

# Вторинна профілактика ішемічної хвороби серця у практиці лікаря загальної практики

**В.І. Ткаченко, О.А. Гайова**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті розглянуто питання вторинної профілактики ішемічної хвороби серця (ІХС), модифікації факторів ризику для попередження ускладнень наявних серцево-судинних захворювань, збільшення тривалості та покращення якості життя, відновлення працездатності.

**Ключові слова:** ішемічна хвороба серця, фактори ризику, профілактика.

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) посідають перше місце серед причин смерті та інвалідизації людей віком до 75 років, у жінок вони складають 42% всіх випадків смерті, у чоловіків – 38% [1]. Щороку в Європі внаслідок ішемічної хвороби серця (ІХС) помирає близько 1,8 млн людей [2]. В Україні поширеність даного захворювання становить 34,1%, а смертність з приводу нього – 67,6% [3, 4].

Серед основних факторів ризику (ФР) ССЗ є артеріальна гіпертензія (АГ), ожиріння, куріння, гіподинамія, гіперхолестеринемія та цукровий діабет (ЦД). У більшості пацієнтів спостерігається наявність до чотирьох ФР, що збільшує імовірність летального наслідку втричі [5–7]. За даними досліджень встановлено, що модифікація ФР (таких, як куріння, надмірна маса тіла та ожиріння, нерациональне харчування, вживання алкоголю, недостатнє фізичне навантаження та АГ) знижують смертність від ССЗ на 50%, тоді як новітні методи лікування – на 40% [1, 8].

Інфаркт міокарда (ІМ) як нозологічна форма ІХС являється однією з основних причин смерті (18,8%) та інвалідизації людей працездатного віку [3, 4]. Саме тому корекція ФР як захід вторинної профілактики в осіб, що перенесли ІМ, потребує особливої уваги для попередження раптової смерті, усунення симптомів захворювання та відновлення працездатності. Як правило, цей процес довготривалий, але ефективний. Це не просте, але життєво важливе завдання покладається на лікарів загальної практики–сімейних лікарів, оскільки саме вони мають можливість проводити модифікацію ФР у таких пацієнтів.

Одним з найбільш актуальних факторів ризику виникнення ССЗ, повторного ІМ та передчасної смерті є *куріння*, що залишається актуальною проблемою багатьох європейських країн. Згідно з даними Фремінгемського дослідження, куріння збільшує ризик виникнення стенокардії та ІМ вдвічі; раптової смерті після перенесеного ІМ – у 5 разів [9]. За даними дослідження EUROASPIRE IV, яке проводилося у 2012–2013 роках у 24 країнах Європи, й в Україні в тому числі, було виявлено, що до моменту розвитку ІМ курили майже 28% українських пацієнтів, тоді як частка серед європейських пацієнтів становила 49%. Однак після перенесеного ІМ, продовжували курити 13% українських пацієнтів та 16% європейських. В Європі велику увагу приділяють усним та письмовим рекомендаціям з приводу відмови від куріння, пацієнтам радять відвідувати спеціалізовані клініки. Зазначимо, що нікотинозамісна терапія (НЗТ) дозволяє знизити кількість курців після перенесеного ІМ на 67% [8].

В Україні слід проводити мотиваційне консультування із застосуванням запропонованого Рекомендаціями клінічної практики США структурованого інтерв'ю під на-

звою «Підхід 5 кроків» для пацієнтів, що курять. Даний Підхід англійською мовою називається 5As (Ask, Assess, Advise, Assist and Arrange follow up) в Україні відомий, як ЗОНДО (Запитати, Оцінити, Надати пораду, Допомогти, Організувати спостереження і підтримку). У разі, якщо лише мотиваційне консультування є недостатньо ефективним, призначається НЗТ у вигляді жувальних гумок, пластирів, таблетованих препаратів (варениклін). Мотивувати пацієнта до подальшої боротьби з курінням можна за допомогою апарату «Smokerlyser», який визначає концентрацію НbCO% у видихуваному повітрі, що є значно підвищеним у курців [10, 11].

Наступним фактором ризику виникнення та прогресування ССЗ є *надмірна маса тіла*, яку часто виявляють у пацієнтів з ССЗ як в Україні, так і в Європі. Відомо, що одночасна наявність АГ, куріння та дисліпидемії у пацієнтів з нормальною масою тіла збільшує ризик серцево-судинних катастроф у 5,5 разу, а на тлі надмірної маси тіла і ожиріння – майже у 8 разів [8, 12].

