

УДК 616.12-008.331.1-085+615.252.349.7
DOI: 10.26435/UC.V0I2(31).310

М.М. Алесинский¹, Е.Н. Налётова¹, С.В. Налётов¹, Е.А. Передерий², И.А. Сидоренко¹

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк,
ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки». Луганск

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ НЕ СОЗДАЁТ УСЛОВИЙ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА

Артериальная гипертензия (АГ) во многом определяет структуру сердечно-сосудистой заболеваемости (ССЗ) и смертности, которая в большинстве экономически развитых стран составляет более 50-55% [6, 11, 12]. Чаще причина АГ не может быть установлена; тогда АГ определяется как первичная или гипертоническая болезнь (ГБ) [11].

Лекарственная терапия остаётся основным методом лечения больных ГБ, а её эффективность зависит от многих факторов. Обычно причина недостаточного гипотензивного эффекта состоит не в том, какие антигипертензивные лекарственные препараты (АГЛП) принимает больной, а в том в какой степени пациент следует рекомендациям врача, т.е. приверженности лечению – комплаентности (compliance) [5, 8]. Факторов, определяющих уровень приверженности лечению больных ГБ, много – осознание больным необходимости лечения, стоимость назначенных врачом АГЛП, наличие лекарств в аптеке, кратность приёма препаратов в течение суток и т.д. [5, 8, 11].

Важными составляющими формирования приверженности лечению у пациентов являются наличие информации о заболевании, последствиях отсутствия лечения и/или нерегулярного соблюдения предписаний врача, побочных эффектах лекарств, а также о возможной их профилактике или снижении риска негативных последствий и т.д. Подробную информацию о перечисленных обстоятельствах больной должен получить у врача [5, 7, 11, 13].

К сожалению, эффективность лекарственной терапии у больных, которые её получают, как правило, невысокая. Важно отметить, что почти 50% людей, у которых есть АГ, об этом не знают; приблизительно столько же из тех, кто информирован о своём состоянии, не принимают лечение. Таким образом, лечение получает лишь четверть больных, страдающих АГ, что и опре-

деляет показатели ССЗ и смертности [13, 15].

Особую категорию больных ГБ составляют лица пожилого возраста, это самая многочисленная когорта таких пациентов; их численность превышает 50-60 % в популяции. Существенным моментом, который не позволяет достичь комплаентности таких больных, является ограниченность в финансах, т.к. пенсии зачастую невысоки. Нельзя исключать и «возрастную забывчивость» пожилых людей [4, 9, 10].

На Донбассе проживает около 700 тысяч лиц пожилого возраста, это практически 30% населения, которое в настоящее время составляет 2,2 млн. человек. При этом отмечается сложная ситуация с обеспечением региона медицинскими кадрами – дефицит врачей около 6000 человек. Число посещений врачей в 2018 году, включая профилактические осмотры, составил более 20 млн. [2]. Такая нагрузка на медицинский персонал может пагубно отразиться на возможности проводить необходимые беседы с пациентами, направленные на повышение их приверженности лечению [1, 9, 10].

Для выполнения предписаний врача больной должен приобрести лекарства в аптеке, где может получить недостающую информацию об их правильном приёме. Провизор довольно часто становится основным консультантом больного/посетителя аптеки по вопросам соблюдения режима приема препаратов, назначенных врачом. Важно подчеркнуть, что консультативная помощь провизоров населению по вопросам применения лекарственных средств регламентирована квалификационной характеристикой специалиста-провизора и, по сути, является его профессиональной обязанностью [1, 3]. В настоящее время практически не раскрыт потен-

циал участия провизора в формировании приверженности лечению больных/посетителей аптек.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Обосновать необходимость вовлечения и формат участия провизора в процессе формирования у пациентов приверженности лекарственной терапии, назначенной врачом, с целью повышения эффективности лечения больных ГБ пожилого возраста.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами разработана программа трёхэтапного исследования по оценке приверженности лечению больных ГБ пожилого возраста, которое состоит из этапа динамического наблюдения (этап I, не предусматривает специальных мероприятий повышения комплаентности), динамического контроля (этап II, содержит специальные мероприятия повышения комплаентности) и оценки отдаленных результатов (этап III, оценивает сохранность уровня комплаентности через 10-ть месяцев). В данной статье представлены результаты, полученные в ходе реализации этапа I (динамическое наблюдение).

