

ЕФЕКТИВНА СТРАТЕГІЯ ПРОФІЛАКТИКИ ІНСУЛЬТІВ



ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЛІКАРСЬКИЙ ЗАСІБ, ПРИЗНАЧЕНА ДЛЯ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ СЕРЕД МЕДИЧНИХ І ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ
НА СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ СЕМІНАРАХ, КОНФЕРЕНЦІЯХ, СИМПОЗИУМАХ З МЕДИЧНОЇ ТЕМАТИКИ.
РЕЄСТРАЦІЙНІ ПОСВІДЧЕННЯ МСЗ УКРАЇНИ: ЛІВОСТОП - №УА/6452/01/02, №УА/6452/01/03 та №УА/6452/01/03 з 17.01.2017; МАГНІКОР - №УА/11211/01/01 та №УА/11211/01/02 з 09.04.2020.



КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД
Якість без компромісів!

Профілактика та лікування серцево-судинних захворювань у закладах первинної медичної допомоги

На думку клініцистів, наразі існує значна кількість настанов щодо ведення пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями (ССЗ), які містять багато різних індивідуальних рекомендацій, що ускладнює їх застосування у межах первинної медичної допомоги. До того ж деякі з них не до кінця узгоджені та видаються суперечливими. Крім того, через мультиморбідність хворих потрібен одночасний доступ до багатьох настанов. На підставі цього наприкінці 2022 р. було розроблено Канадські гармонізовані національні настанови з профілактики й терапії серцево-судинних захворювань (C-CHANGE, 2022), що містять оновлені й узагальнені практичні заходи з рекомендацій основних медичних спільнот. Документ покликаний надати лікарям доступну можливість використання рекомендацій для оптимального ведення пацієнтів із ССЗ на підставі індивідуального підходу. Пропонуємо до вашої уваги ключові положення цих настанов із фокусом на веденні пацієнтів із ССЗ, зокрема супутніми патологіями, які страждають на фібриляцію передсердь (ФП), інсульт, деменцію та депресію.

ФП є основним чинником ризиком інсульту. Як зазначають дослідники, вона виникає в 1,4% осіб віком від 65 років (Andrade et al., 2020). За даними проспективного когортного дослідження за участю 2171 пацієнта віком ≥ 65 років, ФП мають 2,7% (McDonald et al., 2021). Інсульт, спричинений ФП, призводить до інвалідизації та летальних наслідків серед 60 і 20% хворих відповідно (Ezekowitz et al., 2017). Із-поміж осіб, які перенесли інсульт, 20-50% також матимуть постінсультну депресію та тривогу, судинні когнітивні порушення і постінсультну втому (Ismail et al., 2020).

Зокрема, внаслідок інсульту та артеріальної гіпертензії (АГ) нерідко розвивається деменція (Smith, 2017). Скринінг на деменцію показаний, якщо є клінічне занепокоєння щодо когнітивних розладів або ж в анамнезі наявний інсульт чи транзиторна ішемічна атака (ТІА). Він має містити об'єктивну оцінку когнітивних та функціональних порушень (Ismail et al., 2020).

У таблиці наведено основні канадські товариства, що взяли участь у розробленні настанов C-CHANGE (2022), методології оцінювання, які застосовувало кожне з них відповідно, а також ступінь чи силу рекомендацій, категорію або рівень доказовості.

Фібриляція передсердь

Стратегії скринінгу та діагностики

Початкове обстеження пацієнта з уперше діагностованою ФП має охоплювати всебічне оцінювання анамнезу та фізикальний огляд, виконання електрокардіографії (ЕКГ) у 12 відведеннях, трансторакальну ехокардіографію (ЕхоКГ) і базові лабораторні дослідження (Andrade et al., 2020). Останні передбачають загальний аналіз крові, встановлення коагуляційного профілю, рівня електролітів сироватки крові, зокрема з кальцієм і магнієм, функції нирок, печінки, щитоподібної залози, ліпідного профілю натще, вмісту глюкози натще та глікованого гемоглобіну (HbA_{1c}) (якість доказів: низька).

