

**Вимоги до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців,
які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної
практики, щодо проведення скринінгів здоров'я**

**1. Вимоги до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців,
які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної
практики**

1.1. Загальні положення

Реалізація проекту щодо проведення скринінгу здоров'я для осіб віком від 40 років здійснюється відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 10 грудня 2025 року № 1652 “Деякі питання проведення скринінгу здоров'я для осіб віком від 40 років” (далі – постанова КМУ) .

Послуги надаються закладами охорони здоров'я будь-якої форми власності та організаційно-правової форми та фізичними особами – підприємцями, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, яким еквайринговою установою встановлено код категорії продавця (Merchant Category Code) згідно з додатком до Порядку реалізації проекту щодо проведення скринінгів здоров'я для осіб віком від 40 років, затвердженого постановою КМУ, із урахуванням обмежень виду економічної діяльності, і які відповідають вимогам законодавства щодо проведення скринінгу здоров'я для осіб та цим вимогам (далі – суб'єкти господарювання).

Скринінг здоров'я – організований комплекс медичних інтервенцій, які є складовою медичної послуги для громадян України віком 40 років і старше (далі – учасники скринінгів здоров'я), спрямованого на виявлення факторів ризику виникнення серцево-судинних захворювань та/або цукрового діабету, а також проблем психічного здоров'я, раннє виявлення цих захворювань та попередження виникнення їх ускладнень.

Скринінг здоров'я має надаватись в обсязі, визначеному пунктом 4 Порядку реалізації проекту щодо проекту щодо проведення скринінгів здоров'я для осіб віком від 40 років, затвердженого постановою КМУ, та не меншому, ніж у цих вимогах.

Послуга з проведення скринінгів здоров'я (далі – послуга) надається **амбулаторно** та/або **за місцем проживання (перебування)** учасника скринінгу здоров'я за рішенням лікаря.

1.2. Вимоги до організації надання послуги

Форма організації скринінгу здоров'я

Суб'єкт господарювання може самостійно обирати та поєднувати форми проведення скринінгу здоров'я: у приміщеннях суб'єкта господарювання, виїзди в громади і на підприємства, мобільні кабінети, а також обстеження вдома для маломобільних осіб.

Незалежно від форми організації скринінгу здоров'я послуга має відповідати постанові КМУ, оголошенню, розміщеному на офіційному вебсайті НСЗУ, та цим вимогам.

Прийом оплати за надану послугу здійснюється суб'єктом господарювання при першому візиті, шляхом списання коштів підтримки з “Дія.Картки” чи пластикової картки зі спеціальним рахунком відповідно до постанови КМУ. Для цього суб'єкту



ДОКУМЕНТ № 3287/8-06-26 від 30.01.2026
Сертифікат 3FAA9288358EC003040000007866330044EAD800
Підписувач Гусак Наталія Борисівна
Дійсний з 13.09.2024 0:00:00 по 12.09.2026 23:59:59

господарювання необхідно мати відповідний код категорії продавця (MCC) та використовувати POS-термінал для безконтактної оплати.

Перелік сфер діяльності та кодів категорії продавця (Merchant Category Code):

Сфера діяльності	Код
Лікарі, ніде раніше не класифіковані	8011
Лікарні	8062
Практикуючі лікарі, медичні послуги, ніде раніше не класифіковані	8099
Медичні та стоматологічні лабораторії	8071

Проведення скринінгу здоров'я включає:

- вимірювання артеріального тиску (далі – АТ) не менше двох разів за візит із визначенням середнього значення; при підозрі артеріальної гіпертензії (далі – АГ) проведення домашнього моніторингу артеріального тиску (далі – **НВРМ**) та/або добовий моніторинг артеріального тиску (далі – **АВРМ**);
- вимірювання частоти серцевих скорочень (далі – ЧСС), з оцінкою ритму і пульсу;
- проведення антропометрії: вимірювання маси тіла, зросту, ІМТ, окружності талії;
- збір даних про фактори ризику (куріння, вживання алкоголю, рівень фізичної активності, сімейний анамнез);
- скринінг симптомів (біль у грудній клітці, задишка, набряки, переміжна кульгавість).

У межах скринінгу здоров'я кількість візитів учасника скринінгу здоров'я може складати від одного до трьох:

- у більшості випадків особі проводять усі медичні інтервенції за один візит;
 - при виявленні факторів ризику чи необхідності додаткової консультації можливий другий візит;
 - при застосуванні АВРМ/НВРМ чи підтвердженні патології – до трьох візитів (видача/повернення пристрою, видача направлення).
- Для маломобільних осіб скринінг може проводитися вдома.

Анкетування та шкали ризику:

SCORE2 – Systematic COronary Risk Evaluation 2 – шкала оцінки 10-річного ризику серцево-судинних подій (фатальних і нефатальних) у осіб віком 40 – 69 років. Використовується в Європі (ESC, 2021).

SCORE2-OP – Systematic COronary Risk Evaluation 2 – Older Persons – модифікація SCORE2 для осіб віком 70 років (ESC, 2021).

FINDRISC – Finnish Diabetes Risk Score – фінська шкала для оцінки 10-річного ризику розвитку цукрового діабету 2 типу (далі – ЦД2). Використовується як простий інструмент скринінгу предіабету і ЦД2.

PHQ-9 – Patient Health Questionnaire-9 – опитувальник для скринінгу й оцінки вираженості депресії (9 запитань).

GAD-7 – Generalized Anxiety Disorder-7 – опитувальник для скринінгу й оцінки генералізованого тривожного розладу (7 запитань).

AUDIT-C – Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption – скорочений тест (3 запитання) для виявлення ризикованого та шкідливого вживання алкоголю.

Лабораторні дослідження:

ліпидограма (total-C, non-HDL-C, HDL-C, LDL-C, TG);
глікований гемоглобін (HbA1c), % за NGSP (далі – HbA1c), з автоматичною конверсією у ммоль/моль за IFCC;
електроліти (Na, K);
креатинін сироватковий;
розрахункова швидкість клубочкової фільтрації (eGFR), визначена за формулою CKD-EPI 2021 (далі – eGFR), у мл/хв/1,73 м²;
співвідношення альбумін сечі/креатинін сечі, мг/г (далі – ACR).

Профілактичне консультування: проведення індивідуального профілактичного консультування з розробкою персоналізованого плану щодо корекції способу життя, що включає рекомендації з раціонального харчування, оптимізації фізичної активності, корекції маси тіла та припинення тютюнопаління та вживання алкоголю.

Маршрутизація: взаємодія між лікарем з надання первинної медичної допомоги та закладами охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу; обов'язкове направлення осіб із виявленою патологією чи високим ризиком шляхом скерування через електронні направлення.

Ведення документації: усі результати (анкетування, лабораторні й інструментальні обстеження, консультації) вносяться до **електронної системи охорони здоров'я** (далі – ЕСОЗ) відповідно до вимог законодавства.

Лабораторія зобов'язана негайно (не пізніше ніж через 30 хвилин від виявлення) повідомити лікаря телефоном та задокументувати в ЕСОЗ результати, що становлять безпосередню загрозу життю: калій у плазмі крові $\geq 6,5$ ммоль/л або $\leq 2,5$ ммоль/л; натрій ≤ 120 або ≥ 160 ммоль/л; глюкоза плазми ≥ 25 ммоль/л або $\leq 2,5$ ммоль/л. Результати, що потребують термінової клінічної оцінки, але не належать до критичних, підлягають повідомленню лікаря та внесенню до ЕСОЗ у строк не пізніше 24 годин: TG $\geq 11,3$ ммоль/л; eGFR < 30 мл/хв/1,73 м²; ACR ≥ 300 мг/г. Лікар зобов'язаний внести до ЕСОЗ інформацію про вжиті заходи, у тому числі здійснені шляхом консультування дистанційними методами зв'язку, у строк до 60 хвилин для критичних результатів та до 24 годин для термінових.

Цифрові рішення

Суб'єкти господарювання можуть впроваджувати власні цифрові сервіси та застосунки, у тому числі з використанням технологій штучного інтелекту, для підвищення зручності, персоналізації й ефективності скринінгу здоров'я. Такі інструменти можуть застосовуватися для онлайн-запису, нагадувань, автоматичного підрахунку шкал ризику, персоналізованих порад чи візуалізації результатів («світлофор» тощо). Використання інструментів штучного інтелекту допускається виключно як допоміжне, а остаточне клінічне рішення ухвалює медичний працівник.

1.3. Вимоги до спеціалістів

За кожним місцем надання послуг:

лікар загальної практики-сімейний лікар або лікар-терапевт – щонайменше 1 особа за основним місцем;

сестра медична (або брат медичний) – щонайменше 1 особа одиниця на кожних трьох лікарів (кількість осіб визначають як математично округлене до цілого значення показника «кількість лікарів / 3» (за значення 0,5 – у бік більшого);

координатор (помічник) учасника скринінгу здоров'я (далі – координатор) – щонайменше 1 особа на місце надання послуг.

Функцію координатора може виконувати працівник суб'єкта господарювання (адміністратор або медична сестра/медичний брат). Необхідне визначення обов'язків офіційним документом суб'єкта господарювання.

Основні функції (рекомендовані):

первинна комунікація й запис;

інформування учасників скринінгів здоров'я;

організація маршруту в межах візиту (анкети, антропометрія, лабораторні/інструментальні дослідження, консультація лікаря);

нагадування й контроль термінів;

забезпечення доступності для маломобільних осіб;

збір зворотного зв'язку від учасників скринінгів здоров'я.

Координатор не приймає клінічних рішень і діє в межах визначених обов'язків.

Безперервний професійний розвиток

Лікарі та медичні сестри, що задіяні в програмі скринінгу здоров'я, мають:

1) мати сертифікати щодо проходження навчання з ведення та лікування осіб із психічними та поведінковими розладами (або онлайн-курс “Ведення поширених психічних розладів на первинному рівні медичної допомоги із використанням керівництва mhGAP” на платформі Академії НСЗУ, або тренінги mhGAP, що проводить ВООЗ та партнерські організації;

2) пройти протягом 3 місяців з моменту долучення суб'єкта господарювання до скринінгу здоров'я заходи безперервного професійного розвитку щодо лікування АГ), ЦД2 у дорослих, а при проведенні скринінгу здоров'я керуватися такими галузевими стандартами:

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги “Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія)”, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 12 вересня 2024 року № 1581;

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги “Цукровий діабет 2 типу у дорослих”, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24 липня 2024 року № 1300.

1.4. Вимоги до обладнання

За місцем надання послуг:

електрокардіограф із 12 відведеннями;

ваги для дорослих;

ростомір;

глюкометр з набором тест-смужок для вимірювання глюкози крові;

пульсоксиметр;

термометр безконтактний;

таблиця для перевірки гостроти зору;
аптечка для надання невідкладної допомоги;
мішок ручної вентиляції легенів;
стетоскоп;
камертон (128 Гц для скринінгу діабетичної нейропатії);
вимірвальна стрічка;
холодильник для зберігання біологічних зразків;
термогігрометр (щотижневий контроль і коригувальні дії (провітрювання/налаштування вентиляції)).

У суб'єкта господарювання:

тонометри/монітори для забезпечення моніторингу тиску з манжетами різних розмірів для проведення АВРМ (мінімум 1) та для проведення НВРМ (мінімум 5);
підфлуометр та/або цифровий спірометр (для осіб з респіраторними скаргами);
офтальмоскоп та/або камера для фотографування очного дна (фундус-фото);
НВРМ/АВРМ мають бути фізично доступні в місці надання послуг, де проводиться скринінг здоров'я, або забезпечується доставка в

1.5. Для лабораторних досліджень:

Організація виконання:

1) Усі обов'язкові лабораторні дослідження, передбачені скринінгом здоров'я, виконуються у власній лабораторії суб'єкта господарювання, що діє відповідно до чинного законодавства або на підставі договору із зовнішньою лабораторією, яка має чинну ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

2) Забір біологічного матеріалу в день візиту.

у (крові, сечі тощо) здійснюється безпосередньо за місцем надання послуги, де учасник скринінгу здоров'я проходить скринінг здоров'я, незалежно від того, чи виконується дослідження у власній чи у зовнішній лабораторії.

3) Не допускається направлення учасників скринінгів здоров'я для забору біоматеріалу до інших місць надання медичних послуг цього самого суб'єкта господарювання (наприклад, між різними амбулаторіями, філіалами тощо), окрім випадків тимчасової технічної несправності або відсутності умов для безпечного забору, про що складається відповідний акт.

4) У разі передачі біологічних зразків у зовнішню лабораторію суб'єкт господарювання забезпечує належну логістику з дотриманням вимог біобезпеки, термінів транспортування та умов зберігання зразків.

5) Забір біологічного матеріалу в рамках скринінгу здоров'я (ліпідограма, HbA1c, електроліти, креатинін з розрахунком eGFR, співвідношення альбумін/креатинін у сечі) проводиться протягом годин роботи суб'єкта господарювання, у тому числі у розширені години, з необхідністю дотримання вимог до стабільності зразків.

Біохімічні дослідження, що виконуються з сироватки (ліпідограма, електроліти, креатинін), мають бути центрифуговані не пізніше ніж через 2 години після забору.

Результати HbA1c (кровь EDTA) та ACR (сеча) можуть зберігатися при температурі +2...+8°C та транспортуватися до лабораторії протягом 24 – 72 годин без втрати аналітичної якості.

