

Суммарный сердечно-сосудистый риск: что знают врачи?

Н.А. Чепурина*, А.М. Калинина, М.Б. Худяков, Н.В. Киселева

ФГУ “Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий”. Москва, Россия

Total cardiovascular risk: what do the doctors know?

N.A. Chepurina*, A.M. Kalinina, M.B. Khudyakov, N.V. Kiseleva

State Research Centre for Preventive Medicine. Moscow, Russia

Цель. Изучить уровень знаний практических врачей в отношении оценки суммарного сердечно-сосудистого риска (ССР) и применения в амбулаторных условиях шкалы SCORE.

Материал и методы. В социологическом опросе приняли участие 229 врачей из России и стран СНГ: 72 % — кардиологи, 26 % — терапевты. Респондентам, средний возраст которых $44,6 \pm 11,7$ лет, стаж работы по специальности — $18,9 \pm 11,5$ лет, была предложена анкета, содержащая вопросы по использованию в практической работе шкалы SCORE. Анкетирование проводилось анонимно.

Результаты. На вопрос, применяют ли респонденты шкалу SCORE, 90 % ответили положительно. 8,3 % шкалу не используют, 1,7 % не знакомы с ней. Указывая, какие параметры включены в шкалу SCORE, 84 % врачей правильно назвали пол, возраст, артериальное давление (АД), уровень общего холестерина (ОХС); 75 % назвали курение. 40 % “добавили” не входящие в SCORE показатели: уровень глюкозы и наследственную предрасположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ), 30 % — избыточную массу тела (МТ) и величину окружности талии (ОТ). 6,6 % респондентов указали “другие” факторы риска (ФР), в т.ч. 3,9 % — уровень образования. К категории пациентов высокого суммарного ССР 80 % отнесли больных сахарным диабетом с микроальбуминурией, а также лиц с ≥ 3 ФР ССЗ и уровнем ССР > 5 %. 67 % опрошенных назвали пациентов с подтвержденным диагнозом ССЗ, и только 20 % отнесли к группе повышенного риска лиц без симптомов ССЗ, но имеющих один высокий ФР. 62 % кардиологов и 58 % терапевтов основной целью лечения артериальной гипертензии (АГ) считают снижение суммарного ССР. В ходе опроса было установлено, что 54 % респондентов сами имеют ФР ССЗ. 90 % опрошенных заинтересованы в проведении школ для врачей по использованию шкалы SCORE.

Заключение. Исследование продемонстрировало недостаточный уровень знаний методологии оценки суммарного ССР как инструмента первичной профилактики. Полноценные знания имеет половина врачей, посещающих образовательные кардиологические форумы.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, факторы риска, суммарный сердечно-сосудистый риск, социологический опрос.

Aim. To evaluate the knowledge of medical practitioners on total cardiovascular (CVD) risk assessment and ambulatory use of the SCORE instrument.

Material and methods. In total, 229 medical practitioners from Russia and CIS countries participated in the anonymous survey: 72 % cardiologists and 26 % therapists. Mean age of the respondents was $44,6 \pm 11,7$ years, with mean duration of working at the current position being $8,9 \pm 11,5$ years. The survey questionnaire focused on the practical use of the SCORE risk assessment scale.

Results. Ninety percent of the responders confirmed using the SCORE scale, 8,3 % were not using it, and 1,7 % did not know about the SCORE instrument. Among the SCORE components, 84 % of the practitioners correctly reported gender, age, blood pressure and total cholesterol; 75 % also correctly reported smoking; 40 % wrongly reported glucose and CVD in family history, while 30 % wrongly mentioned overweight, obesity, and waist circumference. Other risk factors (RFs) were wrongly reported by 6,6 % of the doctors (including education, reported by 3,3 %). Patients with diabetes mellitus and microalbuminuria, with three or more RF, or with total CVD risk > 5 % were classified as having high total CVD risk by 80 % of the responders. Patients with confirmed CVD diagnosis were regarded as having high CVD risk by 67 % of the practitioners. Symptom-free patients with a very high level of a single RF were classified as having high CVD risk by 20 % of the responders only. Total CVD

© Коллектив авторов, 2010
e-mail: akalinina@gnicpm.ru
тел.: (495) 624-11-46

[Чепурина Н.А. (*контактное лицо) — н.с. отдела первичной профилактики ХНИЗ в системе здравоохранения, Калинина А.М. — рук. отдела первичной профилактики ХНИЗ в системе здравоохранения, Худяков М.Б. — ведущий инженер отдела эпидемиологии ХНИЗ, Киселева Н.В. — в.н.с. отдела эпидемиологии ХНИЗ].

risk reduction, as a main goal of arterial hypertension treatment, was reported by 62 % of cardiologists and 58 % of therapists. Up to 54 % of the responders had RFs themselves. The interest in educational programmes for doctors, focusing on SCORE use in clinical practice, was very high (90 %).

