



Проблеми при оценка на риска за сърдечно-съдова смърт

Знаем, че за да лекуваме правилно, трябва да оценяваме винаги коронарния риск на болните, както и насочено да снемеме анамнеза и да извършваме лабораторни изследвания, за да изпълним препоръките за профилактика чрез оценка на риска за сърдечно-съдово събитие. Но дали на практика се спазват препоръките? За съжаление все по-рядко виждаме оценен коронарен риск в извънболничната помощ.

Подобен проблем се установява и в други държави. На годишната сесия на Американската сърдечна асоциация през ноември 2010 г. екип от Канада докладва резултати от анализ на поведението на извънболничните лекари при оценката на коронарния риск [проучването Primary Care Audit of Global Risk Management (PARADIGM)]. Установява се, че лекарите от първичната помощ в Канада не оценяват правилно сърдечно-съдовия риск при пациенти на средна възраст, което има особено значение за пациентите с висок риск, категоризирани като пациенти с нисък или среден риск, смятат авторите на ново проучване. Проблемът засяга основно пациентите с висок риск, тъй като около 2/3 от пациентите с висок риск в Канада са категоризирани погрешно. Според приетите световни препоръки преобладаващата част от тези пациенти трябва да бъде лекувана, но голяма част от тях не получават нужните медикаменти (предимно липидопонижаваща терапия), тъй като не е известен високият им коронарен риск.

В проучването са включени 3015 мъже и жени от 105 центъра в Канада. Въз основа на изходните данни тези пациентите са стратифицирани в групи на нисък, междинен и висок риск по Фрамингамската система за оценка на риска, използвана в северна Америка. Рискът, определен от изследователите, е сравнен с риска, определен от лекарите в първичната помощ.

Пациентите, включени в това проучване, не се нуждаят от липидо-понижаваща терапия, тъй като средните нива за общия и LDL-холестерола им са съответно 5.6 mmol/L и 3.6 mmol/L. Пациентите са на средна възраст, без анамнеза за атеросклероза. Около 1/3 от пациентите имат хипертония, 1/3 са бивши или настоящи пушачи и средният им индекс на телесната маса е 27 kg/m².

Само 1/3 от лекарите обаче съобщават, че използват Фрамингамската система, докато други 30% използват клинични параметри, а 15% използват нивото на високо-чувствителния С-реактивен протеин (hs-CRP) за оценка на риска. 10% от лекарите определят риска по броя на рисковите фактори, а останалите използват други системи за оценка на риска.

Сравнявайки зависимостта между централно определения риск с този, определен от лекарите в първичната помощ, изследователите установяват, че 65.7% от пациентите с нисък риск са стратифицирани правилно в тази категория от лекарите от първичната помощ. Сред пациентите с висок риск 34.2% са стратифицирани правилно като пациенти с висок риск, а от пациентите с междинен риск са стратифицирани правилно 50.4%.

При пациентите с нисък риск преобладаващата част от тях не се нуждаят от липидо-понижаваща терапия и класифицирането им като пациенти с висок риск може да доведе до неправилното назначение на статинова терапия при тях. Това обаче не е голям проблем, тъй като тези медикаменти са сигурни и добре поносими и имат благоприятен ефект, макар и слаб, дори при лица с нисък риск. Проблемът е, че високо-рисковите болни получават терапия не повлияваща адекватно техния рисков профил.

Интересен е фактът, че средното ниво на hs-CRP при пациентите в проучването е 2.6 mg/L – по-високо от граничната стойност, използвана в проучването JUPITER, поради което изследователите смятат, че „ако настоящите канадски препоръки бяха приложени към тази кохорта, значителна част от пациентите щяха да се нуждаят от терапия със статини”. Изненадващо е, че 15% от общопрактикуващите лекари в Канада използват hs-CRP за оценка на риска, което показва надценяването на един единствен параметър и неефективността на образователните програми за правилното използване на hs-CRP в клиничната практика.

Това проучване ни насочва към проблема за правилната оценка на коронарния риск. Не напразно като кардиолози препоръчваме да се оценява коронарния риск на пациентите, за да успеем рано, преди клиничната изява на сърдечното заболяване, да профилактираме високо-рисковите болни. И всеки от нас трябва да се замисли защо не използва таблицата за оценка на риска в ежедневната практика.

Д-р Борислав Георгиев
Главен редактор