



Подходы к стимулированию пациентов к изменению образа жизни в первичном звене здравоохранения с целью снижения сердечно-сосудистого риска

**Согласованные рекомендации для специалистов
первичного звена здравоохранения
European Primary care Cardiovascular Society**

Перевод на русский язык с комментариями эксперта – главного внештатного специалиста по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, директора ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России, член-корреспондента РАН, профессора, д.м.н. О.М. Драпкиной

Мотивирование к изменению образа жизни, реализуемое в первичном звене здравоохранения, является важной профилактической технологией, которая позволяет снизить риск сердечно-сосудистых осложнений. В РФ накоплен и обобщен большой методический опыт проведения индивидуального профилактического консультирования с определением клинической и экономической эффективности данной методики. Программы диспансеризации и диспансерного наблюдения взрослого населения, внедренные в практику врачей первичного звена в последние годы, включают индивидуальное профилактическое консультирование пациентов в качестве необходимого компонента в коррекции поведенческих факторов риска, а также в повышении приверженности пациентов к соблюдению врачебных рекомендаций. В связи с этим у врачей и среднего медицинского персонала, вовлеченных в проведение диспансеризации, возникают проблемы и вопросы, связанные с недостатком практической информации по вопросам построения и проведения консультирования.

Рекомендации Европейского сердечно-сосудистого общества специалистов первичного звена здравоохранения обобщают научные исследования, посвященные как основным подходам к проведению мотивационного консультирования, так и частным вопросам эффективности методик консультирования в коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Отдельный раздел рекомендаций посвящен вопросам популяционной профилактики. Особый интерес вызывает развитие системы Public Health в Российской Федерации.

Данные рекомендации могут быть полезны для врачей-терапевтов, врачей общей практики, а также врачей кабинетов (отделений) профилактики и организаторов здравоохранения.



О.М. Драпкина

Подходы к стимулированию пациентов к изменению образа жизни в первичном звене здравоохранения с целью снижения сердечно-сосудистого риска

Согласованные рекомендации для специалистов первичного звена здравоохранения
European Primary care Cardiovascular Society

Christi Deaton¹, Paul Aveyard², Monika Hollander³, Judith R. Brouwer⁴, FD Richard Hobbs⁵ от имени членов Европейского сердечно-сосудистого общества специалистов первичного звена здравоохранения (EPCCS)

¹ University of Cambridge School of Clinical Medicine, Cambridge University Hospitals, United Kingdom

² Behavioural Medicine, Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford, OX2 6GG, United Kingdom

³ Julius Center for Health Sciences and Primary Care, UMC Utrecht, Universiteitsweg 100, 3584 CG, Utrecht, The Netherlands

⁴ Medcon International, PO Box 916, 2003 RX HAARLEM, The Netherlands

⁵ Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, Radcliffe Primary Care Building, University of Oxford, OX2 6GG, United Kingdom

Резюме

Образ жизни значительно влияет на заболеваемость и смертность. Нерациональное питание, низкая физическая активность, чрезмерное употребление алкоголя и/или курение увеличивают вероятность развития таких заболеваний, как сахарный диабет 2-го типа и/или сердечно-сосудистые заболевания. Для снижения индивидуального риска возникновения заболеваний и связанных с ними затрат необходимо изменить отношение к здоровью. Специалисты первичного звена здравоохранения смогут оценить, какие мероприятия, касающиеся изменения образа жизни, могут дать положительный эффект, однако они не всегда знают, как мотивировать пациента, чтобы тот изменил отношение к своему здоровью.

В ходе двух ежегодных совещаний Европейского сердечно-сосудистого общества специалистов первичного звена здравоохранения (EPCCS) были проанализированы данные об эффективности различных методов по мотивации изменения поведения в отношении здоровья и определены эффективные стратегии. В этом документе представлены данные о составляющих успешных методик по изменению поведения и мотивационных вмешательств, а также информация о том, на какие поведенческие факторы риска и клинические исходы можно повлиять с помощью различных стратегий. Основная цель – предоставить врачам общей практики и другим специалистам первичного звена здравоохранения практические рекомендации по мотивации пациентов к изменению образа жизни. В ходе совещаний были поставлены некоторые вопросы, которые отражены в этом документе в качестве рекомендаций для будущих исследований. Кроме того, обсуждаются потенциальный вклад и ответственность врачей общей практики в стимулировании социальных или политических изменений.

Содержание

Введение	3	Воздействие на автоматическое поведение	6
Согласованные рекомендации по мотивации к изменению отношения к здоровью	4	Отношение специалистов первичного звена здравоохранения ..	6
Скрининговые методы	4	Каковы доказательства эффективности методов?	7
Оценка риска	4	Данные исследований по оценке стратегий по коррекции специфических поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний	9
Роль рекомендаций в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний	4	Отказ от курения	9
Эффективные стили общения	5	Увеличение физической активности	10
Как начать разговор?	5	Снижение потребления алкоголя	10
Нужны ли медицинские показания для рекомендаций по здоровому образу жизни?	5	Снижение массы тела	10
Мнение пациента	5	Мотивационное интервью	11
Составляющие успешной методики по изменению поведения	6	Обучение медицинских работников консультированию по изменению поведения	11
Постановка целей	6	Социальные стратегии содействия здоровому образу жизни	12
Самоконтроль	6	Заключение	12
Вовлечение окружающих	6	Рекомендации для будущих исследований	13

Введение

Образ жизни значительно влияет на заболеваемость и смертность. Нерациональное питание, низкая физическая активность, чрезмерное потребление алкоголя и/или курение увеличивают вероятность возникновения таких заболеваний, как диабет 2-го типа и/или сердечно-сосудистые заболевания. Ухудшение здоровья, связанное с неправильным образом жизни, приводит к высоким экономическим потерям в обществе. Очевидно, что изменить отношение к здоровью необходимо для снижения индивидуального риска заболевания, однако до конца неизвестно, как достичь этих изменений. Специалисты первичного звена здравоохранения могут оценить, какие мероприятия, касающиеся образа жизни, принесут пользу пациенту. Тем не менее времени консультации для обсуждения образа жизни пациента и его возможных последствий зачастую не хватает, а иногда врачи общей практики не решаются затрагивать эту тему, опасаясь, что это будет расценено как вмешательство в частную жизнь.

В ходе проведения 8-го Ежегодного клинического мастер-класса Европейского сердечно-сосудистого общества специалистов первичного звена здравоохранения (EPCCS), проведенного в Праге (Чехия) в конце 2015 г., а также во время Ежегодного сердечно-сосудистого саммита специалистов первичного звена здравоохранения EPCCS в Дублине (Ирландия) в 2017 г. обсуждались эффективность различных методов мотивации на изменение отношения к здоровью и эффективные стратегии. Дополнительно были рассмотрены некоторые вопросы, сформулированные в настоящем документе в качестве рекомендаций для будущих исследований. В нем также представлены данные о том, чего можно добиться во время консультаций, а также обобщены дискуссии и заключения совещаний EPCCS, направленные на обучение специалистов первичного звена здравоохранения в Европе, как помочь пациентам соблюдать здоровый образ жизни.

Согласованные рекомендации по мотивации к изменению отношения к здоровью

В 2016 г. в Рекомендациях Европейского общества кардиологов по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике [1] говорится, что профилактика сердечно-сосудистых заболеваний представляет собой скоординированные мероприятия на популяционном или индивидуальном уровне, направленные на устранение или минимизацию последствий сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений, с ними связанных. Большинство экономически развитых стран продемонстрировали резкое снижение смертности с 1980 г. В значительной мере оно объясняется проводимыми профилактическими мероприятиями. Однако частота некоторых факторов риска, в частности ожирения и сахарного диабета 2-го типа, выросла. Заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний – результат не только высокой распространенности факторов риска, но и недостаточного внедрения профилактических мероприятий [1]. По некоторым оценкам, устранение поведенческих факторов риска позволит предотвратить до 80% сердечно-сосудистых заболеваний [2].

Скрининговые методы

Большинство рекомендаций предлагают сочетать случайный и систематический скрининг. С точки зрения затрат, эффективнее всего сосредоточиться на лицах с высоким риском или диагностированными сердечно-сосудистыми заболеваниями. Особенно важно, что врачи общей практики могут выявить лиц высокого риска без сердечно-сосудистых заболеваний. Несмотря на то, что эффективность вышеуказанного подхода ограничена, в Рекомендациях по профилактике 2016 г., разработанных Европейским обществом кардиологов, предложено использовать систематический подход к оценке сердечно-сосудистого риска преимущественно среди пациентов, у которых возможен высокий риск, например у лиц с семейным анамнезом сердечно-сосудистых заболеваний. При этом не рекомендуется проводить оценку сердечно-сосудистого риска у мужчин моложе 40 лет и у женщин до 50 лет [1].

Оценка риска

Согласно Рекомендациям Европейского общества кардиологов 2016 г., оценка риска должна регулярно повторяться, например, каждые 5 лет риск можно оценивать с помощью шкалы SCORE, прогнозирующей 10-летний риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, либо с помощью любой другой валидированной шкалы риска. Как правило, краткосрочный риск определяется возрастом, поэтому молодые люди, особенно женщины, редко достигают пороговых уровней риска, требующих назначения лечения. Фактически низкий абсолютный риск может скрывать высокий относительный риск, который требует проведения интенсивных мер по изменению образа жизни.

