

Оценка качества жизни, психологического статуса, приверженности лечению и профилактике у пациентов территориальной поликлиники

Индукаева Е. В., Макаров С. А., Груздева О. В., Жилыева Т. П., Строкольская И. Л.
ФГБНУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний.
Кемерово, Россия

Цель. Оценить уровень качества жизни (КЖ), особенности психологического статуса, уровня приверженности лечению и профилактическим мероприятиям у прикрепленного населения на уровне территориальной поликлиники.

Материал и методы. В исследовании приняли участие лица обоего пола (n=1082) в возрасте 21-70 лет и старше, находящиеся на диспансерном учете в поликлинике МБУЗ "Клинический консультативно-диагностический центр" г. Кемерово. У всех участников исследования изучались частота распространения артериальной гипертензии, сахарного диабета, гиперхолестеринемии, курения, увеличения объема талии, уже развившейся ишемической болезни сердца, а также уровни КЖ, приверженности лечению и тревожности.

Результаты. В рамках проведения по возрастной диспансеризации в территориальной поликлинике были обследованы 272 мужчины и 810 женщин. Анализ возрастных групп по уровням физического, психологического здоровья, реактивной и личностной тревожности и приверженности лечению статистически значимых различий не выявил. Тем не менее, для всех возрастных групп характерен низкий уровень как физического, так и психологического здоровья, средние уровни тревожности и высокий уровень приверженности лечению. Выявлены повышенные уровни реактивной и личностной тревожности у здоровых мужчин и женщин в отличие от больных. У всех пациентов прошедших диспансеризацию, не зависимо

от наличия или отсутствия заболевания, зарегистрирован высокий уровень приверженности лечению.

Заключение. У пациентов выявлены высокие уровни хронического психоэмоционального стресса, тревоги и депрессии, при этом уровень приверженности лечению у всех групп пациентов — высокий. Это может свидетельствовать о положительном настрое пациентов на участие в профилактических мероприятиях и консультировании, направленных на коррекцию факторов риска и снижение вероятности развития сердечно-сосудистых заболеваний, а у лиц, уже имеющих заболевание, значительно уменьшить тяжесть течения заболевания и частоту развития осложнений. Необходимо оказание психологической помощи, направленной на повышение психоэмоционального статуса и личностного адаптационного потенциала, уровня КЖ, подлежащим диспансерному наблюдению в территориальной поликлинике.

Ключевые слова: качество жизни, тревожность, приверженность лечению, диспансеризация, профилактика сердечно-сосудистых заболеваний.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2017; 16(4): 50–55
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2017-4-50-55>

Поступила 07/07-2017

Принята к публикации 17/08-2017

Life quality, psychological state, treatment and prevention adherence evaluation in local polyclinic patients

Indukaeva E. V., Makarov S. A., Gruzdeva O. V., Zhilyaeva T. P., Strokol'skaya I. L.
Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases. Kemerovo, Russia

Aim. To evaluate life quality (LQ), specifics of psychological state, level of adherence to treatment and prevention in the covered inhabitants of local outpatient primary institution (polyclinic).

Material and methods. Totally, 1082 persons participated, age 21-70 y.o. and older, on dispensary coverage at MBHI "Clinical consulting and diagnostic center" of Kemerovo city. In all participants, the following were studied: prevalence of arterial hypertension, diabetes, hypercholesterolemia, smoking, waist circumference increase, developed coronary heart disease, LQ, adherence and anxiety levels.

Results. Under the framework of aged-stratified dispensarization in local polyclinic, 272 males and 810 females investigated. Analysis of age-gender groups by the levels of physical, psychological health, reactive and trait anxiety, treatment adherence did not reveal significant differences. However, for all age groups there is a low level common, of physical and psychological health, and high mean levels of anxiety and

treatment adherence. High levels of reactive and trait anxiety found in healthy men and women comparing to the diseased. In all patients in dispensarization, regardless of the presence or absence of disease, there is high treatment adherence.

