

Влияние специализированного интрагоспитального мотивационного консультирования на отдаленный прогноз у пациентов кардиологического стационара: результаты двухлетнего наблюдения

Х.Р. Довлатукаева¹, А.Ю. Лебедева¹, Р.А. Фараджов¹, Ю.М. Юферева¹, А.О. Шевченко¹

¹ ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский университет), Россия, 117513, Москва, ул. Островитянова, д. 1, стр. 6

Реферат. Введение. Острый коронарный синдром остается ведущей причиной госпитализаций и смертности во всем мире, при этом прогноз после выписки определяется не только качеством первичного вмешательства, но и долгосрочной приверженностью пациента вторичной профилактике. Стандартное информирование пациентов в стационаре часто не приводит к устойчивым поведенческим изменениям. В последние годы активно обсуждается роль мотивационного консультирования – пациент-ориентированного подхода, направленного на разрешение внутренних противоречий и повышение готовности к изменениям. Однако доказательств его эффективности именно в интрагоспитальном периоде при остром коронарном синдроме недостаточно, а отечественные данные единичны. **Цель.** Оценить влияние программы специализированного мотивационного консультирования, проведенного в период госпитализации, на сроки наступления неблагоприятных клинических событий (вызов врача на дом, вызов скорой медицинской помощи и повторная госпитализация) у пациентов кардиологического стационара в течение двухлетнего периода наблюдения. **Материалы и методы.** В проспективное исследование включено 212 пациентов (78 женщин, 134 мужчин) с острым коронарным синдромом. Основная группа (n=58) прошла интрагоспитальное мотивационное консультирование в то время, как контрольная группа (n=154) не подвергалась специализированному мотивационному консультированию. Группы были сопоставимы по основным демографическим, клиническим характеристикам (p>0,05). Первичная оценка включала анализ выживаемости без вызовов врача на дом, скорой медицинской помощи и повторных госпитализаций в течение 2 лет. **Результаты и их обсуждение.** Исходно у пациентов основной группы выявлен низкий уровень приверженности терапии (медиана по Мориски-Грину-2 балла) и дефицит знаний о факторах риска. Мотивационное консультирование продемонстрировало статистически значимое увеличение продолжительности бессимптомного периода по всем рассматриваемым параметрам. В основной группе медиана времени до первого обращения к врачу на дом составила 250 дней, что существенно превышает аналогичный показатель в контрольной группе (100 дней; p=0,009). Время до вызова скорой медицинской помощи также увеличилось более чем в два раза: 232 дня против 113 дней в контрольной группе (p=0,001). Наиболее выраженное преимущество наблюдалось в отношении сроков повторной госпитализации, которые составили 230 дней в основной группе по сравнению с 104 днями в контрольной группе (p=0,001). **Выводы.** Интрагоспитальное мотивационное консультирование ассоциировано с улучшением ряда долгосрочных исходов, способствующим значительному увеличению времени до первого неблагоприятного события, снижению потребности в экстренной медицинской помощи и может способствовать улучшению контроля заболевания у пациентов и может рассматриваться как перспективное дополнение к программам вторичной профилактики после острого коронарного синдрома.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, инфаркт миокарда, мотивационное консультирование, вторичная профилактика, приверженность лечению.

Для цитирования: Довлатукаева Х.Р., Лебедева А.Ю., Фараджов Р.А., [и др.]. Влияние специализированного интрагоспитального мотивационного консультирования на отдаленный прогноз у пациентов кардиологического стационара: результаты двухлетнего наблюдения // Вестник современной клинической медицины. – 2026. – Т. 19, вып. 4. – С. 55–62. DOI: 10.20969/VSKM.2026.19(4).55-62.

Effect of specialized inpatient motivational counseling on long-term outcomes in cardiology patients: Results of a 2-year follow-up

Khava R. Dovlatukaeva¹, Anastasia Yu. Lebedeva¹, Rashad A. Faradzov¹, Yulia M. Yufereva¹, Alexey O. Shevchenko¹

¹ N. I. Pirogov Russian National Research Medical University, 1 Ostrovityanov str., Bldg. 6, 117513 Moscow, Russia

