

О. І. Різник

Запорізький державний медичний університет

## ІНФОРМОВАНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ І КОНТРОЛЬ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В УМОВАХ ВЕЛИКОГО ПРОМИСЛОВОГО МІСТА

В Україні, як і в усьому світі, артеріальна гіпертензія (АГ) є найпоширенішим неінфекційним захворюванням. За даними Центру медичної статистики в 2012 році в Україні зареєстровано близько 12 млн. осіб зі стабільно підвищеним артеріальним тиском. У країнах, що розвиваються (в тому числі і в Україні) рівень інформованості та контролю АГ низький: від 25 до 50% хворих знають про своє захворювання і від 10 до 50% з них отримують відповідне лікування.

**Мета роботи.** Вивчити рівень інформованості про фактори ризику, довгострокове збереження цих знань та прихильність пацієнтів з артеріальною гіпертензією до профілактики і лікування.

**Матеріали та методи.** Дослідження було здійснено на базі санаторію-профілакторію ВАТ «Соціальні ініціативи Запоріжжя». Обстежили 620 відпочиваючих з АГ I або II ступеня, з них 296 чоловіків (47,7%) і 324 жінки (52,3%), середній вік – 48,2±8,8 роки. Для проведення дослідження були використані анамнестичні анкети та стандарти обстеження згідно Наказу МОЗ України № 728 від 27.08.2010 року [12]. З метою повної деталізації способу життя пацієнтів була розроблена додаткова анкета, що містила 30 питань і складалась з розділів, які оцінювали: 1) соціально-демографічні характеристики; 2) інформованість про фактори ризику (ФР) і АГ; 3) інформованість про показники власного здоров'я; 4) ставлення до власного здоров'я, профілактичних заходів.

Одним з важливих компонентів профілактичних заходів, які здійснені лікарями санаторію-профілакторію була розробка та впровадження освітніх програм для пацієнтів щодо здорового способу життя – «Школа здоров'я».

**Результати та обговорення.** Середній рівень систолічного артеріального тиску (САТ) у пацієнтів склав 149,0±15,7 мм рт. ст., середній рівень діастолічного АТ (ДАТ) – 94,5±8,5 мм рт. ст. АГ в анамнезі мали 503 (81,1%) пацієнта. Гіпотензивні препарати отримували 236 (38%) пацієнта, проте тільки у 91 (14,7%) з них рівень АТ був нижче 140/90 мм рт. ст. У 347 (56%) осіб рівень АТ був рівний 140/90–159/99 мм рт. ст. (I ступінь АГ), у 273 (44%) рівень АТ склав 160/100–179/109 мм рт. ст. (II ступінь АГ). Рівень інформованості про наявність АГ у обстежених пацієнтів варіювала від 15,8% до 34,4% ( $p < 0,001$ ). Середній рівень обізнаності склав 25,1% (95% ДІ=20,8–29,8%). У жінок рівень інформованості про захворювання був значно вищим, ніж у чоловіків (34% і 16% відповідно,  $p < 0,01$ ). Через 6 місяців після навчання в «Школі здоров'я» зросла інформованість пацієнтів про важливу роль у розвитку АГ наступних ФР: надлишкової маси тіла (МТ) і ожиріння – з 26,5% ( $n=164$ ) в 59,4% ( $n=368$ ), надмірного споживання солі – з 10,5% ( $n=65$ ) до 66,7% ( $n=414$ ), алкоголю – з 9,5% ( $n=59$ ) до 45,8% ( $n=284$ ), куріння з 8% ( $n=298$ ) до 97% ( $n=601$ ), малорухливого способу життя з 23,5% ( $n=146$ ) до 58,7% ( $n=364$ ), ( $p < 0,001$ ). Через півроку після навчання майже всі пацієнти з АГ знали свій цільовий рівень артеріального тиску і свою МТ: 94,4% ( $n=585$ ) і 96,8% ( $n=600$ ) відповідно. Достовірно підвищилися знання пацієнтів про рівень загального холестерину (ХС) в сироватці крові з 8,7 до 42,9% ( $p < 0,01$ ), виявлена тенденція до збільшення обізнаності про концентрацію глюкози в сироватці крові з 11% до 36%.

**Висновки.** 1. Навчання в «Школі здоров'я» достовірно підвищило інформованість пацієнтів щодо ФР в розвитку АГ і прихильність до виконання рекомендацій з їх корекції. 2. Підтверджено довгострокове збереження знань і мотивації щодо ефективності контролю АГ серед населення в умовах великого промислового міста.

