



Пропастта между препоръките и клиничната практика

Д-р Борислав Георгиев

Национална кардиологична болница

Сърдечно-съдовите заболявания, и особено коронарната болест на сърцето, остават водеща причина за смъртността в Европа, въпреки значителните разлики в сърдечно-съдовата смъртност между отделните държави.^{1,2}

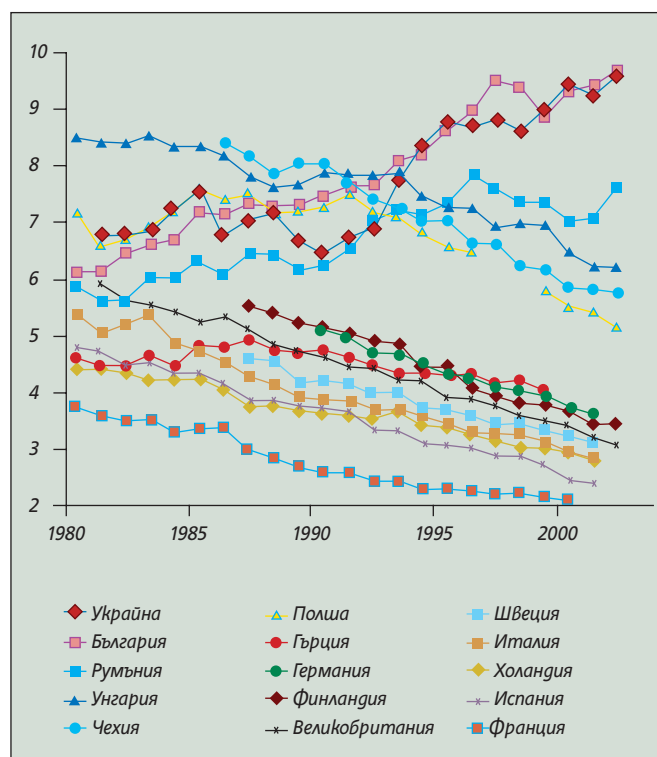
През 2000 г. сърдечно-съдовите заболявания са били причина за повече от 4.35 млн. смъртни случаи в Европа (1.9 млн. случая в Европейския съюз) и възлизат на 43% от всички смъртни случаи при мъже и 55% при жени. Въпреки че коронарната смъртност се понижава в повечето европейски страни, реалният брой на пациентите с коронарна болест се увеличава.³ България е сред европейските държави с най-висока сърдечно-съдова смъртност като дял от общата смъртност. Сърдечно-съдовите заболявания натоварват значително бюджета на здравните системи, на пациентите и на обществото поради асоциацията им с физически и психологически ограничения на болните лица.

По данни на проучването на глобалната тежест на болестите на СЗО (World Health Organization (WHO) Global Burden of Disease (GBD) Project) регионът на Европа и централна Азия е с най-висока сърдечно-съдова смъртност, с около 60% дял на сърдечно-съдовата от общата смъртност. Честотата на коронарната болест е по-висока от тази на мазъчно-съдовата болест. В *GBD Project* се прави и анализ по държави със сравнение на техните данни с тези на развити западноевропейски държави. Класическа е графиката, която анализира сърдечно-съдовата смъртност в Европа за периода 1980–2000 г. (фиг. 1). Особено висока е честотата на сърдечно-съдовите заболявания в Украйна, България и Русия.⁴ За разлика от тях, държавите от Европа с бърз икономически растеж през 90-те години отчитат спад в коронарната смъртност. В Полша, Словения, Унгария, Чешката република и Словакия честотата на коронарната болест намалява значитимо през 90-те години, като резултатите са за всички възрастови групи, местожиене и образователен ценз, при мъжете и при жените.⁵ От 2002 г. болестността в Европа и централна Азия е много по-висока от тази в Западна Европа и Северна Америка, като най-висока е честотата в Руската федерация.⁶ Смъртността от коронарна болест в тези държави не се ограничава само до старите хора. Проучването *GBD* е изчислило, че 35.7% от всички смъртни случаи по причина на коронарна болест на сърцето са при хора в трудоспособна възраст (15–69 години). Ви-

соката честота на коронарната болест е особено тревожна за Украйна и други държави от бившия Съветски съюз, които са в преход, където здравната система е недостатъчно финансирана, за да отговори на високите нужди от лечение на хроничните болести и където доплащането от пациентите за лечение е катастрофално.⁷

