

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПО БОРЬБЕ С ФАКТОРАМИ РИСКА У БОЛЬНЫХ ИБС, ПРОВОДИМЫХ ВРАЧАМИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОПРОСОВ)

Аронов Д.М.¹, Ахмеджанов Н.М.¹, Гутковская Л.А.¹, Соколова О.Ю.¹, Тхостов А.Ш.², Первичко Е.И.², Оганов Р.Г.¹
Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава¹, кафедра нейро- и патопсихологии² МГУ им. М.И. Ломоносова

Резюме

Анкетным методом изучали степень вовлеченности участковых терапевтов муниципальных поликлиник в борьбу с модифицируемыми факторами риска ИБС, а также эффективность этой борьбы по отзывам их пациентов. Выяснилось, что, хотя до 73% врачей-участников убеждены в терапевтической эффективности этого рода вмешательств, а 53% считают их не менее важными, чем антиангинальная терапия, существует значительное число общих причин, препятствующих их успешной реализации. Так, вероятность предоставления таких рекомендаций у 50,5% врачей зависела от их занятости, у 78,8% — от культурного уровня больного, у 33,3% — от инициативы больного, у 21,2% — от личных взаимоотношений врача с больным; 44,9% давали рекомендации только в краткой форме, при этом только 18% врачей были готовы направить пациента к узкому специалисту.

В результате, даже по признанию самих врачей, до 26% давали рекомендации по изменению образа жизни «никогда», «редко» и «иногда», а в недостаточной частоте дальнейшего контроля за выполнением этих рекомендаций признались уже целых 49% респондентов. Согласно же опросу пациентов, значительное число больных не смогли даже вспомнить о факте получения рекомендаций. Так, если по 94% врачей сообщили, что они рекомендуют своим больным гиполипидемическую диету, нормализацию массы тела и прекращение курения, а 77% — физические тренировки, то факт получения подобных рекомендаций смогли подтвердить соответственно только 46,1%, 32,3%, 75,3% и 23,8% больных. Более того, даже в ситуации с курением, где разрыв между показаниями врачей и больных был наименьшим, только 13,4% пациентов подтвердили, что им был предложен какой-то развернутый план по борьбе с этой привычкой. В результате основная масса бросивших курить (68,85%) были уверены, что это — их собственная заслуга.

Медикаментозная коррекция факторов риска производилась в данной популяции существенно активнее, чем изменение образа жизни. Так, 68% врачей утверждали, что назначают своим больным гиполипидемические средства, и, действительно, 86,4% пациентов подтвердили факт таких назначений.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, модифицируемые факторы риска, эффективность борьбы, вклад участия врачей.

В настоящее время ведение больных ИБС включает в себя два основных направления: вторичная профилактика дальнейшего прогрессирования заболевания и смерти больных и симптоматическое лечение, направленное на улучшение качества жизни [12, 13]. Первое направление, включающее в себя коррекцию всех, имеющихся у больного, модифицируемых факторов риска, является приоритетным. Этот принцип можно проиллюстрировать с помощью правила “ABCDE”, описывающего базисную терапию коронарного больного, из рекомендаций American Heart Association/ American College of Cardiology [12, 13]: «А» — аспирин и антиангинальные препараты, «В» — бета-блокаторы и артериальное давление (blood pressure), «С» — холестерин (cholesterol) и сигареты, «Д» — диета и диабет, «Е» — обучение больных (education) и физические тренировки (exercises).

Несмотря на это, во всем мире качество помощи в области немедикаментозной коррекции факторов риска заметно отстает от других аспектов ведения больных. В литературе многократно упоминается не-

достаточная частота рекомендаций по гиполипидемической диете [16, 18, 25, 26], отказу от курения [2, 19, 22, 30], повышению уровня физической активности [6]. Даже в относительно недавнем (2001 г.) исследовании EUROASPIRE II (European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events II) большая часть включенных пациентов с ИБС не получала никакой профессиональной помощи в отношении изменения образа жизни [9]. Даже в тех случаях, когда пациент получает соответствующие рекомендации, они чаще даются в краткой форме, нередко только устно [2, 6, 14]. Врачи также слишком редко используют возможность проконсультировать пациента у узкого специалиста — диетолога, специалиста по ЛФК и т.д. [6, 14, 15, 19, 22, 26].

