

Вплив медико-соціальних факторів на розвиток та перебіг хвороб системи кровообігу, ефективність їх лікування та профілактики

В.М. Корнацький

ДУ «Національний науковий центр "Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска" НАМН України», Київ

Хворобам системи кровообігу (ХСК) належить вагома частка у структурі захворюваності та смертності в Україні. Сучасна стратегія їх профілактики та лікування передбачає врахування патофізіологічних механізмів впливу чинників ризику, раннє виявлення та корекція яких дозволять значно поліпшити серцево-судинний прогноз.

Профілактика ХСК – одна з найбільш пріоритетних задач, оскільки 2/3 чинників ризику обумовлені способом життя, серед яких до психосоціальних відносять різноманітні стресогенні події, хронічний стрес на роботі, відсутність соціальної підтримки, низький соціально-економічний статус, напруженість сімейних стосунків тощо.

Дослідження психічної сфери мають велике значення для розуміння соматичної симптоматики та поведінкових факторів, що можуть впливати на прихильність до лікування, здорового способу життя, реабілітаційних програм і профілактики. Проблема актуальна як для оцінки стану здоров'я в цілому, так і для психічного здоров'я – внаслідок його погіршення через ситуацію в країні.

Загальна характеристика негативних чинників впливу на розвиток і перебіг серцево-судинної патології

Основними причинами високої захворюваності та смертності від хвороб серцево-судинної системи в нашій країні можна назвати: високу поширеність чинників ризику і відсутність єдиного підходу до боротьби з ними, зокрема обґрунтованих соціальних та медичних заходів; відсутність достовірної інформації про епідеміологію і

структуру ХСК та чинників ризику; відсутність систем епідеміологічного моделювання та прогнозування розвитку ситуації в найближчій і віддаленій перспективі.

У 1994 р. Європейське товариство кардіологів розробило і вперше оприлюднило методичні рекомендації з профілактики ішемічної хвороби серця (ІХС) у клінічній практиці. У 1998 р. об'єднана група експертів опублікувала їх перегляд, де сформульовано вимоги до способу життя, визначено вплив чинників ризику і терапевтичні цільові точки профілактики. У другому виданні, яке доповнило і схвалило також Європейське товариство загальної практики/сімейної медицини та Міжнародне товариство профілактичної медицини, отримано багато нових даних, що стало підставою для чергового їх перегляду. У 2007 р. (оновлено за участю Європейської організації інсульту) консультуванню з приводу способу життя віддано головну роль, змінено підхід до оцінки серцево-судинного ризику з використанням шкали відносного ризику.

Визначено пріоритетні групи пацієнтів для профілактики ХСК (європейські рекомендації 2003 р.), до яких віднесено: пацієнтів з виявами коронарного, периферичного або церебрального атеросклерозу; близьких їх родичів з раннім розвитком ХСК; пацієнтів без симптомів ХСК, але з високим рівнем ризику розвитку фатальних судинних подій через поєднання кількох чинників ризику (ймовірність розвитку фатальних судинних подій у найближчі 10 років $\geq 5\%$); значно виражених окремих чинників ризику (рівень загального холестерину (ХС) ≥ 8 ммоль/л, ХС ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ) ≥ 6 ммоль/л,

артеріальний тиск (АТ) $\geq 180/110$ мм рт. ст.); хворих на цукровий діабет (ЦД) 1-го або 2-го типу з мікроальбумінурією.

У 2012 р. видано найновіші рекомендації з профілактики ХСК, у створенні яких брали участь експерти Європейського товариства кардіологів, Європейського товариства з атеросклерозу, Європейського товариства з гіпертензії, Європейської асоціації з цукрового діабету, Міжнародної діабетичної федерації, Європейської організації інсульту, Всесвітнього товариства сімейних лікарів і лікарів загальної практики. Важлива передумова успішної профілактики в оновлених рекомендаціях – оцінка та стратифікація ризику. Особам з низьким ризиком рекомендовано підтримувати його якомога довше (в ідеалі – довічно); підвищений ризик вимагає корекції, причому чим він вищий, тим активнішою корекція повинна бути, а чим вищий початковий ризик, тим більше реальної користі мають заходи з його корекції.

Європейські рекомендації з профілактики ХСК схвалено більшістю членів-держав та внесено до хартії здоров'я серця (the European Heart Health Charter) в Європейському парламенті. Програма визначила показники, до яких повинні прагнути люди, щоб залишатися здоровими.