Conclusion. The study demonstrated inadequate knowledge of the practitioners on the methodology of total CVD risk assessment, an important instrument of primary prevention. The doctors attending medical educational programmes showed better levels of knowledge.

Key words: Cardiovascular disease, risk factors, total cardiovascular risk, sociological survey.

В практической медицине оценка суммарного сердечно-сосудистого риска (ССР) играет важную роль для выявления группы высокого риска среди “бессимптомных” пациентов, т. е. лиц без клинических проявлений атеросклероза. Для комплексной оценки риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в последние десятилетия разработаны многомерные комплексные модели оценки суммарного ССР с учетом совокупности основных факторов, определяющих прогноз [7,9]. В настоящее время наиболее известными являются американская Фремингемская шкала оценки суммарного коронарного риска (Anderson KM, 1991, D’Agostino RB, 2001), а также европейская шкала SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation), прогнозирующая 10-летний фатальный риск всех ССЗ для стран Европы с низким и высоким уровнем риска (Conroy RM et al, 2003). В 2004г вариант модели SCORE был рассчитан для российской популяции [8]. SCORE вошла как составная часть в европейские рекомендации по профилактике ССЗ 2003 и в последнюю версию 2007, обозначив тем самым переход от ранее применяемой стратегии профилактики ИБС к стратегии профилактики всех заболеваний, связанных с атеросклерозом (инфаркт миокарда, ишемический мозговой инсульт, атеросклеротическое поражение периферических артерий) [4,9]. Концепция суммарного ССР нашла отражение в последних европейских рекомендациях по артериальной гипертензии (АГ) 2007, а также в рекомендациях Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) 2008, что позволяет проводить стратификацию риска и определять тактику профилактического вмешательства у больных АГ, исходя из уровня суммарного ССР [2,10].

В дальнейшем были разработаны шкалы, учитывающие, наряду с традиционными факторами риска (ФР) и клиническими характеристиками, особенности российской популяции, а именно, уровень образования [5].

Целью исследования являлось изучение уровня знаний практических врачей в отношении метода оценки суммарного ССР и применения в амбулаторных условиях европейской шкалы суммарного ССР SCORE.

Материал и методы

В социологическом опросе, проведенном в период работы Российского национального конгресса кардиологов (Москва, 6-8 октября 2009г), приняли участие 229 врачей из различных городов России и стран СНГ [6].

Среди респондентов кардиологи составляли 72 %, терапевты — 26 %, преподаватели медицинских вузов и врачи других специальностей — 2 %. 73 % участников — женщины, 27 % — мужчины. Возрастной диапазон варьировал от 24 до 72 лет (средний возраст участников — $44,6 \pm 11,7$). Стаж работы по специальности — $18,9 \pm 11,5$ лет.

Респондентам была предложена для самостоятельного заполнения анкета, содержащая, помимо общих сведений (пол, возраст, регион проживания, специальность, стаж работы по специальности), следующие вопросы:

- применяют ли врачи в своей практической работе европейскую шкалу SCORE;
- какие параметры используются при расчете суммарного ССР;
- какие категории пациентов относятся к группе высокого риска;
- какова основная цель лечения АГ;
- нужны ли обучающие занятия для врачей по применению шкалы оценки суммарного ССР;
- имеют ли сами врачи ФР ССЗ.

Анкетирование проводилось анонимно.

Результаты и обсуждение

На вопрос, применяют ли врачи в своей работе шкалу SCORE, 90 % (n=206) респондентов ответили положительно. Среди них: 154 кардиолога (93,9 % от общего числа кардиологов) и 48 терапевтов (81,4 % от общего числа терапевтов). 8,3 % (n=18) опрошенных, в т.ч. 8 (4,9 %) кардиологов и 8 (13,6 %) терапевтов шкалу не используют. 1,7 % (2 кардиолога и 3 терапевта) не знакомы с ней (рисунок 1).

