

## Профилактический континуум: оценка профилактических аспектов сердечно-сосудистых заболеваний по данным медико-социологического опроса врачей

Драпкина О. М., Шепель Р. Н., Дроздова Л. Ю., Орлов Д. О.

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

**Цель.** Оценить информированность и вовлеченность специалистов здравоохранения РФ в основные аспекты профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

**Материал и методы.** С целью оценки вовлеченности и информированности в марте 2021 г. был проведен онлайн-опрос специалистов здравоохранения РФ, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Опрос проведен согласно разработанному опроснику, который включает основные вопросы, направленные на раннее выявление пациентов с основными модифицируемыми факторами риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний.

**Результаты.** 91,8% (n=458) опрошенных врачей-специалистов при впервые выявленных гиперхолестеринемии и повышенном артериальном давлении во время диспансеризации фиксируют результаты в анкете и сразу консультируют пациента по этим вопросам. Аналогичные ответы врачей при обращении пациентов с ранее назначенной антигипертензивной и/или липид-снижающей терапией во время визита — 93% (n=464). 46,5% (n=232) ответили, что при диспансеризации у 10-30% пациентов обнаруживалась впервые выявленная артериальная гипертензия и/или уровень общего холестерина был >5 ммоль/л. 28,9% (n=144) опрошенных назвали цифру от 30 до 50% пациентов с впервые выявленной артериальной гипертензией и/или уровнем общего холестерина >5 ммоль/л. 41,9% (n=209) врачей-специалистов уделяют пациенту от 1 до 5 мин, разъясняя вопросы по коррекции образа жизни, диеты и физиче-

ской активности. У 35,1% (n=175) опрошенных на это уходит от 5 до 10 мин. 22% (n=110) тратят >10 мин и ~5 опрошенных для этой цели направляют пациентов к другому специалисту.

**Заключение.** Проведенный опрос продемонстрировал высокую осведомленность врачей-специалистов в необходимости контролировать факторы риска и прикладывать усилия к их модификации. Однако ~40% опрошенных уделяют недостаточно времени на разъяснение пациентам вопросов, связанных с модификацией образа жизни, диеты и физической активности.

**Ключевые слова:** диспансеризация, профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, факторы риска, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия.

**Отношения и деятельность:** нет.

Поступила 14/10-2021

Рецензия получена 18/10-2021

Принята к публикации 01/11-2021



**Для цитирования:** Драпкина О. М., Шепель Р. Н., Дроздова Л. Ю., Орлов Д. О. Профилактический континуум: оценка профилактических аспектов сердечно-сосудистых заболеваний по данным медико-социологического опроса врачей. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2021;20(8):3090. doi:10.15829/1728-8800-2021-3090

### Prevention continuum: an assessment of cardiovascular disease prevention based on the data from a survey of doctors

Drapkina O. M., Shepel R. N., Drozdova L. Yu., Orlov D. O.  
National Research Center for Therapy and Preventive Medicine. Moscow, Russia

**Aim.** To assess the awareness and engagement of health professionals in Russia in the main aspects of cardiovascular disease prevention.

**Material and methods.** In order to assess engagement and awareness, an online survey of Russian primary health care providers was conducted in March 2021. The survey was conducted using original questionnaire, which includes the main questions aimed at early identification of patients with modifiable cardiovascular risk factors.

**Results.** In case of newly diagnosed hypercholesterolemia and elevated blood pressure during screening, 91,8% (n=458) of the surveyed medical specialists record the results and immediately

consult the patient on these issues. Similar responses was obtained by 93% (n=464) of doctors for patients with previously prescribed antihypertensive and/or lipid-lowering therapy. In addition, 46,5% (n=232) responded that during screening, 10-30% of patients had newly diagnosed hypertension and/or total cholesterol >5 mmol/L. A total of 28,9% (n=144) of respondents noted that 30-50% of patients with newly diagnosed hypertension and/or total cholesterol >5 mmol/L are detected at screening. It is noteworthy that 41,9% (n=209) of physicians devote 1 to 5 minutes to a patient, describing the changes in lifestyle, diet and physical activity. For 35,1% (n=175) of

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: DOrlov@gnicpm.ru

Тел.: +7 (916) 539-72-29

[Драпкина О. М. — д.м.н., профессор, член-корр. РАН, директор, ORCID: 0000-0002-4453-8430, Шепель Р. Н. — заместитель директора по перспективному развитию медицинской деятельности, ORCID: 0000-0002-8984-9056, Дроздова Л. Ю. — к.м.н., руководитель лаборатории поликлинической терапии, ORCID: 0000-0002-4529-3308, Орлов Д. О.\* — врач-терапевт Центра телемедицины, отдел организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи, ORCID: 0000-0002-0994-8880].

the respondents, this takes from 5 to 10 minutes, 22% (n=110) — >10 minutes, while ~5 respondents refer patients to another specialist for this purpose.

**Conclusion.** The survey showed a high awareness of medical specialists in the need to monitor and modify risk factors. However, ~40% of surveyed doctors do not devote enough time to explaining issues of modifying lifestyle, diet and physical activity.

**Keywords:** medical screening, prevention of cardiovascular diseases, risk factors, hypertension, hypercholesterolemia.

**Relationships and Activities:** none.

Drapkina O. M. ORCID: 0000-0002-4453-8430, Shepel R. N. ORCID: 0000-0002-8984-9056, Drozdova L. Yu. ORCID: 0000-0002-4529-3308, Orlov D. O.\* ORCID: 0000-0002-0994-8880.

