

<https://doi.org/10.17116/profmed201720524-29>

Современные подходы к консультированию лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском

Н.В. ПОГОСОВА*, Ю.М. ЮФЕРЕВА, А.И. ЮСУБОВА, О.Ю. СОКОЛОВА, А.В. КАРПОВА, А.К. АУШЕВА, Р.А. ЕГАНИЯН

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия, 101990

Статья посвящена актуальным вопросам профилактического консультирования пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском. Коррекция поведенческих факторов риска (ФР) приводит к достоверному снижению распространенности и выраженности кардиоваскулярных ФР, способствует повышению приверженности больных к выполнению врачебных рекомендаций и общему оздоровлению образа жизни. Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что даже небольшие улучшения показателей уровней липидов, артериального давления, глюкозы и массы тела могут снизить риск развития ишемической болезни сердца и инсульта у лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском.

Ключевые слова: профилактическое консультирование, факторы риска, хронические неинфекционные заболевания, высокий и очень высокий сердечно-сосудистый риск.

Contemporary approaches to counseling in individuals at high and very high cardiovascular risk

N.V. POGOSOVA, YU.M. YUFEREVA, A.I. YUSUBOVA, O.YU. SOKOLOVA, A.V. KARPOVA, A.K. AUSHEVA, R.A. EGANYAN

National Medical Research Center for Preventive Medicine, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia, 101990

The paper focusses on the topical issues of preventive counselling in individuals with high and very high cardiovascular risk. Modification of behavioral risk factors (RFs) leads to a significant decrease in the spread and magnitude of cardiovascular RFs and improves patient compliance with medication and general improvements to lifestyle. Epidemiologic data suggest that even modest improvements in lipids, blood pressure, glucose, and weight can reduce the risk of coronary heart disease and stroke in individuals with high and very high cardiovascular risk.

Keywords: preventive counseling, risk factors, chronic noncommunicable diseases, high and very high cardiovascular risk.

Целесообразность консультирования пациентов по различным аспектам образа жизни, факторам риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и способам их коррекции, а также актуальным для пациентов вопросам профилактики и лечения ССЗ имеет обширную доказательную базу. Одним из наиболее эффективных подходов к профилактическому консультированию является сочетание основной обучающей части и дополнительной долговременной поддержки больных, в частности с использованием телефонных контактов. В наших более ранних исследованиях была продемонстрирована эффективность такого подхода у пациентов с мягкой и умеренной артериальной гипертензией (АГ) [1].

В зависимости от продолжительности общения с медицинским работником профилактические вмешательства делятся на три степени: низкой, средней и высокой интенсивности (не более 30, 31—360 и более 360 мин соответственно). Профилактические вмешательства низкой интенсивности используются достаточно редко [2]. Большинство проводимых в настоящее время профилактических вмешательств являются средне- либо высокоинтенсивными.

По структуре профилактические вмешательства значительно различаются между собой: в одних контакты с медицинским персоналом проводятся редко [3], в других используется подход с многократными визитами (индивидуальными и/или групповыми консультациями) в течение различного периода времени с разными интервалами. В среднем профилактические вмешательства включают от 5 до 16 контактов с пациентами в течение 9—12 мес [2]. Большинство визитов являются индивидуальными. Таким образом, в абсолютном большинстве случаев профилактические вмешательства носят адресный характер.

Наибольшую эффективность продемонстрировали комплексные профилактические вмешательства. Эти вмешательства нацелены на поощрение здорового образа жизни пациентов в целом и включают консультирование по питанию, физической активности, отказу от курения, а также обучение релаксации [4]. В гораздо меньшем числе исследований оценивалась эффективность профилактических вмешательств, направленных на какой-то один ФР, в частности по оценке диетологических вмешательств или вмешательств, направленных на повышение физической активности, коррекцию дислипидемии и т.д. [5, 6].

Однако большинство поведенческих вмешательств несут комплексный характер и направлены на изменения в образе жизни в отношении комбинации ФР [7].