Цілі та методи терапії

За даними J.G. Andrade et al. (2020), якщо потрібен контроль частоти серцевих скорочень (ЧСС) у разі стійкої ФП, доцільно титрувати дозування відповідних препаратів для досягнення ЧСС у спокої < 100 уд./хв під час ФП (якість доказів: помірні). При виборі антитромботичної терапії для профілактики інсульту або системної емболії у пацієнтів із неклапанною ФП доцільно використовувати

Алгоритм ССЗ (CHAD-65) (якість доказів: висока). Для більшості хворих віком ≥ 65 років, які страждають на ФП, або ≥ 1 бал за шкалою CHADS-2, необхідним є призначення оральних антикоагулянтів (ОАК) (якість доказів: помірні). При цьому в осіб із неклапанною ФП переваги мають ОАК прямої дії (НОАК) апіксабан, дабігатран, едоксабан або ривароксабан порівняно з варфарином, оскільки мають вищу ефективність і порівнянну або кращу безпеку (якість доказів: висока). Своєю чергою, варфарин варто застосовувати пацієнтам із механічним протезом клапана, а також особам із ФП і помірним або тяжким мітральним стенозом (якість доказів: помірні).

У пацієнтів із ФП, які отримують ОАК, слід оцінювати функцію нирок на початковому етапі лікування та принаймні раз на рік для виявлення латентної хвороби нирок, визначення ефективності та підтримання дозування препаратів (якість доказів: помірні).

В осіб із ФП та хронічною хворобою нирок (ХХН) потрібно застосовувати антитромботичну терапію відповідно до ступеня ризику інсульту чи системної емболії та тяжкості ниркової дисфункції:

- при ХХН 3-ї стадії або вище (розрахункова швидкість клубочкової фільтрації [рШКФ] > 30 мл/хв) та ХХН 4-ї стадії (рШКФ 15-30 мл/хв) – призначення ліків за Алгоритмом ССЗ;
- при ХХН 5-ї стадії (рШКФ < 15 мл/хв або залежно від діалізу) – використання антитромботичних засобів для профілактики інсульту при ФП є недоцільним (якість доказів: висока).

Для пацієнтів віком ≥ 65 років із ФП або ≥ 1 балом за CHADS-2 і стабільним коронарним або артеріально-судинним захворюванням доцільним є застосування тільки ОАК (якість доказів: помірні). ОАК також варто

Таблиця. **Настанова C-CHANGE: канадські медичні товариства та відповідні класифікації рекомендацій**

