

Драпкина О.М.¹, Беграмбекова Ю.Л.^{2,3}, Орлов Д.О.¹, Шепель Р.Н.¹, Самойлов Т.В.¹

¹ ФГБУ «Национально-исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава РФ, Москва, Россия

² «Медицинский научно-образовательный центр МГУ им. М.В. Ломоносова», Москва, Россия

³ МГУ им. М.В. Ломоносова, Факультет фундаментальной медицины, Москва, Россия

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЖЕЛАНИЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПОДИНАМИИ И ДРУГИХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ВРАЧАМИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ОТРАЖЕНИЕ). РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНОГО ОПРОСА

<i>Цель</i>	Оценка клинической практики врачей, работающих в первичном звене здравоохранения, в отношении профилактики поведенческих факторов риска у пациентов, а также объективных и субъективных факторов, влияющих на их мотивацию к проведению профилактических мероприятий.
<i>Материал и методы</i>	Исследование имело форму одномоментного опроса. Анкетирование было анонимным и включало закрытые вопросы, а также вопросы с множественным выбором. На основании полученных результатов была проведена комплексная оценка распространенности модифицируемых факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) в популяции опроса. Также был введен специальный показатель, количественно выражающий обремененность факторами риска – «Индекс поведенческих факторов риска». Этот комплексный показатель включал степень выраженности фактора риска у конкретного респондента, например, степень ожирения или количество выкуриваемых в день сигарет, выраженность гиподинамии. Оценивались знания и убеждения врачей в отношении влияния физической активности (ФА) на отдельные виды заболеваний.
<i>Результаты</i>	В опросе приняли участие 623 врача, средний возраст 40 лет (31-52), 85,5% женщин. Среди опрошенных доля врачей общей практики составила 7,5%, кардиологов – 2,9%, врачей кабинета/отделения медицинской профилактики – 4,8%, терапевтов – 25,4%, врачей других специальностей – 59,4%. 70,8% опрошенных никогда не курили, 17,5% курят в настоящее время. Индекс массы тела (ИМТ) в пределах нормы был у 38,5% (240) респондентов, избыточный вес – 41,7% (260), ожирение I степени – 11,6% (72), ожирение II степени – 3,7% (23) и ожирение III степени – 0,8%. Отмечался крайне низкий уровень ФА, большинство опрошенных тренировались не более 1 раза в неделю (медиана – 1 (0-3) раза). Более 90% опрошенных имели поведенческие факторы риска – низкую ФА и избыточный вес. Врачи с более высоким индексом поведенческих факторов риска в два раза реже измеряют вес пациентов (отношение шансов (ОШ) 0,541; 95% доверительный интервал (ДИ): 0,388–0,753, p<0,05); в полтора раза реже интересуются, курит ли пациент (ОШ 0,675; 95% ДИ: 0,465–0,978, p=0,037), в 2 раза реже выясняют уровень ФА пациента (ОШ 0,482; 95% ДИ: 0,343–0,678, p<0,001) и в 2,5 раза реже дают рекомендации по повышению ФА (ОШ 0,408; 95% ДИ: 0,292–0,570, p<0,001).
<i>Заключение</i>	Большинство опрошенных осведомлены о пользе ФА для профилактики и лечения ХНИЗ, однако связывают конкретный механизм воздействия только со снижением веса. Наиболее часто упоминаемыми препятствиями к проведению консультирования по поведенческим факторам риска являлись неуверенность в том, что такое консультирование входит в профессиональную компетенцию врача, нехватка времени, отсутствие уверенности в предоставлении рекомендаций, эффективности вмешательств и отсутствие комплаентности пациента.
<i>Ключевые слова</i>	Факторы риска; ХНИЗ; физическая активность; тренировки; ИМТ
<i>Для цитирования</i>	Drapkina O.M., Shepel R.N., Begrambekova Yu.L., SamoiloV T.V., Orlov D.O. Determination of factors influencing the desire and possibilities of prevention of inactivity and other behavioral risk factors by primary care physicians (REFLECTION). The results of a one-time survey. <i>Kardiologiya</i> . 2022;62(5):9–17. [Russian: Драпкина О.М., Беграмбекова Ю.Л., Орлов Д.О., Шепель Р.Н., Самойлов Т.В. Определение факТоров, влияющих на ЖЕлание и возможности профилактики гиподинамии и других поведенческих факторов рИска врачами пЕрвичного звена здравоохранения (ОТРАЖЕНИЕ). Результаты одномоментного опроса. <i>Кардиология</i> . 2022;62(5):9–17]
<i>Автор для переписки</i>	Орлов Денис Олегович. E-mail: rizhiy17@mail.ru

Введение

Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ), такие как болезни системы кровообращения (БСК), злокачественные новообразования (ЗНО), сахарный диабет (СД), хронические болезни легких являются ведущей причиной смерти и инвалидности во всем мире [1]. Нездоровый образ жизни играет ведущую роль в патогенезе развития ХНИЗ [2]. Исследование ЭССЕ-РФ позволило оценить распространенность факторов риска в регионах России: распространенность курения составила 23,5%, алкоголь преимущественно употребляют в умеренных количествах (73,2%), избыточно – 3,8%. Низкая физическая активность (ФА) регистрируется в 38,8% случаев; больше среди женщин по сравнению с мужчинами (40,8% и 36,1%, соответственно). Недостаточно потребляют овощи и фрукты 41,9% обследованных, недостаточное потребление рыбы отмечают у 36,9% россиян, а избыточное количество соли потребляют 49,9% обследованных [3].

Профилактика поведенческих факторов риска (курение, малоподвижный образ жизни, нерациональное питание) является необходимой мерой для уменьшения личных и социальных последствий развития ХНИЗ [4]. Врачи первичного звена здравоохранения обладают наибольшим потенциалом для выявления и воздействия на факторы риска, так как у них относительно много контактов с пациентами, что является надежным источником информации, и позволяет влиять на пациентов, находящихся в группе риска, и на ранней стадии развития заболеваний [4–6]. Показано, что рекомендации терапевтов и врачей общей практики могут привести к отказу от курения [5, 6], повышению ФА [7] и снижению веса [8].

