Профилактическая медицина
2019, Т. 22, №4, с. 114-123
https://doi.org/10.17116/profmed201922041114

The Russian Journal of Preventive Medicine
2019, vol. 22, no 4, pp. 114-123
https://doi.org/10.17116//profmed201922041114

Изучение информированности о факторах риска и отношения к здоровью больных ишемической болезнью сердца. Новая технология «реабилитационное консультирование» — первый опыт применения

© М.Г. БУБНОВА, Д.М. АРОНОВ, Н.К. НОВИКОВА, Е.М. РОДЗИНСКАЯ, А.Л. ПЕРСИЯНОВА-ДУБРОВА

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

Резюме

Цель исследования — изучить информированность о факторах риска (ФР) и своей болезни, отношение к собственному здоровью у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), а также проанализировать первый опыт применения новой технологии реабилитационного консультирования с включением мультидисциплинарной команды для улучшения самоконтроля состояния.

Материал и методы. В исследование включены 70 пациентов с ИБС в возрасте 44—75 лет, госпитализированных в стационар. Для получения информации о пациенте, его представлениях о собственной болезни и ФР применяли специально разработанные анкеты. Пациенты проходили реабилитационное консультирование, включающее пять лекций разных специалистов — кардиолога, клинического психолога, врача по лечебной физической культуре (ЛФК)/реабилитолога, два практических занятия по обучению навыкам преодоления стресса (с участием клинического психолога), и разным видам физической активности (ФА) в обычной жизни (с участием инструктора-методиста ЛФК). Через 1 год выполняли телефонный опрос пациентов по специально разработанному опроснику.

Результаты. В собственном образе жизни пациентов часто беспокоили социальные проблемы: одиночество (75,7% пациентов), хронический стресс (70%) и отсутствие внимания со стороны членов семьи (65,7%); среди поведенческих ФР — низкая ФА (74,3%), повышенные масса тела и АД (68,6%), характер собственного питания (51,4%). По мнению пациентов, причиной развития у них ИБС были стресс (35,7%) и курение (28,6%). Никто из опрошенных не указал на повышенный уровень холестерина (ХС) как на ключевую причину развития ИБС. Свой уровень АД знали 87,1% пациентов, величину пульса — 75,7%, уровень ХС крови — 48,6%, глюкозы — 44,4%. Целевые уровни АД могли сообщить 90% пациентов, ХС липопротеидов низкой плотности (ЛНП) — 14,2%. Постоянно принимали лекарства 65,3% пациентов, при этом 61,4% считали их малоэффективными; 62,9% пациентов не знали, что для курирования приступа стенокардии следует принимать нитроглицерин. После реабилитационного консультирования 85,7% пациентов пересмотрели свое отношение к болезни и самоконтролю ФР, 91,4% увеличили свою ФА, 77,1% стремились к правильному питанию. Регулярно измеряли АД 88,6% пациентов, уровень ХС в крови — 80%, массу тела — 72,9%. Лекарства принимали постоянно 90% пациентов.

Выводы. В группе больных ИБС продемонстрированы недостаточная медицинская информированность о ФР и собственных показателях здоровья, плохие знания их нормативов и методов купирования приступов стенокардии, а также непонимание важности постоянного приема лекарственной терапии для улучшении клинического состояния. Решению перечисленных проблем может способствовать разрабатываемая технология реабилитационного консультирования с участием мультидисциплинарной команды.

Ключевые слова: реабилитация, консультирование, ишемическая болезнь сердца, факторы риск, информированность.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:
Бубнова М.Г. — д.м.н., проф.; https://orcid.org/0000-0003-2250-5942; eLibrary SPIN:6733-1430; e-mail: mbubnova@gnicpm.ru
Аронов Д.М. — д.м.н., проф.; https://orcid.org/0000-0003-0484-9805; eLibrary SPIN: 5094-6509; e-mail: aronovdm@mail.ru
Новикова Н.К. — к.п.н.; https://orcid.org/0000-0001-8412-4155; eLibrary SPIN: 6591-8171; e-mail: nnovikova@gnicpm.ru
Родзинская Е.М. — м.н.с.; https://orcid.org/0000-0002-1212-5834; eLibrary SPIN: 3820-5112; e-mail: erodzinskya@gnicpm.ru
Персиянова-Дуброва А.Л. — к.м.н.; https://orcid.org/0000-0002-8508-5327; eLibrary SPIN: 2134-9520; e-mail: apersiyanova-dubrova@gnicpm.ru

Автор, ответственный за переписку: Бубнова М.Г. — e-mail: mbubnova@gnicpm.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:
Бубнова М.Г., Аронов Д.М., Новикова Н.К., Родзинская Е.М., Персиянова-Дуброва А.Л. Изучение информированности о факторах риска и отношения к здоровью больных ишемической болезнью сердца. Новая технология «реабилитационное консультирование» — первый опыт применения. *Профилактическая медицина.* 2019;22(4):114-123. https://doi.org/10.17116/profmed201922041114

Study of awareness of risk factors and attitudes towards health in patients with coronary heart disease. New rehabilitation counseling technology: the first experience

© M.G. BUBNOVA, D.M. ARONOV, N.K. NOVIKOVA, E.M. RODZINSKAYA, A.L. PERSIYANOVA-DUBROVA

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

Abstract

Objective — to study awareness of risk factors (RFs) and disease, attitude towards health in patients with coronary heart disease (CHD), as well as to analyze the first experience with a new rehabilitation counseling technology including a multidisciplinary team to improve self-control of health status.

Subject and methods. The investigation enrolled 70 CHD patients aged 44—75 years, who had been admitted to hospital. Specially designed questionnaires were used to obtain information about the patient, his ideas about his own disease and RFs. The patients underwent rehabilitation counseling that included five lectures given by various specialists (a cardiologist, a clinical psychologist, an exercise therapist/rehabilitologist), two practical lessons on stress coping training (with the participation of a clinical psychologist) and different types of daily life physical activity (PA) (with the participation of an exercise therapy instructor/counsellor). A year later, the patients underwent a telephone survey according to the specially developed questionnaire.

Results. In their own way of life, the patients often faced social problems, such as loneliness (75.7%), chronic stress (70%), lack of attention from family members (65.7%); among behavioral RFs there was low PA (74.3%), overweight and elevated blood pressure (BP) (68.6%), and the nature of their own dietary intake (51.4%). According to the patients, the causes of their CHD were stress (35.7%) and smoking (28.6%). None of the respondents indicated elevated cholesterol levels as a key cause of CHD. The patients were aware of their BP (87.1%), pulse rate (75.7%), blood cholesterol (48.6%) and glucose (44.4%) levels. Patients could report their target BP (90%) and low-density lipoprotein cholesterol levels (14.2%). 65.3% of patients continuously took medications, while 61.4% considered the latter to be ineffective; 62.9% of patients were not aware that nitroglycerin should be used to control angina attacks. After rehabilitation counseling, 85.7% of patients reconsidered their attitude towards their disease and self-control of RFs; 91.4% increased their PA; 77.1% sought to eat a healthy diet. Patients regularly measured BP (88.6%), blood cholesterol level (80%), and body weight (72.9%). 90% of patients continuously took drugs.

Conclusion. The CHD patients demonstrated lack of health awareness of RFs and their own health indicators, poor knowledge of their standards and methods for relieving angina attacks, as well as misunderstanding of the importance of continuous drug intake for improving their clinical status. The developed rehabilitation counseling technology with the participation of a multidisciplinary team can contribute to solving to the above problems.

Keywords: rehabilitation, counseling, coronary heart disease, risk factors, awareness.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Bubnova M.G. — https://orcid.org/0000-0003-2250-5942; eLibrary SPIN:6733-1430; e-mail: mbubnova@gnicpm.ru

Aronov D.M. —https://orcid.org/0000-0003-0484-9805; eLibrary SPIN: 5094-6509; e-mail: aronovdm@mail.ru

Novikova N.K. — https://orcid.org/0000-0001-8412-4155; eLibrary SPIN: 6591-8171; e-mail: nnovikova@gnicpm.ru

Rodzinskaya E.M. — https://orcid.org/0000-0002-1212-5834; eLibrary SPIN: 3820-5112; e-mail: erodzinskya@gnicpm.ru

Persiyanova-Dubrova A.L. — https://orcid.org/0000-0002-8508-5327; eLibrary SPIN: 2134-9520; e-mail: apersiyanova-dubrova@gnicpm.ru

Corresponding author: Bubnova M.G. — e-mail: mbubnova@gnicpm.ru

TO CITE THIS ARTICLE:

Bubnova MG, Aronov DM, Novikova NK, Rodzinskaya EM, Persiyanova-Dubrova AL. Study of awareness of risk factors and attitudes towards health in patients with coronary heart disease. New rehabilitation counseling technology: the first experience. *The Russian Journal of Preventive Meditsine.* 2019;22(4):114-123. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/profmed201922041114

Несмотря на впечатляющие успехи в профилактике и лечении ишемической болезни сердца (ИБС) и ее осложнений, острого коронарного синдрома (ОКС) и инфаркта миокарда (ИМ), эти заболевания по-прежнему занимают ведущие позиции в структуре заболеваемости и смертности населения Европы и России [1]. Основой программы долгосрочного ведения больных ИБС должны стать мультидисциплинарная кардиореабилитация (КР) и вторичная профилактика, поскольку эти экономичные по стоимости меры способствуют снижению инвалидности и летальности в будущем.

В последнем Кокрейновском обзоре (63 исследования, *n*=14 486, наблюдение 12 мес) показано снижение относительного риска (ОР) сердечно-сосудистой смерти (на 26%) и повторной госпитализации (на 18%) на фоне КР, базирующейся на физических тренировках (ФТ), у больных после ИМ, чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) или операций коронарного шунтирования (КШ) [2]. По данным метаанализа CROS (Cardiac Rehabilitation Outcome) [3], включившего 15 рандомизированных клинических исследований (РКИ) и 17 проспективных когортных исследований (*n*=219 702, наблюдение 40 мес), участие пациентов с ИБС (после ИМ и/или КШ) в многокомпонентной программе КР приводило к снижению ОР общей смертности на 63% и смертность после КШ на 38%.

В то же время отказ больных ИБС (после ИМ и реконструктивных операций на коронарных артериях) от участия в программах КР составлял 56%, по данным из 156 клиник, и 54%, по данным регистра ESC-EORP EUROASPIRE V [4, 5]. Среди причин низкой приверженности лечебно-реабилитационным и профилактическим мероприятиям, включающим немедикаментозные методы поддержки здорового образа жизни (ЗОЖ), называют отсутствие внутренней мотивации и готовности пациента к ним, недостаточную информированность о собственных показателях здоровья, непонимание важности контроля факторов риска (ФР), пользы от участия в образовательных школах, программах ФТ и постоянного приема лекарственной терапии [6]. Это хорошо демонстрируют современное исследование WHO-PREMISE (World health organ prevention of recurrences of myocardial infarction and stroke) и регистры REACH (Reduction of atherothrombosis for continued health), CLARIFY (Longitudinal registry of patients with stable coronary artery disease) [7—9].

Авторы метаанализа 15 исследований (*n*=531 804 из 17 стран, наблюдение 13,24 года) установили, что именно та-

кие нездоровые привычки как курение, избыточное потребление алкоголя, низкая физическая активность (ФА), дисбаланс питания и ожирение обусловливают 66% случаев преждевременной общей смерти [10]. Необходимость изменения поведенческих ФР у пациентов с ИБС для улучшения клинического течения болезни, снижения риска развития осложнений и смертности, строго доказана. В исследовании OASIS (Organisation to assess strategies in acute ischemic syndromes) высокая приверженность пациентов (n=18 809), перенесших ОКС, рекомендуемой диете и ФТ приводила к снижению ОР развития ИМ на 48%, инсульта на 54% и общей смерти на 55%, а их отказ от курения — к снижению ОР ИМ на 43% и инсульта на 60% [11].

У пациентов с ИБС или другими атеросклеротическими заболеваниями междисциплинарные программы КР и вторичной профилактики, основанные на модификации стиля жизни, контроле ФР, психологической поддержке и оптимизации фармакологической терапии, должны стартовать как можно раньше, т.е. уже на стадии их госпитализации в стационар [12].

КР и кардиоваскулярная профилактика требуют современных и адаптированных к медицинским и культурным особенностям каждой страны программ. Для реализации некоторых положений действующего «Порядка организации медицинской реабилитации» Минздрава России №1705н от 29.12.12, касающихся оказания медицинской реабилитационной помощи в стационарах I этапа реабилитации и одного дня, амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения, фельдшерско-акушерских пунктах, или выездными бригадами на дому, необходимы реабилитационные технологии целенаправленного обучения и консультирования больных.

Цель настоящего исследования — изучение информированности о ФР и своей болезни, отношения к собственному здоровью больных ИБС, а также оценка первого опыта возможного применения новой технологии реабилитационного консультирования с включением мультидисциплинарной команды для улучшения самоконтроля состояния.

Материал и методы

В исследование были включены 70 пациентов в возрасте 44—75 лет, госпитализированных в стационар ФГБУ НМИЦ ПМ Минздрава России в связи с обострением у них ИБС. Критериями исключения были: возраст старше 80 лет, ИБС стенокардия покоя или 4-го функционального класса по Канадской классификации, серьезные нарушения ритма сердца и проводимости, неконтролируемая артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет (СД) в стадии декомпенсации, заболевания опорно-двигательного аппарата, состояния и заболевания, препятствующие выполнению физических упражнений. Пациенты включались в исследование в пределах 3—4 дней после госпитализации.

Для изучения информированности пациентов о собственных ФР и оценки их отношения к собственному здоровью применяли специальные анкеты, содержащие несколько разделов:

— социально-демографические характеристики пациента (пол, возраст, перенесенные заболевания, семейное положение, образование, трудоспособность, инвалидность);

— распространенность основных ФР и их контроль у пациента (уровни АД, липидов, липопротеидов и глюкозы крови, значение индекса массы тела — ИМТ);

— представление пациента о своей болезни, его отношение к собственному здоровью и лечебно-профилактическим мероприятиям;

— оценку уровня следования курсу терапии (в баллах) с 10 вопросами, позволяющими охарактеризовать выполнение пациентом рекомендаций врача (26—30 баллов свидетельствует о высоком уровне рекомендаций, 21—25 баллов — о среднем, не более 20 баллов — низком).

Анкеты включали: закрытые вопросы, на которые были предложены варианты ответов, и пациенты выбирали правильный ответ, с их точки зрения; открытые вопросы, на которые нужно было ответить в произвольной форме. Для правильности понимания поставленных в анкете вопросов пациентам объясняли их суть.

После одномоментного анкетирования все пациенты проходили **реабилитационное консультирование**, включающее:

— 3 лекции врача-кардиолога по этиологии болезни, кардиоваскулярным ФР и значимости их контроля в предупреждении развития осложнений, важности постоянного приема препаратов (продолжительность по 45 мин);

— лекцию клинического психолога по вопросам психологического здоровья (45 мин);

— практическое занятие клинического психолога по формированию навыков самопомощи и преодоления стресса и переживаний (30 мин);

— лекцию врача-реабилитолога/врача по лечебной физической культуре (ЛФК) о клинической пользе ФА и различных видах физических нагрузок (30 мин);

— практическое обучение инструктором-методистом ЛФК пациентов правильности выполнения разных видов ФА в повседневной жизни (60 мин);

— выдачу наглядного материала по основным ФР и ЗОЖ в виде печатных памяток.

«Реабилитационное консультирование» пациентов проходило в небольших группах по 7 человек для лучшего усвоения знаний, в результате были сформированы 10 групп. Каждый из участников исследования прошел полный курс реабилитационного консультирования. Занятия в группах были ежедневными.

Через год после выписки из стационара проводили телефонный опрос пациентов посредством специально разработанной анкеты с объяснением сути вопроса в случае затруднения его понимания пациентом с целью оценки их клинического состояния, самоконтроля ФР и симптомов болезни, соблюдения рекомендаций врача по приему лекарственной терапии.

ИМТ рассчитывали по формуле: ИМТ=кг/м^2, где кг – масса тела человека (в кг), м – рост человека (в м). Для определения биохимических параметров из локтевой вены в утренние часы после 12-часового голодания забирали кровь, из которой получали сыворотку методом центрифугирования в течение 20 мин при 2500 об/мин и температуре 4 °С. Концентрацию общего холестерина (ХС) и триглицеридов (в ммоль/л) в крови определяли на автоанализаторе Airone-200 фирмы «Crony S.r.l.» (Италия) диагностическими наборами фирмы «DiaSys Diagnostic Systems» (Германия), концентрацию ХС липопротеидов высокой плотности (ЛВП) — тем же методом после осаждения из сыворотки апо-В-содержащих липопротеидов низкой плотности (ЛНП) и липопротеидов очень низкой плотности фосфовольфраматом натрия с 0,5 М хлорида магния. Уровень ХС ЛНП вычисляли по общепринятой формуле W. Friedwald и соавт. (1972). Содержание глюкозы (в ммоль/л) в сыворот-

***Таблица 1*. Исходная характеристика пациентов ИБС, включенных в исследование**

***Table 1*. Initial characterization of CHD patients included in the investigation**

Показатель	Общая группа пациентов (n=70)	
	абс.	%
ИМ в анамнезе	17	24,3
КШ +ЧКВ	21	30
АГ	48	68,6
СД 2-го типа	10	14,3
Ожирение	12	17,1
Курение в настоящее время	9	1,4
Курение в прошлом	11	15,7
Семейное положение (замужем/женат)	30	42,9
Работает	21	30
Инвалидность II и III групп	14	20

***Таблица 2.* Исходная характеристика кардиоваскулярных ФР у пациентов с ИБС**

***Table 2.* Initial characteristics of cardiovascular RFs in patients with CHD**

Показатель	Общая группа пациентов (n=70)
Систолическое АД, мм рт.ст.	135,7±19,1
Диастолическое АД, мм рт.ст.	82,7±11,6
ИМТ, кг/м²	29,7±4,8
Общий ХС, ммоль/л	5,1±1,3
ХС ЛНП, ммоль/л	3,3±1,0
Триглицериды, ммоль/л	1,7±1,1
ХС ЛВП, ммоль/л	0,94±0,39
Глюкоза, ммоль/л	5,4±0,8

ке крови определяли глюкозооксидазным методом на автоанализаторе Airone-200 (Италия) диагностическими наборами Диаком Глюкоза ГО 200 (ЗАО «Диаком ВНЦМДЛ»).

Статистическую обработку данных выполняли с помощью программы XLSTAT. Данные представлены в виде средних арифметических значений (M) и среднего квадратичного отклонения (SD). Достоверность различий оценивали с помощью парного и непарного t-критерия Стьюдента, а также критерия χ^2. Различия, при которых $p<0,05$, рассматривали как статистически значимые.

Результаты

Характеристика пациентов. Средний возраст пациентов в исследовании составил 62,2±10,1 года **(табл. 1)**. Среди включенных пациентов было 39 мужчин (средний возраст 60,8±12,8 года) и 31 женщина (средний возраст 59,2±9,8 года). Все больные страдали ИБС, продолжительность болезни составляла от 2 мес до 20 лет. Высшее образование имели 15 (21,4%) пациентов, среднее специальное образование — 55 (78,6%). Перенесли ЧКВ 18 человек, КШ — 3. Проживали в семье 37 (52,9%) пациентов.

Более половины пациентов страдали АГ, при этом средний уровень АД в группе находился в пределах целевых значений (менее 140/90 мм рт.ст.) **(табл. 2)**. Продолжали курить 9 (1,4%) пациентов, СД 2-го типа был у 10 (14,3%) и ожирение (ИМТ⩾ 30 кг/м²) — у 12 (17,1%). Уровень ХС ЛНП выше рекомендуемого целевого значения (не более 1,8 ммоль/л) отмечен у 28 (40%) пациентов. Средние по группе показатели липидов и липопротеидов крови свидетельствовали о нарушениях в системе липидного транспорта, то есть об атерогенной дислипидемии.

Представление пациента с ИБС о своей болезни и ФР. В работе анализировали представления пациента, страдающего ИБС, о показателях собственного здоровья и болезни. На вопрос «*Что Вам не нравится в вашем образе жизни?*» были получены следующие ответы: 52 (74,3%) пациентам не нравился низкий уровень ФА; 48 (68,6%) — повышенные масса тела и значения АД; 36 (51,4%) — рацион питания; 53 (75,7%) — одиночество; 46 (65,7%) — отсутствие внимания со стороны членов семьи; 49 (70%) — пребывание в состоянии хронического стресса. Все курящие мужчины и женщины (всего 1,4%) страдали от собственной привычки, но не могли от нее отказаться; 30% пациентов с АГ беспокоились из-за повышенного уровня АД. Следует отметить, что у женщин среди поведенческих ФР наибольшее беспокойство вызывали низкий уровень ФА, избыточная масса тела и неправильный характер питания, у мужчин — одиночество и меньше всего (среди всех ФР) характер собственного питания **(рис. 1)**. Мужчины и женщины в одинаковой степени испытывали хронический стресс и жаловались на отсутствие внимания к себе со стороны семьи.

Пациентам было предложено назвать один или несколько факторов, которые, по их мнению, могут привести к развитию ИБС: каждый из опрошенных указал на один или два фактора, что демонстрирует недостаточный уровень информативности больных о ФР ИБС. Среди факторов, которые, по мнению пациента, спровоцировали развитие у них ИБС, чаще называли стресс и курение — 25 (35,7%) и 20 (28,6%) пациентов, повышение АД — 7 (10%), избыточную массу тела — 4 (5,7%), наследственность — 4 (5,7%), физические перегрузки — 4 (5,7%) участника.

На вопрос «*Что, по Вашему мнению, нужно сделать для улучшения своего здоровья*?» 49 (70%) пациентов ответили о необходимости соблюдать диету, 48 (68,6%) — меньше тревожиться, 36 (51,4%) — научиться преодолевать стресс, 45 (64,3%) — о снижении массы тела, 43 (61,4%) — о повышении ФА, 19 (27,1%) — о полном отказе от курения. При этом 45 (64,3%) пациентов указывают на необходимость приема лекарств.

Опрошенных попросили выразить свое желание изменить собственный образ жизни по 10-балльной системе — средний балл составил 6,8±0,4. Распределение ответов на вопрос «*Имеется ли у Вас возможность контролировать свою болезнь*?» было следующим: 46 (65,7%) пациентов ответили «да», 12 (17,1%) — «нет», остальные 12 (17,1%) затруднились с ответом. Только 27 (38,6%) участников высказали удовлетворение от лечения.

Осведомленность пациентов о собственных ФР и их нормальных значениях. Осведомленность пациента с ИБС о наличии и уровнях собственных кардиоваскулярных ФР представлена в **табл. 3.** Чаще (в 1,8 раза) пациенты могли указать свой уровень АД, чем содержание ХС крови. Низкой была осведомленность пациентов о концентрации глюкозы в крови, но все пациенты с СД знали ее. Пациенты чаще были осведомлены о величине своего пульса. При этом мужчины хуже, чем женщины были осведомлены о своих уровнях ХС и глюкозы в крови, но лучше о значениях АД и пульса **(рис. 2)**.

***Таблица 3*. Осведомленность пациентов с ИБС о ФР и принимаемых лекарственных препаратах**
***Table 3.* CHD patients' awareness of RFs and medications taken**

Вопрос пациенту	Ответ на вопрос	Абс.	%
Знаете ли Вы свой уровень АД?	Да	61	87,1
Знаете ли Вы свой уровень общего ХС?	Да	34	48,6
Знаете ли Вы свой уровень глюкозы в крови?	Да	31	44,4
Знаете ли Вы частоту своего пульса?	Да	53	75,7
Помните ли Вы название принимаемых препаратов?	Да	48	68,6
Помните ли Вы дозы принимаемых препаратов?	Да	43	61,4
Знаете ли Вы, что лекарства при ИБС принимаются неопределенно долго?	Да	48	68,6
Как Вы относитесь к необходимости длительно принимать препараты?	Положительно	43	61,4
	Отрицательно	12	17,1
	Затрудняется с ответом	15	21,5

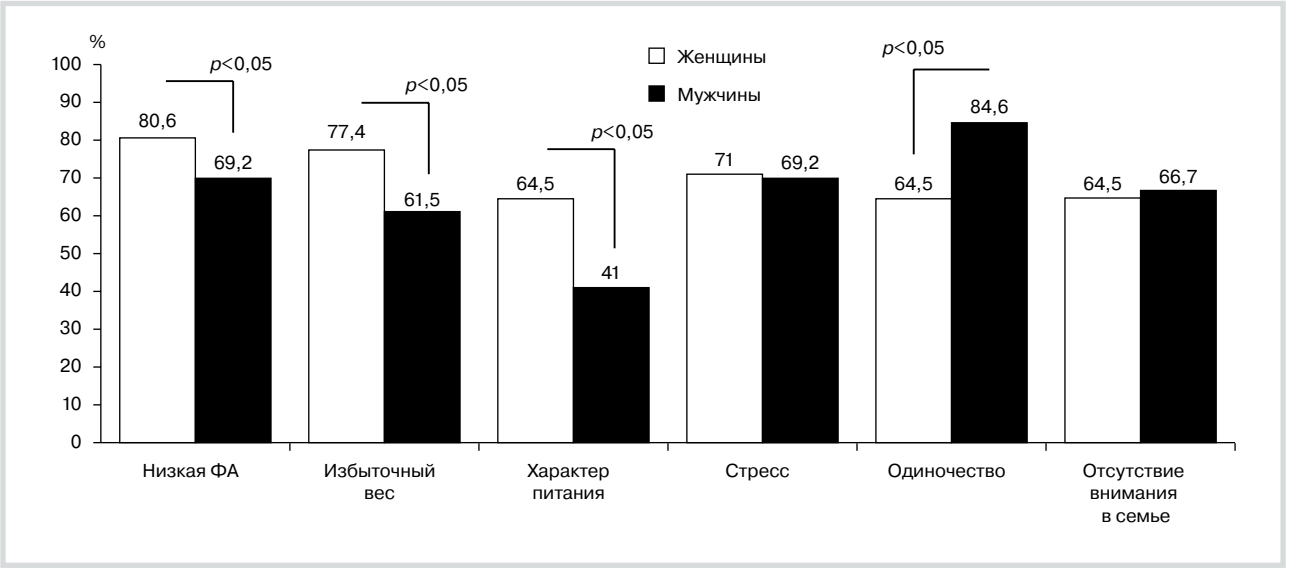


***Рис. 1.* Факторы образа жизни, вызывающие наибольшее беспокойство у женщин и мужчин с ИБС.**
***Fig. 1.* Lifestyle factors of greatest concern to female and male patients with CHD.**

Все участники исследования принимали лекарственные средства, рекомендуемые при ИБС. При этом не помнили названия препаратов 22 (31,4%) пациента, а их дозы — 27 (38,6%) **(см. табл. 3)**. К сожалению, 22 (31,4%) опрошенных не знали, что лекарства при ИБС следует принимать неопределенно долго. Согласились на длительный прием препарата только 61,4% пациентов, чаще такую позицию высказывали мужчины, чем женщины (74,4 и 45,2% соответственно; $p<0,05$).

Анализ ответов на вопрос: *«Какой препарат в первую очередь Вы принимаете для снятия болевого синдрома в груди (приступа стенокардии)?»* показал следующие результаты: 26 (37,1%) участников прибегают к приему нитроглицерина под язык или нитроспрея, при этом 2 (2,9%) сразу разжевывали таблетку ацетилсалициловой кислоты. Остальные сначала пытались купировать сердечную боль приемом валидола или валокордина.

В исследовании оценивали знание нормальных значений АД и ХС крови **(табл. 4)** у больных ИБС. АД менее 140/90 мм рт.ст. в качестве нормы назвали 90% пациентов (практически большинство), при этом норму обозначали чаще мужчины, чем женщины. Уровень общего ХС менее 5 ммоль/л в качестве нормы озвучили 25 (35,8%) пациентов, ХС ЛНП менее 1,8 ммоль/л — 10 (14,2%). Нормативы общего ХС и ХС ЛНП для своей болезни в равной степени не знали ни женщины, ни мужчины.

Первый опыт применения реабилитационного консультирования

В период короткого пребывания в стационаре, больных ИБС вовлекали в реабилитационное консультирование, осуществляемое в группах и проводимое мультидисциплинарной командой — врачом-кардиологом, клиническим психологом, врачом-реабилитологом/врачом ЛФК и инструктором-методистом ЛФК. Для закрепления знаний материала пациентам выдавали печатные памятки.

Для анализа возможных эффектов группового реабилитационного консультирования через 1 год среди участников наблюдения был проведен телефонный опрос по специально разработанной анкете. На телефонный опрос откликнулись все пациенты **(табл. 5)**.

Пациенты чаще жаловались на повышенную утомляемость, слабость и одышку. Приступы стенокардии беспокоили только 27,2% пациентов. За 1 год клиническое состояние ухудшилось у 5 (7,1%) пациентов, в связи с чем они были госпитализированы: 2 с острым ИМ с последующим

Таблица 4. **Осведомленность пациентов ИБС о рекомендуемых нормах ФР**

Table 4. **CHD patients' awareness of recommended standards for RFs**

Вопрос пациенту	Ответ на вопрос	Все пациенты (*n*=70)		Женщины (*n*=31)		Мужчины (*n*=39)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Знаете ли Вы, каким должен быть нормальный уровень АД?	Да	63	90	27	87,1	36	92,3
Знаете ли Вы, каким должен быть нормальный уровень общего ХС в крови?	Да	35	50	15	48,4	20	51,3

Таблица 5. **Клиническое состояние и лекарственная терапия пациентов с ИБС через 1 год после «реабилитационного консультирования»**

Table 5. **Clinical status and drug therapy in CHD patients at one year after rehabilitation counseling**

Вопрос пациенту	Ответ на вопрос	Общая группа пациентов (*n*=70)	
		абс.	%
Самочувствие пациента	Улучшилось	32	45,7
	Оставалось стабильным	33	47,1
	Ухудшилось	5	7,1
Жалобы пациента	Стенокардия	19	27,1
	Одышка	25	35,7
	Слабость	27	38,6
	Утомляемость	28	40
	Аритмии	20	28,6
	Снижение аппетита	11	15,7
Выполняете ли Вы рекомендации по повышению ФА?	Да	64	91,4
	Нет	6	8,6
Соблюдаете ли Вы диету?	Да	40	57,1
	Нерегулярно	14	20
	Нет	16	22,9
Контролируете ли Вы АД?	Да, регулярно	55	78,6
	Нерегулярно	7	10
	Нет	8	11,4
Контролируете ли Вы свой вес?	Да	51	72,9
	Нет	19	27,1
Контролируете ли Вы свой ХС?	Да	47	67,1
	Нерегулярно	9	12,9
	Нет	14	20
Как Вы принимаете лекарство?	Регулярно	63	90
	Нерегулярно	1	1,4
	Не принимает	6	8,6

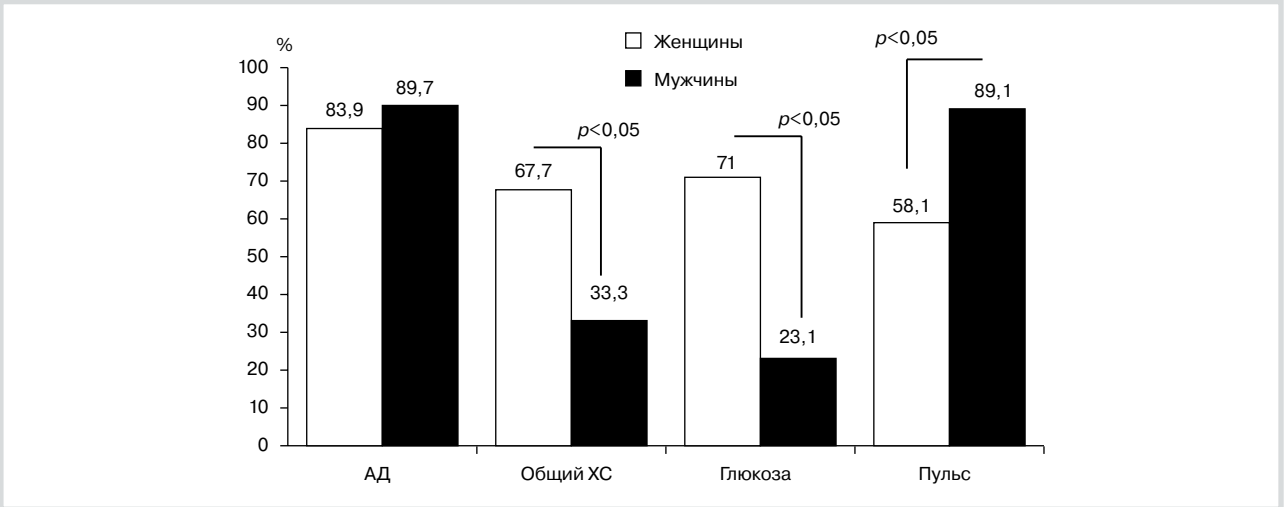


Рис. 2. **Осведомленность женщин и мужчин с ИБС о показателях собственного здоровья, характеризующих ФР.**

Fig. 2. **Awareness of female and male patients with CHD about their own health indicators that characterize RFs.**

выполнением ЧКВ (один мужчина и одна женщина, регулярно принимавшие препараты), 3 женщины — с обострением ИБС для выполнения ЧКВ. Улучшение клинического состояния отмечено у 32 (45,7%) опрошенных. Работали 11 (31,4%) пациентов (1 пациент вернулся к работе), инвалидность имели 18 (25,7%).

Рекомендации по повышению ФА выполняли большинство (91,4%): 5 (7,1%) пациентов тренировались на велотренажерах 3—5 раз в неделю, 7 (10%) ежедневно выполняли подобранные для них гимнастические комплексы, 21 (30%) занимались ежедневной дозированной ходьбой, 10 (14,3%) целенаправленно занимались тренировочной ходьбой 2—3 раза в неделю, а остальные совершали пешие прогулки или выполняли физическую работу по дому.

К сожалению, 9 (12,9%) курящих пациентов продолжали курить, хотя и сократили количество выкуриваемых сигарет. Регулярно придерживаться рекомендаций по здоровому питанию стремились 40 (57,1%) пациентов, контролировать собственную массу тела стал 51 (72,9%) опрошенный. Через 1 год у пациентов средняя масса тела по группе снизилась с 89,4±10,5 до 81,9±9,6 кг ($p<0,05$), а ИМТ — с 29,7±4,8 до 27,5±3,7 кг/м² ($p<0,05$).

Самоконтроль АД осуществляли большинство — 22 (88,6%) пациента, из них ежедневно измеряли АД 55 (78,6%) человек. Через 1 год у 57 (81,4%) человек уровень АД был ниже 140/90 мм рт.ст., а у 13 (18,6%) отмечались колебания АД с его повышением до 160/100 мм рт.ст. Средний уровень АД по группе через 1 год составил 128,6±7,2/78,9±5,4 мм рт.ст., что было ниже значения до включения в исследование ($p<0,05$ для систолического и диастолического АД). Уровень ХС в крови контролировали 56 (80%) человек, из них нерегулярно — только 9 (12,9%).

Через 12 мес после выписки из стационара только 6 (8,6%) пациентов (с их слов) не принимали лекарственную терапию, это 3 мужчины (в возрасте 66, 67 и 75 лет) и 3 женщины (в возрасте 47, 58 лет и 64 года). Подавляющее большинство (90%) пациентов регулярно принимали рекомендуемую им медикаментозную терапию. Уровень следования курсу терапии в среднем по группе составил 22,4±1,9 балла. При этом высокий уровень следования курсу терапии был выявлен у 5 (7,1%) пациентов, средний уровень — у 56 (80%), низкий — у 9 (12,9%).

Средний возраст 9 пациентов с низким уровнем следования курсу терапии (2 женщины и 7 мужчин) составил 64±1,2 года, из них регулярно придерживались рекомендациям по питанию 7 (77,8%) пациентов, контролировали ХС крови 6 (66,7%) и массу тела — 5 (55,6%) человек; все пациенты занимались ежедневной тренировочной ходьбой и имели средний уровень АД 130±4,6/78±7,1 мм рт.ст.

На вопрос «*Повлияло ли реабилитационное консультирование на качество его жизни*» 60 (85,7%) пациентов ответили «да» — качество их жизни улучшилось, они пересмотрели свое отношение к болезни, поведению и поняли важность контроля собственных ФР. Только 10 (14,3%) человек ответили «не знаю».

Обсуждение

Высокую приоритетность в работе врача при оказании реабилитационно-профилактической помощи наравне с медикаментозным лечением должно иметь повышение информированности пациентов о собственных показателях здоровья, разъяснение им важности контроля ФР и соблюдения врачебных рекомендаций.

Анкетирование пациентов с ИБС, госпитализированных в стационар в связи с обострением данного заболевания, выявило недостаточную информированность больных о своей болезни, причинах ее развития и низкую осведомленность о собственных показателях здоровья. Это может быть одной из причин несформированной мотивации пациентов к лечебно-профилактическим и реабилитационным мероприятиям. При этом большинство пациентов высказали неудовлетворение своим образом жизни. Чаще пациенты указывали на социальные проблемы: одиночество (75,7% пациентов), хронический стресс (70% пациентов), отсутствие внимания со стороны членов семьи (65,7% пациентов). В исследовании INTERHEART (Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries) типа случай-контроль установлено, что низкий уровень социальной поддержки, хронический стресс и депрессия объясняют приблизительно 30% атрибутивного риска острого ИМ [13].

Среди поведенческих ФР вызывали беспокойство низкая ФА и повышенная масса тела у большинства пациентов, у страдающих АГ — повышенные цифры АД, у каждого второго пациента — характер питания. Выявлялись гендерные различия в приоритетности факторов, вызывающих у пациента неудовлетворение собственным образом жизни: женщины чаще сетовали (по убывающей) на низкую ФА, избыточную массу тела и хронический стресс, мужчины — на одиночество, хронический стресс и низкую ФА.

Каждый четвертый пациент в исследовании связывал развитие ИБС с хроническим стрессом, поэтому каждый второй имел обоснованное желание научиться его преодолевать. Доказано, что у пациентов с хроническим стрессом выше риск сердечной недостаточности в 3,4 раза, сердечно-сосудистых событий — в 7,7 раза, ИМ — в 1,5 раза [14—16]. Наименьшее число анкетированных пациентов связали развитие ИБС с такими классическими ФР, как повышение АД, избыточная масса тела и физические перегрузки.

Наши больные понимали, что изменение образа жизни (соблюдение диеты, уменьшение массы тела и повышение ФА) благоприятно отразится на их здоровье. При этом большинство (68,6%) приоритетным в улучшении собственного здоровья считали снижение уровня тревожности. Результаты метаанализа A. Roest и соавт. [17, 18] дали основание рассматривать тревожность в качестве независимого ФР ИБС, а у больных с ИБС — ассоциировать ее с повышенной частотой осложнений и смертностью как от кардиальной, так и от всех причин. По данным исследования EUROASPIRE IV (European action on secondary prevention through intervention to recude events) [19], в российской когорте пациентов с ИБС показатели тревожности выше у женщин, чем у мужчин, на 35,1%. Это продемонстрировали и данные нашего исследования: женщины чаще (на 33,4%) по сравнению с мужчинами указывали на необходимость устранения симптомов тревожности для улучшения своего здоровья.

В исследовании GREECS [20] продемонстрировано, что пациенты с ИБС и высоким уровнем образования в большей степени испытывали одиночество и воздействие производственного и домашнего стресса, приводящих к повышенному риску фатальных и нефатальных клинических событий. Это согласуется с нашими результатами: 75,7% пациентов, указавших на проблему «одиночество», имели высшее или среднее специальное образование, из

них 42,9% проживали в семье, 30% работали и имели возможность общения. Очевидно, что у больных с ИБС необходимо оценивать социально-психологические факторы и привлекать в состав мультидисциплинарных реабилитационных команд клинических психологов.

Беспокойство вызывает тот факт, что ни один из 70 обследованных не обозначил «повышенный уровень ХС» как ключевую причину развития ИБС и фактор, на который нужно воздействовать и хорошо контролировать с целью улучшения здоровья. Удручающая ситуация была с осведомленностью пациентов об уровне ХС в крови (51,4% пациентов не знали его значений). Информированность пациентов с ИБС о рекомендуемых нормах ХС оказалась сходной с осведомленностью о собственном показателе: каждый второй пациент не мог обозначить приемлемых для них нормативов общего ХС и большинство (85,8%) не имели представлений о норме ХС ЛНП.

Большинство пациентов знали свой уровень АД (87,1%), при этом 13 (18,6%) не имели АГ. Лучше ситуация обстояла и с осведомленностью о нормальном уровне АД (только 10% пациентов не могли его обозначить). Выявлена низкая осведомленность пациентов ИБС без СД об уровне глюкозы в крови. Имелись гендерные различия в осведомленности пациентов о показателях собственного здоровья. Так, мужчины не могли указать свой уровень ХС и содержание глюкозы в крови чаще, чем женщины в 2,1 и 2,7 раза соответственно. В то же время женщины в 4 раза хуже мужчин были осведомлены о величине своего пульса и в 1,6 раза — об уровне АД.

Каждый третий пациент с ИБС не связывал прием лекарств с улучшением собственного здоровья, а из числа пациентов, возлагающих надежды на лекарственную терапию (65,3%), 61,4% не получили удовлетворения от ее применения. Это наглядно демонстрирует существование серьезной проблемы качественного лечения пациентов высокого сердечно-сосудистого риска. На длительный прием лекарств чаще (в 1,6 раза) были настроены мужчины, чем женщины. К сожалению, 62,9% пациентов с ИБС не знали о том, как надо вести себя при появлении симптомов сердечного приступа.

Анализ информированности пациентов с ИБС о своей болезни и их представлений о причинах ее развития на современном этапе позволяет определить приоритеты в обучении этой целевой группы при разработке новых реабилитационных технологий, несложных в исполнении в реальных условиях первичного звена здравоохранения и сохраняющих непрерывности трехэтапного процесса КР. Первый опыт применения у больных ИБС разрабатываемой новой технологии реабилитационной помощи «реабилитационного консультирования» выявил готовность больных получать достоверную медицинскую информацию и улучшать показатели собственного здоровья.

«Реабилитационное консультирование» представляет собой процесс информирования и обучения пациентов с целью формирования поведенческих навыков, повышения знаний о собственном здоровье, приверженности ЗОЖ и выполнению врачебных рекомендаций. Особенностью предлагаемой реабилитационной технологии является привлечение мультидисциплинарной команды, включающей разных специалистов — врача-кардиолога, клинического психолога, врача-реабилитолога/врача ЛФК и инструктора-методиста ЛФК. Данные ряда исследований подтвердили, что именно участие мультидисциплинарной команды в реабилитационно-профилактических программах обеспечивает лучший клинический эффект.

В исследовании EUROACTION пациенты, работающие с командой специалистов (по диете и ФА) чаще, чем пациенты, получаемые обычную помощь, к концу года наблюдения достигали цели поведенческих ФР: потребления рекомендуемого количества овощей и фруктов (72 и 35% пациентов соответственно; p=0,004), повышения уровня ФА (53,8 и 19,6% соответственно; p=0,002) и целевого АД (65,3 и 55,5% соответственно; p=0,04) [21].

Первый опыт применения реабилитационного консультирования был положительным, поскольку большинство пациентов (85,7%), с их слов, пересмотрели свое отношение к болезни, предприняли практические шаги к модификации поведенческих ФР. Чаще (91,4%) пациенты выбирали разные пути повышения собственной ФА, чем изменение рациона питания (77,1%). В различных исследованиях доказана важность повышения ФА при ИБС для снижения уровня кардиоваскулярных ФР, особенно ИМТ, АД, липидов крови, гликемии и тревожности [22]. В разрабатываемой технологии реабилитационного консультирования методам повышения ФА у больных ИБС уделяют особое внимание (как с теоретической — в формате образовательной лекции, так и с практической позиций — занятие со специалистами ЛФК). Другие авторы также указывают, что консультирование пациентов по вопросам повышения ФА именно специалистами ЛФК позволяет значимо (на 15—50%) повысить ее уровень уже в течение первых 6 мес [22].

Выявленное у пациентов с ИБС снижение величины ИМТ за 1 год на 7,4% (или массы тела на 7,5 кг) отчасти можно объяснить повышением уровня их ФА, что согласуется с рядом других исследований [23]. Чаще пациенты (74,3%) в нашем исследовании выбирали ФА в виде ежедневной ходьбы. Показано, что именно ежедневные занятия ходьбой в течение 45 мин способны обеспечить снижение массы тела в среднем на 4,5 кг за 1 год без какого-либо ограничения суточной калорийности питания [24].

Пациенты после прохождения реабилитационного консультирования улучшили контроль уровней ХС крови и АД (80 и 88,6% соответственно). Число участников с целевым уровнем АД увеличилось на 32,8%. В ряде исследований подтверждено, что обучение пациентов методом консультирования имеет доказанные положительные эффекты в направлении улучшения поведенческих ФР, в частности рациона питания, ФА и коррекции уровней липидов, АД, глюкозы натощак и ИМТ через 12 и 24 мес наблюдения [25].

В метаанализе G. Ghisi и соавт. [26] (42 публикации, из них 23 РКИ) продемонстрирована хорошая эффективность образовательных программ при ИБС в улучшении осведомленности пациентов о показателях собственного здоровья, повышении ФА, оздоровлении пищевого поведения и более частом отказе от курения. По данным Кокрейновского обзора (11 РКИ, n=1532) [27], групповое консультирование/обучение (не менее 6 участников) приводит к лучшему пониманию сути заболевания, клинически значимому снижению уровня липидов крови и АД, улучшению контроля гликемии в течение 12—14 мес после завершения программы.

Эффективность обучения пациента зависит от доходчивости и понятности объяснения ему методов оздоровления поведенческих привычек, его мотивации к их оздоровлению и улучшению собственного здоровья. Пациент

должен быть активным и ответственным участником реабилитационно-профилактического процесса. Вот почему так важно обсуждать с ним существующие проблемы и принимать совместные решения по их преодолению.

Первый опыт апробации новой технологии показал улучшение качества жизни у большинства пациентов и существенный рост количества лиц, принимающих лекарства регулярно (только 8,6% участников отказались от приема лекарств). За 1 год наблюдения нежелательные явления (ИМ, инструментальная реваскуляризация миокарда) произошли у 7,1% пациентов, у 45,7% клиническое состояние заметно улучшилось. Полученные данные о положительном влиянии обучения на показатели качества жизни пациентов, улучшение приема лекарственных препаратов и клиническое течение (симптомы и осложнения) болезни согласуются с результатами других исследований, в которых применялись разные программы консультирования/обучения больных высокого сердечно-сосудистого риска [27, 28].

Представленное исследование имеет определенные ограничения в части оценки технологии реабилитационного консультирования, поскольку это первый опыт апробации разработанных анкет и методологии. Для окончательного решения вопроса об эффективности предлагаемой реабилитационной технологии необходимо проведение сравнительных исследований с увеличением количества пациентов.

Заключение

Выполненное исследование в группе больных ИБС продемонстрировало их недостаточную информированность о кардиоваскулярных ФР и осведомленность о собственных показателях здоровья, плохие знания их нормативов и методов купирования приступов стенокардии, а также непонимание значимости лекарственной терапии в улучшении клинического состояния. Решению проблемы медицинской информированности пациентов, улучшения самоконтроля их состояния и выполнения рекомендаций врача будут способствовать новые разрабатываемые и несложные в применении образовательные реабилитационные технологии. Об этом свидетельствует первый опыт применения реабилитационного консультирования с использованием мулитидисциплинарного подхода. Окончательные результаты эффективности предлагаемой реабилитационной технологии будут представлены после завершения запланированного сравнительного научного исследования.

Участие авторов:
Концепция и дизайн — М.Б., Н.Н., Д.А.
Сбор материала — Е.М., Н.Н.
Статистическая обработка данных — А.П-Д.
Написание текста — М.Б., Д.А.
Редактирование — М.Б, Д.А.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. European Heart Network. European cardiovascular disease statistics 2017, www.ehnheart.org/cvd-statistics.html (2016, accessed 14 November 2016).
2. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, et al. Exercise based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016 Issue 1. Art. No.: CD001800. https//doi.org/10.1002/14651858.CD001800.pub3
3. Rauch B, Davos CH, Doherty P, et al. The prognostic effect of cardiac rehabilitation in the era of acute revascularization and statin therapy: A systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized studies – The Cardiac Rehabilitation Outcome Study (CROS). *Eur J Prev Cardiol.* 2016;23:1914-1939.
4. Brown TM, Hernandez AF, Bittner V, et al. Predictors of cardiac rehabilitation referral in coronary artery disease patients: findings from the American Heart Association's. Get With The Guidelines Program. *J Am Coll Cardiol.* 2009;54:515-521.
5. Kotseva K, De Backer G, De Bacquer D, et al. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. *Eur J Prev Cardiol*. 2019; 0(00):1-12. https//doi.org/10.1177/2047487318825350
6. Balady GJ, Ades PA, Bittner VA, et al. Referral, Enrollment, and Delivery of Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Programs at Clinical Centers and Beyond: A Presidential Advisory from the American Heart Association. *Circulation* 2011;124:2951-2960.
7. Mendis S, Abegunde D, Yusuf S, et al. WHO study on Prevention of REcurrences of Myocardial Infarction and StrokE (WHO-PREMISE). *Bull World Health Organ*. 2005;83:820-829.
8. Mehta RH, Bhatt DL, Steg PG, et al. REACH Registry Investigators. Modifiable risk factors control and its relationship with 1-year outcomes after coronary artery bypass surgery: Insights from the REACH registry. *Eur Heart J*. 2008;29:3052-3060.
9. Ferrari R, Ford I, Greenaw N, et al. on behalf of the CLARIFY Registry Investigators. Geographical variations in the prevalence and management of cardiovascular risk factors in outpatients with CAD: Data from the contemporary CLARIFY registry. *Eur J Prev Cardiol.* 2015;22:1056-1065.
10. Loef M, Walach H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Prev Med*. 2012;55:163-170. https//doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.06.017
11. Chow CK, Jolly S, Rao-Melacini P, et al. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circulation*. 2010;121:750-758.
12. Corra`1 Ugo, Piepoli MF. Secondary prevention: Where we are? *Eur J Prev Cardiol*. 2017;24(3S):14-21. https://doi.org/10.1177/2047487317704978
13. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364(9438):937-952.
14. Spitzer C, Barnow S, Volzke H, et al. Trauma, posttraumatic stress disorder, and physical illness: findings from the general population. *Psychosom Med*. 2009;71(9):1012-1017.
15. Jordan HT, Miller-Archie SA, Cone JE, et al. Heart disease among adults exposed to the September 11, 2001 World Trade Center disaster: results from the World Trade Center registry. *Prev Med*. 2011;53(6):370-376.
16. Gradus JL, Farkas DK, Svensson E, et al. Associations between stress disorders and cardiovascular disease events in the Danish population. *BMJ Open*. 2015;5(12):e009334.
17. Roest AM, Martens EJ, de Jonge P, et al. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a metaanalysis. *JACC*. 2010;56:38-46.
18. Roest AM, Martens EJ, Denollet J, de Jonge P. Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: a metaanalysis. *Psychosom Med*. 2010;72(6):563-569.
19. Погосова Н.В., Оганов Р.Г., Бойцов С.А., и др. Психосоциальные факторы и качество жизни у пациентов с ишемической болезнью сердца: результаты российской части международного многоцентрового исследования EUROASPIRE IV. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2017;16(5):20-26. Pogosova NV, Oganov RG, Boytsov SA, et al. Psychosocial factors and life quality in coronary heart disease patients: results of the Russian part of in-

ternational multicenter study EUROASPIRE IV. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2017;16(5):20-26. (In Russ.).
http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2017-5-20-26

20. Notara V, Panagiotakos DB, Kogias Y, et al. The Impact of Educational Status on 10-Year (2000-2014) Cardiovasvular Disease Prognisis and All-cause Mortality Among Acute Coronary Syndrome Patients in the Greek Acute Coronary Syndrome (GREECS) Longitudinal Study. *J Prev Med Public Health*. 2016;49(4):220-229.
https://doi.org/10.3961/jpmph.16.005
21. Wood DA, Kotseva K, Connolly S, et al.; on behalf of EUROACTION Study Group. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: A paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008;371:1999-2012.
22. Vanhees L, Geladas N, Hansen D, et al.; on behalf of the writing group. Importance of characteristics and modalities of physical activity and exercise in the management of cardiovascular health in individuals with cardiovascular risk factors: recommendations from the EACPR (Part II). *Eur J Prev Cardiol.* 2012;19(5):1005-1033.
https://doi.org/10.1177/1741826711430926
23. Donnelly JE, Blair SN, Jakicic JM, et al. American College of Sports Medicine Position Stand. Appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Med Sci Sports Exerc*. 2009;41(2):459-471.
24. Mertens DJ, Kavanagh T, Campbell RB, Shephard RJ. Exercise without dietary restriction as a means to long-term fat loss in the obese cardiac patient. *J Sports Med Phys Fitness.* 1998;38(4):310-316.
25. LeFevre ML, 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. *Ann Intern Med*. 2014;161(8):587-593.
https://doi.org/10.7326/M14–1796
26. Ghisi GL de M, Abdallah F, Grace SL, Thomas S, Oh P. A systematic review of patient education in cardiac patients: do they increase knowledge and promote health behavior change? *Patient Educ Couns.* 2014;95(2):160-174.
https://doi.org/10.1016 / j. pec. 2014.01.012
27. Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RDRR. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD003417. CD003417. pub2.
https://doi.org/10.1002/14651858
28. Погосова Г.В., Калинина А.М., Спивак Е.Ю., Назаркина В.А. Эффективность образовательной профилактической технологии у больных стабильной стенокардией в амбулаторных условиях. *Кардиология*. 2008;48 (7):4-9.
Pogosova NV, Kalinina AM, Spivak EYu, Nazarkina VA. Efficiency of educational preventive technology in patients with stable angina in outpatient Setting. *Kardiologiya*. 2008;48(7):4-9. (In Russ.).
29. Hekmatpou D, Baghban EM, Dehkordi M. The effect of patient care education on burden of care and the quality of life of caregivers of stroke patients. Journal of Multidisciplinary *Healthcare*. 2019;12:211-217.
https://doi.org/10.2147/JMDH.S196903

Поступила 20.03.19
Received 20.03.19
Принята в печать 05.07.19
Accepted 05.07.19