

Погосова Н. В.¹, Лысенко М. А.², Самсонова И. В.², Карпова А. В.¹, Юферева Ю. М.¹, Исакова С. С.¹, Выгодин В. А.¹, Василевский А. С.¹

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава РФ, Москва

² ГБУЗ «ГКБ №52» Департамента здравоохранения г. Москвы

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМИРОВАННОСТЬ О ФАКТОРАХ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Ключевые слова: медицинская информированность, факторы риска, сердечно-сосудистые заболевания, профилактика осложнений.

Ссылка для цитирования: Погосова Н. В., Лысенко М. А., Самсонова И. В., Карпова А. В., Юферева Ю. М., Исакова С. С., Выгодин В. А., Василевский А. С. Медицинская информированность о факторах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний пациентов различного терапевтического профиля, находящихся на стационарном лечении. Кардиология. 2017;57(12):34–42.

РЕЗЮМЕ

Цель исследования. Изучить медицинскую информированность о факторах риска (ФР) развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у пациентов кардиологического и терапевтического отделений (КО и ТО). *Материалы и методы.* В исследование были включены по 50 пациентов из КО и ТО одной из городских больниц г. Москвы. Анкетирование проводилось пациентам в 1–2-е сутки после госпитализации. Специально разработанная анкета включала социально-демографические и клинические показатели, открытые вопросы на знание традиционных ФР развития ССЗ и их целевых значений. *Результаты.* Пациенты обоих отделений не различались по полу и возрасту. Обращает внимание очень низкая информированность пациентов обоих отделений об основных ФР развития ССЗ: практически никто не указывал на повышенный уровень холестерина (0 и 2% соответственно; $p > 0,05$) и артериального давления (0 и 2% соответственно; $p > 0,05$) как ФР развития ССЗ. Большинство пациентов обоих отделений (74 и 68% соответственно; $p > 0,05$) отмечали только 1–2 ФР. Пациенты обоих отделений чаще всего считали, что стресс является ФР развития ССЗ (66 и 50%, соответственно; $p > 0,05$). *Выводы.* Результаты исследования выявили низкую информированность пациентов КО и ТО о ФР развития ССЗ на момент поступления в стационар.

Pogosova N. V.¹, Lysenko M. A.², Samsonova I. V.², Karpova A. V.¹, Yufereva Yu. M.¹, Isakova S. S.¹, Vygodin V. A.¹, Vasilevskiy A. S.¹

¹ Federal State Institution National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

² City Clinical Hospital № 52, Moscow, Russia

AWARENESS OF THE RISK FACTORS FOR CARDIOVASCULAR DISEASE IN DIFFERENT TYPES OF HOSPITALIZED MEDICAL PATIENTS

Keywords: medical awareness; risk factor; cardiovascular diseases; prevention of complications.

For citation: Pogosova N. V., Lysenko M. A., Samsonova I. V., Karpova A. V., Yufereva Yu. M., Isakova S. S., Vygodin V. A., Vasilevskiy A. S. Awareness of the Risk Factors for Cardiovascular Disease in Different Types of Hospitalized Medical Patients. Kardiologia. 2017;57(12):34–42.

SUMMARY

Objective: to study medical awareness of cardiovascular risk factors (FR) in hospitalized patients of the cardiac and internal medicine units (CU and IMU). *Materials and Methods.* A total of 100 patients from CU (n=50) and IMU (n=50) of a Moscow city hospital were included into the survey. The patients were interviewed during the I–II days of hospital stay. A special questionnaire was developed including socio-demographic and clinical indicators, open questions on the knowledge of traditional cardiovascular RFs and their target values. *Results.* Patients of both units did not differ in gender and age. The survey revealed an extremely low awareness of major cardiovascular RFs of patients in both units: practically none of them indicated as RFs for cardiovascular disease elevated cholesterol (0 and 2%, respectively, $p > 0.05$) and blood pressure (0% and 2%, respectively, $p > 0.05$). The majority of patients in both units (74 and 68%, respectively, $p > 0.05$) reported only 1–2 RFs. Patients in both units often believed that stress is the main cardiovascular RF (66% and 50%, respectively, $p > 0.05$). *Conclusion.* The survey revealed a low awareness of cardiovascular RFs in different types of medical patients at time of hospital admission.

Медицинская информированность пациентов о своем заболевании включает наличие у них адекватных представлений о самом заболевании, факторах, способствующих его развитию и прогрессированию, методах лечения и предотвращения осложнений заболевания. Низкая информированность создает высокий риск неблагоприятных исходов. Если пациент не понимает сути своего заболевания и важности следования рекомендациям врачей, это может привести к целому ряду осложнений [1].

Важнейшим компонентом медицинской информированности пациентов является информированность об основных факторах риска (ФР) развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), которые продолжают оставаться ведущей причиной заболеваемости и смертности в большинстве стран мира, в том числе в Российской Федерации [2].