Среди факторов, препятствующих получению больными адекватных рекомендаций по изменению образа жизни, обычно в первую очередь называется объективный фактор нехватки времени [16, 17, 28]. Кроме того, нередко имеет решающее значение предполагаемый культурный уровень больного, ощущение

врача, что пациент его не слушает или не понимает [16, 17], наличие сопутствующих заболеваний [28], недостаточная профессиональная подготовка врача [15, 16, 22, 31].

Вышеперечисленные факторы приводят к тому, что формально дающиеся рекомендации на деле не доходят до адресатов. Иллюстрацией может служить телефонный опрос, проведенный в 1990 году под эгидой Национального Института Сердца, Легких и Крови США [25], в котором принимали участие 1600 врачей и 4000 взрослых американцев. Более 90% врачей сообщили, что знают и используют принятые алгоритмы по диагностике и лечению гиперлипидемии и, в частности, назначают гиполипидемическую диету уже при уровне общего холестерина 200–219 мг/дл. В то же время отзывы их потенциальных пациентов свидетельствовали, что уровень липидов крови определялся только у 65% из них, а диета предписывалась только 9%. Отчасти это компенсировалось самостоятельными попытками соблюдения диеты (до 15%–19%).

Аналогично, направленные только на коррекцию факторов риска и не дающие немедленного симптоматического улучшения медикаменты также нередко назначаются существенно реже, чем следует. Классическим примером здесь являются гиполипидемические препараты, которые, к тому же, относительно поздно доказали свою способность улучшать прогноз при ИБС и вошли в стандарты лечения лишь в 90-х гг. Известно большое число исследований [4, 11, 20, 21, 27], демонстрирующих недостаточную частоту назначения статинов, включая такую масштабную программу, как EUROASPIRE [8, 10]. А в случаях назначения гиполипидемических препаратов часто используются недостаточные для достижения целевых уровней липидов дозы [5, 21, 27, 23, 29]. По данным одного из самых известных исследований эффективности липидснижающей терапии в реальной практике, L-TAP [23], из 4888 больных, получавших гиполипидемические препараты под наблюдением врачей первичного звена, целевых уровней липопротеинов ЛНП достигли лишь 38%, а в подгруппах с большим риском, а значит, с более низкими целевыми уровнями, — еще меньшее число пациентов.

Имеются данные и о недостаточно широком использовании медикаментов, направленных на облегчение отказа от курения — никотинзаместительной терапии и бупропиона [3, 14], о широкой распространенности среди курящих ложных сведений об эффективности и безопасности этих средств [3].

Литературных данных о реальной практике борьбы с факторами риска у больных ИБС в России крайне мало. Наиболее близко к исследуемой теме стоит опрос новосибирских терапевтов и их пациентов [31], который был посвящен первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. По результатам этого

опроса, врачи первичного звена неплохо информированы об основных факторах риска ИБС, но имеют значительные пробелы в конкретных знаниях, необходимых для борьбы с ними. Их потенциальные пациенты демонстрировали крайне низкую теоретическую осведомленность — от 14% до 20% для разных факторов риска и, что очень настораживает, низкую готовность (только 49,8% мужчин и 65,8% женщин) верить врачам в этом вопросе. Однако опрос этот проводился достаточно давно — в 1985 г., и ситуация могла измениться. Это обусловило проведение нашего исследования, целью которого стала оценка частоты применения врачами первичного звена вмешательств по борьбе с факторами риска, а также их эффективности.

