Погосова Н. В.¹, Юферева Ю. М.¹, Аушева А. К.¹, Соколова О. Ю.¹,
Мелик-Оганджанян Г. Ю.², Карпова А. В.³, Арутюнов А. А.¹, Калинина А. С.¹, Выгодин В. А.³

¹ – ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России, Москва, Россия, 121552, Москва, ул. 3-я Черепковская, д. 15а,

² – ГБУЗ «ГКБ №4 ДЗМ», 115093, Москва, ул. Павловская, д. 25,

³ – ФГБУ «НМИЦ ПМ» МЗ РФ, 101990, Москва, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМИРОВАННОСТЬ О ФАКТОРАХ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ (часть 2)

Ключевые слова: медицинская информированность, кардиоваскулярные факторы риска, пищевые привычки

Ссылка для цитирования: Погосова Н. В., Юферева Ю. М., Аушева А. К., Соколова О. Ю., Мелик-Оганджанян Г. Ю., Карпова А. В. и др. Медицинская информированность о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний пациентов различного терапевтического профиля, находящихся на стационарном лечении (часть 2). Кардиология. 2019;59(9S):31–41

РЕЗЮМЕ

Цель. Оценка медицинской информированности о кардиоваскулярных факторах риска (ФР) у пациентов различного терапевтического профиля, находящихся на стационарном лечении. **Материалы и методы.** Это поперечное исследование, в которое в течение 1–2 дней последовательно включались все пациенты неврологического, эндокринологического и кардиологического отделений (НО, ЭО и КО соответственно) городских клинических больниц города Москвы. Специально разработанная анкета включала в себя социально-демографические и клинические показатели, открытые вопросы на знание традиционных кардиоваскулярных ФР и их целевых значений. **Результаты.** Пациенты трех отделений не отличались по полу и возрасту. Спектр диагнозов больных соответствовал профилю отделения. Обращает на себя внимание очень низкая информированность пациентов всех трех отделений в отношении основных кардиоваскулярных ФР: практически никто из них не указывал на повышенный уровень холестерина (0%, 4% и 0% соответственно) и артериального давления (2%, 2% и 0% соответственно) как ФР сердечно-сосудистых заболеваний. Пациенты трех отделений чаще всего называли стресс (64%, 56% и 66% соответственно) и нездоровое питание (50%, 56% и 64% соответственно) в качестве основных кардиоваскулярных ФР. В среднем пациенты трех отделений правильно указали только 2 ФР. **Выводы.** Результаты исследования выявили низкую информированность о кардиоваскулярных ФР у пациентов различного терапевтического профиля, в том числе и больных кардиологического отделения, на момент поступления в стационар.

Pogosova N. V.¹, Yufereva Yu. M.¹, Ausheva A. K.¹, Sokolova O. Yu.¹,
Melik-Oganjanyan G. Yu.², Karpova A. V.³, Arutyunov A. A.¹, Kalinina A. S.¹, Vygodin V. A.³

¹ – FSBO National Medical research center of cardiology of the Ministry

of healthcare of the Russian Federation, Moscow, 3rd Cherepkovskaya 15a, Moscow 121552,

² – Municipal Hospital #4 of the Moscow Health Care Department, Pavlovskaya 25, Moscow 115093,

³ – National Research Center for Preventive Medicine, Petroverigsky Per. 10, Bldg. 3, Moscow 101990

MEDICAL AWARENESS OF RISK FACTORS OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN DIFFERENT TYPES OF HOSPITALIZED PATIENTS (PART 2)

Keywords: medical awareness, cardiovascular risk factors, dietary habits

For citation: Pogosova N. V., Yufereva Yu. M., Ausheva A. K., Sokolova O. Yu.,

Melik-Oganjanyan G. Yu., Karpova A. V. et al. Medical awareness of risk factors of cardiovascular diseases in different types of hospitalized patients (part 2). Kardiologiya. 2019;59(9S):31–41

SUMMARY

Objective. To study medical awareness of cardiovascular risk factors (RFs) in different types of hospitalized patients (pts). **Methods.** A total of 150 pts from neurological, endocrinological and cardiac units one of Moscow city hospital were enrolled into the survey (50 pts in each unit). The pts were interviewed during the I-II days of the hospitalization. A special questionnaire was developed including socio-demographic and clinical indicators, open questions on the awareness of traditional cardiovascular RFs and their target values. **Results.** Pts of three units did not differ in gender and age. The range of diagnoses corresponded to the profile of the unit. The survey revealed an extremely low awareness of major cardiovascular RFs of pts in all 3 units: almost none of them pointed to elevated

cholesterol (0%, 4% and 0%, respectively) and blood pressure (2%, 2% and 0%) respectively) as RF of cardiovascular diseases. The pts of the three units most often referred to stress (64%, 56% and 66%, respectively) and unhealthy diet (50%, 56% and 64%, respectively) as the main cardiovascular RFs. On average, pts in three units correctly indicated only 2 RFs. *Conclusion.* The survey revealed a low awareness of cardiovascular RFs in different types of medical pts, including cardiac pts, at time of hospital admission.

Information about the corresponding author: Yufereva Yu. M., e-mail: yulija74@bk.ru

Актуальность

Для успешного предотвращения осложнений ССЗ важен высокий индивидуальный уровень осведомленности пациентов о сердечно-сосудистых ФР и достаточная медицинская информированность [1]. Помимо понимания пациентом информации об основных показателях здоровья, термин «медицинская информированность» включает некоторые другие необходимые для контроля своего состояния навыки, например, способность пациента активно взаимодействовать с медицинскими работниками. Медицинскую информированность можно определить как знания, мотивацию и компетентность человека в отношении доступности, оценки и использования медицинской информации для принятия решений в отношении здоровья в повседневной жизни [2].

В крупном исследовании, выполненном в Дании, показано, что от 8,8% до 20,2% респондентов общей популяции испытывали трудности в понимании медицинской информации, или у них возникали сложности при контакте с медицинскими работниками [3]. В рамках Европейского проекта по оценке медицинской информированности у 8000 человек из 8 стран Европы проводилась оценка грамотности в отношении здоровья по четырем показателям: общие знания, здравоохранение, профилактика заболеваний, укрепление здоровья [4]. Около 12% участников исследования имели низкий уровень медицинской информированности и одна треть (35%) – проблематичный уровень. Таким образом, почти каждый второй респондент показал недостаточный уровень медицинской информированности. Результаты проекта продемонстрировали, что существует прямая связь между уровнем медицинской информированности и риском развития хронических заболеваний [5]. Наиболее сложными в этом отношении являются ССЗ, поскольку хорошо известна роль поведенческих ФР для прогноза и качества жизни больных с сердечно-сосудистой патологией [6]. Установлено, что доля лиц с низкой медицинской информированностью среди пациентов с хроническими заболеваниями значительно выше среди пациентов с ССЗ [5]. У больных ССЗ низкий уровень образования ассоциируется с более высокой распространенностью сердечно-сосудистых ФР [7], что связано с худшим уровнем осведомленности о них [8].

