

Качество жизни больных гипертонической болезнью при систематическом лечении

О. М. Хромцова

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Росздрави, кафедра внутренних болезней №4, г. Екатеринбург

Резюме

Качество жизни (КЖ) — важнейшая интегральная характеристика физического и ментального функционирования человека с хроническим заболеванием, таким как гипертоническая болезнь (ГБ), поскольку длительное лечение должно не только способствовать нормализации АД, но и не усугублять КЖ пациента.

Цель работы: выявить особенности КЖ больных ГБ, в том числе возможные гендерные и возрастные отличия, и оценить влияние длительной индивидуализированной антигипертензивной терапии на КЖ пациентов.

Материалы и методы: в течение полугодия проводится наблюдение за 500 больными ГБ, распределенными в 2 группы: основную, где пациенты получали индивидуализированную терапию, и группу сравнения, где больные отказались от систематического лечения. Для изучения КЖ использовалась русская версия опросника 36-Item Health Survey (SF-36).

Результаты и обсуждение: в обеих группах больных ГБ средние показатели КЖ по всем шкалам были достоверно ниже, чем у здоровых, причем все показатели физической и ментальной сферы оказались достоверно ниже у женщин. В группе сравнения эмоциональные проблемы меньше влияли на повседневную деятельность и общение с окружающими, что, возможно, объясняет негативный настрой больных на обследование и лечение. При анализе КЖ в возрастных группах оказалось, что самые низкие средние показатели имели место у больных пожилого возраста.

На фоне индивидуализированной антигипертензивной терапии произошло достоверное улучшение большинства средних показателей КЖ у больных основной группы, тем не менее, они не достигли уровня контрольной группы здоровых.

Выводы: у больных ГБ нарушается КЖ, причем страдает как физическая, так и ментальная сфера. Наиболее выраженные изменения наблюдаются у женщин. Выявлены средней силы обратные корреляционные связи между большинством показателей КЖ и возрастом больных, а также давностью ГБ. Индивидуализированный подход к назначению лечения оказывает положительный эффект на течение ГБ, способствует не только нормализации АД, но и осуществляет позитивное влияние на качество жизни пациентов.

Ключевые слова: качество жизни, гипертоническая болезнь.

Большое значение в лечении пациентов с хроническими терапевтическими заболеваниями имеет личность самого больного, его отношение к своему состоянию, лечению, нарушенным социальным связям в результате болезни. Эффективность лечения во многом зависит от знаний людей о своем заболевании, правильном понимании роли и влияния болезни на жизненное функционирование, на эмоциональные и поведенческие реакции. Динамика течения заболевания, эффективность или неэффективность лечения оказывают влияние на

психоэмоциональное состояние, социальные контакты и активность больных.

Качество жизни (КЖ) — это интегральная характеристика физического, психического, эмоционального и социального функционирования больного, основанного на его субъективном восприятии [1, 2, 3]. Другими словами, КЖ — степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества. Определение КЖ наиболее важно при хронических заболеваниях, таких как гипертоническая болезнь (ГБ), требующих постоянной терапии на протяжении многих лет. Существуют различные методы оценки КЖ [2, 3, 4, 5, 6]. Предпочтительнее отдавать оценке динамики КЖ са-

О. М. Хромцова — доцент, к. м. н., зав. кафедрой внутренних болезней №4 ГОУ ВПО УГМА Росздрави.

миими больными. Показано, что врачи выявляют улучшение качества жизни почти у всех больных, сами же больные отмечают улучшение лишь в половине случаев. Пациенты ориентируются на субъективные ощущения, и именно их оценка в итоге оказывается наиболее взвешенной [1]. С другой стороны, говоря об улучшении, врачи имеют в виду, прежде всего, снижение АД, но ведь помимо достижения оптимального АД, лечение должно сохранять и даже улучшать КЖ пациентов [7].

Цель работы — выявить особенности КЖ больных ГБ, в том числе возможные гендерные и возрастные отличия, и оценить влияние длительной индивидуализированной антигипертензивной терапии на КЖ пациентов.

Материалы и методы

В течение полугода нами проводится наблюдение за 500 больными ГБ на базе городской больницы №7 г. Екатеринбурга. Все больные распределились в две группы: основную и группу сравнения — по 250 человек в каждой. Клинико-демографическая характеристика больных представлена в табл. 1. Изучаемые группы больных были сопоставимы по полу и возрасту, социальному составу, давности ГБ и степени ее тяжести, по количеству и сопутствующих заболеваний.

Критерии включения больных в исследование:

- наличие ГБ 1-3-ей степеней тяжести;
- отсутствие гипертонического криза в момент начала наблюдения.

Критерии исключения из исследования:

- наличие в анамнезе осложнений ГБ (мозговой инсульт, инфаркт миокарда, тяжелая ХСН, хроническая почечная недостаточность);
- тяжелые нарушения сердечного ритма и проводимости;
- симптоматические артериальные гипертонии,
- наличие других сопутствующих тяжелых соматических заболеваний, которые могут повлиять на КЖ.

В группу сравнения вошли больные ГБ, отказавшиеся от систематической антигипертензивной терапии, от регулярных посещений кардиолога и проведения контрольных обследований, они принимали антигипертензивные средства либо курсами, либо эпизодически «по требованию» при подъемах АД, к врачу обращались только по мере необходимости при ухудшении самочувствия.

Контрольную группу составили 125 здоровых людей, не страдающих артериальной гипертонией, поровну мужчин и женщин, средний возраст $52,9 \pm 1,2$ года, что сопоставимо с обеими изучаемыми группами больных ГБ.

Для изучения КЖ у больных ГБ была использована русская версия опросника 36-Item Health Survey (SF-36) [2, 3, 4, 8], прошедшего стандартную процедуру языковой и культурной адаптации и позволяющего оценить субъективную удовлетворенность пациентом своим физическим и психическим состоянием, социальным функционированием, а также степень выраженности болевых ощущений. Результат рассчитывается в условных единицах (ед.). Структура SF-36 состоит из 36 вопросов и включает 2 раздела [2,4]:

1) Физическое здоровье:

– физическое функционирование (ФФ) — толерантность к физическим нагрузкам, предусматривает возможность выполнения нагрузок разных уровней — от бытовых до занятий спортом без каких-либо ограничений;

– ролевое физическое функционирование (РФФ) — определяет возможность выполнения типичной для данного возраста и социального статуса работы, ограничения, связанные с нагрузками (работа, домашние занятия);

– физическая боль (ФБ) — оценивается по степени ограничения обычной активности пациента в связи с болью;

– общее восприятие здоровья (ОВЗ) — предусматривает самооценку состояния физического здоровья в прошлом, настоящем и в возможной перспективе.

2) Ментальное здоровье:

– жизнеспособность (ЖС) — оценивает субъективное восприятие энергичности — от постоянной утомляемости большую часть времени суток до постоянного ощущения прилива сил;

– социальное функционирование (СФ) — отражает наличие и выраженность, а также отсутствие препятствий для полноценного общения с семьей, друзьями и в профессиональной среде, т. е. ограничения в выполнении любых социальных функций;

– психическое здоровье (ПЗ) — выявляет ограничения, связанные с психическими или интеллектуальными нагрузками;

– ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) — отражает влияние эмоционального статуса пациента на повседневную деятельность и общение с окружающими, ограничения из-за нервозности или депрессии;

– сравнение самочувствия с предыдущим годом (СС).

Всем больным было проведено комплексное клинико-инструментальное обследование с оценкой КЖ в начале наблюдения и через полгода на фоне индивидуально подобранной антигипертензивной терапии (АГТ), которая назначалась с использованием современных препаратов пролонгированного действия основных классов — индапамид (арифон-ретард), би-

Таблица 1. Характеристика групп больных гипертонической болезнью

Показатель	Основная группа (n=250)	Группа сравнения (n=250)	p
Возраст, годы (M±σ)	53,1±12,3	53,0±13,1	>0,05
Число больных: молодого возраста (18–44 года)	73	71	>0,05
	среднего (45–59 лет)	77	>0,05
	пожилого (60–74 года)	102	>0,05
Образование:	высшее	110	>0,05
	среднее специальное	137	>0,05
	незаконченное среднее	3	>0,05
Семейное положение: состоящие в браке	182	175	>0,05
	не состоящие в браке	68	75
Работающие, %	52,0	56,0	>0,05
Длительность ГБ, годы (M±σ)	12,4±8,9	12,8±8,5	>0,05
Регулярное лечение до начала наблюдения, %	11,2	7,6	>0,05
Курение, %	32,0	40,8	>0,05
Систолическое АД,	149,3±16,0	147,5±14,6	>0,05
Диастолическое АД, мм рт.ст. (M±σ)	85,9±10,8	84,9±9,8	>0,05

Примечание. p — достоверность различий между показателями основной группы и группы сравнения.

сопролол (конкор), лизиноприл (диротон), амлодипин (нормодипин). В основной группе в зависимости от степени тяжести артериальной гипертензии (АГ) 58 больных получали монотерапию (23,2%), комбинированную терапию двумя препаратами — 130 человек (52,0%), тремя — 60 (24,0%), четырьмя — 2 (0,8%). Индивидуализация лечения достигалась не только анализом анамнестических данных, тяжести АГ, наличием сопутствующих заболеваний, но и определением циркадного ритма АД с помощью его суточного мониторирования. Проводились индивидуальные и коллективные беседы в организованной нами школе для больных АГ о роли факторов риска и о немедикаментозных методах лечения ГБ, а также о необходимости длительной фармакотерапии для адекватного контроля АД.

Обработка информации производилась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 6.0 для Windows с использованием парных критериев Стьюдента и критерия согласия χ^2 . Данные представлены в виде M±σ. Различия между показателями считали достоверными при $p < 0,05$. Также проводили корреляционный анализ с расчетом критерия Пирсона.

Результаты и обсуждение

Как видно из табл. 2, в обеих группах больных ГБ средние показатели КЖ по всем шкалам были достоверно ниже, чем у здоровых. Следовательно, ГБ оказывает негативное влияние как на физическую, так и на ментальную сферу КЖ больных. Примерно половина пациентов отметили ухудшение самочувствия за последний год ($p < 0,001$) в сравнении со здоровыми людьми. Между сравниваемыми группами больных ГБ достоверных различий вы-

явлено не было. Однако при индивидуальном анализе оказалось, что эмоциональное неблагополучие было менее характерно для группы сравнения: у 50 человек (20,0%) против 78 (31,2%) в основной группе ($\chi^2=8,23$, $p < 0,01$), то есть у больных группы сравнения эмоциональные проблемы меньше влияли на повседневную деятельность и общение с окружающими. Вероятно, это объясняет негативный настрой больных группы сравнения на обследование и лечение, а также нежелание находиться под наблюдением врача.

Представляет интерес выявление гендерных различий в КЖ здоровых и пациентов с ГБ. У здоровых людей мы не выявили существенных различий по шкалам КЖ, за исключением ФФ, которое оказалось достоверно выше у мужчин, чем у женщин (70,2±8,2 против 66,8±7,3, $p < 0,002$). У больных ГБ все показатели физической и ментальной сферы оказались достоверно ниже у женщин ($p < 0,05$). Как видно на рисунке, женщины были более ограничены в выполнении физических нагрузок, чем мужчины ($p < 0,05$). Снижение РФФ, в основном, связано с затруднением профессиональной деятельности и, в меньшей степени, повседневной домашней работы. Около 2/3 обследованных женщин отмечали, что вследствие физических проблем со здоровьем, они вынуждены сокращать продолжительность профессиональной деятельности, выполнять меньшее количество общественных функций и затрачивать больше усилий на обычную социальную жизнь.

По шкале ФБ наименьшие показатели (соответствующие более выраженным болевым ощущениям) были опять-таки у женщин. При индивидуальном анализе с учетом M±σ ока-

залось, что 81 женщина (64,8%) и 65 мужчин (52,0%) предъявляли жалобы на головные боли разной частоты, локализации и интенсивности, чувство тяжести в голове, а также кардиалгии ($\chi^2=4,21$, $p<0,05$). По шкале ОЗ, оценивающей субъективное восприятие предшествующего, настоящего и будущего состояния здоровья, оказалось, что хотя менее половины больных отмечали стабильное состояние, 56% мужчин и 68,8% женщин не рассчитывали на его особое улучшение ($\chi^2=4,36$, $p<0,05$).

При изучении психологической составляющей КЖ оказалось, что у больных ГБ как мужчин, так и женщин снижены показатели по всем четырем шкалам. Снижение показателей шкалы жизнеспособности отражает дефицит внутренней энергии у больных ГБ, наличие усталости, нежелание активных действий. В наибольшей степени были снижены показатели состояния социального и эмоционального функционирования. Уменьшение показателей шкалы СФ отражает сниженную способность полноценного общения с родственниками, друзьями, семьей, а также ухудшение возможностей профессионального общения. Показатель эмоционального благополучия был достоверно ниже у женщин ($33,0\pm 13,6$, $p<0,001$), чем у мужчин ($43,9\pm 11,5$ ед). Показатели психологического здоровья оценены довольно низко, особенно женщинами, причем склонность к депрессивным состояниям отмечена не менее чем у 15% больных.

Аналогичные гендерные различия наблюдались и в группе сравнения, то есть по всем шкалам средние показатели у женщин были достоверно ниже, чем у мужчин. Несмотря на то, что средний показатель боли достоверно не различался в основной и в группе сравнения, при индивидуальном анализе оказалось, что различной локализации боль и неприятные ощущения у мужчин в группе сравнения

встречались в 1,4 раза реже, чем у женщин ($\chi^2=3,86$, $p<0,05$).

Нами было проведено сопоставление показателей КЖ у больных ГБ в разных возрастных группах. Самые высокие показатели КЖ в основной группе больных ГБ характерны для молодых пациентов. У них наблюдаются достоверно более высокие, чем у людей среднего возраста, все параметры физической сферы, в том числе их меньше всего беспокоят болевые ощущения ($50,2\pm 7,1$ ед. против $47,2\pm 7,4$, $p<0,02$). Из показателей ментальной сферы достоверно выше у молодых была жизнеспособность ($48,2\pm 7,9$ ед. против $43,8\pm 8,6$, $p<0,002$). Обращает внимание, что показатели социального и эмоционального функционирования низкие даже у молодых пациентов и не различаются по уровню с таковыми у лиц среднего возраста, то есть наличие ГБ приводит к определенному психологическому дискомфорту даже у молодых больных, 42,5% из них уже оценивают свое здоровье как «плохое», а 30% из них считают, что оно будет ухудшаться.

У пациентов среднего возраста оказались достоверно хуже все показатели физической составляющей КЖ в сравнении с молодыми, но дальнейшего снижения средних показателей ментальной сферы не произошло. Тем не менее, при индивидуальном анализе оказалось, что «плохим» свое здоровье считают уже более половины больных (57,3%), $\chi^2=3,27$, $p>0,05$; 36 человек (48%) отметили наличие проблем в области социального общения с друзьями, семьей, в профессиональной среде. Тем не менее, лишь 13 человек (17,3%) в значительной мере страдали от дефицита внутренней энергии и усталости.

Наиболее выраженные изменения КЖ наблюдались у больных пожилого возраста, на что имеются указания в литературе [2, 6]. У них значительно возросло количество про-

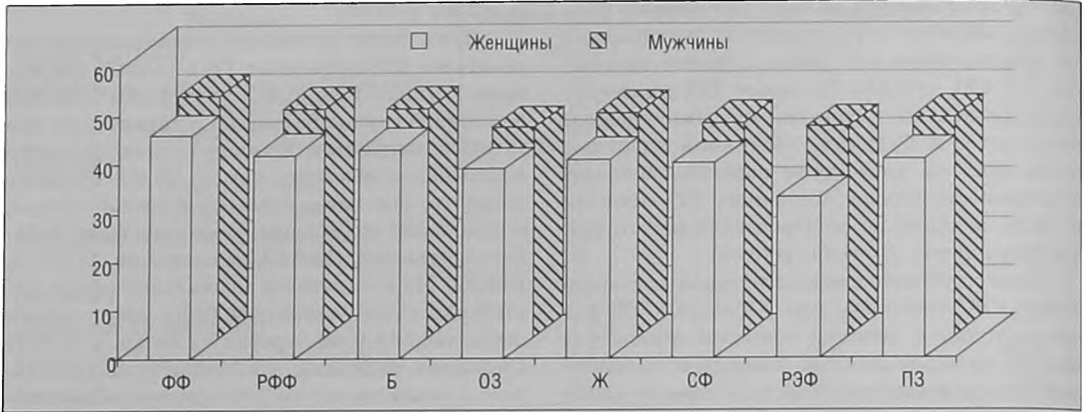
Таблица 2. Средние показатели КЖ у больных ГБ в изучаемых группах и в контроле в динамике наблюдения ($M\pm\sigma$)

Показатель	Основная группа (n=250)		Группа сравнения (n=250)		Контрольная группа (n=125)
	исходно	через 6 мес.	исходно	через 6 мес.	
ФФ	47,9±7,3	48,4±7,1	47,7±7,2	47,3±7,2	68,4±8,9
РФФ	44,5±10,5*	47,2±8,9 [^]	44,8±9,7	44,6±9,6	62,7±10,9
ФБ	45,2±8,4*	49,2±8,5 [^]	46,3±8,5*	44,7±8,5	67,3±9,2
ОЗ	41,6±9,2	42,5±8,9	41,7±9,5	41,7±9,4	65,3±10,0
ЖС	43,5±9,3*	45,9±9,1 [^]	42,0±8,3	42,5±8,5	53,7±9,9
СФ	42,3±9,9*	45,4±7,9 [^]	41,1±9,5	41,0±9,6	63,7±9,1
РЗФ	41,5±12,9*	45,5±10,6 [^]	42,8±11,1*	40,8±10,5	63,1±14,5
ПЗ	42,9±9,3*	44,9±8,5 [^]	41,3±8,7	40,5±8,7	59,7±10,6

Примечание. * — достоверность различий в группах в начале наблюдения и через 6 месяцев;

[^] — достоверность различий между основной группой и группой сравнения через 6 мес.

Рисунок Средние показатели качества жизни у мужчин и женщин больных ГБ в основной группе



блем, связанных с физической активностью, которые сами больные во многом связывали с естественным процессом старения организма, а не только в наличии ГБ. Этим пациентов значительно чаще беспокоили болевые ощущения (головные боли, кардиалгия, стенокардия) (средний показатель ФБ $40,0 \pm 7,0$ ед. против $47,2 \pm 7,4$ у людей среднего возраста, $p < 0,001$), при индивидуальном анализе оказалось, что 89 из 102 больных (87,3%) страдали от различных болевых симптомов. Большинство пациентов (80,4%) оценивали свое общее здоровье как «плохое» ($\chi^2 = 11,08$, $p < 0,01$ в сравнении с людьми среднего возраста), надежду на его улучшение, тем не менее, отметила почти половина больных (48%).

У пожилых достоверно ниже стали все показатели ментальной сферы КЖ. Около 1/3 больных (30,4%) указывали на усталость, уменьшение или отсутствие внутренней энергии, а 2/3 пациентов (66,7%) страдали от дефицита общения с родственниками и друзьями и связывали его с наличием ГБ. В связи с этим оказался очень низким средний показатель РЭФ ($37,9 \pm 11,8$ ед. против $42,8 \pm 13,1$ ед. у людей среднего возраста, $p < 0,001$), более 1/3 пациентов (37,8%) указывали в анкетах на наличие выраженного ощущения тревоги и беспокойства в связи с болезнью и депрессивный настрой в плане прогноза течения заболевания.

В группе сравнения возрастная динамика средних показателей КЖ была в целом аналогична основной и достоверных различий между группами не было, за исключением среднего показателя боли и ролевого эмоционального функционирования у молодых пациентов, которые предъявляли значительно меньше жалоб на боль, чем в основной группе ($52,6 \pm 5,4$ ед. против $50,2 \pm 7,1$, $p < 0,05$), у них было меньше эмоциональных проблем в связи с наличием ГБ ($50,0 \pm 7,6$ ед. против $45,1 \pm 12,9$, $p < 0,01$),

что возможно, было одной из причин отказа от систематического лечения. Более половины больных — 51 пациент (71,8%) — отметили у себя состояние душевного спокойствия и умиротворенности, что в 1,5 раза больше, чем в основной группе ($\chi^2 = 9,49$, $p < 0,01$).

Средние показатели КЖ у больных среднего возраста и пожилых группы сравнения также достоверно не различались с основной группой. Большинство пожилых пациентов (82,4%) оценивали свое общее здоровье как «плохое», и в отличие от основной группы, надежду на улучшение здоровья отметила только 1/4 больных (24,5%), что почти в 2 раза меньше ($\chi^2 = 12,21$, $p < 0,001$).

Корреляционный анализ выявил наиболее значимые отрицательные связи у всех показателей КЖ с возрастом больных ГБ (ФФ $r = -0,62$, $p < 0,001$; РФФ $r = -0,43$, $p < 0,05$; ФБ $r = -0,56$, $p < 0,01$; ОЗ $r = -0,38$, $p < 0,05$; Ж $r = -0,41$, $p < 0,05$; РЭФ $r = -0,37$, $p < 0,05$), свидетельствующие об ухудшении как физической, так и психологической составляющей по мере старения больных. Давность ГБ больше влияла на физическую сферу КЖ (ОЗ $r = -0,31$, $p < 0,05$), особенно негативно на оценку пациентами собственного здоровья и его прогноза.

Исследование, проведенного через 6 месяцев на фоне продолжающейся АГТ продемонстрировало существенные изменения, произошедшие в физическом и психоэмоциональном статусе больных ГБ в основной группе (табл. 2). Достоверно выше стали некоторые показатели как физической, так и ментальной сферы. Так, у больных улучшилось РФФ и уменьшились ограничения, связанные с болью. Достоверно выше стали показатели социального и эмоционального функционирования, жизнеспособности и психического здоровья. Напротив, в группе сравнения большинство параметров КЖ не изменилось, за исключением шкалы

ролевого эмоционального функционирования, то есть отмечается возрастание количества эмоциональных проблем, а также шкалы боли (болевые ощущения стали беспокоить чаще и существенно влиять на самочувствие). Несмотря на достоверное улучшение большинства средних показателей КