

ОЦЕНКА ОБЩЕГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Подготовил: студент 11 группы
4 курса лечебного факультета
Юнусов А.Ю.

Сердечно-сосудистый риск

- ▣ Сердечно-сосудистый риск — это вероятность развития того или иного неблагоприятного события со стороны сердечно-сосудистой системы (включая смерть от сердечно-сосудистого заболевания или осложнения) в течение определённого периода времени (например, в течение ближайших 10 лет).

Практическое применение

Оценка сердечно-сосудистого риска рекомендована как практический инструмент определения оптимальной степени вмешательства для коррекции риска у конкретного человека. Основными двумя предпосылками для использования сердечно-сосудистого риска во врачебной практике и здравоохранении являются:

- ▣ ограниченность экономических ресурсов и необходимость их использовать наиболее эффективно.
- ▣ необходимость сбалансировать пользу и возможный вред от профилактических вмешательств.

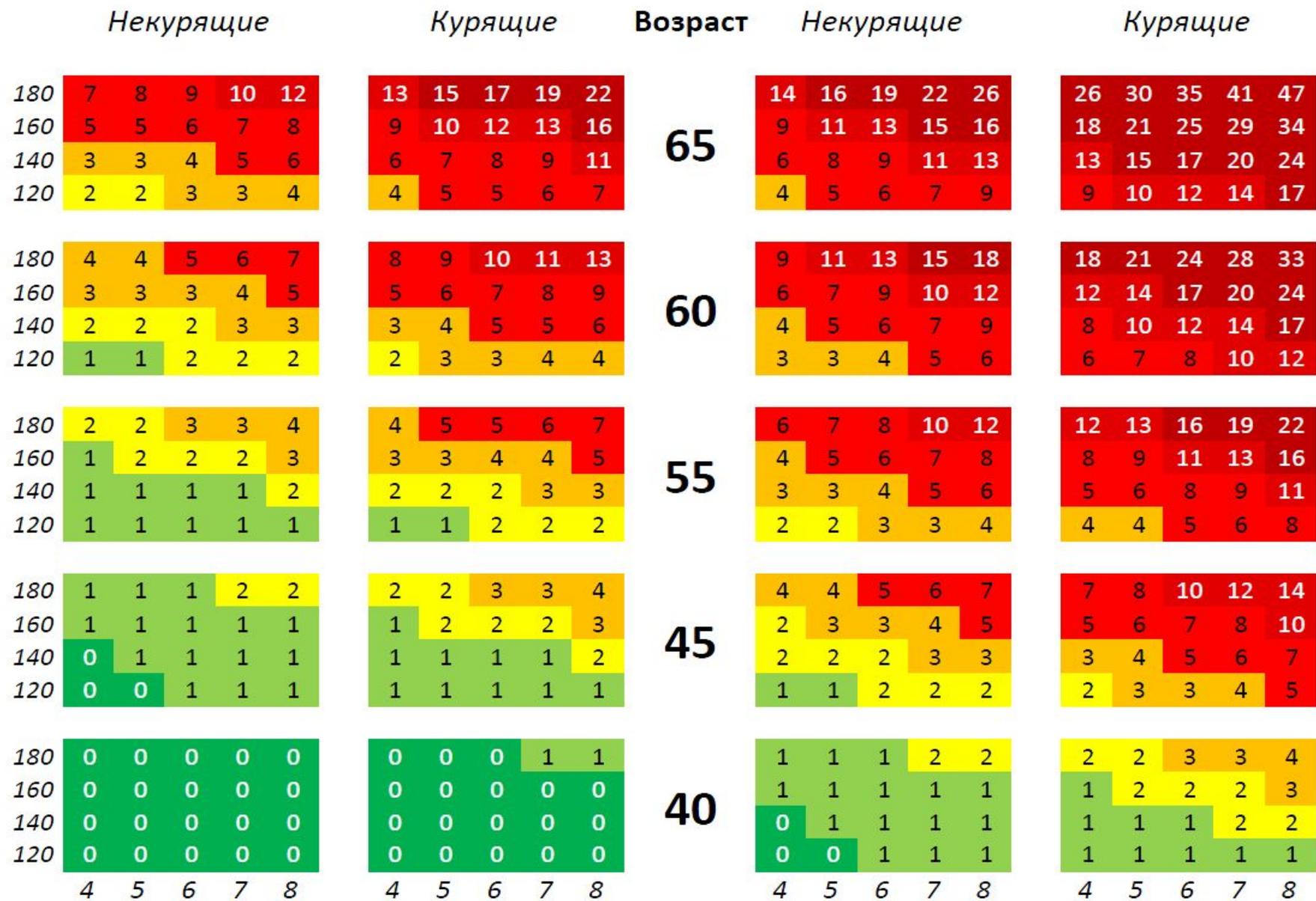
Суммарный сердечно-сосудистый риск - прогностическое значение

- Оценка абсолютного риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений в предстоящие 10 лет жизни (суммарный сердечно-сосудистый риск) производится при помощи Европейской шкалы SCORE, предназначенной для стран очень высокого риска, к которым относится и Республика Беларусь. К фатальным сердечно-сосудистым осложнениям (событиям) относятся: смерть от инфаркта миокарда, других форм ишемической болезни сердца (ИБС), от инсульта, в том числе скоропостижная смерть и смерть в пределах 24 часов после появления симптомов, смерть от других некоронарогенных сердечно-сосудистых заболеваний за исключением определенно не атеросклеротических причин смерти.

