

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
05 жовтня 2026 року № 1501

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ДИСЛІПІДЕМІЇ ПРИ
ЕНДОКРИННИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Загальна частина

Назва діагнозу: Порушення обміну ліпопротеїдів при ендокринних захворюваннях.

Коди стану або захворювання НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

E78 Порушення обміну ліпопротеїнів та інші ліпідемії

Розробники

Тронько Микола Дмитрович	директор ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка НАМН України», завідувач кафедри ендокринології НУОЗ України імені П.Л. Шупика, академік НАМН України, доктор медичних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України, голова ГО «Українська асоціація клінічних ендокринологів»;
Черська Марія Сергіївна	старший науковий співробітник ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка НАМН України», засновниця ГО «Інститут ліпідології, ожиріння та кардіометаболічних захворювань», доктор медичних наук;
Ковзун Олена Ігорівна	заступник директора з наукових питань ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка НАМН України», доктор біологічних наук, професор, член-кореспондент НАМН України;
Орленко Валерія Леонідівна	заступник директора з наукової роботи клініки ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка НАМН України», керівник науково-консультативного відділу амбулаторно-профілактичної допомоги хворим з ендокринною патологією, доктор медичних наук;
Соколова Любов Костянтинівна	завідувач відділу діабетології ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка НАМН України», старший науковий співробітник, доктор медичних наук;
Большова Олена Василівна	керівник відділу дитячої ендокринної патології ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка НАМН України», доктор медичних наук, професор, заслужений лікар України;
Терехова Галина Миколаївна	керівник відділу загальної ендокринної патології ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка НАМН України», старший науковий співробітник, кандидат медичних наук;
Клочкова Вікторія Миколаївна	науковий співробітник відділу загальної ендокринної патології ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин

	імені В.П. Комісаренка НАМН України», кандидат медичних наук;
Зінич Олеся Вадимівна	керівник відділу вікової ендокринології та клінічної фармакології ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка НАМН України», доктор медичних наук;
Кушнарьова Наталія Миколаївна	старший науковий співробітник відділу вікової ендокринології та клінічної фармакології ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка НАМН України», кандидат медичних наук;
Добровинська Олена В'ячеславівна	науковий співробітник науково-консультативного відділу амбулаторно-профілактичної допомоги хворим з ендокринною патологією ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка НАМН України», кандидат медичних наук;
Остапенко Ольга Іванівна	директор комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Печерського району м. Києва, член Асоціації сімейних лікарів України (за згодою);

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	директор Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.
----------------------------	---

Рецензенти:

Осовська Наталія Юріївна	професорка кафедри медичних дисциплін Дніпровського інституту медицини і громадського здоров'я, лікар-кардіолог, д.мед.н., професорка;
Скрипник Надія Василівна	завідувачка кафедри ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету, д.мед.н., професорка, Заслужений лікар України.

Дата оновлення стандарту медичної допомоги - 2031 рік

Список умовних позначень та скорочень

АКШ	аортокоронарне шунтування
АпоВ	аполіпопротеїн В
АСССЗ	атеросклеротичні серцево-судинні захворювання
АТ	артеріальний тиск
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
вч-СРБ	високочутливий С-реактивний білок
ГКС	гострий коронарний синдром
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
ЗХ	загальний холестерин
ККІ	коронарний кальцієвий індекс
ІМ	інфаркт міокарда
КМП	клінічний маршрут пацієнта
КТ	комп'ютерна томографія
не-ХС ЛПВЩ	ліпопротеїни високої щільності
ЛПНЩ	ліпопротеїни низької щільності
МДК	мультидисциплінарна команда
МРТ	магнітно-резонансна терапія
рШКФ	розрахункова швидкість клубочкової фільтрації
ХЛ	холестерин
ТГ	тригліцериди
ТІА	транзиторна ішемічна атака.
СГХ	сімейна гіперхолестеринемія
СС	серцево-судинний ризик
СПКЯ	синдромом полікістозних яєчників
вч СРБ	вч-С реактивний білок
ССЗ	серцево-судинних захворювань
ХХН	хронічна хвороба нирок
ЦД	цукровий діабет
ЧКВ	черезшкірне коронарне втручання
ВА	бемпедоева кислота
EZE	ezetиміб
Lp(a),	ліпопротеїн (a).
mAb	моноклональні антитіла
PCSK9	Інгібітори PCSK9
SCORE2	Шкала для оцінки серцево-судинного ризику 2
SCORE2 -OP	Шкала для оцінки серцево-судинного ризику 2 - літні люди
Форма № 025/о	форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого № » та інструкція щодо її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974

Форма № 027/о форма первинної облікової документації № 027/о «Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого» затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 682/20995

Розділ І. Організація надання медичної допомоги пацієнтам з ендокринними захворюваннями та дисліпідемією

1. Положення стандарту медичної допомоги

Медична допомога пацієнтам із дисліпідеміями, у тому числі вторинними дисліпідеміями при ендокринних захворюваннях, надається у закладах охорони здоров'я (далі - ЗОЗ), що забезпечують первинну та спеціалізовану медичну допомогу, із дотриманням принципів міждисциплінарної співпраці та інтегрованого ведення пацієнтів.

Ведення пацієнтів з дисліпідеміями здійснюється лікарями різних спеціальностей: лікарями загальної практики – сімейними лікарями / лікарями-терапевтами, лікарями-кардіологами, лікарями-ендокринологами, лікарями-неврологами, лікарями-нефрологами та іншими фахівцями, які мають бути обізнані щодо основних факторів ризику, клінічних проявів, лабораторних критеріїв та наслідків порушень ліпідного обміну з метою їх раннього виявлення, своєчасної діагностики та лікування.