Материал и методы

Проведено добровольное анонимное анкетирование участковых терапевтов случайным образом отобранных муниципальных поликлиник одного из крупных городов России, а также больных с установленным диагнозом ИБС, наблюдавшихся в поликлиниках города. Анкетирование проводилось с разрешения Департамента здравоохранения города. Применявшиеся опросники были разработаны совместно с кафедрой нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ им. М.И. Ломоносова. Опросник для врачей состоял из 68 вопросов, касавшихся их демографических, образовательных и профессиональных данных, наличия у них профессиональных интересов помимо непосредственной работы, их отношения к клиническим рекомендациям для практикующих врачей, теоретических представлений и обычной тактики применительно к медикаментозному и немедикаментозному лечению ИБС, а также отношения к различным психологическим аспектам взаимоотношений «врач-больной». Опросник для пациентов состоял из 120 вопросов, призванных извлечь информацию об их демографических данных, образовательном статусе, длительности заболевания, наличии у них факторов риска ИБС, степени осведомленности об основных факторах риска, результатах проведенных обследований, возможных вариантах лечения (включая и немедикаментозные вмешательства), форме, в которой проводилось обучение больных, о вопросах комплайенса.

Анкета заполнялась участниками и исследователем совместно в ходе структурированного интервью, или участниками самостоятельно, в присутствии исследователя, по выбору участника. Среднее время заполнения анкеты составило около 30 минут для обоих опросников. Согласие на анкетирование было получено у 105 терапевтов и 250 пациентов, однако 5 анкет врачей и 22 анкеты больных пришлось исключить из статистической обработки в связи с грубыми дефектами заполнения.

Компьютерный анализ результатов проводили с

Таблица 1

Мнение врачей о месте немедикаментозных мероприятий в ведении больных ИБС

Показатель	Частота встречаемости, %
Влияние на течение и прогноз ИБС	
улучшают	73
ухудшают	4
Влияние на качество жизни	
улучшают	67
ухудшают	5
Влияние на течение и прогноз сопутствующих заболеваний	
улучшают	56
ухудшают	2
Сравнение по важности с фармакологическими вмешательствами	
имеют вспомогательное значение по отношению к лекарствам	38
так же важны, как и лекарства	53
важнее лекарств	3
вообще не имеют никакого значения	1

помощью пакета прикладных статистических программ SAS (Statistical Analysis System, SAS Institute Inc., USA) с применением стандартных алгоритмов вариационной статистики: метода сравнения средних с использованием t-критерия Стьюдента, корреляционно-го анализа и анализа таблиц сопряженности.

Результаты и обсуждение

Начнем с того, что известна зависимость между осведомленностью врача об имеющихся у него самого факторах риска, его приверженностью здоровому образу жизни и более ответственным подходом к немедикаментозным мероприятиям [18]. В этом отношении ситуация оказалась благоприятной для большинства принявших участие в исследовании врачей: 89% опрошенных не курили, 99% знали свой уровень АД, 70% — и свой уровень холестерина.

В соответствии с этим большинство участников было теоретически согласно с тем, что немедикаментозные мероприятия занимают важное место в ве-

дении больных ИБС (табл. 1).

Мы видим, что большинство участников осознает важность мероприятий по изменению образа жизни у больных ИБС и полагает, что этот вид вмешательств позволяет улучшить течение основного (73%) и сопутствующих заболеваний (56%), качество жизни (67%). Врачей, предполагающих, напротив, возможность каких-либо вредных последствий, было не более 5%. Около половины (53%) считает, что эти мероприятия имеют не меньшее значение, нежели фармакотерапия, хотя достаточно большой процент участников (38%) все же отводит им второстепенное место.

В то же время, очевидно, что благоприятное теоретическое отношение еще не гарантирует реализации мероприятий по изменению образа жизни на практике. Рис. 1 отражает частоту предоставления врачами рекомендаций по борьбе с факторами риска и дальнейшего отслеживания выполнения своих рекомендаций.