Женщины

Мужчины

Систолическое артериальное давление (мм рт. ст.)



Общий холестерин (ммоль/л)

Методика определения суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE

- ▣ Выберите ту часть шкалы, которая соответствует полу, возрасту и статусу курения пациента. Далее внутри таблицы следует найти клетку, наиболее соответствующую индивидуальному уровню измеренного систолического артериального давления (АД мм рт. ст.) и общего холестерина (ммоль / л). Число, указанное в клетке, показывает 10-летний суммарный сердечно-сосудистый риск данного пациента. Например, если пациент 55 лет, курит в настоящее время, имеет систолическое АД 145 мм рт. ст. и уровень общего холестерина 6,8 ммоль/л, то его риск равен 9%.

Степени риска

- ▣ Суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE менее 1% считается низким.
- ▣ Суммарный сердечно-сосудистый риск находящийся в диапазоне от >1 до 5% считается средним или умеренно повышенным.
- ▣ Суммарный сердечно-сосудистый риск находящийся в диапазоне от >5% до 10% считается высоким.
- ▣ Суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE >10% считается очень высоким.

Шкала SCORE не используется:

- ▣ у пациентов с доказанными сердечно-сосудистыми заболеваниями атеросклеротического генеза (ИБС, цереброваскулярные болезни, аневризма аорты, атеросклероз периферических артерий), сахарным диабетом I и II типа с поражением органов мишеней, хроническими болезнями почек, у лиц с очень высокими уровнями отдельных факторов риска;
- ▣ у граждан в возрасте старше 65 лет (данные группы лиц имеют наивысшую степень суммарного 10-летнего сердечно-сосудистого риска);
- ▣ у граждан в возрасте до 40 лет, так как вне зависимости от наличия факторов риска (за исключением очень высоких уровней отдельных факторов) они имеют низкий абсолютный риск фатальных сердечнососудистых осложнений в предстоящие 10 лет жизни.

Следующие заболевания автоматически переводят человека в группу высокого риска:

- ▣ Перенесённый в прошлом инфаркт миокарда
- ▣ Стенокардия напряжения
- ▣ Перенесённая в прошлом транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт, связанные с бассейном сонной артерии
- ▣ Стеноз сонной артерии > 50 %
- ▣ Аневризма брюшного отдела аорты
- ▣ перемежающаяся хромота и другой манифестированный периферический атеросклероз
- ▣ Сахарный диабет (1-го или 2-го типа)