Abstract. Introduction. Acute coronary syndrome remains the leading cause of hospitalization and mortality worldwide, while post-discharge prognosis is determined not so much by the quality of the initial intervention as by the patient's long-term adherence to secondary prevention. Standard patient education in hospital settings often fails to produce sustained behavioral changes. In recent years, the role of motivational counseling has been actively discussed, which is a patient-centered approach aimed at resolving internal ambivalence and enhancing readiness for change. However, evidence of its efficacy specifically during the in-hospital period for acute coronary syndrome remains insufficient, and

domestic data are scarce. **Aim.** To assess how a specialized motivational counseling program implemented during hospitalization affects the time to the onset of any adverse clinical events, such as calls to a doctor at home, calls to emergency medical services, or rehospitalization, among cardiology patients over a two-year follow-up period. **Materials and Methods.** This prospective study included 212 patients (78 women and 134 men) with acute coronary syndrome. The intervention group (n=58) got the in-hospital motivational counseling, while the control group (n=154) received standard therapy. The groups were comparable in baseline demographic, clinical, and anatomical characteristics ($p>0.05$). The primary outcomes included analysis of event-free survival (free from home physician visits, emergency medical service calls, or rehospitalizations) over 2 years. **Results and Discussion.** At baseline, patients in the intervention group showed poor treatment adherence (with the median Morisky-Green score of 2) and lacked knowledge of risk factors. Motivational counseling demonstrated a statistically significant increase in the duration of no-symptom period across all parameters considered. In the intervention group, the median time before the first request for a home visit was 250 days, which was significantly longer than in the control group (100 days; $p = 0.009$). The time taken to call an ambulance also increased significantly, from 113 days in the control group to 232 days in the intervention group ($p = 0.001$). The most significant improvement was seen in terms of time to readmission: 230 days versus 104 days in the control group ($p = 0.001$). **Conclusions.** In-hospital motivational counseling is an effective secondary prevention strategy that significantly prolongs the “no-symptom” period, reduces the need for emergency medical care, and improves long-term disease control in post-acute coronary syndrome patients.

Keywords: acute coronary syndrome, myocardial infarction, motivational interviewing, secondary prevention, treatment adherence, quality of life.

For citation: Dovlatukaeva, Kh.R.; Lebedeva, A.Yu.; Faradzhov, R.A.; et al. Effect of specialized inpatient motivational counseling on long-term outcomes in cardiology patients: Results of a 2-year follow-up. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2026, 19 (4), 55-62. DOI: 10.20969/VSKM.2026.19(4).55-62.

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) сохраняют лидирующие позиции в структуре заболеваемости и смертности населения большинства развитых стран, включая Российскую Федерацию. Острый коронарный синдром (ОКС) ассоциирован с высоким риском повторных сосудистых событий, развитием сердечной недостаточности и летальным исходом, особенно в первый год после перенесенного эпизода [1, 2]. В течение последних десятилетий достигнут значительный прогресс в лечении ОКС: внедрение системы чрескожного коронарного вмешательства, назначение двойной антитромбоцитарной и гиполипидемической терапии позволили существенно снизить госпитальную смертность. Однако отдаленный прогноз пациентов после выписки из стационара остается неблагоприятным во многом из-за недостаточной эффективности вторичной профилактики на амбулаторном этапе [3].

Недостаточный уровень осведомленности о факторах риска (ФР) развития ССЗ и их осложнений среди пациентов с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией установлен в целом ряде исследований, выполненных в разных странах мира [4,5]. Отечественные исследования также демонстрируют низкую информированность в отношении основных кардиоваскулярных ФР у различных категорий пациентов [6-8]. Согласно данным крупного эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ 20% мужчин и 32% женщин знают свой уровень общего холестерина, а 13,6% и 18,2%, соответственно, были осведомлены о повышении его уровня [8].

В последние годы все большее внимание исследователей привлекает мотивационное консультирование (МК)—пациент-ориентированный метод, направленный на активизацию внутренней готовности человека к изменению поведения. В отличие от традиционной модели, где врач дает готовые рекомендации, МК строится на эмпатическом диалоге, выявлении противоречий и укреплении уверенности пациента в своих силах [9]. Рекомендации всех крупных европейских и американских медицинских

профессиональных сообществ едины в том, что для формирования у пациентов правильного отношения к заболеванию и его лечению необходимо проведение целенаправленного консультирования. Данный подход доказал свою эффективность в коррекции поведенческих факторов риска при артериальной гипертензии, сахарном диабете и хронической сердечной недостаточности [10-15]. Однако данные о влиянии интрагоспитального мотивационного консультирования на отдаленный прогноз у пациентов с ОКС остаются немногочисленными и разнородными, особенно в российских исследованиях.

Цель исследования.

Учитывая высокую распространенность низкой приверженности и дефицита знаний среди пациентов кардиологического профиля, а также потенциальную пользу поведенческих вмешательств, целью настоящего исследования явилась оценка влияния специализированного интрагоспитального мотивационного консультирования, проведенного в период госпитализации, на сроки наступления неблагоприятных клинических событий (вызов врача на дом, вызов скорой медицинской помощи и повторная госпитализация) у пациентов кардиологического стационара в течение двухлетнего периода наблюдения.