Однако в исследованиях, проведенных и в нашей стране, и за рубежом, неоднократно был продемонстрирован недостаточный контроль поведенческих факторов риска со стороны врачей даже в отношении лиц с высоким сердечно-сосудистым (СС) риском. Так, в исследовании EUROASPIRE V среди пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) 18,1% были курильщиками, 43,5% страдали ожирением (индекс массы тела ≥ 30 кг/м²) и 63,8% имели центральное ожирение (окружность талии ≥ 88 см у женщин, ≥ 102 см у мужчин), а целей по контролю артериального давления (АД) и уровня липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) достигали только 47% и 46,9%, соответственно [9].

Первые сведения о наличии связи между уровнем ФА врача и его профессиональным поведением в отношении консультирования пациентов по ФА были получены в Американском исследовании женщин врачей (Women Physicians' Health Study) в 1972 году (WPHS, n=4,501) [10]. По результатам опроса врачи, которые

сами тренировались и достигали рекомендованного ВОЗ уровня ФА, чаще рекомендовали тренировки своим пациентам. С тех пор появилось много данных, доказывающих эту закономерность [11–13]. Сходные тенденции были прослежены и в отношении других компонентов здорового образа жизни [14]. В целом можно констатировать, что здоровый образ жизни врача и ответственное отношение к собственному здоровью гарантируют более активную позицию в отношении профилактики факторов риска и высокую приверженность к рекомендациям в области профилактики ХНИЗ. В исследовании J. McKenna и соавт. (1998 г.) врачи общей практики с большей вероятностью рекомендовали пациентам упражнения, если они сами регулярно занимались спортом (отношение шансов (ОШ) 3,19; 95% доверительный интервал (ДИ): 1,96–5,18). В качестве основных барьеров для продвижения ФА пациентов они указывали недостаток времени (ОШ 0,73; 95% ДИ: 0,58–0,93) или отсутствие стимулов (ОШ 0,74; 95% ДИ: 0,59–0,94) [15].

Интересно, что в исследовании S. E. Sherman и соавт. (1993 г.) независимыми предикторами недостаточного консультирования в области повышения ФА были недостаток убежденности врача в важности ФА для сохранения здоровья (ОШ 4,86; 95% ДИ: 1,70–13,91) и частота пульса врача в покое – показателя, отражающего уровень тренированности (ОШ 3,45; 95% ДИ 1,46–8,18) [12]. В Российском исследовании (Кобякова О. С. и соавт.), опубликованном в 2019 году, у 1668 врачей, была оценена распространенность следующих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний: курение – 15,1%, злоупотребление алкоголем – 11,2%, нерациональное питание – 67,6%, гиподинамия – 45,7%, избыток массы тела – 34,7%, дислипотеидемия – 27,3%, гипергликемия – 1,6%, повышенное АД – 5,6% [16]. В исследовании, проведенном среди более чем 17 тысяч канадских врачей, опубликованном в 2019 году, распространенность курения составила 13,1%, АД – 16,9%, дислипотеидемии – 13,3%, сахарного диабета – 5,0% [17].

Результаты российских исследований говорят нам о еще более высоком уровне заболеваний медицинских работников, чем в общей популяции, при этом отмечено, что показатели здоровья у среднего медицинского персонала ниже, чем у врачей [18, 19]. Очень важно, что приверженность к здоровому образу жизни и профессиональный интерес к мероприятиям первичной профилактики закладываются еще во время обучения. Так, в исследовании студентов медицинских школ были прослежены похожие ассоциации «здоровый доктор = здоровый пациент». После учета гендерных факторов и факторов, связанных с медицинским обучением, потребление 5 и более порций фруктов и/или овощей в день, отказ

от курения или чрезмерного употребления алкоголя ассоциировались с положительным отношением к консультированию по вопросам питания (ОШ 4,71; 95% ДИ: 1,6–14,1; $p=0,006$), курения (ОШ 2,62; 95% ДИ: 1,1–5,9; $p=0,022$) и потребления алкоголя (ОШ 2,61; 95% ДИ: 1,3–5,4; $p=0,009$), соответственно [20]. В 2016 году во время кардиологического конгресса в г. Екатеринбург было проведено исследование по приверженности к здоровому образу жизни врачей и обучающихся, по результатам которого врачи значимо чаще употребляли овощи и фрукты, рыбу ($p<0,05$) и сопоставимо чаще злоупотребляли солью и были менее физически активны в сравнении со студентами [19].

Результаты систематических обзоров показывают, что некоторые врачи считают, что: (а) пациенты могут не хотеть или не нуждаться во вмешательствах по изменению поведения; и (б) у пациентов отсутствует мотивация и желание изменить поведение, связанное со здоровьем [21, 22]. Следовательно, врачи подчас принимают решение о том, проводить или не проводить вмешательства по изменению образа жизни, основываясь на предвзятом отношении к определенным типам пациентов и на субъективном восприятии ими индивидуального риска пациента и ожидаемого уровня приверженности к рекомендациям врача [6, 9, 14].

Наше исследование было направлено на изучение профиля факторов риска врачей, их знаний и убеждений в отношении профилактики ХНИЗ, а также того, как эти факторы влияют на поведение врачей в отношении профилактики ХНИЗ в клинической практике.

Цель исследования

Оценка клинической практики врачей, работающих в первичном звене здравоохранения, в отношении профилактики поведенческих факторов риска у пациентов, а также объективных и субъективных факторов, влияющих на их мотивацию к проведению профилактических мероприятий.

