



Какво ново в препоръките за оценка на риска АНА/АСС

доц. Милена Станева

МБАЛ Токуда София
Клиника по съдова хирургия

2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk

A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines

Endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, American Society for Preventive Cardiology, American Society of Hypertension, Association of Black Cardiologists, National Lipid Association, Preventive Cardiovascular Nurses Association, and WomenHeart: The National Coalition for Women with Heart Disease

David C. Goff, Jr, Donald M. Lloyd-Jones, Glen Bennett, Sean Coady, Ralph B. D'Agostino, Sr, Raymond Gibbons, Philip Greenland, Daniel T. Lackland, Daniel Levy, Christopher J. O'Donnell, Jennifer Robinson, J. Sanford Schwartz, Susan T. Shero, Sidney C. Smith, Jr, Paul Sorlie, Neil J. Stone and Peter W.F. Wilson

published online November 12, 2013 *Circulation*.

Какво ново в препоръките за оценка на риска на АНА/АСС

1. Насоки, отнасящи се до превенция на **Атеросклеротични сърдечно-съдови заболявания (АССЗ)**
 - Оценка на риска за първични Атеросклеротични сърдечно-съдови заболявания
 - Хиперлипидемия,
 - Артериална хипертония,
 - Промяна в начина на живот,
 - Затлъстяване
2. Препоръките са Клас на Препоръка / Ниво на доказателства (АНА/АСС), Качество на препоръката (NLHBI)
3. **Раса**, пол, възраст
4. Формули за оценка на риска позволяващи прогнозиране на 10-годишен риск (40–79 г.в) и над 10 г. риск (20–59 г.в.) за АССЗ. Електронен формуляр,
5. Обсъждане на употребата на новите маркери за атеросклероза
6. Рискът се определя като **Нисък 10-г. риск (<7.5%)** и **Висок 10-г. риск ($\geq 7.5\%$)**

Класификация на Препоръки и ниво на доказателственост

Клас I	Клас IIa	Клас IIb	Клас III
<i>Полза >>> Риск</i>	<i>Полза >> Риск</i>	<i>Полза ≥ Риск</i>	<i>Риск ≥ Полза</i>
Процедурата/терапията е ЗАДЪЛЖИТЕЛНА	Процедурата/терапията е ПРЕПОРЪЧИТЕЛНА	Процедурата/терапията ТРЯБВА да се обсъди	Процедурата/терапията НЕ трябва да се изпълнява Те не помагат и могат да навредят

Ниво А препоръки, базиращи се на резултати от мултицентрови рандомизирани клинични проучвания (МРКП) или мета-анализи (МА)

Ниво В едноцентрови или нерандомизирани проучвания

Ниво С експертни препоръки или терапевтични стандарти

Степенуване на силата на препоръката по NHLBI

Степен	Сила на препоръката
A	Силна препоръка Налице е висока сигурност въз основа на доказателства, че ползата е значителна.
B	Умерена препоръка Има умерена сигурност въз основа на доказателства, че чистата полза е умерена до значителна, или има висока сигурност, че чистата полза е умерено
C	Слаба препоръка Има най-малко умерена сигурност въз основа на доказателства, че е налице малка чиста полза.
D	Препоръка срещу Има най-малко умерена сигурност въз основа на доказателства, че не притежава чиста полза или че рисковете / вредите превишават ползите.
E	Експертно мнение ("Няма достатъчно доказателства или доказателства са неясни или противоречиви, но това е, което се препоръчва от панела.") Полза е неясно. Панелът мисли, че е важно да се осигури клинично ръководство и да направи препоръка. Препоръчват се по-нататъшни изследвания в тази област.
F	Не препоръчва или е против ("Няма достатъчно доказателства или доказателства са неясни или противоречиви.") Ползата е неясно. Препоръчват се по-нататъшни изследвания в тази област..