Материалы и методы.

В проспективное одноцентровое исследование было включено 212 пациентов (78 женщин, 134 мужчин) с острым коронарным синдромом. Направительные диагнозы, с которыми поступали пациенты, были: острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST (ОКСпST) 112 человек (52,8%); острый коронарный синдром без подъема сегмента ST (ОКСбпST) 24 человека (11,3%); артериальная гипертензия (АГ) 31 человек (14,6%); хронический коронарный синдром (ХКС) 22 человека (10,4%); 6 пациентов (2,8%), вошедшие в группу “другие болезни сердца” (фибрилляция предсердий, дефект межжелудочковой перегородки, дилатационная кардиомиопатия) и 17 пациентов с экстракардиальной патологией (соматотропная дисфункция веге-

тососудистой нервной системы, анемия, венозный тромбоз, острая респираторная вирусная инфекция, хроническая ишемия головного мозга).

После подписания информированного согласия пациенты распределялись в основную и контрольную группы в соответствии с организационными возможностями проведения специализированного мотивационного консультирования:

Основная группа (n=58): пациентам проводилось специализированное интрагоспитальное мотивационное консультирование по разработанному протоколу в дополнение к стандартной терапии.

Контрольная группа (n=154): пациенты получали стандартное лечение и традиционное информирование (стандартные беседы с лечащим врачом, вручение печатных памяток по вторичной профилактике).

Группы были сопоставимы по возрасту (медиана 63 года), полу, анатомической тяжести поражения коронарного русла и тактике реваскуляризации ($p>0,05$ для всех сравниваемых параметров). Из истории болезни в анкету переносили основные клиничко-лабораторные данные, в том числе диагноз основного и сопутствующих заболеваний; данные **коронарографии**, показатели индекса массы тела (ИМТ), уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП) и глюкозы.

Протокол МК разработан на основе принципов метода «5А» (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) и техники 4-этапного мотивационного интервью (предразмышление, размышление, готовность, действие) с адаптацией к острому периоду инфаркта миокарда [10].

Сессия проводилась на 2–4-е сутки от момента госпитализации после стабилизации гемодинамических показателей и перевода пациента в палату кардиологического отделения. Продолжительность сессии составляла 45 минут. Консультирование проводил специально обученный врач-кардиолог, прошедший курс тренинга по технике мотивационного интервьюирования.

На первом этапе проводилась оценка исходного уровня и построение доверительного диалога (10 минут). Врач в эмпатичной манере определял субъективное восприятие пациентом случившегося события. С помощью специально разработанной анкеты пациентам проводили анкетирование, которое включало основные демографические и социальные характеристики участников. В анкете также регистрировали знания пациента в отношении собственных показателей (систолического и диастолического артериального давления (АД), ИМТ, окружности талии, уровня ХС ЛНП и глюкозы). Приверженность к медикаментозной терапии определялась согласно краткой версии опросника Мориски-Грина, состоящей из 4-х пунктов. Каждый пункт оценивается по принципу «Да-Нет», при этом ответ «Да» соответствовал 0 баллов, а ответ «Нет» – 1 баллу. «Приверженными» считались больные, набравшие 4 балла. Пациенты, набравшие 2 балла и менее, считались «неприверженными». Больные, набравшие 3 балла, считались «недостаточно приверженными» и находящимися в группе риска

по развитию неприверженности [9]. Оценивались текущие знания пациента о сердечно-сосудистых факторах риска (в формате открытых вопросов: «Как Вы думаете, что могло спровоцировать развитие болезни?»).

На втором этапе проходило формирование внутренней мотивации через выявление противоречий (15 минут). Методом открытых вопросов («Какие изменения в образе жизни для Вас являются самыми сложными?», «Почему для Вас важно сохранить здоровье в будущем?») врач подводил пациента к осознанию разрыва между текущим поведением (курение, гиподинамия, нерегулярный прием препаратов) и желаемым состоянием (здоровье, возвращение к активной жизни). Стимулировался внутренний диалог: врачу запрещено использовать прямые директивные указания («Вы должны бросить курить»). Вместо этого применяется техника «отражения» («Если я правильно понял, Вы понимаете, что курение повышает риск, но пока боитесь, что без сигарет не справитесь со стрессом?»).

На третьем этапе врач проводил совместное планирование к изменениям (10 минут).

Мотивация к изменению образа жизни определялась при помощи опросника, состоящего из 3-х шкал, каждую из которых пациент оценивал от 1 до 10:

1. Важность (насколько значимо для пациента измениться).
2. Уверенность (насколько твердо пациент чувствует, что может изменить в образ жизни).
3. Готовность (насколько пациент чувствует, что готов измениться сейчас) [5].

