

КАРДИОЛОГИЯ НА ПІДСТАВІ ДОСВІДУ



К.А. Бобрышев

К.А. Бобрышев, к.м.н., Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Общий сердечно-сосудистый риск: оценка и управление в практике семейного врача

Украина занимает первое место в Европе по уровню заболеваемости кардиоваскулярной патологией: те или иные проявления последней имеют место у 25 млн человек, т. е. у каждого второго жителя страны.

Ежегодно вследствие болезней сердечно-сосудистой системы умирает почти 500 тыс. украинцев, что превышает совокупное количество смертей, ассоциированных с раком, туберкулезом и СПИДом. Проблема усугубляется относительно низкой эффективностью терапии, которая на развитие большинства кардиоваскулярных событий повлиять не способна. Между тем атеросклеротическое поражение сосудов происходит постепенно, и своевременно принятые меры, прежде всего модификация образа жизни, тормозят прогрессирование процесса на доклинической стадии. При этом вероятность кардиоваскулярного события пропорциональна количеству одновременно действующих факторов риска (ФР). Таким образом, к числу навыков, которыми должен обладать семейный врач, чтобы предупреждать инвалидизацию и преждевременную смерть своих пациентов, следует отнести распознавание основных ФР, оценку общего сердечно-сосудистого риска и, в случае необходимости, разработку мероприятий по его снижению.

Идентификация основных факторов сердечно-сосудистого риска

Все ФР делят на немодифицируемые (пожилой возраст, мужской пол, отягощенная наследственность) и модифицируемые, количество которых исчисляется сотнями; тем

Таблица 1. Классификация модифицируемых факторов сердечно-сосудистого риска в зависимости от доказательной базы методов их коррекции (J. Gaziano et al., 2012)

Класс	Модифицируемые ФР*	Доказательная база	Характеристика класса
1	Курение Дислипидемия Артериальная гипертензия	А. Экспериментальные и observational исследования Б. Интервенционные исследования (в основном рандомизированные клинические испытания)	А. Известен целевой уровень ФР, достижение которого должно приводить к отчетливому снижению сердечно-сосудистого риска Б. Определен вклад ФР в общий сердечно-сосудистый риск. Оценена степень снижения сердечно-сосудистого риска в случае коррекции ФР. Обоснована экономическая целесообразность коррекции ФР
2	Нарушенная толерантность к глюкозе / сахарный диабет Недостаточная физическая активность Избыточная масса тела / ожирение Нездоровое питание, злоупотребление алкоголем Воспаление	А. Экспериментальные и observational исследования Б. Интервенционные исследования	А. Известен целевой уровень ФР, достижение которого может приводить к снижению сердечно-сосудистого риска Б. Информации недостаточно из-за малого количества крупномасштабных рандомизированных клинических испытаний. Отсутствует экономическое обоснование коррекции ФР
3	Менопауза Дисбаланс микронутриентов Психологические факторы Новые биохимические и генетические маркеры	А. Экспериментальные и observational исследования Б. Интервенционные исследования	А. Продемонстрирована ассоциация кардиоваскулярных заболеваний с ФР, однако природа такой взаимосвязи не выяснена Б. Информации отсутствует либо имеет низкое качество

Примечание. * В таблице охарактеризованы только позитивные ФР. Негативные ФР, которые снижают вероятность развития сердечно-сосудистых заболеваний, не приведены. К таковым относят длительный прием (по показаниям) ацетилсалициловой кислоты, ингибитора ангиотензинпревращающего фермента, β-адреноблокатора (класс 1), а также заместительную гормональную терапию в постменопаузальном периоде (класс 3).

Таблица 2. Приоритетные группы лиц, нуждающихся в оценке общего сердечно-сосудистого риска (I. Graham et al., 2007; A. Rosengren et al., 2009)

Группа	Характеристика
1. Пациенты, предъявляющие жалобы и/или имеющие объективные признаки болезни	Наличие сердечно-сосудистого заболевания, обусловленного атеросклерозом
2. Бессимптомные лица, у которых установлен по меньшей мере один из основных ФР	Курение (у лиц среднего возраста) Артериальная гипертензия Гиперхолестеринемия Повышение уровня глюкозы в плазме Ожирение, особенно абдоминальное
3. Лица с отягощенным семейным анамнезом	Наличие у близкого родственника раннего развития сердечно-сосудистого заболевания и/или врожденной формы дислипидемии (например, семейной гиперхолестеринемии) Раннее появление у близкого родственника одного из основных ФР
4. Здоровые лица без явных ФР	Все желающие знать свой профиль сердечно-сосудистого риска

не менее практический интерес представляют только те из них, для которых разработаны методы коррекции. В зависимости от обоснованности последних модифицируемые ФР делят на 3 класса (табл. 1).