Материал и методы

Набор респондентов в исследовании

Набор респондентов проводился с методической поддержкой главных внештатных специалистов по терапии субъектов и Федеральных округов России. Опрос проводился на официальном сайте Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний (<https://gorpiz.ru/scienceresearches/reflection>). Всего было получено 623 ответа. Анкетирование было анонимным и включало закрытые вопросы и вопросы с множественным выбором. Вводная часть опроса состояла из вопросов, касающихся персональных данных (пол, возраст, вес, рост, специальность и место работы, статус куре-

ния, уровень физической активности). На основании полученных результатов была проведена комплексная оценка распространенности модифицируемых факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) в популяции опроса. Также был введен специальный показатель, количественно выражающий обремененность факторами риска – «Индекс поведенческих факторов риска». Для этого была разработана система оценки груза поведенческих факторов риска – «Индекс поведенческих факторов риска». Система построена на основании анализа следующих факторов: поведения в отношении курения (курение более 20 сигарет в день – 4 балла, менее 20 сигарет в день – 3 балла, курение в определенных ситуациях – 2 балла, курил(а), но бросил – 1 балл, никогда не курил – 0 баллов), достижения рекомендованных ВОЗ уровней ФА (количество тренировок в неделю продолжительностью 30 минут и более: 0–4 балла; 1–2–3 балла; 3–1 балл, 4 и более – 0 баллов) и индекса массы тела (ИМТ) (ИМТ <18,5–1 балл; ИМТ ≥18,5 и <25–0 баллов; ИМТ ≥25 и <30–1 балл; ИМТ ≥30 и <35–2 балла; ИМТ ≥35 и <40–3 балла; ИМТ ≥40–4 балла). Сумма 0 баллов означает отсутствие поведенческих факторов риска и 10 баллов – максимальное количество поведенческих факторов риска.

Чтобы оценить представления врачей о пользе физической активности были заданы соответствующие вопросы, включающие несколько вариантов ответа. Второй блок вопросов касался профессиональной деятельности респондентов в отношении выявления и профилактики поведенческих факторов риска у пациентов.

Статистический анализ

Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью пакета программ StatTech v. 2.1.0 (ООО «Статтех», Россия).

Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Колмогорова–Смирнова. В случае отсутствия нормального распределения количественные данные описывались с помощью медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q_1 – Q_3). Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей. Сравнение абсолютных значений при анализе многопольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона. Сравнение двух групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполнялось с помощью U-критерия Манна–Уитни. Сравнение трех и более групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполнялось с помощью критерия Краскела–Уоллиса, апостериорные сравнения – с помощью критерия Дан-

на с поправкой Холма. Для выявления поведенческих факторов риска респондентов, влияющих на консультирование пациентов по поведенческим факторам риска, рассчитывалось значение отношения шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал для этого показателя. Для оценки диагностической значимости количественных признаков при прогнозировании определенного параметра применялся метод анализа ROC-кривых. Разделяющее значение количественного признака в точке cut-off определялось по наивысшему значению индекса Юдена. Для всех видов анализа статистически значимыми считались значения $p \leq 0,05$. Уровень значимости является двусторонним.

Результаты

В опросе приняли участие 623 врача, средний возраст 40 лет (31-52), 85,5% женщин. Среди опрошенных доля врачей общей практики составила 7,5%, кардиологов – 2,9%, врачей кабинета/отделения медицинской профилактики – 4,8%, терапевтов – 25,4%, врачей других специальностей – 59,4%. Более 90% опрошенных работали в первичном звене здравоохранения. 70,8% опрошенных никогда не курили, бросили курить – 11,7%, 17,5% курят, из них 1,9% выкуривают более 20 сигарет в день. ИМТ в пределах нормы был у 38,5% респондентов ($n=240$), избыточный вес – у 41,7% ($n=260$), ожирение I степени – у 11,6% ($n=72$), ожирение II степени – у 3,7% ($n=23$), ожирение III степени – у 0,8% ($n=5$), дефицит массы тела – у 3,7% ($n=23$). Мы также задали респондентам вопрос, как они сами оценивают свой вес. Выяснилось, что часть опрошенных оценивала свой вес неадекватно принятой классификации по ИМТ (рис. 1).

Исходя из полученных данных, при сопоставлении групп по индексу массы тела в зависимости от показателя «Как вы считаете, как можно описать в настоящее время Ваш вес?», были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,001$) между оценкой собственного веса у лиц с фактически нормальным весом (по ИМТ) и лиц с избыточной массой тела и ожирением I степени. Наиболее часто адекватно оценивали свой вес лица с нормальным весом (75,3%) и лица с морбидным ожирением. Крайне редко правильно оценивали свой вес лица с избыточной массой тела (61%).

Мы также задали вопрос о том, сколько раз в течение последних 7 дней респонденты интенсивно тренировались в течение 30 минут и более? Медиана количества дней составила 1 день (0–3), что говорит о недопустимо низком уровне соблюдения врачами рекомендаций ВОЗ по ФА (150–300 минут в неделю). Убеденность в необходимости ФА для поддержания здоровья во многом определяет мотивацию врача в отношении консультаций

Рисунок 1. Анализ ответа на вопрос «Как вы считаете, как можно описать в настоящее время Ваш вес?» в зависимости от индекса массы тела

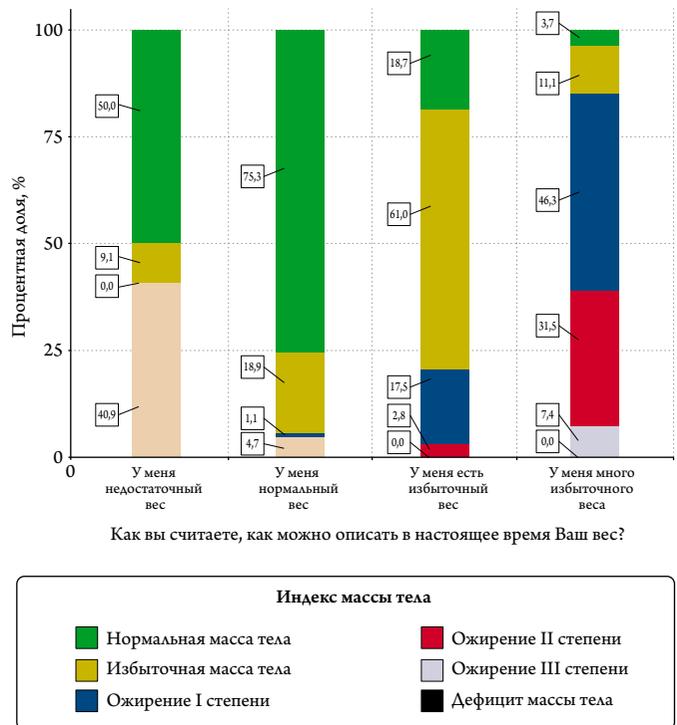


Рисунок 2. ROC-кривая, характеризующая зависимость вероятности ответов «часто и всегда» на вопрос «Как часто Вы интересуетесь уровнем ФА пациента?» от возраста