**Ключові слова:** артеріальна гіпертензія, фактори ризику, інформованість населення, профілактика.

У 2013 році темою Всесвітнього дня здоров'я Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) проголосила артеріальну гіпертензію (АГ). У 40% дорослих людей в світі розвивається АГ і вона є причиною більше дев'яти мільйонів щорічних смертельних випадків.

За даними Центру медичної статистики МОЗ

України, в 2012 році в Україні зареєстровано близько 12 мільйонів осіб зі стабільно підвищеним артеріальним тиском. В Україні, як і в усьому світі, артеріальна гіпертензія є найпоширенішим неінфекційним захворюванням. Вкрай тривожний той факт, що в Україні показники смертності від хвороб системи кровообігу в пра-

цездатному віці перевищують аналогічні показники в інших економічно розвинених країнах в 3–5 разів, при цьому відзначається тенденція зростання показників смертності [1, 3, 6]. Ризик для здоров'я значно зростає, якщо підвищення артеріального тиску поєднується з іншими факторами серцево-судинного ризику: ожирінням, підвищенням вмісту холестерину в крові, малорухливим способом життя, курінням [2, 8].

Як відомо, артеріальна гіпертензія є невиліковним захворюванням, проте рівень кров'яного тиску можна постійно тримати під контролем за допомогою медикаментозних засобів і корекції способу життя [7]. Майже у всіх розвинених країнах рівень обізнаності про серцево-судинні захворювання постійно зростає. У країнах, що розвиваються (в тому числі і в Україні) рівень інформованості та контролю АГ низький: від 25 до 50% хворих знають про своє захворювання і від 10 до 50% з них отримують відповідне лікування [4, 5]. У цьому зв'язку найважливішим епідеміологічним показником є рівень інформованості хворих про захворювання і частка пацієнтів, які отримують адекватне антигіпертензивне лікування [9, 10, 11].

**Мета роботи.** Вивчити рівень інформованості про фактори ризику, довгострокове збереження цих знань та прихильність пацієнтів з артеріальною гіпертензією до профілактики і лікування.

#### Пацієнти і методи дослідження

Дослідження було здійснено на базі санаторію-профілакторію ВАТ «Соціальні Ініціативи Запоріжжя» відповідно до стандартів належної клінічної практики. Від всіх учасників дослідження отримали письмову інформовану згоду.

Обстежили 620 відпочиваючих з АГ I або II ступеня, з них 296 чоловіків (47,7%) і 324 жінки (52,3%), середній вік – 48,2±8,8 роки. Вищу освіту мали 68 (11%) пацієнтів. Артеріальну гіпертензію діагностували при офісному артеріальному тиску  $\geq 140/90$  мм рт. ст. за класифікацією ВООЗ та Українського наукового товариства кардіологів. Для проведення дослідження були використані анамнестичні анкети та стандарти обстеження згідно Наказу МОЗ України № 728 від 27.08.2010 року [12]. Для повної деталізації способу життя пацієнтів була розроблена додаткова анкета, що містила 30 питань і складалась з розділів, які оцінювали: 1) соціально-демографічні характеристики; 2) інформованість про фактори ризику (ФР) і АГ; 3) інформованість про показники власного здоров'я; 4) ставлення до власного здоров'я, профілактичних заходів.

Одним з важливих компонентів профілактичних заходів, які здійснені лікарями санаторію-профілакторію була розробка та впровадження освітніх програм для пацієнтів щодо здорового способу життя – «Школа здоров'я». Ці програ-

ми включали індивідуальне та групове консультування, навчання і апробація профілактичних технологій корекції ФР у хворих на АГ. Рівень виживання знань у пацієнтів з АГ та їх прихильність до модифікації способу життя оцінювали через 6 та 12 місяців.

Статистичну обробку даних виконали за допомогою пакета статистичних програм «Statistica 6.0» (StatSoft, США) та Microsoft Excel v.7.0 for Windows. Основні характеристики наведені у вигляді кількості спостережень (n), середньої арифметичної величини (M), стандартного відхилення (s), стандартної помилки середньої (m). Достовірність відмінностей обчислювали з використанням методів параметричної статистики між незалежними вибірками по Манну-Уїтні та непарного t-критерію Стьюдента. Відмінності вважали вірогідними при значеннях  $p < 0,05$ .