Експерти ВООЗ визначили орієнтовне співвідношення різних чинників впливу на здоров'я людини, виділивши в якості основних чотири групи: умови і спосіб життя людей – 50–55 %; стан навколишнього середовища – 20–25 %; генетичні – 15–20 %; медичне забезпечення – 10–15 %, а також на ті, які можна модифікувати, та ті, які не модифікуються. Серед останніх:

1. Вік. Існує пряма залежність між АТ і віком. У цілому рівень діастолічного АТ (ДАТ) підвищується до 55 років, потім змінюється мало. Систолічний АТ (САТ) постійно зростає з віком. Вік може бути використаний у будь-якій популяції як базовий чинник ризику і демонструвати зміни.

2. Стать. Середні рівні АТ і поширеність артеріальної гіпертензії (АГ) у жінок молодого і середнього віку дещо менші, ніж у чоловіків. Пізніше ця залежність змінюється аж до реверсії. Нижчі показники смертності від ХСК у жінок можна пояснити захисними ефектами ендогенного естрогену.

3. Спадковість – один із найвпливовіших чинників майбутнього розвитку АГ та ІХС. Ви-

явлено тісну кореляцію між ХСК у найближчих родичів (батьки, брати, сестри) щодо АГ та ІХС. Існують безперечні докази спадковості багатьох чинників серцево-судинного ризику.

До основних чинників ризику, що модифікуються, належать: 1) куріння; 2) гіподинамія; 3) неправильне харчування; 4) надлишкова маса тіла; 5) АТ вище 140/90 мм рт. ст.; 6) рівень ХС крові вище 5 ммоль/л (190 мг/дл); 7) порушення метаболізму глюкози; 8) надмірні стреси. У рамках проекту MONICA, виконаного у 1980-х і 1990-х рр., показано, що взаємозв'язок між зазначеними чинниками ризику та розвитком серцево-судинних подій є значним.

Куріння (зокрема й пасивне). Несприятливо впливає на ризик ХСК, вплив залежить від кількості викурених сигарет та тривалості тютюно-років, посилює ефект інших чинників ризику, таких як вік, стать, АТ, наявність ЦД.

Алкоголь. Згідно з МКХ-10 з алкоголем пов'язано більше 60 медичних станів, перше місце серед яких посідають ХСК (кардіоміопатії, АГ, інсульти, раптова серцева смерть, аритмії).

Фізична активність. Це світова проблема охорони здоров'я. Більше половини молоді ведуть неактивний спосіб життя. В Європі лише незначна частина хворих на ХСК бере участь у програмах фізичних тренувань.

Аліментарні фактори. Жирні кислоти регулюють гомеостаз ХС та концентрації ЛПНЩ, впливають на інші серцево-судинні чинники ризику, такі як АТ, обмін речовин та маса тіла. Встановлено тісний зв'язок між споживанням насичених жирів, рівнем ХС у крові та поширеністю серцево-судинних захворювань. Споживання натрію, особливо у формі хлориду, впливає на АТ і, відповідно, на ризик розвитку гіпертонічної хвороби, інсульту, ІХС та серцевої недостатності. Збільшення споживання фруктів та овочів, ненасичених жирних кислот та знежирених молочних продуктів супроводжувалося зниженням частоти виникнення серцевих подій.

Маса тіла. Значна увага приділяється проблемі ожиріння, що пов'язано з його високою поширеністю серед населення. Так, у Канаді 15–33 % дорослого населення мають ожиріння. У США виявлено, що 4 % чоловіків та 7 % жінок мають коморбідне ожиріння з індексом маси тіла (ІМТ) > 40 кг/м². У низці досліджень описано механізми ліпотоксичного ураження міокарда при ожирінні, за якого змінюються як структура міокарда, так і його функціональний стан.

При ожирінні відбуваються метаболічні, дисгормональні, гемодинамічні зміни в організмі, які впливають на серцевий м'яз, спричиняючи його структурні та функціональні зміни. Збільшення маси жирової тканини супроводжується підвищенням секреції вільних жирних кислот, гіперінсулінемією, інсулінорезистентністю, АГ та дисліпідемією. Ці чинники підвищують ризик розвитку ХСК. Тому в European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (2012) серед базових чинників зазначено атерогенну дисліпідемію: гіпертригліцеридемію і низький рівень ХС ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ) – незалежні чинники ризику виникнення ХСК.