Располагая ограниченными ресурсами и испытывая постоянную нехватку времени, врач общей практики должен выстроить иерархию пациентов в зависимости от их потребности в оценке и снижении сердечно-сосудистого риска. В таблице 2 группы лиц, у которых необходимо оценить сердечно-сосудистый риск, представлены в порядке убывающего приоритета. Проведение профилактической работы в каждой последующей группе целесообразно только после достижения результатов в предыдущей группе.

Цель клинического обследования – диагностика возможного заболевания, ассоциирующегося с повышенным сердечно-сосудистым риском, а также выявление ФР. При этом врач должен придерживаться определенного плана, включающего разумный минимум диагностических методов (табл. 3).

При сборе анамнеза особое внимание следует уделять уровню физической активности, характеру питания, а также наличию т. н. вредных привычек, которые правильно называть привычными (бытовыми) интоксикациями (по А.Л. Мясникову).

Основными характеристиками статуса курения являются интенсивность/длительность, а также степень никотиновой зависимости. Для оценки интенсивности/длительности курения предложено несколько индексов, одним из которых служит показатель количества пачко-лет, рассчитываемый по формуле [(количество сигарет, выкуриваемых за сутки, шт/20) × стаж курения, лет]. Если пациент курит трубку, то вычисления проводят с учетом эквивалентности 50 г табака 7 пачкам сигарет. Одна сигара соответствует 5 сигаретам. Порогового уровня курения относительно сердечно-сосудистого риска не существует: вероятность развития кардиоваскулярной патологии повышается выкуривание даже 1 сигареты в день. В то же время риск хронического обструктивного заболевания легких и рака легкого начинает прогрессивно увеличиваться после 20 пачко-лет. Степень никотиновой зависимости обычно изучают с помощью вопросника Фагерстрема (табл. 4). Принято считать, что у курильщиков средний уровень зависимости оценивается в 3–4 балла, а ответы на вопросы 1 и 4 имеют наиболее высокую информативность.

Влияние алкоголя на сердечно-сосудистый риск оценить достаточно сложно. Оптимальными суточными дозами в пересчете на чистый этанол признаны 10–30 г для мужчин и <10 г для женщин. При этом по меньшей мере 1 день в неделю должен быть свободен от приема алкоголя. Обычно суточное количество употребленных спиртных напитков оценивают в т. н. дринках, эквивалентных 12 г чистого этанола, или 30 г водки, или 120 г вина, или 240 г пива. Злоупотребление алкоголем, т. е. превышение его суточной дозы, ассоциируется с возрастанием риска,

Таблица 3. Стандартное обследование, необходимое для оценки общего сердечно-сосудистого риска

