

РОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В МОДИФИКАЦИИ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, РАБОТАЮЩИХ НА КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ПРЕДПРИЯТИИ

© Аникин В.В.¹, Пушкарева О.В.^{1,2}, Громнацкий Н.И.³

¹ Кафедра пропедевтики внутренних болезней Тверского государственного медицинского университета, Тверь; ² Центральная медико-санитарная часть № 141, Удомля; ³ кафедра внутренних болезней № 2 Курского государственного медицинского университета, Курск

E-mail: propedeo_tsma@mail.ru

Для изучения роли образовательных программ в модификации отдельных факторов риска у больных артериальной гипертензией (АГ), работающих на крупном промышленном предприятии, отобрано 185 пациентов с АГ. Больные были рандомизированы на две группы: 125 человек – основная группа, 60 – группа контроля. Всем больным исходно и через год наблюдения проведено анкетирование, полное клинико-диагностическое обследование, индивидуально подобрана схема гипотензивной терапии. Пациенты группы вмешательства дополнительно прошли обучение в «Школе здоровья», что привело к повышению информированности об АГ, изменению характера питания, частоты употребления алкоголя, а также наблюдалась позитивная динамика таких поведенческих факторов риска, как низкая физическая активность и курение.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, факторы риска, курение, алкоголь, физическая активность, профилактическая работа, обучение больных.

ROLE OF EDUCATIONAL PROGRAMS IN MODIFYING SOME OF THE RISK FACTORS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION, WORKING ON A LARGE INDUSTRIAL ENTERPRISE

Anikin V.V.¹, Pushkareva O.V.^{1,2}, Gromnatskiy N.I.³

¹ Department of Propedeutics of Internal Diseases of Tver State Medical University, Tver; ² Central Medical Unit N 141, Udomlya; ³ Department of Internal Medicine N 2 of Kursk State Medical University, Kursk

To examine the role of educational programs in modifying certain risk factors in patients with arterial hypertension (AH), working at a large industrial enterprise, 185 patients with AH were selected. The patients were randomized into two groups: 125 persons were included into the main group; the remaining 60 - the control group. All the patients initially and a year after the supervision had a questionnaire and full clinical and diagnostic examination with the individually chosen scheme of hypertensive therapy. The intervention group patients additionally received a training course in «Health School " that led to raising awareness of AH, changing eating habits and alcohol consumption, as well as the positive dynamics in correcting the behavioral risk factors such as low physical activity and smoking.

Keywords: arterial hypertension, risk factors, smoking, alcohol, physical activity, preventive work, patients' training.

В настоящее время в Российской Федерации артериальная гипертензия (АГ) остается одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем. Это обусловлено широким распространением этого заболевания. Так, по данным исследования ЭССЕ-РФ (2011-2013 гг.) частота АГ в РФ составляет 44% [3]. Кроме того, АГ является основным фактором риска (ФР) таких сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), как мозговой инсульт (МИ) и инфаркт миокарда (ИМ), которые, в свою очередь, оказывают большое влияние на структуру смертности и инвалидности среди лиц трудоспособного возраста. При этом большинство лиц с АГ имеют неблагоприятные ФР, негативно влияющие на прогноз развития и течение заболевания. В то же время хорошо известно, что контроль за такими ФР, как курение, избыточное употребление алкоголя, гиподинамия, неправильное питание и др., мог бы предотвратить часть

всех преждевременных смертей и случаев полной потери трудоспособности.

В чем же кроется причина неадекватного контроля АГ и основных ФР ССЗ? Безусловно, одной из причин этого является низкая приверженность пациентов к выполнению врачебных назначений [1, 5, 6, 7, 8]. Научные исследования последних лет, направленные на изучение факторов повышения приверженности больных к выполнению врачебных назначений, показали, что одним из основных методов, повышающих полноту и точность выполнения пациентами врачебных назначений, является обучение пациентов [2, 4]. Именно оно позволяет расширить сферу влияния врача от лечения болезни к профилактике. При таком подходе медицинский контроль над заболеванием дополняется контролем факторов риска, обусловленных образом жизни больного, его привычками, особенностями поведения, влияющими на здоровье и течение заболевания.

Цель данного исследования: изучить влияние образовательных программ на поведенческие ФР у больных АГ, работающих на крупном промышленном предприятии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находилось 185 больных АГ, работающих на Калининской АЭС (г. Удомля) во вредных условиях труда. Пациенты были рандомизированы на две группы: 125 человек вошло в основную группу, оставшиеся 60 составили группу контроля. Всем больным исходно и через год наблюдения было проведено анкетирование и полное клинико-диагностическое обследование, которое кроме клинического осмотра кардиолога включало электрокардиографию, ультразвуковое исследование сердца, суточное мониторирование артериального давления, определение уровня общего холестерина. Всем больным был проведен индивидуальный подбор гипотензивной терапии. Пациенты группы вмешательства дополнительно прошли обучение в «Школе здоровья», которое проводилось согласно рекомендациям письма Минздрава России от 02.08.02 «Организация школ здоровья для пациентов с артериальной гипертонией в первичном звене здравоохранения» и предусматривала ежедневные 1,5-2 часовые занятия в течение 5 дней в группах по 7-10 человек. На проведение данного исследования было получено разрешение локального этического комитета.