\*Corresponding author:  
DOrlov@gnicpm.ru

**Received:** 14/10-2021

**Revision Received:** 18/10-2021

**Accepted:** 01/11-2021

**For citation:** Drapkina O. M., Shepel R. N., Drozdova L. Yu., Orlov D. O. Prevention continuum: an assessment of cardiovascular disease prevention based on the data from a survey of doctors. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2021;20(8):3090. (In Russ.) doi:10.15829/1728-8800-2021-3090

АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, ДН — диспансерное наблюдение, ДОГВН — диспансеризация отдельных групп взрослого населения, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИВЛ — искусственная вентиляция легких, МКБ-10 — Международная классификация болезней 10 пересмотра, ОХС — общий холестерин, ПМО — профилактические медицинские осмотры, ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ФР — факторы риска, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, COVID-19 — новая коронавирусная инфекция, SCORE — Systematic Coronary Risk Evaluation.

## Введение

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) продолжают лидировать и занимать ведущую позицию в структуре смертности и заболеваемости населения в мире. Согласно данным Росстата, заболеваемость болезнями системы кровообращения в РФ с 2000 по 2019гг увеличилась с 2483/100 тыс. человек до 5136/100 тыс. человек на фоне снижения смертности от ССЗ с 862,5/100 тыс. населения в 2006г до 573,7/100 тыс. населения к 2019г [1].

Основным залогом успеха в снижении заболеваемости и смертности от ССЗ является первичная и вторичная профилактика наиболее социально-значимых заболеваний сердечно-сосудистой системы — артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности, фибрилляции предсердий, цереброваскулярной болезни. В рамках организации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) к основным профилактическим мероприятиям предотвращения развития ССЗ относятся диспансеризация отдельных групп взрослого населения (ДОГВН) и профилактические медицинские осмотры (ПМО). К основным мероприятиям вторичной профилактики относится диспансерное наблюдение (ДН) пациентов с уже имеющимися ССЗ.

Пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19, COronaVirus Disease 2019) значительно затруднила организацию оказания амбулаторной помощи населению с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ). Согласно опросу, проведенному Всемирной организацией здравоохранения в мае 2020г, стало известно, что ~75% стран имеют трудности в организации оказания помощи пациентам с ХНИЗ [2]. Введенные вынужденные меры по перепрофилированию медицинских организаций и перераспределению

медицинских ресурсов, связанные с резким подъемом заболеваемости и госпитализацией пациентов с COVID-19 в 2020г, привели к снижению доступности, охвата, качества и эффективности ДН пациентов с ССЗ.

Возобновление режима проведения ДН пациентов с ХНИЗ в полной мере не улучшило обстановку в связи с психологическим аспектом — наличием страха у пациентов заразиться COVID-19 при посещении медицинских организаций и пока еще недостаточным охватом вакцинацией населения с целью формирования коллективного иммунитета.

Известно, что пациенты с ССЗ подвергаются большему риску развития COVID-19, особенно в среднетяжелой и тяжелой формах. Согласно неоднократно проведенным обзорам и метанализам, ~40% инфицированных COVID-19 имеют сопутствующие ССЗ. Пациенты с ранее существовавшей АГ, сахарным диабетом и ИБС, с большей вероятностью могут быть госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии с последующим тяжелым и крайне тяжелым течением заболевания с необходимостью искусственной поддержки респираторной функции, в т.ч. искусственной вентиляции легких [3]. Риск развития летального исхода у пациентов с COVID-19 и ССЗ увеличивается в 5-10 раз [4].

Согласно ретроспективному обзору Ayoubkhani D, et al., 14060 из 47780 пациентов с постковидным синдромом, выписанных после пролеченной COVID-19 в стационаре (средний возраст составил 65 лет), имели более высокий риск повторных госпитализаций, в т.ч. с обострениями ССЗ и сахарного диабета, в сравнении с контрольной группой пациентов общей популяции со схожими клиническими данными [5]. В связи с этим пациенты с уже имеющимися ССЗ, перенесшие COVID-19, на наш

взгляд, должны быть под пристальным вниманием врачей-специалистов ПМСП с целью вторичной профилактики развития инвалидизирующих и, в т.ч. фатальных, сердечно-сосудистых осложнений.

Львиная доля мероприятий, направленных на профилактику развития ССЗ и их осложнений выполняется врачами-терапевтами терапевтических участков.

Раннее выявление и начало лечения, дальнейшее наблюдение пациентов с ССЗ относится к главным задачам ПМО, ДОГВН и ДН данной группы пациентов. Неоспоримым фактом успешности выполнения этих задач является знание клинических рекомендаций и следование им и Порядку проведения ДН за взрослыми. Особенно важно соблюдение полноты и качества ДН пациентов с ССЗ на терапевтическом участке, что, в свою очередь, требует контроля за соблюдением критериев качества оказания медицинской амбулаторной помощи таким пациентам [6-8]. К основным нормативным правовым актам, регламентирующим правила оказания медицинской помощи пациентам с ССЗ на этапе ПМСП, относятся: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27.04.2021г № 404н “Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения”, Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 марта 2019г № 173н “Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми” и Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ по нозологиям из перечня вышеупомянутого приказа № 173н [9, 10].

Согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 29 марта 2019г № 173н, перечень заболеваний или состояний (групп заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается ДН за взрослым населением врачом-терапевтом, включает в себя следующие сердечно-сосудистые нозологии:

— стабильная ИБС (за исключением заболеваний или состояний, по поводу которых осуществляется ДН врачом-кардиологом: стенокардия III-IV функционального класса в трудоспособном возрасте; перенесенный инфаркт миокарда и его осложнения в течение 12 мес. после оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций);

— АГ 1-3 ст. (за исключением резистентной АГ);  
— хроническая сердечная недостаточность I-III функционального класса по NYHA (New York Heart Association), но не выше стадии 2а;

— фибрилляция и (или) трепетание предсердий;  
— предсердная и желудочковая экстрасистолия, наджелудочковые и желудочковые тахикардии на фоне эффективной профилактической антиаритмической терапии в период после оказа-

ния высокотехнологичных методов лечения, включая кардиохирургические вмешательства в течение 12 мес. после оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций;

— стеноз внутренней сонной артерии от 40 до 70%;

— последствия перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения;

— гиперхолестеринемия (при уровне общего холестерина (ОХС)  $>8,0$  ммоль/л) [10].

В соответствии с валидированной шкалой оценки 10-летнего риска развития смерти от сердечно-сосудистых осложнений SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) к основным факторам риска (ФР) развития ССЗ и их осложнений относятся: мужской пол, возраст, повышенное систолическое артериальное давление (АД), факт курения и повышенный уровень ОХС. Коррекция модифицируемых ФР снижает риск развития внезапной смерти от ССЗ на 80% [11]. Согласно исследованию ЭССЕ-РФ-2 (Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации — 2 этап) частота развития АГ составляет 44,2%, а  $>50\%$  российского населения имеет уровень ОХС  $>5,0$  ммоль/л, что указывает на недостаточное внимание и коррекцию этих ФР, в т.ч. у пациентов с ССЗ [12].

Учитывая смену вектора направления оказания помощи населению с акцентом на COVID-19, нельзя забывать о ведущих причинах смерти населения, а именно — болезнях системы кровообращения. Предполагаем достаточную информированность, но недостаточную вовлеченность специалистов здравоохранения, участвующих в проведении ПМО, ДОГВН и ДН взрослого населения во время эпидемии COVID-19. В связи с этим в 2021г Федеральным государственным бюджетным учреждением “Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины” Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ “НМИЦ ТПМ” Минздрава России) было запланировано и проведено медико-социологическое исследование в виде онлайн-опроса врачей-специалистов здравоохранения РФ.

Цель исследования — оценить информированность и вовлеченность специалистов здравоохранения РФ, участвующих в проведении ПМО, ДОГВН и ДН взрослого населения, в основные аспекты профилактики ССЗ в соответствии с клиническими рекомендациями и на основании соблюдения положений Порядков проведения вышеперечисленных мероприятий.

## Материал и методы

С целью оценки вовлеченности и информированности специалистов здравоохранения РФ в марте 2021г было проведено медико-социологическое исследование

## Опросник оценки информированности и вовлеченности специалистов здравоохранения РФ в некоторые важные аспекты профилактики ССЗ

Вопрос	Варианты ответа (если предполагаются)
1. Ваша специальность	<input type="checkbox"/> Терапевт <input type="checkbox"/> Кардиолог <input type="checkbox"/> Эндокринолог <input type="checkbox"/> Другое
2. При выявлении впервые повышенного АД и/или уровня ОХС >5,0 ммоль/л во время визита по диспансеризации Вы:	<input type="checkbox"/> Фиксируете в анкете повышение АД и/или ОХС >5,0 ммоль/л; <input type="checkbox"/> Фиксируете в анкете повышение АД и/или ОХС >5,0 ммоль/л и рекомендуете проконсультироваться у другого кардиолога или терапевта стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение); <input type="checkbox"/> Фиксируете в анкете повышение АД и/или ОХС >5,0 ммоль/л и сразу консультируете по этим вопросам; <input type="checkbox"/> Другое (указать)
3. Если у пациента с ранее назначенной антигипертензивной и/или липид-снижающей терапией во время визита по диспансеризации обнаруживается повышенное АД и/или уровень ОХС >5,0 ммоль/л, Вы:	<input type="checkbox"/> Фиксируете в анкете повышение АД и/или ОХС >5,0 ммоль/л; <input type="checkbox"/> Фиксируете в анкете повышение АД и/или ОХС >5,0 ммоль/л и рекомендуете проконсультироваться у другого кардиолога или терапевта; <input type="checkbox"/> Фиксируете в анкете повышение АД и/или ОХС >5,0 ммоль/л и сразу корректируете ранее назначенное лечение; <input type="checkbox"/> Другое (указать)
4. У какого % пациентов при диспансеризации обнаруживается впервые выявленная АГ и/или уровень ОХС >5,0 ммоль/л?	<input type="checkbox"/> <10% <input type="checkbox"/> 10-30% <input type="checkbox"/> 30-50% <input type="checkbox"/> >50%
5. У какого % пациентов с ранее назначенной антигипертензивной и/или липид-снижающей терапией Вы фиксируете повышенное АД и/или уровня ОХС >5,0 ммоль/л при диспансеризации?	<input type="checkbox"/> <10% <input type="checkbox"/> 10-30% <input type="checkbox"/> 30-50% <input type="checkbox"/> >50% <input type="checkbox"/> Никогда
6. Сколько времени на визите с пациентом уделяется вопросам коррекции образа жизни, диеты, физической активности?	<input type="checkbox"/> 1-5 мин <input type="checkbox"/> 5-10 мин <input type="checkbox"/> >10 мин <input type="checkbox"/> Направляю к другому специалисту

