевагу використання методики мотиваційного інтерв'ю щодо ефективності медичного консультування у 80 % з них (Rubak S. et al., 2005). Особливістю проведення мотиваційного інтерв'ю є те, що пацієнту не пропонують конкретну модель поведінки, у процесі спілкування з лікарем він сам визначає, що і яким чином він збирається змінити в своєму житті. Завданням лікаря є заохочення пацієнта до обговорення проблемної поведінки. Для прийняття спільного рішення щодо розробки плану зміни моделі

поведінки, лікарю необхідно обговорити з пацієнтом 3 аспекти (Stiggelbout A M, et al., 2012) :

1. Варіанти вибору — немає однозначно оптимального вибору, існує необхідність прийняття рішення, одним з варіантів вибору може бути відмова від будь-яких змін.
2. Наслідки — позитивні та негативні — кожного варіанту.
3. Статистична вірогідність виникнення позитивних та негативних наслідків, при відсутності даних офіційної статистики або результатів досліджень з високим рівнем доказовості, лікар може посилатись на власний досвід в цій галузі.

Використання методики мотиваційного інтерв'ю потребує певних умов: володіння лікарем технологією такого консультування та наявності часу для тривалого спілкування, що може стати на перешкоді впровадження методики (Анисимова Н.Ю., і співав, 2013)

Підхід 4А — розширений до 5А (додано 5-й етап — Arrange — домовитись про план подальших візитів) — рекомендований Європейською асоціацією кардіологів для застосування у клінічній практиці до пацієнтів, що курять (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, version 2012). Українська версія стратегії «5 кроків» носить назву «ЗОНДО» (Запитати, Оцінити, Надати пораду, Допомогти, Організувати спостереження і підтримку) викладена у Методичних рекомендаціях для медичних працівників закладів охорони здоров'я з надання лікувально-профілактичної допомоги особам, які бажають позбутися залежності від тютюну, що затверджено Наказом МОЗ України № 746 від 26.09.2012 р.

На результати профілактичного консультування та прихильність пацієнтів до рекомендацій лікаря впливають такі фактори як особливості характеру пацієнта, його вік, рівень освіти . Низький рівень прихильності часто виявляють серед пацієнтів молодого віку. Проблеми виникають у пацієнтів з депресією, зниженням інтелекту внаслідок психічного захворювання або зловживання алкоголем чи наркотиками. Іноді буває складно знайти підхід до пацієнтів старших вікових груп. Загальновизнаними факторами, що знижують прихильність до виконання рекомендацій лікаря, є низький соціально-економічний статус, відсутність постійної роботи, а також відсутність інформації щодо своєї хвороби та її негативного впливу на стан здоров'я . Велику роль відіграє попередній негативний досвід щодо невдалих спроб змінити поведінку. Окремою проблемою є призначення медикаментозних препаратів для первинної профілактики ССЗ, ефективність якої пацієнтові важко оцінити — прийом антигіпертензивних препаратів, статинів та антиагрегантів не має швидкого відчутного впливу на загальне самопочуття пацієнта (Baroletti S., Dell'Orfano N., 2010). Вирішальним кроком у зміні негативного досвіду на позитивний є допомога пацієнтові у визначенні для себе реальних цілей — правильне

визначення мети в поєднанні з самоконтролем дотримання змін (Artinian N.T., et al., 2010). Просування вперед невеликими послідовними кроками — ключова умова довгострокової зміни поведінки.

Серед причин, що негативно впливають на проведення профілактичного консультування та надання послуг профілактичного характеру — брак часу у лікаря на прийомі. Крім того, медичні працівники часто недооцінюють потреби пацієнта в інформації, а обмежений час консультації не дає можливості у повній мірі висвітлити характер захворювання та принципи його профілактики та лікування. Для вирішення цієї проблеми перед спілкуванням з лікарем пропонується надавати пацієнтові інформацію щодо заходів профілактики для попереднього ознайомлення. Інформаційні матеріали — друковані, відео-, аудіо- тощо — рекомендується розміщувати у зоні очікування. Перспективною формою надання інформації є створення та використання веб-порталів для пацієнтів. Так на спеціалізованому веб-порталі клініки Мейо (США) у розділі «the Wiser Choices tools» надається інформація для пацієнтів для прийняття поінформованого рішення щодо заходів профілактики для зменшення ризику розвитку ССЗ — лікування цукрового діабету, депресії, відмови від тютюнокуріння <http://shareddecisions.mayoclinic.org/decision-aid-information/decision-aids-for-chronic-disease/cardiovascular-prevention/>. Існує ряд інших відомих англomовних ресурсів, які використовують пацієнти [<http://decisionaid.ohri.ca/index.html>] [<http://www.fimdm.org>] [<http://www.webmd.com>] [<http://www.mayoclinic.com>] [<http://www.hitchcock.org/dept/csdm>]. Надзвичайно актуальною для України є проблема створення україномовних медичних сайтів, з метою наближення інформації до пацієнтів та охоплення якомога більшої кількості населення.

Таким чином, використання лікарями науково обґрунтованих підходів до проведення профілактичного консультування, підвищення поінформованості пацієнтів та залучення їх до участі в процесі профілактики та лікування захворювань сприятиме впровадженню положень доказової медицини в клінічну практику. Більшість дослідників визначають, що провідне значення в досягненні результатів профілактичного консультування та підвищення прихильності пацієнтів мають взаємовідносини між лікарем та пацієнтом (Stiggelbout A M et al, 2012, Мороз Г.З. і співав 2016).

1.3.2 Корекція факторів ризику з позиції доказової медицини

Корекція ФР є обов'язковою складовою заходів з профілактики ССЗ. Основні підходи щодо корекції ФР, які відповідають вимогам доказової медицини, узагальнені в наукових публікаціях та в клінічних настановах (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2012), зокрема в Адаптованій клінічній настанові «Профілактика серцево-судинних

захворювань», затвердженій Наказом МОЗ України № 564 від 13.06.2016, прототипом якої стали Європейські КН з профілактики ССЗ 2012 р. Ми не ставили собі завдання повторювати цю інформацію. В 2016 вийшли оновлені Європейські КН з профілактики ССЗ (шостий перегляд). В Європейських КН з профілактики ССЗ 2016 р. вперше з'явився окремий розділ присвячений узагальненню доказової бази щодо проведення профілактики ССЗ на популяційному рівні. Нами викладені основні нові положення КН 2016 р. (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2016) щодо корекції ФР для ознайомлення медичних працівників та їх практичного використання.

Втручання на індивідуальному рівні

Психосоціальні фактори

Основні тези

В Європейських КН з профілактики ССЗ 2016 р. визначено, що корекція психосоціальних ФР може протидіяти психосоціальному стресу, депресії і тривозі, що полегшує зміну поведінки, поліпшує якість життя та прогноз.

У хворих з ССЗ та психосоціальними проблемами для поліпшення психосоціального здоров'я рекомендовані мультимодальні втручання які включають освітні заходи щодо здоров'я, фізичні вправи та психотерапію (І, А).

У випадку клінічно значущих симптомів депресії, тривоги та ворожості повинні бути розглянуті: психотерапія, медикаментозне лікування або їх поєднання (Іа, А).

Лікування психосоціальних ФР з метою профілактики ССЗ необхідно розглядати у разі діагностованого розладу (наприклад, депресія) або коли психосоціальний ФР погіршує класичні ФР (Іа, В).

Потужним джерелом емоційної підтримки пацієнта є встановлення та підтримка довірливих стосунків з лікарем.

Тютюнокуріння

Основні тези

Припинення куріння є основним заходом, що позитивно впливає на профілактику ССЗ.

Рекомендується активно виявляти курців, надавати повторні поради щодо припинення куріння з пропозиціями допомоги, підтримки, використання нікотинзамісної терапії, вареникліну, бупропіону або комбінації цих підходів (І, А).

Найбільш ефективними під час припинення куріння є короточасні втручання з використанням медикаментозної терапії та подальша підтримка пацієнтів. Розглядається можливість використання електронних сигарет на етапі припинення куріння, але вони повинні мати ті ж маркетингові обмеження, що і звичайні сигарети.

У разі невдалої консультації, заохочення та мотиваційних втручань або на доповнення до них нікотинзамісна терапія, вареніклін або бупропіон мають бути запропоновані для припинення куріння. Зазначено, що використання нікотинзамісної терапії на 50-70 % збільшує рівень припинення куріння. Антидепресант бупропіон допомагає довготривалому припиненню куріння з аналогічною ефективністю щодо нікотинзамісної терапії.

Вареніклін (агоніст нікотинових рецепторів) в стандартній дозі збільшує шанси припинення куріння більш, ніж у два рази порівняно з плацебо. Низька доза варенікліну приблизно подвоює шанси відмови від куріння, при цьому зменшується кількість та тяжкість побічних ефектів. Головним побічним ефектом варенікліну є нудота, але зазвичай невиражена і зникає з часом.

Фізична активність

Основні тези

Регулярна фізична активність є основою профілактики ССЗ. Доведено, що фізична активність зменшує смертність від усіх причин та серцево-судинних ускладнень, покращує фізичну форму та поліпшує психічне здоров'я.

Людей, які ведуть малорухомий спосіб життя необхідно заохочувати до легкої інтенсивної аеробної фізичної активності.

Здоровим дорослим будь-якого віку рекомендовано займатися фізичною активністю: помірної інтенсивності — 150 хв. на тиждень, або інтенсивною аеробною — 75 хв. на тиждень, або еквівалентно їх поєднувати. Для додаткових переваг здоровим дорослим рекомендується поступове збільшення аеробної фізичної активності помірної інтенсивності до 300 хвилин на тиждень, або 150 хвилин на тиждень інтенсивної активності або еквівалентно їх поєднувати (І, А).

Фізична активність має бути розподілена на декілька сеансів тривалістю ≥ 10 хв. та рівномірно розподілятися протягом тижня, тобто 4-5 днів на тиждень і бажано щодня (Іа, В).

Фізична активність має входити в повсякденну діяльність, включати активні подорожі (їзда на велосипеді чи прогулянка), важку домашню роботу, садівництво, професійну діяльність, активність у вільний час, або фізичні вправи, такі як швидка ходьба, Скандинавська ходьба, піші прогулянки, катання на велосипеді, бігові лижі, аеробні танці, катання на конях, веслування або плавання.

Харчування.

Основні тези

Харчові звички впливають на ризик розвитку ССЗ та інших хронічних захворювань, зокрема раку.

Споживання продуктів повинно обмежуватися необхідною кількістю енергії для підтримки (або досягнення) здорової ваги, тобто індексу МТ 20,0–25,0 кг/м².

У випадку дотримання рекомендацій щодо здорового харчування додаткове вживання харчових добавок недоцільне.

Здорове харчування відповідає наступним ознакам:

Насичені жирні кислоти мають забезпечувати <10 % загальної енергетичної цінності добового раціону, їх потрібно замінювати поліненасиченими жирними кислотами
Вміст транс-ненасичених жирних кислот має бути мінімальним, не рекомендується їх вживання у складі продуктів промислового виробництва, їх вміст має складати <1% загальної енергетичної цінності добового раціону за рахунок продуктів природного походження
Кухонна сіль < 5 грамів на день
30-45 грамів харчових волокон на день переважно у складі продуктів з цільного зерна
≥ 200 грамів фруктів на день (2-3 порції)
≥ 200 грамів овочів на день (2-3 порції)
Риба принаймні двічі на тиждень, в один із прийомів — жирна риба
30 г несолених горіхів на день
Споживання алкоголю повинно бути обмежене до двох склянок на день — 20 грамів в перерахунку на чистий етанол — для чоловіків та однієї склянки на день — 10 грамів в перерахунку на чистий етанол — для жінок.
Споживання підсолоджених безалкогольних та алкогольних напоїв не рекомендується

Головне завдання у питанні профілактики ССЗ — це розробка більш ефективної стратегії, щоб заохотити людей до зміни свого харчування (кількість і якість продуктів) та дотримання здорового харчування і нормальної ваги.

Дослідження окремих компонентів харчових продуктів, що лежать в основі їх захисних ефектів тривають.

Маса тіла

Основні тези

Надлишкова маса тіла і ожиріння пов'язані з підвищеним ризиком смерті від ССЗ і смертністю від усіх причин.

Смертність від усіх причин найнижча при індексі МТ 20-25 кг/м² (у віці до 60 років). Подальше зниження маси тіла не розглядається в якості захисту від ССЗ.

«Здорова» маса тіла у людей похилого віку вище, ніж у молодих та середнього віку.

Досягнення та підтримка здорової маси тіла має сприятливий ефект на метаболічні ФР (АТ, ліпіди крові, толерантність до глюкози) і зниження ризику ССЗ.

Хоча модифікація поведінки, харчування та фізичні вправи є основою лікування надлишкової маси тіла та ожиріння, вони часто не мають довготривалого ефекту. Використання орлістату та/або бариатричного хірургічного втручання є додатковими варіантами. Мета-аналіз клінічних досліджень підтвердив, що пацієнти, яким проведено бариатричне хірургічне втручання, мають менший ризик ГМ, інсульту, та смертності від ССЗ порівняно з нехірургічним контролем.

Артеріальна гіпертензія

Основні тези

Підвищений АТ є основним фактором ризику розвитку ІХС, серцевої недостатності, цереброваскулярних захворювань, атеросклеротичного ураження периферичних артерій, хронічної хвороби нирок та фібриляції передсердь.

Рішення про призначення антигіпертензивної терапії залежить від рівня АТ та загального серцево-судинного ризику.

Переваги лікування переважно зумовлені зменшенням АТ, а не призначеними препаратами.

Комбінована терапія необхідна для контролю АТ в більшості пацієнтів.

Рекомендації щодо управління гіпертензією

Рекомендації	Клас доказів	Рівень
Зміни способу життя (контроль ваги, підвищення фізичної активності, помірне вживання алкоголю, обмеження натрію та збільшення споживання фруктів, овочів та молочних продуктів з низьким вмістом жиру) рекомендуються у всіх пацієнтів з артеріальною гіпертензією та у осіб з високим рівнем АТ	I	A
Усі основні лікарські препарати, що знижують рівень АТ (діуретики, іАПФ, антагоністи кальцію, БРА та β-блокатори) не відрізняються значимо щодо ефективності зниження АТ та рекомендуються для зниження рівня АТ	I	A
У безсимптомних пацієнтів з гіпертензією, але без ССЗ захворювань, ХХН та ЦД стратифікацію загального ризику розвитку ССЗ рекомендується проводити за допомогою SCORE	I	B
Медикаментозне лікування рекомендується пацієнтам з гіпертензією 3-го ступеня, незалежно від ризику розвитку ССЗ, а також у пацієнтів з гіпертензією 1-го або 2-го ступеня, які мають дуже високий ризик розвитку ССЗ.	I	B
Медикаментозне лікування повинно розглядатися у пацієнтів з гіпертензією 1 або 2 ступеня, які мають високий ризик розвитку ССЗ	IIa	B

Рекомендації	Клас доказів	Рівень
У пацієнтів із низьким загальним ризиком розвитку ССЗ, а також з гіпертензією 1 або 2 ступеня рекомендуються заходи щодо зміни способу життя	I	B
У пацієнтів з низьким або середнім рівнем загального ризику розвитку ССЗ та з гіпертензією 1 або 2 ступеня, якщо заходи щодо зміни способу життя не приводять до зниження АТ може розглядатися призначення медикаментозного лікування	IIb	B
CAT <140 мм рт.ст. і ДАТ <90 мм рт.ст. рекомендовані у всіх пацієнтів з гіпертонічною хворобою <60 років	I	B
У пацієнтів віком > 60 років із CAT $\geq$ 160 мм рт.ст., рекомендується зменшити САТ до 150-140 мм рт. ст.	I	B
У окремих пацієнтів віком до 80 років цільовий рівень САТ <140 мм рт.ст. може розглядатися, якщо лікування добре переноситься. У деяких з них при (дуже) високому ризику і переносимості кількох гіпотензивних препаратів може бути розглянутий цільовий САТ <120 мм рт.ст.,	IIb	B
У осіб віком до 80 років з початковим САТ $\geq$ 160 мм рт.ст., рекомендується зменшити САТ в межах від 150 до 140 мм рт.ст., за умови, що вони мають хороший фізичний та ментальний стан.	I	B
У хворих літнього віку слід обирати обережну тактику щодо цільового рівню АТ та інтенсивності лікування (наприклад, кількості препаратів, що знижують АТ), клінічні ефекти лікування повинні ретельно контролюватися	IIa	B
Гіпотензивна терапія з використанням комбінації двох препаратів може розглядатися у пацієнтів з підвищеним рівнем АТ або при високому ризику ССЗ. Фіксовані комбінації двох препаратів в одній таблетці сприяють покращенню прихильності до лікування	IIb	C
β -адреноблокатори та тіазидові діуретики не рекомендуються у хворих на АГ із множинними метаболічними ФР через підвищений ризик розвитку ЦД	III	B

Контроль ліпідного обміну

Основні тези

Підвищені рівні ХС ЛПНЩ плазми є причиною атеросклерозу.

Зниження рівня ХС ЛПНЩ зменшує ризик серцево-судинних подій.

Низький рівень ЛПВЩ пов'язаний із збільшенням ризику ССЗ, але заходи щодо підвищення рівня ЛПВЩ не призводять до зменшення серцево-судинного ризику.

Зміни способу життя та харчування рекомендуються для всіх.

Загальний ризик серцево-судинних подій визначає інтенсивність втручання щодо корекції дисліпідемії.

Загальний вміст холестерину та ЛПВЩ може визначатись для отримання рівня не-ЛПВЩ.

Рекомендації щодо управління ліпідним обміном

Рекомендації	Клас доказів	Рівень
У пацієнтів з дуже високим ризиком метою лікування є досягнення рівня ХС ЛПНЩ <1,8 ммоль / л (<70 мг / дл), або зменшення принаймні на 50 %, якщо його вміст 1,8–3,5 ммоль / л (70–135 мг / дл)	I	B
У пацієнтів з високим ризиком метою лікування є досягнення рівня ХС ЛПНЩ <2,6 ммоль / л (<100 мг / дл), або зменшення принаймні на 50%, якщо його вміст 2,6–5,1 ммоль / л (100–200 мг / дл)	I	B
У пацієнтів з низьким або помірним ризиком: ХС ЛНЩ <3,0 ммоль / л (<115 мг / дл)	IIa	C

Препаратами 1-й лінії у пацієнтів з гіперхолестеринемією або комбінованою гіперліпідемією є статини. Езетиміб використовується за умови непереносимості статинів або в комбінації із засобами даного класу якщо цільовий рівень ліпідів не досягнуто з використанням максимально переносимої дози статину. Сучасні вимоги доказової медицини щодо призначення статинів розглянуті нами в підрозділі 1.3.3.

Цукровий діабет

Основні тези

Дуже важливим є багатофакторний підхід до пацієнтів з ЦД 2 типу.

Центральною ланкою у веденні пацієнтів з ЦД 2 типу повинно бути управління способом життя задля регуляції ваги шляхом стійкої зміни харчування та підвищення рівня фізичної активності.

Інтенсивне лікування гіперглікемії знижує ризик розвитку мікросудинних ускладнень та, меншою мірою, ризик ССЗ. Проте досягнення цільового рівня глікемії у осіб літнього віку, ослаблених, з тривалим перебігом ЦД та з ССЗ потребує диференційованого підходу.

Інтенсивне лікування АГ у хворих на ЦД з досягненням цільового рівня систолічного АТ 140 мм рт. ст. у більшості хворих знижує ризик макро- та мікросудинних уражень. Досягнення рівня систолічного АТ 130 мм рт. ст.

зменшує ризик інсульту, ретинопатії та альбумінурії та повинно застосовуватись у окремих груп пацієнтів.

Зниження рівня ліпідів є ключовим механізмом зниження ризику ССЗ у хворих на ЦД (2-го та 1-го типу). Всім пацієнтам старше 40 років, та окремим категоріям більш молодого віку з підвищеним серцево-судинним ризиком рекомендується терапія статинами.

У пацієнтів із ЦД та ССЗ застосовування інгібіторів натрій-глюкозних транспортерів 2 (SGLT2) суттєво зменшило серцево-судинну і загальну смертність та госпіталізацію з приводу СН . У таких пацієнтів використання інгібіторів SGLT2 слід враховувати на початку лікування.

Останні дані свідчать про значне скорочення смертності від ССЗ у хворих на ЦД через покращення в управлінні ФР, хоча зростання поширеності ЦД у світі створює серйозні виклики. Проблема потребує подальшого розвитку.

Рекомендації щодо управління ЦД

Рекомендації	Клас доказів	Рівень
Зміни способу життя, які передбачають, зокрема, припинення куріння, дієту з низьким вмістом жиру та високим вмістом клітковини, аеробну фізичну активність та силові вправи	I	A
Для досягнення меншої ваги або запобігання збільшення ваги пацієнтам рекомендується зменшити енергетичну цінність раціону харчування	I	B
Цільовий рівень HbA1c для зниження ризику серцево-судинних та мікросудинних ускладнень у хворих на ЦД <7,0% (<53 ммоль / моль) є рекомендованим для більшості невагітних дорослих з ЦД типу 1 або 2 типу	I	A
Для пацієнтів з тривалим перебігом ЦД, людей похилого віку, ослаблених або тих, що мають ССЗ, слід розглянути менше суворі цільові рівні HbA1c	IIa	B
Цільовий рівень HbA1c ≤6,5% (≤48 ммоль / моль) слід розглядати при діагностиці або на початку лікування ЦД типу 2 у пацієнтів, які не ослаблені і не мають серцево-судинних захворювань	IIa	B
При скринінгу ЦД у осіб з СН або без неї застосовується оцінка рівня HbA1c (яка може бути зроблена не натще) або рівень глюкози в крові натще . Для уточнення ситуації може бути запропонований тест на толерантність до глюкози.	IIa	B

Рекомендації	Клас доказів	Рівень
Метформін рекомендується як терапія першої лінії, якщо він добре переноситься і не має протипоказань після оцінки функції нирок	I	B
Для уникнення гіпоглікемії та надмірного збільшення маси тіла слід застосовувати індивідуальні підходи (щодо цільового рівня глюкози та вибору препаратів)	IIa	B
У пацієнтів з ЦД типу 2 ДМ і ССЗ, застосування інгібітору SGLT2 слід враховувати на початку хвороби, щоб зменшити серцево-судинний ризик та загальну смертність	IIa	B
Препарати для корекції ліпідного обміну (головним чином, статини), рекомендують призначати для зниження серцево-судинного ризику всім пацієнтам з ЦД типу 2 або 1 старше 40 років.	I	A
Призначення препаратів для корекції ліпідного обміну (головним чином, статинів) може розглядатися також у осіб молодше 40 років, якщо вони маю підвищений Ризик (наявність мікросудинних ускладнень або множинних ФР)	IIb	A
У хворих на ЦД із дуже високим ризиком рекомендується цільовий рівень ХС ЛПНЩ <1,8 ммоль / л (<70 мг / дл) або зниження принаймні на 50%, якщо рівень ХС ЛПНЩ становить від 1,8 до 3,5 ммоль / л (70 і 135 мг / дл) У хворих на ЦД з високим ризиком рекомендується цільовий рівень ХС ЛПНЩ не перевищувати 2,6 ммоль / л (<100 мкг / дл) або знижувати принаймні на 50%, якщо рівень ХС ЛПНЩ становить від 2,6 до 5,1 ммоль / л (100 і 200 мг / дл)	I	B
Цільовий рівень АТ у хворих на ЦД 2 типу, як правило, рекомендується тримати <140/85 мм рт.ст., але у окремих пацієнтів (наприклад, молодих пацієнтів з підвищеним ризиком ускладнень) для отримання додаткових переваг щодо попередження інсульту, ретинопатії та ризику альбумінурії рекомендується більш низький рівень <130/80 мм рт.ст. Блокатори ренін-ангіотензін-альдостеронової системи рекомендується застосовувати при лікуванні АГ в у хворих на ЦД, зокрема у разі протеїнурії або мікроальбумінурії. Рекомендований рівень АТ у пацієнтів з ЦД типу 1 <130/80 мм рт.ст.	I	B
Застосування препаратів, які підвищують ХС ЛПВЩ, для профілактики ССЗ у хворих на ЦД типу 2 не рекомендується	III	A
Антитромбоцитарна терапія (наприклад, аспірином) не рекомендується у пацієнтів з ЦД, у яких немає ССЗ	III	A

Антитромбоцитарна терапія

Антитромбоцитарна терапія не рекомендується в осіб без ССЗ через підвищений ризик серйозних кровотеч.

Прихильність до лікування

Основні тези

Прихильність до лікування у осіб з високим ступенем ризику та у пацієнтів з ССЗ низька.

Деякі типи втручань ефективні для підвищення прихильності щодо прийому медикаментозних препаратів

Поліпіл може збільшити прихильність до лікування та поліпшити контроль ФР ССЗ.

Рекомендації	Клас доказів	Рівень
Рекомендується максимально можливе спрощення режиму прийому медикаментозних препаратів, постійний моніторинг та зворотній зв'язок. У випадку стійкої неприхильності до лікування рекомендуються багаторазові або комбіновані поведінкові втручання	I	A
Лікарям при оцінці прихильності для адаптації подальших втручань рекомендується ще до лікування визначати причини невиконання.	I	C
Для збільшення прихильності до медикаментозної терапії можна розглянути використання поліпіл і комбінованої терапії	IIb	B

Втручання на популяційному рівні

В Європейській КН з профілактики ССЗ 2016 р. (шостий перегляд) вперше внесено розділ щодо організаційних засад впровадження популяційної профілактики. Метою цього розділу є надання зацікавленим сторонам доказових пропозицій щодо найбільш ефективних втручань в поліпшенні ризику ССЗ. Пропозиції які можуть бути впроваджені в групі, громаді, на регіональному, національному чи глобальному рівні. Це вимагає перегляду законів і цілеспрямованої політики щодо продуктів харчування, фізичної активності та куріння.

Стосовно до продуктів харчування:

- законодавчо врегулювати склад продуктів харчування так, щоб забезпечити зниження споживання калорій, кухонної солі, насичених жирів, цукру і обмежити розмір порцій;
- виключити транс-жири промислового походження;
- законодавчо обмежити продаж продуктів харчування з високим вмістом жирів, цукру і солі дітям;

- области податками продукти з високим вмістом цукру і насичених жирів, а також алкогольні напої;
- забезпечити доступність води і здорових продуктів харчування в школах і на робочих місцях;
- законодавчо врегулювати розташування ресторанів і кафе швидкого харчування і їх поширеність.

Стосовно до фізичної активності:

- необхідно враховувати можливості для фізичної активності при плануванні нових садово-паркових зон, будівель і населених пунктів;
- розміщувати знаки і оголошення, що закликають користуватися сходами;
- збільшити податки на паливо;
- надавати податкові пільги у випадках покупки спортивного інвентарю або абонементів в спортивні клуби;
- надавати матеріальне заохочення бажаючим зменшити масу тіла і збільшити рівень тренуваності.

Стосовно до куріння

- заборона куріння в громадських місцях рекомендується для попередження куріння та сприяє припиненню куріння;
- високі податки на всі тютюнові вироби є найбільш ефективною політикою щодо зменшення куріння молодими;
- обмежити рекламу, маркетинг та продаж бездимного тютюну через значні докази шкідливості;
- рекомендувати батькам ніколи не мати при собі тютюнових виробів в присутності дітей, а також не курити вдома або в машині;
- поширити дію всіх торговельних обмежень, які застосовуються до звичайних сигарет, на електронні.

Мета полягає в тому, щоб прийняти спільний європейський консенсус досягнення до 2030 року Європи без куріння.

Автори Європейських КН з профілактики ССЗ 2016 р. (шостий перегляд) закликають реалізовувати заходи щодо профілактики ССЗ на всіх рівнях громадянського суспільства та закладів охорони здоров'я.

1.3.3. Стандартизовані підходи до призначення статинів (за матеріалами клінічних настанов)

Статини — гіполіпідемічні препарати з групи інгібіторів 3-гідрокси-3-метил-глутарил-коензим-А редуктази (ГМГ-КоА-редуктази) — ферменту, який перетворює гідроксиметил-глутарил-коензим-А в мевалонат, що є першою ланкою в ланцюжку ендогенного синтезу холестерину клітинами печінки. Пригнічення ГМГ-КоА-редуктази призводить до виникнення відносного дефіциту в внутрішньоклітинного холестерину (ХС), що обумовлює збільшення кількості

(експресію) рецепторів апоВ-Е на мембрані гепатоцитів. Ці рецептори зв'язують холестерин ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ), що призводить до збільшення його зворотного захвату і, в свою чергу, обумовлює зменшення в плазмі крові концентрації ХС ЛПНЩ та інших атерогенних фракцій ХС, які містять аполіпопротеїн В (апоВ) (Liao J. K., Laufs U., 2005, Najjar R., 2011).

Перші повідомлення про гіполіпідемічну дію статинів з'явилися у 1976 році: японські вчені Akira Endo та Masao Kuroda опублікували результати досліджень щодо впливу одного з продуктів життєдіяльності грибків *Penicillium citrinum* — ML-236В або мевастатину — на рівень загального холестерину (ЗХС) та ХС ЛПНЩ у крові тварин і людини (Endo A. et al., 1976, Endo A., 1992). Першою пацієнткою, якій було призначено статини, стала 17-річна дівчина зі спадковою гомозиготною гіперхолестеринемією та ІХС (Yamamoto, A., H. et al., 1980). Прийом мевастатину в дозі 500 мг/добу упродовж місяця призвів до зниження рівня ЗХС на 20%, але це супроводжувалося підвищенням активності трансаміназ та симптомами слабкості м'язів, тому дозу було зменшено до 200 мг/добу. Через 6 місяців лікування у пацієнтки визначили позитивну динаміку перебігу стенокардії. Подальші клінічні дослідження, які довели ефективність мевастатину щодо зниження рівня ХС ЛПНЩ, прискорили науковий пошук і призвели до синтезу нових препаратів з групи інгібіторів ГМГ-КоА-редуктази. У 90-х рр. минулого століття три препарати цієї групи отримали дозвіл на клінічне використання — ловастатин (мевінолін), симвастатин та правастатин (Endo A., 1992). Першим статином, який був допущеним до клінічного застосування у США в 1987 році став ловастатин — його виділили з культури грибка *Aspergillus terreus*. Симвастатин та правастатин — напівсинтетичні препарати, їх стали використовувати у клінічній практиці у 1988 році та 1991 році, відповідно. Згодом у клінічну практику були запроваджені статини, отримані в результаті хімічного синтезу: флувастатин — в 1994 році, аторвастатин — в 1997 році, церивастатин — в 1998 році, розувастатин — у 2003, пітавастатин — у 2005 (Najjar R., 2011). Після декількох років використання у клінічній практиці церивастатин був заборонений у зв'язку із численними випадками рабдоміолізу, які призводили до гострої ниркової недостатності та летальних наслідків. Ризик розвитку ускладнень був вищим при одночасному використанні церивастатину з гемфіброзілом та при прийомі високих доз препарату — 0,8 мг/добу. Упродовж останніх років проводяться дослідження інших інгібіторів ГМГ-КоА-редуктази четвертого покоління — НОЕ 780 HR 780 (гленвастатину), ZD-4522 NK-104 і BMS 180431, які поки що не дозволені до клінічного застосування (Najjar R., 2011).

Препарати групи статинів відрізняються між собою за здатністю всмоктуватись в шлунково-кишковому тракті, біодоступністю, здатністю зв'язуватись з білками, розчинністю, виведенням з організму (Liao J. K., Laufs U., 2005, EAS/

ESC guidelines for the management of dyslipidaemias, 2011, Гідзинська І. М. та співав., 2016). Ловастатин і симвастатин — препарати, які для початку своєї дії потребують метаболізму в печінці. Здатність різних препаратів всмоктуватись в шлунково-кишковому тракті коливається між 20 і 98 %. Метаболізм ловастатину, симвастатину та аторвастатину відбувається за участі ізоферментів цитохрому Р450 (Классификация и эффекты статинов).

Загальноприйнятої класифікації статинів не існує, як правило, їх описують в хронологічному порядку, згідно із впровадженням в практику. У табл. 1.3. наведені основні характеристики статинів.

Здатність знижувати рівень ХС ЛПНЩ залежить від хімічного складу препарату та його дози (SIGN-97, 2007) (табл. 1.4).

Хоча основним механізмом дії статинів є зниження рівня ліпідів, ці препарати мають також інші ефекти, які називають плейотропними — покращення функції ендотелію судин, переважно, за рахунок впливу на синтез та вивільнення NO, зниження активності запалення, пригнічення агрегації тромбоцитів, зниження рівня тромбіну і стимуляція фібринолізу, зменшення рівня інгібітору активатора плазміногену тощо (Liao J.K., Laufs U., 2005, Satoh M, et al 2015). Важливим плейотропним ефектом статинів є так звана стабілізація атеросклеротичної бляшки (зменшення вірогідності розриву бляшки), що обумовлено дією препарату на рівень ліпопротеїнів, макрофагів та активність металопротеїназ (Liao J. K., Laufs U., 2005).

Таблиця 1.3.

Характеристика статинів

Назва препарату	Метаболізм Р450	Активні метаболіти	Зв'язування з білками (%)	Шляхи виведення	Біодоступність (%)	Період напіввиведення (години)
Ловастатин	Так	Так	95	Нирки/ печінка	5	3
Симвастатин	Так	Так	95-98	Нирки/ печінка	5	2
Флувастатин	Ні	Ні	98	Переважно печінка	24	2,3 (капс.), 7 (табл. ретард)
Правастатин	Ні	Ні	50	Нирки/ печінка	17	1,3-2,7
Аторвастатин	Так	Так	98	Переважно печінка	14	14
Розувастатин	Ні	Ні	90	Нирки/ печінка	20	19

Таблиця 1.4.

Вплив статинів на рівень холестерину ліпопротеїнів низької щільності

Статини	Стандартна доза	Зменшення ХС ЛПНЩ на (ммоль/л)	% зниження ХС ЛПНЩ	Висока доза	Зменшення ХС ЛПНЩ на (ммоль/л)	% зниження ХС ЛПНЩ
Аторвастатин	10 мг	1,79 (1,62-1,97)	37%	80 мг	2,64 (2,31-2,96)	55%
Правастатин	20 мг	1,17 (1,10-1,23)	24%	40 мг	1,38 (1,31-1,46)	29%
Розувастатин	20 мг	2,32 (2,20-2,44)	48%	40 мг	2,56 (2,42-2,70)	53%
Симвастатин	20 мг	1,54 (1,46-1,63)	32%	80 мг	2,01 (1,83-2,19)	42%

Терапія статинами, як правило, добре переноситься, і серйозні побічні реакції бувають рідко. При проведенні мета-аналізу досліджень, що увійшли до бази даних Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration, з включенням понад 170 000 пацієнтів, були визначені фактори, які збільшують ймовірність побічних ефектів терапії статинами: літній вік, недостатня маса тіла, жіноча стать, ниркова і печінкова недостатність, периопераційний період, гіпотиреоз, зловживання алкоголем (Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration, 2010). Підвищення активності печінкових ферментів — аланінамінотрансферази (АЛТ) та аспартатамінотрансферази (АСТ) — в плазмі крові зареєстровано у 0,5-2,0% пацієнтів, які приймали статини, і залежить від дози препарату. Значиме підвищення рівня трансаміназ — більш, ніж втричі порівняно з верхньою межею норми, при визначенні у двох повторних дослідженнях — потребує відміни препарату. Зниження дози статинів часто призводить до зниження рівня трансаміназ. Підвищення рівня трансаміназ при прийомі статинів не пов'язують з істинною гепатотоксичністю, прогресування печінкової недостатності спостерігається надзвичайно рідко (2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias). Ще одним побічним ефектом, зареєстрованим при терапії статинами, є ураження м'язів — міопатія, міальгія, міозит та рабдоміоліз. Мета-аналіз 21 клінічного дослідження, проведений US National Lipid Association Statin Safety Assessment Task Force, результати якого опубліковані у 2006 році, показав, що міопатія — з наявністю клінічних симптомів (біль в м'язах, слабкість, судоми) та підвищенням рівня креатинфосфокінази (КФК) у 10 та більше разів від верхньої межі норми (КФК — маркер ураження м'язів) — виникає у 5 пацієнтів на 100 000 людино-років (людино-роки — person-years — добуток кількості пацієнтів, що брали участь у дослідженні, та тривалості дослідження у роках), рабдоміоліз — з підвищенням рівня КФК у 10 та більше разів від верхньої межі норми, або такий, що потребує

інтенсивної терапії — у 1,6 пацієнтів на 100 000 людино-років (McKenney JM, et al, 2006). Частота розвитку міальгії — як зі змінами рівня КФК, так і без них — становить від 2 до 7 % (Baer A.N., Wortmann R.L., 2007), за деякими публікаціями — до 10 % (Bruckert E, et al, 2005). Ризик розвитку міопатії залежить і від етнічної групи — з найбільшою частотою цей побічний ефект зареєстрований у жителів країн карибського басейну та чорношкірих африканців (Hippisley-Cox J., 2010; Tomaszewski M., et al., 2011). Показано, що частота розвитку міопатії збільшується при призначенні статинів, метаболізм яких потребує участі ферментів, що містять цитохром P450. Для зниження ризику розвитку міопатії не рекомендується призначати статини пацієнтам з міопатією в анамнезі, незалежно від її етіології та уникати призначення комбінації статинів з деякими препаратами (табл. 1.5) (2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias)

Таблиця 1.5.

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

Протиінфекційні агенти	Антагоністи кальцію	Інше
Ітраконазол	Верапаміл	Циклоспорин
Кетоконазол	Дилтіазем	Даназол
Позаконазол	Амлодіпін	Аміодарон
Еритроміцин		Ранолазін
Кларитроміцин		Грейпфрутовий сок
Телітроміцин		Нефазодон
Інгібітори протеази ВІЧ		Гемфіброзил

З метою профілактики розвитку таких серйозних ускладнень, як рабдоміоліз, який може призвести до ниркової недостатності та смерті, при появі у пацієнта, що приймає статини, таких симптомів, як міальгія або зміна кольору сечі, рекомендується відмінити статини та визначити рівень КФК в плазмі крові. Підвищення рівня КФК потребує відміни препарату. У випадку нормального рівня КФК, при помірній або незначній вираженості клінічних симптомів можна продовжувати прийом статинів у тій же, або у меншій дозі (2013 ACC/AHA guidelines on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults).

Пацієнти, які отримують лікування статинами, мають підвищений ризик розвитку порушення толерантності до глюкози і ЦД 2 типу (2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias). У мета-аналізі, що включає 91140 суб'єктів, відносний ризик був вище на 9 % в порівнянні з плацебо, тоді як абсолютний ризик — на 0,2 %. Невелике, що не має клінічного

значення, підвищення глікованого гемоглобіну (HbA1c) також спостерігалося. Кількість хворих, яких необхідно пролікувати статинами, щоб викликати один випадок ЦД дорівнює 255 за 4 роки. Проте, ризик вище, при прийомі більш потужних статинів у високих дозах, і ризик розвитку ЦД вище у літніх людей і в присутності інших ФР розвитку ЦД, таких як надмірна вага або інсулін-резистентність.

Аналіз клінічних досліджень, проведених з 1987 по 2014 рр., свідчить про високу безпеку статинів у пацієнтів старших вікових груп (Iwere R.B., Hewitt J., 2015). При порівнянні з групою плацебо не було виявлено значимих відмінностей частоти розвитку міальгії (OR 1.03, 95% CI 0.90, 1.17; $I(2) = 0\%$; $P = 0.66$), міопатії (OR 1.03, 95% CI 0.91, 1.18; $I(2) = 0\%$; $P = 0.61$) та рабдоміолізу [OR 2.93, 95% CI 0.30, 28.18; $I(2) = 0\%$; $P = 0.35$], в жодному з проаналізованих досліджень не було зареєстровано випадків смерті, пов'язаних з виникненням рабдоміолізу. Необхідно враховувати, що вагітність є протипоказом для призначення статинів, тому їх призначення жінкам дітородного віку допускається лише за умови використання ефективних засобів контрацепції (2013 ACC/AHA guidelines on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults). Широке клінічне використання статинів ґрунтується на даних доказової медицини щодо їх ефективності — у пацієнтів, які приймають статини зареєстровано зменшення темпів прогресування атеросклеротичного процесу, зворотній розвиток атеросклеротичного ураження та позитивний вплив на захворюваність та смертність від ССЗ (2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias).

Доведено, що зниження рівня ХС ЛПНЩ в плазмі при використанні статинів зменшує ризик розвитку ССЗ і потребу у проведенні інвазивних та оперативних втручань. Мета-аналіз 26 рандомізованих клінічних досліджень щодо застосування статинів, що увійшли до бази даних Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration, показав, що зниження рівня ХС ЛПНЩ на 1,0 ммоль/л призводить до зменшення смертності від усіх причин на 10 %, смертності від ССЗ на 20 %, ризику розвитку ГІМ на 23 %, ГПМК — на 17 % (Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration); 2013 ACC/AHA guidelines on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults). Було показано, що позитивні ефекти застосування статинів залежать не від препарату, а від ступеня зниження рівня ХС ЛПНЩ. Існує лінійна логарифмічна залежність між дозою статинів та рівнем зниження ліпідів — на кожне подвоєння дози препарату рівень ХС ЛПНЩ знижується, приблизно, на 6 %, при цьому ступінь зниження не залежить від початкового рівня ХС ЛПНЩ — в проведених дослідженнях він становив, в середньому, 4,8 ммоль/л. Встановлено лінійну залежність між рівнем ХС ЛПНЩ та рівнем смертності від ССЗ. В більшості РКД було досягнуто зниження рівня ЗХС на 1,0 ммоль/л,

що становить, приблизно, 20 % від початкового рівня, при цьому очікуване зниження рівня смертності від ССЗ становить 30 % (2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias).

У проведеному мета-аналізі бази даних Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration (Sato H, et al. 2015) було показано, що терапія статинами у режимі так званої високої інтенсивності — аторвастатин у дозі 40-80 мг на добу — призводить до більш значного зниження ризику розвитку ССЗ, ніж терапія у режимі помірної інтенсивності — аторвастатин 10 мг або симвастатин 20-40 мг. В дослідженнях не було виявлено відмінностей у зниженні відносного ризику ССЗ в залежності від досягнення або недосягнення визначеного — так званого «цільового» — рівня показників ліпідограми — ЗХС та ХС ЛПНЩ — та відмінностей при використанні фіксованих доз статинів при проведенні заходів первинної та вторинної профілактики — ступінь зниження ризику був однаковим в обох когортах дослідження (2013 ACC/AHA guidelines on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults).

Найбільша доказова база щодо позитивного ефекту від призначення статинів на захворюваність та смертність отримана при проведенні заходів вторинної профілактики. У всіх національних клінічних настановах щодо профілактики та/або лікування ССЗ є рекомендація щодо обов'язкового призначення статинів пацієнтам групи дуже високого ризику — тим, хто переніс ГІМ або ГПМК. У випадку розвитку ГІМ статини рекомендують призначати якомога раніше та у високих дозах (2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias, 2013 ACC/AHA guidelines on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults). Не виявлено відмінностей ефективності терапії статинами серед осіб жіночої та чоловічої статі та у різних вікових групах — позитивний ефект терапії спостерігався навіть у осіб, віком ≥ 75 років (Fulcher J. et al. 2015).