Набор больных ГБ пожилого возраста в программу динамического наблюдения осуществлялся в аптеке (ООО «Ваша аптека») г. Донецка, где была организована специальная комната, совмещенная с торговым залом, для общения с посетителями аптеки (центр фармацевтической опеки) [1].

Пожилым посетителям аптеки, которые приобретали АГЛП, предлагалось участие в исследовании. Проводилась также беседа, которая позволяла выявить:

- диагностированную ранее АГ;
- возраст;
- желание самостоятельно контролировать своё лечение;
- готовность к сотрудничеству.

После подписания информированного согласия, определяли уровень комплаентности по тесту Мориски-Грина (ТМГ), состоящего из четы-

рёх вопросов, позволяющих оценить не только приверженность лечению больных, но и причины несоблюдения порядка приёма лекарств [14]. В дальнейшем пациентам было предложено посетить врача-кардиолога (на базе кафедры общей практики семейной медицины ФИПО ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького») с целью уточнения диагноза ГБ и оценки принимаемой антигипертензивной лекарственной терапии соответствию клиническому статусу больного.

Все участники программы динамического наблюдения были консультированы провизором по вопросу приобретения АГЛП, прописанных врачом. Врач-кардиолог назначал препараты, согласно международным названиям. Провизор разъяснял возможность взаимозаменяемости АГЛП разных производителей, обсуждал стоимость приобретаемых препаратов.

В дальнейшем визиты больных к провизору в центр осуществлялась на 4-ой и 8-ой неделях участия в программе динамического наблюдения. Во время визитов определяли уровень приверженности лечению по ТМГ и оценивали эффективность проводимой антигипертензивной терапии (измерение АД).

Все результаты исследований обрабатывались с помощью специализированного пакета статистических программ MedicalStatistics [7]. Для представления результатов приводится значение среднего арифметического (\bar{X}) и ошибки среднего (m) показателей.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Больные (n=51), принявшие участие в этапе I (динамическое наблюдение), были представлены мужчинами (n=25; 49,0%) и женщинами (n=26 человек; 51,0%) в возрасте от 62 до 75 лет (средний возраст мужчин 67,2±0,9; женщин – 67,7±0,9).

Исходные показатели ТМГ (до начала динамического наблюдения, неделя 0) представленные в таблице 1, свидетельствуют о том, что приверженность лечению больных ГБ пожилого возраста находится на низком уровне (ТМГ

Таблица 1.

Динамика показателей ТМГ у больных ГБ пожилого возраста, в ходе динамического наблюдения, $\bar{X} \pm m$

Период наблюдения	Мужчины (n=25)	Женщины (n=26)
0 неделя	2,3±0,1	2,5±0,1
4 неделя	2,5±0,1	2,7±0,1
8 неделя	2,3±0,1	2,5±0,1

Таблица 2.

Динамика показателей САД и ДАД у больных ГБ пожилого возраста, в ходе динамического наблюдения, $\bar{X} \pm m$

Показатель, период	Мужчины (n=25)	Женщины (n=26)
САД, 0 неделя	171,9±1,9	166,0±2,2
ДАД, 0 неделя	104,7±2,3	105,8±1,9
САД, 4 неделя	168,0±1,7	162,0±2,0
ДАД, 4 неделя	104,5±2,1	101,8±1,8
САД, 8 неделя	169,7±1,7	164,4±2,1
ДАД, 8 неделя	105,5±2,2	104,5±2,0

2,4±0,1); различий показателей у мужчин и женщин нет ($p > 0,05$).