Підвищений артеріальний тиск. Верхнім значенням нормального АТ вважають рівень 140/90 мм рт. ст., проте в осіб із ЦД або метаболічним синдромом критерієм діагностування АГ визнано рівень АТ близько 130/80 мм рт. ст. Вони повинні розглядатися як такі, що мають АГ, навіть при випадкових або транзиторних підвищеннях АТ за наявності навіть одного із чинників серцево-судинного ризику (ЦД, ожиріння, дисліпідемія, куріння тощо). Пацієнти з АГ зазвичай мають дисметаболічні фактори ризику та субклінічне ураження органів-мішеней.

Психосоціальні чинники. Встановлено їх роль у збільшенні захворюваності та смертності при ІХС, доведено зв'язок між стресовими подіями і поширеністю тривожних і депресивних розладів у пацієнтів з ХСК.

Емоції – важливий чинник впливу на здоров'я, що має істотне значення в організації індивідуальних форм пристосування організму до умов навколишнього середовища. Збереження психічної рівноваги – найважливіша передумова збереження здоров'я та цілеспрямованої діяльності людини і тому вимагає особливої психологічної гнучкості, резерву душевних сил. Якщо ці психологічні характеристики знижені, то нервово-психічне напруження, поступово посилюючись, може викликати зрив компенсаторних і пристосувальних механізмів із подальшим розвитком гострих або хронічних психосоматичних розладів.

Таким чином, психоемоційний стрес – не тільки один із провідних чинників ризику виникнення ХСК, насамперед, АГ та ІХС, а й важливий фактор дестабілізації перебігу цих захворювань.

Психотравмувальними чинниками вважають такі психоемоційні стреси, як втрата близької

людини, стихійне лихо, тяжке соматичне захворювання у себе або у найближчих родичів, розлучення, втрата роботи, фінансові проблеми та інші, які більш значущі для жінок (для 50 % жінок та 37 % чоловіків), а життєві події, сімейно-побутові й негативні міжособистісні стосунки були актуальними для 61,8 % жінок та 49,1 % чоловіків.

Результати вивчення свідчать про значну роль психосоціальних чинників у механізмах, що порушують адаптаційні можливості пацієнтів та перебіг наявних соматичних захворювань. Частота психосоматичних розладів серед населення досить висока і коливається від 15 до 50 %, а в медичній практиці – від 30 до 57 %.

Освіта – один з індикаторів соціально-економічного статусу. Встановлено, що низький рівень освіти підвищував ризик розвитку ХСК.

Професія. Ризик померти від ІХС або інсульту вищий на 35 та 60 % у чоловіків віком 25–64 роки, зайнятих тяжкою некваліфікованою фізичною працею, ніж у чоловіків, зайнятих кваліфікованою.

Стрес на роботі. Дослідники звернули увагу на «гіпертонію на робочому місці». З'являється все більше людей, у яких рівень АТ на роботі виявляється вищим від періодичних одноразових вимірювань у поліклініці. Доведено, що високий рівень відповідальності при низькій зарплаті й обмеженому переліку повноважень пов'язані з вищим ризиком розвитку АГ (відносний ризик (ВР) 3,29). Простежувався вплив нереалізованих кар'єрних можливостей на ризик розвитку АГ (ВР 2,67). Модель «високи вимоги/низький контроль» є незалежним предиктором виникнення інфаркту міокарда.

Емоційні фактори. Підвищений рівень тривожності та емоційна лабільність, так само як і підвищена реактивність серцево-судинної системи, у відповідь на розумове напруження, можуть відігравати значну роль у розвитку АГ, а згодом стати причиною інфаркту міокарда або інсульту. Високий рівень тривожності підвищує ризик виникнення ІХС – фатальної і нефатальної. Ризик фатального епізоду збільшується зі зростанням оцінки за шкалою тривожності: для осіб, що мали за шкалою тривожності оцінку 5 і більше балів, був вищим, ніж для тих, що мали оцінку 0–1 (ВР 3,77). У чоловіків з високим рівнем тривожності ризик виникнення раптової коронарної смерті підвищувався в 5,73 разу.