#### Результати та їх обговорення

Підтверджені і доведені клінічно наукові факти свідчать про те, що при правильно організованій профілактичній та лікувальній допомозі хворим з АГ – знижується число ускладнень, поліпшується прогноз і підвищується якість життя пацієнтів. Особливо це стосується осіб з I і II ступенем АГ, на частку яких припадає близько 70–80% всіх її форм. Основна направленість реалізації цієї допомоги – звичайно ж, первинна ланка охорони здоров'я, роль і значення якої в профілактиці серцево-судинних захворювань (ССЗ) незаперечні [13].

Середній рівень систолічного артеріального тиску (САТ) у пацієнтів склав  $149,0 \pm 15,7$  мм рт. ст., середній рівень діастолічного АТ (ДАТ) –  $94,5 \pm 8,5$  мм рт. ст. АГ в анамнезі мали 503 (81,1%) пацієнта. Гіпотензивні препарати отримували 236 (38%) пацієнтів, однак тільки у 91 (14,7%) з них рівень АТ був нижче  $140/90$  мм рт. ст. У 347 (56%) пацієнтів рівень АТ був рівний  $140/90$ – $159/99$  мм рт. ст. (I ступінь АГ), у 273 (44%) рівень АТ –  $160/100$ – $179/109$  мм рт. ст. (II ступінь АГ). Рівень інформованості про наявність АГ у обстежених пацієнтів варіювала від 15,8% до 34,4% ( $p < 0,001$ ). Середній рівень обізнаності склав 25,1% (95% ДІ=20,8–29,8%). У жінок обізнаність про захворювання була значно вищою, ніж у чоловіків (34% і 16% відповідно,  $p < 0,01$ ). Найбільш високий рівень інформованості відзначався у віці 45–55 і 56–66 років (43,3 і 66,8% відповідно), найбільш низький – у віці 35–44 років (6,5% відповідно). Відмінності між віковими групами за рівнем інформованості були статистично значущими ( $p < 0,001$ ). При анкетуванні пацієнтів встановлено, що практично у всіх (91,1%) мотивацією до відвідування «Школи здоров'я» – є бажання поліпшити ефективність медикаментозної терапії.

Через 6 місяців після навчання в «Школі

здоров'я» зросла інформованість пацієнтів з I і II ступенем АГ про важливу роль у розвитку АГ наступних ФР: надлишкової маси тіла (МТ) і ожиріння – з 26,5% (n=164) до 59,4% (n=368), надлишкового споживання солі – з 10,5% (n=65) до 66,7% (n=414), алкоголю – з 9,5% (n=59) до 45,8% (n=284), тютюнопаління з 48% (n=298) до 97% (n=601), малорухливого способу життя з 23,5% (n=146) до 58,7% (n=364), (p < 0,001). Зросла обізнаність хворих про показники свого здоров'я. Через півроку після навчання майже всі пацієнти з АГ знали свій цільовий рівень артеріального тиску і свою МТ: 94,4% (n=585) і 96,8% (n=600) відповідно. Достовірно підвищилися знання пацієнтів про рівень свого загального холестерину (ХС) в сироватці крові з 8,7 до 42,9% (p < 0,01), виявлена тенденція до збільшення обізнаності про концентрацію глюкози в сироватці крові з 11 до 36%. Велику увагу ми приділили питанням прихильності пацієнтів до профілактичних рекомендацій з питань харчування та немедикаментозних заходів зниження АТ. До профілактичного навчання тільки 64 пацієнта отримували від дільничного терапевта рекомендації щодо раціонального харчування, з них 26 пацієнтів виконували ці рекомендації регулярно, 31 – час від часу, 7 – не виконували зовсім. Через півроку після навчання в «Школі здоров'я» на запитання: «Чи виконуєте Ви рекомендації з харчування, отримані при навчанні?» – більшість пацієнтів відповіли позитивно: 67,5% (n=346) виконували їх регулярно, 25,2% (n=156) – час від часу, не виконували рекомендації лікарів 7,3% (n=45) пацієнтів. Довгострокове збереження отриманих знань і ефективність корекції ФР у пацієнтів з АГ було вирішено додатково оцінити через 1 рік після навчання в «Школі здоров'я». Згідно поставлених цілей були опитані 588 (94,8%) з 620 чоловік. Через 12 місяців після навчання в «Школі здоров'я» частка хворих з АГ I–II ступеня, які досягли цільового АТ, достовірно збільшилася з 14,7 до 54,0%, достовірно знизилася середній САТ і ДАТ, (p < 0,05). Середнє значення МТ достовірно знизилася у 70,6% пацієнтів в середньому на 3%, середнє значення індексу МТ знизилася на 2,7%. Опитування пацієнтів через 12 місяців після навчання виявило, що інформованість про такі показники свого здоров'я, як МТ, АТ, концентрація глюкози в сироватці крові достовірно не змінилися. Через 1 рік всі пацієнти знали своє АД, 533 (86%) – знали свою МТ. Про рівень глюкози в сироватці крові, як через 6 місяців, так і через 12 місяців після навчання були обізнані 248 (40%) пацієнтів. Тільки обізнаність про концентрацію ХС в крові через рік після навчання знизилася