Вид обследования	Исследуемый аспект/показатель	Комментарий – индикатор сердечно-сосудистого риска
Опрос	Наличие хронического заболевания	Перенесенный инфаркт миокарда, стенокардия напряжения, внезапная смерть, мозговой инсульт, хроническая окклюзия периферических артерий, СД, ХБП
	Семейный анамнез	Раннее появление одного из основных ФР или развитие сердечно-сосудистого заболевания у близкого родственника
	Курение	≥1 сигарета в день
	Употребление алкоголя	В пересчете на чистый этанол >30 г/сут у мужчин, >10 г/сут у женщин
	Физическая активность	Ходьба <3 км/сут или умеренная физическая активность <30 мин/сут
	Особенности диеты	Употребление <5 порций фруктов/овощей в день
	Образовательный и социальный статус	Низкий, одиночество
Физикальное	Рост	ИМТ* ≥25,0 кг/м ²
	Масса тела	≥94 см у мужчин, ≥80 см у женщин
	Окружность талии	≥94 см у мужчин, ≥80 см у женщин
	Частота дыхания	Тахипноэ
	Сердечный ритм	Бради-, тахикардия, аритмия
	АД	≥140/90 мм рт. ст., лодыжечно-плечевой индекс** <0,9
	Аускультация легких и сердца	Застойные явления в легких, изменения тонов и/или шумы в сердце
Лабораторное	Пульс на стопах	Ослабление/отсутствие
	Фундоскопия	При тяжелой АГ – отек диска зрительного нерва, геморрагии в сетчатке
	Глюкоза плазмы крови	>5,5 ммоль/л
	Сывороточный креатинин	рСКФ*** <60 мл/мин/м ²
	ОХС сыворотки крови	≥5,0 ммоль/л
	Сывороточный ХС ЛПНП****	≥3,0 ммоль/л
	Сывороточный ХС ЛПВП	<1,0 ммоль/л у мужчин, <1,3 ммоль/л у женщин (если его определение доступно)
ТГ сыворотки крови	≥1,7 ммоль/л (если их определение доступно)	
Инструментальное	МАУ	30-300 мг/сут (у больных СД при отсутствии протеинурии)
	Белок мочи	При СД и/или ХБП
	Глюкоза мочи	При СД
	Высокочувствительный С-реактивный белок, липопротеин (а), фибриноген, гомоцистеин сыворотки крови	При раннем развитии сердечно-сосудистого заболевания, особенно при отягощенном семейном анамнезе
	Электрокардиография	При АГ либо подозрении на сердечно-сосудистую патологию – ишемические изменения, признаки перенесенного инфаркта миокарда, аритмии, гипертрофия камер сердца
	Электрокардиография с нагрузочным тестированием	При подозрении на стенокардию напряжения – ишемические изменения
	Эхокардиография	При АГ (особенно у молодых лиц, а также при высоком уровне АД) – гипертрофия/дилатация камер сердца
Консультация узкими специалистами	Ультразвуковое исследование артерий эластического типа	При АГ либо подозрении на сердечно-сосудистую патологию – скорость распространения пульсовой волны >12 м/с, толщина комплекса интима-медия в общих сонных артериях >0,9 мм или фиброатерома, лодыжечно-плечевой индекс <0,9
	Осмотр окулистом, неврологом, эндокринологом, нефрологом, ангиохирургом, кардиохирургом и т. д.	По показаниям, при тяжелом течении сердечно-сосудистого заболевания

Примечания. АГ – артериальная гипертензия, АД – артериальное давление, ИМТ – индекс массы тела, МАУ – микроальбуминурия, ОХС – общий холестерин, СД – сахарный диабет, ТГ – триглицериды, ХБП – хроническая болезнь почек, ХС ЛПВП – холестерин липопротеинов высокой плотности, ХС ЛПНП – холестерин липопротеинов низкой плотности.

* ИМТ рассчитывается по формуле A. Quetelet: (масса тела, кг) / (рост, м)². ** Для расчета лодыжечно-плечевого индекса во время физического обследования необходимо измерять АД на голени. Методику используют, если на артериях стоп наблюдается ослабление пульса, а доплерографическое измерение АД недоступно.

*** рСКФ (расчетная скорость клубочковой фильтрации, мл/мин/1,73 м²) вычисляется по формуле MDRD: 186 × (SCr, мг/дл)^{-1,154} × (возраст, лет)^{-0,203} × (0,742 для женщин), где SCr – сывороточная концентрация креатинина (чтобы получить размерность «мг/дл», значение показателя, выраженное в ммоль/л, умножают на 0,0113). Альтернативой рСКФ служит клиренс креатинина (мл/мин), который рассчитывают по формуле Cockcroft-Gault: [(140 – возраст, лет) × (масса тела, кг) × (1,23 для мужчин или 1,05 для женщин)] / (SCr, ммоль/л). Формулу MDRD обычно используют в тех случаях, когда оцениваемая рСКФ <60 мл/мин/1,73 м². Формула Cockcroft-Gault дает наиболее точные результаты, если клиренс креатинина ≥60 мл/мин.

**** Значение показателя (ммоль/л) можно получить по формуле W. Friedewald: (ОХС, ммоль/л) – (ХС ЛПВП, ммоль/л) – (ТГ, ммоль/л / 2,2).

что особенно характерно для распространенного в Украине т. н. северного типа потребления алкоголя (крепкие спиртные напитки в высоких дозах). Другим вариантом, увеличивающим сердечно-сосудистый риск, является т. н. случайная выпивка.

При наличии определенного навыка физикальное обследование, требуемое для идентификации ФР, не является трудоемким. Специальные исследования, проводившиеся среди врачей общей практики, показали, что чаще всего технические ошибки, влияющие на конечный результат, допускают при измерении окружности талии и изучении пульса на стопах.

В частности, окружность талии нередко измеряют, обхватывая сантиметровой лентой произвольный участок живота. Однако верная методика предусматривает определение окружности талии на середине расстояния от нижнего края реберной дуги до верхнего края гребня подвздошной кости.