Максимальные зафиксированные показатели (неделя 0) САД у пациентов, принимавших участие в исследовании, свидетельствуют о том, что антигипертензивная фармакотерапия у больных ГБ пожилого возраста неэффективна. Различий показателей у мужчин и женщин нет ($p > 0,05$); средние значения показателей САД – 168,9±1,5 мм рт. ст. и ДАД – 106,6±1,5 мм рт. ст. (табл. 2.). Эти значения выше на 22,8±0,7% показателя нормы для САД (139 мм рт. ст.), а максимальные показатели ДАД выше на 17,5±0,8% нормы для ДАД (89 мм рт. ст.).

Данные о динамике показателя уровня приверженности лечению (4-ая и 8-ая недели), которые были получены в ходе исследования, представлены в таблице 1.

Важно отметить, что на 4-ой неделе исследования мужчины и женщины продемонстрировали некоторое увеличение ($p > 0,05$) показателя ТМГ, по сравнению с исходным уровнем (табл. 1). В тоже время, отсутствие каких-либо мероприятий, направленных на формирование приверженности лечению у больных, способствовало тому, что к концу 8-ой недели уровень ТМГ вернулся к исходным значениям – 2,4±0,1 (табл. 1). Различий между показателями у мужчин и жен-

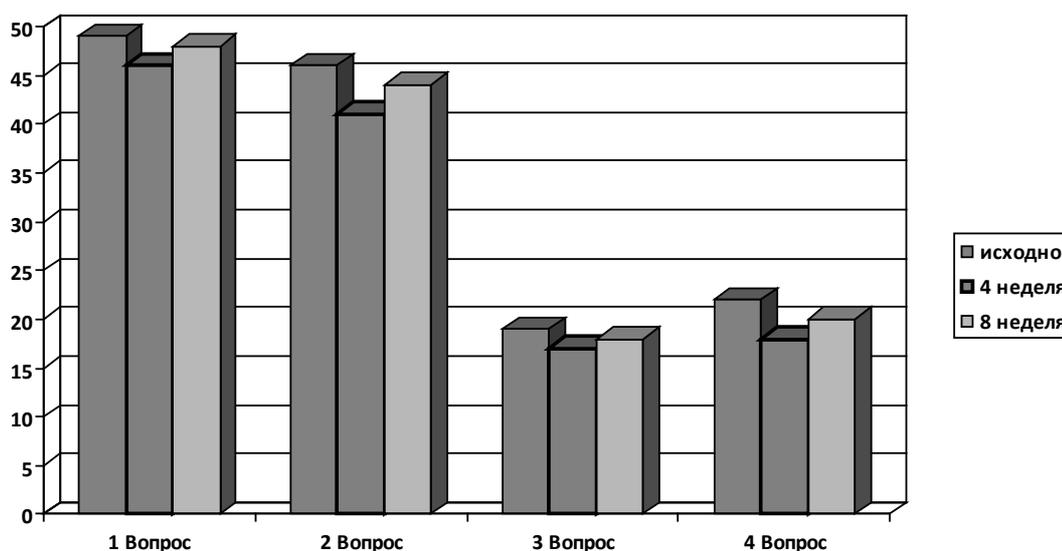


Рис. 1. Динамика положительных ответов больных ГБ пожилого возраста на вопросы ТМГ в ходе динамического наблюдения (n=51), абс.

Примечание:

- 1 вопрос – Забывали ли Вы когда-либо принять препараты?
- 2 вопрос – Относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приёма лекарств?
- 3 вопрос – Пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?
- 4 вопрос – Если Вы чувствуете себя плохо после приема ЛС, не пропускаете ли Вы следующий приём?

щин не было ($p > 0,05$). Таким образом, динамическое наблюдение пациентов не обеспечивает улучшение их комплаентности.

Анализ структуры ответов на ТМГ показал, что основной причиной низкой приверженности является забывчивость больных, а также невнимательное отношение ко времени приёма АГЛП (см. рис.).

