**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ**

**Харківський національний медичний університет**

Кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології

ІІ медичний факультет

|  |
| --- |
| Рекомендовано  вченою радою ХНМУ  Протокол № \_\_\_ від  «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р. |

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**

з дисципліни ”Внутрішня медицина”

для студентів 6 курсу IIмедичного факультету

**ПЕРВИННА ТА ВТОРИННА ПРОФІЛАКТИКА**

**СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

|  |  |
| --- | --- |
| Затверджено  на засіданні кафедри  внутрішньої медицини №2 і  клінічної імунології та алергології  «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р.  протокол № \_\_\_\_\_\_  Завідувач кафедри \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  професор П.Г. Кравчун | Схвалено методичною комісією ХНМУ з проблем професійної підготовкитерапевтичного профілю  Протокол № \_\_\_  від “\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_2017 р.  Голова \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кравчун П.Г.  “\_\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2017 року |

Харків 2017

Первинна та вторинна профілактика серцево-судинних захворювань: методичні вказівки для студентів 6 курсу / Упор. П. Г. Кравчун, П.І. Ринчак, М.Ю. Котелюх– Харків: ХНМУ, 2017. – 23 с.

Упорядники: Кравчун П.Г.

Ринчак П.І.

Котелюх М.Ю.

**Тема: Первинна та вторинна профілактика серцево-судинних захворювань.**

**Актуальність теми.** За оцінками, в 2012 році від серцево-судинних захворювань (ССЗ) померло 17,5 мільйона чоловік, що склало 31% всіх випадків смерті в світі. З цього числа 7,4 мільйона чоловік померли від ішемічної хвороби серця і 6,7 мільйона чоловік в результаті інсульту.Більше 75% випадків смерті від ССЗ відбуваються в країнах з низьким і середнім рівнем доходу. Із 16 мільйонів випадків смерті від неінфекційних захворювань у віці до 70 років 82% випадків припадають на країни з низьким і середнім рівнем доходу, а причиною 37% є ССЗ.

Більшість серцево-судинних захворювань можна запобігти шляхом вжиття заходів щодо таких факторів ризику, таких як вживання тютюну, нездорове харчування і ожиріння, відсутність фізичної активності і шкідливе вживання алкоголю, за допомогою стратегій, що охоплюють все населення.

Люди, які страждають ССЗ або піддаються високому ризику таких захворювань (в зв'язку з наявністю одного або декількох факторів ризику, таких як підвищений кров'яний тиск, діабет, гіперліпідемія, або вже розвиненого захворювання), потребують ранньому виявленні та наданні допомоги шляхом консультування і, при необхідності, прийому лікарських засобів.

**Загальна мета:** вміти діагностувати серцево-судинні захворювання, проводити диференційну діагностику, оволодіти стандартами діагностики, лікування та профілактики захворювань.

|  |  |
| --- | --- |
| **Конкретні завдання:**  1. Навчитися діагностувати ССЗ.  2. Оволодіти стандартами діагностики нозологічних форм ССЗ.  3. Вміти скласти програму обстеження хворого з ССЗ.  4. Навчитися інтерпретації результатів лабораторних, інструмен­тальних, рентгенологічних та інших методів обстеження для діагностики причин ССЗ.  5. Вміти сформулювати діагноз нозологічної форми ССЗ відповідно до класифікації основного захворювання і коду МКХ.  6.Обгрунтувати алгоритм терапев-тичної допомоги з урахуванням стандартів профілактики основного захворювання. | **Початковий рівень знань та вмінь:**  1. Збір скарг, анамнезу, проведення об'єктивного дослідження, диферен-ціаціяССЗ.  2.Інтерпретація результатів лабора-торних, біохімічних та імуно-ферментних досліджень, ЕКГ, ехокардіограми, ехосонографії внутрішніх органів, рентгеноло-гічних методів та інших видів променевої діагностики, допплер-дослідження судин нижніх кінцівок.  3.Володіння стандартами діагности-ки та лікування захворювань внутрішніх органів.  4. Знання принципів профілактики ССЗ. |

