



Дори и при най-добрите здравни системи проблемът за неоптималния контрол на риска остава

Приключиха два големи международни научни форума – Международната конференция по превантивна кардиология (Бразилия) и XV Европейска конференция по хипертония (Милано, Италия). Няма да анализирам участието на българската научна общност на тези форуми, но докладите и постерите, свързани с анализите на поведението на лекарите в страната при различни болестни състояния, изнесени от доц. Н. Гочева (НКБ), доц. Вл. Христов (УБ „Александровска“), доц. Д. Гочев (ВМА), д-р Б. Георгиев (НКБ), д-р В. Байчева (НКБ), предизвикаха интереса на водещите специалисти по света и, наред с други подобни анализи по страни и региони, потвърдиха необходимостта от по-строг контрол на рисковите фактори за развитие на атеросклероза при адекватен подбор на медикаменти на базата на национални и международни препоръки за лечение.

И в двата научни форума се отбеляза с тревога, че не се достигат желаните прицелни стойности както на атериалното налягане, така и на липидните нива на популационно ниво. Изборът на терапия може да бъде правилен (това не е точно така навсякъде), може да се съобразява с препоръките за лечение, но в много малък процент лекарите успяват да контролират риска на болните и да намаляват усложненията от развитието на атеросклерозата. В редица проучвания, като EUROASPIRE I и II и в някои започващи през настоящата година, като EUROASPIRE III и EUROACTION, се правят анализи на поведението на лекарите при избора на терапия и достигане на прицела на лечение. Дори и в страните с максимално осигурени, високо реимбурсирани медикаменти за лечение на сърдечно-съдовите заболявания се установяват не оптимални резултати. И започват другите анализи. Поставя се въпросът защо не се постигат целите на лечение при добре функционираща здравна система. Защо не намаляват до желаните от здравната система нива усложненията на сърдечно-съдовите заболявания. Разбира се, първият извод е, че на база на медицината на доказателствата трябва да прилагаме максимално агресивно доказана медикация при съответното заболяване. Но изплува и другият фактор – пациентът. Оказва се, че в над 30% твърде рано в лечението болните започват да редуцират прилаганите медикаменти, забравят или умишлено преустановяват лечението. Ако за България терапията е свързана с допълнителни разходи от страна на пациентите, в някои развити страни болните не доплащат медикаментите. И въпреки това не прилагат системно назначеното лечение. Международните организации предлагат различни варианти на работа с пациента – напомняне за нужда от лечение, телефонни контакти или изпращане на писма по пощата.

Независимо, че условията в страната ни затрудняват да лекуваме както се изисква според националните и международните препоръки, то поне можем онези болни, които са диагностицирани и започнали своето лечение, да убеждаваме да приемат ежедневно своята хронична терапия, защото само с двустранните усилия на лекар и пациент ще можем поне малко да допринесем за намаляване на дела на сърдечно-съдовите заболявания във високата и ранна смъртност в България.

д-р Борислав Георгиев
Главен редактор