Оценка на качеството на убедителността на доказателствата

Тип на доказателства	Качество на оценката
<ul style="list-style-type: none">• добре проектирани, добре изпълнен РКП, които адекватно да представляват популациите, на които са приложени резултатите и директно оценка на ефектите върху здравните резултати.• МА на такива проучвания. <p>Силно определен за оценка на ефекта. Малко вероятно е по-нататъшните изследвания да променят нашата увереност в оценката на въздействие.</p>	Висока
<ul style="list-style-type: none">• РКП с незначителни ограничения засяга доверието в или приложимост на резултатите.• добре проектирани, добре изпълнен нерандомизирано контролирани проучвания и добре проектирани и добре изпълнени наблюдателни проучвания.• МА на такива проучвания. <p>Умерено определено за оценка на ефекта. По-нататъшните изследвания може да окажат въздействие върху доверието ни в оценката на въздействие и може да се променя оценката.</p>	Умерена
<ul style="list-style-type: none">• РКП с големи ограничения.• нерандомизирани контролирани проучвания и наблюдателни проучвания с основните ограничения, влияещи върху доверието в или приложимост на резултатите.• неконтролирани клинични наблюдения без подходяща група за сравнение (напр., серия от случаи, доклади за отделни случаи).• Физиологични проучвания при хора.• МА на такива проучвания. <p>Ниска сигурност за оценка на ефекта.</p>	Ниска

Задачи на Работната група

- 1 . Да се развие или да се препоръча подход за количествена оценка на риска , който би могъл да бъде използвани за насочване на поведение;
- 2 . Да се справи с малък брой въпроси, които се смятат за критични за определяне и приемане на оценка на риска в клиничната практика, използвайки систематична методика.

Методология

- ▶ процес за разработване на нови, **всеобхватни многофакторните рискови уравнения** за прогнозиране на 10-годишен риск за развитие на АССЗ в *неиспански афро-американски и неиспански бели мъже и жени 40–79 години.*
- ▶ **Десет годишен риск** – риск от развитие на първото АССЗ събитие, дефинирано като нефатален инфаркт на миокарда или смърт от исхемична болест на сърцето, или фатален или нефатален исхемичен мозъчен инсулт, **над 10-годишен** период при хората без предхождащи АССЗ в началото на периода.

Подход за оценка на риска

- ▶ Необходимост от подход за оценка на риска, който да е въз основа на вида на данните, които лекарите от първичната помощ могат лесно да събират и може да се осъществява в рутинната клинична практика
- ▶ Работната група признава, че нито един от инструментите за оценка на риска или нови рискови маркери разгледани в настоящия документ **не са били официално оценени в рандомизирани контролирани проучвания за скрининг стратегии с крайна цел – клинични прояви .**

Подход за оценка на риска

- **" дискусия на риска "** – може да включва:
 - оценка на риска на пациента за АССЗ ,
 - потенциалните ползи,
 - отрицателните аспекти , рискове ,
 - предпочитанията на пациентите по отношение на започване на съответните превантивни терапии.
- Решение да се разработят нови уравнения за оценка на 10-годишния риск за развитието на първо АССЗ събитие , работната група използва най-добрата налична информация от кохорти от възрастни , базирани в общността , с приемане на крайни точки за смърт от ИБС, нефатален МИ и нефатален или фатален ИМИ .

Нови формули за риск на сборна Кохорта ACC3

- ▶ Окончателните сборни кохорти включват участници от няколко големи , расово и географски разнообразни съвременни NHLBI спонсорирани кохортни проучвания, включително
 - ▢ ARIC (Atherosclerosis Risk in Communities) study,
 - ▢ Cardiovascular Health Study ,
 - ▢ CARDIA (Coronary Artery Risk Development in Young Adults) study ,
 - ▢ Framingham Original
 - ▢ Offspring Study cohorts.

Нови формули за риск на сборна Кохорта АССЗ

- ▶ Груповите уравнения – предоставят пол и раса специфични оценки за 10 –годишен риск за АССЗ за Афро–американци и бели мъже и жени 40–79 години.
- ▶ Променливите – включени в уравненията за оценка на риска са:
 - възраст ,
 - общ холестерол
 - HDL – холестерол,
 - систоличното АН (включително лекуван или нелекуван статус)
 - захарен диабет
 - сегашно състояние на тютюнопушенето .