За даними дослідження EUROASPIRE IV, надмірну масу тіла мали 81% обстежених українських пацієнтів, з них 48% пацієнтів не були проінформовані лікарями про наявність у них надмірної маси тіла та 26% пацієнтів не були проінформовані про необхідність корекції харчування [8]. Отримані дані свідчать про необхідність приділення більшої уваги з боку лікарів щодо роз'яснення важливості зменшення маси тіла та здорового харчування. З метою кращого контролю даного фактору ризику під час кожного візиту пацієнта сімейному лікарю необхідно визначати масу тіла пацієнта та розраховувати індекс маси тіла (ІМТ), який повинен бути не більше 25 кг/м<sup>2</sup>; вимірювати окружність талії – для чоловіків цей показник має становити не більше 94 см, для жінок – 80 см. Якщо ІМТ більше 25 кг/м<sup>2</sup> але менший 30 кг/м<sup>2</sup>, у такому випадку пацієнту необхідно рекомендувати низькокалорійну дієту та фізичні навантаження. При цьому маса тіла протягом року має знизитися до 10% вихідного рівня. У випадку ІМТ >30 кг/м<sup>2</sup> показане медикаментозне лікування ожиріння, ефективність якого становить зменшення маси тіла до 15%. Не слід забувати, що зниження маси тіла повинно проходити поступово, не більше 0,5–1 кг за тиждень [1].

Сімейному лікарю необхідно максимально мотивувати пацієнта та членів його родини дотримуватися здорового харчування у сім'ї. Харчування будь-якої людини повинно базуватися на чотирьох складових: «адекватності енергетичним витратам, збалансованості за вмістом найважливіших продуктів та нутрієнтів, безпечності їжі та максимально можливого збереження задоволення від її споживання». Пацієнту необхідно рекомендувати вести щоденник харчування.

Загальні рекомендації:

- обмежити вживання насичених жирів тваринного і рослинного походження менше 10% добової калорійності;
- збільшити споживання ненасичених жирів рослинного походження;
- 2–3 рази на тиждень їсти морську рибу жирних сортів;

- кожного дня споживати по 300 г різних овочів та фруктів;
- обмежити вживання солі до 5 г на день; цукру та фруктози не більше 10% (40 г).

Сучасна модель здорового харчування була запропонована спеціалістами Гарвардської школи громадського здоров'я. Це тарілка, яка відображає корисне співвідношення основних поживних речовин у дієті (білків, жирів, вуглеводів, харчових волокон). Половину мають становити овочі та фрукти, 1/4 – крупи, зернові; 1/4 – протеїн (м'ясо, риба, бобові, горіхи). Рекомендувати можна Середземноморську дієту, оскільки доказова база свідчить про значне зниження рівня смертності від ССЗ у пацієнтів, що перебувають на такій дієті. Вона характеризується споживанням великої кількості овочів, фруктів, бобових, цільних злаків, оливкової олії. Обмежують вживання риби, м'яса (особливо червоного), молочних продуктів. Дотримання основних рекомендацій щодо здорового харчування є ключовим моментом для досягнення нормальної маси тіла та утримання її сталою [1, 7, 8, 13, 16].

**Фізичне навантаження** є невід'ємною частиною профілактики повторного ІМ. Важливим є те, що на цей показник можна активно впливати. Відомо, що люди, які ведуть малорухомий спосіб життя, мають вищий на 20–50% ризик виникнення АГ, ніж фізично активні [14]. За результатами EUROASPIRE IV, 44% українських пацієнтів мали низьку фізичну активність. Отже, у стані гіподинамії перебуває майже половина пацієнтів [8]. Аеробні динамічні навантаження (ходьба, лікувальна фізкультура) помірної або незначної інтенсивності (з поступовим її збільшенням) мають бути регулярними, виконуватися декілька разів тривалістю  $\geq 10$  хв, 4–5 днів на тиждень. Нерегулярні заняття можуть спричинити порушення компенсаторних механізмів організму та спровокувати розвиток повторного ІМ [1, 16].

