

Комплаентность пациентов с артериальной гипертензией и высоким сердечно-сосудистым риском после профилактического консультирования

П. М. Карзухин¹, О. Ю. Кореннова²

¹ Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Городская поликлиника № 6», Омск, Россия

² Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Омск, Россия

Контактная информация:

Карзухин Павел Михайлович,
БУЗ Омской области «Городская поликлиника № 6», ул. Фугенфiroва, д. 10,
Омск, Россия, 644081.
Тел.: +7(381)275-56-00.
E-mail: pkarzukhin@mail.ru

Статья поступила в редакцию
13.11.15 и принята к печати 20.12.15.

Резюме

Цель исследования — проведение сравнительного анализа эффективности индивидуального и группового профилактического консультирования пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и высоким сердечно-сосудистым риском. **Материалы и методы.** Включены 200 пациентов, прошедших 3 месяца назад диспансеризацию, с АГ и выявленными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, получивших индивидуальное углубленное (1-я группа — 100 человек) или групповое (2-я группа — 100 человек) профилактическое консультирование. С помощью самостоятельно разработанных анкет оценивалась комплаентность пациентов к медицинским рекомендациям и информированность их о факторах риска; с помощью тестов — уровень тревожности и качество жизни; по данным первичной медицинской документации и проведенным терапевтическим осмотрам — клинико-функциональные особенности пациентов и достижение целевого уровня цифр артериального давления (АД). **Результаты.** После профилактического консультирования 42 % пациентов 1-й группы и 20 % пациентов 2-й группы через 3 месяца не выполняли медицинские рекомендации по регулярному приему антигипертензивных препаратов. Достигли целевого уровня АД 43 и 50 % пациентов соответственно, из них в 1-й группе — 83,3 %, во 2-й группе — 96,8 % принимали фиксированные комбинации препаратов один раз в день, такие как периндоприла аргинин / индапамид (Нолипрел А и Нолипрел А форте). **Выводы.** Недостаточная эффективность индивидуального и группового профилактического консультирования обусловлена низкой комплаентностью пациентов к рекомендациям по коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в связи с плохой информированностью и относительно удовлетворительным качеством жизни.

Ключевые слова: факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, профилактическое консультирование, комплаентность к медицинским рекомендациям

Для цитирования: Карзухин П. М., Кореннова О. Ю. COMPLAINTNESS OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND HIGH CARDIOVASCULAR RISK AFTER PREVENTIVE COUNSELING. Артериальная гипертензия. 2015;21(6):647–654. doi:10.18705/1607-419X-2015-21-6-647-654.

The preventive consultation efficiency in patients with arterial hypertension and high cardiovascular risk

P. M. Karzukhin¹, O.Yu. Korennova²

¹ City Out-Patient Department № 6, Omsk, Russia

² Omsk State Medical University, Omsk, Russia

Corresponding author:

Pavel M. Karzukhin,
City Out-Patient Department № 6,
10 Fugenfirova street, Omsk, 644081
Russia.

Phone: +7 (381)275-56-00.

E-mail: pkarzukhin@mail.ru

Received 13 November 2015;
accepted 20 December 2015.

Abstract

The aim of the investigation was to compare the efficiency of individual and group preventive consultation in hypertensive patients with high cardiovascular risk. **Design and methods.** Altogether 200 hypertensive patients with cardiovascular risk factors, who had undergone clinical examination three months before, were included. All of them underwent individual (the first group, n = 100) or group (the second group, n = 100) preventive consultation. The compliance to the medical recommendations and their awareness about risk factors, as well as anxiety level and life quality were evaluated by questionnaires and tests. The initial medical documentation was screened for the relevant medical data, including the achievement of target blood pressure (BP). **Results.** Three months after preventive consultation, 42 % patients in the 1st group and 20 % in the 2nd group did not follow medical recommendations regarding antihypertensive therapy. Target BP was achieved in 43 and 50 % patients in the 1st and 2nd group, respectively. Fixed combination drugs were taken by 83,3 and 96,8 % patients in the 1st and 2nd group, respectively (such as perindopril arginine / indapamide — Noliprel A and Noliprel Forte). **Conclusions.** Insufficient efficiency of the individual and group preventive consultation is due to poor compliance to the recommendations concerning cardiovascular risk factors correction. This results from the poor awareness and relatively satisfactory quality of life.