Нови формули за риск на сборна Кохорта АССЗ

- ▶ **Общо** в анализа са включени:
 - 11,240 бели жени (получили 902 значими АССЗ инциденти),
 - 9,098 бели мъже (1,259 значими АССЗ инциденти),
 - 2,641 Афроамерикански жени (290 значими АССЗ инциденти),
 - 1,647 Афроамерикански мъже (238 значими АССЗ инциденти)
- ▶ **Използувани критерии:**
 - 40 – 79 г.в.,
 - видимо здрави,
 - без предхождащи МИ, ИМИ, СН, РСІ, АКБ или АА
- ▶ Получените формули позволяват *прогнозиране на 10-годишен риск (40–79 г.в) и над 10 г. риск (20–59 г.в.)* за значимо АССЗ . Електронен формуляр

Нови формули за риск на сборна Кохорта ACC3

- ▶ Напр. Изчисляване на 10-г. Риск при индивид на 55 г.в., който не е пушач, без ЗД, общ х-л – 213 mg/dL, HDL-cholesterol 50 mg/dL, и нелекувано систолно АН 120 mm Hg. Използвайки тези стойности в Pooled Cohort Equations, за предвиждане на 10- г. Риск от ACC3 :
 - ✓ бели жени – 2.1%,
 - ✓ Афроамерикански жени – 3.0%,
 - ✓ бели мъже – 5.3%,
 - ✓ Афроамерикански мъже – 6.1%
- ▶ Електронното медицинско досие може да бъде адаптирано, за автоматично изчисляване на абсолютни рискове чрез пациентските данни и публикуваните уравнения. Очаква се , че оценката на риска с помощта тази технология ще стане една от основните прилагани в настоящите и бъдещи рискови алгоритми

Препоръки за оценка на 10 годишния риск за първо значимо АССЗ събитие

▶ Препоръка 1.

Раса-и пол-специфична сборна кохорта Формули* за предсказване 10-годишен риск за първо значимо АССЗ събитие при неиспански афро-американци и неиспански бели, от 40 до 79 годишна възраст
(Клас B, Умерено); ACC/AHA COR I, LOE B

▶ Препоръка 2.

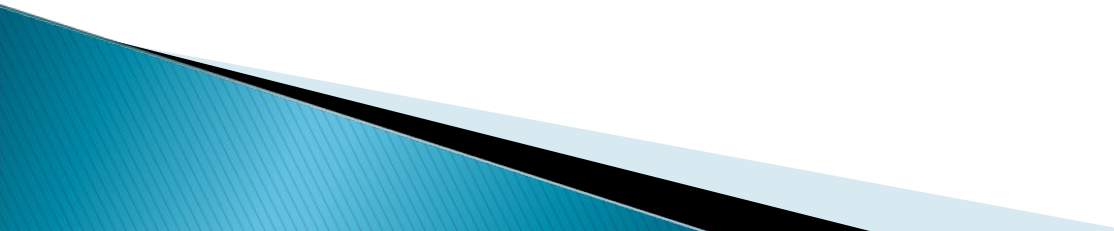
Използуването на пол-специфична Сборна кохорта Формули за неиспански бели могат да бъдат използвани за оценката на риска при пациенти от популации, различни от афро-американци и неиспански бели.
(Клас E, опит на експерта); ACC/AHA COR IIb, LOE C

Сваляне на електронен формуляр, позволяващ оценка на 10-годишен и над 10 г. Риск за АССЗ и веб-базиран калкулатор са на разположение на <http://my.americanheart.org/cvriskcalculator> and <http://www.cardiosource.org/science-and-quality/practice-guidelines-and-quality-standards/2013-prevention-guideline-tools.aspx>.

Критични въпроси

- ▶ **KB1:** "Какво е доказателството за прекласификация или принос към оценката на риска на високочувствителен С-реактивен протеин (hs-CRP), аполипопротеин В (АpoB), скоростта на гломерулната филтрация (GFR), микроалбуминурия, фамилна анамнеза, кардио-фитнес, стъпално-брахиален индекс (ABI), каротидната интимамедия дебелина (СІМТ), или калций на коронарните артерии (САС) като допълнение към традиционните рискови резултати? "
- ▶ **KB2:** "Дали изградените модели за оценка на риска за първо ССЗ събитие при възрастни в дългосрочен план (≥ 15 години или доживотна) са ефективни при оценката на вариациите в дългосрочния риск сред възрастните с нисък и / или междинен краткосрочен риск, независимо дали са анализирани поотделно или комбинирано? "

Новите маркери за оценка на риска

- ▶ Новите маркери подобряват ли оценката на риска при асимптоматичните възрастни, за да се обоснове рутинната им употреба в клиничната практика?
 - ▶ Анализирани са 13 систематични обзорни статии или мета-анализи публикувани 2008 – 2013 г.
 - ▶ Нито един от тези маркери не е оценен като скринингов тест в рандомизирани контролирани проучвания с клинични прояви като резултати
- 

Препоръки за КВ1 : Използването на нови рискови маркери след количествена оценка на риска

- ▶ **Препоръка 1.** Ако, след количествена оценка на риска, решението за лечение, основано на риска, е неустановено, оценката на едно или повече от : фамилна обремененост, hs-CRP, САС резултат, или АВІ- може да помогне за вземане на решения на лечението.

