

Комментарии к разделу “Оценка сердечно-сосудистого риска” в Европейских рекомендациях по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике 2021 года

Шальнова С. А.

ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины” Минздрава России. Москва, Россия

В статье обсуждается новый подход к оценке сердечно-сосудистого риска в клинической практике, представленный в Европейских рекомендациях 2021г. Предложены две новые шкалы риска SCORE2 и SCORE2-OP, подвергшиеся существенной переработке и требующие значительных изменений в практике первичного звена здравоохранения. Высказывается мнение, что в настоящих условиях их внедрение в практику преждевременно, поскольку система здравоохранения не готова к обновлению, и необходимо время для адаптации к условиям практического здравоохранения, пересмотр условий диспансеризации и профилактических осмотров, что потребует финансовых затрат. Следует серьезно отнестись к работе над внедрением рекомендаций, чтобы не причинить вреда существующей системе оказания медицинской профилактической помощи.

Ключевые слова: SCORE 2, SCORE2-OP, ХС нелВП, сердечно-сосудистый риск.

Отношения и деятельность: нет.

Благодарности. Автор благодарит доктора физико-математических наук, профессора кафедры теории вероятностей МГУ им. М. В. Ломоносова Яровую Е. Б. за активное обсуждение работы.

Поступила 28/12-2021

Рецензия получена 28/12-2021

Принята к публикации 30/12-2021



Для цитирования: Шальнова С.А. Комментарии к разделу “Оценка сердечно-сосудистого риска” в Европейских рекомендациях по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике 2021 года. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;21(1):3171. doi:10.15829/1728-8800-2022-3171

Comments on the section “Cardiovascular risk estimation” in the 2021 European Society of Cardiology guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

Shalnova S. A.

National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine. Moscow, Russia

The article discusses a new approach to assessing cardiovascular risk in clinical practice, presented in the European guidelines 2021. Two novel risk charts (SCORE2 and SCORE2-OP) have been proposed that have undergone significant revision and require significant changes in primary care practice. It has been suggested that in modern conditions their practical introduction is premature, since the healthcare system is not ready for renewal. Therefore, time is needed to adapt it to the practical healthcare conditions and to revise the medical screening protocols, which will require financial costs. The implementation of these recommendations should be taken responsibly so as not to harm the existing system of preventive care.

Keywords: SCORE 2, SCORE2-OP, non-HDL cholesterol, cardiovascular risk.

Relationships and Activities: none.

Acknowledgments. The author appreciates the Doctor of Physical and Mathematical Sciences, Professor of the Department of Probability

Theory of Lomonosov Moscow State University Yarovaya E. B. for an active discussion of the work.

Shalnova S. A. ORCID: 0000-0003-2087-6483.

Corresponding author:
svetlanashalnova@yandex.ru

Received: 28/12-2021

Revision Received: 28/12-2021

Accepted: 30/12-2021

For citation: Shalnova S. A. Comments on the section “Cardiovascular risk estimation” in the 2021 European Society of Cardiology guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2022;21(1):3171. (In Russ.) doi:10.15829/1728-8800-2022-3171

ИМ — инфаркт миокарда, КТ — конечные точки, ЛВП — липопротеины высокой плотности, САД — систолическое артериальное давление, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ССР — сердечно-сосудистый риск, ССС — сердечно-сосудистый события, ФР — факторы риска, ХС — холестерин, ХС нелВП — холестерин, не входящий в состав липопротеинов высокой плотности, SCORE — Systematic COronary Risk Evaluation, SCORE2 — Systematic COronary Risk Evaluation (для лиц 40-69 лет), SCORE2-OP — Systematic COronary Risk Evaluation-Older Persons (оценка коронарного риска у пожилых).

Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: svetlanashalnova@yandex.ru

Тел.: +7 (903) 238-87-83

[Шальнова С. А. — д.м.н., профессор, г.н.с., руководитель отдела эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний, ORCID: 0000-0003-2087-6483].