Конвенционални рискови фактори за сърдечно-съдова болест

Повишените стойности на артериалното налягане и на холестерола са най-важните рискови фактори за коронарната болест на сърцето. Пулмонопушенето, затлъстяването и намалената физическа активност са важни фактори, които допринасят за развитието ѝ. Диабетът е еквивалент на коронарна болест, но много анализи, като *GBD Project*, го възприемат като болест, а не като рисков фактор. Тежестта на отделните риско-



Фиг. 1. Тенденции във възраст- и полово-стандартизирана сърдечно-съдова смъртност (на 1000 жители) в някои избрани държави в Европа⁸

ви фактори или на допринасящите за риска състояния е различен, като индивидуалният сбор е по-висок от тежестта на едновременно наличните фактори и състояния при индивида.

Препоръки за профилактика на сърдечно-съдовите заболявания

Клиничните препоръки за поведение (Clinical guidelines) са „клинично разработени документи (statements) с цел подпомагане практикуващите лекари и пациентите за вземане на решение относно подходящите здравни грижи при специфични клинични състояния”.⁹ Тяхното успешно приложение в практиката би подобрило качеството на здравеопазването чрез намаляване на неприемливите вариации и разширяване на приложението на ефективни постижения в ежедневната практика.^{10, 11} Независимо от масовото им разпространяване, препоръките имат ограничен ефект върху промените на професионалното поведение.^{12–14}

През 2000 г. и 2001 г. в България бяха написани някои клинични препоръки за профилактика на коронарната болест на сърцето в извънболничната практика, за диагностика и профилактика на хипертонията, за профилактика на атерогенната дислипидемия, за антикоагулантна профилактика и терапия и др., които бяха разпространени сред българските лекари.^{15–19}

Тези ръководства стъпиха на научни доказателства от големи проучвания или бяха на базата на някои международни препоръки, но част от тях бяха и уникални по своята същност до момента.

Впоследствие Европейското гружество по кардиология изготвяше препоръки, които бяха приемани от националните гружества с цел уеднаквяване на подходите в цяла Европа. Най-значимите от тях бяха Препоръките на *Joint European Societies* за превенция на сърдечно-съдовата болест в клиничната практика, публикувани през 1994 г., 1998 г. и 2003 г.^{9, 20, 21} Те дефинират приоритетите на профилактика и дават най-висок приоритет на пациентите с коронарна или друга атеросклеротична болест.

Препоръките на *Joint European Societies* за превенция на сърдечно-съдовата болест в клиничната практика, публикувани през 1994, 1998 и 2003 г., дават най-висок приоритет на пациентите с коронарна или друга атеросклеротична болест. Препоръките на *Joint European Societies* от 2003 г. определят следните цели на промяна в начина на живот и рисковите фактори при пациенти с коронарна болест:

- спиране на тютюнопушенето;
- здравословна диета и физическа активност;
- индекс на телесната маса (ИТМ) <25 kg/m²;
- артериално налягане <140/90 mmHg (<130/80 mmHg при пациентите с диабет);
- общ холестерол <4.5 mmol/l; холестерол, свързан с липопротеините с ниска плътност (LDL-холестерол) <2.5 mmol/l;
- целесъобразно приложение на антихипертензивни медикаменти за терапия на повишеното артериал-

но налягане, дислипидемията и глюкозните нарушения: ацетилсалицилова киселина и групи антитромбоцитни медикаменти, бета-блокери, инхибитори на ангиотензин-конвертиращия ензим (АСЕ-инхибитори) и ангиотензин-рецепторни блокери, антикоагуланти.

Принципно малко се знае относно процеса и факторите, отговорни за промяната на лекарското поведение в практиката, основано на публикувани препоръки.^{22, 23} Придържането на лекарите към препоръките може да бъде повлияно от различни бариери. Теоретичният подход при анализа на тези бариери може да подпомогне тяхното премахване.

Международните и националните препоръки за сърдечно-съдова превенция представят основен образователен подход за установяване на здравословен начин на живот (здравословен хранителен режим, отказ от тютюнопушене, редукция на наднорменото тегло, регулярна физическа активност). Има солидни данни от обсервационните проучвания, че тези промени могат да повлияят благоприятно сърдечно-съдовия риск профил.