**Технологічна карта заняття**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Етап | Час, хви-лини | Місце проведення заняття |
| 1 | Підготовчий | 5 | Учбова кімната |
| 2 | Перевірка та корекція початкового рівня знань-умінь:  -тестовий контроль  - опитування | 25  40 | Учбова кімната |
| 3 | Самостійна курація хворих | 50 | Палата |
| 4 | Аналіз даних лабораторного та інструментального дослідження хворих | 35 | Учбова кімната |
| 5 | Робота в кабінеті функціональної діагностики (УЗД, ЕКГ) | 35 | Кабінет функціональної діагностики |
| 6 | Контроль кінцевого рівня знань | 25 | Учбова кімната |
| 7 | Підведення підсумків заняття, розбір помилок, результати контролю та опитування | 10 | Учбова кімната |
|  | Всього | 225 хв |  |

**Матеріальне забезпечення теми**

1. Мультимедійна презентація.

2. ЕКГ, ехокардіограми, дані ехосонографії внутрішніх органів, комп'ютерної томографії

3. Дані лабораторних методів дослідження

4. Хворі з ССЗ

5. Ситуаційні завдання, набори для тестового контролю знань з теми «Первинна та вторинна профілактика серцево-судинних захворювань»

**Перелік теоретичних питань:**

1. Визначення первинної та вторинної профілактики ССЗ.

2. Особливості первинної профілактики ССЗ.

3. Особливості вторинної профілактики ССЗ.

**Орієнтована карта роботистудентів**

**Первинна профілактика** – заходи щодо попередження розвитку атеросклеротичних серцево-судинних захворювань. Заходи спрямовані на попередження появи або усунення факторів ризику (ФР) ССЗ, таких, як артеріальна гіпертонія, дисліпідемія, куріння та ін. Первинна профілактика повинна бути спрямована на зміну стилю життя популяції і на виявлення ФР, стратифікацію і вибір лікування у осіб з високим ризиком до розвитку ССЗ.

**Вторинна профілактика** складається з медичних втручань і змін способу життя, спрямованих на зменшення ускладнень, частоти рецидивів і прогресування хвороби у пацієнтів з уже існуючими ССЗ.Пацієнти з високим ризиком, але ще без проявів кардіологічного захворювання також повинні залучатися до заходів з вторинної профілактики. Для пацієнтів з високим ризиком ССЗ особливого значення набуває нормалізація складу ліпопротеїдів крові, корекція підвищеного артеріального тиску.Доведеною і ефективною стратегією вторинної профілактики є зміна способу життя, що включає модифікацію харчування, відмова від куріння і збільшення аеробних фізичних навантажень.

**Первинна профілактика**

1. Класи рекомендацій і рівень їх доказовості

Клас рекомендацій і рівень доказів щодо конкретних методів профілактики і лікування визначається і оцінюється за шкалою, прийнятою Європейським кардіологічним товариством та Європейською асоціацією кардіо-васкулярної профілактики і реабілітації, представленої в таблицях 1 і 2.

**Таблиця 1.**

**Класи рекомендацій**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Класс**  **рекомендацій** | Визначення користі рекомендацій | **Рекомендації по використанню** |
| КласI | Користь і ефективність даного лікування або втручання доведені і / або загальновизнані | Рекомендувати та використовувати |
| КласII | Суперечливі дані і / або розбіжність думок з приводу користі / ефективності методу лікування або втручання |  |
| КласIIa | Більше даних свідчить про користь / ефективність втручання | Потрібно розглядати |
| КласIIb | Користь / ефективність менш переконливі | Можуть розглядатися |
| КласIII | Наявні дані або спільну думку свідчать про те. Що лікування або процедура некорисні / неефективні і деяких випадках можуть бути шкідливими | Не рекомендувати і не використовувати |

**Таблиця 2.**

**Рівень доказів рекомендації**

|  |  |
| --- | --- |
| **Рівень рекомендації** | **Характеристикадослідження** |
| **А** | Високоякісний метааналіз, систематичний огляд, рандомізовані клінічні дослідження (РКД) або РКД з дуже низькою ймовірністю систематичної помилки. |
| **В** | РКД з невисокою ймовірністю систематичної помилки, когортного дослідження або дослідження випадок-контроль. |
| **С** | Опис серії випадків, неконтрольоване дослідження, думка експертів. |