Итак, врачи в большинстве своем считают, что да-

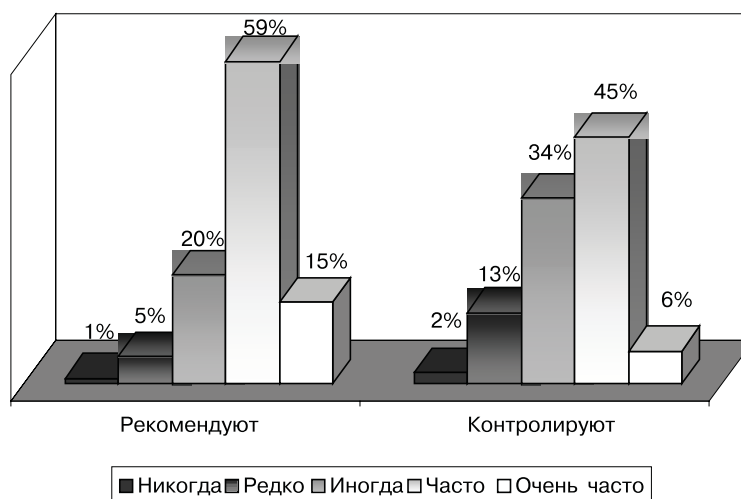


Рис. 1. Сравнительная частота предоставления рекомендаций по изменению образа жизни и последующего контроля за их выполнением (по ответам врачей).

Таблица 2

**Особенности немедикаментозного воздействия на коронарные факторы риска
по отзывам врачей-участников исследования**

Показатель	Частота встречаемости, %
Факторы, определяющие, будут ли даны рекомендации по изменению образа жизни	
Наличие свободного времени у врача	50,5
Культурный уровень пациента	78,8
Инициатива со стороны пациента	33,3
Личное отношение врача к пациенту	21,2
Степень самостоятельности врача при этом:	
Самостоятельная выдача рекомендаций	93
Направление пациента к специалисту	18
Форма подачи рекомендаций:	
Краткая	44,9
Развернутая	55,1

ют рекомендации по изменению образа жизни достаточно регулярно: 74% делают это «часто» и «очень часто». В то же время доля никогда не делающих этого, или поступающих так «редко» и «иногда» тоже достаточно велика (26%). Контроль за выполнением рекомендованных мероприятий осуществляется существенно реже, нежели предоставление исходных рекомендаций: только 51% врачей сообщили, что отслеживают выполнение данных рекомендаций «часто» и «очень часто», а целых 49% респондентов попали в группы «никогда», «редко» и «иногда». В табл. 2 отражены ответы врачей на вопросы, касающиеся некоторых деталей, характеризующих их обычную практику воздействия на факторы риска.

Учитывая достаточно большую долю врачей, дающих рекомендации по борьбе с факторами риска нерегулярно, неудивительно, что участники исследования указывают на большое количество факторов, от

которых зависит вероятность предоставления подобных рекомендаций. Конечно, такой фактор, как наличие времени у врача (назвали 50,5%), существует совершенно объективно и многократно описан в литературе [16, 17, 28]. Однако и его нельзя считать непреодолимым препятствием, поскольку, по данным исследования АСТ [1], после минимальной подготовки у большинства врачей выдача подобных рекомендации практически не сказывалась на продолжительности приема. В то же время назывался и ряд субъективных факторов, среди которых первое место занимает предполагаемый культурный уровень больного (78,8%). И, хотя его влияние тоже нередко упоминается в литературе [16, 17], такая заведомая дискриминация не может не внушать опасений. В соответствии с литературными данными [2, 6, 14, 15, 19, 22, 26], мы выявили также значительную распространенность таких дефектов, как предоставление рекомен-