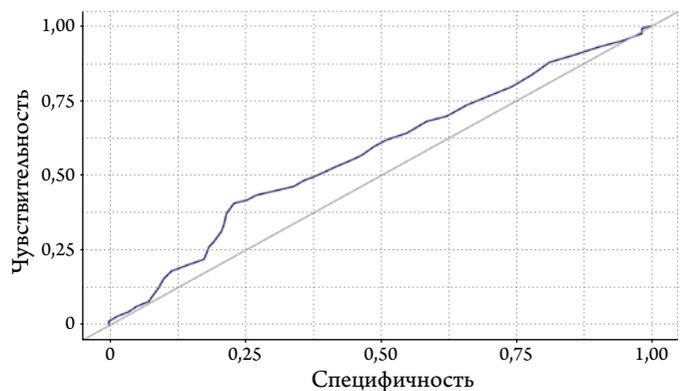


Рисунок 3. Анализ чувствительности и специфичности модели в зависимости от пороговых значений возраста

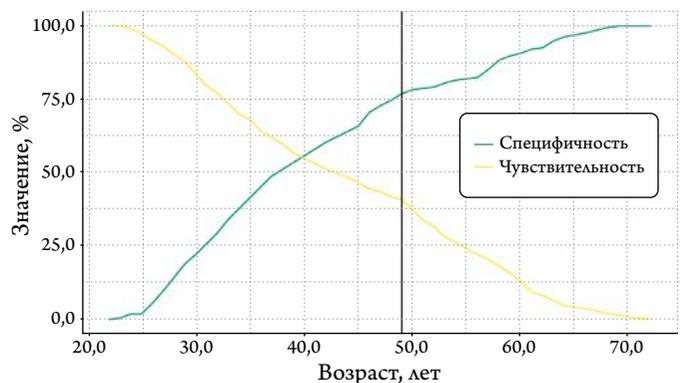


Рисунок 4. ROC-кривая, характеризующая зависимость вероятности ответов «часто и всегда» на вопрос «Как часто Вы даете пациентам рекомендации по физическим нагрузкам?» от возраста

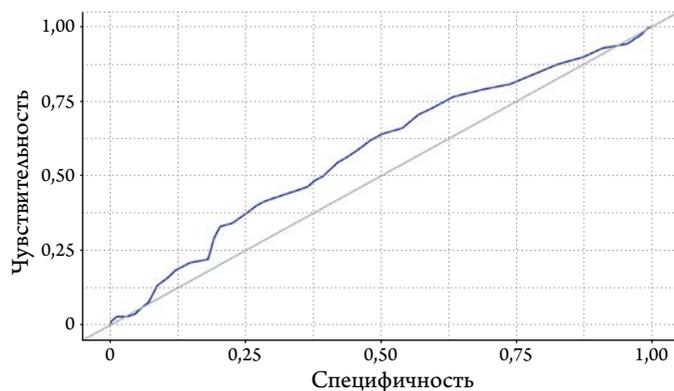


Рисунок 5. Анализ чувствительности и специфичности модели в зависимости от пороговых значений возраста

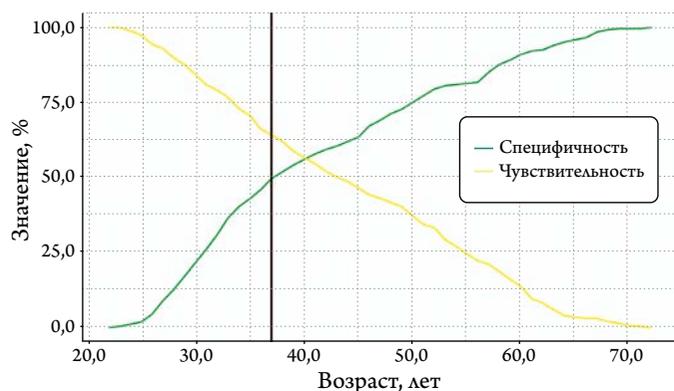
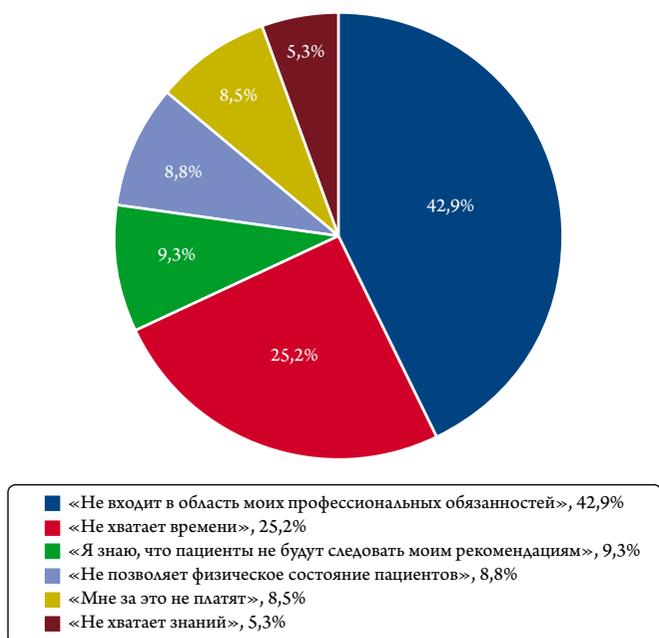


Рисунок 6. Распределение ответов на вопрос «По какой причине Вы не консультируете пациентов по физической активности?»



по ФА. Мы предложили респондентам несколько утверждений относительно пользы ФА для здоровья.

Распределение ответов на вопросы представлено в таблице 1.

Наибольшие затруднения у респондентов вызвал вопрос, касающийся связи низкой ФА с онкологическими заболеваниями и о механизме влияния ФА на предупреждение ХНИЗ. Только 62,8% и 58,7% врачей выбрали правильные ответы на эти вопросы.