В ряде исследований показано, что низкий уровень медицинской информированности ассоциируется с низким уровнем дохода, а также с одиноким проживанием [3, 4, 9]. В любом случае, низкая медицинская грамотность ассоциируется с менее благоприятными поведенческими паттернами [10–12] и с плохим субъективным восприятием своего здоровья [4, 10–15].

В России в 2006 году было проведено крупное многоцентровое исследование «РЕгулярное Лечение И профилактика ключ к улучшению ситуации с ССЗ в России – РЕЛИФ», которое продемонстрировало крайне низкий уровень информированности больных АГ и ИБС в отношении ФР, способствующих развитию и прогрессированию этих заболеваний [16]. В то же время был установлен достаточно высокий уровень заинтересованности пациентов в повышении медицинской информированности: почти каждый второй больной АГ и ИБС выразил желание получить дополнительные консультации и рекомендации врачей как минимум по двум ФР своего заболевания: стрессу и питанию. В связи с совершенствованием медицинского обслуживания медицинская информированность является детерминантой, динамично изменяемой с течением времени [17, 18].

Все выше изложенное стало основанием для проведения исследования, которое было направлено на текущую оценку осведомленности о сердечно-сосудистых ФР и их целевых уровнях у пациентов различного терапевтического профиля, а также оценку их мотивации к повышению медицинской информированности.

Это вторая публикация, которая посвящена изучению информированности об основных ФР у пациентов неврологического, эндокринологического и кардиологического отделений (соответственно НО, ЭО и КО), особенностям пищевых привычек, а также оценке мотивации к повышению медицинской информированности: в первой статье [19] проводился сравнительный анализ осведомленности о сердечно-сосудистых ФР и их целевых уровнях у пациентов кардиологического и терапевтического отделений.

Материалы и методы

По дизайну данное исследование является одномоментным, в которое в течение 1–2 дней последовательно включались все пациенты НО, ЭО и КО городских клинических больниц города Москвы, соответствующи-

Выбирая Ксарелто® сегодня, вы можете защитить ваших пациентов с ТГВ или ТЭЛА завтра

Монотерапия ВТЭО с 1-го дня без использования инъекционных антикоагулянтов^{1-3,5}

Благоприятный профиль эффективности в течение всего курса лечения ТГВ/ТЭЛА, включая первые 3 недели самого высокого риска рецидива¹⁻⁵

Возможность снижения риска больших кровотечений в ~2 раза* по сравнению с эноксапарином + АВК, в том числе у ослабленных пациентов^{}**

или

Единственный ПОАК с удобным однократным приемом^а и возможностью выбора дозировки после 6 месяцев лечения^б ТГВ/ТЭЛА⁵⁻⁷

ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии; ТГВ – тромбоз глубоких вен; ВТЭО – венозные тромбоэмболические осложнения; АВК – антагонисты витамина К.
 * После 21-го дня лечения. ** После как минимум 6 месяцев лечения тромбоза, в зависимости от соотношения риска рецидива ТГВ/ТЭЛА и риска кровотечения.
 * 40 случаев больших кровотечений в группе ривароксабана и 72 случая в группе эноксапарина + АВК. ** Пациенты старше 75 лет, с массой тела <=50кг, КЛКр <50 мл/мин.

КСАРЕЛТО®. Международное непатентованное название: ривароксабан. **Лекарственная форма:** таблетки покрытые пленочной оболочкой. 1 таблетка покрытая пленочной оболочкой содержит 2,5/10/ 15/ 20 мг ривароксабана микронизированного. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** – профилактика смерти вследствие сердечно-сосудистых причин, инфаркта миокарда и тромбоза стента у пациентов после острого коронарного синдрома (ОКС), протекавшего с повышением кардиоспецифических биомаркеров, в комбинированной терапии с ацетилсалициловой кислотой или с ацетилсалициловой кислотой и тиклопидином или клопидогрелем или тиклопидином (для таблеток 2,5 мг); – профилактика венозной тромбоэмболии (ВТЭ) у пациентов, подвергающихся большому ортопедическим оперативным вмешательствам на нижних конечностях (для таблеток 10 мг); – профилактика рецидивов тромбоза глубоких вен (ТГВ) или тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) после как минимум 6 месяцев лечения ТГВ или ТЭЛА (для таблеток 10 мг); – профилактика инсульта и системной тромбоэмболии у пациентов с фибрилляцией предсердий неклапанного происхождения (для таблеток 15/20 мг); – лечение тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии и профилактика рецидивов ТГВ и ТЭЛА (для таблеток 15/20 мг). **ПРОТИВПОКАЗАНИЯ.** Повышенная чувствительность к ривароксабану или любому вспомогательному веществу таблеток; клинически значимые активные кровотечения (например, внутричерепное кровоизлияние, желудочно-кишечное кровотечение); заболевания печени, протекающие с коагулопатией, которая обуславливает клинически значимый риск кровотечения, беременность и период лактации (период грудного вскармливания); детский и подростковый возраст до 18 лет; тяжелая степень нарушения функции почек (КлКр < 15 мл/мин); сопутствующая терапия каким-либо другим антикоагулянтами, например, нефракционированным гепарином, низкомолекулярными гепаринами (эноксапарин, далтепарин и др.), производными гепарина (фондапаринукс и др.), пероральными антикоагулянтами (варфарин, аликсандр, дабигатран и др.), кроме случаев, когда пациент переводится с терапии или на терапию препаратом Ксарелто®, или же когда НВГ назначается в низких дозах для поддержания проходности центрального венозного или артериального катетера; наследственная непереносимость лактозы или галактозы (например, врожденный дефицит лактазы или глюкозогалактозная мальабсорбция) (в связи с наличием в составе лактозы). **Дополнительно для таблеток 2,5 мг:** лечение ОКС при помощи антиагрегантов у пациентов, перенесших инсульт или транзиторную ишемическую атаку. **Дополнительно для таблеток 10 мг, 2,5 мг:** цирроз печени и нарушения функции печени класса В и С по классификации Чайлд-Пью. **Дополнительно для таблеток 10/15/20 мг:** повреждение или состояние, связанное с повышенным риском большого кровотечения (например, имеющаяся или недавно перенесенная желудочно-кишечная язва, наличие злокачественных новообразований с высоким риском кровотечения, недавние травмы головного или спинного мозга, операции на головном, спинном мозге или глазах, недавнее внутричерепное кровоизлияние, диагностированный или предполагаемый варикозное расширение вен пищевода, артериовенозные мальформации, аневризмы сосудов или большие аномалии сосудов головного или спинного мозга). **СОСТОРОЖНОСТЬЮ:** При лечении пациентов с повышенным риском кровотечения (в том числе при врожденной или приобретенной склонности к кровотечениям, неконтролируемой тяжелой артериальной гипертензии, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения, недавно перенесенной язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, сосудистой ретинопатии, при бронхоэктазах или легочном кровотечении в анамнезе). – При лечении пациентов со средней степенью нарушения функции почек (КлКр 30–49 мл/мин), получающих одновременно препараты, повышающие концентрацию ривароксабана в плазме крови. – При лечении пациентов с тяжелой степенью нарушения функции почек (КлКр 15–29 мл/мин). – Ривароксабан не рекомендуется к применению у пациентов, получающих системное лечение противогрибковыми препаратами азоловой группы (например, итраконазолом) или ингибиторами протазы ВИЧ (например, ритонавиром). – Пациенты с тяжелой степенью нарушения функции почек (КлКр 15–29 мл/мин), повышенным риском кровотечения и пациенты, получающие сопутствующее системное лечение противогрибковыми препаратами азоловой группы или ингибиторами протазы ВИЧ, после начала лечения должны находиться под пристальным контролем для своевременного обнаружения осложнений в форме кровотечений. У пациентов, получающих одновременно лекарственные препараты, влияющие на гемостаз, например, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), антиагре-