Особлива увага приділяється пацієнтам з ендокринними захворюваннями: цукровий діабет (далі – ЦД), ожиріння, гіпотиреоз, синдром Кушинга, синдром полікістозу яєчників (далі – СПКЯ) тощо, у яких дисліпідемія є частим та прогностично несприятливим компонентом кардіометаболічного ризику.

При декомпенсації основного (ендокринного) захворювання пацієнт має бути госпіталізований до ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ендокринними захворюваннями.

2. Обґрунтування

Існують переконливі наукові докази того, що дисліпідемія є одним з ключових модифікованих факторів ризику розвитку атеросклеротичних серцево-судинних захворювань (далі – АСССЗ), що включають ішемічну хворобу серця, захворювання периферичних артерій, інсульт, гострий коронарний синдром.

Рання ідентифікація порушень ліпідного обміну, особливо у пацієнтів з ендокринними захворюваннями та іншими станами високого кардіометаболічного ризику, має важливе прогностичне значення та дозволяє своєчасно визначити оптимальну тактику профілактики і лікування серцево-судинних ускладнень. Несвоєчасна діагностика або неадекватний контроль дисліпідемії призводять до прогресування атеросклерозу, підвищення ризику гострих серцево-судинних подій, інвалідизації та передчасної смерті пацієнтів.

Ефективний менеджмент дисліпідемій базується на системному підході, що включає оцінку загального серцево-судинного (далі – СС) ризику, модифікацію способу життя, лікування супутніх ендокринних та метаболічних порушень, а також своєчасне призначення та корекцію ліпідознижувальної фармакотерапії, відповідно до індивідуальних цільових показників.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові

1) наявні локально узгоджені письмові документи, що координують медичну допомогу для забезпечення своєчасного направлення до ЗОЗ, що надає

спеціалізовану медичну допомогу для обстеження та лікування пацієнтів з ендокринними захворюваннями щодо дисліпідемії;

2) існує задокументований індивідуальний план медичної допомоги, узгоджений з пацієнтом та, за його згодою, членами сім'ї/законними представниками, доступний мультидисциплінарній команді, що містить інформацію про діагноз пацієнта, лікування і ведення його стану;

3) пацієнт та, за його згодою, члени сім'ї/законні представники забезпечуються у доступній формі інформацією щодо їхнього стану, плану лікування і подальшого спостереження, навчання навичок, необхідних для поліпшення результатів медичної допомоги, контактів для отримання додаткової інформації та консультації;

4) надавачі медичних послуг розміщують інформаційні матеріали та здійснюють інформаційно-просвітницьку роботу стосовно ролі дисліпідемій у розвитку серцево-судинних захворювань, необхідності модифікації способу життя та дотримання призначеного лікування.

Розділ II. Діагностика

1. Положення стандарту медичної допомоги

Діагностичні заходи спрямовуються на своєчасне виявлення лікарем загальної практики – сімейним лікарем / лікарем-терапевтом, лікарем-ендокринологом чи іншим фахівцем порушення ліпідного обміну у пацієнтів з ендокринними захворюваннями для подальшого їх обстеження та, за наявності показань, призначення відповідної ліпідознижуючої терапії.

Оцінка загального СС ризику є обов'язковим етапом ведення пацієнтів із ендокринними захворюваннями та дисліпідемією і повинна проводитися з метою визначення інтенсивності ліпідознижувальної терапії, цільових рівнів холестерину ліпопротеїнів низької щільності (далі- ХС ЛПНЩ) та інших атерогенних ліпідів.

Своєчасне виявлення у пацієнта, особливо у пацієнта з ендокринними розладами порушення обміну ліпідів сприяє, у разі призначення обґрунтованого лікування, нормалізації ліпідного обміну, зменшення кардіоваскулярного ризику та поліпшенню якості життя пацієнтів.

2. Обґрунтування

Гормони модулюють кожен шлях задіяний у метаболізмі ліпопротеїнів, що включає: експресію ліпопротеїнових рецепторів, продукцію аполіпопротеїнів, активність ферментів, що модифікують ліпопротеїни плазми, та регуляцію рівнів циркулюючих субстратів у крові, таких, як жирні кислоти та глюкоза, що використовуються для синтезу тригліцеридів (далі - ТГ). Тому ендокринні захворювання, зокрема, ЦД 1 та 2 типу, захворювання щитоподібної залози, порушення функції гіпофіза, гіпоталамуса та надниркових залоз, ожиріння та менопауза можуть впливати на ліпідний профіль пацієнта. Саме у цих пацієнтів дисліпідемія часто має більш атерогенний характер та супроводжується

підвищеним ризиком АСССЗ. Крім того, загальний СС ризик значно зростає у випадку наявності у пацієнта додаткових факторів ризику, зокрема:

надлишкової маси тіла або ожиріння;

артеріальна гіпертензія;

харчування у якому переважають: червоне перероблене м'ясо, жирні молочні продукти, багато солі, солодкі газовані напої, промислові солодоші;

малорухливий спосіб життя та відсутність регулярних фізичних навантажень;

куріння та зловживання алкоголем;

наявність хронічного стресу.

Використання інструментів оцінки загального СС ризику у пацієнтів з ендокринними захворюваннями: Шкали оцінки коронарного ризику 2 (далі - SCORE2) та Шкали оцінки коронарного ризику 2 – у літніх людей (далі - SCORE2-OP) дозволяє більш точно прогнозувати імовірність серцево-судинних подій та визначати оптимальну інтенсивність втручань для нормалізації ліпідного профілю. Визначення додаткових модифікаторів ризику, зокрема субклінічного атеросклерозу, підвищеного коронарного кальцієвого індексу (далі – ККІ) або наявності спадкових форм дисліпідемій дозволяє значно покращити стратифікацію СС ризику, особливо у пацієнтів із помірним ризиком або тих, які знаходяться поблизу порогових значень для прийняття рішення щодо початку медикаментозної терапії.