Одним из важнейших достижений эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является открытие их многофакторной природы и представление многофакторной модели суммарного или общего риска [1]. У условно здоровых людей сердечно-сосудистый риск (ССР) рассматривается как результат множественных взаимодействий факторов риска (ФР), и эта “многофакторность” является основой профилактики ССЗ. Оценка суммарного риска занимает ключевое место в Европейских рекомендациях, начиная с 2003г, когда впервые была представлена прогностическая модель SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation) [2], разработанная для европейских стран различного уровня риска и построенная на основе конечных точек (КТ) — фатальных ССЗ, включавших все известные ССЗ атеросклеротического генеза, в т.ч. аневризму брюшной аорты.

Шкала SCORE — гибкая система оценки общего риска, ставшая привычной, знакома каждому врачу. Удобна тем, что при невозможности достижения нормализации показателя риска за счет коррекции какого-либо одного фактора, можно попытаться воздействовать на другие факторы, что также может привести к снижению суммарного риска. Например, не стоит забывать, что отказ от курения снижает риск на 50%.

В 2021г эксперты Европейского общества кардиологов представили обновленное руководство по профилактике ССЗ в клинической практике, которое рекомендует новые подходы к оценке общего риска у лиц разного возраста: SCORE2 для лиц 40-69 лет и SCORE2-OP (Systematic COronary Risk Evaluation-Older Persons, оценка коронарного риска у пожилых) для лиц ≥ 70 лет [3]. Такое существенное обновление основного инструмента оценки риска вызывает большой интерес многих специалистов.

Позволим себе несколько комментариев по этому поводу.

Первое, вместо общего холестерина (ХС) рекомендуется использовать ХС, не входящий в состав липопротеинов высокой плотности (ЛВП) (ХС неЛВП). Против этого трудно возражать, настолько современнее и точнее, с точки зрения специалистов, использование ХС неЛВП, особенно при метаболических нарушениях. Однако следует заметить, что в Российской Федерации определение уровня ХС ЛВП не входит в число показателей, включенных в протокол диспансеризации и профилактических осмотров и, следовательно, выполняемых бесплатно, поэтому прежде необходимо решить вопрос о дополнительном финансировании для определения анализов. Кроме того, следует иметь в виду точность количественного определения ХС ЛВП, если анализ проводится где-нибудь вдали от областного центра, и как потом вычис-

лять ХС неЛВП, учитывая, что по умолчанию он не определяется, пока нет стандартного подхода для вычисления разницы между уровнями ХС и ХС ЛВП.

Второе, были изменены КТ, относительно которых оценивается риск. Теперь это не только смерть от ССЗ, но и нефатальный инфаркт миокарда (ИМ), и инсульт. В предыдущей версии рекомендаций 2016г эксперты весьма убедительно рекомендовали использовать только фатальные КТ, поскольку “показатели нефатальных событий во многом зависят от критериев их оценки и используемых методов [4]. “Крайне важно, что показатели смертности позволяют проводить повторную калибровку системы оценки риска с учетом временных трендов сердечно-сосудистой смертности. Любая система оценки риска будет завышать риск в странах, в которых смертность снизилась, и занижать риск в тех странах, где смертность выросла. Такая рекалибровка невозможна для нефатальных событий”. Именно по этой причине для европейских стран были созданы свои модели, рассчитывающие риск смерти от ССЗ (SCORE), из-за множества различий в системах здравоохранения стран европейского региона.

Естественно, риск общих фатальных и нефатальных событий выше, чем при учете только смертельных случаев. “Данные SCORE свидетельствуют о том, что общий риск сердечно-сосудистых событий (ССС) в ~ 3 раза превышает риск фатальных ССЗ у мужчин, т. е. риск SCORE фатального ССЗ, равного 5%, у мужчин соответствует риску СССР (фатального и нефатального), равному 15% ($5 \times 3 = 15$). Коэффициент умножения составляет ~ 4 для женщин и чуть < 3 у пожилых, у которых первое событие с большей вероятностью станет фатальным” [4].