ганты, другие антигиперлипидемические средства или селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норэпинефрина (СИОЗСН). **Дополнительно для таблеток 10/15/20 мг:** Пациенты с тяжелой почечной недостаточностью или повышенным риском кровотечения и пациенты, получающие сопутствующее системное лечение противогрибковыми препаратами азоловой группы или ингибиторами протазы ВИЧ, после начала лечения должны находиться под пристальным контролем для своевременного обнаружения осложнений в форме кровотечений. **Дополнительно для таблеток 10 мг:** У пациентов с риском обострения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки может быть оправдано назначение профилактического противоязвенного лечения. **Дополнительно для таблеток 10/15/20 мг:** недавно перенесенном внутричерепном или внутримозговом кровоизлиянии, при патологии сосудов спинного или головного мозга, после недавно перенесенной операции на головном, спинном мозге или глазах. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ:** Учитывая механизм действия, применение препарата Ксарелто® может сопровождаться повышенным риском скрытого или явного кровотечения из любых органов и тканей, которое может приводить к постгеморрагической анемии. Риск развития кровотечений может увеличиваться у пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией и/или при совместном применении с препаратами, влияющими на гемостаз. Признаки, симптомы и степень тяжести (включая возможный летальный исход) варьируют в зависимости от локализации, степени тяжести или продолжительности кровотечения и/или анемии. Геморрагические осложнения могут проявляться в виде слабости, бледности, головокружения, головной боли или необъяснимых отеков, одышки или шока, развитие которого нельзя объяснить другими причинами. В некоторых случаях вследствие анемии развивались симптомы ишемии миокарда, такие как боль в груди и стенокардия. Также часто отмечаются анемия (включая соответствующие лабораторные показатели), головокружение, головная боль, кровоизлияние в глаз (включая кровоизлияние в конъюнктиву), снижение артериального давления, гематома, носовое кровотечение, кровохарканье, кровотоочивость десен, желудочно-кишечное кровотечение (включая ректальное кровотечение), боль в животе, диспепсия, тошнота, запор^а, диарея, рвота^а, кожный зуд (включая нечастые случаи генерализованного зуда), кожная сыпь, экхимоз, кожные и подкожные кровоизлияния, боли в конечностях, кровотечение из урогенитального тракта (включая гематурию и меноррагию), нарушение функции почек (включая повышение концентрации креатинина, повышение концентрации мочевины крови)^а, лихорадка^а, периферический отек, снижение общей мышечной силы и тонуса (включая слабость и астению), повышение активности печеночных трансаминаз, кровотечение после медицинской манипуляции (включая послеоперационную анемию и кровотечение из раны), гематома. ^анаблюдались после больших ортопедических операций.

^арегистрировалось при лечении ВТЭ как очень частые у женщин моложе 55 лет.
Регистрационный номер: для таблеток 2,5 мг: ЛП-002318, Актуальная версия инструкции от 23.04.2018; для таблеток 10 мг: ЛСР-009820/09, Актуальная версия инструкции от 28.08.2018; для таблеток 15/20 мг: ЛП-001457, Актуальная версия инструкции от 17.08.2018. **Юридическое лицо, на имя которого выдано регистрационное удостоверение и производитель:** Байер АГ, Германия. Отпускается по рецепту врача. Подробная информация содержится в инструкциях по применению.
 Литература: 1. The EINSTEIN-PE Investigators: Oral rivaroxaban for the treatment of symptomatic pulmonary embolism. N Engl J Med 2012; 366:1287-1297. 2. The EINSTEIN Investigators: Oral rivaroxaban for symptomatic venous thromboembolism. N Engl J Med 2010; 363:2499-2510. 3. Prins M.H., Lensing A.W.A., Bauersachs R. et al. Oral rivaroxaban versus standard therapy for the treatment of symptomatic venous thromboembolism: a pooled analysis of the EINSTEIN-DVT and PE randomized studies. Thrombosis J. 2013; 11(1): 21. 4. Limone B.L., Hernandez A.V., Michalak D., Bookhals B.K., Coleman C.L. Timing of recurrent venous thromboembolism early after the index event: a meta-analysis of randomized controlled trials. Thromb Res. 2013; 132: 420–26. 5. Инструкция по применению препарата для медицинского применения Ксарелто® 15, 20 мг от 17.08.2018. 6. Инструкция по применению препарата для медицинского применения Ксарелто® 10 мг от 28.08.2018. 7. Weitz J.J., Lensing A.W., Prins M.H. et al. Rivaroxaban or aspirin for extended treatment of venous thromboembolism. N Engl J Med. 2017; 376(13): 1211–22.

щие критериям включения и давшие согласие на участие в исследовании. Критериями исключения служили случаи значимого языкового барьера, наличие у пациента выраженных когнитивных нарушений и психических заболеваний, а также тяжелые соматические состояния, делающие невозможным проведение анкетирования.

После подписания информированного согласия в 1–2-е сутки после госпитализации пациентам проводилось анкетирование с помощью специально разработанной анкеты. Анкета включала основные демографические (пол, возраст) и социальные (образование, семейное положение, социально-трудовой статус, уровень дохода по оценке самого пациента) характеристики участников. Далее в анкету вносилась информация об имевшихся у пациента поведенческих ФР – курении, потреблении алкоголя, особенностях рациона питания (потреблении поваренной соли, животных жиров, рыбы, овощей и фруктов, рафинированных углеводов, цельнозерновых продуктов, орехов, бобовых, продуктов глубокой прожарки) и уровне физической активности. В анкете фиксировались данные об информированности пациентов о ФР ССЗ и их целевых значениях в рамках открытых вопросов (пациенту предлагалось самостоятельно вспомнить и сформулировать кардиоваскулярные ФР). В анкете регистрировалась осведомленность пациента в отношении собственных показателей (рост, вес, окружность талии, уровень общего ХС и глюкозы), ранее полученные рекомендации по коррекции имевшихся ФР, а также мотивация к получению дополнительной информации о своем заболевании, его лечении и профилактике осложнений, а также по различным аспектам образа жизни (вопросам питания, потребления алкоголя, физической активности, контроля эмоционального напряжения и стресса, лекарственной терапии и отказу от курения).