Своєчасна оцінка СС ризику має вирішальне значення для запобігання розвитку гострих серцево-судинних подій шляхом раннього виявлення осіб із підвищеним ризиком та ініціації адекватної ліпідознижувальної терапії. Клінічна користь від зниження ХС ЛПНЩ прямо залежить від величини досягнутого зниження та вихідного абсолютного ризику пацієнта.

Особи з високим, дуже високим і екстремально високим СС ризиком потребують більш інтенсивного зниження ХС ЛПНЩ для досягнення клінічно значущого зменшення ймовірності фатальних і нефатальних подій. Водночас, у пацієнтів із нижчим ризиком, адекватна стратифікація дозволяє уникнути, як надмірного лікування, так і необґрунтованої терапевтичної ескалації.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) первинне обстеження пацієнта з ендокринними захворюваннями лікарем загальної практики – сімейним лікарем, лікарем-терапевтом, лікарем-ендокринологом включає: збір скарг та анамнезу, загальний фізикальний огляд, вимірювання зросту, артеріального тиску (далі – АТ), визначення маси тіла та індексу маси тіла, вимірювання окружності талії;

2) у випадку виявлення або тривалого перебігу у пацієнта ЦД 1 / 2 типу, дисфункції гіпофіза, гіпоталамуса, хвороби Грейвса, порушення функції щитоподібної залози, надниркових залоз, ожиріння або менопаузи, та особливо за наявності додаткових факторів ризику, що наведені у додатку 1 до цього Стандарту пацієнт направляється на лабораторне дослідження основних атерогенних маркерів для оцінки СС ризику:

загальний аналіз крові та сечі (при первинному зверненні);
 загальний холестерин (далі – ЗХС), ТГ;
 ЛПНЩ;
 не- ліпопротеїни високої щільності (далі – ЛПВЩ);
 аполіпопротеїн В (далі – АпоВ), (за показаннями);
 за необхідності, інші лабораторні тести, відповідно до основного захворювання;

3) за наявності показань проводяться необхідні інструментальні дослідження;

4) проводиться оцінка загального СС ризику в усіх пацієнтів з ендокринними захворюваннями та дисліпідемією з використанням валідованих шкал для оцінки СС ризику SCORE2 та SCORE2-OP, відповідно до віку та клінічного статусу пацієнта (та стратифікація пацієнта за категоріями СС ризику (екстремально високий, дуже високий, високий, помірний, низький) відповідно до додатку 2 до цього Стандарту, з подальшим визначенням індивідуальних цільових рівнів ХС ЛПНЩ;

5) в усіх пацієнтів з ендокринними захворюваннями необхідно забезпечити систематичне проведення скринінгу ліпідного профілю (за рекомендацією лікаря) для оцінки ефективності лікування та контролю ліпідограми, відповідно до віку, статі, наявності факторів ризику та інших хронічних захворювань;

6) рекомендується обстеження членів сімей пацієнтів молодого віку з тяжкими формами дисліпідемій або ранніми серцево-судинними подіями з метою раннього виявлення спадкових порушень ліпідного обміну;

Бажані:

7) за можливості, проведення додаткових методів неінвазивної візуалізації (ультразвукове дослідження (далі – УЗД) сонних або стегнових артерій та визначення ККІ), як модифікаторів ризику у пацієнтів із помірним або проміжним СС ризиком.

Розділ III. Лікування та спостереження

1. Положення стандарту медичної допомоги

Лікування пацієнтів з ендокринними розладами та дисліпідеміями проводиться амбулаторно лікарями загальної практики – сімейними лікарями / лікарями-терапевтами, лікарями-ендокринологами, лікарями-кардіологами та передбачає застосування немедикаментозних, медикаментозних методів лікування або їх поєднання з урахуванням клінічної картини, віку та супутніх захворювань пацієнта. У випадку виникнення гострих серцево-судинних подій (гострий коронарний синдром, інфаркт міокарда, ішемічний інсульт) медична допомога пацієнтам з ендокринними розладами та дисліпідеміями надається лікарями-кардіологами-інтервенційними, лікарями-неврологами із залученням фахівців мультидисциплінарної команди, відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я в умовах стаціонару.

Ведення пацієнтів має здійснюватися на основі інтегрованої оцінки СС ризику, вихідних рівнях показників ліпідного обміну, наявності компенсації, зокрема, ендокринних та метаболічних порушень, індивідуальних характеристиках пацієнта а також результатах неінвазивної або інвазивної візуалізації, у разі проведення.

Лікувальні заходи при дисліпідемії включають: модифікацію способу життя; контроль супутніх факторів кардіометаболічного ризику; фармакотерапію з використанням ліпідознижувальних лікарських засобів; регулярний моніторинг ефективності та безпеки лікування; підвищення прихильності пацієнта до тривалого лікування.

Медикаментозне лікування дисліпідемій при ендокринних захворюваннях базується на використанні лікарських засобів, що компенсують ендокринний розлад, а також засобів, що знижують рівень ХС ЛПНЩ та інших атерогенних ліпопротеїнів, відповідно до додатку 3 до цього Стандарту.

З метою своєчасно коригувати лікування, підвищення прихильності пацієнтів до терапії та покращення довгострокового прогнозу має проводитись тривале спостереження та контроль ефективності терапії.

2. Обґрунтування

Лікування пацієнтів з ендокринними захворюваннями та дисліпідеміями має бути спрямоване на зниження ризику розвитку АСССЗ шляхом досягнення та підтримання індивідуально визначених цільових рівнів атерогенних ліпідів, насамперед ХС ЛПНЩ.