Высоким считался уровень мотивации ≥ 6 баллов по всем трем шкалам.

Если пациент оценивал готовность на 6 и более баллов, врач переходил к совместному составлению конкретного плана действий (например, план снижения веса, дни физической активности, контроль уровня АД).

Если пациент набирал менее 6 баллов, врач обсуждал барьеры («Что мешает Вам чувствовать себя более готовым?») и предлагал простейшие микро-шаги (например, начать записывать показатели давления в дневник самоконтроля).

На четвертом этапе проводилось подводились итоги МК: резюмировалась сессия, вручали адаптированный дневник самоконтроля с целевыми показателями (ХС ЛНП, глюкоза, АД) и планом физических нагрузок, учитывающим результаты анкетирования, четко формулировалась мысль, что пациент является «равным партнером» в лечении, а кардиолог на амбулаторном этапе будет помощником в реализации его целей.

Первичные конечные точки исследования: оценка времени (в днях) до наступления первого неблагоприятного события: вызов врача на дом, вызов скорой медицинской помощи (СМП), повторная госпитализация (по сердечно-сосудистой причине или любой другой). Вторичные конечные точки исследования: частота вызовов врача на дом, вызовов СМП и госпитализаций за 24 месяца наблюдения.

Исходный уровень приверженности медикаментозной терапии оценивался однократно при включении пациента в исследование с использованием опросника Мориски–Грина и использовался исключительно для характеристики обследуемой когорты.

Статистический анализ проводился с использованием программы IBM SPSS Statistics (версия 26.0), MS Excel. Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Шапиро–Уилка (при числе исследуемых менее 50) или критерия Колмогорова–Смирнова (при числе исследуемых более 50). Количественные показатели, имеющие нормальное распределение, описывались с помощью средних арифметических величин (M) и стандартных отклонений (SD). Количественные показатели, имеющие ненормальное распределение, описывались с помощью медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q25; Q75). Категориальные переменные указаны как количество случаев (n) с частотой в % и 95% доверительный интервал (ДИ), рассчитанного методом бутстрепа. Сравнение двух групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполнялось с помощью U-критерия Манна–Уитни. Сравнение процентных долей при анализе четырехпольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона (при значениях ожидаемого явления более 10), точного критерия Фишера (при

значениях ожидаемого явления менее 10). Сравнение процентных долей при анализе многопольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона. Значение $p < 0,05$ считалось порогом статистической значимости.

Результаты и их обсуждения.

В ходе анализа групп была установлена статистическая сопоставимость по полу, возрасту (медиана 63 года), социальному статусу, индексу массы тела, уровню липопротеинов низкой плотности и частоте повышения тропонина (Таблица 1).

При сравнительном анализе структуры основных заболеваний статистически значимых различий между контрольной и основной группой также выявлено не было, за исключением экстракардиологической патологии, которая значимо чаще регистрировалась в группе контроля. Наиболее частым диагнозом в обеих группах являлся ОКС с подъемом сегмента ST (50,6% и 58,6% соответственно, $p = 0,300$; χ^2 Пирсона) (Таблица 2).

Анатомическая тяжесть поражения коронарного русла, частота выполнения коронароангиографии и стентирования также не различались. Это обеспечило корректность сравнения исходов наблюдения.

Из 58 пациентов основной группы анкетирование, направленное на оценку исходного уровня приверженности к медикаментозной терапии, было проведено среди 56 пациентов. Медиана баллов

Таблица 1

Исходная клиническая характеристика пациентов

Table 1

Baseline clinical characteristics of patients

Показатель	Контрольная группа (n=154)	Основная группа (n=58)	P (χ^2 Пирсона)
Возраст, лет	63 [52,75; 72]	63,5 [56,75; 70]	0,599
Мужчины, n, % (95%ДИ)	96 62,3(54,5–69,7)	38 65,5(51,9–78,4)	0,379
Индекс массы тела, кг/м ²	28,1 [24,7; 32,2]	28,1 [24,7; 32,2]	0,953
Тропонин повышен n, % (95%ДИ)	60/151 39(31,8–46,6)	25/57 43,1(30,6–56,9)	0,589

