



УДК: 614.254.3: 614.253.9-083.98

Холбоев Санжар Батиржонович
 ассистент кафедры Врача общей практики/Семейная медицина
 Самаркандского Государственного медицинского института. г. Самарканд, Узбекистан

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА О СУММАРНОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИТОМ РИСКЕ

For citation: Xolboyev Sanjar Batirjonovich. Assessment of primary care physician about total cardiovascular risk. Journal of cardiorespiratory research. 2020, vol. 2, issue 1, pp. 81-84

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0974-2020-2-15>

АННОТАЦИЯ

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. В настоящее время наиболее известными являются американская Фремингемская шкала оценки суммарного коронарного риска, 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. В анкетированном опросе приняли участие 66 врачей из различных областей Узбекистана. В ходе анкетирования участников 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.

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

Xolboyev Sanjar Batirjonovich
 Samarqand davlat tibbiyot institutining diplomdan keying ta'lim
 fakulteti umumiy amaliyot/oilaviy meditsina kafedrasi assistenti, Samarqand sh., O'zbekiston.

YURAK – QON TOMIR XAVFI TO'G'RSIDA UMUMIY AMALIYOT SHIFOKORIARI BILIMINI BAHOLASH

ANNOTATSIYA

Amaliy tibbiyotda umumiy yurak-qon tomir xavfini baholash "asimptomatik" bemorlarda, ya'ni aterosklerozning klinik belgilariga ega bo'lmagan shaxslar orasida yuqori xavf guruhlarini shakllantirishda muhim rol o'ynaydi. Hozirgi kunda eng keng tarqalgan bo'lib umumiy koronar xavfini baholash, shuningdek Yevropaning SCORE (koronar kasalliklar xavfini tizimli baholash) shkalasi mavjud bo'lib, u Yevropadagi barcha past va yuqori xavfli davlatlar uchun 10 yillik halokatli xavfini bashorat qiladi. So'rovda O'zbekistonning turli viloyatlardan 66 nafar shifokor qatnashdi. Qatnashchilarni so'roq qilish jarayonida, ShKlarning umumiy miqdorini Yevropaning SCORE shkalasi bo'yicha baholash to'g'risida vrachlarning yuqori darajada xabardorligi aniqlandi. Respondentlarning atigi 10% uni amaliy ishlarida ishlatmaydi yoki ular bilan tanish emas.

Kalit so'zlar: yurak-qon tomir kasalliklari, xavf omillari, umumiy yurak-qon tomir xavfi, anketa so'rovi

Xolboyev Sanjar Batirjonovich,
 M.D, PhD, Ticher of Department of General Practice/Family
 Medicine Faculty of Postgraduate Education,
 Samarkand state Medicine institute, Uzbekistan

ASSESSMENT OF PRIMARY CARE PHYSICIAN ABOUT TOTAL CARDIOVASCULAR RISK

ANNOTATION

In practical medicine, the assessment of total cardiovascular risk (CVR) plays an important role in identifying a high-risk group among “asymptomatic” patients, that is, individuals without clinical manifestations of atherosclerosis. Currently, the most famous are the American Framingham Total Coronary Risk Scale, as well as the European SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) scale, which predicts the 10-year fatal risk of all CVDs for European countries with low and high risk. The survey involved 66 doctors from various regions of Uzbekistan.

In the course of questioning the participants, a high level of awareness of doctors was determined regarding the assessment of total CVR using the European SCORE scale. Only 10% of respondents do not use it in their practical work or are not familiar with it.

Keywords: cardiovascular disease, risk factors, total cardiovascular risk, questionnaire survey.

Актуальность. 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 [6]. 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). 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]. 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].

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

Цель. 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. Проведен опрос с использованием вопросников 66 врачей из различных областей Узбекистана. Среди респондентов врачи общей практики составили 72 %. 67% женщины, 27 % — мужчины. Возрастной диапазон варьировал от 24 до 72 лет (средний возраст участников 44,6±11,7). Стаж работы по специальности — 18,9±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=60) респондентов ответили положительно. 8,3 % (n=18) опрошенных, в. 1,7 % 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). Указывая параметры, используемые в SCORE для оценки суммарного ССР, большинство врачей (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 отметили уровень образования в качестве дополнительного фактора развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО), что демонстрирует более глубокие знания респондентов. Однако для практического использования наиболее применимой попрежнему остается 5-факторная шкала SCORE.