Согласно европейским рекомендациям по кардиоваскулярной профилактике, в шкалу SCORE включены 5 традиционных ФР развития ССЗ: пол, возраст, статус курения, уровни артериального давления (АД), общего холестерина крови (ОХС) [9]. Указывая параметры, используемые в SCORE для оценки суммарного ССР, большинство врачей (84-89 %) правильно назвали пол, возраст, АД, уровень ОХС. 75 % опрошенных считают курение параметром, введенным в шкалу. ~ 40 % включили не входящие в шкалу SCORE показатели, такие как уровень глюкозы крови и наследственная предрасположенность к ССЗ, треть участников добавили избыточную массу тела (МТ) и величину окружности талии (ОТ).

Представляет интерес, что 6,6 % респондентов указали “другие” ФР; 9 (3,9 %) опрошенных отме-

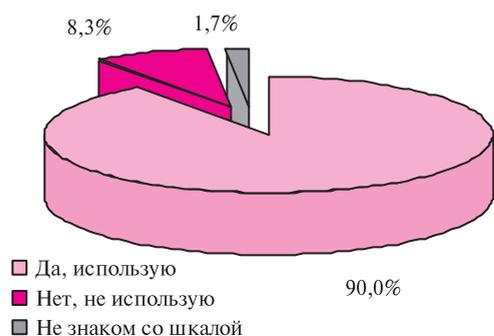


Рис. 1 Использование практическими врачами шкалы SCORE оценки суммарного ССР.

тили уровень образования в качестве дополнительного фактора развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО), что демонстрирует более глубокие знания респондентов, поскольку российская модификация европейской шкалы SCORE действительно имеет два варианта — для лиц с уровнем образования ниже среднего и выше среднего [5]. В последние годы в России и за рубежом создаются модифицированные шкалы оценки суммарного ССР, в которые вводятся, кроме традиционных, дополнительные ФР, например, семейный анамнез ССЗ, клиничко-биохимические параметры, в т.ч. индекс МТ (ИМТ), уровень гликемии, образовательный статус [11,12]. Однако для практического использования наиболее применимой по-прежнему остается 5-факторная шкала SCORE, ее два варианта для стран с низким и высоким уровнями риска [9].

Среди респондентов, ответивших положительно на вопрос об использовании на практике шкалы SCORE, были получены сходные ответы. Большинство кардиологов и терапевтов назвали АД, пол, возраст и уровень ОХС в качестве параметров шкалы (рисунок 2). Однако 24 % кардиологов и 31 % терапевтов считают величину ОТ ФР ССЗ, включенным в SCORE. В целом среди врачей, посещающих кардиологические форумы, полное представление о структуре европейской шкалы SCORE

имеют только 55,8 % кардиологов и 50 % терапевтов.

Следующий вопрос анкеты касался распределения пациентов по категориям риска. Согласно европейским рекомендациям по кардиоваскулярной профилактике, к категории высокого/очень высокого суммарного ССР относятся [9]:

- Пациенты с уже установленным диагнозом ССЗ.
- Лица с сахарным диабетом (СД-1/СД-2) в сочетании с микроальбуминурией (МАУ).
- Лица с ≥ 3 ФР ССЗ.
- Лица с 1 очень значительно повышенным ФР ССЗ, особенно в сочетании с поражением органов-мишеней (ПОМ).
- Лица, ближайшие родственники которых имели преждевременные ССЗ в молодом возрасте (женщины < 65 лет, мужчины < 55 лет).

Отвечая на вопрос, какие из перечисленных категорий пациентов относятся к группе высокого/очень высокого суммарного ССР, респонденты дали следующие ответы. 80 % считают, что высокий риск имеют больные СД-1 или СД-2 с МАУ, а также лица с ≥ 3 ФР ССЗ и уровнем ССР > 5 % (77 % опрошенных). 67 % респондентов среди лиц высокого риска назвали пациентов с подтвержденным диагнозом ССЗ. Более трети врачей (38 %) дали неправильный ответ, включив в категорию высокого риска больных с отягощенным по ССЗ анамнезом у родственников первой линии родства, независимо от возраста последних. Лишь 20 % опрошенных отнесли к группе повышенного риска лиц без симптомов ССЗ, но имеющих один значительно повышенный ФР.