В таблице 2 представлены данные о динамике уровней САД и ДАД у больных ГБ пожилого возраста, принявших участие в программе динамического наблюдения, которые свидетельствуют об отсутствии позитивных изменений уровня АД. Некоторое снижение ($p > 0,05$) уровней САД и ДАД у мужчин и женщин к концу 4-ой недели, по сравнению с исходными показателями, было нивелировано повышением к концу 8-ой недели

(средние значения показателей САД – $167,0 \pm 1,4$ мм рт. ст. и ДАД – $105,0 \pm 1,4$ мм рт. ст.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Динамическое наблюдение пациентов не обеспечивает улучшение показателей приверженности лечению больных гипертонической болезнью и эффективности антигипертензивной фармакотерапии. Для достижения надлежащей приверженности лечению больных ГБ пожилого возраста необходимо проведение дополнительных бесед о важности соблюдения режима и контроля приёма АГЛП больными, постоянного контроля эффективности лекарственной терапии по уровню АД. Такую работу с больными может проводить провизор в созданном нами центре фармацевтической опеки.

М.М. Алесинский¹, Е.Н. Налётова¹, С.В. Налётов¹, Е.А. Передерий², И.А. Сидоренко¹

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк,

²ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки». Луганск

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ НЕ СОЗДАЁТ УСЛОВИЙ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА

Цель работы – обосновать необходимость вовлечения и формат участия провизора в процессе формирования у пациентов приверженности лекарственной терапии, назначенной врачом, с целью повышения эффективности лечения больных гипертонической болезнью пожилого возраста.

Материал и методы

В данной статье представлены результаты, полученные в ходе реализации этапа динамического наблюдения, который является частью трехэтапного исследования приверженности лечению больных гипертонической болезнью пожилого возраста, и не предусматривает проведения специальных мероприятий по повышению комплаентности пациентов.

Набор больных гипертонической болезнью пожилого возраста в этапе динамического наблюдения осуществлялся в аптеке, где была организована специальная комната (центр фармацевтической опеки). Провизор предлагал пожилым посетителям аптеки участие в исследовании по самостоятельному контролю лечения.

После подписания информированного согласия определяли уровень комплаентности по тесту Мориски-Грина. В дальнейшем пациентам было предложено посетить врача-кардиолога с целью уточнения диагноза и оценки принимаемой антигипертензивной лекарственной терапии соответствию клиническому статусу больного.

Все участники программы динамического наблюдения были консультированы провизором по вопросу приобретения АГЛП, прописанных врачом. Врач-кардиолог назначал препараты, согласно международным названиям. Провизор разъяснял возможность взаимозаменяемости препаратов разных про-

изводителей, обсуждал стоимость приобретаемых препаратов.

В дальнейшем визиты больных к провизору в центр осуществлялась на 4-ой и 8-ой неделях участия в программе динамического наблюдения. Во время визитов определяли уровень приверженности лечению по тесту Мориски-Грина и оценивали эффективность проводимой антигипертензивной терапии (измерение артериального давления).

Результаты и обсуждение

Больные ($n=51$), принявшие участие в этапе динамического наблюдения, были представлены мужчинами ($n=25$; 49,0%) и женщинами ($n=26$ человек; 51,0%) в возрасте от 62 до 75 лет (средний возраст мужчин $67,2 \pm 0,9$; женщин – $67,7 \pm 0,9$).

Полученные результаты демонстрируют исходно низкую приверженность лечению больных гипертонической болезнью пожилого возраста: результат по тесту Мориски-Грина составлял $2,4 \pm 0,1$. Антигипертензивная фармакотерапия у данного контингента больных неэффективна: уровень систолического артериального давления равен $168,9 \pm 1,5$ мм рт. ст. и диастолического – $106,6 \pm 1,5$ мм рт. ст.