Европейското кардиологично гружество съвместно с други организации започна мащабна програма по сърдечно-съдова превенция през 1994 г. Бяха разработени препоръки, съевременно осъвременявани през последните 15 години – 1994, 1998, 2003 и 2007.^{1, 9, 20} Пациентите с коронарна или друга атеросклеротична сърдечно-съдова болест и пациентите с риск за развитие на сърдечно-съдова болест бяха определени като най-висок клиничен приоритет за профилактика.

Интеграцията на препоръките в ежедневната практика е изследвана в три кръстосани проучвания с общото име *European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events (EUROASPIRE)*, стартирали в средата на 90-те години. Те са проведени под ръководството на Европейската кардиологична асоциация към програмата Euro Heart Survey през 1995–1996, 1999–2000 и 2006–2007 г. при пациенти с коронарна болест.^{24–28} Целта на проучванията е да определят дали стандартите, определени в препоръките за сърдечно-съдова превенция, се реализират в клиничната практика. В EUROASPIRE се изследват начина на живот, модифицирането на рисковите фактори и използването на медикаментозната терапия при пациентите с коронарна болест на сърцето и при високо-рискови болни. Тези проучвания са поведение няколко години след публикуване на европейските препоръки за профилактика и са основа за промяна и публикуване на следващите корекции на препоръките за профилактика. Сравнение между трите проучвания при пациенти с коронарна болест показва различни тенденции в начина на живот, значително повишение на затлъстяването във всички страни и повишена честота на тютюнопушенето при млади пациенти. Въпреки значително повишеното използване на антихипертензивни и липидопонижаващи медикаменти, контролът на артериалното налягане не е по-добър и половината от пациентите не постигат прицелните стойности за липидите.²⁸



Сърдечно-съдовата болест е основната причина за смъртност, хоспитализации и инвалидност при хората на средна и напреднала възраст в Европа.¹⁻³ Масовото разпространение на атеросклеротичната сърдечно-съдова болест се дължи на нездравословния начин на живот и свързани с него физиологични и биохимични фактори. Основната цел на сърдечно-съдовата превенция е редукция на риска за настъпване на първи или рекурентен атеросклеротичен инцидент с цел подобрене на качеството на живота и удължаване на преживяемостта.¹

Нов систематичен обзор и мета-анализ на данни от контролирани интервенционални проучвания за първична превенция на сърдечно-съдовата болест обаче показва, че тези интервенции имат малък, статистически незначителен ефект върху общата и коронарната смъртност.²⁹ Чистата разлика между терапевтичните и контролните групи по отношение на основните рискови фактори е малка и се наблюдава изразена хетерогенност между проучванията. Някои интервенционални проучвания за промяна на начина на живота при асимптоматични индивиди, постигнали и поддържащи редукция на рисковите фактори, показва обаче значително понижаване на сърдечно-съдовите инциденти.^{30, 31}

Много рандомизирани контролирани проучвания са изследвали ефективността на различните антихипертензивни медикаменти³²⁻³⁵ и статини³⁶⁻⁴⁰ в редукцията на сърдечно-съдовата смъртност както при пациенти с диагностицирана сърдечно-съдова болест, така и при асимптоматични лица с висок риск. Тези резултати привлякоха вниманието на клиницистите, но като „странен ефект“ те понижиха интереса към промените в начина на живот. Подобни промени се наблюдават в живота и по отношение на лечението на дислипидемията, където масовото навлизане на липидопонижаващата терапия (основно със статини) намали активността на лекарите при разясняване на ползите от здравословния начин на живот – хранителен режим и двигателна активност.

В основата на промените и редакциите на препоръките за профилактика на ESC стоят проучванията EUROASPIRE. EUROASPIRE I бе проведено през 1995–1996 г. в девет страни (Чехия, Финландия, Франция, Германия, Унгария, Италия, Холандия, Словения и Испания).²⁴ EUROASPIRE II бе проведено през 1999–2000 г. в 15 страни (Чехия, Финландия, Франция, Германия, Унгария, Италия, Холандия, Словения и Испания, Белгия, Гърция, Ирландия, Полша, Швеция, Великобритания).²⁵ EUROASPIRE III бе проведено в 22 страни (Чехия, Финландия, Франция, Германия, Унгария, Италия, Холандия, Словения, Испания, Белгия, Гърция, Ирландия, Полша, Великобритания, България, Хърватска, Кипър, Латвия, Литва, Румъния, Русия, Турция).²⁷ Резултатите от проучванията EUROASPIRE I и EUROASPIRE II за деветте страни, участващи и в двете проучвания, са описани като „**колективен провал на медицинската практика**“, тъй като разкриват неблагоприятните тенденции в начина на живот – по-

