

Час діяти

НОВИНКА

# Клівас® Плюс

## Потужне рішення проти стійко підвищеного холестерину

Фіксована комбінація статин + езетиміб корисніша в зниженні рівня ХС ЛПНЩ та запобігання MACE\* в порівнянні з терапією поокремо<sup>1</sup>

Комбінована терапія статин + езетиміб рекомендована пацієнтам високого та дуже високого ризику, як основний стандарт лікування для досягнення більш раннього зниження >50% холестерину ЛПНЩ<sup>2</sup>

Менший рівень відмов від терапії в порівнянні з високоінтенсивною терапією статинами<sup>3</sup>



\* великі серцеві та/або цереброваскулярні події

### Скорочена інструкція для медичного застосування препарату Клівас® Плюс.

**Склад.** 1 таблетка містить езетимібу 10,0 мг та розувастатину кальцію 10,4 мг або 20,8 мг, або 41,6 мг (у перерахуванні на розувастатин 10 мг, 20 мг або 40 мг).

**Лікарська форма.** Таблетки, вкриті плівковою оболонкою.  
**Фармакотерапевтична група.** Гіполіпідемічні засоби. Інгібітори ГМГ-КоА-редуктази, інші комбінації. Код АТХ С10ВФ06.

**Фармакологічні властивості.** Розувастатин є селективним конкурентним інгібітором ГМГ-КоА-редуктази, ферменту, що перетворює 3-гідрокси-3-метилглутарил-кофермент А на мевалонат, попередник холестерину. Розувастатин знижує рівень холестерину (ХС) ЛПНЩ, загального холестерину та тригліцеридів (ТГ), та збільшує кількість рецепторів ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ), зменшуючи загальну кількість частинок ЛПДНЩ та ЛПНЩ. Езетиміб належить до класу ліпідознижувальних речовин, які селективно пригнічують всмоктування в кишечнику холестерину та зав'язаних з ним рослинних стеролів.

**Показання.** Первинна гіперхолістеринемія. Профілактика серцево-судинних захворювань. Побічні реакції. Зазвичай слабкі та тимчасові. Головний біль, запаморочення, запор, діарея, нудота, блювота, печія, біль в животі, біль у м'язах, астенія.

**Категорія випуску.** За рецептом.  
**Р.П. №** UA 19917/01/01, UA 19917/01/02, UA 19917/01/03.  
**Виробник:** ЕЛПЕН ФАРМАСЬОТІКАЛ КО., ІНК  
Маратхонос Аве. 95, Пікермі Аттики, 19009, Греція.

Повна інформація знаходиться в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних установ та лікарів, і для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.

1 – Farnier M. et al; Projected impact of treatment intensification with statin, ezetimibe, and statin plus ezetimibe fixed-dose combination on MACE across six countries. Eur J of Prev Cardiol 2022;29:2264–2271; <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwac214>.

2 – Kausik K. et al; Combination lipid-lowering therapy as first line

strategy in very high-risk patients. Eur Heart J 2022, 21:830–833, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab71>.  
3 – Yong-Joon Lee et al. Moderate-intensity statin with ezetimibe vs. high-intensity statin in patients with diabetes and atherosclerotic cardiovascular disease in the RACING trial. Eur Heart J, 2023 (14):972–983 <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac709>.

**ТОВ «АСІНО Україна»,**  
Київ, 6-р Вацлава Гавела, 8, 03124  
Компанія Acino Group, Швейцарія,  
+38 044 281 2333,  
[acino.ua](http://acino.ua)