Згідно з концепцією, розрізняють модифікованні і немодифікованні фактори ризику. Немодифікованні фактори ризику (вік, стать, генетична схильність) використовують для розробки систем стратифікації ризику розвитку захворювань. Такі фактори ризику не можуть бути скориговані, можуть тільки враховуватись при визначенні ступеня ризику розвитку захворювань.

Модифікованні фактори ризику піддаються корекції і розділені на поведінкові і біологічні фактори ризику.

До поведінкових відносяться: куріння, нездорове харчування, низька фізична активність, надмірне споживання алкоголю, хронічне психоемоційне напруження. Це найбільш часто зустрічаються поведінкові фактори ризику в способі життя сучасної людини, які сприяють розвитку серцево-судинної патології.

При тривалому впливі поведінкових факторів ризику на організм людини відбувається формування біологічних факторів ризику - артеріальної гіпертензії (АГ), дисліпідемії, надлишкової маси тіла (НМТ), ожиріння і цукрового діабету, є значущими для розвитку серцево-судинної патології.

В останні роки активно обговорюється роль психосоціальних факторів: низький рівень освіти і доходу, низька соціальна підтримка, психосоціальний стрес і розвиток тривожних або депресивних станів, але їх внесок у розвиток ССЗ є невеликим.

Сумарний серцево-судинний ризик запропоновано визначати, використовуючи Європейську шкалу SCORE, яка розроблена для оцінки абсолютного ризику фатальних серцево-судинних ускладнень в майбутні 10 років життя. До фатальним серцево-судинних ускладнень відносяться смерть від інфаркту міокарда та інших форм ІХС, інсульту.

Методика визначення ССЗ ризику по Європейською шкалою SCORE.

Для роботи зі шкалою необхідно враховувати: стать, вік, статус куріння (палить / не палить), загальний холестерин, систолічний АТ.

У запропонованій таблиці необхідно, зіставивши показники по горизонталі і вертикалі у відповідних блоках (за статтю, віком, статусом куріння), визначити клітку, де вказано в процентах ризик розвитку фатальних ускладнень в найближчі 10 років.

Рівні сумарного серцево-судинного ризику:

Низький - менше 1%

Середній - від 1% до 5%

Високий - від 5% до 10%

Дуже високий - понад 10%

Шкалу SCORE також можна використовувати для орієнтовної оцінки загального ризику серцево-судинних ускладнень (фатальних і нефатальних) в майбутні 10 років життя. Загальний ризик буде приблизно в 3 рази вище, ніж ризик фатальних ускладнень.

Сумарний серцево-судинний ризик може бути вище, ніж за шкалою SCORE у осіб:

1. з надмірною масою тіла або ожирінням, в тому числі абдомінальним, особливо у молодих з низькою фізичною активністю

2. з низьким соціальним статусом

3. з цукровим діабетом (розглядаються тільки випадки цукрового діабету 1 типу без ураження органів-мішеней)

4. з сімейним анамнезом раннього розвитку ССЗ у найближчих родичів

5.з вираженою дисліпідемією, особливо у випадках сімейною гіперхолестеринемією

6. з доведеним атеросклеротичним ураженням сонних артерій без клінічних проявів

7. з помірною та важкою хронічною хворобою нирок (СКФ менше 60 мл/хв)

В яких випадках шкала SCORE не використовується:

