

Верхневолжский медицинский журнал. 2025; 24(1): 22-27
Upper Volga Medical Journal. 2025; 24(3): 22-27
УДК 616.12-008.331.1-08:614.23/.25

ОТНОШЕНИЕ УЧАСТКОВЫХ ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТОВ И БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ К ЛЕЧЕНИЮ В РЕАЛИЯХ НОВОЙ ОБЩЕСТВЕННО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ФОРМАЦИИ (РЕЗУЛЬТАТЫ 40-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ)

Александр Евгеньевич Цикулин, Сергей Васильевич Колбасников

*Кафедра общей врачебной практики и семейной медицины
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

Аннотация. В процессе анкетирования изучено отношение 628 больных гипертонической болезнью (ГБ), а также 126 участковых терапевтов к лечению заболевания в период социализма (1984-1985) и новой общественно-экономической формации (2020-2024). Проспективное исследование показывает прагматичную ориентацию врачей на необходимость длительного немедикаментозного и медикаментозного лечения ГБ сравнительно с 1984 годом. Больные ГБ делают акцент на длительное лечение, но с большой тревогой и страхом воспринимают возможные последствия лечения медикаментами. Они не всегда могут оценить пользу терапии, предотвращающей возможные осложнения заболевания. При проведении диспансерного наблюдения участковые врачи терапевты недостаточно используют немедикаментозные методы лечения. Пациенты также занимают пассивную позицию в применении простых, но эффективных немедикаментозных методов терапии (лечебная физкультура), что необходимо учитывать при проведении организационных и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, пациент, участковый терапевт, лечение

Для цитирования: Цикулин А.Е., Колбасников С.В. Отношение участковых врачей терапевтов и больных гипертонической болезнью к лечению в реалиях новой общественно-экономической формации (результаты 40-летнего наблюдения). Верхневолжский медицинский журнал. 2025; 24(3): 22-27

THE ATTITUDE OF DISTRICT INTERNISTS AND PATIENTS WITH HYPERTENSION TO TREATMENT IN THE REALITIES OF THE NEW SOCIO-ECONOMIC FORMATION (RESULTS OF 40-YEAR OBSERVATION)

A. E. Tsikulin, S. V. Kolbasnikov

Tver State Medical University, Tver, Russia

Abstract. The survey examined the attitude of 628 patients with hypertension and 126 district therapists to the treatment of the disease during the period of socialism (1984-1985) and the new socio-economic formation (2020-2024). A prospective study shows a pragmatic orientation of doctors to the need for long-term non-drug and drug treatment of hypertension compared to 1984. Patients with hypertension focus on long-term treatment, but perceive the possible consequences of drug treatment with great anxiety and fear. They cannot always appreciate the benefits of therapy that prevents possible complications of the disease. During dispensary observation, district internists underuse non-drug treatment methods. Patients also take a passive position in the use of simple but effective non-drug therapy methods (physical therapy), which must be taken into account when carrying out organizational and treatment and preventive measures.

Key words: hypertension, patient, district internists, treatment

For citation: Tsikulin A.E., Kolbasnikov S.V. Attitude of district internists and patients with hypertension to treatment in the realities of the new socio-economic formation (results of 40-year observation). Upper Volga Medical Journal. 2025; 24(3): 22-27

Введение

Эффективность проводимых мероприятий при гипертонической болезни (ГБ) зависит не только от четкой организации медицинской помощи и применения современных методов диагностики и терапии [1], но и от готовности больных выполнять врачебные рекомендации, от их отношения к своему заболеванию [2-4]. Кстати, последний аспект изучался, в основном, среди

больных ГБ, проживающих в городе [5-11], а исследования свидетельствуют о недостаточной психологической готовности этих пациентов к проведению лечебных и профилактических мероприятий. Согласно исследованию, проведенному на территории Петровского сельского врачебного участка Сонковского района Тверской области, примерно лишь 1/3 больных ГБ, проживающих на селе, считают необходимым

использование для лечения своего заболевания постоянной медикаментозной терапией и диеты с ограничением в пище поваренной соли [12]. Именно у них наиболее часто наблюдается фактическая реализация лечебно-профилактических мероприятий, рекомендованных врачом. Напротив, пациенты психологически не готовы к антигипертензивной терапии на начальном периоде диспансерного наблюдения, как правило, отказываются от выполнения врачебных рекомендаций.