Дискутабельним залишається ряд аспектів щодо призначення статинів з метою первинної профілактики ГІМ та ГПМК. Найбільша доказова база щодо призначення статинів для первинної профілактики ССЗ одержана при лікуванні пацієнтів з ЦД. Дослідження HPS — Heart Protection Study — продемонструвало, що прийом симвастатину в дозі 40 мг знижує ризик ІХС та інсульту у хворих на ЦД, осіб без ЦД, ГІМ в анамнезі або ознак стенокардії (Collins R. et al., 2003). Ефект лікування не залежав від базового рівня холестерину, хоча ступінь зниження абсолютного ризику був більшим у разі більш високого рівня холестерину. Дослідження CARDS — Collaborative Atorvastatin Diabetes Study — також показало зменшення ризику ІХС та інсульту у пацієнтів з ЦД 2 типу без клінічних проявів ССЗ при зниженні рівня холестерину на фоні прийому аторвастатину у дозі 10 мг/добу (Colhoun H.M. et al., 2004). Метааналіз

проведених досліджень у пацієнтів з ЦД 2 типу переконливо довів позитивний ефект гіполіпідемічної терапії статинами на розвиток ССЗ (Kearney P.M., et al. 2008). Аналіз підгрупи пацієнтів з ЦД, що отримували статини у режимі так званої високої інтенсивності — аторвастатин 80 мг/добу — в дослідженні TNT — Treating to New Targets study — у порівнянні з підгрупою, що отримувала більш низьку дозу — аторвастатин 10 мг/добу — переконливо довів перевагу застосування більш високої дози на ступінь зниження ризику цереброваскулярних первинних подій та всіх серцево-судинних подій (Shepherd J. et al., 2006). На тепер не існує переконливих доказів того, що комбінація статинів з гіполіпідемічними препаратами інших груп призводить до додаткового зниження ризику серцево-судинних подій і смертності від ССЗ (2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice). Призначення статинів в клінічній практиці регламентується КН, які ґрунтуються на положеннях доказової медицини щодо профілактики та лікування ССЗ атеросклеротичної етіології, з урахуванням особливостей клінічної практики в різних країнах. Серед них — Рекомендації Європейської асоціації атеросклерозу та Європейської асоціації серця з корекції дисліпідемії (EAS/ESC guidelines for the management of dyslipidaemias, 2016), рекомендації з профілактики ССЗ (European guidelines on cardiovascular diseases prevention in clinical practice, version 2016), Рекомендації Американської асоціації серця щодо зменшення ризику ССЗ за рахунок впливу на рівень холестерину (2013 ACC/AHA guidelines on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults), національні рекомендації Великобританії щодо корекції дисліпідемії для первинної та вторинної профілактики ССЗ (Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification. NICE guidelines CG181), рекомендації Американської асоціації серця щодо оцінки ризику розвитку ССЗ (2013 ACC/AHA guidelines on the assessment of cardiovascular risk), рекомендації Європейської асоціації серця та асоціації цукрового діабету (ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD, 2013), рекомендації Європейського товариства з гіпертензії і Європейського товариства кардіологів щодо лікування АГ, Рекомендації щодо корекції ліпідного обміну та профілактики ССЗ від Американської Асоціації Клінічних Ендокринологів та Американського Коледжу Ендокринології (2017 AACE/ACE) тощо.

Підходи щодо призначення статинів, які рекомендовані у КН ESC/EAS (2016) та в КН ACC/AHA (2013) багато в чому співпадають — зазначено, що зниження рівня ХС ЛПНЩ має провідне значення для первинної та вторинної профілактики ССЗ та регламентовано необхідність визначення серцево-судинного ризику для вибору тактики гіполіпідемічної терапії. Відмінності стосуються підходів щодо тактики призначення статинів.

У КН ESC/EAS (2016) рекомендується така послідовність дій:

1. Визначити загальний серцево-судинний ризик у пацієнта за допомогою стандартизованих підходів (табл.4)
2. Обговорити з пацієнтом необхідність корекції ризику та спільно вирішити питання щодо заходів корекції.
3. Визначити рівень ХС ЛПНЩ, якого необхідно досягти у пацієнта, відповідно до його групи ризику ССЗ (так званий, цільовий рівень).
4. Вибрати препарат групи статинів і дозу, які зможуть забезпечити необхідне зниження рівня ХС ЛПНЩ (див. табл.2).
5. Враховуючи, що відповідь на прийом статину може відрізнятись у різних пацієнтів, обов'язково проводити титрування дози статину до досягнення цільового рівня ХС ЛПНЩ.
6. У випадку, коли на фоні прийому статину не вдається досягнути цільового рівня ХС ЛПНЩ — розглянути можливість призначення комбінації ліпідознижуючих препаратів*.
7. Зниження рівня ХС ЛПНЩ ≥ 50 % від вихідного необхідно досягти у пацієнтів дуже високого і високого ризику.

У КН ESC/EAS (2016) з корекції дисліпідемії та Європейських КН з профілактики ССЗ (2016), як і раніше виділяють 4 групи ризику розвитку ССЗ: дуже високий, високий, помірний та низький (табл. 1.6).

Визначення групи ризику пацієнта орієнтує лікаря на призначення медикаментозних заходів корекції тим пацієнтам, у яких таке лікування потенційно призведе до максимального позитивного ефекту.

У відповідності до КН ESC/EAS (2016) визначено цільовий рівень ХС ЛПНЩ — в залежності від рівня ризику: для пацієнтів групи дуже високого ризику ССЗ — 1,8 ммоль/л або зниження принаймні на 50% якщо його вміст 1,8–3,5 ммоль / л , для пацієнтів групи високого ризику — <2,6 ммоль /л, або зменшення принаймні на 50 %, якщо його вміст 2,6–5,1 ммоль /л, помірною та низького ризику — 3 ммоль /л. У КН наведено рівень і клас доказовості цих рекомендацій .

Низький рівень ХЛ ЛПВЩ — < 1,0 ммоль/л (~40 мг/дл) у чоловіків і <1,2 ммоль/л (~45 мг/дл) у жінок та високий рівень ТГ — >1,7 ммоль/л (~150 мг/дл) — є незалежними факторами ризику ССЗ, але на даний час не існує узгоджених рекомендацій щодо медикаментозної корекції ХС ЛПВЩ, а щодо корекції рівня ТГ, в КН ESC/EAS (2016) рекомендується розглянути питання у пацієнтів групи високого ризику з рівнем ТГ >2,3 ммоль/л (Па, В).

* в КН ESC/EAS (2016) розглядається можливість додаткового використання інгібітора адсорбції холестерину езитимібу (Іа, В) або секвестрантів жовчних кислот (Ів, В). У пацієнтів з дуже високим ризиком і високим рівнем ХС ЛПНЩ, який зберігається при призначенні статинів та езитимібу, а також у пацієнтів які погано переносять статини, може бути розглянуто призначення інгібітора PCSK9 (протеїнової конвертази субтилізин-кексинового типу 9).

Таблиця 1.6.

Визначення загального серцево-судинного ризику

Дуже високий ризик	Пацієнти з підтвердженим діагнозом ССЗ: гострий коронарний синдром або ГІМ в анамнезі, симптоми стабільної або нестабільної стенокардії, процедури реваскуляризації — коронарних артерій або інших артерій, ГПМК, транзиторні порушення мозкового кровообігу, ураження периферичних артерій атеросклеротичного генезу. Особи з підтвердженими ознаками атеросклерозу, виявленими методами коронарної ангіографії, ультразвукового або томографічного досліджень. ЦД в комбінації з 1 та більше факторами ризику ССЗ та/або ураженням органів-мішеней без клінічних симптомів (виявляється при лабораторному або інструментальному обстеженні) Важка ХХН з ШКФ ≤ 30 мл/хв/1,73 м ² Ризик за SCORE ≥ 10 %
Високий ризик	Виражені зміни одного показника — сімейна гіперхолестеринемія, АГ III ступеня; ЦД без ураження органів-мішеней; ХХН при ШКФ 30-59 мл/хв/1,73 м ² Ризик за SCORE $> 5\%$ але $\leq 10\%$
Помірний ризик	Ризик за SCORE ≥ 1 % але < 5 %
Низький ризик	Ризик за SCORE < 1 %, відсутність інших ознак високого ризику

ХХН — хронічна хвороба нирок; ШКФ — швидкість клубочкової фільтрації.

Фібрати більше не є препаратами вибору, виключена нікотинова кислота, препаратами першого вибору визначені статини (I, A). У пацієнтів високого ризику, які приймають статини, у разі рівня $> 2,3$ ммоль/л можна розглянути комбінацію фенофібрата зі статинами (IIa, B).

У КН 2017 AACE/ACE (2017 AACE/ACE American association of clinical endocrinologists and american college of endocrinology guidelines for management of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease) вперше було запропоновано виділяти категорію пацієнтів надзвичайного ризику розвитку атеросклеротичних захворювань ССЗ та встановлено цільові рівні ЛПНЩ. Таким чином, КН 2017 AACE / ACE поділяють пацієнтів на п'ять категорій ризику розвитку атеросклеротичних захворювань ССЗ:

- 1) Пацієнти надзвичайного ризику: ЛПНЩ < 55 мг / дл, не-ЛПНП < 80 мг / дл, аполіпопротеїн В (apoB) < 70 мг / дл
- Прогресуюче атеросклеротичне захворювання ССЗ, включаючи нестабільну стенокардію, у пацієнтів після досягнення ХС ЛПНП < 70 мг / дл.
- Встановлений діагноз ССЗ у пацієнтів із ЦД, хронічною хворобою нирок або гетерозиготною сімейною гіперхолестеринемією.

- Анамнез раннього атеросклеротичного ССЗ (<55 років у чоловіків, <65 у жінок).
- 2) Пацієнти дуже високої ризику: ЛПНП <70 мг / дл, не-ЛПНП <80 мг / дл, апоВ <80 мг / дл
- Установлена або недавня госпіталізація за причиною гострого коронарного синдрому, коронарного, периферичного судинного захворювання або захворювання сонних артерій, 10-річний ризик > 20 %.
- ЦД або 3-4 стадії ХХН з одним або кількома факторами ризику.
- Гетерозиготна сімейна гіперхолестеринемія.
- 3) Пацієнти високого ризику: ЛПНП <100 мг / дл, не-ЛПНП <130 мг / дл, апоВ <90 мг / дл
- Два або більше фактора ризику та 10-річний ризик від 10 % до 20 %.
- Діабет або 3-4 стадії ХХН без інших факторів ризику.
- 4) Пацієнти середнього ризику: ті ж цільові рівні, що і у пацієнтів з високою ризиком
- Два або більше фактора ризику та 10-річний ризик <10%.
- 5) Пацієнти низького ризику: ЛПНП <130 мг / дл, не-ЛПНП <160 мг / дл, апоВ не має значення
- 0 факторів ризику.

У КН ACC/АНА 2013 (2013 ACC/AHA guidelines on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults) тактика призначення статинів базується на визначенні 4 груп пацієнтів, у яких, на основі даних доказової медицини, можна очікувати позитивний ефект терапії:

1. Пацієнти з верифікованим діагнозом ССЗ (ГКС, ГІМ в анамнезі, стабільна або нестабільна стенокардія, реваскуляризація коронарних або інших артерій, інсульт, транзиторні порушення мозкового кровообігу або захворювання периферичних артерій атеросклеротичного походження).
2. Особи без діагностованого ССЗ, у яких рівень ХС ЛПНП перевищує 190 мг/дл (4,9 ммоль/л).
3. Особи, віком від 40 до 75 років, з діагностованим ЦД, без діагностованого ССЗ, у яких рівень ХС ЛПНП становить 70-189 мг/дл (від 1,8 до 4,9 ммоль/л).
4. Особи, без ЦД, без ССЗ, з рівнем ХС ЛПНП 70-189 мг/дл (від 1,8 до 4,9 ммоль/л), у яких ризик розвитку ССЗ у найближчі 10 років за шкалою Pooled Cohort equation становить 7,5 % та вище.

Ризик у 7,5 % за шкалою Pooled Cohort equation (вірогідність виникнення ССЗ) орієнтовно відповідає рівню у 2,5% за шкалою SCORE (вірогідність смерті від ССЗ) — незалежно від рівня ХС ЛПНП.

При виборі дози статину у більшості КН, розроблених у США та Великобританії, використовують таке поняття, як «режим лікування» — високої,

помірної та низької інтенсивності. Прийом статинів у режимі «високої інтенсивності», як правило, призводить до зниження рівня ХСЛПНЩ, в середньому, на 50 % та більше, у режимі «помірної інтенсивності» — на 30-50 %, «низької інтенсивності» — менше, ніж на 30 %. Орієнтовні дози препаратів, які показали такий ефект у РКД, наведені у КН АСС/АНА 2013 року у вигляді таблиці (табл.1.7).

Таблиця 1.7.

Лікування статинами в режимі високої, помірної, низької інтенсивності

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	Правастатин 10-20 мг
	Симвастатин 20-40 мг	Ловастатин 20 мг
	Правастатин 40-80 мг	Флувастатин 20-40 мг
	Ловастатин 40 мг	
	Флувастатин 40 мг	
	Пітавастатин 2-4 мг	

У КН АСС/АНА 2013 року рекомендовано призначати статини за одним з 2-х варіантів — лікування «високої інтенсивності» та лікування «помірної інтенсивності». Вибір стратегії лікування визначає лікар — з урахуванням наявності ССЗ, ЦД та рівня ризику розвитку ССЗ у пацієнта (табл.1.8). Використання поняття «цільовий рівень» ХС ЛПНЩ не є рекомендованим заходом, хоча такий варіант також допускається — цей підхід значною мірою полегшує контроль лікування з боку лікаря. «Цільовим» рівнем є зниження ХС ЛПНЩ на 50% від базового при призначенні статинів у режимі «високої інтенсивності», досягнення такого рівня свідчить про прихильність хворого

В КН АСС/АНА 2013 та національних рекомендаціях Великобританії щодо корекції дисліпідемії для первинної та вторинної профілактики ССЗ не розглядається питання щодо медикаментозної терапії дисліпідемії препаратами інших груп, крім статинів. Це обумовлено відсутністю переконливих результатів щодо позитивного впливу їх призначення на захворюваність та смертність від ССЗ, незважаючи на зниження рівня ХСЛПНЩ Рівень доказовості рекомендацій АСС/АНА (2013) щодо прийому статинів наведений у таблиці 1.8.

Таблиця 1.8.

Рекомендації щодо корекції рівня холестерину в крові для зменшення серцево-судинного ризику, пов'язаного з атеросклерозом у дорослих — лікування статинами

Вторинна профілактика	
Призначення терапії статинами в режимі «високої інтенсивності» особам, молодшим за 75 років з ССЗ* за умови відсутності протипоказів	I A
Пацієнтам з ССЗ* при наявності протипоказів або непереносимості терапії «високої інтенсивності», альтернативою є призначення терапії «середньої інтенсивності»	I A
Особам з ССЗ, старше 75 років, при необхідності призначення терапії статинами, рекомендується розглянути аспекти «користь/ризик». Якщо терапія статинами була призначена раніше рекомендується продовжити її після досягнення 75-річного віку	II A
Первинна профілактика — особи від 21 року, рівень ХСЛПНЩ ≥ 190 мг/дл (4,9 ммоль/л)	
Оцінити вірогідність вторинної дисліпідемії в осіб, у яких рівень ХСЛПНЩ перевищує 190 мг/дл, ТГ — 500 мг/дл	I B
Рекомендується призначити статини особам від 21 року, у яких рівень ХСЛПНЩ перевищує 190 мг/дл, без попереднього 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 ХСЛПНЩ ≥ 190 мг/дл, рекомендується досягати зниження його рівня мінімум на 50 %	IIaB
В осіб від 21 року, у яких рівень ХСЛПНЩ перевищує 190 мг/дл (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	IIbC
Первинна профілактика — особи з ЦД, рівень ХСЛПНЩ — 70-189 мг/дл	
Особам, віком 40-75 років, з ЦД рекомендується призначити або продовжити прийом статинів у режимі «помірної інтенсивності»	IA
Особам, віком 40-75 років, з ЦД, у яких ризик розвитку важких ССЗ у найближчі 10 років за шкалою Pooled Cohort equation становить $\geq 7,5\%$, рекомендується призначити або продовжити прийом статинів у режимі «високої інтенсивності» за умови відсутності протипоказів	IIaB
В осіб, чий вік становить менше 40 або більше 75 років, питання щодо призначення, продовження прийому або зміни дози статинів вирішується індивідуально (враховується взаємодія лікарських препаратів, очікувана позитивна дія, побажання пацієнта)	IIaC

Первинна профілактика — особи без ЦД, рівень ХСЛПНЩ — 70-189 мг/дл	
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 призначати статини у режимі «помірної інтенсивності»	IIaB
Перед призначенням статинів з метою первинної профілактики цій 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	IIaC
У пацієнтів, чий рівень ХСЛПНЩ не перевищує 190 мг/дл (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.	IIb C
Серцева недостатність та гемодіаліз	
Експертна група не дає ніяких рекомендацій щодо призначення або припинення прийому статинів у пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю з систолічною дисфункцією II-IV функціонального класу або у хворих, які перебувають на гемодіалізі	

* ССЗ атеросклеротичного генезу: ГКС, ГІМ в анамнезі, стабільна або нестабільна стенокардія, реваскуляризація коронарних або інших артерій, мозковий інсульт, транзиторні порушення мозкового кровообігу, або захворювання периферичних артерій атеросклеротичного походження

** 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 і етнічної приналежності), рівень С-реактивного протеїну більше 2 мг/л. В майбутньому можуть бути ідентифіковані додаткові фактори, які можуть допомогти провести індивідуальну оцінку ризику.

Велика увага приділяється призначенню статинів пацієнтам з ГІМ, що знайшло втілення в Клінічних настановах: 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction A Report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients

With Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes, 2012 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation, 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation — регламентовано призначення або продовження терапії статинами в режимі «високої інтенсивності» всім пацієнтам з ГКС як з підйомом (I, B) так і без підйому (I, A) сегмента ST, незалежно від рівня холестерину, за умови відсутності протипоказань до їх використання. Ці положення ґрунтуються на даних доказової медицини, в яких показано, що використання статинів у пацієнтів з ГІМ знижує ризик смерті від ССЗ, ризик повторних інфарктів міокарда, інсульту і необхідність коронарної ревазуляризації. Доведено позитивний ефект прийому високих доз статинів у пацієнтів з ГІМ (Cannon CP et al., 2004). Терапія статинами у режимі «низької інтенсивності» може бути призначена пацієнтам, у яких існує високий ризик розвитку побічних ефектів — наприклад, літніх людей, хворих з печінковою або нирковою недостатністю, при наявності інформації щодо розвитку побічних ефектів статинів при попередньому призначенні або можливої взаємодії з препаратами, призначеними для планового лікування супутньої патології (2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction).

В КН обговорюються питання щодо доцільності моніторингу побічних ефектів та показників холестеринового обміну при лікуванні статинами. У КН ACC/AHA (2013 ACC/AHA guidelines on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults) перед призначенням терапії статинами рекомендується визначати рівень АЛТ, повторне визначення — на фоні терапії — проводити лише при появі відповідних клінічних симптомів — наприклад, слабкості, втрати апетиту, болю у животі, зміни кольору шкіри та склер, характеру випорожнень тощо. Рутинне визначення активності КФК не рекомендується. У КН ESC/EAS (2011) вказано на відсутність доказової бази щодо режиму (алгоритму) моніторингу біохімічних показників при лікуванні статинами. Рекомендовані інтервали щодо частоти контролю показників ліпідограми базуються, переважно, на консенсусі, а не результатах досліджень, проведених на засадах доказової медицини. Регулярний контроль за рівнем ліпідів в процесі прийому статинів позиціонується як метод підвищення прихильності пацієнта до прийому препаратів та покращання контролю рівня ліпідів.

Впродовж двох десятиліть спостерігається значне зростання призначення статинів в клінічній практиці у світі. Ще у 2004 г. статини стали лідерами продаж у світі, переважно, за рахунок аторвастатину — 12 млрд. — та симвастатину — 7 млрд. доларів США, в 2009 році рівень продаж статинів становив 35,3 млрд. доларів США (Статини: за и против; Najjar R, 2011). За інформацією американського Центру з контролю і запобігання захворювань (US Centers

for Disease Control and Prevention), у США в 1990-х роках статини приймали тільки 2 % населення, старше 45 років, а з 2005 по 2008 рр. їх кількість зросла до 25 %, при цьому смертність, пов'язана з ІХС, в США з 1999 р. по 2007 р. скоротилась на 28 %. У 2012 році у США препарати симвастатин та аторвастатин займали перші позиції серед препаратів гіполіпідемічної дії — 57 % від загальної кількості рецептів, обсяг їх призначення складав 214 млн. рецептів на рік (Herper M., 2013). За останні п'ять років в США кількість виписаних рецептів на призначення статинів зросла майже на 20 % — до 264 млн. на рік, і ця тенденція зберігається. За даними міжнародного реєстру REACH, серед пацієнтів з ССЗ, обстежених у 44 країнах світу, відсоток прийому статинів становив 72,9 % на початку дослідження та 75,9 % при його закінченні (Alberts M.J. et al., 2009).

Таким чином, призначення статинів з метою вторинної профілактики ССЗ, та, за певних умов, і первинної профілактики відповідає вимогам доказової медицини.

1.4. Участь лікарів та медичних сестер у проведенні профілактики серцево-судинних захворювань

1.4.1. Практичні аспекти участі лікарів у моніторингу факторів ризику серцево-судинних захворювань

Визначення та контроль ФР ССЗ є основою проведення профілактичних заходів. Переваги контролю ФР були задокументовані в численних дослідженнях і значною мірою сприяли національній та глобальній політиці в галузі охорони здоров'я для запобігання хронічним захворюванням. (Greenland P., Fuster V., 2017).

Важлива роль в реалізації заходів профілактики ССЗ, зокрема, у виявленні та корекції ФР, належить лікарям первинної медичної допомоги (NICE Pathway 2018, Коваленко В.Н., 2014). Крім того в останні роки почали приділяти увагу профілактичній роботі лікарів серед широкого загалу пацієнтів. В США оновлено рекомендації робочої групи з профілактичних заходів (United States Preventive Services Task Force — USPSTF) щодо поведінкового консультування з пропаганди здорового харчування та фізичної активності для профілактики ССЗ серед дорослих людей без ожиріння, АГ, дисліпідемії, підвищеного рівня глюкози в крові та цукрового діабету (Grossman D.C., et al., 2017). Всього USPSTF розглянуто більш ніж 120 різних видів втручань, спрямованих на пропаганду здорового харчування та фізичної активності (88 досліджень). Автори уточнюють, що всі поведінкові консультативні втручання повинні проводитися лікарями первинної медико-санітарної допомоги,

дієтологами та тренерами. Методи зміни поведінки включають постановку та планування цілей, моніторинг, зворотній зв'язок, мотиваційне інтерв'ювання, усунення психологічних бар'єрів на шляху до змін та підвищення соціальної підтримки (Spring B., 2017).

Багато хто з фахівців вважає, що виконання самим лікарем рекомендацій щодо здорового способу життя та корекції ФР впливає на проведення ним заходів профілактики серед своїх пацієнтів. В літературі цій проблемі приділяється значна увага (Nakladalova M. et al., 2005, Gupta A. et al., 2001, Maddah M., 2007, Шальнова С.А. і співат., 2008; Дроздова Л.Ю. і співат., 2011). Ще у 1992 році, у дослідженні, проведеному у США було продемонстровано, що лікарі, які досягають ефективного контролю рівня холестерину у себе, частіше призначають адекватну гіполіпідемічну терапію своїм пацієнтам (Human D.J. et al., 1992).

Дослідження щодо виявлення та корекції ФР ССЗ серед медичних працівників проводяться в різних країнах світу, при цьому оцінюється вплив професійних особливостей та стажу роботи, проводяться порівняння із загальною популяцією в регіоні дослідження тощо. Так, дослідження, проведене у великому госпіталі Сінгапура мало за мету виявити поширеність модифікованих ФР ССЗ серед медичних працівників (лікарів та медичних сестер) та немедичних працівників (адміністраторів та технічного персоналу) цієї установи. Було проведено опитування 3884 лікарняних працівників (84,9 % всього персоналу лікарні) Більшість учасників були жінками (81%, $n = 2755$), а 64 % осіб ($n = 2179$) мали вік від 20 до 39 років. Дослідження включало заповнення анонімної анкети, визначення індексу маси тіла, вимірювання АТ та лабораторний аналіз загального холестерину, холестерину ліпопротеїнів високої щільності, холестерину ліпопротеїнів низької щільності, тригліцеридів та глюкози в плазмі крові. Автори дійшли висновку, що поширеність модифікованих ФР ССЗ серед немедичних працівників вище, ніж серед лікарів і медичних сестер (Leong L., Chia S.E., 2012).

Дослідження ФР ССЗ з використанням шкали SCORE серед 250 медичних працівників в Індії, 126 з яких були лікарями (50,4 %), а 124 — медсестрами (49,6 %) показало, що 31,2 % суб'єктів мали високий ризик, 14,8 % — помірний, а 54 % — низький. Старший вік, чоловіча стать та професія лікаря були пов'язані з підвищеним ризиком. Цікаво, що при проведенні багатовимірною логістичного регресійного аналізу з загальним ризиком як *залежної* змінної, а віку, статі та професії як *незалежних змінних* виявлено, що вікова група та тип заняття були статистично значущими щодо високого загального ризику ССЗ, тоді як гендерні відмінності на результат не вплинули. (Hegde S.K.B. et al., 2016). Аналогічне дослідження з визначення кардіометаболічного ризику було проведено в Гані, в ньому взяли участь 112 співробітників міської лікарні Sefwi-Wiawso Municipal Hospital (Osei-Yeboah J. et al., 2018). Оцінювали

соціально-демографічні параметри, наявність ожиріння, АГ, дисліпідемії та ЦД. В результаті дослідження виявили, що поширеність АГ та прегіпертензії становила 16,07 % і 52,68 %, відповідно; близько 38,39 % учасників мали надмірну вагу, а 12,50 % — ожиріння; атерогенна дисліпідемія складала 26,79 %, тоді як наявність перед діабетичної глікемії та ЦД склали 5,41% та 4,50 %, відповідно. Рівно половина медичних працівників, які брали участь у дослідженні мала принаймні один кардіометаболічний фактор ризику. Метаболічна дисрегуляція, що спостерігалася у цієї когорти медичних працівників, посилювалася з віком та у разі надлишкової маси тіла (Osei-Yeboah J. et al., 2018).

На особливу увагу заслуговує пролонговане (з 1993 по 2013 рік) дослідження щодо ФР ССЗ серед медичних працівників різних професій проведене в Бразилії. Сплановано воно було таким чином, що усі студенти медичних, медсестринських, дієтологічних, стоматологічних та фармацевтичних факультетів Федерального університету Гойса проходили опитування та обстеження на початку дипломного курсу та через 20 років професійної кар'єри. Для остаточного аналізу використали дані отримані від 215 осіб, 59,07 % з яких були жінками. У групі 2013 року середній вік обстежених становив 39,8 років. Статистично значущої різниці у віці між групами працівників охорони здоров'я, що належать до різних професій не було. Аналізували наявність і розвиток системної АГ, ЦД, дисліпідемії та сімейної історії ранніх ССЗ, куріння, вживання алкоголю та фізичну активність. Лабораторно визначали рівні холестерину, глюкози в крові, АТ, вимірювалась вага, зріст та індекс маси тіла. В 2013 році спостерігалось збільшення поширеності ФР ССЗ серед медичних і фармацевтичних працівників, незважаючи на формальні професійні знання досліджуваних щодо проблеми. За 20 років професійної діяльності спостерігалось збільшення надмірної маси тіла, підвищення АТ і дисліпідемії серед лікарів, а також стоматологів та фармацевтів. Надмірна вага і споживання алкоголю спостерігалися серед медсестер. Дієтологи показали підвищену поширеність дисліпідемії. Поширеність куріння, яка була низькою в 1993 році, була збережена на тому ж рівні у всіх групах упродовж 20-річного періоду (Jardim T.V. et al., 2014).

Невтішні дані щодо ФР ССЗ були отримані в когортному дослідженні групи медичних сестер в Ірані. Аналіз даних, отриманих більш ніж від 400 медичних сестер показав, що дисліпідемія є найбільш поширеною проблемою, а рівень її набагато вище ніж у загальній популяції країни. Зважаючи на професійну поінформованість та постійний контакт з хворими, логічним би було очікувати інший результат, можливо в цьому випадку вплинули національні традиції (Kazemi T. et al., 2015).

Соціологічне дослідження серед лікарів Російської Федерації (2347 осіб (середній вік $43,6 \pm 0,2$ роки), щодо обізнаності та виконання рекомендацій,

показало, що 56,4 % лікарів-чоловіків та 44,7 % лікарів-жінок не знають свій рівень загального холестерину, тільки 61,7 % лікарів-чоловіків з АГ приймають антигіпертензивні препарати, а цільового рівня АТ досягає лише кожен п'ятий з них. Серед жінок ці показники становили 79,6 % та 39,4 % відповідно (Шальнова С.А. і співав., 2008). Результати іншого аналогічного дослідження в цій країні «Здоров'я та освіта лікаря. Як лікуються самі лікарі?» проведеного в 11 містах були опубліковані у 2011 році. Всього в дослідженні взяли участь 604 лікарі, з них 65% — терапевти та кардіологи, середній вік яких становив 46 років. За результатами дослідження серед практичних лікарів виявлено достатньо високу розповсюдженість основних ФР ССЗ, в першу чергу, АГ та гіперхолестеринемії, а також низький ступінь їх корекції. Регулярно лікувалися — 45 % лікарів з АГ, ефективний контроль АТ був у 36,7 %. Серед лікарів групи високого ризику статини приймали тільки 13 %. Результати опитування засвідчили, що лікарі знають клінічні рекомендації з лікування і профілактики ССЗ, однак самі їх не дотримуються (Дроздова Л.Ю. і співав., 2011). Недавнє дослідження поширеності ФР ССЗ серед медичних працівників чоловічої статі великої клінічної лікарні м. Красноярська показало, що у 19 % було діагностовано ожиріння, обтяжена спадковість склала 49,0%, частка медичних працівників, які мають звичку тютюнокуріння склала 48,8%, з тією чи іншою періодичністю вживають алкогольні напої 61,8% обстежених. В групі виявлено високий ризик серцево-судинних ускладнень, особливо це стосувалося показників дуже високого ризику, при якому можливість розвитку ускладнень в найближчі десять років становить понад 30 %. Автори цього дослідження також дійшли висновку, що незважаючи на досить високу професійну поінформованість, виявлена близька до популяційної, висока поширеність основних ФР ССЗ серед медичних працівників чоловічої статі. Вони схильні до куріння, зловживання алкоголем, багато хто має надлишкову масу тіла і ожиріння (Деревянних Е. В. і співав., 2017).

У дослідженні, проведеному в Чехії у 2002-2004 рр., були обстежені 370 лікарів, середній вік, яких становив 39,5 років (Nakladalova M. et al., 2005). Поширеність тютюнокуріння серед обстежених становила 16,7 %, АГ — 8,6 %, надлишкової маси тіла — 36 %, гіперхолестеринемії — 40 %. Незважаючи на більш низькі показники поширеності ФР ССЗ у лікарів порівняно з середнім рівнем у популяції, автори роблять висновки про незадовільний рівень їх контролю.

Ще в одному дослідженні в Чехії, уже 2017 року визнали, що працівники охорони здоров'я становлять професійну категорію підвищеного ризику внаслідок характеру своєї роботи, яка включає в себе навколишнє середовище підвищеної небезпеки, а також психічний та фізичний стрес. У професійній медицині догляд за станом здоров'я працівників має бути пріоритетним і

включати заходи, спрямовані на запобігання ССЗ. В дослідженні визначали поширеність ФР ССЗ у 3124 працівників великої лікарні та оцінювали їх вплив на частоту серцево-судинних подій. Середній вік обстежених 36,1 року ($SD = 11,4$), з яких 562 чоловіки (середній вік 37,1 року, діапазон: 18-72, $SD = 12,26$) та 2562 жінок (середній вік 35,9 років, діапазон: 18-68; $SD = 11,24$). Заповнення опитувальника про основні ФР ССЗ згідно з чинними рекомендаціями високого рівня доказовості було доповнено об'єктивними даними з визначенням ризику ССЗ з використанням стандартизованих шкал. Кінцевою точкою була частота серцево-судинних подій (раптова смерть, гострий інфаркт міокарда, нестабільна стенокардія, черезшкірна коронарна терапія, серцева недостатність, інсульт або транзиторна ішемічна атака). Загалом кінцева точка була відзначена у 15 чоловіків (6,07%) та 6 жінок (2,42%). Автори дійшли висновку, що серцево-судинні події, здебільшого зустрічаються у лікарів хірургічних професій, курців, чоловічої статі з ожирінням, а також у жінок-керівників.

Потребує на увагу той факт, що поширеність тютюнокуріння серед лікарів у світі залишається високою. За даними проспективних досліджень у Бразилії (регіон Сан-Паулу) курять 8,6 % лікарів, в Іспанії — 32,1 % (у загальній популяції — 32 %), у Сирії — 40,7 %, у Китаї — 56,8 %. В Японії курять 18,6 % медсестер, що значно перевищує поширеність тютюнокуріння у загальній популяції японських жінок — 10,3 % (Радченко Г.Д. і співав., 2011).

В Україні за ініціативи Асоціації превентивної та антиейджинг медицини в рамках Національної програми з профілактики ССЗ «Серцево-судинний ризик під контролем» було започатковано створення І Національного реєстру з контролю серцево-судинного ризику у лікарів. На першому етапі в опитуванні взяли участь 938 лікарів: 214 чоловіків та 724 жінки. Всім учасникам була запропонована анкета, в якій сформульовані найбільш актуальні питання щодо визначення ФР ССЗ (Горбась І.М. і співав., 2010). На момент опитування третина лікарів (31 %) стан свого здоров'я оцінює як добрий, 22 % — як досить добрий, 44 % — як середній і лише 1 % — як поганий. Виявилось, що переважна більшість (63 %) лікарів регулярно вимірюють АТ — один раз на 7 днів. Ніколи в житті не вимірювали АТ 1 % лікарів, не пам'ятають, коли останній раз проводили таке вимірювання, — 6 % лікарів. Щодо такого ФР, як рівень холестерину у крові, 42 % лікарів взагалі не слідкують за ним, 40 % — контролюють лише періодично. Постає запитання: якщо 42 % лікарів ніколи в житті не визначали рівень холестерину, то чи будуть вони пропонувати визначати рівень холестерину своїм пацієнтам? Рівень глюкози у крові цікавить значно більшу частину медичних працівників. Так, 60 % лікарів визначали рівень глюкози в минулому році, але 14 % — ніколи не проводили таке вимірювання. Щодо такого вагомого ФР, як надмірна маса тіла, 47 % лікарів вважають її

нормальною, 50 % — надмірною. Стосовно гіподинамії — тільки 16 % з опитаних займаються фізичними вправами щодня принаймні 30 хвилин (Горбась І.М. і співав., 2010).

Співробітниками ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д.Стражеска» проведено анонімне опитування 95 лікарів (середній вік — $43,60 \pm 1,23$ р.) у Сумській області, щодо наявності у них ФР ССЗ та їх корекції (Радченко Г.Д. і співав., 2011). Результати анкетного опитування лікарів показали, що 12,6 % з них курять: 7,4 % — курили на момент опитування, 5,3 % — кинули курити упродовж останнього року. Всі лікарі, які курили на момент опитування, були чоловічої статі, що складало 29,2 % загальної кількості чоловіків-лікарів. Серед лікарів з АГ лише 64,7 % регулярно приймали антигіпертензивні препарати, і у 94,1 % рівень АТ становив більше 140/90 мм рт. ст. Найбільш часто для зниження АТ лікарі приймали бета-адреноблокатори — 64,7 % — та діуретики — 23,5 %, комбінацію антигіпертензивних препаратів приймали 47,1% опитаних. Хоча в цілому охоплення лікуванням було значно вищим серед лікарів, ніж в середньому по Україні, але ефективність лікування була дуже низькою. Препарати, які переважно приймали лікарі (бета-адреноблокатори), відрізнялись від тих, які вони призначали своїм пацієнтам (іАПФ). Важливо зауважити, що 50,5 % лікарів не знали рівня свого ЗХС, ліпідограму робили лише 14,7 %, при цьому 36,2% з них мали підвищений рівень ЗХС. Статини приймали лише 47,1 % лікарів з гіперхолестеринемією, з них 62,5 % не досягали цільового рівня ЗХС. Інформація реєстру ПРЕСТИЖ, створеного співробітниками ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д.Стражеска», свідчить про те, що загалом в Україні статини приймають лише 4,6 % пацієнтів, яким вони показані (Лутай М.І., 2011). Хоча лікарі більш свідомо ставляться до свого здоров'я — близько половини з них приймало статини — але переважна більшість не контролювали рівень ЗХС. За даними інших дослідників підвищений рівень холестерину мають від 50 до 70 % лікарів (Gupta A., et al., 2007).

Соціально-гігієнічне дослідження ФР ССЗ, проведене в ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», засвідчило, що тільки 16,7 % лікарів постійно турбуються про власне здоров'я, а 80,7 % — час від часу. Причинами такої поведінки лікарів є брак часу (49,1 %) та лінощі (29,8 %). Стежать за рівнем холестерину у крові лише по 40,4 % респондентів, при цьому 38,5 % з них відзначили в анкетах про перевищення норми. Не мають звички тютюнокуріння 78,9 %. Серед респондентів мають проблему надлишкової ваги 47,4 %, при цьому на свій індекс маси тіла менше ніж 25 кг/м² вказали тільки 33,3%. Підтримують активний спосіб життя 57,0 % респондентів (Лашкул З. В. і співав., 2014).

Таким чином, результати досліджень свідчать про те, що значна частина лікарів в різних країнах світу самі не виконують вимог щодо профілактики

ССЗ, тому проблемою, яка потребує вирішення, є практичне виявлення та корекція ФР ССЗ у медичних працівників та зміна відношення лікарів до запровадження профілактичних заходів та здорового способу життя серед пацієнтів.

За ініціативи EUROPREV (The European Network for Prevention and Health Promotion in Family Medicine and General Practice) було проведено міжнародне дослідження щодо визначення ставлення лікарів загальної практики до впровадження заходів профілактики, пропаганди засад здорового способу життя та їх поінформованості з проблеми (Brotons C. et al., 2003). Анкети були надіслані поштою 1976 лікарям в Хорватії, Естонії, Грузії, Ірландії, Мальті, Польщі, Словаччині, Іспанії та Швеції. За результатами дослідження, 45 % опитаних визначали МТ пацієнтів у повсякденній практиці, 60 % — надавали поради щодо нормалізації МТ пацієнтам з надмірною МТ та ожирінням, 58 % вважали себе нездатними або практично нездатними допомогти пацієнтам підтримати нормальну вагу.

За результатами досліджень, проведених у 90-ті роки у США (Flocke S.A. et al., 1995), поради щодо профілактики надавались під час 32–35,7 % з 3,5 тисяч відвідин лікаря. У 16,2 % лікарських консультацій надавались поради щодо харчування, а у 12,2 % — щодо режиму фізичної активності. В іншому дослідженні у 6,6 % візитів до лікаря завершилися рекомендаціями стосовно корекції маси тіла, 4,0 % — тютюнокуріння, 3,7 % — корекції дисліпідемії. Проведені дослідження свідчать про те, що сімейні лікарі у США проводять профілактичну діяльність серед своїх пацієнтів. Деякі профілактичні заходи проводяться за ініціативи пацієнта, деякі — за ініціативи лікаря (Stine C., et al., 2000), останні — переважно під час звернень пацієнтів з іншого приводу. Таким чином, особи, що мають доступ до служби первинної медичної допомоги частіше отримують послуги профілактичного характеру (Nickens H.W., Petersdorf R.G., 1990).

У Канаді велика увага приділяється ролі лікаря ЗП-СМ у наданні послуг профілактичного характеру. Публікації, розміщені у спеціалізованих періодичних виданнях, наголошують на ролі сімейного лікаря у модифікації стиля життя, зокрема, на важливість його рекомендацій по відмові від тютюнокуріння та дотримання достатньої фізичної активності (Genuis S.J., 2007, Zwar N.A., Richmond R.L., 2002). За більш раннім дослідженням в цій країні 48 % опитаних лікарів вважали, що їх поради не мають впливу на масу тіла пацієнтів (Grant A.M. et al., 1998). У 2006 році анкетне опитування 5013 канадських лікарів ЗП щодо проведення ними консультування пацієнтів з приводу відмови від тютюнокуріння, дотримання засад здорового харчування, достатнього рівня фізичної активності, вживання алкоголю та перебування на сонці показало певну селективність з надання порад профілактичного характеру: більшість респондентів — 87-89 % — надають пацієнтам інформацію щодо харчування,

фізичної активності та вживання алкоголю, поради щодо припинення тютюнокуріння — лише 79 % (Katz A. et al., 2012).

Дослідження, проведене у Великобританії з використанням моделі віртуального консультування пацієнтів, показало, що 56 % лікарів ЗП-СМ вважають впровадження профілактичних заходів та пропаганду здорового способу життя важким завданням. Недоцільним проведення заходів щодо підтримки нормальної маси тіла вважали 58 % респондентів, а щодо оптимального рівня фізичної активності 53 %. Поясненням була низька ефективність таких заходів, причому ставлення лікарів не залежало від наявності у них надмірної маси тіла (McAvoy B. et al., 1999; Van Weel C., 1997).

Лікарі в Іспанії проводять заходи профілактики з більшою частотою, ніж лікарі інших країн Європи. Найбільшою перешкодою вважають брак часу. Було встановлено зв'язок між особистим ставленням до проблем профілактики та частотою проведення консультацій пацієнтів з цього приводу — лікарі, що курять, відчували себе менш ефективними у проведенні заходів по відмові від тютюнокуріння (39,34 % та 48,18 %), фізично активні лікарі відчували себе більш впевнено у проведенні консультацій щодо оптимального рівня фізичної активності (59,14 % та 49,70 %) (Kloppe P. et al., 2005).

У Данії при оцінці роботи 330 лікарів ЗП щодо первинної профілактики ССЗ, ЦД II типу та хронічних захворювань нирок виявилось, що лише 25 % активно запрошують пацієнтів для проведення профілактичних співбесід. Здебільшого такі заходи лікарі проводять за ініціативи пацієнтів або під час надання консультації з іншої причини. Основною причиною проведення скринінгу захворювань були обтяжений сімейний анамнез, ожиріння, тютюнокуріння. Більшість опитаних лікарів вважають доцільним проведення оцінки ризику розвитку захворювань, але лише у пацієнтів групи ризику (Nielen M.M. et al., 2010).

Дослідження, проведені у РФ, показали, що серед перешкод до впровадження ефективної профілактичної роботи, окрім фінансових та організаційних, значне місце займають професійні (Бойцов С.А. і співав., 2013; Оганов Р.Г., Калинина А.М., 2003). У більшості лікарів відсутні належна насторога щодо ФР та мотивація до проведення профілактичних заходів. Переважно це викликано відсутністю демонстративних результатів профілактичних заходів, як для пацієнта, так і для лікаря, особливо, на першому етапі їх впровадження. Серед інших причин лікарі називають відсутність впевненості в отриманні позитивних результатів від впровадження профілактичних заходів, їх впливу на прогноз розвитку захворювань у пацієнта, відсутність матеріальної зацікавленості у проведенні заходів профілактики, недостатнє залучення середнього медичного персоналу та недостатня самостійність у роботі.

Аналіз анонімного анкетування 250 російських лікарів та 200 інтернів терапевтичного профілю, продемонстрував значні розбіжності у поінформованості

щодо критеріїв діагностики АГ, цільового рівня АТ, медикаментозного та немедикаментозного впливу на перебіг АГ (Алексеев С.Н. і співав., 2013). Авторами виявлена висока поінформованість лікарів щодо ефективності немедикаментозних засобів профілактики та лікування ССЗ — $99 \pm 0,2$ %, однак, знання щодо критеріїв ранньої діагностики АГ та цільових рівнів АТ показали лише $49 \pm 3,0$ % опитаних. Висновки дослідження свідчили про необхідність включення у програми підвищення кваліфікації лікарів питань первинної і вторинної профілактики ССЗ, а також впровадження системи безперервної освіти шляхом розвитку дистанційного навчання, телемедицини та бонусно-кредитної системи атестації лікарів.

Проблема зміни ставлення лікарів до проведення профілактики ССЗ залишається актуальною. Так, за результатами проведеного в Австралії опитування лікарів первинної ланки всі вони вважали, що мають необхідні знання щодо модифікації стилю життя та можуть проводити консультування пацієнтів з цього приводу. Основною перешкодою широкого впровадження подібних заходів були невіра в успіх рекомендацій, брак часу для проведення консультування та відсутність у пацієнта бажання виконувати отримані рекомендації (Howes F. et al., 2013).