Недостаточный уровень информированности о ФР развития ССЗ среди населения и даже среди пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), а также лиц с высоким риском развития ССЗ установлен в целом ряде исследований, выполненных в разных странах мира и на разных континентах [3–10]. В работах, проведенных в Канаде, Северной Ирландии, Индии, Пакистане и Иордании, показано, что пациенты с более высоким социально-экономическим статусом обладают лучшими знаниями в области профилактики ССЗ [3–5]. В некоторых исследованиях продемонстрированы гендерные различия по разным аспектам информированности пациентов о ССЗ. Так, в исследовании J. Thanavago и соавт. показано, что женщины лучше информированы о ФР развития ССЗ по сравнению с мужчинами [11].

Крупное российское многоцентровое исследование «РЕгулярное Лечение И профилактика – ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России – РЕЛИФ», проведенное в 2006 г., продемонстрировало крайне низкий уровень информированности больных артериальной гипертензией (АГ) и ИБС о факторах, способствующих развитию и прогрессированию этих заболеваний [12]. О роли таких важных ФР развития АГ, как дислипидемия, избыточное употребление поваренной соли и алкоголя, низкая физическая активность, были осведомлены лишь около 10% больных; 68,8% пациентов в качестве ФР развития АГ указывали стресс, 21,8% – избыточную массу тела/ожирение, 19,7% – курение. По сравнению с пациентами, страдающими только АГ, пациенты с сочетанием ИБС и АГ реже знали о роли избыточной массы тела и ожирения ($p < 0,001$); кроме того, в этой группе чаще встречались пациенты, не указавшие никаких ФР ($p < 0,05$). По мнению большинства пациентов, ФР развития ИБС также являлись стресс (его указали 53,5% пациентов), АГ (27,9%) и курение (16,6%).

В исследовании РЕЛИФ показано, что вопреки расхожей точке зрения о низкой заинтересованности больных ССЗ в профилактическом консультировании, почти каждый второй больной АГ и ИБС выразил желание получить дополнительные консультации и рекомендации врачей по двум ФР своего заболевания: стрессу и питанию. Каждый третий больной хотел бы получить информацию по вопросам рациональной физической активности, а около 10% пациентов – по отказу от курения (учитывая, что курили 15% включенных в исследование больных, в консультациях по отказу от курения оказались заинтересованными $\frac{2}{3}$ курильщиков) [12].

В течение последнего десятилетия в России были реализованы профилактические мероприятия, нацеленные на повышение информированности населения о ФР развития ССЗ и других неинфекционных заболеваний, а также на формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью. По данным эпидемиологических исследований, в последние годы наметилась тенденция к повышению уровня информированности граждан по ФР развития неинфекционных заболеваний, а данные социологических опросов выявили повышение мотивации граждан к ведению здорового образа жизни и сохранению здоровья [13].

Учитывая, что информированность пациентов о ФР занимает важнейшее место во вторичной профилактике ССЗ и других неинфекционных заболеваний, а эффективность лечения во многом зависит от знаний пациентов о своем заболевании, методах его лечения и профилактики осложнений, все изложенное стало основанием для проведения исследования, направленного на текущую оценку осведомленности о ФР и их целевых уровнях у пациентов различного терапевтического профиля, а также оценку их мотивации к повышению информированности о ССЗ.

Материал и методы

В поперечное исследование в течение 1–2 дней последовательно включали всех пациентов кардиологического и терапевтического отделений (КО и ТО соответственно) одной из городских клинических больниц г. Москвы.

Критериями исключения, помимо отказа пациента от участия в исследовании, служили языковой барьер, наличие у пациента выраженных когнитивных нарушений и психических заболеваний, а также тяжелые соматические состояния, делающие невозможным проведение анкетирования.

В исследование были включены 100 пациентов: по 50 из каждого отделения.

После подписания информированного согласия в 1–2-е сутки после госпитализации пациентам проводили анкетирование с помощью специально разработан-

ной анкеты. Анкета включала основные демографические (пол, возраст) и социальные (образование, семейное положение, социально-трудовой статус, уровень дохода по оценке самого пациента) характеристики участников. Затем в анкету вносилась информация об имевшихся у пациента поведенческих ФР – курении, употреблении алкоголя, особенностях питания (употребление поваренной соли, животных жиров, рыбы, овощей и фруктов, рафинированных углеводов, цельнозерновых продуктов, орехов, бобовых, продуктов глубокой за жарки), уровне физической активности, продолжительности ночного и дневного сна. В анкете фиксировали данные об информированности пациентов о ФР развития ССЗ и их целевых значений в рамках открытых вопросов (пациенту предлагалось самостоятельно вспомнить и сформулировать ФР развития ССЗ). В анкете также регистрировали информированность пациента в отношении собственных показателей (рост, масса тела, окружность талии – ОТ, уровень общего холестерина – ОХС и глюкозы), ранее полученные рекомендации по коррекции имевшихся ФР, мотивация к получению дополнительной информации о своем заболевании, его лечении и профилактике осложнений, а также по различным аспектам образа жизни (вопросам питания, употребления алкоголя, физической активности, контроля эмоционального напряжения и стресса, лекарственной терапии и отказу от курения).