Пульс на стопах обычно исследуют на задней большеберцовой артерии и артерии тыла стопы. При пальпации нужно придерживаться нескольких правил: обследовать пациента без носков; изменять силу давления на мягкие ткани от небольшой до значительной; пальпировать артерии обеих ног; оценивать пульсацию по 4-балльной шкале, согласно которой 0 (0/3) – отсутствие пульса, 1 (1/3) – ослабленный пульс, 2 (2/3) – нормальный пульс, 3 (3/3) – усиленный пульс.

Пальпация артерий стопы облегчается, если она основана на знании анатомических ориентиров. Так, задняя большеберцовая артерия (a. tibialis posterior) располагается кзади от медиальной лодыжки между сухожилиями двух мышц – m. tibialis posterior и flexor digitorum longus. Чтобы определить эту артерию, нужно мысленно разделить окружность, описывающую медиальную лодыжку, на 4 квадранта; расположить два пальца руки в задне-нижнем квадранте (между 6 и 9 часами на левой голени, между 3 и 6 часами на правой голени) в той зоне, где начинают пальпироваться мягкие ткани.

Артерия тыла стопы (a. dorsalis pedis) проходит по линии от extensor retinaculum, а далее параллельно сухожилию m. extensor hallucis longus и латерально от него. Из-за анатомической вариабельности артерию тыла стопы пропальпировать гораздо труднее, чем заднюю большеберцовую артерию. Считается, что артерия тыла стопы не прощупывается по меньшей мере у 10% здоровых людей, однако в большинстве случаев этот сосуд позволяет локализовать тщательная пальпация центральной части тыла стопы. До начала обследования нужно попросить пациента согнуть стопу в тыльном направлении (положение дорсифлексии). Далее следует положить на латеральную половину тыла стопы (перпендикулярно ее продольной оси) четыре пальца, сомкнутые вместе так, чтобы указательный попадал в желобок, образованный сухожилиями m. extensor hallucis longus и m. extensor digitorum longus. Если пульс определить

не удастся, необходимо методично пропальпировать всю центральную зону тыла стопы.

Пульсация артерий стопы, оцененная в 0-1 балла, указывает на необходимость расчета лодыжечно-плечевого индекса – соотношения показателей систолического АД, измеренного на голени и плече. При наличии оснащения АД оценивают доплерографически. Если методика недоступна, а пульс на стопах можно определить пальпаторно, лодыжечно-плечевого индекса рассчитывают, основываясь на данных физикального обследования. Для этого больного укладывают на левом плече. Далее систолическое АД дважды измеряют на левой голени, накладывая манжету на ее середину и пальпируя вначале a. tibialis posterior, а потом a. dorsalis pedis (учитывается большее из 2 значений). Аналогичным образом систолическое АД определяют на плече и голени справа. Измерение АД на голени во многих случаях можно проводить манжетой, имеющей камеру обычных размеров. Однако, если диаметр голени превышает 32 см, необходимо использовать манжету с большой камерой (например, размером 310x155 мм). Для левых и правых конечностей расчет лодыжечно-плечевого индекса проводят раздельно, считывая меньшую из 2 величин. Интерпретация данного показателя представлена в таблице 5.

Оценка общего сердечно-сосудистого риска

У большинства взрослых людей одновременно можно выявить сразу несколько ФР, причем абсолютная выраженность каждого из них обычно невелика или умеренна. Так как по отношению друг к другу ФР обладают потенцирующим влиянием, прогрессирование атеросклероза во многих случаях обусловлено их совместным действием, которое и определяет общий сердечно-сосудистый риск. Важно подчеркнуть, что хронические формы заболеваний, вызванных атеросклеротическим поражением, манифестируют только тогда, когда окклюзия сосуда достигает 50-70%. В то же время сердечно-сосудистые события, т. е. острые формы болезней, обусловленных атеросклерозом, нередко возникают на фоне полного здоровья. Это объясняется тем, что в основе сердечно-сосудистых событий нередко лежит повреждение фиброатеромы малых размеров, не способной вызвать гемодинамически значимое снижение кровотока. Следовательно, у внешне здоровых людей среднего возраста, имеющих несколько ФР, риск смерти часто сопоставим с таким у пациентов с манифестными формами сердечно-сосудистой патологии. Поскольку существует отчетливая корреляция между степенью атеросклеротического поражения сосудов с одной стороны и количеством, а также абсолютной выраженностью основных ФР с другой, совокупная оценка последних позволяет прогнозировать вероятность неблагоприятных исходов даже у бессимптомных лиц. Последовательность оценки общего сердечно-сосудистого риска приведена в таблице 6.