Профилактические вмешательства проводятся, как правило, специально подготовленным медперсоналом, в том числе терапевтами, кардиологами, диетологами, врачами по лечебной физкультуре и спортивной медицине, а также психологами.

Согласно данным литературы [8], большинство высокоинтенсивных профилактических вмешательств являются эффективными. Однако в настоящее время неясно, насколько величина достигаемого эффекта связана с форматом вмешательства (очным или заочным, например, с использованием телефона или электронной почты, индивидуальным или групповым характером вмешательства и т.д.), со степенью подготовленности специалиста, проводящего консультирование, с продолжительностью или количеством визитов (сеансов). Свою эффективность продемонстрировали и различные комбинации вмешательств [2].

Различные профилактические программы, составной частью которых является профилактическое консультирование, проводятся во многих странах мира, в том числе и в России. В частности, у нас в стране с 2009 г. работают центры здоровья для взрослого населения и центры здоровья для детей и подростков. Центры здоровья оказывают комплексную профилактическую услугу, включающую:

1) оценку базовых характеристик здоровья пациентов и его функциональных резервов;

2) выявление ФР хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), таких как повышенное АД, гиперхолестеринемия, повышенный уровень глюкозы в крови, табакокурение, чрезмерное потребление алкоголя, нездоровое питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела/ожирение;

3) проведение профилактического консультирования, направленного на коррекцию выявленных у пациентов ФР [9, 10].

Примером другой большой профилактической программы является проводимая с 2013 г. у нас в стране диспансеризация определенных групп взрослого населения. Это программа углубленного обследования состояния здоровья граждан в целях раннего выявления ФР и самих ХНИЗ, в первую очередь ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний, онкологических заболеваний, сахарного диабета (СД) и хронической обструктивной болезни легких [11]. Указанные болезни являются основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации (вклад более 80%). В рамках диспансеризации выделяют нижеследующие варианты профилактического консультирования:

— краткое профилактическое консультирование проводится участковым врачом или врачом общей практики (семейный) или фельдшером. Это обязательный компонент диспансеризации и профилактического медицинского осмотра. Краткое профилактическое консультирование ограничено по времени (не более 10–15 мин), поэтому рекомендуется проводить его по разработанной и четко структурированной схеме (по алгоритму) [12];

— углубленное индивидуальное профилактическое консультирование проводится специально обученным ме-

дицинским персоналом (врач, фельдшер) в кабинете (отделении) медицинской профилактики. Углубленное профилактическое консультирование более продолжительно по времени (около 20–30 мин), также имеет свой алгоритм, более расширенный, чем при кратком профилактическом консультировании, возможно также повторное консультирование для контроля и поддержания выполнения врачебных советов. Углубленное профилактическое консультирование является также обязательным компонентом диспансеризации у лиц II и III групп здоровья, проводится в кабинете (отделении) медицинской профилактики по направлению участкового врача [13, 14];

— групповое профилактическое консультирование (школа пациента) — это специальная организационная форма консультирования группы пациентов (цикл обучающих групповых занятий), выполняемая по определенным принципам, при соблюдении которых вероятность достижения стойкого позитивного эффекта в отношении оздоровления и изменения поведенческих ФР повышается, что неоднократно доказано при проспективных контролируемых наблюдениях [15, 16]. Групповое профилактическое консультирование включает несколько визитов (занятий) продолжительностью около 60 мин каждое, проводится обученным медицинским работником по специально разработанным и утвержденным программам обучения [17]. Группы пациентов формируются по относительно однородным признакам (со сходным течением заболеваний и/или с ФР их развития).

При всей сложности организации профилактического консультирования и коррекции выявленных ФР оно является реальным механизмом предотвращения ХНИЗ [18–20].