Для учета такого риска используют диаграмму относительного риска, пожизненного риска или риска в возрастной группе. Модели прогнозирования пожизненного сердечно-сосудистого риска выявляют лиц высокого риска в краткосрочной и в долгосрочной перспективе. Тем не менее в настоящее время отсутствуют рекомендации по использованию модели пожизненного риска для выявления лиц высокого риска, а также для выбора тактики лечения. Поэтому предложения по его применению до сих пор не сформулированы, однако в рекомендациях Европейского общества кардиологов указано, что данную шкалу можно использовать при консультации лиц

с высоким относительным, но низким абсолютным риском [1]. Также в подобных случаях можно использовать возрастной риск, поскольку он иллюстрирует сокращение ожидаемой продолжительности жизни, если профилактические меры не принимаются [3].

Роль рекомендаций в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний

В рекомендациях от 2016 г. [1] отмечено, что профилактика сердечно-сосудистых заболеваний должна проводиться во всех медицинских учреждениях, в том числе первичного звена, а также подчеркивается значимость врачей общей практики, консультирующих более 90% пациентов в большинстве стран. Таким образом, учреждения первичного звена играют важную роль при реализации соответствующих профилактических мероприятий. Врачи общей практики – ключевые специалисты, иницирующие, координирующие и обеспечивающие долгосрочное наблюдение за мерами по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Специалисты первичного звена здравоохранения, в том числе врачи общей практики и другие специалисты, например медсестры, могут выявлять пациентов, подверженных риску, и оценивать необходимость вмешательства в зависимости от их профиля риска. Эти согласованные рекомендации уникальны – они рассматривают как индивидуальные подходы (ориентированные на лиц с высоким риском), так и популяционные вмешательства на уровне населения. В документе подчеркивается, что профилактику сердечно-сосудистых заболеваний следует оценивать и проводить среди всех слоев населения, во всех медицинских учреждениях. Должны быть увеличены расходы на профилактику в здравоохранении и на мероприятия, способствующие оздоровлению населения. Все клиницисты должны заниматься профилактикой и пропагандой здорового образа жизни, а также поддерживать меры, способствующие его укреплению. Пациенты должны обладать знаниями и получать поддержку со стороны специалистов для принятия обоснованных решений, они нуждаются в мерах по профилактике со стороны системы здравоохранения и общества. Следует отметить, что пациент, осознавая состояние своего здоровья и возможности его улучшения, сам несет ответственность за ведение здорового образа жизни.

В рекомендациях Европейского общества кардиологов для снижения риска предлагаются когнитивные поведенческие техники, способствующие поддержанию здорового образа жизни. Разработанные когнитивно-поведенческие методики, такие как мотивационное интервьюирование [4], а также привлечение мультидисциплинарной команды специалистов в области здравоохранения (медсестер, диетологов, психологов) [5, 6] получили рекомендацию I класса уровня А. Это свидетельствует о том, что, по данным многочисленных рандомизированных клинических исследований или метаанализов, данное вмешательство полезно и эффективно. Более того, в рекомендациях I класса уровня А упомянуто, что среди лиц с очень высоким риском наиболее эффективны мультимодальные вмешательства с использованием медицинских ресурсов, содержащих информацию о здоровом образе жизни, физической активности, управлению стрессом, консультированию по психосоциальным факторам риска [6, 7]. Действительно, если человек находится в депрессии или живет в плохих социальных условиях, он не готов изменить свое поведение. Хотя решить все эти проблемы непросто, следует подчеркнуть, что усилия, направленные на расширение возможностей пациентов по улучшению их образа жизни для сохранения здоровья, никогда не пропадают даром. Даже небольшие изменения в поведении могут иметь важный положительный эффект в долгосрочной перспективе, а несколько небольших шагов принесут существенную пользу.

Эффективные стили общения

Большинство людей знает, что для их блага необходимо изменить образ жизни, и они готовы к этому. Они даже могут быть мотивированы изменить свои привычки. Но практика показывает, что одной мотивации недостаточно. Так, многие индивидуальные и внешние факторы препятствуют соблюдению здорового образа жизни и отказу от вредных привычек. Дружелюбное и конструктивное взаимодействие между специалистом первичного звена здравоохранения и пациентом позволит последнему справиться с болезнью и придерживаться рекомендуемого образа жизни. Индивидуальное консультирование создает основу для мотивации и приверженности к изменению поведения.

В рекомендациях Европейского общества кардиологов сформулированы принципы эффективной коммуникации, в том числе выделение достаточного времени для общения с пациентом, заинтересованность в его мнении о заболевании, его страхах и сомнениях. Важно убедиться в том, что вы говорите с пациентом на одном языке, что он понимает ваши советы. Необходимо признать, что изменить давние привычки трудно, и постепенный отказ от них приведет к значительно лучшему результату, нежели быстрые перемены [1].

Кроме того, были перечислены 10 стратегических шагов, помогающих улучшить процесс изменения образа жизни [7]. Специалисты первичного звена здравоохранения должны работать вместе и консультировать всех пациентов с факторами риска или имеющих сердечно-сосудистые заболевания. Важно помочь пациенту понять взаимосвязь между образом жизни и состоянием здоровья, преодолеть барьеры на пути изменения образа жизни, например, рассмотрев психосоциальные факторы риска, такие как стресс или социальная изоляция, во время индивидуальных или групповых занятий. Рекомендуется спросить пациентов, на чем они хотели бы сосредоточиться в первую очередь, а также взять с них обязательства по изменению своего поведения. Используйте сочетание различных воздействий, включая развитие способности пациента к изменениям. Следует разработать план изменения образа жизни, сочетающий достижимые цели с самоконтролем поведения [5]. По возможности рекомендуется привлечь других медицинских работников: диетологов, физиотерапевтов, специалистов по вопросам психического здоровья, социальных работников и психологов; следует проконтролировать процесс изменения образа жизни на протяжении всего последующего наблюдения [7].

На поведение человека влияют некоторые индивидуальные (мотивация, привычки, источники) и контекстуальные (навыки, возможности и ресурсы). Поведенческий потенциал, т.е. вероятность принятия решения в конкретной ситуации, после исходного изменения поведения меняется со временем и в зависимости от контекста. Адаптация к новым поведенческим установкам может сопровождаться несколькими срывами, за ними, как правило, следует улучшение поведения, прежде чем новая модель поведения станет устойчивой [8]. Полезно подготовить человека к возможным будущим срывам. Эффективное взаимодействие между врачом и пациентом при долгосрочном наблюдении поможет человеку вернуться к ранее принятым поведенческим установкам.

Как начать разговор?

Нужны ли медицинские показания для рекомендаций по здоровому образу жизни?

Многие терапевты считают, что лучше всего советовать бросить курить, когда у пациента возникли проблемы со здоровьем, связанные с курением [9, 10]. Однако это не подтверждается данными анализа предикторов отказа от курения после консультации врача [11]. Более того, в некоторых случаях у пациентов вызывают раздражение рекомендации, связанные с имеющимися заболеваниями, поскольку они расценивают это как обвинение в болезни [12].

Отсутствие медицинских показаний не должно быть барьером для беседы. В систематическом обзоре и метаанализе 13 исследований была проведена сравнительная оценка эффективности предоставления кратких рекомендаций о прекращении курения и заместительной никотиновой терапии среди курильщиков [13]. Обнаружено, что вмешательство на уровне изменения поведения оказывало больший эффект на пациентов, пытающихся бросить курить (относительный риск 2,17; 95% доверительный интервал 1,52–3,11), чем рекомендации об отказе от курения по медицинским показаниям (относительный риск 1,24; 95% доверительный интервал 1,16–1,33) или никотинзаместительная терапия (относительный риск 1,68; 95% доверительный интервал 1,48–1,89) по сравнению с контрольной группой без вмешательства. При этом большое количество попыток бросить курить не всегда соотносится с более высокими показателями отказа от курения. В исследованиях, в которых было отмечено большее количество пытающихся бросить курить после вмешательства на уровне изменения поведения или при назначении никотинзаместительной терапии, готовность бросить курить до оказания медицинской помощи не оценивалась. Авторы рекомендуют предлагать помощь в отказе от курения более широкому кругу лиц, поскольку взаимодействие только с лицами, желающими бросить курить самостоятельно, исключает тех, кто может захотеть отказаться от курения в ходе консультации [13].