При анализе результатов опроса обнаружена разница в вероятности консультирования в отношении поведенческих факторов риска в зависимости от возраста опрошенных. Так, респонденты в возрасте 49 лет и выше более часто выбирали ответ «часто и всегда» на вопрос «Как часто Вы интересуетесь уровнем физиче-

Таблица 1. Распределение ответов на вопросы о физической активности

Показатели	Категории	Абс.	%
ФА снижает риск сердечно-сосудистых заболеваний	Совершенно не согласен(на)	1	0,2
	Не согласен(на)	7	1,1
	Где-то посередине	25	4,0
	Согласен(на)	185	29,7
ФА является эффективным лечением депрессии	Полностью согласен(на)	405	65,0
	Совершенно не согласен(на)	1	0,2
	Не согласен(на)	8	1,3
	Где-то посередине	53	8,5
ФА является методом лечения сахарного диабета	Согласен(на)	235	37,7
	Полностью согласен(на)	326	52,3
	Совершенно не согласен(на)	6	1,0
	Не согласен(на)	51	8,2
Единственная польза для здоровья, которую приносит ФА – это помощь в снижении веса	Где-то по середине	135	21,7
	Согласен(на)	210	33,7
	Полностью согласен(на)	221	35,5
	Полностью согласен(на)	79	12,7
ФА взрослые имеют меньший риск развития определенных типов рака, чем неактивные взрослые	Согласен(на)	65	10,4
	Где-то по середине	113	18,1
	Не согласен(на)	288	46,2
	Совершенно не согласен(на)	78	12,5
ФА взрослые имеют меньший риск развития определенных типов рака, чем неактивные взрослые	Совершенно не согласен(на)	16	2,6
	Не согласен(на)	82	13,2
	Где-то по середине	134	21,5
	Согласен(на)	191	30,7
ФА взрослые имеют меньший риск развития определенных типов рака, чем неактивные взрослые	Полностью согласен(на)	200	32,1
	Согласен(на)	191	30,7

ской активности пациента?» при значении возраста (площадь под ROC-кривой составила $0,577 \pm 0,024$ с 95% ДИ: $0,531-0,623$). Полученная модель была статистически значимой ($p=0,002$) (рис. 2, 3).

Аналогичные данные были получены в отношении ответов на вопрос «Как часто Вы даете пациентам рекомендации по физическим нагрузкам?». Площадь под ROC-кривой составила $0,579 \pm 0,023$ с 95% ДИ: $0,534-0,624$. Полученная модель была статистически значимой ($p < 0,001$) (рис. 4).

Пороговое значение возраста в отрезной точке, которому соответствовало наивысшее значение индекса Юдена, составило 37 лет (рис. 5). Однако чувствительность и специфичность моделей в обоих случаях были невысокими – 40,9% и 77,0% в первом случае и 64,2% и 49,6% во втором случае.

Влияние специальности опрошенных на их осведомленность о влиянии ФА на здоровье не было обнаружено.

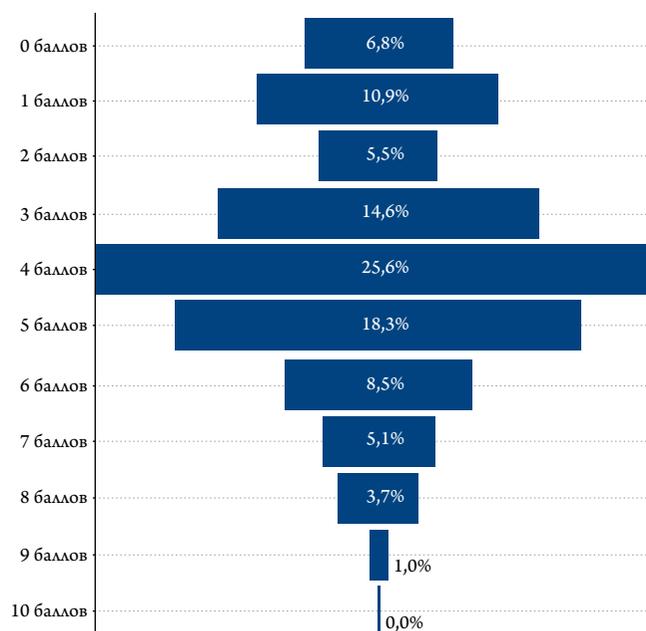
377 врачей ответили на вопросы, касающиеся причин, по которым они не могут или не хотят консультировать пациентов по ФА (рис. 6). «Не входит в область моих профессиональных обязанностей» являлось наиболее частым ответом, что может быть частично объясняется тем, что около половины опрошенных не являлись кардиологами, терапевтами, профилактиками или врачами общей практики, еще 25% опрошенных заявили об отсутствии времени. Важно отметить, что более 20% ответов имели отношение к субъективной интерпретации врачами желаний и возможностей пациентов, основанной на недостаточной осведомленности самих врачей о пользе и необходимости ФА для поддержания здоровья (ответы: «пациенты не будут следовать рекомендациям» и «не позволяет состояние здоровья пациентов»).

Вышесказанное косвенно подтверждается высоким уровнем поведенческих факторов риска в популяции опроса. Только 6,8% врачей не имели поведенческих факторов риска (рис. 7). Основной вклад в количество баллов по Индексу поведенческих факторов риска вносили низкая ФА и избыточная масса тела.

Мы наблюдали четкую зависимость количества и выраженности поведенческих факторов риска у опрошенных и их поведения в отношении выявления и профилактики модифицируемых факторов риска ХНИЗ у пациентов.

На основании ответов, полученных в ходе опроса, врачи с индексом поведенческих факторов риска 5–9 в два раза реже измеряют вес пациентов (ОШ 0,541; 95% ДИ: $0,388-0,753$ $p < 0,05$); в полтора раза реже интересуются, курит ли пациент (ОШ 0,675; 95% ДИ: $0,465-0,978$, $p=0,037$), они также в 2 раза реже уточняют уровень ФА пациента (ОШ 0,482; 95% ДИ: $0,343-0,678$, $p < 0,001$) и в 2,5 раза реже да-

Рисунок 7. Распределение количества баллов на основании оценки «Индекса поведенческих факторов риска»



ют фактические рекомендации по увеличению уровня ФА (ОШ 0,408; 95% ДИ: $0,292-0,570$, $p < 0,001$).