Оценка психологического статуса пациентов проводилась по данным Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) [20]. По подшкале тревожности (HADS-A) оценка 8–10 баллов считалась соответствующей наличию симптомов субклинической или легкой тревожности, а оценка ≥ 11 баллов – соответствующей наличию симптомов клинически 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 клинически выраженной депрессивной симптоматики). Для оценки уровня стресса использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ) (от 0 до 10 баллов).

Кроме того, у всех пациентов регистрировалась окружность талии на середине расстояния между нижним краем реберной дуги и гребнем подвздошной кости

по средней подмышечной линии в положении пациента стоя. Артериальное давление измерялось 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 переносились основные клинические и лабораторные характеристики, в том числе диагноз основного и сопутствующих заболеваний; показатели общего ХС и глюкозы.

Статистический анализ результатов исследования проводился в системе SAS (Statistical Analysis System, SAS Institute Inc., США) с применением стандартных алгоритмов вариационной статистики. Для количественных показателей (например, уровень АД), измеряемых по интервальной шкале, рассчитывали среднее значение, среднеквадратичное 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, рассчитывали значения t-критерия Стьюдента для независимых выборок по соответствующим формулам.

Результаты

В исследование были включены 150 больных: по 50 пациентов в НО, ЭО и КО. Основные социально-демографические и клинические характеристики включенных пациентов представлены в таблице 1. Пациенты трех отделений существенно не отличались по основным социальным характеристикам (семейному положению, социально-трудовому статусу, уровню дохода по оценке самого пациента). При этом пациенты КО чаще имели высшее образование, соответственно, более длительный (≥ 15 лет) период обучения и были старше. Большинство пациентов в трех отделениях были мужчинами.

Спектр диагнозов пациентов соответствовал профилю отделения. 20% больных НО находились на лечении по поводу острого нарушения мозгового кровообращения, причем из них 6% – в связи с повторным острым нарушением мозгового кровообращения, 8% по причине перенесенной транзиторной ишемической атаки, 32% – дисциркуляторной энцефалопатии. У 60% пациентов ЭО отмечался СД 2 типа. У большинства пациентов КО имела АГ (84%) и у 62% – различные формы ИБС.

Таблица 1. Социально-демографические и клинические характеристики пациентов НО, ЭО и КО

Характеристики пациентов	Пациен- ты НО (n=50)	Пациен- ты ЭО (n=50)	Пациен- ты КО (n=50)	Достоверность различий между пациентами НО и КО	Достоверность различий между пациентами ЭО и КО
Социально-демографические характеристики					
Возраст, годы, среднее $\pm$ СО 49,66 $\pm$ 17,73	47,78 $\pm$ 20,46	60,04 $\pm$ 17,79	<0,01	<0,01	
Возраст $\geq$ 60 лет, %	32	34	60	<0,01	<0,01
Мужчины, %	60	56	80	<0,05	<0,05
Высшее образование, %	46	26	54	н/д	<0,01
Длительность обучения $\geq$ 15 лет, %	44	30	64	<0,05	<0,001
Состояли в официальном или гражданском браке	62	48	66	н/д	н/д
Низкий или очень низкий уровень дохода, %	20	22	22	н/д	н/д
Продолжали работать в настоящее время, %	40	38	28	н/д	н/д
Клинические характеристики					
АГ, %	58	40	84	<0,01	<0,001
ИБС, %	20	12	62	<0,001	<0,001
Стенокардия напряжения, %	4	2	22	<0,01	<0,001
Постинфарктный кардиосклероз в анамнезе, %	6	6	26	<0,01	<0,01
АКШ в анамнезе, %	2	0	4	н/д	<0,05
ЧКВ в анамнезе, %	4	2	14	н/д	<0,05
СД II типа, %	12	60	6	н/д	<0,001
Хроническая обструктивная болезнь легких, %	4	4	0	<0,05	<0,05
ОНМК, %	20	0	0	<0,001	н/д
Дисциркуляторная энцефалопатия, %	32	0	6	<0,001	<0,05
Транзиторная ишемическая атака, %	8	0	0	<0,01	н/д
Психологический статус					
Баллы по HADS-A, среднее $\pm$ СО 5,22 $\pm$ 3,1	5,22 $\pm$ 3,18	5,0 $\pm$ 3,99	н/д	н/д	
Наличие клинически выраженной тревожной симптоматики ($\geq$ 11 баллов по HADS-A), %	10	6	8	н/д	н/д
Баллы по HADS-D, среднее $\pm$ СО 4,56 $\pm$ 2,84	4,0 $\pm$ 2,91	6,44 $\pm$ 3,34	<0,01	<0,001	
Наличие клинически выраженной депрессивной симптоматики ($\geq$ 11 баллов по HADS-D), %	4	4	8	н/д	н/д
Наличие клинически выраженной смешанной тревожно-депрессивной симптоматики ($\geq$ 11 баллов по HADS-A и -D), %	2	0	4	н/д	<0,05
Уровень стресса по ВАШ, среднее $\pm$ СО 5,28 $\pm$ 1,21	5,14 $\pm$ 1,89	5,84 $\pm$ 2,06	н/д	н/д	
Повышенный уровень стресса (>5 баллов по ВАШ), %	32	36	50	н/д	н/д
Высокий уровень стресса (>7 баллов по ВАШ), %	6	10	22	<0,05	н/д
Наличие стресса на работе, %	60	26	43	н/д	н/д
Наличие стресса дома, %	18	22	12	н/д	н/д
Выраженный стресс из-за финансовых трудностей, %	8	16	8	н/д	н/д
Однообразная монотонная работа, %	30	47	29	н/д	н/д

СО – стандартное отклонение, ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство, АКШ – аорто-коронарное шунтирование, ИБС – ИБС, 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.

26% больных КО ранее перенесли ИМ, 14% – чрескожные коронарные вмешательства, 4% операцию аортокоронарного шунтирования.

В отношении психологического статуса госпитализированных больных обращает на себя внимание, что у пациентов КО усредненный показатель по подшкале депрессии HADS-D был достоверно выше, чем у пациентов ЭО и НО (табл. 1). Однако это не привело к увеличению доли пациентов с клинически манифестной депрес-

сией ($\geq$ 11 баллов по HADS-D). В отношении тревожной симптоматики существенных отличий среди пациентов трех отделений не выявлено.

Не установлено достоверных отличий у пациентов трех отделений и в отношении уровня стресса. Повышенный уровень стресса зарегистрирован у каждого третьего пациента НО и ЭО и у половины больных КО. Обращает на себя внимание, что высокий уровень стресса достоверно чаще отмечали пациенты

КО по сравнению с больными НО (22% против 6%, $p < 0,05$). При этом стресс на работе испытывали 60% пациентов НО, 26% пациентов ЭО и 43% пациентов КО. На однообразный монотонный характер работы указали около трети пациентов НО и КО и почти половина больных ЭО.