Key words: cardiovascular risk factors, preventive consultation, compliance to recommendations

For citation: Karzukhin PM, Korennova OYu. The preventive consultation efficiency in patients with arterial hypertension and high cardiovascular risk. *Arterial'naya Gipertenziya = Arterial Hypertension*. 2015;21(6):647–654. doi:10.18705/1607-419X-2015-21-6-647-654.

Введение

Диспансеризация определенных групп взрослого населения (далее — диспансеризация) — комплекс медицинских мероприятий, направленных на раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидизации и смертности населения Российской Федерации. Диспансеризация регламентирована законодательством [1]. За два года диспансеризацию в России прошли более 40 миллионов взрослых, в Омской области — 768364 человека. Повысилась

выявляемость не только болезней системы кровообращения, но и факторов риска, влияющих на их развитие. По результатам обследования пациентам высокого сердечно-сосудистого риска проводилось групповое или индивидуальное профилактическое консультирование с целью формирования мотивации к коррекции факторов риска.

Однако существуют объективные и субъективные проблемы реализации данного профилактического направления, в частности, связанные с недостаточной комплаентностью пациентов

к медицинским рекомендациям [2–4]. Это определяет необходимость проведения научного анализа результатов профилактической работы для повышения эффективности использования ресурсов диспансеризации по борьбе с факторами риска и ранними стадиями сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы

В 2014 году в Омской области диспансеризацию прошли 375461 человек, из них на углубленное профилактическое консультирование направлено 70966. Объем выборки определялся в соответствии со следующими условиями: мощность обнаружения заданного эффекта, если он существует, как статистически значимого, 80 %; мощность обнаружения клинической разницы между двумя группами в частоте любого признака 22 % при 5-процентном уровне значимости; показатель наименьшего интересующего эффекта 58 % в группе с наименее успешным вмешательством. При таких условиях минимальное количество лиц, которое необходимо включить в исследование, составило 140 человек — по 70 человек в каждой группе [5, 6].

В исследование методом сплошной выборки включены 200 пациентов, 3 месяца назад прошедших диспансеризацию, с артериальной гипертензией (АГ) и высоким суммарным сердечно-сосудистым риском. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава России. До включения в исследование у всех участников было получено письменное информированное согласие.

Суммарный сердечно-сосудистый риск (риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений в течение предстоящих 10 лет) определялся по Европейской шкале SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation): пациентам от 40 до 65 лет — абсолютный риск, до 40 лет — относительный [7, 8].

Для коррекции артериального давления (АД) всем пациентам была назначена антигипертензивная терапия в соответствии с Российскими рекомендациями по диагностике и лечению АГ [9].

Все пациенты в рамках диспансеризации прошли индивидуальное углубленное (1-я группа — 100 человек) или групповое (2-я группа — 100 человек) профилактическое консультирование. Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование проводилось в течение 25–30 минут в соответствии с рекомендациями [10]. Групповое профилактическое консультирование проводилось в виде комплекса из 4 занятий по 45 минут 1 раз в неделю [11]. Оба вида профилактического

консультирования проводились врачом отделения медицинской профилактики, имеющим соответствующую подготовку [12, 13].

Группы были сопоставимы по полу и возрасту: медиана возраста пациентов 1-й группы составила 47,0 (31,0; 54,0) лет, 2-й группы — 49,0 (37,0; 56,0) лет. В 1-й группе мужчин было 51, женщин — 49, во 2-й группе — 47 и 53 соответственно ($\chi^2 = 0,32$, $p = 0,572$).