Немедикаментозні методи лікування повинні бути рекомендовані усім пацієнтам з ендокринними розладами та дисліпідемією, незалежно від рівня СС ризику та включати: здорове харчування, зокрема режим харчування з низьким вмістом насичених жирів, акцентом на цільнозернові продукти, овочі, фрукти та рибу, регулярну фізичну активність, контроль маси тіла, відмову від куріння та обмеження споживання алкоголю. Як доведено, немедикаментозні заходи мають важливе значення для зниження СС ризику та підвищення ефективності фармакотерапії.

Фармакотерапія призначається відповідно до категорії СС ризику та вихідних показників ліпідного профілю та спрямована на зниження ризику розвитку АСССЗ шляхом досягнення та підтримання індивідуально визначених цільових рівнів атерогенних ліпідів, насамперед ХС ЛПНЩ, аполіпопротеїну В, ТГ та не ХС-ЛПВЩ.

До засобів, що знижують рівень ХС ЛПНЩ та інших атерогенних ліпопротеїнів:

- інгібітори ГМГ-КоА-редуктази (стати́ни);
- інші ліпідомодифікуючі засоби (езетиміб)
- інгібітори PCSK9;
- лікарські засоби для зменшення ТГ.

Клінічна користь від ліпідознижувальної терапії залежить від величини досягнутого зниження ХС ЛПНЩ, вихідного рівня СС ризику та тривалості лікування. Чим раніше розпочато лікування та чим нижчий досягнутий рівень атерогенних ліпідів, тим більший профілактичний ефект.

Зниження рівня ХС ЛПНЩ є ключовим фактором профілактики АСССЗ. Багаточисленні рандомізовані клінічні дослідження та метааналізи показали, що зниження ХС ЛПНЩ асоціюється зі значним зменшенням ризику інфаркту міокарда, ішемічного інсульту, реваскуляризацій та серцево-судинної смертності.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові

1) усім пацієнтам із ендокринними захворюваннями та дисліпідемією необхідно наполегливо рекомендувати заходи щодо корекції способу життя, що включають: режим харчування з низьким вмістом насичених жирів та акцентом на цільнозернові продукти, бобові, горіхи, насіння, рослинні олії, овочі, фрукти та м'ясо риби і птиці; регулярну фізичну активність (щоденні фізичні навантаження та структуровані вправи, принаймні 150-300 хв. на тиждень аеробних навантажень помірної інтенсивності або 75-150 хв. на тиждень аеробних вправ високої інтенсивності); контроль маси тіла; відмову від куріння та обмеження споживання алкоголю, спрямовану на зниження СС ризику;

2) терапія статинами рекомендується на додаток до зміни способу життя дорослим пацієнтам з ендокринними захворюваннями та іншими факторами СС ризику, якщо рівень ХС ЛПНЩ перевищує 70 мг/дл (1,8 ммоль/л) для досягнення цільового рівня ХС ЛПНЩ <70 мг/дл (<1,8 ммоль/л). Середнє зниження рівня ХС ЛПНЩ у випадку різних комбінацій фармакотерапевтичного лікування наведено у додатку 4 до цього Стандарту;

3) при підозрі на декомпенсацію ендокринного захворювання, наявності множинних факторів кардіометаболічного, ризику складних або резистентних форм дисліпідемії пацієнт має бути направлений на консультацію до лікаря-ендокринолога, лікаря-кардіолога, інших фахівців, за необхідності, та після корегувального лікування основного захворювання, пацієнту призначається ліпідознижувальна терапія відповідно до категорії СС ризику та індивідуальних цільових рівнів ХС ЛПНЩ;

4) у пацієнтів, які не досягають цільових рівнів ХС ЛПНЩ на монотерапії застосовують комбіновану ліпідознижувальну терапію;

5) статини не призначаються вагітним жінкам, або тим жінкам, які планують вагітність;

6) усі призначення, результати лабораторних досліджень, зміни терапії та результати спостереження повинні бути задокументовані в медичній документації;

7) проведення регулярної переоцінки серцево-судинного ризику та корекцію терапії з урахуванням досягнутих рівнів ліпідів та зміни клінічного статусу пацієнта. Терапевтичні цілі за категорією серцево-судинного ризику наведено у додатку 5 до цього Стандарту;

8) фенофібрат може розглядатися в комбінації зі статинами, а саме: у пацієнтів, які досягли цільового рівня ЛПНЩ та мають рівень ТГ > 2,3 ммоль/л;

при атерогенній дисліпідемії та вираженій гіпертригліцеридемії для зниження ТГ і ризику розвитку гострого панкреатиту.

Особливості лікування пацієнтів з ендокринними захворюваннями та дисліпідемією.

Пацієнти з ЦД 2 типу

9) у дорослих пацієнтів із ЦД 2 типу та двома додатковими факторами, що підвищують ризик, які приймають статини та досягли цільового рівня ЛПНЩ, але рівень ТГ залишається понад 150 мг/дл (1,7 ммоль/л), рекомендовано додати етиловий ефір ейкозапентаєнової кислоти - 4 г/день для зниження СС ризику;

10) якщо цільовий рівень ХС ЛПНЩ не досягається за допомогою модифікації способу життя та застосуванням статинів - може знадобитися додаткова терапія езетимібом/ інгібітором PCSK9; у пацієнтів зі встановленим серцево-судинними захворюваннями (далі – ССЗ) або кількома факторами ризику рівень ХС ЛПНЩ повинен бути <55 мг/дл (<1,4 ммоль/л);