Врачи, пользующиеся шкалой SCORE, представили аналогичные результаты. На вопрос о наследственном анамнезе ССЗ у ближайших родственников 42 % кардиологов и 27 % терапевтов дали неправильный ответ, указав, что возраст родственников не имеет значения (рисунок 3).

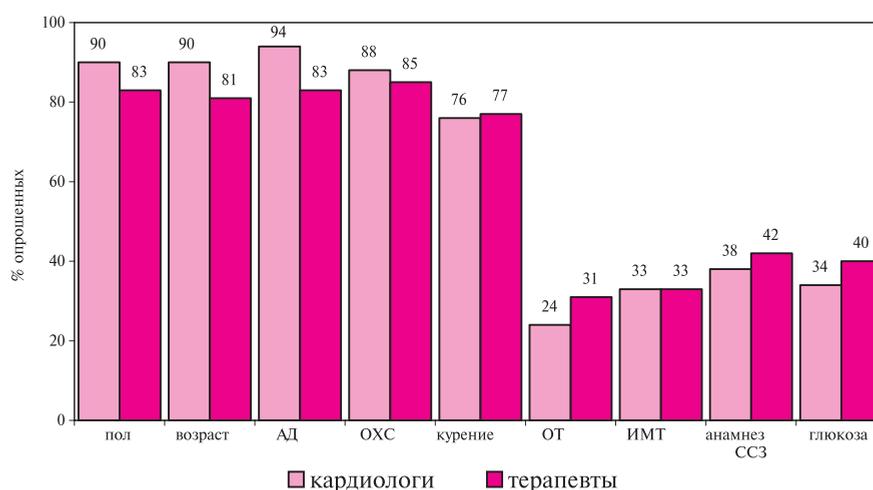


Рис. 2 Параметры, включенные в шкалу оценки суммарного ССР (по мнению респондентов, использующих шкалу SCORE).

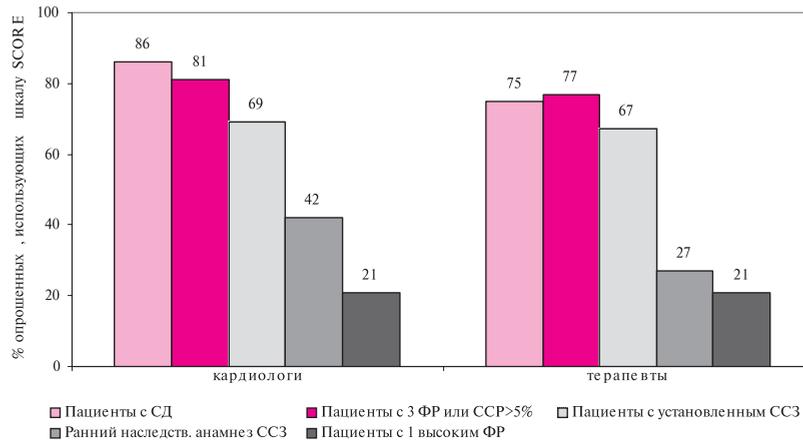


Рис. 3 Категории пациентов, относящихся к группе высокого суммарного ССР (по мнению респондентов, использующих шкалу SCORE).

Далее респондентам был предложен более узкий вопрос, касающийся основной цели лечения АГ. В российских рекомендациях по диагностике и лечению АГ 2008 дается следующая формулировка: “Основная цель лечения больных АГ состоит в максимальном снижении риска развития ССО”, для чего “требуется не только снижение АД до целевого уровня, но и коррекция всех модифицируемых ФР..” [2]. Из 3 предложенных ответов респонденты должны были выбрать один правильный. Более половины врачей (59 %) главной целью лечения считают “достижение максимального долгосрочного снижения суммарного ССР”. 8 % респондентов назвали два ответа — “снижение АД до целевого уровня и достижение максимального снижения суммарного ССР”, что не противоречит рекомендациям Европейского общества кардиологов (ЕОК) по профилактике ССЗ [9], а также отечественным и европейским руководствам по ведению пациентов с АГ [2,10]. Треть участников указали на “снижение АД до целевого уровня”. Лишь один респондент (0,4 %) считает правильным “максимальное снижение АД” (рисунок 4).