(Клас E, Опит на експерта); ACC/АНА COR IIb, LOE B

- ▶ **Препоръка 2.** СІМТ не се препоръчва за редовно измерване в клиничната практика за оценка на риска за първо АССЗ събитие.

(Клас N, Не се препоръчва); ACC/АНА Class III: No Benefit, LOE B

- Въз основа на нови доказателства разгледани при обновяване на доказателствата на АСС / АНА
- ▶ **Препоръка 3.** Помощта за оценка на риска за първо АССЗ събитие използвайки АроВ, ХБН, албуминурия, или кардиореспираторен фитнес са несигурни в момента.
- ▶ *(Клас N, Не се препоръчва)*

KB2: “Дали изградените модели за оценка на риска за първо сърдечно–съдово заболяване (ССЗ) събитие при възрастни в дългосрочен план (≥ 15 години или доживотно) са ефективни при оценката на вариациите в дългосрочния риск сред възрастните с нисък и / или междинен краткосрочен риск, независимо дали са анализирани поотделно или комбинирано?”

- ▶ Редица изследвания – по–младите мъже (обикновено <50 –годишна възраст) и повечето жени имат нисък (например, $<5\%$, или $<10\%$) прогнозиран 10 годишен риск за ИБС, и по–широк ССЗ, въпреки наличието на значим рисков профил
- ▶ Обширни епидемиологични, патологични и основни научни данни показват, че развитието на атеросклероза, предшественик на АССЗ, възниква през десетилетията и е свързана с дългосрочна и кумулативната експозиция на причинно–следствени, променливите рискови фактори

KB2: "Дали изградените модели за оценка на риска за първо сърдечно-съдови заболявания (ССЗ) събитие при възрастни в дългосрочен план (≥ 15 години или доживотна) са ефективни? "

- ▶ KB2 – да се прецени **ползата от дългосрочна и доживотна оценка на риска, като допълнение към краткосрочната (10-годишна) оценка на риска.**
- ▶ Има "прекъсване на връзката" по отношение на подхода за превенция, когато оценката на 10-годишния риск е висок (например $> 10\%$ от предвидения 10-годишен риск):
- ▶ Анализирани са 10 наблюдателни проучвания (публикувани 1999–2009), идентифицирани от систематичния преглед извършен през април, 2011 г..

Препоръки за KB2: Оценка на дългосрочния риск

Препоръка 1 Логично е да се оценят традиционните АССЗ рискови фактори ‡ на всеки 4 до 6 години при възрастни от 20 до 79 години, които са без АССЗ и да се оцени 10-годишен АССЗ риск на всеки 4 до 6 години при възрастни 40-79 години без АССЗ.