Наличие определенных заболеваний, равно как и чрезмерно высокий уровень основных ФР, служит явным индикатором далеко зашедшего атеросклеротического поражения и потому позволяет автоматически отнести таких лиц в группу крайне высокого сердечно-сосудистого риска. Однако у бессимптомных лиц с умеренно выраженными ФР уровень риска далеко не столь очевиден. Между тем состояние здоровья именно этой популяции определяет ближайшую перспективу, связанные с кардиоваскулярной заболеваемостью и смертностью. Для лиц, принадлежащих к данному контингенту, разработана диаграмма SCORE, которая оценивает (в процентном выражении) дополнительный к общепопуляционному риск смерти от сердечно-сосудистого заболевания в ближайшие 10 лет. Диаграмма существует в нескольких вариантах, учитывающих региональные особенности сердечно-сосудистой смертности в различных европейских странах. В Украине используют вариант для стран с высокой кардиоваскулярной смертностью (рис. 1).

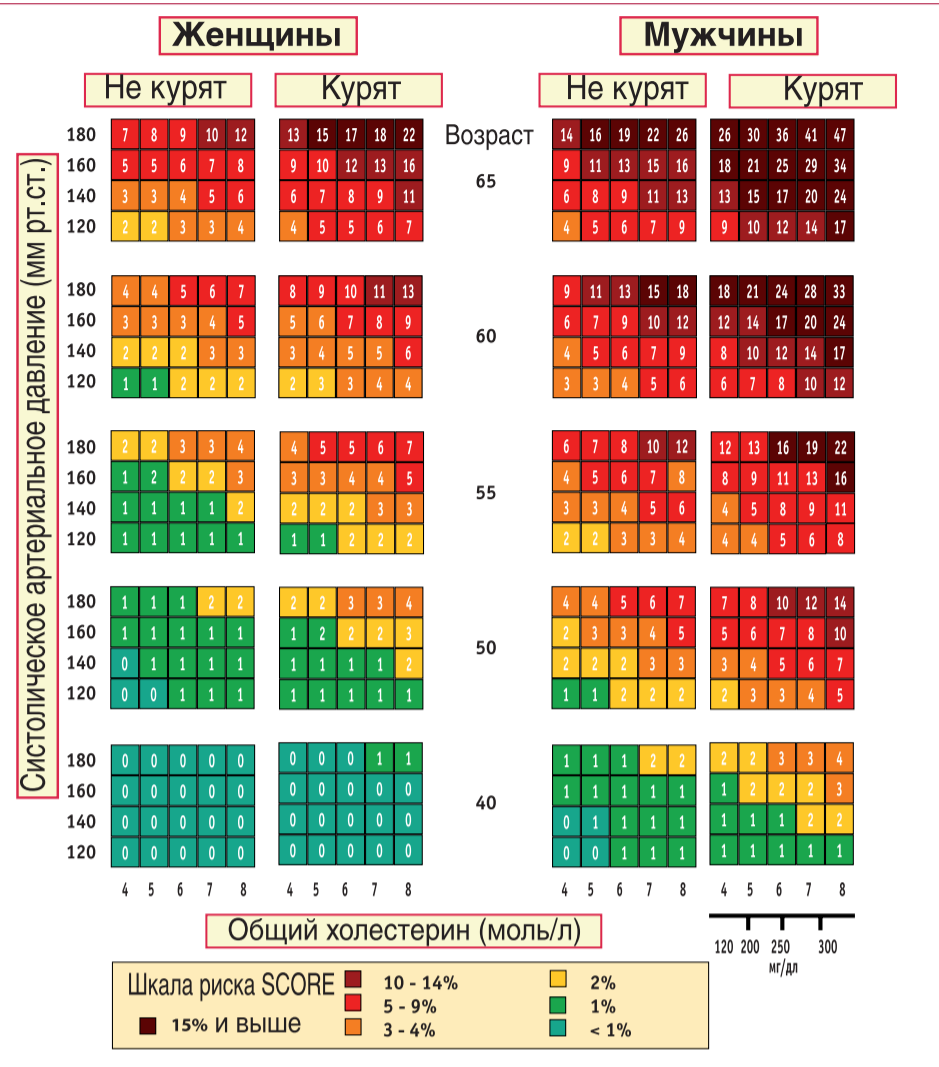


Рис. 1. Диаграмма SCORE для стран с высокой распространенностью сердечно-сосудистых заболеваний

Таблица 4. Тест Фагерстрема для определения уровня никотиновой зависимости (D. Balfour et al., 2000)

Вопрос	Ответ	Баллы
1. В течение какого времени после утреннего пробуждения Вы выкуриваете первую сигарету?	5 мин	3
	6-30 мин	2
	31-60 мин	1
2. Вам сложно не курить в тех местах, где этого делать нельзя?	Да	1
	Нет	0
3. От какой сигареты Вам сложнее всего отказаться?	От первой утренней	1
	От любой другой	0
4. Сколько сигарет Вы выкуриваете на протяжении суток?	≥31	3
	21-30	2
	11-20	1
5. В первые часы после утреннего пробуждения Вы курите чаще, чем в течение всего остального дня?	Да	1
	Нет	0
	Нет	0
6. Вы курите, когда из-за болезни должны лежать в постели?	Да	1
	Нет	0

Таблица 5. Лодыжечно-плечевой индекс и его интерпретация (N. Diepenbrock, 2012; S. McGee, 2007)

Значение лодыжечно-плечевого индекса	Интерпретация
≥0,90*	Норма
0,80-0,89	Артериальная окклюзия легкой степени (повышенная жесткость артерий)
0,50-0,79	Артериальная окклюзия умеренной степени (часто с перемежающейся хромотой, в покое симптомов ишемии нет)
<0,50	Артериальная окклюзия тяжелой степени – ишемия, угрожающая конечности (симптомы ишемии в покое – боль, некроз тканей)

Примечание. * По данным исследования SLVDS (W. Hiatt et al., 1995), лодыжечно-плечевого индекса <0,97 встречается менее чем у 2,5% здоровых некурящих людей молодого возраста (n=1280).

Таблица 6. Методология оценки общего сердечно-сосудистого риска

Этап оценки	Комментарий
I. Установить наличие: – сердечно-сосудистого заболевания атеросклеротического генеза; – СД, особенно с МАУ; – ХБП с рСКФ <60 мл/мин/1,73 м ² ; – крайне высокого уровня хотя бы одного из основных ФР: систолического АД ≥180/110 мм рт. ст.; ОХС ≥8,0 ммоль/л; ХС ЛПНП ≥6,0 ммоль/л	Констатация крайне высокого сердечно-сосудистого риска
II. При отсутствии перечисленных состояний воспользоваться диаграммой SCORE	Констатация одной из следующих градаций риска: низкий (≥1%); умеренный (2-4%); высокий (5-9%); крайне высокий (≥10%)
III. При низком абсолютном риске (например, в силу молодого возраста) оценить по специальной диаграмме относительный сердечно-сосудистый риск	–
IV. Установить наличие метаболического синдрома	Критерий (ESC/ESH, 2007): – абдоминальное ожирение (окружность талии ≥94 см у мужчин и ≥80 см у женщин) + – наличие 2 из следующих признаков: АД ≥130/85 мм рт. ст.; плазменная концентрация глюкозы натощак 5,6-6,9 ммоль/л; уровень ХС ЛПВП ≥1,0 ммоль/л у мужчин и ≥1,3 ммоль/л у женщин; уровень ТГ ≥1,7 ммоль/л
V. Установить наличие прочих клинически значимых факторов и маркеров сердечно-сосудистого риска: – ожирения (по ИМТ); – СД; – доклинических признаков сердечно-сосудистого ремоделирования: гипертрофии миокарда левого желудочка, лодыжечно-плечевого индекса <0,9, толщины комплекса интима-медия >0,9; – малоподвижного образа жизни; – социальной депривации; – отягощенного семейного анамнеза	Если пациент имеет перечисленные ФР, внести поправку в результаты, полученные с помощью диаграммы SCORE

Продолжение на стр. 14.

КАРДИОЛОГІЯ НА ПІДСТАВІ ДОСВІДУ

К.А. Бобрышев, к.м.н., Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Общий сердечно-сосудистый риск: оценка и управление в практике семейного врача

Продолжение. Начало на стр. 12.