Сформированные методом случайной выборки основная и контрольная группы были сопоставимы по своим основным социально-гигиеническим и профессиональным характеристикам. В основную группу было включено 62 пациента мужского пола (49,6%) и 63 – женского (50,4%). Контрольную группу составили 28 больных мужского пола (46,7%) и 32 – женского (53,3%). Средний возраст обследованных больных АГ в основной группе составил $48,6 \pm 0,75$ года, в группе контроля – $49,1 \pm 1,1$ года. Обращает на себя внимание доминирование группы больных со средним специальным (51,2% в основной и 55% в контрольной группах) и высшим образованием (32% в основной и 28,3% в контрольной группах). Характерным является длительный стаж работы у обследуемого контингента на данном промышленном предприятии: 81,6% лиц основной группы и 73,3% больных группы контроля проработали на КАЭС более 10 лет. При этом практически у половины из опрошенных респондентов присутствовал сменный характер работы (44,8% больных в основной и 48,3% пациентов в контрольной группах). Кроме того, из

этих пациентов 51,8% лиц основной и 41,4% больных контрольной групп работали в смену более 10 лет.

Компьютерный анализ полученных данных проводился с помощью пакета прикладных статистических программ Statistica 6.1 с применением стандартных алгоритмов вариационной статистики. Для количественных показателей была проведена проверка на нормальность распределения, применялся W-критерий Шапиро-Уилка. Были рассчитаны описательные статистики: среднее значение (M), медиана, нижняя (25%) и верхняя (75%) квартили, среднее квадратическое отклонение (σ) и ошибка среднего значения (m). Для качественных (номинативных) и порядковых (неметрических) показателей определялись частоты в процентах. Связь между номинативными параметрами оценивалась с помощью критерия χ^2 . Влияние обучения оценивалось с помощью критерия Мак-Немара. Рассчитывались критериальные значения и уровни значимости (p). Результаты считались значимыми при $p < 0,05$. Ввиду того что функции распределений многих метрических показателей не соответствовали нормальному закону, эффект обучения оценивался с помощью непараметрического T-критерия Вилкоксона и критерия знаков (Z) для связанных групп (метод парных сравнений). Для сравнения основной и контрольной групп между собой по метрическим показателям применялся непараметрический U-критерий Манна-Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Методом анкетирования была изучена информированность респондентов об основах здорового питания (рис. 1). В начале реабилитационных мероприятий самой малозначимой составляющей рационального питания для больных обеих групп была признана гигиена хранения и приготовления пищи. Лишь 24% лиц основной и 20% пациентов контрольной групп согласились, что она входит в понятие «здоровое питание». Только около 40% опрошенных больных в обеих группах считали, что ограничение соли и сахара является неотъемлемой частью здорового питания. Более половины респондентов отметили, что ограничение жира и кондитерских изделий, употребление достаточного количества овощей и фруктов, режим питания также являются основными составляющими понятия «здоровое питание». При этом не получено статистически достоверного различия между показателями информированности больных основной и контрольной групп.