Важливе значення має організація надання медичної допомоги, зокрема профілактичної, в закладах охорони здоров'я. Найбільшого значення набули програми щодо визначення ступеня ризику ССЗ. Так, у Великобританії впроваджено програму оцінки ризику ССЗ 1 раз на 5 років у всіх осіб, віком від 40 до 74 років (NHS Health Check: 2009). У США оцінка ризику ССЗ стала складовою щорічного медичного огляду (Prochazka A.V. et al., 2005). Зростає прихильність до положень клінічних настанов з профілактики. В одному з рандомізованих контрольованих досліджень 2006 року показано збільшення прихильності на 23 % (Dubey V. et al., 2006).

Значну допомогу в організації профілактичної роботи надають сучасні технології. У Новій Зеландії використання електронної системи визначення ризику — PREDICT-CVD — у структурі медичних карт призвело до збільшення частоти визначення ризику ССЗ лікарями первинної ланки (Wells S. et al., 2008). Частка пацієнтів, яким визначали ризик при першому відвідуванні лікаря, яка становила менше 3 %, збільшилась в 4 рази. В Окленді упродовж 2002-2005 років лікарями первинної ланки було проведено понад 31 тис. визначень ризику ССЗ у 18260 пацієнтів. Найчастіше ризик визначали у чоловіків, молодших за 65 років, серед осіб, старше 65 років, ризик визначали переважно у пацієток жіночої статі (Bannink L. et al., 2006). В Австралії лікарів загальної практики-сімейної медицини теж заохочують до проведення оцінки ризику ССЗ. З цією метою близько 65 % опитаних використовують стандартні таблиці визначення ризику. Більшість лікарів вважають себе достатньо успішними при проведенні

медикаментозної корекції ФР, але песимістично ставляться до можливості впливу на стиль життя пацієнтів (Gupta R. et al., 2009). За результатами опитування, опублікованими у 2010 році, 72 % лікарів загальної практики в південній частині Тасманії (Австралія) використовують стандартні (калькулятори) визначення ризику, з 28 % тих, хто не користується стандартними таблицями/калькуляторами, 64 % призначають лікування, орієнтуючись на рівень окремих ФР, зокрема, рівень АТ, 50 % — на положення клінічних настанов, 4 % — на іншу інформацію (Imms A. et al., 2010). 93% опитаних лікарів використовують таблиці ризику для підвищення поінформованості пацієнта та підвищення його мотивації до зміни стилю життя, 66 % — при обговоренні тактики медикаментозного лікування, 38 % — для визначення цільового рівня показників.

У Німеччині розроблено систему оцінки ризику PROCAM, за допомогою якої враховують середню кількість випалюваних сигарет, стаж куріння і рівень тригліцеридів, зважаючи на те, що для німецької популяції ці фактори ризику надзвичайно важливі. У Данії широко використовується програма PRECARD (Copenhagen Risk Score) для прогнозу ІХС та оцінки профілактичних втручань. (Empana J.P. et al., 2003; Thomsen T.F. et al., 2001). У Великобританії при визначенні ризику розвитку ССЗ лікарі ЗП-СМ використовують Фремінгемську шкалу та інформацію щодо обтяженого сімейного анамнезу. За результатами обстеження 748 пацієнтів з використанням такого підходу, високий ризик ССЗ було виявлено у 4,8 % учасників (Qureshi N et al., 2012).

Незважаючи на те, що комбінація факторів — рівень ЗХС менше 200 мкмоль/л, АТ менше 120/80 мм рт.ст., відсутність тютюнокуріння та ЦД — була визначена, як оптимальна для збереження здоров'я серцево-судинної системи, рівень корекції, зокрема АТ на етапі первинної допомоги залишається незадовільним (Stamler J. et al., 1999).

Інший ФР, корекція якого також є недостатньою на етапі первинної допомоги, є тютюнокуріння. У більшості КН з профілактики вказано, що надання рекомендацій щодо відмови від тютюнокуріння лікарями є прерогативою лікаря первинної допомоги. У Великобританії лікарям ЗП рекомендується надавати такі рекомендації при кожному консультуванні (Coleman T, et al., 2000; Russell M.A. et al., 1979). За результатами опитування, лікарі обговорюють тему тютюнокуріння переважно за ініціативи пацієнтів або у тих випадках, коли ступінь довіри пацієнта до лікаря є високим, або тоді, коли у пацієнта вже були зміни здоров'я, спричинені тютюнокурінням. За результатами аналізу, у цій країні з 50 пацієнтів, яким було надано лікарем рекомендацію щодо припинення тютюнокуріння, тільки 2 відмовляються від цієї звички (Ashenden R. et al., 1997). В літературі широко аналізуються причини, з яких лікарі не проводять консультування щодо тютюнокуріння (Vogt F. et al., 2005). Однією з найбільш поширених причин визначено переконання в неефективності таких

заходів — 38 %. 42% лікарів вважали, що це займає багато часу, близько 22 % лікарів вважали, що у них немає достатнього досвіду у наданні таких консультувань, 18 % незадоволені результатами таких консультацій, 16 % вважають, що у них немає достатніх знань щодо предмету обговорення, 5 % — що це не входить до їх професійних обов'язків, ще 5 % — що це втручання у приватну сферу пацієнта, а 3 % — що подібні обговорення є недоречними.

Однією з важливих проблем практичного впровадження профілактики ССЗ у медичну практику є проблема сприйняття пацієнтом інформації щодо свого ризику, що, в свою чергу визначає його готовність до проведення лікування та зміни стилю життя (Chauhan U., 2007). В Австралії вивчали можливість заохочення пацієнтів до визначення у них ризику ССЗ (Stocks N. et al., 2012). Було надіслано анкети 301 пацієнтам, віком від 40 до 74 років. Рівень участі пацієнтів був низьким — лише 18,6 % відповіли на запитання анкети, при застосуванні матеріального заохочення (ваучер на 25 дол.) — 22,7 % порівняно з 15,9 %, але ця різниця не була статистично достовірною.

Існує велика кількість наукових досліджень щодо визначення ефективності засобів проведення профілактичного консультування щодо зміни моделі нездорової поведінки, які показали, що комплекс запропонованих підходів має бути адаптованим до рівня вмотивованості пацієнта щодо проведення змін (Dube C.E. et al., 2000). Клінічні настанови US Preventive services 2014 (та їх оновлення зокрема 2018) року щодо застосування заходів профілактики в клінічній практиці містять лише рекомендації з доведеною ефективністю (The guide to clinical preventive services 2014). В них визнається позитивний вплив дотримання заходів здорового способу життя щодо харчування та режиму фізичної активності, на захворюваність у пацієнтів з АГ, ЦД, гіперхолестеринемією або ССЗ, однак, зважаючи на те, що доказова база щодо ефективності надання таких рекомендацій лікарями первинної ланки недостатня, рекомендується проводити консультування зі зміни способу життя диференційовано — з урахуванням наявності інших ФР, готовності пацієнта до змін, наявності у нього підтримки з боку близьких та соціального оточення. В Європейських клінічних настановах щодо профілактики серцево-судинних захворювань 2012 року вказано, що прихильність пацієнта до виконання заходів зі зміни моделі поведінки залежить від ступеня довіри до лікаря, підтримки соціального оточення та визначення рівня вмотивованості пацієнта при наданні рекомендацій. Важливе значення має відповідна спеціальна підготовка, обізнаність лікарів щодо стратегій, направлених на модифікацію моделі поведінки та наявність практичних навичок щодо проведення такого консультування (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2012).

ВООЗ наголошує на певних аспектах, які потрібно брати до уваги при проведенні профілактичних заходів. Це, зокрема, те, що під час надання

рекомендацій щодо способу життя, харчування та змін моделі поведінки медичні працівники втручаються в особисте життя, що потребує тонкого психотерапевтичного підходу, встановлення відносин довіри та надання максимально індивідуалізованих порад. По-друге, у випадку виявлення ФР під час бесіди з пацієнтом необхідно з одного боку максимально привернути його увагу до проблеми, з іншого, не налякати розвитком хвороби (ВОЗ: Проект плану дій дійовий по профілактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013-2020 гг.)

Таким чином, проблема участі лікарів в профілактичному консультуванні є актуальною і потребує подальшого всебічного дослідження.

1.4.2 Участь медичних сестер у наданні послуг профілактичного характеру

Сучасне визначення ВООЗ сестринської справи містить чітко окреслене коло функціональних обов'язків, яке включає в себе діяльність по зміцненню здоров'я, профілактику захворювань та надання психосоціальної допомоги.

Проблемі удосконалення підходів щодо залучення медичних сестер до впровадження профілактичних програм присвячено значну кількість наукових досліджень. (Bryant-Lukosius D., et al., 2004; Buchan J., Aiken L., 2008). ВООЗ, зокрема Європейське регіональне Бюро здійснили узагальнення наукових сестринських досліджень «Building the evidence base of the nursing and midwifery contribution to health», в якому майже половину складають рандомізовані контрольовані дослідження та мета-аналізи з проблем профілактики хронічних неінфекційних захворювань, у тому числі — ССЗ (Büscher A. et al., 2009). Наступним кроком стало впровадження сайту <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/> з метою активної інформаційної підтримки медсестринської спільноти. Сайт для сестер, який надає адаптовану інформацію щодо клінічних настанов має адресу: <https://www.nursingcenter.com/clinical-resources/practice-specialties/cardiac-nursing>

Так, у 2015 році на сайті був опублікований стратегічний документ European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals, в якому, зокрема, чітко визначені задачі щодо організації та розвитку наукових досліджень в області сестринської та акушерської справи. Участь медичних сестер та акушерок у наукових дослідженнях не має обмежуватись тільки їх участю як виконавців на первинній ланці, а потребує залучення до організації самого дослідження. Медичним сестрам та акушеркам необхідно займатися як науковими дослідженнями в області сестринської та акушерської допомоги, так і дослідженнями, які дозволяють прикласти знання сестринської та акушерської справи до розуміння більш широких проектів медико-санітарної допомоги. Крім того, значна увага приділяється роботі між-дисциплінарної команди.

В Європейських клінічних настановах щодо профілактики серцево-судинних захворювань 2016 року зазначено, що серед рекомендацій для полегшення зміни поведінки пацієнтів, залучення міждисциплінарної команди фахівців охорони здоров'я (медичні сестри, дієтологи, психологи) — відповідає рівню доказів I A.

Завдяки Global Hearts Initiative, ВООЗ підтримує уряди у всьому світі щодо запобігання та контролю за ССЗ за допомогою трьох технічних пакетів: MPOWER для боротьби проти тютюну, SHAKE для скорочення споживання солі та HEARTS для посилення управління ССЗ у сфері первинної медико-санітарної допомоги. З вересня 2016 року Global Hearts Initiative уже набула практичного впровадження в ряді країн. У цих умовах медичні працівники навчаються сучасному і доказовому захисту людей від ССЗ та допомозі їм відновитись після серцевого нападу або інсульту. Нова глобальна ініціатива — «Resolve to Save Lives» — дасть новий імпульс цим зусиллям.

Висока ефективність участі медичних сестер у впровадженні профілактичних програм була показана при проведенні дослідження EUROACTION. Дослідження проведене під егідою Європейського товариства кардіологів у 8 країнах за участю 5405 пацієнтів (3088 з ішемічною хворобою серця та 2317 пацієнтів високого ризику) (Wood D. A et al., 2008). Згідно з програмою, в кожній лікарні була виділена багатопрофільна команда фахівців: медсестри, лікар-дієтолог та фізіотерапевт (експерт з фізичної активності). Ця група проходила 40 годинне навчання під керівництвом команди профільних тренерів, які координували роботу в подальшому. Навчання включало такі ключові моменти як:

1. Методологія впровадження індивідуальної оцінки факторів ризику.
2. Практичні аспекти впровадження програми припинення куріння.
3. Практичні аспекти управління дієтою пацієнтів.
4. Методологія впровадження та контролю програми фізичної активності.

Дизайн дослідження передбачав проведення 16-тижневої реабілітації пацієнтів на базі лікарень, а також проведення профілактичних програм в закладах первинної медичної допомоги. Координаторами проведення програм були медичні сестри. У програму, яка проводилась в закладах первинної медичної допомоги, пацієнти та партнери (родичі) зараховувалися на 1 рік і навчалися під керівництвом медичної сестри в групах, при потребі проводилися індивідуальні заняття (Wood D. A. et al., 2008). Цей підхід був орієнтований на сім'ю і привів до поліпшення здорового способу життя пацієнтів за рахунок дотримання дієти, фізичної активності і більш ефективного контролю ФР, таких як вимірювання артеріального тиску. Результати дослідження EUROACTION показали, що у групах, які спостерігалися за програмою медсестринського менеджменту результати впливу на ФР були значно кращими порівняно з

аналогічними групами звичайного догляду. Це стосувалось як заходів медикоментозної корекції контролю ЦД, АГ та дисліпідемії, так і дотримання здорового способу життя. Так, частка пацієнтів, що дотримувались рекомендованого рівня фізичної активності після одного року участі у програмі становила 50 % порівняно з 22 % ($p=0,01$), при цьому частка осіб, які вели малорухомий спосіб життя становила, відповідно, 15 % та 35 %. Аналогічні позитивні результати було досягнуто і щодо здорового харчування, зокрема, щодо дотримання рекомендованої норми вживання овочів та фруктів — 78 % та 39 % ($p=0,005$). У групі з поглибленим контролем медсестрами були продемонстровані більше успішні результати щодо зниження серцево-судинних подій (Wood D. A. et al., 2008). В подальших дослідженнях також було підтверджено, що терміни навчання пацієнтів щодо формування здорового способу життя в цілому можуть не перевищувати 16 тижнів (збільшення їхньої тривалості становить непотрібний тягар для служби охорони здоров'я), але програми фізичної активності потребують постійного впливу та підтримки мотивації (Berra K. et al., 2011). Варто зазначити, що практичні аспекти впровадження програм припинення куріння, управління дієтою та контролю фізичної активності окрім широкої поінформованості потребують від медичних працівників володіння необхідними практичними навичками, що в подальшому дозволить навчити пацієнта. Так, під час роботи у програмі Multifit, медсестри під керівництвом спеціальних тренерів-фахівців упродовж 80 годин самі проходили багатопрофільну підготовку, яка охоплювала тестування щодо фізичних вправ і тренувань, дієти, зниження ваги та управління гіперліпідемією, тренінгу щодо відмови від куріння та навчання психосоціальним втручанням (Campbell N.C. et al., 1998; De Busk R.F. et al., 1994). Результати навчання медичного персоналу суттєво позначилися на подальшій роботі щодо зміни способу життя пацієнтів. Зокрема, в домашніх умовах, після виконання вправ на тредмілі пацієнти повідомляли про збільшення фізичної активності та підвищення прихильності до фізичних вправ з використанням кількісних характеристик. При порівнянні показників щодо відмови від куріння між дослідженнями Multifit (в якому працювала група сестринського втручання) та Grampian study (за відсутності такого впливу) результати становили 70 % та 53 % відповідно. В результаті мета-аналізу контрольованих досліджень щодо освітніх програм пацієнтів, Berra K. та співавтори (Berra K., et al., 2011) дійшли висновку, що найбільш успішними з них були ті, які формували поведінкові навички, саме тому сестринський етап профілактики ССЗ пов'язаний не просто з передачею знань, а з формуванням умінь та навичок. Дуже важливою є кваліфікована допомога медсестри у придбанні навичок здорового способу життя: як приготувати їжу, як замовити різні види дієти в ресторанах, освоїти зміни в раціоні. Важливо донести до пацієнта розуміння того, що догляд за собою включає тактичні (як це зробити)

та ситуативні навички (що робити, коли). Наприклад, для впровадження дієти з низьким вмістом солі необхідними є навички читання етикеток, планування меню, відповідної підготовки продуктів тощо (Fonarow G. C et al., 2001).

Важливим також є алгоритм роботи медсестри-менеджера з пацієнтом. Спочатку встановлюються досяжні проміжні цілі (послідовні кроки), в той час як рекомендована мета залишається останнім та оптимальним кінцевим пунктом. Регулярне спостереження (моніторинг) з боку медсестри-менеджера дозволяє здійснювати постійний зворотний зв'язок. У програмах ELMI та EUROACTION ключовою технологією відстеження прогресу у досягненні поставленої мети був самоконтроль пацієнта з використанням персональних щоденників, які перевірялися при кожному контакті з медсестрою, також використовувався метод інтерв'ю щодо мотивації та поведінкової стратегії (Berra K. et al., 2011; Miller W. R., Rollnick S., 2002). Велика увага в програмах сестринського менеджменту приділяється проблемам розробки та використання відповідних інструментів для оцінки мотивації. Визначається впевненість і здатність пацієнта до певної зміни (наприклад, кинути курити), досліджується амбівалентність до вирішення конкретної зміни поведінки, використовуються засоби для підвищення мотивації. Важливим джерелом соціальної підтримки щодо зміни поведінки є робота медичної сестри з сім'єю пацієнта. Проведені дослідження, особливо MyAction дозволяють визначити основні принципи побудови робочої моделі профілактики ССЗ, яка повинна охоплювати первинну та вторинну профілактику і усувати штучний бар'єр між ними. Сестринського менеджменту потребують пацієнти, які вже мають ССЗ, особи з високим ризиком ССЗ, а також їх родини, особливо на етапі первинної допомоги. Ефективність повинна вимірюватись такими показниками як досягнення цільового АТ, відмова від куріння, контроль рівня холестерину, поліпшення якості життя; підвищення прихильності; скорочення використання медичних ресурсів, в тому числі, зменшення звернень за невідкладною допомогою та потреб у госпіталізації упродовж певного часу. Консультування під час відвідування пацієнтом медичного закладу, по телефону, через Інтернет дозволяє медсестрам виконувати профілактичні втручання. Використання електронного зв'язку дає можливість медсестрам управляти більшою кількістю пацієнтів упродовж тривалого періоду. Електронний моніторинг ліків, домашні монітори, глюкометри та технології розпізнавання голосу, все це технології з полегшення збору даних про пацієнта. Робота з відповідними сайтами дозволяє індивідуалізувати лікування та проводити нагадування пацієнту у режимі реального часу.

Участь медичних сестер в структурі менеджменту профілактики ССЗ активно досліджується в багатьох країнах Європи, Північної Америки та в Австралії (Tiessen A.H. et al., 2012). Результати рандомізованих досліджень щодо участі медичних сестер у проведенні вторинної профілактики ССЗ

показали значний позитивний вплив на ФР, толерантність до фізичного навантаження, контроль рівня глюкози, прихильність до медикаментозної терапії, зниження серцево-судинних подій та смертності, порівняно з групою пацієнтів, яким надавалася звичайна медична допомога (Berra K, et al., 2011). Інші дослідження продемонстрували більшу ефективність роботи медсестер при проведенні заходів вторинної профілактики у порівнянні з первинною (Voogdt-Pruis H.R. et al., 2010; Koelewijn-van Loon M.S. et al., 2010).

Серед країн, в яких постійно проводяться дослідження з менеджменту ФР, слід виділити Нідерланди. Більшість з цих досліджень демонструє, що великий обсяг роботи, покладений на лікарів первинної ланки, може виконуватись медичними сестрами під керівництвом лікаря загальної практики. Дослідження по догляду за хронічними хворими показали, що самостійна робота після делегування завдань від лікарів підготовленим медичним сестрам є досить ефективною (Meulepas MA et al., 2006; Norgrocks S et al., 2002). У систематичному огляді, опублікованому в Кохрейнівській базі у 2005 році було показано, що медичні сестри можуть домогтися таких же результатів щодо корекції ФР при різних захворюваннях як і лікарі. Тому залучення медичних сестер до проведення профілактичних заходів є важливою складовою медичної практики.

У КН з лікування АГ 2013 року (2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension). Розділ 10 присвячений аналізу сучасних підходів, спрямованих на ефективне лікування АГ. Наведено результати досліджень і мета-аналізів, які показали підвищення ефективності контролю АТ при координованій дії спеціалістів різних профілів у складі мультидисциплінарної команди в порівнянні зі стандартним підходом. Позитивний ефект було отримано при участі в лікуванні пацієнта з АГ фармацевтів і медичних сестер: проведення ними консультацій щодо режиму прийому фармакологічних препаратів, зміни способу життя, проведення оцінки прихильності пацієнтів до лікування. Результати 33 рандомізованих клінічних досліджень підтвердили підвищення ефективності антигіпертензивної терапії при участі медичних сестер у моніторингу, у тому числі — в телефонному режимі — стану пацієнтів, яким було призначено лікування.

В 2011 році був узгоджений експертний документ, створений Асоціацією медичних сестер з профілактики ССЗ (Preventive Cardiovascular Nurses Association), Радою медичних сестер і обслуговуючого персоналу (Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions, CCNAP), а також Радою медичних сестер Американської Асоціації Серця (Cardiovascular Nursing Council, АНА), в якому міститься заклик до активних дій з профілактики розвитку ССЗ (Berra K. et al., 2011). Цей документ надає огляд даних, що свідчать про необхідність профілактики по всьому світу, підтверджуючи необхідність навчання та розвитку подібних програм для медсестер, проведення профілактичних заходів

протягом усього життя людини, розвиток охорони здоров'я та багаторівневої політики, здійснення підготовки медичних сестер з урахуванням їх активної ролі в профілактиці ССЗ

Важливу інформаційну допомогу надає періодичне видання *Journal of Cardiovascular Nursing* <http://www.bioxbio.com/if/html/J-CARDIOVASC-NURS.html> — офіційний журнал Асоціації медсестер, які працюють в кардіології. Журнал забезпечує ретельне висвітлення своєчасних тем та інформації, яка є надзвичайно практичною для щоденного використання на робочому місці. Кожне видання розглядає фізіологічні, психологічні та соціальні потреби пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями та їх сімей у різних середовищах. Регулярні рубрики стосуються поведінки біля ліжка, прогресу щодо профілактики, фармакології, а також публікуються новини та результати наукових досліджень. Також слід згадати *Australian Critical Care*, *Journal of Nursing Administration*, *Western Journal of Nursing Research*, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, які постійно надають сучасну професійну інформацію і окрім друкованої мають електронну версію.

Медсестри складають більшу частину співробітників охорони здоров'я і їх освітня підготовка в багатьох країнах зосереджена на пацієнті, консультуванні, комунікації та досягненні поведінкових змін, які необхідні для профілактичних програм. Медсестри також розглядаються громадськістю як джерела інформації та допомоги, які заслуговують на довіру і їх роль, як правило, полягає в координації медичної допомоги та у співпраці з постачальниками медичної допомоги. Однією з проблем в Європі щодо цього типу програм є неоднорідність різних систем охорони здоров'я, а також неоднорідність сестринської освіти і практики в різних країнах. З обережністю сприймається роль медсестри, яка виходить за традиційні рамки. Проте, потреба в ефективних профілактичних програмах є незаперечною, і практика показує, що медсестри можуть успішно вести або координувати такі схеми в різних закладах охорони здоров'я (*European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice*, 2012, 2016).

1.5. Профілактика ССЗ в Україні

1.5.1. Медико-організаційні аспекти профілактики ССЗ в Україні

Хвороби системи кровообігу в 2015 році становили 31 % від всіх захворювань серед населення України, серед дорослого населення у віці від 18 років — 37 %, серед працездатного населення — 24 %, серед населення у віці старше працездатного — 51 %. ССЗ також є основною причиною смерті серед населення України і складають 67% в структурі загальної смертності. Цей

показник є одним з найвищих в Європі — щорічно від ССЗ вмирають майже 426 тис. осіб в Україні (Щорічна доповідь, 2016), що обумовлено комплексом чинників. Низька ефективність заходів профілактики ССЗ в Україні зумовлена, в першу чергу, відсутністю довгострокової державної програми (Рингач Н. О. Чернобрівенко О.О., 2010). Крім того, відсутність єдиної структури, що управляє профілактичною роботою в державі, обумовлює недостатню ефективність окремих проектів, незважаючи на затвердження на державному рівні низки законодавчих актів та нормативних документів щодо заходів профілактики. Ще у 1992 році в Україні наказом МОЗ було затверджено «Пропозиції щодо первинної профілактики ішемічної хвороби серця та гіпертонічної хвороби у осіб з підвищеним ризиком захворювання», у якому було запропоновано систему профілактичних оглядів дорослого населення з метою виявлення у них таких ФР, як підвищений АТ, гіперхолестеринемія, тютюнокуріння, надмірна МТ, та проведення заходів щодо їх корекції (Наказ МОЗ України № 206 від 30.12.92). Наказом МОЗ та НАМН України від 24.07.2013 N 621/60 «Про систему кардіологічної допомоги у закладах охорони здоров'я України» задекларовано реалізацію державної політики щодо забезпечення надання вчасної та високоякісної допомоги пацієнтам, спрямованої на профілактику виникнення та зниження смертності від серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань. Реалізація цієї політики базується на використанні стандартизованих медичних технологій та міжнародних стандартів надання медичної допомоги (Наказ МОЗ та НАМН України від 24.07.2013 N 621/60). Важливим організаційним аспектом профілактики ССЗ в Україні стало запровадження упродовж останніх десятиліть на державному рівні методології стандартизації вітчизняних організаційних технологій та розробки медико-технологічних документів, які відповідають вимогам доказової медицини (Наказ МОЗ та НАМН України від 24.07.2013 N 621/60). На даний час з затверджених в Україні уніфікованих протоколів медичної допомоги, безпосередньо відносяться до профілактичної діяльності — «Профілактика серцево-судинних захворювань», затверджений Наказом МОЗ України 13.06.2016 № 564 (Наказ МОЗ України 24.05.2012 № 384) та «Артеріальна гіпертензія», затверджений Наказом МОЗ України 24.05.2012 № 384 (Наказ МОЗ України 24.05.2012 № 384). Наказом МОЗ України від 25.12.2014 р. № 1003 затверджено Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди, без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)», розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, який розглядає особливості проведення діагностики та лікування депресії в Україні з позиції забезпечення наступності етапів медичної допомоги (Наказ МОЗ України від 25.12.2014 р. № 1003). Цим Наказом

вперше регламентуються підходи щодо проведення діагностики та лікування депресії у закладах охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу в Україні. Визначена участь лікарів загальної практики щодо активного виявлення депресії серед пацієнтів групи ризику. Зважаючи на важливу роль депресивних розладів у розвитку ССЗ, заходи щодо виявлення депресії регламентовано також Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика серцево-судинних захворювань» (Наказ МОЗ України від 13.06.2016 № 564) та Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Стабільна ішемічна хвороба серця» (Наказ МОЗ України від 02.03.2016 № 153). Проте практичне використання цих підходів потребує відповідної підготовки лікарів і залишається недостатнім.

Серед інших впроваджених в Україні заходів профілактики можна назвати прийняття законодавчих актів щодо боротьби з тютюнокурінням (Закон України від 22.09.2005 № 2899– IV зі змінами; Закон України від 24.05.2012 № 4844–17). За інформацією МОЗ України, це мало позитивний вплив на динаміку показників поширеності тютюнокуріння. Станом на 2012 рік поширеність тютюнокуріння в Україні зменшилась з 22,3% у 2011 р. до 21,8% у 2012 р., переважно — серед молодих осіб, а загальна кількість курців скоротилася з 10,07 млн. осіб у 2008 до 8,35 млн. осіб у 2012 році, або на 17 % за чотири роки. У 2008-2013 роках реалізація сигарет в Україні зменшилася з 124 млрд. штук до 75 млрд. штук. Щорічне оціночне споживання сигарет мешканцями України скоротилося з 85 млрд. сигарет у 2008 році до приблизно 60 млрд. сигарет у 2011-2012 роках. (В Україні у 2012 р.)

В 2016 році вийшов Указ Президента України №42/2016 Про Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність — здоровий спосіб життя — здорова нація» (Указ Президента України №42/2016), який визначає мету та основні завдання, спрямовані на створення умов для підвищення рівня залучення населення до оздоровчої рухової активності. Стратегія визначає низку основних завдань, серед яких розроблення та затвердження рекомендацій з оздоровчої рухової активності як документа, що міститиме конкретні вказівки стосовно обсягів, інтенсивності, форм і видів рухової активності для зміцнення здоров'я осіб різної статі та віку, розроблення комплексу показників для оцінки рівня фізичного здоров'я різних груп населення. Також серед завдань — сприяння створенню всеукраїнського фонду розвитку рухової активності та здорового способу життя «Активна Україна — здорова нація», впровадження рухової активності для первинної профілактики хронічних неінфекційних захворювань та фізичної реабілітації; запровадження практики призначення лікарями, у

тому числі сімейними, рухової активності як дієвого засобу зниження ризику неінфекційних захворювань; надання консультацій з питань використання оздоровчої рухової активності; удосконалення в цій частині підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників. Передбачається також формування інфраструктури сучасних і привабливих спортивних споруд за місцем проживання, у місцях масового відпочинку громадян, на базі загальноосвітніх навчальних закладів, які мають бути легко доступні для різних верств населення, насамперед малозабезпечених, упорядкування мережі центрів фізичного здоров'я населення «Спорт для всіх» та удосконалення нормативно-правової бази їх діяльності. Робота по впровадженню Національної стратегії розпочата, але даних про ефективність її результатів ще не має.

Одним із провідних закладів, що працює над реалізацією програми ВООЗ з профілактики основних неінфекційних захворювань в Україні є Національний науковий центр (ННЦ) «Інститут кардіології імені академіка М.Д.Стражеска» АМН України (Історія Інституту кардіології). Важливу роль у проведенні заходів по підвищенню поінформованості щодо профілактики ССЗ відіграють професійні медичні спільноти, зокрема, Асоціація кардіологів України, яка є членом Європейської Асоціації кардіологів, Всеукраїнське лікарське товариство — та громадські організації, серед яких можна назвати всеукраїнське громадське об'єднання «Проти гіпертензії», всеукраїнські громадські організації «Асоціація превентивної та антиейджинг медицини» та «Українська асоціація боротьби з інсультом», громадські організації «Асоціація фахівців з формування здорового способу життя», «Серце Нації» та ряд інших. Громадські організації «Серце Нації» та «Асоціація фахівців з формування здорового способу життя» були активними учасниками всеукраїнської соціальної акції з інформування населення щодо ФР розвитку ССЗ, організованої у жовтні 2014 році за ініціативи МОЗ України. У 2012 році стартувала Всеукраїнська соціальна ініціатива «60+Кардіо», метою якої є сприяння покращенню якості і збільшенню тривалості життя пацієнтів літнього віку із ССЗ при взаємодії з усіма ланками охорони здоров'я, громадськими і державними структурами. Ініціатором проекту стала Всеукраїнська громадська організація «Асоціація превентивної та антиейджинг медицини». Проте більшість питань щодо проведення профілактики ССЗ в Україні все ще не вирішені. У резолюції ВООЗ WHA2949 вказано, що загальнонаціональні програми профілактики можуть бути реалізовані лише за умови адекватного планування, підтримки та фінансування, тому, для впровадження популяційної стратегії у боротьбі з ССЗ необхідно мати державну підтримку профілактичних програм та забезпечення цільового державного фінансування їх виконання на рівні первинної та вторинної медичної допомоги (Prevention of Coronary Heart Disease: Report of a WHO Expert Committee: WHO Technical Report Series 678).

Практичне впровадження заходів профілактики ССЗ, які відповідають вимогам доказової медицини, в Україні потребує комплексного підходу та використання популяційної стратегії і стратегії високого ризику (Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020; 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice; Устінов О. В., 2014). Важливе значення має запровадження стандартизованих підходів надання медичної допомоги, які відповідають вимогам доказової медицини та використання сучасних можливостей щодо організації надання допомоги, зокрема з використання інформаційних технологій (Дячук Д.Д. та співав., 2014) та підвищення поінформованості лікарів і пацієнтів (Мороз Г.З, та співав., 2016; Тео К, et al., 2013). Актуальною для України є проблема створення україномовних медичних сайтів, з метою наближення інформації до пацієнтів та охоплення якомога більшої кількості населення (Дячук Д.Д. та співав., 2013).

Досвід ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС з розробки та впровадження медико-організаційних підходів щодо профілактики серцево-судинних захворювань в лікувальному закладі ми узагальнили в розділі 2.

1.5.2. Поширеність факторів ризику серцево-судинних захворювань в Україні

На початку 80-х років минулого століття Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) було розроблено загальнонаціональну програму профілактики хронічних неінфекційних захворювань — Countrywide Integrated Non-communicable Disease Intervention (CINDI). Метою програми була підтримка комплексних стратегій профілактики, направлених на корекцію ФР — тютюнокуріння, нездорового харчування, низького рівня фізичної активності, зловживання алкоголем та психоемоційного стресу (Гулич М.П., Коблянская А.В., 2010). На початку XXI століття, на основі узагальненого досвіду CINDI, ВООЗ було прийнято стратегію запобігання хронічним захворюванням в Європі, яка базувалась на комбінації заходів щодо зниження індивідуального та популяційного ризику, раціонального використання можливостей національних систем охорони здоров'я та збільшення ролі первинної медичної допомоги (Гулич М.П., Коблянская А.В., 2010). Складові стратегії зазнали подальшого розвитку у затвердженій 27 травня 2013 року Резолюції ВООЗ №66.10, якою визначено глобальний план дій щодо профілактики основних неінфекційних захворювань на 2013-2020 рр. Основою профілактики захворювань, в т.ч., серцево-судинних (ССЗ), стала концепція факторів ризику (ФР), тому у документі велику увагу приділено моніторингу ФР та впровадженню заходів щодо їх контролю (Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020).

В Україні одним із провідних закладів охорони здоров'я, що працює над реалізацією програми профілактики ССЗ, є Національний науковий центр

(ННЦ) «Інститут кардіології імені академіка М.Д.Стражеска» НАМН України (Історія Інституту кардіології). Лабораторією популяційних досліджень ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д.Стражеска» з 1980 року проводяться обстеження щодо поширеності ФР ССЗ серед населення України (18-64 роки), з 1994 року ці обстеження проходять у рамках виконання в Україні міжнародної програми CINDI (Кваша Е.А., и соавт., 2016). У 2009–2013 роках спільними зусиллями ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» (м. Київ), ДУ «Дніпропетровська медична академія» МОЗ України та Федеральної державної установи «Державний науково-дослідницький центр профілактичної медицини» МОЗ Російської Федерації було реалізовано спільний проект українсько-російського дослідження 20 ФР в міській популяції 30-69 років на базі п'яти поліклінічних закладів міста Дніпропетровська (сучасна назва — м. Дніпро) (Митченко Е.И., и соавт., 2013). Крім цього, інформація щодо поширеності окремих ФР міститься у звітах Державної служби статистики України.

За результатами проведених в Україні епідеміологічних досліджень, провідним ФР, який має максимальний вплив на рівень смертності як чоловічого, так і жіночого населення є АГ (Горбась І.М., 2010; Дроздова І.В. та співав., 2017). Стандартизований за віком показник поширеності АГ у міській популяції в Україні у 2010 році становив 29,6 %, у сільській популяції поширеність АГ була вищою — 36,3 % (Горбась І.М., 2010). За результатами 35-річного моніторингу, який проводиться лабораторією популяційних досліджень ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска», поширеність АГ в чоловічій популяції м. Києва (18-64 роки) залишається практично незмінною з 1980 року, у 2015 році вона становила 27,6%. За період моніторингу визначено зменшення серед осіб чоловічої статі поширеності АГ I ступеня — з 61,1 до 45,6 % та збільшення поширеності АГ II ступеня — з 23,5 до 38,2 %, частка осіб з АГ III ступеня суттєво не змінилась — 15,4-16,2 % (Кваша Е.А., и соавт., 2016). Популяційні дослідження, проведені в 2009-2013рр. в м. Дніпро, виявили більш високий рівень поширеності АГ серед міського населення, віком 30-69 років — 45,7%: 37,6 % серед обстеженого контингенту чоловіків та 52,8 % — жінок (Митченко Е.И. и соавт., 2013). У жіночій когорті міської популяції м. Дніпро (n=532, вік — 30-69 років) поширеність АГ у віковій групі 30–39 років становила 34,0 %, 40–49 років — 31,5 %, 50–59 років — 64,8 %, 60–69 років — 69,7 % та співав., 2015). Аналогічне підвищення поширеності АГ з віком у міського населення показано також для жителів м. Києва — серед чоловіків від 1 % у віковій групі 18-24 роки до 66 % у групі 55-64 роки, серед жінок — від 5 % (25-34 роки) до 76 % (55-64 роки) (Горбась, І.М., 2010). При дослідженні поширеності ФР ССЗ, яке було проведено у 2008 році ДУ «Інститут терапії ім.Л.Т.Малої» НАМН України з використанням стандартизованого опитувальника CINDI, виявлено, що поширеність АГ у міській популяції м. Харків

(35-65 років) становить 45,6 %, серед жіночої популяції — 47,3 %, серед чоловічої — 44,1 %, і також спостерігається зростання поширеності АГ з віком — від 27,6 % у віковій групі 40-49 років до 57,6 % у осіб, віком 60 років та старше (Ушкварок Л.Б., Лавренко Т.А., 2008). За результатами опублікованого у 2013 році стандартизованого обстеження 1455 сільських мешканців Івано-Франківської та Полтавської областей віком від 18 до 64 років, АГ виявлена у 36,3 % з них (38,6 % чоловіків і 35,9 % жінок). В структурі АГ переважала АГ І-го ступеня, питома вага якої становила 51,1 %, АГ II-го ступеня визначалась у 35,4 %, а III-го — у 13,5 % осіб з підвищеним АТ. Частота ізольованої систолічної АГ серед осіб з АГ в обстеженій популяції становила 20,9 % (Горбась І.М та співав., 2013). За даними статистики, у 2015 році порівняно з 2014 поширеність АГ серед населення України збільшилась на 0,8 %, в т.ч. серед осіб працездатного віку — на 3,2 %, і становила, відповідно, 29735,4 та 18521,5 на 100 тис. населення, захворюваність — зменшилась на 2,8 %, в осіб працездатного віку — на 1,83% і становила, відповідно, 2004,9 та 1589,1 (Дроздова І.В. та співав., 2017). Результати проведених досліджень засвідчили, що АГ є провідним ФР розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС) в українській популяції. За інформацією міжнародного реєстру CLARIFY (The prospective observational Longitudinal Registry of patients with stable coronary artery disease) в Україні АГ виявлена у 78 % пацієнтів зі стабільною ІХС (Лутай М.И. и соавт., 2013). Важливою проблемою в Україні, як і в світі в цілому, залишається недостатній рівень корекції підвищеного артеріального тиску (АТ). За підсумками виконання Державної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії, виявлено, що серед пацієнтів, які знали про наявність у них АГ, антигіпертензивні препарати приймали у 2000 році 28,9 %, у 2005 році — 48 %, у 2010 році — 37,5 % пацієнтів. Рівень досягнення цільового АТ становив 15 % у міській популяції, у жителів села менше — 8%. (Свищенко Є.П., 2010; Сіренко Ю.М., та співав., 2009) За опублікованими у 2013 році результатами обстеження сільських мешканців Івано-Франківської та Полтавської областей, віком від 18 до 64 років, знали про наявність АГ 63,0 % осіб з підвищеним АТ, приймали антигіпертензивні препарати 30,9 %, досягали цільового рівня АТ на фоні лікування 10,5 % (Горбась І.М та співав., 2013). Реалізація державної Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні (1999–2010 рр.) обумовила покращення діагностики та статистичного обліку АГ, збільшення обізнаності населення щодо АГ, частки охоплення лікуванням, покращення контролю АТ, що призвело до зменшення кількості інсультів та достовірного зростання тривалості життя хворих на АГ з 71,3 до 73,2 років (Сіренко Ю. М., 2008.; Свищенко Є. П., 2010) . Однак, як було визначено на нараді головних спеціалістів-кардіологів МОЗ України, що проходила в березні 2014 року, після закінчення реалізації Програми, в Україні спостерігається тенденція

до зростання кількості інсультів, особливо, в осіб працездатного віку (Устінюк О. В. 2014.). Таким чином, високий рівень поширеності АГ та недостатній рівень контролю АТ, потребує особливої уваги медичних фахівців всіх рівнів медичної допомоги. Одним з шляхів покращення ефективності лікування хворих на АГ у нашій країні є подолання лікарської інерції щодо переходу від монотерапії до комбінованої антигіпертензивної терапії та активне залучення пацієнтів до участі в лікуванні (Сіренко Ю.М. та співав., 2012). Результати дослідження EUROASPIRE IV, яке було проведено Європейським товариством кардіологів в 2014-2015 роках в 14 європейських регіонах, зокрема в Україні, підтверджують це положення (Коваленко В.М. та співав., 2016). При запровадженні стандартизованих підходів щодо лікування АГ та залученні пацієнтів домогтися цільових рівнів АТ на тлі антигіпертензивної терапії вдалося у кожного третього пацієнта чоловічої статі в Україні (38 %) та в країнах Європи (35 %) і практично у кожній другій пацієнтки з високим ризиком в Україні (47 %) і Європі (48 %). Досвід впровадження локального протоколу медичної допомоги хворим на АГ в Державній науковій установі «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами також засвідчив підвищення якості медичної допомоги цьому контингенту осіб. Частка пацієнтів, які брали участь в комплексній програмі впровадження локального протоколу медичної допомоги і досягли цільового рівня АТ зросла до 83,1% (Дячук Д.Д. та співав., 2015).

Розповсюдженням залишається в Україні і такий значимий ФР як тютюнокуріння. За результатами дослідження 20 факторів ризику у міській популяції м. Дніпра віком 30-69 років, поширеність тютюнокуріння становила, в середньому, 24,2% — 36,8 % серед чоловіків та 13,1 % серед жінок. У віковій групі 30-39 років поширеність тютюнокуріння становила 47,3 % та 20,5 %, у групі 60-69 років — 18,1 % та 5,03 % для чоловіків та жінок відповідно (Митченко Е.И. и соавт., 2013). За результатами епідеміологічних досліджень, проведених ННЦ «Інститут кардіології ім.акад. М.Д.Стражеска», поширеність тютюнокуріння у міській популяції м. Києва (18-64 роки) станом на 2010 рік, становила 45 % серед чоловіків та 20 % — серед жінок. Поширеність тютюнокуріння знижувалась з віком — для м. Києва — з 59 % у віковій групі 18-24 роки до 29 % у 55-64 роки у чоловіків, з 38 % до 6 % у жінок [Горбась І.М., 2010]. Епідеміологічні дослідження засвідчили, що у чоловічій популяції м. Києва спостерігається зменшення поширеності тютюнокуріння за 35-річний період спостереження — з 49,9 % у 1980 році до 35,2 % у 2015. Найбільш виражене зменшення реєструється з 2005 року у всіх вікових групах, максимально — у групі 18-29 років — з 60,3 % у 1980 до 30,4 % у 2015. (Кваша Е.А. и соавт., 2016). У щорічному звіті Державної служби статистики України «Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної

допомоги у 2015 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2015 року)» наведено інформацію щодо поширеності тютюнокуріння серед населення України ≥ 12 років. У вибіркового опитуванні в рамках квартального інтерв'ю із застосуванням спеціальної анкети взяли участь 9142 домогосподарства, умови життя яких обстежувалися органами державної статистики у січні–вересні 2015 року (за виключенням домогосподарств, які проживають на тимчасово окупованій території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частині зони проведення антитерористичної операції) (Державна служба статистики України, 2016). За інформацією звіту кількість курців у 2015 році становила 6,2 млн осіб, поширеність куріння — 18,4 %, що на 2,5 % менше, ніж в 2014 році. Загалом за сім років — з 2008 по 2015 — поширеність куріння скоротилася на 7,2 % (з 25,6 % до 18,4 %). Аналіз темпів скорочення показав, що вони були вищими серед осіб старшого віку, хоча у попередні роки вищі темпи скорочення куріння спостерігалися серед молоді віком 18-29 років. За результатами звіту спостерігається негативна тенденція щодо зростання поширеності тютюнокуріння серед підлітків (14-17 років), яка зросла з 2 % (2012-2014) до 2,9 % (2015).