Обсуждение

Наше исследование выявило многочисленные препятствия для консультирования по поведенческим факторам риска, и прежде всего ФА, в первичном звене здравоохранения. Эти барьеры включают нехватку времени, знаний, материалов для обучения пациентов и наличия соответствующих протоколов консультирования, отсутствие или недостаточность других необходимых ресурсов, таких как инфраструктура и финансовое стимулирование. Одной из основных причин низкого уровня консультирования по ФА является то, что несмотря на исчерпывающие доказательства ведущей роли низкой ФА в развитии и прогрессировании большинства ХНИЗ, в медицинском сообществе, как на экспертном уровне, так и на уровне практического здравоохранения, не сформировано четкой позиции в отношении ФА и физической нагрузки, как основных методов профилактики ХНИЗ и важных методов их лечения. Так, в российском исследовании по изучению вовлеченности пациентов с сердечной недостаточностью в программы кардиореабилитации только 55% пациентов знали, что физические тренировки могут быть методом лечения СН, и только 50% из них получили эту информацию от врача [23]. Как показали результаты нашего исследования и ряда других работ, существует четкая связь между выбором здорового образа жизни самим врачом и уровнем его вовлеченности в профилактику здорового образа жизни пациентов [11, 24]. В нашем исследова-

ВИНДАМЭКС® ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИЕМА МОЖЕТ ПОМОЧЬ ПАЦИЕНТАМ ЖИТЬ ДОЛЬШЕ С МЕНЬШЕЙ ЧАСТОТОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ^{1*}

Виндамэкс® — первое и единственное лекарственное средство в России для лечения транстретинового амилоидоза, обусловленного транстретином дикого типа или наследственной формой заболевания, у взрослых пациентов с кардиомиопатией (ATTR-КМП)¹⁻³

Частота нежелательных явлений у пациентов, получавших Тафамидис, была сопоставима с частотой в группе плацебо¹



Отсканируйте QR-код, чтобы узнать больше о диагностике и лечении ATTR-КМП



КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО ПРЕПАРАТУ ВИНДАМЭКС. Международное непатентованное название: тафамидис. Форма выпуска*: капсулы 61 мг. 3 блистера по 10 капсул вместе с инструкцией по применению помещают в картонную пачку с контролем первого вскрытия. Фармакотерапевтическая группа: другие препараты для лечения заболеваний нервной системы. Показания к применению: Препарат Виндамэкс показан для лечения транстретинового амилоидоза, обусловленного транстретином дикого типа или наследственной формой заболевания, у взрослых пациентов с кардиомиопатией (ATTR-КМП). Противопоказания: гиперчувствительность к действующему веществу или к любому из вспомогательных веществ, входящих в состав препарата. Особые указания*: Женщинам, способным к деторождению, следует использовать надежные методы контрацепции в период приема тафамидиса и продолжить применение надежного метода контрацепции на протяжении 1 месяца после прекращения лечения тафамидисом. Тафамидис следует добавлять к стандарту оказания медицинской помощи для пациентов с транстретиновым амилоидозом. Врачам следует проводить наблюдение за пациентами и продолжать оценивать потребность пациента в ином лечении, включая необходимость трансплантации органа, как часть стандарта оказания медицинской помощи. В связи с отсутствием доступных данных в отношении применения тафамидиса при трансплантации органов, применение тафамидиса следует прекращать у пациентов, которым проводится трансплантация органа. Может возникать повышение показателей функциональных печеночных проб и снижение уровня тироксина. Этот лекарственный препарат содержит не более 44 мг сорбитола в каждой капсуле. Сорбитол является источником фруктозы. Следует учитывать аддитивный эффект принимаемых одновременно препаратов, содержащих сорбитол (или фруктозу), а также потребление сорбитола (или фруктозы) с пищей. Содержание сорбитола в лекарственных препаратах для перорального применения может повлиять на биодоступность других лекарственных препаратов для перорального применения при одновременном применении. Способ применения и дозы*: Лечение следует начинать под контролем врача, имеющего опыт оказания медицинской помощи пациентам с амилоидозом или кардиомиопатией. Если у пациента имеется специфический медицинский анамнез или признаки сердечной недостаточности или кардиомиопатии, этиологический диагноз должен устанавливаться врачом, обладающим знаниями по оказанию медицинской помощи пациентам с амилоидозом или кардиомиопатией, для того, чтобы подтвердить ATTR-КМП и исключить AL-амилоидоз до начала приема тафамидиса при помощи соответствующих инструментов оценки, таких как сканиграфия с остеотропными радиофармацевтическими препаратами и анализы крови/мочи и/или гистологическое исследование биопатов, а также генотипирование транстретина (TTR) для того, чтобы охарактеризовать процесс как дикого типа или наследственный. Рекомендуемая доза препарата Виндамэкс составляет одну капсулу 61 мг тафамидиса внутрь один раз в сутки. Для приема внутрь. Капсулы следует глотать целиком, не измельчая и не разрезая. Препарат Виндамэкс можно принимать в независимости от приема пищи. Виндамэкс 61 мг (тафамидис) соответствует 80 мг тафамидиса меглюмина. Тафамидис и тафамидис меглюмин не являются взаимозаменяемыми в пересчете на мг. Применение Виндамэкса следует начинать как можно раньше в течение заболевания, когда клиническая польза в отношении прогрессирования заболевания может быть более очевидной. В то же время, если обусловленное амилоидом повреждение сердца является более выраженным, как в случае класса II по NYHA, решение о начале или продолжении терапии должно приниматься на усмотрение врача, обладающего знаниями по оказанию медицинской помощи пациентам с амилоидозом или кардиомиопатией. Имеются ограниченные клинические данные у пациентов с классом IV по NYHA. Если после приема препарата возникает рвота, и в рвотных массах обнаруживается неповрежденная капсула Виндамэкса, то при возможности следует принять дополнительную дозу Виндамэкса. Если капсула не обнаружена, то нет необходимости принимать дополнительную дозу и следует вернуться к обычному режиму приема препарата на следующий день. Побочное действие: Резюме профиля безопасности. В данных по безопасности отражен уровень воздействия у 176 пациентов с ATTR-КМП, которые получали по 80 мг (которые принимали как 4 × 20 мг) тафамидиса меглюмина ежедневно в 30-месячном плацебо контролируемом исследовании у пациентов с установленным диагнозом ATTR-КМП. Частота нежелательных явлений у пациентов, получавших лечение с применением 80 мг тафамидиса меглюмина, была сходной и сопоставимой с плацебо. О следующих нежелательных явлениях сообщалось чаще у пациентов, получавших лечение тафамидисом меглюмином в дозе 80 мг, в сравнении с плацебо: метеоризм (8 пациентов (4,5%) в сравнении с 3 пациентами (1,7%)) и повышение значений функциональных печеночных проб (6 пациентов (3,4%) в сравнении с 2 пациентами (1,1%)). Прицимно-следственная связь не была установлена. Виндамэкс 61 мг (тафамидис) соответствует 80 мг тафамидиса меглюмина. Тафамидис и тафамидис меглюмин не являются взаимозаменяемыми в пересчете на мг. Данные по безопасности для тафамидиса 61 мг недостаточны, так как эта лекарственная форма не оценивалась в двойном слепом плацебо контролируемом рандомизированном исследовании фазы 3. Срок годности 2 года. Не применять препарат по истечению срока годности. Условия хранения. Хранить при температуре не выше 25 °С. Хранить в недоступном для детей месте. Условия отпуска По рецепту. * - Полная информация по разделу приведена в полной инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата. Материал предназначен для специалистов здравоохранения (работников здравоохранения, фармацевтических работников). Имеются противопоказания. Перед назначением ознакомьтесь, пожалуйста, с полной инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата Виндамэкс® ЛП-007319. 000 «Файзер Инновации», 123112 Москва, Пресненская наб., д. 10, БЦ «Башня на Набережной» (блок С), Телефон: + 7(495)287-5000, <https://www.pfizer.ru>