Депресія. Згідно з прогнозом Гарвардської школи охорони здоров'я, велика уніполярна

депресія до 2020 р. вийде на друге місце за значущістю після ІХС і розглядається як незалежний чинник ризику в патогенетичному ланцюзі ХСК, проте не лише як вторинна емоційна реакція на хворобу, тобто може як спровокувати соматичне захворювання (наприклад ІХС або АГ), так і стати чинником, що погіршує прогноз. У пацієнтів похилого віку з АГ депресія є прогностичним чинником інсульту. У хворих з ІХС симптоми пов'язані зі збільшенням кількості випадків інфаркту міокарда, інсульту, необхідністю хірургічного втручання на вінцевих артеріях та серцево-судинною смертністю. За даними холтерівського моніторингу і навантажувальних проб, депресія сприяє порушенню серцевого ритму та появі ознак ішемії міокарда, підвищує ризик розвитку АГ у чоловіків віком 45–64 років у 1,29–1,8 разу. Виявлено пряму залежність: зі збільшенням кількості симптомів депресії зростає ризик розвитку ІХС від 2,62 разу (1–4 симптоми депресії) до 4,02 разу (5 і більше). Ризик розвитку ІХС підвищується в 1,2–2 рази при помірній та в 2,1–4,5 разу – при тяжкій депресії.

Ворожість. Ця риса стабільна в часі і є прогностичним чинником серцево-судинної та загальної смертності, зокрема пов'язаної з підвищенням АТ. У чоловіків з вираженою ворожістю (найвищий кuartиль) ризик смертності від усіх причин вищий більш ніж удвічі; від ХСК – майже втричі порівняно з рівнем, що відповідає нижньому кuartилу, а ризик розвитку інфаркту міокарда підвищувався в 2,18 разу.

Порушення сну. Смертність від усіх причин удвічі вища в осіб, що повідомляють про різні проблеми зі сном. У людей похилого віку денна сонливість може розглядатися як чинник, що підвищує ризик загальної і серцево-судинної смертності. При порушенні сну знижується його основна функція як відновного процесу, що може призвести до розвитку ХСК.

Частота психосоматичних розладів серед населення досить висока і становить 15–50 %, а в загальномедичній практиці – 30–57 %.

Існує низка теорій психосоматичних розладів:

1. Психоаналітична концепція (S. Freud), згідно з якою емоції, що не знайшли свого часу належного виходу, переходять у підсвідоме, зберігаючи свою афективну силу, відбувається конверсія (перенесення) емоційного стану на орган.

2. Концепція специфічного емоційного конфлікту (F. Alexander) – кожна емоція має відповід-

не соматичне вираження, патологічні афекти виявляються порушенням функції органів, причому певні конфліктні ситуації мають спорідненість до певних систем органів.

3. У концепції особистісного профілю (F. Dunbar) виявлено зв'язок особливостей профілю особистості з вірогідністю розвитку низки захворювань. Наприклад, для хворих на ІХС характерні амбітність, тривожність.

4. Концепція десоматизації – ресоматизації (M. Schur), основою якої є уявлення про тісний зв'язок соматичних і психологічних процесів у людини в період раннього дитинства, який слабшає у міру дорослішання. При цьому нормальний розвиток людини відповідає поняттю десоматизації.

5. Концепція алекситимії (P. Sifneos) – психологічний розлад, що характеризується обмеженою здатністю адекватно сприймати і виражати свої відчуття й емоційний стан, джерелом якої вважають виховання в суворо регламентованих стереотипних стосунках у сім'ях.

6. Концепція нервізму – вісцеровегетативні розлади, виникають у результаті хронічного патологічного перенапруження кори головного мозку.

Таким чином, психосоматична медицина – це концептуальний підхід до здоров'я та хвороби, що розглядає психосоматичні стани як взаємодію психологічних, соціальних та біологічних чинників. Такий підхід принципово відрізняється від традиційної біомедичної моделі хвороби як суто фізичної аномалії, спричиненої впливом фізико-хімічних чинників.

Функціональні розлади з наявністю соматичних скарг відповідають рубриці F 45 МКБ-10. До цієї групи належать більшість пацієнтів, які приходять на прийом із строкатою картиною незначених симптомів. Ці стани називаються органами невротами. Серед захворювань серцево-судинної системи в рубрику внесено: функціональна тахікардія, деякі форми аритмії, псевдостенокардія. Окрім того, існує поняття органних психосоматозів, що відповідають рубриці F 54 МКБ-10.