За результатами моніторингу GATS (Global Adult Tobacco Survey) станом на 2017 рік в Україні курять 23,0 % дорослого населення (орієнтовно — 8,2 млн. дорослих осіб) — 39,6 % дорослих осіб чоловічої статі та 8,85 % жінок, з них 20,1 % (7,2 млн) — курять щоденно (35,9 % чоловічого населення та 7,0 % — жіночого), з них 90,5 % — 10 та більше цигарок щоденно (середня кількість цигарок на день становить 17,1 — 18,2 — у чоловіків та 12,6 — у жінок). Приблизно 69,2 % осіб, що курять щоденно, запалюють першу цигарку упродовж 30 хвилин після пробудження. 60,4 % курців розпочали курити у віці до 18 років, серед щоденних курців вікової групи 18-34 роки середній вік початку тютюнокуріння — 16,8 років. За період з 2010 по 2017 рр. в Україні зареєстровано зменшення кількості курців на 19,7 % — з 28,4 до 23,0 %, переважно — за рахунок осіб чоловічої статі — з 49,9 до 40,1 %, та зменшення кількості тих, хто курить щоденно — на 19,8 % — також, переважно серед чоловіків (Global Adult Tobacco Survey. Ukraine 2017). Результати моніторингу GATS свідчать також про інші позитивні зміни щодо впровадження заходів по боротьбі з тютюнокурінням в українській популяції — зменшення частки осіб, що страждають від пасивного тютюнокуріння у побуті, на робочому місці та у громадських місцях, зменшення частки популяції, якій пропонують рекламу тютюнових виробів, зменшення доступності тютюнових виробів внаслідок цінової політики, збільшення поінформованості населення щодо негативного впливу тютюнокуріння на стан здоров'я (Global Adult Tobacco Survey. Ukraine 2017). Так кількість дорослих осіб, які підпадають під вплив пасивного тютюнокуріння на робочому місці зменшилась з 31,9 до 14,3 %, вдома — з 22,9 до

13,0 %, в ресторанах та кафе — з 62,1 до 24,0 %. Інформацію щодо негативного впливу тютюнокуріння на стан здоров'я упродовж 30 днів, що передували опитуванню, отримали 52,7 % респондентів: 37,3 % — по телебаченню, 19,7 % — на постерах у ЗОЗ, 16,3 % — на рекламних щитах. Зменшилась кількість курців, що вважають, що цигарки відрізняються за ступенем їх негативного впливу на здоров'я — з 16,2 % до 11,5 %. На застережні написи на упаковках цигарок звернули увагу 92,2 % опитаних, 54,0 % з них вказали, що це змусило їх задуматись про відмову від тютюнокуріння. 92,7 % опитаних вважали, що тютюнокуріння призводить до розвитку захворювань, 85,5 % були поінформовані щодо негативних наслідків пасивного тютюнокуріння, 53,7 % — щодо негативного впливу куріння кальяну, однак 11,5 % вважали, що існують менш шкідливі види цигарок. Серед опитаних, які упродовж останніх 12 місяців відвідали лікаря, 49,2 % медичним персоналом було поставлено запитання щодо статусу тютюнокуріння і 39,4 % було надано пораду кинути курити, але цей показник з 2010 року достовірно не змінився. 81,3 % опитаних вважали правильним заборону куріння у громадських місцях, зокрема, ресторанах та кафе. З урахуванням рівня інфляції, з 2010 року ціна однієї упаковки цигарок зросла на 68,4 % — у випадку подальшого подорожчання тютюнових виробів 21,0 % опитаних збирались кинути курити, а 25,8 % — зменшити тютюнокуріння. Серед негативних тенденцій, виявлених при проведенні опитування в рамках моніторингу GATS — відсутність в Україні доступних або безкоштовних програм допомоги по відмові від тютюнокуріння, зменшення частки осіб, що мають намір кинути курити, наявність фактів тютюнокуріння в громадських місцях, наявність фактів реклами тютюнових виробів, незважаючи на її заборону (Global Adult Tobacco Survey. Ukraine 2017). Загалом про своє бажання кинути курити заявили 62,5 % курців, з них 6,7 % були готові кинути упродовж наступного місяця. Упродовж 12 місяців, що передували опитуванню, 39,2 % курців робили спробу кинути курити, з них 6,2 % використовували нікотин-замісну терапію, 5,3 % — ресурси інтернету, 3,2 % — немедикаментозні заходи, 2,3 % — засоби, що не містили нікотину, 2,1 % — отримали спеціалізоване консультування, а 72,2 % спробували кинути курити без будь-якої сторонньої підтримки. Електронні цигарки використовують на постійній основі 1,7 % дорослих. У 2017 році в Україні було створено Сервіс з надання допомоги у припиненні куріння, інформацію розміщено на веб сайті і є можливість отримання консультації телефоном (Устінов О., 2017).

Потребує на увагу значна поширеність тютюнокуріння у хворих на ССЗ в українській популяції. Серед пацієнтів зі стабільною ІХС, які увійшли до міжнародного реєстру CLARIFY лише менше половини — 46,07 % — ніколи не курили, на момент включення до реєстру курили 13,5 % учасників, а 40,4 % з них курили в минулому (Лутай М.И. и соавт., 2016). Серед 643 пацієнтів з

ІХС, яким було проведено планову або ургентну реваскуляризацію, і які були обстежені у рамках проведення дослідження EUROASPIRE IV, поширеність тютюнокуріння становила 28 %, при цьому 13 % опитаних не мали наміру відмовитись від цієї звички після проведення втручання (Коваленко В.Н. и соавт., 2015). Серед пацієнтів ≥ 40 років, які звернулись до лікаря з причини недостиження цільового АТ, поширеність тютюнокуріння складала 29,9 % [Є.П. Свіщенко Є.П., Міщенко Л.А., 2015]. Таким чином, незважаючи на позитивні тенденції щодо поштененості куріння, актуальною лишається увага лікарів до виявлення осіб, які мають звичку куріння та проведення профілактичного консультування щодо його припинення.

Значний вплив на розвиток серцево-судинної патології у населення України має дисліпідемія. Стандартизоване обстеження співробітниками лабораторії популяційних досліджень ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д.Стражеска» мешканців м. Києва, віком від 18 до 64 років, показало, що у 2010 році поширеність гіперхолестеринемії становила 46 % серед осіб чоловічої статі та 61 % — жіночої, при цьому у 16 % чоловіків та 18 % жінок рівень загального холестерину (ЗХС) перевищував 6,2 ммоль/л. Підвищений рівень тригліцеридів (ТГ) визначено у 11 % чоловіків та 8 % жінок, рівень ТГ, що становив 2,3 ммоль/л та більше, виявлено у 2 % чоловіків та 1 % жінок. Знижений рівень холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХСЛПВЩ) виявлено у 27 % чоловіків та 28 % жінок (Горбась І.М., 2011). За результатами 35-річного моніторингу, поширеність гіперхолестеринемії в чоловічій популяції м. Києва (18-64 роки) зросла з 46,7 % у 1980 році до 60,3 % у 2015, переважно — за рахунок осіб, чий рівень ЗХС становив $\geq 6,2$ ммоль/л — з 17,8 до 27,4 %. Частка осіб з помірно підвищеним рівнем ЗХС — від 5,0 до 6,19 ммоль/л — збільшилась з 28,9 до 32,2 %. Спостерігалось також збільшення частки осіб чоловічої статі, у яких рівень холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХСЛПНЩ) становив $\geq 4,2$ ммоль/л — з 24,3 до 58,2 %, осіб з рівнем ТГ $\geq 2,1$ ммоль/л — з 8,0 до 15,0 % — та деяке зменшення осіб з рівнем холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХСЛПВЩ) $< 1,0$ ммоль/л — з 15,5 до 15,3 % (Кваша Е.А. и соавт., 2016). Поширеність гіперхолестеринемії у чоловічій популяції м. Києва зростає з віком — з 43,2 % у віковій групі 18-29 років до 76,2 % серед осіб, віком 40 років та старше (Кваша Е.А. и соавт., 2016). Серед осіб з дисліпідемією 48,9 % складали випадки ізольованого підвищення рівня ЗХС, 7,1 % — ЗХС та ТГ, 12,7 % — підвищення ЗХС та ТГ та зниження ХСЛПВЩ (Кваша Е.А. и соавт., 2016). Аналогічне підвищення поширеності гіперхолестеринемії з віком спостерігається також у міській популяції м. Дніпро — у чоловіків — з 56,8 % у групі 30–39 років до 69,8 % у групі 50–59, у жінок — з 45,2 % у групі 30–39 років до 86,0 % у групі 60–69 років, або з $59,9 \pm 2,5$ % у репродуктивному віці до $83,7 \pm 1,0$ % у період менопаузи (Мітченко О.І. та

співав., 2015). и Загалом поширеність гіперхолестеринемії у міській популяції м. Дніпро становила 69,4% — у чоловіків 62,3%, у жінок — 71,3% (Митченко Е.И. и соавт., 2016). Зниження рівня ХСЛПВЩ (менше 1,0 ммоль/л у чоловіків та менше 1,3 ммоль/л у жінок) визначено у 18,3 % обстежених — у 10,4 % осіб чоловічої статі та 24,6 % — жіночої, гіпертригліцеридемія — у 31,7% (35,6 % чоловіків, 26,2 % жінок), підвищення рівня ХСЛПНЩ >3,0 ммоль/л — у 68,1% (чоловіки — 68,1 %, жінки — 66,0 %). Як і для гіперхолестеринемії, визначено збільшення поширеності цих ФР з віком — для гіпертригліцеридемії — з 29,0 до 33,8 % у чоловіків (вікові групи 30-39 та 50-59 років) та з 13,0 до 39,7 % — у жінок (30-39 та 60-69 років), для ХСЛПВЩ — з 10,7 до 11,9 % у чоловіків, з 22,0 до 24,0 % — у жінок, для ХСЛПНЩ — з 65,9 до 71,9 % у чоловіків, з 43,6 до 75,8 % — у жінок (Митченко Е.И. и соавт., 2016; Митченко О.І. та співав., 2015). Поширеність гіперхолестеринемії у міській популяції м. Харкова станом на 2008 рік становила 41,6 %: серед чоловіків — 40,8 %, серед жінок — 21,2 % (Ушкварок Л.Б., Лавренко Т.А., 2008). Гіперхолестеринемію виявлено у 44,7 % сільських жителів з АГ (Горбась І.М. та співав., 2013). Поширеність дисліпідемії серед пацієнтів ≥ 40 років з АГ, які звернулись до лікаря з причини недосягнення цільового АТ складала 76,5 % (Свищенко Є.П., Міщенко Л.А., 2015) серед пацієнтів зі стабільною ІХС, які увійшли до міжнародного реєстру CLARIFY — 76,19 % (Лутай М.И. и соавт., 2013) серед українських учасників дослідження EUROASPIRE IV рівень ХСЛПНЩ перевищував цільовий (1,8 ммоль/л) у 76,19% (В.Н. Коваленко и соавт., 2015). За результатами проведеного у 2010 році лабораторією популяційних досліджень ННЦ «Інститут кардіології ім.М.Д.Стражеска» стандартизованого обстеження мешканців м. Києва, віком від 18 до 64 років, гіперхолестеринемію було виявлено у 69% пацієнтів з діагностовано ІХС, а гіпертригліцеридемію — у 21% таких хворих (Горбась І.М., 2011). Результати опублікованих досліджень свідчать про низький рівень поінформованості більшості населення України щодо гіперхолестеринемії та низький ступінь корекції порушень ліпідного обміну у пацієнтів високого ризику. Так за результатами обстеження міської чоловічої популяції м. Києва у 2015 році знали про вплив дисліпідемії на ризик розвитку ССЗ 27,9 % опитаних, дещо більший рівень поінформованості — 62,6 % — зареєстровано в осіб, старше 60 років. Лише 28,0 % осіб зі стенокардією напруження та інфарктом міокарда в анамнезі приймали статини, з них лише у 20,0 % рівень ЗХС становив менше 5,0 ммоль/л, і у 6,0 % рівень ХСЛПНЩ становив менше 2,5 ммоль/л (Кваша О.О., та співав., 2016). Серед осіб чоловічої статі з високим ризиком розвитку ССЗ статини приймали 4,0 % опитаних (Кваша О.О., та співав., 2016). Опубліковані у 2011 році результати проведеного в Україні дослідження ПРЕСТИЖ показали, що серед пацієнтів з ІХС лише 18,5 % досягли рівня ЗХС менше 4,5 ммоль/л і лише 23 % — рівня

ХС ЛПНЩ, менше 2,5 ммоль/л (Лутай М.И., 2011). Автори дослідження вважають, що недостатня ефективність гіполіпідемічної терапії в дослідженні ПРЕСТИЖ, пов'язана з використанням низьких доз препаратів (середня доза сімвастатину складала 19,8 мг/добу) та з нерегулярним прийомом статинів пацієнтами (Лутай М.И., 2011). Низьку ефективність терапії статинами зареєстровано також серед українських пацієнтів зі стабільною ІХС, які увійшли до міжнародного реєстру CLARIFY: статини було призначено у 96% випадків, однак середній по групі рівень ХС ЛПНЩ становив 3,0 ммоль/л, що перевищувало цільовий рівень — менше 2,5 ммоль/л — та рівень, досягнутий в загальній популяції CLARIFY — 2,4 ммоль/л (Лутай М.И. и соавт., 2013). Серед українських учасників дослідження EUROASPIRE IV 60 % знали рівень показників загального холестерину, однак досягнуті на фоні лікування рівні ЗХС — 4,83 ммоль/л — та ХСЛПНЩ — 2,93 ммоль/л — були значно вищими, ніж досягнуті серед учасників з інших європейських країн. Рівень ХСЛПНЩ був вищим, за цільовий (1,8 ммоль/л) у 88 % українських пацієнтів (В.Н. Коваленко и соавт., 2015). Таким чином, існує необхідність підвищення поінформованості населення України щодо впливу дисліпідемії на розвиток ССЗ та заходів медикаментозної і немедикаментозної корекції цього ФР.

В сучасних умовах спостерігається негативна динаміка щодо зростання числа осіб з комбінацією декількох ФР, зокрема, упродовж 35-річного періоду спостереження за чоловічою популяцією м. Києва відсоток обстежених з одним ФР зменшився в 2,6 рази, а частка чоловіків із поєднанням трьох та більше ФР зросла майже в 5 разів (Кваша Е.А. и соавт., 2016). Комбінацію АГ та гіперхолестеринемії виявлено 67 % обстежених, АГ та гіпертригліцеридемії — у 20 %, АГ та тютюнокуріння — у 23% (Горбась І.М., 2010). Комбінація 3-х ФР, які є складовими шкали оцінки ризику SCORE — АГ, гіперхолестеринемія та тютюнокуріння — виявлена у 7 % чоловіків та 1 % жінок (Горбась І.М. 2009). Комбінацію 2-х та більш ФР виявлено при проведенні обстеження щодо оцінки ризику ССЗ у пацієнтів, у яких не вдалось досягти цільового рівня АГ на фоні лікування — 29,9 % курили, 76,5 % мали дисліпідемію, у 24,3 % діагностовано ЦД (Свищенко Є.П., Міщенко Л.А., 2015). За результатами визначення інтегрованого показника ризику ССЗ «Вік судин» було виявлено, що наявність дисліпідемії у хворого на АГ збільшує розрахований вік судин у середньому на 6 років, цукрового діабету — на 5 років, тютюнокуріння — на 3 роки, а підвищення артеріального тиску зі 140/90–159/99 мм рт. ст. до $\geq 180/110$ мм рт. ст. — на 8 років (Свищенко Є.П., Міщенко Л.А., 2015).

Доведеним ФР розвитку ССЗ є цукровий діабет (ЦД). Частота виявлення ЦД в Україні зросла з 1,8 % у 2009 році до 2,9 % у 2012 році. Кількість хворих на ЦД наприкінці 2012 року досягла 1,3 мільйони осіб, на кінець 2013 року вона становила 1,38 млн., наприкінці 2014–1,197 млн. осіб. Поширеність ЦД

на кінець 2013 та 2014 років становила 3342,4 та 2790,7 на 100 тис. населення — тобто, відповідно, 2,8 % та 3,3 % (Довідник, 2015). Зменшення кількості хворих на ЦД наприкінці 2014 року в Україні може бути обумовлено складнощами щодо збору статистичних даних у регіонах антитерористичної операції та відсутністю інформації по АР Крим. Результати епідеміологічних досліджень свідчать про те, що реальна кількість таких хворих може бути вищою у 2-2,5 рази — за рахунок не діагностованих випадків хвороби — при цільовому обстеженні окремих контингентів населення виявлено значно вищі показники. Так, серед міської популяції м. Дніпро поширеність ЦД становила 8 %–7,9 % у чоловіків та 8,1 % — у жінок, при цьому порушення толерантності до глюкози виявлено у 28,0 % обстежених — 38,9 % чоловіків та 19,1 % жінок (Митченко Е.И. и соавт., 2016; Митченко О.І. та співав., 2015). Поширеність ЦД 2 типу у міській популяції м. Харків (35-65 років) становила 10,8 %–11,3 % — серед чоловічої популяції та 10,5 % — серед жіночої (Ушкварок Л.Б. та співав., 2008). Відмічається зростання поширеності ЦД 2 типу з віком, зокрема, у міській популяції м. Харків — від 6,5 % у віковій групі 40-49 років до 13,6 % у осіб ≥ 60 років (Ушкварок Л.Б. та співав., 2008), у жіночій популяції м. Дніпро — від $0,5 \pm 0,1$ % у жінок репродуктивного віку до $7,6 \pm 1,6$ % у жінок в постменопаузі. У обстеженої жіночої популяції м. Дніпро виявлено аналогічні зміни і щодо поширеності порушень толерантності до глюкози — від $14,5 \pm 3,8$ % у віковій групі 30-39 років до $21,4 \pm 3,7$ % 60-69 років, або від $15,4 \pm 3,5$ % у жінок репродуктивного віку до $22,8 \pm 3,1$ % у жінок в постменопаузі. У осіб чоловічої статі змін поширеності порушення толерантності до глюкози з віком не виявлено, хоча частота виявлення гіперінсулінемії зростала з віком як у жінок, так і у чоловіків: у жінок — від 46,8 % у віковій групі 30-39 років до 54,8 % — в групі 60-69 років, у чоловіків — від 31,9 % до 46,7 % (Митченко Е.И. и соавт., 2016; Митченко О.І. та співав., 2015).

За прогнозами, до 2025 р. захворюваність на ЦД в Україні досягне 10,8%, в Європейському регіоні — 9,1% (British Heart Foundation, 2008). Проблемним питанням залишається контроль ЦД. Наказом МОЗ України від 21 грудня 2012 р. №1118 в Україні затверджено Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги хворим на цукровий діабет 2-го типу. Індикатором якості надання медичної допомоги цій категорії пацієнтів є відсоток пацієнтів, що перебувають під диспансерним наглядом лікаря, яким було визначено рівень глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) принаймні 1 раз протягом звітного періоду (Наказ МОЗ України від 21.12.2012 № 1118; Ткаченко В.І., 2015). У 2013 році цей показник становив, в середньому по Україні, 16,3%. У 25,3% з цих пацієнтів рівень HbA1c становив < 7 %, а у 47,0 % він перевищував 9 % (Гульчій М.В. та співав., 2014). Серед українських учасників дослідження EUROASPIRE IV лише у 32% пацієнтів з ЦД — 33 % чоловіків і 29 % жінок — рівень HbA1c

становив <6,5 % (Коваленко В.М. и соавт., 2016), хоча 23 % знали про наявність у них ЦД, а 57 % — свій рівень глікемії (Коваленко В.М. и соавт., 2015).

Поширеність порушень ліпідного обміну та захворюваність на ЦД 2 типу у значної частки пацієнтів пов'язана з проблемою надлишкової маси тіла (МТ) та ожиріння (Мітченко О.І. та співав., 2015). Результати стандартизованого обстеження мешканців м. Києва, віком від 18 до 64 років, проведеного у 2010 році лабораторією популяційних досліджень ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска», свідчать про наявність надлишкової маси тіла (індекс МТ 25-29,9 кг/м²) у 35% чоловіків та 24% жінок, ожиріння — у 15 % та 28 % відповідно (Горбась І.М., 2010). Серед сільських жителів надлишкова маса тіла виявлена у 35 % чоловіків та 32 % жінок, ожиріння — відповідно, у 18 % та 36 %. Було виявлено позитивну кореляцію між надлишковою МТ та/або ожирінням та рівнем АТ, вмістом ЗХС та ТГ у плазмі крові та наявністю ЦД II типу — за результатами обстеження 2005 року частота АГ становила 12 % в осіб з нормальною МТ, 40 % — з надмірною МТ та 59 % — в осіб з ожирінням (Горбась І.М., 2009). У міській популяції м. Дніпро (30-69 років) надлишкову МТ виявлено у 42,3 % чоловіків та 36,4 % жінок, ожиріння I, II та III ступеня, відповідно, у 20,0, 6,3 та 1,0 % чоловіків та у 23,4 %, 8,7 % та 1,4 % жінок (Мітченко Е.И. и соавт., 2013). Абдомінальне ожиріння за критеріями АТР-III виявлено у 46,8 % обстежених — 37,0 % чоловіків та 56,6% жінок, за критеріями IDF — у 72,8 % (62,3% чоловіків та 77,3 % жінок) (Мітченко Е.И. и соавт., 2013). Спостерігається тенденція до зростання поширеності надлишкової МТ та ожиріння з віком (Горбась І.М., 2009) паралельно зі збільшенням поширеності порушень ліпідного обміну та розвитком АГ — частка виявлення комбінованої дисліпідемії зростала від 7,9 % при нормальній МТ до 44,4 % при ожирінні III ступеня, поширеність АГ становила 29,8 % в осіб з нормальною МТ та 75,0 % — в осіб з ожирінням II та III ступеня. Частота виявлення АГ в осіб з абдомінальним ожирінням становила — при оцінці за критеріями АТР-III — 63,6 % у жінок та 47,3 % у чоловіків, за критеріями IDF — відповідно, 57,2 % та 44,1 % (Мітченко О.І. та співав., 2015). У жінок репродуктивного віку (39,7±0,4 роки) середній індекс МТ становив 26,7±0,5 кг/м², у жінок в постменопаузі (57,6±0,3 роки) — 29,4±0,4 кг/м², нормальна МТ (індекс МТ <24,9 кг/м²) виявлена у 41,6±4,7% жінок дітородного віку та 18,6±3,2% жінок в постменопаузі, абдомінальне ожиріння — за критеріями IDF — виявлено, відповідно, у 64,3 та 90,3% з них (Мітченко О.І. та співав., 2015). Поширеність надлишкової МТ у чоловічій популяції м. Києва (18-64 роки) становила 33,8 %, ожиріння — 19,7 % (Кваша Е.А. та співав., 2016). Дослідниками визначено позитивні зміни — упродовж 30-річного періоду спостереження середній індекс МТ зменшився на 0,2 кг/м² у чоловіків та на 2,1 кг/м² — у жінок (Горбась І.М., 2009). Поширеність ожиріння у міській популяції м. Харків (35-65 років)

становила 41,4 %: серед жіночої популяції — 48,2 %, серед чоловічої — 30,5 % (Ушкварок Л.Б. та співав., 2008). Серед сільських жителів з АГ надлишкову МТ виявлено у 34,9 % чоловіків і 29,1 % жінок, ожиріння — у 46,4 % та 61,6 % (Горбась І.М та співав., 2013).

Наявність або відсутність ожиріння значною мірою визначається такими складовими поведінки, як характер харчування та рівень фізичної активності (ФА). Характер харчування має доведений вплив на розвиток ССЗ — як через модифікацію таких факторів ризику, як АГ, дисліпідемія, розвиток ЦД та ожиріння, так і за рахунок інших механізмів. Популяційних досліджень щодо характеру харчування населення України — таких, як щодо АГ або тютюнокуріння — не проводилось, існують лише окремі роботи, що базуються на інформації державної служби статистики за результатами опитування домогосподарств.

За результатами дослідження, проведеного Державним науково-дослідним центром з проблем гігієни харчування МОЗ України, результати якого оприлюднені у 2008 році, фактичне харчування дорослого населення характеризувалось певними особливостями, які мають негативний вплив на розвиток ССЗ. Надлишкову енергетичну цінність раціонів визначено у 38,4% осіб, надлишковий вміст жирів у раціонах — у 27,9 %. У вуглеводній квоті раціону значне місце — на 37 % вище рекомендованого — займали прості вуглеводи. В цілому харчування працездатного населення характеризувалось підвищеним рівнем споживання висококалорійних продуктів харчування з низькою біологічною цінністю — виробів з борошна вищого ґатунку, картоплі, кондитерських виробів — і недостатнім споживанням продуктів з високою біологічною цінністю — риби, овочів і фруктів. Найбільший дефіцит споживання фруктів та овочів спостерігався в зимово-весняний період та досягав 64,2 % (Банковська Н.В., 2008). В цілому, у 2008 році населення України споживало значно менше основних продуктів (м'ясо-, молокопродуктів, риби, фруктів), ніж у країнах ЄС при надмірному споживанні жирів (зокрема, насичених жирів), цукру й солі (Давиденко Н. В., 2008). Аналіз динаміки складових раціону населення України за 20 років — з 1990 по 2010 — проведений за даними Держкомстату (Статистичний щорічник України, 2011), показав, що, в середньому, у 2010 році споживання м'яса становило 104 г/д, хліба та хлібопродуктів — 302 г/д, молока та молочних продуктів — 566 г/д. Було відмічено позитивні тенденції щодо збільшення споживання риби — з 15 до 19 г/д, фруктів та ягід — з 114 до 126 г/д, овочів та баштанних — з 230 до 322 г/д, рослинних олій — з 27 до 41 г/д та зменшення споживання цукру — з 96 до 87 г/д — та картоплі — з 274 до 254 г/д (Смоляр В.І., 2012). Відмічено також зниження калорійності середньодобового раціону — з 2956 до 2570 кКал — за рахунок зменшення вживання жирів — на 9,3%, вуглеводів — на 10,9% та

білків — з 110 до 78 г/д, в т.ч., тваринних білків — з 57 до 36 г/д. За даними авторів дослідження, амінокислотний склад продуктів харчування у 2010 році залишався, в основному, збалансованим за вмістом основних амінокислот (треонін, лейцин, ізолейцин, лізин та фенілаланін), окрім триптофану — 0,9 при нормі 1,0, метіоніну — 1,5 при нормі 2-4 — та валіну — 3,8 при нормі 4, основним джерелом яких є молоко та молочні продукти (Смоляр В.І., 2012). Спостерігається також позитивна тенденція щодо зростання вмісту у раціоні жителів України МНЖК та ПНЖК, в основному — внаслідок збільшення вживання рослинних олій — з 36 до 47 г/добу при зменшенні споживання жирів — з 108 до 98 г, хоча співвідношення між МНЖК та ПНЖК і не відповідає рекомендаціям ВООЗ (Смоляр В.І., 2012). Результати анкетного опитування сільських мешканців Івано-Франківської та Полтавської областей, опубліковані у 2013 році, засвідчили, що для осіб з підвищеним АТ притаманне надмірне споживання жирів, особливо — тваринного походження, незбалансованість жирних кислот у складі жирів (співвідношення ПНЖК до насичених кислот становить 0,6 замість рекомендованих 1,0), надмірне вживання цукру (Горбась І.М та співав., 2013).

Упродовж останніх років збільшилась обізнаність населення України щодо здорового харчування. Зокрема, позитивні зміни щодо поширеності надлишкової МТ та ожиріння серед жителів м. Києва пов'язують зі змінами у харчуванні — зменшенням енергетичної цінності добового раціону, зменшенням вживання тваринних жирів та простих вуглеводів та збільшенням вживання фруктів та овочів (Горбась І.М, 2009). Серед українських учасників дослідження EUROASPIRE IV визначено високу частку хворих, що внесли зміни до раціону свого харчування з метою наближення його до здорового: 82 % знизили кількість вживання кухонної солі, 92 % — жирів, 89 % — змінили співвідношення жирних кислот у раціоні, 77 % знизили вживання цукру, 75 % — алкоголю, 80 % — зменшили калорійність добового раціону, 89 % збільшили вживання овочів та фруктів та 81 % — вживання риби (Коваленко В.Н, 2015). Одним з найбільш поширених ФР в українській популяції є гіподинамія. За опублікованими у 2010 році результатами епідеміологічного дослідження, проведеного ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д.Стражеска», 38 % чоловіків і 54 % жінок ведуть малорухливий спосіб життя (Горбась І.М., 2010). Упродовж 30-річного періоду спостереження частота гіподинамії в популяції збільшилася вдвічі серед чоловіків і в 1,5 раза серед жінок, а кількість людей, що щоденно займаються фізичними вправами — принаймні протягом 30 хвилин до легкої задишки або появи поту — становила, відповідно, 8,3 % і 16 %. З 1980 по 2015 рік серед обстеженої чоловічої популяції м. Києва виявлено зростання частки осіб з низьким рівнем ФА (сидяча робота 5 та більше годин/добу, загальна тривалість ФА — не більше 10 годин на тиждень) з 19,7 % до

38,6 % (Горбась І.М та співав., 2016). Недостатній рівень ФА спостерігається у осіб молодого віку — за результатами обстеження 2010 року — майже у половини осіб, віком 18-24 роки (Горбась І.М., 2010). Результати анкетування підлітків 13-15 років в Україні та Польщі, опубліковані у 2017 році, показали, що у вільний час в обох країнах вони надають перевагу однаковим малорухливим видам діяльності та не виконують щоденну мінімальну норму рухової активності, яка становить 10 тис. кроків в день, причому у підлітків в Україні спостерігається тенденція до зниження обсягу рухової активності — з 9,9 тис. кроків в день у 13-річному віці до 6,7 тис. кроків в день у 15 років (Соловей А. та співав., 2017). За даними офіційної статистики близько 10,5% населення України віком від 16 років займаються різними видами фізкультурно-оздоровчої активності та лише менше 3 % (2,7 % у 2013 р. та 2,3 % у 2015 р.) регулярно займаються спортом (Цимбалюк С., 2017).

Низький рівень ФА відмічається у пацієнтів з ССЗ. Серед пацієнтів зі стабільною ІХС, які увійшли до міжнародного реєстру CLARIFY, у 73,62 % учасників рівень ФА був низьким, а у 6,44 % виявлено гіподинамію (Лутай М.И. и соавт., 2013). Серед українських учасників дослідження EUROASPIRE IV при проведенні стандартизованого анкетування за допомогою опитувальника IPAQ низький рівень ФА виявлено у 44 %, а високий — лише у 21 % (Коваленко В.Н., та співав., 2015).

Однією з причин недостатньої орієнтації людей на здоров'я і залучення до рекреаційно-оздоровчої діяльності є низька мотивація. Подолання означеної ситуації вимагає прийняття ряду заходів, які передбачають виявлення і створення умов для реалізації мотивів рекреаційно-оздоровчої діяльності, залучення населення до регулярних занять фізичними вправами протягом життя (Гакман А. та співав., 2017). Указом Президента України у 2016 році затверджено національну стратегію з оздоровчої рухової активності, яку розроблено на базі рекомендацій ВООЗ, Ради Європи, Європейського Союзу та норм національного законодавства (Указ Президента України №42/2016). Стратегією визначено основні завдання, спрямовані на створення умов для заохочення населення до оздоровчої рухової активності, які включають не тільки розробку рекомендацій з ФА для осіб різної статі та віку та формування доступної для всіх верств населення інфраструктури сучасних і привабливих спортивних споруд, але і запровадження практики призначення лікарями, у тому числі сімейними, рухової активності як дієвого засобу зниження ризику неінфекційних захворювань, надання консультацій з цього питання та удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників щодо проведення такого консультування (Указ Президента України №42/2016).

Серед ФР розвитку ССЗ значна роль належить психо-соціальним факторам, зокрема тривожим та депресивним розладам. Цей чинник набув широкого

поширення в українській популяції. Так, за результатами проведеного на початку 2015 року в 22 областях України соціологічного опитування 63 % опитаних зазначали наявність тривоги (Кваша О.О. та співав., 2017).

Таким чином, висока поширеність ФР в українській популяції свідчить про несприятливу епідеміологічну ситуацію щодо ССЗ та необхідність впровадження заходів профілактики, які відповідають вимогам доказової медицини.

У глобальному плані ВООЗ щодо профілактики і контролю неінфекційних захворювань (Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020) поставлено мету щодо скорочення до 2020 року смертності від ССЗ, онкологічних захворювань, ЦД та хронічних респіраторних захворювань на 25% за рахунок покращання контролю ФР, зокрема, зменшення на 10 % поширеності в популяції недостатньої ФА, на 30 % — вживання кухонної солі, на 30 % — тютюнокуріння, на 25 % — покращання контролю АГ, зменшення темпів зростання поширеності ожиріння та захворюваності на ЦД 2 типу та забезпечення надання відповідної медичної допомоги — щодо медикаментозної корекції та модифікації способу життя — як мінімум 50 % осіб, що потребують таких втручань для профілактики інфаркту міокарда та мозкового інсульту (Global Action Plan for the Prevention and Control Noncommunicable Diseases 2013-2020; Коваленко В.М., Дорогой А.П., 2016). Реалізація цих завдань в Україні потребує спільних зусиль медичної спільноти та державних структур щодо досягнення поставленої мети.

2. ОБҐРУНТУВАННЯ, РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИКО-ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ПІДХОДІВ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС

При проведенні багатоцентрових рандомізованих досліджень доведено, що досягти зниження частоти нових випадків ССЗ, ускладнень і смертності від них у популяції можна за рахунок модифікації ФР (Grundy S.M. et al., 1998; Keys A. et al., 1994; Yusuf S. et al., 2004). Концепція ФР практично нівелює межу між первинною і вторинною профілактикою, оскільки обґрунтовує необхідність корекції ФР як у людей без клінічних ознак хвороби — щоб попередити її розвиток (первинна профілактика), так і у хворих — з метою попередження її прогресування (вторинна профілактика) (Stewart J. et al., 2017). В останньому випадку корекція ФР повинна бути більш агресивною, але в обох варіантах необхідна зміна поведінки та дотримання принципів здорового способу життя — здорове харчування, відмова від тютюнокуріння, оптимальна фізична активність. Важливе значення має цілеспрямована робота лікарів щодо виявлення, моніторингу та корекції ФР.

Для проведення конкретних і ефективних профілактичних заходів необхідно мати повну та достовірну інформацію щодо поширеності ФР у контингенту пацієнтів, яким надається медична допомога в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, що і обумовило проведення комплексної науково-дослідної роботи.

2.1. Оцінка поширеності факторів серцево-судинного ризику у державних службовців, лікарів та МСМО ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС

З метою оцінки ставлення державних службовців до проблеми профілактики ССЗ проведено соціологічне опитування 210 пацієнтів. Серед обстежених державних службовців особи чоловічої статі становили $39,05 \pm 3,37\%$ (82 особи), особи жіночої статі — $60,95 \pm 3,37\%$ (128 осіб). Для визначення вікових особливостей поширеності ФР, всі пацієнти були розподілені на дві групи I — до 49 років включно, II — 50 років та старше. До I групи увійшло 141 пацієнт (50 осіб чоловічої статі та 91 — жіночої). До II групи — 69 пацієнтів (32 особи чоловічої статі та 37 — жіночої). Розподіл пацієнтів на групи дослідження в залежності від статі представлено в табл. 2.1.

Для стандартизації підходів щодо визначення поширеності факторів ризику ССЗ та оцінки ставлення державних службовців до проблеми профілактики серцево-судинних захворювань було розроблено спеціальну анкету соціологічного опитування. До анкети включено питання щодо самооцінки виконання рекомендацій по дотриманню засад здорового способу життя та ставлення

респондентів до необхідності поповнення інформації про профілактику серцево-судинних захворювань. Опитування пацієнтів проводилось під час проходження ними щорічного планового профілактичного огляду.

Таблиця 2.1.

Розподіл пацієнтів в групі дослідження

Державні службовці чоловічої статі				Державні службовці жіночої статі			
І група		ІІ група		І група		ІІ група	
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
50		32		91	71,09±4,01	37	28,91±4,01

Анкета соціологічного опитування

Просимо Вас взяти участь у соціологічному опитуванні. Отримана інформація допоможе медичному персоналу нашої установи підвищити якість медичної допомоги. Просимо Вас позначити відповіді, що співпадають з Вашою думкою. Ваші відповіді не підлягають розголошенню. Дякуємо за співпрацю.

1. Вік _____ років	2. Ч/Ж	3. Ваша вага _____ кг	4. Ваш зріст _____ см		
5. Чи хворіли Ваші рідні (батько, брат до 55 років; мати, сестра до 65 років) на інфаркт, інсульт, стенокардію, гіпертонічну хворобу?			так	ні	
6. Який рівень артеріального тиску у Вас?		мм рт.ст.		Не знаю	
7. Який рівень холестерину у Вас?		ммоль/л		Не знаю	
8. Ви курите?	так	ні	Кинув _____ років тому		
9. Якщо Ви курите, чи маєте намір позбавитись цієї звички?	5 (так)	4 (скоріше так)	3 (важко оцінити)	2 (скоріше ні)	1 (ні)
10. Чи дотримуетесь Ви режиму праці й відпочинку (сон >7 год., вихідні, відпустка)?	5 (так)	4 (скоріше так)	3 (важко оцінити)	2 (скоріше ні)	1 (ні)
11. Як Ви вважаєте, який рівень психоемоційного навантаження у Вас на роботі?	5 (високий)	4 (скоріше високий)	3 (важко оцінити)	2 (скоріше низький)	1 (низький)
12. Ви ходите пішки або займаєтесь фізкультурою	Щоденно 30 хв/день та більше		Менше 30 хв/день		
13. Чи вважаєте Ви, що Ваше харчування є збалансованим та раціональним?	5 (так)	4 (скоріше так)	3 (важко оцінити)	2 (скоріше ні)	1 (ні)

14. Скільки разів на тиждень Ви їсте рибу?		2 та більше	1 та менше	Практично не вживаю	
15. Скільки порцій (80 г) свіжих овочів Ви споживаєте щоденно?			1 та менше	1-2	Більше 2
16. Скільки порцій (80 г) свіжих фруктів Ви споживаєте щоденно?			1 та менше	1-2	Більше 2
17. Споживання кухонної солі	Обмежую солоні продукти	Не замислююся про кількість солі в стравах		Споживаю солоні страви та досолію їжу	
18. Споживання солодошів	Обмежую споживання солодошів	Не замислююся про кількість цукру в продуктах		Споживаю солодкі напої та солодоші щоденно	
19. Скільки разів на день Ви їсте?		1-2		2-3	3-4
20. Чи є Ваш сніданок повноцінним ?			так	не завжди	ні
21. Чи є Ваш обід повноцінним ?			так	не завжди	ні
22. Чи часто у Вас основний прийом їжі припадає на вечірні години?			так	не завжди	ні
23. Як Ви оцінюєте загальний стан Вашого здоров'я	Відмінний	добрий	задовільний	поганий	
24. Оцініть в балах виконання Вами рекомендацій щодо здорового способу життя і профілактики захворювань	5 (виконую завжди)	4 (переважно виконую)	3 (важко оцінити)	2 (переважно не виконую)	1 (не виконую ніколи)
25. Що заважає Вам дотримуватись засад здорового способу життя*	Матеріальні труднощі	Відсутність необхідної інформації	Відсутність мотивації та підтримки	Звички	Брак часу
26. Чи є у Вас необхідність поповнити знання щодо профілактики серцево-судинних захворювань?				так	ні
27. Для поповнення інформації щодо профілактики для Вас зручніше отримати *		Роздруковані інформаційні матеріали	Усні рекомендації лікаря	Матеріали на Інтернет сайті нашої установи	

* можливо декілька варіантів відповіді

Заповнює лікар:

Дата _____ № МКАХ _____
ІМТ _____ обхват талії _____
АТ _____ ЗХС _____
Глюкоза _____ Score _____

Прийом медикаментозних препаратів на момент обстеження: так/ні

Антигіпертензивні: так/ні _____

Статини: так/ні _____

медикаментозне лікування цукрового діабету: так/ні _____

Діагностовані та перенесені захворювання:

Цукровий діабет	так	ні
ІХС (стенокардія, інфаркт міокарда, стентування, аортокоронарне шунтування, серцева недостатність)	так	ні
Артеріальна гіпертензія	так	ні
Цереброваскулярні захворювання (гостре порушення мозкового кровообігу, транзиторні ішемічні атаки)	так	ні
Захворювання нирок — діабетична нефропатія, хронічна ниркова недостатність	так	ні
Оклюдивні ураження периферичних артерій	так	ні

Результати анкетного опитування та результати обстежень були внесені в сформовану комп'ютерну базу даних. Первинна підготовка таблиць та проміжні розрахунки проводились на персональному комп'ютері з використанням програмного пакету Microsoft Excel. Статистичний аналіз здійснювали на персональному комп'ютері за допомогою прикладних програм статистичного аналізу Microsoft Excel, статистичних пакетів STATISTICA 6.0. Для змінних шкали відношень первинна обробка включала розрахунок середніх арифметичних (M), середніх квадратичних відхилень (σ) та помилок середніх арифметичних (m). Для змінних найменувань та рангових змінних первинна обробка включала в себе розрахунок відсотків (P).

2.1.1 Частота виявлення факторів ризику серцево-судинних захворювань у державних службовців

З практичної точки зору доцільним є розподіл основних ФР ССЗ на ті, що підлягають модифікації та ті, що не підлягають. До першої групи належать гіперхолестеринемія, АГ, тютюнокуріння, гіподинамія, нездорове харчування, ожиріння, порушення вуглеводного обміну, психологічні характеристики особистості, соціальні фактори та ряд інших. Основними ФР, що не підлягають модифікації, є стать, вік та обтяжена спадковість.

За результатами опитування, обтяжену спадковість щодо ССЗ (інфаркт міокарда, мозковий інсульт, стенокардію, артеріальну гіпертензію у родичів першого ступеня — батька, матері, сестер, братів, які виникли у віці до 55 років в осіб чоловічої статі та до 65 років в осіб жіночої статі) виявлено у $58,1 \pm 3,4$ % опитаних ($52,5 \pm 4,2$ % респондентів до 50 років та $69,6 \pm 5,5$ % — старше 50 років).

Доведеним фактором ризику розвитку серцево-судинних захворювань є тютюнокуріння. За результатами анкетного опитування виявлено, що звичку тютюнокуріння серед державних службовців мали $16,7 \pm 2,6$ % респондентів, з них — $18,1 \pm 3,3$ % осіб до 50 років і $13,0 \pm 4,1$ % — старше 50 років, $p > 0,05$). Курять щоденно $19,5 \pm 4,4$ % чоловіків і $14,8 \pm 3,1$ % жінок ($p > 0,05$) (табл. 2.3). Серед тих хто курить, $79,4 \pm 6,9$ % мають намір позбавитись цієї звички $80,0 \pm 8,0$ % осіб до 50 років і $77,8 \pm 13,8$ % — старше 50 років, $p > 0,05$) (табл. 2.2, 2.3).

За даними ВООЗ, поширеність тютюнокуріння серед дорослого населення складає від 4 % до 54 % в різних країнах світу. У розвинених країнах в Європейському регіоні поширеність куріння знижується, але ситуація в окремих країнах різниться. Постійно курять від 17 % чоловіків у Швеції до 51 % у Латвії, в середньому по Європейському Союзу — 34 %. Щоденно курять від 7 % жінок у Португалії до 32 % в Австрії та Данії, середній рівень в країнах Європи складає 20 % (Кваша Е. А., 2007).

Матеріали офіційної статистики, опубліковані МОЗ України та Державною службою статистики, свідчать про зниження поширеності тютюнопаління. Перерахунок даних Держкомстату для осіб, старше 18 років, свідчить про те, що в 2011 році поширеність куріння серед дорослих чоловіків склала 46 %, серед дорослих жінок — 6 %, в середньому по країні — 24 % (<http://www.rbc.ua/ukr/news/society>).

Таким чином, рівень поширеності тютюнокуріння серед опитаних державних службовців в цілому і серед чоловіків нижчий за аналогічний показник в Україні і вищий — серед жінок. Заслугує на увагу той факт, що абсолютна більшість державних службовців, які мають звичку тютюнокуріння — $79,4 \pm 6,9$ % — мають намір позбутися цієї звички. Тому важливо запровадити систему надання консультативної допомоги щодо припинення тютюнокуріння таким пацієнтам.