Conclusion. There are high levels found, in chronic psychoemotional stress, anxiety and depression, and adherence level is high in all groups of patients. This might witness on positive attitudes of patients to participation in prevention events and consulting, with the aim for risk factors correction, and decrease of cardiovascular diseases development probability, and in those already having such diseases, decrease of severity and complications rate. It is necessary to provide with psychological assistance for improvement of psychoemotional state and personal adaptation potential, level of LQ, for all covered by dispensary observation patients in territory polyclinics.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Тел.: 8 (384) 264-34-71, +7 (905) 960-25-06

e-mail: indelen@mail.ru

[Индукаева Е. В.* — к.м.н., с.н.с. лаборатории эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний, Макаров С. А. — д.м.н., зав. лабораторией моделирования управленческих технологий, Груздева О. В. — д.м.н., зав. лабораторией исследования гомеостаза, Жилыева Т. П. — м.н.с. лаборатории моделирования управленческих технологий, Строкольская И. Л. — м.н.с. лаборатории моделирования управленческих технологий].

Keywords: life quality, anxiety, adherence to treatment, dispensarization, cardiovascular prevention.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2017; 16(4): 50–55
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2017-4-50-55>

АД — артериальное давление, АГ — артериальная гипертензия, АГТ — антигипертензивная терапия, БСК — болезни системы кровообращения, ИБС — ишемическая болезнь сердца, КЖ — качество жизни, ЛТ — личностная тревожность, РТ — реактивная тревожность, СД — сахарный диабет, ФР — факторы риска.

Введение

Несмотря на совершенствование государственной политики, направленной на охрану здоровья граждан РФ, смертность населения в стране в целом и ее регионах значительно выше, чем в экономически развитых странах, особенно смертность трудоспособного населения [1]. При этом основной вклад в смертность вносят болезни системы кровообращения (БСК) — 1462 случая на 100 тыс. жителей [2].

БСК оказывают существенное влияние на физическое и психологическое состояния, изменяют место и роль пациента в социальной жизни [3]. Эти изменения при определенных условиях могут оказаться для пациента более важными, чем клинические проявления самого заболевания. Одним из критериев оценки эффективности лечебных мероприятий, получивших признание в последние годы, является качество жизни (КЖ). В стратегические национальные приоритеты РФ до 2020г, помимо других важных приоритетов, входит “повышение КЖ российских граждан путем гарантирования личной безопасности, а также высоких стандартов жизнеобеспечения”.

Анализ литературы по теме показал, что КЖ широко исследуется у пациентов с БСК после операционного или консервативного лечения [4–8]. В клинической практике показатели КЖ используются в следующих основных направлениях [9, 10]:

- для оценки эффективности лечения с учетом динамики показателей КЖ на различных этапах лечения (ранних и отдаленных результатов лечения);

- для оценки состояния пациента по мере изменения клинической картины болезни (утяжеление или улучшение);

- как дополнительный критерий при подборе индивидуальной терапии, при клинической оценке конкретного лекарственного препарата или хирургического (терапевтического) метода лечения, физической реабилитации инвалидов;

- оцениваются физиотерапевтические, паллиативные, оздоровительные методы лечения и работы медицинского персонала, готовность пациентов к участию в профилактических мероприятиях;

- оценивается экономическая эффективность терапевтического, хирургического или восстановительного методов лечения;

- для оценки качества работы лечебного отделения или лечебного учреждения в целом, оценки

работы органов здравоохранения по реализации мер по улучшению системы здравоохранения;

- для целостного представления о самочувствии пациента “его глазами”, особенно в отношении пациентов с хроническими и угрожающими жизни заболеваниями.

Следовательно, изучение КЖ в современной медицине, наряду со стандартизацией новых методов лечения, применения новых препаратов, выделения групп риска, разработкой фундаментальных методов паллиативной медицины, позволяет оценить эффективность, прогнозировать и экономически обосновывать применяемые методы профилактики и лечения.

Цель настоящего исследования — оценить уровень КЖ, особенности психологического статуса, уровень приверженности лечению и профилактическим мероприятиям у прикрепленного населения территориальной поликлиники.