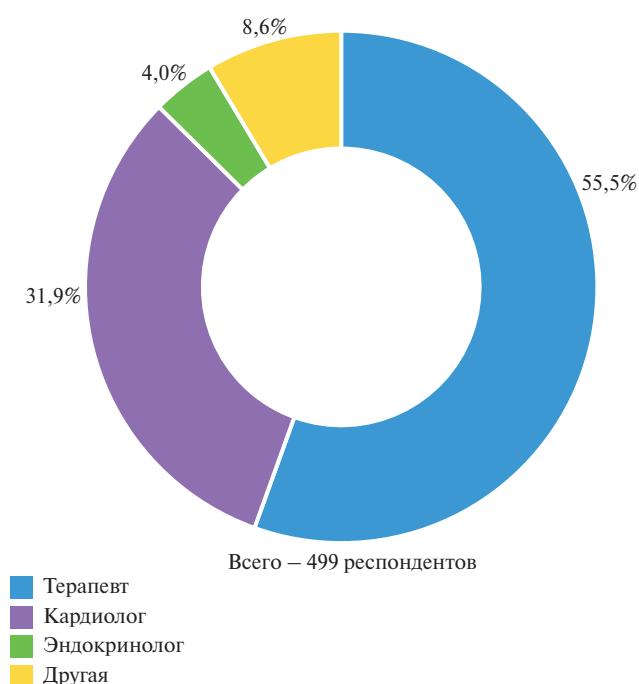


Рис. 1 Структура специальностей опрошенных врачей-специалистов. Примечание: цветное изображение доступно в электронной версии журнала.

в виде анонимного онлайн-опроса специалистов здравоохранения РФ, оказывающих ПМСП и участвующих в ПМО, ДОГВН и ДН взрослого населения. Опрос проведен согласно разработанному опроснику, представленному в таблице 1. Опросник включает основные вопросы, направленные на раннее выявление пациентов с основными модифицируемыми ФР развития и прогрессирования ССЗ.

Критерием включения врачей-специалистов в исследование считалось наличие медицинской практики работы с пациентами, подлежащими ДН. Критерием не включения был отказ от участия в исследовании. Онлайн-опрос проводился анонимно, без указания персональных данных. Результаты представлены в виде когортного анализа.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью пакета программы Microsoft Office Excel 2016 (США).

## Результаты

За время проведения исследования (март 2021) было опрошено 499 респондентов — специалистов здравоохранения РФ, оказывающих ПМСП взрослому населению.

Среди опрошенных большую часть составили специалисты, оказывающие ПМСП по специальностям

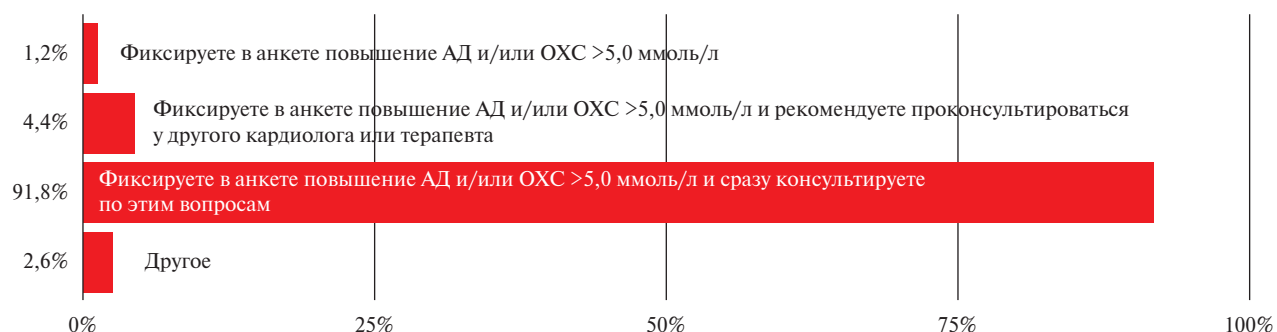


Рис. 2 Тактика действия опрошенных врачей-специалистов при выявлении впервые повышенного АД и/или уровня ОХС >5,0 ммоль/л во время визита по диспансеризации.

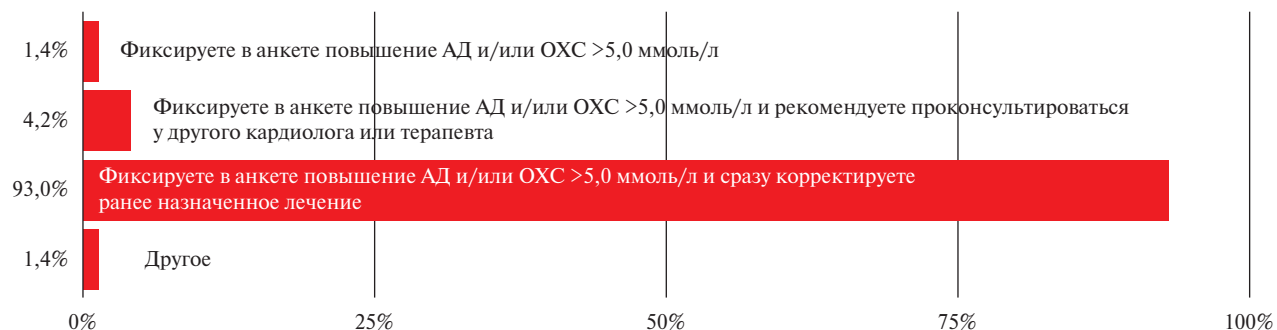


Рис. 3 Тактика действия опрошенных врачей-специалистов при выявлении повышенного АД и/или уровня ОХС >5,0 ммоль/л у пациента с ранее назначенной антигипертензивной и/или липидснижающей терапией во время визита.