Мнение пациента

Было проведено исследование, оценивающее эффективность вовремя предложенного участия в группе коррекции веса лицам с ожирением, а также их восприятие целесообразности такого вмешательства [14]. Из 2728 потенциально подходящих пациентов 1882 были отобраны и рандомизированы в группу с одним или двумя 30-секундными вмешательствами. Пациентов относили к группе коррекции веса, где осуществлялось активное вмешательство. При этом доктор делал определенные назначения и проводил последующее наблюдение. В группе контроля врач рассказывал пациенту, какую пользу для его здоровья принесет снижение веса. 722 (77%) участника, направленных в группу активного вмешательства, согласились на это, и 379 (40%) из них посетили группу коррекции веса, по сравнению с 82 (9%), рандомизированными в контрольную группу. В группе активного вмешательства изменение веса в среднем составило 2,43 кг в течение 12 месяцев и 1,04 кг в контрольной группе (разница после поправки – 1,43; 95% доверительный интервал 0,89–1,97). Количество участников, потерявших 5% или 10% от исходной массы за год, было примерно в 2 раза выше при активном вмешательстве (5% от массы тела у 25% vs 14%, 10% от массы тела у 12% vs 6%). Когда спросили их мнение о решении врача обратить внимание на их вес, в то время как они пришли на консультацию по другой причине, 1530 (81%) участников сочли, что это уместно и полезно. 4 (<1%) пациентов считали подобное вмешательство неуместным и бесполезным. Оценки участников о целесообразности и полезности краткосрочных вмешательств между двумя группами существенно не различались.

Зачастую врачи общей практики беспокоятся о том, чтобы не обидеть пациента, обсуждая его вес, однако результаты данного исследования свидетельствуют: если беседа проходит в конструктивном ключе, подобное вмешательство воспринимается преимущественно как позитивное и зачастую оно эффективно [14].

Составляющие успешной методики по изменению поведения

Во всех эффективных когнитивных поведенческих методиках, которые также называются образовательными программами или методиками, направленными на изменение поведения, основное внимание уделяется изменению мнения о себе, о своем поведении и обстоятельствах, а также о том, как индивид может изменить свой образ жизни. Многие исследовательские работы оценивают эффективность таких методик, однако информация о них, как правило, представлена плохо, с большими вариациями в используемой терминологии, что затрудняет их воспроизведение. Усилия по исправлению этого и укреплению доказательной базы, а также внедрению вмешательств включают разработку классификации методик [15, 16]. Подобная классификация может стать полезным методологическим инструментом в исследовании, предназначенным для оценки активных компонентов вмешательства с точки зрения точности и специфичности [16].

Постановка целей

Когнитивные поведенческие стратегии должны вписываться в повседневную жизнь пациента. Врач может помочь пациенту выбрать цели и подумать о том, как их можно воплотить в жизнь. Лучше всего сформулировать список небольших, но реалистичных целей, поскольку люди становятся увереннее по мере их достижения. Пациент должен быть готов к провалам, формулируя возможные варианты реагирования (если... произойдет, тогда я буду...) на случай если пациент не придерживается своих планов; это поможет сохранить реалистичные ожидания. Перспективное мышление поможет выявить барьеры и пути их преодоления. Пациент должен определить свои цели и сформулировать правила образа жизни. Лучше и эффективнее, если правила имеют четкие границы и связаны с чувством собственного отождествления, например, если пациент будет считать себя некурящим. Если правило включает в себя конкретное значение, ему легче следовать. Если правила повторяются, в конце концов они становятся привычкой. Привычка может работать по аналогичному сценарию «если... тогда», за исключением того, что это будет уже не когнитивный процесс, а скорее инстинктивный.

В свете постановки реалистичных целей здорового образа жизни интересно рассмотреть концепцию позитивного здоровья. В отличие от определения здоровья, сформулированного Всемирной организацией здравоохранения в 1948 году, где здоровье характеризуется как «состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни или немощи», предлагается более широкий взгляд на здоровье [17]. Учитывая в настоящее время распространенность хронических заболеваний, связанных с образом жизни, определение здоровья как «динамичной способности придерживаться и управлять собственным благополучием перед лицом социальных, физических и эмоциональных проблем» более уместно. Исследование, проведенное создателями инициативы «Позитивное здоровье», показало, что пациенты считают эту способность очень важной [17, 18]. Смещение фокуса от плохого состояния здоровья к устойчивому благополучию может помочь во взаимодействии с пациентами, совместному принятию решений и постановке целей.

Самоконтроль

Внешние инструменты, такие как приложение для смартфона или журналы, полезны для самоконтроля. Врач общей практики может предоставить обратную связь о ходе изменений и задать положительный настрой. Хорошо мотивируют не только беседы с больными о том, делают ли они именно то, что планировали, но и совместный контроль врача и пациента величины гликированного гемоглобина (HbA_{1c}) или данных шагомеров/акселерометров и специальных приложений для смартфона.

Вовлечение окружающих

Есть данные о том, что участие супруга/супруги или других членов семьи может способствовать повышению эффективности вмешательства, в отличие от общения с врачом один на один. Кроме того, была признана эффективной концепция соучастия, при которой два человека возлагают друг на друга ответственность, например, позвонив друг другу, чтобы проверить поведение, и делая ставки, которые другой человек должен заплатить, если он или она терпит неудачу.

Воздействие на автоматическое поведение

Знание о преимуществах определенного поведения не приводит к данному типу поведения автоматически. В этом контексте уместно рассмотреть описанные ранее две обширные категории поведения: рефлексивное и автоматическое. Рефлексивное поведение целенаправленно, рационально, гибко, но одновременно оно медленное и громоздкое, тогда как автоматическое поведение можно рассматривать как чувствительное к внешним факторам, негибкое, и оно освобождает когнитивные процессы. Большинство вмешательств нацелены на рефлексивное поведение, но их можно переориентировать на автоматическое поведение, а это более эффективно [19]. Для этого требуется осмыслить, как необходимо реструктурировать внешнюю среду, так чтобы сигналы окружающей среды, которые вызвали автоматическое поведение, были заменены сигналами, помогающими вести здоровый образ жизни. Было показано, что менее удобный лифт с медленно закрывающимися дверьми способствует ходьбе по лестнице [20]. Размещение здоровой пищи ближе на 25 см по сравнению с другими блюдами в кафетерии увеличивает шансы выбора более здорового питания [21]. Точно так же уменьшение количества торговых точек продажи нездоровой пищи, расположенных в непосредственной близости, снижает ее потребление [22].

Кроме того, поведение может изменить воздействие на автоматические ассоциативные процессы. Важным примером является ограничение сбыта фастфуда, табака и алкоголя. Дети, смотрящие мультфильмы с рекламой фастфуда, или взрослые, просматривающие фильмы, в которых алкоголь выставлен на видном месте, будут потреблять подобный продукт больше. Более того, тот факт, что люди, как правило, предрасположены к восприятию позитивных стимулов, может быть использован с помощью размещения забавных высказываний, в том числе персонажей мультфильмов о полезных продуктах, а также об овощах для увеличения шансов на то, что дети начнут их есть. Наряду с этим указание на бренд должно быть удалено с упаковки нерациональных продуктов питания и табака для уменьшения их привлекательности. Развитие позитивных ассоциаций со здоровым поведением является ключевым, так как оно препятствует поведенческим импульсам. Несмотря на то что в данном случае сам врач может сделать немного, повышение осведомленности об этих механизмах может помочь пациентам противостоять автоматическому нездоровому поведению. Более того, эти данные могут быть полезны специалистам, принимающим участие в инициативах, направленных на создание здоровой среды.

Отношение специалистов первичного звена здравоохранения

Врач общей практики должен разработать с пациентом план продолжительности наблюдения для оценки и закрепления прогресса в достижении цели. Долгосрочное наблюдение также может осуществляться с привлечением родственников и знакомых. Важно понимать, какие поведенческие программы или ресурсы доступны в окружении пациента. Следует определить индивидуальные потребности и возможности пациента.

Несмотря на то что за потерей веса нередко следует его восстановление, даже временно устраненный фактор риска или аналогичный маркер способствует улучшению здоровья. Важна продолжительность гипертонии или степень

резистентности к инсулину. Аналогично тому влиянию, которое оказывает терапия статинами в течение 5 лет [23], эффект от снижения веса при диабете длится дольше, чем сам период потери веса, поэтому должно приветствоваться любое уменьшение массы тела. Кроме того, даже небольшие улучшения позволяют пациенту почувствовать, что он/она находится под контролем, может усилить мотивацию и повысить качество жизни. Вмешательства, направленные на отдельные поведенческие привычки, могут быть эффективными для изменения поведения [24, 25]. Компоненты образа жизни часто взаимосвязаны, поэтому вмешательство может потребоваться в отношении нескольких компонентов. Так, следует говорить о более целостном подходе, концентрирующемся на различных компонентах образа жизни.

Каковы доказательства эффективности методов?

Ранее были проведены исследования по оценке стратегий по изменению образа жизни. Были приложены усилия для оценки качества и целей этих исследований, а также для уточнения составляющих вмешательств. В настоящем документе мы сосредоточились на результатах некоторых систематических обзоров и/или метаанализов.

Для написания научно обоснованного заявления от имени American Heart Association N.T. Artinian и соавт. проанализировали более 70 исследований, оценивающих техники по изменению поведения [5]. Было показано, что в большинстве исследований использовались суррогатные конечные точки, например, уровни липидов или артериальное давление, а величина эффекта, как правило, была незначительной. По результатам обзора литературы на основе фактических данных, в заявлении представлены рекомендации по физической активности и диетическим вмешательствам у взрослых людей, включая расово-этнические меньшинства и/или социально-экономически неблагополучные группы населения. Когнитивные поведенческие стратегии (класс I, уровень доказательности A) включают постановку целей, обратную связь, самоконтроль, план действий с последующими контактами, долгосрочное наблюдение с контролем, а также использование стратегий мотивационного опроса, при этом рекомендуется использовать сочетание двух этих стратегий.