Серед пацієнтів з вираженою депресією частота АГ майже втричі вища, ніж без неї, а в пацієнтів з АГ частота тривожних розладів в 1,5 разу вища, ніж з нормальним АТ. Негативні міжособистісні стосунки, ворожість, хронічний стрес на роботі, недостатня здатність пацієнтів виразити свій гнів, стримування негативних емо-

цій асоціюються з підвищенням добового АТ (позитивні емоції пов'язані зі зниженням АТ). Стрес, тривога і депресія у пацієнтів з нормальним АТ асоціювалися з підвищенням ризику АГ у 1,8 разу.

Серед можливих механізмів негативного впливу депресії на виникнення і перебіг ІХС вказують на підвищену активність симпатичної нервової системи, ендотеліальну дисфункцію, гіперкоагуляцію, прискорення атеросклеротичного ураження. Серед пацієнтів з ІХС підвищену трижовність реєстрували у 10–34 % випадків. У жінок з депресією та хронічним стресом більше виражено відкладення вісцелярного жиру. Зв'язок стресу та ішемії міокарда можна пояснити також рикошетною ваготонією, зростанням потреби міокарда в кисні, зсіданням крові, агрегацією тромбоцитів, збільшенням атерогенних фракцій ліпопротеїнів, ендотеліальною дисфункцією; посиленням запалення в умовах стресу. Від 30 до 50 % осіб з ІХС мають ішемію міокарда під час гострого психоемоційного стрес-тесту, що є незалежним чинником ризику смерті. При цьому, чим більше депресивних симптомів, тим гірший функціональний стан і вища летальність.

Таким чином, незалежно від того, чи було психічне порушення причиною розвитку ХСК, чи стало її наслідком, воно потребує діагностики та корекції через здатність впливати на перебіг та прогноз соматичного процесу. Саме тому важливим є цілісне сприйняття соматичного пацієнта, в сукупності з характеристиками психічного здоров'я, адже порушення психічної сфери можуть бути складовою мультиморбідної патології.

Епідемія ХСК значною мірою пов'язана зі способом життя і виникненням чинників ризику. На підставі вивчення цих взаємозв'язків створено концепцію чинників ризику, яку покладено в основу їх профілактики.

Профілактика хвороб системи кровообігу

Збільшення кількості випадків ХСК сприяє підвищенню актуальності програм з профілактики, контролю і моніторингу поширення чинників ризику. За визначенням ВООЗ, стратегія профілактики захворювань може бути масовою або популяційною (заходи на рівні законодавства, зміни способу життя), високого ризику (спрямована на групи людей, що мають високий ризик певних захворювань). Оптимальним є поєднання цих стратегій.

Первинна профілактика передбачає комплекс медичних та немедичних заходів, спрямованих на запобігання розвитку відхилень щодо стану здоров'я і захворювань, спільних для всього населення окремих регіональних, соціальних, вікових, професійних та інших груп.

Вторинна профілактика передбачає комплекс медичних, соціальних, санітарно-гігієнічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на раннє виявлення і попередження загострень, ускладнень та хронізації захворювань, обмежень життєдіяльності, що викликають дезадаптацію хворих у суспільстві, зниження працездатності, зокрема інвалідизацію та передчасну смерть.

Пацієнти з ХСК мають високий ризик розвитку серцево-судинних ускладнень, потребують більш інтенсивної зміни способу життя і, якщо необхідно, призначення медикаментозної терапії. У безсимптомних відносно здорових осіб профілактичні заходи необхідно проводити відповідно до рівня ризику. Для визначення ступеня ризику розвитку ХСК у безсимптомних пацієнтів запропоновано різні моделі, в яких використовують багатофакторний аналіз різних комбінацій чинників ризику в популяціях для визначення прогнозу на подальші роки. Зокрема, в західній європейській популяції поширеність ІХС серед працездатного населення зменшується порівняно зі східноєвропейською, смертність від фатальних випадків удвічі нижча. Цілком очевидно, що боротьба з АГ не тільки необхідна, а й реально можлива. Зазначені тенденції в розвинених країнах обумовлені профілактичною спрямованістю охорони здоров'я та, зокрема, розробкою рекомендацій щодо профілактики серцево-судинних захворювань у клінічній практиці.