Система класифікації рекомендацій	Метод оцінки	Роз'яснення	Ступінь або сила рекомендації та категорія або рівень доказовості
Канадська асоціація серцево-судинної профілактики та реабілітації (CACPR)	Методика Hypertension Canada	Дизайн дослідження, внутрішня валідність, статистична точність, підтверджені клінічні результати з пріоритетом щодо захворюваності та смертності через ССЗ	Ступінь рекомендації А: РКТ / систематичні огляди Ступінь рекомендації В: РКТ нижчої валідності Ступінь рекомендації С: нижча внутрішня валідність / точність / екстраполяція Ступінь рекомендації D: експертна думка
Канадські рекомендації з харчування для лікарів і політиків, Міністерство охорони здоров'я Канади	Цикл огляду доказів у рекомендаціях із харчування Міністерства охорони здоров'я Канади	Наукова основа: норми харчування, їжа та здоров'я Контекст з огляду на країну: демографія, харчові навички, ставлення до здорового харчування, вживання їжі та поживних речовин, постачання продуктів харчування, політичне, інформаційне середовище щодо харчування Використання: усвідомлення та розуміння, впевненість та прийняття, інтеграція та застосування	Сильна рекомендація
Канадська мережа із просування, поширення та впровадження практичних та інформаційних методів лікування тютюнової залежності (CAN-ADAPTT)	GRADE	Дизайн дослідження, неточності, застосовність	Ступінь 1 – сильна рекомендація Ступінь 2 – слабка рекомендація А – докази високої якості В – докази помірної якості С – докази низької якості
Рекомендації з лікування ФП, Канадське кардіоваскулярне товариство (CCS) / Канадське товариство з контролю порушень серцевого ритму (CHRS)	GRADE	Ризик систематичної похибки, включно із дизайном дослідження, невідповідності, опосередкованість, неточність, упередженість публікації, оцінка залежності доза/відповідь, величина ефекту; цінності та уподобання пацієнтів; вартість	Сила рекомендації: висока або низька Якість доказів: висока, помірні, низька, дуже низька
Рекомендації канадського кардіоваскулярного товариства щодо лікування дисліпидемії	GRADE	Ризик упередженості, включно із дизайном дослідження, невідповідності, опосередкованість, неточність, упередженість публікації, оцінка залежності доза/відповідь, величина ефекту; цінності та уподобання пацієнтів; вартість	Сила рекомендації: висока або низька Якість доказів: висока, помірні, низька, дуже низька
Товариство Diabetes Canada	Методика Diabetes Canada	Дизайн дослідження, уподобання та цінності пацієнтів, застосовність, упередженість і можливість узагальнення	Рівень доказовості: 1, 2, 3, 4 на основі дизайну досліджень щодо діагностики, лікування та прогнозу хвороби
Канадська консенсусна конференція з діагностики та лікування деменції (CCCDDT)	GRADE	Параметри градації	Сила рекомендації: 1 – висока, 2 – низька Якість доказів: А, В, С
Товариство Hypertension Canada	Методика Hypertension Canada	Дизайн дослідження, внутрішня валідність, статистична точність, підтверджені клінічні результати з пріоритетом щодо захворюваності та смертності з приводу ССЗ	Ступінь рекомендації А: РКТ / систематичні огляди Ступінь рекомендації В: РКТ нижчої валідності Ступінь рекомендації С: нижча внутрішня валідність / точність / екстраполяція Ступінь рекомендації D: експертна думка
Рекомендації канадського кардіоваскулярного товариства щодо лікування СН	GRADE	Ризик упередженості, включно із дизайном дослідження, невідповідності, опосередкованість, неточність, упередженість публікації, оцінка залежності доза/відповідь, величина ефекту; цінності та уподобання пацієнтів; вартість	Сила рекомендації: висока або низька Якість доказів: висока, помірні, низька, дуже низька
Товариство Obesity Canada / Канадська асоціація бариатричних лікарів і хірургів (CABPS)	Методика Obesity Canada	Дизайн дослідження	Категорія доказовості: рівень 1a, 1b, 2, 3, 4 Сила рекомендації: Ступінь А, В, С, D
Канадські рекомендації з найліпшої практики щодо лікування інсульту, Фонд серця та інсульту (HSF)	CSBPR	Дизайн дослідження, сила, важливість, клінічна значущість, застосовність доказів	Сила рекомендації, рівень доказовості: А, В, С (консенсус)

Примітка. GRADE – Система класифікації, оцінки, розробки та експертизи рекомендацій.

Закінчення на наст. стор.

Початок на попередній стор.

призначати більшості ослаблених хворих літнього віку, які мають ФП (якість доказів: помірні). У пацієнтів із кровотечею в шлунково-кишковому тракті або при ураженні сечостатевої системи після початку приймання ОАК слід відновити терапію антикоагулянтами у разі високого ризику інсульту якомога швидше після виявлення та усунення причини кровотечі (якість доказів: помірні).