Руководство разработано с целью реализации наиболее результативных и эффективных стратегий [5].

В другом систематическом обзоре основное внимание уделяется стратегиям по изменению поведения для профилактики ишемической болезни сердца [26]. В статьях, помимо результатов наиболее часто используемых вмешательств по изменению поведения, включенных в обзор, были отражены методика и цели. Длительность наблюдения в большинстве исследований не превышала 1 года, в некоторых составила около 2 лет, и только одно длилось 7–9 лет. В **таблице 1** описано влияние вмешательств на факторы риска и клинические исходы. Небольшой, но значимый эффект был отмечен в отношении курения, характеризующийся тем, что в целом вмешательство способствовало отказу от курения по сравнению с контрольной группой. При этом значимого влияния на индекс массы тела не было, тогда как маленький, но статистически значимый эффект был обнаружен в отношении систолического и диастолического артериального давления. В свою очередь вмешательства не влияли на риск развития ишемической болезни сердца, тогда как в отношении риска смерти эффект был [26].

В этом исследовании [26] также рассматривались предикторы эффекта, какие характеристики исследуемых вмешательств определяют его результат. Хотя 15 исследований по смертности свидетельствуют о том, что более длительное вмешательство будет иметь лучший результат по сравнению с коротким, этот эффект не был статистически значимым. Подобных закономерностей в отношении курения не выявлено. Вмешательства в отношении смертности на индивидуальном уровне оказались более эффективными, чем групповые, но опять-таки это различие было статистически не значимо, а также не обнаружено различий между подходами по воздействию на курение. Для смертности или курения не имело значения, как было разработано вмешательство: на основе психологической теории или без теоретической основы. Наконец количество методик по коррекции поведения, включенных в вмешательство, также не было связано со смертностью, как ни одна категория методики (постановка целей/планирование действий, анализ выполнения целей/самоконтроля, управление стрессом, социальная поддержка, обратная связь) значимо не предсказывали смертность.

Авторы полагают, что невозможно определить, какой аспект этих вмешательств по вторичной профилактике

Таблица 1. Влияние методик по изменению поведения на сердечно-сосудистые факторы риска и клинические исходы по данным систематических обзоров [26, 27]

		Количество исследований	ОР/ОШ	Среднее различие	95% ДИ	Неоднородность между исследованиями	p	Исследование
ФАКТОР РИСКА	Курение	15	ОР 0,89		0,81–0,97	Низкая		[26]
	ИМТ	8		-0,39 кг/м ²	-1,03 до 0,25	Высокая		[26]
	Систолическое АД	10		-3,13 мм рт.ст.	-5,11 до -1,15	Средняя		[26]
	Диастолическое АД	10		-1,12 мм рт.ст.	-2,10 до -0,13	Средняя		[26]
КЛИНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ	ИБС	5	ОР 0,86		0,68–1,09	Невысокая		[26]
	Смертность	15	ОР 0,82		0,69–0,97			[26]
	Общая смертность	6	ОШ 1,34		1,10–1,64		0.003	[27]
	Сердечно-сосудистая смертность	5	ОШ 1,48		1,17–1,88		0.001	[27]
	Повторный инфаркт и повторная госпитализация	8	ОР 1,35		1,17–1,55		<0.00	[27]

Примечание: ОР – относительный риск, ОШ – отношение шансов, 95%ДИ – 95% доверительный интервал, ИМТ – индекс массы тела, АД – артериальное давление, ИБС – ишемическая болезнь сердца.

наиболее эффективен, а это может быть связано с тем, что большинство вмешательств включало целый ряд методов, которые могли приводить к синергическому эффекту при сочетании различных подходов [26]. Следует отметить, что в этом исследовании наблюдалась такая неоднородность при измерении поведения в отношении здоровья, что результаты невозможно было объединить в единый метаанализ.

Еще одна исследовательская группа провела оценку 38 техник по изменению поведения (из 26 исследований), целью которых была коррекция малоподвижного образа жизни у взрослых [28]. Классификация вмешательств (высокоэффективные, умеренно эффективные и неэффективные) на основании наблюдаемых изменений поведения, показала, что целью высоко (39%) или умеренно (21%) эффективных вмешательств было изменение образа жизни, а не увеличение физической нагрузки.

Были выделены несколько составляющих методик изменения поведения: обучение, убеждение, стимуляция, подготовка, изменение внешней среды, моделирование и предоставление возможностей. По количеству составляющих вмешательств подразделялись на высокоэффективные (среднее количество: 1,93 составляющих, ст.ош. 1,28), среднеэффективные (среднее количество: 2,13 составляющих, ст.ош. 1,13) и неэффективные (среднее количество функций: 1,07, ст.ош. 0,59; $p < 0,001$). Наиболее эффективными были вмешательства, основанные на изменении внешней среды, убеждениях, обучении или подготовке, при этом самоконтроль, решение проблем и изменение социальной или физической среды были определены как особенно перспективные методы для стимулирования изменения поведения. Эффективные вмешательства использовали большее количество составляющих (очень многообещающие: среднее количество 7,27, ст.ош. 5,19, довольно многообещающие – среднее количество 7,00, ст.ош. 2,83) по сравнению с вмешательствами, которые оказались бесперспективными (среднее количество – 4,87, ст.ош. 2,70; $p < 0,001$) [28]. Самоконтроль, решение проблем и изменение социальной среды в наибольшей степени способствовали изменению поведения.

Авторы делают следующий вывод: на сегодняшний день информация о наиболее эффективных техниках для коррекции малоподвижного образа жизни основана на исследованиях с субоптимальным дизайном, который не позволяет сделать окончательные выводы об эффективности вмешательства. Лишь немногие исследования используют малоподвижный образ жизни в качестве критерия включения, а в некоторых исследованиях в качестве критерия используется недостаточный контроль физической активности. Таким образом, доказательная база того, что работает и почему, касательно коррекции малоподвижного образа жизни слабая [28].

При интерпретации этих данных следует отметить, что во всех этих исследованиях вмешательства были краткосрочными. Единственное исключение составляет итальянское исследование GOSPEL [29], с долгосрочным вмешательством, которое показало наибольший положительный эффект вмешательства на ишемическую болезнь сердца, среди исследований, рассмотренных Гудвином и соавт. [26]. В рандомизированном исследовании GOSPEL сравнивалась 3-летняя многофакторная непрерывная образовательная и типичная практика ведения пациентов, в том числе программой сердечной реабилитации у 3241 пациента с недавним инфарктом миокарда при относительно низком риске (немногие пациенты старше 70 лет или с фракцией выброса менее 40%).

Вмешательство не привело к существенному уменьшению частоты возникновения комбинированной первичной конечной точки (табл. 2). Однако оно снизило риск возникновения нескольких вторичных конечных точек. Кривые Каплана–Мейера вероятности отсутствия первичных и вторичных точек для групп вмешательства и традиционного лечения расходились в течение всего периода исследования. Более того, в группе вмешательства отмечено улучшение образа жизни участников, в том числе увеличение физической нагрузки, частоты соблюдения диеты, снижение психосоциального стресса, контроль массы тела. Таким образом, исследование GOSPEL показало, что долгосрочное многофакторное усиленное вмешательство после реабилитации по поводу инфаркта миокарда может снизить риск возникновения значимых сердечно-сосудистых событий [29].

При более пристальном рассмотрении эффективности большинства вмешательств возникает вопрос, какие имеются данные об эффектах психолого-образовательного компонента в качестве составляющего кардиологической реабилитации? В метаанализе исследований с участием 213 пациентов с ишемической болезнью сердца, нуждающихся в кардиологической реабилитации, в которых сравнивали психолого-образовательные программы с физической активностью, стандартной реабилитацией или медицинской помощью, оценивали влияние психолого-просветительской работы на изменение поведения и модифицируемые физиологические факторы риска [30]. Психолого-образовательные вмешательства оказали значимое влияние на повышение физической активности через 6–12 месяцев, но имели слабый эффект в отношении отказа от курения и соблюдения правильного питания. Этот эффект, по-видимому, можно объяснить такими составляющими, как постановка целей, решение проблем, самоконтроль и ролевое моделирование. Достоверного влияния на физиологические факторы риска, включая артериальное давление в покое и при физической нагрузке,

Таблица 2. Влияние 3-летней многофакторной образовательной и поведенческой программы на сердечно-сосудистые конечные точки в исследовании GOSPEL [29]. Первичная конечная точка – сочетание смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, нефатального инфаркта миокарда, нефатального инсульта и госпитализация по поводу стенокардии, сердечной недостаточности или экстренной реваскуляризации

Конечная точка	Частота в группе вмешательства, %	Частота в контрольной группе, %	Относительный риск (95% ДИ)
Комбинированная первичная конечная точка	16,1	18,2	0,88 (0,74–1,04)
Смерть от сердечно-сосудистых заболеваний, нефатальный инфаркт миокарда и инсульт	3,2	4,8	0,67 (0,47–0,95)
Смерть от сердечно-сосудистых заболеваний и нефатальный инфаркт миокарда	2,5	4,0	0,64 (0,43–0,94)
Нефатальный инфаркт миокарда	1,4	2,7	0,52 (0,31–0,86)

средний процент жира в организме и соотношение индекса массы тела или отношения объема талии к объему бедер не наблюдалось [30]. Таким образом, эффективность регулярных программ кардиологической реабилитации может быть повышена путем включения психолого-образовательного компонента.