Однако при активном стремлении врача к сотрудничеству и среди больных ГБ наблюдается отчетливая тенденция к увеличению числа лиц, применяющих для лечения как антигипертензивные средства, так и бессолевую диету. Нужно отметить, что уже более 50 лет в развитых странах мира и России для профилактики возможных осложнений (конечных точек), а именно, – инфаркта миокарда, инсульта, почечной недостаточности, осуществляется стратегия пожизненного лечения больных ГБ [1, 4, 13]. В настоящее время вопрос лечения представлен в иной плоскости – какие цифры артериального давления (АД) следует держать пациенту пожизненно, чтобы профилировать развитие осложнений. В частности, в Германии, согласно принятым на Западе стандартам, у пациентов с сахарным диабетом рекомендуется назначение антигипертензивных препаратов уже с уровня «нормального» АД (130-135/80-85) [10].

В литературе нам не встретились работы, посвященные изменению представлений врачей и больных ГБ к лечению на переломе двух эпох – перехода от социализма к развитию капиталистических отношений в обществе, что явилось целью исследования. С этой точки зрения представленное исследование является первым в России и мировой практике.

Материал и методы исследования

В период с 1984 по 1985 годы в СССР (период социализма) нами изучено мнение 500 больных ГБ II и III стадии, а также 58 участковых врачей терапевтов, результаты которых были изложены в серии публикаций [5-7, 10]. Ответы, полученные с помощью разработанных нами анкет для пациентов, включающих 7 вопросов, давали возможность исследователю получить представление об общем самочувствии пациентов, их отношении к приему гипотензивных препаратов в принципе и многомесячному лекарственному лечению, в частности, соблюдению бессолевой диеты. Также уточнялись источники информации, из которых больные ГБ получают сведения о своем заболевании. Анкета для участковых врачей терапевтов включает 7 вопросов, по которым изучалось мнение специалиста. В сфере интересов анкеты вопросы о том, как больные ГБ обычно оценивают свое состояние здоровья, их готовность к лечению различными способами, какие мероприятия наиболее трудны для выполнения, отношение пациентов к многолетнему лечению ГБ лекарственными препаратами, о

рекомендациях, обычно предлагаемых больным ГБ в поликлинике, причинах, препятствующих лечению, источниках, из которых больные получают информацию о заболевании. Спустя 40 лет с 2020 по 2024 год было предпринято изучение мнения 68 участковых врачей-терапевтов и 128 больных ГБ II и III стадии пациентов по аналогичным анкетам методом анонимного анкетирования.

Этот период развития общества характеризуется переходом к капиталистическим отношениям с неясными пока социально-психологическими и экономическими очертаниями. Выборка врачей и особенно пациентов в 1984 и 2024 годах была полностью сопоставима по возрасту и полу и стадии заболевания. При этом проспективное исследование спустя 40 лет усложнено действием множества факторов, учет и контроль которых в 1984 году невозможно было спрогнозировать и провести. К этим факторам относятся смертность среди обследованных ранее пациентов, ухудшение здоровья оставшихся в живых, не позволяющее провести повторное их анкетирование, уход многих врачей на пенсию или из жизни.

Результаты были обработаны методами непараметрической статистики с использованием критерия χ^2 Пирсона. В качестве оценки результатов нами использовались достаточно «жесткие критерии» и о достоверности данных судили при $p < 0,001$. В остальных случаях ($p < 0,05$, в тексте обозначенное *) мы расценивали результаты как тенденцию в межгрупповых различиях.

Результаты исследования и их обсуждение

Как видно из таблицы 1, пациенты с ГБ считают, что врач-терапевт спустя 40 лет стал играть более заметную роль в организации лечебного процесса. Нужно отметить, что согласно результатам анкетирования, проведенного в 2024 году, ведущее значение в получении информации о заболевании, пациенты получают, прежде всего, от врача. Информация из журналов и газет уходит в прошлое. Широкое распространение получают телевидение, радио и, особенно интернет, в котором пациенты находят нередко ответы на волнующие их вопросы. На государственном уровне к 2024 году в основном решена проблема обеспечения пациентов ГБ необходимыми гипотензивными медикаментами, дефицит которых несколько снизился с 21,8% (1984 г.) до 6,6% ($p < 0,05$) в 2024 году. Коренным образом изменилось мнение пациентов о необходимости длительного и даже пожизненного лечения ГБ. Так, в настоящее время около 78,4% пациентов считают, что лечение необходимо, тогда как в 1984 году это мнение высказывали лишь 43,4% ($p < 0,001$). Тем не менее, как следует из таблиц 1 и 2, несмотря на относительно стабильный контакт с врачом у больных с 1984 года не выявлено достоверной тенденции к возрастанию использования немедикаментозных методов лечения – бессолевой диеты, лечебной физкультуры, аутотренинга (все $p > 0,05$).