6) Суб'єкт господарювання несе відповідальність за достовірність, своєчасне отримання та внесення результатів досліджень до електронної системи охорони здоров'я у визначені терміни, незалежно від місця виконання аналізів.

7) У випадку, якщо на території діють обмеження (зокрема, комендантська година), що унеможливають транспортування зразків або роботу лабораторії у

визначений час, суб'єкт господарювання має забезпечити альтернативну організацію збору і доставки зразків без зниження доступності послуг для населення.

Мінімальний перелік обладнання в суб'єкта господарювання:

центрифуга;
холодильник із температурним контролем;
витратні матеріали (системи забору крові, пробірки, контейнери для утилізації відходів, холодові бокси);
глюкометр для екстрених випадків;
тест-смужки для сечі (глюкоза, білок).

Базові лабораторні можливості (власні або лабораторії, з якими укладено договір):

біохімічний аналізатор (глюкоза, ліпіди, креатинін з eGFR, Na⁺, K⁺ через ISE);
HbA1c: визначення методом високоефективної рідинної хроматографії (HPLC, золотий стандарт) або альтернативно – імунотурбідиметрією чи методом біля пацієнта (Point-of-care testing, далі – РОСТ);
гематологічний аналізатор (мінімум 3-diff).

Часові вимоги:

забір біоматеріалу здійснюється в день візиту за принципом “один прокол – кілька тестів”;
рутинні біохімічні аналізи (ліпіди, креатинін, eGFR, електроліти) результат протягом ≤72 год.;
HbA1c результат протягом ≤72 год. (РОСТ-методи у день візиту);
гематологія (ЗАК) результат ≤72 год.;
ACR результат ≤72 год.
Усі результати вносяться до ЕСОЗ не пізніше ніж через 24 год. після отримання їх з лабораторії.

5. Альтернативні механізми:

за відсутності власного обладнання суб'єкт господарювання має чинний договір із зовнішньою лабораторією, що гарантує дотримання зазначених строків;

використання РОСТ-тестів допускається як додатковий інструмент для пришвидшення діагностики, але результати обов'язково фіксуються в ЕСОЗ.

Суб'єкт господарювання та/або лабораторія, з якою укладено договір, забезпечують щоденний внутрішній контроль якості (IQC) та участь у зовнішній оцінці якості (EQA) не рідше двох разів на рік для HbA1c та ліпідного профілю. Ведуться журнали калібрувань, критичних значень і відхилених зразків; преаналітичні помилки компенсуються безоплатним повтором.

Результати РОСТ при пограничних або патологічних значеннях підлягають підтвердженню у лабораторії; для TG ≥4,5 ммоль/л обов'язковий повтор натще ≤14 днів з розрахунком non-HDL-C або виміром прямого LDL-C/АpoB (за наявності).

1.5. Інші вимоги:

чинна ліцензія на провадження господарської діяльності з медичної практики (сімейна медицина/терапія);

реєстрація в ЕСОЗ та використання її функціональних можливостей;
забезпечення безбар'єрності та інклюзії;

дотримання вимог щодо захисту персональних та медичних даних учасників скринінгів здоров'я;
інфекційний контроль та епідемічна готовність;
моніторинг доступності, якості та безпеки надання послуг;
суб'єкт господарювання розміщує інформаційні матеріали про скринінги здоров'я відповідно до рекомендацій, наданих МОЗ, і оновлює актуальний перелік кризових служб (національні/регіональні лінії, відділення невідкладної психіатричної допомоги).

1.6. Сервісні вимоги

Доступ і запис:

1) Запис учасників скринінгів здоров'я здійснюється через канали комунікації: онлайн-запис через функціонал електронної медичної інформаційної системи (далі – МІС), інтегрований з тематичною сторінкою (лендінгом), створеним МОЗ (бажаний варіант), через веб-форму на сайті суб'єкта господарювання, телефоном через реєстратуру чи при особистому візиті учасника скринінгу здоров'я до суб'єкта господарювання.

Про доступні канали комунікації для проведення запису осіб суб'єкт господарювання має поінформувати НСЗУ та МОЗ для розміщення цієї інформації на тематичному лендінгу відповідно до форми, зазначеної в додатку 6.

Контакти здійснюються у будні 9:00 – 19:00 год. а також з 7:00 год. для учасників скринінгів здоров'я, які записались на ранковий блок.

2) Учасник скринінгу здоров'я має отримати гарантовану дату візиту не пізніше ніж через 5 календарних днів від моменту звернення.

3) Суб'єкт господарювання має визначити окремі часові слоти спеціально для проведення скринінгу здоров'я. Система запису повинна маркувати такі слоти як доступні лише для скринінгу здоров'я. Інформація про онлайн-запис (дата, час) має автоматично потрапляти до МІС.

Графік роботи передбачає розширені години: щонайменше один вечірній блок (після 18:00 до 19:00 год. щонайменше), один ранковий блок (з 7:00 до 8:00 год.) на тиждень та не менше одного суботнього блоку на місяць.

У разі встановлення на відповідній території комендантської години або інших обмежень, встановлених військовим управлінням, що передбачають скорочений графік роботи, суб'єкт господарювання має право змістити розширені години та загальний графік роботи суб'єкта господарювання на суботу та неділю.

Після запису учасник скринінгу здоров'я має отримати підтвердження (SMS, push-повідомлення або на електронну адресу), в якому чітко вказані: дата, час, адреса проведення скринінгу здоров'я.

За певний час до візиту (за 24 – 48 год.) учасник скринінгу здоров'я має отримати нагадування з можливістю скасувати або перенести запис онлайн, а також рекомендаціями щодо підготовки до проведення скринінгу здоров'я.

4) Для маломобільних осіб передбачається можливість домашнього забору крові з документуванням результатів в ЕСОЗ.

Візит “скринінг в один прийом/ звернення”

6) Візит має бути комплексним: усі етапи (анкетування, фізикальне обстеження, лабораторні/ інструментальні дослідження, базове консультування) проводяться в межах одного візиту. Візит триває **до 60 – 90 хв.** залежно від обсягу медичних послуг. Тривалість базового візиту **до 60 хв.** (анкети, огляд, забір біоматеріалу, базове консультування). **До 90 хв.** допускається у випадку видачі/інструктажу НВРМ/АВРМ

або розширеного консультування. Анкети/шкали заповнюються **попередньо** онлайн/на планшеті під час очікування прийому в суб'єкті господарювання (≤ 10 хв.). Для АВРМ/НВРМ або розширеного консультування допускається **другий візит**.

7) Анкетування проводиться попередньо онлайн або на планшеті або в паперовій формі з подальшим оцифруванням суб'єктом господарювання. Якщо деякі показники неможливо внести попередньо, вони вносяться на етапі візиту учасника скринінгу здоров'я.

8) Забір біоматеріалу має здійснюватися за принципом «один прокол – кілька тестів» (наприклад, ліпіди + HbA1c в одній пробірці).

9) Ліпідограма виконується у стані «не натще» за стандартом, що мінімізує повторні візити.

10) При необхідності проведення НВРМ/АВРМ пристрій видається учаснику скринінгу здоров'я в день візиту.

Передвізитний забір біоматеріалу

11) З метою підвищення ефективності та зручності надання медичної допомоги допускається організація попереднього (передвізитного) забору біологічного матеріалу медичною сестрою (братом) або фельдшером за місцем надання послуги, перед візитом учасника скринінгу здоров'я до лікаря.

12) Передвізитний забір може здійснюватися:

у день запланованого візиту учасника скринінгу здоров'я, до консультації лікаря (за наявності можливості оперативного внесення результатів до ЕСОЗ або використання РОСТ-методів для HbA1c);

або за 1 – 3 дні до прийому, для забезпечення готовності результатів лабораторних досліджень під час консультації лікаря.

Комунікація та електронні сервіси

13) Результати лабораторних досліджень (ліпіди, HbA1c) надаються онлайн (кабінет пацієнта в МІС, електронна пошта, інші канали комунікації) протягом ≤ 72 годин після забору, у форматі «світлофора» (зелений – норма, жовтий – граничні значення, червоний – патологічний стан + коротке пояснення) з короткими рекомендаціями.

14) У робочі години забезпечується чат-підтримка або консультування по телефону з координатором (час відповіді ≤ 1 години в робочі години), а також гаряча лінія для технічних питань.

15) Координатор супроводжує учасника скринінгу здоров'я від моменту запису до «закриття направилення».

Для інформування учасників скринінгів здоров'я (підтвердження запису, нагадування про візит, надсилання результатів скринінгу здоров'я тощо) мають використовуватись шаблони текстів, надані МОЗ.

Дружність до учасників скринінгів здоров'я

16) Час очікування при візиті учасника скринінгу здоров'я має становити ≤ 15 хвилин (медіанне значення).

17) Зали очікування обладнуються місцями для сидіння, питною водою/кавою, навігаційними матеріалами та доступом до Wi-Fi.

18) Усі інформаційні матеріали мають бути викладені простою та зрозумілою мовою, із забезпеченою контрастністю, а також відповідно до рекомендацій, наданих МОЗ.

19) Забезпечується інклюзивність та доступність: безбар'єрний доступ для маломобільних осіб, тактильні смуги, сурдопереклад (або відеозв'язок із перекладачем), супровід учасника скринінгу здоров'я координатором.

Післявізитна підтримка

20) Учасники скринінгів здоров'я з високим ризиком (SCORE2/OP високий, HbA1c 5,7 – 6,4% (39 – 46 ммоль/моль)) отримують телефонну консультацію протягом ≤ 72 годин після візиту для узгодження профілактичних цілей (відмова від тютюну, фізична активність, харчування).

21) У день візиту учасник скринінгу здоров'я з виявленою патологією отримує електронне направлення на подальшу діагностику або лікування та роз'яснення щодо подальших дій.

22) Контроль за «закриттям направлення» здійснюється в термін ≤ 14 робочих днів через ЕСОЗ.

Якщо електронне направлення не «закрите» ≤ 7 днів, координатор робить ≥ 2 спроби зв'язку в різні дні, через різні канали комунікації.

Прозорість і зворотний зв'язок

23) Після візиту кожному учаснику скринінгів здоров'я пропонується пройти опитування Net Promoter Score (далі – **NPS**) та Customer Satisfaction Score (далі – **CSAT**) через зручний канал комунікації (кабінет пацієнта в MIC, QR-код, електронну пошту, SMS-посилання чи паперовий бланк).

Після кожного завершеного візиту учаснику скринінгу здоров'я надсилається коротке опитування NPS («Наскільки ймовірно, що Ви порекомендуєте наш заклад?» 0–10) і CSAT («Наскільки Ви задоволені послугою?» 1–5) та необов'язковий коментар. Відправлення здійснюється в термін 0 – 48 год. після візиту через зручний канал комунікації (кабінет пацієнта в MIC, QR-код, електронну пошту, SMS-посилання чи паперовий бланк). Опитування добровільне й анонімне. Мінімальні цілі з охоплення складають понад 40% учасників скринінгів здоров'я, відповідь надано понад 15%. Показник NPS обчислюється так: % «промоутерів» (оцінка 9 – 10) мінус % «критиків» (0 – 6). Показник CSAT – це середній бал за шкалою 1 – 5 та/або частка відповідей 4 – 5. Якщо NPS знизився більш ніж на 10 пунктів порівняно з попереднім періодом або CSAT опустився нижче 4,0, суб'єкт господарювання протягом 7 днів проводить аналіз причин і затверджує план покращення сервісу.

24) Усі скарги мають бути зареєстровані та розглянуті із наданням відповіді учаснику скринінгу здоров'я (бажано в термін 5 днів).

25) Інформація про те, що скринінг здоров'я є безоплатним, має бути чітко зазначена в усіх інформаційних матеріалах.

Інфекційний контроль і безпека

26) Диспенсери з антисептиком на вході та в кожній функціональній зоні.

27) Прибирання за затвердженим графіком із веденням журналів.

28) Система екстреного виклику в санітарних кімнатах (тривожна кнопка, аварійне освітлення).

1.7. Вимоги до приміщень

Загальні вимоги

1) Приміщення повинно відповідати чинним санітарним та протипожежним нормам України.

2) Забезпечення безбар'єрності: доступні входи, пандуси, ліфти, санвузли, тактильні смуги та контрастні маркери, кнопка виклику немедичного персоналу або медичного працівника, простір для маневрування людей на візках чи з ходунками.

3) Зрозуміла графічна навігація, піктограми, зонування кольором; дублювання ключової інформації шрифтом Брайля та озвучування для осіб із вадами зору.

4) Дотримання стандартів повітрообміну, комфортного мікроклімату в приміщеннях, що будуть використовуватись для проведення скринінгу здоров'я.

Зона реєстрації та очікування

6) Бажана наявність електронної черги при візиті в суб'єкта господарювання, що дозволяє оптимізувати управління потоком відвідувачів, монітору з маршрутом візиту та орієнтовним часом очікування.

7) Питна вода, доступ до санвузлів, Wi-Fi.

8) Виділені місця для маломобільних осіб та супроводжуючих осіб.

9) Приміщення з природним або дифузним освітленням, за можливості елементами зелені, акустичним комфортом).

Кабінет вимірювань

10) Можливість приватного проведення антропометрії (зона зі шторами/перегородками).

11) Обладнання: тонометри (автоматичні в тому числі) з манжетами різних розмірів, ваги з точністю до 0,1 кг, ростомір, вимірювальна стрічка, пульсоксиметр.

Кабінет забору біоматеріалу

13) Зручні крісла для забору крові, система вентиляції.

14) Холодильник для зберігання проб із температурним контролем.