Динамическое наблюдение пациентов не обеспечивает улучшение анализируемых показателей, которые через восемь недель остаются на прежнем уровне: результат по тесту Мориски-Грина – $2,4 \pm 0,1$; уровень систолического артериального давления равен $167,0 \pm 1,4$ мм рт. ст. и диастолического – $105,0 \pm 1,4$ мм рт. ст.

Заключение

Динамическое наблюдение пациентов не обеспечивает улучшение показателей приверженности лечению больных гипертонической болезнью и эффективности антигипертензивной фармакотерапии. Для

достижения надлежащей приверженности лечению больных гипертонической болезнью пожилого возраста необходимо проведение дополнительных бесед о важности соблюдения режима приёма антигипертензивных препаратов больными, постоянно контролю эффективности лекарственной терапии

по уровню артериального давления. Такую работу с больными может проводить провизор в созданном нами центре фармацевтической опеки.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, комплаентность, провизор.

M.M. Alesinsky¹, E.N. Nalotova¹, S.V. Nalotov¹, Ie.A. Perederii², I.A. Sidorenko¹

¹SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

²SI LPR «Lugansk State Medical University named after Saint Luke», Lugansk

DYNAMIC OBSERVATION DOES NOT CREATE CONDITIONS TO IMPROVE THE COMPLIANCE TO TREATMENT AND EFFICIENCY OF PHARMACOTHERAPY IN RETIRED PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

To substantiate the need for involvement and format of the participation of a pharmacist in the process of forming in patients compliance to drug therapy prescribed by a doctor in order to increase the effectiveness of treatment of retired patients with arterial hypertension.

Material and methods

This article presents the results obtained during the implementation of the stage of dynamic observation, which is a part of a three-phase study of compliance to treatment of elderly patients with arterial hypertension, and does not provide special measures to improve patients' compliance.

Recruitment of retired patients with arterial hypertension at the stage of dynamic observation was carried out in a pharmacy, where a special room (center of pharmaceutical care) was organized. The pharmacist offered the elderly pharmacy visitors to participate in a study on self-monitoring of treatment.

After signing an informed consent, the level of compliance was determined by the Moriska-Green test. Later on, patients were asked to visit a cardiologist to clarify the diagnosis and evaluate the antihypertensive drug therapy taken according to the patient's clinical status.

All participants in the dynamic observation program were consulted by a pharmacist on the acquisition of an antihypertensive drug prescribed by a doctor. The cardiologist prescribed drugs according to international names. The pharmacist explained the possibility of interchangeability of drugs from different manufacturers, discussed the cost of purchased drugs.

In prospect, visits of patients to the pharmacist to the center were carried out at the 4th and 8th weeks of participation in the program of dynamic observation. During the visits, the level of compliance to treatment was deter-

mined by the Moriska-Green test and the effectiveness of antihypertensive therapy (blood pressure measurement) was evaluated.

Results and discussion

Patients (n = 51) who participated in the dynamic observation stage were represented by men (n = 25; 49.0%) and women (n = 26 people; 51.0%) aged from 62 to 75 years (average age males 67.2 ± 0.9 ; females 67.7 ± 0.9).

The results obtained demonstrate the initial low compliance to treatment of elderly patients with arterial hypertension: the result according to the Moriska-Green test was 2.4 ± 0.1 . Antihypertensive pharmacotherapy in this cohort of patients is ineffective: the level of systolic blood pressure is 168.9 ± 1.5 mm Hg. and diastolic – 106.6 ± 1.5 mm Hg.

Dynamic observation of patients does not provide an improvement of the analyzed parameters, which remain at the same level after eight weeks: the result of the Moriska-Green test is 2.4 ± 0.1 ; the level of systolic blood pressure is 167.0 ± 1.4 mm Hg and diastolic – 105.0 ± 1.4 mm Hg.

Conclusion

Dynamic patient monitoring does not provide improved compliance rates for patients with arterial hypertensive disease and the effectiveness of antihypertensive pharmacotherapy. In order to achieve proper compliance to treatment of elderly hypertensive patients, it is necessary to conduct additional discussions about the importance of compliance to treatment of antihypertensive drugs by patients, constant monitoring of the effectiveness of drug therapy in terms of blood pressure. Such work with patients can be carried out by a pharmacist at the center of pharmaceutical care that we have created.