Для оценки медицинской информированности больных в анкете использовались открытые вопросы на знание традиционных кардиоваскулярных ФР и их целевых уровней. Обращает на себя внимание крайне низкая информированность пациентов всех трех отделений в отношении основных кардиоваскулярных ФР. Как видно из таблицы 2 практически никто из пациентов трех отделений, в том числе и КО, не указывал повышенный уровень ХС и повышенное АД в каче-

стве ФР ССЗ. Основными причинами своих заболеваний они считали стрессы и нервное перенапряжение, нездоровое питание и низкий уровень физической активности. Важно подчеркнуть, что пациенты НО и ЭО чаще называли чрезмерное потребление алкоголя и курение в качестве ФР ССЗ по сравнению с пациентами КО. В среднем пациенты трех отделений правильно указали только 2 ФР.

Как видно из таблицы 3, свой уровень ХС смогли указать менее половины пациентов трех отделений, хотя гиперхолестеринемия отмечалась у большинства больных, включенных в исследование. Только треть больных, госпитализированных в КО, были осведомлены о своем уровне глюкозы. Наибольшую информированность пациенты продемонстрировали в отношении

Таблица 2. Медицинская информированность пациентов о традиционных ФР ССЗ по данным ответов на открытые вопросы

Указали в качестве ФР ССЗ	Пациенты НО	Пациенты ЭО	Пациенты КО	Достоверность различий между пациентами НО и КО	Достоверность различий между пациентами ЭО и КО
Повышенный уровень ОХС, %	0	4	0	н/д	<0,05
Повышенное АД, %	2	2	0	н/д	н/д
Нездоровое питание, %	60	56	64	н/д	н/д
Стрессы, нервное перенапряжение, %	64	56	66	н/д	н/д
Избыточное потребление алкоголя, %	34	30	10	<0,01	<0,05
Курение, %	38	32	18	<0,05	н/д
Избыточный вес и ожирение, %	8	8	14	н/д	н/д
Низкий уровень физической активности, %	34	50	38	н/д	н/д
СД, %	2	0	0	н/д	н/д
Отягощенная наследственность по ССЗ, %	0	0	4	<0,05	<0,05
Число ФР ССЗ, среднее $\pm$ СО	2,4 $\pm$ 1,1	2,4 $\pm$ 1,4	2,1 $\pm$ 1,1	н/д	н/д
Не указали ни одного ФР, %	8	10	2	н/д	н/д
Указали 1 ФР ССЗ, %	6	10	28	<0,01	<0,05
Указали 2 ФР ССЗ, %	36	32	44	н/д	н/д
Указали 3 ФР ССЗ, %	42	26	18	<0,01	н/д
Указали ≥ 4 ФР ССЗ, %	8	22	8	н/д	<0,05

Таблица 3. Знания пациентами собственного уровня холестерина, глюкозы и окружности талии по данным ответов на открытые вопросы и наличие соответствующих ФР

Показатель	Пациенты НО, %	Пациенты ЭО, %	Пациенты КО, %	Достоверность различий между пациентами НО и КО	Достоверность различий между пациентами ЭО и КО
Знание пациентами своего уровня холестерина	46,0	32,0	42,0	н/д	н/д
Гиперхолестеринемия (ОХС $\geq 5,0$ ммоль/л)	78,3	87,5	66,7	н/д	н/д
Знание пациентами своего уровня глюкозы	48,0	72,0	40,0	н/д	<0,01
Гипергликемия (глюкоза $\geq 6,2$ ммоль/л)	37,5	72,2	30,0	н/д	<0,01
Знание пациентами своей ОТ*	82,0	94,0	84,0	н/д	н/д
Наличие АО** (ОТ ≥ 80 см у женщин; ОТ ≥ 94 см у мужчин)	53,7	72,3	80,9	<0,01	н/д
Наличие выраженного АО (≥ 88 см у женщин; ≥ 102 см у мужчин)	29,3	53,2	50,0	н/д	н/д

* – ОТ – окружность талии; ** – АО – абдоминальное ожирение.

Таблица 4. Информированность пациентов по целевым уровням ФР ССЗ

Показатель	Пациен- ты НО	Пациен- ты ЭО	Пациен- ты КО	Достоверность различий между пациентами НО и КО	Достоверность различий между пациентами ЭО и КО
Пациент считает, что знает целевой уровень ОХС ¹ , %	34,0	42,0	67,2	<0,01	<0,05
Правильно указали целевой уровень ОХС ¹ , %	0	4,8	11,8	<0,05	н/д
Целевой уровень ОХС по мнению пациентов, среднее $\pm$ СО, ммоль/л	6,5 $\pm$ 0,3	6,3 $\pm$ 0,4	6,0 $\pm$ 0,7	<0,05	<0,05
Пациент считает, что знает целевой уровень АД ² , %	68,0	84,0	94,0	<0,001	н/д
Целевой уровень САД по мнению пациентов, среднее $\pm$ СО, мм рт. ст.	143,2 $\pm$ 6,4	142,1 $\pm$ 8,3	140,9 $\pm$ 9,3	н/д	н/д
Целевой уровень ДАД по мнению пациентов, среднее $\pm$ СО, мм рт. ст.	90,1 $\pm$ 3,1	90,5 $\pm$ 4,4	89,0 $\pm$ 4,1	н/д	н/д
Правильно указали целевой уровень АД ² , %	64,7	42,9	42,6	<0,05	н/д
Пациент считает, что знает надлежащий уровень физической активности ³ , %	70,0	66,0	46,0	<0,05	<0,05
Правильно указали надлежащий уровень физической активности ³ , %	0	9,1	13,0	<0,01	н/д

¹ – ОХС < 5 ммоль/л для пациентов с низким сердечно-сосудистым риском, < 4,5 ммоль/л – высоким и < 4 ммоль/л очень высоким риском; ² – АД < 140/90 мм рт. ст. и < 140/85 у пациентов с СД;

³ – надлежащий уровень физической активности – не менее 150 минут в неделю умеренных физических нагрузок или не менее 75 минут в неделю интенсивных физических нагрузок либо их комбинация с эквивалентной нагрузкой.

своего показателя окружности талии – ее знали большинство пациентов трех отделений.

Важно отметить, что более трети пациентов НО и ЭО и большинство пациентов КО (67%) полагали, что хорошо знают целевые уровни ФР ССЗ (табл. 4).