Различные профилактические программы и рекомендации по профилактическому консультированию взрослого населения разработаны и в других странах мира. Более 25 лет в США существует негосударственная организация — Рабочая группа профилактической службы США (United States Preventive Services Task Force — USPSTF). Ее две главные задачи: оценка пользы профилактических

Сведения об авторах:

* *Погосова Нана Вачиковна* — д.м.н., проф., рук. Федерального центра здоровья и отдела вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, ORCID: orcid.org/0000-0002-4165-804X; eLibrary SPIN: 601143; e-mail: NPogosova@gnicrpm.ru;
Юферева Юлия Михайловна — к.м.н., в.н.с. отдела вторичной профилактики ХНИЗ ФГБУ НИИЦ ПМ Минздрава России; e-mail: YUfereva@gnicrpm.ru;

Юсубова Анара Имрановна — асп. отд. вторичной профилактики ХНИЗ ФГБУ НИИЦ ПМ Минздрава России; e-mail: AYusubova@gnicrpm.ru;

Соколова Ольга Юрьевна — к.м.н., с.н.с. отд. вторичной профилактики ХНИЗ ФГБУ НИИЦ ПМ Минздрава России; e-mail: birdname@gmail.com;

Карпова Алла Владимировна — с.н.с. отд. вторичной профилактики ХНИЗ ФГБУ НИИЦ ПМ Минздрава России; e-mail: AKarпова@gnicrpm.ru;

Аушева Аза Камбулатовна — к.м.н., рук. лаб. «Формирование здорового образа жизни» ФГБУ НИИЦ ПМ Минздрава России; e-mail: AAusheva@gnicrpm.ru;

Еганян Рузанна Азатовна — к.м.н., в.н.с. отд. первичной профилактики ХНИЗ в системе здравоохранения ФГБУ НИИЦ ПМ Минздрава России

программ у лиц, не имеющих заболеваний, с учетом пола, возраста и ФР, а также разработка рекомендаций по внедрению профилактических программ в практику первичного звена здравоохранения. В разработке рекомендаций участвует большая группа независимых экспертов, представители профессиональных медицинских организаций (Американская академия семейных врачей, Американская академия педиатров, Американское онкологическое общество и др.) и федеральных агентств (Центр по контролю и предупреждению заболеваний, Национальные институты здоровья и др.). Каждая рекомендация, рассматриваемая для включения в ту или иную профилактическую программу, оценивается с точки зрения доказательной медицины, и ей присваивается одна из пяти категорий — А (наивысшая), В, С, D или I, — отражающих «чистый размер пользы» (net benefit), т.е. баланс пользы и вреда, а также силу доказательств в поддержку данной рекомендации [2].

С 2014 г. USPSTF рекомендует предлагать американцам старше 18 лет с избыточной массой тела и ожирением, а также с дополнительными ФР ССЗ (повышенным АД, дислипидемией, нарушенной толерантностью к глюкозе или метаболическим синдромом) интенсивное (более 360 мин) профилактическое консультирование по здоровому питанию и физической активности для профилактики ССЗ. Этой рекомендации присвоена категория В [2].

В июле 2017 г. USPSTF обновила свои рекомендации от 2012 г. и расширила перечень категорий лиц, которые направляются на профилактические программы. Теперь в США специалистам по первичной медико-санитарной помощи рекомендуется направлять на профилактическое консультирование также взрослых лиц старше 18 лет без ожирения и других ФР, т.е. здоровых людей с низким сердечно-сосудистым риском. Имеющиеся данные свидетельствуют о целесообразности проведения профилактического консультирования по ФР ССЗ в этой популяции, хотя величина положительного эффекта небольшая. Профилактическое консультирование в первую очередь приносит пользу тем людям, которые заинтересованы и готовы к модификации образа жизни (категория С) [21].

Американская кардиологическая ассоциация (American Heart Association — АНА) рекомендует практическим врачам при проведении профилактического консультирования пациентов по здоровому питанию и физической активности использовать двух и более из следующих стратегий: выбор конкретных целей на ближайшую перспективу; обеспечение обратной связи о достигнутых пациентами результатах; предоставление стратегий самоконтроля; разработка плана по частоте и продолжительности наблюдения; использование мотивационных интервью; поддержание уверенности пациентов в себе [22].