 **acino**

# Сучасний погляд на стартову гіполіпідемічну терапію у пацієнтів із дуже високим ризиком

**Монотерапія статинами, навіть високоінтенсивна статинотерапія, може бути недостатньою для більшості пацієнтів щодо досягнення рекомендованих цілей холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ). Для пацієнтів із дуже високим ризиком фахівці рекомендують зміну парадигми від «стартової інтенсивної терапії статинами» до «інтенсивної гіполіпідемічної терапії». Це передбачає старт лікування комбінацією статином та езетимібом для досягнення зниження ХС ЛПНЩ на >50%. Відповідно до рекомендацій Європейського товариства кардіологів (ESC, 2019) та Європейського товариства з атеросклерозу (EAS, 2019), фармакологічне зниження ХС ЛПНЩ на 1-му етапі передбачає призначення високоактивних статинів до найвищої толерантної дози для зниження ризику ССЗ (клас рекомендації I, рівень доказовості А). Якщо цільового рівня ХС ЛПНЩ не вдається досягти, на 2-му етапі до статину слід додати езетиміб (клас рекомендації I, рівень доказовості В). Сьогодні на вітчизняний ринок виходить новий препарат від АСІНО Клівас Плюс (виробник ЕЛПЕН ФАРМАСЬТИКАЛ КО., Греція), що є фіксованою комбінацією розувастатину (10 мг/20/ мг/40 мг) та езетимібу (10 мг).**

## Ефективність комбінації фіксованих доз статину та езетимібу для запобігання основним несприятливим серцево-судинним подіям

Підвищення ХС ЛПНЩ визначено як третій провідний модифікований чинник ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ) після високого систолічного артеріального тиску (АТ) і дієтичних ризиків. Зниження ХС ЛПНЩ на 1 ммоль/л сприяє зниженню серцево-судинного ризику на 21% (Ference et al., 2017).

За результатами генетичних досліджень, ще більшого зниження ризику ССЗ – 50-55% на 1 ммоль/л ХС ЛПНЩ вдається досягнути завдяки кумулятивному зниженню протягом усього життя (Sabatine et al., 2017; Ray et al., 2021).

Експерти Інституту показників і оцінювання здоров'я (США) вивчали вплив застосування статину, езетимібу та комбінації фіксованих доз статину та езетимібу на досягнення цільових рівнів ХС ЛПНЩ і частоту основних несприятливих серцево-судинних подій (МАСЕ) у шести країнах (Бразилія, Китай, Італія, Франція, Іспанія, РФ) (Farnier, 2022).

Як зазначають дослідники, така оцінка ґрунтувалася на дослідженні глобального тягаря захворювань та на імітаційній моделі (Collins et al., 2019; Roth et al., 2020). Первинною кінцевою точкою були МАСЕ, визначені як поєднання інфаркту міокарда, ішемічного інсульту та серцево-судинної смерті.

Кумулятивну частоту первинних кінцевих точок на рівні країни вивчали для таких стратегій лікування:

- Сценарій «Business as Usual» (BAU; «звичайний хід подій») – продовження клінічної практики станом на початок 2020 р.

- Сценарій втручання 1 – лікування згідно з настановою ESC/ EAS (2019) із використанням монотерапії статином або комбінації статину та езетимібу як окремих таблетованих препаратів.

- Сценарій втручання 2 – лікування згідно з настановою ESC/EAS (2019) із застосуванням ліпідознижувальної терапії лише статином або статином та езетимібом разом у формі комбінації фіксованих доз.

Різницю щодо первинної кінцевої точки, що представляє сценарії втручання 1 і 2 проти BAU, оцінювали на рівні окремої країни. Середній рівень ХС ЛПНЩ через 5 років було знижено із 4,25 ммоль/л за сценарієм BAU до 3,65 ммоль/л – у сценарії втручання 1 (зменшення на 0,60 ммоль/л) до 3,59 ммоль/л – у сценарії втручання 2 (зниження на 0,66 ммоль/л).

Результати дослідження продемонстрували, що згідно з рекомендаціями ESC/EAS (2019) інтенсифікація лікування на основі статинів, езетимібу та фіксованої комбінації статину та езетимібу сприяла досягненню значної користі для запобігання МАСЕ. Порівняно з BAU відносно зниження МАСЕ становило 5,4 і 6,4% для сценаріїв втручання 1 і 2 відповідно.