Однако на самом деле информированность пациентов трех терапевтических отделений в отношении целевых показателей основных кардиоваскулярных ФР осталась низкой. Так, правильно указали целевой уровень общего ХС только 12% пациентов КО, 5% пациентов

Таблица 5. Пищевые привычки пациентов НО, ЭО и КО

Пищевые привычки	Пациен- ты НО	Пациен- ты ЭО	Пациен- ты КО	Достоверность различий между пациентами НО и КО	Достоверность различий между пациентами ЭО и КО
Особенности рациона питания					
Использование продуктов с высоким содержанием жира без ограничений, %	36	46	34	н/д	<0,05
Недостаточное потребление жирной рыбы (≤ 1 раза в неделю), %	56	52	60	н/д	н/д
Досаливание готовой пищи, %	10	30	28	<0,05	н/д
Недостаточное потребление овощей и фруктов (<400 г/сут. или не каждый день), %	68	72	24	<0,001	<0,001
Основной вид жира, используемый при приготовлении пищи					
Сливочное или топленое масло, %	68	56	58	н/д	н/д
Сало, %	2	8	6	н/д	н/д
Оливковое масло, %	44	32	26	н/д	н/д
Другие виды растительного масла, %	64	84	78	н/д	н/д
Частота употребления в пищу различных категорий продуктов (раз в месяц), среднее $\pm$ СО					
Промышленной выпечки	9,08 $\pm$ 10,10	4,34 $\pm$ 11,64	5,84 $\pm$ 8,03	<0,01	н/д
Продуктов глубокой жарки	5,78 $\pm$ 7,75	6,82 $\pm$ 11,72	3,88 $\pm$ 6,77	н/д	н/д
Сахаросодержащих напитков	56,30 $\pm$ 40,80	71,92 $\pm$ 30,54	37,96 $\pm$ 47,77	<0,001	н/д
Бобовых	5,96 $\pm$ 5,23	3,42 $\pm$ 3,10	5,80 $\pm$ 4,17	<0,05	<0,05
Цельнозерновых продуктов	22,62 $\pm$ 16,69	13,94 $\pm$ 21,34	14,44 $\pm$ 12,47	<0,001	н/д
Орехов	4,04 $\pm$ 6,16	2,42 $\pm$ 3,76	5,82 $\pm$ 9,95	н/д	н/д

Таблица 6. Мотивация к повышению медицинской информированности пациентов НО, ЭО и КО

Показатель	Пациен- ты НО	Пациен- ты ЭО	Пациен- ты КО	Достоверность различий между пациентами НО и КО	Достоверность различий между пациентами ЭО и КО
Мотивация пациентов к получению дополнительной информации о своем заболевании, лечении, профилактике осложнений, %	80	76	98	<0,01	<0,001
В том числе по следующим аспектам:					
Лекарственная терапия, %	68	60	76	н/д	н/д
Здоровое питание, %	34	48	62	<0,01	н/д
Снижение уровня стресса, %	34	34	34	н/д	н/д
Физическая активность, лечебная физкультура, %	12	24	40	<0,01	н/д
Отказ от курения, %	8	8	10	н/д	н/д
Уменьшение потребления алкоголя, %	2	6	2	н/д	н/д
Число аспектов дополнительной информации, среднее $\pm$ СО	1,58 $\pm$ 1,07	1,80 $\pm$ 1,40	2,24 $\pm$ 1,19	<0,01	<0,01
Отсутствие желания получения информации, %	20	24	2	<0,01	<0,001
Хотели получить информацию об 1 аспекте, %	22	16	30	н/д	н/д
Хотели получить информацию о 2 аспектах, %	42	32	28	н/д	н/д

ЭО и ни один из пациентов НО. Аналогичная ситуация отмечается и в отношении надлежащего уровня физической активности. Относительно удовлетворительный уровень знаний у пациентов отмечен в отношении целевого уровня САД и ДАД. Правильный ответ дали 43 % пациентов КО, 65 % – НО и 43 % – ЭО.

Пищевые привычки пациентов представлены в таблице 5. Около трети пациентов НО и КО и почти половина пациентов ЭО использовали продукты с высоким содержанием жира без ограничений. Большинство участников исследования из трех отделений потребляли жирную рыбу реже 1 раза в неделю (56%, 52% и 60% соответственно). Около трети пациентов ЭО и КО не ограничивали потребление соли. Доля таких лиц в НО была ниже (10% против 28%, $p<0,05$). Обращает на себя внимание тот факт, что большинство пациентов НО (68%) и ЭО (72%) недостаточно потребляли овощи и фрукты (менее 400 г/сут.). Доля таких пациентов в КО была достоверно меньше и составила 24%.

При оценке основных видов жира, используемых при приготовлении пищи, достоверных отличий среди предпочтений пациентов трех отделений установлено не было. Большинство участников исследования (68%, 56% и 58% соответственно) регулярно использовали сливочное или топленое масла при приготовлении пищи, в то время как оливковое масло добавляли в пищу примерно треть пациентов.

Парадоксальным представляется факт, что пациенты ЭО употребляли сахаросодержащие напитки в 2 раза чаще (≥ 1 раза/сут.), чем пациенты КО и в 1,5 раза чаще, чем пациенты НО. Пациенты всех

трех отделений потребляли орехи несколько раз в месяц, хотя согласно последним национальным [21] и европейским [6] рекомендациям по кардиоваскулярной профилактике орехи рекомендуется использовать в рационе питания ежедневно (в количестве 30 г). Использование цельнозерновых продуктов в рационе питания пациентов трех отделений было также явно недостаточным (в среднем 1 раз в 2–3 дня).

Оценка мотивации пациентов к получению дополнительной информации о заболевании и различных аспектах образа жизни представлена в таблице 6. Большинство пациентов выразили желание получить больше информации о своем заболевании, лечении, профилактике осложнений, особенно пациенты КО. Доля таких лиц среди больных КО была достоверно выше, чем среди больных НО (98% против 80%, $p<0,01$) и больных ЭО (98% против 76%, $p<0,01$). Традиционно наибольший интерес у пациентов трех отделений вызывали вопросы лекарственной терапии (68%, 60% и 76% соответственно). Из различных аспектов образа жизни пациенты в наибольшей степени интересовались здоровым питанием, причем пациенты КО выражали желание получить информацию по питанию в 2 раза чаще, чем больные НО. Каждого третьего пациента интересовала информация по контролю уровня стресса, а каждого десятого – информация по отказу от курения. Пациенты КО хотели бы получить информацию по большему числу аспектов образа жизни по сравнению с пациентами НО и ЭО, т.е. они более мотивированы к участию в профилактическом консультировании. Об этом сви-

детельствует также тот факт, что полное отсутствие желания в получении дополнительной информации достоверно чаще отмечали пациенты НО (20% против 2%, $p < 0,01$) и ЭО (24% против 2%, $p < 0,001$).

Обсуждение

Проведенное исследование выявило низкую медицинскую информированность в отношении ФР ССЗ и их целевых уровней у пациентов различного терапевтического профиля на момент их поступления в стационар. Практически никто из пациентов трех отделений, в том числе и КО, в рамках открытых вопросов не указывал повышенный уровень ХС и АД в качестве ФР ССЗ. Основными причинами своих заболеваний пациенты считали стрессы и нервное перенапряжение, нездоровое питание и низкий уровень физической активности. В среднем пациенты трех отделений правильно указали только 2 ФР.