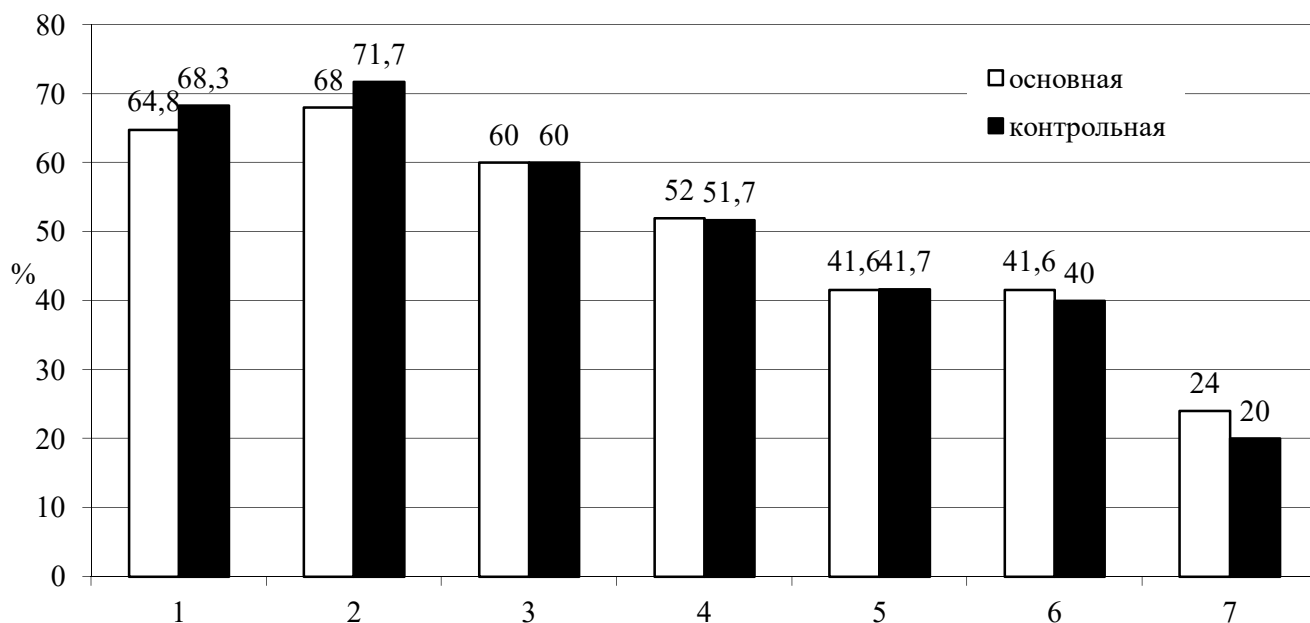


Рис. 1. Основные составляющие здорового питания у респондентов основной и контрольной групп до обучения: 1 – режим питания; 2 – употребление достаточного количества овощей и фруктов; 3 – ограничение жира; 4 – ограничение кондитерских изделий; 5 – ограничение соли; 6 – ограничение сахара; 7 – гигиена хранения и приготовления пищи.

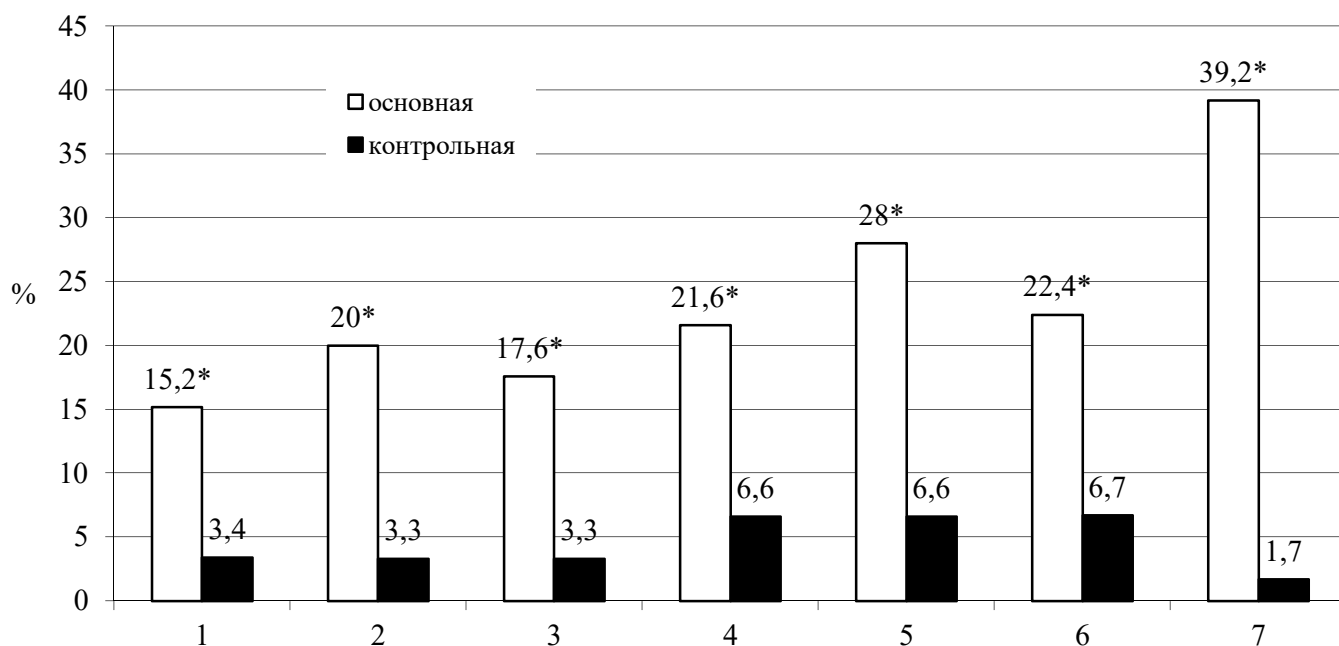


Рис. 2. Динамика информированности по основным составляющим здорового питания у респондентов основной и контрольной групп через год после обучения: 1 – режим питания; 2 – употребление достаточного количества овощей и фруктов; 3 – ограничение жира; 4 – ограничение кондитерских изделий; 5 – ограничение соли; 6 – ограничение сахара; 7 – гигиена хранения и приготовления пищи.