Так, абсолютна частота МАСЕ зменшилася б на 3 692 902 випадки для сценарію втручання 1 і на 4 360 530 випадки для сценарію втручання 2 порівняно з BAU. Коли лікування для тих, хто отримував статин і додатковий езетиміб як окремі препарати, було замінено на фіксовану комбінацію статину та езетимібу, абсолютна частота МАСЕ додатково зменшилася б на 667 626 випадків. За оцінками, близько 3,7 і 4,4 млн МАСЕ можна було б запобігти в шести країнах протягом 5 років за сценаріями втручання 1 та 2 відповідно порівняно з BAU.

Інтенсифікація гіполіпідемічної терапії за допомогою стратегій комбінованої терапії статином та езетимібом, зокрема із застосуванням фіксованих комбінацій, допоможе досягти кращого цільового рівня ХС ЛПНЩ та запобігти МАСЕ на популяційному рівні.

## Стартова комбінована гіполіпідемічна терапія

За рекомендаціями ESC/EAS (2019) щодо лікування дисліпідемії, для пацієнтів дуже високого ризику цільові показники ХС ЛПНЩ було знижено з 1,8 ммоль/л (70 мг/дл) до 1,4 ммоль/л (55 мг/дл) на додаток до досягнення цілі зниження його на 50% проти вихідного рівня. При цьому дуже високий ризик визначається як задокументоване АССЗ або профілактика дуже високого ризику за цукрового діабету (ЦД) з ураженням органів-мішеней або  $\geq 3$  основних чинників ризику, або ранній початок довготривалого ЦД 1-го типу, тяжка хронічна хвороба нирок (ХХН), розрахунковий ризик за шкалою SCORE  $\geq 10\%$  для 10-річного ризику смерті від ССЗ, сімейна гіперхолестеринемія з одним чинником ризику (Mach et al., 2020).

До групи з надзвичайно високим ризиком належать пацієнти, які мають:

- післягострий коронарний синдром та іншу судинну подію в анамнезі за останні два роки;
- післягострий коронарний синдром і захворювання периферичних артерій або полівазулярні захворювання;
- післягострий коронарний синдром і полівазулярне захворювання коронарних артерій;
- післягострий коронарний синдром і сімейну гіперхолестеринемію (Solnica et al., 2020).

У пацієнтів із дуже високим і надзвичайно високим ризиком рівень ХС ЛПНЩ слід знижувати ефективно та без зволікань (Ray et al., 2022).

Розширення арсеналу ліпідознижувальної терапії протягом останнього десятиліття допомагає надійно контролювати рівень ХС ЛПНЩ завдяки спрощеному алгоритму лікування для пацієнтів із дуже високим ризиком (рисунки).

Першим кроком такої тактики є початок із комбінації терапії статинами та езетимібом для досягнення значного зниження

на >50% ХС ЛПНЩ на ранній стадії. Езетиміб є найпоширенішим нестатинним препаратом у ліпідознижувальній терапії, який пригнічує всмоктування холестерину з кишечника через блокування С1-подібного 1 рецептора Німана-Піка, додатково знижуючи рівень ХС ЛПНЩ на 23-24% при застосуванні разом зі статинами (Cannon et al., 2015).

Комбіновану терапію езетимібом зі статинами меншої інтенсивності можна розглядати як альтернативну стратегію статинами високої інтенсивності, особливо у пацієнтів, які не переносять високоінтенсивну статинотерапію.

Зокрема, для пацієнтів із надзвичайно високим ризиком слід розглянути безпосередній початок потрібної терапії перед випискою з лікарні в разі гострої події (наприклад, повторної події протягом 2 років). Оскільки відносна користь додаткового зниження ХС ЛПНЩ становить 50% протягом першого року лікування порівняно з останніми роками, потрібне більше зниження ХС ЛПНЩ для досягнення значущих переваг для серцево-судинної системи за перший рік після інфаркту міокарда.