С помощью самостоятельно разработанных анкет оценивалась комплаентность пациентов к медицинским рекомендациям и информированность их о факторах риска. Для оценки уровня тревожности использован тест «Шкала реактивной и личностной тревожности» (опросник Спилбергера Ч. Д.), адаптированный на русский язык Ханиным Ю. Л. Для изучения качества жизни использован опросник «SF-36 Health Status Survey». По данным первичной медицинской документации и проведенным терапевтическим осмотрам — клинико-функциональные характеристики пациентов и достижение целевого уровня АД.

Биометрический анализ осуществлялся с применением методов описательной статистики. При проверке нормальности распределения с использованием метода Шапиро-Уилка распределение признаков в выборках не соответствовало критериям нормального. Поэтому центральные тенденции и дисперсии количественных признаков описаны медианой, интерквартильным размахом: 25-й и 75-й процентилями или пропорциями. При проверке статистических гипотез о равенстве или различии групп за величину уровня статистической значимости принято значение 0,05. Достигнутый уровень значимости представлен в тексте в виде значения p с указанием 3 знаков после запятой. При сравнении двух независимых групп по одному признаку использовались критерий Манна-Уитни (U) или хи-квадрат (χ^2). Анализ взаимосвязи двух признаков выполнялся путем оценки коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r_s) и критерия его статистической значимости (p). Силу корреляционной связи прямой (положительные значения критерия) или обратной (отрицательные значения критерия) оценивали в зависимости от значения коэффициента корреляции: при r_s от 0,00 до 0,25 — слабая корреляция, при r_s от 0,26 до 0,75 — умеренная корреляция, при r_s от 0,76 до 1,00 — сильная корреляция.

Результаты и обсуждение

Высокий сердечно-сосудистый риск у обследованных при диспансеризации пациентов был обусловлен повышенным уровнем общего холестерина (ОХ) — 82,5 %, курением — 38,0 %. Также у па-

Таблица 1

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЛИЦ, ПРОШЕДШИХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ

Факторы риска	1-я группа n = 100		2-я группа n = 100		Обе группы n = 200		χ^2 , df = 1, p
	n	%	n	%	n	%	
Курение	41	41,0	35	35,0	76	38,0	$\chi^2 = 0,76$, p = 0,382
САД ≥ 140 мм рт. ст.	90	90,0	88	88,0	178	89,0	$\chi^2 = 0,20$, p = 0,651
ДАД ≥ 85 мм рт. ст.	96	96,0	91	91,0	187	93,5	$\chi^2 = 2,06$, p = 0,152
САД ≥ 140 , ДАД < 90 мм рт. ст.	8	8,0	12	12,0	20	10,0	$\chi^2 = 0,89$, p = 0,346
Окружность талии > 102 (88) см	13	13,0	18	18,0	31	15,5	$\chi^2 = 0,95$, p = 0,329
Глюкоза более 6,0 ммоль/л	2	2,0	3	3,0	5	2,5	$\chi^2 = 0,21$, p = 0,651
ОХ > 4,9 ммоль/л	79	79,0	86	86,0	165	82,5	$\chi^2 = 1,70$, p = 0,193
ХС ЛПНП > 3 ммоль/л	67	67,0	77	77,0	144	72,0	$\chi^2 = 2,48$, p = 0,115

Примечание: САД — систолическое артериальное давление; ДАД — диастолическое артериальное давление; ОХ — общий холестерин; ХС ЛПНП — холестерин липопротеинов низкой плотности.

циентов были выявлены такие значимые факторы риска, как низкая физическая активность, абдоминальное ожирение, нарушения углеводного обмена, повышенный уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП). Основные клинико-функциональные характеристики обследованных лиц представлены в таблице 1.

Описанная распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в настоящем исследовании отражает результаты диспансеризации в иных регионах Российской Федерации и в России в целом [14, 15].