з 33 до 15,7%, (p < 0,05). Через 12 місяців після відвідування «Школи здоров'я» пацієнти продовжували виконувати отримані рекомендації з раціонального харчування. Виживання знань з питань дієтологічної корекції ФР доведені достовірно. На запитання «Які зміни в харчуванні, на Вашу думку, необхідно внести хворому з АГ?» через 6 місяців після навчання тільки 2 пацієнти не дали відповіді, через 12 місяців – 3 (0,5%) пацієнтів. Встановлено зниження частки пацієнтів, що вказали на зменшення кількості споживання солі щодня: з 89,7 (n=527) до 62,1% (n=365) (p < 0,05). Як через 6, так і через 12 місяців після спостереження пацієнти пам'ятали про необхідність збільшення споживання овочів і фруктів в раціоні харчування. Через 12 місяців 41,0% (n=241) пацієнтів вважали за необхідне зменшити споживання цукру, 15,6% (n=92) – вважали за необхідне знизити калорійність харчового раціону. За період 6–12 місяців після навчання встановлено невелике зниження рівня знань щодо нормативних показників споживання деяких речовин і продуктів харчування. Так, норму споживання рослинних жирів знали 31,0% (n=192) і 7,2% (n=42) (p < 0,05); норму споживання овочів і фруктів – 47,3% (n=293) і 14,8% (n=87) (p < 0,05) відповідно. Зменшилася частка осіб, які знають норму калорійності свого раціону: з 38,6 (n=239) до 12,2% (n=72), (p < 0,01). Протягом 6–12 місяців після навчання була виявлена тенденція до зниження частки осіб, які знають норму споживання солі: з 51,7 (n=321) до 34,0% (n=200). Рівень фізичної активності достовірно залишився оптимальним за рахунок професій промислового підприємства.

Таким чином, групове навчання пацієнтів з АГ в «Школі здоров'я» є ефективним заходом підвищення інформованості та корекції ФР. При низькій ефективності немедикаментозних заходів необхідний комплексний підхід і комбінація з медикаментозним індивідуальним лікуванням. Технологія навчання має довгостроковий ефект і може бути рекомендована для впровадження в практику первинної ланки охорони здоров'я.

### Висновки

1. Навчання в «Школі здоров'я» достовірно підвищило інформованість пацієнтів щодо ФР у розвитку АГ і прихильність до виконання рекомендацій з їх корекції.
2. Підтверджено довгострокове збереження знань і мотивації щодо ефективності контролю АГ серед населення в умовах великого промислового міста.

### Список літератури

1. Котівська А. А., Лобова І. О. (2012) Дослідження соціально-епідеміологічних показників населення України

внаслідок хвороб системи кровообігу на державному та регіональному рівнях. Вісн. фармації, 4 (72): 62–65.