15) Контейнери для безпечної утилізації відходів (шприци, пробірки, рукавички).

16) Організація процесу «один прокол – кілька тестів».

Кабінет індивідуального консультування

17) Акустична ізоляція для конфіденційності (звичайну розмову в кабінеті не можна розібрати за зачиненими дверима).

18) Доступ до інформаційних матеріалів у друкованій та електронній формах.

1.8. Вимоги щодо прозорості та етичності надання послуг

1. Внесення інформації до ЕСОЗ здійснюється не пізніше ніж через 24 години після завершення відповідного етапу (візиту чи отримання результатів лабораторії).

2. Суб'єкт господарювання зобов'язаний:

не відмовляти у проведенні скринінгу здоров'я через відмову учасника скринінгу здоров'я від інших, у тому числі платних, послуг;

не встановлювати, нараховувати або виплачувати працівникам будь-які фінансові чи нефінансові стимули, зокрема надбавки, премії, бонуси, доплати, відсотки від виручки, виплати, подарункові сертифікати, додаткові вихідні, пріоритет у графіках/змінах, службові привілеї, рейтинги, відзнаки, а також визначати цільові показники (KPI, плани, «норми»), якщо їх розмір, нарахування або виконання прямо чи опосередковано залежать від кількості, вартості або частки послуг/направлень/обстежень, що надаються поза програмою скринінгу здоров'я (наприклад, кількість консультацій, записів, направлень чи «проданих» пакетів поза програмою), допускаються стимули, пов'язані з якістю, безпекою та дотриманням

галузових стандартів у сфері охорони здоров'я у межах програми, за умови, що вони жодним чином не залежать від кількості послуг поза програмою скринінгу здоров'я;

не брати жодної додаткової оплати з учасника скринінгу здоров'я, у тому числі за: забір крові, логістику та транспортування проб, «прискорений результат» або «експрес-лабораторію» для базових тестів, використання обладнання (тонометри, ЕКГ, АВРМ/НВРМ), витратні матеріали (рукавички, шприци, пробірки), «благодійні внески» як умову доступу, пріоритетну чергу або «прискорений запис» та інші аналогічні витрати, що забезпечують виконання послуг передбачених програмою скринінгу здоров'я;

у разі необхідності надання медичних послуг, які не включені до програми скринінгу здоров'я, повідомляти учасника скринінгу здоров'я про їх можливе отримання за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (далі – програма медичних гарантій) з оформленням відповідного електронного направлення.

3. Суб'єкт господарювання може надавати учаснику скринінгу здоров'я додаткові послуги (за рахунок фізичних, юридичних осіб, а також програми медичних гарантій) у таких випадках:

за наявності клінічних показань та відсутності таких послуг у програмі скринінгу здоров'я;

учасник скринінгу здоров'я має бути чітко і однозначно поінформований щодо обсягів послуг, які йому можуть бути надані за програмою скринінгу здоров'я, а які додатково, також про безоплатні альтернативи, повну вартість послуги, терміни виконання і політику повернення коштів.

4. Вимоги до запрошення учасників скринінгів здоров'я і комунікації з ними у межах програми скринінгу здоров'я:

комунікація з учасниками скринінгів здоров'я здійснюється лише за їхньою згодою;

будь-які повідомлення мають бути зрозумілими, нейтральними, науково достовірними та містити інформацію про відписку від розсилки;

дозволені канали комунікації: кабінет пацієнта в МІС, SMS, телефонні дзвінки, електронна пошта, дозволені месенджери;

нагадування про візит: не більше 2 повідомлень (при записі та за 24 – 48 год.);

не більше 1 повідомлення або дзвінка упродовж 72 год. після отримання результатів;

вибір суб'єкта господарювання учасник скринінгу здоров'я здійснює самостійно, будь-яке нав'язування конкретного суб'єкта чи агресивний маркетинг заборонені.

Суб'єкти господарювання не мають права пропонувати, рекламувати, чи надавати учасникам скринінгів здоров'я скринінгові процедури, щодо яких:

робоча група з профілактики США (USPSTF) встановила Grade D для відповідної популяції або інші визнані організації (зокрема NICE, WHO, ESC/ESH, ACC/AHA, ESMO, AASLD, ACOG, CDC/ACIP) містять формулювання **«do not offer» / «not recommended» / клас рекомендації III (No Benefit/Harm);

відсутні позитивні рекомендації будь-якої з наведених організацій (тобто ніким не рекомендовано).

Під скринінговою процедурою розуміється обстеження учасника скринінгу здоров'я без клінічних показань із метою виявлення ризику розвитку захворювань або їх раннього виявлення.

5. Суб'єкт господарювання не має права пропонувати, рекламувати, надавати учасникам скринінгів здоров'я медичні послуги без доведеної клінічної ефективності та безпеки, зокрема (але не обмежуючись): методи «нетрадиційної» та альтернативної

медицини; псевдодіагностику (у т. ч. біорезонанс, «жива крапля крові», іридодіагностика); «оздоровчі» та «детокс»-інфузії; токсичні або непідтверджені інфузійні методи; процедури «очищення організму».

6. Заборона селекції учасників скринінгів здоров'я та штучних обмежень доступу. Суб'єкт господарювання забезпечує рівний і недискримінаційний доступ усім особам, незалежно від стану здоров'я, складності випадку та соціально-демографічних ознак. Забороняється надання переваги менш складним пацієнтам і штучні обмеження доступу (будь-які додаткові вимоги, платежі або внутрішні «фільтри»/квоти, не передбачені законодавством чи програмою скринінгу здоров'я). Не допускається: відмова в записі або систематичне перенесення складних пацієнтів; встановлення самовільних порогів (вік, ІМТ, «лише власні направлення» тощо); обумовлення доступу придбанням платних послуг; преференції у слотовому записі «здоровішим» пацієнтам; обмеження електронних направлень; створення бар'єрів доступності. Черговість організовується за принципом «перший прийшов - перший отримав допомогу» із медично обґрунтованою пріоритизацією вразливих/високоризикових груп.

1.9. Комунікаційна стратегія

Суб'єкт господарювання має пояснювати учасникам скринінгів здоров'я, що таке скринінг здоров'я, навіщо він потрібен і як його пройти. Інформація повинна бути зрозумілою, правдивою і доступною для всіх, у тому числі для людей з інвалідністю.

В усіх матеріалах і повідомленнях має бути чітко зазначено, що скринінг здоров'я є безоплатним.

Інформаційні матеріали мають просто і зрозуміло пояснювати, чим корисний скринінг здоров'я, як на нього записатися і куди звернутися за додатковими роз'ясненнями. Агресивна реклама, перебільшення користі чи будь-які маніпулятивні підходи заборонені.

Інформування учасників скринінгів здоров'я має здійснюватись відповідно до рекомендацій, наданих МОЗ.

1.10. Взаємодія з іншими програмами охорони здоров'я

Скринінг здоров'я не є ізольованою послугою. Він має працювати у зв'язці з іншими державними програмами, щоб учасник скринінгу здоров'я отримав повний і зрозумілий маршрут допомоги.

Якщо під час скринінгу здоров'я в учасника скринінгу здоров'я виявляється ризик виникнення захворювання або його наявність, лікар оформляє електронне направлення на подальші обстеження або лікування у межах програми медичних гарантій, зокрема програми реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів.

Якщо суб'єкт господарювання не має договору за програмою медичних гарантій, він зобов'язаний чітко пояснювати учасникам скринінгів здоров'я:

які саме послуги є безоплатними в інших суб'єктах господарювання, що працюють за програмою медичних гарантій (і як туди потрапити за направленням);

які послуги можна отримати платно у цьому суб'єкті господарювання.

Уся інформація має бути прозорою, без маніпуляцій і нав'язування платних послуг.

Координатор повинен супроводжувати учасника скринінгу здоров'я в маршруті: допомогти з направленням, пояснити наступні кроки та перевірити, чи учасник скринінгу здоров'я реально отримав потрібну допомогу.

1.11. Учасники скринінгів здоров'я з іншими неінфекційними захворюваннями

Учасникам скринінгів здоров'я з будь-якими іншими хронічними захворюваннями скринінг здоров'я проводиться за програмою, як для осіб без серцево-судинних захворювань (далі – ССЗ) та ЦД2, а лікар додатково враховує особливості саме їхнього стану, чи то цукровий діабет 1 типу, хвороби легень, нирок, серця, нервової системи, психічні чи онкологічні захворювання. Завдання лікаря пояснити, які обстеження чи консультації потрібні саме цьому учаснику скринінгу здоров'я, організувати направлення до профільного спеціаліста за потреби, внести всі дані до ЕСОЗ та чітко розмежувати безоплатні й платні послуги.

1.12. Дані, що вносяться до ЕСОЗ

Результати проведення скринінгу здоров'я підлягають внесенню до ЕСОЗ. Мінімальний обсяг показників, що мають бути внесені до ЕСОЗ, наведений у таблиці.

Показник	Формат / Діапазон значень	Примітки
Маса тіла	кг (30 – 250)	
Зріст	см (120 – 220)	
ІМТ	кг/м ² (10 – 60)	
Окружність талії	см (50–160)	
Основні і супутні захворювання	згідно НК 025:2021	
SCORE2/OP (10-річний ризик ССЗ)	% (1→20%)	Крім осіб з ССЗ та ЦД2
FINDRISC	0–26 балів	Крім осіб з ЦД2
Загальний холестерин (далі - total-C)	ммоль/л (2,0 – 15,0)	
Холестерин ліпопротеїнів високої щільності (далі - HDL-C)	ммоль/л (0,3 – 5,0)	
Холестерин ліпопротеїнів низької щільності (далі - LDL-C)	ммоль/л (0,5 – 10,0)	
Тригліцериди (далі - TG)	ммоль/л (0,3 – 15,0)	
HbA1c	% (4,0 – 14,0)	

Рекомендації стосовно внесення даних до електронної системи охорони здоров'я щодо результатів проведення скринінгів здоров'я наведені в додатку 5.

2. Обсяг медичних інтервенцій

2.1. Учасники скринінгів здоров'я від 40 років без серцево-судинних захворювань та цукрового діабету 2 типу (група 1)

1) Клінічний огляд (обов'язково для всіх)

1.1) Вимірювання АТ (офісно): не менше двох вимірювань з інтервалом 1 – 2 хв. після 5 хв. спокою; використання відповідної манжети; первинно на обох руках, надалі на руці з вищим АТ; фіксується середнє.

1.2) Підтвердження підвищеного АТ: при середньому офісному $\geq 140/90$ мм рт. ст. призначити НВРМ (7 днів, відкинути день 1, середнє) та/або АВРМ (24 год). Пороги підтвердження: НВРМ $\geq 135/85$, АВРМ: 24-год $\geq 130/80$; денне $\geq 135/85$; нічне $\geq 120/70$.

1.3) ЧСС з оцінкою ритму пульсу. У всіх осіб віком ≥ 65 років проводиться опортуністичний скринінг фібриляції передсердь (далі – ФП) шляхом пальпаторної оцінки ритму пульсу, а при виявленні патологічних змін шляхом запису учасника скринінгу здоров'я на проведення ЕКГ у той самий день (для підтвердження або виключення ФП).

1.4) Антропометрія: маса, зріст, ІМТ, окружність талії (пороги підвищеного ризику: чоловіки ≥ 94 см; жінки ≥ 80 см).

1.5) Поведінкові фактори: статус тютюнового/нікотинового вживання (тип продукту, частота, пачко-років), алкоголь (стандартизовані дози/тиждень), фізична активність (хв/тиждень), сімейний анамнез на серцево-судинні захворювання (далі – ССЗ), ЦД2, хронічну хворобу нирок.

1.6) Скринінг симптомів: типові/атипові кардіальні болі, задишка, набряки, переміжна кульгавість.

1.7) При підтвердженні ССЗ або інших захворювань лікар зобов'язаний призначити лікування згідно з галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я та оформити **електронний рецепт/запит за програмою реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів** (антигіпертензивні засоби, статини, антиагреганти, цукрознижувальні препарати тощо). Дані вносяться до ЕСОЗ у день встановлення діагнозу; учасник скринінгу здоров'я отримує інформацію про схему прийому та план лікування.

2) Анкетування / Шкали ризику (обов'язково для всіх)

SCORE2 (40–69 років) / SCORE2-OP (≥ 70 років) для розрахунку 10-річного ризику.

FINDRISC для оцінки ризику ЦД2.

PHQ-9.

GAD-7.

AUDIT-C.

Стандартизований скринінг тютюну/нікотину.

3) Лабораторні дослідження

Обов'язкові лабораторні дослідження (проводяться щорічно, або частіше за показаннями поза програми скринінгу здоров'я)

3.1) Ліпідограма («не натще») при первинній оцінці та періодично відповідно до серцево-судинного ризику (SCORE2/OP): total-C, HDL-C, LDL-C (розрах.), TG, non-HDL-C (автоматично). Якщо TG $\geq 4,5$ ммоль/л або ліпемія повторити натще, розглянути прямий LDL-C/АpoB (за можливості).

3.2) HbA1c. Якщо HbA1c 5,7–6,4% (39–46 ммоль/моль) необхідно дати план змін способу життя; за сумнівів/анемії/швидких змін глікемії провести глюкозу натще або OGTT за рішенням лікаря.

Лабораторні дослідження, що проводяться за показаннями у разі виявлення під час скринінгу здоров'я серцево-судинних захворювань та/або цукрового діабету 2 типу

3.3) eGFR проводиться щороку при: підтвердженні АГ, віці ≥ 60 років, ІМТ ≥ 30 кг/м², сімейному анамнезі хронічної хвороби нирок, або SCORE2/OP високий/дуже високий.