11) дорослим пацієнтам із ЦД 2 типу та хронічною хворобою нирок (далі – ХХН) 1–4 стадії або після трансплантації нирки рекомендується терапія статинами, незалежно від шкали СС ризику;

12) дорослим пацієнтам з ЦД 2 типу та діабетичною ретинопатією рекомендовано призначення фібратів (фенофібрат) паралельно зі статинами для уповільнення прогресування ретинопатії;

13) у пацієнтів старше 75 років продовження лікування статинами або початок лікування ними залежить від ризику АСССЗ, прогнозу, потенційної взаємодії препаратів, поліпрагмазії, психічного здоров'я та побажань пацієнта;

14) пацієнтам з АСССЗ або тим, хто має фактори високого ризику АСССЗ слід обирати високоінтенсивні статини, які за необхідності, призначає лікар-екдокринолог/лікар-кардіолог після консультації та обстеження пацієнта;

Пацієнти з ЦД 1 типу

15) дорослим пацієнтам, віком 40 років і старше та/або з тривалістю діабету >20 років, та/або мікросудинними ускладненнями, у яких рівень ЛПНЩ перевищує 70 мг/дл (1,8 ммоль/л) призначається терапія статинами, незалежно від шкали СС ризику;

16) дорослим пацієнтам з ХХН 1–4 стадії рекомендована терапія статинами, незалежно від шкали СС ризику, для його зниження. Усі статини (окрім аторвастатину) потребують корекції дози при ХХН. Езетиміб можна додати до статинів, якщо потрібно додатково знизити рівень ХС ЛПНЩ, коригування дози не потрібне;

17) дорослим пацієнтам з ожирінням або з високим рівнем ТГ та низьким рівнем ХС ЛПНЩ рекомендована терапія статинами, незалежно від шкали СС ризику;

18) дорослим пацієнтам з діабетичною ретинопатією рекомендована терапія статинами, незалежно від шкали СС ризику;

Пацієнти з ожирінням

19) у осіб з ожирінням необхідно оцінити компоненти метаболічного синдрому (підвищений рівень ТГ ≥ 150 мг/дл (1,7 ммоль/л), знижений рівень ХС ЛПВЩ < 50 мг/дл (1,3 ммоль/л) у жінок та < 40 мг/дл (1,0 ммоль/л) у чоловіків та обхват талії (чоловіки ≥ 102 см та жінки ≥ 88 см)) і розподіл жиру в організмі для визначення рівня ризику ССЗ;

20) пацієнтам з ожирінням рекомендована оцінка 10-річного ризику АСССЗ за допомогою шкал SCORE2/SCORE2-OP для рекомендацій щодо призначення ліпідознижувальної терапії;

21) особам з ожирінням рекомендована зміна способу життя, як терапія першої лінії для зниження рівня ТГ у плазмі крові з метою зниження ризику ССЗ та панкреатиту. Ведення пацієнтів здійснюється відповідно до Стандартів медичної допомоги «Ожиріння у дорослих», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 березня 2023 року № 427;

22) пацієнтам з ожирінням, які проходять фармакологічну терапію для зниження маси тіла або перенесли бариатричну хірургію рекомендовано повторно оцінити ліпідний профіль через 1-3 місяці після операції або втрати маси тіла на 5% та періодично після цього, а також коли маса тіла стабілізується;

Пацієнтів із захворюваннями щитоподібної залози

23) у пацієнтів з гіперліпідемією необхідно виключити гіпотиреоз, як причину гіперліпідемії, перед лікуванням препаратами, що знижують рівень ліпідів; у пацієнтів з явним гіпотиреозом та гіперліпідемією лікування слід розпочинати лише тоді, коли пацієнт досягне еутиреозу (після лікування), щоб більш точно оцінити ліпідний профіль; у випадку призначення медикаментозного лікування необхідно враховувати вік та загальний стан здоров'я пацієнта, можливість пригнічення тиреотропного гормону та наявність у пацієнта ССЗ;

24) пацієнтам з гіпертиреозом після лікування та досягнення еутиреозу рекомендовано повторно оцінити ліпідний профіль; у пацієнтів із субклінічним гіпотиреозом (тиреотропний гормон < 10 мМО/л) та супутньою гіперліпідемією рекомендується розглянути лікування тироксином, як засобом зниження рівня ЛПНЩ;

Гіполіпідемічна терапія при синдромі Кушинга

25) у дорослих пацієнтів із синдромом Кушинга або у тих пацієнтів, які отримують тривалу терапію глюкокортикоїдами вище замісного рівня необхідно проводити (за рекомендаціями лікаря) регулярну оцінку дисліпідемії та інших факторів СС ризику через підвищений ризик ССЗ;

26) у пацієнтів, які отримують терапію для лікування синдрому Кушинга, часто розвивається вторинна дисліпідемія внаслідок лікування, тому пацієнтам з персистуючим ендогенним синдромом Кушинга рекомендована терапія статинами, як доповнення до корекції способу життя, незалежно від балу СС ризику;

27) у пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями доцільність ліпідознижувальної терапії розглядається у кожному конкретному випадку;

Дефіцит гормону росту у дорослих

28) дорослим з дефіцитом гормону росту рекомендується проведення дослідження ліпідного профілю під час встановлення діагнозу для оцінки дисліпідемії;

29) у дорослих пацієнтів з дефіцитом гормону росту не рекомендується використовувати замісну терапію гормоном росту виключно для зниження рівня ХС ЛПНЩ з метою зменшення СС ризику;

30) у дорослих з дефіцитом гормону росту, пов'язаним з гіпопітуїтаризмом, проводиться оцінка ХС ЛПНЩ та інших факторів СС ризику та їх лікування;

Надлишок гормону росту (акромегалія)