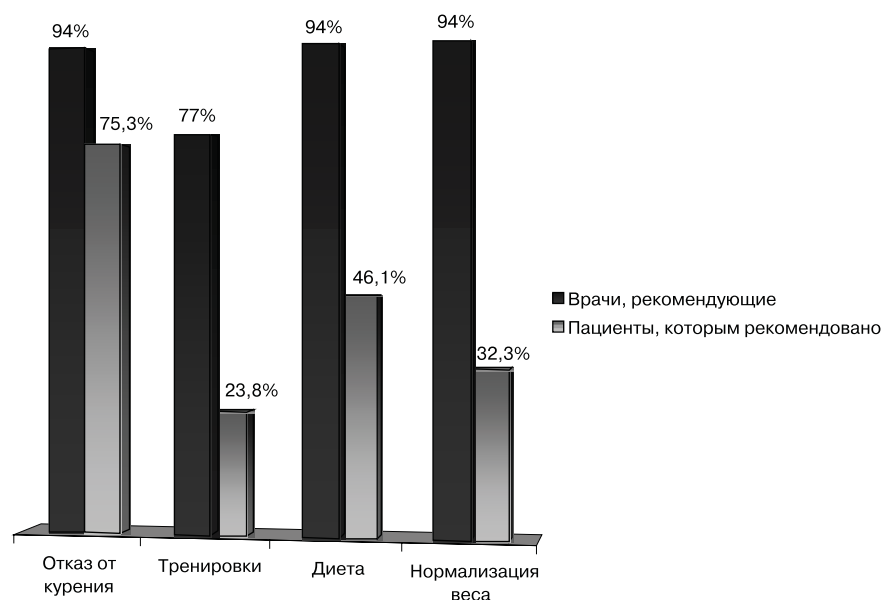


Рис. 2. Сравнение частоты предоставления рекомендаций по основным немедикаментозным методам лечения ИБС, исходя из ответов врачей и пациентов.

дации только в краткой форме (например, «надо бросить курить»), как делала почти половина опрошенных (44,9%), и низкая готовность направить больного к узкому специалисту (только 18%). При этом, если частота краткого формата рекомендаций вполне понятна, учитывая большую значимость для исследованной выборки фактора времени, то нежелание большинства направить больного к специалисту, не тратя на него драгоценного времени, с трудом поддается объяснению.

Частота упоминания докторами вмешательств, направленных на конкретные, наиболее важные факторы риска, достаточно высока: отказ от курения, гиполипидемическую диету и нормализацию массы тела рекомендуют своим пациентам по 94% респондентов, несколько реже (77% участников) назначаются физические тренировки. В то же время, вследствие воздействия вышеупомянутых факторов, процент пациентов, для которых эти рекомендации оказались не пустой формальностью, и которые смогли вспомнить хотя бы факт их получения, оказался гораздо более скромным (рис. 2).

Мы видим, что показания врачей и больных оказались достаточно близки друг к другу только в отношении курения. Здесь ситуация была достаточно благоприятной — 75,3% больных получили от врача хотя бы устную рекомендацию по отказу от курения. В соответствии с предполагаемой высокой частотой исключительно краткого формата рекомендаций, какой-то конкретный план по прекращению курения получили только 13,4% тех, кому было рекомендовано расстаться с этой привычкой. Наш результат близок к литературным данным [2, 14], где эти цифры при вторичной профилактике колебались в диапазоне 73–84%, и является неплохим показателем, так как, хотя число больных, бросивших курить после однократной устной рекомендации и не превышает обычно 3–5%, даже это простое вмешательство доказало свою эффективность. Согласно подсчетам Cummings S.R. et al. [7], снабжение пациентов подобными рекомендациями могло бы сэкономить до 988 долларов США в год для мужчин и до 2058 долларов — для женщин. По признанию наших респондентов, 22,95% из тех, кому удалось бросить курить, сделали это в первую очередь по рекомендации врача. Тем не менее, основная масса бросивших (68,85%) уверены, что это было целиком и полностью их решением и их собственной заслугой. Общая частота отказа от курения была, впрочем, достаточно высокой — полностью отказаться от этой привычки удалось 67,21% мужчин и 54,55% женщин, еще 6,56% мужчин и 18,18% женщин смогли значительно уменьшить число выкуриваемых сигарет.

Число рекомендуемых гиполипидемическую диету (94%) отличалось от количества тех, кому она была

рекомендована (46,1%), почти в два раза. Получившие рекомендации также сообщали о преобладании краткого формата. Только 28,89% мужчин и 25,4% женщин они были даны в письменном виде, а оставшимся 71,11% мужчин и 76,6% женщин — только в устной форме. Разумеется, это не могло не сказаться на эффективности: хорошо запомнили полученные в устной форме советы только 4,63% респондентов, хотя бы частично — 34,2%. Наконец, 61,11% сообщили, что не запомнили полученные рекомендации совсем. Не удивительно, что в результате 18,27% больных вовсе не выполняли полученные рекомендации; 70,19% — выполняли их не полностью, и только 11,54%, по их мнению, строго придерживались полученных рекомендаций.