Важливе значення для хворих з ІХС має **медикаментозне лікування**. Основними препаратами для профілактики повторних серцево-судинних катастроф та ускладнень ІХС є бета-адреноблокатори, статини, антитромботичні препарати. Пацієнтам з ІХС, особливо після перенесення ІМ, в обов'язковому порядку показані бета-адреноблокатори, які на 30% знижують ризик смерті та повторного ІМ. Перевагу слід надавати таким бета-адреноблокаторам, як бісопролол – 2,5–10 мг 1 раз на добу, метопролол – 100 мг 1 раз на добу та небіволол – 5–10 мг 1 раз на добу. Дозу препарату підбирають індивідуально, враховуючи ЧСС. Оптимальним є зниження ЧСС до 60 ударів за 1 хв. У випадку потреби відміни препарату, дозу зменшують поступово протягом 10–14 днів, щоб не розвинувся синдром відміни (напади стенокардії, ІМ). За наявності побічної дії бета-адреноблокаторів, препаратами вибору є дигідропіридинові антагоністи кальцію, а саме: амлодипін 2,5–10 мг 1 раз на добу; ісрадипін пролонгованої дії – 5 мг 1 раз на добу; фелодипін 5–10 мг 1 раз на добу; ніфедипін пролонгованої дії – 20–60 мг 1–2 рази на добу [1, 16, 18]. Останнім часом з'явилися дані про позитивний вплив блокаторів і<sub>f</sub>-каналів (івабрадин). За результатами дослідження BEAUTIFUL, івабрадин на 42% зменшував ризик повторного ІМ, особливо у пацієнтів з ЧСС у стані спокою понад 70 за 1 хв [18].

Важливою для осіб із ІХС та перенесеним ІМ є **статиноterapia**. Проведене дослідження GREACE (Greek Atorvastatin and Coronary-Heart-disease Evaluation) підтверджує ефективність статинотерапії (аторвастатину) при її тривалому застосуванні. У результаті ризик смертності від ІХС знижувався на 47%, нефатального ІМ – на 59%, нестабільної стенокардії – на 52% [15]. Отже, пацієнтам із ІХС показана інтенсивна та тривала статиноterapia. Це свідчить про потребу ефективнішої взаємодії між лікарем та

пацієнтом для поширення знань та усвідомлення необхідності застосування статинів. Рекомендоване застосування аторвастатину у дозі 40–80 мг/добу та розувастатину – 20–40 мг/добу незалежно від вихідного рівня ХС ЛПНЩ. Такі дози дозволяють досягти цільового рівня ХС ЛПНЩ – <1,8 ммоль/л.

Перед початком терапії статинами необхідно визначити рівень трансаміназ. Якщо їхній рівень перевищує верхню межу норми втричі, статини не призначають. Контролювати рівень трансамілаз необхідно через 3 міс від початку лікування, далі – один раз на рік. У випадку підвищення рівня АЛТ/АСТ більше ніж втричі порівняно з верхньою межею норми, на тлі вживання статинів, і якщо результати підтверджені двічі у повторних дослідженнях, дозволяється припинити застосування останніх [8, 15, 16].

У профілактиці повторного ІМ та ускладнень ІХС згідно з рекомендаціями Європейської асоціації кардіологів, особливе місце посідає **антитромботична терапія**. Препаратом вибору є ацетилсаліцилова кислота (АСК), альтернативою – клопідогрель. За результатами мета-аналізу, де взяло участь більше 130 тис. пацієнтів, на тлі вживання АСК у дозі 75–325 мг/добу у пацієнтів з високим ризиком смертність знижувалась на 25%, частота ІМ – на 33%. Препарати АСК у дозі 75–150 мг призначають усім пацієнтам для постійного застосування. У випадку непереносимості АСК призначають клопідогрель у дозі 75 мг. Усім хворим, яким було проведено ПКВ, показана комбінація АСК та клопідогрелю. За наявності елютинг-стентів комбінована терапія має проводитися не менше 12 міс, при металевих стентах без покриття – не менше 1 міс. Враховуючи наявність побічної дії від антитромбоцитарної терапії на слизову оболонку шлунка, пацієнтам з високим ризиком призначають інгібітори протонної помпи курсами або для постійного вживання [1, 16, 17].

**Контроль АГ** є одним з важливих напрямків первинної і вторинної профілактики ССЗ. За результатами EUROASPIRE IV, 93% українських пацієнтів знали середні показники свого рівня артеріального тиску (АТ). Середні показники систолічного АТ в Україні – 131,1 мм рт.ст., в Європі – 133,7 мм рт.ст.; діастолічного АТ в Україні – 81,1 мм рт.ст, в Європі – 76,71 мм рт.ст. Підвищення АТ більше 130/80 мм рт.ст. спостерігалось у 73% українських пацієнтів та у 67% європейських [8]. Цільовий рівень АТ для хворих з перенесеним ІМ становить 130/80 мм рт.ст [7, 19].