Примечание: * – $p < 0,05$ по сравнению с исходными значениями в группе.

Через год после проведения реабилитационных мероприятий в основной группе произошел статистически достоверный рост показателей информированности больных об основных компонентах здорового питания (рис. 2). Так, более 80% лиц стали считать, что режим питания и употребление достаточного количества овощей и фруктов являются основными его составляющими. Более

70% пациентов отметили, что в понятие «здоровое питание» входит ограничение потребления жира, кондитерских изделий, соли, а 64,0% респондентов – сахара. Наибольший рост (на 40%) информированности произошел по показателю «гигиена хранения и приготовления пищи». В среднем информированность по основным составляющим здорового питания в группе вмеша-

тельности выросла на 25%. Заметного изменения информированности больных контрольной группы об основах здорового питания не отмечалось.

При этом обращало на себя внимание, что на начало исследования соль в приготовленную пищу почти всегда добавляли более 10% лиц (12,8% больных основной и 13,3% пациентов контрольной групп) (рис. 3). Несколько большее число опрошенных респондентов отмечали, что часто досаливали уже приготовленную пищу (16 и 16,7% больных основной и контрольной групп соответственно). Большая часть пациентов довольно редко добавляли соль в готовую пищу:

71,2 и 70% лиц основной и контрольной групп соответственно.

В целом при повторном анкетировании через год после обучения в «Школе здоровья» (рис. 4) 64,8% больных группы вмешательства отметили, что изменили характер своего питания, более 40% больных основной группы увеличили употребление овощей и фруктов и снизили количество употребляемого жира (46,4 и 41,6% пациентов соответственно; $p < 0,05$), сахара (32,0%) и соли (15,2%), 12,0% больных изменили вид употребляемого жира. В свою очередь, в контрольной группе не произошло столь значимых изменений.

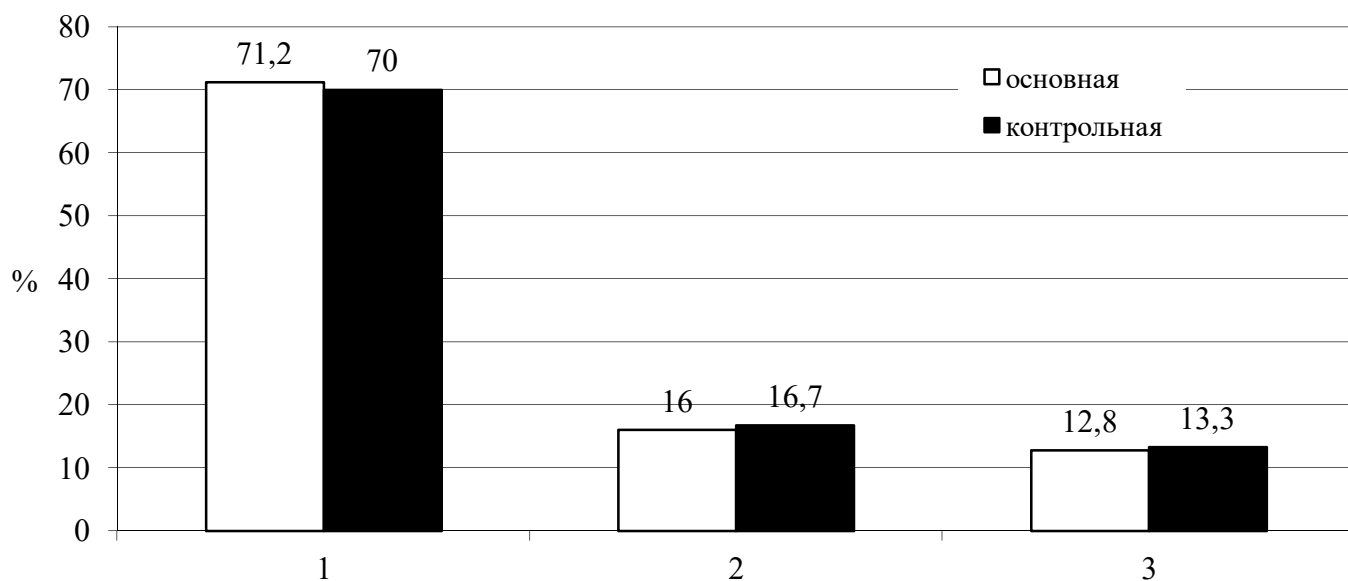


Рис. 3. Добавление соли в приготовленную пищу: 1 – довольно редко; 2 – часто; 3 – почти всегда перед употреблением.