ACR проводиться щороку при: будь-якій підтвердженій АГ, і ЦД2, або eGFR <60 мл/хв/1,73 м², або дуже високому ризику SCORE2/OP.

Підтвердження хронічності: патологічні значення eGFR або ACR повторюються через ≥ 3 місяці (за відсутності гострих причин), з фіксацією в ECO3. ACR виконується на разовій ранковій порції сечі; одиниці вимірювання мг/г (або мг/ммоль із конверсією). Категорії: A1 <30 мг/г; A2 30–300 мг/г; A3 >300 мг/г. Скерування до нефролога: eGFR <30 або ACR ≥ 300 або eGFR 30–44 із A2–A3.

3.4) Електроліти (Na, K): до початку/корекції антигіпертензивної терапії або діуретиків; при симптомах/ЕКГ-змінах.

Додаткові лабораторні дослідження, що можуть проводитись поза програмою скринінгу здоров'я

3.5) Lp(a) рекомендується одноразове визначення ліпопротеїну(a) упродовж життя дорослої особи з метою виявлення високих спадкових рівнів; повторні вимірювання проводяться за клінічними показаннями.

3.6) ApoB рекомендується проведення за наявності гіпертригліцеридемії, ожиріння або розбіжностей між LDL-C і non-HDL-C дозволяється використовувати ApoB для оцінки атерогенного ризику та контролю лікування.

3.7) Cystatin C рекомендується проведення при eGFR 45–59 мл/хв/1,73 м² за відсутності альбумінурії призначається cystatin C для розрахунку eGFR_{cr-cys} з метою підтвердження/уточнення діагнозу ХХН.

3.8) TSH проводиться за показання у разі вираженої/рефрактерної дисліпідемії або симптомів дисфункції щитоподібної залози визначається TSH.

4) Інструментальні дослідження

4.1) ABPM/НВРМ для підтвердження підвищеного офісного АТ ($\geq 140/90$ мм рт. ст.) домашнім або добовим моніторингом, щоб уникнути похибки «білого халата» та виявити «масковану» гіпертензію. Для цього слід застосовувати валідовані тонометри з відповідною манжетою, дотримуватись стандартних умов вимірювання й аналізувати середні значення за протоколом (НВРМ $\geq 135/85$; ABPM: 24-год $\geq 130/80$, денне $\geq 135/85$, нічне $\geq 120/70$) (згідно з додатком 4).

4.2) ЕКГ під час скринінгу здоров'я у осіб без ССЗ проводиться за показаннями, а не рутинно, і виконується лише у таких випадках:

у всіх осіб віком ≥ 65 років проводиться опортуністичний скринінг фібриляції передсердь (далі – ФП) шляхом пальпаторної оцінки ритму пульсу, а при виявленні патологічних змін шляхом запису учасника скринінгу здоров'я на проведення ЕКГ у той самий день (для підтвердження або виключення ФП);

для осіб від 75 років або з високим ризиком інсульту, а саме тих, які мають ФП із CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 (чоловіки) або ≥ 3 (жінки), **або** в анамнезі транзиторна ішемічна атака, ішемічний/геморагічний інсульт, значний каротидний стеноз, **або** дуже високий серцево-судинний ризик за шкалою SCORE2/SCORE2-OP чи еквівалент ($\geq 10\%$ у 40 – 69 років, $\geq 15\%$ у осіб від 70 років);

для осіб, які мають підозру або виявлену АГ ЕКГ у 12-відведеннях проводиться як обов'язкова частина первинної/контрольної оцінки (виявлення гіпертензивного ураження органів-мішеней, аритмій);

для осіб, які мають скарги або ознаки можливих порушень ритму/провідності (серцебиття, перебої, непритомність/переднепритомні стани, виявлена брадикардія/тахікардія, нерегулярний пульс) проводиться ЕКГ у 12-відведеннях;

для осіб, що мають інші клінічні показання, а саме обструктивне апное сну при підозрі на ФП.

Застереження: рутинний ЕКГ у безсимптомних осіб низького ризику не проводиться. Діабет без симптомів не є сам по собі підставою для рутинного ЕКГ-скринінгу коронарної хвороби.

Інструментальні обстеження, які проводяться за показаннями та поза програми скринінгу здоров'я

4.3) УЗД-обстеження абдомінальної аневризми аорти усім чоловікам 65 – 75 років, які коли-небудь палили (один раз у житті).

5) Додаткові профілактичні заходи

5.1) Перевірка вакцинального статусу, за необхідності направлення на проведення обов'язкових профілактичних щеплень згідно з Календарем профілактичних щеплень в Україні. Інші щеплення виконуються поза програмою скринінгу здоров'я.

5.2) Профілактичне консультування:

харчування: рекомендація з дотримання принципів середземноморської або DASH-дієти (суб'єкт господарювання забезпечує учасника скринінгу здоров'я односторінковою пам'яткою з «тарілкою» та прикладами локальних продуктів);

фізична активність: ≥ 150 – 300 хв./тиждень помірної або ≥ 75 – 150 хв. інтенсивної;

вага: ціль ІМТ < 25 кг/м² (або зниження на 5 – 10% від базової маси за 6 – 12 міс.);

тютюн/нікотин: нікотинозамісна терапія/бупропіон за потреби + поведінкова підтримка;

алкоголь: ≤ 10 г/добу (жінки), ≤ 20 г/добу (чоловіки) або відмова.

6) Координація допомоги та маршрутизація

6.1) Візит здійснює «однією зупинкою» ≤ 60 – 90 хв.

6.2) Результати онлайн ≤ 72 год. у форматі «світлофора» + короткий план дій.

6.3) Контакт ≤ 72 год. для груп ризику (високий SCORE2/OP; HbA1c 5,7–6,4% (39–46 ммоль/моль)).

6.4) Електронні направлення до інших лікарів спеціалістів за показаннями.

6.5) Електронні направлення для проведення онкоскринінгу.

6.6) Рекомендація щодо проведення імунопрофілактики в лікаря з надання первинної медичної допомоги (див. додаток 1).

6.7) Призначення фармакотерапії, електронні рецепти/запити за програмою реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів, оформлення в день візиту (див. додаток 2).

6.8) Контроль закриття направлення в ЕСОЗ ≤ 14 днів.

7) Порогові значення і рекомендовані дії зазначені в додатку 3.

2.2. Учасники скринінгів здоров'я від 40 років з серцево-судинними захворюваннями (група 2)

До ССЗ належать: артеріальна гіпертензія (I10 – I15), ішемічна хвороба серця – стенокардія (I20), гострий інфаркт міокарда (I21 – I22), інші форми ішемічної хвороби серця (I23 – I25); серцева недостатність (I50); аритмії – фібриляція та тріпотіння передсердь (I48), інші тахі- та брадиаритмії (I44 – I49); цереброваскулярні захворювання – ішемічний інсульт (I63), геморагічний інсульт (I60 – I62), транзиторна ішемічна атака (G45); периферійна артеріальна хвороба (I70.2, I73.9); вади серця – ревматичні (I05 – I09) та набуті клапанні (I34 – I39), а також значущі вроджені (Q20 – Q28, у дорослих); аневризма та розшарування аорти (I71).

1) Клінічний огляд (обов'язково для всіх)

1.1. АТ (офісно): не менше двох вимірювань з інтервалом 1 – 2 хв. після 5 хв. спокою; відповідна манжета; первинно на обох руках, надалі на руці з вищим АТ; фіксується середнє.

1.2. Підтвердження підвищеного АТ: при середньому офісному $\geq 140/90$ мм рт. ст. призначити НВРМ (7 днів, відкинути день 1, середнє) та/або АВРМ (24 год.). Пороги підтвердження: НВРМ $\geq 135/85$, АВРМ: 24 год. $\geq 130/80$; денне $\geq 135/85$; нічне $\geq 120/70$.

1.3. ЧСС з оцінкою ритму пульсу. У всіх осіб віком ≥ 65 років проводиться опортуністичний скринінг фібриляції передсердь (далі – ФП) шляхом пальпаторної оцінки ритму пульсу, а при виявленні патологічних змін шляхом запису учасника скринінгу здоров'я на проведення ЕКГ у той самий день (для підтвердження або виключення ФП).

1.4. Антропометрія: маса, зріст, ІМТ, окружність талії (пороги підвищеного ризику: чоловіки ≥ 94 см; жінки ≥ 80 см).

1.5. Огляд: набряків нижніх кінцівок, аускультация серця і легень, огляд яремних вен, пальпація периферичних пульсів

1.6. Анамнез і скарги: біль у грудях/еквіваленти, задишка (у спокої/під час навантаження), серцебиття/епізоди аритмії, синкопе/пресинкопе, набряки, переміжна кульгавість, неврологічні симптоми (слабкість, порушення мовлення, запаморочення/вертиго), ознаки декомпенсації.

1.7. Оцінка прихильності лікування та профілактики: оцінює немедикаментозні складові: тютюн (модель 5А + фармако підтримка), алкоголь (AUDIT-C і коротка порада), харчування (DASH-дієта, менше солі), фізична активність (≥ 150 хв/тиждень), навички самоконтролю (АТ, глікемія за потреби), виявляє бар'єри (вартість, забування, складна схема, переконання, доступність) і пропонує рішення (нагадування, органайзери, залучення родини/соцпідтримки), узгоджує 1 – 2 конкретні цілі на 4 – 12 тижнів, учасник скринінгу здоров'я своїми словами повторює план; призначає наступний візит.

2) Анкетування / шкали (обов'язково для всіх)

2.2. FINDRISC для оцінки ризику ЦД2.

2.3. PHQ-9.

2.4. GAD-7.

2.5. AUDIT-C.

2.6. Стандартизований скринінг тютюну/нікотину.

3) Лабораторні дослідження

Обов'язкові лабораторні дослідження (проводяться щорічно, або частіше за показаннями поза програми скринінгу)

3.1. Загальний аналіз крові (включно з гемоглобіном і гематокритом).

3.2. Ліпідограма («не натще»): total-C, HDL-C, LDL-C (розрах.), TG, non-HDL-C (автоматично). Якщо TG $\geq 4,5$ ммоль/л або ліпемія повторити натще, розглянути прямий LDL-C/АpoB (за можливості). Цільові рівні: дуже високий ризик – LDL-C $< 1,4$ ммоль/л та $\geq 50\%$ зниження від вихідного рівня; високий ризик – $< 1,8$ ммоль/л.

3.3. HbA1c.

3.4. Сироватковий креатинін + eGFR: щонайменше 1 раз/рік, частіше при eGFR < 60 або на фоні інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (далі – іАПФ), блокаторів рецепторів ангіотензину (далі - БРА), діуретиків, антагоністів альдостерону.

3.5. Загальний аналіз сечі (тест-смужки на білок та еритроцити в сечі, за потреби мікроскопія).

3.6. ACR.

Лабораторні дослідження, що проводяться за показаннями

3.7. Електроліти (Na^+ , K^+) при початку чи корекції застосування іАПФ, БРА, діуретиків, антагоністів альдостерону.

3.8. Сечова кислота при застосуванні діуретиків або симптомах подагри.

3.9. АЛТ при старті статинів та інших гіполіпідемічних лікарських засобів або при симптомах ураження печінки.

Додаткові лабораторні дослідження, що можуть проводитись поза програмою скринінгу здоров'я

3.10. NT-proBNP/BNP при підозрі/загостренні серцевої недостатності (далі – СН).

3.11. Тиреотропний гормон при ФП, брадикардії/тахікардії неясної етіології.

3.12. Феритин, коефіцієнт насичення трансферину при СН для виявлення дефіциту заліза.

3.13. Міжнародне нормалізоване відношення (при застосуванні варфарину).

4) Інструментальні обстеження

4.1. АВРМ/НВРМ для підтвердження підвищеного офісного АТ ($\geq 140/90$ мм рт. ст.) домашнім або добовим моніторингом, щоб уникнути похибки «білого халата» та виявити «масковану» гіпертензію. Для цього слід застосовувати валідовані тонометри з відповідною манжетою, дотримуватись стандартних умов вимірювання й аналізувати середні значення за протоколом (НВРМ $\geq 135/85$; АВРМ: 24-год $\geq 130/80$, денне $\geq 135/85$, нічне $\geq 120/70$) (згідно з додатком 4).

4.2. ЕКГ 12-відведень виконується при первинній оцінці/на старті спостереження; надалі за появи симптомів, зміні клінічного стану або перед інтенсивними фізичними навантаженнями/процедурами в осіб високого ризику.

Інструментальні обстеження, що проводяться за показаннями та поза програми скринінгу здоров'я

4.3. АВІ (гомільково-плечовий індекс) визначається при периферичну артеріальну хвороба (далі – ПАХ). Пальпація пульсів на стопах та огляд шкіри виконуються кожного візиту. АВІ (гомільково-плечовий індекс) визначається за наявності симптомів, знижених пульсів та скринінгово у безсимптомних осіб віком від 65 років або за наявності мікросудинного ураження/ускладнень стоп. Якщо АВІ $>1,30$ (підозра медіакальцинозу) чи суперечливі клінічні ознаки необхідно визначати ТВІ (пальце-плечовий індекс) та/або направлення на доплерографію; патологічні пороги: АВІ $\leq 0,90$, ТВІ $<0,7-0,8$; позитивні результати підстава для направлення до лікаря-хірурга.