Якщо пацієнт не досягає зниження ХС ЛПНЩ на >50% і цільового рівня <1,4 ммоль/л, слід перейти до третьої лінії ліпідознижувальної терапії: бемпедоева кислота або цільова терапія PCSK9, або моноклональні антитіла проти PCSK9 (алірокумаб або еволокумаб), або PCSK9 siRNA-терапія (інклісіран).

У пацієнтів із непереносимістю статинів першим етапом терапевтичного режиму також має бути комбінована терапія, наприклад езетиміб і бемпедоева кислота або езетиміб і цільова терапія PCSK9.

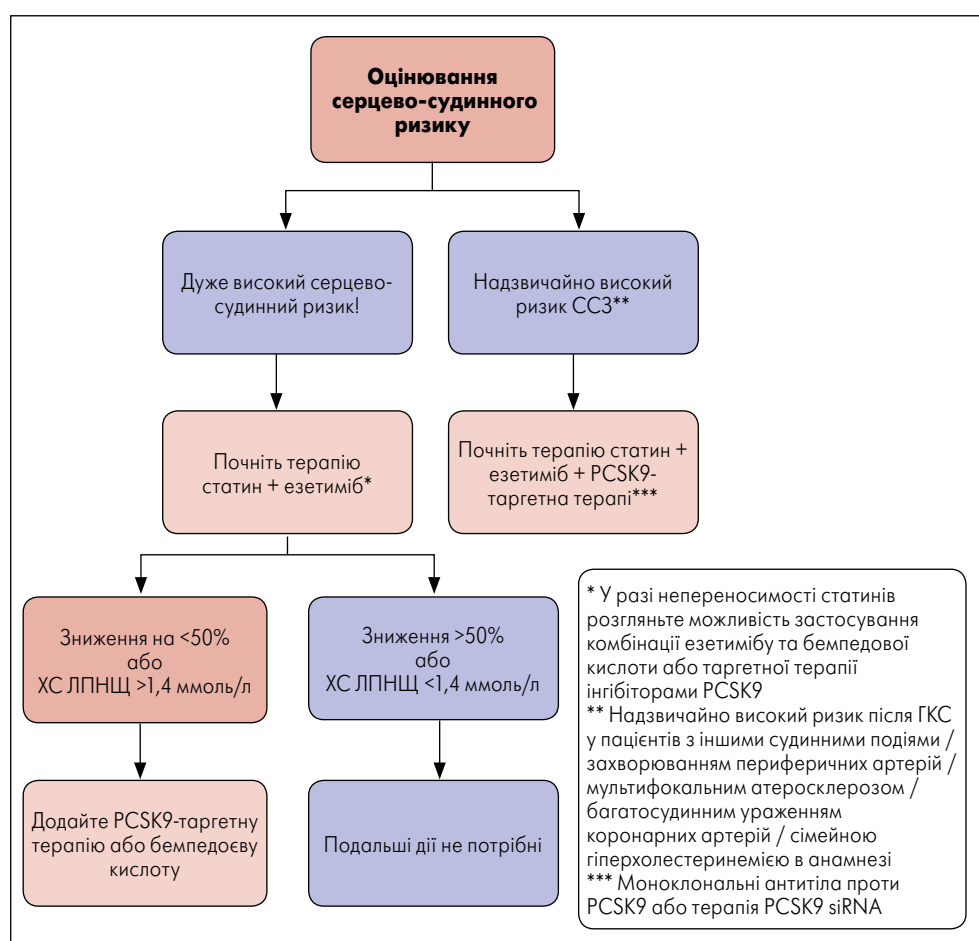
Загалом застосування комбінації ліпідознижувальних препаратів із фіксованою дозою в одній таблетці сприяє ефективнішому зниженню рівня ХС ЛПНЩ порівняно з монотерапією, а також покращує прихильність до лікування (Katzmann et al., 2020).

Поєднання статину та езетимібу в одній таблетці підвищує прихильність до ліпідознижувальної терапії у пацієнтів різних вікових груп та з різними рівнями серцево-судинного ризику (Rea et al., 2021).