Таблица 1. Изменение (в %) отношения больных гипертонической болезнью к лечению в условиях поликлиники в период 1984-1985 гг. (n=500), 2024 г. (n=128)

Table 1. Change (in %) in the attitude of patients with hypertension to treatment in a polyclinic in the period 1984-1985 (n=500), 2024 (n=128)

Вопрос	Вариант ответа							
	1	2	3	4	5	6	7	8
I. Ваше мнение о том, как больные ГБ обычно оценивают свое состояние здоровья:	5	17,8*	31,6*	30,0	15,6			
1. чувствуют себя совершенно здоровыми	0,9	30,1	20,8	32,1	16,0			
2. чаще чувствуют себя здоровыми								
3. трудно определить								
4. чаще чувствуют себя больными								
5. обычно чувствуют себя больными								
II. Ваше мнение о готовности больных ГБ лечиться различными способами:	1,8	2,8*	15,0	34,2*	46,2*			
1. лечиться никто не хочет	0	19,8	11,3	49,1	19,8			
2. мало кто из больных хочет лечиться								
3. трудно определить								
4. большинство больных хотят лечиться								
5. все больные хотят лечиться								
III. Какие из лечебных мероприятий наиболее трудно выполнять:	49,8*	31,6*	18,6					
Соблюдать бессолевую диету:	61,3	22,7	16,0					
1. да								
2. нет								
3. трудно определить								
Заниматься лечебной физкультурой:	24,4*	43,4*	32,2*					
1. да	59,4	21,7	18,9					
2. нет								
3. трудно определить								
Заниматься аутотренингом:	3,8*	5,8*	90,4*					
1. да	50,9	18,9	30,2					
2. нет								
3. трудно определить								
Постоянно принимать гипотензивные препараты:	27,6	56,8	15,6					
1. да	21,7	59,4	18,9					
2. нет								
3. трудно определить								
Эпизодически принимать гипотензивные препараты:	7,2	75,4*	17,4*	15,4*	28,0			
1. да	10,4	55,6	34,0	41,6	36,8			
2. нет								
3. трудно определить								
IV. Ваше отношение к многолетнему лечению ГБ лекарственными препаратами:	16,2*	6,6	33,8*	1,8	50,8*	45,0*		
1. это вредно	2,8	7,5	11,3	2,8	88,7	15,1		
2. это чаще всего вредно								
3. трудно определить								
4. это чаще необходимо								
5. это необходимо								
V. Какие рекомендации обычно предлагают больным ГБ в поликлинике:	2,8	22,2*	10,6*	40,6	3,2*	1,8	28,2*	1,0
1. никакие	0	66,0	35,8	49,1	18,9	0,9	46,2	8,5
2. соблюдать бессолевую диету								
3. заниматься лечебной физкультурой								
4. заниматься аутотренингом								
5. постоянно принимать лекарства								
6. эпизодически принимать лекарства								
VI. Почему больные ГБ обычно систематически не лечатся (или, что препятствует лечению):	21,8*	15,8*	31,6					
1. нет нужных лекарств	6,6	7,5	38,7					
2. нет хорошего контакта между врачом и больным								
3. повышенное АД обычно не беспокоит больных								
4. необходимо часто посещать врача, что требует много времени								
5. отдаленность поликлиники от места жительства								
6. отсутствие у врача опыта длительного лечения								
7. боязнь, что длительное лечение может нанести вред здоровью								
8. нет уверенности в целесообразности лечения, нет желания лечиться.								
VII. Из каких источников больные получают информацию о ГБ:	63,4*	50,6*	15,4*	39,4	-			
1. от врача	94,3	15,1	46,2	32,1	38,7			
2. из популярных журналов и газет								
3. при общении с другими больными								
4. из теле- и радиопередач								
5. из интернета								

Примечание: в числителе – ответы больных в 1984-1985 годах, в знаменателе - в 2024 году; * обозначены достоверные различия ($p < 0,05$). Если сумма ответов превышает 100%, это означает, что пациенты могли сделать несколько вариантов ответа (χ^2 Пирсона).