Интересно, но, видимо, назначения липидснижающих медикаментов делались обследованной популяцией существенно активнее, чем рекомендации по диете. Так, 68% врачей сообщили, что назначают своим больным гиполипидемические средства, что подтверждают и ответы больных. Большинству больных (86,4%), с их слов, когда-либо рекомендовался прием липидснижающих препаратов. Правда, здесь, видимо, имеют место те же дефекты, что и при предоставлении рекомендаций по немедикаментозному лечению. Во всяком случае, 14,2% тех, кому назначались гиполипидемические препараты, не смогли вспомнить даже название лекарства.

Почти в три раза различалось число врачей (94%), рекомендующих своим пациентам нормализацию массы тела, и число больных, получивших такие рекомендации (32,3%), несмотря на значительную актуальность данной проблемы. Так, в обследованной выборке пациентов 40% имели избыточную массу тела (ИМТ=25–29,9), а 36,78% — ожирение (ИМТ>30 и более). Следует отметить, впрочем, что 86,85% тех, кому было рекомендовано снизить массу тела, получили достаточно конкретные рекомендации.

Примерно таким же оказался разрыв между числом врачей (77%), дающих рекомендации по физическим тренировкам, и числом подтвердивших получение таких рекомендаций больных (23,8%). Еще 7,04% пациентов было сказано только о необходимости ограничения двигательной активности. Правда, как и в ситуации со снижением массы тела, большинство больных (86,9%), получивших рекомендации по тренировкам, сочло их достаточно подробными. Однако в результате, несмотря на то, что большинство больных сообщило о формально достаточном уровне физической активности (79,82% занимались несколько раз в неделю), такой вид физической активности, как контролируемые занятия лечебной физкультурой в группе, не был упомянут ни одним респондентом. Напротив, спектр описываемых больными видов физической активности наводит на мысль о том, что свою «програм-

му тренировок» они вырабатывали в значительной мере самостоятельно: 66,36% просто регулярно гуляли на свежем воздухе, 16,82% упоминали в качестве тренировки работу на приусадебном участке, еще 16,82% выполняли какие-то гимнастические упражнения.

Таким образом, мы видим, что дающиеся врачами рекомендации по борьбе с факторами риска нередко не доходят до своих адресатов, во многом из-за таких дефектов, как краткий формат изложения рекомендаций, изложение их в устной форме, отсутствие привлечения узких специалистов. Что касается возможных факторов, объективно препятствующих врачам при предоставлении рекомендаций, следует упомянуть преимущественно пожилой возраст обследованной популяции больных (в среднем, 62,4 года для мужчин и 66,8 лет — для женщин), что могло обусловить наличие у них мнестико-интеллектуальных нарушений. Однако с другой стороны, почти половина пациентов (49,1%) имела высшее образование, а значит, видимо, и достаточный культурный уровень.

Разумеется, проведенное исследование имеет свои ограничения, так как опрос не является объективным методом оценки частоты применения тех или иных вмешательств, поскольку и врачи, и пациенты могут давать неправильные ответы, а последние, к тому же, способны просто забыть о факте получения рекоменда-

ций. Однако несмотря на эти недостатки, метод опроса широко применяется для решения подобного рода задач. Например, именно таким образом специалисты из Центра по контролю за заболеваемостью США оценивали степень охвата взрослого населения скринингом в отношении гиперлипидемии [24].

Таким образом, приходится делать вывод, что, несмотря на осознание участковыми терапевтами важности борьбы с факторами риска у больных ИБС, эффективность даваемых ими рекомендаций в этой сфере очень низка. Даже в случае достаточной частоты рекомендаций (на примере курения) их форма такова, что они не имеют существенного значения в глазах большинства пациентов. Интересно, что рекомендации по фармакологической коррекции факторов риска (на примере гиполипидемической терапии) реализуются значительно успешнее, чем немедикаментозные мероприятия.