Таблиця 2.2.

Самооцінка державними службовцями ставлення до тютюнокуріння (у %)

Ставлення до тютюнокуріння	Число відповідей, $P \pm m$		
	Вся група (n=210)	Чоловіки (n=82)	Жінки (n=128)
Курять	$16,5 \pm 2,5$	$20,73 \pm 4,5$	$13,28 \pm 3,0$
Мають намір кинути курити*	$79,4 \pm 6,9$	$82,4 \pm 9,2$	$76,5 \pm 10,3$

* — серед тих, хто курить

Таблиця 2.3.

Самооцінка державними службовцями різного віку ставлення до тютюнокуріння (у %)

Відношення до тютюнокуріння	Число відповідей, Р±m					
	≤49 років (n= 141)			≥ 50 років (n= 69)		
	Вся група (n=141)	Чоловіки (n=50)	Жінки (n=91)	Вся група (n=69)	Чоловіки (n=32)	Жінки (n=37)
Курять	17,7±3,2	24±6,04	14,3±3,7	13,0±4,1	15,6±6,4	10,8±5,1
Мають намір кинути курити*	80,0±8,0	97,7±7,98	69,2±12,8	77,8±13,8	60,0±21,9	100

* — серед тих, хто курить

Поширеним ФР в сучасній популяції є низький рівень фізичної активності. Здоровий спосіб життя передбачає мінімум 30 хвилин помірного фізичного навантаження щоденно. Гіподинамія є одним з найбільш поширених ФР в українській популяції. За результатами епідеміологічного дослідження, проведеного ННЦ «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско НАМН України», 38 % чоловіків і 54 % жінок ведуть малорухливий спосіб життя. За 30-річний період спостереження поширеність гіподинамії в популяції збільшилася вдвічі серед чоловіків і в 1,5 рази серед жінок (Горбась І.М., 2010). Як показали наші дослідження, недостатній рівень фізичної активності мають 59,1±3,4 % опитаних державних службовців і 42,5±7,8 % осіб в контрольній групі ($p > 0,05$). При цьому недостатній рівень фізичної активності мають 52,4±5,5 % чоловіків і 63,3±4,3 % жінок ($p > 0,05$); серед опитаних різних вікових груп — 58,9±4,1 % осіб, молодше 50 років (52±7,1 % чоловіків і 62,6±5,1 % жінок, $p > 0,05$), 59,4±5,9 % осіб, старше 50 років (53,1±8,8 % чоловіків і 64,9±7,8 % жінок, $p > 0,05$). Таким чином, поширеність гіподинамії у чоловіків 52,4±5,5 % та у жінок 63,3±4,3 % є більшою в порівнянні з середніми показниками по Україні (38 % і 54 %, відповідно).

Рекомендації щодо дотримання засад здорового харчування є обов'язковою складовою заходів профілактики ССЗ. Окремий блок питань був присвячений самооцінці харчування. Респондентам було запропоновано в цілому оцінити свій раціон харчування з позиції збалансованості та раціональності. Результати представлені в табл. 2.4 та 2.5. Важливо зауважити, що більше третини державних службовців і лікарів з контрольної групи не вважають своє харчування збалансованим і раціональним, при цьому не виявлено відмінності у різних вікових групах (табл. 2.5 та 2.6.).

Характерним для державних службовців є порушення режиму харчування. Більшість опитаних приймають їжу 2-3 рази на добу — 54,8±3,4 % з них 57,3±5,5 % чоловіків і 53,1±4,4 % жінок, ($p > 0,05$), в контрольній

групі — $57,5 \pm 7,8$ %. Такий режим харчування притаманний державним службовцям різних вікових груп: $51,8 \pm 4,2$ % — до 50 років ($54 \pm 7,1$ % чоловіків і $50,6 \pm 5,2$ % жінок), $60,9 \pm 5,9$ % — старше 50 років ($62,5 \pm 8,6$ % чоловіків і $59,5 \pm 8,1$ % жінок). При цьому у значної частини опитаних — $44,8 \pm 3,4$ % — основний прийом їжі припадає на вечірній час $51,2 \pm 5,5$ % чоловіків і $40,6 \pm 4,3$ % жінок; $41,8 \pm 4,2$ % до 50 років ($48 \pm 7,1$ % чоловіків і $38,5 \pm 5,1$ % жінок), $50,7 \pm 6,0$ — старше 50 років ($56,3 \pm 8,8$ % чоловіків і $45,9 \pm 8,2$ % жінок). Таким чином, нами не визначено статистично достовірної відмінності щодо основних характеристик харчування у державних службовців різного віку і статі ($p > 0,05$).

На питання «Чи є Ваш сніданок повноцінним?», відповідь «так» дали $55,4 \pm 3,4$ % опитаних — ($63,4 \pm 5,3$ % чоловіків і $50 \pm 4,4$ % жінок) та $57,5 \pm 7,8$ % осіб контрольної групи. Серед опитаних до 50 років — $53,9 \pm 4,2$ % ($58,0 \pm 7,0$ % чоловіків і $51,7 \pm 5,2$ % жінок), старше 50 років — $58,0 \pm 5,9$ % — ($71,9 \pm 8,0$ % чоловіків і $45,9 \pm 8,2$ % жінок).

Таблиця 2.4.

Самооцінка державними службовцями раціону харчування (у %)

Вважають раціон харчування збалансованим та раціональним	Число відповідей, $P \pm m$			
	Вся група (n=210)	Чоловіки (n=82)	Жінки (n=128)	Контрольна група (n=40)
Так	$3,3 \pm 1,24$	$4,88 \pm 2,4$	$2,34 \pm 1,34$	$7,5 \pm 4,2$
Скоріше так	$39,05 \pm 3,4$	$47,56 \pm 5,5$	$33,59 \pm 4,17$	$42,5 \pm 7,8$
Важко оцінити	$19,5 \pm 2,7$	$18,29 \pm 4,27$	$20,31 \pm 3,56$	$17,5 \pm 6,0$
Скоріше ні	$31,4 \pm 3,2$	$21,95 \pm 4,57$	$37,5 \pm 4,28$	$15,0 \pm 5,6$
Ні	$6,7 \pm 1,7$	$7,32 \pm 2,88$	$6,25 \pm 2,14$	$17,5 \pm 6,0$

Таблиця 2.5.

Самооцінка державними службовцями різного віку раціону харчування (у %)

Вважають раціон харчування збалансованим та раціональним	Число відповідей, $P \pm m$					
	≤ 49 років			≥ 50 років		
	Вся група	Чоловіки	Жінки	Вся група	Чоловіки	Жінки
Так	$1,4 \pm 1,0$	$2,0 \pm 1,98$	$1,1 \pm 1,1$	$7,2 \pm 3,1$	$9,4 \pm 5,2$	$5,4 \pm 3,7$
Скоріше так	$39,7 \pm 4,1$	$50,0 \pm 7,1$	$34,1 \pm 5,0$	$37,68 \pm 5,8$	$43,75 \pm 8,8$	$32,43 \pm 7,7$
Важко оцінити	$21,3 \pm 3,4$	$20,0 \pm 5,7$	$22,0 \pm 4,3$	$16,0 \pm 4,4$	$15,6 \pm 6,42$	$16,2 \pm 6,1$
Скоріше ні	$32,6 \pm 4,0$	$22,0 \pm 5,9$	$38,5 \pm 5,1$	$29,0 \pm 5,5$	$21,9 \pm 7,3$	$35,1 \pm 7,9$
Ні	$5,0 \pm 1,8$	$2,0 \pm 1,9$	$1,1 \pm 1,1$	$7,3 \pm 3,12$	$9,4 \pm 5,2$	$5,4 \pm 3,7$

На питання «Чи є Ваш обід повноцінним?», відповідь «так» дали $54,8 \pm 3,4\%$ опитаних ($59,8 \pm 5,4\%$ чоловіків і $51,6 \pm 4,4\%$ жінок). Серед опитаних до 50 років — $58,2 \pm 4,2\%$ ($66,0 \pm 6,7\%$ чоловіків і $53,9 \pm 5,2\%$ жінок), старше 50 років — $47,8 \pm 6,0\%$ ($50,0 \pm 8,3\%$ чоловіків і $45,9 \pm 8,2\%$ жінок).

За результатами анкетування ми провели аналіз особливостей вживання державними службовцями основних продуктів, які характеризують здорове харчування, зокрема риби, овочів та фруктів. Рекомендацій щодо вживання риби два і більше разів на тиждень дотримуються $35,2 \pm 3,3\%$ опитаних державних службовців і $45 \pm 7,9\%$ осіб контрольної групи ($p > 0,05$). Не виявлено відмінності між особами чоловічої і жіночої статі та в різних вікових групах. Рекомендації про включення риби в раціон харчування пов'язані, в першу чергу, з позитивним впливом поліненасичених жирних кислот на прогноз розвитку ССЗ. Мета-аналіз досліджень показав, що вживання в їжу риби 2-4 рази на тиждень призводить до зниження ризику інсульту на 18% порівняно з тими, хто їсть рибу менше, ніж один раз на місяць (He K., et al. 2004). До числа факторів харчування, які мають найбільшу доказову базу щодо впливу на розвиток ССЗ, входить вживання овочів і фруктів. У рандомізованих контрольованих дослідженнях доведено зв'язок між вживанням фруктів та овочів і такими ФР ССЗ, як рівень АТ, дисліпідемія інсулінорезистентність, порушення функції ендотелію і маса тіла (Mozaffarian D. et al., 2011; Downs S. M., Fanzo J., 2015).

Результати проведеного нами анкетування виявили недостатню кількість овочів і фруктів у раціоні державних службовців: рекомендовану кількість овочів щодня вживали тільки $14,5 \pm 2,4\%$ опитаних $12,5 \pm 5,2\%$ в контрольній групі, фруктів — $15,2 \pm 2,5\%$ і $17,5 \pm 6,0\%$ в контрольній групі ($p > 0,05$). Не виявлені відмінності між особами чоловічої і жіночої статі, та в різних вікових групах.

Одним з факторів харчування, які мають доведений вплив на розвиток ССЗ, є вживання кухонної солі. Зв'язок між вмістом кухонної солі в раціоні і розвитком АГ переконливо показано в багатьох дослідженнях (F. Pieroli, et al., 2016). Мета-аналіз досліджень показав, що навіть незначне скорочення споживання солі на 1 г на добу знижує систолічний артеріальний тиск на $3,1\text{ мм рт. ст.}$ у хворих на АГ та на $1,6\text{ мм рт. ст.}$ у пацієнтів з нормальним рівнем АТ (He F.J., MacGregor G.A., 2002). Солоні продукти, за результатами наших досліджень, обмежують $43,8 \pm 3,4\%$ опитаних державних службовців та $42,5 \pm 7,8\%$ осіб контрольної групи ($p > 0,05$). Не виявлено відмінностей між особами чоловічої і жіночої статі, та в різних вікових групах.

Результати епідеміологічних і низки контрольованих досліджень свідчать про те, що доказова база щодо впливу споживання цукру на ризик ССЗ обмежена і непереконлива. Існує доказова база щодо впливу вживання солодких напоїв на розвиток надлишкової маси тіла та ЦД, що, в свою чергу, призводить

до збільшення ризику розвитку ССЗ. Результати анкетування показали, що солодощі обмежували $52,4 \pm 3,5$ % опитаних державних службовців та $67,5 \pm 7,4$ осіб контрольної групи ($p > 0,05$). Не виявлено відмінностей між різними віковими групами ($52,5 \pm 4,2$ % серед опитаних до 50 років та $52,2 \pm 6,0$ % — старше 50 років, $p > 0,05$). Проте є тенденція, що особи жіночої статі частіше обмежують солодощі — $60,2 \pm 4,3$ % опитаних жінок, серед чоловіків — $40,2 \pm 5,4$ % ($p > 0,05$).

Нездорове харчування і гіподинамія в сучасних умовах тісно пов'язані із збільшенням поширеності ожиріння і надлишкової маси тіла. Згідно з даними ВООЗ, в США близько 75 % населення має надлишкову масу тіла і ожиріння, в економічно розвинених країнах Європи цей показник становить, в середньому, 50 % (International Obesity Task Force. Global prevalence of adult obesity). Порівняно з 1975 роком кількість людей з ожирінням збільшилась майже втричі. У 2016 році більше 1,9 мільярда дорослих людей, 18 років і старше, мали надлишкову вагу. З них у 650 мільйонів було діагностовано ожиріння, 39 % всіх дорослих віком 18 років і старше мали надмірну вагу, а 13 % ожиріння. Невтішними є ті факти, що в тому ж році 41 мільйон дітей у віці до 5 років і понад 340 мільйонів дітей та підлітків у віці 5-19 років мали надмірну вагу або ожиріння (<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>).

В Україні, за оцінками ВООЗ, надмірну масу тіла мають 50,5 % чоловіків, з них ожиріння — 16 %, серед жінок ці показники становлять 56 % і 26 % відповідно. За результатами епідеміологічних досліджень, проведених ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеско АМН України», поширеність ожиріння серед міського населення складає 12 % серед чоловіків і 21 % серед жінок (Горбась І.М., 2010). За результатами нашого дослідження, надлишкова маса тіла і ожиріння виявлені у $60,0 \pm 3,4$ % опитаних (контрольна група — $75,0 \pm 6,9$ %, ($p > 0,05$), серед осіб чоловічої статі — у $75,6 \pm 4,7$ %, серед жінок — у $50,0 \pm 4,4$ % ($p < 0,05$). Визначено, що $36,2 \pm 3,3$ % опитаних мали надлишкову масу тіла ($50,0 \pm 5,5$ % чоловіків і $27,3 \pm 3,9$ % жінок, $p < 0,05$), $23,8 \pm 6,9$ % — ожиріння ($25,6 \pm 4,8$ % чоловіків і $16,5 \pm 3,9$ % жінок, $p > 0,05$). Розподіл державних службовців різного віку за величиною індексу маси тіла представлені в табл. 2.6.

Абдомінальне ожиріння виявлено у $30,5 \pm 5,1$ % чоловіків (величина окружності талії ≥ 102 см) і у $33,6 \pm 4,2$ % жінок (величина окружності талії ≥ 88 см). Таким чином, поширеність ожиріння і надлишкової маси тіла у державних службовців чоловічої статі достовірно вища в порівнянні з жінками ($p < 0,05$), а частота виявлення ожиріння більш ніж у два рази перевищує середні статистичні показники по Україні, у жінок цей показник дещо нижчий за статистичні показники по Україні.

Таблиця 2.6.

Розподіл державних службовців різного віку за величиною індексу маси тіла (у %)

Індекс маси тіла кг/м ²	Розподіл державних службовців, Р±m					
	До 50 років			Старше 50 років		
	Вся група	Чоловіки	Жінки	Вся група	Чоловіки	Жінки
< 25	48,2±4,2*	28,0±6,3	59,3±5,1*	23,2±5,1	18,7±6,9	27,0±7,3
>25<30	34,0±4,0	52,0±7,1	24,2±4,5	40,6±5,9	46,9±8,8	35,1±7,8
>30	17,7±3,2*	20,0±5,7*	16,5±3,9*	36,2±5,8	34,4±8,4	37,8±8,0

* — вірогідність різниці у порівнянні з групою старше 50 років, р<0,05.

Таблиця 2.7.

Самооцінка державними службовцями рівня психоемоційного навантаження на робочому місці (у %)

Рівень психоемоційного навантаження	Число відповідей, Р±m		
	Вся група (n=210)	Чоловіки (n=82)	Жінки (n=128)
Високий	16,7±2,6	18,3±4,3	15,6±3,2
Скоріше високий	38,1±3,4	43,9±5,5	34,4±4,2
Важко оцінити	19,1±2,7	18,3±4,3	19,5±3,5
Скоріше низький	21,4±2,8	14,7±3,9	25,8±3,9
Низький	4,8±1,5	4,9±2,4	4,7±1,9

Велику роль в розвитку ССЗ та їх ускладнень відіграють психологічні риси особистості та соціальні фактори. В клінічних настановах Європейської асоціації кардіологів з профілактики серцево-судинних захворювань 2012 р. зазначено, що низький соціально-економічний статус, недостатня соціальна підтримка, стрес на роботі і в сім'ї, депресія, тривога, ворожість і тип особистості D («distressed» — страдалець) підвищують ризик розвитку ССЗ, сприяють погіршенню клінічного перебігу та прогнозу ССЗ (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2012). Ми провели комплексний аналіз самооцінки державними службовцями рівня психоемоційного навантаження на робочому місці. Результати (табл. 2.7) показали, що 54,8±3,4 % опитаних оцінили рівень психоемоційного навантаження як високий і скоріше високий. Не виявлено статистично значимих відмінностей між особами чоловічої і жіночої статі, та в різних вікових групах.

Важливою складовою профілактики негативного впливу хронічного стресу є відпочинок. На питання анкети «Чи дотримуетесь Ви режиму праці й

відпочинку (сон >7 год., вихідні, відпустка)?» відповідь «так» і «скоріше так» дали $54,8 \pm 3,4$ % опитаних — $62,2 \pm 5,4$ % чоловіків і $50,0 \pm 4,4$ % жінок, $56,0 \pm 5,2$ % осіб до 50 років ($62,0 \pm 6,9$ % чоловіків і $56,0 \pm 5,2$ % жінок), $47,8 \pm 6,0$ % осіб, старше 50 років ($62,5 \pm 8,6$ % чоловіків і $35,1 \pm 7,8$ % жінок, $p < 0,05$). Привертає увагу той факт, що частка жінок старше 50 років, які дотримуються режиму праці і відпочинку, є достовірно меншою в порівнянні з чоловіками.

Для комплексного аналізу ФР ССЗ, крім поведінкових, ми враховували інші ФР, які мають доведений вплив на розвиток та перебіг ССЗ. Серед них провідна роль належить АГ та порушенням ліпідного обміну. АГ є провідною причиною розвитку гострого порушення мозкового кровообігу та ГІМ, хронічної серцевої недостатності, хронічних захворювань нирок, атеросклеротичного ураження периферичних артерій, в т.ч., артерій сітківки (2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension). Роль підвищеного рівня ЗХС було показано ще при проведенні Фремінгемського дослідження (Grundy S.M. et al., 1998).

Для об'єктивного аналізу поширеності АГ і порушень ліпідного обміну ми скористались інформацією з МКАХ. Дані щодо рівня АТ були представлені в усіх МКАХ. Діагноз АГ було поставлено у $25,7 \pm 3,0$ % респондентів — ($32,9 \pm 5,2$ % чоловіків і $26,5 \pm 3,9$ % жінок, $p > 0,05$, $9,9 \pm 2,5$ % осіб до 50 років ($18,0 \pm 5,4$ % чоловіків і $5,5 \pm 2,4$ % жінок, $p < 0,05$), $58,0 \pm 5,9$ % осіб старше 50 років ($42,9 \pm 8,9$ % чоловіків і $59,5 \pm 8,1$ % жінок, $p > 0,05$). Стандартизований за віком показник поширеності АГ у міській популяції в Україні становить 29,6%. У сільській популяції поширеність АГ вища — 36,3 %, в тому числі, серед чоловіків — 37,9 %, серед жінок — 35,1 %. У популяції м. Дніпропетровська поширеність АГ становить, в середньому, 45,7% — 37,6% у чоловіків та 52,8% у жінок (Митченко Е.И. і співавт., 2013). Таким чином, отримані нами результати в цілому відповідають середнім показникам в Україні.

Цільовий рівень АТ ($<140/90$ мм рт.ст. або $<140/85$ мм рт.ст. у разі ЦД) серед державних службовців хворих на АГ за результатами наших досліджень був у $74,1 \pm 6,0$ % обстежених — ($66,7 \pm 9,1$ % чоловіків і $81,5 \pm 7,5$ % жінок, $p > 0,05$), $78,6 \pm 11,0$ % осіб до 50 років ($77,8 \pm 13,8$ % чоловіків і $80,0 \pm 17,9$ % жінок, $p > 0,05$), $72,5 \pm 6,8$ % осіб старше 50 років ($61,1 \pm 11,6$ % чоловіків і $81,8 \pm 8,2$ % жінок, $p > 0,05$). Рівень досягнення цільового АТ в Україні становить 8 % у жителів села та менше 15 % у міській популяції. Рівень досягнення цільового АТ у хворих на АГ в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС значно перевищує відповідний показник в Україні і доводить позитивний результат запровадження Локального протоколу медичної допомоги хворим на АГ.

Ми провели аналіз МКАХ щодо наявності інших захворювань, які мають негативний вплив на розвиток та перебіг ССЗ. ЦД діагностовано у $2,9 \pm 1,6$ %, ІХС — у $23,3 \pm 2,9$ % ($31,7 \pm 5,1$ % чоловіків і $8,5 \pm 2,3$ % жінок, $p < 0,05$), $6,4 \pm 2,1$ %

осіб до 50 років ($12,0 \pm 4,2$ % чоловіків і $3,3 \pm 1,9$ % жінок, ($p > 0,05$), $58,0 \pm 5,9$ % осіб старше 50 років ($62,5 \pm 8,6$ % чоловіків і $54,1 \pm 8,2$ % жінок, $p > 0,05$).

Інформація щодо рівня ЗХС була представлена в $53,3 \pm 3,4$ % МКАХ. Потребує уваги той факт, що рівень ЗХС впродовж року було визначено тільки у $68,1 \pm 5,6$ % державних службовців вікової групи 50 років і старше. Серед 112 пацієнтів, у яких була представлена ця інформація в МКАХ, у $42,0 \pm 4,7$ % рівень ЗХС становив $\leq 5,0$ ммоль/л (серед чоловіків — у $33,3 \pm 7,0$ %, серед жінок — у $47,8 \pm 6,1$ %, $p > 0,05$), і, що особливо важливо, серед державних службовців старше 50 років — тільки у $29,8 \pm 6,7$ % ($32,0 \pm 9,3$ % чоловіків і $27,3 \pm 9,5$ % жінок, ($p > 0,05$). Отримані результати обґрунтовують необхідність оптимізації медичної допомоги цій категорії пацієнтів щодо обсягу проведення у них профілактичних оглядів, що потребує уваги лікарів і завідувачів відділеннями.

Доведено, що ризик розвитку ССЗ в більшості випадків є результатом взаємодії декількох ФР, що стало основою для створення моделей оцінки ризику, які враховують комплексний вплив цих факторів. Шкала SCORE створена спеціально для використання при проведенні заходів первинної профілактики у пацієнтів старше 40 років. Пацієнти, що мають ССЗ та/або ЦД, не підлягають оцінці за шкалою SCORE — вони автоматично відносяться до групи високого ризику. Серед обстежених нами таких було 49. 88 пацієнтам молодше 40 років теж не проводилась оцінка за шкалою SCORE. З 73 пацієнтів старше 40 років, які не мали ССЗ та/або ЦД інформація щодо рівня ЗХС була представлена тільки у 51 особи, тому всі подальші розрахунки робили у них. За результатами наших досліджень ризик по SCORE був визначений у 51 державного службовця. Практично всі пацієнти мали величину ризику за шкалою SCORE < 5 , до групи високого ризику потрапив лише один пацієнт. Розподіл обстежених за величиною SCORE представлено в табл. 2.8.

Таблиця 2.8.

Розподіл державних службовців за величиною SCORE (у %)

Значення SCORE	Число обстежених, $P \pm m$		
	Вся група ($n=51$)	Чоловіки ($n=15$)	Жінки ($n=36$)
< 1	$70,6 \pm 6,4$	$26,7 \pm 11,4$	$88,9 \pm 5,2$
$\geq 1 < 5$	$27,5 \pm 6,3$	$66,7 \pm 12,2$	$11,1 \pm 5,2$
≥ 5	$2,0 \pm 1,9$	$6,7 \pm 6,4$	-

Отримані результати обґрунтовують доцільність виявлення та моніторингу ФР ССЗ серед державних службовців та підвищення їх мотивації до виконання вимог здорового способу життя.

2.1.2 Поширеність факторів ризику серцево-судинних захворювань у лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС за результатами анкетного опитування

З метою оцінки ставлення лікарів та МСМО ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС до проблеми профілактики ССЗ, проведено соціологічне опитування 165 співробітників: лікарі — 59, стаж роботи $22,9 \pm 1,7$ р. та МСМО — 106, стаж роботи $18,2 \pm 1,0$ р., які навчалися на курсах підвищення кваліфікації в Центрі підвищення кваліфікації лікарів та МСМО ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС.

Результати проведеного нами анкетного опитування лікарів ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС показали, що звичку тютюнокуріння мають $16,4\%$: $23,9 \pm 6,3\%$ лікарів чоловічої статі та $10,3 \pm 4,0\%$ лікарів жіночої статі, ($p > 0,05$). Варто зазначити, що офіційна статистика, опублікована МОЗ України та Державною службою статистики, за результатами щорічних вибірових опитувань домогосподарств щодо самооцінки стану здоров'я та рівня захворюваності населення, свідчить про зниження поширеності тютюнокуріння в Україні упродовж останніх 3-х років: частка осіб, віком 12 років і старше, які мають звичку тютюнокуріння, зменшилась з $25,6\%$ у 2008 р. до $22,3\%$ у 2011 р. і становить приблизно 8,6 мільйонів осіб, що на 1,5 мільйони менше, ніж 2008 року. Перерахунок даних Держкомстату для осіб, старше 18 років, свідчить про те, що у 2011 році поширеність куріння серед дорослих чоловіків становила 46% , серед дорослих жінок — 6% , в середньому по країні — 24% . Таким чином, рівень поширеності тютюнокуріння серед опитаних лікарів чоловічої статі нижчий за середній по Україні, при цьому рівень тютюнокуріння у лікарів жіночої статі перевищує середній показник.

Серед поведінкових ФР при проведенні досліджень також враховували рівень фізичної активності (більше 30 хвилин щоденно) та кількість овочів і фруктів в щоденному раціоні харчування (більше або менше 400 г на день). Сучасні наукові дослідження переконливо довели необхідність достатнього вживання овочів і фруктів. Так у дослідженні INTERHEART показник вживання овочів і фруктів менше 400 г на добу увійшов в число 9 факторів, які збільшують ризик розвитку ГІМ (Ounpuu S., 2001). За результатами проведеного нами анкетування встановлено, що 50% респондентів — $52,2 \pm 7,3\%$ лікарів чоловічої статі та $48,3 \pm 6,6\%$ лікарів жіночої статі ($p > 0,05$) — споживають менше 400 г овочів та фруктів щоденно. $73,9 \pm 6,5\%$ лікарів чоловічої статі та $51,7 \pm 6,6\%$ лікарів жіночої статі, ($p < 0,05$) дотримуються рекомендованого рівня фізичної активності — 30 та більше хвилин щоденно, недостатній рівень фізичної активності мають $38,5\%$ опитаних лікарів.

Надлишкова маса тіла та ожиріння виявлені у $63,3\%$ опитаних — 43 особи ($41,3\%$ опитаних) мали надлишкову масу тіла, 23 особи ($22,1\%$) — ожиріння.

За результатами самооцінки підвищений рівень АТ (>140/90 мм рт.ст.) було виявлено у 12,5 % лікарів (у 19,6 % лікарів чоловічої статі та 6,9 % лікарів жіночої статі, $p > 0,05$).

Серед опитаних лікарів лише 53,8 % знали свій рівень холестерину. Важливо зауважити, що серед цих лікарів лише у 7 осіб (12,5 %) рівень цього показника становив 5,0 ммоль/л та менше, тобто у 87,5 % лікарів, які визначали цей показник у себе, мала місце гіперхолестестинемія.

Відповідаючи на запитання «Оцініть в балах виконання Вами рекомендацій щодо здорового способу життя і профілактики захворювань», 3,8% лікарів оцінили себе на 5 балів, 38,5 % — на 4 бали, 49,0 % — на 3 бали, 5,8 % — на 2 бали, 2,9 % — на 1 бал.

При цьому суб'єктивна оцінка лікарями загального стану здоров'я виглядала наступним чином: на «відмінно» оцінили себе 1,9 % опитаних, «добре» — 55,9 %, «задовільно» — 45,9 %.

Той факт, що більше половини опитаних лікарів (57,7 %) оцінили виконання рекомендацій щодо здорового способу життя і профілактики захворювань на 3 бали і менше, обґрунтовує актуальність проблеми підвищення прихильності лікарів до дотримання засад здорового способу життя і виконання заходів щодо профілактики захворювань.

Відповіді на запитання про те, що заважає впровадити здоровий спосіб життя, мали наступну структуру: відсутність достатніх знань — 14,9 % респондентів, матеріальні труднощі — 21,3%, відсутність мотивацій — 25,5 %, звички — 38,3 %.

На запитання про необхідність поповнення знань щодо здорового способу життя та факторів ризику ССЗ відповідь «так» надали 53,9 % лікарів, «ні» — 46,2 %.

Суб'єктивну оцінку профілактичної роботи лікарів оцінювали виходячи з їх відповіді на запитання «Чи рекомендуєте Ви пацієнтам модифікацію способу життя та корекцію факторів ризику?». 55,9 % респондентів відповіли — «так, всім», 32,4 % — «так, пацієнтам з серцево-судинними захворюваннями», 11,8 % — «ні, не рекомендую».

Таким чином, найбільш поширеними ФР ССЗ серед лікарів ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС були надлишкова маса тіла і ожиріння — у 63,3 %, недостатня кількість овочів і фруктів в щоденному раціоні харчування — у 50 %, недостатній рівень фізичної активності — 38,5 %, тютюнокуріння — 16,3 %, підвищений рівень артеріального тиску — 12,5 %. Рівень загального холестерину знали тільки 53,8 % лікарів, гіперхолестестинемія визначена у 87,5% з них. За результатами самооцінки в балах (за п'ятибальною шкалою) виконання рекомендацій щодо здорового способу життя і профілактики захворювань, 57,7 % лікарів оцінили себе на 3 бали і менше, що обґрунтовує необхідність вирішення проблеми підвищення прихильності лікарів до здорового способу життя

і виконання рекомендацій щодо профілактики захворювань. Відповіді на запитання про необхідність поповнення знань щодо ФР ССЗ (53,9 % вважають за необхідне) та аналіз мотивацій щодо виконання засад здорового способу життя свідчать про необхідність створення повноцінного структурованого науково-інформаційного простору для лікарів.

Результати проведеного нами анкетного опитування МСМО ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС показали, що звичку тютюнокуріння мають 22,8 % з них. Серед ФР, які пов'язані зі способом життя, враховували рівень фізичної активності (більше 30 хвилин щоденно) та кількість овочів і фруктів в щоденному раціоні харчування (більше або менше 400 г.). За результатами проведеного нами анкетування встановлено, що 66,7 % респондентів споживають менше, ніж 400 г овочів та фруктів щоденно. Недостатній рівень фізичної активності мали 50 % опитаних молодших спеціалістів з медичною освітою.

Надлишкова маса тіла та ожиріння виявлені у 10,5 % опитаних, причому більше половини респондентів не відповіли на запитання і зробили позначку «не знаю».

За результатами самооцінки підвищений рівень АТ (> 140/90 мм рт.ст.) був у 4,4 % МСМО, при цьому 72 % респондентів (молодого віку і жіночої статі) написали, що не знають рівня АТ. Серед опитаних МСМО лише 13,8 % знали свій рівень холестерину.

Відповідаючи на запитання «Оцініть в балах виконання Вами рекомендацій щодо здорового способу життя і профілактики захворювань», переважна більшість МСМО — 36,8 % та 43,9 % — оцінили себе, відповідно, на 3 або 4 бали. Лише 12,3 % опитаних МСМО оцінили себе на 5 балів, 5,3 % — на 2 бали, 1,8 % — на 1 бал. Суб'єктивна оцінка загального стану свого здоров'я показала, що переважна більшість опитаних оцінили себе на «добре» — 56,1 % — або «задовільно» — 41,2 %, на «відмінно» оцінили стан свого здоров'я лише 2,6 % опитаних МСМО.

Структура відповіді на запитання про участь у підвищенні поінформованості пацієнтів з питань здорового способу життя та ФЗ ССЗ виглядала наступним чином: відповідь «не беру участі» надало 12,3 % респондентів, «інколи» — 53,5 %, часто — 34,2 %.

87,9 % опитаних МСМО вважали, що мають достатньо знань про здоровий спосіб життя. Разом з цим, 76,3 % вважали за необхідне поповнити свої знання. Кількісний і якісний аналіз джерел, з яких МСМО отримують інформацію щодо засад здорового способу життя та ФР ССЗ свідчить про те, що переважна більшість з них — 78,5 % — користуються інформацією з 2-5 джерел, пріоритетним з яких є мережа «Інтернет». Аналіз рівня поінформованості медичних працівників (лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою) у ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС щодо виявлення та корекції ФР ССЗ свідчить про

необхідність створення повноцінного науково-інформаційного простору профілактичного консультування із залученням медичних працівників всіх рівнів.

Таким чином, при проведенні скринінгового обстеження випадкової вибірки державних службовців проведено комплексний аналіз розповсюдженості у них ФР ССЗ. Результати дослідження засвідчують високу поширеність ФР ССЗ у державних службовців різного віку, що, в цілому, відповідає аналогічним показникам української популяції. Звичка тютюнопаління притаманна 16,7 %, поширеність гіподинамії становить 59,05%, надлишкова маса тіла і ожиріння виявлені у 60,0% державних службовців. Характерним для державних службовців є порушення режиму харчування та недостатнє вживання основних продуктів, які характеризують здорове харчування (овочів, фруктів, риби). Потребує уваги лікарів та адміністрації ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС питання контролю рівня холестерину. АГ діагностовано у 25,7 % державних службовців, 74,1 % з них досягли цільового рівня АТ, що значно перевищує відповідний показник в Україні (менше 14%). Визначено широку розповсюдженість ФР ССЗ серед лікарів та недостатню обізнаність МСМО щодо ФР у них.

Отримані результати обґрунтовують доцільність розробки та запровадження стандартизованих підходів щодо профілактики ССЗ в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС та підвищення мотивації щодо здорового способу життя та корекції ФР у державних службовців і медичних працівників.

2.1.3 Визначення готовності до змін поведінкових факторів ризику серцево-судинних захворювань у пацієнтів, лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС

Транстеоретична модель — або теорія стадій змін — описує зміну поведінки не як подію, а як процес. Складовими моделі є визначення індивідуальної стадії готовності до змін. Виділяють наступні стадії готовності до змін:

1. Перед-роздум — *precontemplation* — пацієнт сприймає проблемну поведінку як нормальну, отримує від неї задоволення і не має бажання щось змінювати.
2. Обдумування, роздум — *contemplation* — пацієнт отримує задоволення від проблемної поведінки, але усвідомлює її негативні наслідки та зацікавлений в отриманні інформації з цього питання.
3. Підготовка до дії або прийняття рішення щодо дії — *preparation* — пацієнт розуміє необхідність змін і навіть може мати свій план щодо їх проведення.
4. Дія — *action* — ця стадія починається і триває, якщо пацієнт здійснює дії щодо впровадження нової моделі поведінки.
5. Дотримання — *maintenance* — підтримка нової форми поведінки упродовж 12-18 місяців.
6. Повернення до старої форми поведінки — *relapse*.

Для стандартизації підходів щодо визначення стадії готовності до змін поведінкових факторів ризику ССЗ нами розроблено спеціальний опитувальник, пріоритетність використання якого підтверджена патентом України (Пат. 11 49 60 U Україна, МПК (2017.01)).

Опитувальник включає три блоки питань і дозволяє визначити стадію готовності пацієнта до змін окремо щодо тютюнокуріння, нездорового харчування, низького рівня фізичної активності (кожній відповіді на питання відповідає певна стадія готовності до змін нездорової поведінки).

Анкета

1. Визначте з наведеного переліку те, що відповідає Вашому ставленню до дотримання принципів здорового харчування:
 1. Я не збираюсь нічого змінювати в раціоні свого харчування найближчим часом.
 2. Я маю намір внести зміни в своє харчування впродовж найближчих 6 місяців — для покращення стану здоров'я та профілактики виникнення захворювань.
 3. Я збираюсь запровадити основні засади здорового харчування у своє життя впродовж наступного місяця.
 4. Я намагаюсь дотримуватись основних засад здорового харчування.
 5. Я дотримуюсь основних засад здорового харчування.
2. Визначте з наведеного переліку те, що відповідає Вашому ставленню до підтримання достатнього рівня фізичної активності:
 1. Я не збираюсь нічого змінювати найближчим часом.
 2. Я маю намір внести зміни в режим своєї фізичної активності впродовж найближчих 6 місяців — для покращення стану здоров'я та профілактики виникнення захворювань.
 3. Я збираюсь запровадити зміни в режимі своєї фізичної активності впродовж наступного місяця.
 4. Я намагаюсь підтримувати необхідний рівень фізичної активності.
 5. Я підтримую достатній рівень фізичної активності.
3. Визначте з наведеного переліку те, що відповідає Вашому ставленню до тютюнокуріння:
 1. Я не збираюсь припинити тютюнокуріння найближчим часом.
 2. Я маю намір позбутися звички тютюнокуріння впродовж найближчих 6 місяців — для покращення стану здоров'я та профілактики виникнення захворювань.
 3. Я збираюсь запровадити позбутися звички тютюнокуріння впродовж наступного місяця.
 4. Я намагаюсь позбутися звички тютюнопаління.
 5. Я не маю звички тютюнокуріння.

Перевагою запропонованого способу є можливість діагностики індивідуальної стадії готовності до змін окремо для основних складових моделі нездорової поведінки (тютюнокуріння, нездорового харчування, низького рівня фізичної активності), що дозволяє, з урахуванням отриманих даних, провести персоналізоване консультування і лікування.

Проведено анкетне опитування 158 пацієнтів випадкової вибірки (пацієнтів чоловічої статі — 65, жіночої — 93), які проходили профілактичний огляд в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС. Середній вік обстежених — $43,0 \pm 10,3$ р.

Серед опитаних пацієнтів частка тих, хто дотримується основних засад здорового способу життя — не курять, дотримуються здорового харчування та рекомендованого рівня фізичної активності — була низькою — лише $5,7 \pm 1,8$ %, при цьому з 158 опитаних $87,3 \pm 2,6$ % пацієнтів не курили, $26,6 \pm 3,5$ % — дотримувались здорового харчування і лише $8,9 \pm 2,3$ % — рекомендованого рівня фізичної активності.

Розподіл 20 пацієнтів, що мали звичку тютюнокуріння по стадіям готовності до зміни поведінки щодо тютюнокуріння представлено в таблиці.

Таблиця 2.9.

Розподіл обстежених пацієнтів за стадіями готовності до зміни поведінки щодо тютюнокуріння

Стадія готовності до змін	Вся група (n=20)		Чоловіки (n=12)		Жінки (n=8)	
	Абс.	$P \pm m$	Абс.	$P \pm m$	Абс.	$P \pm m$
Перед-роздум	3	$15 \pm 7,9$	1	$8,3 \pm 7,9$	2	$25 \pm 15,3$
Обдумування, роздум	8	$40 \pm 10,9$	5	$41,6 \pm 14,2$	3	$37,5 \pm 17,1$
Підготовка до дії	2	$10 \pm 6,7$	2	$16,6 \pm 10,7$	0	-
Дія	7	$35 \pm 10,7$	4	$33,2 \pm 13,6$	3	$37,5 \pm 17,1$

Серед опитаних пацієнтів, які мають звичку тютюнокуріння, більшість перебувають на стадіях обдумування та дії (табл. 2.9). При проведенні профілактичного консультування пацієнтів, які перебувають на стадії обдумування, необхідно надати інформацію щодо переваг, які вони отримають у разі припинення тютюнокуріння, зокрема — зниження ризику розвитку ССЗ. При використанні у ході проведення профілактичного консультування засад мотиваційного інтерв'ю пацієнт за допомогою лікаря визначається з пріоритетними заходами дотримання здорового способу життя (Мороз Г.З. і співав., 2016). При проведенні профілактичного консультування пацієнтів, які перебувають на стадії підготовки до дії, основну увагу варто зосередити на інформації щодо заходів (медикаментозних і немедикаментозних), які можуть бути використані для подолання тютюнової залежності. Ці заходи детально описані у Методичних рекомендаціях, затверджених наказом МОЗ України

№746 від 26.09.2012 року. У відповідності до положень КН з профілактики ССЗ (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, (2016), таким пацієнтам можна запропонувати використання нікотинзамісної терапії та поради звернутись до спеціалізованих центрів, які пропонуються програми подолання тютюнової залежності, зокрема, для жителів міста Києва — це Київський міський центр здоров'я [Київський міський центр здоров'я департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради, адреса веб-сайту — zdorov.com.ua]. Для пацієнтів, які перебувають на стадії дії, важливою є підтримка лікаря та обговорення заходів, які зменшують ризик повернення до цієї звички. При консультуванні пацієнта, який перебуває на стадії перед-роздуму, рекомендується проявити зацікавленість щодо його ставлення до тютюнокуріння та уточнити, чи хоче він отримати інформацію з цієї проблеми на момент спілкування з лікарем, а в майбутньому — повертатися до обговорення цієї проблеми.

Доведено, що харчування впливає на виникнення та перебіг ССЗ як через модифікацію таких факторів ризику, як рівень загального холестерину, АТ, маса тіла і розвиток ІЦД, так і незалежно від них. Тому важливе значення має запровадження здорового харчування як складової здорового способу життя. Проведене нами опитування засвідчило, що тільки $26,6 \pm 3,5$ % опитаних пацієнтів дотримуються засад здорового харчування. Серед тих, хто не дотримується, $45,7 \pm 4,6$ % намагаються впроваджувати цю здорову звичку, $24,1 \pm 4,0$ % знаходяться на стадії підготовки до дії та $26,7 \pm 4,1$ % — на стадії обдумування (табл.2.10).

Статистично достовірної різниці між пацієнтами жіночої та чоловічої статі не було (табл.2.10). З метою надання лікарю інформації щодо здорового харчування нами було розроблено та опубліковано інформаційний лист (Мороз Г.З. і співав. 2014). Рекомендації щодо використання основних продуктів харчування та їх вмісту у раціоні представлено у вигляді таблиці, інформація з таблиці обговорюється з пацієнтом під час проведення консультування.

Таблиця 2.10.

Розподіл обстежених пацієнтів за стадіями готовності до зміни поведінки щодо харчування

Стадія готовності до змін	Вся група (n=116)		Чоловіки (n=48)		Жінки (n=68)	
	Абс.	P±m	Абс.	P±m	Абс.	P±m
Перед-роздум	4	$3,4 \pm 1,9$	3	$6,3 \pm 3,5$	1	$1,5 \pm 1,5$
Обдумування, роздум	31	$26,7 \pm 4,1$	12	$25,0 \pm 6,3$	19	$27,9 \pm 5,4$
Підготовка до дії	28	$24,1 \pm 4,0$	11	$22,9 \pm 6,6$	17	$25,9 \pm 5,3$
Дія	53	$45,7 \pm 4,6$	22	$45,8 \pm 7,2$	31	$45,6 \pm 6,0$

Поширеним фактором ризику в сучасній популяції є низький рівень фізичної активності. За інформацією, представленою ВООЗ, гіподинамія посідає четверте місце серед факторів ризику, які визначають загальну смертність — після артеріальної гіпертензії — 12,8 %, тютюнокуріння — 9 % та цукрового діабету — 6 % — та є причиною приблизно 3,2 мільйона смертей на рік, що складає 6% випадків загальної смертності (http://www.who.int/topics/physical_activity/en/). З недостатньою фізичною активністю пов'язують 30% випадків захворюваності на ішемічну хворобу серця та 27 % — на цукровий діабет. У рапорті ВООЗ вказано, що у 2008 році 31% дорослих (28 % чоловіків і 34 % жінок) у віці 15 років і старше мали недостатній рівень фізичної активності. Поширеність цього фактору ризику була найвищою у країнах Америки (50 % жінок, 40 % чоловіків) та Східного Середземномор'я (50 % жінок і 36 % чоловіків), найбільш низькою — в країнах Південно-Східної Азії — 15 % чоловіків і 19 % жінок. У всіх регіонах ВООЗ більш високий рівень фізичної активності спостерігається у чоловічій популяції. В українській популяції гіподинамія також є одним з найбільш поширених факторів ризику. За результатами епідеміологічного дослідження, проведеного ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д.Стражеска НАМН України», 38 % чоловіків і 54 % жінок ведуть малорухомий спосіб життя (Митченко Е.И. и др., 2013).