сти “терапия” — 55,5% (277 врачей-терапевтов), на втором месте — врачи-кардиологи — 31,9% (n=159), на третьем — врачи других специальностей — 8,6% (n=43). Среди 499 опрошенных — 4% (20 врачей-специалистов) составили эндокринологи (рисунок 1).

В рамках проведения онлайн-опроса 91,8% (n=458) врачей-специалистов на вопрос о тактике действия при выявлении впервые повышенного АД и/или уровня ОХС >5,0 ммоль/л во время визита в рамках диспансеризации ответили, что фиксируют в анкете повышение АД и/или уровня ОХС >5,0 ммоль/л и сразу консультируют пациента по этим вопросам, что свидетельствует о достаточно хорошем уровне осведомленности о Порядке проведения ПМО и ДОГВН. 22 (4,4%) врача-специалиста рекомендуют проконсультироваться у другого кардиолога или терапевта, что вероятно связано с отсутствием достаточных компетенций в этой сфере. Однако среди опрошенных 6 (1,2%) специалистов лишь фиксируют в анкете повышение АД и/или уровня ОХС >5,0 ммоль/л без дальнейших действий, что свидетельствует о необходимости проведения регулярных учебных мероприятий по повышению качества знаний Порядка оказания медицинской помощи населению РФ и Клинических рекомендаций по диагностике и лечению пациентов с АГ и гиперхолестеринемией. 13 врачей-специалистов в качестве ответа на данный вопрос выбрали — “другое” (рисунок 2).

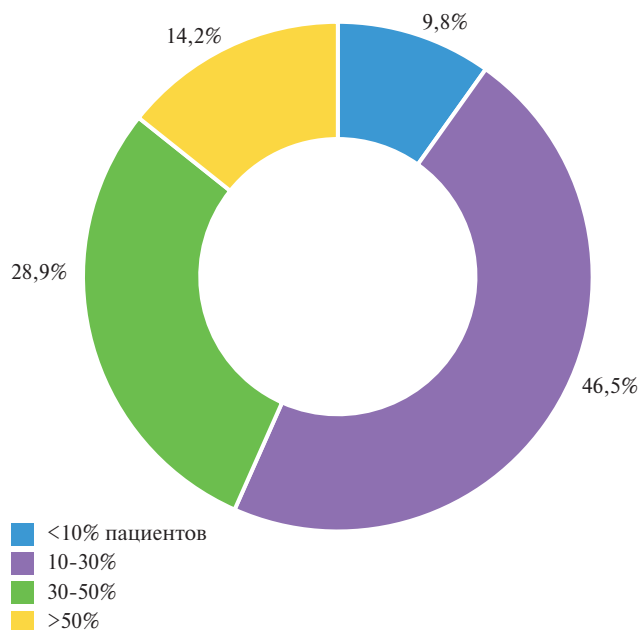


Рис. 4 Количество пациентов (%) с впервые выявленной АГ и/или уровнем ОХС >5,0 ммоль/л во время проведения диспансеризации (по результатам проведенного опроса врачей-специалистов).

Примечание: цветное изображение доступно в электронной версии журнала.

Похожие результаты были получены среди опрошенных по тактике ведения пациентов при выявлении повышенного АД и/или уровня ОХС



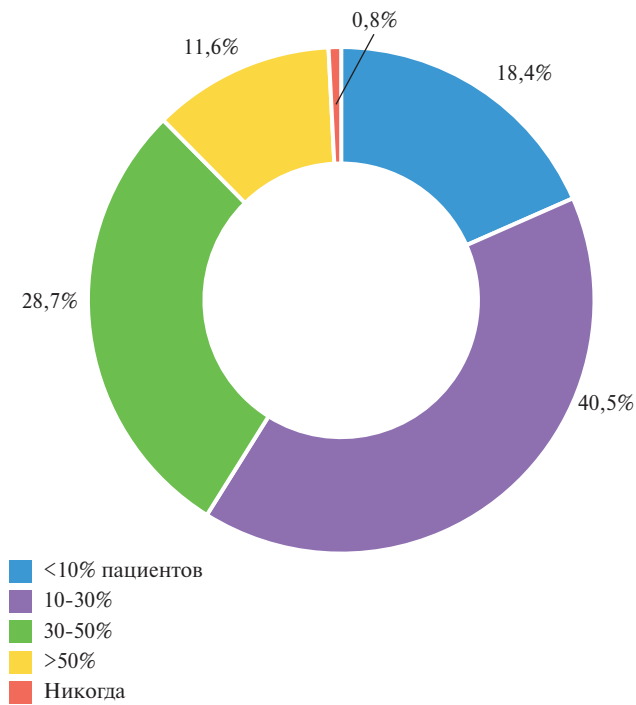


Рис. 5 Количество пациентов (%) с повышенным АД и/или ОХС >5,0 ммоль/л во время проведения диспансеризации у пациентов с ранее назначенной антигипертензивной и/или липид-снижающей терапией (по результатам проведенного опроса врачей-специалистов).

Примечание: цветное изображение доступно в электронной версии журнала.