В ходе диспансеризации повышенный уровень систолического АД (САД) был выявлен у 89,0% пациентов обеих групп (90,0% в 1-й группе, 88,0% во 2-й группе), диастолического АД (ДАД) у 93,5% пациентов обеих групп. Медиана уровня САД у пациентов обеих групп, включенных в исследование, составила 149 (139; 161) мм рт. ст., у пациентов 1-й группы 148 (141; 159) мм рт. ст., 2-й группы 152 (142; 163) мм рт. ст. Медиана уровня ДАД 89 (72; 97), 91 (75; 101) и 91 (76; 102) мм рт. ст. соответственно.

Клинические проявления АГ, то есть жалобы, связанные с повышением АД, выявлены у 42,0 и 44,0% пациентов 1-й и 2-й групп соответственно ($\chi^2 = 0,08$, df = 1, p = 0,775). Остальные пациенты не знали (82%) или знали, но не обращали внимания на повышение АД, так как «оно их не беспокоило» (52%).

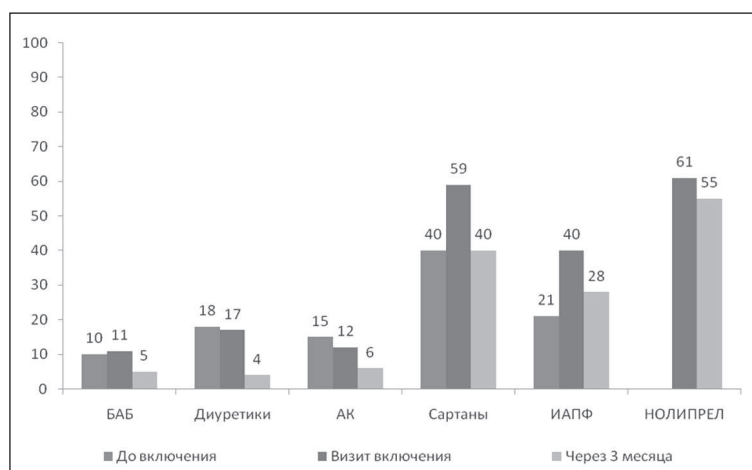
Только 33,0% (n = 66) пациентов с АГ обеих групп получали медикаментозную терапию по поводу АГ: бета-адреноблокаторы — 15,2% (n = 10), диуретики — 27,3% (n = 18), антагонисты кальция — 22,8% (n = 15), сартаны — 60,6% (n = 40), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента — 31,9% (n = 21).

Фактические показатели оказались хуже описанных в крупных российских эпидемиологических исследованиях: 50% пациентов знали о повышении АД, из них 50% лечились по поводу АГ и только 50% от лечившихся достигали целевых уровней АД [5].

Через 3 месяца после профилактического консультирования при оценке информированности пациентов выявлено, что пациенты 1-й группы в 78% случаев, 2-й группы в 91% случаев осведомлены о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний и способах борьбы с ними. Однако большинство пациентов по окончании 3 месяцев после завершения диспансеризации и прошедших профилактическое консультирование не выполняли медицинские рекомендации по отказу от курения, увеличению физической активности, снижению массы тела. Не выполняли медицинские рекомендации по регулярному приему антигипертензивных препаратов 42,0% пациентов 1-й группы и 20,0% пациентов 2-й группы ($\chi^2 = 11,31$, df = 1, p = 0,0008). Достигли целевого уровня АД всего 43,0 и 50,0% пациентов соответственно ($\chi^2 = 0,98$, df = 1, p = 0,321). Медиана уровня САД у пациентов обеих групп составила 143 (134; 151) мм рт. ст., в 1-й группе — 139 (132; 154) мм рт. ст., во 2-й группе — 143 (132; 161) мм рт. ст.; медиана уровня ДАД — 89 (69; 99), 92 (81; 96) и 91 (82; 100) мм рт. ст. соответственно. Статистически значимых различий между исходным уровнем АД и уровнем АД через 3 месяца после диспансеризации у пациентов 1-й и 2-й групп не было (U-тест, p = 0,123).