4.4. Ехокардіографія (ТТЕ) проводиться особам із такими станами:

СН: ТТЕ усім із підозрою на СН; повторні дослідження за зміною симптомів, при підвищених натрійуретичних пептидах або для оцінки відповіді на терапію;

клапанні вади: періодичність спостереження згідно з тяжкістю (орієнтовно: тяжкі – кожні 6 – 12 міс., помірні – кожні 1 – 2 роки, легкі – кожні 3 – 5 років або за клінікою);

АГ, ішемічна хвороба серця (далі – ІХС): ТТЕ проводиться, якщо результат змінить тактику лікування (підозра гіпертрофії лівого шлуночка тощо).

4.5. Дуплекс-сонографія каротид. Не використовується як скринінг у безсимптомних. Проводиться в осіб із транзиторною ішемічною атакою/ішемічним інсультом, фокальні неврологічні симптоми, планування каротидної інтервенції.

4.6. Офтальмоскопія/фундус-фото. Виконується за наявності ЦД2 за відповідним алгоритмом. При підозрі на злоякісну гіпертонію (крововиливи, ватоподібні ексудати, набряк диска) невідкладний огляд і направлення до лікаря-офтальмолога. Рутинного огляду очного дна при стабільній АГ без симптомів не проводиться.

4.7. Амбулаторний моніторинг серцевого ритму (Холтер, патч-монітор) проводиться в осіб, які мають синкопе, пальпітації, підозру на безсимптомні аритмії, для контролю антиаритмічної терапії, контролю ЧСС з оцінкою ритму пульсу. Тривалі реєстратори (7 – 14 діб) переважні при рідкісних симптомах або підозрі на пароксизмальну ФП.

4.8. Інші дослідження, наприклад, стрес-ехокардіографія, стресова магнітно-резонансна томографія, перфузійна сцинтиграфія міокарда (одnofотонна емісійна комп'ютерна томографія, або позитронно-емісійна томографія), комп'ютерно-томографічна коронарографія проводяться за клінічних показань.

4.9. УЗД-обстеження абдомінальної аневризми аорти усім чоловікам 65 – 75 років, які коли-небудь палили (один раз у житті).

5) Фармакотерапія (продовження/корекція)

5.1. Антигіпертензивні: іАПФ, БРА, бета-блокатори, антагоністи кальцію, діуретики, антагоністи альдостерону (за показаннями та обов'язково за програмою реімбурсації). Орієнтир цілей: <130/80 мм рт. ст., у віці ≥ 65 років систолічний АТ 130-139 мм рт. ст.

5.2. Ліпідознижувальна терапія.

5.3. Антитромботична терапія:

при ІХС без показань до антикоагулянтів достатньо одного антиагреганту (ацетилсалицилова кислота або клопідогрель). Після гострого коронарного синдрому чи перкутанного коронарного втручання (стентування, ангіопластика) потрібна подвійна антиагрегантна терапія протягом рекомендованого терміну (після індивідуальної оцінки ризику кровотечі);

при ФП призначення прямих оральних антикоагулянтів/варфарину за CHA₂DS₂-VASc (рекомендовано при ≥ 2 у чоловіків / ≥ 3 у жінок; розглянути при 1/2 відповідно).

5.4. В осіб з СН із зниженою фракцією викиду (HFrEF) призначення іАПФ/БРА + бета-блокатора + антагоністи альдостерону + інгібітори натрій-глюкозного котранспортера 2 типу; діуретики, корекція заліза за потреби.

5.5. Супутня терапія: лікування ІХС, стенокардії (нітрати/бета-блокатори/антагоністи кальцію), профілактика тромбозів при ПАХ, контроль глікемії/ваги за наявності ЦД/ожиріння.

6) Вторинна профілактика та немедикаментозні заходи

6.1. Перевірка вакцинального статусу, за необхідності направлення на проведення обов'язкових профілактичних щеплень згідно з Календарем профілактичних щеплень в Україні. Інші щеплення виконуються поза програмою скринінгу здоров'я.

6.2. Модифікація способу життя:

харчування: рекомендація з дотримання принципів середземноморської або DASH-дієти (суб'єкт господарювання забезпечує учасника скринінгу здоров'я односторінковою пам'яткою з «тарілкою» та прикладами локальних продуктів);

фізична активність: ≥ 150 – 300 хв./тиждень помірної або ≥ 75 – 150 хв. інтенсивної + силові 2 дні/тиждень.

контроль ваги: ціль ІМТ <25 кг/м² (або – 5 – 10% за 6 – 12 міс).

тютюн/нікотин: нікотинозамісна терапія, вареніклін (за наявності), бупропіон + поведінкова підтримка.

алкоголь: ≤ 10 г/добу (жінки), ≤ 20 г/добу (чоловіки) або відмова.

7) Координація допомоги та маршрутизація

7.1. Електронні направлення до інших лікарів спеціалістів за показаннями.

7.2. Електронні направлення для проведення онкоскринінгу.

7.3. Рекомендація щодо проведення імунопрофілактики у лікаря з надання первинної медичної допомоги (див. додаток 1).

7.4. Призначення фармакотерапії, електронні рецепти/запити за програмою реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів, оформлення в день візиту (див. додаток 2).

7.5. Контроль закриття направлення в ЕСОЗ ≤ 14 днів.

8) Порогові значення і рекомендовані дії зазначені в додатку 3.

2.3. Учасники скринінгів здоров'я від 40 років з цукровим діабетом 2 типу (група 3)

1) Клінічний огляд (обов'язково для всіх)

1.1. АТ (офісно): не менше двох вимірювань з інтервалом 1 – 2 хв. після 5 хв. спокою; відповідна манжета; первинно на обох руках, надалі на руці з вищим АТ; фіксується середнє.

1.2. Підтвердження підвищеного АТ: при середньому офісному $\geq 140/90$ мм рт. ст. призначити НВРМ (7 днів, відкинути день 1, середнє) та/або АВРМ (24 год.). Пороги підтвердження: НВРМ $\geq 135/85$, АВРМ: 24-год $\geq 130/80$; денне $\geq 135/85$; нічне $\geq 120/70$.

1.3. ЧСС з оцінкою ритму пульсу. У всіх осіб віком ≥ 65 років проводиться опортуністичний скринінг фібриляції передсердь (далі – ФП) шляхом пальпаторної оцінки ритму пульсу, а при виявленні патологічних змін шляхом запису учасника скринінгу здоров'я на проведення ЕКГ у той самий день (для підтвердження або виключення ФП).

1.4. Антропометрія: маса, зріст, ІМТ, окружність талії (пороги підвищеного ризику: чоловіки ≥ 94 см; жінки ≥ 80 см).

1.5. Оцінка глікемічного самоконтролю: щоденники, дані глюкометра тощо.

1.6. Гіпо-/гіперглікемії: частота, обставини, дії особи, наявність важких гіпоглікемій (потребували допомоги).

1.7. Огляд шкіри й стоп: обов'язково міжпальцеві проміжки, нігті, мозолі, тріщини, деформації, виразки/інфекції; пальпація дорсальних/тильних артерій стоп; перевірка взуття.

1.8. Скарги/анамнез: задишка, стенокардія/еквіваленти, набряки, кульгавість, порушення зору, інфекції, стоматологічні проблеми (гінгівіт/пародонтит).

1.9. Поведінкові фактори: тютюнокуріння/вживання нікотину (з обов'язковим зазначенням типу продукту та показника «пачко-років»), вживання алкоголю (у стандартизованих дозах на тиждень), рівень фізичної активності (у хвилинах на тиждень), якість та тривалість сну (за наявності показань – оцінка ризику обструктивного апное сну).

1.10. Оцінка прихильності лікування та профілактики: перевіряє об'єктивні дані, цілеспрямовано перевіряє наявність побічних реакцій й за потреби коригує терапію (заміна лікарського засобу, спрощення схеми до 1-разового прийому чи фіксованої комбінації, зміна часу/дозы); оцінює немедикаментозні складові: тютюн (модель 5А + фармакопідтримка), алкоголь (AUDIT-C і коротка порада), харчування (DASH-дієта, менше солі), фізична активність (≥ 150 хв/тиждень), навички самоконтролю (АТ,

глікемія за потреби), виявляє бар'єри (вартість, забування, складна схема, переконання, доступність) і пропонує рішення (нагадування, організатори, залучення родини/соцпідтримки), узгоджує 1 – 2 конкретні цілі на 4 – 12 тижнів, особа своїми словами повторює план; призначає наступний візит.

2) Анкетування / шкали (обов'язково для всіх)

2.1. PHQ-9.

2.2. GAD-7.

2.3. AUDIT-C.

2.4. Стандартизований скринінг тютюну/нікотину.

3) Лабораторні дослідження

Обов'язкові лабораторні дослідження (проводяться щорічно, або частіше за показаннями поза програмою скринінгу здоров'я)

3.1. Загальний аналіз крові (включно з гемоглобіном і гематокритом).

3.2. Ліпідограма («не натще» стандарт): total-C, HDL-C, LDL-C (розрах.), TG, non-HDL-C (автоматично). Якщо $TG \geq 4,5$ ммоль/л або ліпемія повторити натще, розглянути прямий LDL-C/АpoB (за можливості). Цільові рівні: дуже високий ризик – LDL-C $< 1,4$ ммоль/л та $\geq 50\%$ зниження від вихідного рівня; високий ризик – $< 1,8$ ммоль/л.

3.3. HbA1c.

3.4. Сироватковий креатинін + eGFR: щонайменше 1 раз/рік, частіше при eGFR < 60 або на фоні інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (далі – іАПФ), блокаторів рецепторів ангіотензину (далі – БРА), діуретиків, антагоністів альдостерону.

3.5. загальний аналіз сечі (тест-смужки на білок та еритроцити в сечі, за потреби мікроскопія);

3.6. ACR.

Лабораторні дослідження, що проводяться за показаннями

3.7. Електроліти (Na^+ , K^+) при початку чи корекції застосування іАПФ, БРА, діуретиків, антагоністів альдостерону.

3.8. АЛТ при старті статинів та інших гіполіпідемічних лікарських засобів або при симптомах ураження печінки .

4) Інструментальні обстеження

4.1. АВРМ/НВРМ для підтвердження підвищеного офісного АТ ($\geq 140/90$ мм рт. ст.) домашнім або добовим моніторингом, щоб уникнути похибки «білого халата» та виявити «масковану» гіпертензію. Для цього слід застосовувати валідовані тонометри з правильною манжетою, дотримуватись стандартних умов вимірювання й аналізувати середні значення за протоколом (НВРМ $\geq 135/85$; АВРМ: 24-год $\geq 130/80$, денне $\geq 135/85$, нічне $\geq 120/70$) (згідно з додатком 4).

4.2. Офтальмологічний скринінг. На момент встановлення діагнозу цукровий діабет тип 2 та далі регулярно проводиться дилатований огляд очного дна або цифрова фундус-фотографія (включно з валідованим дистанційним читанням/ШІ-скринінгом) щорічно. При наявності позитивних або сумнівних результатів дистанційного скринінгу необхідне направлення на огляд лікаря-офтальмолога.

4.3. Нейропатія та «діабетична стопа». Щорічно проводиться комплексний огляд стоп (шкіра, деформації, взуття, пульси) та скринінг втрати захисної чутливості (10-г монофіламент + щонайменше один додатковий тест: камертон 128 Гц/укол голкою/холод). Частота повторних оглядів за IWGDF-ризиком: ризик 0 – 1 на рік; ризик

1 (LOPS або PAD) проводиться кожні 6 – 12 міс.; ризик 2 (LOPS+PAD або деформації) проводиться кожні 3 – 6 міс.; ризик 3 (попередня виразка/ампутація) проводиться кожні 1 – 3 міс.; при ризyku 2 – 3 необхідне направлення до лікаря-хірурга.

4.4. Діагностика ПАХ. Пальпація пульсів на стопах та огляд шкіри виконуються кожного візиту. ABI (гомільково-плечовий індекс) визначається за наявності симптомів, знижених пульсів та скринінгово у безсимптомних осіб віком від 65 років або за наявності мікросудинного ураження/ускладнень стоп. Якщо ABI >1,30 (підозра медіакальцинозу) чи суперечливі клінічні ознаки необхідно визначати ТВІ (пальце-плечовий індекс) та/або направлення на доплерографію; патологічні пороги: ABI ≤0,90, ТВІ <0,7 – 0,8; позитивні результати підстава для направлення до лікаря-хірурга.

4.5. ЕКГ у безсимптомних осіб не рекомендується. ЕКГ виконується за симптомів (біль у грудях, задишка, синкопе), при порушеннях ритму/провідності.

Інструментальні обстеження, які проводяться за показаннями та поза програмою скринінгу здоров'я

4.6. УЗД нирок. Рутинна візуалізація нирок в осіб з цукровим діабетом тип 2 не проводиться. УЗД нирок/сечових шляхів виконують за показаннями (підозра обструкції, атипова гематурія без альбумінурії, асиметрія нирок, швидке зниження функції, підозра полікістозу/реноваскулярної патології).

4.7. Обстеження на синдром обструктивного апное сну проводиться інструментально (полісомнографія/домашні тести) за симптомів/високого ризику; інші вузькоспеціальні тести (наприклад, кардіовегетативні рефлексі-тести при підозрі на автономну нейропатію) за клінічним рішенням.

4.8. УЗД-обстеження абдомінальної аневризми аорти усім чоловікам 65 – 75 років, які коли-небудь палили (один раз у житті).