Материал и методы

В исследовании приняли участие лица обоего пола (n=1082) в возрасте от 21 года до ≥70 лет, находящиеся на диспансерном учете в поликлинике Муниципального бюджетного учреждения здравоохранения “Клинический консультативно-диагностический центр” г. Кемерово. В исследуемой выборке преобладали пациенты (45%) 51–70 лет.

У всех участников исследования изучались уровни КЖ, приверженности лечению и тревожности. Приверженность лечению и профилактике оценивали по методу, разработанному в 2000г [11]. Изучение уровня КЖ проведено по международному стандартизированному опроснику MOS SF–36 (Medical Outcomes Study-Short Form). Уровень реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) определяли по шкале Спилбергера-Ханина [12]. Для оценки уровней приверженности профилактике, тревожности и КЖ использовалась программа ЭВМ “Оценка приверженности лечению артериальной гипертензии (АГ) у здоровых и больных работников промышленных предприятий”, Свидетельство о государственной регистрации № 2012616260 зарегистрировано в Реестре программ для ЭВМ 09.07.2012г.

Исследование выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинкской Декларации. Протокол исследования был одобрен Этическим комитетом НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний. До включения в исследование у всех участников было получено письменное информированное согласие.

Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда в рамках проекта проведения научных исследований “Разработка

Таблица 1

Характеристика показателей уровней КЖ, тревожности и приверженности лечению у мужчин и женщин

Показатель	Уровень	Мужчины	Женщины	Всего	p (между мужчинами и женщинами)
Физический компонент здоровья (КЖ)	низкий	12	43	55	0,55
	средний	260	767	1027	
Психологический компонент здоровья (КЖ)	низкий	270	803	1073	0,837
	средний	2	7	9	
РТ	низкий	3	3	6	0,15
	средний	170	473	643	
	высокий	99	334	433	
ЛТ	низкий	97	63	160	0,0000
	средний	156	669	825	
	высокий	19	78	97	
Приверженность лечению	низкий	26	85	111	0,66
	высокий	246	725	971	

Таблица 2

Сравнение показателей уровней КЖ, тревожности и приверженности лечению в различных возрастных группах

Показатель	Уровень	Возрастные группы			p (между возрастными группами)
		1	2	3	
Физический компонент здоровья (КЖ)	низкий	94,7	95,8	94,3	0,63
	средний	5,3	4,2	5,7	
Психологический компонент здоровья (КЖ)	низкий	100	98,9	98,7	0,164
	средний	0	1,1	1,3	
РТ	низкий	0,6	0,5	0,5	0,62
	средний	56,7	58,4	62,4	
	высокий	42,6	41,1	37,1	
ЛТ	низкий	14,2	14,6	15,4	0,12
	средний	73,3	78,5	76,4	
	высокий	12,5	6,9	8,2	
Приверженность лечению	низкий	11,2	10,9	8,9	0,54
	высокий	88,8	89,1	91,1	

Примечание: 1 возрастная группа — 18-40 лет, 2 — 41-60 лет, 3 — >60 лет.

и внедрение методов повышения эффективности диспансеризации болезней системы кровообращения населения крупного промышленного центра”, проект № 15-06-10782.

При статистической обработке использовали программу “STATISTICA 6.1” (StatSoft Inc., США). Равенство дисперсий в сравниваемых группах оценивали критерием Левина. При фактическом распределении, близком к нормальному, и при равенстве дисперсий в сравниваемых группах использовали параметрические критерии сравнения количественных показателей, при несоблюдении данных условий — непараметрические аналоги. Сравнение двух групп проводилось t-критерием Стьюдента для несвязанных выборок (параметрический) и критерием Манна-Уитни (непараметрический). Для характеристики качественных признаков рассчитывали удельный вес вариантов. При оценке статистической значимости различий качественных показателей строились таблицы сопряженности с последующим расчетом критерия χ^2 Пирсона, при доле ожидаемых чисел в таблицах менее пяти, применяли критерий Фишера. Различия

признавались статистически значимыми при вероятности отклонить нулевую гипотезу (p) <0,05.