Безусловно, добавление ИМ и инсульта в число КТ увеличивает численность когорты и, соответственно, точность оценки риска. Поэтому третье, в новых рекомендациях предложено использовать в качестве КТ и фатальные ССЗ, и наиболее драматичные нефатальные показатели: ИМ и инсульт, что позволило разделить страны, входящие в Европейское общество кардиологов, на 4 группы по уровню риска: низкий, средний (умеренный), высокий и очень высокий. Видимо, за прошедшие 5 лет гетерогенность стран Европейского региона по уровню смертности сильно выросла, поскольку в предыдущей версии рекомендаций было только две градации: страны низкого и высокого риска. Возможно, это связано с увеличением числа КТ за счет разницы в смертности от ССЗ и заболеваемости ИМ и/или инсультом. Российская Федерация по этим критериям, безусловно, относится к числу стран очень высокого риска, что может привести к новым проблемам.

Хотелось бы добавить еще одно практическое обстоятельство, которое вызывает опасение: это “покраснение” шкалы SCORE, означающее, что практически все пациенты относятся к категории очень высокого риска. В этом случае непонятно что делать, например, пятидесятилетним, если у них нормальный липидный профиль, они не курят и единственный “рискованный” показатель — это возраст, как же “помолодеть?”. Видимо поэтому исчезло упоминание о сердечно-сосудистом возрасте или (возрастном риске). Для Европы это не так важно, поскольку смертность от ССЗ и заболеваемость ИМ и инсультом в Евросоюзе существенно ниже по сравнению с Россией, и большинство стран относятся к категории низкого и умеренного риска. Но какова должна быть тактика врача в странах, относящихся к высокому и очень высокому риску?

То же касается шкалы для пожилого населения (SCORE2-OP), в которой возрастные значения абсолютного риска продолжены до 90 лет, что вызывает некоторые сомнения с практической точки зрения. Все наши пожилые пациенты, которым надлежит измерить риск с помощью SCORE2-OP, по определению не должны иметь ССЗ атеросклеротического генеза, сахарного диабета и хронических болезней почек разной степени тяжести, а риск должен определяться по уровню систолического артериального давления (САД), уровню ХС неЛВП, статусу курения, полу и возрасту, входящих в модель. Предположим, что некоторое количество такого населения найдется. Но независимо от этих характеристик у всех наших “практически здоровых” пациентов будет регистрироваться очень высокий ССР (рисунок 1). Например, в возрастной группе 70-74 года у некурящих женщин с наименьшим уровнем ХС неЛВП и САД общий риск составил 26%, а у мужчин с идентичными показателями — 25%. Какова должна быть тактика врача в этих условиях? В рекомендациях 2021г указано, что у пожилых >70 лет очень высокий риск начинается уже с 15%. В нашем же примере наименьший риск начинается с 25% у мужчин и 26% у женщин. Очевидно, что прямое воздействие на уровни риска невозможно. Значит, нужно принимать во внимание какие-то иные обстоятельства: конкурирующие риски? Другие поведенческие ФР, кроме курения? Иными словами, искать другие факторы, влияющие на риск. В то же время, согласно таблице SCORE2-OP, в настоящее время определение абсолютного риска у лиц ≥ 70 лет, не столь уж важно, они все относятся к очень высокому риску, даже если у них нет ФР, способствующих развитию ССЗ. Осмелюсь спросить, насколько важно знать, что у мужчины 70 лет, некурящего, с нормальным уровнем ХС неЛВП и САД, ССР составляет 25%, а у мужчины 80 лет с идентичным профилем —

38%. Конечно, 25% в ~1,5 раза меньше, чем 38%, но ведь оба случая относятся к чрезвычайно высокому риску, и каковы должны быть рекомендации врача? Можно ли снизить данный уровень ССР и как?