вишена честота на тютюнопушенето, затлъстяването и централното затлъстяване, без да се наблюдава подобрене в контрола на хипертонията.²⁶ Въпреки че се установява значително подобрене в терапията на дислипидемията, преобладаващата част от пациентите не постигат препоръчителните нива на общия и LDL-холестерола. Приложението на антихипертензивните медикаменти се е повишило, в съгласие с препоръките, но контролът на хипертонията е далеч под желанието.

В анализите на EUROASPIRE основно място се отделя на рисковите фактори – хипертония, дислипидемия, захарен диабет, затлъстяване, тютюнопушене и др. Анализите на тези рискови фактори са за групите болни с висок коронарен риск или с доказана коронарна болест.

Барииери при въвеждането на препоръки за профилактика на сърдечно-съдовите заболявания

Успешното приложение на препоръките в практиката би подобрило качеството на здравеопазването чрез намаляване на неприемливите вариации и разширяване на приложението на ефективни постижения в ежедневната практика. Независимо от масовото им разпространяване, препоръките имат ограничен ефект върху промените на професионалното поведение. Принципно малко се знае относно процеса и факторите, отговорни за промяната на лекарското поведение в практиката, основано на публикувани препоръки. Придържането на лекарите към препоръките може да бъде повлияно от различни барииери. Теоретичният подход при анализа на тези барииери може да подпомогне тяхното премахване.

Michael D. Cabana и съавтори⁴¹ определят:

1. факторите, ограничаващи придържането (*adherence*) към препоръките, като когнитивна компонента, повлиявана от познанието;
2. факторите, ограничаващи действието, като затруднения в поведението;
3. ограниченията във физическите възможности, като пречки, повлияващи поведението.

В статията на Davis и Taylor-Vaisey⁴² се използват термините:

1. приемане (*adoption*) – насочен към извършващите здравни грижи да променят практическата си дейност;
2. разпространение (*diffusion*) – разпространението на информацията и приемането от страната на лекарите на препоръките без допълнителна помощ;
3. разнасяне (*dissemination*) – е по-активна форма от разпространението и се доставя допълнителна информация за подобряване на познанието и дейността;
4. реализиране (*implementation*) на активно разпространената информация, където са включени и стратегии за намаляване на трудностите (пречките).

Липсата на осведоменост на потребителите на препоръките включва неспособността на лекаря да си отговори правилно на въпроси, свързани с препоръките, и на

самооценъчна липса на добра осведоменост. При висок процент неправилно отговорили на въпросите, свързани с препоръките, се счита за липса на осведоменост (*familiarity*). Липсата на знание (*awareness*) е свързана с неспособността правилно да бъдат осъзнати съществуващите препоръки.⁴¹

В анализ на литературата, направен от Michael D. Cabana и съавтори,⁴¹ се анализират 423 статии или глави от книги и определят основните пречки за прилагане на препоръките: влияещи върху познанието (липса на знание и липса на осведоменост), поведението (липса на съгласие, липса на оценка за собствена ефективност, липса на очаквания за изхода, налична инерция от предходни препоръки) и професионално поведение (външни барери).

В анализите се показва, че могат да се установят до 7 барери при придържането (*adherence*) към препоръките.

1. Липса на знания

В анализа на публикациите средно определилите се като лекари с липса на знания са 65.5%. В 78% от публикациите поне 10% са отговорили, че са с липса на познания по отношение на препоръките.

2. Липса на осведоменост

Средно 60% от лекарите (между 49% и 98%) съобщават за липса на осведоменост като затруднения в прилагането на препоръките. В 90% от публикациите поне 10% отговарят, че не са осведомени за препоръките.

3. Липса на съгласие

Поне 10% от отговорилите не са съгласни с препоръките в резултат на различни интерпретации на доказателства, поради мнението, че ползите нямат достойнства относно риск на пациента, дискомфорт или цена, по отношение на приложимост в популацията, препоръките са много опростени или са „готварски книги“, или че препоръките намаляват самостоятелността на лекарите. В 62% от анализираниите публикации поне 10% от отговорилите лекари съобщават за липса на съгласие. Поне 10% от отговорилите не са съгласни с препоръките в резултат на мнение, че те са опростени или са „готварски книги“, че ще намалят самостоятелността на лекаря, че не са практически, че авторите са предубедени и липсва правдоподобност, че ще намалят лекарското самочувствие, не са приложими в практиката на лекарите (популация на практиката), ще обезличат връзката лекар-пациент.