Таблица 2

Структура диагнозов пациентов кардиологического отделения в сравниваемых группах

Table 2

Diagnoses of the cardiology department patients in the groups compared

Диагноз основного заболевания	Группа контроля n=154	Основная Группа n=58	p (χ^2 Пирсона)
Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST n, % (95%ДИ)	78 50,6(42,5–58,2)	34 58,6(45,6–71,0)	0,300
Острый инфаркт миокарда без подъема сегмента ST n, % (95%ДИ)	19 12,3(7,2–17,6)	5 8,6(1,8–16,9)	0,446*
Артериальная гипертензия n, % (95%ДИ)	21 13,6(8,5–19)	10 17,2(7,5–27,7)	0,508
Хронический коронарный синдром n, % (95%ДИ)	14 9,1(5–13,6)	8 13,8(5,2–23,4)	0,317
Другие болезни сердца (не ИБС)	5 3,2 (0,7–6,3)	1 1,7(0–5,4)	0,477*
Экстракардиологическая патология	17 11 (6,2–16,1)	0	0,004*

*Точный критерий Фишера

*Fisher exact test

по опроснику Мориски-Грина в общей выборке основной группы составила 2 [1; 4] балла, что соответствует низкому исходному уровню приверженности терапии. Низкая приверженность (≤ 2 балла) была зафиксирована у преобладающего числа пациентов (31 пациент, 55,4 (95% ДИ: 42,9–67,9)%). Средняя приверженность (3 балла) выявлена у 8 пациентов – 14,3(95% ДИ: 5,4–25) %. Высокая приверженность (4 балла) наблюдалась у 17 обследованных – 30,4 (95% ДИ: 19,6–42,9) %.

Обращает на себя внимание, что в подгруппе пациентов с очень высоким сердечно-сосудистым риском доля лиц, демонстрирующих низкую приверженность к назначенному лечению ($n=28$), составила 59,6 (45,2–72,1) %, что указывает на наиболее уязвимый контингент для проведения мотивационного консультирования.

За период двухлетнего наблюдения проведен анализ времени до возникновения первого неблагоприятного события после выписки из стационара. В основной группе медиана времени до первого вызова врача на дом составила 250 суток против 100 суток в контрольной группе ($p=0,009$) (Таблица 3) (Рисунок 1А).

Также было отмечено удлинение времени до первого обращения за экстренной медицинской помощью в основной группе. В группе контроля ме-

диана составила 113 дней, в то время как у пациентов, получивших мотивационное консультирование, этот показатель достигал 232 дней, что более чем вдвое превышает контрольные значения ($p = 0,001$; U-критерий Манна-Уитни) (Рисунок 1Б). Это указывает на повышение эффективности самоконтроля и снижение потребности в экстренной помощи у пациентов.

Клинически значимым результатом вмешательства явилось более чем двухкратное увеличение времени до повторной госпитализации. В контрольной группе медиана этого показателя составила 104 дня, тогда как в основной группе – 230 дней ($p=0,001$). Доля госпитализаций по любым причинам за два года наблюдения составила 49,6% в контрольной группе и 36,2% – в основной. Абсолютное снижение составило 13,4%, однако эти различия не достигли статистической значимости ($p=0,089$; χ^2 Пирсона). Отсутствие значимости, вероятно, обусловлено недостаточной мощностью исследования, связанной с небольшим объемом выборки в основной группе ($n=58$), что не позволяет исключить клинически важный эффект МК (Рисунок 2).

Аналогичная тенденция отмечена и в отношении частоты госпитализаций, связанных с острым коронарным синдромом ($p = 0,077$, χ^2 Пирсона), тогда как частота реваскуляризаций значимо не различалась

Таблица 3
Сравнительная характеристика вызовов медицинской помощи.

Table 3

Comparative characteristics of medical emergencies.

Показатель	Группа контроля N=154	Основная Группа N=58	p (χ^2 Пирсона)
Вызовы на дом n, %(95%ДИ)	36 28,3(20,3–35,9)	7 12,1(4,5–21,3)	0,015
Время до первого вызова врача на дом после выписки, дни Me [Q25; Q75]	100 [14,5;229,5]	250 [142;267]	0,009
Время до первого вызова СМП после выписки, дни Me [Q25; Q75]	113[31;234]	232 [178;325]	0,001