В другом метаанализе проведена оценка влияния психолого-образовательных вмешательств на прекращение курения у пациентов с ишемической болезнью сердца [31]. По результатам 14 исследований в группе вмешательства значительно выросла вероятность продолжительного отказа от курения (относительный риск 1,51; 95% доверительный интервал 1,18–1,93) по сравнению с группой контроля. Незначительное снижение общей смертности было отмечено в группе, рандомизированной на психолого-образовательное вмешательство (относительный риск 0,73; 95% доверительный интервал 0,46–1,15). Вмешательства, как правило, касались мотивации и целей, представлений о возможностях, знаний и навыков, однако по результатам настоящего исследования невозможно ретроспективно оценить составляющие поведения [31].

Еще одна исследовательская группа поставила перед собой задачу оценить последние программы по модификации образа жизни для пациентов с ишемической болезнью сердца (опубликованные в 1999–2009 гг.) с точки зрения их эффективности уменьшения частоты факторов риска, коррекции связанного с ними образа жизни и снижения смертности по сравнению с традиционной кардиологической помощью. Авторы сосредоточились на анализе более поздних вмешательств, поскольку традиционное кардиологическое лечение со временем изменилось в лучшую сторону, и достигнутые улучшения нивелируют достижения, полученные в более старых программах [27]. В метаанализе 23 исследований с участием более 11 000 рандомизированных пациентов выдвинуто предположение о том, что программы по модификации образа жизни действительно имеют большие преимущества по сравнению с теми, которые можно получить в рамках обычного лечения. Большой эффект на снижение смертности от всех причин, сердечно-сосудистой смертности, частоты повторного инфаркта и повторной госпитализации был отмечен при проведении вмешательства (табл. 1). Авторы отметили, что программы, включающие все 4 саморегулирующиеся методики по изменению поведения: постановку целей, планирование, самоконтроль и обратную связь, – были более эффективны для улучшения образа жизни, в частности для увеличения физической нагрузки и соблюдения диеты (потребление жира), по сравнению с программами, которые не использовали эти методики. Наблюдаемые эффекты не сохранялись в долгосрочной перспективе. Это исследование также показало, что вмешательство с участием семьи и партнеров пациентов также были более эффективны в отношении отказа от курения и соблюдения диеты [27].

В наш технологический век для внедрения методики по изменению поведения могут также применяться мобильные устройства, например, путем обмена текстовыми сообщениями или предоставления информации на веб-сайте. Вмешательства, такие как постановка целей или обратная связь, проводимые с помощью мобильных устройств, дали положительные результаты в отношении приверженности к лекарственной терапии в краткосрочной перспективе, физической активности в течение 6 месяцев, но при этом они были неэффективны в отношении соблюдения диеты или отказа от курения [32].

В настоящее время собирают данные об очень коротких вмешательствах. Очень короткие вмешательства – это вмешательства, длящиеся менее 5 минут, состоящие из аналогичных описанных ранее методов, но вписывающиеся в повседневную практику. Данные вмешательства также нацелены на предоставление пациентам инструментов, необходимых для реализации изменений в образе жизни. Методики были протестированы на их выполнимость и приемлемость среди 68 пациентов. В настоящее время проводится

рандомизированное исследование, в котором будут оцениваться 3 очень коротких вмешательства: мотивационное вмешательство с внесенными в него поправками, которые включают план действий и дневник физической активности для постановки целей и самоконтроля; вмешательство с использованием шагомера с внесенными в него поправками, которые включают советы и идеи по увеличению физической активности и диаграммы шагов для постановки целей и самоконтроля; или комбинированное мотивационное вмешательство с использованием шагомера [33].

Данные исследований по оценке стратегий по коррекции специфических поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний

Отказ от курения

В систематическом обзоре и метаанализе были проанализированы методики отказа от курения, использованные в 13 исследованиях, с точки зрения эффективности [13]. Так, рекомендации по отказу от курения по медицинским показаниям увеличивали количество попыток бросить курить на 24% (относительный риск 1,24; 95% доверительный интервал 1,16–1,33) по сравнению с их отсутствием. Назначение никотинзаместительной терапии или активное наблюдение за отказом от курения оказали более сильное положительное воздействие (относительный риск 1,68; 95% доверительный интервал 1,48–1,89; относительный риск 2,17; 95% доверительный интервал 1,52–3,11 соответственно). При сравнении активного наблюдения или назначения терапии с рекомендациями просто по отказу от курения оба воздействия способствовали увеличению количества попыток бросить курить (относительный риск 1,69; 95% доверительный интервал 1,24–2,31 при активном наблюдении и относительный риск 1,39; 95% доверительный интервал 1,25–1,54 в случае назначения заместительной терапии).

В одном исследовании анализировали эффект активного наблюдения за отказом от курения по сравнению с однократными рекомендациями. Обнаружено, что активное наблюдение более эффективно в отношении долгосрочного отказа по сравнению с краткими рекомендациями (относительный риск 5,25; 95% доверительный интервал 0,62–44,14). Несмотря на то что вмешательство увеличило количество попыток бросить курить, данные о том, что эти попытки успешны, недостоверны (относительный риск 3,10; 95% доверительный интервал 0,38–25,51).

Пациенты, находящиеся под наблюдением, считают, что это очень полезно, по сравнению с теми, которым давали просто рекомендации об отказе от курения [13]. В систематическом обзоре рандомизированных клинических исследований, где оценивалась эффективность рекомендаций врачей по отказу от курения по крайней мере в течение 6 месяцев наблюдения, показано, что однократное консультирование умеренно влияет на процент отказов [34]. Во включенных исследованиях показатели курения в контрольных группах отражают большую вариативность – от 1 до 14%.

Количество прекративших курить в группе контроля, по данным исследований, различалось от 1 до 14%. Предполагая, что количество бросивших курить без посторонней помощи через 12 месяцев составляет 2–3%, данные 17 исследований показали, что даже краткие рекомендации могут увеличить данный показатель примерно на 1–3% (относительный риск 1,66; 95% доверительный интервал 1,42–1,94). В 11 исследованиях, в которых оценивалось более интенсивное вмешательство, отмечен небольшой дополнительный эффект (относительный риск 1,86; 95% доверительный интервал 1,60–2,15) по сравнению со стандартным ведением (без дополнительных

рекомендаций). Есть данные о том, что последующие консультации являются важными составляющими вмешательства [34]. Результаты исследований также подтверждают эффект от использования в качестве дополнительной помощи никотинзаместительной или любой другой лекарственной терапии для отказа от курения [35, 36]. Никотинзаместительная терапия может быть назначена в различных формах: в виде жевательной резинки, трансдермального никотинового пластыря, назального спрея, ингалятора или подъязычных пластинок; все они продемонстрировали свою эффективность при отказе от курения. В систематическом обзоре было показано, что шансы бросить курить с помощью никотинзаместительной терапии у пациентов были выше по сравнению с контрольной группой (относительный риск 1,60) [36]. Бупроприон – это антидепрессант, который также можно использовать во время длительного отказа от курения [37]. В метаанализе были показаны аналогичные успешные результаты от приема бупроприона, как и у никотинзаместительной терапии по сравнению с плацебо [38].

Варениклин – частичный агонист рецепторов никотина. Было показано, что на его фоне вероятность прекращения курения повышается более чем в 2 раза по сравнению с плацебо [36]. Исследование EUROACTION-PLUS (EA+) показало, что дополнительная терапия с использованием варениклина для профилактической кардиологической программы под контролем медсестры существенно увеличила процент воздержания от курения в течение 16 недель среди курильщиков высокого риска сердечно-сосудистых заболеваний. 91% из 350 участников, рандомизированных по программе EA+, решили использовать варениклин. Всего 177 курильщиков из группы EA+ отказались от курения по сравнению со 346 курильщиками, рандомизированными для традиционной помощи от курения, где отказались 63 человека (относительный риск 4,52; 95% доверительный интервал 3,20–6,39) [39].

Увеличение физической активности

Британские NICE-рекомендации предусматривают различные способы оценки физической активности пациента [40]. В связи с тем, что низкая физическая активность является фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, она должна стать основанием при постановке соответствующей цели. Следует не просто предлагать использовать шагомер, а ставить конкретные цели, в достижении которых данный инструмент может помочь. Пациенты могут самостоятельно контролировать себя, а результат можно будет обсудить на последующих консультациях. Необходимо разработать цели, которые будут учитывать повседневную активность пациента [40].

