

КОММЕНТАРИИ РЕДАКЦИИ К ЕВРОПЕЙСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В практике кардиолога и терапевта определение у больных уровня сердечно-сосудистого риска пока не стало правилом, а терапия, назначенная для контроля риска, пожалуй, редкое исключение. Поэтому редакция приняла решение разместить в настоящем выпуске журнала перевод наиболее короткой («карманной») версии Европейских рекомендаций по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Эта версия адаптирована для практического использования. Мы надеемся, что активное «продвижение» принципов, изложенных в данном документе, ускорит внедрение «наднозологического» подхода в управлении сердечно-сосудистым риском.

Задачи освоения этого не вполне традиционного подхода диктуют необходимость создания Национальных рекомендаций (на основе Европейских) по предупреждению сердечно-сосудистых заболеваний, которые учтут особенности Российской популяции и системы здравоохранения. Вероятно, произойдет развитие самих рекомендаций на пути дифференцированной оценки риска в зависимости от целей первичной и вторичной профилактики.

В качестве углубленного комментария к публикуемой «карманной» версии Европейских рекомендаций редакция предлагает статью С.А.Шальной и О.В.Вихиревой «Оценка суммарного риска сердечно-сосудистых заболеваний».

ОЦЕНКА СУММАРНОГО РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

С.А. Шальная, О.В. Вихирева

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава, Москва

Факторы риска определяются как особенности организма, внешние воздействия и/или их взаимодействия, приводящие к увеличению вероятности возникновения заболевания, его прогрессированию и неблагоприятному исходу [1]. В настоящее время известны сотни факторов, в той или иной степени определяющих уровень здоровья. Доказано, что модификация факторов риска уменьшает заболеваемость и смертность, особенно у лиц с уже имеющимися сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). В то же время многочисленными эпидемиологическими исследованиями как в нашей стране так и за рубежом, доказано, что можно предупредить преждевременную заболеваемость и смертность от ССЗ [2-5]. Так, в конце 1960-х гг. Финляндия занимала одно из первых мест по смертности от ССЗ. Вследствие реформы здравоохранения и профилактических программ, проводимых на государственном уровне, смертность от ИБС в Финляндии к настоящему времени уменьшилась на 65% [6]. Таким образом, необходимость активного подхода к первичной профилактике ССЗ становится не только очевидной, но и первостепенной государственной задачей.

На практике у пациентов часто одновременно выявляются два-три и более факторов риска, большинство из которых взаимосвязаны. Поэтому, даже если уровень каждого из них будет повышен умеренно, риск развития ССЗ у данного пациента может быть высоким вследствие сочетанного влияния факторов друг на друга. В связи с этим, оценивая риск развития ССЗ, следует учитывать все имеющиеся у данного пациента основные факторы риска и их вклад в формирование суммарного показателя.

В настоящее время оценка суммарного риска становится необходимым условием надежного определения вероятности развития сердечно-сосудистых событий в ближайшие 5-10 лет у пациентов с уже имеющимися ССЗ и у лиц без клинических манифестаций сердечно-сосудистой патологии. При этом измеряется индивидуальный профиль факторов риска и сопутствующих сердечно-сосудистых состояний с целью определения необходимости, тактики и интенсивности клинического вмешательства.

Для оценки суммарного риска развития ССЗ было разработано множество различных моделей. Фремингемское исследование было первым проспектив-