Шкала SCORE

описание

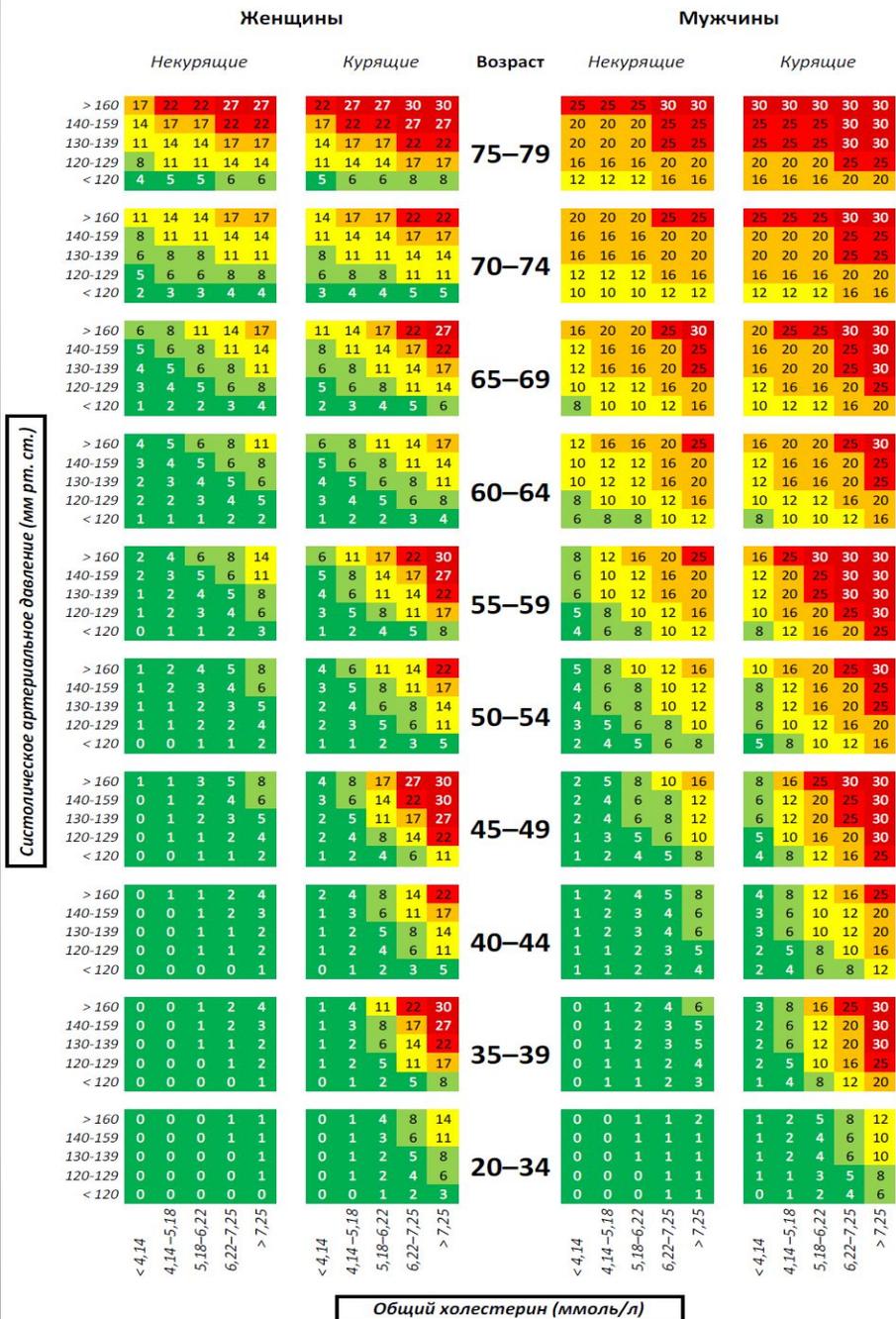
- В Европе в 2003 году на основании 12 когортных исследований и данных по 205178 пациентам была создана шкала SCORE. Она заменила Фрамингемскую шкалу в рекомендациях 3-й Европейской рабочей группы по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в 2003 году, и её интерпретация была скорректирована в рекомендациях 4-й Европейской рабочей группы в 2007 году. В частности на основании данных когортного исследования проекта MONICA было изменено примерное соотношение между десятилетним риском сердечно-сосудистой смерти и глобальным сердечно-сосудистым риском. Если в рекомендациях 2003 года понятие высокого риска сердечно-сосудистой смерти ($>5\%$ в ближайшие 10 лет) было соотнесено с глобальным риском сердечно-сосудистого события $>20\%$ (в ближайшие 10 лет), то в рекомендациях 2007 года 5% риск смерти уже приравнивался к 10% -му глобальному риску. Тем не менее понятие *высокого риска* (как и в рекомендациях от 2003 года определённое по риску смерти $>5\%$ в ближайшие 10 лет) продолжало служить критерием для достижения целевого уровня холестерина ЛПНП («плохого холестерина») $<2,5$ ммоль/л. Это событие значительно отдалило в 2007 году европейские рекомендации от рекомендаций американских, где показанием для столь значимого снижения холестерина с 2002 года остаётся риск нефатального инфаркта миокарда или сердечной смерти $>20\%$.

Фрамингемская шкала

- ▣ Разработана на основании обширного эпидемиологического исследования, проводившегося на протяжении более 12 лет в небольшом городке Фрамингем около Бостона (штат Массачусетс, США). Хотя эта шкала разрабатывалась для американской популяции, была продемонстрирована¹ её применимость в Европе и некоторых других популяциях после соответствующей калибровки. Первая рабочая группа Европейского общества кардиологии, Европейского общества атеросклероза и Европейского общества артериальной гипертензии в 1994 году положила Фрамингемскую шкалу в основу расчёта риска сердечно-сосудистых событий в своих рекомендациях по профилактике ишемической болезни сердца. Эта же шкала использовалась и в рекомендациях второй европейской рабочей группы в 1998 году и в 3-м отчёте NCEP ATP 2002 года. Рекомендации последнего действуют в США по настоящее время. Важно обратить внимание на то, что если в американских рекомендациях (3-м отчёте NCEP ATP) для определения *высокого риска* использовалась граница 20 % в ближайшие 10 лет по *жесткому* *сердечному* риску, то в европейских рекомендациях до 2003 года та же граница (20 % в ближайшие 10 лет) использовалась по отношению к *глобальному сердечно-сосудистому* риску.

Риск нефатального инфаркта миокарда или сердечной смерти по Фрамингемской шкале согласно NCEP ATR III

для людей на антигипертензивной терапии с холестерином ЛПВП 1,295–1,528 ммоль/л



Риск нефатального инфаркта миокарда или сердечной смерти по Фрамингемской шкале согласно NCEP ATR III

для людей НЕ на антигипертензивной терапии с холестерином ЛПВП 1,295–1,528 ммоль/л