Снижение потребления алкоголя

Высокое потребление алкоголя – значимый фактор риска артериальной гипертонии. Был проведен систематический обзор, в котором оценивались методики изменения поведения с целью выявления составляющих вмешательств, которые лучше всего способствуют повышению мотивации к изменению образа жизни [41]. Среди всех мотивирующих тем незамедлительная готовность способствовала значительному снижению потребления алкоголя (–56 г/неделю, $p=0,025$), тогда как информация о последствиях употребления алкоголя (+14 г/неделю, $p=0,5$), повышение внутренней мотивации и уверенности (+33 г/неделю, $p=0,11$), а также информация о других поведенческих методиках (–38 г/неделю, $p=0,10$) или мотивационном интервьюировании (–8 г/неделю, $p=0,73$) не повлияли на употребление алкоголя. Среди методов самокон-

троля наиболее эффективным был контроль с использованием дневника (–50 г/неделю, $p=0,002$), тогда как просто планирование дальнейших шагов и выявление пусковых моментов (+15 г/неделю, $p=0,3$), постановка целей (–22, $p=0,26$) и побуждение к их пересмотру (–29, $p=0,19$) на потребление алкоголя достоверно не влияли. После сочетанного применения всех методов в ходе регрессионного анализа самоконтроль показал больший эффект по сравнению с решимостью пациента (–36 vs –8 г/неделю) [41].

Снижение массы тела

Для того чтобы узнать, как научиться ставить правильные цели, было проведено исследование среди женщин с избыточным весом или ожирением, включенных в платную программу снижения веса (Weight Watchers) по оценке эффективности добавления намеченных планов в разработанную программу по снижению веса [42]. Намеченные планы – это информация о том, что планирует участник съесть, где, когда и как, например, на предстоящей неделе. Также был сформулирован план действий при возникновении трудностей, в котором было отражено, что участник может сделать в данной ситуации, например: «Если я голоден, вместо того, чтобы есть вредные продукты, я съем...» или «Если кто-то предложит мне мою любимую вредную пищу, для того чтобы ее не съесть, я планирую...». 55 женщин с избыточным весом или ожирением (индекс массы тела – 25,28–48,33) были случайным образом отобраны либо в группу, где использовалась методика с намеченным дополнительным планом, либо в группу контроля. По истечении 2 месяцев участники, которые следовали намеченному плану, потеряли в среднем 4,2 кг (95% доверительный интервал 3,19–5,07) по сравнению с 2,1 кг (95% доверительный интервал 1,11–3,09) среди участников группы контроля. Таким образом, было показано, что простое планирование является ключевым механизмом, объясняющим потерю веса в данном исследовании [42].

Недавно в открытом кластер-рандомизированном исследовании DiRECT с участием специалистов первичного звена здравоохранения оценивали интенсивную программу коррекции веса [43]. Его цель – определить, можно ли на фоне проводимого вмешательства достичь ремиссии сахарного диабета 2-го типа по сравнению с оптимальным ведением в соответствии с рекомендациями (149 участников в обеих группах, 23 группы после вмешательства и 26 контрольных групп). У участников в течение последних 6 лет был диагностирован сахарный диабет 2-го типа, их индекс массы тела составлял 27–45 кг/м², они не получали инсулин. Вмешательство состояло из коррекции питания (потребление 825–853 ккал/сут в течение 3–5 месяцев), повторной коррекции с введением в рацион питания новых продуктов питания (каждые 2–8 недель) и организованной помощи в долгосрочном поддержании потери веса. Участникам, рандомизированным в группу вмешательства, были отменены сахароснижающие и антигипертензивные препараты. Через 12 месяцев потеря веса на 15 кг наблюдалась у 36 (24%) участников группы вмешательства по сравнению с ни одним в контрольной группе. Всего 68 (46%) пациентов в группе вмешательства достигли ремиссии диабета по сравнению с 6 (4%) из контрольной группы (относительный риск 19,7; 95% доверительный интервал 7,8–49,8, $p<0,0001$). Средний вес был на 10,0 кг ниже в группе вмешательства и на 1,0 кг в группе контроля. Отмечено улучшение качества жизни в группе вмешательства, в то время как в группе контроля отмечено его снижение. Наблюдение за когортой будет осуществляться в течение 4 лет [43].

Мотивационное интервью

Исходно мотивационное интервью направлено в помощь людям с наркоманией. Этот подход ориентирован на человека, задачей которого является не столько убедить пациента и попытаться изменить его поведение посредством предоставления ему различного рода информации, а скорее уменьшить его сопротивление. Ключевые аспекты мотивационного интервьюирования – вовлечение пациента в обсуждение различных тем, проблем и перспектив, акцентирование на тех привычках или навыках, которые пациент хочет изменить, и стимулирование к изменениям через глубокое понимание пациентом важности преобразования, его уверенности в изменениях и готовности к ним. Данная методика может использоваться и при разработке практических шагов, которые будут использоваться для реализации поставленных целей. Мотивационное интервьюирование помогает пациентам, резистентным к изменениям, или тем, кто неоднозначно относится к ним. Данная методика помогает специалисту в области здравоохранения достичь момента, когда у пациента появляются свои причины для изменения образа жизни. Обратите внимание, что мотивация пациента и врача общей практики могут отличаться друг от друга, поскольку, например, цель врача – снизить риск смерти.

Многие компоненты мотивационного интервьюирования совпадают с составляющими методик по изменению поведения [4]. В своем метаанализе Rubak и соавт. оценивали влияние мотивационного интервьюирования на факторы риска [4]. Обнаружены значимые положительные изменения в отношении индекса массы тела, уровня общего холестерина, систолического артериального давления, содержания алкоголя в крови и стандартного содержания этанола. Мотивационное интервьюирование эффективно даже при 15-минутной короткой беседе, однако авторы полагают, что выделение времени для данной методики увеличивает вероятность достижения поставленных целей [4].

В недавнем обзоре 33 исследований по мотивационному интервьюированию в первичном звене здравоохранения было показано, что данные 18 исследований свидетельствовали об эффективности методики в отношении физической активности, диеты и потребления алкоголя. Тем не менее авторы до конца не уверены в полученных результатах. Это объясняется тем, что пока до конца неясно, отвечали используемые методики основным принципам мотивационного интервьюирования и/или были согласованы используемые определения и компоненты методики. Более того, в методах не описано, насколько хорошо были подготовлены специалисты первичного звена здравоохранения [4]. Однако все методики по мотивационному интервьюированию оказались настолько же действенными, как и используемые аналогичные методики по изменению поведения, которые считались эффективными в других исследованиях: постановка целей, планирование мероприятий и решение проблем, а также социальная поддержка и обратная связь. Также авторы сделали вывод, что мотивационное интервьюирование продолжительностью 4–5 часов более эффективно по сравнению с менее длительными консультациями [44].

Что касается междисциплинарных подходов, следует упомянуть рандомизированное исследование EUROACTION [45]. Это ориентированная на семью программа помощи пациентам с коронарной патологией на дому под руководством патронажных сестер, проведенная в 8 странах Европы. Были задействованы госпитальная структура и первичное звено здравоохранения. Со стороны первичного звена здравоохранения медицинскими сестрами проводилась коррекция образа жизни пациентов высокого риска. Использовались поведенческие подходы и мотивационное интервьюирование. В течение 1 года почти 40% участников

из группы вмешательства потребляли фрукты и овощи и на 30% были физически активнее. Скорректировать вес оказалось более сложно – около 10% людей из тех, кто страдал избыточным весом (индекс массы тела ≥ 25 кг/м²) снизили вес хотя бы на 5%. Наконец у значительно большего количества участников (16,9%) величина систолического артериального давления достигла значений, соответствующих рекомендованным [45].

В голландских рекомендациях по управлению сердечно-сосудистым риском указано, что рабочая нагрузка по ведению лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями может быть распределена между врачами общей практики и патронажными сестрами. В исследовании, проведенном в Нидерландах, оценена эффективность работы патронажных медсестер вместо врачей общей практики в отношении профилактики и ведения сердечно-сосудистых заболеваний [46]. 701 пациент высокого риска был рандомизирован в группы под наблюдение либо врача общей практики, либо медицинской сестры. На первый взгляд медсестры смогли добиться большего успеха в коррекции факторов риска, однако после поправки единственное статистически значимое улучшение по сравнению с врачами общей практики, которое было достигнуто, – это снижение уровня общего холестерина. Таким образом, патронажные медсестры могут наравне с врачами общей практики помочь пациентам скорректировать факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний [46].

Обучение медицинских работников консультированию по изменению поведения

Влияние обучения специалистов первичного звена здравоохранения консультированию по изменению образа жизни на количество пациентов, изменивших поведение в отношении факторов риска (курение, употребление алкоголя, повышение физической активности и правильное питание), оценивалось в кластерно-рандомизированном исследовании (рандомизировано по специалистам общей практики) [47]. В исследование были включены 831 пациент, подвергшийся коррекции по меньшей мере одного фактора риска с помощью вышеописанных методов, и 996 пациентов вошли в контрольную группу. Для обучения специалистов первичного звена здравоохранения использовали комбинированную программу, а методика консультирования по изменению поведения была разработана на основе мотивационного интервьюирования.