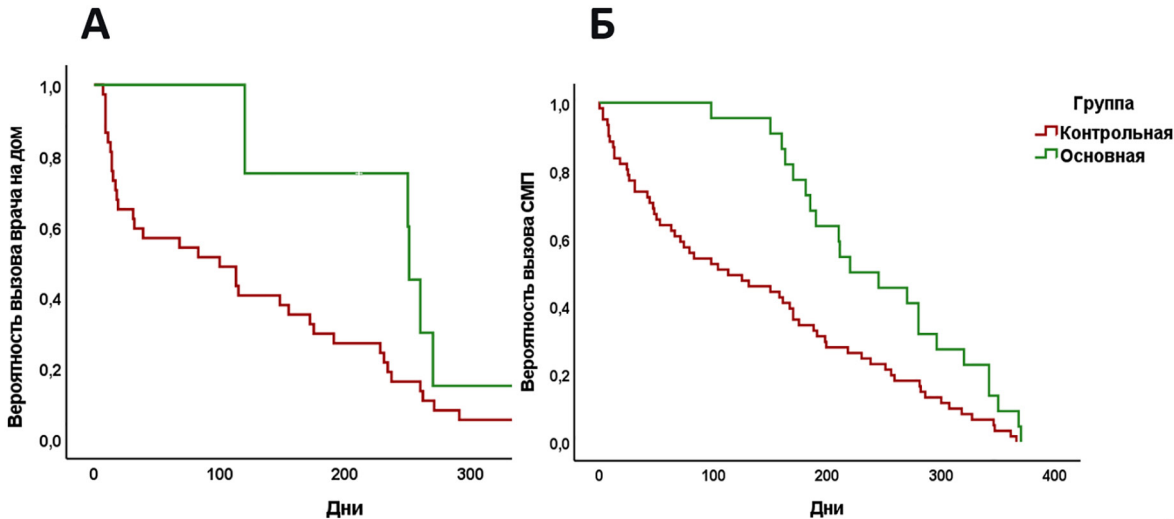


Рисунок 1. Кривые Каплана-Мейера для времени до первого вызова врача на дом (А) и СМП (Б).
Figure 1. Kaplan-Meier curves for the time before the first call for home visit (left) and ambulance call (right).

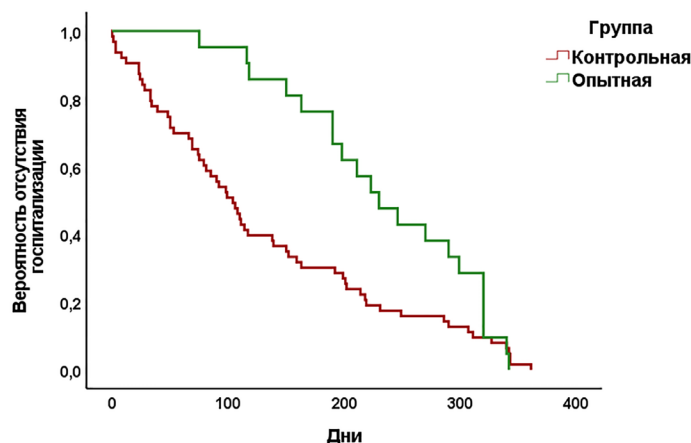


Рисунок 2. Кривые Каплана-Мейера для вероятности отсутствия госпитализации.
Figure 2. Kaplan-Meier curves for the probability of no hospitalization.

($p = 0,214$; χ^2 Пирсона), что заслуживает внимания и требует подтверждения в более крупных рандомизированных исследованиях.

Мужчины, прошедшие анкетирование, демонстрируют достоверно более высокий уровень мотивации к изменению образа жизни ($p=0,001$; χ^2 Пирсона) и демонстрируют более высокую субъективную оценку состояния здоровья (визуально-аналоговая шкала – ВАШ) через 2 года по сравнению с женщинами ($p=0,041$; U критерий Манна-Уитни). Женщины, напротив, чаще оказываются в группе низкомотивированных пациентов, что может быть обусловлено как психосоциальными факторами, так и возрастными особенностями (средний возраст женщин в выборке был достоверно выше, чем мужчин ($p=0,01$; U критерий Манна-Уитни)). Данное наблюдение обосновывает необходимость дифференцированного подхода к мотивационному консультированию с учетом гендерных особенностей, а также требует дополнительного внимания к повышению мотивации у пациенток женского пола.

Полученные данные свидетельствуют, что профилактическое консультирование не только ассоциируется со снижением частоты отдельных нежелательных событий, но и достоверно увеличивает время до их наступления. Это позволяет предположить, что улучшение отдаленных исходов в основной группе обусловлено повышением эффективности самоконтроля и более своевременным обращением за медицинской помощью при ухудшении состояния. Вероятно, данные изменения являются следствием сформированных в ходе консультирования навыков управления заболеванием.

Полученные данные согласуются с современной тенденцией, согласно которой вторичная профилактика должна быть не просто назначением лекарств, а формированием у пациента активной жизненной позиции в отношении своего здоровья.

Выводы.

Интрагоспитальное мотивационное консультирование является эффективным и перспективным инструментом вторичной профилактики у пациентов с острым коронарным синдромом. Оно позволяет значительно увеличить время до возникновения острых ситуаций, требующих вызова врача или

СМП, а также существенно отсрочить сроки повторной госпитализации.

Внедрение программ мотивационного консультирования в рутинную практику кардиологических стационаров может способствовать улучшению долгосрочного прогноза и более рациональному использованию ресурсов экстренной и стационарной медицинской помощи.

