Технология использования шкал SCORE.

1. РФ относится к странам с высоким риском ССЗ. Используйте версию шкал для стран высокого риска ССЗ (рисунок 1).

2. Выберите столбец, соответствующий полу и статусу курения пациента.

3. Цифра в ячейке соответствует 10-летнему суммарному риску смерти от ССЗ. Риск менее 1 % считается низким, в пределах ≥ 1 до 5 % – повышенным, в пределах > 5 до 10 % -высоким, ≥ 10 % – очень высоким.

4. Если Вы имеете дело с молодым пациентом с низким суммарным риском, воспользуйтесь дополнительно шкалой относительного риска (рисунок 2). Шкала относительного риска не экстраполируется на возраст и пол пациента, в остальном технология ее использования аналогична таковой для основной шкалы SCORE: найдите ячейку, соответствующую статусу курения, уровням ОХС и САД.

АД сист., мм рт. ст.	Некурящие					Курящие				
180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
	Концентрация общего холестерина в крови, ммоль/л									

Рисунок 2.

Тиражировано ГБУЗ АО «Амурский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики», г. Благовещенск, ул. Шимановского, 45.
www.aocmp.ru
Отпечатано в ООО «ИПК «ОДЕОН». З. С-26-1636.

Министерство здравоохранения Амурской области
Амурский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики

ОЦЕНКА РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Суммарный кардиоваскулярный (сердечно-сосудистый) риск – это вероятность развития связанного с атеросклерозом кардиоваскулярного события в течение определенного периода времени. Его следует рассчитывать обязательно, так как легко ошибиться, если исходить из уровней отдельных фатора риска (ФР). Шкала риска SCORE оценивает риск именно смерти от ССЗ, а не риск любых осложнений (включая фатальные и нефатальные)

Методика оценки суммарного риска:

1. Существуют категории пациентов, у которых оценка суммарного риска очень проста. Все пациенты с:

- диагностированными ССЗ атеросклеротического генеза,
- СД II и I типа при наличии микроальбуминурии,
- очень высокими уровнями отдельных ФР,
- ХБП

имеют ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ и ВЫСОКИЙ кардиоваскулярный риск и нуждаются в активных мероприятиях по снижению уровней всех ФР (таблица 1).

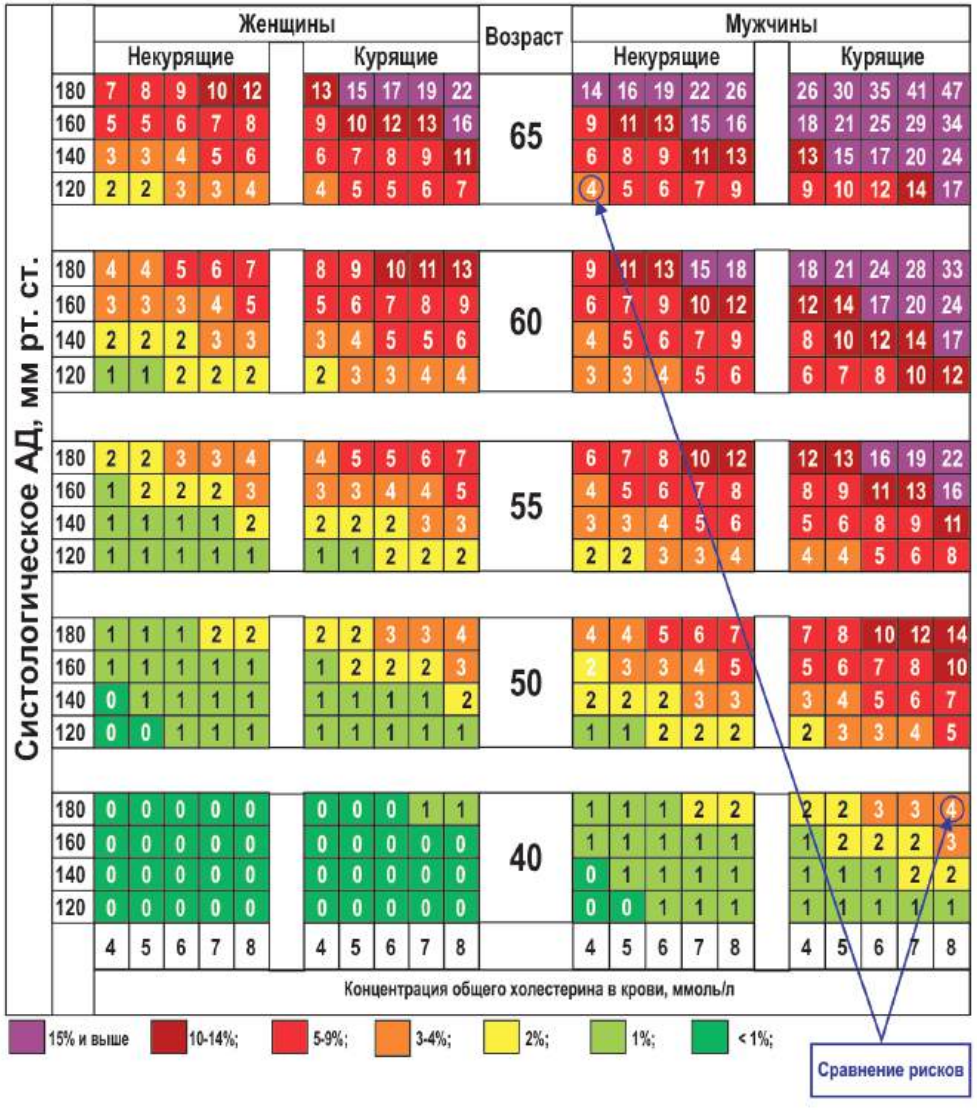
2. Во всех остальных случаях суммарный кардиоваскулярный риск следует оценивать с помощью специальных калькуляторов риска (в странах Европейского региона, в том числе и в России, это шкала риска SCORE, см. рис 1).

СТЕПЕНИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК *Таблица 1*
Доказанный атеросклероз любой локализации (коронарография, МСКТ и др., перенесенные ИМ, ТЛБА, АКШ, МИ, периферический атеросклероз)
СД II и I типа с поражением органов-мишеней (микроальбуминурией)
ХБП (СКФ < 60 мл/мин/1,73м2)
Риск SCORE > 10 %
ВЫСОКИЙ РИСК
Значительно повышенные уровни отдельных ФР, например гипертония высокой степени тяжести или семейная дислипидемия
Риск SCORE > 5 % и < 10 %
УМЕРЕННЫЙ РИСК
Риск SCORE > 1 % и < 5 %
НИЗКИЙ РИСК
Риск SCORE < 1 %

Примечание: МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография, ИМ – инфаркт миокарда, ТЛБА – транслюминальная баллонная ангиопластика, АКШ – аортокоронарное шунтирование, МИ – мозговой инсульт, СКФ – скорость клубочковой фильтрации, ХБП – хроническая болезнь почек.

** 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 неатеросклеротических причин смерти.*



SCORE - Градация суммарного сердечно-сосудистого риска

Рисунок 1. Шкала SCORE: 10-летний абсолютный риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений (суммарный сердечно-сосудистый риск)

Основные цели кардиоваскулярной профилактики в клинической практике

1. Помочь лицам с низким риском ССЗ продлить это состояние на долгие годы и помочь лицам с высоким суммарным риском ССЗ уменьшить его.

2. Лицам с низким (< 1 % по шкале SCORE) и умеренным (> 1 % и < 5 % по шкале SCORE) кардиоваскулярным риском рекомендуется достичь характеристик, которые позволяют людям оставаться здоровыми:

- не курить,
- соблюдать принципы здорового питания,
- физическая активность: 30 мин умеренной физической нагрузки в день,
- индекс массы тела < 25 кг/м^2 и отсутствие центрального ожирения,
- АД < 140/90 мм рт.ст.,
- ОХС < 5 ммоль/л (< 190 мг/дл),
- ХС-ЛНП < 3 ммоль/л (<115 мг/дл),
- глюкоза в крови < 6 ммоль/л (<110 мг/дл).

3. Достичь более жесткого контроля следующих ФР у лиц с ВЫСОКИМ кардиоваскулярным риском (5–10 % по шкале SCORE или значительно повышенными уровнями отдельных ФР, например, семейной гиперхолестеринемией или АГ высокой степени тяжес-ти):

- АД < 130/80 мм рт.ст., при отсутствии противопоказаний,
- ОХС < 4,5 ммоль/л (<175 мг/дл), предпочтительнее < 4 ммоль/л (<155 мг/дл), при отсутствии противопоказаний,
- ХС-ЛНП < 2,5 ммоль/л (<100 мг/дл),
- уровень глюкозы в крови натощак < 6,0 ммоль/л (<100 мг/дл) и HbA1c < 6,5 %, при отсутствии противопоказаний.

4. Достичь максимально жесткого контроля следующих ФР у лиц с ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ кардиоваскулярным риском (у больных с установленным диагнозом атеросклероза любой локализации; СД II и I типа с микроальбуминурией; хронической болезнью почек; суммарным риском > 10 % по шкале SCORE):

- АД < 130/80 мм рт.ст., при отсутствии противопоказаний,
- ХС-ЛНП < 1,8 ммоль/л (<70 мг/дл) и/или снижение на 50 % от исходного уровня при невозможности достижения целевого уровня,
- уровень глюкозы в крови натощак < 6,0 ммоль/л (<100 мг/дл) и HbA1c < 6,5 %, при отсутствии противопоказаний.

5. Проводить лекарственную терапию, улучшающую прогноз, у больных с установленным диагнозом ССЗ атеросклеротического генеза и других категорий пациентов с ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ и ВЫСОКИМ кардиоваскулярным риском.

Достижение целевых уровней артериального давления является крайне важным у лиц с уже имеющимися ССЗ, особенно у пациентов с осложнениями ССЗ – перенесенным ИМ, МИ, пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). У них отказ от курения, соблюдение принципов здорового питания, увеличение ФА, достижение надлежащей МТ, целевых уровней АД и липидов являются показателями эффективности вторичной профилактики.