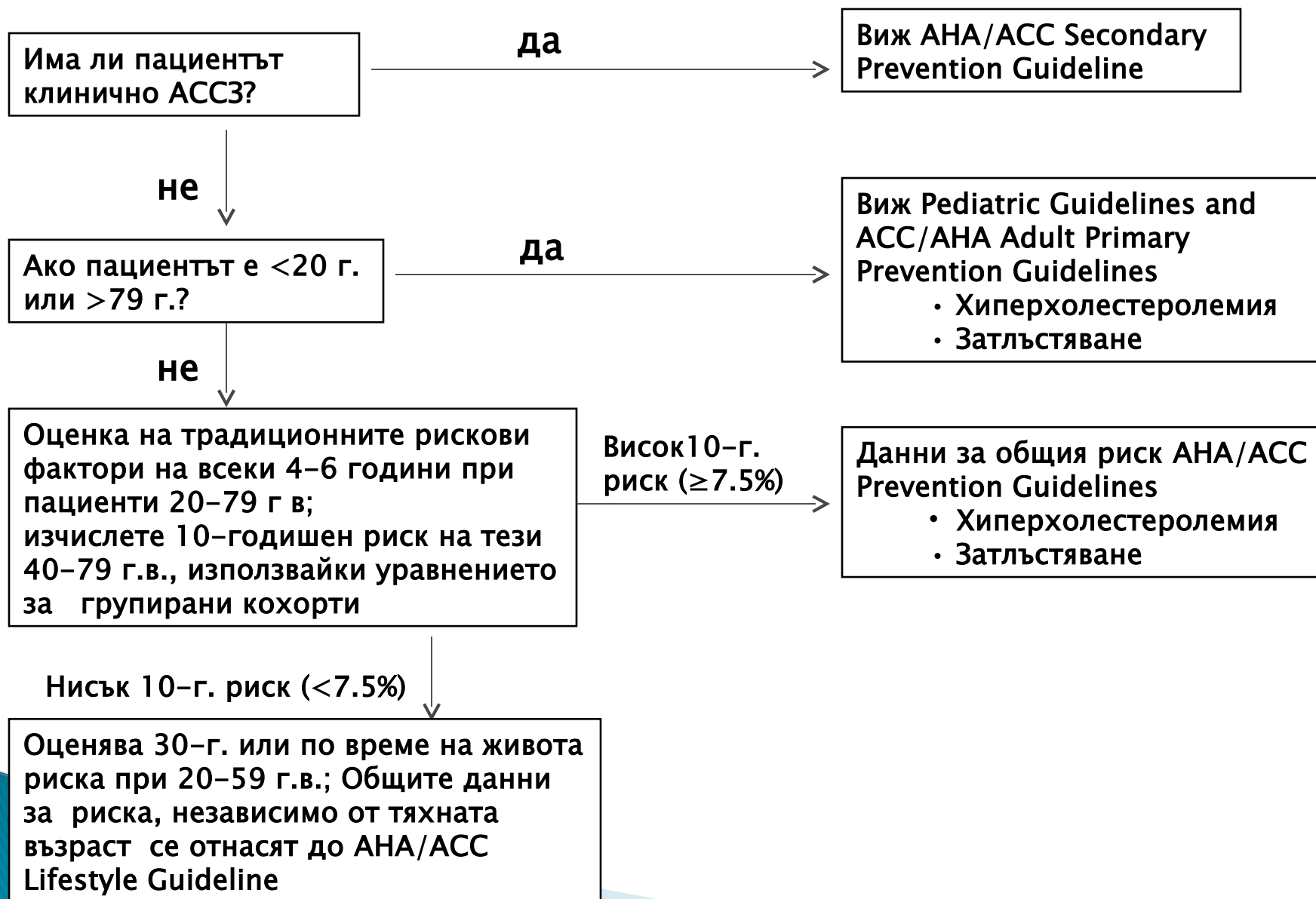
(Клас B, Умерена); ACC/АНА COR IIa, LOE B

Препоръка 2. При възрастни 20-59 години без АССЗ, които не са изложени на висок краткосрочния риск, може да бъде разглеждана оценка на 30-годишен или цял живот риск за АССЗ въз основа на традиционните рискови фактори ‡.

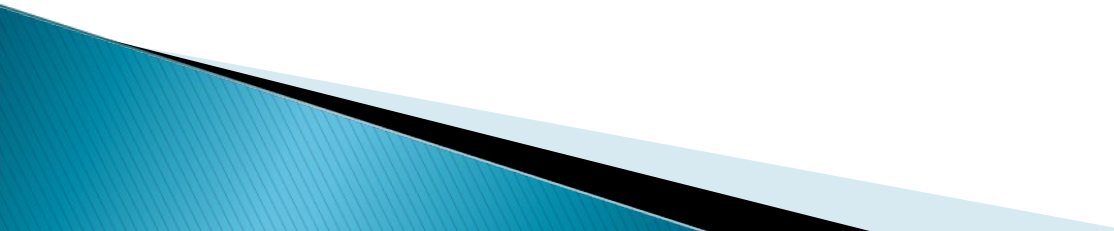
(Клас C, Слаба); ACC/АНА COR IIb, LOE C

‡възраст, пол, обя и HDL х-л, систолично АН, антихипертензивна терапия, ЗД, тютюнопушене

Препоръки на Работната група за оценка на риска



Заклучение

- ▶ **Новият подход на работната група към оценка на риска представлява стъпка напред в областта на превенцията АССЗ,**
 - ▶ **Предимство на този подход е способността да се оцени риска за по-широко базирани АССЗ резултати – вкл. пол и раса**
 - ▶ **Промотирането на оценка на дългосрочния риск може да представлява допълнителна стъпка напред в подкрепа на промяна на начина на живот и на поведението на консултанта.**
- 

БЛАГОДАРЯ ЗА

ВНИМАНИЕТО