Результаты данного исследования приобретают особое значение в контексте Национального проекта «Здравоохранение» РФ, направленного на укрепление первичного звена и совершенствование амбулаторной медицинской помощи. Выявленные дефекты существующей практики борьбы с факторами риска могут учитываться при планировании соответствующих образовательных программ как для пациентов, так и для врачей.

Литература

- Albright C.L., Cohen S., Gibbons L. et al. Incorporating physical activity advice into primary care: physician-delivered advice within the activity counseling trial//Am. J. Prev. Med. 2000 Apr;18(3):225-34.
- Anda R., Remington P.L., Sienko D.G. et al. Are physicians advising smokers to quit? The patient's perspective// JAMA 1987 Apr 10;257(14):1916-9.
- Bansal M.A., Cummings K.M., Hyland A. et al. Stop-smoking medications: who uses them, who misuses them, and who is misinformed about them? //Nicotine Tob. Res. 2004; 6 Suppl 3:S303-10.
- Bjerrum L., Larsen J., Kragstrup J. Increased use of lipid-lowering agents after implementation of clinical guidelines in general practice//Ugeskr. Laeger. 2003 Jan 6;165(2):120-3.
- Brady A.J.B., Norrie J., Ford I. Statin Prescribing: Is the Reality Meeting the Expectations of Primary Care? //Br. J. Cardiol. 2005;12(5):397-400.
- Bull F.C., Schipper E.C., Jamrozik K. et al. How can and do Australian doctors promote physical activity?// Prev. Med. 1997 Nov-Dec;26(6):866-73.
- Cummings S.R., Rubin S.M., Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit// JAMA 1989 Jan 6;261(1):75-9.
- EUROASPIRE I and II Group. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries// The Lancet 2001 Mar;357:995-1001.
- EUROASPIRE II Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries: principal results from EUROASPIRE II//Eur. Heart. J. 2001;22:554-72.
- EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE: a European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease, principal results//Eur. Heart. J. 1997;18:1569-82.
- Frolkis J.P., Zyzanski S.J., Schwartz J.M. et al. Physician noncompliance with the 1993 National Cholesterol Education Program (NCEP-ATP II) guidelines//Circulation. 1998 Sep 1;98(9):851-5.
- Gibbons R.J., Abrams J. et al. ACC/AHA 2002 Guideline Update for the Management of Patients With Chronic Stable Angina. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Chronic Stable Angina). www.acc.org
- Gibbons R.J., Chatterjee K., Daley J. et al. ACC/AHA/ACP-ASIM guidelines for the management of patients with chronic stable angina: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines// J. Am. Coll. Cardiol. 1999;33:2092-2097.
- Gill J.M., Diamond J.J., Leone F.T. et al. Do physicians in Delaware follow national guidelines for tobacco counseling? //Del. Med. J. 2004 Aug;76(8):297-308.
- Glanz K., Tziraki C., Albright C.L. et al. Nutrition assessment and counseling practices: attitudes and interests of primary care physicians//J. Gen. Intern. Med. 1995 Feb;10(2):89-92.
- Hiddink G.J., Hautvast J.G., van Woerkum C.M. et al. Nutrition guidance by primary-care physicians: perceived barriers and low involvement// Eur. J. Clin. Nutr. 1995 Nov;49(11):842-51.
- Hobbs F.D., Erhardt L. Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries: the Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment (REACT) survey//Fam. Pract. 2002 Dec;19(6):596-604.
- Hyman D.J., Maibach E.W., Flora J.A., et al. Cholesterol treatment practices of primary care physicians// Public Health Rep. 1992 Jul-Aug;107(4):441-8.
- Kaplan C.P., Perez-Stable E.J., Fuentes-Afflick E. et al. Smoking cessation counseling with young patients: the practices of family physicians and pediatricians// Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2004 Jan;158(1):83-90.
- Larsen J., Andersen M., Bjerrum L. et al. Insufficient use of lipid-lowering drugs and measurement of serum cholesterol among patients with a history of myocardial infarction// J. Cardiovasc. Risk. 2003 Feb;10(1):61-4.
- Majumdar S.R., Gurwitz J.H., Soumerai S.B. Undertreatment of