Среди респондентов, использующих в своей работе шкалу SCORE, 62 % кардиологов и 58 %

терапевтов основной целью лечения АГ считают снижение суммарного ССР.

Большинство (91,3 %) участников опроса, среди которых кардиологи составляют 94 %, терапевты 83 %, заинтересованы и считают полезным проведение обучающих занятий по использованию шкалы оценки суммарного ССР и ведению пациентов различных категорий риска в амбулаторных условиях. 3 респондента (1 терапевт и 2 кардиолога) дали отрицательный ответ, 15 (6,6 %) врачей (6 кардиологов и 9 терапевтов) затруднились ответить.

На вопрос, имеют ли сами респонденты ФР ССЗ, половина опрошенных (54 %) ответила положительно. Наиболее часто был назван семейный анамнез ССЗ среди родственников первой линии (32 %) и избыточная МТ (27 %). Пятая часть врачей имеет различные нарушения липидного обмена. Только 15 % участников указали на АГ, что значительно ниже, чем в популяции в целом, и, возможно, связано с относительно молодым возрастом респондентов. Частота курения среди них также ниже среднестатистических показателей (16 %), но соответствует данным, полученным при обследовании врачей [1,3]. 7 % врачей отнесли к ФР ССЗ возраст (рисунок 5).

Здоровье врача, оцененное по уровням ФР, — показатель его профессиональной компетентности

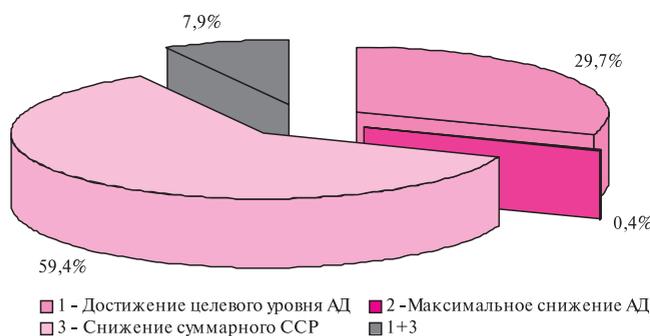


Рис. 4 Основная цель лечения АГ.



Примечание: ДЛП — дислиппротеидемия.
Рис. 5 ФР ССЗ, имеющиеся у респондентов.

по вопросам профилактики ССО, пример для подражания, демонстрирующий отношение самого врача к рекомендациям, которые он дает. По данным ГНИЦ ПМ у 43 % врачей имеется избыточная МТ, 27,5 % страдают АГ, 25 % и 20 % имеют ГХС и повышенный уровень глюкозы крови, соответственно, 11,6 % являются регулярными курильщиками [3]. Распространенность АГ среди врачей и среднего медицинского персонала составляет 44 %, причем уровень АГ достоверно выше среди участковых терапевтов (61,2 %) по сравнению с врачами-специалистами (36,6 %) и средним медицинским персоналом (43,6 %). Избыточная МТ и ожирение диагностируются у 61 % медицинских работников, распространенность курения — у 30,7 %. Больше других курят участковые терапевты — 40,8 % [1].

В Национальном проекте “Здоровье” работники сферы здравоохранения, наряду с такими бюджетными сферами, как образование, наука, социальная сфера выделены в качестве приоритетных для проведения дополнительной диспансеризации [Приказ МЗ и социального развития РФ № 188 от 22.03.2006г]. Здравоохранение напрямую ответственно за внедрение мер медицинской профилактики ССЗ. Повышение профилактических знаний медицинских работников первичного звена о ФР ССЗ и навыков в сохранении собственного здоровья увеличивает частоту профилактического консультирования наблюдаемых ими пациентов [1,3]. Этот аспект деятельности медицинских работников тесно связан с их профессиональной компетентностью и с рядом личностных характеристик самих врачей, в частности, отношение к своему собственному здоровью, поведенческие привычки, убежденность в реалистичности превентивных мер и умение самим вести здоровый образ жизни [1,4].

Выводы, практические рекомендации

В ходе анкетирования участников Российского национального конгресса кардиологов был определен высокий уровень осведомленности врачей в отношении оценки суммарного ССР с использованием европейской шкалы SCORE. Лишь 10 % опрошенных не применяют ее в своей практической работе или не знакомы с ней.