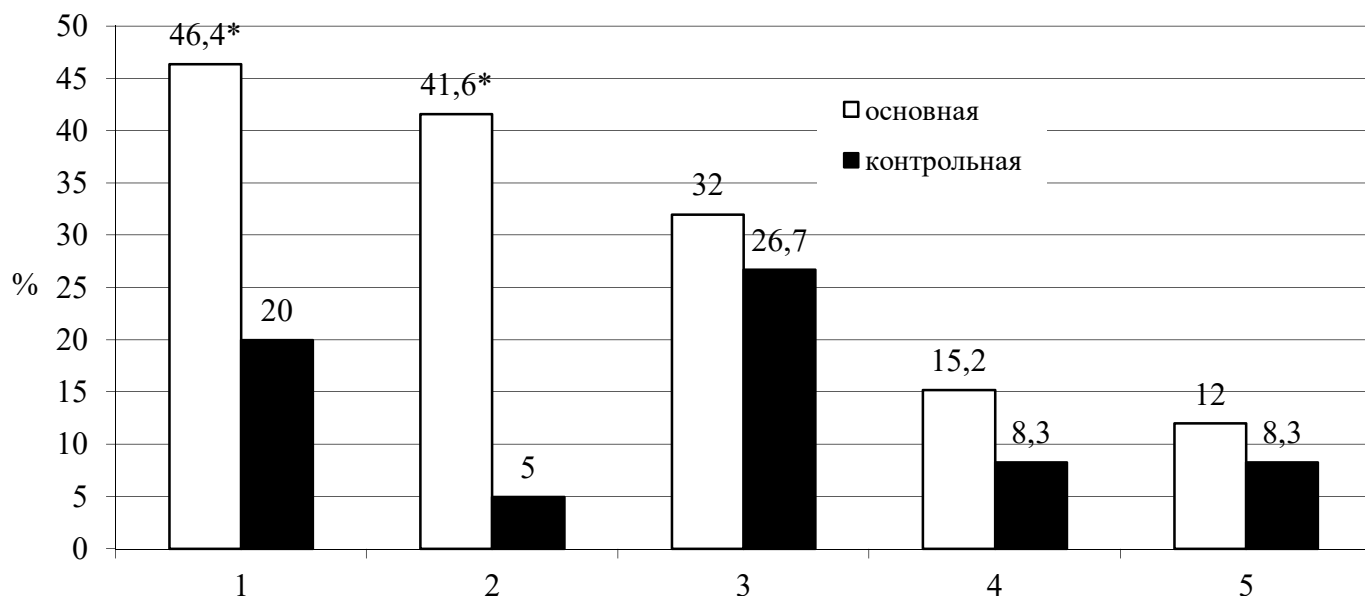


Рис. 4. Изменение характера питания через год после обучения: 1 – увеличение количества употребляемых овощей и фруктов; 2 – снижение количества употребляемого жира; 3 – снижение количества употребляемого сахара; 4 – снижение количества употребляемой соли; 5 – изменение вида употребляемого жира.

Примечание: * – $p < 0,05$ в сравнении со значениями в группе контроля.

Анализ частоты употребления крепких алкогольных напитков среди обследуемого контингента показал, что треть пациентов АГ их не употребляли совсем (35,2 и 30,0% лиц основной и контрольной групп соответственно). Более 10% респондентов отметили, что употребляли крепкие алкогольные напитки довольно редко – несколько раз в год (14,4 и 16,7% больных основной и контрольной групп). Достаточно часто употребляли данный вид алкоголя (от 1 до нескольких раз в неделю 14,4 и 16,6% лиц основной и контрольной групп). Умеренное количество крепких алкогольных напитков (от 1 до нескольких раз в месяц) употребляло более трети опрошенных больных: 36,0 и 36,7% пациентов основной и контрольной групп соответственно.

Анализ употребления вина больными основной и контрольной групп показал, что более трети пациентов данный вид алкоголя не употребляли. Причем такие больные преобладали в группе контроля: 46,7% против 35,2% пациентов основной группы. Еще треть опрошенных отметили, что употребляли вино довольно редко: несколько раз в год (37,6 и 35,0% лиц основной и контрольной групп соответственно). От 1 до нескольких раз в месяц данный вид алкогольного напитка употребляло 20,0% больных основной и 15,0% пациентов контрольной групп. Число лиц, которые употребляли вино от 1 до нескольких раз в неделю, оказалось более чем в 2 раза больше в группе вмешательства: 7,2% против 3,3% больных контрольной группы. В целом не получено статистически достоверного различия между показателями частоты употребления вина больными основной и контрольной групп.