Психологический статус оценивали по данным Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) [14]. По подшкале тревожности (HADS-A) оценку 8–10 баллов считали соответствующей наличию симптомов субклинической или легкой тревожности, а оценку ≥ 11 баллов – соответствующей наличию симптомов умеренной или выраженной тревожности. Для подшкалы депрессии (HADS-D) были приняты аналогичные отрезные значения (8–10 баллов по HADS-D означали наличие симптомов легкой или субклинической депрессивной симптоматики, ≥ 11 баллов по HADS-D – наличие симптомов умеренной или выраженной депрессивной симптоматики). Для оценки уровня стресса использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ) от 0 до 10 баллов.

Кроме того, у всех регистрировали ОТ на середине расстояния между нижним краем реберной дуги и гребнем подвздошной кости по средней подмышечной линии в положении пациента стоя. Артериальное давление (АД) измеряли дважды после 5-минутного отдыха на правом плече с 5-минутным интервалом в положении больного сидя с использованием автоматического цифрового сфигмоманометра Omron M6.

Из истории болезни в анкету переносили основные клинические и лабораторные характеристики, в том числе диагноз основного и сопутствующих заболеваний; показатели ОХС и глюкозы.

Статистический анализ полученных данных выполняли в системе SAS (Statistical Analysis System, SAS Institute Inc., США). Для количественных показателей, измеряемых по интервальной шкале, рассчитывали среднее значение, среднеквадратическое отклонение и ошибку среднего. Для качественных показателей, измеряемых по номинальной шкале, и порядковых показателей, измеряемых по ранговой шкале, определяли частоту выявления показателя в процентах или частоту регистрации разных ранговых оценок показателя соответственно. Достоверность связи между показателями оценивали с помощью таблиц сопряженности с расчетом нескольких модификаций критерия χ^2 , коэффициентов сопряженности Крамера и др. При анализе межгрупповых различий показателей, измеренных по интервальной шкале, определяли значения критерия t Стьюдента для независимых выборок по соответствующим формулам. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Основные социально-демографические и клинические характеристики включенных пациентов представлены в табл. 1. Как видно, пациенты двух групп не различались по основным демографическим (пол, возраст, доля пожилых) и социальным (семейное положение, социально-трудовой статус, уровень дохода по оценке самого пациента) характеристикам, за исключением уровня образования. Пациенты КО по сравнению с пациентами ТО чаще имели высшее образование (54% против 26%; $p < 0,01$) и соответственно более длительный (≥ 15 лет) период обучения (64% против 44% соответственно; $p < 0,05$). Большинство в обоих отделениях составили мужчины (80 и 66% соответственно; $p > 0,05$), большинство состояли в официальном или гражданском браке (66 и 68% соответственно). Каждый пятый (22%) пациент КО и каждый третий (30%) пациент ТО расценили уровень дохода своей семьи как низкий или очень низкий.

Спектр диагнозов пациентов КО соответствовал профилю отделения. У пациентов КО достоверно чаще встречались АГ, ИБС и ее различные проявления; 26% больных КО ранее перенесли инфаркт миокарда (ИМ), 14% – чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ), 4% – операцию аортокоронарного шунтирования (АКШ). Пациенты ТО чаще имели хроническую обструктивную болезнь легких, дисциркуляторную энцефалопатию, транзиторные ишемические атаки и сахарный диабет (СД) 2-го типа.

Как видно из табл. 1, психологический статус пациентов двух отделений существенно не различался. Усредненный показатель по подшкале тревоги HADS-A у больных обоих отделений был практически одинаковым. Каждый пятый пациент в обеих группах имел субклини-