У хворих без значної дисфункції лівого шлуночка (ЛШ), наприклад при фракції викиду (ФВ) ЛШ > 40%, β-блокатори або недигідропіридинні блокатори кальцієвих каналів (БКК) дилтіазем чи верапаміл є препаратами першої лінії для контролю частоти (якість доказів: помірні). Крім того, β-блокатори із підтверженою ефективністю, як-от бисопролол, карведилол і метопролол, доцільно призначати як засоби лікування першої лінії для контролю частоти гемодинамічно стабільної ФП у разі невідкладних ситуацій у пацієнтів зі значною дисфункцією ЛШ (ФВ ЛШ ≤ 40%) (якість доказів: помірні) (Andrade et al., 2020).

Інсульт

Стратегії скринінгу та діагностики

За даними D.J. Gladstone et al. (2020), важливо оцінювати та контролювати артеріальний тиск (АТ) в усіх осіб, які перенесли інсульт або ТІА (рівень доказовості А). Для пацієнтів віком ≥ 55 років, які ще не отримують антикоагулянтну терапію, але можуть бути потенційними кандидатами, та які проходять обстеження з приводу емболічного ішемічного інсульту або епізоду транзиторної ішемії невизначеного походження, при цьому за початкового короткочасного ЕКГ-моніторингу ФП у них не виявлено, але є підозра на наявність кардіоемболії, доцільно виконати тривалий ЕКГ-моніторинг щонайменше протягом двох тижнів для виявлення пароксизмальної ФП (рівень доказовості А).

Цілі та методи лікування

Хворим, які перенесли ішемічний інсульт або ТІА, слід призначити лікування для зниження АТ з метою досягнення цільового показника стабільно нижче

140/90 мм рт. ст. (рівень доказовості В). Пацієнти, у яких протягом 48 год з'являються симптоми, характерні для нового епізоду гострого інсульту або ТІА (особливо транзиторні вогнищеві моторні чи мовленнєві симптоми або стійкі симптоми інсульту), мають найвищий ризик повторного інсульту. Вони мають бути негайно спрямовані до відділення невідкладної допомоги з можливістю надання допомоги при інсульті (зокрема, із візуалізацією головного мозку та, в ідеалі, доступом до лікування гострого інсульту) (рівень доказовості В).

Для тривалої вторинної профілактики інсульту пацієнтам з ішемічним інсультом або ТІА необхідно призначити антитромбоцитарну терапію, щоб знизити ризик повторного інсульту та інших судинних подій, якщо немає показань для застосування антикоагулянтів (рівень доказовості А). Крім того, варіантами лікування у межах довгострокової вторинної профілактики інсульту є ацетилсаліцилова кислота (АСК) (80–325 мг/добу), клопидогрель (75 мг/добу) або комбінація АСК + дипіридамом пролонгованої дії (25 мг/200 мг двічі на день, при цьому вибір залежить від індивідуальних особливостей пацієнта чи клінічних обставин (рівень доказовості А).

Пацієнтам, які перенесли ішемічний інсульт або ТІА та ФП настійно рекомендовано застосовувати терапію ОАК замість призначення АСК (рівень доказовості А) і подвійної антитромбоцитарної терапії (рівень доказовості В).

Деменція

Стратегії скринінгу та діагностики

Об'єктивної оцінки когнітивних функцій пацієнта можна досягти за допомогою інструментів швидкого психометричного скринінгу (Ismail et al., 2020). Серед них скринінгове вивчення порушення пам'яті та тест малювання годинника, тест для виявлення деменції (Mini-Cog), опитувальник для скринінгу деменції (AD8), монреальська шкала оцінювання когнітивних функцій (MoCA), що уміщує чотири елементи (малювання годинника, торкання рукою букви А, орієнтування і відстрочене пригадування слів), та загальне оцінювання когнітивних здібностей лікарем (рівень доказовості 2В).

Депресія та ССЗ

Скринінг на супутню патологію у пацієнтів, які страждають на атеросклеротичні ССЗ (АССЗ) або належать до групи ризику їх розвитку, мають охоплювати депресію, оскільки розлади настрою можуть бути наявними приблизно у чверті осіб літнього віку (Roberts et al., 2015). Депресія чинить прямий вплив на СС-результати та лікування (Lichtman et al., 2008). Отже, депресія є важливим чинником ризику розвитку АССЗ і пов'язана з гіршими клінічними наслідками, зокрема зі смертністю серед пацієнтів зі встановленим АССЗ (Levine et al., 2021; Lichtman et al., 2014; Vaccarino et al., 2020).