Най-често (в повече от 85%) се установява липсата на правдоподобност и най-рядко – по-малко от 7% – намаляване на самостоятелност. При 95% от анализите поне 10% от отговорилите считат липсата на съгласие като пречка за въвеждане на препоръките в практиката.

4. Липса на полза за собствена ефикасност

В 19 анализа се измерва ролята на липса на ефективност за лекаря като възможна пречка.

Обследвани са между 23 и 941 (средно 633) лекари и честотата на отговор е между 53% и 85% (средно 63%). Процентът на оценяващите тази причина като препятствие е между 65% (за препоръки за хранене) и по-ниско от 1% (за общи препоръки за физическо натоварване) при средни стойности от 13%. При 79% от анализите поне 10% считат за важно липсата на ползи за собствената ефикасност.

5. Липса на очаквания за изхода

В 8 анализа се оценява липсата на очаквания за изхода като вероятна пречка. Анализирани са данни от анкети при средно 237 лекари за група с честота на отговори средно 65.5% (между 47% и 85%). Процентът на оценяващите за причина за невнедряване на препоръки е над 90% при препоръките за предпазване от алкохолизъм до под 8% при клинична оценка на млечните жлези, като средните стойности са 26%. В 88% от 8 анализа поне 10% от отговорилите считат проблема за важен при невнедряването на препоръките в практиката.

6. Инерция от предишни препоръки

В 14 анализа се оценява инерцията от предишни препоръки като пречка за въвеждане на нови препоръки. Средният процент на определящите тази причина като препятствие е 42%.

7. Външни препятствия

В анализиранията литература са оценявани 85 възможни външни барери. Външните препятствия се групират в 3 категории: *свързани с препоръките* (n=23), *свързани с пациентите* (n=17) и *свързани с действителността* (n=45). В половината от случаите лекарите описват препоръките като трудни за използване, неподходящи (55%), тежки и обременителни (50%) и объркващи (33%). При всички анализи, свързани с пациентските фактори, повече от 10% от лекарите смятат пациентите като фактор за невнедряване на препоръките. Във всички анализи поне 10% сочат като важни факторите на действителността. 65% от лекарите обаче сочат фактор липса на време (65%) и 75% – фактор недостатъчен екип или консултанти.

Следователно познанието на лекарите остава най-важната задача за прилагане на препоръките за профилактика, диагностика и лечение с цел намаляване на болестност и смъртност. Дори най-добрите препоръки да бъдат написани, преведени и разпространени, ако те не са достигнали до лекаря и не са научени и приети от него, тяхното практическо приложение остава неизпълнимо.

Първият етап в стратегията за намаляване на болестността и смъртността от сърдечно-съдовите заболявания е изготвянето на препоръки за поведение на базата на проучвания, анализи и регистри.

За усъвършенстване на поведението са необходими анализи дали тези препоръки се прилагат на практика и да се установи впоследствие дали има отражение върху болестността и смъртността на населението.



Проучвания, анализиращи познанието на лекарите по отношение на профилактиката на сърдечно-съдовите заболявания

В литературата няма публикации, касаещи знанието от страна на лекарите на конкретни параметри на рисковия профил за коронарна болест на сърцето.

Чрез препоръките за поведение в клиничната практика (*Clinical practice guidelines*) се опитва да се преодолее пропастта между научни доказателства и тяхното практическо приложение. Известно е, че прилагането на знанията на практика по отношение на промяната на начина на живот и по отношение на фармакологично лечение е лошо. Има няколко причини за тази „празнина на препоръките“ (*guidelines gap*), с оформяне на фактор „лекар“, който няма достатъчно време, и подценяването на риска от сърдечно-съдови заболявания на пациента, и фактор „пациент“, при който липсва придържане към промяната на начина на живот и липсва информираност за риска от сърдечно-съдови заболявания. Данните от изследванията показват, че лекарите смятат, че прилагат препоръките от ръководствата, но по-голямата част от пациентите остава неоптимално лекувани. Очертава се нуждата от по-добро обучение на лекари и пациенти, а също и за опростяване на насоки за насърчаване на използването им от лекарите.