Отримані дані дослідження EUROASPIRE IV свідчать про необхідність більш ретельного контролю АТ у даній групі пацієнтів. Для зниження АТ застосовують інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту (ІАПФ). Дослідження HOPE та EUROPA продемонстрували зниження серцево-судинного ризику на 26% від вживання раміприлу та на 14% – периндоприлу. При веденні хворих з постінфарктним кардіосклерозом перевагу слід надавати раміприлу у дозі 5–10 мг 2 рази на добу або периндоприлу – 5–10 мг 1 раз на добу. У випадку побічної реакції ІАПФ, необхідно замінити останні на блокатори рецепторів ангіотензину II. Їхніми представниками є лосартан у дозі 50–100 мг 1 раз на добу; ірбесартан – 150–300 мг 1 раз на добу; кандесартан – 8 мг 1 раз на добу [1, 8, 16, 18].

Усі пацієнти з ІХС підлягають диспансерному нагляду. Пацієнти високого ризику (перенесений ІМ, оперативні та інвазивні втручання на коронарних судинах) мають перебувати під наглядом кардіолога, якщо це неможливо, то нагляд здійснюють лікарі загальної практики–сімейні лікарі, але з обов'язковою консультацією кардіолога. Частоту консультування пацієнтів високого ризику сімейний лікар встановлює індивідуально. Пацієнтів, яким уперше встановили діагноз ІХС і яким було призначено медикаментозну терапію, не-

обхідно проконтролювати протягом першого тижня після її призначення для контролю ефективності та оцінювання корекції ФР. Подальший контроль визначається індивідуально для кожного пацієнта, але не рідше 1 разу на рік [16].

Лікування ІХС пройшло великий шлях – від медикаментозних та хірургічних методів до лікування стовбуровими клітинами, що на сьогодні стало реальністю. Дослідження з приводу застосування стовбурових клітин тривають. Проте є підстави сподіватися на великі перспективи лікування багатьох захворювань, у тому числі і серцево-судинних з метою збільшення якості та тривалості життя. Тому вторинна профілактика ІХС лишається актуальною і дотепер.

### Вторичная профилактика ишемической болезни сердца в практике врача общей практики В.И. Ткаченко, О.А. Гаевая

В статье рассмотрены вопросы вторичной профилактики ИБС, модификации факторов риска для предупреждения осложнений в результате сердечно-сосудистых заболеваний, увеличение продолжительности и улучшение качества жизни, восстановление работоспособности. **Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, факторы риска, профилактика.

### ВИСНОВКИ

Ішемічна хвороба серця (ІХС) посідає провідне місце у структурі серцево-судинних захворювань і є причиною інвалідизації та смертності населення працездатного віку, особливо після перенесеного інфаркту міокарда. Фактори ризику мають безпосередній вплив на перебіг і прогресування захворювання. Лікарям необхідно налагодити комплєнс з пацієнтами, приділяти особливу увагу інформуванню про наявність у них факторів ризику, вказувати на важливість досягнення цільових рівнів показників, модифікацію способу життя і реалізацію заходів вторинної профілактики.

### Secondary prevention of coronary heart disease in the practice of a general practitioner V.I. Tkachenko, O.A. Haiyova

The questions of secondary prevention of IHD, modification of risk factors for prevention of complications of existing cardiovascular diseases, prolongation and improvement of quality of life, restoration of working capacity are considered in the article.