* - Виндамэкс® 61 мг (тафамидис) соответствует 80 мг тафамидиса меглюмина. Тафамидис и тафамидис меглюмин не являются взаимозаменяемыми в пересчете на мг.
1. Maurer MS, Schwartz JH, Gundapaneni B, et al. Tafamidis treatment for patients with transthyretin amyloid cardiomyopathy. N Engl J Med. 2018;379(11):1007-1016. doi:10.1056/NEJMoa1805689.
2. Инструкция по медицинскому применению препарата Виндамэкс ЛП-007319
3. http://grfs.rosmindzdrav.ru/Grfs_View_v2.aspx?routingGuid=33562727-e840-4cb7-b38d-48d94b6bec67&t=



000 «Файзер Инновации»
123112, Москва, Пресненская наб., д.10, БЦ
«Башня на Набережной» (блок С)
Тел.: +7 495 287 50 00. Факс: +7 495 287 53 00
PP-VDM-RUS-0030, 01.10.2021



Служба медицинской информации
Pfizer: MedInfo.Russia@pfizer.com,
www.pfizermedinfo.ru

Виндамэкс®
(тафамидис)
капсулы 61 мг

нии подавляющее число опрошенных имели более одного фактора риска и практически 100% опрошенных не выполняли рекомендаций ВОЗ по уровню ФА. Что касается воспринимаемой пользы ФА для здоровья, то в целом наблюдалась тенденция к согласию с доказательствами пользы, и наибольшая уверенность отмечалась в отношении влияния на ССЗ и депрессию, а наименьшая – в отношении влияния на СД (30% опрошенных не были в этом уверены), и только 63% опрошенных знали, что риск развития некоторых видов рака ниже у физически активных взрослых. Есть основания утверждать, что среди респондентов была велика доля тех, кто не имел четкого представления о механизмах влияния ФА на здоровье, так как 23% опрошенных считали, что единственная польза ФА состоит в снижении веса, и еще 18% не знали точного ответа на этот вопрос. На наш взгляд, недостаточные знания о физиологических механизмах влияния ФА на здоровье человека являются одной из серьезных предпосылок для низкой активности врачей в отношении консультирования пациентов по ФА. Дальнейшие исследования в этой области должны помочь найти пути повышения мотивации врачей к поддержанию здорового образа жизни.

Заключение

Врачи различных специальностей, работающие в первичном звене здравоохранения, имеют высокий уровень поведенческих факторов риска, прежде всего низкий уровень ФА и избыточный вес. Врачи, имеющие большее количество и выраженность поведенческих факторов риска, менее активно выявляют и влияют на поведенческие факторы риска у своих пациентов. Большинство опрошенных осведомлены о пользе ФА для профилактики и лечения ХНИЗ, однако связывают конкретный механизм воздействия только со снижением веса. Наиболее часто упоминаемыми препятствиями к проведению консультирования по поведенческим факторам риска являлись неуверенность в том, что такое консультирование входит в профессиональную компетенцию врача, нехватка времени, отсутствие уверенности в предоставлении рекомендаций и эффективности вмешательств, а также отсутствие комплаентности или мотивации пациента.

Конфликт интересов не заявлен.