Таблица 2. Изменение (в %) отношения участковых терапевтов к лечению больных гипертонической болезнью в условиях поликлиники в период 1984-1985 гг. (n=58), 2024 г. (n=68)

Table 2. Change (in %) in the attitude of district internists to the treatment of patients with hypertension in a polyclinic setting in the period 1984-1985 (n=58), 2024 (n=68)

Вопрос	Вариант ответа							
	1	2	3	4	5	6	7	8
I. Ваше мнение о том, как больные ГБ обычно оценивают свое состояние здоровья:	0	5,2*	25,9*	63,8*	5,1			
1. чувствуют себя совершенно здоровыми	5,9	32,4	13,2	36,8	11,7			
2. чаще чувствуют себя здоровыми								
3. трудно определить								
4. чаще чувствуют себя больными								
5. обычно чувствуют себя больными								
II. Ваше мнение о готовности больных ГБ лечиться различными способами:	0	5,2*	6,9	77,6	10,3			
1. лечиться никто не хочет	1,5	22,0	7,4	63,2	5,9			
2. мало кто из больных хочет лечиться								
3. трудно определить								
4. большинство больных хотят лечиться								
5. все больные хотят лечиться								
III. Какие из лечебных мероприятий наиболее трудно выполнять:	74,1	19,0	6,9					
Соблюдать бессолевую диету:	66,2	17,6	16,2					
1. да								
2. нет								
3. трудно определить								
Заниматься лечебной физкультурой:	67,2	20,7	12,1					
1. да	66,2	20,6	13,2					
2. нет								
3. трудно определить								
Заниматься аутотренингом:	56,9	17,2	25,9					
1. да	64,7	20,6	14,7					
2. нет								
3. трудно определить								
Постоянно принимать гипотензивные препараты:	69,0*	24,1*	6,9*					
1. да	35,3	42,6	22,1					
2. нет								
3. трудно определить								
Эпизодически принимать гипотензивные препараты:	12,1*	79,3*	8,6					
1. да	32,4	48,5	19,1					
2. нет								
3. трудно определить								
IV. Ваше отношение к многолетнему лечению ГБ лекарственными препаратами:	1,7	0	12,1	36,2	50,0			
1. это вредно	2,9	5,9	5,9	23,5	61,8			
2. это чаще всего вредно								
3. трудно определить								
4. это чаще необходимо								
5. это необходимо								
V. Какие рекомендации обычно предлагают больным ГБ в поликлинике:	0	8,6*	56,9	24,1*	77,6*	36,2*		
1. никакие	0	82,4	41,2	10,3	95,6	2,9		
2. соблюдать бессолевую диету								
3. заниматься лечебной физкультурой								
4. заниматься аутотренингом								
5. постоянно принимать лекарства								
6. эпизодически принимать лекарства								
VI. Почему больные ГБ обычно систематически не лечатся (или, что препятствует лечению):	91,3*	10,3	56,9	51,7	1,7*	0	55,1	1,8*
1. нет нужных лекарств	5,9	22,1	50,0	39,7	27,9	1,5	66,2	23,5
2. нет хорошего контакта между врачом и больным								
3. повышенное АД обычно не беспокоит больных								
4. необходимо часто посещать врача, что требует много времени								
5. отдаленность поликлиники от места жительства								
6. отсутствие у врача опыта длительного лечения								
7. боязнь, что длительное лечение может нанести вред здоровью								
8. нет уверенности в целесообразности лечения, нет желания лечиться								
VII. Из каких источников больные получают информацию о ГБ:	66,1*	91,1*	67,9	83,9	-			
1. от врача	91,2	26,5	75,0	67,6	54,2			
2. из популярных журналов и газет								
3. при общении с другими больными								
4. из теле- и радиопередач								
5. из интернета								

Примечание: в числителе – ответы больных в 1984-1985 годах, в знаменателе - в 2024 году; * обозначены достоверные различия ($p < 0,05$). Если сумма ответов превышает 100%, это означает, что врачи могли сделать несколько вариантов ответа (χ^2 Пирсона).