Наименее популярным напитком среди обследуемого контингента оказалось пиво. Более половины опрошенных больных данный вид алкогольного напитка совсем не употребляли (59,2% пациентов основной группы и 60,0% лиц группы контроля). Более 10% респондентов употребляли пиво достаточно редко: 12,8 и 11,7% больных основной и контрольной групп соответственно. Практически такое же количество пациентов употребляли данный вид алкоголя от 1 до нескольких раз в месяц (12,8 и 10,0% больных основной и контрольной групп соответственно). Несколько большее число опрошенных употребляли пиво с достаточно высокой частотой: от 1 до нескольких раз в неделю (15,2 и 18,3% больных основной и контрольной групп соответственно).

Таким образом, следует отметить, что в среднем 12% респондентов основной и контрольной групп достаточно часто употребляли различные виды алкогольных напитков (от 1 до нескольких раз в неделю). Через год после проведения реабилитационных мероприятий 24,0% ($p < 0,05$) боль-

ных группы вмешательства отметили ограничение употребления алкогольных напитков. В группе контроля данный показатель достоверно отличался и составил всего 8,3%.

Для оценки уровня физической активности в данном исследовании использовались две характеристики: двигательная активность на работе и в часы досуга. Как показали результаты анкетирования, третья часть опрошенных респондентов обеих групп более 75% «рабочего времени» проводит сидя (31,2% больных основной группы и 38,3% пациентов группы контроля). Вместе с тем 27,2 и 31,7% лиц основной и контрольной групп соответственно уделяли должное внимание ходьбе и проходили за день более 5 км.

Через год после обучения в «Школе здоровья» в группе вмешательства произошел статистически незначимый рост (на 12,8%) числа больных, проходивших пешком за 1 день более 5 км. В то время как в группе контроля этот рост оказался в два раза меньшим (6,6%). Кроме того, в начале данного исследования лишь 3,2% больных основной группы и 1,7% пациентов группы контроля занимались физической культурой и спортом регулярно: 3-4 раза в неделю. Еще 4,8 и 1,7% респондентов основной и контрольной групп соответственно занимались спортом, но не регулярно. Более половины обследованных совсем не занимались ни утренней гимнастикой, ни спортом (53,6 и 61,7% пациентов основной и контрольной групп соответственно). Через год после проведения реабилитационных мероприятий 20,0% респондентов группы вмешательства и 18,3% лиц контрольной группы отметили увеличение своей физической активности.

Изучение распространенности курения среди обследуемых показало, что на начало исследования более 70% больных обеих групп не курили (72,8 и 75,0% респондентов основной и контрольной групп соответственно). Причем большая часть из них никогда не имели данной вредной привычки (53,6 и 50,0% пациентов основной и контрольной групп соответственно). Кроме того, около 20% лиц отказались от курения еще до настоящего исследования (19,2% больных основной и 25,0% пациентов контрольной групп). Данный ФР присутствовал у 27,2% основной и 25,0% больных контрольной группы. Статистически достоверного различия по числу курильщиков между основной и контрольной группами получено не было.

Следует отметить, что в обеих группах преобладали больные с длительным стажем курения – более 10 лет. Причем число лиц со стажем курения от 10 до 20 лет полностью совпало с количеством больных в группе со стажем этой вредной привычки более 20 лет. Для основной группы их