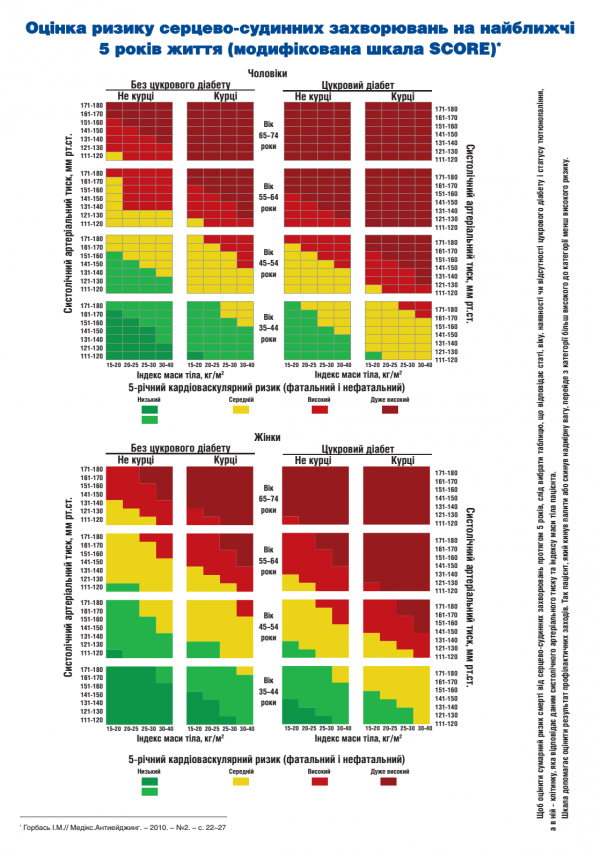
1. у пацієнтів старше 65 років і молодше 40 років

2. у пацієнтів з доведеними ССЗ атеросклеротичного генезу (ІХС, аневризма аорти, атеросклероз периферичних артерій)

3. у пацієнтів з цукровим діабетом 1 і 2 типу з ураженням органів-мішеней

4. у пацієнтів з дуже високими рівнями окремих ФР

Виявлення основних ФР і оцінка ССЗ ризику з проведенням короткочасного профілактичного консультування пацієнта для корекції ФР і становить основу первинної профілактики серцево-судинних захворювань.



Принципи корекції поведінкових факторів ризику розвитку ССЗ

Отже, які показники «Здорового способу життя» будуть служити орієнтиром сімейного лікаря і пацієнта?»

1. Відмова від куріння тютюну (клас I, рівень А).

2. Достатній рівень фізичної активності

3. Здорове харчування

4. Відсутність ожиріння і надмірної ваги (клас I, рівень А). Контроль маси тіла.

5. АТ нижче 140/90 мм.рт.ст. (Клас IIa, рівень А).

6. Рівень загального ХС крові нижче 5 ммоль / л або 190 мг / дл (клас I, рівень А).

7. Рівень глюкози крові натще не вище 6,1 ммоль / л і HbAменьше 7% (клас I, рівень А).

8. Контроль психоемоційного стану (подолання психоемоційного стресу, зняття психоемоційного напруження). (Клас IIa, рівень B), особливо у осіб з дуже високим серцево-судинним ризиком (клас I, рівень А).

**Профілактична робота з пацієнтами з низькою фізичною активністю.**

Низька фізична активність (клас 1, рівень доказовості А).

Діагностичний критерій: низька фізична активність - ходьба в помірному або швидкому темпі менше 30 хвилин в день.

Рекомендації для пацієнтів: щодня або більшість днів на тиждень - ходьба в помірному темпі не менше 30 хв. Це мінімально необхідний рівень фізичної активності для підтримки здоров'я.

**Профілактична робота з пацієнтами при психоемоційному напруженні**

Найбільше міжнародне дослідження INTERHEART підтвердило, що деякі психосоціальні фактори є незалежними ФР розвитку ССЗ.

До таких психосоціальним факторів належать:

1. стрес гострий і хронічний

2. низька соціальна підтримка (соціальна ізоляція)

3. низький соціально-економічний статус

4. негативні емоційні стани, в тому числі тривожні і депресивні.

Стрес - часто як реакція на стресовуситуацію, пережиті важкі епізоди в житті, наприклад, втрата батьків, втрата будинку, руйнування шлюбних відносин, вагітність, народження дитини-інваліда, втрата роботи, вихід на пенсію, втрата фізичних функцій. Оцінити рівень хронічного стресу допоможе відповідь пацієнта на питання: «Чи є у Вас проблеми, які є причиною серйозних переживань на роботі / вдома?»