Согласно результатам анкетирования, ухудшение отношения пациентов к немедикаментозным методам лечения в 2024 году связано с несколькими причинами. Возможно, одной из причин затруднений при лечении ГБ у пациентов является проблема использования продуктов с малым содержанием поваренной соли, особенно в сельской местности. Поэтому структурные недостатки в здравоохранении 2024 года и относительная пассивность самих пациентов приводит к уменьшению роли немедикаментозного лечения ГБ. Необходимо отметить, что и в западных странах с высокими стандартами медицинской помощи вопросам немедикаментозного лечения ГБ, за исключением физических тренировок, уделяется мало внимания. Это связано с широким распространением продуктов питания с длительным сроком хранения и значительным содержанием в них соли. Подобное «неудобство» западные врачи компенсируют широким использованием диуретиков [13].

В поликлиниках практически отсутствуют кабинеты лечебной физкультуры и обучения аутотренингу, в то время как в СССР этим вопросам уделялось большее внимание. Занятия лечебной физкультурой и аутотренингом в поликлиниках в Российской Федерации в 2024 году практически исчезли. В настоящее время трудно найти место для проведения эффективной гимнастики или системы мероприятий по расслаблению. Безусловно, можно обнаружить тренинги в интернете, но процесс занятий ЛФК будет малоуправляемым и, соответственно, малоэффективным.

Больные в 2024 году несколько в большей ($p < 0,05$) степени испытывают опасения возникновения побочных действий медикаментов. Этому вопросу, вероятно, участвующие врачи уделяют недостаточное внимание. При этом в приложении к описанию медикаментов нередко содержится противоречивая информация, а в интернете она вызывает у пациентов даже сомнения в необходимости терапии. Однако, согласно нашим критериям анализа, речь идет лишь о тенденциях, а не о бесспорном факте.

Одной из трудностей мотивации пациентов к длительному лечению ГБ, обозначенной нами еще в 1985 году и сохранившейся в 2024 году, по мнению, как врачей, так и больных, является то, что субъективно АД не беспокоит пациентов. В этом заключается возможная причина отказа от лечения или сомнения в его необходимости. В частности, в 2024 году ($p < 0,05$) больные редко демонстрировали желание лечиться, и в то же время значительная часть из них (все $p < 0,05$), считают, что длительная терапия все же необходима. Однако обнаруженная тенденция, согласно вышеизложенным критериям, является все же, на наш взгляд, не вполне надежной. Подобное состояние неуверенности и неопределенности в позиции пациента должно побудить врача четко расставить акценты и выяснить причины подобного настроения. Последний часто определяется противоречивой, а порой и вредной информацией, полученной из интернета, где «доморощенные целители» вводят в заблуждение население.

Складывается впечатление, что во времена СССР проблема лечения ГБ была более контролируемой и достаточно четко организованной. Несмотря на неподготовленность пациентов к эффективной мно-

голетней терапии ГБ, система здравоохранения в 1984-1985 годах в целом за счет активной позиции и авторитета врача позволяла вовлекать больных в процесс лечения. В настоящее время принцип «твое здоровье - решай свои проблемы сам» не всегда эффективен, а иногда и опасен. Кроме того, сокращение обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом, невысокая заработная плата медицинских работников в 2010-2020 годах привели к снижению доступности и качества медицинской помощи населению.

Концепция комплексного лечения пациентов ГБ в условиях формирования капиталистического общества требует более гибкого и адекватного организационного подхода, что должно находить оптимальное решение как на местном, так и государственном уровнях. Обычно процесс реформирования начинают при наличии необходимой или даже избыточной ресурсной базы и отсутствии дефицита медицинского персонала. В случае дефицита кадров их, естественно, нужно готовить или активно обучать смежным специальностям, что наряду с повышением квалификации приведет к увеличению производительности труда и лучшей доступности разноплановой медицинской помощи [13]. Однако без готовности врачей и пациентов к тесному взаимодействию и пониманию, что только многолетнее или даже пожизненное лечение может быть эффективно, не произойдет улучшения качества и, главное, продолжительности жизни населения. Это возможно через активное диспансерное наблюдение, внедрение образовательных мероприятий (школы для больных ГБ) на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи (кабинеты, отделения профилактики, центры здоровья, офисы врачей общей практики). Важной предпосылкой, не связанной непосредственно с медициной, является общее улучшение логистики в регионе (строительство дорог, развитие транспорта и средств связи), что позволит улучшить маршрутизацию пациентов и внедрение дистанционных методов диспансерного наблюдения, в том числе на сельских врачебных участках.