Практичні лікарі повинні використовувати визначення загального ризику ХСК з метою інтенсифікації таких профілактичних заходів: впровадження дієтологічних рекомендацій, індивідуалізація розширення фізичної активності, а в разі необхідності – призначення медикаментозної терапії із застосуванням доз препаратів або їх комбінацій, що забезпечують контроль чинників ризику. Рекомендації не повинні базуватися на аналізі будь-якого із чинників ризику ізольовано. Для визначення відносного персонального ризику порівнюють отримані результати з параметрами, що відповідають некурцю того ж віку і статі, з АТ менше 140/90 мм рт. ст. і рівнем загального ХС нижче 5 ммоль/л (190 мг/дл).

Отже, для підтримки низького ризику або переходу на нижчий рівень ризику необхідно дотримуватися таких рекомендацій: 1) повна відмова від куріння; 2) здорове харчування; 3) достатня фізична активність; 4) індекс маси тіла < 25 кг/м², відсутність центрального ожиріння; 5) АТ < 140/90 мм рт. ст.; 6) рівень загального ХС у крові < 5 ммоль/л (190 мг/дл); 7) рівень ХС ЛПНЩ < 3 ммоль/л (115 мг/дл); 8) концентрація глюкози в крові < 6 ммоль/л (110 мг/дл). Водночас для осіб з високим серцево-судинним ризиком рекомендується більш суворий контроль низки показників: 1) АТ < 130/80 мм рт. ст., якщо можливо; 2) рівень загального ХС у крові < 4,5 ммоль/л (175 мг/дл), а якщо можливо, то < 4 ммоль/л (155 мг/дл); 3) рівень ХС ЛПНЩ < 2,5 ммоль/л (100 мг/дл), а якщо можливо, то < 2 ммоль/л (80 мг/дл); 4) концентрація глюкози в крові < 6 ммоль/л (110 мг/дл) і глікозильованого гемоглобіну < 6,5 %, якщо можливо. Найближчі родичі пацієнтів з раннім розвитком ІХС (у чоловіків віком до 55 років, у жінок – до 65 років) і особи із сімейною гіперхолестеринемією або іншими спадковими дисліпідеміями мають бути обстежені з визначенням чинників серцево-судинного ризику, оскільки в них існує підвищений ризик розвитку ХСК.

Стратегія припинення куріння. Передбачає 5А:

- 1 А (ask – запитати): систематично виявляти курців;
- 2 А (assess – оцінити): оцінити ступінь готовності до припинення;
- 3 А (advise – радити): переконливо радити припинити курити;
- 4 А (assist – брати участь): рекомендувати нікотинозамісну терапію;
- 5 А (arrange – упорядковувати): упорядкувати графік відвідувань.

Стратегія вибору здорового харчування. Формування здорової дієти – невід’ємна частина контролю чинників ризику. В кожному окремому випадку потрібна професійна порада щодо вибору дієти, яка максимально знижує ризик розвитку ХСК, сприяє нормалізації маси тіла, АТ, ліпідного обміну, контролює рівень глюкози крові, знижує ризик виникнення тромбозу.

Загальні рекомендації: 1) урізноманітнити раціон харчування; 2) розрахувати споживання калорій для підтримки ідеальної маси тіла; 3) надавати перевагу таким продуктам: овочі та фрук-

ти, неочищені злаки і хліб грубого помолу, молочні продукти з низьким вмістом жиру, знежирені дієтичні продукти, пісне м’ясо та риба (риб’ячий жир та омега-3 поліненасичені жирні кислоти мають специфічні захисні властивості); 4) загальне споживання жирів не повинно перевищувати 30 % добової калорійності, а частка насичених від них – третину; 5) споживання ХС менше 300 мг/добу; 6) у дієті низькокалорійній насичені жири можуть частково замінюватися складними вуглеводами, моно- та поліненасиченими жирами з овочів та морепродуктів.

Стратегія збільшення фізичної активності. Фізична активність повинна популяризуватися в усіх вікових групах, як серед дорослих, так і серед дітей. Особливу увагу слід приділити групі підвищеного ризику, в якій збільшення фізичної активності має знизити ризик виникнення ХСК. Мета, до якої необхідно прагнути, – це, як мінімум, півгодини фізичної активності щодня, хоча й більш помірна також корисна.

Здоровим людям необхідно радити обирати прийнятні фізичні навантаження, які враховують їхній розпорядок дня, переважно 30–45 хв 4–5 разів на тиждень, досягаючи 60–75 % максимального навантаження на серце. Для пацієнтів зі встановленими ХСК рекомендації повинні враховувати дані всебічного клінічного обстеження, із залученням результатів навантажувальних тестів.