В Рекомендациях по кардиоваскулярной профилактике Европейского общества кардиологов 2016 г. даны следующие ключевые рекомендации по оздоровлению образа жизни, которым присвоен самый высокий класс I, уровень доказательности А [8].

1. Для помощи в изменении образа жизни рекомендуются утвержденные когнитивно-поведенческие методики (например, мотивационное консультирование) [23].

2. Рекомендован мультидисциплинарный подход — вовлечение в работу медсестер, диетологов, психологов и прочее [22, 24].

3. При очень высоком риске ССЗ рекомендованы комплексные вмешательства, сочетающие медицинские

ресурсы с обучением здоровому образу жизни, физическим упражнениям, управлением стрессом, консультированием на тему психосоциальных ФР [4, 24].

Эффективным поведенческим вмешательством является мотивационное консультирование, направленное на повышение мотивации пациентов к изменению образа жизни и веру в собственные силы. Мотивационное консультирование — это широко известная методика с большой доказательной базой. Решающим моментом является помощь пациентам в установлении реалистичных целей в сочетании с самоконтролем выбранного поведения [22]. Дальнейшее продвижение вперед в виде небольших последовательных шагов является ключом к изменению долгосрочного поведения. Систематический обзор, выполненный S. Rubak и соавт. [23], и метаанализ 72 рандомизированных контролируемых исследований показывает, что мотивационное консультирование превосходит по эффективности однократные традиционные советы по изменению образа жизни и помогает пациентам изменить свои привычки. Для улучшения приверженности пациента к лечению и назначениям врача огромную роль играет активное вовлечение пациента в процесс консультирования и принятия клинических решений [22, 25, 26].

Наибольший интерес для адаптации профилактических программ и внедрения их в повседневную работу учреждений первичной медико-санитарной помощи представляют два исследования: DPP (Diabetes Prevention Program, «Программа профилактики диабета») и PREMIER (Lifestyle Interventions for Blood Pressure Control, «Поведенческие вмешательства с целью контроля артериального давления»). На этих исследованиях следует остановиться более подробно, поскольку они отличаются качественной методологией. В этих работах профилактическое консультирование проводилось подготовленными специалистами — диетологом, нутрициологом, врачом лечебной физкультуры или психологом.

Исследование DPP [18] было направлено на профилактику развития СД 2-го типа у лиц с избыточной массой тела и нарушением гликемии натощак. Участникам исследования проводилось комбинированное поведенческое вмешательство, направленное на оздоровление питания (получение базовой информации), повышение физической активности и другие аспекты изменения образа жизни. Обучение проводили диетологи, врачи лечебной физкультуры и психологи. При консультировании рассматривались основные проблемы и стратегии борьбы с СД (включая бытовые ситуации, такие как выбор еды в ресторане, борьба со стрессом). Визиты проводились очно не реже 1 раза в 2 мес. Дополнительно между визитами проводилась хотя бы одна поддерживающая консультация по телефону. В исследовании был включен 2161 пациент (средний возраст 51 год). Более $\frac{1}{4}$ (26,9%) участников исследования имели артериальную гипертензию (АГ) и $\frac{1}{3}$ (34,6%) — дислипидемию. Средний индекс массы тела (ИМТ) составил 34 кг/м^2 [27]. Через 3 года у лиц в группе вмешательства наблюдалось снижение уровня глюкозы в крови натощак на $0,22 \text{ ммоль/л}$ (4 мг/дл), снижение заболеваемости СД на 58% и снижение показателей АД и липидов.