5) Фармакотерапія (продовження/корекція)

5.1. Глікемічний контроль (цілі індивідуалізовані): для більшості осіб HbA1c <7,0% (53 ммоль/моль).

5.2. Антигіперглікемічна терапія:

5.3. АГ/нефропротекція: ціль АТ <130/80 мм рт. ст. (якщо переноситься) або <140/90; при альбумінурії (ACR ≥30 мг/г) іАПФ або БРА у першу чергу.

5.4. Ліпідознижувальна терапія.

5.5. Антитромботична: ацетилсалицилова кислота лише для вторинної профілактики; не рекомендувати для первинної без дуже високого ризику й низького ризику кровотеч.

5.6. В осіб із СН із зниженою фракцією викиду (HFrEF) призначення інгібіторів АПФ/БРА + бета-блокатора + антагоністи альдостерону + інгібітори натрій-глюкозного котранспортера 2 типу; діуретики, корекція заліза за потреби.

5.7. Супутня терапія: лікування ІХС, стенокардії (нітрати/бета-блокатори/антагоністи кальцію), профілактика тромбозів при ПАХ, контроль глікемії/ваги за наявності ЦД/ожиріння.

6) Вторинна профілактика та немедикаментозні заходи

6.1. Перевірка вакцинального статусу, за необхідності направлення на проведення обов'язкових профілактичних щеплень згідно з Календарем профілактичних щеплень в Україні. Інші щеплення виконуються поза програмою скринінгу здоров'я.

6.2. Спосіб життя:

харчування: рекомендація з дотримання принципів середземноморської або DASH-дієти (суб'єкт господарювання забезпечує учасника скринінгу здоров'я односторінковою пам'яткою з «тарілкою» та прикладами локальних продуктів);

фізична активність: $\geq 150 - 300$ хв./тиждень помірної або $\geq 75 - 150$ хв. інтенсивної + силові 2 дні/тиждень.

контроль ваги: ціль ІМТ < 25 кг/м² (або $- 5 - 10\%$ за 6 – 12 міс).

тютюн/нікотин: нікотинозамісна терапія, вареніклін (за наявності), бупропіон + поведінкова підтримка.

алкоголь: ≤ 10 г/добу (жінки), ≤ 20 г/добу (чоловіки) або відмова.

6.3. Освіта та самонавчання: навчання догляду за стопами; інформування про школи діабету.

7) Координація допомоги та маршрутизація

7.1. Електронні направлення до інших лікарів спеціалістів за показаннями.

7.2. Електронні направлення для проведення онкоскринінгу.

7.3. Рекомендація щодо проведення імунопрофілактики у лікаря з надання первинної медичної допомоги (див. додаток 1).

7.4. Призначення фармакотерапії, електронні рецепти/запити за програмою реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів, оформлення в день візиту (див. додаток 2).

7.5. Контроль закриття направлення в ЕСОЗ ≤ 14 днів.

8) Порогові значення і рекомендовані дії зазначені в додатку 3.

9) Особи віком від 40 років, які одночасно мають артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу, для цілей цих вимог відносяться до групи 3 (особи з цукровим діабетом 2 типу) як такі, що належать до категорії дуже високого серцево-судинного ризику; при цьому до них обов'язково застосовується повний обсяг медичних втручань, встановлений як для групи 3 (скринінг і контроль ускладнень діабету), так і для групи 2 (вторинна профілактика серцево-судинних захворювань), включно з інтенсивним контролем артеріального тиску, ліпідознижувальною терапією та нефропротекцією.

Рекомендації щодо перевірки вакцинального статусу учасника скринінгу здоров'я

Імунопрофілактика здійснюється відповідно до Календаря профілактичних щеплень в Україні, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я від 16 вересня 2011 року № 595, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 10 жовтня 2011 року за № 1159/19897.

1. Під час проведення скринінгу здоров'я лікар забезпечує:

перевірку вакцинального статусу учасника скринінгу здоров'я відповідно до даних ЕСОЗ та/або наявної медичної документації;

інформування учасника скринінгу здоров'я про необхідність проведення профілактичних щеплень відповідно до віку та стану здоров'я;

направлення на проведення щеплень, що закуповуються за кошти державного бюджету та доступні безоплатно для учасника скринінгу здоров'я;

консультування щодо можливості проведення додаткових щеплень, які не входять до програми медичних гарантій, але рекомендовані з урахуванням віку, наявності факторів ризику та міжнародних рекомендацій.

2. Перелік обов'язкових щеплень, що проводяться безоплатно за програмою медичних гарантій у рамках наздоганяючої та планової імунізації:

дифтерія та правець (ревакцинація кожні 10 років – у віці 26, 36, 46, 56 років тощо);

кір, краснуха, паротит (при відсутності документального підтвердження двох доз вакцинації або перенесеного захворювання);

поліомієліт (для дорослих за епідемічними показаннями).

3. Додаткові щеплення, що не закуповуються централізовано, але можуть бути рекомендовані лікарем учасникам скринінгів здоров'я за власні кошти, включають:

вакцинацію проти грипу (щороку);

вакцинацію проти пневмококової інфекції (особливо у віці понад 50 років та в осіб із хронічними захворюваннями);

вакцинацію проти гепатиту А (за наявності хвороб печінки, діабету, імунодефіцитів, при подорожах у регіони з високою ендемічністю);

вакцинацію проти вірусу папіломи людини (ВПЛ) (для жінок і чоловіків до 45 років);

вакцинацію проти менінгококової інфекції, вітряної віспи та інших інфекцій за індивідуальними показаннями та з урахуванням епідемічної ситуації.

4. Лікар під час скринінгу зобов'язаний надати учаснику скринінгу здоров'я роз'яснення щодо наявних безоплатних щеплень, забезпечити направлення на їх проведення, а також поінформувати про додаткові можливості імунопрофілактики з урахуванням доказової бази та індивідуальних ризиків для здоров'я.

Рекомендації з фармакотерапії та призначення лікарських засобів та медичних виробів

1. Загальні принципи

1.1. Призначення фармакотерапії здійснюється лікарем, який проводиться скринінг здоров'я відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

1.2. Призначення лікарських засобів, медичних виробів оформлюється виключно через електронний рецепт/запит в ЕСОЗ.

1.3. Пріоритетним є призначення лікарських засобів та медичних виробів, що доступні за програмою реімбурсації.

2. Артеріальна гіпертензія

2.1. Встановлення діагнозу

Діагноз АГ обов'язково підтверджується позаклінічним вимірюванням: АВРМ (добове моніторування) або НВРМ (домашні вимірювання).

Діагностичні пороги:

Клініка: $\geq 140/90$ мм рт. ст.;

24-год АВРМ: середнє $\geq 130/80$; денний АВРМ: $\geq 135/85$; нічний АВРМ: $\geq 120/70$;

НВРМ (середнє за ≥ 3 дні, по 2 вимірювання вранці/ввечері): $\geq 135/85$.

Біла халатна АГ: клініка підвищена, АВРМ/НВРМ – ні $\rightarrow$ немедикаментозні заходи, спостереження.

Маскована АГ: клініка нормальна, АВРМ/НВРМ підвищені $\rightarrow$ лікувати як підтверджену АГ.

2.2. Початок фармакотерапії

Стандарт першої лінії (переважний варіант) фіксована комбінація у низьких дозах:

іАПФ або БРА + антагоніст кальцію або тіазидоподібний діуретик.

Монотерапія можлива при: вік особи від 80 років; АГ 1-го ступеня з низьким ризиком; високий ризик побічних ефектів.

Бета-блокатори не є універсальною першою лінією, показані в осіб з ІХС, СН із зниженою фракцією викиду, тахіаритмії, вагітністю.

2.3. Цільові рівні АТ

Більшість дорослих (<85 років): первинна ціль систолічний артеріальний тиск (далі - САТ) 120–129 мм рт. ст., діастолічний артеріальний тиск (далі – ДАТ) 70 – 79, за умови переносимості.

Загальний базовий поріг становить $<140/90$; при добрій переносимості $<130/80$, уникати САТ <120 та ДАТ <70 .

Особи віком 65 – 79 років: прагнути САТ 120 – 139 (індивідуалізоване).

Особи від 80 років: зазвичай 130 – 139 із урахуванням симптомів/ортостатичних реакцій.

В осіб з ЦД2, ІХС, хронічною хворобою нирок (з альбумінурією): дозволена інтенсивніша ціль $<130/80$ за переносимості.

Призначення іАПФ/БРА призначення у пріоритеті при альбумінурії.

2.4. Ескалація та резистентна АГ

Крок 2: потрібна комбінація або в двох таблетках: іАПФ/БРА + АК + тіазидоподібний діуретик у оптимальних дозах.

Резистентна АГ (АТ над ціллю на потрійній схемі, підтверджена прихильність і виключена псевдорезистентність): необхідно додати спіронолактон 25 – 50 мг/добу (за $eGFR \geq 30$ і $K^+ < 4,5$ ммоль/л);

за непереносимості спіронолактону додати еплеренон/амілорид/β-блокатор;
перевірити вторинні причини (первинний альдостеронізм, апное сну, ниркові хвороби, медикаменти), коригувати фактори.

2.5. Моніторинг та безпека

НВРМ рекомендується всім для самоконтролю;.

Клінічний контроль: проводиться через 2 – 4 тижні після старту/зміни дози; оцінка досягнення цілей проводиться через ~3 місяці; далі кожні 3 – 6 міс. (**поза програмою скринінгу здоров'я**).

Лабораторія: креатинін/ $eGFR$ і K^+ — через 2 – 4 тижні після старту або титрації іАПФ/БРА/діуретика; далі – за клінікою.

2.6. Особливі групи

Вагітність: лабеталол, метилдопа, ніфедипін пролонгований (за наявності).

СН, ІХС, перенесений гострий інфаркт міокарда рекомендується додати β-блокатор і блокаду ренін–ангіотензин–альдостеронова системи за показаннями.

Хронічна хвороба нирок з альбумінурією: іАПФ/БРА призначаються пріоритетно, АТ <130/80 за переносимості.

3. Дисліпідемія

3.1. Лабораторне обстеження

Первинне визначення ліпідного профілю здійснюється не натще (total-C, HDL-C, TG, розрахункові LDL-C і non-HDL-C).

Якщо TG < 4,5 ммоль/л, то використовуються розрахункові показники LDL-C і non-HDL-C.

Якщо TG $\geq 4,5$ ммоль/л, то лабораторія автоматично виконує повторний аналіз натще або визначає прямий LDL-C чи ApoB.

У кожному протоколі обстеження обов'язково вказується non-HDL-C.

Рівень Lp(a) визначається один раз у житті у всіх дорослих, повторно за клінічними показаннями (**проводиться поза програмою скринінгу здоров'я**).

3.2. Стратифікація ризику

Ризик серцево-судинних подій визначається за шкалою SCORE2/SCORE2-OP.

Категорія ризику (помірний, високий, дуже високий) визначає цільові рівні ліпідів і необхідність фармакотерапії.

3.3. Цільові рівні

Ціль досягається при виконанні обох критеріїв: абсолютного рівня і відносного зниження від вихідного.

Дуже високий ризик: LDL-C <1,4 ммоль/л та зниження $\geq 50\%$;

Високий ризик: LDL-C <1,8 ммоль/л та зниження $\geq 50\%$;

Помірний ризик: LDL-C <2,6 ммоль/л.

Альтернативні цілі:

non-HDL-C <2,2 / <2,6 / <3,4 ммоль/л (для дуже високого/високого/помірного ризику відповідно);

ApoB <65 / <80 / <100 мг/дл (для дуже високого/високого/помірного ризику).

3.4. Показання до фармакотерапії

Первинна профілактика:

В осіб з дуже високим або високим ризиком, а також у хворих на ЦД2 із ураженням органів-мішеней статин призначається негайно.

В осіб з помірним ризиком і рівнем LDL-C $\geq 3,0$ ммоль/л або non-HDL-C $\geq 3,8$ ммоль/л призначення статинів після періоду модифікації способу життя (не більше 12 тижнів).

Вторинна профілактика:

Усім особам з маніфестними атеросклеротичними ССЗ (інфаркт міокарда, інсульт, реваскуляризація, периферичний атеросклероз) призначається статин високої інтенсивності незалежно від вихідного рівня LDL-C.

3.5. Інтенсифікація терапії

Якщо цільові рівні не досягнуті через 6 – 12 тижнів після старту лікування статином у максимально переносимій дозі додається езетиміб. Якщо ціль не досягнута на комбінації статин + езетиміб розглядається призначення PCSK9-інгібітора або інклісірану, якщо вони доступні.

3.6. Гіпертригліцеридемія

При рівні TG ≥ 10 ммоль/л здійснюються негайні заходи для профілактики панкреатиту (дієта, корекція вторинних причин, фібрат).

В осіб із TG 1,5 – 5,6 ммоль/л, які отримують статини та мають високий або дуже високий ризик, може бути призначається ейкозапентаєнова кислота (за доступності).

3.7. Сімейна гіперхолестеринемія

У разі виявлення підозри на сімейну гіперхолестеринемію (LDL-C $\geq 5,0$ ммоль/л у дорослого або $\geq 4,0$ ммоль/л у дитини, сімейний анамнез передчасних ССЗ суб'єкт господарювання повинен: направити особу на консультацію до лікаря-кардіолога, рекомендувати обстеження першої лінії родичів (батьки, діти, брати/сестри) з виміром LDL-C;

При підозрі на сімейну гіперхолестеринемію застосовується шкала Dutch Lipid Clinic Network.