Великий депресивний розлад фіксують приблизно в одного із шести хворих на АССЗ, більша частка таких пацієнтів має симптоми депресії (Lichtman et al., 2008; Vaccarino et al., 2020). До того ж взаємозв'язок депресії та АССЗ є двоспрямованим, що пов'язано з біологічними та психологічними чинниками (Levine et al., 2021).

Підвищення обізнаності про несприятливий вплив депресії на наслідки АССЗ може поліпшити настрій та поведінку пацієнтів, зокрема ставлення до вживання ліків. Лікування помірної та тяжкої депресії передбачає застосування селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, як-от сертралін або есциталопрам (інколи з подовженням інтервалу QTc), психологічних методів терапії, як-от управління стресом і когнітивно-поведінкова терапія, а також фізичні вправи та участь у кардіологічній реабілітації (Levine et al., 2021; Vaccarino et al., 2020). Майндфулнес-медитація є корисним доповненням під час роботи з настроєм та чинниками ризику розвитку АССЗ. Для всіх хворих групи ризику та осіб з АССЗ скринінг можна виконувати за допомогою опитувальника про стан здоров'я пацієнта (PHQ-2). У разі підтвердження депресії пацієнтів слід скеровувати до фахівця для призначення відповідного лікування (Lichtman et al., 2008).

Підготувала **Олена Коробка**

Оригінальний текст документа читайте на сайті
www.cmaaj.ca



ДАЙДЖЕСТ

Новини МОЗ

В Україні почне діяти цифровізована система реабілітації

Через війну в Україні зростає кількість поранених захисників та захисниць, а також цивільних громадян, які потребують подальшої комплексної реабілітації для відновлення та повернення до повноцінного активного життя. Саме тому держава дбає про забезпечення сучасної, доказової та ефективної реабілітації, доступ до якої має бути без бюрократії та зайвих паперів для всіх українців, які цього потребують. Для цього весь процес реабілітації пацієнта уже навесні буде супроводжуватися в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ). Передусім, це дасть змогу зберігати відповідні дані про здоров'я пацієнта в єдиному місці – електронній картці. Тобто пацієнту більше не знадобиться шукати, збирати та роками зберігати паперові довідки, передбачені в цьому процесі.

«Такий підхід забезпечить надійне зберігання медичних даних пацієнтів, унеможливить їх втрату та надасть можливість медичним фахівцям та реабілітаційним командам у будь-якому куточку країни отримувати доступ до них за згодою пацієнта, – коментує заступниця міністра охорони здоров'я з цифрового розвитку Марія Карчевич. – Тобто, якщо пацієнта буде скеровано до іншого медичного закладу, йому не доведеться брати із собою всі медичні документи з попереднього місця реабілітації – уся необхідна інформація буде доступна в його електронній медичній картці».

На першому етапі цифровізації лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, а також фізичні терапевти та ерготерапевти вноситимуть усю медичну інформацію про реабілітаційні втручання, результати обстежень та інші необхідні дані до ЕСОЗ. Це допоможе повноцінно та надійно зберігати медичні дані про реабілітацію та стан здоров'я пацієнта, а електронні інструменти забезпечать прозорість, контрольованість та, що головне, – високу ефективність надання реабілітаційної допомоги.

«Електронне документування реабілітаційної допомоги є важливою частиною змін, над якими ми зараз працюємо, – розповідає радниця-уповноважена Президента України з питань безбар'єрності Тетяна Ломакіна. – Разом із впровадженням Міжнародної класифікації функціонування, організацією роботи мультидисциплінарних команд з реабілітації, переоснащенням та новим обладнанням у відділеннях лікарень це дасть змогу скоріше і ефективніше відновлюватися тим, хто отримав травми війни».