**Key words:** ischemic heart disease, risk factors, prevention.

### Сведения об авторах

**Ткаченко Виктория Ивановна** – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: wtk@ukr.net

**Гаевая Ольга Анатольевна** – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика серцево-судинних захворювань», затверджений наказом МОЗ України від 13.06.2016 р. № 564 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016\\_564\\_PSSZ/2016\\_564\\_YKPMD\\_PSSZ.pdf](http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_564_PSSZ/2016_564_YKPMD_PSSZ.pdf)
2. Nichols M, Townsend N, Luengo-Fernandez R, et al. 2012. European Cardiovascular Disease Statistics 2012. European Heart Network, Brussels, European Society of Cardiology, Sophia Antipolis. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://www.escardio.org/static\\_file/Escardio/Press-media/press-releases/2013/EU-cardiovascular-disease-statistics-2012.pdf](https://www.escardio.org/static_file/Escardio/Press-media/press-releases/2013/EU-cardiovascular-disease-statistics-2012.pdf)
3. Гандзюк В.А. Аналіз захворюваності на ішемічну хворобу серця в Україні / В.А. Гандзюк // Український кардіологічний журнал. – 2014. – № 3. – С. 45–52. – Режим доступу: [http://journal.ukrcardio.org/wp-content/uploads/2014/03/5\\_3\\_2014.pdf](http://journal.ukrcardio.org/wp-content/uploads/2014/03/5_3_2014.pdf)
4. Горбась І.М. Фактори ризику серцево-судинних захворювань: поширеність і контроль / І.М. Горбась // Здоров'я України. – 2007. – № 2. – С. 62–63.
5. Січкарук І.М., Сидор Н.Д., Кияк Ю.Г. та ін. Поширеність основних факторів ризику у хворих після інфаркту міокарда / І.М. Січкарук, Н.Д. Сидор, Ю.Г. Кияк, та ін. // Запорожский медицинский журнал. – 2010. – № 4. – С. 37–41.
6. Стратифікація ризику серцево-судинних подій у хворих на інфаркт міокарда залежно від індексу маси тіла / М.І. Швед, М.Я. Бенів, Н.М. Ковбаса, Л.В. Левицька // Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції «Здобутки і перспективи внутрішньої медицини: лікарська тактика при невідкладних станах», 24–25 березня 2016 р. – Тернопіль, 2016. – С. 85–86. – Режим доступу: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-nauk.../7099>
7. Piepoli Massimo F., Hoes Arno W., Agewall Stefan et al. 2016. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal. 37 (29): 2315–2381. – Режим доступу: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>
8. Коваленко В.Н. Сравнительная характеристика профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в Украине и Европе по данным EUROASPIRE IV: госпитальная линия / В.Н. Коваленко, М.Н. Долженко, Е.Г. Несукай // Артериальная гипертензия. – 2016. – № 1 (45). – С. 41–80. – Режим доступу: <https://cyberleninka.ru/.../sravnitel'naya-harakteristika-profilaktiki-serdechno-sosudistykh-zabolevaniy-v-ukraine-i-evrope-po-danny>
9. Скибчик В.А. Прогностична цінність факторів ризику серцево-судинних захворювань для визначення тривалості життя 50-річних жінок / В.А. Скибчик, С.Д. Бабляк, Ю.О. Матвієнко // Український медичний часопис. – 2012. – № 1 (84). – Т. I–II. – С. 131–132. – Режим доступу: [www.umj.com.ua/.../prognostichna-cinnist-faktoriv-riziku-sercevo-sudinnix-zahvoryuvan-dlya-viznachennya-trivalosti-zhittya-50-r...](http://www.umj.com.ua/.../prognostichna-cinnist-faktoriv-riziku-sercevo-sudinnix-zahvoryuvan-dlya-viznachennya-trivalosti-zhittya-50-r...)
10. Кваша О.О., Сіренко Ю.М., Рецензент: Долженко М.М. Відмова від тютюнокуріння у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями: Методичні рекомендації для лікарів. – 2014. (Вперше опубліковано в журналі «Артеріальна гіпертензія», № 3, 2014). – Режим доступу – [www.mif-ua.com/archive/article/38769](http://www.mif-ua.com/archive/article/38769)
11. Наказ МОЗ України від 26.09.2012 № 746 «Про затвердження Методичних рекомендацій для медичних працівників закладів охорони здоров'я з надання лікувально-профілактичної допомоги особам, які бажають позбутися залежності від тютюну» – Режим доступу: [www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20120926\\_746.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120926_746.html)
12. Швед М.І. Вплив основних факторів ризику на перебіг інфаркту міокарда у хворих із надмірною масою тіла / М.І. Швед, М.Я. Бенів, Л.В. Левицька, Л.В. Цуглевич // Вісник наукових досліджень. – 2017. – № 1. – С. 21–27. – Режим доступу: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-nauk.../7099>
13. Наказ МОЗ України від 14.01.2013 № 16 «Про затвердження Методичних рекомендацій для лікарів загальної практики – сімейної медицини з приводу консультування пацієнтів щодо основних засад здорового харчування». – Режим доступу: [www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20130114\\_0016.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130114_0016.html)
14. Фактори ризику серцево-судинних захворювань: малорухомих спосіб життя / Здоров'я України. – 2015. – № 10/1 Кардіологія. Ревматологія. Кардіохірургія. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://health-ua.com/article/15514-faktori-riziku-sercevo-sudinnix-zahvoryuvan-maloruhomij-sposob-zhittya>
15. Athyros V.G., Papageorgiou A.A., Mercouris B.R. et al. 2002. Treatment with atorvastatin to the National Cholesterol Educational Program goal versus 'usual' care in secondary coronary heart disease prevention. The GREek Atorvastatin and Coronary-heart-disease Evaluation (GREACE) study. Curr. Med. Res. Opin., 18 (4): 220–228.
16. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Стабільна ішемічна хвороба серця», затверджений наказом МОЗ України від 02.03.2016 р. № 152. – [Елек-