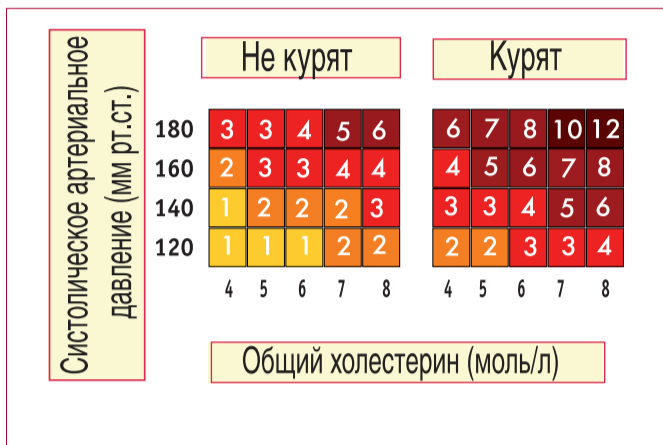


Рис. 2. Диаграмма относительного риска сердечно-сосудистой смерти на протяжении ближайших 10 лет

Диаграмма SCORE предусматривает анализ 5 ФР – немодифицируемых (пол и возраст) и модифицируемых (статус курения, уровень АД, концентрация ОХС). Чтобы облегчить восприятие результатов, диаграмма имеет цветовую маркировку (принцип светофора): зеленая зона (угрозы нет) соответствует низкому риску, желтая (внимание!) – умеренному, красная (опасность!) – высокому и крайне высокому. Для более детальной градации риска применяют оттенки трех основных цветов.

Если, несмотря на воздействие нескольких ФР, общий сердечно-сосудистый риск остается низким (что свойственно молодым людям), рекомендуется оценивать относительный риск, для которого также создана диаграмма (рис. 2). Такой подход позволяет продемонстрировать пациенту, во сколько раз его сердечно-сосудистый риск превышает таковой у некурящего ровесника с нормальными АД и уровнем ОХС. Благодаря диаграмме относительного риска повышается мотивация к ведению здорового образа жизни, а кроме того, облегчается выявление лиц, которым вскоре может понадобиться медикаментозная терапия. Электронным аналогом диаграммы SCORE является компьютерная программа HeartScore. После ввода исходных данных эта программа высчитывает риск и предлагает мероприятия, направленные на его снижение. В online-режиме доступна

русскоязычная версия, разработанная для населения Российской Федерации (www.heartscore.org).

Нужно учитывать, что прогнозирование риска с помощью диаграммы SCORE основано на оценке лишь тех 3 модифицируемых ФР, которые относят к 1 классу. Такой подход оправдан не только потому, что влияние этих факторов на сердечно-сосудистый риск имеет наибольшую доказательную базу, но и вследствие того, что воздействие курения, артериальной гипертензии и дислипидемии ответственно за развитие 70-90% всех сердечно-сосудистых заболеваний. Тем не менее ряд прочих ФР, принадлежащих, главным образом, ко 2 классу, может также играть существенную роль. Так, среди ФР, не вошедших в оценочную систему SCORE, особое значение имеет метаболический синдром – кластер (совокупность) взаимно отягощающих факторов, причина которых кроется в энергетическом дисбалансе, т.е. малоподвижном образе жизни, с одной стороны, и употреблении избыточного количества калорийной пищи – с другой. Согласно общепринятой точке зрения, энергетический дисбаланс обуславливает абдоминальное ожирение и инсулинорезистентность, которые служат отправными точками в последующей динамике сердечно-сосудистого континуума и нарушенной толерантности к углеводам. Наличие хотя бы одного из факторов, являющихся критерием метаболического синдрома, указывает на необходимость активного поиска всех остальных компонентов кластера. Несмотря на спорный характер многих положений, лежащих в основе концепции метаболического синдрома, его распознавание способствует лучшему пониманию индивидуального профиля сердечно-сосудистого риска каждого конкретного пациента.

Таким образом, оценка риска с помощью диаграммы SCORE нередко требует корректировки, характер которой зависит от наличия у пациента других факторов и маркеров сердечно-сосудистого риска. Однако, до тех пор пока не будет разработан формализованный инструмент, позволяющий устанавливать вклад каждого из них, результат подобной корректировки будет достаточно субъективным, а следовательно, неточным и спорным.

Продолжение следует.

НОВИНИ НАМНУ

Високоспеціалізована медична допомога стає доступнішою для жителів Дніпропетровщини

3 березня 2012 р. відбулося засідання підсумкової колегії Головного управління охорони здоров'я Дніпропетровської облдержадміністрації за участю президента Національної академії медичних наук (НАМН) України Андрія Сердюка.