Полученные нами данные согласуются с результатами других исследований по оценке медицинской информированности лиц с хроническими заболеваниями. Одним из ярких примеров может служить работа Ghisi GL de M с соавт. [22], представляющая мета-анализ 10 публикаций с общим числом участников 4377 человек, в которой показано, что низкая медицинская информированность пациентов с ИБС варьировала от 14,3% до 49,6% и в среднем составила 30,5%. Как правило, это пациенты с ССЗ пожилого возраста, мужчины, представители этнических меньшинств, с низким уровнем образования, неблагоприятным социально-экономическим положением и реже работающие по найму. Низкий уровень медицинской информированности стабильно ассоциировался с повторными госпитализациями, низким качеством жизни, повышенным уровнем тревоги и низкой социальной поддержкой.

Другим примером является работа К. Friis с соавт., в которой показано, что доля лиц с низким уровнем медицинской информированности значительно выше среди пациентов с ССЗ по сравнению с общей популяцией [5].

Результаты нашего исследования показали, что большинство пациентов с заболеваниями терапевтического профиля полагали, что хорошо знают целевые уровни ФР ССЗ. Однако информированность в отношении как самих ФР, так и их целевых уровней оказалась низкой. Правильно указали целевой уровень общего ХС только 12% пациентов КО, 5% пациентов ЭО и ни один из пациентов НО. Аналогичная ситуация отмечается и в отношении надлежащего уровня физической активности.

Для тех, кто любит жизнь всем сердцем!

Эспиро снижает смертность у пациентов с сердечной недостаточностью и перенесших инфаркт миокарда

Снижает внезапную смертность на 1/3¹

Снижает количество госпитализаций²

Улучшает функцию миокарда³

1 - Pitt B et al. Eur. J Heart Fail/ 2006; 8: 295-301.

2 - Zannad et al., N Engl J Med. (10.1056/NEJM oa 1009492) November 14, 2010

3 - Udelson JF. Et al., Circ. Heart Fail. 2010;3: 347-353

Производитель - фармацевтический завод «Польфарма» АО, Польша
АО «АКРИХИН», 142 450, Московская область, Ногинский район,
г. Старая Купавна, ул. Кирова, 29, телефон/факс (495) 702-95-03

Тревожными являются данные о пищевых привычках пациентов трех отделений. Абсолютное большинство пациентов недостаточно включали в свой рацион питания овощи и фрукты, рыбу, орехи, цельнозерновые и бобовые продукты. Примерно каждый третий пациент НО и КО и почти половина пациентов ЭО использовали продукты с высоким содержанием жира без ограничений. Каждый третий пациент ЭО и КО досаливал готовую пищу.

В целом ряде исследований, проведенных среди различных групп населения, установлено, что низкий уровень медицинской информированности ассоциируется с нездоровым питанием [9, 23–26], курением [9, 26], гиподинамией [4, 9, 23–25], ожирением [4, 9, 23, 27]. Наиболее значимые ассоциации выявлены в отношении физической активности и питания, в то время как результаты, касающиеся курения и контроля веса являются противоречивыми [4, 24, 25, 28]. В большинстве исследований не установлено существенных ассоциаций между медицинской информированностью и потреблением алкоголя [4, 23, 24, 28]. Интересным представляется факт, что в отношении курения и контроля веса низкая медицинская информированность связана только с крайней степенью выраженности нездоровых поведенческих привычек, в частности, с значительным числом выкуриваемых сигарет.

Проведенное исследование имеет некоторые ограничения: небольшой размер выборки, участие пациентов только московских городских клинических больниц и проведение исследования в первые дни госпитализации больных, т. е. в момент наибольшей обеспокоенности пациента в отношении здоровья.

При манифестации ССЗ пациентами и медицинскими работниками предпринимаются усилия по модификации образа жизни, например, с помощью проведения школ для пациентов, реабилитационных программ и др. Пациенты, восприимчивые к таким вмешательствам, могут изменить образ жизни в положительную сторону. Полученные нами данные в отношении мотивации пациентов к получению дополнительной информации по своему заболеванию и образу жизни подтверждают ранее полученные результаты [16] о том, что абсолютное большинство пациентов заинтересовано в получении такой информации. При этом, пациенты КО более мотивированы к участию в профилактическом консультировании.

Таким образом, необходимо проведение дополнительных мероприятий по повышению медицинской информированности пациентов как в период их пребывания в стационаре, так и на амбулаторном этапе.

Уровень (или различные аспекты) медицинской информированности связан с определенными поведенческими паттернами (поведением в отношении здоровья), что следует учитывать при разработке вмешательств, связанных с профилактикой осложнений ССЗ.

Заключение

Проведенное исследование выявило низкий уровень медицинской информированности в отношении ФР ССЗ у пациентов различного терапевтического профиля на момент их поступления в стационар, в том числе у пациентов КО. В среднем пациенты трех отделений правильно указали только 2 ФР ССЗ.

Важно подчеркнуть, что практически никто из пациентов трех терапевтических отделений, в том числе и КО, не указывал повышенный уровень ХС и АД в качестве ФР. Основными причинами своих заболеваний пациенты считали стрессы и нервное перенапряжение, нездоровое питание и низкий уровень физической активности.

Большинство пациентов полагали, что хорошо знают целевые уровни ФР ССЗ. Однако информированность пациентов в отношении целевых уровней ФР оказалась низкой. Правильно указали целевой уровень общего ХС только 12 % пациентов КО, 5 % пациентов ЭО и ни один из пациентов НО. Аналогичная ситуация отмечается и в отношении надлежащего уровня физической активности.

Абсолютное большинство пациентов недостаточно включали в свой рацион питания овощи и фрукты, рыбу, орехи, цельнозерновые и бобовые продукты. Примерно каждый третий пациент НО и КО и почти половина пациентов ЭО использовали продукты с высоким содержанием жира без ограничений. Каждый третий пациент ЭО и КО досаливал готовую пищу.

Полученные данные в отношении мотивации пациентов к получению дополнительной информации по своему заболеванию и ФР ССЗ подтверждают ранее полученные результаты о том, что абсолютное большинство пациентов заинтересовано в получении такой информации. При этом пациенты КО более других мотивированы к получению такой информации.

Для достижения контроля ФР ССЗ, повышения эффективности вторичной профилактики и предотвращения осложнений у пациентов с уже имеющимися ССЗ, необходимо проведение дополнительных мероприятий по повышению медицинской информированности пациентов как в период их пребывания в стационаре, так и на амбулаторном этапе.