Прозрачность исследования. На проведение исследования было получено разрешение локального этического Комитета при ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. (Пироговский Университет). Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в написании рукописи. Окончательная версия статьи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

Вклад авторов. Довлатукаева Х.Р. – разработка концепции, проведение исследования, написание и редактирование текста; Шевченко А.О. – утверждение окончательного варианта статьи; Фарраджов Р.А. – анализ и интерпретация данных; Лебедева А.Ю. – проверка критически важного интеллектуального содержания; Юферева Ю.М. – написание и редактирование текста.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Timmis A, Vardas P, Townsend N, et al. European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2021. European Heart Journal. 2022; 43(8): 716-799. DOI: 10.1093/ehjqcco/qcac014
2. Jernberg T, Hasvold P, Henriksson M, et al. Cardiovascular risk in post-myocardial infarction patients: nationwide real world data demonstrate the importance of a long-term perspective. European Heart Journal. 2015; 36(19): 1163-1170. DOI: 10.1093/eurheartj/ehu505
3. Kotseva K, De Backer G, De Bacquer D, et al. Lifestyle and risk factor management in people at high risk of cardiovascular disease. Results from the EUROASPIRE V cross-sectional survey. European Journal of Preventive Cardiology. 2016; 23(18): 1-12. DOI: 10.1177/2047487318806353
4. Ryan RM, Deci EL. Self-Determination Theory in Health Care and Its Relations to Motivational Interviewing. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2012; 9(1):24.

- DOI: 10.1186/1479-5868-9-24
5. Paul D O'Halloran, Felicity Blackstock, Nora Shields et al. Motivational interviewing to increase physical activity in patients with cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *Sage Journal*. 2014; 28 (12):1159–1171. DOI: 10.1177/1534735420914973
 6. Mujamammi AH, Alluhamid YM, Alshibani MG, et al. Awareness of cardiovascular disease associated risk factors among Saudis in Riyadh City. *J Family Med Prim Care*. 2020 Jun 30;9(6):3100-3105. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_458_20
 7. Qasem Surrati AM, Mohammedsaeed W, Shikieri ABE. Cardiovascular Risk Awareness and Calculated 10-Year Risk Among Female Employees at Taibah University 2019. *Front Public Health*. 2021 Oct 4;9:658243. DOI: 10.3389/fpubh.2021.658243
 8. Порогова Н.В., Юферева Ю.М., Аушева А.К., [и др.]. Медицинская информированность о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний пациентов различного терапевтического профиля, находящихся на стационарном лечении (часть 2) // Кардиология. – 2019. – № 9S. – С. 31–41. Pogosova NV, Yufereva YuM, Ausheva AK, et al. Meditsinskaya informirovannost' o faktorakh riska serdechno-sosudistyykh zabolevaniy patsientov razlichnogo terapevticheskogo profilya, nakhodyashchikhsya na statsionarnom lechenii (chast' 2). [Medical awareness of cardiovascular disease risk factors in patients of various therapeutic profiles undergoing inpatient treatment (part 2)]. *Kardiologiya. [Cardiology]*. 2019; 59(9S): 31-41. [In Russ.] DOI: 10.18087/cardio.n470
 9. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Malabar, FL: Krieger Publishing Company. 1994; 193 p.
 10. Российское кардиологическое общество (РКО). Стабильная ишемическая болезнь сердца. Клинические рекомендации 2020 // Российский кардиологический журнал. – 2020. – Т. 25. – № 11. – С. 4076. Russian Society of Cardiology (RKO). Stabil'naya ishemicheskaya bolezni' serdtsa: Klinicheskie rekomendatsii 2020 [Stable ischemic heart disease: Clinical guidelines 2020]. *Rossiyskiy kardiologicheskii zhurnal [Russian Journal of Cardiology]*. 2020;25(11):4076. [In Russ.] DOI: 10.15829/29/1560-4071-2020-4076
 11. Российское кардиологическое общество. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы. Клинические рекомендации 2020 // Российский кардиологический журнал. – 2020. – Т. 25. – № 11. – С. 4103. Russian Society of Cardiology (RKO). Ostryy infarkt miokarda s pod'emom segmenta ST elektrokardiogrammy: Klinicheskie rekomendatsii 2020 [ST-elevation myocardial infarction: Clinical guidelines 2020]. *Rossiyskiy kardiologicheskii zhurnal [Russian Journal of Cardiology]*. 2020;25(11):4103. [In Russ.] DOI: 10.15829/29/1560-4071-2020-4103
 12. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. 2020 Jan 14;41(3):407-477. DOI: 10.1007/s00059-020-04935-x
 13. Virani SS, Newby LK, Arnold SV, et al. 2023 AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA Guideline for the Management of Patients With Chronic Coronary Disease: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2023 Aug 29; 148(9):9-119. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001168
 14. Gibbons RJ, 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 (Committee on Management of Patients With Chronic Stable Angina). *J Am Coll Cardiol*. 1999; 33 (7):2092–197. DOI: 10.1161/01.cir.99.21.2829
 15. Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М., [и др.]. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022 // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2022. – Т. 21. – № 4. – С. 3235. Drapkina OM, Kontsevaya AV, Kalinina AM, et al. Profilaktika khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevaniy v Rossiyskoy Federatsii: Natsional'noe rukovodstvo 2022 [Prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation: National guidelines 2022]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika [Cardiovascular Therapy and Prevention]*. 2022; 21(4): 3235. [In Russ.] DOI: 10.15829/1728-8800-2022-3235