Стратегія боротьби з надлишковою масою тіла та ожирінням. Попередження виникнення надлишкової маси тіла або її зниження важливе як для пацієнтів з ІХС, так і для осіб з високим ступенем ризику. Зниження вкрай показано особам з ожирінням (ІМТ понад 30 кг/м²) або надлишковою масою тіла (ІМТ 25–30 кг/м²) і для абдомінального типу ожиріння з обхватом талії більше 102 см у чоловіків і більше 88 у жінок. Успіх у зниженні маси тіла буде більш ймовірний, якщо підтримуватиметься, з одного боку, професійно лікарями, з іншого – наявністю мотивації в пацієнтів.

Стратегія контролю вмісту ліпідів у плазмі крові. У цілому, рівень загального ХС у плазмі крові не повинен перевищувати 5 ммоль/л (190 мг/дл), а ХС ЛПНЩ – 3 ммоль/л (115 мг/дл). Для пацієнтів з клінічно встановленими ХСК і для осіб із ЦД цільовими мають бути рівні загального ХС менше 4,5 ммоль/л (175 мг/дл) і ХС ЛПНЩ менше 2,5 ммоль/л (100 мг/дл).

Для ХС ЛПВЩ і тригліцеридів немає певних цільових рівнів, але зміна їх концентрації може

стати маркером підвищеного ризику. Рівні ХС ЛПВЩ менше 1 ммоль/л (40 мг/дл) у чоловіків і менше 1,2 ммоль/л (46 мг/дл) у жінок, як і визначений натще рівень тригліцеридів більше 1,7 ммоль/л, є маркерами підвищеного серцево-судинного ризику і повинні враховуватися при виборі терапії.

У безсимптомних пацієнтів з високим багатofакторним ризиком розвитку ХСК і невідкоригованими показниками загального ХС і ХС ЛПНЩ, близькими відповідно до 5 і 3 ммоль/л, доцільним є зниження рівня загального ХС менше 4,5 ммоль/л (175 мг/дл) і подальше зниження рівня ХС ЛПНЩ менше 2,5 ммоль/л (100 мг/дл) помірними дозами ліпідознижувальної терапії. Проте, ці низькі показники не є цільовими для пацієнтів з підвищеними, медикаментозно невідкоригованими, рівнями ліпідів. Слід зазначити, що ця оцінка не стосується осіб із сімейною гіперхолестеринемією з рівнем загального ХС більше 8 ммоль/л (320 мг/дл) і ХС ЛПНЩ більше 6 ммоль/л (240 мг/дл), які належать до категорії пацієнтів з високим серцево-судинним ризиком.

Якщо ризик серцево-судинної смерті впродовж 10 років вище 5 % та при комбінації всіх індивідуальних чинників ризику в осіб віком 60 років і більше, потрібний ретельний аналіз вмісту ліпопротеїнів у плазмі крові з подальшими рекомендаціями зміни способу життя і дієтологічними.

Пацієнтам, у яких вміст загального ХС і ХС ЛПНЩ знижується відповідно до 5 ммоль/л (190 мг/дл) і 3 ммоль/л (115 мг/дл), а рівень загального серцево-судинного ризику залишається менше 5 %, необхідним є щорічний контроль для його збереження без використання медикаментозної терапії. Якщо ризик становить більше 5 %, необхідно проводити ліпідознижувальну терапію до зниження рівнів загального ХС менше 4,5 ммоль/л (175 мг/дл) і ХС ЛПНЩ менше 2,5 ммоль/л (100 мг/дл).

Стратегія досягнення оптимального рівня артеріального тиску. Ризик розвитку ХСК безперервно зростає з підвищенням АТ, починаючи з моменту перевищення рівнів нормального діапазону. Рішення про початок терапії залежить не лише від рівня АТ, а й від ступеня загального серцево-судинного ризику, а також від наявності або відсутності ураження органів-мішеней. У пацієнтів зі встановленою ІХС вибір антигіпертензивної терапії залежить від основної серце-

во-судинної патології. Медикаментозну терапію необхідно негайно починати в пацієнтів зі встановленим САТ 180 мм рт. ст. і вище та/або ДАТ 110 мм рт. ст. і вище незалежно від їх сумарного серцево-судинного ризику.