Розроблення цього функціоналу в ЕСОЗ, зокрема, реалізується в межах проекту «Реабілітація травм війни в Україні», що впроваджує БФ «Пацієнти України» за підтримки Швейцарії та Європейського Союзу.

Нагадаємо, що нещодавно уряд врегулював порядок надання реабілітаційної допомоги, а саме забезпечення постраждалих внаслідок збройної агресії росії медичними виробами, зокрема допоміжними засобами реабілітації, на всіх етапах відновлення.

Наразі держава забезпечує весь комплекс медичної та реабілітаційної допомоги для кожного, хто постраждав внаслідок війни. Так, реабілітація є безоплатною та гарантується державою у медичних закладах, які законтрактувалися з Національною службою здоров'я України за пакетом «Реабілітаційна допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах».

МОЗ розпочинає наступний етап медреформи – створення спроможної мережі лікарень

Уряд ухвалив постанову, яка дає змогу розпочати наступний етап медичної реформи. Вона передбачає оновлення підходів до визначення госпітальних округів та впровадження сучасних підходів до формування мережі медзакладів.

«Саме через третій, так званий інфраструктурний, етап медичної реформи ми намагаємось реалізувати досягнення трьох ключових індикаторів – забезпечення доступності, якості та безоплатності медичної допомоги для українців. Нові підходи до госпітального планування допоможуть нам також визначати і пріоритети для післявоєнного відновлення системи охорони здоров'я. Плани розвитку та модернізації кожної лікарні в спроможній мережі будуть зрозумілими кожному: пацієнту, керівникові, власнику, НСЗУ та Міністерству, – коментує Віктор Ляшко. – Ми всі працюватимемо задля того, щоб лікарні спроможної мережі стали закладами зі знаком якості. Потрапляючи до них, пацієнт зможе бути впевнений, що його доставили саме в той медзаклад, який відповідає його стану та хворобі, що в лікарні є необхідні фахівці та обладнання, аби надати йому якісну медичну допомогу. Не буде ситуацій (як часто трапляється зараз), коли пацієнт з інфарктом або інсультом потрапляє до лікарні, де не використовують сучасні методи лікування, наприклад тромболісис, бо немає таких фахівців, чи тромбоекстракція, бо бракує необхідного обладнання, або ж фахівці не достатньо кваліфіковані для виконання таких процедур».

Реалізація зазначеної реформи допоможе раціонально розподіляти закупівлі та поставки дороговартісного обладнання між лікарнями, відповідно до їхньої ролі у спроможній мережі госпітального округу. Наразі керівники лікарень часто зловживають, купуючи обладнання, яке потім роками простоїє або ж вмикається лічені рази на рік, оскільки заклад не має необхідної кількості пацієнтів, або ж у нього взагалі відсутні фахівці, які можуть працювати на такому обладнанні.

Відповідно до постанови уряду, обласні військові адміністрації впродовж двох місяців мають подати на затвердження до МОЗ власне бачення плану госпітального округу та формування спроможної мережі, зважаючи на розвиток закладів первинної медичної допомоги та пунктів базування екстреної медичної допомоги.

Разом зі спроможною мережею медзакладів кожна область має подати план розвитку госпітального округу, який переглядатиметься раз на 3 роки. Це та дорожня карта із чітко визначеними кроками, за якою розвиватиметься госпітальний округ. Наразі реформа розпочнеться на території 18 областей та у місті Київ. У реформі на сьогодні задіяні ті території, де не відбуваються активні бойові дії.

Безумовно, війна внесла свої корективи у реалізацію реформи. Наразі вона НЕ втілюватиметься у Запорізькій, Донецькій, Луганській, Херсонській, Миколаївській областях та на території АР Крим. Однак відразу після деокупації та стабілізації ситуації ми розпочнемо формування спроможної мережі лікарень і в цих областях.

За матеріалами пресслужби МОЗ України: <https://moz.gov.ua>