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

ДОВЛАТУКАЕВА ХАВА РИЗВАНОВНА, ORCID: 0009-0006-8407-3849, e-mail: dovlatukaeva@gmail.com ; аспирант кафедры кардиологии ИНОПР ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский университет). Адрес: 117513, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1, стр. 6. (Автор, ответственный за переписку.)
ЛЕБЕДЕВА АНАСТАСИЯ ЮРЬЕВНА, ORCID: 0000-0002-4060-0786, Scopus ID: 56300028500, докт. мед. наук, профессор, e-mail: alebedeva-md@yandex.ru ; заведующий кафедрой интервенционной кардиологии и кардиореабилитации ИНОПР ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский университет). Адрес: 117513, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1, стр. 6.
ФАРАДЖОВ РАШАД АСАДУЛЛА ОГЛЫ, ORCID: 000-0002-5629-7275, канд. мед. наук, доцент, e-mail: rash2405@icloud.com ; доцент кафедры кардиологии ИНОПР ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский университет). Адрес: 117513, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1, стр. 6.

ABOUT THE AUTHORS:

KNAVA R. DOVLATUKAEVA, ORCID: 0009-0006-8407-3849, e-mail: dovlatukaeva@gmail.com ; Postgraduate Student at the Department of Cardiology, Institute of Continuous Professional Education, N. I. Pirogov Russian National Research Medical University, 1 Ostrovityanov str., Bldg. 6, 117513 Moscow, Russia. (Corresponding Author).
ANASTASIA YU. LEBEDEVA, ORCID: 0000-0002-4060-0786, Scopus ID: 56300028500, Dr. sc. med., Professor, e-mail: alebedeva-md@yandex.ru ; Head of the Department of Interventional Cardiology and Cardiac Rehabilitation, Institute of Continuous Professional Education, N. I. Pirogov Russian National Research Medical University, 1 Ostrovityanov str., Bldg. 6, 117513 Moscow, Russia.
RASHAD A. FARADZHOV, ORCID: 000-0002-5629-7275, Cand. sc. med., Associate Professor, e-mail: rash2405@icloud.com ; Associate Professor at the Department of Cardiology, Institute of Continuous Professional Education, N. I. Pirogov Russian National Research Medical University, 1 Ostrovityanov str., Bldg. 6, 117513 Moscow, Russia.

ЮФЕРЕВА ЮЛИЯ МИХАЙЛОВНА, ORCID: 0000-0003-4274-0667, канд. мед. наук, доцент, e-mail: yulija74@bk.ru ; доцент кафедры кардиологии ИНОПР ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский университет). Адрес: 117513, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1, стр. 6.

ШЕВЧЕНКО АЛЕКСЕЙ ОЛЕГОВИЧ, ORCID: 0000-0003-4719-9486, Scopus ID: 14065642200, докт. мед. наук, профессор, член-корреспондент РАН, e-mail: alxxshevchenko@gmail.com ; заведующий кафедрой кардиологии ИНОПР ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский университет). Адрес: 117513, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1, стр. 6.

YULIA M. YUFEREVA, ORCID: 0000-0003-4274-0667, Cand. sc. med., Associate Professor, e-mail: yulija74@bk.ru ; Associate Professor at the Department of Cardiology, Institute of Continuous Professional Education, N. I. Pirogov Russian National Research Medical University, 1 Ostrovityanov str., Bldg. 6, 117513 Moscow, Russia.

ALEXEY O. SHEVCHENKO, ORCID: 0000-0003-4719-9486, Scopus ID: 14065642200, Dr. sc. med., Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, e-mail: alxxshevchenko@gmail.com ; Head of the Department of Cardiology, Institute of Continuous Professional Education, N. I. Pirogov Russian National Research Medical University, 1 Ostrovityanov str., Bldg. 6, 117513 Moscow, Russia.