В исследовании PREMIER [19], направленном на снижение АД у лиц, которые еще не получали медикаментозную терапию, оценивалось, может ли комплексное консультирование по изменению образа жизни предотвратить развитие АГ или способствовать лучшему контро-

лю показателей АД. В исследовании принимали участие 810 пациентов, рандомизированных на три группы: 1-я — контрольная группа ($n=273$), 2-я — группа интенсивного вмешательства ($n=268$), 3-я — группа интенсивного вмешательства с диетологическим компонентом ($n=269$). У 304 пациентов (средний возраст 52 года) имелась АГ: среднее систолическое артериальное давление (САД) составляло 144 мм рт.ст. У остальных было высокое нормальное АД [27]. Приблизительно $\frac{2}{3}$ (65,2%) участников имели ожирение ($\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$). Участники группы интенсивного вмешательства в течение 6 мес следили за своим уровнем физической активности и своим пищевым рационом (контроль калорийности и потребление натрия). Они получали печатные материалы, касающиеся повышенного АД и необходимых изменений образа жизни. Участников из группы интенсивного вмешательства с диетологическим компонентом в дополнение к этому обучили диете DASH (the Dietary Approaches to Stop Hypertension), специально разработанной для пациентов с АГ. Основными параметрами этой диеты являются высокое потребление овощей и фруктов (8—10 порций в сутки), потребление обезжиренных молочных продуктов или продуктов со сниженной жирностью (2—3 порции в сутки), повышение потребления калия (не менее 4,7 г/сут). В этот рацион также входят блюда из цельных злаков и бобовых, птицы, рыбы, орехов и, напротив, ограничиваются продукты, богатые насыщенными жирами и холестерином (красное мясо, сладости и сахаросодержащие напитки). Консультирование проводили диетологи [28].

Через 6 мес у пациентов группы интенсивного вмешательства достоверно снизились показатели САД и ДАД, улучшился липидный профиль. Через 18 мес антигипертензивную терапию продолжали получать только 21% пациентов в группе интенсивного вмешательства с диетологическим компонентом и 41% в группе контроля. Однако после 18 мес наблюдения достигнутое улучшение нивелировалось.

В России в ряде контролируемых исследований продемонстрирована эффективность Школ здоровья для различных категорий больных ССЗ [1, 15]. В одном из наших исследований была показана эффективность различных программ профилактического консультирования у больных с мягкой и умеренной АГ [1]. В исследовании было показано, что и у пациентов, прошедших обучение в Школе здоровья, и у больных АГ, включенных в группу телефонной образовательной программы, достоверно повысилась медицинская информированность о ФР, методах профилактики АГ. Применение обеих образовательных технологий позволило повысить эффективность контроля уровня АД: у 83% пациентов, прошедших цикл обучающих занятий в Школе и у 90% пациентов, получавших телефонную образовательную программу, к 12-му месяцу наблюдения был достигнут и сохранялся целевой уровень АД. В результате обучения повысилась приверженность пациентов к приему антигипертензивных препаратов (с 29 до 65% в группе Школы и с 35 до 81% у пациентов группы телефонной образовательной программы; $p < 0,05$). Профилактическое консультирование позволило скорректировать поведенческие ФР. Положительная динамика наблюдалась также по показателям депрессии ($p < 0,05$) и интегральным показателям качества жизни больных [1, 29].

Относительно эффективности поведенческих вмешательств в отношении клинических конечных точек опу-

бликованы результаты 16 исследований, в которых конечными точками являлись сердечно-сосудистые события, смерть или качество жизни [30]. В 4 исследованиях не было отмечено снижения кардиоваскулярных событий или смертности в периоде от 6 до 79 мес, однако следует обратить внимание, что частота новых кардиоваскулярных событий была крайне низкой. Достоверное снижение их частоты было показано только в одной работе в «Исследовании вмешательства в отношении факторов риска» (Risk Factor Intervention Study). В нем участвовали шведские мужчины, которым проводили комбинированное вмешательство по коррекции питания и физической активности с медикаментозной коррекцией ФР ССЗ. Это исследование стоит особняком в связи с тем, что в нем участвовали наиболее тяжелые пациенты с высокой частотой СД и инфаркта миокарда в анамнезе, а также курения. Смертность в этом исследовании составила 21% [31]. За период наблюдения 6,6 года в группе вмешательства отмечено уменьшение частоты сердечно-сосудистых событий ($\text{ОР}=0,62$; 95% ДИ 0,42—0,92).