**Таблиця 5.**

**Рекомендації з харчування для профілактики**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Рекомендації** | **Клас**  **користі** | рівень  доказів |
| Здорове харчування, що включає:  - зниження споживання насичених жирів (менше 10% від загального калоража їжі) шляхом заміни їх на поліненасичені жирні кислоти  - максимально можливе обмеження споживання транс-жирів (менше 1% від загального калоража їжі)  - споживання менше 5 г солі в день  - споживання 30-45 г клітковини (харчових волокон) в день з цільнозернових продуктів, фруктів і овочів  - споживання 200 г фруктів в день  - споживання 200 г овочів в день без урахування картоплі  - споживання риби2 рази на тиждень, один з яких буде жирна риба  - обмеження споживання алкогольних напоїв до 20г / день (в перерахунку на чистий спирт) для чоловіків і до 10 г / день - для жінок  Рекомендується як основа профілактики ССЗ за умови, що енергетична цінність їжі повинна бути обмежена кількістю калорій, необхідних для збереження (або досягнення) здорового ваги тіла з ІМТ 25 кг/м2 | I | B |

Хронічне психоемоційне напруження провокує розвиток тривожно-депресивних розладів. Позитивна відповідь пацієнта на питання: «Чи відчуваєте Ви почуття постійного занепокоєння, тривоги, часто без особливих на це причин?» Вказує на можливе тривожний стан пацієнта.

Ствердні відповіді на питання: «Чи відчуваєте ви почуття пригніченості, депресії, безнадійності?» І «Втратили ви інтерес до життя?» Можуть свідчити на користь депресивних розладів.

Стандартні рекомендації пацієнтам з психо-емоційним напруженням для зниження тривожності наступні:

1. нормалізувати повсякденний режим праці і відпочинку.

2. забезпечити нічний сон тривалістю не менше 7-8 годин

3. використовувати вихідні та святкові дні для повноцінного відпочинку.

4. регулярно використовувати відпустки.

5. ввести в режим дня регулярні помірні фізичні навантаження

6. освоїти техніки релаксації (дихальний тренінг, аутотренінг і т.п.)

Первинна профілактика біологічних факторів ризику

З нераціональним харчуванням тісно пов'язані біологічні фактори ризику розвитку ССЗ. Це надмірна маса тіла і ожиріння, дисліпідемія і гіперглікемія / цукровий діабет.

За результатами дослідження INTERHEART, визначальний вплив на ризик розвитку інфаркту міокарда надають дев'ять факторів, незалежно від регіону проживання:

- Артеріальна гіпертензія

- Куріння

- Дисліпідемія

- Абдомінальне ожиріння

- Психосоціальні чинники

- Цукровий діабет

**Профілактична робота з пацієнтами з надлишковою масою тіла та ожирінням.**

Діагностичні критерії: надлишкова маса тіла ІМТ 25-29,9 кг / м2, ожиріння - індекс маси тіла більше 30 кг / м2.

Крім показника ІМТ (індексу Кетле) надають великого значення показника абдомінального ожиріння - окружності талії.

При ІМТ менше 25 кг / м2 окружність талії повинна бути менше 94 см для чоловіків і менше 80 см для жінок.

Важливо, щоб пацієнт був поінформований про контрольні показники і мав можливість самоконтролю маси тіла і окружності талії. «Включення» пацієнта в процес оздоровлення способу життя служить гарним приводом закріплення «нових форм поведінки» щодо ФР.

При динамічному спостереженні за пацієнтом з надмірною масою тіла / ожирінням рекомендується намітити бажані межі зниження маси.

Для підтримки мотивації пацієнтів часто необхідні конкретні короткострокові «показники успіху». У разі роботи з надмірною масою і ожирінням, зниження маси не повинна перевищувати 0,5 кг в тиждень.

Більш довгострокові показники зниження маси, до яких повинен прагнути пацієнт - зниження маси тіла на 10% і більше за 6 місяців є хорошим показником «старань» пацієнта.