Для підтверджених або ймовірних випадків обов'язковим є каскадний скринінг родичів першої лінії.

Лікування: статин високої інтенсивності, за недосягнення цілей додавання езетимібу, за недосягнення цілей призначення PCSK9-інгібітор/інклісіран (за доступності).

3.8. Контроль і безпека

Повторне визначення ліпідів через 6 – 12 тижнів після початку терапії або зміни дози; далі кожні 6 – 12 місяців (**поза програмою скринінгу здоров'я**).

Перед початком лікування проводиться визначення АЛТ, при міалгіях проводиться визначення КФК (**поза програмою скринінгу здоров'я**).

Особливі групи:

хронічна хвороба нирок цілі адаптуються;

вагітність/лактація статини протипоказані;

похилий вік терапія показана при високому ризику.

4. Цукровий діабет 2 типу

4.1. Лабораторна діагностика

Діагноз встановлюється за одним із критеріїв (після підтвердження другим тестом при відсутності явної гіперглікемії):

HbA1c $\geq 6,5\%$; або

FPG $\geq 7,0$ ммоль/л (після ≥ 8 год голоду); або

2-год глікемія під час 75-г OGTT $\geq 11,1$ ммоль/л; або

Випадкова глікемія $\geq 11,1$ ммоль/л за наявності класичних симптомів гіперглікемії/гіперглікемічного кризу (у цьому разі підтвердження не потрібне). Якщо

A1c потенційно недостовірний (гемоглобінопатії, вагітність, виражена анемія), діагностика базується на плазмовій глюкозі.

4.2. Базова фармакотерапія

Метформін препарат першої лінії за відсутності протипоказань із корекцією дози за eGFR, рекомендується регулярний контроль eGFR.

Заборонено при eGFR <30 мл/хв/1,73 м²;

Не ініціювати зазвичай при eGFR 30 – 44 (якщо вже приймає необхідно розглянути зниження дози і пильний моніторинг);

Перегляд дози/моніторинг при eGFR 45 – 59 індивідуально.

4.3. Коморбідності, що визначають лікарські засоби першого вибору (незалежно від HbA1c і метформіну)

Атеросклеротична хвороба серця або високому серцево-судинному ризику: додати GLP-1PA (ліраглутид/семаглутид/дулаглутид) і/або SGLT2-інгібітор (емпагліфлозин/дапагліфлозин/канагліфлозин) (за доступності).

Хронічна хвороба нирок (eGFR ≥20 мл/хв/1,73 м², з/без альбумінурії): SGLT2-інгібітор обов'язковий, продовжувати навіть при подальшому зниженні eGFR; якщо глікемічного контролю недостатньо або SGLT2i протипоказаний рекомендований GLP-1PA (ліраглутид/семаглутид/дулаглутид).

СН (незалежно від фракції викиду): SGLT2-інгібітор як частина базової терапії СН.

Примітка: за клінічної потреби може призначатись комбінація SGLT2i + GLP-1PA.

4.4. Глікемічні цілі та ескалація

Індивідуальна ціль HbA1c зазвичай <7,0%; жорсткіші або м'якші цілі визначаються залежно від віку/коморбідності/ризиків гіпоглікемій.

Негайно розглянути інсулін (термінова консультація лікаря-ендокринолога), як старт/тимчасово при A1c >10% (≥86 ммоль/моль), глюкозі ≥16,7 ммоль/л або ознаках катаболізму; після зняття глюкозотоксичності необхідно спростити схему і повернутись до пріоритетних класів (SGLT2i/GLP-1PA/метформін).

4.5. Безпека та протипоказання (мінімум, який обов'язково фіксуємо)

SGLT2i: навчити щодо профілактики еуглікемічного діабетичного кетоацидозу (утримання при тяжких гострих станах/перед операцією), ризик генітальних інфекцій; глікемічна ефективність знижується при eGFR <45, але кардіо-ренальна користь зберігається.

GLP-1PA: протипоказання MEN2/медулярний рак щитоподібної залози в анамнезі; попередити про можливу нудоту на старті.

5. Фібриляція передсердь

5.1. Скринінг

У всіх осіб віком ≥65 років проводиться опортуністичний скринінг фібриляції передсердь (далі – ФП) шляхом пальпаторної оцінки ритму пульсу, а при виявленні патологічних змін шляхом запису учасника скринінгу здоров'я на проведення пальпації пульсу або запису ЕКГ. У разі виявлення порушень ритму нерегулярності пульсу необхідно виконати ЕКГ у той самий день (для підтвердження або виключення ФП).

Систематичний скринінг рекомендований для осіб віком ≥75 років або з високим ризиком інсульту.

5.2. Діагностика

Діагноз ФП підтверджується 12-відведеною ЕКГ або ритмострічкою ≥30 секунд із типовою картиною.

5.3. Антикоагуляція

Обов'язково призначати:

чоловікам із $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} \geq 2$;

жінкам із $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} \geq 3$.

Розглянути призначення:

чоловікам із $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} = 1$;

жінкам із $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} = 2$.

5.4. Вибір лікарських засобів

Препарати першої лінії: нові оральні антикоагулянти (далі – DOAC) – дабігатран, ривароксабан, апіксабан, едоксабан.

Варфарин використовується у випадках:

механічні клапани серця;

помірний або тяжкий мітральний стеноз;

тяжка хронічна хвороба нирок із $\text{eGFR} < 15$ мл/хв/1,73 м² або особи на діалізі, де DOAC не рекомендовані;

випадки, коли DOAC недоступні або протипоказані.

При застосуванні варфарину: підтримка МНО 2,0–3,0, регулярний моніторинг (поза програмою скринінгу здоров'я).

При хронічній хворобі нирок з 15–29 мл/хв/1,73 м²: можливе використання апіксабану (з корекцією дози), інші DOAC призначаються з обережністю.

6. Антитромбоцитарна терапія

6.1. Первинна профілактика

Рутинне призначення ацетилсаліцилової кислоти (далі – АСК) для первинної профілактики серцево-судинних подій не рекомендується у більшості осіб через підвищений ризик кровотеч.

Розглядається індивідуально в осіб із дуже високим ризиком атеросклеротичних подій ($\text{SCORE2} \geq 10\%$ або наявність множинних факторів ризику), за відсутності підвищеного ризику кровотеч і після детального обговорення з учасником скринінгу здоров'я.

6.2. Вторинна профілактика

Антитромбоцитарна терапія є обов'язковою для всіх осіб із документованою атеросклеротичною ССЗ (інфаркт міокарда, ішемічний інсульт/ТІА, стабільна чи нестабільна стенокардія, периферичний атеросклероз):

АСК 75 – 100 мг/добу - базовий препарат вибору;

у разі непереносимості АСК – клопідогрель 75 мг/добу;

після гострого коронарного синдрому або через стентування: подвійна антитромбоцитарна терапія, а саме: АСК + інгібітор P2Y₁₂ (клопідогрель, тікагрелор або прасугрель) упродовж 6 – 12 місяців залежно від клінічної ситуації та ризику кровотеч, далі проводиться монотерапія.

6.3. Особливі групи

В осіб, які одночасно мають показання до антикоагулянтів (наприклад, при ФП) і до антитромбоцитарної терапії (наприклад, при ІХС чи після стентування), лікування підбирається індивідуально. Зазвичай застосовують короткий період потрійної терапії (антикоагулянт + два антитромбоцитарні препарати), після чого переходять на схему антикоагулянт + один антитромбоцитарний препарат.

6.4. Моніторинг та безпека

Контроль побічних ефектів (шлунково-кишкові кровотечі, диспепсія).

За потреби відбувається призначення інгібіторів протонної помпи для гастропротекції.

7. Відмова від тютюнокуріння

7.1. Включено до програми скринінгу здоров'я

Визначення статусу куріння у всіх осіб під час скринінгу.

Коротке консультування 5А:

Ask – запитати про статус куріння;

Advise – надати чітку пораду щодо відмови;

Assess- оцінити готовність пацієнта до змін;

Assist – коротко запропонувати допомогу та ресурси;

Arrange – організувати подальший контакт.

Надання особі матеріалів (друкованих/електронних) із доказовою інформацією про користь відмови.

Організація повторного контакту (онлайн/офлайн/телефон) через 2 – 4 тижні для оцінки прогресу та підтримки.

7.2. Не включено до програми скринінгу здоров'я (призначається додатково, за показаннями лікаря).

Фармакотерапія для відмови від куріння:

нікотин-замісна терапія (НЗТ: пластир, жувальна гумка, інгалятор, спрей, льодяники);

вареніклін (за наявності);

бупропіон (як альтернатива при непереносимості чи неефективності інших засобів).

Розширені інтервенції: мотиваційне інтерв'ю, інтенсивне індивідуальне чи групове консультування, цифрові програми (мобільні додатки, SMS-нагадування).

Ці заходи здійснюються поза скринінгом здоров'я.

Показник	Поріг	Дія
Офісний АТ	$\geq 140/90$	Базове правило: - якщо середнє офісне АТ $\geq 140/90$ мм рт. ст., необхідно підтвердити підвищення за допомогою НВРМ або АВРМ. НВРМ (домашній моніторинг): - вимірювання протягом 7 днів (двічі вранці і двічі ввечері), відкидається день 1, береться середнє; - поріг для підтвердження: $\geq 135/85$ мм рт. ст. АВРМ (добовий моніторинг): - 24-годинне вимірювання; - поріг: середнє за 24 год $\geq 130/80$, денне $\geq 135/85$, нічне $\geq 120/70$ мм рт. ст. Альтернатива при недоступності АВРМ/НВРМ: - два або більше повторних офісних візити з коректним вимірюванням (не менше 2 вимірів за візит), проведених у різні дні; - допускається серійний НВРМ протягом 7 днів власним приладом учасника скринінгу здоров'я з документуванням результатів
НВРМ середнє	$\geq 135/85$	Діагноз АГ; електронний рецепт за програмою реімбурсації, електронні направлення за потреби
АВРМ 24-год	$\geq 130/80$	Як вище
HbA1c	39–46 ммоль/моль (5,7–6,4%)	План способу життя; повтор 3 – 6 міс.
HbA1c	≥ 48 ммоль/моль (6,5%)	Повтор для підтвердження; діагноз ЦД2; електронний рецепт за програмою реімбурсації, електронні направлення за потреби
LDL-C (дуже високий ризик)	>цілі за галузевими стандартами	Старт лікування; е-направлення
TG	$\geq 4,5$ ммоль/л	За TG $\geq 4,5$ ммоль/л повторити ліпіди натще упродовж 14 днів; розрахунковий LDL не використовується, натомість застосовується non-HDL-C або прямий LDL-C/АpoB (за наявності)
TG	$\geq 5,6$ ммоль/л	За TG $\geq 5,6$ ммоль/л проводиться невідкладна оцінка в той самий або наступний робочий день; повтор натще організовується, але не затримує старт заходів безпеки (ризик панкреатиту)
eGFR	< 60 мл/хв/1,73 м ²	Частіший моніторинг, електронне направлення до лікаря-нефролога
ACR	≥ 30 мг/г	Нефропротекція (іАПФ/БРА), направлення до лікаря-нефролога
CHA ₂ DS ₂ -VASc (ФП)	≥ 2 (чол.), ≥ 3 (жін.)	Розпочати оральні антикоагулянти з урахуванням ризику кровотечі

PHQ-9	≥ 10	Електронне направлення до фахівця у сфері психічного здоров'я
GAD-7	≥ 10	Електронне направлення до фахівця у сфері психічного здоров'я
Суїцидальні думки	будь-які	При виявленні суїцидальних думок лікар або медичний працівнику негайно оцінює ризик: при високому ризику (план, намір, доступ до засобів, недавня спроба) особу не залишають наодинці, викликають 103 або організовують термінову госпіталізацію, за згодою повідомляють близьких; при помірному ризику (пасивні думки без плану) оформлюють електронне направлення до спеціаліста з психічного здоров'я ≤ 72 год, забезпечують кризові контакти та здійснюють контрольний дзвінок ≤ 48 год; при низькому ризику (разові думки без наміру) надають контакти гарячих ліній, інформаційні матеріали й організовують планову консультацію. Усі дії документуються в ЕСОЗ із зазначенням результатів оцінки, наданих рекомендацій і подальших кроків.
Ретинопатія (скринінг)	будь-яка	Термінове направлення до лікаря-офтальмолога

Рекомендації з проведення НВРМ та АВРМ

Базове правило (коли потрібне позакабінетне вимірювання):

Якщо середнє офісне АТ $\geq 140/90$ мм рт. ст., обов'язково підтвердити підвищення позакабінетними вимірюваннями: НВРМ або АВРМ. Це зменшує похибку «ефекту білого халата» й виявляє «масковану» гіпертензію перед початком лікування.

Прилади та підготовка (спільні вимоги)

Тип пристрою. Перевага надається плечовим автоматичним осцилометричним тонометром (реєстраторам). Зап'ясткові пристрої дозволені лише якщо плечовий неможливий (великі окружності плеча тощо) й обов'язково валідований. Безманжетні гаджети не рекомендовані для клінічного використання.

Розмір манжети має відповідати окружності плеча.

Підготовка учасника скринінгу здоров'я до кожного вимірювання

Попередньо до проходження скринінгу здоров'я пацієнта повідомляють щодо необхідності уникнення паління та вживання кофеїну, фізичних активностей понад 30 хв., рекомендується спорожнити сечовий міхур, сісти спиною до опори, ноги не схрещувати, стопи на підлозі, рука з манжетою на рівні серця, мовчати й спокій ≥ 5 хв.; манжета має бути на голому плечі.