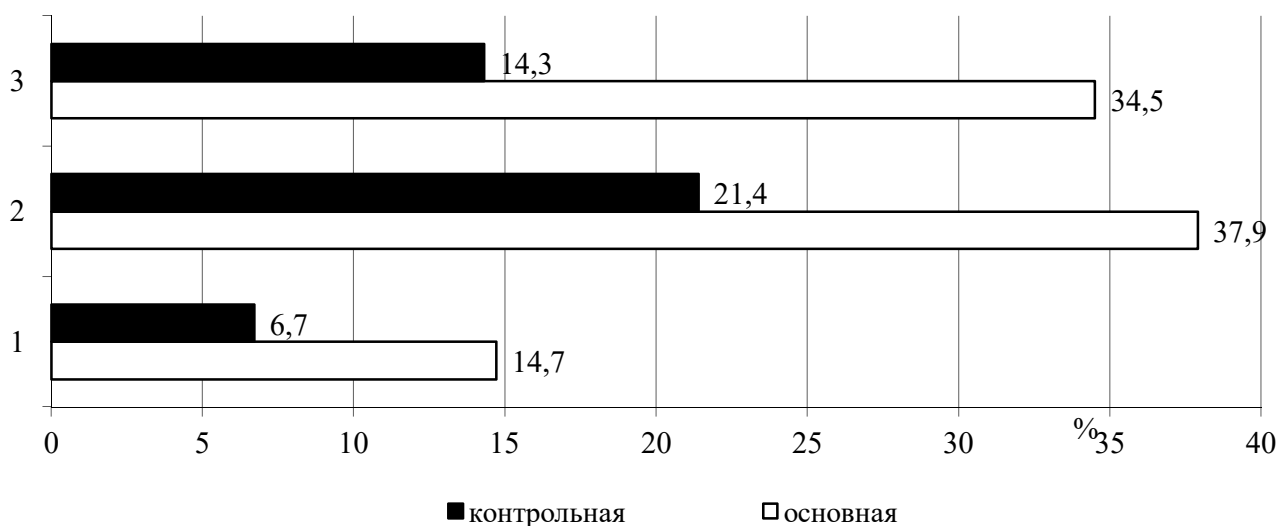


Рис. 5. Изменение различных показателей в категории курящих через год после обучения: 1 – отказались от курения; 2 – пытались отказаться от курения; 3 – уменьшили количество выкуриваемых сигарет.

число составило 36,2%, в группе контроля – 33,3%. Преобладание пациентов с большим стажем курения, вероятно, связано с тем, что средний возраст обследованных в проведенном исследовании превышал 45 лет. Около 15% больных имели стаж курения от 5 до 10 лет (13,8 и 16,7% лиц основной и контрольной групп соответственно). От 1 до 5 лет курили 10,3% больных основной группы и 10,0% пациентов группы контроля. Небольшой стаж курения – менее года был выявлен у 3,5% обследованных группы вмешательства и 6,7% лиц контрольной группы. При этом только 20,6% курящих основной группы и 20,0% лиц группы контроля до проведения реабилитационных мероприятий хотя бы раз в жизни пытались прекратить курение.

Через год после проведения реабилитационных мероприятий отмечалось увеличение числа некурящих больных (рис. 5). В группе вмешательства, прошедшей обучение в «Школе здоровья», произошло более значимое изменение данного показателя. За год в ней отказались от этой вредной привычки 14,7% пациентов против 6,7% больных контрольной группы. Обращало на себя внимание, что в группе вмешательства 37,9% больных пытались прекратить курение за прошедший год, а 34,5% обследованных данной группы уменьшили количество выкуриваемых сигарет. В контрольной группе число пациентов, пытавшихся прекратить курение или уменьшить число выкуриваемых сигарет, было значительно меньшим и составило соответственно 21,4 и 14,3%.

Таким образом, обучение в «Школе здоровья» оказывает положительное влияние на пищевые и поведенческие привычки. Причем оно не только повышает информированность больных об ос-

новных ФР, но и приводит к реализации полученных знаний на практике.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Аникин В.В., Пушкарева О.В. Приверженность лечению больных артериальной гипертензией, работающих на крупном промышленном предприятии // Врач. – 2017. – № 4. – С. 68-69. [Anikin V.V., Pushkareva O.V. Treatment adherence in hypertensive patients working at a large industrial enterprise. *Vrach*. 2017; (4): 68-69 (in Russ.)].
2. Аникин В.В., Пушкарева О.В. Коррекция психологического статуса у пациентов, страдающих артериальной гипертензией, на фоне реабилитационных мероприятий программ, включающих обучение в Школе здоровья // CardioСоматика. – 2018. – Т. 9, № 3. – С. 5-9. – DOI: 10.26442/2221-7185_2018.3.5-9. [Anikin V.V., Pushkareva O.V. Correction of psychological status in patients with an arterial hypertension on a background of rehabilitation programs that include training in School of Health. *CardioSomatika*. 2018; 9(3): 5-9. (in Russ.)].
3. Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Деев А.Д., Артамонова Г.В., Гагагонова Т.М., Дупляков Д.В., Ефанов А.Ю., Жернакова Ю.В., Конради А.О., Либис Р.А., Минаков А.В., Недогода С.В., Ощепкова Е.В., Романчук С.А., Ротарь О.П., Трубачева И.А., Чазова И.Е., Шляхто Е.В., Муромцева Г.А., Евстифеева С.Е., Капустина А.В., Константинов В.В., Оганов Р.Г., Мамедов М.Н., Баранова Е.И., Назарова О.А., Шутемова О.А., Фурменко Г.И., Бабенко Н.И., Азарин О.Г., Бондарцов Л.В., Хвостикова А.Е., Ледяева А.А., Чумачек Е.В., Исаева Е.Н., Басырова И.Р., Кондратенко В.Ю., Лопина Е.А., Сафонова Д.В., Скрипчен-