Пацієнтам з ІМТ вище 30 кг / м2 (ожиріння) рекомендується зниження ІМТ до рівня 27 кг / м2 як довгострокова мета.

**Принципи побудови раціону при надмірній масі тіла і ожирінні**

1. Різке обмеження споживання легкозасвоюваних вуглеводів, цукрів до 10-15 г і менше на добу, включаючи цукор для підсолоджування напоїв та цукор, що міститься в варенні, цукерках та інші. Кондитерські вироби з висококалорійним жиром і солодкі газовані напої рекомендовано виключити повністю.

2. Обмеження крохмаль змістовних продуктів: хліба, виробів і страв з круп, картоплі. Можна вживати до 3-4 шматочків чорного або 2-3 шматків білого хліба в день. Макаронні вироби виключаються. Можна додати порцію каші або картоплі.

3. Достатнє споживання білкових продуктів: м'яса, риби, яєць, молочних продуктів. Вибір - за продуктами найменшою жирності.

4. Споживання великої кількості овочів (крім картоплі) і фруктів (до 1 кг). Перевагу віддавати кислим сортам фруктів і листяним овочам (цитрусові, яблука, капуста, салат, шпинат). Страви, з овочів володіють низькою калорійністю і за рахунок великого обсягу створюють відчуття ситості.

5. Обмеження споживання жиру тваринного походження.

6. Обмеження споживання кухонної солі з метою нормалізації водно-сольового балансу.

7. Обмеження споживання гострих закусок, соусів, прянощів, що збуджують апетит.

8. Частий прийом їжі - до 5-6 разів на добу, але в невеликій кількості.

9. Пам'ятати, що алкоголь містить багато калорій - обмеження споживання алкоголю.

Оцінка ефективності: бажаний результат - зниження маси тіла на 5-15% від вихідного рівня за 3-6 міс і стабілізація маси тіла надалі. Повторні курси зниження маси тіла можливі через півроку, 1 раз в 1-2 року з поступовим повільним зниженням маси тіла і закріпленням «здорових харчових звичок» у пацієнта.

**Первинна профілактика артеріальної гіпертензії**

Діагностичні критерії: нормальний АТ на рівні нижче 140/90 мм.рт.ст

Підвищений рівень артеріального тиску - систолічний артеріальний тиск дорівнює або вище 140 мм рт.ст., діастолічний артеріальний тиск дорівнює або вище 90 мм рт.ст. або проведення гіпотензивної терапії.

Основні напрямки роботи з первинної профілактики артеріальної гіпертензії:

- Зниження надлишкової маси тіла - при зниженні надлишкової ІМТ приблизно в 63% випадків відбувається зниження артеріального тиску до прикордонних або нормальних цифр.

Підвищення фізичної активності - включення динамічних аеробних вправ помірною інтенсивністю по 30-45 хв не рідше 5-7 днів в тиждень. Рекомендуються переважно плавання, танці, ходьба, їзда на велосипеді. Не рекомендуються біг і підняття важких предметів.

- Обмеження споживання кухонної солі - рекомендується особливо особам з обтяженою спадковістю по артеріальній гіпертензії. Рекомендується не тільки не досолювати їжу, але і виключити з раціону консерви, напівфабрикати, майонез, кетчуп, гірчицю, солоні закуски, крекери, чіпси як продукти з так званої «прихованої сіллю».

Обмеження споживання алкоголю - не більше 30 мл етанолу на добу для чоловіків і 15 мл - для жінок. Сумарне споживання алкоголю в тиждень не повинна перевищувати 140 г у чоловіків і 80 г у жінок.

- Відмова від куріння. Куріння викликає гостре підвищення АТ і збільшення частоти серцевих скорочень, які зберігаються більше 15 хв після викурювання однієї сигарети і є наслідком стимуляції симпатичної нервової системи на центральному рівні і на рівні нервових закінчень. Також при палінні змінюються концентрації катехоламінів і порушується барорефлексов. Тому мотивація пацієнта на відмову від куріння - один з найважливіших аспектів профілактики АГ і інших ССЗ.