Результаты по влиянию поведенческих вмешательств на качество жизни были неоднозначными. В ряде исследований, сочетавших различные вмешательства по изменению образа жизни, консультирование улучшало отдельные показатели, тем не менее в других работах никаких изменений в показателях качества жизни не произошло [30].

Хочется отметить, что негативные последствия от поведенческого консультирования практически отсутствуют. Ни в одном из исследований, в которых проводились вмешательства по оздоровлению питания, не сообщалось о неблагоприятных событиях. В нескольких исследованиях по коррекции физической активности отмечались незначительные нежелательные явления, и даже интенсивная физическая активность редко ассоциировалась с серьезными кардиоваскулярными событиями.

Исследований, направленных на оценку эффективности поведенческих вмешательств в отношении мягких конечных точек, значительно больше. Интересными представляются результаты анализа USPSTF, в который вошло 71 исследование с мягкими конечными точками и который охватывал в общей сложности более 32 тыс. пациентов [30]. Мягкими конечными точками являлись объективные показатели уровня липидов, АД, уровня глюкозы, массы тела, суммарный кардиоваскулярный риск, приверженность к медикаментозной терапии и заболеваемость СД. В целом вмешательства средней и высокой интенсивности, включающие консультирование по вопросам питания и физической активности, снижали уровень общего холестерина и холестерина липопротеинов низкой плотности, АД, уровень глюкозы натощак, массу тела и заболеваемость СД 2-го типа. Доказательства улучшения были наиболее надежными в период от 12 до 24 мес.

Заключение

Таким образом, результаты как отечественных, так и зарубежных исследований с использованием различных программ профилактического консультирования свидетельствуют об их высокой эффективности в отношении ряда важных для кардиоваскулярной профилактики показателей. Профилактическое консультирование, обеспечивающее существенное снижение частоты и выраженно-

сти ФР ССЗ и способствующее повышению приверженности больных, целесообразно широко внедрять в работу учреждений практического здравоохранения с целью достижения целевых показателей кардиоваскулярной профилактики и снижения риска осложнений у пациентов высокого и очень высокого риска.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Участие авторов:

Концепция и дизайн — Н.П., Ю.Ю.

Сбор и обработка материала — А.Ю., А.К.

Написание текста — Н.П., Ю.Ю., А.Ю.