## Клінічна ефективність і безпека комбінації розувастатину та езетимібу у пацієнтів із цукровим діабетом та атеросклеротичними серцево-судинними захворюваннями

У світі близько 537 млн дорослих 2021 р. мали ЦД (Sun et al., 2022). Пацієнти із супутнім ЦД та АССЗ мають підвищений базовий ризик майбутніх серцево-судинних подій, тому потребують інтенсивних зусиль для зниження рівня ХС ЛПНЩ за допомогою статинів високої інтенсивності відповідно до поточних рекомендацій (Cosentino et al., 2020). Проте значна частина пацієнтів, які могли б отримати користь внаслідок терапії статинами високої інтенсивності, зокрема хворі на ЦД та АССЗ, не в змозі продовжувати таке лікування через побічні ефекти або непереносимість ліків (Ward et al., 2019).

У цій популяції пацієнтів комбінована медикаментозна терапія статинами та нестатинними препаратами може бути прийнятним альтернативним підходом замість простого збільшення дози або інтенсивності



Рисунки. Спрощений алгоритм лікування пацієнтів групи високого ризику з АССЗ  
 Адаптовано за W.A. Ray et al., 2021.

Продовження на наст. стор.

## Початок на попередній стор.

статинов. За даними багаточетного рандомізованого контрольованого плацебо дослідження RACING, застосування комбінації статину та езетимібу в пацієнтів із високим ризиком демонстрували не меншу ефективність за комбіновану терапію статинами середньої інтенсивності з езетимібом порівняно з монотерапією статинами високої інтенсивності щодо 3-річних сукупних серцево-судинних результатів у пацієнтів із АССЗ (n=3780) (Kim et al., 2022).

Пацієнти з АССЗ, які отримували лікування у 26 клінічних центрах Південної Кореї, у випадковий спосіб були розподілені 1:1 для приймання статинів середньої інтенсивності (розувастатин 10 мг) з езетимібом 10 мг (n=1894) або високоінтенсивної монотерапії статинами (розувастатин 20 мг) (n=1886).

Первинний результат був сукупністю серцево-судинної смерті, основних серцево-судинних подій або нелетального інсульту через 3 роки.

До основних серцево-судинних подій належали ревазуляризація коронарних або периферичних артерій або госпіталізація з приводу серцево-судинних подій. Зокрема, первинну кінцеву точку було зафіксовано у 172 пацієнтів (9,1%) у групі застосування комбінованої терапії та у 186 осіб (9,9%) – за високоінтенсивної монотерапії статинами.

Концентрації ХС ЛПНЩ <70 мг/дл через 1, 2 і 3 роки досягли 73, 75 і 72% пацієнтів у групі комбінованої терапії відповідно, а також 55, 60 і 58% осіб – у групі високоінтенсивної монотерапії статинами відповідно (усі p<0,0001). Припинення або зменшення дози досліджуваного препарату через непереносимість було виявлено у 88 пацієнтів (4,8%) у групі приймання комбінованої терапії та у 150 осіб (8,2%) – у групі монотерапії

(p<0,0001). Серед пацієнтів з АССЗ ефект комбінованої терапії розувастатином 10 мг з езетимібом 10 мг був не нижчий за вплив монотерапії розувастатином 20 мг щодо 3-річних сукупних результатів, із більшою часткою пацієнтів, які досягли ХС ЛПНЩ <70 мг/дл, та з меншою частотою припинення застосування або зменшення дози препарату через непереносимість ліків.

Метою попередньо визначеного стратифікованого аналізу підгруп у дослідженні RACING було оцінювання ефекту комбінованої терапії статинів середньої інтенсивності з езетимібом порівняно з монотерапією статинами високої інтенсивності серед пацієнтів із ЦД (Lee et al., 2022).

Первинним результатом була 3-річна комбінація серцево-судинної смерті, МАСЕ або нелетального інсульту. Вторинні кінцеві точки охоплювали результати клінічної ефективності та безпеки.