- Профілактика психоемоційного напруження

**Первинна профілактика гіперглікемії**

Діагностичний критерій гіперглікемії - рівень глюкози плазми натще більше 6,1 ммоль / л або проведення гіпоглікемічної терапії.

Первинна профілактика гіпеглікемії полягає в зміні способу життя пацієнтів, в першу чергу рекомендується підтримка нормальної маси тіла шляхом підвищення рівня фізичної активності та дотримання принципів раціонального харчування або, при необхідності, дотримання дієти з обмеженням вуглеводів і жирів.

**Первинна профілактика дисліпідемії.**

Ключове завдання в роботі з такими пацієнтами - досягнення цільових рівнів ХС і ХС-ЛПНЩ. Обов'язково враховувати вихідний рівень сумарного серцево-судинного ризику.

Цільові рівні ХС-ЛПНЩ в залежності від рівня ССЗ ризику.

- у осіб з помірним ССЗ ризиком - менше 3 ммоль / л (менше 115 мг / дл)

-у осіб з високим ССЗ ризиком - менше 2,5 ммоль / л (менше 100 мг / дл)

- у осіб з дуже високим ССЗ ризиком - менше 1,8 ммоль / л (менше 70 мг / дл)

**Вторинна профілактика ССЗ.**

Програма Ради по лікуванню дорослих (AdultTreatmentPanel - III) при Національної освітньої програми з холестерину (NationalCholesterolEducationProgram) - виділила захворювання, наявність яких у пацієнта без ІХС дозволяє лікарю оцінювати його як пацієнта з високим ризиком. Тобто клінічні стани розглядаються як еквіваленти ССЗ. До переліку таких захворювань Рада включила.

•Цукровий діабет.

• Клінічно значущий атеросклероз сонних артерій.

• Аневризма будь-якого відділу аорти.

• Хвороба периферичних артерій.

Крім перерахованих клінічних станів, Рада виділила наступні ситуації, до яких можна застосувати термін «еквівалент високого ризику ССЗ».

1. Наявність у пацієнта хронічного захворювання нирок.

2. Наявність у пацієнта такого поєднання чинників ризику, яке робить розрахунковий абсолютний ризик серцево-судинних подій в термін за 10 років більшим чи рівним 20%.

3. Пацієнти з вихідним проміжним ризиком (розрахунковий 10-річний показник серцево-судинних подій від 6 до 20%), у яких в ході скринінгу було виявлено новий фактор ризику або виявлено ознака доклінічного атеросклерозу:

• підвищений рівень С-реактивного білка (СРБ) більше 3,0 мг / л;

• оцінка виразності коронарного кальцію в балах;

• товщина комплексу «інтиму-медія» в сонної артерії більше 1 мм.

У таких пацієнтів достовірно в 2-6 разів підвищується відносний ризик будь-якої серцево-судинної події, відповідно до цих пацієнтам в повсякденному житті можна застосувати термін «еквівалент високого ризику». Важливістьвпровадження в практику поняття «еквівалентвисокогоризику» незаперечна, оскільки є методичною основою подальшихдійлікаря:

• всім пацієнтам з наявністю еквівалентів високого ризику необхідно проведення вторинної профілактики;

• початок вторинної профілактики збігається з моментом виявлення високого ризику.

Наявність еквівалентів високого ризику будь-якого серцево-судинного захворювання має на увазі початок медикаментозних і немедикаментозних заходів вторинної профілактики, незважаючи на відсутність маніфестації коронарної хвороби серця, ішемічної хвороби мозку або ураження периферичних артерій.

**Модифікація факторів ризику при вторинній профілактиці.**

Основою проведення вторинної профілактики є модифікація факторів ризику. Провідні професійні кардіологічні асоціації - Американська кардіологічна асоціація (AmericanHeartAssociation, AHA), Американський коледж кардіології (AmericanCollegeofCardiology, ACC), Українське наукове товариство кардіологів в своїх рекомендаціях основою вторинної профілактики ССЗ вважає корекцію факторів ризику. Багато в чому положення по корекції ФР, наведені в американських Рекомендаціях, ідентичні раніше виданим європейським Рекомендацій.