Заключение

В переходный период от социалистической общественно-экономической формации к капиталистической проспективные исследования демонстрируют прагматическую подход врачей в сравнении с 1984 годом и указывают на необходимость длительного немедикаментозного и медикаментозного лечения ГБ. Больные ГБ свой выбор делают в пользу длительного лечения, но с большой тревогой и страхом воспринимают возможные последствия лечения медикаментами. Они не всегда могут оценить пользу терапии для профилактики возможных ее осложнений. У больных ГБ участковые врачи терапевты при проведении лечебно-профилактических мероприятий недостаточно используют немедикаментозные методы лечения. Пациенты также занимают пассивную позицию в использовании простых, но эффективных нелекарственных методов лечения (лечебная физкультура). Сегодня реализация общепринятой концепции постоянного (обычно пожизненного) лечения ГБ должна осуществляться путем повышения приверженности пациентов к немедикаментозной и лекарственной терапии заболевания. В этом отноше-

нии следует предусмотреть использование различных форм активного диспансерного наблюдения в очном и онлайн режиме, организация углубленного профилактического консультирования (школы для больных ГБ), кабинетов физической реабилитации и аутотренинга в поликлиниках, а также льготное лекарственное обеспечение.

Список источников

1. Драпкина О.М., Каракулина Е.В., Дроздова Л.Ю., Орлов С.А., Шепель Р.Н., Раковская Ю.С. Организация и проведение врачом терапевтом диспансерного наблюдения работающих граждан. Методические рекомендации. Москва: РОПНИЗ. ООО «Силица-Полиграф». 2024: 24.
2. Гоштаутас А., Вирбалене В., Мисявичене И. Отношение к вопросам здоровья у мужчин и женщин, участвующих в профилактических исследованиях. Терапевтический архив. 1985: 11: 91-94.
3. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Андреев К.А., Горбенко А. В. [и др.]. Международная декларация о приверженности лечению 2023 («Омская декларация»): презентация для российских читателей. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2024;19(1):1-9. doi:10.14300/mnnc.2024.19001
4. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П. [и др.]. Приверженность в клинической практике: международное методическое руководство. Москва: Издательский дом Академии Естествознания. 2023: 226.
5. Волков В.С., Цикулин А.Е. Больные гипертонической болезнью о своем заболевании (материалы анкет). Клиническая медицина. 1986: 8: 42-44.
6. Волков В.С., Цикулин А.Е., Тришин С.Л. Об отношении участковых врачей-терапевтов и больных гипертонической болезнью к осуществлению реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях. Терапевтический архив. 1987: 12: 107-109.
7. Волков В.С., Цикулин А.Е. Лечение и реабилитация гипертонической болезни в условиях поликлиники. Москва: Медицина. 1989: 256.
8. Рожанец Р.В., Донников Б.И., Зыряева А.А. Психологические аспекты повышения участия больных в профилактических программах по лечению артериальной гипертонии. Кардиология: 1986: 1: 87-91.
9. Цикулин А.Е. О реабилитации больных гипертонической болезнью в условиях поликлиники. Здравоохранение Российской Федерации. 1986;11: 20-22.
10. Цикулин А.Е. Взаимоотношение врача и больного в процессе длительного лечения гипертонической болезни в амбулаторных условиях. Кардиология. 1988; 3: 27-30.
11. Williams G.H. Quality of life and its impact on hypertensive patients. Am J Med. 1987; 82(1): 98-105. doi: 10.1016/0002-9343(87)90382-2
12. Колбасников С.В. Реабилитация больных гипертонической болезнью на сельском врачебном участке: автореф. дис. канд. мед. наук : 14.00.06 – кардиология / Колбасников Сергей Васильевич; [Место защиты: Моск. мед. стоматол. ин-т им. Н.А. Семашко.]. Москва. 1990: 24.
13. Цикулин А.Е. Врач и больной в эпоху социализма в СССР, в современной России и при капитализме. Москва, Тверь: [б.и.]; Изд-во «Триада». 2020: 237.

Колбасников Сергей Васильевич (контактное лицо) – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей врачебной практики и семейной медицины ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России; 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4; s.kolbasnikov@mail.ru

*Поступила в редакцию /
The article received 21.06.2025.*

*Принята к публикации /
Was accepted for publication 03.09.2025.*