Key words: arterial hypertension, compliance, pharmacist.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алесинский М.М. Опыт работы в аптеке центра повышения комплаентности больных артериальной гипертензией, находящихся в условиях гуманитарной блокады Донбасса. Дальневосточный медицинский журнал. 2017; 1: 90-92.
2. Долгошапко О.Н. Ежегодный доклад в рамках слушаний ежегодного отчета правительства Донецкой Народной Республики в Народном Совете ДНР [Электронный ресурс]: Министерство здравоохранения ДНР. 2019. URL: <http://mzdnr.ru/news/olga-dolgoshapko-vystupila-s-ezhegodnym-dokladom-v-ramkah-slushaniy-ezhegodno-otcheta> (дата: 22.02.2019).
3. Конради А.О., Полуничева Е.В. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции. Артериальная гипертензия. 2004; 10 (3): 137-143.
4. Калинина, А.М. Обучение пациентов как фактор эффективности контроля артериальной гипертензии программа НОКТЮРН. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2006; 5 (3): 5-14.
5. Кобалава Ж.Д., Виллевалде С.В., Исикова Х.В. Повышение приверженности и мотивации к антигипертензивной терапии у больных артериальной гипертензией с помощью образовательных программ и рационального применения ингибитора ангиотензинпревращающего фермента периндоприла. Результаты исследования ПРИЗМА. Кардиология. 2010; 11: 17-26.
6. Леонова М.В., Штейнберг Л.Л., Белоусов Ю.В. и др. Фармакоэпидемиология артериальной гипертензии в России: анализ приверженности врачей (по результатам исследования ПИФАГОР IV). Системные гипертензии. 2015; 1: 19-25.
7. Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г., Хоменко В.Н., Панченко О.А. Анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat. Донецк, Изд-во «ЧП Папакица Е.К.»; 2006: 205-214.
8. Налетов А.В., Налетов С.В., Баринаова А.С., Вьюниченко Ю.С. Повышение комплаентности – важный шаг в терапии заболеваний желудочно-кишечного тракта. Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2017; 3: 12-15.
9. Налётова Е.Н., Алесинский М.М., Налётов С.В. Влияние повышения комплаентности на показатели артериального давления больных артериальной гипертензией, находящихся в условиях гуманитарной блокады Донбасса. Научные ведомости Белгородского Государственного университета. 2016; 26: 71-75.
10. Налётов С.В., Алесинский М.М., Налётова Е.Н. 2016. Зависимость уровня комплаентности от психотипа больных артериальной гипертензией, находящихся в условиях конфликта в Донбассе. Дальневосточный медицинский журнал. 2016; 4: 14-17.
11. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Демографические тенденции в Российской Федерации: вклад болезней системы кровообращения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2012; 1: 5-10.
12. Фролова Е. В. Артериальная гипертензия. Российский семейный врач. 2016; 2 (20): 1-18.
13. Ley P., Pendleton D., Hasler J. Patients' understanding and recall in clinical communication failure. Doctor-patient communication. London: Academic Press, Inc. 1983: 89-107.
14. Morisky D.E., Green L. W., Levine D. M. 1986. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence, 24 (1): 67-74.
15. Reiner Z, Sonicki Z, Tedeschi-Reiner E. Physicians' perception? Knowledge and awareness of cardiovascular risk factors and adherence to prevention guidelines: the PER-CRO-DOC survey. Atherosclerosis. 2010: 538-603.