Основою вторинної профілактики прийнято вважати корекцію ФР ССЗ.Всі відомі епідеміологічні дослідження показали пряму кореляційний зв'язок між наявністю ФР, їх комбінацією і ССЗ. Легко зрозуміти, що зміна кількості ФР призводить до зниження ризику ССЗ. Графічне побудова цієї залежності в логарифмічною шкалою показує, що вибудовується лінійна зв'язок, яка не має очевидного нижнього порога. Головним висновком цієї закономірності є таке положення - будь-яке обмеження будь-якого ФР знижує частоту розвитку ССЗ на постійну частку існуючого абсолютного ризику ССЗ, незалежно від вихідного рівня цього ФР.

Користь від корекції ФР визначається не ступенем тяжкості цього ФР, а вихідним абсолютним ризиком розвитку ССЗ у пацієнта.Легко помітити, що найбільшу користь можна очікувати в популяції пацієнтів, що мають значне підвищення абсолютного ризику розвитку ССЗ - від 2 до 5% в рік. Таким чином, повсюдне впровадження корекції ФР дозволить більш ніж на 40% знизити частоту ССЗ у популяції.

**Перелік теоретичних питань:**

1. Визначення первинної та вторинної профілактики ССЗ.

2. Особливості первинної профілактики ССЗ.

3. Особливості вторинної профілактики ССЗ.

**Джерела навчальної інформації**

**Основна**

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах Профілактика серцево-судинних захворювань, 2016 р.
2. Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистыхзаболеваний. ВОЗ, Всемирнаяфедерациясердца, Всемирнаяорганизация по борьбе с инсультом, 2013. 163 с.
3. Терапия. Руководство для врачей-интернов и студентов / Под ред. Л. Т. Малой, В. Н. Хворостинки 2-е издание, в 2-х т.- Х.: "Фолио", 2005. – І т. - 1113 с.
4. Основи внутрішньої медицини: підручник, Т.1/ В. Г. Передерій, С. М. Ткач. – К.: Нова книга, 2009. - 640с.
5. Основи внутрішньої медицини: підручник, Т.2/ В. Г. Передерій, С. М. Ткач. – К.: Нова книга, 2009. - 784с.
6. Основи внутрішньої медицини: підручник, Т.3 / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. – К.: Нова книга, 2010. - 1006с.
7. Сучасна практика внутрішньої медицини: навчальний посібник для студентів VІ курсу медичних ВНЗ IV рівня акредитації. / За ред. О. М. Біловола, П. Г. Кравчуна, Л. А. Лапшиної. – Харків: ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2012 – 644 с.

**Додаткова**

1. Горбась І. М. Шкала SCORE в Україні: можливість використання.Медікс. Антиейджинг. – 2010. – № 2. – С. 22–26.
2. Інформаційний бюлетень № 317. ВООЗ. 2015р. <http://www.who.int/>mediacentre/factsheets/fs317/ru/
3. 2016 EuropeanGuidelinesoncardiovasculardiseasepreventioninclinicalpractice. EuropeanHeartJournal , 2016. Vol. 37, P. 2315–2381.

***Навчальне видання***

**ПЕРВИННА ТА ВТОРИННА ПРОФІЛАКТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

***Методичні вказівки для студентів 6 курсу ІІ медичного факультету***

Упорядники: Кравчун Павло Григорович

Ринчак Петро Іванович

Котелюх Марія Юріївна

Відповідальний за випуск: Кравчун П.Г.

Комп’ютерний набор і

комп’ютерна верстка

План 2017, поз. \_\_\_.

Формат А5.Ризографія. Ум.друк. арк. \_\_\_.

Тираж 150 прим. Зам. № \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Редакційно-видавничийвідділ**

**ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022**

**izdatknmu@mail.ru, izdat@knmu.kharkov.ua**

Свідоцтво про внесеннясуб’єктавидавничоїсправи до Державного реєструвидавництв, виготівників і розповсюджувачіввидавничоїпродукціїсерії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.