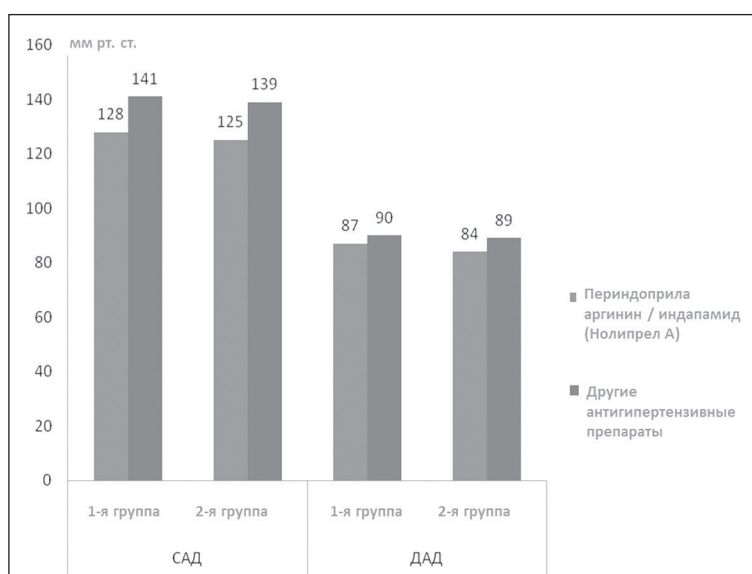
Таким образом, очевидна недостаточная эффективность обоих видов профилактического консультирования в части приверженности пациентов рекомендациям по коррекции факторов риска, приему антигипертензивных препаратов. Обращает

Рисунок 1. Динамика частоты приема пациентами антигипертензивных лекарственных препаратов по итогам профилактического консультирования (абсолютные значения)



Примечание: БАБ — бета-адреноблокаторы; АК — антагонисты кальция; ИАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента.

Рисунок 2. Уровни артериального давления через 3 месяца приема фиксированной комбинации периндоприла аргинин/индапамид и других антигипертензивных препаратов у обследованных пациентов



Примечание: САД — систолическое артериальное давление; ДАД — диастолическое артериальное давление.

гипертензивных препаратов 33 пациента (47,1%) 1-й группы и 50 пациентов (72,5%) 2-й группы ($\chi^2 = 14,08$, $df = 1$, $p = 0,0002$) не принимали. Целевого уровня АД достигли 84,0% (1-я группа) и 80,0% (2-я группа) пациентов, принимавших фиксированную комбинацию периндоприла аргинин / индапамид ($\chi^2 = 0,54$, $df = 1$, $p = 0,462$), и 74,1 и 62,5% пациентов, принимавших другие антигипертензивные препараты ($\chi^2 = 2,80$, $df = 1$, $p = 0,094$). Уровни САД и ДАД (медианные значения) через 3 месяца приема фиксированной комбинации периндоприла аргинин / индапамид и других антигипертензивных

препаратов у пациентов 1-й и 2-й групп представлены на рисунке 2.

Выявлены статистически значимые различия между уровнями САД через 3 месяца приема фиксированной комбинации «периндоприла аргинин / индапамид» (Нолипел А) и других антигипертензивных препаратов у пациентов 1-й ($p = 0,036$) и 2-й групп ($p = 0,045$).

Таким образом, целенаправленная коррекция антигипертензивной терапии при включении пациентов в исследование значительно повысила эффективность лечения в обеих группах как в от-

ношении приверженности пациентов к выполнению медицинских рекомендаций, так и в отношении снижения АД. Назначение фиксированной комбинации (Нолипрел А) обусловило более выраженное снижение АД с достижением целевых значений по сравнению с подгруппами пациентов, получавших другие антигипертензивные препараты.