Безусловно, необходимо повышать уровень физической активности, бороться с ожирением и депрессией, регулировать питание, повышать значимость здорового образа жизни, исследовать состояние сосудистой стенки и т.д. Но обнаружить изменение результатов оценки индивидуального риска пациента из нашего примера можно только в случае, если удастся снизить средний популяционный риск за счет снижения КТ и снижения ФР на уровне популяции. А этот алгоритм, на наш взгляд, пока недостаточно разработан, хотя подходы к популяционной профилактике нашли отражение в новых рекомендациях.

В рекомендациях 2021г достаточно большое внимание уделяется роли “резидуального” или остаточного риска, и риска, наблюдаемого в течение жизни (пожизненного). Эти понятия знакомы нам из предыдущих рекомендаций. В то же время калькуляция того и другого риска пока не адаптирована к российским условиям.

Заметим, что информированное обсуждение риска ССЗ и преимуществ лечения с учетом потребностей пациента не требует комментариев и должно использоваться в практике неукоснительно (Класс 1, уровень С).

Оценивая новые вводные с точки зрения существующей клинической практики оценки общего риска, следует заметить, что в протоколы профилактических осмотров и диспансеризации входит определение общего риска по предыдущей версии. От уровня риска, рассчитываемого по старой схеме SCORE, зависят профилактические вмешательства, назначение лекарственных препаратов и многие другие аспекты работы системы здравоохранения. Насколько прирост точности оценки риска перевешивает необходимость изменений в клинической практике, которые предстоит пережить вследствие скорого внедрения новой системы оценки риска, пока неясно. Но именно эти обстоятельства требуют внимания и осторожности при внедрении рекомендаций в клиническую практику.

В настоящее время оценка ССР с помощью нового инструмента, по нашему мнению, носит лишь академический интерес. Многого требует пояснений. Тем не менее, привлекательно мнение кемеровских авторов о том, что “использовать шкалу SCORE2 можно уже сейчас наряду с традиционной шкалой SCORE в качестве дополнительного инструмента первичной оценки ССР” [5], однако не в практике врача первичного звена, а в научном учреждении для формирования плана действий по изучению и внедрению SCORE2 в клиническую практику.