Результати ефективності лікування:

- досягнення через 1, 2 і 3 роки рівня ХС ЛПНЩ <70 мг/дл;
- сукупний показник смерті з усіх причин, великих серцево-судинних подій або нелетального інсульту;
- будь-який окремий компонент первинного результату.

Пацієнтів, у яких рівень ХС ЛПНЩ становив <55 мг/дл, теж залучали до ретроспективного аналізу, оскільки зазначений цільовий рівень холестерину рекомендований для вторинної профілактики у пацієнтів з АССЗ, відповідно до рекомендацій ESC/EAS (2019), які було опубліковано вже після початку дослідження RACING.

Результатами щодо безпеки вважали: припинення лікування або зменшення дози досліджуваного препарату через непереносимість та побічні ефекти, зокрема вперше виявлений ЦД, небажані явища, пов'язані з м'язами, печінкою чи жовчним

міхуром, або діагностований рак. На початку дослідження серед загальної кількості учасників 1398 (37,0%) мали ЦД. Частота первинного результату становила 10,0 і 11,3% серед пацієнтів із ЦД, рандомізованих для комбінованої терапії розувастатином та езетимібом проти високоінтенсивної монотерапії статинами відповідно. Частота припинення або зниження дози досліджуваного препарату через непереносимість була нижчою в групі застосування комбінованої терапії, ніж за високоінтенсивної монотерапії статинами (5,2 проти 8,7%; p=0,014).

Тоді як серед пацієнтів без ЦД частота первинного результату становила 8,9% у групі приймання комбінованої терапії езетимібом і 9,4% – у групі високоінтенсивної монотерапії статинами. Частота припинення або зниження дози досліджуваного препарату через непереносимість була також нижчою в групі приймання комбінованої терапії, ніж за високоінтенсивної монотерапії статинами (4,5 проти 7,9%; p=0,001). Частота розвитку вперше виниклого ЦД не різнилася між двома групами терапії (12,4 – у групі приймання комбінованої терапії проти 13,8% – у групі монотерапії; p=0,366). Рівні ХС ЛПНЩ <70 мг/дл через 1, 2 і 3 роки фіксували у 81,0; 83,1 і 79,9% пацієнтів у групі застосування комбінованої терапії та у 64,1; 70,2 і 66,8% – у групі високоінтенсивної монотерапії статинами (усі p<0,001).

За комбінованої терапії езетимібом спостерігали зниження рівня загального холестерину та тригліцеридів, тоді як рівні холестерину ліпопротеїнів високої щільності не різнилися між двома групами терапії, як у пацієнтів із ЦД, так і без нього. Показники інших вторинних результатів ефективності та безпеки були подібними у двох групах терапії. Не виявлено значущих взаємодій між статусом ЦД і терапією

щодо первинного результату, пов'язаного з непереносимістю припинення або зменшення дози, а також частки пацієнтів із рівнем ХС ЛПНЩ <70 мг/дл.

Ефекти комбінованої терапії статинами та езетимібом, які спостерігали у дослідженні RACING, зберігаються серед пацієнтів із ЦД. Результати комбінованої терапії статинами та езетимібом корелювали з меншою відміною препарату або зниженням його дози через непереносимість і більшою часткою пацієнтів, які досягли рівня ХС ЛПНЩ <70 мг/дл. Ці дані підтверджують доцільність застосування фіксованих комбінацій статинів з езетимібом як відповідної альтернативи монотерапії, якщо статини високої інтенсивності не переносяться або потрібне подальше зниження рівня ХС ЛПНЩ відповідно до поточних рекомендацій щодо лікування дисліпідемії у хворих на ЦД та АССЗ.

## Висновки

Отже, відповідно до сучасних рекомендацій ESC/EAS (2019), лікування пацієнтів із дуже високим серцево-судинним ризиком слід розпочинати з комбінованої терапії статинами та езетимібом. Фіксована комбінація статину та езетимібу є ефективнішою щодо зниження рівня ХС ЛПНЩ та запобігання МАСЕ порівняно з монотерапією. Комбінована терапія статинами та езетимібом рекомендована пацієнтам із високим та дуже високим ризиком як основний стандарт лікування для досягнення більш раннього зниження >50% ХС ЛПНЩ. На відміну від високоінтенсивної статинотерапії, застосування фіксованих комбінацій статину та езетимібу асоційовано з меншою частотою відмови від лікування.