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. Однако 31 % врачей общей практики считают величину ОТ, ФР ССЗ, включенным в SCORE.

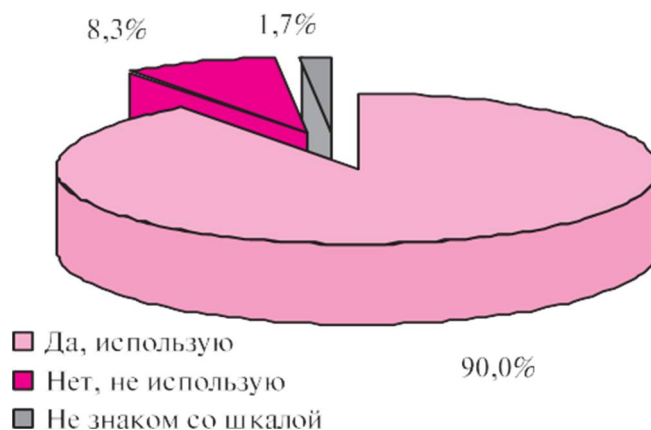


Рис. 1 Использование практическими врачами шкалы SCORE суммарного ССР.

Следующий вопрос анкеты касался распределения пациентов по категориям риска. Согласно европейским

рекомендациям по кардиоваскулярной профилактике, к категории высокого/очень высокого суммарного ССР относятся:

- 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).

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, 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 % врачей дали неправильный ответ, указав, что возраст родственников не имеет значения.

Далее респондентам был предложен более узкий вопрос, касающийся основной цели лечения АГ. 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, а также отечественным и европейским руководствам по ведению пациентов с АГ [2]. Треть участников указали на “снижение АД до целевого уровня”. Лишь один респондент (0,4 %) считает правильным “максимальное снижение АД”.

Среди респондентов, использующих в своей работе шкалу SCORE, 62 % врачей основной целью лечения АГ считают снижение суммарного ССР.

Большинство (91,3 %) участников опроса, заинтересованы и считают полезным проведение обучающих занятий по использованию шкалы оценки суммарного ССР и ведению пациентов различных категорий риска в амбулаторных условиях. 3 респондента дали отрицательный ответ, 15 (6,6 %) врачей затруднились ответить.

На вопрос, имеют ли сами респонденты ФР ССЗ, половина опрошенных (54 %) ответили 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.

Здоровье врача, оцененное по уровням ФР, - показатель его профессиональной компетентности по вопросам профилактики ССЗ, пример для подражания, демонстрирующий отношение самого врача к рекомендациям, которые он дает. По данным ГНИЦПМ у 43 % врачей имеется избыточная МТ, 27,5 % страдают АГ, 25 % и 20 % имеют гиперхолестеринемию 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 %

- Лица, ближайшие родственники которых имели преждевременные ССЗ в молодом возрасте (женщины < 65 лет, мужчины < 55 лет).

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. 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 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 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 % врачей общей практики. Респонденты значительно расширили спектр параметров, включенных в стандартную шкалу оценки суммарного ССР. Полноценные 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 ССЗ лиц с уже установленным диагнозом ССЗ, СД-1/СД-2 с МАУ, а также пациентов с 3мя 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 врачей 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 врачей общей практики по этой проблеме.

Представленное исследование, основанное на результатах анкетированного опроса участников, 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 целесообразно использовать шкалу оценки суммарного ССР SCORE, ее вариант для стран с высоким уровнем риска, к которым относится и Узбекистан. 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 страны.

Список литературы/Iqtiboslar/References

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. Хусинова Ш.А., Холбоев С.Б., Юлдашова Н.Э. Оилавий поликлиника ахолиси орасида юрак кон-томир касалликлари хавфини бахолаш сифатини яхшилаш. Ж: Кардиология Узбекистана, 2016г., №1-2 (39-40), стр.179