Лечението на пациентите с коронарна болест на сърцето включва промяна в начина на живот и фармакологична терапия на различни рискови фактори. Все повече се признава важноста на лечението на рисковите фактори, както и неотдавнашните *Joint European guidelines* за профилактика на ССЗ подчертават необходимостта от оценка на риска от сърдечно-съдови заболявания като цяло, в контекста на първичната превенция, като се вземат предвид всички основни рискови фактори. Общият риск се превърна в мишена за лечение, а не се фокусира върху промяна на отделните рискови фактори. Все пак, въпреки широкото разпространение на информацията за препоръките, прилагането на познанията в клиничната практика както по отношение на промяната на начина на живот, така и по отношение на фармакотерапията е лошо („*guidelines gap*“ или „*knowing/doing gap*“). Пречките пред успешното прилагане на насоките в практиката са в здравната система, лекарите и пациентите.^{41, 43}

Ерхард набелязва няколко пречки за въвеждане на препоръките в практиката.⁴⁴

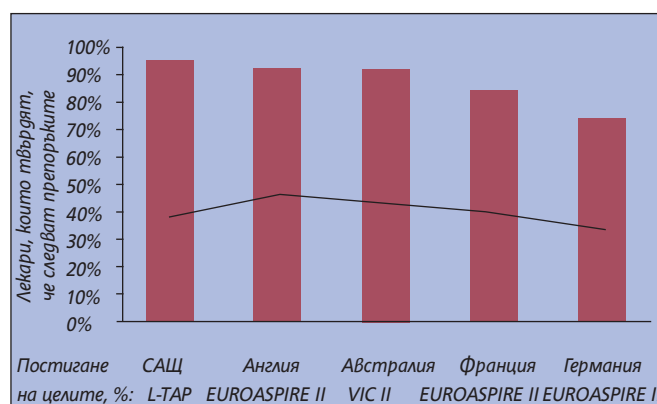
Лекарски бариери:

- липса на информираност, познаване и съгласие;
- ниска мотивация и/или малък очакван резултат;

- невъзможност за съгласуваност на насоките с предпочитанията на пациентите;
 - липса на достатъчно време и/или ресурси.
- Пациентски бариери:
- липса на информираност и разбиране;
 - ограничен достъп до здравни грижи;
 - ниско ниво на съпричастие; нежеланието за поемане на медикаменти през целия живот;
 - липсата на придържане към промените в начина на живот.

Проучването REACT (Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment)⁴⁵ е проведено, за да проучи разликата между доказателствата и практическото им прилагане за превенцията и поведението при коронарна болест на сърцето. В това проучване са интервюирани 754 лекари от първичната помощ от пет европейски страни (Франция, Германия, Италия, Швеция и Обединеното кралство) с цел оценка на възгледите им и усещането за прилагане на практика на препоръките за поведение при остър коронарен синдром и за лечение на дислипидемията.⁴¹ Основните пречки за по-пълно прилагане на указанията са били идентифицирани от лекарите като липса на време (38% от всички интервюирани), цена на предписанията (30%) и съпричастност на пациентите (17%). Десет на сто лекари вярват, че има твърде много насоки, а 10% смятат, че те не са напълно наясно с насоките. Цялостната картина, която се появи, е, че клиницистите погрешно смятат, че те са насоки за прилагане. Те обвиняват своите пациенти или системата на здравеопазването (например липса на време по време на консултациите), вместо да се концентрират върху собствената си мотивация като бариера за изпълнение на насоките.

Това, което лекарите казват, че правят във връзка с изпълнението на препоръките, не отразява това, което се случва в клиничната практика.^{25, 26, 46}



Фиг. 2. Разлики между възприятията и реалност. Мнението на лекарите е, че те се придържат към препоръките. Колонките сочат самооценяването на лекарите за прилагане на препоръките, а линията сочи пропорцията болни, постигнали целите на лечение в клинични проучвания



Използвайки данни от няколко проучвания, фиг. 2 показва, че само ~50% от пациентите достигат прицелните нива на холестерола, въпреки че данни от изследванията показват, че в повечето случаи лекарите, предписващи лекарството, вярват, че тяхното поведение е в съответствие с препоръките. Следователно, въпреки че лекарите съобщават, че те следват клиничните насоки, по-голямата част от пациентите остават нелекувани. Това показва, че има ясна разлика между възприятие и реалност.