Підготувала **Олександра Демецька**



## ІНФОРМАЦІЯ

## НОВИНИ МОЗ

## Відчуття тривоги та порушення сну – найпоширеніші причини звернень до сімейного лікаря з приводу психічного здоров'я

Близько 85,5 тис. пацієнтів звернулися по психологічну підтримку до лікарів «первинки» (сімейного лікаря, терапевта чи педіатра) протягом року дії пакета ПМГ «Супровід і лікування дорослих та дітей із психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги».

За даними електронної системи охорони здоров'я, найчастіше пацієнти скаржилися на:

- відчуття тривоги / нервованості / напруженості – 31 070 епізодів,
- порушення сну – понад 22 тис. епізодів,
- психологічні симптоми – близько 12 тис. епізодів,
- пригнічений настрій – близько 5,5 тис. епізодів,
- дитяча поведінка – близько 3,8 тис. епізодів,
- порушення пам'яті – 3,2 тис. епізодів,
- гостра реакція на стрес – близько 2,7 тис. епізодів.

Також серед поширених симптомів – психологічні розлади та відчуття роздратованості, злості.

Наразі допомогу у сфері ментального здоров'я надають сімейні лікарі, терапевти та педіатри, які працюють в закладах, що підписали контракт із НСЗУ на пакет Програми медичних гарантій (ПМГ) «Супровід і лікування дорослих та дітей із психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги». Станом на сьогодні це близько 870 медзакладів за майже трьома тисячами місць надання меддопомоги. У них майже 8,5 тис. лікарів первинної ланки меддопомоги надають психологічні послуги пацієнтам.

Ці фахівці пройшли спеціальне навчання ВООЗ mhGAP, що масштабується у рамках Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?» за ініціативи Олени Зеленської. Знання, отримані на курсі, дають можливість лікарям первинної ланки надавати першу психологічну допомогу, розпізнати симптоми психічних розладів та скерувати пацієнта до фахівця в разі потреби. Знайти законтрактований медзаклад можна за допомогою онлайн-мапи на сайті Національної служби здоров'я України (НСЗУ). Дізнатися про найближчий до вас медзаклад, у якому можна отримати психологічну допомогу, можна також в оператора контакт-центру НСЗУ за номером 16-77. Детальніше, як знати сімейного лікаря, який надає допомогу у сфері психічного здоров'я, можна подивитися у відеороз'ясненні НСЗУ: <https://cutt.ly/ZwU176ih>.

За матеріалами: <https://moz.gov.ua>

## Психологічна допомога, фахова та доступна кожному в будь-якому куточку України – мета Всеукраїнської програми ментального здоров'я

Як і будь-яка допомога, послуги з ментального здоров'я мають починатися в громаді, якомога ближче до людини. І ці послуги мають стати частиною комплексного сервісу для українців, що передбачатиме також доступну соціальну, юридичну допомогу, допомогу в пошуку роботи, реабілітації тощо. Це все єдине коло підтримки, у якому роль регіональних координаторів і місцевої влади стає ключовою.

Про це йшлося під час зустрічі Олени Зеленської з представниками регіонів, відповідальними за впровадження Всеукраїнської програми ментального здоров'я. «Послугу (з охорони ментального здоров'я) можна отримати у того, кому українці довіряють здоров'я цілої родини, – у сімейного лікаря. Сімейні лікарі, які пройшли навчання mhGAP, можуть допомагати своїм пацієнтам, які мають порушення сну, апетиту, депресію. А в разі потреби – скерувати

до профільного фахівця», – зазначила Олена Зеленська. Отже, роль регіональних координаторів та місцевої влади стає ключовою. Їхні зусилля мають масштабувати й наповнювати наявні сервіси новими можливостями. Тому наступного року в регіонах мають бути розроблено обласні програми комплексної психосоціальної підтримки із залученням усіх секторів: охорони здоров'я, освіти, соціальної сфери, зайнятості, неурядового сектору, груп підтримки, програми «рівний – рівному» – щоб ця підтримка працювала в усіх сферах життя українців. До того ж триватиме навчання для надавачів послуг усіх напрямів та визначення маршрутів для їх отримувачів на всіх рівнях.