Таблица 1. Социально-демографические и клинические характеристики пациентов

Показатель	Пациенты КО (n=50)	Пациенты ТО (n=50)	p
Социально-демографические характеристики			
Возраст, годы	60,04±17,79	53,82±17,62	н.д.
Возраст ≥60 лет, %	60	44	н.д.
Мужчины, %	80	66	н.д.
Высшее образование, %	54	26	<0,01
Длительность обучения ≥15 лет, %	64	44	<0,05
Состояли в официальном или гражданском браке, %	66	68	н.д.
Низкий или очень низкий уровень дохода, %	22	30	н.д.
Продолжали работать в настоящее время, %	28	36	н.д.
Клинические характеристики			
АГ, %	84	58	<0,01
ИБС, %	62	20	<0,001
Стенокардия напряжения, %	22	4	<0,01
Постинфарктный кардиосклероз, %	26	6	<0,01
АКШ в анамнезе, %	4	0	<0,05
ЧКВ в анамнезе, %	14	2	<0,05
СД 2-го типа, %	6	12	н.д.
Хроническая обструктивная болезнь легких, %	0	4	<0,05
Дисциркуляторная энцефалопатия, %	6	32	<0,001
Транзиторная ишемическая атака, %	0	8	<0,01
Психологический статус			
Оценка по шкале HADS-A, баллы	5,0±3,99	4,84±3,21	н.д.
Наличие субклинической тревоги (8–10 баллов по HADS-A)	18	22	н.д.
Наличие клинически выраженной тревоги (>11 баллов по HADS-A)	8	8	н.д.
Оценка по шкале HADS-D, баллы	6,44±3,34	5,32±3,44	н.д.
Наличие субклинической депрессивной симптоматики (8–10 баллов по HADS-D)	40	24	н.д.
Наличие клинически выраженной депрессивной симптоматики (>11 баллов по HADS-D)	8	10	н.д.
Наличие смешанной тревожно-депрессивной симптоматики (>11 баллов по HADS-A и -D)	4	4	н.д.
Уровень стресса по ВАШ, баллы	5,84±2,06	5,88±1,55	н.д.
Повышенный уровень стресса (>5 баллов по ВАШ), %	50	56	н.д.
Высокий уровень стресса (>7 баллов по ВАШ), %	22	14	н.д.
Наличие стресса на работе, %	43	33	н.д.
Наличие стресса дома, %	12	26	н.д.
Выраженный стресс из-за финансовых трудностей, %	8	16	н.д.
Однообразная монотонная работа, %	29	39	н.д.

Данные представлены в виде среднего ± стандартное отклонение или числа пациентов в процентах. Здесь и в табл. 2–6: КО – кардиологическое отделение; ТО – терапевтическое отделение; АГ – артериальная гипертония; ИБС – ишемическая болезнь сердца; ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство; АКШ – аортокоронарное шунтирование; СД – сахарный диабет; HADS – Госпитальная шкала тревоги и депрессии; ВАШ – визуальная аналоговая шкала; HADS-A – шкала оценки тревоги по Госпитальной шкале тревоги и депрессии; HADS-D – шкала оценки депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии; н.д. – недостоверно.

ческую тревогу, а 8% – клинически выраженную тревожную симптоматику. Для пациентов КО более характерна субклиническая депрессивная симптоматика, однако различия не достигли статистической значимости.

Не установлено достоверных различий у пациентов обоих отделений и по уровню стресса. Обращает внимание, что повышенный уровень стресса зарегистрирован у 50% пациентов, а высокий уровень – у 22% пациентов КО и у 14% пациентов ТО ($p>0,05$). При этом стресс на работе испытывали 43% пациентов КО и 33% пациен-

тов ТО. Около 1/3 пациентов обоих отделений отмечали однообразный монотонный характер работы.

Для оценки медицинской информированности больных в анкете использовали открытые вопросы на знание традиционных ФР развития ССЗ и их целевых значений. Обращает внимание крайне низкая информированность пациентов обоих отделений по основным ФР развития ССЗ. Как видно из табл. 2, практически никто из пациентов не указывал повышенный уровень ОХС (0 и 2% соответственно; $p>0,05$) и повышенное

Таблица 2. Информированность пациентов о традиционных ФР развития ССЗ по данным ответов на открытые вопросы

Показатель	Пациенты КО, %	Пациенты ТО, %	р
Повышенный уровень ОХС	0	2	н.д.
Повышенное АД	0	2	н.д.
Нездоровое питание	64	24	<0,001
Стрессы, нервное перенапряжение	66	50	н.д.
Избыточное употребление алкоголя	10	44	<0,001
Курение	18	36	<0,05
Избыточная масса тела или ожирение	14	12	н.д.
Гиподинамия	38	32	н.д.
СД	0	0	н.д.
Отягощенная по ССЗ наследственность	4	0	<0,05
Число ФР развития ССЗ	2,1±1,1	2,0±1,1	н.д.
Не указали ни одного ФР	2	14	<0,05
Указали 1 ФР развития ССЗ	28	10	н.д.
Указали 2 ФР развития ССЗ	44	44	н.д.
Указали 3 ФР развития ССЗ	18	24	н.д.

Здесь и в табл. 3–6: ФР – фактор риска; ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания; ОХС – общий холестерин; АД – артериальное давление.

Таблица 3. Знание пациентами собственного уровня холестерина, глюкозы и ОТ по данным ответов на открытые вопросы и наличие соответствующих ФР

Показатель	Пациенты КО, %	Пациенты ТО, %	р
Знание пациентами своего уровня холестерина	42	46	н.д.
Гиперхолестеринемия (ОХС ≥5,0 ммоль/л)	80	78	н.д.
Знание пациентами своего уровня глюкозы	40	48	н.д.
Гипергликемия (глюкоза ≥6,2 ммоль/л)	30	74	<0,01
Знание пациентами своей ОТ	84	82	н.д.
Наличие АО (ОТ >80 см у женщин; ОТ >94 см у мужчин)	81	54	<0,01
Наличие выраженного АО (>88 см у женщин; >102 см у мужчин)	50	29	<0,01

ОТ – окружность талии; АО – абдоминальное ожирение.