31) у дорослих пацієнтів з акромегалією рекомендовано визначення ліпідного профілю до та після лікування надлишку гормону росту;

СПКЯ

32) пацієнткам із СПКЯ рекомендовано визначення ліпідного профілю натщесерце під час встановлення діагнозу та періодично під час гормональної терапії для оцінки СС ризику;

33) жінкам із СПКЯ не рекомендовано використовувати ліпідознижувальну терапію для лікування гіперандрогенії або безпліддя;

Менопауза та замісна гормональна терапія

34) жінкам, які вступають у менопаузу рано (<40–45 років) рекомендовано проводити визначення ліпідного профілю та лікування дисліпідемій та інших факторів СС ризику; рання менопауза підвищує ризик ССЗ однак, абсолютний ризик ССЗ нижчий у молодших жінок у постменопаузі порівняно зі старшими;

35) жінкам у постменопаузі, які отримують гормональну терапію, що підвищує ризик ССЗ, зокрема венозної тромбоемболії та інсульту, та мають інші фактори ризику ССЗ рекомендується терапія статинами;

36) у жінок у постменопаузі слід розраховувати і контролювати ризик АСССЗ та лікувати дисліпідемію статинами, а не гормональною терапією;

Гіпогонадізм, замісна терапія тестостероном та зловживання ним

37) пацієнтам з низьким рівнем тестостерону призначається терапія тестостероном за показаннями, а не як підхід до покращення дисліпідемії або ризику ССЗ; супрафізіологічні дози андрогенів знижують рівень ХС ЛПВЩ;

38) пацієнтам з низьким рівнем ЛПВЩ (<30 мг/дл [0,8 ммоль/л]), особливо за відсутності гіпертригліцеридемії рекомендується клінічне або біохімічне дослідження зловживання анаболічними стероїдами;

39) проводити регулярне консультування пацієнтів щодо підвищення прихильності до лікування, заохочувати до довгострокової профілактики ССЗ шляхом модифікації способу життя, контролю супутніх факторів ризику;

Бажані:

40) використовувати сучасні інструменти цифрового моніторингу або програм підтримки пацієнтів для покращення контролю факторів ризику.

ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Перелік індикаторів якості медичної допомоги:

1. Наявність у ЗОЗ, що надає первинну/спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ендокринними захворюваннями та дисліпідемією клінічного маршруту пацієнта (далі – КМП).

2. Відсоток пацієнтів з ендокринними захворюваннями та дисліпідемією яким за звітний період було проведено визначення СС ризику.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надає первинну/спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ендокринними захворюваннями та дисліпідемією клінічного маршруту пацієнта (далі – КМП).

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів у регіоні. Якість надання медичної допомоги пацієнтам з дисліпідемією та ендокринними захворюваннями, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП цьому Стандарту даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2026 рік – 90%;

2027 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ або установа, що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надають ЗОЗ, що надають первинну/спеціалізовану медичну допомогу, розташовані на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надають поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають первинну/спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з дисліпідемією та ендокринними захворюваннями, зареєстровані на території обслуговування.

Значення індикатора обчислюють, як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ зареєстрованих на території обслуговування, що надають первинну/спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з дисліпідемією та ендокринними захворюваннями. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості ЗОЗ, що надають первинну/спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з

дисліпідемією та ендокринними захворюваннями, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають первинну/спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ендокринними захворюваннями та дисліпідемією, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з ендокринними захворюваннями та дисліпідемією (наданий екземпляр КМП).

Джерелом інформації є КМП з ендокринними захворюваннями та дисліпідемією, наданий ЗОЗ.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Відсоток пацієнтів з ендокринними захворюваннями та дисліпідемією яким за звітний період було проведено оцінку СС ризику.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Цей індикатор характеризує, як організаційний аспект запровадження сучасних методів діагностики у регіоні, так і клінічний аспект їх виконання.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього Стандарту не визначається заради запобігання викривлення реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація (ЗОЗ), що має обчислювати індикатор: ЗОЗ, у яких надається медична допомога пацієнтам з ендокринними захворюваннями та дисліпідемією, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані щодо кількості пацієнтів надаються лікарями, які надають медичну допомогу пацієнтам з ендокринними захворюваннями та дисліпідемією.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з ендокринними захворюваннями та дисліпідемією, зареєстрованими на території обслуговування.

Значення індикатора обчислюється, як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з ендокринними захворюваннями, які проходили обстеження у звітному періоді.

Джерелом інформації є: форма № 025/о; форма № 027/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з ендокринними захворюваннями та дисліпідемією, у яких за звітний період був задокументований факт проведення оцінки СС ризику.

Джерелом інформації є: форма № 025/о; форма № 027/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел і нормативно-правових актів, використаних при розробці стандарту медичної допомоги

1. Електронний документ Клінічна настанова, заснована на доказах «Дисліпідемії при ендокринних захворюваннях», 2026 рік, https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-taklinichni-nastanovi/.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 червня 2026 року № 845 «Деякі питання розробки галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я», зареєстровано в Міністерстві юстиції України 30 липня 2026 року за № 1090/46484.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2016 року № 564 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика серцево-судинних захворювань».
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23 грудня 2021 року № 2857 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Стабільна ішемічна хвороба серця»».
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 червня 2022 року №1039 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді».
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26 січня 2023 року № 151 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної та спеціалізованої медичної допомоги «Цукровий діабет 1 типу у дорослих».
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24 липня 2024 року № 1300 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Цукровий діабет 2 типу у дорослих».
9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03 березня 2023 року № 427 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Ожиріння у дорослих»».
10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12 вересня 2024 року № 1581 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія)».
11. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 липня 2026 року № 1021 «Про затвердження вісімнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**Директор Департаменту
медичних послуг**