- ко А.Е., Индукаева Е.В., Черкасс Н.В., Максимов С.А., Данильченко Я.В., Мулерова Т.А., Шалаев С.В., Медведева И.В., Шава В.П., Сторожок М.А., Толпаров Г.В., Астахова З.Т., Тогузова З.А., Кавешников В.С., Карнов Р.С., Серебрякова В.Н. Артериальная гипертензия среди лиц 25-64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. – Т. 13, № 4. – С. 4-14. [Boytsov S.A., Balanova Yu.A., Shalnova S.A., Deev A.D., Artamonova G.V., Gatagonova T.M., Duplyakov D.V., Efanov A.Yu., Zhernakova Yu.V., Konradi A.O., Libis R.A., Minakov A.V., Nedogoda S.V., Oshchepkova E.V., Romanchuk S.V., Rotar O.P., Trubacheva I.A., Chazova I.E., Shlyakhto E.V., Karpov R.S., Kaveshnikov V.S., Serebryakova V.N., Muromtseva G.A., Evstifeeva S.E., Kapustina A.V., Konstantinov V.V., Oganov R.G., Mamedov M.N., Nazarova O.A., Shutemova E.A., Babenko N.I., Furtenko G.I., Bondartsov L.V., Ledyayeva A.A., Chumachek E.V., Isaeva E.N., Basyrova I.R., Lopina E.A., Safonova D.V., Skripchenko A.E., Indukaeva E.V., Cherkass N.V., Maksimov S.A., Danilchenko Ya.V., Mulerova T.A., Shalaev S.V., Medvedeva I.V., Shava V.P., Storozhok M.A., Tolparov G.V., Astakhova Z.T., Toguzova Z.A. Arterial hypertension among individuals of 25-64 years old: prevalence, awareness, treatment and control. By the data from ECCD. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2014; 13(4): 4-14 (in Russ.).]
4. Калинина А.М. Школа здоровья для больных как фактор повышения эффективности контроля АД // Трудный пациент. – 2006. – Т. 4, № 8. – С. 21-23. [Kalinina A.M. Shkola zdorov'ya dlya bol'nykh kak faktor povysheniya effektivnosti kontrolya AG. *Trudnyy patsiyent*. 2006; 4(8): 21-23 (in Russ.).]
 5. Леонова М.В., Штейнберг Л.Л., Белоусов Ю.Б., Белявская Д.В., Выдрина О.И., Пастернак Е.Ю., Белоусов Д.Ю., Сидоренкова Н.Б., Терентьева Н.В., Пляшешников М.А., Волкова Ю.В., Титова З.А., Петров В.И., Рогова Н.В. Результаты фармакоэпидемиологического исследования артериальной гипертензии ПИФАГОР IV: приверженность врачей // Российский кардиологический журнал. – 2015. – Т. 20, № 1. – С. 59-66. – doi: 10.15829/1560-4071-2015-1-59-66. [Leonova M.V., Shteinberg L.L., Belousov Yu.B., Belyavskaya D.V., Vydrina O.I., Pasternak E.Yu., Belousov D.Yu., Sidorenkova N.B., Terenteva N.V., Plyasheshnikov M.A., Volkova Yu.V., Titova Z.A., Petrov V.I., Rogova N.V. Results of pharmacoepidemiologic study of arterial hypertension PIFAGOR IV: physicians compliance. *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal*. 2015; 20(1): 59-66 (in Russ.).]
 6. Смирнова М.Д., Фофанова Т.В., Агеев Ф.Т., Цыгареишвили Е.В., Свирида О.Н., Кузмина А.Е. Может ли наличие домашнего тонометра повысить эффективность лечения артериальной гипертензии в реальной амбулаторной практике? // Русский медицинский журнал. – 2015. – № 27. – С. 1598-1603. [Smirnova M.D., Fofanova T.V., Ageyev F.T., TSYgareishvili E.V., Svirida O.N., Kuzmina A.E. Can the presence of a home blood pressure monitor to increase the effectiveness of the treatment of hypertension in real outpatient practice? *Russkiy meditsinskiy zhurnal*. 2015; (27): 1598-1603. (in Russ.).]
 7. Чукаева И.И. Что такое приверженность к лечению и что можно сделать для ее улучшения (на примере артериальной гипертензии) // Лечебное дело. – 2012. – № 2. – С. 21-26. [Chukaeva I.I. What is compliance and what can we do to improve it? *Lechebnoye delo*. 2012; (2): 21-26. (in Russ.).]
 8. Mancia G., Zambon A., Soranna D., Merlino L., Corrao G. Factors involved in the discontinuation of anti-hypertensive drug therapy: an analysis from real life data // *J Hypertens*. – 2014. – Vol. 32, N 8. – P. 1708-1715. – DOI: 10.1097/HJH.0000000000000222.

Поступила в редакцию 18.10.2018

Подписана в печать 20.12.2018