Таблица 4. Информированность пациентов по целевым уровням ФР

Показатель	Пациенты КО	Пациенты ТО	р
Пациент считает, что знает целевой уровень ОХС, %	67	78	н.д.
Правильно указали целевой уровень ОХС, %	12	0	<0,05
Целевой уровень ОХС по мнению пациентов, ммоль/л	6,0±0,68	6,5±0,32	<0,05
Пациент считает, что знает целевой уровень АД, %	94	68	<0,001
Целевой уровень САД, по мнению пациентов, мм рт. ст.	140,9±9,3	141,3±9,2	н.д.
Целевой уровень ДАД, по мнению пациентов, мм рт. ст.	89,0±4,1	90,8±4,8	н.д.
Правильно указали целевой уровень САД и ДАД, %	43	65	<0,05
Пациент считает, что знает надлежащий уровень физической активности*, %	46	70	<0,05
Правильно указали надлежащий уровень физической активности, %	13	0	<0,01

* – Надлежащий уровень физической активности – не менее 150 мин в неделю умеренных физических нагрузок или не менее 75 мин в неделю интенсивных физических нагрузок, либо их комбинация с эквивалентной нагрузкой. АД – артериальное давление; САД – систолическое артериальное давление; ДАД – диастолическое артериальное давление.

АД (0 и 2% соответственно; $p>0,05$) в качестве ФР развития ССЗ; 72 и 54% соответственно правильно указали только 1–2 ФР. Пациенты ТО достоверно чаще не указывали ни одного из традиционных ФР развития ССЗ (14% против 2%; $p<0,05$). Важно подчеркнуть, что пациенты КО, из которых у 22% имелась стенокардия напряжения, 26% ранее перенесли ИМ, 18% – вме-

шательства по реваскуляризации миокарда (14% – ЧКВ, 4% – АКШ), не указали в качестве ФР развития своего заболевания повышенный уровень ОХС, повышенное АД и СД. Основными причинами своего заболевания эти пациенты считали стрессы и нервное перенапряжение (66%), нездоровое питание (64%) и гиподинамию (38%).

Пациенты ТО связывали свое заболевание прежде всего со стрессом, нервным перенапряжением (50%), 44% полагали, что играет роль избыточное употребление алкоголя, и более 1/3 видели причину в нездоровом питании и гиподинамии.

Как видно из табл. 3, свой уровень ОХС смогли указать менее половины пациентов КО (42%) и ТО (46%; $p > 0,05$), хотя гиперхолестеринемия (ГХС) отмечалась у большинства пациентов обоих отделений. Менее 50% пациентов были осведомлены о своем уровне глюкозы. Наибольшую информированность пациенты продемонстрировали в отношении своего показателя ОТ – ее знали более 80% пациентов.

Большинство пациентов полагали, что хорошо знают целевой уровень ФР (табл. 4). Однако на самом деле информированность пациентов в отношении целевых показателей основных ФР осталась низкой, особенно у пациентов ТО (см. табл. 4). Так, правильно указали целевой уровень ОХС только 12% пациентов КО и ни один пациент ТО. Аналогичная ситуация отмечается и в отношении надлежащего уровня физической активности. Относительно удовлетворительный уровень знаний у пациентов отмечен в отношении целевого уровня систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД). Правильный ответ дали 43% пациентов КО и 65% пациентов ТО ($p < 0,05$).

Пищевые привычки пациентов представлены в табл. 5. Примерно каждый 3-й пациент (по 28% в каждом отделении) не ограничивал употребление поваренной соли. Регулярно использовали сливочное или топленое масло при приготовлении пищи соответственно 58 и 62% участников исследования, в то время как оливковое масло добавляли в пищу только 1/3 пациентов. Обращает вни-

мание, что пациенты ТО достоверно чаще использовали продукты с высоким содержанием жира без ограничений по сравнению с пациентами КО (54% против 34%; $p < 0,05$). Большинство участников исследования из обоих отделений употребляли жирную рыбу реже 1 раза в неделю (60 и 66% соответственно); 24 и 30% участников соответственно употребляли недостаточное количество овощей и фруктов (менее 400 г/сут).

Сахаросодержащие напитки (≥ 1 раза/сут) употребляли 48% пациентов КО и 94% ($p < 0,001$) пациентов ТО. Пациенты КО и ТО употребляли орехи несколько раз в месяц, хотя, согласно последним Европейским рекомендациям по профилактике ССЗ (2016), орехи следует использовать в рационе ежедневно в количестве 30 г. Использование цельнозерновых продуктов в рационе пациентов обоих отделений также явно недостаточно (в среднем 1 раз в 2–3 дня). Данные об употреблении участниками исследования различных категорий продуктов представлены в табл. 5.