Редактирование — О.С., Н.П., А.А., Р.Е.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Pogosova GV, Koltunov IE, Belova YS. Efficiency of telephone educational program in patients with mild and moderate arterial hypertension. *European J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2009;16(Suppl 1):S52.
- LeFevre Michael L, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults With Cardiovascular Risk Factors: U. S. Preventive Services Task Force. Recommendation Statement. *Annals Intern Med*. 2014;161(8):587-593. <https://doi.org/10.7326/M14-1796>
- Погосова Н.В., Соколова О.Ю., Аушева А.К. и др. Однократное профилактическое консультирование в стационаре не улучшает прогноз пациентов после чрезкожных коронарных вмешательств. *Кардиология*. 2016;56(11):18-26. [Pogosova NV, Sokolova OYu, Aushcheva AK, et al. A Single preventive counseling in the hospital does not improve the prognosis of patients after percutaneous coronary intervention. *Kardiologiya*. 2016;56(11):18-26. (In Russ.)]. <https://dx.doi.org/10.18565/cardio.2016.11.18-26>
- Piepoli MF, Corra U, Benzer W, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. 2010;17(1):1-17. <https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e32833313592>
- Schumacher TL, Burrows TL, Rollo ME, et al. Effectiveness of a brief dietetic intervention for hyperlipidaemic adults using individually-tailored dietary feedback. *Healthcare*. 2016;4(4):75. <https://doi.org/10.3390/healthcare4040075>
- Baker MK, Simpson K, Lloyd B, et al. Behavioral strategies in diabetes prevention programs: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2011;91(1):1-12. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2010.06.030>
- Duncan M, Vandelanotte C, Kolt GS, et al. Effectiveness of a Web- and Mobile Phone-Based Intervention to Promote Physical Activity and Healthy Eating in Middle-Aged Males: Randomized Controlled Trial of the ManUp Study. *J Med Internet Res*. 2014;16(6):e136. <https://doi.org/10.2196/jmir.3107>
- Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, 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). *Eur Heart J*. 2016;37(29):2315-2381. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>
- Кривонос О.В., Бойцов С.А., Погосова Н.В. и др. Оказание медицинской помощи взрослому населению в центрах здоровья. *Методические рекомендации*. М. 2012. [Krivosov OV, Boitsov SA, Pogosova NV, et al. *Provision of medical care to adult population at Health Centers. Guidelines*. М. 2012. (In Russ.)].
- Погосова Н.В., Юферева Ю.М., Самородская И.В., Бойцов С.А. Профилактический скрининг: все за и против. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2016;15(3):4-13. [Pogosova NV, Yufereva YuM, Samorodskaya IV, Boytsov SA. Preventional screening: all pros and contras. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2016;15(3):4-13. (In Russ.)]. <https://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2016-3-4-13>
- Бойцов С.А., Ипатов П.В., Калинина А.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Ссылка активна на 22.09.2017. [Boitsov SA, Ipatov PV, Kalinina AM, et al. *Organization of prophylactic medical examination of certain groups of the adult population*. (In Russ.)]. https://www.gnicpm.ru/UserFiles/Metodrek_po_Dispenserizacii_s_dop_270116.pdf
- Калинина А.М., Еганыян Р.А., Гамбарян М.Г. и др. Эффективное профилактическое консультирование пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска: алгоритмы консультирования. Часть 2. *Профилактическая медицина*. 2013;16(4): 13-18. [Kalinina AM, Eganyan RA, Gambaryan MG, et al. Effective prophylactic counseling in patients with chronic noncommunicable diseases and risk factors: Counseling algorithms. Part 2. *Profilakticheskaya meditsina*. 2013;16(4):13-18. (In Russ.)].
- Приказ Министерства здравоохранения РФ №1006н от 03.12.12 «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп населения». Ссылка активна на 22.09.2017. [Prikaz Ministerstva zdavoohraneniya RF №1006n ot 03.12.12 «Ob utverzhdenii poryadka provedeniya dispanserizatsii opredelennykh grupp naseleniya». (In Russ.)]. <https://www.rosminzdrav.ru/documents/6553-prikaz-minzdrava-rossii-ot-3-dekabrya-2012-g-1006n>
- Приказ Министерства здравоохранения РФ №1011н от 06.12.12 «Об утверждении порядка проведения профилактических медицинских осмотров». Ссылка активна на 22.09.2017. [Prikaz Ministerstva zdavoohraneniya RF №1011n ot 06.12.12 «Ob utverzhdenii poryadka provedeniya profilakticheskikh meditsinskikh osmotrov». (In Russ.)]. <https://rg.ru/2013/01/23/medosmotr-dok.html>
- Калинина А.М., Поздняков Ю.М., Ощепкова Е.В., Еганыян Р.А. *Школа здоровья. Артериальная гипертензия. Руководство для врачей*. М: ГЭОТАР-Медиа; 2008. [Kalinina AM, Pozdnyakov YuM, Oshchepkova EV, Eganyan RA. *Shkola zdorovya. Arterialnaya gipertoniya. Rukovodstvo dlya vrachei*. М: ГЭОТАР-Медиа; 2008. (In Russ.)].
- Щекотов В.В., Зиньковская Т.М., Голубев А.Д., Хасанова Р.Б. *Обучение больных гипертонической болезнью, сахарным диабетом и бронхиальной астмой (теория, методика, результаты)*. Пермь: ПГМА; 2003. [Shchekotov V.V., Zinkovskaya T.M., Golubev A.D., Khasanova R.B. *Obuchenie bolnykh gipertionicheskoi boleznyu, sakharnym diabetom i bronkhiальной астмой (teoriya, metodika, rezul'taty)*. Perm: PGMA; 2003. (In Russ.)].
- Организация школы здоровья для пациентов с ишемической болезнью сердца в первичном звене здравоохранения. Под ред. Оганова Р.Г. Информационно-методическое письмо МЗ РФ с приложениями. М. 2003. [Organizatsiya shkoly zdorov'ya dlya patientsov s ishemicheskoi boleznyu serdtsa v pervichnom zvene zdavoohraneniya. Pod red. R.G. Oganova. Informatsionno-metodicheskoe pis'mo MZ RF s prilozheniyami. Moscow 2003. (In Russ.)].
- Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New Eng J Med*. 2002;346(6):393-403. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa012512>
- Elmer PJ, Obarzanek E, Vollmer WM, et al. PREMIER Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness, and blood pressure control: 18-month results of a randomized trial. *Annals of Internal Medicine*. 2006;144(7):485-495. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-144-7-200604040-00007>
- Калинина А.М., Бойцов С.А. Эффективное профилактическое консультирование пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска: основные принципы. Часть 1. *Профилактическая медицина*. 2013;16(4):8-12. [Kalinina AM, Boitsov SA. Effective prophylactic counseling in patients with chronic noncommunicable diseases and risk factors: basic principles. Part 1. *Profmed*. 2013;16(4):8-12. (In Russ.)].
- Grossman DC, Bibbins-Domingo K, Curry SJ, et al. US Preventive Services Task Force. Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Cardiovascular Risk Factors US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2017;318(2):167-174. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.7171>
- Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, et al. American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for

- cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2010;122(4):406-441. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e3181e8edf1>
23. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and metaanalysis. *Br J Gen Pract*. 2005;55(513): 305-312.
 24. Balady GJ, Williams MA, Ades PA, et al. American Heart Association Exercise CR. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation*. 2007;115(20):2675-2682. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.180945>
 25. General Medical Council. Consent: patients and doctors making decisions together. Manchester, UK: General Medical Council, 2008.
 26. Martin LR, DiMatteo MR, et al. The Oxford Handbook of Health Communication, Behaviour Change, and Treatment Adherence. New York: Oxford University Press, 2014.
 27. Appel LJ, Champagne CM, Harsha DW, et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. *JAMA*. 2003;289(16):2083-2093. <https://doi.org/10.1001/jama.289.16.2083>
 28. National Heart, Lung, and Blood Institute. In Brief: Your Guide to Lowering Your Blood Pressure With DASH. Bethesda, MD: National Heart, Lung, and Blood Institute; 2006. Accessed 29 July 2014. www.nhlbi.nih.gov/health/resources/heart/hbp-dash-in-brief-html.htm
 29. Белова Ю.С. Эффективность различных программ вторичной профилактики у больных мягкой и умеренной артериальной гипертензией: Дис. ... канд. мед. наук. М. 2008;24. [Belova YuS. Effektivnost' razlichnykh programm vtorichnoi profilaktiki u bol'nykh myagkoi i umerennoi arterial'noi gipertoniei: Dis. ... kand. med. nauk. 2008;24. (In Russ.)].
 30. Lin JS, O'Connor EA, Evans CV, et al. Behavioral Counseling to Promote a Healthy Lifestyle for Cardiovascular Disease Prevention in Persons With Cardiovascular Risk Factors: An Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence synthesis no. 113. AHRQ publication no. 13-05179-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2014.
 31. Fagerberg B, Wikstrand J, Berglund G, Samuelsson O, Agewall S. Mortality rates in treated hypertensive men with additional risk factors are high but can be reduced: a randomized intervention study. *Am J Hyperten*. 1998; 11(1):14-22.

Поступила 25.09.17