Лекарите често подценяват риска от сърдечно-съдови заболявания на техните пациенти. Шведско проучване сравнява действителния срещу предполагаемия риск; в това проучване на 80 лекари от първичната помощ са представени клинични случаи и са попитани за оценка на риска на пациенти със сърдечно-съдов инцидент през следващите 10 години.⁴⁷ Всички лекари подценяват действителния риск (изчислен чрез Фрамингамския калкулатор). Пример: жена на възраст 66 години с диабет, LDL-холестерол 4.6 mmol/L, общ холестерол 6.9 mmol/L. Чрез Фрамингамския калкулатор рискът е изчислен на 27%, но клиницистите определят риск 10%. Друг пример: мъж пушач на 61 години с концентрация на LDL-холестерола 6.3 mmol/L и на общия холестерол 8.2 mmol/L, с изчислен риск чрез Фрамингамския калкулатор 33%, а от лекарите – 10%. За жена на възраст 51 години, която пуши и е с LDL-холестерол 4.1 mmol/L и общ холестерол 6.5 mmol/L изчисленият чрез Фрамингамския калкулатор риск е 14%, определеният от лекарите риск – 5%.

В REACT 81% от лекарите посочват, че са използвали в практиката някакъв вид насоки за поведение при коронарна болест на сърцето, най-често насоки на лекар от собствената си практика (59%) или национални насоки (56%). Само 15% от лекарите използват европейските препоръки. Използването на практика на насоките не е оптимално, особено що се касае до лекарите, които разчитат на собствените си убеждения за постигане на целите и за предпочитане е да се следват официалните препоръки. Допълнително доказателство за разликата между възприятие и реалност е видно от анкетирането относно това как са били изпълнени препоръките. 78% от лекарите смятат, че прилагат препоръките в „значителна“ или „умерена“ степен. Само един на всеки пет лекари предполага, че прилага насоките в „незначителна“ степен.⁴¹

Особено интересни са статии, които анализират подхода към един рисков фактор, но с включване на медикаментозна и немедикаментозна профилактика и с анализ на подход на лекари и на пациенти. В публикация по повод придържане към препоръките за поведение при дислипидемия⁴⁸ анализ на резултатите на 7041 болни с диагностицирана атеросклероза, нуждаещи се от профилактика на дислипидемията, и данните от 127 лекари от първичната помощ, се установява, че 36.9% от лекарите се придържат към скрининг за липиден профил, 27.6% титрират прилаганите медикаменти и 21% инициират фармакотерапия. Придържането на лекарите се увеличава с броя на пациентите с дислипидемия, с по-честите визити на болните. Пациентите се придържат към титриране на дозата в 83.8%, скрининг с липиден профил в 71.9% и започване на фармакотерапия в 62.2%. Придържането на болните е по-високо, ако посещават лечебно заведение с много пациенти с дислипидемия, по-възрастни болни и лекуваните от мъже лекари. Това проучване показва, че непридържането към препоръките от страна на лекарите е основната причина за неуспех от въвеждането на препоръките в практиката; началото на медикаментозно лечение е най-важният и предизвикателен проблем, по-високо придържане (за лекар и за пациент) се наблюдава при лекарите с по-голям обем дейност.

Проучвания, анализиращи профилактично-терапевтичните подходи при сърдечно-съдови заболявания

Придържането към препоръките за профилактика на сърдечно-съдовите заболявания е обект на редица проучвания, голяма част от които анализират само една популация. Например в САЩ⁴⁹ в 13 щата е анализирано познанието на 43 058 души, при които е установено, че според тях самите 80% се придържат към препоръките за спиране на тютюнопушенето, но само 20% се придържат към препоръките за консумация на плодове и зеленчуци и към препоръките за физическа активност. Само 5% от лицата без коронарна болест и 7% от болните с коронарна болест се придържат и към трите препоръки. При хората без коронарна болест повече се придържат към препоръките жените, по-възрастните и тези с по-големи доходи, докато сред болните с коронарна болест повече се придържат към препоръките тези на средна възраст, в добро общо състояние и с по-големи доходи.

Книгопис

1. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007; 14 (Suppl 2): S1–S113. Executive summary: *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007; 14 (Suppl 2): E1–E40; *Eur Heart J* 2007; 28:2375–2414.

Пълната библиографска справка е на разположение в издателството и може да бъде представена при поискване.