Личностная и ситуативная тревожность через 3 месяца лечения оказались высокими как в 1-й группе, составив 90 (65; 95) и 90 (65; 95) баллов соответственно, так и во 2-й группе — 85 (60; 90) и 80 (60; 95) баллов соответственно. При итоговой оценке качества жизни обследованных лиц «физический компонент здоровья» (Physical health — PH) оказался на уровне среднего как в 1-й группе — 58 (42; 63) баллов, так и во 2-й группе — 65 (40; 66), «психологический компонент здоровья» (Mental Health — MH) — на уровне низкого и в 1-й группе — 31 (28; 36) балл, и во 2-й группе — 25 (21; 31) баллов.

Комплаентность пациентов обеих групп к рекомендациям по коррекции факторов риска, в том числе повышенного АД, была умеренно связана с уровнем тревожности ($r_s = 0,46$, $p = 0,032$), сильная обратная связь выявлена с информированностью о сердечно-сосудистых заболеваниях ($r_s = 0,78$, $p = 0,024$), и умеренная обратная связь — с качеством жизни ($r_s = 0,39$, $p = 0,035$). То есть в реальной клинической практике врачи имеют дело с высоко-тревожными пациентами. Чем выше тревожность пациента, тем более он привержен к медицинским рекомендациям по приему лекарственной терапии. Чем лучше у человека качество жизни, тем хуже он выполняет предписания врача. А недостаточная информированность пациентов о важности строгого выполнения назначений может быть связана с неэффективностью профилактического консультирования пациентов в ходе диспансеризации. Это обуславливает необходимость детального научного анализа эффективности разных видов профилактического консультирования пациентов с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний для поиска способов ее повышения.

Выводы

1. Выявлена высокая распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц, прошедших диспансеризацию.

2. Имеет место недостаточная эффективность углубленного и группового профилактического консультирования в части приверженности пациентов к рекомендациям по коррекции факторов риска и приему антигипертензивных препаратов. После группового консультирования пациенты были более

комплаентны к лекарственной терапии, хотя это не привело к достижению целевых значений АД у 50% пациентов.

3. Назначение фиксированной комбинации «периндоприла аргинин/индапамид» (Нолипрел А) обусловило лучшую приверженность пациентов к лечению и более выраженное снижение АД с достижением целевых значений по сравнению с пациентами, получавшими другие антигипертензивные препараты.

4. Недостаточная эффективность индивидуального и группового профилактического консультирования обусловлена низкой комплаентностью пациентов к рекомендациям по коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в связи с плохой информированностью, низким уровнем тревожности и удовлетворительным качеством жизни.

Конфликт интересов / Conflict of interest

Статья опубликована при поддержке фармацевтической компании «Сервье». / The paper is supported by the company LES LABORATOIRES SERVIER.

Список литературы / References

1. Приказ министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.02.2015 № 36 ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of 03.02.2015 № 36an «On approval of the medical examination of certain groups of adults». In Russian].
2. Leppik IE. Compliance during treatment of epilepsy. *Epilepsia*. 1988;29(suppl2):79–84.
3. World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action (PDF). Geneva. World Health Organisation. ISBN 92-4-154599-2.
4. Jin J, Sklar GE, Oh MNS, Li SC. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag*. 2008;4(1):269–286.
5. Петри А. Наглядная статистика в медицине: пер. с англ. В. П. Леонова, А. Петри, К. Сэбин. М.: ГЭОТАР МЕД, 2003. 144 с. [Petri A. Transparent statistics in medicine: transl. from English by VP Leonov, A Petri, K. Sabin. Moscow: GEOTAR MED, 2003. 144 p. In Russian].
6. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: МедиаСфера, 2002. 312 с. [Rebrova OYu. Statistical analysis of medical data. The use of the application package STATISTICA. Moscow: MediaSphere, 2002. 312 p. In Russian].
7. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. 3rd Joint European Societies' Task Force on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur J Cardio Vasc Prev Rehabil*. 2003;10:1–78.
8. Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europa: the SCORE project. *Eur Heart J*. 2003;24(11):987–1003.
9. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ «Диагностика и лечение артериальной гипертензии».