- hyperlipidemia in the secondary prevention of coronary artery disease// J. Gen. Intern. Med. 1999; Dec;14(12):711-7.
22. McIlvain H.E., Crabtree B.F., Gilbert C. et al. Current trends in tobacco prevention and cessation in Nebraska physicians' offices// J. Fam. Pract. 1997 Feb;44(2):193-202
 23. Pearson T.A. The undertreatment of LDL-cholesterol: addressing the challenge// Int. J. Cardiol. 200 Jun 30;74 Suppl 1:S23-8.
 24. Saddleire A.E., Denny C.H., Greenlund K.J. et al. Trends in Cholesterol Screening and Awareness of High Blood Cholesterol - United States, 1991-2003 MMWR 2005;54(35):865-870. ©2005 Centers for Disease Control and Prevention (CDC).
 25. Schucker B., Wittes J.T., Santanello N.C. et al. Change in cholesterol awareness and action. Results from national physician and public surveys// Arch Intern Med 1991 Apr. 151(4):666-73.
 26. Soltesz K.S., Price J.H., Johnson L.W. et al. Family physicians' views of the preventive services task force recommendations regarding nutritional counseling// Arch. Fam. Med. 1995. Jul. 4(7):589-93.
 27. Sueta C.A., Chowdhury M., Boccuzzi S.J. et al. Analysis of the degree of undertreatment of hyperlipidemia and congestive heart failure secondary to coronary artery disease// Am. J. Cardiol. 1999 May 1;83(9):1303-7.
 28. Summerskill W.S., Pope C. An exploratory qualitative study of the barriers to secondary prevention in the management of coronary heart disease// Fam Pract 2002 Dec.19(6):605-10.
 29. Ujita K., Ohno K., Hashiguchi M. et al. Drug use evaluation of anti-dyslipidemic agents at a community hospital in Japan// Yakugaku Zasshi. 2002 Jul;122(7):499-506.
 30. Wells K.B., Lewis C.E., Leake B. et al. The practices of general and subspecialty internists in counseling about smoking and exercise// Am. J. Public. Health. 1986 Aug;76(8):1009-13.
 31. Гафаров В.В., Пак В.А., Гагулин И.В. и др. Эпидемиология и профилактика хронических неинфекционных заболеваний в течение двух десятилетий и в период социально-экономического кризиса в России. Новосибирск, 2000, 227-233.

Abstract

The survey focused on municipal out-patient clinic internists' involvement into modified coronary heart disease risk factor (CHD RF) control, as well as on RF control effectiveness reported by the patients. Up to 73% of the doctors confirmed clinical effectiveness of the intervention, and 53% regarded it equally important as antianginal therapy. Nevertheless, there were numerous barriers for successful realization of CHD RF control measures. Delivering RF control advice was linked to doctors' working pressure in 50,5% of cases, to patients' cultural level in 78,8%, to patients' interest and initiative in 33,3%, and to personal patient-doctor relations in 21,2%. Only brief advice was given by 44,9% of the doctors, and no more than 18% of the respondents were ready to forward their patient to the relevant specialist.

Therefore, 26% of the doctors reported providing lifestyle modification advice "never", "rarely", or "occasionally". Unsatisfactory follow-up on fulfillment of such advice was confirmed by 49% of the doctors. According to patient-provided data, the majority of the patients were unable to recollect receiving any relevant advice from their doctors. Most doctors reported advising on lipid-lowering diet, body weight control and smoking cessation (94% in each case), or physical training (77,5%), but only 46,1%, 32,3%, 75,3% and 23,8% of their patients, respectively, confirmed receiving such recommendations. Moreover, even for smoking cessation advice, where doctor-patient reporting gap was minimal, only 13,4% of the patients confirmed being offered some cessation plan. Expectedly, the majority of quitters (68,85%) were sure that cessation was their own accomplishment

Keywords: Coronary heart disease, modified risk factors, effectiveness of the intervention.

Поступила 30/03-2006