Конфликт интересов отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL et al. State of the Science: Promoting Self-Care in Persons with Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2009;120(12):1141–63. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192628
- Health literacy: the solid facts. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, World Health Organization, editors – Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013. – 73 p. ISBN 978-92-890-0015-4
- Bo A, Friis K, Osborne RH, Maindal HT. National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers - a population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*. 2014;14(1):1095. DOI: 10.1186/1471-2458-14-1095
- Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*. 2015;25(6):1053–8. DOI: 10.1093/eurpub/ckv043
- Friis K, Lasgaard M, Osborne RH, Maindal HT. Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29 473 Danish citizens. *BMJ Open*. 2016;6(1):e009627. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009627
- Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). *European Journal of Preventive Cardiology*. 2016;23(11):NP1–96. DOI: 10.1177/2047487316653709
- Bruthans J, Mayer O, De Bacquer D, De Smedt D, Reiner Z, Kotseva K et al. Educational level and risk profile and risk control in patients with coronary heart disease. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2016;23(8):881–90. DOI: 10.1177/2047487315601078
- Reiner Ž, Sonicki Z, Tedeschi-Reiner E. Public perceptions of cardiovascular risk factors in Croatia: The PERCRO survey. *Preventive Medicine*. 2010;51(6):494–6. DOI: 10.1016/j.ypmed.2010.09.015
- Friis K, Lasgaard M, Rowlands G, Osborne RH, Maindal HT. Health Literacy Mediates the Relationship Between Educational Attainment and Health Behavior: A Danish Population-Based Study. *Journal of Health Communication*. 2016;21(sup2):54–60. DOI: 10.1080/10810730.2016.1201175
- Macabasco-O'Connell A, DeWalt DA, Brouckesou KA, Hawk V, Baker DW, Schillinger D et al. Relationship Between Literacy, Knowledge, Self-Care Behaviors, and Heart Failure-Related Quality of Life Among Patients With Heart Failure. *Journal of General Internal Medicine*. 2011;26(9):979–86. DOI: 10.1007/s11606-011-1668-y
- Osborn CY, Paasche-Orlow MK, Bailey SC, Wolf MS. The mechanisms linking health literacy to behavior and health status. *American Journal of Health Behavior*. 2011;35(1):118–28. PMID: 20950164
- Tung H-H, Cheng Y, Shih C-C, Chen L-K, Lee J-Y, Wang T-J. Quality of life among patients with abdominal aortic aneurysm undergoing endografting in Taiwan. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2014;13(4):369–77. DOI: 10.1177/1474515113504865
- Lundström K, Gabrielsen E. Relationship between literacy skills and self-reported health in the Nordic countries. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2016;44(8):758–64. DOI: 10.1177/1403494816668082
- Sentell T, Zhang W, Davis J, Baker KK, Braun KL. The Influence of Community and Individual Health Literacy on Self-Reported Health Status. *Journal of General Internal Medicine*. 2014;29(2):298–304. DOI: 10.1007/s11606-013-2638-3
- González-Chica DA, Mnisi Z, Avery J, Duszynski K, Doust J, Tideman P et al. Effect of Health Literacy on Quality of Life amongst Patients with Ischaemic Heart Disease in Australian General Practice. *PLOS ONE*. 2016;11(3):e0151079. DOI: 10.1371/journal.pone.0151079
- Pogosova N.V., Koltunov I.E., Sokolova O.Yu. Secondary prevention of arterial hypertension and coronary heart disease in real clinical practice of the Russian Federation. -M.: Vikas-print; 2009. – 151 p. [Russian: Порогова Н.В., Колтунов И.Е., Соколова О. Ю. Вторичная профилактика артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца в реальной клинической практике Российской Федерации. – М.: Викас-принт, 2009. – 151с]
- Sheridan SL, Halpern DJ, Viera AJ, Berkman ND, Donahue KE, Crotty K. Interventions for Individuals with Low Health Literacy: A Systematic Review. *Journal of Health Communication*. 2011;16(sup3):30–54. DOI: 10.1080/10810730.2011.604391
- The Tavistock Institute. Evaluation of the second phase of the skilled for health programme. -London: The Tavistock Institute;2009.
- Pogosova N.V., Lysenko M.A., Samsonova I.V., Karpova A.V., Yufereva Yu.M., Isakova S.S. et al. Awareness of the Risk Factors for Cardiovascular Disease in Different Types of Hospitalized Medical Patients. *Kardiologiia*. 2017;17 (12):34–42. [Russian: Порогова Н.В., Лысенко М.А., Самсонова И.В., Карпова А.В., Юферева Ю.М., Исакова С.С. и др. Медицинская информированность о факторах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний пациентов различного терапевтического профиля, находящихся на стационарном лечении. Кардиология. 2017;57(12):34–42]. DOI: 10.18087/cardio.2017.12.10064
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983;67(6):361–70. PMID: 6880820
- Boytssov S.A., Pogosova N.V., Bubnova M.G., Drapkina O.M., Gavrilova N.E., Yeganyan R.A. et al. Cardiovascular prevention 2017. National guidelines. *Russian Journal of Cardiology*. 2018;23 (6):7–122. [Russian: Бойцов С.А., Порогова Н.В., Бубнова М.Г., Драпкина О.М., Гаврилова Н.Е., Егян Р.А. и др. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации. Российский кардиологический журнал. 2018;23(6):7–122]. DOI: 10.15829/1560-4071-2018-6-7-122
- Ghisi GL de M, Chaves GS da S, Britto RR, Oh P. Health literacy and coronary artery disease: A systematic review. *Patient Education and Counseling*. 2018;101(2):177–84. DOI: 10.1016/j.pec.2017.09.002
- Husson O, Mols F, Fransen MP, van de Poll-Franse LV, Ezendam NPM. Low subjective health literacy is associated with adverse health behaviors and worse health-related quality of life among colorectal cancer survivors: results from the profiles registry: Health literacy and health outcomes. *Psycho-Oncology*. 2015;24(4):478–86. DOI: 10.1002/pon.3678
- Friis K, Vind BD, Simmons RK, Maindal HT. The Relationship between Health Literacy and Health Behaviour in People with Diabetes: A Danish Population-Based Study. *Journal of Diabetes Research*. 2016;2016:7823130. DOI: 10.1155/2016/7823130
- Adams RJ, Piantadosi C, Ettridge K, Miller C, Wilson C, Tucker G et al. Functional health literacy mediates the relationship between socio-economic status, perceptions and lifestyle behaviors related to cancer risk in an Australian population. *Patient Education and Counseling*. 2013;91(2):206–12. DOI: 10.1016/j.pec.2012.12.001
- Wagner C v., Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2007;61(12):1086–90. DOI: 10.1136/jech.2006.053967
- James DCS, Harville C, Efunbunmi O, Martin MY. Health literacy issues surrounding weight management among African American women: a mixed methods study. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2015;28(Suppl 2):41–9. DOI: 10.1111/jhn.12239
- Wolf MS, Feinglass J, Thompson J, Baker DW. In search of 'low health literacy': Threshold vs. gradient effect of literacy on health status and mortality. *Social Science & Medicine*. 2010;70(9):1335–41. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.12.013

Статья поступила 14.02.19 (Received 14.02.19)