Правильное представление о ФР ССЗ, используемых в шкале SCORE, имеют 55,8 % кардиологов и 50 % терапевтов. Респонденты значительно расширили спектр параметров, включенных в стандар-

тную шкалу оценки суммарного ССР. *Полноценные знания* методики оценки и структуры шкалы SCORE имеет лишь половина врачей, даже из числа тех, кто посещает научно-образовательные медицинские форумы.

Респонденты продемонстрировали высокий уровень знаний в отношении современных тенденций стратификации риска, включив в категорию высокого/очень высокого риска ССО лиц с уже установленным диагнозом ССЗ, СД-1/СД-2 с МАУ, а также пациентов с ≥ 3 ФР ССЗ и уровнем ССР > 5 %. Однако, только 20 % опрошенных относят к категории повышенного риска лиц без симптомов ССЗ, имеющих один высокий ФР. Между тем, знание стратификации риска позволит врачу уже на амбулаторном этапе обследования определить целенаправленную комплексную тактику ведения больного.

Более половины опрошенных кардиологов и терапевтов назвали главной целью лечения АГ “достижение максимального долгосрочного снижения суммарного ССР”. Треть участников указали в качестве цели лечения АГ только “снижение АД до целевого уровня”. 18 (7,9 %) врачей выбрали оба ответа, что также является правильным и соответствует рекомендациям ЕОК и ВНОК.

Участники анкетирования продемонстрировали высокую заинтересованность в проведении “школ” для врачей по методу использования шкалы SCORE и ведению пациентов различных категорий риска, в связи с чем представляется необходимым проведение циклов обучающих занятий для терапевтов, кардиологов, эндокринологов, врачей общей практики по этой проблеме.

Представленное исследование, основанное на результатах социологического опроса участников Российского национального конгресса кардиологов, продемонстрировало недостаточный уровень знаний методологии оценки суммарного ССР как инструмента первичной профилактики, даже среди врачей, посещающих образовательные медицинские форумы. Вместе с тем, в практическом здравоохранении РФ целесообразно использовать шкалу оценки суммарного ССР SCORE, ее вариант для стран с высоким уровнем риска, к которым относится Россия. Шкала проста, удобна в работе, а определение включенных в нее модифицируемых ФР ССЗ не требует значительных экономических затрат и доступно врачам первичного звена здравоохранения большинства регионов РФ.

Литература

1. Григорян Ц.А. Изучение приоритетов и результативности профилактики факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в коллективе медицинских работников первичного звена здравоохранения. Автореф дисс канд мед наук. Москва 2009.
2. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (3-й пересмотр). Москва 2008.
3. Лахман Е.Ю. Школа здоровья как метод вторичной профилактики мягкой и умеренной артериальной гипертензии в амбулаторно-поликлинических условиях. Автореф дисс канд мед наук. Москва 2004.
4. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Поздняков Ю.М. Профилактическая кардиология (руководство для врачей). Москва 2007; 26-82, 144-97.
5. Оганов Р.Г., Шальнова С.А., Калинина А.М. и др. Новый способ оценки индивидуального сердечно-сосудистого суммарного риска для населения России. Кардиология 2008; 5: 84-7.
6. Решетников А.В. Технология медико-социологического исследования в социальной системе. Москва 2000; 149-56, 182-96.
7. Чепурина Н.А. Суммарный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений: методы оценки. Кардиол серд-сосуд хир 2008; 4(1): 24-8.
8. Шальнова С.А., Оганов Р.Г., Деев А.Д. Оценка и управление риском сердечно-сосудистых заболеваний у населения России. Кардиоваск тер профил 2004; 4: 4-11.
9. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. 4th Joint European Societies' Task Force on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. Eur J Cardio Vasc Prev & Rehabil 2007; 4 (Suppl 2).
10. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. J of Hyperten 2007; 25: 1105-87.
11. Wang TJ. New cardiovascular risk factors exist, but are they clinically useful? Eur Heart J 2008; 29: 441-4.
12. Mainous AG, Koopman RJ, Diaz VA et al. A Coronary Heart Disease Risk Score based on patient-reported information. Am J Cardiol 2007 May; 99(9): 1236-41.

Поступила 02/03-2010