Оценка мотивации пациентов к получению дополнительной информации о заболевании и различных аспектах образа жизни представлена в табл. 6. Абсолютное большинство пациентов выразили желание получить больше информации о своем заболевании, лечении, профилактике осложнений, особенно пациенты КО (98% против 80%; $p < 0,01$). Максимальный интерес у пациентов обоих отделений вызывали вопросы лекарственной терапии (76 и 68% соответственно; $p > 0,05$). Из различных аспектов образа жизни пациенты в наибольшей степени интересуются здоровым питанием, причем пациенты КО хотели бы получить информацию по питанию в 2 раза чаще, чем пациенты ТО. Каждого третьего пациента интересует информация по контролю уров-

Таблица 5. Пищевые привычки пациентов КО и ТО

Показатель	Пациенты КО	Пациенты ТО	p
Особенности рациона, %			
Использование продуктов с высоким содержанием жира без ограничений	34	54	<0,05
Недостаточное потребление жирной рыбы (≤ 1 раза в неделю)	60	66	н.д.
Досаливание готовой пищи	28	28	н.д.
Недостаточное потребление овощей и фруктов (<400 г/сут или не каждый день)	24	30	н.д.
Основной вид жира, используемого при приготовлении пищи, %			
Сливочное или топленое масло	58	62	н.д.
Сало	6	12	н.д.
Оливковое масло	26	30	н.д.
Другие виды растительного масла	78	74	н.д.
Частота употребления в пищу различных категорий продуктов (раз в месяц)			
Промышленной выпечки	3,26±6,91	4,34±11,64	н.д.
Продуктов глубокой жарки	6,32±12,91	6,82±11,72	н.д.
Сахаросодержащих напитков	31,1±33,03	71,92±30,54	<0,001
Бобовых	3,84±3,38	3,42±3,10	н.д.
Цельнозерновых продуктов	10,44±11,81	13,94±21,34	н.д.
Орехов	4,48±12,5	2,42±3,76	н.д.

Таблица 6. Мотивация к повышению информированности пациентов КО и ТО по ССЗ

Показатель	Пациенты КО, %	Пациенты ТО, %	p
Желание пациента получить больше информации о своем заболевании, лечении, профилактике осложнений	98	80	<0,01
Лекарственная терапия	76	68	н.д.
Здоровое питание	62	34	<0,01
Снижение уровня стресса	34	34	н.д.
Физическая активность, лечебная физкультура	40	12	<0,01
Отказ от курения	10	8	н.д.
Уменьшение употребления алкоголя	2	2	н.д.
Число аспектов дополнительной информации	2,24±1,19	1,58±1,07	<0,01
Отсутствие желания получения информации	2	20	<0,01
Хотели получить информацию о 1 аспекте	30	22	н.д.
Хотели получить информацию о 2 аспектах	28	40	н.д.

ня стресса, а каждого десятого – по отказу от курения. Пациенты КО хотели бы получить информацию по большему числу аспектов образа жизни по сравнению с пациентами ТО, т.е. они более мотивированы к участию в профилактическом консультировании. Об этом свидетельствует также то, что полное отсутствие желания в получении дополнительной информации достоверно чаще отмечали пациенты ТО (20% против 2%; $p < 0,01$). В целом большинство пациентов обоих отделений хотели бы получить дополнительную информацию, но не более чем по двум различным аспектам образа жизни (60 и 84% соответственно; $p > 0,05$).

Обсуждение

Проведенное исследование выявило низкую информированность в отношении ФР развития ССЗ и их целевых уровней у пациентов различного терапевтического профиля на момент их поступления в стационар. Пациенты, которые имели ССЗ, больше мотивированы к получению дополнительной информации о своем заболевании, лечении, профилактике осложнений.

Полученные нами данные согласуются с результатами других исследований по оценке осведомленности пациентов о ФР развития ССЗ. Одним из примеров может служить работа М. Lechowicz и соавт. [15], в которой оценивалась осведомленность о ФР развития ССЗ 284 кардиологических пациентов, обратившихся за амбулаторной помощью. Только 7,4% участников исследования смогли назвать по крайней мере 3 традиционных ФР развития ССЗ. Среднее число перечисленных ФР развития ССЗ составило $1,38 \pm 0,77$. В нашем исследовании среднее число ФР, указанных пациентами КО, было немного больше ($2,1 \pm 1,1$). Наиболее часто в качестве ФР развития ССЗ участники исследования называли курение и повышенный уровень ОХС (33,1 и 27,4% соответственно). Пациенты с ГХС реже знали, что дислипидемия является ФР развития ССЗ, чем пациенты с нормальным уровнем

ОХС (24,1% против 41,1% соответственно; $p = 0,0108$). Авторы исследования пришли к выводу, что информированность о ФР развития ССЗ у амбулаторных кардиологических пациентов является низкой и зависит от уровня образования и возраста.