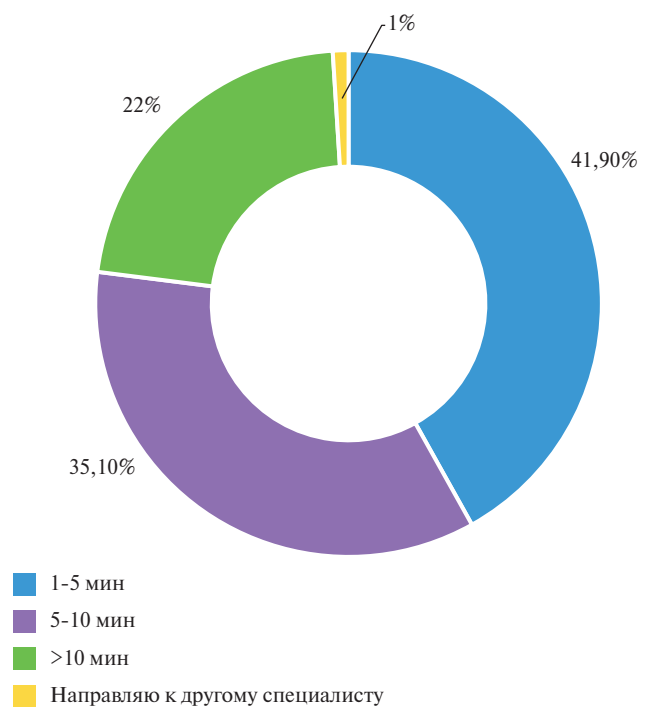


Рис. 6 Количество времени, которое уделяют врачи-специалисты пациенту по вопросам коррекции образа жизни, диеты и физической активности (по результатам проведенного опроса).

Примечание: цветное изображение доступно в электронной версии журнала.

>5,0 ммоль/л у пациента с ранее назначенной антигипертензивной и/или липид-снижающей терапией во время визита. 93% (n=464) опрошенных фиксируют в анкете повышение АД и/или уровня ОХС >5,0 ммоль/л и сразу корректируют ранее назначенное лечение. 21 (4,2%) врач-специалист рекомендует проконсультироваться у другого кардиолога или терапевта и 14 человек (по 7 в каждой группе, 1,4 и 1,4%, соответственно) ответили, что только фиксируют в анкете факт повышения АД и/или уровня ОХС >5,0 ммоль/л или предпринимают другие действия (рисунок 3).

Согласно данным проведенного опроса, 46,5% (232 врача-специалиста) ответили, что при диспансеризации 10-30% пациентов имели впервые выявленную АГ и/или уровень ОХС >5,0 ммоль/л. 28,9% (144 врача-специалиста) опрошенных назвали цифру 30-50% пациентов с впервые выявленной АГ и/или уровнем ОХС >5,0 ммоль/л. 71 (14,2%) специалист сталкивался с впервые выявленной АГ и/или гиперхолестеринемией в ≥50% случаев, а 49 опрошенных, наоборот, обнаруживали впервые выявленную АГ и/или гиперхолестеринемию в <10% случаев. Менее 1% опрошенных не смогли дать ответ на этот вопрос (рисунок 4).

40,5% (n=202) опрошенных указали, что в 10-30% случаев при проведении диспансеризации ре-

гистрируется повышенное АД и/или уровень ОХС >5,0 ммоль/л у пациентов с ранее назначенной антигипертензивной и/или липид-снижающей терапией. 28,7% опрошенных (143 врача-специалиста) назвали в данной категории пациентов частоту в 30-50%. 92 (18,4%) опрошенных указали, что частота повышения АД или гиперхолестеринемии у пациентов с ранее назначенной антигипертензивной и/или липид-снижающей терапией составила <10%. 58 (11,6%) врачей-специалистов, напротив, отмечали более высокую частоту (>50%) регистрации повышенного АД и/или уровня ОХС >5,0 ммоль/л. 4 (0,08%) врача-специалиста при проведении диспансеризации не отмечали на фоне терапии повышенного АД и/или уровня ОХС >5,0 ммоль/л (рисунок 5).

По данным проведенного опроса 41,9% (n=209) врачей-специалистов уделяют пациенту 1-5 мин, разъясняя вопросы по коррекции образа жизни, диеты и физической активности. У 35,1% (n=175) опрошенных на это уходит 5-10 мин. 22% (n=110) тратят >10 мин и ~5 опрошенных для этой цели направляют пациентов к другому специалисту (рисунок 6).

## Обсуждение

Согласно Порядку проведения ПМО и ДОГВН необходимо осуществлять: измерение АД на пери-

ферических артериях для граждан в возрасте  $\geq 18$  лет 1 раз в год, исследование уровня ОХС в крови (допускается использование экспресс-метода) для граждан в возрасте  $\geq 18$  лет 1 раз в год, определение относительного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте 18-39 лет включительно и абсолютного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте 40-64 лет включительно, не имеющих ССЗ атеросклеротического генеза, сахарного диабета 2 типа и хронических болезней почек, при помощи шкалы SCORE [9].

Согласно Клиническим рекомендациям по диагностике и лечению АГ у взрослых, повышенное АД — это систолическое АД  $\geq 140$  мм рт.ст. и/или диастолическое АД  $\geq 90$  мм рт.ст. К числу граждан, имеющих этот ФР, относятся граждане с гипертонической болезнью или симптоматическими АГ (кодируются по Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) кодами I10-I15), а также граждане с повышенным АД при отсутствии диагноза гипертонической болезни или симптоматической АГ (кодируется по МКБ-10 кодом R03.0) [9, 13]. Гиперхолестеринемия кодируется по МКБ-10 кодом E78 и соответствует уровню ОХС  $\geq 5,0$  ммоль/л [9]. По результатам проведения ПМО и ДОГВН заполняется специальная форма статистической отчетности с указанием выявленных ФР.

