

ISSN 1607-419X
ISSN 2411-8524 (Online)
УДК 616.1:303.621.34

Осведомленность о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний и готовность к их коррекции: результаты анкетирования пациентов и врачей с помощью открытых вопросов

Ю. Л. Беграмбекова, А. Г. Плисюк, Х. Й. Гази, Е. И. Зимакова, А. Г. Армаганов, Я. А. Орлова
Медицинский научно-образовательный центр Московского государственного университета имени М. В. Ломоносова, Москва, Россия

Контактная информация:
Беграмбекова Юлия Леоновна,
МНОЦ МГУ им. М. В. Ломоносова,
Ломоносовский пр., д. 27, корп. 10,
Москва, Россия, 119234.
E-mail: Julia.begrambekova@ossn.ru

*Статья поступила в редакцию
02.09.22 и принята к печати 07.11.22.*

Резюме

Актуальность. Оценка уровня знаний о факторах риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) имеет важное значение для разработки профилактических программ. Показано, что осведомленность о наличии ФР не гарантирует готовности к их коррекции, и существует потенциальный разрыв между намерением и поведением. Многочисленные данные свидетельствуют о том, что приверженность врача более здоровому образу жизни и контролю ФР повышает доверие пациентов к его рекомендациям. Оценка субъективного отношения к ФР развития ССЗ и готовности к их коррекции не только у пациентов, но и у врачей представляется важной задачей как для здоровья самих врачей, так и опосредованно их будущих и настоящих пациентов. **Цель исследования** — оценка субъективного отношения к ФР развития ССЗ и готовности к их коррекции у врачей и пациентов одной медицинской организации. **Материалы и методы.** В исследование были включены 58 врачей и 55 пациентов, последовательно госпитализированных в разные отделения МНОЦ МГУ им. М. В. Ломоносова. Врачи и пациенты отделения кардиологии не включались в исследование. Все вопросы о ФР ССЗ были открытыми. Количество ответов не ограничивалось. **Результаты.** В анализ вошли 58 анкет врачей и 52 анкеты пациентов. Медиана возраста врачей составила 37 [31; 48] лет, среди них было 40% мужчин. Медиана возраста пациентов составила 61 [49; 71] лет, мужчин — 42%. Врачи ожидаемо демонстрировали более высокую осведомленность о различных ФР ССЗ. Они называли в среднем $4,9 \pm 2,0$ ФР, а пациенты — $3,9 \pm 1,6$, однако разница была недостоверной. Врачи были более осведомлены о нарушениях углеводного обмена, неправильном питании, гиподинамии, нарушениях сна и стрессе как о ФР ССЗ (все $p < 0,001$), при этом пациенты чаще, чем врачи, указали курение (67,3% и 27,6% соответственно, $p < 0,001$). Врачи женского пола статистически значимо реже указывали ожирение (4,3% и 25,7% соответственно $p = 0,013$). В то же время они чаще, чем мужчины, указывали артериальную гипертензию (13,0% и 2,6% соответственно, $p = 0,018$). Врачи называли на один ФР, угрожающий их собственному здоровью, больше ($p < 0,001$). В то же время врачи были готовы попытаться изменить менее половины из этих факторов, в то время как пациенты, находящиеся на стационарном лечении, были настроены изменить две трети факторов (45,9% и 66,1%, $p = 0,012$). **Выводы.** Уровень осведомленности врачей о ФР ССЗ и готовности к изменениям остается относитель-

но невысоким. Для борьбы с растущим бременем ССЗ в России необходимо максимально использовать потенциал не только кардиологов, но и врачей других специальностей, как каналов достоверной информации о здоровье, разрабатывать и внедрять меры по повышению осведомленности об обстоятельствах, способствующих развитию ССЗ, а также инструментах самостоятельного управления рисками, не только среди пациентов, но и среди медицинских работников.

Ключевые слова: фактор риска, сердечно-сосудистые заболевания, врачи, пациенты, мотивация, осведомленность

Для цитирования: Беграмбекова Ю.Л., Плюсюк А.Г., Гази Х.Й., Зимакова Е.И., Армаганов А.Г., Орлова Я.А. Осведомленность о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний и готовность к их коррекции: результаты анкетирования пациентов и врачей с помощью открытых вопросов. *Артериальная гипертензия.* 2022;28(6):641–649. doi:10.18705/1607-419X-2022-28-6-641-649

Awareness and readiness to combat risk factors for cardiovascular disease: results of a survey of patients and doctors using open questions

Y. L. Begrambekova, A. G. Plisyuk, Kh. Y. Ghazi,
E. I. Zimakova, A. G. Armaganov, I. A. Orlova
Medical Scientific and Educational Center of Moscow State
University named after M. V. Lomonosov, Moscow, Russia

Corresponding author:
Yulia L. Begrambekova,
Medical Scientific and Educational
Center of Moscow State University
named after M. V. Lomonosov,
27 build. 10 Lomonosovskiy Avenue,
Moscow, 119234 Russia.
E-mail: Julia.begrambekova@ossn.ru