тронний ресурс]. – Режим доступу: [http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016\\_152\\_IHS/2016\\_152\\_YKPMDD\\_HS.pdf](http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_152_IHS/2016_152_YKPMDD_HS.pdf)

17. Antithrombotic Trialists Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of

antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients // BMJ. – 2002. – Vol. 324. – P. 71–86.

18. Лугай М.І. Медикаментозне лікування стабільної стенокардії [Текст]: методичні рекомендації Робочої групи

з проблем атеросклерозу та хронічних форм ІХС Асоціації кардіологів України / М.І. Лугай, Г.Ф. Лисенко. – К.: ПП ВМБ, 2010. – 64 с.

19. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної та екстреної (спеціалізованої) медичної до-

помоги «Артеріальна гіпертензія», затверджений Наказом МОЗ України від 24.05.2012 № 384. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016\\_670\\_AtopDerm/2016\\_670\\_YKPMDD\\_AD.pdf](http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_670_AtopDerm/2016_670_YKPMDD_AD.pdf)

## ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ

(один або декілька правильних варіантів відповідей на кожне запитання)

1. Що з переліченого нижче не є основними факторами ризику серцево-судинних захворювань:

- Тютюнопаління та надмірна маса тіла
- Артеріальна гіпертензія та цукровий діабет
- Гіподинамія та гіперхолестеринемія
- Низькокалорійна їжа та фізична активність.

2. Модифікація факторів ризику знижує смертність від серцево-судинних захворювань відповідно на:

- 40%
- 50%
- 55%.

3. Медикаментозне лікування знижує смертність від серцево-судинних захворювань відповідно на:

- 40%
- 50%
- 55%.

4. Окружність талії у чоловіків і жінок відповідно має становити:

- Ч. – 100 см; ж – 80 см
- Ч. – 94 см; ж – 80 см
- Ч. – 104 см; ж. – 82 см.

5. Скільки солі дозволено вживати для зниження ризику ускладнень ішемічної хвороби серця?

- До 10 г на день
- До 3 г на день
- До 5 г на день.

6. Цільовий рівень артеріального тиску для пацієнтів з перенесеним інфарктом міокарда становить:

- 120/80 мм рт.ст.

- 130/80 мм рт.ст.
- 140/80 мм рт.ст.
- 140/90 мм рт.ст.

7. Цільовий рівень ХС ЛПНЩ для пацієнтів з перенесеним інфарктом міокарда має становити:

- <1,8 ммоль/л
- <4,0 ммоль/л
- >1,8 ммоль/л
- >4,0 ммоль/л.

8. Подвійна терапія ацетилсаліциловою кислотою та клопидогрелем за наявності елутинг-стентів має тривати:

- Не менше 4 тиж
- Не менше 6 міс
- Не менше 12 міс
- Не призначається.

9. Показаннями до припинення статинотерапії є:

- Підвищення рівня АЛТ/АСТ більше ніж вдвічі порівняно з верхньою межею норми
- Підвищення рівня АЛТ/АСТ більше ніж втричі порівняно з верхньою межею норми
- Підвищення рівня тромбоцитів більше ніж в чотири рази порівняно з верхньою межею норми.

10. Диспансерний нагляд хворих на ішемічну хворобу серця має проводитися не:

- Не рідше 1 разу на рік
- Не рідше 4 разів на рік
- Не рідше 1 разу на місяць
- Не рідше 1 разу на тиждень
- Індивідуально.

Статья поступила в редакцию 27.09.17

## Журнал сертифицирован для проведения непрерывного профессионального последипломного обучения врачей

Ответы на вопросы следует присылать в редакцию по почте или на электронный адрес.

Эл. адрес: [alexandra@professional-event.com](mailto:alexandra@professional-event.com)

Почтовый адрес: 03039, г. Киев, а/я 4.

Необходимый минимум – 90% правильных ответов.

**Врачам, приславшим 90% и более правильных ответов, будут высланы сертификаты Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика.**