Не обнаружено эффекта от вмешательства, проводимого обученными специалистами на изменение поведения через 3 месяца по сравнению с врачами общей практики, которые обучение не проходили: 362 (43,6%) vs 404 (40,6%), или относительный риск 1,12; 95% доверительный интервал 0,90–1,39. Не отмечено существенных различий через 12 месяцев: 40,6% vs 39,8% (относительный риск 1,03; 95% доверительный интервал 0,83–1,28). Также не было различий в биометрических показателях (отношение объема талии к объему бедер, индекс массы тела) или показателях биохимических анализов (липопротеины низкой и высокой плотности, уровень общего холестерина) [47]. В то время как мнение пациентов о необходимости изменения образа жизни изменилось в лучшую сторону в группе вмешательства, и пациенты чаще пытались изменить образ жизни, а также в течение 3 месяцев у них сформировалось стойкое изменение поведения. Тем не менее результаты настоящего исследования показали, что однократная консультация даже с подготовленным клиницистом вряд ли будет способствовать продолжительному изменению образа жизни и улучшению биометрических показателей.

Социальные стратегии содействия здоровому образу жизни

Помимо стремления к улучшению образа жизни на индивидуальном уровне могут быть приняты эффективные социальные меры на популяционном уровне. Повышение налогов на продажу сигарет или вредных продуктов питания, а также ограничение доступности могут быть даже более эффективными, однако всегда нелегко убедить правительство ограничить продажи определенных товаров. Примерами мер политики для стимуляции ведения здорового образа жизни являются налог на сахар, взимаемый правительством Мексики, и неинтересный единообразный внешний вид пачек сигарет. Тем не менее все эти вмешательства остаются скорее исключениями, и для их внедрения могут потребоваться десятилетия. Другие эффективные меры включают введение зон, свободных от табачного дыма, или спонсирование программ по отказу от курения.

В статье, в которой кратко излагаются основные положения рекомендаций Европейского общества кардиологов от 2016 г., отмечается, что популяционный подход соответствует парадигме Джеффри Роуза: небольшие изменения риска заболевания (или фактора риска) для всего населения постепенно приводят к большему сокращению заболеваемости, чем значимые изменения только для лиц высокого риска [48]. Так, в настоящее время мы расцениваем курение в качестве фактора риска, и это, вероятно, позднее окупится. Параллели следует искать, например, в отношении контроля веса. Правительства должны взять на себя конкретные обязанности по заботе о группах лиц с низким социально-экономическим статусом, особо уязвимых в отношении нездорового образа жизни. Это та ситуация, когда врач общей практики мало что может сделать, тогда как у лиц, принимающих решения, есть инструменты для исправления ситуации. Например, налогообложение на сигареты или компенсация стоимости медикаментов для отказа от курения, позволят определить, попытаются ли люди в этом случае отказаться от пагубной привычки.

Можно утверждать, что врачи общей практики несут дополнительную ответственность как представители пациентов за возможность участвовать в разработке политических направлений. Не следует оставлять это на откуп только политикам. В Англии, когда был установлен запрет на курение в общественных местах, изначально планировалось допустить курение в пабах. Тем не менее это допущение было отменено под давлением со стороны общественных и медицинских организаций. Зачастую те, кто подталкивают людей к изменению образа жизни, побуждают правительство и к изменению политической составляющей. Кроме того, беседа с пациентами о необходимости соблюдения здорового образа жизни косвенно может повлиять на принятие социальных мер, поскольку это свидетельствует о реальной проблеме, если здоровье находится под угрозой. Альтернативно: если врач не будет поднимать вопрос о коррекции образа жизни, пациенты будут думать, что все в порядке и никакие изменения поведения в отношении здорового образа жизни не нужны.

Комментарий [49] к основным положениям по первичной медико-санитарной помощи [48] из рекомендаций Европейского общества кардиологов по профилактике сердечно-

сосудистых заболеваний [1] подтверждает важную роль, которую врач общей практики играет как для индивидуальной оценки риска, так и во внедрении рекомендаций на уровне национальной и региональной профилактики. По мнению авторов, ответственность врачей общей практики по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний выходит за рамки клинической практики, они должны иметь активную позицию и стать драйверами пропаганды здорового образа жизни для всего населения [49]. Все заинтересованные стороны должны разработать план более эффективной совместной работы в сфере здравоохранения и общества, а врачи общей практики могут способствовать лучшей организации совместных усилий. Кроме того, поскольку усилия по пропаганде здорового образа жизни отнимают много времени, вероятно, потребуются возместить расходы. Помощь конкретным группам населения, например, с низким социально-экономическим положением, вероятно, потребует дополнительных усилий или различных других подходов. Необходимо финансировать все предпринимаемые усилия для помощи всем членам общества.

Заключение

Вышеприведенные данные свидетельствуют о том, что использование различных техник по коррекции поведения может помочь пациенту изменить его образ жизни. Как правило, более эффективно использовать более двух стратегий, а основное внимание уделять развитию поведенческих навыков. Формулирование правильных целей очень важно для повышения шансов на то, что эти цели будут достигнуты: определить задачи, которые будут выполнены. Это поможет более реалистично подойти к возникновению возможных сложностей, а также определить пути преодоления на случай, если снижается мотивация и возникает желание все прекратить. Большинству пациентов помогает привлечение партнера или члена семьи. Более того, достижению целей способствует самоконтроль, а также сильно мотивирует обратная связь со специалистом первичного звена здравоохранения о предпринимаемых мерах и достигнутых результатах.

Исследования показали, что люди более открыты к обсуждению с врачом изменения образа жизни, чем думают специалисты в области здравоохранения. Конструктивное обсуждение вопросов о здоровье может быть очень эффективным. Даже предложения изменить поведение бывает достаточно, особенно если врач переходит от слов к действиям, объясняя техники во время этой же консультации. Пациент определяет вас как ответственного доктора.

Изменить поведение не так-то просто, поскольку мы не настолько разумны, как нам бы хотелось. Важно понять, как врачи общей практики могут использовать данные методики в своей практике, поскольку это имеет огромное значение для здоровья и жизни пациента. Следует отметить, что методики по изменению поведения не имеют побочных эффектов, в отличие, например, от фармакотерапии. Данные вмешательства можно использовать в качестве дополнительного метода лечения или самостоятельных для изменения жизни пациентов или контроля факторов риска. Однако все это не волшебная пилюля. Даже если эффект от усилий по изменению образа жизни невысок, данные усилия не будут потрачены впустую, так как даже несущественные, но многочисленные изменения принесут значимую пользу для здоровья.

Рекомендации для будущих исследований

По сравнению с традиционным лечением или однократными рекомендациями вышеописанные техники действительно могут быть более эффективными для коррекции поведения во время сердечно-сосудистой реабилитации и для изменения образа жизни, в частности отказа от курения и выполнения физических упражнений в среднесрочной перспективе. В некоторых случаях это связано с тем, что длительность наблюдения в исследовании не превышала 6–12 месяцев. Кроме того, зачастую пациенты срываются или теряют мотивацию. Таким образом, для получения устойчивого эффекта дополнительное вмешательство необходимо. Остается вопрос, как реализовать некоторые эти техники. Требуется больше исследований в отношении того, что лучше

всего подходит для конкретного человека в той или иной ситуации, а также о том, как их адаптировать к индивидуальным потребностям. Некоторые пробелы в данных, по-видимому, возникают из-за трудности отделить мотивационное интервьюирование от других когнитивных поведенческих методик, так как они основаны на аналогичных стратегиях. Поэтому в исследованиях важно очень точно описать используемые вмешательства, как при описании фармакотерапии (тип, доза, частота), и систематизация методик по изменению поведения [15, 16] поможет в этом. В **таблице 3** перечислены пробелы в доказательной базе по использованию техник по изменению поведения в первичном звене здравоохранения, которые требуют дальнейшего исследования.

Таблица 3. Пробелы в доказательной базе по использованию техник по изменению поведения в первичном звене здравоохранения

Оставшиеся вопросы по оптимальным техникам по изменению поведения	Дополнения
Какие вмешательства наиболее эффективны во время консультации?	Как мы можем сделать технику по изменению поведения эффективной частью лечебной практики (достаточно времени, как подобрать подходы к каждому пациенту)?
Наилучшая форма подачи	Групповая или индивидуальная, очная или дистанционная, онлайн или офлайн, лекция или интерактивно
Какова эффективность кратковременных вмешательств по сравнению с многократными, повторяющимися в течение некоторого времени?	
Как долго следует контролировать изменения поведения в отношении здоровья?	
В каком случае модифицированный образ жизни может считаться устойчивым?	
Кто должен быть инициатором изменения образа жизни?	Врачи общей практики, практикующая медсестра, или, например, представитель местных органов власти. Каковы обязанности самого пациента, врача общей практики и/или представителя власти?
Когда медицинские работники должны проходить тренинг по стимуляции к изменению в поведении в отношении здоровья?	В магистратуре, начинающие доктора
Как организовать обучение навыкам общения?	Способы использования, внедрения и реализации в условиях занятости
Каким образом подходы могут быть адаптированы к различным культурным особенностям?	Способы изменения подходов, чтобы они учитывали культурные особенности и соответствовали им
Какие приложения для смартфонов помогут изменить поведение в отношении здоровья?	