У заході взяли участь губернатор Дніпропетровської області Олександр Вілкул, голова обласної ради Євген Удод, начальник Головного управління охорони здоров'я Дніпропетровської облдержадміністрації Валентина Гінзбург, члени постійної комісії обласної ради з питань охорони здоров'я, дитинства та материнства, керівники медичних закладів та установ, медична спільнота, фахівці санітарно-епідеміологічних станцій та професорсько-викладацький склад Дніпропетровської державної медичної академії.

На колегії було підведено підсумки роботи галузі охорони здоров'я в 2011 р. та визначено плани на 2012 р. «Дніпропетровська область до 1 січня 2012 р. – старту процесу модернізації охорони здоров'я – виконала всі вимоги відповідно до завдань Міністерства охорони здоров'я України», – зазначила Валентина Гінзбург.

Під час підсумкового засідання губернатор Дніпропетровської області Олександр Вілкул та президент НАМН України Андрій Сердюк підписали меморандум про співпрацю.

НАМН України виділяє квоти для надання спеціалізованої медичної допомоги жителям Дніпропетровської області в 28 підпорядкованих установах. «Понад 3 тис. пацієнтів на рік із тяжкими патологіями зможуть отримати висококваліфіковану допомогу фахівців наукових центрів. Ми вже прийняли 200 дніпропетровців. Такі центри існують у різних регіонах України: у м.м. Києві, Харкові, Львові, Одесі, Донецьку, Дніпропетровську. Спеціалізована допомога буде надаватися за бюджетні кошти», – підкреслив Андрій Сердюк.

Також президент НАМН відзначив успішний початок процесу модернізації охорони здоров'я на Дніпропетровщині і подякував Олександр Вілкулу за особисту увагу до проблем розвитку медицини в регіоні.

У свою чергу керівництво Дніпропетровської області здійснює організаційні заходи щодо створення регіональними органами охорони здоров'я дієвої, прозорої системи відбору та направлення громадян області, що потребують високоспеціалізованої медичної допомоги, до наукових установ НАМН України відповідно до встановленого порядку.

Довідка

Порядок направлення пацієнтів до наукових установ НАМН України

Головні лікарі наукових установ НАМН України розробляють та доводять до відома обласного управління охорони здоров'я порядок та показання для направлення хворих до консультативної поліклініки та клініки наукової установи, визначаючи при цьому (з урахуванням характеру хвороби) необхідні обсяги обстеження хворого в лікувально-профілактичних закладах за місцем проживання.

Направлення на стаціонарне лікування до клінік установ НАМН України здійснює обласне управління охорони здоров'я.

Госпіталізація планових хворих до клінік відбувається після їх огляду в консультативній поліклініці наукової установи за наявності показань для стаціонарного лікування у відділенні відповідного профілю та згідно наукових розробок установи.

Відповідальність за дотримання порядку направлення громадян до наукових установ НАМН України та відбір хворих на стаціонарне лікування покладається на керівника обласного управління охорони здоров'я та головного лікаря наукової установи. Помилки щодо направлення хворих реєструються в спеціальних журналах з обов'язковим інформуванням обласного управління охорони здоров'я.

За матеріалами управління преси та інформації Дніпропетровської облдержадміністрації



Измерение ВГД через веко



ИГД-02_ПРА



ИГД-02_УВВ

ОПЫТ • ДОВЕРИЕ • НАДЕЖНОСТЬ

- Более 30 клинических испытаний в РФ и странах СНГ
- Около 40 научных публикаций
- Более 10 наград на международных и отечественных выставках
- Экспортный вариант прибора:
 - успешные клинические испытания более чем в 15 странах мира (США, Финляндия, Испания, Германия, Индия и др.)
 - международные сертификаты CE 0535 (Евросоюз), FDA (США) и др.

Безопасное и быстрое измерение ВГД?
Транспальпебральная тонометрия!

Оптимальный прибор для скрининга?
Индикатор ИГД-02 diathera!

Уникальной методике 16 лет!



Альтернативы нет!

Государственный
Рязанский
Приворный завод

Производитель приглашает
к сотрудничеству
новых дилеров!

390000, Россия,
г. Рязань, ул. Семинарская, 32
тел.: (4912) 29-84-53 (многоканальный)
факс: (4912) 29-85-16
e-mail: info@grpz.ru

WWW.GRPZ.RU

Представитель в Украине
«МЕДТЕХНАБ»

г. Киев тел.: (044) 492-94-30, 494-41-10