Статья поступила 01.02.2022

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases: progress monitor 2020. -Geneva: World Health Organization;2020. ISBN 978-92-4-000049-0
2. Peters R, Ee N, Peters J, Beckett N, Booth A, Rockwood K et al. Common risk factors for major noncommunicable disease, a systematic overview of reviews and commentary: the implied potential for targeted risk reduction. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*. 2019;10:204062231988039. DOI: 10.1177/2040622319880392
3. Balanova Yu.A., Kontsevaya A.V., Shal'nova S.A., Deev A.D., Artamonova G.V., Gatagonova T.M. et al. Prevalence of behavioral risk factors for cardiovascular disease in the Russian population: Results of the ESSE-RF epidemiological study. *The Russian Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2014;17(5):42–52. [Russian: Баланова Ю.А., Концевая А.В., Шальнова С.А., Деев А.Д., Артамонова Г.В., Гагагонова Т.М. и др. Распространенность поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции по результатам исследования ЭССЕ-РФ. *Профилактическая медицина*. 2014;17(5):42-52]
4. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*. 2021;42(34):3227–337. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab484
5. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*. 2016;37(27):2129–200. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw128
6. Verbiest ME, Presseau J, Chavannes NH, Scharloo M, Kaptein AA, Assendelft WJ et al. Use of action planning to increase provision of smoking cessation care by general practitioners: role of plan specificity and enactment. *Implementation Science*. 2014;9(1):180. DOI: 10.1186/s13012-014-0180-2
7. Godin G, Shephard RJ. An Evaluation of the Potential Role of the Physician in Influencing Community Exercise Behavior. *American Journal of Health Promotion*. 1990;4(4):255–9. DOI: 10.4278/0890-1171-4.4.255
8. Avanzini F, Marzona I, Baviera M, Barlera S, Milani V, Caimi V et al. Improving cardiovascular prevention in general practice: Results of a comprehensive personalized strategy in subjects at high risk. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2016;23(9):947–55. DOI: 10.1177/2047487315613664
9. De Backer G, Jankowski P, Kotseva K, Mirrakhimov E, Reiner Ž, Rydén L et al. Management of dyslipidaemia in patients with coronary heart disease: Results from the ESC-EORP EUROASPIRE V survey in 27 countries. *Atherosclerosis*. 2019;285:135–46. DOI: 10.1016/j.atherosclerosis.2019.03.014
10. Frank E, Bhat Schelbert K, Elon L. Exercise counseling and personal exercise habits of US women physicians. *Journal of the American Medical Women's Association* (1972). 2003;58(3):178–84. PMID: 12948110
11. Abramson S, Stein J, Schaufele M, Frates E, Rogan S. Personal Exercise Habits and Counseling Practices of Primary Care Physicians: A National Survey. *Clinical Journal of Sport Medicine*. 2000;10(1):40–8. DOI: 10.1097/00042752-200001000-00008
12. Sherman SE, Hershman WY. Exercise counseling: How do general internists do? *Journal of General Internal Medicine*. 1993;8(5):243–8. DOI: 10.1007/BF02600089
13. Morishita Y, Miki A, Okada M, Tsuboi S, Ishibashi K, Ando Y et al. Exercise counseling of primary care physicians in metabolic syndrome and cardiovascular diseases is associated with their specialty and exercise habits. *International Journal of General Medicine*. 2014;7:277–83. DOI: 10.2147/IJGM.S64031
14. Harsha DM, Saywell RM, Thygeson S, Panozzo J. Physician Factors Affecting Patient Willingness to Comply with Exercise Recommendations. *Clinical Journal of Sport Medicine*. 1996;6(2):112–8. DOI: 10.1097/00042752-199604000-00009
15. McKenna J, Naylor PJ, McDowell N. Barriers to physical activity promotion by general practitioners and practice nurses. *Brit-*

- ish Journal of Sports Medicine. 1998;32(3):242–7. DOI: 10.1136/bjism.32.3.242
16. Kobayakova O.S., Deev I.A., Kulikov E.S., Almikeeva A.A., Pimenov I.D., Starovoytova E.A. et al. The rate of risk factors for chronic non-communicable diseases among mid-level medical staff in the Russian Federation in case of the Tomsk Region. *The Russian Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2019;22(3):31–6. [Russian: Кобякова О.С., Деев И.А., Куликов Е.С., Альмикеева А.А., Пименов И.Д., Старовойтова Е.А. и др. Частота факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у среднего медицинского персонала в Российской Федерации на модели Томской области. *Профилактическая медицина*. 2019;22(3):31–6]. DOI: 10.17116/profmed20192203131
 17. Ko DT, Chu A, Austin PC, Johnston S, Nallamotheu BK, Roifman I et al. Comparison of Cardiovascular Risk Factors and Outcomes Among Practicing Physicians vs the General Population in Ontario, Canada. *JAMA Network Open*. 2019;2(11):e1915983. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.15983
 18. Udalova O.N. The image and quality of life of doctors and nurses of psychiatric (narcological) institutions of Kabardino-Balkaria. *Problems of healthcare management*. 2010;3:39–43. [Russian: Удалова О.Н. Образ и качество жизни врачей и медицинских сестер психиатрических (наркологических) учреждений Кабардино-Балкарии. *Проблемы управления здравоохранением*. 2010;3:39–43]
 19. Rotar O.P., Orlov A.V., Boyarinova M.A., Solntsev V.N., Tancheva A.A., Sviryaev Yu.V. et al. Assessment of healthy lifestyle compliance among private-practice doctors and students (medical students, interns and clinical residents). *The Scientific Notes of the I. P. Pavlov St. Petersburg State Medical University*. 2018;25(3):73–9. [Russian: Ротарь О.П., Орлов А.В., Бояринова М.А., Солнцев В.Н., Таничева А.А., Свирияев Ю.В. и др. Оценка приверженности к здоровому образу жизни среди самостоятельно практикующих врачей и обучающихся (студентов-медиков, интернов и клинических ординаторов). *Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова*. 2018;25(3):73–9]. DOI: 10.24884/1607-4181-2018-25-3-73-79
 20. Duperly J, Lobelo F, Segura C, Sarmiento F, Herrera D, Sarmiento OL et al. The association between Colombian medical students' healthy personal habits and a positive attitude toward preventive counseling: cross-sectional analyses. *BMC Public Health*. 2009;9(1):218. DOI: 10.1186/1471-2458-9-218
 21. Vogt F, Hall S, Marteau TM. General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: a systematic review. *Addiction*. 2005;100(10):1423–31. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2005.01221.x
 22. Dewhurst A, Peters S, Devereux-Fitzgerald A, Hart J. Physicians' views and experiences of discussing weight management within routine clinical consultations: A thematic synthesis. *Patient Education and Counseling*. 2017;100(5):897–908. DOI: 10.1016/j.pec.2016.12.017
 23. Begrambekova Yu.L., Efremushkina A.Yu., Kozhedub Ya.A., Smirnova E.A., Terekhovskaya Yu.V., Adonina E.V. et al. Physical training in patients with chronic heart failure: level of involvement, as well as psychosocial, anamnestic and iatrogenic factors that determine the motivation to practice. *Kardiologiya*. 2020;60(4):18–23. [Russian: Беграмбекова Ю.Л., Ефремушкина А.Ю., Кожедуб Я.А., Смирнова Е.А., Тереховская Ю.В., Адонина Е.В. и др. Физические тренировки у пациентов с хронической сердечной недостаточностью: уровень вовлеченности, а также психосоциальные, анамнестические и ятрогенные факторы, определяющие мотивацию к занятиям. *Кардиология*. 2020;60(4):18–23]. DOI: 10.18087/cardio.2020.4.n738
 24. Frank E, Wright EH, Serdula MK, Elon LK, Baldwin G. Personal and professional nutrition-related practices of US female physicians. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2002;75(2):326–32. DOI: 10.1093/ajcn/75.2.326