Результати проведеного нами дослідження засвідчили, що тільки $8,9 \pm 2,3\%$ серед опитаних пацієнтів дотримуються і $41,0 \pm 4,1\%$ — намагаються дотримуватись рекомендованого рівня фізичної активності (табл.2.11). При цьому не виявлено різниці між особами чоловічої і жіночої статі (табл.2.11). Характеристика пацієнтів залежно від стадії готовності до змін щодо рівня фізичної активності представлена в таблиці 2.11.

Пацієнти, які перебувають на стадії підготовки до дії та обдумування потребують моніторингу, підвищення вмотивованості, персоніфікованого підходу.

Таблиця 2.11

Розподіл обстежених пацієнтів за стадіями готовності до зміни поведінки щодо фізичної активності

Стадія готовності до змін	Вся група (n=144)		Чоловіки (n=60)		Жінки (n=84)	
	Абс.	P±m	Абс.	P±m	Абс.	P±m
Перед-роздум	4	2,8±1,4	1	1,5±1,6	3	3,6±2,0
Обдумування, роздум	52	36,1±4,0	19	29,2±5,9	33	39,3±5,3
Підготовка до дії	29	20,1±3,4	16	24,6±5,6	13	15,5±3,9
Дія	59	41,0±4,1	24	36,9±6,2	35	41,7±5,4

Таким чином, запроваджений нами підхід щодо визначення стадії готовності до змін поведінки, дозволяє проводити індивідуалізоване консультування щодо основних поведінкових факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань — тютюнокуріння, нездорового харчування, недостатнього рівня фізичної активності.

З метою оцінки визначення готовності до змін поведінкових факторів ризику серцево-судинних захворювань у лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС проведено соціологічне опитування 165 співробітників: лікарі — 63 особи та МСМО — 102 особи, які навчалися на курсах підвищення кваліфікації в Центрі підвищення кваліфікації лікарів та МСМО ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС.

Інформація щодо розподілу лікарів терапевтичного профілю, які брали участь у соціологічному опитуванні представлені в таблиці 2.12.

Таблиця 2.12 .

Розподіл лікарів терапевтичного профілю, які брали участь у соціологічному опитуванні, за віком і статтю

	К-ть	вік	Вікові групи				
			20-29 років	30-39 років	40-49 років	50-59 років	≥60 років
всього	63	44,0±11,4 (26-65)	6	21	13	14	9
чоловіків	20	44,9±13,0 (27-65)	2	7	2	5	4
Жінок	43	43,1±10,8 (26-64)	4	14	11	9	5

Аналіз анонімного анкетування 63 лікарів показав, що частка тих, хто дотримується всіх трьох основних засад здорового способу життя — не курять, виконують рекомендації щодо здорового харчування та дотримуються рекомендованого рівня фізичної активності — була низькою — лише 9,5±3,7 %, при цьому 93,6±3,1 % респондентів не курили, лише 19±4,9 % — дотримувались здорового харчування і 20,6±5,1 % — рекомендованого рівня фізичної активності. Частка лікарів, які не курять і намагаються дотримуватись здорового харчування та необхідного рівня фізичної активності склала 36,5±6,1 % респондентів.

Відомо, що лікарі є мають слугувати за модель для решти населення щодо здорового способу життя. В нашому дослідженні високий відсоток пацієнтів, що не курять — 87,3±2,6 % може бути наслідком позитивного прикладу лікарів — відсоток лікарів, що не курять, становив 93,6±3,1 %, ($p>0,05$).

Проведене нами опитування засвідчило, що тільки 19±4,9 % опитаних лікарів терапевтичного профілю дотримуються засад здорового харчування. Серед

тих, хто не дотримується, $72,5 \pm 6,3$ % намагаються впроваджувати цю здорову звичку, $5,9 \pm 3,3$ % знаходяться на стадії підготовки до дії та $13,7 \pm 4,8$ % — на стадії обдумування (табл.2.13).

Таблиця 2.13.

Розподіл лікарів терапевтичного профілю, які брали участь у соціологічному опитуванні за стадіями готовності до зміни поведінки щодо харчування

Стадія готовності до змін	Вся група (n=51)		Чоловіки (n=18)		Жінки (n=33)	
	Абс.	P±m	Абс.	P±m	Абс.	P±m
Перед-роздум	4	$7,8 \pm 3,8$	1	$5,6 \pm 5,4$	3	$9,1 \pm 5$
Обдумування, роздум	7	$13,7 \pm 4,8$	3	$16,7 \pm 8,8$	4	$12,1 \pm 5,7$
Підготовка до дії	3	$5,9 \pm 3,3$	3	$16,7 \pm 8,8$	-	
Дія	37	$72,5 \pm 6,3$	11	$61,1 \pm 11,5$	26	$78,8 \pm 7,1$

Результати проведеного нами дослідження засвідчили, що тільки $20,6 \pm 5,1$ % серед опитаних лікарів дотримуються і $58,7 \pm 6,2$ % — намагаються дотримуватись рекомендованого рівня фізичної активності. При цьому не виявлено різниці між особами чоловічої і жіночої статі (табл.2.14). Разом з цим, частка лікарів, які дотримуються рекомендованого рівня фізичної активності достовірно вища — $20,6 \pm 5,1$ % — в порівнянні з групою пацієнтів — $8,9 \pm 2,3$ % ($p < 0,05$). Розподіл лікарів терапевтичного профілю залежно від стадії готовності до змін щодо рівня фізичної активності представлена в таблиці 2.14.

Таблиця 2.14.

Розподіл лікарів терапевтичного профілю, які брали участь у соціологічному опитуванні за стадіями готовності до зміни поведінки щодо рівня фізичної активності

Стадія готовності до змін	Вся група (n=50)		Чоловіки (n=16)		Жінки (n=34)	
	Абс.	P±m	Абс.	P±m	Абс.	P±m
Перед-роздум	5	$10 \pm 4,2$	1	$6,3 \pm 6,1$	4	$11,8 \pm 5,5$
Обдумування, роздум	3	$6 \pm 3,4$	1	$6,3 \pm 6,1$	2	$5,9 \pm 4$
Підготовка до дії	5	$10 \pm 4,2$	2	$12,5 \pm 8,3$	3	$8,8 \pm 4,9$
Дія	37	$74 \pm 6,2$	12	$75 \pm 10,8$	25	$73,5 \pm 7,6$

Дані щодо розподілу МСМО терапевтичного профілю, які брали участь у соціологічному опитуванні представлені в таблиці 2.15.

Таблиця 2.15

Розподіл МСМО терапевтичного профілю, які брали участь у соціологічному опитуванні за віком і статтю

	К-ть	вік	Вікові групи				
			20-29 років	30-39 років	40-49 років	50-59 років	≥60 років
всього	102	38,30±11,6 (20-65)	30	29	24	14	5
чоловіків	10	35,1±16,4 (23-55)	3	2	3	2	0
Жінок	92	38,2±11,4 (20-65)	27	27	21	12	5

Аналіз анонімного анкетування 102 респондентів МСМО показав, що частка тих, хто дотримується трьох основних засад здорового способу життя — не курять, дотримуються здорового харчування та рекомендованого рівня фізичної активності була нижчою, ніж серед лікарів — $3,9 \pm 1,9$ %. 87 опитаних МСМО — $85,3 \pm 3,5$ % респондентів — не курили, тільки 7 — $6,7 \pm 2,5$ % дотримувались здорового харчування та 22 — $21,6 \pm 4,1$ % — рекомендованого рівня фізичної активності. Група МСМО, які не курять та намагаються дотримуватись здорового харчування і підтримувати необхідний рівень фізичної активності склала 36 осіб $35,3 \pm 4,7$ %.

Зasad здорового харчування дотримуються тільки $6,7 \pm 2,5$ % МСМО, що достовірно менше в порівнянні з лікарями та пацієнтами ($p < 0,05$). Серед опитаної групи МСМО $67,4 \pm 4,8$ % намагаються впроваджувати засади здорового харчування, $6,3 \pm 2,5$ % знаходяться на стадії підготовки до дії та $20 \pm 4,1$ % — на стадії обдумування (табл.2.16).

Таблиця 2.16.

Розподіл МСМО терапевтичного профілю, які брали участь у соціологічному опитуванні, за стадіями готовності до зміни поведінки щодо харчування

Стадія готовності до змін	Вся група (n=95)		Чоловіки (n=10)		Жінки (n=85)	
	Абс.	P±m	Абс.	P±m	Абс.	P±m
Перед-роздум	6	$6,3 \pm 2,5$	3	$30 \pm 14,5$	3	$3,5 \pm 2$
Обдумування, роздум	19	$20 \pm 4,1$	1	$10 \pm 9,5$	18	$21,2 \pm 4,4$
Підготовка до дії	6	$6,3 \pm 2,5$			6	$7,1 \pm 2,8$
Дія	64	$67,4 \pm 4,8$	6	$60 \pm 15,5$	58	$68,2 \pm 5,1$

З таблиці видно, що порівняння груп за статтю не є досить коректним через значне переважання жінок в медсестринстві, однак загальна тенденція не відрізняється.

Результати проведеного нами дослідження щодо фізичної активності засвідчили, що тільки $21,6 \pm 4,1$ % опитаних МСМО дотримуються рекомендованого рівня. Розподіл за стадіями готовності до зміни щодо рівня фізичної активності серед МСМО представлений у табл.2.17).

Таблиця 2.17.

Розподіл МСМО терапевтичного профілю, які брали участь у соціологічному опитуванні, за стадіями готовності до зміни поведінки щодо рівня фізичної активності

Стадія готовності до змін	Вся група (n=80)		Чоловіки (n=10)		Жінки (n=70)	
	Абс.	Р $\pm$ m	Абс.	Р $\pm$ m	Абс.	Р $\pm$ m
Перед-роздум	2	$2,5 \pm 1,7$			2	$2,9 \pm 2$
Обдумування, роздум	7	$8,8 \pm 3,2$			7	$10 \pm 3,6$
Підготовка до дії	14	$17,5 \pm 4,2$	2	$20 \pm 12,6$	12	$17,1 \pm 4,5$
Дія	57	$71,3 \pm 5,1$	8	$80 \pm 12,6$	49	$70 \pm 5,5$

Таким чином, отримані результати дозволили оцінити рівень дотримання засад здорового способу життя та готовність до змін щодо здорового харчування, рекомендованого рівня фізичної активності та відмови від тютюнокуріння серед пацієнтів, лікарів та МСМО.

Визначено, що серед опитаних пацієнтів та медичного персоналу частка тих, хто дотримується основних засад здорового способу життя — не курять, дотримуються здорового харчування та рекомендованого рівня фізичної активності — була низькою: серед пацієнтів — лише $5,7 \pm 1,8$ %, серед лікарів — $9,5 \pm 3,7$ %, серед МСМО — $3,9 \pm 1,9$ %.

Визначено відмінності щодо дотримання окремих компонентів здорового способу життя: серед державних службовців $87,3 \pm 2,6$ не курили, $26,6 \pm 3,5$ % дотримувались здорового харчування і $8,9 \pm 2,3$ % — рекомендованого рівня фізичної активності; серед лікарів $93,6 \pm 3,1$ % не курили, $19 \pm 4,9$ % — дотримувались здорового харчування і $20,6 \pm 5,1$ % — рекомендованого рівня фізичної активності; серед МСМО $85,3 \pm 3,5$ % — не курили, $6,7 \pm 2,5$ % дотримувались здорового харчування та $21,6 \pm 4,1$ % — рекомендованого рівня фізичної активності.

Результати дослідження засвідчили достовірну різницю між групою лікарів і пацієнтів щодо дотримання рекомендованого рівня фізичної активності — $(20,6 \pm 5,1)$ % та $(8,9 \pm 2,3)$ % ($p < 0,05$). Виявлено достовірну різницю щодо дотримання засад здорового харчування МСМО в порівнянні з лікарями та пацієнтами ($p < 0,05$).

Більшість опитаних пацієнтів, лікарів та МСМО перебувають на стадії дії щодо змін складових моделі поведінки.

2.2 Оцінка відношення державних службовців, лікарів та МСМО до проблеми профілактики серцево-судинних захворювань

Важливу роль у впровадженні заходів профілактики ССЗ відіграє відповідальне ставлення особистості до збереження свого здоров'я. Такий підхід передбачає участь пацієнта у виявленні та моніторингу ФР та виконанні рекомендацій лікаря щодо здорового способу життя і корекції ФР.

Аналіз результатів анкетного опитування державних службовців показав, що знають свій рівень АТ ($81,4 \pm 2,7$) % з них — ($84,2 \pm 4,0$)% чоловіків і ($79,7 \pm 3,6$) % жінок, ($p > 0,05$), ($78,7 \pm 3,9$) % осіб до 50 років ($80,0 \pm 5,7$) % чоловіків і ($78,0 \pm 4,9$) % жінок, ($p > 0,05$), ($87,0 \pm 4,1$) % осіб старше 50 років ($90,6 \pm 4,1$) % чоловіків і ($83,8 \pm 6,1$) % жінок, ($p > 0,05$). Рівень ЗХС знають лише ($16,7 \pm 2,6$) % опитаних — ($12,2 \pm 3,6$) % чоловіків і ($19,5 \pm 3,5$) % жінок, ($p > 0,05$), ($9,9 \pm 2,5$) % осіб до 50 років ($8,0 \pm 3,8$) % чоловіків і ($11,0 \pm 3,3$) жінок ($p > 0,05$), ($30,4 \pm 5,5$) % осіб старше 50 років ($18,8 \pm 6,9$) % чоловіків і ($40,5 \pm 8,1$)% жінок.

Відповідаючи на запитання «Оцініть в балах виконання Вами рекомендацій щодо здорового способу життя і профілактики захворювань», більшість державних службовців оцінили себе на 3 бали і менше — ($54,3 \pm 3,4$) % (табл. 2.18). Не виявлені статистично значимі відмінності між особами чоловічої і жіночої статі, та в різних вікових групах.

Таблиця 2.18.

Самооцінка державними службовцями виконання рекомендацій щодо здорового способу життя і профілактики захворювань (у %)

Виконання рекомендацій щодо здорового способу життя і профілактики захворювань	Число відповідей, $P \pm m$			
	Вся група (n=210)	Чоловіки (n=82)	Жінки (n=128)	Контрольна група (n=40)
5 (виконую завжди)	$1,9 \pm 0,9$	$2,4 \pm 1,7$	$1,56 \pm 1,1$	-
4 (переважно виконую)	$43,3 \pm 3,4$	$47,6 \pm 5,5$	$40,6 \pm 4,3$	$42,5 \pm 7,8$
3 (важко оцінити)	$42,9 \pm 3,4$	$37,8 \pm 5,4$	$46,1 \pm 4,4$	$45,0 \pm 7,9$
2 (переважно не виконую)	$11,4 \pm 2,2$	$11,0 \pm 3,5$	$11,7 \pm 2,8$	$10 \pm 4,7$
1 (не виконую ніколи)	-	-	-	$2,5 \pm 2,5$

Відповідаючи на питання «Як Ви оцінюєте загальний стан Вашого здоров'я?», більшість — ($63,3 \pm 3,3$) % — оцінили його як «задовільний» ($53,6 \pm 5,5$) % чоловіків і ($69,5 \pm 4,1$) % жінок.

Для ефективного проведення профілактики ССЗ важливо оцінити фактори, що перешкоджають впровадженню засад здорового способу життя. Результати проведеного анкетування показали, що для більшості

опитаних — $(72,9 \pm 3,1\%)$ — основними факторами, які перешкоджають впровадженню здорового способу життя, є звички і брак часу. Не виявлено статистично значимих відмінностей між особами чоловічої і жіночої статі та у різних вікових групах (табл.2.19).

На питання «Чи є у Вас необхідність поповнити знання щодо профілактики серцево-судинних захворювань?» відповідь «так» дали $(75,7 \pm 3,0)\%$ — $(75,6 \pm 4,7)\%$ чоловіків і $(75,8 \pm 3,8)\%$ жінок, $(72,3 \pm 3,8)\%$ осіб до 50 років $(70,0 \pm 6,5)\%$ чоловіків і $(73,6 \pm 4,6)\%$ жінок, $(82,6 \pm 4,6)\%$ осіб, старше 50 років $(84,4 \pm 6,5)\%$ чоловіків і $(81,1 \pm 6,4)\%$ жінок.

Серед запропонованих джерел для поповнення інформації щодо профілактики більшість державних службовців обрали матеріали на Інтернет сайті ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС $(56,7 \pm 3,4)\%$ та усні рекомендації лікаря $(53,3 \pm 3,4)\%$ (табл.2.20). Не виявлено статистично значимих відмінностей між особами чоловічої і жіночої статі, та в різних вікових групах.

Таблиця 2.19.

Самооцінка державними службовцями факторів, що перешкоджають впровадженню здорового способу життя (у %)

Фактори, що перешкоджають впровадженню здорового способу життя	Число відповідей, $P \pm m$			
	Вся група (n=210)	Чоловіки (n=82)	Жінки (n=128)	Контрольна група (n=40)
Матеріальні труднощі	$3,3 \pm 1,2$	$1,2 \pm 1,2$	$4,7 \pm 1,9$	$10 \pm 4,7$
Відсутність необхідної інформації	$4,3 \pm 1,4$	$3,6 \pm 2,1$	$4,7 \pm 1,9$	-
Відсутність мотивації та підтримки	$19,5 \pm 2,7$	$17,1 \pm 4,2$	$21,1 \pm 3,6$	$15,0 \pm 5,6$
Звички	$42,9 \pm 3,4$	$45,1 \pm 5,5$	$41,4 \pm 4,4$	$35,0 \pm 7,5$
Брак часу	$30,0 \pm 3,2$	$33,0 \pm 5,2$	$28,1 \pm 4,0$	$40 \pm 7,7$

Таблиця 2.20.

Самооцінка державними службовцями джерел для поповнення інформації щодо профілактики (у %)

Джерела для поповнення Інформації	Число відповідей, $P \pm m$		
	Вся група (n=210)	Чоловіки (n=82)	Вся група (n=210)
Роздруковані інформаційні матеріали	$29,5 \pm 3,1$	$24,4 \pm 4,7$	$32,8 \pm 4,2$
Усні рекомендації лікаря	$53,3 \pm 3,4$	$58,5 \pm 5,4$	$50,0 \pm 4,4$
Матеріали на Інтернет сайті	$56,7 \pm 3,4$	$59,8 \pm 5,4$	$54,7 \pm 4,4$

2.3. Розробка локального протоколу медичної допомоги «Профілактика серцево-судинних захворювань»

Розробка ЛПМД «Профілактика серцево-судинних захворювань» в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС була започаткована в 2014 році як фрагмент комплексної науково-дослідної роботи (НДР). На момент планування комплексної НДР в Україні були відсутні медико-технологічні документи щодо профілактики ССЗ, існували лише клінічні рекомендації Асоціації кардіологів України, створені на основі клінічних настанов Європейської асоціації серця (ЄАС) 2012 року (Профілактика сердечно-сосудистых заболеваний, 2013). Розробка ЛПМД «Профілактика ССЗ» проводилась згідно методології, регламентованої наказом МОЗ України (Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751) та включала наступні етапи:

1. Вивчення змісту клінічних настанов, щодо профілактики ССЗ, розроблених на державному та міжнародному рівні.
2. Ситуаційний аналіз щодо можливості виконання положень настанов в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС.
3. Наповнення текстової та графічної частини ЛПМД.

Нами було проаналізовано КН європейської асоціації серця щодо профілактики ССЗ в клінічній практиці, (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2012), КН NICE CG181 щодо оцінки ризику ССЗ та заходів модифікації ризику (2014) (NICE clinical guideline 181, 2015), КН американської асоціації серця (ACC/АНА) щодо заходів по модифікації стилю життя (2013 АНА/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk) та щодо корекції дисліпідемії (2013 ACC/АНА guidelines on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults). За основу при розробці ЛПМД нами було взято КН європейської асоціації серця 2012 року (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2012), інформацію, наведену у клінічних настановах NICE та ACC/АНА, виданих пізніше 2012 року, було використано для уточнення окремих етапів надання медичної допомоги.

Сучасні вимоги доказової медицини щодо профілактики ССЗ регламентують визначення ФР ССЗ та їх корекцію, яка включає дотримання здорового способу життя та медикаментозне лікування. Обсяг заходів корекції залежить від визначеного за стандартизованою методикою рівня ризику розвитку ССЗ у конкретного пацієнта. В Європейських клінічних настановах з профілактики серцево-судинних захворювань 2012 р. (як і у перегляді 2016 року) оцінка ризику ССЗ рекомендовано приводити з використанням шкали SCORE. При визначенні ризику у пацієнтів з ІХС та/або при наявності ЦД шкала SCORE не використовується — такі пацієнти автоматично відносяться до групи високого

(наявність ЦД без ІХС) або дуже високого (наявність ІХС) ризику. Визначення ризику дозволяє призначати заходи корекції ФР за індивідуальним планом, що сприяє ефективному використанню медичних ресурсів.

Розроблений нами ЛПМД «Профілактика ССЗ» у ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС (Додаток) включав наступні розділи:

1. Організація надання медичної допомоги.
2. Виявлення ФР ССЗ та визначення рівня ризику.
3. Корекція ФР (заходи немедикаментозної корекції та медикаментозна корекція).
4. Моніторинг ФР/диспансерний нагляд.

Проведення ситуаційного аналізу щодо можливостей практичної реалізації заходів з доведеною ефективністю, рекомендованих положеннями КН, показав, що у ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС заходи щодо виявлення ФР, визначення рівня ризику та фармакологічної корекції проводиться як на рівні лікарів первинної допомоги — дільничних терапевтів Центру первинної медичної допомоги (ЦПМД), які проводять щорічні профілактичні огляди прикріпленого контингенту, так і лікарями-спеціалістами. Зокрема, лікарі-кардіологи терапевтичного відділення консультативно-діагностичного центру (ТВ КДЦ) забезпечують диспансерне спостереження за пацієнтами з ІХС високого ризику та призначають заходи корекції — переважно, медикаментозної, лікарі ендокринологічного відділення КДЦ призначають заходи корекції ЦД, лікарі неврологічного відділення КДЦ — заходи корекції пацієнтам з ураженням нервової системи. Проблемним питанням були недостатня увага лікарів до використання стандартизованих підходів визначення рівня ризику та призначення заходів немедикаментозної корекції. Ці питання були враховані при розробці ЛПМД. Зокрема, у розділі «Організація медичної допомоги» окремим пунктом виділено проведення в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС заходів щодо підвищення поінформованості медичного персоналу з сучасних аспектів профілактики ССЗ та технології проведення профілактичного консультування.

Структура ЛПМД «Профілактика ССЗ»: перелік дій лікаря та процесів (із зазначенням лікаря або відділення, відповідального за його виконання, терміни виконання), індикатори якості медичної допомоги представлено у вигляді таблиці, а детальний опис етапів — алгоритм оцінки та моніторингу ФР, заходів корекції, динамічного диспансерного спостереження — був наведений у додатках. В додатках до ЛПМД було також надано методичну інформацію для лікарів щодо проведення профілактичного консультування: «Принципи проведення профілактичного консультування», «Принципи ефективного спілкування для оптимізації зміни способу життя», «Проведення консультування щодо здорового харчування», «Проведення консультування щодо фізичної активності», «Проведення консультування щодо припинення тютюнокуріння», «Проведення консультування щодо надлишкової маси тіла та ожиріння».

У запроповадженому ЛПМД основний обсяг заходів щодо визначення ризику та корекції ФР проводиться лікарями ЦПМД при проведенні диспансерних та профілактичних оглядів — в закладі функціонує система надання первинної медичної допомоги лікарями-терапевтами за дільничним принципом. Ефективна профілактика ССЗ можлива тільки у разі мультидисциплінарного підходу. Тому в ЛПМД було внесено опис заходів, які проводяться лікарями-спеціалістами КДЦ — кардіологами, ендокринологами та неврологами. До переліку обов'язкових заходів увійшли підтримка мотивації пацієнта на виконання засад здорового способу життя та медикаментозного лікування та обов'язкове направлення пацієнтів, у яких не досягнуто оптимального контролю ФР, лікарями-спеціалістами до дільничного терапевта або іншого профільного спеціаліста.

Окремі положення розробленого нами при виконанні планової НДР ЛПМД були використані при створенні медико-технологічних документів МОЗ України — уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Профілактика серцево-судинних захворювань», який було затверджено наказом МОЗ України №564 від 13.06.2016 (Наказ МОЗ України від 13.06.2016 № 564).

У нашому закладі лікарі ЦПМД, КДЦ та стаціонарних підрозділів працюють з електронною МКАХ на автоматизованих робочих місцях (АРМ). Всі АРМи об'єднано за допомогою внутрішньої мережі, що надає можливість електронного документообігу. Враховуючи цей факт, ЛПМД «Профілактика ССЗ», як і інші ЛПМД, що впроваджуються у закладі, розміщено у електронній мережі, з доступом до цієї документації кожного лікаря зі свого робочого місця. Важливе значення щодо подальшого впровадження в клінічну практику заходів з доведеною ефективністю щодо профілактики ССЗ належить використанню інформаційних технологій у медицині, зокрема, включення стандартизованих підходів до виявлення та моніторингу ФР ССЗ у електронну МКАХ та автоматизованого визначення рівня ризику.

2.4. Науково-методичний супровід підвищення обізнаності лікарів та МСМО з питань профілактики ССЗ та проведення профілактичного консультування

Одним із засобів сприяння впровадженню профілактичних підходів в роботу лікарів та медичних сестер є зміна принципів системи медичної освіти. Хоча за результатами проведених опитувань більшість лікарів вважають, що володіють достатнім рівнем знань щодо заходів профілактики, вони потребують методологічної підтримки в організації проведення таких заходів.

Завданням медичних навчальних закладів є адаптація програм — як щодо основних дисциплін, так і щодо практичних навичок — з метою організації системи навчання з профілактичного консультування. (Lusey С. R. 2013, Калинина А.М. и соавт., 2011; Алексеенко С.Н. и соавт., 2013).

Запропонований нами навчальний модуль «Профілактика серцево-судинних захворювань» для лікарів та МСМО включає наступні теми:

1. Профілактика ССЗ, як наукова проблема. Фактори ризику ССЗ з позиції доказової медицини.
2. Стратегії профілактики ССЗ. Оцінка індивідуального серцево-судинного ризику. Немедикаментозна та медикаментозна корекція ФР.
3. Профілактика ССЗ в Україні: стан проблеми і перспективи. Локальний протокол медичної допомоги «Профілактика ССЗ» — шлях до впровадження сучасних положень доказової медицини.
4. Основи профілактичного консультування (методологія). Формування мотивації до зміни способу життя. Підвищення прихильності до виконання рекомендацій лікарів. Формування практичних навичок щодо здорового способу життя.

Навчальний процес включає різноманітні форми та є зручним для слухачів: лекції (в тому числі з використанням дистанційної форми освіти), практичні заняття з формування навичок щодо зміни способу життя, тренінги з менеджменту (зокрема, сестринського) та вільне користування інформацією в локальній мережі установи. Інформаційне забезпечення модуля формується з методичних розробок лекцій та практичних занять, анкет, тестів, окремих інформаційних листів для пацієнтів на паперових та електронних носіях.

В лекції по темі «Профілактика ССЗ, як наукова проблема. Фактори ризику ССЗ з позиції доказової медицини» в історичному аспекті розглядаються питання розвитку концепції ФР та формування профілактичного напрямку в сучасній кардіології. В класичному варіанті ФР відповідає трьом вимогам:

- з підвищенням його рівня зростає захворюваність і смертність від певної хвороби;
- пацієнти з клінічними проявами захворювання мають більш високі рівні ФР, ніж здорові люди;
- при немедикаментозному та медикаментозному зниженні рівня ФР зменшується частота гострих ускладнень і смертність від захворювання.

З практичної точки зору доцільним є розподіл основних ФР ССЗ на ті, що підлягають модифікації та ті, що не підлягають. До першої групи належать гіперхолестеринемія, АГ, тютюнопаління, гіподинамія, ожиріння, порушення вуглеводного обміну, психосоціальні фактори та ряд інших. Основними ФР, що не підлягають модифікації, є стать, вік та обтяжена спадковість. Аналіз 10 досліджень, проведених у різних країнах світу, показав, що модифікація ФР

обумовила зниження смертності від ССЗ на 44 % в Нідерландах, на 50-54 % в США, на 76 % — в Північній Карелії та Фінляндії. Загалом, понад 50 % зниження смертності у країнах Західної Європи, пов'язано з модифікацією ФР. Доведено, що ризик розвитку ССЗ в більшості випадків є результатом взаємодії декількох ФР, що стало основою для створення моделей оцінки ризику, які комплексно враховують їх вплив. Доведено, що серед ФР ССЗ провідна роль належить АГ. З підвищенням АТ пов'язано приблизно 37 % смертей від ССЗ у країнах Азії та до 54 % — у країнах Східної Європи. АГ є провідною причиною розвитку гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК) та гострого інфаркту міокарді (ГІМ), хронічної серцевої недостатності, хронічних захворювань нирок, атеросклеротичного ураження периферичних артерій, в т.ч., артерій сітківки. Поширеність АГ у популяції становить, в середньому, 30-45 %, хоча існують значні розбіжності між окремими країнами. Стандартизований за віком показник поширеності АГ у міській популяції в Україні становить 29,6 %. У сільській популяції поширеність АГ вища — 36,3 %, в тому числі, серед чоловіків — 37,9 %, серед жінок — 35,1 %. До числа найбільш поширених і значимих ФР ССЗ відносяться тютюнокуріння і дисліпідемія. Надзвичайно актуальним питанням є низький рівень проведення обстежень для виявлення порушень ліпідного обміну серед жителів України. За результатами поштових опитувань, проведених співробітниками ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска», лише 22 % міських мешканців хоча б 1 раз на рік визначають рівень ЗХС в крові, а 44% населення ніколи в житті не проводили такого дослідження, причому, ця ситуація лишається практично незмінною впродовж останніх 10 років. За результатами епідеміологічних досліджень у світі спостерігається збільшення поширеності таких пов'язаних між собою ФР ССЗ, як надлишкова маса тіла, ожиріння, нездорове харчування, гіподинамія та цукровий діабет (ЦД) II типу. В Україні за оцінками ВООЗ, надлишкову масу тіла мають 50,5% чоловіків, з них ожиріння — 16 %, та 56 % та 26 % жінок відповідно. В середньому на ожиріння страждає близько 15% населення країни, що відповідає середньоєвропейському рівню. Проблема ожиріння тісно пов'язана зі збільшенням поширеності ЦД II типу. Наявність ЦД II типу призводить до підвищення ризику ССЗ в 2-3 рази у чоловіків і у 3-5 разів у жінок. Згідно рапорту експертів ВООЗ 2004 року, основними елементами харчування, які мають негативний вплив на рівень захворюваності, є збільшення вживання продуктів з високою енергетичною цінністю, продуктів з високим вмістом жиру, цукру та кухонної солі. Поширеним ФР в сучасній популяції є низький рівень фізичної активності. За інформацією, представленою у рапорті ВООЗ, гіподинамія посідає четверте місце серед ФР, які визначають загальну смертність (АГ — 12,8 %; тютюнокуріння — 9%, ЦД — 6%) та є причиною приблизно 3,2 мільйона смертей на

рік, що складає 6% випадків загальної смертності. Велику роль в розвитку ССЗ та їх ускладнень відіграють психологічні риси особистості та соціальні фактори. В клінічних настановах Європейської асоціації кардіологів з профілактики серцево-судинних захворювань зазначено, що низький соціально-економічний статус, недостатня соціальна підтримка, стрес на роботі і в сім'ї, депресія, тривога, ворожість і тип особистості D («distressed» — страждалець) підвищують ризик розвитку ССЗ, сприяють погіршенню клінічного перебігу та прогнозу ССЗ.

В лекції по темі «Стратегії профілактики ССЗ. Оцінка індивідуального серцево-судинного ризику. Немедикаментозна та медикаментозна корекція ФР» узагальнені сучасні підходи щодо оцінки ризику та корекції ФР у відповідності до положень доказової медицини. Європейські КН з профілактики ССЗ, починаючи з 2003 року для оцінки загального ризику розвитку ССЗ рекомендують застосовувати систему SCORE. Європейські КН з профілактики серцево-судинних захворювань 2012 р. (п'ятий перегляд) стали прототипом для розробки УКПМД «Профілактика серцево-судинних захворювань» в Україні. (Наказ МОЗ України від 13.06.2016 № 564). У відповідності до УКПМД:

- 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, хронічної хвороби нирок (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 — шкала SCORE для визначення ризику у них не використовується.
- Всім пацієнтам, незалежно від статі, віку та рівня ризику ССЗ надаються рекомендації щодо профілактики ССЗ та дотримання здорового способу життя.
- Пацієнтам, що мають ФР 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, що мають супутню патологію, наявність якої негативно впливає на розвиток ССЗ, призначається лікування відповідно до чинних медико-технологічних документів.

В лекції по темі «Профілактика ССЗ в Україні: стан проблеми і перспективи. Локальний протокол медичної допомоги «Профілактика ССЗ» — шлях

до впровадження сучасних положень доказової медицини» розглядаються проблемні питання щодо проведення профілактики ССЗ в Україні та підходи до реалізації профілактичних заходів, зокрема, шляхом розробки і впровадження ЛПМД.

В ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС розробка ЛПМД «Профілактика серцево-судинних захворювань» була започаткована в 2015 році як фрагмент комплексної науково-дослідної роботи.

Розробка ЛПМД включала наступні етапи:

1. Вивчення змісту клінічних настанов, щодо профілактики ССЗ, розроблених на державному та міжнародному рівні.
2. Ситуаційний аналіз щодо можливості виконання положень настанов в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС.
3. Наповнення текстової та графічної частини ЛПМД.

Сучасні вимоги доказової медицини щодо профілактики ССЗ узагальнені в Європейських КН з профілактики ССЗ, Рекомендаціях Асоціації кардіологів України з профілактики ССЗ та інших КН національних медичних спільнот.

ЛПМД містить розділи «Організація надання медичної допомоги», «Виявлення ФР ССЗ та стратифікація ризику», «Корекція ФР (немедикаментозна та медикаментозна) », «Моніторинг ФР/диспансерний нагляд». У розділі «Організація медичної допомоги» окремим пунктом виділено проведення в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС заходів щодо підвищення поінформованості лікарів та МСМО з сучасних аспектів профілактики ССЗ та технології проведення профілактичного консультування. Модуль «Профілактика ССЗ» включено до плану навчання в ЦПКЛМСМО на курсах ТУ для лікарів та медичних сестер.

В ЛПМД детально викладено інформацію щодо виконання заходів обов'язкового обсягу медичної допомоги із зазначенням лікаря або відділення, відповідального за його виконання. Основна увага при розробці ЛПМД «Профілактика серцево-судинних захворювань» в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС була приділена заходам, що проводяться на етапі первинної медичної допомоги при проведенні профілактичних оглядів.

Однією з головних умов забезпечення успіху профілактики ССЗ є своєчасне виявлення та корекція ФР. ЛПМД «Профілактика серцево-судинних захворювань» передбачає забезпечення проведення всім пацієнтам в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС клінічного, лабораторного та інструментального обстеження, необхідного для виявлення ФР та визначення рівня ризику.

Рівень загального ризику вноситься в МКАХ в графу «Діагноз» — при проведенні щорічних диспансерних (згідно плану диспансерного нагляду) або профілактичних оглядів, що дозволяє надавати індивідуальні рекомендації та проводити моніторинг корекції ФР. Всім пацієнтам має надаватися інформація

про стан їх здоров'я та рекомендації щодо немедикаментозної і, в разі потреби, медикаментозної корекції ФР, рекомендації надаються в усній та письмовій формі. Для покращення сприйняття рекомендацій пацієнти забезпечуються інформаційними листами «Рекомендації щодо профілактики серцево-судинних захворювань», «Інформація щодо здорового харчування», які розроблені як додатки до ЛПМД.

Важливо підтримувати мотивацію пацієнтів до виконання заходів немедикаментозної корекції, модифікації способу життя, та, в разі потреби, прийому медикаментозних препаратів. Це питання потребує постійної уваги лікарів. В додатках до ЛПМД надано методичну інформацію для лікарів щодо проведення профілактичного консультування: «Принципи проведення профілактичного консультування», «Принципи ефективного спілкування для оптимізації зміни способу життя», «Проведення консультування щодо здорового харчування», «Проведення консультування щодо фізичної активності», «Проведення консультування щодо припинення тютюнокуріння», «Проведення консультування щодо надлишкової маси тіла та ожиріння».

У розділі ЛПМД «Моніторинг ФР. Диспансерний нагляд» регламентовано проведення клінічних оглядів пацієнтів лікарем первинної ланки та їх обсяг. Важливим сучасним аспектом, який впливає на ефективність профілактики ССЗ, є залучення медичних сестер до цього процесу. Моделі профілактичних програм за участі медичних сестер вивчалися в рандомізованих дослідженнях щодо вторинної профілактики та показали значний позитивний вплив на рівень факторів ризику, толерантність до фізичного навантаження, контроль рівня глюкози, прихильність до медикаментозної терапії, що обумовило зниження серцево-судинних подій у пацієнтів та смертності, сприйняття пацієнтами поняття «здоров'я». Зважаючи на це, в ЛПМД внесено положення щодо участі МСМО в моніторингу пацієнтів високого/дуже високого ризику. МСМО залучаються до моніторингу корекції ФР та виконання рекомендацій лікаря у цієї категорії пацієнтів (телефоном 4 рази на рік).

Тема 4 «Основи профілактичного консультування (методологія). Формування мотивації до зміни способу життя. Підвищення прихильності до виконання рекомендацій лікарів. Формування практичних навичок щодо здорового способу життя» передбачає проведення як лекцій, так і практичних тренінгів для лікарів і медичних сестер.

Підвищення кваліфікації медичного персоналу проводиться з використанням як очного так і дистанційного навчання — на робочому місці лікарі та МСМО мають доступ до методичних та інформаційних матеріалів модулю «Профілактика серцево-судинних захворювань», які розміщені в ком'ютерній мережі ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС.

2.5. Науково-методичний супровід підвищення поінформованості пацієнтів з питань здорового способу життя та корекції факторів ризику

Підвищення поінформованості пацієнтів щодо дотримання засад здорового способу життя є обов'язковою складовою сучасних клінічних настанов з лікування та профілактики серцево-судинних захворювань. При виборі інформації для розміщення на веб-сайті нами були враховані результати анкетування репрезентативної вибірки пацієнтів — щодо наявності у них ФР ССЗ та готовності до змін поведінкових факторів ризику. Інформаційний блок, розміщений на веб-сайті ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС (розділ «Пацієнту» підрозділ «Поради лікарів»), включає наступні розділи:

1. Здоровий спосіб життя. Поради щодо дотримання здорової моделі поведінки.
2. Інформація щодо здорового харчування.
3. Підтримка оптимальної маси тіла.
4. Оцінка рівня фізичної активності.

Інформація, розміщена на веб-сайті, містить опис основних факторів ризику ССЗ, в тому числі, складових моделі поведінки, які мають доведений вплив на стан здоров'я та розвиток захворювань, та рекомендації щодо їх виявлення та корекції.

У першому розділі узагальнені сучасні наукові погляди щодо здорового способу життя який є важливою складовою моделі здорової поведінки. Елементами здорової поведінки, які доведено впливають на розвиток захворювань, є правильне збалансоване (або здорове) харчування, достатня рухова (або фізична) активність, підтримання нормальної маси тіла, відсутність шкідливих звичок та корекція факторів ризику захворювань — АГ, дисліпідемії, ожиріння, лікування ЦД. Концепція факторів ризику практично нівелює межу між первинною і вторинною профілактикою, оскільки обґрунтовує необхідність корекції як у людей без клінічних ознак хвороби — щоб попередити її розвиток (первинна профілактика), так і у хворих — з метою попередження її прогресування та розвитку ускладнень (вторинна профілактика). Як правило, медикаментозна корекція призначається пацієнтам високого ризику, а заходи немедикаментозної корекції, рекомендації по дотриманню засад здорового способу життя — всім пацієнтам, незалежно від рівня ризику.

Харчування — складова моделі поведінки, яка має надзвичайно важливе значення у підтримці життєдіяльності організму. Характер харчування має доведений вплив на розвиток серцево-судинних захворювань (ССЗ), деяких онкологічних захворювань та остеопорозу — через модифікацію таких факторів ризику, як АГ, дисліпідемія, розвиток ЦД та ожиріння та за рахунок інших механізмів.

Здорове харчування передбачає:

- відповідність енергетичної цінності раціону енерговитратам організму;

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

Іншим елементом здорового способу життя є підтримка достатнього рівня фізичної активності. Результати клінічних досліджень свідчать про те, що регулярна фізична активність знижує ризик захворюваності та смертності — у всіх людей, незалежно від статі, віку, наявності або відсутності захворювань, позитивний вплив фізичної активності на стан здоров'я встановлено при рівні фізичного навантаження мінімум 150 хвилин/тиждень навантаження помірної інтенсивності та збільшується при збільшенні тривалості навантаження та що позитивний вплив на стан здоров'я мають як динамічні (або аеробні) фізичні вправи, так і вправи на напруження м'язів.

Важливе значення має підтримка нормальної маси тіла. Хоча ожиріння має значно менший вплив на прогноз, ніж рівень фізичної активності, найнижчий рівень смертності осіб у віковій групі <60 років було зареєстровано при ІМТ від 20 до 25 кг/м². Підтримка оптимальної МТ має позитивний вплив на такі параметри, як рівень АТ, рівень глюкози крові та показники ліпидограми. Ожиріння, особливо — абдомінальне ожиріння, коли жирова тканина локалізується у черевній порожнині, є фактором, який сприяє виникненню цукрового діабету 2 типу, що, в свою чергу, підвищує ризик розвитку атеросклерозу та ішемічної хвороби серця. Хоча величина маси тіла залежить від багатьох факторів, в тому числі, спадковості, вона значною мірою визначається характером харчування та рівнем фізичної активності. Підтримання балансу між енергетичною цінністю їжі та енергетичними витратами — надзвичайно важлива умова підтримки нормальної маси тіла.

Проблема впровадження здорового способу життя має декілька аспектів. Ефективною вона може бути тільки за умови проведення загальнодержавних профілактичних програм та підвищення особистої відповідальності особистості за стан свого здоров'я. Формування свідомого відношення і відповідальності за стан здоров'я — складне завдання, яке можна вирішити тільки скоординованими діями — при впровадженні загальнодержавних, освітніх, медичних програм. Основною метою цих програм є усвідомлене прийняття способу життя, направленою на збереження здоров'я, та забезпечення зміни поведінки — від такої, що шкодить здоров'ю, до такої, що сприяє зміцненню та збереженню здоров'я. В реальному житті ми маємо значний розрив між рекомендаціями по зміні способу життя і фактичним виконанням їх на практиці. На цьому шляху важливо розширити поінформованість щодо складових здорового способу життя та заручитися професійною підтримкою лікарів щодо розробки та втілення індивідуалізованої профілактичної програми. Такий підхід дозволяє підвищити поінформованість та залучити пацієнта до активної участі у профілактиці серцево-судинних захворювань.

ПІДСУМОК

Положення доказової медицини, щодо важливої ролі дотримання засад здорового способу життя та корекції ФР у профілактиці ССЗ увійшли в клінічні рекомендації з профілактики (2013 АНА/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk.; 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice). Однак, ефективність впровадження цих положень залишається недостатньою, що було підтверджено при проведенні дослідження EUROASPIRE IV та ін.. (Kotseva K, et al., 2015; Vedin O et al., 2013; Teo K, et al., 2013; Yusuf S, et al., 2011). Важливим завданням є заохочення населення до вибору здорового способу життя. Іншим важливим питанням є координація дій Європейської Асоціації кардіологів стосовно навчання медичних фахівців, в т.ч., післядипломної медичної освіти (Vardas P., 2013), так як активна участь лікарів та медичних сестер у наданні послуг профілактичного характеру є передумовою ефективної профілактики ССЗ.