Особам з високим ризиком ХСК і встановленим САТ 140 мм рт. ст. і вище та/або ДАТ 90 мм рт. ст. і вище також потрібна медикаментозна терапія з метою зниження АТ до рівня нижче 140/90 мм рт. ст. Подібне підвищення АТ у пацієнтів з низьким ризиком виникнення ускладнень і без ураження органів-мішеней потрібно коригувати аналогічним чином одночасно зі зміною способу життя. Медикаментозну терапію можна призначати з урахуванням переваг для конкретного пацієнта.

За невеликим винятком пацієнтам із САТ нижче 140 мм рт. ст. та/або ДАТ нижче 90 мм рт. ст. не потрібна медикаментозна терапія. В осіб з дуже високим серцево-судинним ризиком і пацієнтів із ЦД зниження АТ до цільового рівня менше 140/90 мм рт. ст. сприятливо відображається на індивідуальному прогнозі. Антигіпертензивна терапія повинна не лише ефективно знижувати АТ, а й бути безпечною, тобто здатною знизити серцево-судинну захворюваність і смертність.

Увага на поведінкові чинники ризику. Зміна способу життя потрібна більшості пацієнтів зі встановленою ХСК і з високим ризиком розвитку ХСК.

Наявність хронічного стресу та депресії підвищує частоту розвитку ІХС в 1,2–2,9 разу, незалежно від традиційних соматичних чинників ризику виникнення ХСК. У пацієнтів віком до 40 років з депресією та тривожними розладами при спостереженні впродовж 15 років ризик ранньої смерті від ІХС вищий в 3,7 разу. Вплив ІХС на ризик депресії був істотно вищий, ніж зворотний зв'язок, що може свідчити про перевагу впливу вторинних психічних розладів у пацієнтів з ІХС.

Негативні емоції, включаючи депресію, гнів і ворожість, можуть перешкоджати проведенню профілактичних заходів у цієї групи осіб, зумовлюють необхідність психологічної консультації або терапії. Оскільки психосоціальні чинники незалежні від стандартних чинників ризику, в будь-якому випадку необхідно прагнути до їх нормалізації.

Активна профілактика ХСК у клінічній практиці, в першу чергу, показана особам з високим

ризиком, а саме: 1) пацієнтам з діагностованим ХСК атеросклеротичної природи; 2) особам без клінічно вираженої серцево-судинної патології, що мають кілька чинників ризику, які в сукупності обумовлюють $\geq 5\%$ ризику серцево-судинної смерті або $\geq 10\%$ ризику всіх (фатальних і нефатальних) серцево-судинних подій упродовж 10 років; 3) особам, що страждають на ЦД у поєднанні з мікроальбумінурією; 4) пацієнтам, що мають один чинник ризику, проте значно виражений, особливо якщо він поєднується з ураженням органів-мішеней; 5) близьким родичам пацієнтів з передчасним розвитком серцево-судинної патології атеросклеротичної природи або з особливо високим сукупним ризиком. Пріоритетність у разі високого ризику не повинна означати недбалість щодо осіб з низьким ризиком серцево-судинних подій.

Ця стратегія і визначення сумарного ризику за шкалою SCORE рекомендуються, якщо на прийом прийшов пацієнт: 1) який курить, середнього віку; 2) з ожирінням, особливо абдомінальним; 3) з одним або більше чинником ризику,

таким як підвищений рівень АТ, ліпідів або глюкози крові; 4) зі спадково обтяженим анамнезом – ранній розвиток ХСК; 5) із симптомами, що вказують на ймовірність серцево-судинних захворювань.

Про необхідність профілактики ХСК в Україні йдеться в документах і постановах, проте це має скоріше декларативний характер. На рівні відносин лікаря та пацієнта стратегічні ланки для підвищення ефективності виконання рекомендацій передбачають: 1) розвиток довірливих стосунків між лікарем та пацієнтом; 2) усвідомлення пацієнтом зв'язку між способом життя та здоров'ям; 3) сприяння пацієнту щодо зміни поведінкових звичок; 4) розвиток зацікавленості пацієнтів у цій модифікації; 5) залучення пацієнтів до ідентифікації й відбору чинників ризику; 6) використання різних методів для зміцнення самосвідомості пацієнта; 7) розроблення плану модифікації способу життя; 8) контроль ефективності при подальшому спостереженні; 9) залучення до цієї проблеми інших підрозділів охорони здоров'я.