Валерія СОРУЧАН

Додаток 1
до Стандарту медичної
допомоги «Дисліпідемії при
ендокринних захворюваннях»
(підпункт 2 пункту 3 розділу II)

Фактори ризику, які слід враховувати понад SCORE2 / SCORE2-OP

Демографічні /клінічні умови
Сімейна історія передчасних ССЗ (чоловіки <55 років; жінки <60 років)
Етнічна приналежність до групи високого ризику (наприклад, південноазійська)
Симптоми стресу та психосоціальні стресові фактори
Соціальна депривація
Ожиріння
Фізична неактивність
Хронічні імунзапальні / запальні розлади
Серйозні психічні розлади
Історія передчасної менопаузи
Прееклампсія або інші гіпертонічні розлади вагітності
Інфекція вірусом імунодефіциту людини (далі - ВІЛ)
Синдром обструктивного апное сну
Біомаркери
Постійно підвищений рівень вч-С реактивного білка (далі – СРБ) (>2 мг/л)
Підвищений рівень Lp(a) >50 мг/дл (>105 нмоль/л)

Додаток 2
до Стандарту медичної
допомоги «Дисліпідемії при
ендокринних захворюваннях»
(підпункт 4 пункту 3 розділу II)

Категорії серцево-судинного ризику

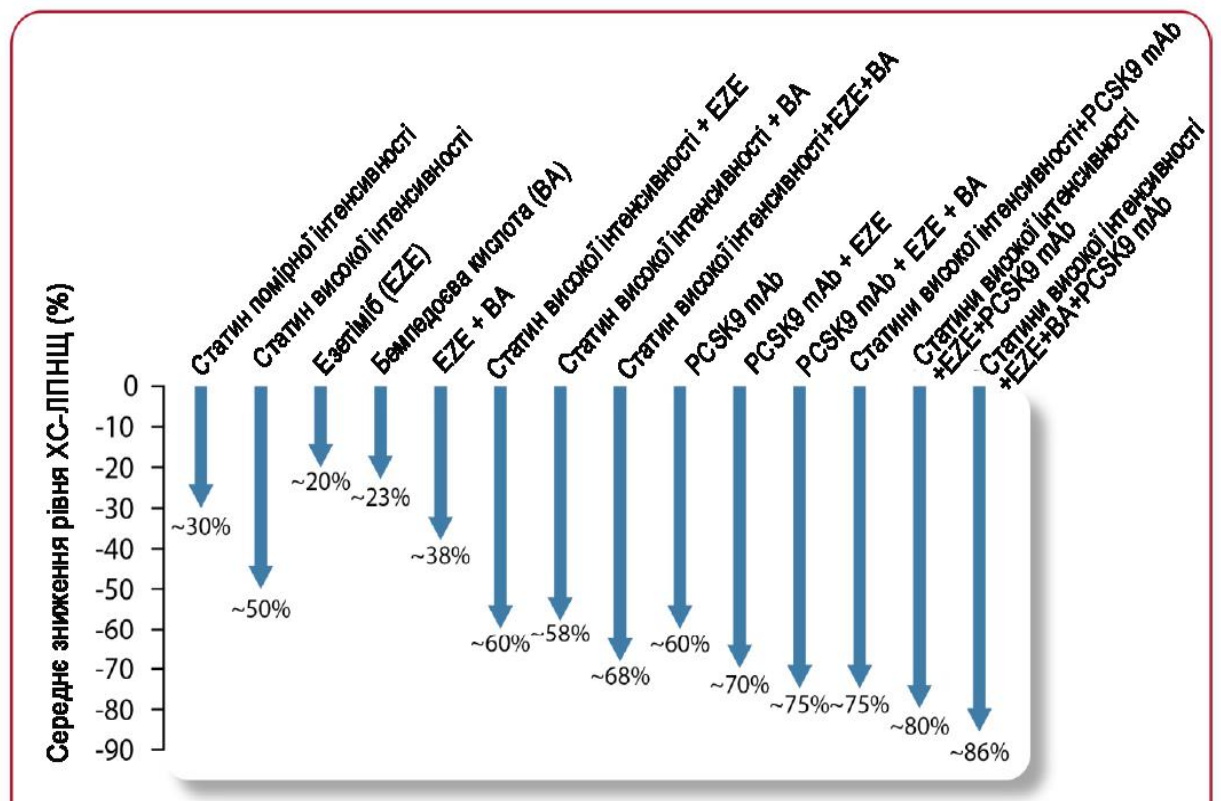
Дуже високий ризик	Особи з будь-яким із наступних станів: документально підтверджені АСССЗ, клінічно або за даними візуалізації; документально підтверджений АСССЗ включає: попередній гострий коронарний синдром (інфаркт міокарда (далі – ІМ) або нестабільну стенокардію); хронічні коронарні синдроми; коронарну реваскуляризацію (черезшкірне коронарне втручання (далі – ЧКВ), аортокоронарне шунтування (далі – АКШ) та інші процедури артеріальної реваскуляризації); інсульт та транзиторна ішемічна атака (далі - ТІА); захворювання периферичних артерій. Однозначно задокументований АСССЗ за даними візуалізації включає: значна бляшка^a на коронарній ангіографії або комп’ютерній томографії (далі – КТ), або на ультразвуковому дослідженні сонної або стегнової артерії, або; значно підвищений бал ККІ за даними КТ;^b ЦД з ураженням органів-мішеней^c або, принаймні, трьома основними факторами ризику; або ранній початок ЦД1, або тривалість >20 років; тяжка ХХН (розрахункова швидкість клубочкової фільтрації (далі – рШКФ) < 30 мл/хв/1,73 м²); розрахований показник SCORE2 або SCORE2-OP $\geq$ 20% для 10-річного ризику фатального або нефатального ССЗ; сімейна серцево-судинна хвороба з АСССЗ або з іншим основним фактором ризику.
Високий ризик	Особи з будь-яким із наступних станів: значно підвищені окремі фактори ризику, зокрема, ЗХ >8 ммоль/л (>310 мг/дл), ХС ЛПНЩ >4,9 ммоль/л (>190 мг/дл) або АТ $\geq$ 180/110 мм.рт.ст.; пацієнти з сімейною гіпертрофією серця без інших основних факторів ризику; пацієнти з ЦД без ураження органів-мішеней, з тривалістю ЦД $\geq$ 10 років або іншим додатковим фактором ризику; помірна ХХН (рШКФ 30–59 мл/хв/1,73 м²);