2. Коваленко В. М., Корнацький В. М. (ред.) (2011) Регіональні особливості рівня здоров'я народу України. Аналіт.-статист. посіб., Київ, 166 с.
3. Грузева Т. С., Галієнко Л. І. та ін. (2012) Комплексна оцінка медико-демографічної ситуації як складова методології розробки державних цільових програм в охороні здоров'я. Східноєвроп. журн. громад. здоров'я, 2–3 (18–19): 238–247.
4. Мусій О. С. (ред.) (2014) Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік. Медінформ, Київ, 438 с.
5. Горбась І. М. (2010) Епідеміологічна ситуація щодо серцево-судинних захворювань в Україні: 30-річне моніторингування. Прак. ангиология, 9–10 (38): 15–19.
6. Державна служба статистики України (2013) Демографічна ситуація. Чисельність населення (щомісячна інформація) ([http://ukrstat.org/uk/operativ/operativ2013/ds/kn/kn\\_u/kn1213\\_u.html](http://ukrstat.org/uk/operativ/operativ2013/ds/kn/kn_u/kn1213_u.html)).
7. Goya Wannamethee S., Shaper G., Walker M. Physical activity and mortality in older men with diagnosed coronary heart disease // *Int. Med. J.* – 2002. – Vol. 3. – P. 201–207.
8. Mathers C. D., Lopez A. D., Murray C. J. The burden of mortality by condition: data, methods and results for 2001. *Global burden of disease and risk factors.* – NY: Oxford University Press, 2006. – P. 45–250.
9. The World Factbook – Central Intelligence Agency (2013) People and society: Ukraine. (<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/up.html>).
10. World Health Organisation (2012) World Health Statistics 2012 ([http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN\\_WHS2012\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf)).
11. World Health Organisation (2013) Global Health Observatory Data Repository (<http://apps.who.int/gho/data/view.main>).
12. Наказ МОЗ України (2010) Про диспансеризацію населення від 27.08.2010 р. № 728 ([http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20100827\\_728.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100827_728.html)).
13. European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. European Society of Hypertension – Guidelines Committee. *J Hypertens.* 2013; 21: 1011–1053.

Стаття надійшла до редакції 15.03.2015 р.

**О. И. Резник**

*Запорожский государственный медицинский университет*

## ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ И КОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА

В Украине, как и во всем мире, артериальная гипертензия АГ является самым распространенным неинфекционным заболеванием. По данным Центра медицинской статистики в 2012 году в Украине зарегистрировано около 12 млн. человек со стабильно повышенным артериальным давлением. В развивающихся странах (в том числе и в Украине) уровень информированности и контроля АГ низкий: от 25 до 50% больных знают о своем заболевании и от 10 до 50% из них получают соответствующее лечение.

**Цель работы.** Изучить уровень информированности о факторах риска, долгосрочное выживание этих знаний и приверженность пациентов с артериальной гипертензией к профилактике и лечению.

**Материалы и методы.** Исследование было осуществлено на базе санатория-профилактория ОАО «Социальные инициативы Запорожья». Обследовали 620 отдыхающих с АГ I или II степени, из них 296 мужчин (47,7%) и 324 женщины (52,3%), средний возраст – 48,2±8,8 года. Для проведения исследования были использованы анамнестические анкеты и стандарты обследования согласно Приказа МЗ Украины № 728 от 27.08.2010 года [12]. С целью полной детализации образа жизни пациентов была разработана дополнительная анкета, содержащая 30 вопросов и состоящая из разделов, которые оценивали: 1) социально-демографические характеристики; 2) информированность о факторах риска (ФР) и АГ; 3) информированность о показателях собственного здоровья; 4) отношение к собственному здоровью, профилактическим мероприятиям. Одним из важных компонентов профилактических мероприятий, осуществленных врачами, была разработка и внедрение образовательных программ обучения для пациентов о здоровом образе жизни – «Школа здоровья».

**Результаты и обсуждение.** Средний уровень систолического артериального давления (САД) у пациентов составил 149,0±15,7 мм рт. ст., средний уровень диастолического АД (ДАД) – 94,5±8,5 мм рт. ст. АГ в анамнезе имели 503 (81,1%) пациента. Гипотензивные препараты получали 236 (38%) пациента, однако только у 91 (14,7%) из них уровень АД был ниже 140/90 мм рт. ст. У 347 (56%) человек уровень АД был равен 140/90 – 159/99 мм рт. ст. (I степень АГ), у 273 (44%) уровень АД составил 160/100–179/109 мм рт. ст. (II степень АГ). Уровень информированности о наличии АГ у обследованных пациентов варьировала от 15,8% до 34,4% (p<0,001). Средний уровень осведомленности составил 25,1% (95% ДИ=20,8–29,8%). У женщин уровень информированности о заболевании был значительно выше, чем у мужчин (34% и 16% соответственно, p<0,01). Через 6 месяцев после обучения в «Школе здоровья» выросла информированность пациентов о важной роли в развитии АГ

следующих ФР: избыточной массы тела (МТ) и ожирения – с 26,5% (n=164) в 59,4% (n=368), избыточного потребления соли – с 10,5% (n=65) до 66,7% (n=414), алкоголя – с 9,5% (n=59) до 45,8% (n=284), курения с 8% (n=298) до 97% (n=601), малоподвижного образа жизни с 23,5% (n=146) до 58,7% (n=364), (p<0,001). Через полгода после обучения почти все пациенты с АГ знали свой целевой уровень артериального давления и свою МТ: 94,4% (n=585) и 96,8% (n=600) соответственно. Достоверно повысились знания пациентов об уровне общего холестерина (ХС) в сыворотке крови с 8,7 до 42,9% (p<0,01), выявлена тенденция к увеличению осведомленности о концентрации глюкозы в сыворотке крови с 11% до 36%.