Литература

1. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Atherosclerosis*. 2016;252:207-74.
2. Liu K, Daviglius ML, Loria CM, et al. Healthy lifestyle through young adulthood and the presence of low cardiovascular disease risk profile in middle age: the Coronary Artery Risk Development in (Young) Adults (CARDIA) study. *Circulation*. 2012;125(8):996-1004.
3. Cooney MT, Vartiainen E, Laatikainen T, et al. Cardiovascular risk age: concepts and practicalities. *Heart*. 2012;98(12):941-6. 4. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, et al. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2005;55(513):305-12.
5. Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, et al. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2010;122(4):406-41.
6. Balady GJ, Williams MA, Ades PA, et al. Core components of cardiac rehabilitation/ secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation*. 2007;115(20):2675-82.
7. Piepoli MF, Corra U, Benzer W, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2010;17(1):1-17.
8. Kwasnicka D, Dombrowski SU, White M, et al. Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. *Health psychology review*. 2016;10(3):277-96.
9. Coleman T, Murphy E, Cheater F. Factors influencing discussion of smoking between general practitioners and patients who smoke: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2000;50(452):207-10.
10. Coleman T, Wilson A. Anti-smoking advice in general practice consultations: general practitioners' attitudes, reported practice and perceived problems. *Br J Gen Pract*. 1996;46(403):87-91.
11. Senore C, Battista RN, Shapiro SH, et al. Predictors of smoking cessation following physicians' counseling. *Prev Med*. 1998;27(3):412-21.
12. Pilnick A, Coleman T. "I'll give up smoking when you get me better": patients' resistance to attempts to problematise smoking in general practice (GP) consultations. *Soc Sci Med*. 2003;57(1):135-45.
13. Aveyard P, Begh R, Parsons A, et al. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction (Abingdon, England)*. 2012;107(6):1066-73.
14. Aveyard P, Lewis A, Tearne S, et al. Screening and brief intervention for obesity in primary care: a parallel, two-arm, randomised trial. *Lancet*. 2016;388(10059):2492-500.
15. Michie S, Ashford S, Sniehotta FF, et al. A refined taxonomy of behaviour change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviours: the CALO-RE taxonomy. *Psychol Health*. 2011;26(11):1479-98.
16. Michie S, Richardson M, Johnston M, et al. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann Behav Med*. 2013;46(1):81-95.
17. Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343:d4163. 18. Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, et al. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*. 2016;6(1):e010091.
19. Marteau TM, Hollands GJ, Fletcher PC. Changing human behavior to prevent disease: the importance of targeting automatic processes. *Science*. 2012;337(6101):1492-5.
20. Houten RV, Nau PA, Merrigan M. Reducing elevator energy use: A comparison of posted feedback and reduced elevator convenience. *J Appl Behav Anal*. 1981;14(4):377-87.
21. Rozin P, Scott S, Dingley M, et al. Nudge to nobesity I: Minor changes in accessibility decrease food intake. *Judgment and Decision Making*. 2011;6(4):323-2.
22. Reitzel LR, Cromley EK, Li Y, et al. The effect of tobacco outlet density and proximity on smoking cessation. *Am J Public Health*. 2011;101(2):315-20.
23. Ford I, Murray H, McCowan C, et al. Long-Term Safety and Efficacy of Lowering Low-Density Lipoprotein Cholesterol With Statin Therapy: 20-Year Follow-Up of West of Scotland Coronary Prevention Study. *Circulation*. 2016;133(11):1073-80.
24. Hooper L, Summerbell CD, Higgins JP, et al. Reduced or modified dietary fat for preventing cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001(3):CD002137.
25. Jepson RG, Harris FM, Platt S, et al. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC Public Health*. 2010;10:538.
26. Goodwin L, Ostuzzi G, Khan N, et al. Can We Identify the Active Ingredients of Behaviour Change Interventions for Coronary Heart Disease Patients? A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016;11(4):e0153271.
27. Janssen V, De Gucht V, Dusseldorp E, et al. Lifestyle modification programmes for patients with coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Prev Cardiol*. 2013;20(4):620-40.
28. Gardner B, Smith L, Lorencatto F, et al. How to reduce sitting time? A review of behaviour change strategies used in sedentary behaviour reduction interventions among adults. *Health psychology review*. 2016;10(1):89-112.
29. Giannuzzi P, Temporelli PL, Marchioli R, et al. Global secondary prevention strategies to limit event recurrence after myocardial infarction: results of the GOSPEL study, a multicenter, randomized controlled trial from the Italian Cardiac Rehabilitation Network. *Arch Intern Med*. 2008;168(20):2194-204.
30. Aldcroft SA, Taylor NF, Blackstock FC, et al. Psychoeducational rehabilitation for health behavior change in coronary artery disease: a systematic review of controlled trials. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2011;31(5):273-81.
31. Huttunen-Lenz M, Song F, Poland F. Are psychoeducational smoking cessation interventions for coronary heart disease patients effective? Meta-analysis of interventions. *Br J Health Psychol*. 2010;15(Pt 4):749-77.
32. Pfaeffli Dale L, Dobson R, Whittaker R, et al. The effectiveness of mobile- health behaviour change interventions for cardiovascular disease self-management: A systematic review. *Eur J Prev Cardiol*. 2016;23(8):801-17.
33. Pears S, Morton K, Bijker M, et al. Development and feasibility study of very brief interventions for physical activity in primary care. *BMC Public Health*. 2015;15:333.
34. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, et al. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(5):CD000165.
35. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012(4):CD006103.
36. Stead LF, Perera R, Bullen C, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:CD000146.
37. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, et al. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(1):CD000031.
38. Cahill K, Stevens S, Perera R, et al. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(5):CD009329.

39. Jennings C, Kotseva K, De Bacquer D, et al. Effectiveness of a preventive cardiology programme for high CVD risk persistent smokers: the EUROACTION PLUS varenicline trial. *Eur Heart J*. 2014;35(21):1411-20.
40. NICE. Physical activity: brief advice for adults in primary care Manchester: National Institute for Health and Care Excellence; 2013 [cited 2016 July 26, 2016]. PH44:[Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph44/chapter/1-recommendations>.
41. Michie S, Whittington C, Hamoudi Z, et al. Identification of behaviour change techniques to reduce excessive alcohol consumption. *Addiction* (Abingdon, England). 2012;107(8):1431-40.
42. Luszczynska A, Sobczyk A, Abraham C. Planning to lose weight: randomized controlled trial of an implementation intention prompt to enhance weight reduction among overweight and obese women. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2007;26(4):507-12.
43. Lean ME, Leslie WS, Barnes AC, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *Lancet*. 2017.
44. Morton K, Beauchamp M, Prothero A, et al. The effectiveness of motivational interviewing for health behaviour change in primary care settings: a systematic review. *Health psychology review*. 2015;9(2):205-23. EUROPEAN PRIMARY CARE CARDIOVASCULAR SOCIETY European Primary Care Cardiovascular Society 12 EPCCS Consensus Guidance for Primary Care Stimulating health behaviour change to reduce cardiovascular risk in primary care
45. Wood DA, Kotseva K, Connolly S, et al. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2008;371(9629):1999-2012.
46. Voogdt-Pruis HR, Beusmans GH, Gorgels AP, et al. Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomised trial. *Br J Gen Pract*. 2010;60(570):40-6.
47. Butler CC, Simpson SA, Hood K, et al. Training practitioners to deliver opportunistic multiple behaviour change counselling in primary care: a cluster randomised trial. *BMJ*. 2013;346:f1191.
48. Piepoli MF, Hoes AW, Brotons C, et al. Main messages for primary care from the 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur J Gen Pract*. 2017:1-6.
49. Marchal S, Van't Hof AWJ, Hollander M. The new European guideline on cardiovascular disease prevention; how to make progress in general practice? *Eur J Gen Pract*. 2017:1-3.

Благодарность

Благодарим всех участников 8-го Ежегодного совещания EPCCS в Праге, Чешская Республика (2015 г.) и Ежегодной встречи специалистов первичной помощи в Дублине, Ирландия (2017 г.) за активную работу.

О Европейском сердечно-сосудистом обществе специалистов первичного звена здравоохранения (EPCCS)

Европейское сердечно-сосудистое общество специалистов первичного звена здравоохранения (EPCCS) основано в 2000 г. Его цели – образовательная деятельность, поддержка, проведение исследований и политики по вопросам, связанным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в учреждениях первичного звена здравоохранения. Деятельность EPCCS направлена на специалистов первичного звена здравоохранения. Ее цели – применение значительной базы фактических данных и содействие в ее расширении. Основная задача общества – обучение специалистов практического здравоохранения. Совет EPCCS был создан в 2017 г., для того чтобы помогать налаживать контакты между членами EPCCS, врачами общей практики и обществами специалистов первичного звена здравоохранения по всей Европе. Веб-сайт EPCCS предоставляет платформу для размещения переведенных документов и/или рекомендаций для первичного звена здравоохранения на региональном уровне странам, представленным в Совете EPCCS. Для получения более подробной информации посетите сайт IPCCS.org.

Рабочая группа по подготовке русскоязычной версии Согласованных рекомендаций для специалистов первичного звена здравоохранения European Primary care Cardiovascular Society «Подходы к стимулированию пациентов к изменению образа жизни в первичном звене здравоохранения с целью снижения сердечно-сосудистого риска»

Руководитель группы:

Драпкина О.М., д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, директор ФБГУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России

Состав группы:

Концевая А.В.,
Дроздова Л.Ю.,
Шепель Р.Н.,
Журавлева Е.В.