НВРМ або домашній моніторинг

Застосовується для діагностичного підтвердження підвищеного офісного АТ, виявлення АГ «білого халата» або «маскованої», довгострокового самоконтролю. Найкраще до візиту або за зміни симптомів/терапії.

Протокол вимірювань.

Тривалість: 7 днів (допустимо ≥ 3 дні, якщо 7 неможливо).

Частота: двічі зранку і двічі ввечері, з інтервалом понад 1 хв. між двома послідовними вимірами в кожний час.

Час: зранку до сніданку і до прийому антигіпертензивних (якщо приймає їх), увечері – перед сном.

Аналіз: відкинути день 1, обчислити середнє з решти значень (рекомендовано понад 12 валідних показів). Фіксувати симптоми/час прийому ліків.

Діагностичні пороги для підтвердження гіпертензії за НВРМ: середнє $\geq 135/85$ мм рт. ст.

АВРМ або 24-годинний добовий моніторинг

Застосовується, коли існує підозра виявлення АГ «білого халата» або «маскованої», варіабельність АТ, нічної гіпертензії, резистентної гіпертонічної хвороби, підозра побічних ефектів ліків, ЦД2, хронічної хвороби нирок тощо. АВРМ є референс-методом позакабінетного вимірювання.

Налаштування та виконання.

Тривалість: ≥ 24 год у звичному режимі дня.

Інтервали вимірювань: кожні 15 – 30 хв. удень, кожні 30 хв. уночі (не рідше). Особа веде щоденник активностей/сну/симптомів, позначає час сну/пробудження.

Мінімальні критерії якості запису: понад 70% очікуваних вимірів, понад 20 валідних удень і понад уночі. Якщо критерії не виконані необхідно повторити АВРМ.

Поведінка: звична активність, уникати душі (зняти прилад), не згинати руку під час накачування, не керувати авто, якщо манжета відволікає.

Діагностичні пороги АВРМ:

24-год середнє $\geq 130/80$ мм рт. ст.;

денне $\geq 135/85$ мм рт. ст.;

нічне $\geq 120/70$ мм рт. ст.

Нічні вимірювання АТ. Зазвичай уночі АТ зменшується на 10 – 20% порівняно з денним це вважається нормою. Якщо зниження $\leq 10\%$, це недостатнє нічне зниження. Якщо зниження 20% і більше, це надмірне нічне зниження. Коли ж уночі АТ вищий, ніж удень, це нічне підвищення АТ. Такі відхилення пов'язані з вищим ризиком ускладнень, тому лікування варто переглянути: забезпечити дію лікарських засобів на всю добу, за потреби змінити дозу або час прийому, перевірити наявність апное сну, послабити споживання солі. Щоб порахувати відсоток нічного зниження, необхідно використати формулу: $((\text{денний} - \text{нічний}) / \text{денний}) \times 100\%$.

Інтерпретація фенотипів (за позакабінетними вимірюваннями)

Гіпертензія підтверджена: НВРМ-середнє $\geq 135/85$ або АВРМ (будь-який з порогів перевищено).

«Ефект білого халата»: офісне $\geq 140/90$ за нормальних НВРМ/АВРМ.

«Маскована» гіпертензія: офісне $< 140/90$, але підвищені НВРМ/АВРМ. Саме для маскованої форми АВРМ/НВРМ критично необхідні.

Якщо НВРМ/АВРМ недоступні

Два або більше окремих офісних візити та понад 2 вимірюваннями за візит (у різні дні); за можливості необхідно організувати серійний НВРМ 7 днів на власному валідованому приладі з веденням записів.

**Рекомендації стосовно внесення даних до електронної системи охорони здоров'я
щодо результатів проведення скринінгів здоров'я**

Для лікарів первинної медичної допомоги

Щодо учасників скринінгів здоров'я відповідного віку, в яких відсутня інформація про діагнози ССЗ та діабет в ЕСОЗ

Лікар створює епізод типу «Первинна медична допомога» з назвою «А98 Підтримання здоров'я / профілактика/огляд».

У рамках даного епізоду лікар створює взаємодії за загальними правилами, в яких обліковує огляд учасника скринінгу здоров'я, наявні фактори ризику, діагнози, виконанні обстеження та призначені дослідження.

У разі виявлення факторів ризику лікар обліковує їх за ІСРС:

А97 Відсутність хвороби – у разі відсутності факторів ризику та хвороб;

К22 Фактор ризику ХСК – у разі наявності хоча одного фактору ризику ССЗ;

А23 Фактор ризику БДУ – у разі наявності хоча б одного фактору ризику розвитку діабету;

К85 Підвищений артеріальний тиск;

Р17 Зловживання тютюном

Р15 Хронічне зловживання алкоголем;

Т83 Надлишкова маса тіла -; Т82 Надмірна вага або Ожиріння

W85 Гестаційний діабет

Проведені обстеження/дослідження обліковуються шляхом створення діагностичного звіту (ДЗ) лікарем, який провів обстеження або безпосереднім виконавцем дослідження. У ДЗ вкладається ЕМЗ «спостереження» з кодами LOINC (див. таблицю), в якому обов'язково зазначається результат обстеження або дослідження. У разі потреби створення електронного направлення на дослідження, в ньому обов'язково вказується, що дослідження виконується за програмою «Інші джерела фінансування».

Після отримання результатів всіх обстежень, призначених або виконаних лікарем, епізод закривається.

Щодо учасників скринінгів здоров'я зі встановленим (за даними ЕСОЗ) діагнозом гіпертонічної хвороби та/або серцево-судинного захворювання та/або діабету

Лікар створює епізод з назвою «А98 Підтримання здоров'я / профілактика/огляд».

Причиною звернення лікар кодує К-31 або Т-31.

Діагноз лікар зазначає за ІСРС: коди К 74 ІХС із стенокардією, К76 ІХС без стенокардії, К77 Серцева недостатність, К78 Фібриляції передсердь / миготіння, К79 Пароксизмальна тахікардія, К80 Серцева аритмія БДУ, К82 Легенево-серцева недостатність, К86 Гіпертонія неускладнена, К87 Гіпертонія з ускладненням, Т90 Інсулінонезалежний цукровий діабет, Т89 Інсулінозалежний цукровий діабет. Якщо в учасника скринінгу здоров'я декілька діагнозів з переліку, то всі вони зазначаються окремо під час одного візиту.

Проведені обстеження/дослідження обліковуються шляхом створення діагностичного звіту (ДЗ) лікарем, який провів обстеження або безпосереднім

виконавцем дослідження. У ДЗ вкладається ЕМЗ «спостереження» з кодами LOINC (див. таблицю), в якому обов'язково зазначається результат обстеження або дослідження. У разі потреби створення електронного направлення на дослідження, в ньому обов'язково вказується, що дослідження виконується за програмою «Інші джерела фінансування».

Після отримання результатів всіх обстежень, призначених або виконаних лікарем, епізод закривається.

Для лікарів спеціалізованої медичної допомоги (лікарів-терапевтів)

Щодо учасників скринінгів здоров'я відповідного віку, в яких відсутня інформація про діагнози ССЗ та діабет в ЕСОЗ

Лікар створює епізод типу «Профілактика» з назвою «Скринінг здоров'я».

1. У рамках цього епізоду лікар створює взаємодії класу «Амбулаторна взаємодія» за загальними правилами, в яких обліковує огляд учасника скринінгу здоров'я, наявні фактори ризику, діагнози (за Національним класифікатором «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я НК 025:2021»), виконанні обстеження та призначені дослідження.

У разі виявлення факторів ризику, але відсутності діагнозу гіпертонічної хвороби та/або серцево-судинного захворювання та/або діабету основним діагнозом лікар виставляє діагноз «Z00.8 Інші загальні обстеження». Виявлені фактори ризику кодуються щонайменше одним додатковим діагнозом з переліку:

Z03.5 Спостереження за підозри на інші серцево-судинні захворювання;

Z13.6 Спеціальне скринінгове обстеження з метою виявлення серцево-судинних хвороб;

Z13.1 Спеціальне скринінгове обстеження з метою виявлення проміжної гіперглікемії та цукрового діабету;

R03.0 Підвищений кров'яний тиск за відсутності діагнозу гіпертензії;

Z72.0 Вживання тютюну, поточне;

Z86.43 В особистому анамнезі вживання тютюну;

Z72.1 Вживання алкоголю;

Z86.41 В особистому анамнезі вживання алкоголю;

Z72.3 Недостатня фізична активність;

Z86.7 В особистому анамнезі хвороби системи кровообігу;

Z83.3 У сімейному анамнезі цукровий діабет;

Z82.4 У сімейному анамнезі ішемічна хвороба серця та інші хвороби серцево-судинної системи.

У разі відсутності факторів ризику, поле «Додаткові діагнози» не заповнюється.

Проведені обстеження/дослідження обліковуються шляхом створення ДЗ лікарем, який провів обстеження або безпосереднім виконавцем дослідження. У ДЗ вкладається ЕМЗ «спостереження» з кодами LOINC (див. таблицю), в якому обов'язково зазначається результат обстеження або дослідження. У разі потреби створення електронного направлення на дослідження, в ньому обов'язково вказується, що дослідження виконується «поза програмою медичних гарантій».

Після отримання результатів всіх обстежень, призначених або виконаних лікарем, епізод закривається.

Щодо учасників скринінгів здоров'я зі встановленим (за даними ЕСОЗ) діагнозом гіпертонічної хвороби та/або серцево-судинного захворювання та/або діабету

Лікар створює епізод типу «Профілактика» з назвою «Скринінг здоров'я».

У рамках цього епізоду лікар створює взаємодії класу «Амбулаторна взаємодія» за загальними правилами, в яких обліковує огляд учасника скринінгу здоров'я, наявні фактори ризику, діагнози, виконанні обстеження та призначені дослідження.

Основним діагнозом виставляється діагноз відповідно до правил визначених у стандарті 0001 Австралійських стандартів кодування та за Національним класифікатором НК 025:2021, зокрема:

- артеріальна гіпертензія (I10 – I15),
- ішемічна хвороба серця – стенокардія (I20),
- гострий інфаркт міокарда (I21 – I22),
- інші форми ішемічної хвороби серця (I23 – I25);
- серцева недостатність (I50);
- аритмії – фібриляція та тріпотіння передсердь (I48),
- інші тахі- та брадиаритмії (I44 – I49);
- ішемічний інсульт (I63),
- геморагічний інсульт (I60 – I62),
- транзиторна ішемічна атака (G45);
- периферійна артеріальна хвороба (I70.2, I73.9);
- вади серця – ревматичні (I05 – I09) та набуті клапанні (I34 – I39), а також значущі вроджені (Q20 – Q28, у дорослих);
- аневризма та розшарування аорти (I71)
- проміжна гіперглікемія та цукровий діабет (E09-E14)

Проведені обстеження/дослідження обліковуються шляхом створення ДЗ лікарем, який провів обстеження або безпосереднім виконавцем дослідження. У ДЗ вкладається ЕМЗ «спостереження» з кодами LOINC (див. таблицю), в якому обов'язково зазначається результат обстеження або дослідження. У разі потреби створення електронного направлення на дослідження, в ньому обов'язково вказується, що дослідження виконується за програмою «Інші джерела фінансування».

Після отримання результатів всіх обстежень, призначених або виконаних лікарем, епізод закривається.

Облік обстежень та досліджень
(для лікарів первинної та спеціалізованої медичної допомоги)

Код за НК 26	коди LOINC Спостереження
96037-00 Інше обстеження, консультування або оцінка	8462-4 Діастолічний артеріальний тиск 8480-6 Систолічний артеріальний тиск 39156-5 Індекс маси тіла 56086-2 Окружність талії
T34006 Аналіз; холестерин	14647-2 Холестерин [Моль/об'єм] у Сироватці або Плазм
T34016 Аналіз; тригліцериди	14927-8 Тригліцерид [Моль/об'єм] у Сироватці або Плазмі.
T34011 Аналіз; холестерин ліпопротеїнів високої щільності	14646-4 Холестерин ліпопротеїнів високої щільності [Моль/об'єм] у Сироватці або Плазмі
T34013 Аналіз; холестерин ліпопротеїнів низької щільності	22748-8 Холестерин ліпопротеїнів низької щільності [Моль/об'єм] у Сироватці або Плазмі

T34025 Аналіз; глюкоза; натщесерце	14743-9 Глюкоза [Моль/об'єм] у Капілярній крові Визначення глюкометром; 15074-8 Глюкоза [Моль/об'єм] у Крові
T34010 Аналіз; глікований гемоглобін	4548-4 Глікований гемоглобін (HbA1c)/гемоглобін загальний у Крові
ДЗ A34011 Загальний аналіз крові	Не вказується
A35002 Загальний аналіз сечі	2888-6 Білок [Маса/об'єм] у Сечі; 15076-3 Глюкоза [Моль/об'єм] у Сечі; 2756-5 pH у Сечі; 12235-8 Мікроскопічне дослідження [Ідентифікація] у Осаді сечі Методом світлової мікроскопії
11700-00 Інша електрокардіографія ([ЕКГ])	Не вказується
SCORE2/OP (10-річний ризик CC3) Систематична оцінка коронарного ризику 2 (40-69)	SCORE2 % (1→20%)
SCORE2/OP 10-річний ризик CC3) Систематична оцінка коронарного ризику 2 осіб похилого віку (70 і вище)	SCORE2- OP % (1→20%)
Підсумкова оцінка ризику FINDRISC	97064-0 0–26 балів