**Выводы.** 1. Обучение в «Школе здоровья» достоверно повысило информированность пациентов о ФР в развитии АГ и приверженность к выполнению рекомендаций по их коррекции. 2. Подтверждено долгосрочное сохранение знаний и мотивации по эффективности контроля АГ среди населения в условиях крупного промышленного города.

*O. I. Riznyk*

*State Medical University of Zaporozhye*

## AWARENESS OF THE PATIENTS AND HYPERTENSION CONTROL IN BIG INDUSTRIAL CITY

In 2013 the World Health Organization has proclaimed arterial hypertension (AH) as the theme for Health Day. Overall the prevalence of hypertension appears to be in 40% of the general population. There is evidence that arterial hypertension causes nine million fatal cases annually. According to the Center of medical statistics of Ukrainian Ministry of Health about 12 million people with high blood pressure were registered in 2012. In Ukraine, as well as around the world, arterial hypertension is the most widespread noninfectious disease. In developing countries (including Ukraine) the level of awareness about hypertension and blood pressure control appears to be around 25 to 50% of patients. And only 10–50% of patients receive the appropriate treatment. In this regard the level of patient's awareness and the percentage of patients receiving appropriate antihypertensive treatment are the major epidemiological markers.

**Objective.** To study the level of awareness of risk factors; term validity of this knowledge and adherence of hypertensive patients to prevention and treatment

**Methods and Results.** We enrolled 620 participants with arterial hypertension I and II stage. Among them were 296 male (47,7%) and 324 female (52,3%), the average age was 48,2±8,8 years. The additional questionnaire containing 30 questions was developed for full specification of patient's lifestyle habits. It consisted sections which estimated: 1) social and demographic characteristics; 2) awareness of the risk factors (RF) and AH; 3) awareness of indicators of health; 4) attitude towards health, preventive methods. Development and implementation of training programs about healthy lifestyle for patients («The School of Health») were among the most important components of the preventive methods which were carried out by physicians. The average level of the systolic blood pressure (SBP) at patients was 149,0±15,7 mm of mercury., the average level of diastolic blood pressure (DBP) was equal to 94,5±8,5 mm of mercury. 503 (81,1%) patients had arterial hypertension in anamnesis. 236 (38%) patients received antihypertensive drug therapy, however only 91 (14,7%) participants attained blood pressure lower than 140/90 mm of mercury. 347 (56%) patients had blood pressure at the level of 140/90–159/99 mm of mercury. (The I degree of AH), BP in the range 160/100–179/109 mm of mercury had 273 (44%) participants (II degree of AH). The level of knowledge about the existence of at the examined patients varied from 15,8% to 34,4% (p<0,001). The average level of awareness was 25,1% (95% CI=20,8–29,8%). Women had more substantial level of knowledge of a disease than men (34% vs. 16% respectively, p<0,01). 6 months of training at the «School health» resulted in increase of patient's awareness about the role of following risk factors in hypertension: excess body weight (BW) and obesity – 26,5% (n=164) vs. 59,4% (n=368), excessive salt intake – 10,5% (n=65) vs. 66,7% (n=414), alcohol abuse – 9,5% (n=59) vs. 45,8% (n=284), smoking 8% (n=298) vs. 97% (n=601), sedentary lifestyle 23,5% (n=146) vs. 58,7% (n=364), (p<0,001). Six months after the training, almost all hypertensive patients knew their target blood pressure and their BW: 94,4% (n=585) and 96,8% (n=600), respectively. Significantly increased the rate of patients who knew the target level of serum cholesterol from 8.7 to 42,9% (p<0,01), a trend towards increasing awareness of the serum glucose concentration (11% vs. 36%) was revealed.

**Conclusions.** 1. Training at «School of health» authentically increased knowledge of patients about risk factors of AH and adherence to implementation of physician's recommendations. 2. Long-term follow-up knowledge and motivation for BP control among the population of big industrial city is confirmed.