Низкая осведомленность о традиционных ФР развития ССЗ была установлена также в работе А. Tchicaуа и соавт. с участием 4 500 пациентов, которым была выполнена коронарография [16]. У 87% участников исследования была выявлена ИБС. АГ и ГХС были двумя наиболее распространенными ФР развития ССЗ и были выявлены у $\frac{2}{3}$ пациентов. Только 8% мужчин и 7% женщин могли назвать как минимум 3 ФР. Более 1 из 10 пациентов не знали ни одного ФР развития ССЗ, что сопоставимо с данными нашего исследования (каждый 7-й пациент ТО не назвал ни одного ФР развития ССЗ). Наиболее часто участники исследования в качестве ФР развития ССЗ указывали курение и ГХС, а наиболее редко – АГ и СД. В нашем исследовании также ни один из участников не указывал СД в качестве ФР развития ССЗ.

Неожиданными выглядят результаты, полученные при анализе информированности пациентов о повышенном АД как ФР развития ССЗ. Несмотря на знание своих цифр АД и правильные ответы большинства участников исследования о целевых уровнях как САД, так и ДАД, практически никто из пациентов обеих групп не рассматривал АГ в качестве ФР развития ССЗ. При этом АГ имели 84% пациентов КО и 58% пациентов ТО.

Тревожными являются данные о том, что пациенты ТО и особенно пациенты КО, в большинстве имевшие коронарный анамнез, не идентифицировали повышенный уровень ОХС как ФР развития ССЗ и их осложнений и не знали целевого уровня (по мнению пациентов КО, целевым являлся уровень ОХС $6,0$ ммоль/л).

Результаты европейских клинико-эпидемиологических исследований за последние годы свидетельствуют

об улучшении контроля за некоторыми поведенческими ФР, в частности контроля курения [17, 18]. Это связывают с широкомасштабной кампанией по борьбе с курением, широким использованием лекарственной терапии по отказу от курения во многих странах, а также внедрением в клиническую практику шкалы SCORE.

Полученные данные в отношении мотивации пациентов к получению дополнительной информации по своему заболеванию и образу жизни подтверждают ранее полученные результаты [12] о том, что абсолютное большинство пациентов заинтересовано в получении такой информации.

Выводы

Выявлена низкая информированность в отношении основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов различного терапевтического профиля на момент их поступления в стационар. Только 1–2 фактора риска развития сердечно-сосудистых заболеваний правильно указали 72 и 54% пациентов кардиологического и терапевтического отделений соответственно.

Пациенты кардиологического отделения, 22% из которых имели стенокардию напряжения, 26% ранее перенесли инфаркт миокарда, 18% – вмешательства по реваскуляризации миокарда, не указали в качестве факторов риска развития своего заболевания повышенный уровень общего холестерина, повышенное артериальное давление и сахарный диабет. Основными причинами своего заболевания пациенты считали стрессы и нервное перенапряжение (66%), нездоровое питание (64%) и гиподи-

намию (38%). Свой собственный уровень общего холестерина знали только 42% пациентов кардиологического отделения.

Большинство пациентов полагали, что хорошо знают целевые уровни факторов риска. Однако информированность пациентов о целевых показателях основных факторов риска оказалась низкой, особенно у пациентов терапевтического отделения. Правильно указали целевой уровень общего холестерина только 12% пациентов кардиологического отделения и ни один пациент терапевтического отделения.

Досаливали готовую пищу 28% пациентов кардиологического отделения, 24% употребляли недостаточное количество овощей и фруктов, 34% не ограничивали жир в своем рационе, 60% редко употребляли рыбу, абсолютное большинство пациентов недостаточно включали в свой рацион орехи, цельнозерновые и бобовые продукты.

Полученные данные в отношении мотивации пациентов к получению дополнительной информации по своему заболеванию и образу жизни подтверждают, что абсолютное большинство заинтересовано в получении такой информации.

С целью контроля факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и повышения эффективности вторичной профилактики у пациентов с имеющимися сердечно-сосудистыми заболеваниями необходимы дополнительные мероприятия по повышению уровня информированности пациентов по сердечно-сосудистым заболеваниям как в период их пребывания в стационаре, так и на амбулаторном этапе.

Сведения об авторах:

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава РФ, Москва

Отдел вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний

Погосова Н. В. – д.м.н., проф., руков. отдела.

Карпова А. В. – ст. н.с. отдела.

Юферева Ю. М. – к.м.н., вед.н.с. отдела.

Исакова С. С. – мл.н.с. отдела.

Лаборатория биостатистики

Выгодин В. А. – ст. н.с. лаборатории.