Проведені нами дослідження виявили певні особливості щодо поширеності ФР ССЗ в українській популяції. Отримані результати обґрунтовують доцільність виявлення та моніторингу ФР ССЗ та підвищення мотивації населення до виконання вимог здорового способу життя. Вперше запропоновано спеціальний опитувальник для стандартизації підходів щодо визначення стадії готовності до змін поведінкових факторів ризику ССЗ, пріоритетність використання якого підтверджена патентом України (Пат. 11 49 60 U). Удосконалено технології підвищення поінформованості пацієнтів щодо здорового способу життя та профілактики серцево-судинних захворювань: на сайті ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС в «Довіднику пацієнта» розміщено інформаційний блок «Здоровий спосіб життя та профілактика серцево-судинних захворювань», який доступний для ознайомлення та роздрукування. Організаційна структура ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС — поєднання наукового, клінічного та освітнього підрозділів — дозволила вирішити ряд питань, що виникли в процесі розробки та впровадження ЛПМД «Профілактика ССЗ». Зокрема, наявність в установі освітнього підрозділу — «Центру підвищення кваліфікації лікарів та МСМО» — дозволило науковим співробітникам, які брали участь у розробці ЛПМД та створенні наукового обґрунтування програми та методичного супроводу його впровадження, безпосередньо проводити навчання лікарів та молодшого медичного персоналу щодо впровадження профілактичних технологій, відповідно до положень доказової медицини. З урахуванням побажань лікарів та МСМО розроблено та запроваджено модуль «Профілактика серцево-судинних захворювань» в програму тематичного удосконалення. Навчальний модуль включає 4 основні теми:

1. Профілактика ССЗ, як наукова проблема. Фактори ризику ССЗ з позиції доказової медицини

2. Стратегії профілактики ССЗ. Індивідуальна оцінка серцево-судинного ризику. Немедикаментозна та медикаментозна корекція ФР.
3. Профілактика ССЗ в Україні: стан проблеми і перспективи. Локальний протокол медичної допомоги «Профілактика ССЗ» — шлях до впровадження сучасних положень доказової медицини.
4. Основи методології профілактичного консультування.

Підвищення кваліфікації медичного персоналу проводиться з використанням дистанційної форми навчання — на робочому місці лікарі та МСМО мають доступ до методичних та інформаційних матеріалів модулю «Профілактика серцево-судинних захворювань», які розміщені в комп'ютерній мережі ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС.

Довготривалий позитивний результат від впровадження ЛПМД «Профілактика серцево-судинних захворювань» можливий тільки у разі забезпечення безперервного циклу його подальшого удосконалення: планування та розробка; впровадження та виконання; моніторинг дотримання та клінічний аудит; перегляд, внесення змін та доповнень. З практичної точки важливе значення має організація клінічного аудиту, зокрема використання індикаторів якості медичної допомоги. В ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС цей процес безпосередньо пов'язаний з акредитацією закладу на відповідність системи управління якістю медичної допомоги вимогам стандарту ISO 9001:2009. Вирішення цієї проблеми також пов'язане з більш ефективним використанням електронного документообігу в закладі.

Таким чином, процес впровадження в практичну діяльність ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС стандартизованих підходів, які відповідають вимогам доказової медицини, триває. Практичні аспекти і наш досвід, зокрема щодо залучення медичного персоналу та пацієнтів до профілактичних програм може бути використаний іншими лікувальними закладами в Україні.

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Алексеев С.Н., Авдеева М.Г., Бабичева О.В. (2013) Оценка осведомленности врачей первичного звена здравоохранения в вопросах профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения» *vestnik.mednet.ru*.
2. Анисимова Н.Ю., Сирота Н.А., Рабинович С.А. и др. (2013) Мотивационное интервьюирование в амбулаторной стоматологической практике. Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. N 6 (23): http://mprj.ru/archiv_global/2013_6_23/nomer/nomer05.php
3. Банковська Н.В. (2008) Гігієнічна оцінка стану фактичного харчування дорослого населення України та наукове обґрунтування шляхів його оптимізації: автореф. дис... канд. наук: 14.02.01: http://librar.org.ua/sections_load.php?s=medicine&id=790&start=9.
4. Братусь В.В., Талеева Т.В., Шумаков В.А. (2009) Ожирение, инсулинорезистентность, метаболический синдром: фундаментальные и клинические аспекты. К.: Четверта хвиля. — 416 с.
5. Бойцов С.А., Вылегжанин С.В., Гамбарян М.Г., и др. (2013) Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения. Методические рекомендации. <http://profmed.rosminzdrav.ru/downloads/c2m1i2/Метод%20реком%20диспансеризация.pdf>
6. ВОЗ: Проект плана действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013-2020 гг. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_9-ru.pdf.
7. В Україні у 2012 р. загальна поширеність куріння зменшилася на 2,2% — до 21,8% населення: <http://www.rbc.ua/ukr/news/society/v-ukraine-v-2012-g-obshchaya-rasprostranennost-kureniya-umenshilas-27032013120400>
8. Гакман А., Медвідь А., Мосейчук Ю. та ін. (2017) Аналіз особливостей мотиваційних пріоритетів до рекреаційно-оздоровчої діяльності різних груп населення. Фізична активність і якість життя людини. Збірник тез доповідей I Міжнародної науково-практичної конференції, 14–16 червня. — Луцьк–Світязь — С.7.
9. Гідзинська І.М., Мороз Г.З., Ласиця Т.С., Дзізінська О.О. (2015) Профілактика серцево-судинних захворювань: історичний аспект та сучасний стан проблеми (частина 1). *Therapia. Український медичний вісник*. 6: 62-64.
10. Гідзинська І.М., Мороз Г.З., Ласиця Т.С., Дзізінська О.О. (2016) Стандартизовані підходи до призначення статинів (за матеріалами клінічних настанов). *Therapia. Український медичний вісник*, 9: 19–24.
11. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью / ВОЗ. — 2004: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/ru/index.html>.
12. Горбась І.М. (2010) Епідеміологічні та медико-соціальні аспекти артеріальної гіпертензії. *Укр. кардіол. журн. Додаток 1*: 16–21.
13. Горбась І.М. (2010). Епідеміологічна ситуація щодо серцево-судинних захворювань в Україні: 30-річне моніторування. *Практическая ангиология*, 9: 10.
14. Горбась І.М., Барна О.М., Сакалош В.Ю. та ін. (2010) Оцінка поширеності та контролю факторів ризику серцево-судинних захворювань серед населення та лікарів. *Ліки України*, 1: 4–9.
15. Горбась І.М., Смирнова І.П., Вакалюк І.П. та ін. (2013) Епідеміологічна ситуація щодо артеріальної гіпертензії у сільській популяції України. *Ліки України*, 7: 88–91.
16. Горбась І.М. (2011) Дисліпідемії: епідеміологічний погляд. *Практическая ангиология*, 1: 28–31.
17. Горбась І.М. (2009) Шкала SCORE в клінічній практиці: переваги та обмеження. *Артериальная гипертензия*, 2(4).
18. Горбась І.М. (2009) Фактори ризику серцево-судинних захворювань: ожиріння. *Здоров'я України*. 14/1: 66–67.
19. Горбась І.М., Барна О.М., Сакалош В.Ю. та ін. (2010) Оцінка поширеності та контролю факторів ризику серцево-судинних захворювань серед населення та лікарів. *Ліки України*, 1: 4–9.
20. Гулич М.П., Коблянська А.В. (2010) Стратегія ВООЗ щодо профілактики неінфекційних захворювань та боротьби з ними: сучасні аспекти реалізації програми CINDI в Україні. *ENVIRONMENT & HEALTH*, 2: 57–63.

21. Гульчій М.В., Замолотова К.О., Соколова Л.К. та ін. (2014) Системний контроль глікозильованого гемоглобіну — шлях до покращання лікування і якості життя людей з цукровим діабетом. Діабет. Ожиріння. Метаболічний синдром, 4(III): 91–98.
22. Давиденко Н. В. (2008) Динаміка особливостей харчування та аліментарно–залежних факторів ризику серцево–судинних захворювань в чоловічій популяції за даними 25–річного моніторингу. Проблеми харчування, 1-2: 20-27.
23. Державна служба статистики України. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2015 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2015 року) Київ, 2016. http://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2016/zb/03/Zb_snsz15pdf.zip
24. Деревянних Е. В., Балашова Н. А., Яскевич Р. А. (2017) Анализ распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди мужчин медицинских работников крупной клинической больницы города Красноярск. *Siberian Journal of Life Science and Agriculture*, 4: 10-33.
25. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире. (2014). Достижение девяти глобальных целей по НИЗ, общая ответственность: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/WHO_NMH_NVI_15?sequence=6
26. Довідник основних показників діяльності ендокринологічної служби України за 2014 рік (2015). Ендокринологія, Додаток 1. 20, № 1: 38.
27. Дроздова Л.Ю., Марцевич С.Ю., Воронина В.П. (2011) Одновременная оценка распространенности и эффективности коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди врачей и их знания современных клинических рекомендаций. Результаты проекта «Здоровье и образование врача». *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*, 7(2): 137 -144.
28. Дроздова І.В., Бабець А.А., Степанова Л.Г. та ін. (2017) Захворюваність, поширеність та інвалідність унаслідок гіпертонічної хвороби: підходи до аналізу й прогнозування. Український кардіологічний журнал, 1: 85–93.
29. Дячук Д.Д., Гідзинська І.М., Мороз Г.З. та співав. (2013) Використання інтернет-технологій в сучасній медичній практиці. Проблеми військової охорони здоров'я / Збірник наукових праць Української військово-медичної академії. — К.: ПВВ УВМА, Вип. 40: 245-253.
30. Дячук Д.Д., Зюков О.Л., Гідзинська І.М., Мороз Г.З. (2014) Нові можливості збереження та обміну медичною інформацією: електронна історія хвороби, медична картка та персональний портал пацієнта. *Терапія. Український Медичний вісник*. 1: 52-56.
31. Дячук Д.Д., Мороз Г.З., Гідзинська І.М. та ін. (2015) Локальний протокол медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію: досвід розробки та впровадження на амбулаторно–поліклінічному етапі. — Київ: Інтерсервіс. — 141 с.
32. Закон України від 22.09.2005 № 2899– IV зі змінами. Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2899-15>
33. Закон України від 24.05.2012 № 4844– 17 Про внесення змін до деяких законів України щодо вдосконалення окремих положень про обмеження місць куріння тютюнових виробів: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/4844-17>
34. Історія Інституту кардіології: <http://www.strazhesko.org.ua/history>
35. Калинина А.М., Оганов Р.Г., Кукушкин С.К. и соавт. (2011) Обучение врачей первичного звена эффективному профилактическому консультированию в рамках реализации концепции непрерывного медицинского образования. *Профилактическая медицина*, 2: 3-6.
36. Кваша Е. А. (2007) Табакокурение и смертность у мужчин 40—59 лет (данные 20-летнего проспективного наблюдения). *Український кардіологічний журнал*: 6: 67—71.
37. Кваша Е.А., Смирнова И.П., Горбась И.М. и др. (2016) Профиль сердечно-сосудистого риска у мужчин, проживающих в городе: 35–летняя динамика. *Український кардіологічний журнал*, 6: 90–96.
38. Кваша О.О., Смирнова И.П., Горбась И.М., Срібна О.В. (2016) Динаміка структури ліпідного фактора серцево–судинного ризику протягом 35 років у міській популяції чоловіків. *Український кардіологічний журнал*, 2: 54–60.

39. Кваша Е.А. (2016) Борьба с табакокурением: необходимость консолидации усилий общества и медицинских работников. Український кардіологічний журнал, 1: 54–59.
40. Классификация и эффекты статинов: <http://noatero.ru/ru/klassifikaciya-i-effekty-statinov>
41. Коваленко В.Н. (2014) 2013 год в кардиологии и ревматологии: итоги года. Здоров'я України.- № 1: 31.
42. Коваленко В.Н., Дьяченко Я.С., Несукай Е.Г. и др. (2015) Сравнительная характеристика профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в Украине и Европе по данным исследования EUROASPIRE IV: госпитальная линия. Український кардіологічний журнал, 4: 17–24.
43. Коваленко В.М., Долженко М.Н., Несукай Е.Г. и др. (2016) Гендерные особенности факторов сердечно-сосудистого риска у пациентов Украины и Европы по данным EUROASPIRE IV: общая практика. Український кардіологічний журнал, Додаток 3: 15–23.
44. Коваленко В.М., Дорогой А.П. (2016) Серцево-судинні хвороби: медично-соціальне значення та стратегія розвитку кардіології в Україні. Український кардіологічний журнал. Додаток 3: 5–14.
45. Корнацький В.М., Дьяченко Л.О., Михальчук В.М. (2017) Вплив психосоціальних чинників на стан здоров'я та якість життя населення. Український кардіологічний журнал, 2: 106–113.
46. Лашкул З. В., Курочка В. Л. (2014) Соціально-гігієнічне дослідження факторів ризику серцево-судинних захворювань серед лікарів різних фахових груп, з'ясування ставлення лікарів до проблем профілактики. Запорізький мед. журнал, 3 (84): 23–25.
47. Линник С. О.(2012) Напрями реалізації в Україні європейської стратегії ВООЗ щодо профілактики і боротьби з неінфекційними захворюваннями. Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу «Києво-Могилянська академія». Сер.: Державне управління. Т. 208, Вип. 196: 106–111.
48. Лутай М.И. (2011) Ведение больных с ишемической болезнью сердца и сопутствующей артериальной гипертензией в Украине. Результаты исследования ПРЕСТИЖ. Український кардіологічний журнал 1: 25–36.
49. Лутай М.И., Пархоменко А.Н., Лысенко А.Ф. и др. (2013) Международный регистр CLARIFY больных со стабильной ишемической болезнью сердца в Украине: особенности, проблемы, перспективы. Український кардіологічний журнал, 3: 13–21.
50. Митченко Е.И., Мамедов М.Н., Колесник Т.В. и др. (2013) Современный профиль факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в городской популяции Украины. Український кардіологічний журнал. Матеріали XIV Національного конгресу кардіологів України. Додаток 4: 76–83.
51. Митченко О.І., Мамедов М.Н., Колесник Т.В. та ін. (2015) Особливості поширеності чинників серцево-судинного ризику в жінок залежно від наявності менопаузи. Український кардіологічний журнал, 4: 96–102.
52. Митченко О.І., Мамедов М.Н., Колесник Т.В. та ін. (2015). Поширеність порушень ліпідного обміну в міській популяції України залежно від ступеня й типу ожиріння. Международный эндокринологический журнал, № 5(69): 13–18.
53. Мороз Г.З., Гідзинська І.М., Мельничук Н.О. (2014) Інформація щодо здорового харчування. Therapia. Український Медичний вісник, 4-5: 76–77.
54. Мороз Г.З., Гідзинська І.М., Ласиця Т.С. (2016) Профілактичне консультування в практичній роботі лікаря Therapia. Український медичний вісник. 2: 44–48.
55. Мороз Г.З., Гідзинська І.М., Ласиця Т.С. (2017) Впровадження засад здорового способу життя: теоретичні та практичні аспекти проблеми. Therapia. Український медичний вісник, 2: 30–34.
56. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20121221_1118.html
57. Наказ МОЗ України від 21.12.2012 № 1118 Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20121221_1118.html.
58. Наказ МОЗ України 24.05.2012 № 384 Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія»: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/384_2012/384_2012ykpmd_ag.pdf
59. Наказ МОЗ та НАМН України від 24.07.2013 N 621/60 Про систему кардіологічної допомоги у закладах охорони здоров'я України / Міністерство охорони здоров'я України; Національна академія медичних наук України: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE23897.html.

60. Наказ МОЗ України 13.06.2016 № 564 Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Профілактика серцево-судинних захворювань»
61. Наказ МОЗ України від 25.12.2014 р. № 1003. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди, без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)»
62. Наказ МОЗ України 13.06.2016 № 564 Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика серцево-судинних захворювань» <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>.
63. Наказ МОЗ України від 02.03.2016 № 153. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Стабільна ішемічна хвороба серця»
64. Оганов Р.Г., Калинина А.М. (2003) Управление качеством профилактики основных хронических неинфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2: 3-8.
65. Оганов Р.Г., Погосова Т.В., Колтунов И.Е. (2007) РЕЛИФ — регулярное лечение и профилактика — ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования. Кардиология. — 2007. 5 (I): 58-66.
66. Пат. 11 49 60 U Україна, МПК (2017.01) A61B5/00, A61B 10/10, G01 N33/50. Спосіб діагностики індивідуальної стадії готовності пацієнта до змін окремих складових моделі нездорової поведінки / автори Мороз Г.З., Годзинська І.М., Ткачук І.М. — № u2016 10547; заявл. 18.10.2016, опубл. 27.03.2017, Бюл. № 6.
67. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: популяционная стратегия и индивидуализированные программы (на основе Европейских рекомендаций по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике 2012). К.: МОРИОН, 2013. 96 с.
68. Пузанова О.Г., Грузева Т.С. (2015) Профілактичне консультування в первинній ланці охорони здоров'я: доказова база. Східноєвропейський журнал громадського здоров'я, 1 (22): 41-46.
69. Радченко Г.Д., Марцовенко І.М., Сиренко Ю.М. (2011) Профілактика серцево-судинних захворювань — почни з себе. Результати анонімного опитування лікарів, які лікують пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Український кардіологічний журнал, 4: 54-58.
70. Рингач Н. О., Чернобрівенко О.О. (2010) Серцево-судинні захворювання в Україні: статистичний аналіз сучасної епідеміологічної ситуації: <http://medstrana.com/articles/1639/>
71. Розпорядження Кабінету міністрів України від 8 вересня 2016 р. № 653—р. Про затвердження плану заходів на 2017 рік щодо реалізації Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність — здоровий спосіб життя — здорова нація»: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/653-2016-%D1%80>
72. Указ Президента України № 42/2016. Про Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність — здоровий спосіб життя — здорова нація»: <http://www.president.gov.ua/documents/422016-19772>.
73. Свіщенко Є.П., Міщенко Л.А. (2015) Нова концепція оцінки серцево-судинного ризику за фремінгемськими критеріями — визначення віку судин. Перший досвід використання в українській популяції хворих на артеріальну гіпертензію. Український кардіологічний журнал, 5: 95–103.
74. Свіщенко Є.П. (2010) Виявлення та лікування артеріальної гіпертензії в Україні: реальність та перспективи. Український кардіологічний журнал. Додаток 1: 13–16.
75. Сиренко Ю. М. (2008) Виконання Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні (1999–2007 роки). Артеріальна гіпертензія, 2: 83– 88.
76. Сиренко Ю.М., Радченко Г.Д., Марцовенко І.М. (2009) Різниця у частоті досягнення цільового артеріального тиску між окремими регіонами України. Артеріальна гіпертензія, 5: 13–23.
77. Сиренко Ю.М., Радченко Г.Д., Торбас О.О. та ін. (2012) Лікарська інерція як важливий чинник на шляху до ефективного лікування артеріальної гіпертензії Артеріальна гіпертензія, 1(21): 153-162.
78. Смоляр В.І. (2012) Стан фактичного харчування населення незалежної України. Проблеми харчування, 1–2: 5–9.

79. Соловей А., Римар О., Ярошик М. та ін. (2017) Сучасний стан та особливості рухової активності підлітків України та Польщі. Фізична активність і якість життя людини. Збірник тез доповідей I Міжнародної науково–практичної конференції, 14–16 червня. — Луцьк–Світязь.- С. 16.
80. Сидорук Л. П., І. Д. Шкробанець, А. С. Бідучак, С. В. Білецький (2015) Організаційно-методичні аспекти оптимізації первинної профілактики хвороб системи кровообігу лікарями загальної практики-сімейної медицини. Методичні рекомендації. — К., 25 с.
81. Статистичний щорічник України (2011) — К.: Держкомстат України, 95 с.
82. Статини: за і против: <http://health-ua.com/article/1798.html>
83. Ткаченко В.І. (2015). Аналіз змін якості діабетологічної допомоги за умов впровадження уніфікованого клінічного протоколу з надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет 2-го типу. Міжнародний ендокринологічний журнал, 2: 122–131.
84. Указ Президента України №42/2016 Про Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність — здоровий спосіб життя — здорова нація»; <http://www.president.gov.ua/documents/422016-19772>
85. Устінов О.В. (2014) Стан і подальший розвиток вітчизняної кардіологічної служби. Укр.мед. часопис. 2: 12-13.
86. Устінов О. (2017). Кинути курити легко: запрацював професійний сервіс для допомоги курцям. Укр. Мед. Часопис, 3: 66.
87. Ушкварок Л.Б., Лавренко Т.А. (2008). Рівень чинників ризику серцево–судинних захворювань у неорганізованої популяції Харкова. Український терапевтичний журнал, 3: 52–56.
88. Цимбалюк С. (2017). Фізична активність та стан здоров'я студентів вищих навчальних закладів України. Фізична активність і якість життя людини. Збірник тез доповідей I Міжнародної науково–практичної конференції, 14–16 червня. — Луцьк–Світязь.- С. 36.
89. Цукровий діабет на період до 2018 року: Проект Концепції Державної цільової соціальної програми: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20140110_2.html.
90. Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В. і др. (2006) Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации. Российский кардиологический журнал. 4: 45-50.
91. Шальнова С.А., Оганов Р.Г. Деев А.Д. Кукушкин С.К. (2008) Здоровье российских врачей. Клинико-эпидемиологический анализ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 7(6): 28-31.
92. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / За ред. В.В. Шафранського.– К., 2016.– 453 с.
93. 2017 AACE/ACE American association of clinical endocrinologists and american college of endocrinology guidelines for management of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease. Endocrine practice, 23 (2): 1-87.
94. 2013 ACC/AHA guidelines on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults. Circulation, 129: S1-S45.
95. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction A Report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J. Am. Coll. Cardiol., 61(4): e78-140.
96. Adlersberg D, Parets A.D., Boas E.P. (1949) Studies of families with xanthoma and unselected patients with coronary artery disease under the age of 50 years. JAMA;141:246-254.
97. 2013 AHA/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation, 129 (suppl 2): S76-S99.
98. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Non–ST-Elevation Acute Coronary Syndromes. J. Am. Coll. Cardiol., 64: e139-e226.
99. Akl E.A., Gaddam S., Gunukula S.K., et al. (2010) The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: a systematic review. Int J Epidemiol. 39:834-857.
100. Alberts M.J. et al. (2009) Three-year follow-up and event rates in the international Reduction of atherothrombosis for Continued Health Registry. Eur. Heart J., 30: 2318- 2326.

101. Angeras O., Albertsson P., Karason K. et al. (2013) Evidence for obesity paradox in patients with acute coronary syndromes: a report from the Swedish Coronary Angiography and Angioplasty Registry. *European Heart Journal*, 34: 345–353.
102. Anitschkow, N. (1933) Experimental atherosclerosis in animals. In *Arteriosclerosis: A Survey of the Problem*. E. V. Cowdry, editor. Macmillan, New York. 271–322.
103. Artinian N.T., Fletcher G.F., Mozaffarian D. et al (2010) Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 122: 406–441.
104. Ashenden R., Silagy C., Weller D. (1997) A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Fam Pract.*, 14: 160–176.
105. A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The CINDI vision. WHO, 2004. — 41 p.
106. Assmann G., Schulte H., Funke H., von Eckardstein A. (1998) The emergence of triglycerides as a significant independent risk factor in coronary artery disease. *Eur. Heart J.*, 19: M8–14.
107. Baer A.N., Wortmann R.L. (2007) Myotoxicity, associated with lipid-lowering drugs. *Curr. opinion rheumatology*, 19: 67–73.
108. Baigent C., L. Blackwell, J. Emberson et al. (2010) Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. *Lancet*, 376: 1670–1681.
109. Balint M. (2000) *The doctor, his patient and the illness*. Churchill Livingstone Churchill Livingstone. 2 ed., 416 p.
110. Bannink L., Wells S., Broad J., et al. (2006) Web-based assessment of cardiovascular disease risk in routine primary care practice in New Zealand: the first 18,000 patients (PREDICT CVD-1). *N Z Med J.*, 119 (1245): U2313.
111. Baroletti S., Dell’Orfano H. (2010) Medication Adherence in cardiovascular disease. *Circulation*, 121: 1455–1458.
112. Berger J. S., Jordan C. O., Lloyd-Jones D., Blumenthal R. S. (2010) Screening for Cardiovascular Risk in Asymptomatic Patients. *J Am Coll Cardiol.*, 55: 1169–77.
113. Berrington de Gonzalez A., Hartge P., Cerhan J.R., et al. (2010) Body-mass index and mortality among 1.46 million white adults. *N Engl J Med.*, 363: 2211–2219.
114. Berra K., Miller N. H., Jennings C. et al. (2011). Models for Cardiovascular Disease Prevention: From Research to Clinical Nurse-Based Practice. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26 (4 Suppl.): S46 — S55.
115. Berry J.D., Dyer A., Cai X. et al. (2012) Lifetime risks of cardiovascular disease. *NEJM.*, 366: 321–329.
116. Blankenhorn D. H., Nessim S. A., Johnson R. L. et al. (1987) Beneficial effects of combined colestipol-niacin therapy on coronary atherosclerosis and coronary venous bypass grafts. *JAMA*, 257: 3233– 3240.
117. Boffetta P., Straif K. (2009) Use of smokeless tobacco and risk of myocardial infarction and stroke: systematic review with meta-analysis. *BMJ.*, 339: b3060.
118. British Heart Foundation; Health Promotion and Economic Research Groups; Department of Public Health. — University of Oxford. — *European cardiovascular disease statistics 2008*. — Available from: <http://www.heartstats.org>.
119. Brotons C, Ciurana R, Piñeiro R et al. (2003) Summit on behalf of EUROPREV Dietary advice in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Am J Clin Nutr.*, 77: 1048S–51S.
120. Bruckert E., Hayem G., Dejager S., et al. (2005). Mild to moderate muscular symptoms with high-dosage statin therapy in hyperlipidemic patients: the PRIMO study. *Cardiovasc Drugs Ther.*, 19: 403–14.
121. Bryant-Lukosius D., DiCenso A., Browne G., Pinelli J. (2004). Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5): 519- 529.
122. Buchan J., Aiken L. (2008). Solving nursing shortages: a common priority. *Journal of Clinical Nursing*, 17: 3262–3268.
123. Bundy C. (2004) Changing behaviour: using motivational interviewing techniques. *J R Soc Med*, 97 (44): 43–47.
124. Büscher A., Sivertsen B., White J. (2009). Nurses and Midwives: A force for health Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region of the World Health Organization: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/114157/E93980.pdf?ua=1/

125. Byrne P.S., Long B.E.L. (1984) Doctors talking to patients. Royal College of General Practitioners, 194 p.
126. Calgary Cambridge guide to the medical interview-communication process: http://www.gp-training.net/training/communication_skills/calgary/guide.htm
127. Cannon C.P., Braunwald E., McCabe C.H., et al. (2004) Intensive versus moderate lipid lowering with statins after acute coronary syndromes. *N Engl J Med.*, 350: 1495-1504.
128. Campbell N.C., Ritchie L.D., Thain J. et al. (1998) Secondary prevention in coronary heart disease: a randomized trial of nurse led clinics in primary care. *Heart*, 80(5): 447-452.
129. Cardiovascular disease prevention overview NICE Pathway last updated: 08 August 2018 <http://pathways.nice.org.uk/pathways/cardiovascular-disease-prevention>
130. Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification. NICE guidelines CG181: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg181>
131. Cave J., Dacre J. (2008) Dealing with complaints. *BMJ*, 336: 326-8.
132. Carey R. M., Whelton P. K. (2018) Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Synopsis of the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association hypertension Guideline for the 2017 ACC/AHA Hypertension Guideline. *Annals of Internal Medicine*, 168 (5): 351-358.
133. Chapman M.J., Ginsberg H.N., Amarencu P. et al. (2011) European Atherosclerosis Society Consensus Panel. Triglyceride-rich lipoproteins and high-density lipoprotein cholesterol in patients at high risk of cardiovascular disease: evidence and guidance for management. *Eur. Heart J.*, 32: 1345–1361.
134. Charakida M., Masi S., Deanfield J.E. (2013) The year in cardiology 2012: focus on cardiovascular disease prevention. *Eur. Heart J.*, 34: 314-317
135. Chauhan U. (2007) Cardiovascular disease prevention in primary care. *British Medical Bulletin* 81 and 82: 65–79.
136. Chobanian A., Bakris G., Black H. et al. (2003) The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The OHK 7 Report. *JAMA*, 289: 2560-2572.
137. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170000 participants in 26 randomised trials. *Lancet* 2010; 376:1670 — 1681.
138. Coleman T., Murphy E., Cheater F. (2000). Factors influencing discussion of smoking between general practitioners and patients who smoke: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 50: 207-21.
139. Colhoun H.M., Betteridge D.J., Durrington P.N. et al. (2004). Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet*, 364: 685-696.
140. Collins R., Armitage J., Parish S. et al. (2003) MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol-lowering with simvastatin in 5963 people with diabetes: a randomized placebo-controlled trial. *Lancet*, 361: 2005-2016.
141. Conroy R. M., K. Pyörä, A.P. Fitzgerald, et al. (2003) Estimation of ten– year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. / on behalf of the SCORE project group. *Eur Heart J.*, 24: 987–1003.
142. Coutinho T., Goel K., Corrêa de Sá D. et al. (2011) Central Obesity and Survival in Subjects With Coronary Artery Disease: A Systematic Review of the Literature and Collaborative Analysis With Individual Subject Data. *J Am Coll Cardiol*, 57: 1877-1886.
143. Danaei G., Finucane M.M., Lin J.K. et al. (2011) National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: Systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 54 million participants. *Lancet*, 377(9765): 568–577.
144. Dawber T. R. (1980) *The Framingham Study: The Epidemiology of Atherosclerotic Disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 257 p.
145. DeBusk R.F., Miller N.H., Superko H.R., et al. (1994) A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. *Ann Intern Med.*, 120(9): 721-729.
146. Denollet J., Schiffer A.A., Spek V. (2010) A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes: evidence from research on the type D (distressed) personality profile . *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 3: 46–557.

147. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation*. 2008, 118: 1768–1775.
148. Diet, Physical Activity and Cardiovascular Disease Prevention in Europe. 2011 European Heart Network: <http://www.ehnheart.org/publications/publications/publication/521-diet-physical-activity-and-cardiovascular-disease-prevention.html>
149. Doll R., Peto R., Boreham J., et al. (2004) Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 328(7455): 1519.
150. Downs S. M., Fanzo J. (2015). Is a Cardio-Protective Diet Sustainable? A Review of the Synergies and Tensions Between Foods That Promote the Health of the Heart and the Planet. *Curr Nutr Rep.*, 4(4): 313-322.
151. Dube C.E., O'Donnell J.F., Novack D.H. (2000) Communication skills for Preventive Interventions. *Acad.mad.*, 75, Suppl.7: S45-54.
152. Dubey V., Mathew R., Iglar K. et al. (2006) Improving preventive service delivery at adult complete health check-ups: the Preventive Health Evidence-based Recommendation Form (PERFORM) cluster randomized controlled trial. *BMC Fam Pract* 7: 44.
153. Doyle Y. G., Furey A., Flower J. (2006) Sick individuals and sick populations: 20 years later. *J. Epidemiol.Community Health*, 60: 396–398.
154. EAS/ESC guidelines for the management of dyslipidaemias (2011). *Eur.Heart J.*, 32: 1769-1818.
155. Edwards R. (2004) The problem of tobacco smoking. *BMJ.*, 328: 217–219.
156. Empana J.P., Ducimetiere P., Arveiler D. et al.(2003) Are the Framingham and PROCAM coronary heart disease risk function applicable to different European populations? *Eur. Heart. J.*, 24: 1903-1911.
157. Endo A., Kuroda M., Tsujita Y. (1976) ML-236A, ML-236B, and ML-236C, new inhibitors of cholesterologenesis produced by *Penicillium citrinum*. *Journal of Antibiotics*. 29 (12): 1346–8.
158. Endo A. (1992) The discovery and development of HMG-CoA reductase inhibitors. *J. Lipids research*, 33: 1569-1582.
159. Epstein F. H. (1996) Cardiovascular Disease Epidemiology / A Journey From the Past Into the Future. *Circulation*, 93: 1755-1764.
160. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 34: 2159–2219.
161. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS) (2016). *Eur Heart J*. 37: 2999-3058.
- 162.
163. 2012 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 33: 2569- 2619.
164. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: the Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J*. 2013; 34(39): 3035-87.
165. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 37(3): 267-315.
166. European guidelines on cardiovascular prevention in clinical practice (2007): executive summary. Fourth Joint Task Forces of the European Society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (Constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur. J of cardiovascular prevention and rehabilitation*. 14 (Suppl.2): E1– E40.
167. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (2012) *Eur Heart J*. 33:1635-1701.
168. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (2016). *Eur Heart J.*, 37(29): 2315-2381.

169. European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/274306/European-strategic-directions-strengthening-nursing-midwifery-Health2020_en-REV1.pdf
170. Ezzati M. (2004) How can cross-country research on health risks strengthen interventions? Lessons from INTERHEART. *Lancet*, 364: 912-914.
171. Ezzati M., Riboli E. (2013) Behavioral and Dietary Risk Factors for Noncommunicable Diseases. *N Engl J Med*, 369: 954-64.
172. Ferrannini E., Sironi A.M., Iozzo P., Gastaldelli A. (2008) Intra-abdominal adiposity, abdominal obesity, and cardiometabolic risk. *Eur.Heart J.*, 10: B4–B10.
173. Flocke S.A., Stange K.C., Goodwin M.A. (1998) Patient and visit characteristics associated with opportunistic preventive services delivery. *J Fam Pract.*, 47: 202–8.
174. Fonarow G. C., Gawlinski A., Moughrabi S. et al. (2001) Improved treatment of coronary heart disease by implementation of a Cardiac Hospitalization Atherosclerosis Management Program (CHAMP) / J. H. Tillisch. *Am J Cardiol.*, 87(7): 819-822.
175. Ford E. S., Li C., Zhao G., Tsai J. (2011) Trends in obesity and abdominal obesity among adults in the United States from 1999–2008 *International Journal of Obesity* 35: 736-743.
176. Framingham Heart Study. <http://www.framinghamheartstudy.org/>
177. Frasure-Smith N., Lesperance F. (2006) Recent evidence linking coronary heart disease and depression. *Can. J. Psychiatry*. 51: 730–737.
178. Freis E. D. (1990) Reminiscences of the Veterans Administration Trial of the Treatment of Hypertension. *Hypertension*, 16: 472-475.
179. Fulcher J., O'Connell R., Voysey M. et al. (2015) Efficacy and safety of LDL-lowering therapy among men and women: meta-analysis of individual data from 174 000 participants in 27 randomised trials. *Lancet*; 385: 9976; 1397 — 1405.
180. Fye W.B. (1985) The delayed diagnosis of myocardial infarction: it took half a century! *Circulation*, 72: 262-271.
181. General findings of the International Atherosclerosis Project (1968) *Lab Invest*. 18(5): 498-502.
182. Genuis S.J. (2007) An ounce of prevention. A pound of cure for an ailing health care system. *Can Fam Physician*, 53(4): 597-9.
183. Gersh B.J., Sliwa K., Mayosi B.M., Yusuf S. (2010) The epidemic of cardiovascular disease in the developing world: global implications. *Eur Heart J.*, 31: 642–648.
184. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/
185. Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control / World Health Organization, 2011. — 156 p.
186. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control / S. Mendis, P. Puska, B. Norrving ed. : World Health Organization (in collaboration with the World Heart Federation and World Stroke Organization). Geneva, 2011. — 155 p.
187. Global Hearts Initiative, working together to promote cardiovascular health: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/global-hearts/Global_hearts_initiative/en/
188. Global Status report on noncommunicable diseases 2014. World Health Organization, 2014. — 302 p.
189. Glynn T.J., Manley M.W. (1990) How to help your patients stop smoking: a National Cancer Institute Manual for physicians. NIH publications No 90-3064. Washington. DC, US Department of Health and Human services, 65 p.
190. Grant A.M., Niyonsenga T., Dion I. et al. (1998) Cardiovascular disease: physicians' attitudes toward prevention and treatment. *Can Fam Physician*, 44: 780–7.
191. Greenland P., Fuster V. (2017) Cardiovascular Risk Factor Control for All. *JAMA*, 318(2): 130-131.
192. Grossman D.C., Bibbins-Domingo K. et al. (2017) Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Cardiovascular Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*, 318(2): 167–174.
193. Grundy S. M. G. J. Balady, M. H. Criqui et al. (1998) Primary Prevention of Coronary Heart Disease: Guidance From Framingham: A Statement for Healthcare Professionals From the AHA Task Force on Risk Reductio. *Circulation*. 97: 1876–8.

194. Gu D., Reynolds K., Wu X., et al. (2002) Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in China. *Hypertension*, 40: 920-927.
195. Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases (2013). The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J.*, 34(39): 3035-87.
196. Gupta A., Gupta R., Lal B. et al. (2001) Prevalence of coronary risk factors among Indian physicians. *J. Assoc. Physicians India.*, 49: 1148-1152.
197. Gupta R., Stocks N.P., Broadbent J. (2009) Cardiovascular risk assessment in Australian general practice. *Australian Family Physician*, 38 (5): 364-368.
198. Hajjar L., Kotchen T. (2003) Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States in 1988-2000. *JAMA*. 290: 199-206.
199. Hajar R. (2011) Statins: Past and Present. *Heart Views*. 12(3): 121-127.
200. Hajar R. (2017) Risk Factors for Coronary Artery Disease: Historical Perspectives. *Heart Views*, 18(3): 109-114.
201. Hackshaw A, Morris J.K., Boniface S., et al. (2018) Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *The BMJ.*, 360: j5855.
202. He F.J., MacGregor G.A. (2002). Effect of modest salt reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized trials. Implications for public health. *J Hum Hypertens*, 16: 761-770.
203. He J., Vupputuri S., Allen K., et al. (1999) Passive smoking and the risk of coronary heart disease—a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med.*, 340: 920-92.
204. He K., Song Y., Daviglus M.L. et al. (2004) Fish consumption and incidence of stroke: a meta-analysis of cohort studies. *Stroke*, 35: 1538-1542.
205. Hegde S. K.B., Vijayakrishnan G., Sasankh A. K. et al. (2016). Lifestyle-associated risk for cardiovascular diseases among doctors and nurses working in a medical college hospital in Tamil Nadu, India. *J Family Med Prim Care.*, 5(2): 281-285.
206. Heron J. (2001) Helping the client. A creative practical guide. SAGE Publications, 286 p.
207. Herper M. (2013) As Statins Soar, Use Of Other Cholesterol Medicines Declines Forbes. *Pharma & Healthcare*: <http://www.forbes.com/sites/matthewherper/2013/05/29/as-statins-soar-use-of-other-cholesterol-medicines-declines/>
208. Hippisley-Cox J., Coupland C. (2010) Individualising the risks of statins in men and women in England and Wales: population-based cohort study. *Heart*, 96: 939-947.
209. Horrocks S., Anderson E., Salisbury C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ.*, 324(7341): 819-823.
210. Howell J. D. (2011) Coronary Heart Disease and Heart Attacks, 1912-2010. *Medical History*, 55: 307-312.
211. Howes F., Warnecke E., Nelson M. (2013) Barriers to lifestyle risk factor assessment and management in hypertension: a qualitative study of Australian general practitioners *Journal of Human Hypertension*, 27: 474-478.
212. Hwang S.J., Onuma O., Massaro J.M. et al. (2004) Maintenance of Ideal Cardiovascular Health and Coronary Artery Calcium Progression in Low-Risk Men and Women in the Framingham Heart Study. *Circ Cardiovasc Imaging*. 11(1): e006209.
213. Hyman D.J., Maibach E.W., Flora J.A. et al. (1992). Cholesterol treatment practices of primary care physicians *Public Health Rep*, 107(4): 441.
214. International Obesity Task Force. Global prevalence of adult obesity <http://www.ietf.org/database/documents/GlobalPrevalenceofAdultObesityOctober2009v2.pdf>.
215. Imms A., Quinn S., Nelson M. M. (2010) General practitioners' use of cardiovascular risk calculators. *Australian Family Physician*, 39 (1): 57-60.
216. Iwere R.B., Hewitt J. (2015) Myopathy in older people receiving statin therapy: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol.*, 80(3): 363-71.
217. Jardim T.V., Sousa A.L., Povia T.R. et al. (2014) Comparison of cardiovascular risk factors in different areas of health care over a 20-year period. *Arq Bras Cardiol.*, 103: 493-501.
218. Joint British Societies' consensus recommendations for the prevention of cardiovascular disease (JBS3) 2014. *Board Heart*. 100: ii1-ii67.

219. Kannel W. B., Dawber T. R., Kagan A. et al. (1961) Factors of risk in the development of coronary heart disease. Six– year follow– up experience. *Ann Intern Med.*, 55: 33– 56.
220. Kannel W.B., Wolf P.A., Verter J., McNamara P.M. (1970) Epidemiologic assessment of the role of blood pressure in stroke. The Framingham Study. *JAMA*, 214:301-310.
221. Katz A., Lambert-Lanning A., Miller A. (2012). Delivery of preventive care. The national Canadian Family Physician Cancer and Chronic Disease Prevention Survey. *Can Fam. Physician*, 58: e 62-69.
222. Kazemi T., Sharifzadeh G., Javadinia S.A., Salehiniya H. (2015) Prevalence of Cardiovascular Risk Factors among the Nurse Population in the East of Iran. *Int J Travel Med Glob Health*, 3(4): 133-136.
223. Kearney P., Whelton M., Reynolds K., et al. (2004) Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. *J. of Hypertens.*, 22: 11-19.
224. Kearney P., Blackwell L., Collins R. et al. (2008) Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18,686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis. *Lancet*, 371: 117-125.
225. Keys A., Keys M.(1959) Eat well and stay well, 1st ed. Garden City, NY: Doubleday.
226. Keys A., Taylor H.L., Blackburn H.(1963) Coronary heart disease among Minnesota business and professional men following fifteen years. *Circulation*, 28: 381–395.
227. Keys A., Toshima H., Koga Y., Blackburn H. (1994) Lessons for Science from the Seven Countries Study. A 35–Year Collaborative Experience in Cardiovascular Disease Epidemiology / editors: — Springer Japan– 243 p.
228. Kloppe P., Brotons C., Anton J.J. et al. (2005) EUROPREV Preventive care and health promotion in primary care: comparison between the views of Spanish and European doctors. *Aten Primaria*. 36(3): 144-51.
229. Koelewijn-van Loon M.S., van der Weijden T., Ronda G. et al. (2010) Improving lifestyle and risk perception through patient involvement in nurse-led cardiovascular risk management: a cluster-randomized controlled trial in primary care. *Prev Med.*, 50: 35-44.
230. Kotseva K., Wood D., De Backer D. et al. (2009) EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.*, 16(2): 121-37.
231. Kotseva K., Wood D., De Bacquer D., et al. (2015) EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *Eur J Prevent Cardiol.*, 23(6): 636-48.
232. Kubota Y., Evenson K.R., Macle hose R.F. et al. (2017) Physical Activity and Lifetime Risk of Cardiovascular Disease and Cancer. *Med Sci Sports Exerc.* 49(8): 1599.
233. Kurtz S., Silverman J., Benson J. et al. (2003) Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med.*, 78(8): 802-9.
234. Labarthe D. (2011) Epidemiology and prevention of cardiovascular diseases: A global Challenge, 2-ed. Jones&Bartlett Pub., 697 p.
235. Laslett L.J., Alagona P., Clark B. A. et al. (2012) The Worldwide Environment of Cardiovascular Disease: Prevalence, Diagnosis, Therapy, and Policy Issues: A Report From the American College of Cardiology. *J Am Coll Cardiol.*, 60: S1–S49.
236. Launer, J. (2002) Narrative based primary care: a practical guide. Oxford: Radcliffe. 251 p.
237. Leaverton P.E., Sorlie P.D., Kleinman J.C. et al. (1987). Representativeness of the Framingham risk model for coronary heart disease mortality: a comparison with a national cohort study. *J Chronic Dis.*, 40(8): 775-784.
238. Leong L., Chia S.E. (2012) Prevalence of cardiovascular risk factors among healthcare staff in a large healthcare institution in Singapore. *Singapore Med J.*, 53(8): 517-21.
239. Lessons for Science from the Seven Countries Study. A 35-Year Collaborative Experience in Cardiovascular Disease Epidemiology. Editors: A.Keys, H.Toshima, Y.Koga, H.Blackburn. 1994, Springer Japan, 243 p.
240. Lewington S., Clarke R., Qizilbash N. et al. (2002) Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*, 360: 1903–1913.
241. Lewington S. (2003) The importance of cholesterol, blood pressure and smoking for coronary heart disease. *Eur. Heart J.*, 24: 1703-1704.