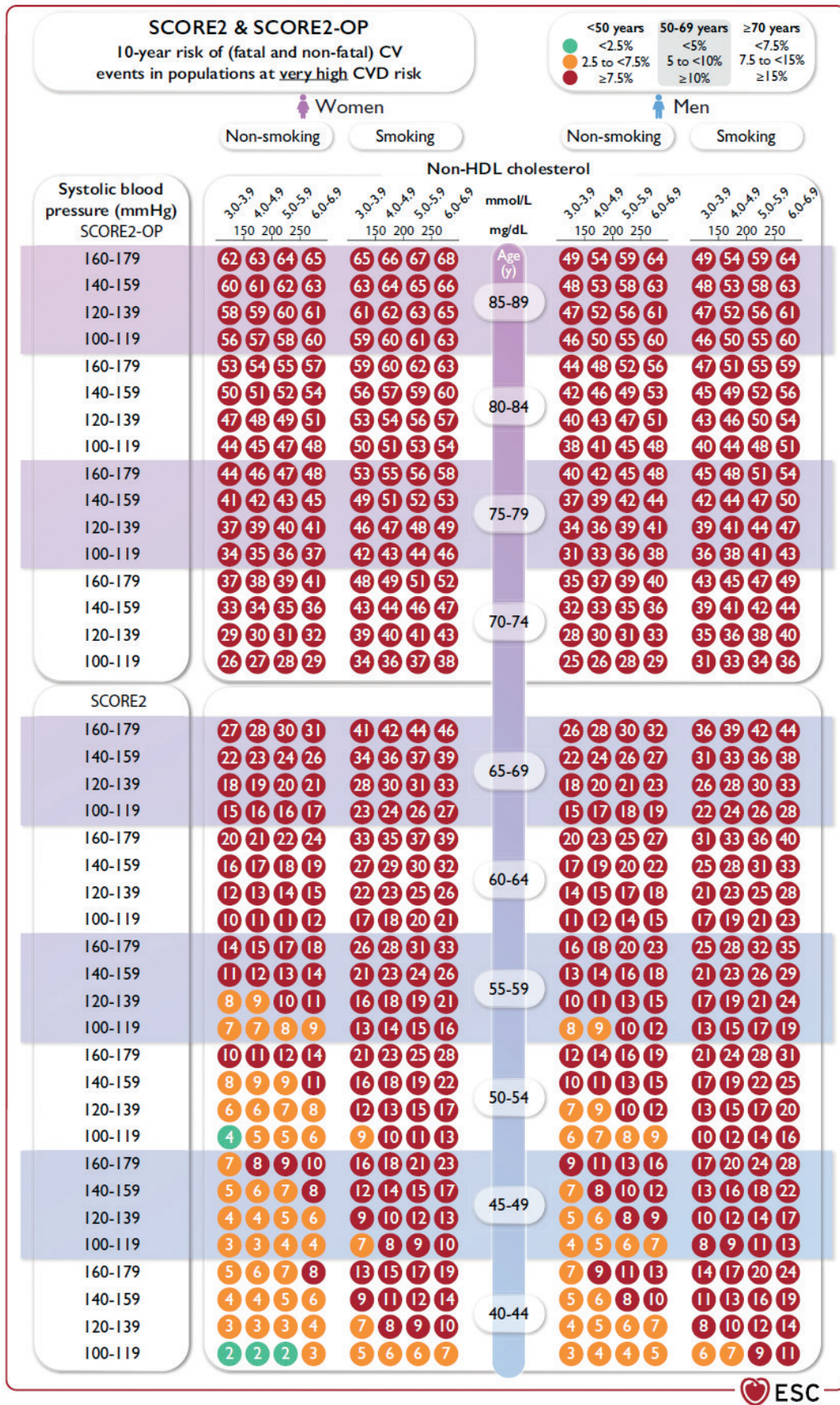


Рис. 1 SCORE2 и SCORE2-OP [3].

Приведенные в комментариях факты не следует рассматривать как бесспорные и непреодолимые барьеры на пути внедрения новых рекомендаций. Они призваны лишь предостеречь от торопливых и непродуманных решений. Обсуждение на Совете экспертов (кардиологов и терапевтов, специалистов по общественному здоровью и здравоохранению, эпидемиологов и статистиков, возможно, генетиков и других заинтересованных лиц) было бы весьма уместно.

Литература/References

1. D'Agostino RB Sr, Vasan RS, Pencina MJ, et al. General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care. The Framingham Heart Study. *Circulation*. 2008;117(6):743-53. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.699579.
2. Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur H J*. 2003;24:987-1003. doi:10.1016/S0195-668X(03)00114-3.
3. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2021;42(34):3227-337. doi:10.1093/eurheartj/ehab484.
4. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*. 2016;37(29):2315-81. doi:10.1093/eurheartj/ehw106.
5. Sedyh D, Hryachkova O, Kashtalap V. The new SCORE 2 scale: what has changed in the assessment of cardiovascular risk. *Praktikuyushij kardiolog*. 2021;8. (In Russ.) Седых Д., Хрячкова О., Кашталап В. Новая шкала SCORE 2: что изменилось в оценке сердечно-сосудистого риска. *Практикующий кардиолог*. 2021;8: доступно по адресу: <https://e.cardio-practice.ru/911593>.

Благодарности. Автор благодарит доктора физико-математических наук, профессора кафедры теории вероятностей МГУ им. М. В. Ломоносова Яровую Е. Б. за активное обсуждение работы.

Отношения и деятельность: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.