Оценка выявления врачами-специалистами первичного звена именно этих ФР у пациентов была приоритетной в данном медико-социологическом исследовании ввиду высокой заболеваемости и смертности пациентов от ССЗ в популяции, а также вследствие высокого риска тяжелого течения COVID-19 у пациентов с болезнями системы кровообращения.

Проведенный опрос демонстрирует высокую осведомленность врачей-специалистов в необходимости контролировать ФР и прикладывать усилия по их модификации в рамках проведения ПМО и ДОГВН, поскольку эти факторы вносят значимый вклад в развитие ССЗ и их осложнений. Результаты проведенного опроса по определению частоты обнаружения повышенного АД и/или уровня ОХС  $>5,0$  ммоль/л, на первый взгляд, выглядят более оптимистично по сравнению с результатами исследования ЭССЕ-РФ-2, что косвенно может указывать на положительную тенденцию в осведомленности врачей первичного звена о наиболее значимых сердечно-сосудистых рисках, однако это лишь субъективная оценка опрошенных врачей-специалистов, которая требует подтверждения объективными данными [12]. Кроме того, согласно клиническим рекомендациям, выявление гиперхолестеринемии является лишь первым шагом в диагностике дислипидемий, перед началом ее коррекции. Анализ липидного профиля, а именно выявление повышенного уровня холестерина в со-

ставе наиболее атерогенных липопротеинов низкой плотности и триглицеридов с их последующим контролем позволит наиболее корректно подходить к коррекции дислипидемии, что в свою очередь направлено на вторичную профилактику развития сердечно-сосудистых осложнений [14].

Согласно Порядкам организации проведения ПМО и ДОГВН при выявлении высокого относительного, высокого и очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска (по шкале SCORE), и/или гиперхолестеринемии одной из основных задач врача-терапевта при работе с пациентами, имеющими ФР ХНИЗ, является ознакомление с мерами по их снижению, а с пациентами с высоким и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском, больными ИБС, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза, болезнями, характеризующимися повышенным АД, — ознакомление с основными симптомами инфаркта миокарда и инсульта, а также с правилами первой помощи при их развитии, жизненной важностью своевременного (не позднее 5 мин от начала появления симптомов) вызова бригады скорой медицинской помощи [9]. Краткое профилактическое консультирование ограничено по времени, составляет не  $>3$  мин, и проводится по определенному алгоритму. Вместе с тем, желательно, чтобы врач-терапевт был знаком с навыками консультирования с применением мотивационных компонентов.

Проведенный опрос демонстрирует, что в  $>50\%$  случаев врач-специалист уделяет достаточное количество времени вопросам коррекции образа жизни, диеты и физической активности. Причины, по которым опрошенные врачи-специалисты уделяют недостаточно времени ( $<5$  мин) на обсуждение с пациентом вышеуказанных вопросов, могут быть связаны с ограниченным количеством времени, отведенным на прием пациента врачом-специалистом, сверхнормативным потоком пациентов, отсутствием информированности врача-специалиста о немедикаментозных методах профилактики социально значимых ХНИЗ или игнорированием данного вопроса. Однако для подтверждения вышеуказанных предположений требуется проведение отдельного изучения и детального анализа.

Исследования по оценке осведомленности врачей об основных ФР развития и прогрессирования течения ССЗ уже проводились. Особенно интересны наблюдения по наличию этих ФР среди врачебной популяции. Мотивация врачебного сообщества к проведению профилактических мероприятий населения наиболее значимых ФР ССЗ должна подкрепляться соблюдением тех же принципов по отношению к своему здоровью. Действительно, проблема гиперхолестеринемии и АГ имеет место и среди медицинских работников. По данным ис-

следования 2010г, у 38% из них была выявлена АГ, и только у 11,3% проводится ее адекватный контроль. У 44% докторов обнаружена гиперхолестеринемия, среди которых более половины (65%) не знают о ее наличии [15].

**Ограничения исследования.** В проведенном исследовании проанализирована деятельность лишь небольшой когорты врачей-специалистов, согласившихся принять участие в онлайн-опросе, поэтому оно не позволяет полностью оценить картину осведомленности и вовлеченности сотрудников здравоохранения, оказывающих ПМСП в России в условиях продолжающейся пандемии COVID-19.

## Заключение

Несмотря на ограничения проведенного исследования, были определены цели более детальной оценки осведомленности врачей-специалистов первичного звена о ФР ССЗ и их вовлеченности в профилактику развития ССЗ среди населения. Планируется дальнейший анализ информированности врачей-специалистов обо всех возможных ФР ССЗ (включая курение, нерациональное питание, гиподинамию, избыточную массу тела, гипергликемию и пр.), а также определение конкретных дальнейших действий врачей-

специалистов по мере выявления тех или иных ФР по профилактике развития или прогрессирования ССЗ (оценка липидного профиля, назначение или коррекция ранее назначенной терапии, направление на углубленное профилактическое консультирование). Дальнейшие опросы будут включать сбор информации об осведомленности о ФР, в т.ч. о заболеваниях, которые увеличивают вероятность тяжелого течения COVID-19. Кроме того, планируется уточнение определения причин недостаточного количества времени, отводимого на разъяснение пациентам вопросов, связанных с модификацией образа жизни, диеты и физической активности.

Проведенный опрос продемонстрировал высокую осведомленность опрошенных врачей-специалистов в необходимости диагностики и модификации ФР ССЗ среди пациентов при ПМО и ДОГВН.

Около 40% опрошенных врачей-специалистов уделяют недостаточное количество времени на разъяснение пациентам вопросов, связанных с модификацией образа жизни, диеты и физической активности.