242. Liao J. K., Laufs U. (2005) Pleiotropic effects of statins. *Annu Rev Pharmacol Toxicol.*, 45: 89-118.
243. Lucey C. R. (2013) Medical Education Part of the Problem and Part of the Solution. *JAMA Intern Med*, 173(17): 1639-1643.
244. Maddah M. (2007) Obesity and dyslipidemia among young general physicians in Iran. *Int. J. Cardiol.*, 118: 111-112.
245. Maguire P., Pitceathly C. (2002) Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*, 325: 697-700.
246. McAvoy B., Kaner E.F.S., Lock L.A. et al. (1999) Our healthier nation: are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle counseling. *Br J Gen Pract.*, 49: 187-90.
247. McLeroy, K.R., Crump C.E. (1994) *Health Promotion and Disease Prevention: A. Historical Perspective*. Spring, 18(1): 9-17.
248. Medical Research Council Working Party: MRC trial of treatment of mild hypertension: Principal results. *Br Med J*. 1985, 291: 97- 104.
249. Mente A, de Koning L, Shannon HS, Anand SS. (2009) A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease. *Arch Intern Med*. 3: 659-69.
250. Meulepas M.A., Jacobs J.E., Lucas A.E., et al. (2006) The feasibility of a primary care model for the management of COPD. *Prim Care Respir J.*, 15(6): 337-341.
251. Miller W. R., Rollnick S. (2002) *Motivational Interviewing*. New York; London: Guilford Press, 428 p.
252. Ministry of Health of Ukraine, Kiev International Institute of Sociology, World Health Organization Regional Office for Europe, National Academy of Medical Sciences of Ukraine, U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Global Adult Tobacco Survey. Ukraine 2017. Executive Summary: <http://www.euro.who.int/en/countries/ukraine/publications3/global-adult-tobacco-survey-ukraine-2017>.
253. Mosterd A., D'Agostino R.B., Silbershatz H. et al. (1999). Trends in the prevalence of hypertension, antihypertensive therapy, and left ventricular hypertrophy from 1950 to 1989. *The New Engl. J. of Med*. 340: 1221-1227.
254. Mozaffarian D., Appel L.J., Van Horn L. (2011) Components of a Cardioprotective Diet New Insights. *Circulation*, 123: 2870-2891.
255. Multiple Risk Factor Intervention Trial. Risk Factor Changes and Mortality Results. *JAMA*. 1982, 248(12): 1465-1477.
256. Nakladalova M., Sovova E., Ivanova K. et al. (2005) Risk factors for cardiovascular diseases in physicians. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.*, 149 (2): 293.
257. Neaton J. D., Blackburn H., Jacobs D. et al. (1992) Serum cholesterol level mortality findings for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. *Arch Intern Med.*, 152: 1490-1500.
258. Neighbour R. (2004) *The inner consultation: How to Develop an Effective and Intuitive Consulting Style*. 2nd ed. Radcliffe Medical Press.
259. NHS Health Check: helping you prevent heart disease, stroke, diabetes and kidney disease. NHS Improvement Programme Web site. 2009. <http://www.improvement.nhs.uk/vascularchecks/>. Accessed May 4, 2009
260. NICE Pathway Cardiovascular disease prevention <http://pathways.nice.org.uk/pathways/cardiovascular-disease-prevention>
261. Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. (2006) Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146538 participants in 54 observational studies. *Eur. Heart J.*, 27: 2763-2774.
262. Nickens H.W., Petersdorf R.G. (1990) Perspectives on prevention and medical education for the 1990's. *Am J Prev Med.*, 6 (suppl 1): 1-5.
263. Nielen M.M., Assendelft W.J., Drenthen A.J. et al. (2010) Primary prevention of cardio-metabolic diseases in general practice: a Dutch survey of attitudes and working methods of general practitioners. *Eur J Gen Pract.*, 16(3): 139-42.
264. Ning F, Tuomilehto J, Pyorala K, et al. (2010) Cardiovascular disease mortality in Europeans in relation to fasting and 2-h plasma glucose levels within a normoglycemic range. *Diabetes Care*, 33: 2211-2216.

265. Nocon M., Hiemann T., Muller-Riemenschneider F. et al. (2008) Association of physical activity with all-cause and cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.*, 15(3): 239–246.
266. Ogden C.L., Carroll D., Curtin L.R., et al. (2006) Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999–2004. *JAMA*, 295: 1549–1555.
267. Ong K.L., Cheung B., Man Y.B., et al. (2007). Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension Among United States Adults 1999-2004. *Hypertension*. 49: 69-75.
268. Oppenheimer G.M. (2006) Profiling risk: the emergence of coronary heart disease epidemiology in the United States (1947–70). *International Journal of Epidemiology*, 35: 720–730.
269. Osei-Yeboah J., Kye-Amoah K.K., Owiredu W. K. B. A. et al. (2018) Cardiometabolic Risk Factors among Healthcare Workers: A Cross-Sectional Study at the Sefwi-Wiaaso Municipal Hospita., Ghana. *Biomed Res Int.*, 23:8904548.
270. Ounpuu S., A. Negassa, S. Yusuf (2001) INTER-HEART: a global study of risk factors for acute myocardial infarction. *AHJ*, 141: 711–21.
271. Pendleton D., Schofield T., Tate P. et al. (1984) *The Consultation: An Approach to Learning and Teaching*: Oxford University Press — Oxford general practice series;no.6, 117 p.
272. Penninx B.W. (2017) Depression and cardiovascular disease: epidemiological evidence on their linking mechanisms. *Neurosci Biobehav Rev.*, 74: 277-286.
273. Pfeffer M. A., McMurray J. J.V. (2016) Lessons in Uncertainty and Humility — Clinical Trials Involving Hypertension. *N Engl J Med*, 375: 1756-66.
274. Pischon T., Boeing H., Hoffmann K., et al. (2008) General and abdominal adiposity and risk of death in Europe. *N Engl J Med.*, 359: 2105–2120.
275. Poirier P., Giles T.D., Bray G.A., et al. (2006) Obesity, cardiovascular disease: pathophysiology, evaluation, effect of weight loss: an update of the 1997 American Heart Association Scientific Statement on Obesity and Heart Disease from the Obesity Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation*, 113: 898–918.
276. Prescott E, Scharling H, Osler M, Schnohr P. (2002) Importance of light smoking and inhalation habits on risk of myocardial infarction and all cause mortality. A 22 year follow up of 12 149 men and women in The Copenhagen City Heart Study. *J Epidemiol Community Health*. 56: 702–706.
277. Prevention of coronary heart disease in clinical practice (1994) Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. *Eur Heart J.*, 15:1300–31.
278. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. (1998) Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society, European Society of Hypertension, International Society of Behavioural Medicine, European Society of General Practice/Family Medicine, European Heart Network. *Eur Heart J.*, 19: 1434–1503.
279. Prevention of Coronary Heart Disease: Report of a WHO Expert Committee: WHO Technical Report Series 678. Geneva: World Health Organization, 1982: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_678.pdf
280. Prochaska, J. O., Velicer, W.F. (1997). The Transtheoretical Model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12: 38-48.
281. Prochazka A.V., Lundahl K., Pearson W. et al. (2005) Support of evidence-based guidelines for the annual physical examination: a survey of primary care providers. *Arch Intern Med.*, 165 (12): 1347-1352.
282. Prospective Studies Collaboration. Blood cholesterol and vascular mortality by age, sex, and blood pressure: a meta-analysis of individual data from 61 prospective studies with 55 000 vascular deaths. *Lancet* 2007; 370: 1829–39.
283. Protocol for a prospective collaborative overview of all current and planned randomized trials of cholesterol treatment regimens. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. *Am J Cardiol*. 1995, 75(16):1130-4.
284. Qureshi N., Armstrong S., Dhiman P. et al. (2012) ADDFAM (Added Value of Family History in CVD Risk Assessment) Study Group Collaborators) Effect of adding systematic family history enquiry to cardiovascular disease risk assessment in primary care: a matched-pair, cluster randomized trial. *Ann Intern Med.*, 156(4): 253-62.

285. Pendleton D., Schofield T., Tate P. et al. (1984) *The Consultation: An Approach to Learning and Teaching*: Oxford University Press-Oxford general practice series;no.6, 117 p.
286. Penninx B.W. (2017) Depression and cardiovascular disease: epidemiological evidence on their linking mechanisms. *Neurosci Biobehav Rev.*, 74: 277-286.
287. Pfeffer M. A., McMurray J. J.V. (2016) Lessons in Uncertainty and Humility — Clinical Trials Involving Hypertension. *N Engl J Med*, 375: 1756-66.
288. Pischon T., Boeing H., Hoffmann K., et al. (2008) General and abdominal adiposity and risk of death in Europe. *N Engl J Med.*, 359: 2105–2120.
289. Poirier P., Giles T.D., Bray G.A., et al. (2006) Obesity, cardiovascular disease: pathophysiology, evaluation, effect of weight loss: an update of the 1997 American Heart Association Scientific Statement on Obesity and Heart Disease from the Obesity Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation*, 113: 898–918.
290. Prescott E, Scharling H, Osler M, Schnohr P. (2002) Importance of light smoking and inhalation habits on risk of myocardial infarction and all cause mortality. A 22 year follow up of 12 149 men and women in The Copenhagen City Heart Study. *J Epidemiol Community Health.* 56: 702–706.
291. Prevention of coronary heart disease in clinical practice (1994) Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. *Eur Heart J.*, 15:1300–31.
292. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. (1998) Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society, European Society of Hypertension, International Society of Behavioural Medicine, European Society of General Practice/Family Medicine, European Heart Network. *Eur Heart J.*, 19: 1434–1503.
293. Prevention of Coronary Heart Disease: Report of a WHO Expert Committee: WHO Technical Report Series 678. Geneva: World Health Organization, 1982: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_678.pdf
294. Prochaska, J. O., Velicer, W.F. (1997). The Transtheoretical Model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12: 38-48.
295. Prochazka A.V., Lundahl K., Pearson W. et al. (2005) Support of evidence-based guidelines for the annual physical examination: a survey of primary care providers. *Arch Intern Med.*, 165 (12): 1347-1352.
296. Prospective Studies Collaboration. Blood cholesterol and vascular mortality by age, sex, and blood pressure: a meta-analysis of individual data from 61 prospective studies with 55 000 vascular deaths. *Lancet* 2007; 370: 1829–39.
297. Protocol for a prospective collaborative overview of all current and planned randomized trials of cholesterol treatment regimens. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. *Am J Cardiol.* 1995, 75(16):1130-4.
298. Qureshi N., Armstrong S., Dhiman P. et al. (2012) ADDFAM (Added Value of Family History in CVD Risk Assessment) Study Group Collaborators) Effect of adding systematic family history enquiry to cardiovascular disease risk assessment in primary care: a matched-pair, cluster randomized trial. *Ann Intern Med.*, 156(4): 253-62.
299. Richardson C.R., Kriska A.M., Lantz P.M., Hayward R.A. (2004) Physical activity and mortality across cardiovascular disease risk groups. *Med Sci Sports Exerc.*, 36: 1923–1929.
300. Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease. A national clinical guideline. SIGN-97, 2007: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign97.pdf>
301. Roest A.M., Martens E.J., Denollet J. (2010) Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: a meta-analysis. *Psychosom Med.*, 72: 563–569.
302. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM et al. (2012) Heart disease and stroke Statistics — 2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 125: e2–220.
303. Rollnick S., Butler C.C., Kinnnersley P., et al. (2010) Motivational interviewing. *BMJ*, 340: 1242–1245.
304. Rose G.A., Blackburn, H. (1968) *Cardiovascular Survey Methods*. Geneva: World Health Organization Technical Report Series No. 56, Geneva: World Health Organization, 1-188.
305. Rose G.(1981) Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *BMJ.*, 282: 1847–1851.
306. Rose G. (1985) Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol.*, 14 (1): 32–38.

307. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, et al. (2004) Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364: 953-962.
308. Rubak S., Sandbaek A., Lauritzen T., Christensen B. (2005) Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.*, 55: 305-12.
309. Russell M.A., Wilson C., Taylor C., Baker C.D. (1979) Effect of general practitioners' advice against smoking. *BMJ.*, 2: 231-235.
310. Satija A., Bhupathiraju S.N., Spiegelman D., et al. (2017) Healthful and Unhealthful Plant-Based Diets and the Risk of Coronary Heart Disease in U.S. Adults. *J Am Coll Cardiol.*, 70(4): 411.
311. Satoh M., Takahashi Y., Tabuchi T. et al. (2015) Cellular and molecular mechanisms of statins: an update on pleiotropic effects. *Clin.Sci.*, 129 (2): 93-105.
312. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet*, 1994, 344: 1383-89.
313. Shepherd J., Barter P., Carmena R. et al. (2006) Effect of lowering LDL cholesterol substantially below currently recommended levels in patients with coronary heart disease and diabetes: the Treating to New Targets (TNT) study. *Diabetes Care*, 29: 1220-1226.
314. Simpson M., Buckman R., Stewart M., et al. (1991) Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ.*, 303: 1385-7.
315. Sofi F., Abbate R., Gensini G.F., Casini A. (2010) Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 92: 1189–1196.
316. Spring B. (2017) Healthful Physical Activity and Diet Promotion—For the Many or the Few? *JAMA*, 2(9): 941-943.
317. Stamler J., Wentworth D., Neaton J. (1986) Is the relationship between serum cholesterol and risk of death from coronary heart disease continuous and graded? Findings on the 356,222 primary screenees of the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). *JAMA*, 256: 2823– 2828.
318. Stamler J., Stamler R., Neaton J.D. et al. (1999) Low risk-factor profile and long-term cardiovascular and noncardiovascular mortality and life expectancy: findings for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women. *JAMA*, 282: 2012–2018.
319. Stangl V., Baumann G., Stangl K. (2002) Coronary atherogenic factors in women. *Eur. Heart J.*, 23: 1738–1752.
320. Stewart M. (1995) Effective physician-patient communication and health outcome: a review. *Can.Med. Assoc.J.*, 152 (9): 1423-1433.
321. Stewart J., Manmathan G., Wilkinson P. (2017) Primary prevention of cardiovascular disease: A review of contemporary guidance and literature. *JRSM Cardiovase Dis.*, 6: 2048004016687211.
322. Stiggelbout A. M., Van der Weijden T., De Wit M. P. T. et al (2012) Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ*, 344: e256.
323. Stine C., Kohrs F.P., Little D.N. (2000) Integrating prevention education into the medical school curriculum: the role of departments of family medicine. *Acad Med.*, 75(7 Suppl): S55-9.
324. Stocks N., Allan J., Frank O. et al. (2012) Improving attendance for cardiovascular risk assessment in Australian general practice: an RCT of a monetary incentive for patients. *BMC Family Practice*, 13: 54.
325. Strain J.J., Elwood P.C., Davis A. et al. (2000) Frequency of fruit and vegetable consumption and blood antioxidants in the Caerphilly cohort of older men. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54 (11): 828–33.
326. Stringhini S., Sabia S., Shipley M. et al. (2010) Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. *JAMA*. 303: 1159–1166.
327. Steinberg D.(2004) An interpretive history of the cholesterol controversy: part I. *J. Lipid Res.* 45: 1583–1593.
328. Steinberg D. (2005) An interpretive history of the cholesterol controversy: part II: the early evidence linking hypercholesterolemia to coronary disease in humans *J. Lipid Res.*, 46: 179–190.
329. Steinberg D.(2006) An interpretive history of the cholesterol controversy: part V: The discovery of the statins and the end of the controversy. *J. Lipid Res.* 47: 1339-1351.
330. Stevens S.L., Wood S., Koshiar C., et al. (2016) Blood pressure variability and cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. *BMJ.*, 354: i4098.

331. Stewart S.T., Cutler D.M., Rosen A.B. (2009) Forecasting the effects of obesity and smoking on U.S. life expectancy. *N Engl J Med.*, 361: 2252–2260.
332. Stott N.C.H., Davis R.H. (1979) The exceptional potential in each primary care consultation. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 29: 201–205.
333. Talbot L.A., Morrell C.H., Fleg J.L., Metter E.J. (2007) Changes in leisure time physical activity and risk of all-cause mortality in men and women: the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Prev Med.*, 45: 169–176.
334. Taylor R.S., Brown A., Ebrahim S. et al. (2004) Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med.*, 116: 682–692.
335. Taylor F., Huffman M.D., Macedo A.F. et al. (2013) Statins for the primary prevention of cardiovascular diseases. *Cochrane Database Syst Rev.*, 1(1): CD004816.
336. The guide to clinical preventive services 2014. www.USPreventiveServicesTaskForce.org
337. The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial results. I. (1984) Reduction in incidence of coronary heart disease: Lipid Research Clinics Program *JAMA*, 251: 351– 364.
338. The North Karelia Project: Evaluation of a comprehensive community programme for control of cardiovascular diseases in North Karelia, Finland 1972– 1977 / P. Puska, J. Tuomilehto, J. Salonen. — Copenhagen: WHO/EURO, 1981
339. The third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (ATP III): Final Report: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3full.pdf>
340. Thomsen T.F., Davidsen M., Ibsen H. et al. (2001) A new method for coronary heart disease prediction and prevention based on regional risk scores and randomized clinical trials; PRECARD and Copenhagen Risk Score. *J. Cardiovasc. Risk*, 8: 291–297.
341. Tiessen A. H., Smit A. J., Broer J. et al. (2012) Randomized controlled trial on cardiovascular risk management by practice nurses supported by self-monitoring in primary care. *BMC Family Practice* 13(1): 90.
342. Teo K., Lear S., Islam S., et al. (2013) PURE Investigators. Prevalence of a healthy lifestyle among individuals with cardiovascular disease in high-, middle- and low-income countries: The Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study. *JAMA*, 309: 1613–1621.
343. Tomaszewski M., Stepień K. M., Tomaszewska J, et al. (2011). Statin-induced myopathies. *Pharmacological reports*, 63: 859–866.
344. Townsend N., Nichols M., Scarborough P., Rayner M. (2015) Cardiovascular disease in Europepidemiological update 2015. *Eur Heart J.*, 36: 2696–705.
345. Ukraine: 20% reduction in smokers since 2010. — Available from: <http://www.euro.who.int/en/countries/ukraine/news/news/2017/09/ukraine-20-reduction-in-smokers-since-2010/> recache.
346. Van der Kooy KG, van Hout H., Marwijk H. et al. (2007) Depression and the risk for cardiovascular diseases: systematic review and meta analysis. *Int. J. Geriatr. Psych.*, 22: 613–626.
347. Van Weel C. (1997) Morbidity in family medicine: the potential for individual nutritional counseling, an analysis from the Nijmegen Continuous Morbidity Registration. *Am J Clin Nutr.*, 65(suppl): 1928S–32S.
348. Vardas P. (2013) The ESC aims to influence policies for the prevention of cardiovascular diseases with a presence at the center of European politics. *European Heart Journal*, 34: 1527–1531.
349. Vartiainen E. (2004) A lot more can be done to prevent cardiovascular diseases. *Eur Heart J.*, 25: 457–458.
350. Vedin O., Hagstrom E., Stewart R., et al. (2013). Secondary prevention and risk factor target achievement in a global, high-risk population with established coronary heart disease: Baseline results from the STABILITY study. *Eur J Prev Cardiology*, 20: 678–685.
351. Velicer, W. F, Prochaska, J. O. (1998) Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis*, 38: 216–233. Verschuren W.M., Jacobs D.R., Bloemberg B.P., et al. (1995) Serum total cholesterol and long-term coronary heart disease mortality in different cultures. Twenty-five-year follow up of the seven countries study. *JAMA*. 274: 131–136.
352. Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. Effects of treatment on morbidity in the hypertension: II. Results in patients with diastolic blood pressure averaging 90 through 114 mm Hg. *JAMA*. 1970; 213: 1143–1152.

353. Voogdt-Pruis H.R., Beusmans G.H., Gorgels A.P. et al. (2010) Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomised trial. *Br J Gen Pract.*, 60: 40-46.
354. Vogt F., Hall S., Marteau T.M. (2005) General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: a systematic review. *Addiction*, 100 (10): 1423-31.
355. Volpe M., Williams B. (2008) Managing cardiovascular risk: the need for Change. *Journal of Human Hypertension*, 22: 154-157.
356. Wells S, Furness S, Rafter N, et al. (2008) Integrated electronic decision support increases cardiovascular disease risk assessment four fold in routine primary care practice. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.*, 15 (2): 173-8.
357. Whang W., Kubzansky L.D., Kawachi I. et al. (2009) Depression and risk of sudden cardiac death and coronary heart disease in women: results from the Nurses' Health Study J. *Am. Coll. Cardiol.*, 53: 950-958.
358. White P. D., Sprague H. B., Starnler J et al. (1959) A statement on arteriosclerosis. Main cause of "heart attacks" and "strokes." New York: National Health Education Committee, 1959
359. WHO MONICA Project (2000) Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations. *The Lancet*, 355, Issue 9205: 675-687.
360. Wolf P.A., Kannel W.B., McNamara P.M. (1970) Occult impaired cardiac function, congestive heart failure, and risk of thrombotic stroke: The Framingham Study. *Neurology*, 20(4): 373.
361. Wolf-Maier K., Cooper R.S., Banegas J.R. et al. (2003) Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada and the United States. *JAMA*, 289: 2363-2369.
362. Wood D. A., Kotseva K., Connolly S., et al. (2008) Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention program (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 371(9629): 1999-2012.
363. Woodward M., Brindle P., Tunstall-Pedoe H. (2007) Adding social deprivation and family history to cardiovascular risk assessment: the ASSIGN score from the Scottish Heart Health Extended Cohort (SHHEC) *Heart*. 93: 172-176.
364. World Health Organization. Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, WHO, 2009, 62 p.
365. World Health Statistics 2012. Geneva, Switzerland: WHO, 2012: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/
366. Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S, et al. (2004) Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364: 937-952.
367. Yusuf S., Islam S., Chow C.K., et al. (2011) Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) Study Investigators. Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middleincome, and low-income countries (the PURE Study): A prospective epidemiological survey. *Lancet*, 378: 1231-1243.
368. Zheng W., McLerran D.F., Rolland B., et al. (2011) Association between body-mass index and risk of death in more than 1 million Asians. *N Engl J Med.*, 364: 719-729.
369. Zwar N.A., Richmond R.L. (2006) Role of the general practitioner in smoking cessation. *Drug Alcohol Rev*, 25(1): 21-6.

ДОДАТОК

Локальний протокол медичної допомоги «Профілактика ССЗ на амбулаторно-поліклінічному етапі»

Положення ЛПМД	Необхідні дії	Виконавці	Терміни виконання	Індикатори якості МД
Організація надання медичної допомоги	Забезпечення проведення у ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС заходів, направлених на профілактику ССЗ відповідно до положень УКУПМД, затвердженого наказом МОЗ України № 564 від 13.06.2016. Розробка та впровадження ЛПМД «Профілактика ССЗ».	Адміністрація ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС	постійно	Наявність ЛПМД «Профілактика ССЗ»
	Забезпечення проведення у ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС заходів щодо підвищення поінформованості лікарів та МСМО з сучасних аспектів профілактики ССЗ та технології проведення профілактичного консультування — модуль на курсах ТУ в ЦПКЛМСМО	Адміністрація ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС науковий відділ внутрішньої медицини	постійно	Наявність у ЗОЗ плану проведення занять з медичним персоналом щодо профілактики ССЗ — з відмітками про виконання
	Основний обсяг заходів щодо профілактики ССЗ проводиться дільничними терапевтами ЦПМД. Завданням лікар-терапевта є виявлення факторів ризику (ФР) ССЗ, проведення загальної оцінки ризику розвитку ССЗ за допомогою шкали SCORE та проведення втручань, направлених на зменшення загального ризику шляхом надання інформації щодо засад здорового способу життя та корекції ФР — медикаментозної та немедикаментозної.	Завідувач ЦПМД Лікарі-терапевти дільничні ЦПМД	постійно	

Положення ЛПМД	Необхідні дії	Виконавці	Терміни виконання	Індикатори якості МД
	Лікарі КДЦ — кардіологи, невропатологи, лікарі ВФД — та наукові співробітники НВВМ надають консультативну допомогу лікарям ЦПМД щодо уточнення вірогідного діагнозу ССЗ у пацієнтів високого ризику та визначення рівня ризику у пацієнтів низького та помірного ризику з використанням інструментальних методик (обсяг додаткових лабораторних та інструментальних обстежень визначається індивідуально при клінічному огляді пацієнта) та щодо призначення лікування, направленного на корекцію ФР ССЗ.	Завідувач ЦПМД Завідувач КДЦ, ТВ КДЦ Завідувач неврологічного відділення КДЦ Завідувач ВФД та УЗД ССС КДЦ Завідувач НВВМ Лікарі-кардіологи, лікарі-невропатологи		
Центр первинної медичної допомоги				
Виявлення ФР та визначення рівня ризику	<p>1. Проведення клінічного огляду з визначенням ФР ССЗ та захворювань і станів, що сприяють розвитку ССЗ проводиться всім пацієнтам при прикріпленні та проведенні профілактичного огляду.</p> <p>1.1. Скарги та анамнез: наявність ССЗ, ЦД, АГ, обтяжена спадковість щодо ССЗ, виявлення ФР, пов'язаних зі способом життя нездорове харчування, низька фізична активність, тютюнокуріння.</p> <p>1.2. Клінічний огляд: вимірювання АГ, визначення індексу маси тіла (ІМТ) та обхвату талії (ОТ)</p> <p>1.3. Направлення на обстеження: ЕКГ, ЗАК, ЗАС, ЗХС, гіпекмія натше, креатинін</p>		Завідувач ЦПМД, лікар-терапевт дільничний	Наявність у лікаря ЛПМД «Профілактика ССЗ»

Положення ЛПМД	Необхідні дії	Виконавці	Терміни виконання	Індикатори якості МД
	<p>2.1 Визначення рівня ризику ССЗ за шкалою SCORE (Додаток 1.1): 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)</p> <p>2.2 Визначення рівня ризику ССЗ пацієнтам з ЦД, ХХН, або ССЗ (ІХС, облітеруючий атеросклероз артерій кінцівок, ГІМ або ГПМК в анамнезі), які відносяться до категорії високого або дуже високого ризику. Рівень ризику у пацієнтів — високий або дуже високий — визначається в залежності від наявності інших ФР або ураження органів-мішеней (Додаток 1.2).</p> <p>3. Визначення рівня ризику ССЗ особам, віком до 39 років включно — за бажанням пацієнта, при наявності обтяженого сімейного анамнезу щодо ССЗ, або підвищення рівня АТ, ЗХС або глікемії (Додаток 1.1, 1.2)</p> <p>4. Внесення інформації щодо рівня ризику та перелік наявних ФР ССЗ для подальшого моніторингу до медичної картки амбулаторного хворого (МКАХ, «Ескулуп»). При відсутності діагностованого захворювання у графі «Діагноз» вибирають опцію «Виявлення ФР та оцінка ризику ССЗ» з кодуванням виявлених ФР (Додаток 1.3).</p> <p>4. Пацієнтам з підвищенням АТ — визначити необхідність призначення або корекції планової терапії — відповідно до ЛПМД «АГ»</p> <p>5. Пацієнтам з дисліпідемією — виключити наявність вторинної дисліпідемії та оцінити необхідність призначення медикаментозної корекції (Додаток 1.4)</p>	Дільничний терапевт на прийомі	Завідувач ЦПМД, лікар-терапевт дільничний	

Положення ЛПМД	Необхідні дії	Виконавці	Терміни виконання	Індикатори якості МД
Корекція ФР	<p>1. Навчання пацієнта: надання всім пацієнтам, незалежно від статі, віку та рівня ризику ССЗ, в доступній формі інформації щодо здорового способу життя та заходів профілактики ССЗ (Додаток 2.1-2.8)</p> <p>2. Пацієнтам, що мають ФР ССЗ, в доступній формі надається інформація щодо впливу цих факторів на стан їх здоров'я та рекомендованих заходів невідкладної корекції.</p> <p>3. В ході консультування рекомендується впевнитись, що пацієнт зрозумів надані йому рекомендації (Додаток 2.1-2.2)</p> <p>4. Пацієнтам, що мають супутню патологію та стани, наявність яких негативно впливає на розвиток ССЗ, надається медична допомога відповідно до ЛПМД, за необхідності проводиться запис пацієнтів на консультацію до лікарів-спеціалістів — через «Ескулап» або усна домовленість телефоном</p> <p>5. Зробити запис в МКАХ з переліком призначених заходів корекції ФР</p> <p>6. При можливості — надати пацієнтові інформацію щодо заходів профілактики в друкованому вигляді (Додаток 2.7, 2.8)</p> <p>7. Пацієнтам, що мають захворювання з хронічним перебігом — скринінг депресії за допомогою PHQ-2 згідно ЛПМД «Депресія». Запис пацієнтів з ознаками депресії на консультацію до лікаря психоневрологічного кабінету неврологічного відділення КДЦ.</p>	Дільничний терапевт на прийомі	<p>Завідувач ЦПМД, лікар-терапевт дільничний</p> <p>Лікар психіатр Артюх Олександр Григорович, 64-07</p>	

Положення ЛПМД	Необхідні дії	Виконавці	Терміни виконання	Індикатори якості МД
Заходи немедикаментозної корекції	<p>1. Всім пацієнтам, незалежно від ризику розвитку ССЗ, рекомендувати дотримуватись засад здорового способу життя та проводити заходи немедикаментозної корекції ФР (Додаток 2.1-2.8):</p> <p>1.1. Уникати пасивного тютюнокуріння (Додаток 2.5)</p> <p>1.2. Дотримуватись рекомендацій щодо здорового харчування (Додаток 2.3, 2.8)</p> <p>1.3. Виконання щоденного помірного фізичного навантаження тривалістю не менше 30 хвилин (Додаток 2.4)</p> <p>1.4. Підтримувати ІМТ в межах 18,5-24,9 кг/м² та обхват талії <102 см у чоловіків і <88 см у жінок</p> <p>2. Пацієнтам, що курять, рекомендувати повну відмову від тютюнокуріння (Додаток 2.5)</p> <p>3. Пацієнтам з надлишковою масою тіла або ожирінням:</p> <ul style="list-style-type: none"> - рекомендувати обмежити енергетичну цінність харчового раціону - рекомендувати дотримуватись засад здорового харчування та вести щоденник харчування; - рекомендувати збільшити рівень фізичної активності. <p>4. Пацієнтам з дисліпідемією — надати інформацію щодо заходів немедикаментозної корекції порушення обміну ліпідів (Додаток 2.9)</p>	Дільничний терапевт на прийомі	Завідувач ЦПМД, лікар-терапевт дільничний	
Медикаментозна корекція	<p>1. Медикаментозна корекція АГ згідно ЛПМД «АГ»</p> <p>2. Медикаментозна корекція дисліпідемії — призначення статинів (Додаток 2.10, 2.11).</p> <p>3. Лікування патології, наявність якої підвищує ризик розвитку серцево-судинних ускладнень — ЦД, ХХН, ССЗ — за відповідними ЛПМД, моніторинг дотримання пацієнтом рекомендацій, наданих лікарем-спеціалістом</p>	Дільничний терапевт на прийомі	Завідувач ЦПМД, лікар-терапевт дільничний	

Положення ЛПМД	Необхідні дії	Виконавці	Терміни виконання	Індикатори якості МД
Моніторинг ФР/Диспансерний нагляд	<p>1. Проведення повторної оцінки ризику за шкалою SCORE пацієнтам низького та помірного ризику з інтервалом у 3 роки за умови відсутності розвитку ССЗ упродовж цього періоду.</p> <p>2. Проведення клінічного огляду пацієнтів високого та дуже високого ризику ССЗ з частотою 1 раз на рік, при наявності показань частота оглядів визначається індивідуально (Додаток 3.1).</p> <p>3. Моніторинг ефективності та переносимості препаратів для корекції АТ, дисліпідемії та антиагрегантів. Призначення при необхідності контролю ХСЛПНЦ, рівня АЛТ та АСТ</p> <p>4. Оцінка ризику ССЗ та ступеня корекції ФР ССЗ пацієнтам, що перебувають під диспансерним наглядом з приводу інших діагностованих захворювань під час клінічного огляду з метою диспансеризації з приводу цих захворювань.</p>	Дільничний терапевт на прийомі	Завідувач ЦПМД, лікар-терапевт дільничний	Відсоток пацієнтів, для яких отримано інформацію про медичний стан протягом двох років
Консультативно-діагностичний центр				
Виявлення ФР ССЗ та визначення рівня ризику	<p>Клінічний огляд пацієнта, визначення обсягу додаткових обстежень з метою верифікації діагнозу ССЗ, визначення ФР ССЗ, оцінка ризику ССЗ у випадку первинного звернення пацієнта або якщо це не було проведено лікарем-терапевтом (Додаток 1.5)</p> <p>При наявності клінічних симптомів супутньої патології — запис на консультацію до профільних спеціалістів через «Ескупап»</p>	Кардіолог ТВ КДЦ на прийомі	Завідувач КДЦ, ТВ КДЦ, лікар-кардіолог ТВ КДЦ	Наявність ЛПМД «Профілактика ССЗ»

Положення ЛПМД	Необхідні дії	Виконавці	Терміни виконання	Індикатори якості МД
	Клінічна оцінка ступеня корекції АГ та дисліпідемії у МКАХ («Ескулап») у графу «Клінічний діагноз» після формулювання діагнозу вноситься інформація щодо рівня ризику та наводиться перелік наявних ФР ССЗ для подальшого моніторингу. У разі відсутності діагностованого ССЗ до графи «Діагноз» вноситься опція «Виявлення ФР та оцінка ризику ССЗ» з кодуванням виявлених ФР (Додаток 1.3)	Кардіолог ТВ КДЦ на прийомі	Завідувач КДЦ, ТВ КДЦ, лікар-кардіолог ТВ КДЦ	
	Клінічний огляд пацієнта з ЦД, оцінка ступеня контролю рівня глікемії, визначення ФР ССЗ пацієнтів з ЦД (Додаток 1.2). Запис на прийом до дільничного терапевта через «Ескулап» всіх пацієнтів з ЦД, що мають АГ з метою визначення інших ФР ССЗ та призначення заходів корекції. Запис в МКАХ щодо виявлених ФР, призначені заходи корекції, терміни контролю.	Лікар-ендокринолог ендокринологічного відділення КДЦ на прийомі	Завідувач КДЦ, ТВ КДЦ, Завідувач ендокринологічного відділення КДЦ, лікар-ендокринолог ендокринологічного відділення КДЦ,	
	Клінічний огляд пацієнта з церебро-васкулярною патологією, оцінка контролю АГ та дисліпідемії у пацієнтів з ЦВХ, що мають АГ. Запис на прийом до дільничного терапевта через «Ескулап» всіх пацієнтів з ЦВХ, що мають АГ з метою визначення ФР ССЗ та призначення заходів корекції. Запис в МКАХ щодо виявлених ФР, призначені заходи корекції, терміни контролю.	Лікар-невролог неврологічного відділення КДЦ на прийомі	Завідувач КДЦ, ТВ КДЦ, Завідувач неврологічного відділення КДЦ, лікарі-неврологи неврологічного відділення КДЦ	

Положення ЛПМД	Необхідні дії	Виконавці	Терміни виконання	Індикатори якості МД
Корекція ФР	<p>Оцінка ефективності заходів корекції ФР ССЗ, призначених лікарем-терапевтом.</p> <p>Навчання пацієнтів з питань здорового способу життя.</p> <p>Підтримання у пацієнтів мотивації щодо збереження здоров'я і корекції ФР. Призначення корекції ФР — немідикаментозної та медикаментозної (Додаток 2).</p> <p>Вирішення питань щодо необхідності медикаментозної корекції дисліпидемії у пацієнтів з низьким/помірним рівнем ризику за SCORE та у пацієнтів, молодших за 40 років.</p>	<p>Лікар-кардіолог ТВ КДЦ,</p> <p>лікар-невролог неврологічного відділення КДЦ</p> <p>лікар-ендокринолог ендокринологічного відділення КДЦ на прийомі</p>	<p>Завідувач КДЦ, ТВ КДЦ,</p> <p>лікарі-кардіологи ТВ КДЦ</p> <p>Завідувач неврологічного відділення КДЦ,</p> <p>лікарі-неврологи неврологічного відділення КДЦ</p> <p>Завідувач ендокринологічного відділення КДЦ,</p> <p>лікарі-ендокринологи ендокринологічного відділення КДЦ</p>	

Положення ЛПМД	Необхідні дії	Виконавці	Терміни виконання	Індикатори якості МД
Немедикаментозна корекція	<p>1. Всім пацієнтам, незалежно від ризику розвитку ССЗ, рекомендувати дотримуватись засад здорового способу життя та проводити заходи немедикаментозної корекції ФР (Додаток 2.1-2.8):</p> <p>1.1. Уникати пасивного тютюнокуріння (Додаток 2.5)</p> <p>1.2. Дотримуватись рекомендацій щодо здорового харчування (Додаток 2.3, 2.8)</p> <p>1.3. Виконання щоденного помірного фізичного навантаження тривалістю не менше 30 хвилин (Додаток 2.4)</p> <p>1.4. Підтримувати ІМТ в межах 18,5-24,9 кг/м² та обхват талії <102 см у чоловіків і <88 см у жінок</p> <p>2. Пацієнтам, що курять, рекомендувати повну відмову від тютюнокуріння (Додаток 2.5)</p> <p>3. Пацієнтам з надлишковою масою тіла або ожирінням:</p> <ul style="list-style-type: none"> - рекомендувати обмежити енергетичну цінність харчового раціону - рекомендувати дотримуватись засад здорового харчування та вести щоденник харчування; - рекомендувати збільшити рівень фізичної активності. <p>4. Пацієнтам з дисліпідемією — надати інформацію щодо заходів немедикаментозної корекції порушення обміну ліпідів (Додаток 2.9)</p>	<p>Лікар-кардіолог ТВ КДЦ, лікар-невролог неврологічного відділення КДЦ лікар-ендокринолог ендокринологічного відділення КДЦ на прийомі</p>	<p>Завідувач КДЦ, ТВ КДЦ, лікарі-кардіологи ТВ КДЦ Завідувач неврологічного відділення КДЦ, лікарі-неврологи неврологічного відділення КДЦ</p> <p>Завідувач ендокринологічного відділення КДЦ, лікарі-ендокринологи ендокринологічного відділення КДЦ</p>	

Положення ЛПМД	Необхідні дії	Виконавці	Терміни виконання	Індикатори якості МД
Медикаментозна корекція	Корекція дози антигіпертензивних препаратів або призначення антигіпертензивних препаратів (ЛПМД «АГ») Визначення необхідності призначення та обсягу антитромботичної терапії (ЛПМД «Стабільна ІХС») Корекція дози статинів або призначення комбінації препаратів для лікування дисліпідемії (Додаток 2.10, 2.11)	Лікарі-кардіолог ТВ КДЦ на прийомі	Завідувач КДЦ, ТВ КДЦ, лікарі-кардіологи ТВ КДЦ Завідувач неврологічного відділення КДЦ, лікарі-неврологи неврологічного відділення КДЦ Завідувач ендокринологічного відділення КДЦ, лікарі-ендокринологи ендокринологічного відділення КДЦ	
Диспансерний нагляд	Всім пацієнтам, що перебувають під д/н у лікарів-спеціалістів з приводу ССЗ при клінічному огляді в рамках диспансерного нагляду проводяться: - оцінка ступеня корекції ФР - підсилення мотивації щодо дотримання засад здорового способу життя та виконання рекомендацій щодо корекції ФР При необхідності — корекція призначеного медикаментозного лікування для досягнення цільового рівня показників		Завідувач КДЦ, ТВ КДЦ, лікарі-кардіологи ТВ КДЦ Завідувач неврологічного відділення КДЦ, лікарі-неврологи неврологічного відділення КДЦ Завідувач ендокринологічного відділення КДЦ, лікарі-ендокринологи ендокринологічного відділення КДЦ	

Наукове видання

Дячук Д.Д., Мороз Г.З., Гідзинська І.М.,
Кравченко А.М., Ласиця Т.С., Дзізінська О.О.

**ПРОФІЛАКТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ: ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ
ТА ПРАКТИЧНЕ ВПРОВАДЖЕННЯ**

Монографія

УКРАЇНА

СВІДОЦТВО

про реєстрацію авторського права на твір

№ 84730

Науково-практичний твір "ПРОФІЛАКТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ: ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ТА ПРАКТИЧНЕ
ВПРОВАДЖЕННЯ"

(вид, назва службового твору)

Автор(и) Дячук Дмитро Дмитрович, Мороз Галина Зотівна, Гідзинська Ірина
Миколаївна, Кравченко Анатолій Миколайович, Ласиця Тетяна
Станіславівна, Дзізінська Олена Олександрівна

(повне ім'я, псевдонім (за наявності))

Авторські майнові права належать Державна наукова установа "Науково-
практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного
управління справами, вул. Верхня, 5, м. Київ, 01014

(повне ім'я фізичної та/або повне офіційне найменування юридичної особи, адреса)

Дата реєстрації

22.01.2019

Державний секретар Міністерства
економічного розвитку і торгівлі
України О. Ю. Перевезенцев

МІНІСТЕРСТВО ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ УКРАЇНИ (Мінекономрозвитку України)

вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, тел. 253-93-94, факс 226-31-81
Web: <http://www.me.gov.ua>, e-mail: meconomy@me.gov.ua, код ЄДРПОУ 37508596

Р І Ш Е Н Н Я

ПРО РЕЄСТРАЦІЮ АВТОРСЬКОГО ПРАВА НА ТВІР

Міністерство економічного розвитку і торгівлі України розглянуло заяву
Державна наукова установа "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної
медицини" Державного управління справами, вул. Верхня, 5, м. Київ, 01014

(повне ім'я фізичної або повне офіційне найменування юридичної особи, адреса)

заявка від 10.01.2019 № 86722

про реєстрацію авторського права на твір і прийняло рішення зареєструвати авторське
право на службовий твір Науково-практичний твір "ПРОФІЛАКТИКА СЕРЦЕВО-
СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ: ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ТА ПРАКТИЧНЕ
ВПРОВАДЖЕННЯ"; Дячук Дмитро Дмитрович, Мороз Галина Зотівна, Гідзинська
Ірина Миколаївна, Кравченко Анатолій Миколайович, Лисиця Тетяна Станіславівна,
Дзізінська Олена Олександрівна; Державна наукова установа "Науково-практичний
центр профілактичної та клінічної медицини" Державного управління справами

(вид, повна, скорочена (за наявності) назва твору, повне ім'я, псевдонім (за наявності) автора (ів), повна офіційна назва роботодавця)

Внесення відомостей до Державного реєстру свідоцтв про реєстрацію авторського права на твір та
видача свідоцтва будуть здійснені за умови сплати збору за оформлення і видачу свідоцтва про
реєстрацію авторського права на твір відповідно до п.3 постанови Кабінету Міністрів України від 27
грудня 2001 року № 1756 "Про державну реєстрацію авторського права і договорів, які стосуються права
на твір".

Якщо протягом трьох місяців від дати одержання заявником рішення про реєстрацію авторського
права на твір Управління державних реєстрацій Департаменту інтелектуальної власності Міністерства
економічного розвитку і торгівлі України не одержало документ про сплату збору за оформлення і видачу
свідоцтва у розмірі та порядку, визначених законодавством, або копію документа, що підтверджує право
на звільнення від сплати зазначеного збору, заявка вважається відхиленою і реєстрація авторського
права та публікація відомостей про реєстрацію Управлінням державних реєстрацій Департаменту
інтелектуальної власності Міністерства економічного розвитку і торгівлі України не проводиться.

Державний секретар
Міністерства економічного розвитку
і торгівлі України

О. Ю. Перевезенцев