Результаты

В рамках проведения по возрастной диспансеризации в территориальной поликлинике обследованы 272 мужчины и 810 женщин, что составило 25% и 75%, соответственно. Средний возраст равен $51,9 \pm 3,6$ лет. В исследуемой группе 55% пенсионеров, 51,5% — работающих. Из общего числа обследованных АГ диагностирована у 54,7% лиц: 55,3% (n=448) женщин и 52,9% (n=144) мужчин (p=0,50); ишемическая болезнь сердца (ИБС) — у 20,9% лиц: 20,5% (n=167) женщин и 22,1% (n=60) мужчин (p=0,61), сахарный диабет (СД) — у 19,2% лиц: 20,1% (n=163) женщин и 16,5% (n=45) мужчин (p=0,19).

Анализ компонентов показателя КЖ, тревожности и приверженности лечению пациентов с уче-

Таблица 3

Анализ показателей физического и психологического компонентов здоровья, тревожности и приверженности лечению у лиц с наличием АГ, ИБС и здоровых

Показатель	Уровень	Здоровые лица, без АГ (%)	p (между группами)	Пациенты с АГ (%)	Здоровые лица, без ИБС (%)	p (между группами)	Пациенты с ИБС (%)
Физический компонент здоровья (КЖ)	низкий	4,9	0,800	5,2	4,8	0,402	6,2
	средний	95,1		94,8	95,2		93,8
Психологический компонент здоровья (КЖ)	низкий	99,6	0,16	98,8	99,5	0,010	97,8
	средний	0,4		1,2	0,5		2,2
РТ	низкий	0,6	0,516	0,5	0,3	0,081	1,3
	средний	57,6		61	58,5		63
	высокий	41,8		38,5	41,2		35,7
ЛТ	низкий	14,7	0,554	14,9	14,4	0,564	16,3
	средний	75,3		77	76,2		76,2
	высокий	10		8,1	9,4		7,5
Приверженность лечению	низкий	9,8	0,648	10,6	10,9	0,193	7,9
	высокий	90,2		89,4	89,1		

Таблица 4

Сравнение показателей тревожности, КЖ и приверженности лечению у мужчин и женщин в зависимости от наличия ИБС, АГ и СД

Наличие заболевания	Пол	РТ (уровень)			ЛТ (уровень)			Физический компонент здоровья (уровень)		Психологический компонент здоровья (уровень)		Приверженность лечению (уровень)	
		Низкий	Средний	Высокий	Низкий	Средний	Высокий	Низкий	Средний	Низкий	Средний	Низкий	Высокий
ИБС есть	М	1,6	66,7	31,7	35,0	60,0	5,0	6,7	93,3	96,7	3,3	10,0	90,0
	Ж	1,2	61,7	37,1	9,6	82,0	8,4	6,0	94,0	98,2	1,8	7,2	92,8
ИБС нет	М	0,94	61,0	38,0	35,7	56,8	7,5	3,8	96,2	100	0	9,8	90,2
	Ж	0,2	57,5	42,3	7,3	82,8	9,9	5,2	94,8	99,4	0,6	11,4	88,6
АГ есть	М	0,7	66,7	22,6	35,4	59,0	5,6	4,9	95,1	99,3	0,69	11,1	88,9
	Ж	0,45	59,2	40,4	8,3	82,8	8,9	5,4	94,6	98,7	1,3	10,5	89,5
АГ нет	М	1,5	57,4	41,1	35,7	55,8	8,5	3,9	96,1	99,2	0,78	8,5	91,5
	Ж	0,2	57,5	42,3	7,2	82,3	10,5	5,3	94,7	99,7	0,3	10,5	89,5
СД есть	М	2,3	62,2	35,5	42,2	51,1	6,7	4,4	95,6	100	0	11,1	88,9
	Ж	0,6	58,9	40,5	12,3	79,8	7,9	7,4	92,6	98,2	1,8	8,6	91,4
СД нет	М	0,9	62,3	36,8	34,2	58,8	7,0	4,4	95,6	99,1	0,9	9,6	90,4
	Ж	0,3	58,3	41,4	6,7	83,3	10,0	4,8	99,4	99,4	0,6	11,0	89,0

том половой принадлежности выявил статистически значимые отличия лишь по уровню личностной тревожности (ЛТ) — у женщин, в сравнении с мужчинами, преобладали средний — 81,1% vs 18,9% (p=0,0000) и высокий — 80,4% vs 19,5% (p=0,0000) уровни ЛТ (таблица 1).

Анализ возрастных групп по уровням физического, психологического здоровья, реактивной тревожности (РТ), ЛТ и приверженности лечению статистически значимых различий не выявил. Тем не менее, для всех возрастных групп характерен низкий уровень как физического, так и психологического здоровья, средние уровни тревожности и высокий уровень приверженности лечению (таблица 2).

Затем был выполнен анализ взаимосвязи показателей уровней тревожности, физического и пси-

хологического компонентов здоровья и приверженности лечению у лиц с наличием АГ, ИБС и у здоровых (таблица 3).

Статистически значимых отличий выявлено не было, но для всей исследуемой группы характерны средние уровни физического здоровья, РТ и ЛТ, низкий уровень психологического здоровья и высокий уровень приверженности лечению. Выявлены повышенные уровни РТ и ЛТ у здоровых мужчин и женщин в отличие от больных (таблица 4).

У всех пациентов, прошедших диспансеризацию, независимо от наличия или отсутствия заболевания, зарегистрирован высокий уровень приверженности лечению. Высокие уровни РТ и ЛТ выявлены у большего числа здоровых мужчин и женщин, так высокий уровень РТ — у 41,1% здоровых и лишь у 22,6% мужчин с АГ. Более 30% мужчин с наличием

заболевания (АГ, ИБС или СД) имеют низкий уровень ЛТ, в отличие от женщин.

Обсуждение

Результаты анализа показателей физического и психологического компонентов КЖ, РТ и ЛТ пациентов, обследованных в рамках диспансеризации в территориальной поликлинике, свидетельствуют о наличии хронического психоэмоционального стресса, тревоги и склонности к ипохондричности.

По результатам исследования в общей выборке был установлен высокий уровень тревожности у женщин, что соотносится с литературными данными. Результаты исследования WHO “MONICA-MOPSY” (WHO “MONICA-psychosocial-MOPSY”: World Health Organization Multinational Monitoring of Trends and Determinants of Cardiovascular Disease — Optional Psychosocial Substudy) показали, что распространенность высокого уровня ЛТ в женской популяции составляет 60%, что обусловлено множеством факторов, влияющих на уровень ЛТ у женщины: эндокринные сдвиги — пубертат, нарушения менструальной функции в репродуктивном возрасте, климактерические расстройства; тяжесть и прогноз сопутствующих соматических заболеваний и др. Как показало современное исследование стресса на рабочем месте в Британии, более высокий уровень тревоги и депрессии связан с предпринимаемыми усилиями в условиях повышенных требований на работе. Кроме того, известно, что в сочетании с плохой самооценкой здоровья высокий уровень тревоги ассоциирован со снижением трудоспособности у работающих женщин. Женщины с высокой ЛТ чаще имеют жалобы на здоровье, и считают, что заботятся о здоровье явно недостаточно; у них отмечается более высокий уровень стресса на рабочем месте и в семье, чаще встречаются нарушения сна, ухудшается профиль поведения: не предпринимаются попытки отказа от курения; такие женщины физически менее активны, реже соблюдают диету.

Результаты недавно завершившихся исследований, посвященных мониторингу факторов риска (ФР) БСК в РФ (ЭССЕ-РФ — Эпидемиология Сердечно-Сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации), показали, что на современном этапе сохраняется неблагоприятная эпидемиологическая обстановка в отношении АГ среди взрослого населения страны [13]. Причинами высокой распространенности АГ в популяции традиционно принято считать неадекватный контроль артериального давления (АД) и низкую эффективность антигипертензивной терапии (АГТ) [14].

Между тем, понятие эффективности АГТ подразумевает лишь достижение целевого уровня

АД, клиницисту же на практике важно учитывать и собственную удовлетворенность пациента от назначенного лечения: удобство и прием АГТ, стоимость препаратов, наличие побочных явлений и др. [15]. В связи с этим, большое значение приобретает необходимость оценки уровня приверженности лечению и соблюдению рекомендаций врача, мониторинг у психоэмоционального статуса пациента.

Одной из наиболее характерных психологических особенностей пациентов с БСК является высокий уровень тревоги. Это сказывается на течении заболевания, эффективности лечения, КЖ больных и взаимодействии с лечащим врачом. Больные АГ с тревожным синдромом чаще обращаются к врачу, т.к. заболевание протекает у них с симптоматикой, характерной для невротических расстройств. По данным литературы, более высокий уровень хронического психоэмоционального стресса имеют не приверженные лечению пациенты. Своевременное выявление и коррекция этих расстройств позволяет быстрее добиться терапевтического эффекта и приверженности больного лечению.

Многочисленные исследования показывают, что нормализация психологического статуса больных АГ уменьшает выраженность реакций сердечно-сосудистой системы на стрессовые ситуации. Высокий уровень тревожности неблагоприятно сказывается на качестве социального функционирования личности. Тревожность ведет к снижению уверенности человека в своих возможностях. Люди с высоким уровнем тревожности склонны воспринимать окружающий мир как угрожающий и опасный в значительно большей степени, чем личность с низким уровнем тревожности. Тревожность не обязательно проявляется непосредственно в поведении, она может переживаться как выражение субъективного неблагополучия личности.

Заключение

Таким образом, на основании результатов выполненного исследования у пациентов, подлежащих диспансерному наблюдению в территориальной поликлинике, выявлены преобладание среднего уровня физического компонента и низкого уровня психологического компонента КЖ, высокие уровни хронического психоэмоционального стресса, тревоги и депрессии, при этом уровень приверженности лечению у всех групп пациентов высокий. Это может свидетельствовать о положительном настрое пациентов на участие в профилактических мероприятиях и консультировании, направленных на коррекцию ФР БСК, снижение вероятности развития БСК, а у лиц, уже имеющих заболевание, значительно уменьшить тяжесть течения болезни и частоту развития осложнений.

Необходимо оказание психологической помощи, направленной на повышение психоэмоционального статуса и личностного адаптационного потенциала, уровня КЖ лицам, подлежащим диспансерному наблюдению в территориальной поликлинике.

Полученные результаты должны быть использованы при осуществлении планирования лечебно-профилактических мероприятий для прикрепленного населения и оценки эффективности проводимых профилактических программ.

Литература

- World health statistics 2009 [Electronic resource]. Access mode: www.who.int/whosis/whostat/2009. Date of the application: 23.11.2015. Russian (Всемирная статистика здравоохранения, 2009. Режим доступа: www.who.int/whosis/whostat/2009, Дата обращения: 23.11.2015).
- Boytsov SA, Yakushin SS, Nikulina NN. Topical issues of terminology, classification of statistical accounting of acute forms of coronary heart disease. *Therapeutic archive* 2010; 82: 5-13. Russian (Бойцов С.А., Якушин С.С., Никулина Н.Н. Актуальные вопросы терминологии, классификации статистического учета острых форм ишемической болезни сердца. *Терапевтический архив* 2010, 82: 5-13).
- Moskvichjova MG, Belova SA. Medico-sociological research of patients' opinion on the organization of medical care for patients with coronary heart disease in the Chelyabinsk region. *Postgraduate education and medical science* 2014; 9 (2): 5-8. Russian (Москвичёва М.Г., Белова С.А. Медико-социологические исследования мнения пациентов об организации медицинской помощи больным ишемической болезнью сердца в Челябинской области. *Последипломное образование и медицинская наука*. 2014; 9 (2): 5-8).
- Marcijash AA. Indicator "quality of life" in the rehabilitation of patients with ischemic heart disease. *Prevention of diseases and health promotion* 2003; 2: 51-3. Russian (Марциаш А.А. Показатель "качество жизни" в реабилитации больных ишемической болезнью сердца. *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья* 2003, 2: 51-3).
- Novik AA, Ionova TI. A guide to the study of the quality of life in medicine. — 2nd ed. pod red. Ju.L. Shevchenko. M., OLMA-PRESS 2007; 313 s. Russian (Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. под ред. Ю.Л. Шевченко. М., ОЛМА-ПРЕСС 2007; 313 с).
- Pogosova NV, Baychorov IKh, Yufereva YuM, et al. Pogosova N.V. Quality of life of patients with cardiovascular diseases: the current state of the problem. *Kardiologiya* 2010; 4: 66-78. Russian (Погосова Н.В., Байчоров И.Х., Юферева Ю.М. и др. Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: современное состояние проблемы. *Кардиология* 2010; 4: 66-78).
- Rozhdstvenskaja TV, Osipov DA, Bajturov OR. The study of the quality of life in patients with diseases of the circulatory system. *Preventive Medicine* 2011; 1: 63. Russian (Рождественская Т.В., Осипов Д.А., Байтуров О.Р. Исследование качества жизни у пациентов с болезнями системы кровообращения. *Профилактическая медицина* 2011; 1: 63).
- Sumin AN, Moskin MG, Bezdenezhnykh AV, et al. Sumin A.N. Influence of multifocal atherosclerosis on the quality of life of patients with IHD. *Complex problems of cardiovascular diseases* 2014; 1: 36-41. DOI:10.17802/2306-1278-2014-1-36-41 Russian (Сумин А.Н., Моськин М.Г., Безденежных А.В. и др. Влияние наличия мультифокального атеросклероза на качество жизни больных с ИБС. *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний* 2014; 1: 36-41. DOI:10.17802/2306-1278-2014-1-36-41).
- Ware JE. Conceptualization and Measurement of Health-Related Quality of Life: Comments on an Evolving Field. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2003; 84 (4 Suppl 2): P. 43-51. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12692771>.
- Ware JE. SF-36 Health Survey Update. *Spine* 2000; 25 (24): 3130-9. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11124729>.
- Galyavich AS, Davydov SV. Quality of life and adherence to the treatment of patients with essential hypertension. *Kazan Medical Journal* 2001; 82 (3): 198-202. Russian (Галевич А.С., Давыдов С.В. Качество жизни и приверженность к лечению больных гипертонической болезнью. *Казанский медицинский журнал* 2001; 82 (3): 198-202).
- Malkina-Pyh IG. Psychosomatics: The newest directory. M.: Izd-vo Jeksmo; SPb.: Sova 2003; 928 p. (Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Новейший справочник. М.: Изд-во Эксмо; СПб.: Сова 2003; 928 с).
- Boytsov SA, Balanova JuA, Shal'nova SA, et al. Arterial hypertension among persons 25-64 years: prevalence, awareness, treatment and control. Based on the materials of the ESSE study. *Cardiovascular Therapy and Prevention* 2014; 13 (4): 4-14. Russian (Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Шальнова С.А. и др. Артериальная гипертензия среди лиц 25-64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика* 2014; 13 (4): 4-14).
- Oganov RG, Giljarevskij SR, Ageev FT, et al. How to improve adherence to the treatment of a patient with hypertension. *Health of Ukraine* 2008; 9: 47-9. Russian (Оганов Р.Г., Гиляревский С.Р., Агеев Ф.Т. и др. Как улучшить приверженность к лечению пациента с артериальной гипертензией. *Здоровье Украины* 2008; 9: 47-9).
- Parahonskij AP. Assessment of the quality of life of patients with arterial hypertension. *Basic research* 2006; 12: 33-5. Russian (Парахонский А.П. Оценка качества жизни больных артериальной гипертензией. *Фундаментальные исследования* 2006; 12: 33-5).