**Отношения и деятельность:** все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

## Литература/References

1. Morbidity of the population by the main classes of diseases. (In Russ.) Заболеваемость населения по основным классам болезней. <https://rosstat.gov.ru/folder/13721>. (27 october 2021).
2. COVID-19: a new lens for non-communicable diseases. *The Lancet*. 2020;396(10252):649. doi:10.1016/S0140-6736(20)31856-0.
3. Larson AS, Savastano L, Kadirvel R, et al. Coronavirus Disease 2019 and the Cerebrovascular-Cardiovascular Systems: What Do We Know So Far? *J Am Heart Assoc*. 2020;9:e016793. doi:10.1161/JAHA.120.016793.
4. Yahia F, Zakhama L, Abdelaziz AB. COVID-19 and Cardiovascular diseases. *Scoping review study Tunis Med*. 2020;98(4):283-94.
5. Ayoubkhani D, Khunti K, Nafilyan V, et al. Post-covid syndrome in individuals admitted to hospital with Covid-19: retrospective cohort study. *BMJ*. 2021;372. doi:10.1136/bmj.n693.
6. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated 31.07.2020 N 785n "On approval of Requirements for the organization and conduct of internal quality control and safety of medical activities" (Registered with the Ministry of Justice of the Russian Federation 02.10.2020 N 60192). (In Russ.) Приказ Минздрава России от 31.07.2020 N 785н "Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности" (Зарегистрировано в Минюсте России 02.10.2020 N 60192). <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74610282/>. (27 october 2021).
7. Murashko MA, Ivanov IV, Knyazyuk NF. Fundamentals of quality assurance and safety of medical activity: Monograph. M.: RIA "Standards and quality". 2020. p. 408. (In Russ.) Мурашко М. А., Иванов И. В., Князюк Н. Ф. Основы обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности: Монография. М.: РИА "Стандарты и качество". 2020. с. 408. ISBN: 978-5-600-02711-4. doi:10.35400/978-5-600-02711-4.
8. Drapkina OM, Drozdova LYu, Boytsov SA, et al. Temporary methodological recommendations: "Provision of outpatient medical care to patients with chronic diseases subject to dispensary supervision in the conditions of the COVID-19 pandemic". *Preventive medicine*. 2020;23(3-2):4-41. (In Russ.) Драпкина О. М., Дроздова Л. Ю., Бойцов С. А. и др. Временные методические рекомендации: "Оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями, подлежащими диспансерному наблюдению, в условиях пандемии COVID-19". *Профилактическая медицина*. 2020;23(3-2):4-41. doi:10.17116/profmed2020230324.
9. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of 27.04.2021 N 404n "On approval of the Procedure for preventive medical examination and medical examination of certain groups of the adult population" (Registered with the Ministry of Justice of the Russian Federation 30.06.2021 N 64042). (In Russ.) Приказ Минздрава России от 27.04.2021 N 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения". (Зарегистрировано в Минюсте России 30.06.2021 N 64042) [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_388771/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_388771/). (27 october 2021).
10. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated 29.03.2019 N 173n "On approval of the procedure for conducting dispensary supervision of adults" (Registered with the Ministry of Justice of the Russian Federation on 25.04.2019 N 54513). (In Russ.) Приказ Минздрава России от 29.03.2019 N 173н "Об



- утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми” (Зарегистрировано в Минюсте России 25.04.2019 N 54513). <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72132764/>. (27 october 2021).
11. Jousilahti P, Laatikainen T, Peltonen M, et al. Primary prevention and risk factor reduction in coronary heart disease mortality among working aged men and women in eastern Finland over 40 years: population based observational study. *BMJ*. 2016;352:i721. doi:10.1136/bmj.i721.
  12. Balanova YuA, Shalnova SA, Imaeva AE, et al. Prevalence of arterial hypertension, treatment and its effectiveness in Russian Federation (The data of observational study ESSE-RF 2) *The Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2019;14(5):450-66. (In Russ.) Баланова Ю. А., Шальнова С. А., Имаева А. Э. и др. Распространенность артериальной гипертензии, охват лечением и его эффективность в Российской Федерации (данные наблюдательного исследования ЭССЕ-РФ-2). *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2019;14(5):450-66. doi:10.20996/1819-6446-2019-15-4-450-466.
  13. Kobalava ZhD, Konradi AO, Nedogoda SV, et al. Arterial hypertension in adults. *Clinical guidelines 2020. Russian Journal of Cardiology*. 2020;25(3):3786. (In Russ.) Кобалава Ж. Д., Конради А. О., Недогода С. В. и др. Артериальная гипертензия у взрослых. *Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал*. 2020;25(3):3786. doi:10.15829/1560-4071-2020-3-3786.
  14. Russian Society of Cardiology (RSC). 2020 Clinical practice guidelines for Stable coronary artery disease. *Russian Journal of Cardiology*. 2020;25(11):4076. (In Russ.) Российское кардиологическое общество (РКО). Стабильная ишемическая болезнь сердца. *Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал*. 2020;25(11):4076. doi:10.15829/29/1560-4071-2020-4076.
  15. Martsevich SYu, Drozdova LYu, Voronina VP. Health and education of a physician: two parts of the success. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2010;6(1):73-6. (In Russ.) Марцевич С. Ю., Дроздова Л. Ю., Воронина В. П. Здоровье и образование врача: две составляющие успеха. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2010;6(1):73-6. doi:10.20996/1819-6446-2010-6-1-73-76.