Під час зустрічі підбили підсумки роботи за рік, що минає. Зокрема, учасники згадали про таке:

- У кожній області сформовано свою команду – із заступників голів обласних військових адміністрацій та регіональних координаторів.
- Регіональні команди здійснюють оперативну координацію впровадження Всеукраїнської програми ментального здоров'я на місцях та провадять просвітницьку роботу щодо важливості психічного здоров'я й поширення технік самодопомоги.
- Десятого жовтня, до Дня ментального здоров'я, в усіх регіонах відбулися просвітницькі заходи, участь у яких узяли понад 30 тис. українців.
- Важливим проектом регіональної координації Всеукраїнської програми ментального здоров'я стало проведення масштабного анкетування надавачів та отримувачів послуг. Було опитано понад 114 тис. респондентів щодо рівня задоволеності послугами, визначено кількісні та вікові показники потенційних отримувачів, сформульовано потреби. Лідером за кількістю опитаних стала Харківська область – понад 16 тис. анкет. Серед опитаних – 43 749 надавачів послуг зі сфер охорони здоров'я, освіти, соціального захисту, громадського сектору.
- Регіональні координатори та заступники начальників ОВА пройшли низку професійних тренінгів, зокрема щодо взаємодії з людьми з бойовим досвідом та їхніми родинами. Уже проведено 295 тренінгів, до кінця року заплановано ще 377 занять для працівників ЦНАПів, служб соціального захисту, навчальних закладів, сфери обслуговування.
- Нині послугу з ментального здоров'я можна отримати в сімейних лікарях, які пройшли навчання за програмою ВООЗ mhGAP. Сьогодні кожен третій сімейний лікар (загалом понад 15 200 медиків) готовий надати таку підтримку своїм пацієнтам. У разі потреби він скерує до вузького спеціаліста – психолога, психотерапевта або психіатра.

Нагадаємо, регіональну координацію програми було створено навесні 2023 року рішенням Міжвідомчої координаційної ради з питань охорони психічного здоров'я та надання психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок збройної агресії РФ проти України. Нині координацію програми на місцях здійснюють заступники начальників військових адміністрацій та регіональні координатори.

Наразі ті, хто втілюють Всеукраїнську програму ментального здоров'я, мають долати не лише воєнний стрес у 90% населення, а й давні суспільні упередження. За даними опитування, виконаного до третього Саміту перших леді та джентльменів, виявилось, що не лише літні люди мають упередження і стигму щодо психологічної допомоги. Молодь теж уникає розмов про психічне здоров'я з фахівцями. Майже кожен другий віком 13-24 років думає, що це соромно. А 38% побоюються, що це може мати вплив на їхню репутацію в родині або на роботі. І це при тому, що молоді люди до 24 років, згідно з нашим дослідженням, виявилися ще вразливішими перед стресами, ніж старші. Тож ключове завдання – не просто створювати послуги, а й інвестувати в просвіту, долати стигму. Щоб сором чи якісь страхи не були тим бар'єром, який відділяє людину від послуги\*.

Довідка: \* супровід розробки та впровадження Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?» (<https://howageu.com>), яку ініціювала перша леді Олена Зеленська, забезпечує Координаційний центр з психічного здоров'я Кабінету Міністрів України за експертного партнерства та підтримки ВООЗ. Майданчиком для ухвалення рішень є Міжвідомча координаційна рада КМУ.

За матеріалами: <https://moz.gov.ua>