REFERENCES

1. Alesinskiy M.M. Opyit raboty v apteke tsentra povyisheniya komplaentnosti bolnyih arterialnoy gipertenziiy, nahodyaschihsya v usloviyah gumanitarnoy blokady Donbassa. Dalnevostochnyy meditsinskiy zhurnal. 2017; 1: 90-92. (in Russian)
2. Dolgoshapko O.N. Yezhegodnyy doklad v ramkakh slushaniy yezhegodno-otcheta pravitel'stva Donetskoy Narodnoy Respubliki v Narodnom Sovete DNR [Elektronnyy resurs]: Ministerstvo zdravookhraneniya DNR. 2019. URL: <http://mzdnr.ru/news/olga-dolgoshapko-vystupila-s-ezhegodnym-dokladom-v-ramkah-slushaniy-ezhegodno-otcheta> (date:22.02.2019) (in Russian)
3. Konradi A.O., Polunicheva E.V. Nedostatochnaya priverzhennost k lecheniyu arterialnoy gipertonii: prichiny i puti korrektsii. Arterialnaya gipertenziya. 2004; 10 (3): 137-143. (in Russian)
4. Kalinina, A.M. Obuchenie patsientov kak faktor effektivnosti kontrolya arterialnoy gipertonii programma NOKTYURN. Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. 2006; 5 (3): 5-14. (in Russian)
5. Kobalava Zh.D., Villevalde S.V., Isikova H.V. Povyishenie priverzhennosti i motivatsii k antigipertenzivnoy terapii u bolnyih arterialnoy gipertonii s pomoschyu obrazovatelnykh programm i ratsionalnogo primeneniya inhibitora angiotenzinprevrashayushchego fermenta perindopriila. Rezultatyi issledovaniya PRIZMA. Kardiologiya. 2010; 11: 17-26. (in Russian)
6. Leonova M.V., Shteynberg L.L., Belousov Yu.V. i dr. Farmakoepidemiologiya arterialnoy gipertonii v Rossii: analiz priverzhennosti vrachey (po rezul'tatam issledovaniya PIFAGOR IV). Sistemnyie gipertenzii. 2015; 1: 19-25. (in Russian)
7. Naletov A.V., Naletov S.V., Barinova A.S., Vyunichenko Yu.S. Povyishenie komplaentnosti – vazhnyiy shag v terapii zabolevaniy zheludochno-kishechnogo trakta. Gastroenterologiya Sankt-Peterburga. 2017; 3: 12-15. (in Russian)
8. NaYotova E.N., Alesinskiy M.M., NaYotov S.V. Vliyanie povyisheniya komplaentnosti na pokazateli arterialnogo davleniya bolnyih arterialnoy gipertenziiy, nahodyaschihsya v usloviyah gumanitarnoy blokady Donbassa. Nauchnyie vedomosti Belgorodskogo Gosudarstvennogo universiteta. 2016; 26: 71-75. (in Russian)
9. NaYotov S.V., Alesinskiy M.M., NaYotova E.N. 2016. Zavisimost urovnya komplaentnosti ot psihotipa bolnyih arterialnoy gipertenziiy, nahodyaschihsya v usloviyah konflikta v Donbasse. Dalnevostochnyy meditsinskiy zhurnal. 2016; 4: 14-17. (in Russian)
10. Oganov R.G., Maslennikova G.Ya. Demograficheskie tendentsii v Rossiyskoy Federatsii: vklad bolezney sistemy krovoobrascheniya. Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. 2012; 1: 5-10. (in Russian)
11. Frolova E. V. Arterialnaya gipertenziya. Rossiyskiy semeyniy vrach. 2016; 2 (20): 1-18. (in Russian)
12. Ley P., Pendleton D., Hasler J. Patients' understanding and recall in clinical communication failure. Doctor-patient communication. London: Academic Press, Inc. 1983: 89-107.
13. Morisky D.E., Green L. W., Levine D. M. 1986. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence, 24 (1): 67-74.
14. Reiner Z, Sonicki Z, Tedeschi-Reiner E. Physicians perception? Knowledge and awareness of cardiovascular risk factors and adherence to prevention guidelines: the PER-CRO-DOC survey. Atherosclerosis. 2010: 538-603.