Москва, 2013. 64 с. [Clinical guidelines the Ministry of Health, «Diagnosis and treatment of hypertension». Moscow, 2013. 64 p. In Russian].

10. Бойцов С. А., Ипатов П. В., Калинина А. М., Вергазова Э. К., Ткачева О. Н., Гамбарян М. Г. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 3 февраля 2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». М., 2015. 111 с. Утверждены главным специалистом по профилактической медицине Минздрава России 23 марта 2015 г. Интернет ресурс: <http://www.gnicpm.ru> [Boytsov SA, Ipatov PV, Kalinina AM, Vergazova EK, Tkachev ON, Gambaryan MG et al. Organization of the medical examination of certain groups of the adult population. Guidance on the implementation of the order of Ministry of Health of Russia from February 3, 2015 number 36an «On approval of the medical examination of certain groups of adults». Moscow, 2015. 111 p. Approved by the chief specialist in Preventive Medicine Russia March 23, 2015 Online resource: <http://www.gnicpm.ru>. In Russian].

11. Школа Здоровья: артериальная гипертензия. Руководство для врачей. Под ред. Оганова Р. Г. М.: Гэотар-Медия, 2008. 192 с. [School Health: hypertension. Guide for Physicians. Ed. Oganov RG. Moscow: GEOTAR-Media, 2008. 192 p. In Russian].

12. Калинина А. М. Концептуальная основа профилактического консультирования пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2012;11(4):4–9. [Kalinina AM. The conceptual framework of preventive counseling of patients with chronic non-communicable diseases and their risk factors. Kardiovaskulyarnaya Terapiya i Profilaktika = Cardiovascular Therapy and Prevention. 2012;11(4):4–9. In Russian].

13. Калинина А. М., Еганян Р. А., Гамбарян М. Г., Ипатов П. В., Бойцов С. А. Эффективное профилактическое консультирование пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска: алгоритмы консультирования. Профилактическая медицина. 2013;4:13–18. [Kalinina AM, Yeganyan RA, Gambaryan MG, Ipatov PV, Boytsov SA. Effective prophylactic counseling in patients with chronic noncommunicable diseases and risk factors: counseling algorithms. Profilakticheskaya Meditsina = Preventive Medicine. 2013;4:13–18. In Russian].

14. Чазова И. Е., Жернакова Ю. М., Ощепкова Е. В., Шальнова С. А., Яровая Е. Б., Конради А. О. и др. Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции больных артериальной гипертензией. Кардиология. 2014;10:4–12. [Chazova IE, Zhernakova IuV, Oshchepkova EV, Shal'nova SA, Yarovaya EB, Konradi AO et al. Prevalence of risk factors for cardiovascular disease in the Russian population of patients with hypertension. Kardiologiya. 2014;10:4–12. In Russian].

15. Муромцева Г. А., Концевая А. В., Константинов В. В., Артамонова Г. В., Гагагонова Т. М., Дупляков Д. В., Ефанов А. Ю. и др. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Российской популяции в 2012–2013 гг. результаты исследования ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014;13(6):4–11. [Muromtseva GA, Kontsevaya AV, Konstantinov VV, Artamonova GV, Gatagonova TM, Duplyakov DV, Efanov AYU et al. Prevalence of risk factors for noncommunicable diseases in the Russian population in 2012–2013. findings ESSAY-RF. Kardiovaskulyarnaya Terapiya i Profilaktika = Cardiovascular Therapy and Prevention. 2014;13(6):4–11. In Russian].

Сведения об авторах

Карзухин Павел Михайлович — заместитель главного врача БУЗ Омской области «Городская поликлиника № 6»;

Кореннова Ольга Юрьевна — доктор медицинских наук, профессор кафедры внутренних болезней и семейной медицины послевузовского дополнительного образования ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Author information:

Pavel M. Karzukhin, MD, Deputy Chief Physician, City in the Out-Patient Department № 6;

Olga Yu. Korennova, MD, PhD, DSc, Professor, Department of Internal Medicine and Family Medicine, Omsk State Medical University.