	розрахована шкала SCORE2 або SCORE2-OP $\geq 10\%$ та $< 20\%$ для 10-річного ризику фатального або нефатального ССЗ.
Помірний ризик	Особи з будь-яким із наступних захворювань: молоді пацієнти (ЦД 1 типу < 35 років; ЦД 2 типу < 50 років) з тривалістю ЦД < 10 років, без інших факторів ризику; розрахований SCORE2 або SCORE2-OP $\geq 2\%$ та $< 10\%$ для 10-річного ризику фатального або нефатального ССЗ.
Низький ризик	Розрахований SCORE2 або SCORE2-OP $< 2\%$ для 10-річного ризику фатального або нефатального ССЗ

Примітки:^aзазвичай, визначається стенозом $> 50\%$;^bнаприклад, бал КАК > 300 ;^cураження органів-мішеней визначається, як мікроальбумінурія, ретинопатія або нейропатія.

Додаток 3
до Стандарту медичної
допомоги «Дисліпідемії при
ендокринних захворюваннях»
(пункту1 розділу III)

**Середнє зниження рівня ХС ЛПНЩ у випадку різних комбінацій
фармакотерапевтичного лікування з доведеною ефективністю.**



Додаток 4
до Стандарту медичної
допомоги «Дисліпідемії при
ендокринних захворюваннях»
(підпункт 2 пункту 3 розділу III)

**Стратегії втручання в залежності від СС ризику та немодифікованих
рівнів ХС ЛПНЩ**

Загальний С_С ризик	Немодифіковані рівні ХСЛПНЩ					
	<1,4 ммоль /л (<55 мг/дл)	від 1,4 до <1,8 ммоль /л (від 55 до <70 мг/дл)	Від 1,8 до <2,6 ммоль /л (від 70 до <100 мг/дл)	Від 2,6 до <3,0 ммоль /л (від 100 до <116 мг/дл)	Від 3,0 до <4,9 ммоль /л (від 116 до <190 мг/дл)	≥4,9ммоль /л (≥190 мг/дл)
Низький	Зміна способу життя	Зміна способу життя	Зміна способу життя	Зміна способу життя	Зміна способу життя – медикаментозна терапія за неефективності	Немає терапії
Помірний	Зміна способу життя	Зміна способу життя	Зміна способу життя	Зміна способу життя – медикаментозна терапія за неефективності	Зміна способу життя – медикаментозна терапія за неефективності	Немає терапії
Високий	Зміна способу життя	Зміна способу життя	Зміна способу життя – медикаментозна терапія за неефективності	Зміна способу життя та супутня медикаментозна терапія	Зміна способу життя та супутня медикаментозна терапія	Зміна способу життя та супутня медикаментозна терапія
Дуже високий (первинна профілактика)	Зміна способу життя – медикаментозна терапія за неефективності	Зміна способу життя – медикаментозна терапія за неефективності	Зміна способу життя та супутня медикаментозна терапія	Зміна способу життя та супутня медикаментозна терапія	Зміна способу життя та супутня медикаментозна терапія	Зміна способу життя та супутня медикаментозна терапія
Дуже високий (вторинна профілактика)	Зміна способу життя та супутня медикаментозна терапія	Зміна способу життя та супутня медикаментозна терапія	Зміна способу життя та супутня медикаментозна терапія	Зміна способу життя та супутня медикаментозна терапія	Зміна способу життя та супутня медикаментозна терапія	Зміна способу життя та супутня медикаментозна терапія

Примітки:

^aу осіб з рівнем ХС ЛПНЩ, що не підлягає лікуванню, ≥4,9 ммоль/л загальний СС ризик вже є високим.

Додаток 5
до Стандарту медичної
допомоги «Дисліпідемії при
ендокринних захворюваннях»
(підпункт 7 пункту 3 розділу III)

Терапевтичні цілі за категорією серцево-судинного ризику

Категорії ризику	Цільовий рівень ХС ЛПНЩ	Цільовий рівень не ХС ЛПВЩ	Цільовий рівень АпоВ	Цільовий рівень ТГ
Екстремальний	<40 мг/дл (< 1ммоль/л)	<70 мг/дл (< 1,8 ммоль/л)	< 55 мг/дл	<100 мг/дл (< 1,1 ммоль/л)
Дуже високий	<55 мг/дл (< 1,4 ммоль/л), зниження базового рівня на ≥ 50%	<85 мг/дл (< 2,2 ммоль/л)	< 65 мг/дл	
Високий	<70 мг/дл (< 1,8 ммоль/л) Зниження базового рівня на ≥ 50%	<100 мг/дл (< 2,5 ммоль/л)	< 80 мг/дл	
Помірний	<100 мг/дл (< 2,4 ммоль/л)	<130 мг/дл (< 3,4 ммоль/л)	< 100 мг/дл	
Низький	<115 мг/дл (< 3,0 ммоль/л)			