Федеральный центр здоровья

Василевский А. С. – врач по лечебной физкультуре.

ГБУЗ «ГКБ №52» Департамента здравоохранения г. Москвы

Лысенко М. А. – д.м.н., гл. врач.

Самсонова И. В. – к.м.н., зам. гл. врача по медицинской части.

E-mail: nogosova@gnicpm.ru

Information about the author:

Federal State Institution National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

Nana V. Pogosova – MD, professor.

E-mail: nogosova@gnicpm.ru

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Health Literacy Interventions and Outcomes: an Update of the Literacy and Health Outcomes Systematic Review of Literature, 2011.
2. Демографический ежегодник России. 2015: Стат. сб. Росстат. М., 2015. 263 с.)
3. Potvin L., Richard L., Edwards A. C.: Knowledge of cardiovascular disease risk factors among the Canadian population: relationships with indicators of socioeconomic status. *CMAJ* 2000;162 (9 Suppl): S5–11.
4. Jafary F. H., Aslam F., Mahmud H. et al.: Cardiovascular health knowledge and behavior in patient attendants at four tertiary care hospitals in Pakistan – a cause for concern. *BMC Public Health* 2005;5:124.
5. Al Hamarneh Y. N., Crealey G. E., McElnay J. C. Coronary heart disease: health knowledge and behaviour. *Int J Clin Pharm* 2011;33 (1):111–123.
6. Giardina E. G., Sciacca R. R., Flink L. E. et al. Cardiovascular disease knowledge and weight perception among Hispanic and non-Hispanic white women. *J Womens Health (Larchmt)* 2013;22 (12):1009–1015.
7. Koniak-Griffin D., Brecht M. L. Awareness of Cardiovascular Disease and Preventive Behaviors Among Overweight Immigrant Latinas. *J Cardiovasc Nurs* 2015;30 (5):447–455.
8. Oertelt-Prigione S., Seeland U., Kendel F. et al. Cardiovascular risk factor distribution and subjective risk estimation in urban women – the BEFRI study: a randomized cross-sectional study. *BMC Med* 2015;13:52. doi: 10.1186/s12916-015-0304-9.
9. Mukattash T. L., Shara M., Jarab A. S. et al. Public knowledge and awareness of cardiovascular disease and its risk factors: a cross-sectional study of 1000 Jordanians. *Int J Pharm Pract* 2012;20 (6):367–376.
10. Saeed O., Gupta V., Dhawan N. et al. Knowledge of modifiable risk factors of Coronary Atherosclerotic Heart Disease (CASHD) among a sample in India. *BMC Int Health Hum Rights* 2009;9:2.
11. Thanavaro J. L., Moore S. M., Anthony M. K. et al. Predictors of poor coronary heart disease knowledge level in women without prior coronary heart disease. *J Am Acad Nurse Pract* 2006;18 (12):574–581.
12. Pogossova G. V., Koltunov I. E., Sokolova O. Y. Secondary prevention of arterial hypertension and ischemic heart disease in the real clinical practice in Russia. Monograph Federal State Institution “National Center for Preventive Medicine” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Moscow 2009; 151 p. Russian (Погосова Г. В., Колтунов И. Е., Соколова О. Ю. Вторичная профилактика артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца в реальной клинической практике Российской Федерации. Монография ФГУ ГНИЦ Профилактический центр медицины Росмедтехнологии, при содействии Общественной Организации «Всероссийское научное общество кардиологов». М., 2009; 151 с).
13. Strategy of populational healthy lifestyle formation, prevention and control of noncommunicable diseases up to 2025. Project. Publication date 2017/06/26. Russian (Проект Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года. Дата публикации 26.06.2017 г.) https://www.gnicpm.ru/UserFiles/Strategy_draft_26062017.pdf.
14. Zigmond A. S., Snaith R. P. Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361–370.
15. Lechowicz M., Wiliński J., Kameczura T. et al. Awareness of cardiovascular risk factors in ambulatory cardiology patients *FOLIA Medica Cracoviensia* 2015; LV (2):15–22.
16. Tchicaya A., Braun M., Lorentz N. et al. Social inequality in awareness of cardiovascular risk factors in patients undergoing coronary angiography. *Eur J Prev Cardiol* 2013;20 (5):872–879.
17. Karam C., Beauchet A., Czernichow S. et al. Trends in Cardiovascular Disease Risk Factor Prevalence and Estimated 10-Year Cardiovascular Risk Scores in a Large Untreated French Urban Population: The CARVAR 92 Study. *PLoS One* 2015;10 (4):e0124817. doi: 10.1371/journal.pone.0124817.
18. Zdrojewski T., Rutkowski M., Bandosz P. et al. Prevalence and control of cardiovascular risk factors in Poland. Assumptions and objectives of the NATPOL 2011 Survey. *Kardiol Pol* 2013;71 (4):381–392.

Поступила 08.08.17 (Received 08.08.17)