*Received 2 September 2022;
accepted 7 November 2022.*

Abstract

Relevance. Assessment of the cardiovascular risk factors (RF) knowledge is important for the development of disease preventive programs. It is shown that awareness of the RF does not guarantee readiness for their correction, and there is a potential gap between intention and behavior. Ample evidence suggests that a physician's commitment to a healthier lifestyle and RF control increases patient confidence in his recommendations. Assessment of the subjective attitude to RF for the development of cardiovascular diseases (CVD) and the readiness for their correction not only in patients, but also in doctors is an important task both for the health of the doctors themselves and indirectly for their future and current patients. **Objective.** To assess the subjective attitude to RF for the development of CVD and the readiness for their correction in doctors and patients of one medical organization. **Design and methods.** The study included 58 doctors and 55 patients who were consecutively hospitalized in different departments of the Medical Research and Education Center of Moscow State University named after M. V. Lomonosov. Doctors and patients of the cardiology department were not included in the study. All questions about CVD RF were open. The number of answers was not limited. **Results.** The analysis included 58 questionnaires of doctors and 52 questionnaires of patients. The median age of physicians was 37 [31; 48] years, among them 40% were men. The median age of patients was 61 [49; 71] years, men — 42%. Physicians expectedly showed higher awareness of various RF for CVD. They called an average of $4,9 \pm 2,0$ RF, and patients — $3,9 \pm 1,6$, but the difference was not significant. Physicians were more aware of carbohydrate metabolism disorders, malnutrition, physical inactivity, sleep disturbances, and stress as CVD RF (all $p < 0,001$), with more frequent

patients, than physicians indicated smoking (67,3% and 27,6%, respectively, $p < 0,001$). Female physicians were statistically significantly less likely to report obesity (4,3% and 25,7%, respectively, $p = 0,013$). At the same time, they indicated hypertension more often than men (13,0% and 2,6%, respectively, $p = 0,018$). Physicians named one RF that threatened their own health more ($p < 0,001$). At the same time, physicians were willing to try to change less than half of these factors, while inpatients were determined to change two-thirds of the factors (45,9% and 66,1%, $p = 0,012$). Conclusions. The level of physicians' awareness of CVD RF and readiness for change remains relatively low. To combat the growing burden of CVD in Russia, it is necessary to maximize the potential of not only cardiologists, but also doctors of other specialties, as channels of reliable information about health, develop and implement measures to increase awareness of the circumstances that contribute to the development of CVD, as well as tools for self-management of risks, not only among patients, but also among medical workers.

Key words: risk factor, cardiovascular diseases, doctors, patients, motivation, awareness

For citation: Begrambekova YL, Plisyuk AG, Ghazi KhY, Zimakova EI, Armaganov AG, Orlova IA. Awareness and readiness to combat risk factors for cardiovascular disease: results of a survey of patients and doctors using open questions. Arterial'naya Gipertenziya = Arterial Hypertension. 2022;28(6):641–649. doi:10.18705/1607-419X-2022-28-6-641-649

Введение

Растущее бремя сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) связано с высокой распространенностью таких поведенческих факторов риска (ФР), как курение, отсутствие физической активности, нездоровое питание, избыточный вес и ожирение [1]. Профилактика этих ФР и/или уменьшение их выраженности на популяционном уровне приводит к снижению заболеваемости и смертности от ССЗ [2, 3]. Оценка уровня знаний о ФР ССЗ имеет важное значение для разработки профилактических программ [4–6]. Такие исследования проводились и проводятся в различных группах населения [7–9]. Однако неоднократно было показано, что осведомленность о наличии ФР, к сожалению, не гарантирует готовности к их коррекции, и существует потенциальный разрыв между намерением и поведением, между мотивацией к изменению поведения и реальными действиями [10–12]. В обширном опросе, включившем 7947 респондентов из 22 стран, было показано, что только 56,3% пациентов, знающих о наличии у них ожирения и проблемы переедания, 63,6% курильщиков, 46,4% пациентов с выраженной гиподинамией и 49,5% неумеренно употребляющих алкоголь пациентов выражали желание и устойчивое намерение повлиять на эти негативные факторы [13]. Показано, что способность пациентов поддерживать здоровый образ жизни зависит от когнитивных и эмоциональных факторов, возраста, влияния диагноза или симптомов, социально-экономических факторов, уровня образования и психического здоровья [14]. Это касается не только пациентов, но и медицинских работников. Как и любой человек, врач, фельдшер и медицинская сестра имеют свою собственную «систему координат» в отношении ФР ССЗ, возникшую в результате взаимодействия инфор-

мации, которой они обладают, и индивидуальных психологических особенностей и условий жизни. Кроме того, показано, что высокая занятость, мужской пол и индивидуальная практика ассоциированы у врачей с большей обремененностью такими ФР, как курение, гиподинамия и употребление алкоголя [15, 16]. В статье с говорящим названием «Неблагоприятное влияние работы врачом на здоровье и благополучие: мнения выпускников медицинских вузов Великобритании 1974 и 1977 годов, опрошенных в 2014 году» приводятся данные о том, что врачебная специальность сама по себе может является ФР нездорового поведения и плохого физического и психического состояния [16]. В то же время именно от медицинского работника социумом ожидается более высокая ответственность в отношении не только пациентов, но и собственного здоровья. Многочисленные данные свидетельствуют о том, что приверженность врача более здоровому образу жизни и контролю ФР повышает доверие пациентов к его рекомендациям [17, 18]. Кроме того, врачи, имеющие большее количество ФР, в меньшей степени склонны консультировать пациентов в отношении компонентов образа жизни и побуждать их к активным действиям по коррекции ФР [19]. В связи с вышеизложенным оценка субъективного отношения к ФР развития ССЗ и готовности к их коррекции не только у пациентов, но и у медицинских работников представляется важной задачей как для здоровья самих врачей, так и опосредованно их будущих и настоящих пациентов [20, 21].

Цель исследования — оценка представленности в сознании ФР развития ССЗ и готовность к их коррекции у врачей и пациентов одной медицинской организации.

Материалы и методы

В исследование были включены 58 врачей и 55 пациентов, последовательно госпитализированных в разные отделения МНОЦ МГУ им. М. В. Ломоносова. Врачи и пациенты отделения кардиологии не включались в исследование. Участникам опроса предлагалось ответить на 4 открытых вопроса.

1. Как Вы считаете, какие факторы могут увеличивать риск развития сердечно-сосудистых заболеваний? (*Перечислите, сколько сочтете нужным*);

2. Какие из этих факторов человек может контролировать? (*Перечислите, сколько сочтете нужным*);

3. Какие факторы влияют или могут повлиять неблагоприятно на Ваше здоровье? (*Перечислите, сколько сочтете нужным*);

4. Какие из этих факторов Вы планируете в ближайшее время изменить для сохранения Вашего здоровья? (*Перечислите, сколько сочтете нужным*).

При обработке полученных данных учитывались:

- конкретизированные факторы при ответе на каждый вопрос;

- упоминание каждого ФР ССЗ.

При этом оценивались традиционные ФР ССЗ, которые в произвольной форме могли быть описаны респондентами как:

- артериальная гипертензия (повышение давления);

- нарушения сна;

- повышенный уровень холестерина в крови (жирная пища, холестерин);

- низкая физическая активность (физкультура, спорт, прогулки);

- избыточный вес/ожирение (переедание, избыточный вес, ожирение);

- курение;

- повышенный уровень глюкозы (диабет, углеводы, сладкое, повышение сахара крови);

Помимо этого, учитывалось упоминание дополнительных факторов, относящихся к следующим категориям:

- неправильное питание (кроме жирного и сладкого, но включая алкоголь);

- психологические (стресс, эмоциональное благополучие);

- внешние факторы (социальные, экономические, климатические и тому подобные).

Подсчет не зависел от того, с позитивным или негативным отношением был ассоциирован данный фактор.

Методика оценки результатов анкетирования

Ответы на вопросы оценивались исходя из следующих параметров.

1. Осведомленность врачей и пациентов о ФР оценивалась по общему количеству упоминаемых ФР при ответе на все вопросы анкеты.

2. Оценка врачами и пациентами возможности самостоятельно управлять ФР (потенциальная управляемость ФР) оценивалась как процент факторов, названных при ответе на второй вопрос анкеты, от количества факторов, названных при ответе на первый вопрос.

3. Готовность респондентов к изменениям, как намерение осуществлять действия, направленные на ведение здорового образа жизни с избеганием или коррекцией ФР, оценивалась как процент факторов, названных при ответе на четвертый вопрос анкеты, от количества факторов, названных при ответе на третий вопрос.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета статистических программ SPSS version 11.0 for Windows (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA). Для нормально распределенных параметров приведены среднее (M) и стандартное отклонение (SD), а для ненормально распределенных — медиана (Мед), нижний (Нкв) и верхний (Вкв) квартили. Проверка распределений на нормальность проверялась по критерию χ^2 Пирсона. При сравнении двух групп различия оценивались с помощью критерия χ^2 Пирсона. Статистическая значимость выявлялась на уровне $p < 0,05$.

Этические аспекты проведения исследования. Исследование проводилось в соответствии с правилами ICH GCP (Качественная клиническая практика Международной конференции о гармонизации), этическими принципами, изложенными в директиве Европейского Союза 2001/20/ЕС, и требованиями национального Российского законодательства. Протокол исследования и форма добровольного информированного согласия пациента были одобрены локальным этическим комитетом МНОЦ МГУ им. М. В. Ломоносова до начала проведения исследования.

Результаты

Из 58 анкет врачей все были действительны, а из 55 анкет пациентов только 52 содержали ответы на все вопросы и вошли в анализ.

Медиана возраста врачей — 37 [31; 48] лет, среди них было 39,7% мужчин. Медиана возраста пациентов составила 61 [49; 71] лет, мужчин — 42,3%.

Врачи ожидаемо демонстрировали более высокую осведомленность о различных ФР ССЗ. Они называли в среднем $4,9 \pm 2,0$ ФР, а пациенты — $3,9 \pm 1,6$, однако разница не достигла критериев значимости. Из таблицы 1 видно, что врачи были более осведомлены о нарушениях углеводного обмена,

СРАВНЕНИЕ ПРЕДСТАВЛЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ

Фактор риска	Пациенты (n = 52)	Врачи (n = 58)	P
Курение	35 (67%)	16 (28%)	< 0,001
Повышенный уровень глюкозы	0 (0%)	8 (14%)	0,002
Артериальная гипертензия	3 (6%)	3 (5%)	0,987
Холестерин	0 (0%)	1 (2%)	0,692
Неправильное питание	27 (53%)	52 (90%)	< 0,001
Ожирение	8 (15%)	10 (17%)	0,801
Физическая активность	24 (46%)	52 (90%)	< 0,001
Сон	5 (11%)	38 (66%)	< 0,001
Стресс	28 (55%)	34 (59%)	0,472
Внешние факторы	17 (33%)	13 (22%)	0,244

неправильном питании, гиподинамии, нарушения сна и стрессе как о ФР ССЗ (все $p < 0,001$), при этом пациенты чаще, чем врачи, указали курение (67% и 28% соответственно, $p < 0,001$).

Из 52 опрошенных пациентов 18 респондентов курили на момент опроса, и тем не менее 11% (2 пациента) из них не упоминали о курении как о ФР развития ССЗ. Из 34 некурящих на момент опроса 59% (20 пациентов) указали курение как ФР ССЗ. Показательно, что только 1 врач упомянул повышенный уровень холестерина в качестве ФР. Пациентами повышенный уровень холестерина вообще не упоминался, так же, как и повышенный уровень глюкозы крови, несмотря на тот факт, что 19% (10 пациентов) страдали сахарным диабетом.

Среди опрошенных пациентов 48% (25 пациентов) имели артериальную гипертензию. Опрос показал, что лишь 8% лиц в данной группе указали повышенное артериальное давление как ФР ССЗ. В общей выборке пациентов средний индекс массы тела пациентов составил 27,8 кг/м². 35% имели ожирение и у 29% пациентов индекс массы тела находился в диапазоне от 25 до 29 кг/м² (избыточная масса тела). 85% опрошенных, страдающих ожирением или избыточной массой тела, были мужчинами. При этом только чуть более половины (56%) респондентов в группе лиц, страдающих ожирением, и 47% респондентов в группе лиц с избыточной массой тела называли неправильное питание в качестве ФР. И менее 30% обеих групп указали ожирение как ФР ССЗ (рис.).

Мы провели сравнение осведомленности врачей о различных ФР в зависимости от пола. Врачи женского пола статистически значимо реже указывали ожирение (4% и 26%) соответственно, $p = 0,013$. В то же время они чаще, чем мужчины, указывали

артериальную гипертензию (13% и 3% соответственно, $p = 0,018$) (табл. 2).

Значимых отличий в названных ФР в разных возрастных группах не было как у врачей, так и у пациентов. Пациенты мужского пола не указывали артериальную гипертензию в качестве ФР. В остальном статистически значимых отличий в названных ФР у пациентов разного пола не было.

Никто из респондентов не называл отягощенную наследственность и возраст в качестве ФР.

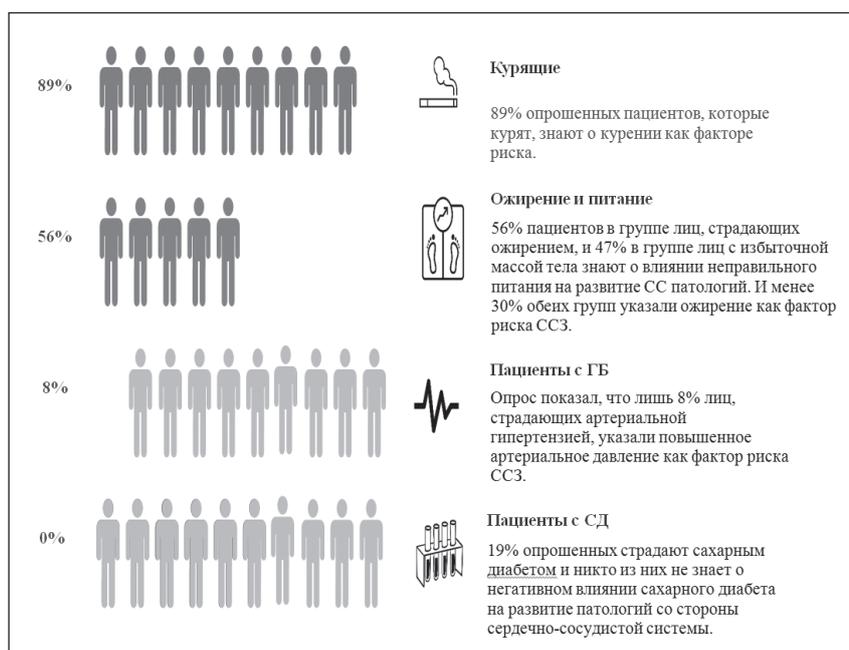
Оценка убежденности относительно потенциальной управляемости различными ФР ССЗ и готовности к борьбе с ними. И врачи, и пациенты оценивали потенциальную возможность к управлению различными ФР примерно на одном уровне. 72% пациентов и 69% врачей считали, что человек может самостоятельно контролировать ФР ($p = 0,615$).

Врачи в среднем называли на один ФР, угрожающий их собственному здоровью, больше ($p < 0,001$). В то же время врачи были готовы попытаться изменить менее половины из этих факторов, в то время как пациенты, находящиеся на стационарном лечении, были настроены изменить две трети факторов (табл. 3).

Обсуждение

В представленном исследовании изучались взаимосвязи осведомленности, оценки управляемости и готовности к изменениям ФР ССЗ у врачей и их пациентов в отделениях некардиологического профиля. Отличительной особенностью нашей работы явилось использование так называемых «открытых» вопросов, которые редко применяются в подобных исследованиях ввиду сложности обработки. Однако применение этого метода, по некоторым данным, позволяет получить более объективную картину

Рисунок. Осознание вреда для здоровья имеющих у пациентов факторов риска



Примечание: ФР — фактор риска; ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания; ГБ — гипертоническая болезнь; СД — сахарный диабет.

Таблица 2

**СРАВНЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ О ФАКТОРАХ РИСКА
В ГРУППЕ ВРАЧЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА**

Фактор риска	Врачи мужского пола (n = 23)	Врачи женского пола (n = 35)	P
Курение	8 (35%)	8 (23%)	0,350
Сахарный диабет	3 (13%)	4 (11%)	0,729
Артериальная гипертензия	3 (13%)	1 (3%)	0,018
Сердечно-сосудистые заболевания	1 (4%)	5 (14%)	0,048
Холестерин	1 (4%)	0 (0%)	0,402
Питание	21 (91%)	32 (91%)	0,695
Ожирение	1 (4%)	9 (26%)	0,013
Низкая физическая активность	18 (78%)	32 (91%)	0,078
Сон	14 (61%)	24 (69%)	0,407
Стресс	13 (57%)	22 (63%)	0,503

Таблица 3

**ГОТОВНОСТЬ К ИЗМЕНЕНИЯМ ОБРАЗА ЖИЗНИ.
СРАВНЕНИЕ ДАННЫХ ОПРОСА ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ**

Показатель	Пациенты (n = 52)	Врачи (n = 58)	P
Количество ответов на 3-й вопрос, M ± SD	2,1 ± 1,4	3,2 ± 1,8	< 0,001
Количество ответов на 4-й вопрос, M ± SD	1,4 ± 1,3	1,5 ± 1,7	0,760
Готовность к изменениям,%, M ± SD	66,1 ± 1,0	45,9 ± 0,9	0,012

представлений об изучаемых параметрах и отношении к ним [22, 23].

В нашем исследовании врачи ожидаемо демонстрировали более высокий уровень осведомленности о ФР ССЗ. В то же время разница в количестве называемых ФР была ниже, чем мы предполагали увидеть ($4,9 \pm 2,0$ и $3,9 \pm 1,6$, соответственно). Врачи чаще (более 50% опрошенных) называли нерациональное питание, низкую физическую активность и нарушения сна, а пациенты — курение, стресс и нерациональное питание. По нашему мнению, использование открытых вопросов позволило выявить субъективно более важные для наших респондентов ФР, что подтверждается данными проведенного ранее исследования «Отражение», в котором было опрошено 623 врача (средний возраст 40 лет, 85,5% женщин). В этом исследовании мы выявили высокую обремененность такими же поведенческими ФР, которые чаще всего упоминались в представляемом исследовании. Это низкая физическая активность и избыточный вес/ожирение, которые встречались у более чем 90% опрошенных врачей. В другом российском исследовании, опубликованном в 2019 году, также наиболее распространенными ФР были нерациональное питание — 67,6%, гиподинамия — 45,7%, избыток массы тела — 34,7% [24]. В нашем исследовании у пациентов абсолютным лидером среди представленных в сознании ФР являлось курение, что можно связать с дополнительным влиянием средств массовой информации. Таким образом, более высокая медицинская грамотность врачей ожидаемо выразилась в более высокой представленности ФР как при ответе на первый вопрос («Как Вы считаете, какие факторы образа жизни человека могут увеличивать риск развития сердечно-сосудистых заболеваний?»), так и при ответе на 3-й вопрос («Какие факторы влияют или могут повлиять неблагоприятно на Ваше здоровье?»).

Субъективная оценка важности ФР возникает у человека в результате комплекса внешних и внутренних факторов. К внешним факторам относятся: культура (традиции), популяризация и профессиональная трансляция научных данных, «агитации» и поведенческого примера лидеров мнения. К внутренним относятся индивидуально-психологические характеристики (характер, особенности личности); обстоятельства жизни, в том числе не только обеспечивающих протекцию здорового образа жизни, но и экстремально фокусирующих внимание на факторах, прямо или опосредованно угрожающих жизни и трудоспособности. Пациенты в нашем исследовании были старше, чем врачи, они находились в стационаре, что, несомненно, повышало степень их

обеспокоенности состоянием собственного здоровья и приводило к более высокой мотивации в отношении изменений образа жизни. Аналогичные данные были получены в исследовании Siewert–Markus и соавторов, в котором около 66% пациентов при выписке планировали изменить образ жизни для борьбы с имеющимися у них ФР ССЗ [25]. В то же время сравнение поведения врачей и пациентов в отношении уверенности в потенциальной возможности модификации ФР и готовности к их коррекции еще раз проиллюстрировало хорошо доказанный факт отсутствия устойчивой связи между знанием и действием [13, 26]. У опрошенных нами врачей наблюдалась тревожная тенденция к низкой оценке потенциальной возможности влияния на ФР (69% против 72% у пациентов), и еще меньшая готовность к активным действиям (46% у врачей против 66% у пациентов). Наши данные подчеркивают необходимость создания профессиональной среды, стимулирующей врачей ответственно относиться к собственному здоровью. Эта задача приобретает особое значение с учетом важности «здоровых привычек» не только для личного благополучия врача, но и в качестве фактора, во многом определяющего его профессиональное поведение в отношении профилактики ФР у пациентов. Врачи чаще рекомендовали пациентам увеличение физической активности, если они сами регулярно занимались спортом (отношение шансов (ОШ) 3,19; 95% доверительный интервал (ДИ): 1,96–5,18), а независимыми предикторами недостаточного консультирования в области повышения физической активности были неуверенность медицинского работника в отношении важности физической активности для сохранения здоровья (ОШ 4,86; 95% ДИ: 1,70–13,91), а также частота пульса в покое, которая объективно отражает общий уровень тренированности индивида (ОШ 3,45; 95% ДИ: 1,46–8,18) [19, 27, 28]. В уже упоминавшемся исследовании «Отражение», в котором изучалась обремененность врачей поведенческими ФР, было показано, что врачи, имеющие большее количество и выраженность поведенческих ФР, менее активно выявляют и влияют на эти факторы у своих пациентов [19].

Ограничения исследования

К ограничениям исследования можно отнести то, что исследование проводилось в одном центре и, как следствие, включало относительно небольшое количество опрошенных. Мы также не определяли распространенность артериальной гипертензии, ожирения и избыточного веса у врачей, и не могли сравнить реальную распространенность этих ФР с представленностью их в сознании.

Заключение

Как показали наше и другие исследования, врачи больше знают о ССЗ ФР, но все же уровень их осведомленности и готовности к изменениям остается относительно невысоким. Для борьбы с растущим бременем ССЗ в России критически важно совершенствовать технологии «здоровьесбережения». Необходимо максимально использовать потенциал не только кардиологов, но и врачей других специальностей, как каналов достоверной информации о здоровье. Учитывая важность роли врача в формировании здорового образа жизни, нужно разрабатывать и внедрять меры по повышению осведомленности об обстоятельствах, способствующих развитию ССЗ, а также инструментах самостоятельного управления рисками, в первую очередь — среди медицинских работников.

Финансирование / Financing

Работа выполнена в рамках государственного задания МНОЦ МГУ имени М. В. Ломоносова на 2022 год. / The work was carried out within the framework of the state task of the Medical Scientific and Educational Center of Moscow State University named after M. V. Lomonosov for 2022.

Конфликт интересов / Conflict of interest

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов. / The authors declare no conflict of interest.

Список литературы / References

- Peters R, Ee N, Peters J, Beckett N, Booth A, Rockwood K et al. Common risk factors for major noncommunicable disease, a systematic overview of reviews and commentary: the implied potential for targeted risk reduction. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*. 2019;10:204062231988039. doi:10.1177/2040622319880392
- Ambrosetti M, Abreu A, Corrà U, Davos CH, Hansen D, Frederix I et al. Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: from knowledge to implementation. 2020 update. A position paper from the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology. *Eur J Prev Cardiol*. 2021;28(5):460–495. doi:10.1177/2047487320913379
- Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Böck M et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2021;42(34):3227–337. doi:10.1093/eurheartj/ehab484
- Begrambekova YuL, Efremushkina AYU, Kozhedub YaA, Smirnova EA, Terekhovskaya YuV, Adonina EV et al. Physical training in patients with chronic heart failure: level of involvement, as well as psychosocial, anamnestic and iatrogenic factors that determine the motivation to practice. *Kardiologiia = Cardiology*. 2020;60(4):18–23 [Беграмбекова Ю. Л., Ефремушкина А. Ю., Кожедуб Я. А., Смирнова Е. А., Тереховская Ю. В., Адонина Е. В. и др. Физические тренировки у пациентов с хронической сердечной недостаточностью: уровень вовлеченности, а также психосоциальные, анамнестические и ятрогенные факторы, определяющие мотивацию к занятиям. *Кардиология*. 2020;60(4):18–23. In Russian]. doi:10.18087/cardio.2020.4.n738
- Li Y, Lu Y, Hurwitz EL, Wu Y. Gender disparities of heart disease and the association with smoking and drinking behavior among middle-aged and older adults, a cross-sectional study of data from the US health and retirement study and the China health and retirement longitudinal study. *Int J Environ Res Publ Health*. 2022;19(4):2188. doi:10.3390/ijerph19042188
- Dennison RA, Feldman AL, Usher-Smith JA, Griffin SJ. The association between psychosocial factors and change in lifestyle behaviour following lifestyle advice and information about cardiovascular disease risk. *BMC Public Health*. 2018;18(1):731. doi:10.1186/s12889-018-5655-7
- Bartlo P, Irion G, Voorhees J. Assessment of the knowledge level regarding cardiovascular disease risk factors: comparison across age groups. *J Community Health*. 2020;45(5):1030–1037. doi:10.15761/PMRR.1000211
- Homko CJ, Santamore WP, Zamora L, Shirk G, Gaughan J, Cross R et al. Cardiovascular disease knowledge and risk perception among underserved individuals at increased risk of cardiovascular disease. *J Cardiovasc Nurs*. 2008;23(4):332–337. doi:10.1097/01.JCN.0000317432.44586.aa
- Alwan H, William J, Viswanathan B, Paccaud F, Bovet P. Perception of cardiovascular risk and comparison with actual cardiovascular risk. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2009;16(5):556–561. doi:10.1097/HJR.0b013e32832d194d
- Bairey Merz CN, Andersen H, Sprague E, Burns A, Keida M, Walsh MN et al. Knowledge, attitudes, and beliefs regarding cardiovascular disease in women. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70(2):123–132. doi:10.1016/j.jacc.2017.05.024
- Kitakata H, Kohno T, Kohsaka S, Fujino J, Nakano N, Fukuoka R et al. Patient confidence regarding secondary lifestyle modification and knowledge of ‘heart attack’ symptoms following percutaneous revascularisation in Japan: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2018;8(3):e019119. doi:10.1136/bmjopen-2017-019119
- Celentano A, Palmieri V, Panico S, Russo C, Arezzi E, Pezzullo S et al. Individuals’ cardiovascular risk profile projected by family doctors and individuals’ knowledge of cardiovascular risk factors: a challenge for primary prevention. The cardiovascular risk prevention project “Help Your Heart Stay Young”. *Int Heart J: Offic J It Fed Cardiol*. 2005;6(7):557–564. PMID: 16274017
- Bulc M, Švab I, Godycki-Cwirko M. Factors that affect readiness to change lifestyle: a 22-country survey from primary care. *Eur J General Pract*. 2015;21(1):33–38. doi:10.3109/13814788.2014.912269
- Ochieng BM. Factors affecting choice of a healthy lifestyle: implications for nurses. *Br J Community Nurs*. 2006;11(2):78–81. doi:10.12968/bjcn.2006.11.2.20445
- Mahler L, Sebo P, Favrod-Coune T, Moussa A, Cohidon C, Broers B. The prevalence of five lifestyle risk factors in primary care physicians: a cross-sectional study in Switzerland. *Prev Med Rep*. 2022;26:101740. doi:10.1016/j.pmedr.2022.101740
- Smith F, Goldacre MJ, Lambert TW. Adverse effects on health and wellbeing of working as a doctor: views of the UK medical graduates of 1974 and 1977 surveyed in 2014. *J R Soc Med*. 2017;110(5):198–207. doi:10.1177/0141076817697489
- Schwartz JS, Lewis CE, Clancy C, Kinosian MS, Radany MN, Koplan JP. Internists’ practices in health promotion and disease prevention: a survey. *Ann Intern Med*. 1991;114(1):46–53. doi:10.7326/0003-4819-114-1-46
- Gilpin EA, Pierce JP, Johnson M, Bal D. Physician advice to quit smoking: results from the 1990 California tobacco survey. *J General Intern Med*. 1993;8(10):549–553. doi:10.1007/BF02599637
- Drapkina OM, Begrambekova YuL, Orlov DO, Shepel RN, Samojlov TV. Determination of factors influencing the desire and possibilities of prevention of inactivity and other behavioral risk

factors by primary care physicians (REFLECTION). The results of a one-time survey. *Kardiologiya = Cardiology*. 2022;62(5):9–17. doi:10.18087/cardio.2022.5.n2022

20. Bleich SN, Bennett WL, Gudzone KA, Cooper LA. Impact of physician BMI on obesity care and beliefs. *Obesity*. 2012;20(5):999–1005. doi:10.1038/oby.2011.402

21. Puhl RM, Gold JA, Luedicke J, DePierre JA. The effect of physicians' body weight on patient attitudes: implications for physician selection, trust and adherence to medical advice. *Inter J Obesity*. 2013;37(11):1415–1421. doi:10.1038/ijo.2013.33

22. Marcinowicz L, Chlabicz S, Grębowski R. Open-ended questions in surveys of patients' satisfaction with family doctors. *J Health Serv Res Policy*. 2007;12(2):86–89. doi:10.1258/135581907780279639

23. Takemura Y, Sakurai Y, Yokoya S, Otaki J, Matsuoka T, Ban N et al. Open-ended questions: are they really beneficial for gathering medical information from patients? *Tohoku J Exp Med*. 2005;206(2):151–154. doi:10.1620/tjem.206.151

24. Kobyakova OS, Deev IA, Kulikov ES, Almikeeva AA, Pimenov ID, Starovoytova EA et al. The rate of risk factors for chronic non-communicable diseases among mid-level medical staff in the Russian Federation in case of the Tomsk Region. *Russ J Prev Med Public Health*. 2019;22(3):31–36 [Кобякова О. С., Деев И. А., Куликов Е. С., Альмикеева А. А., Пименов И. Д., Старовойтова Е. А. и др. Частота факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у среднего медицинского персонала в Российской Федерации на модели Томской области. Профилактическая медицина. 2019;22(3):31–6. In Russian]. doi:10.17116/profmed20192203131

25. Siewert-Markus U, Ulbricht S, Gaertner B, Zyriax B-C, Dörr M, Tobschall S et al. Behavioral health risk factors and motivation to change among cardiovascular general hospital patients aged 50 to 79 years. *Nutrients*. 2022;14(9):1963. doi:10.3390/nu14091963

26. Komajda M, Carson PE, Hetzel S, McKelvie R, McMurray J, Ptaszynska A et al. Factors associated with outcome in heart failure with preserved ejection fraction: findings from the irbesartan in heart failure with preserved ejection fraction study (I-PRESERVE). *Circulation: Heart Failure*. 2011;4(1):27–35. doi:10.1161/CIRCHEARTFAILURE.109.932996

27. Sherman SE, Hershman WY. Exercise counseling: how do general internists do? *J General Internal Med*. 1993;8(5):243–248. doi:10.1007/BF02600089

28. McKenna J, Naylor PJ, McDowell N. Barriers to physical activity promotion by general practitioners and practice nurses. *Br J Sports Med*. 1998;32(3):242–247. doi:10.1136/bjism.32.3.242

Информация об авторах

Беграмбекова Юлия Леоновна — кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела возраст-ассоциированных заболеваний МНОЦ МГУ им. М. В. Ломоносова, ORCID: 0000–0001–7992–6081, e-mail: Julia.begrambekova@ossn.ru;

Плисюк Алина Геннадьевна — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела возраст-ассоциированных заболеваний МНОЦ МГУ им. М. В. Ломоносова, e-mail: apl.cardio@yandex.ru;

Гази Халед Йосср — ординатор МНОЦ МГУ им. М. В. Ломоносова, e-mail: Yossr98@gmail.com;

Зимакова Екатерина Игоревна — аспирант факультета фундаментальной медицины МНОЦ МГУ им. М. В. Ломоносова, e-mail: zimakova@rector.msu.ru;

Армаганов Арташес Георгиевич — ведущий инженер научно-исследовательской лаборатории компьютерных технологий в медицине МНОЦ МГУ им. М. В. Ломоносова, e-mail: armaganov@list.ru;

Орлова Яна Артуровна — доктор медицинских наук, заведующий отделом возраст-ассоциированных заболеваний МНОЦ МГУ им. М. В. Ломоносова, ORCID: 0000–0002–8160–5612, e-mail: YAOrlova@mc.msu.ru.

Author information

Yulia L. Begrambekova, PHD, Leading Researcher of the Department of Age-Associated Diseases, Moscow Scientific and Educational Center named after M. V. Lomonosov, ORCID: 0000–0001–7992–6081, e-mail: Julia.begrambekova@ossn.ru;

Alina G. Plisyuk, PhD Senior Researcher, Department of Age-Associated Diseases, Moscow Scientific and Educational Center named after M. V. Lomonosov, e-mail: apl.cardio@yandex.ru;

Ghazi Khaled Yossr, Resident, International Scientific and Educational Center, Moscow State University named after M. V. Lomonosov, e-mail: Yossr98@gmail.com;

Ekaterina I. Zimakova, Postgraduate student of the Faculty of Fundamental Medicine, Moscow State University named after M. V. Lomonosov, e-mail: zimakova@rector.msu.ru;

Artashes G. Armaganov, Leading Engineer of the Research Laboratory of Computer Technologies in Medicine, Moscow Research and Educational Center Moscow State University named after M. V. Lomonosov, e-mail: armaganov@list.ru;

Iana A. Orlova, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Age-Associated Diseases, Moscow Research and Educational Center named after M. V. Lomonosov, ORCID: 0000–0002–8160–5612, e-mail: YAOrlova@mc.msu.ru.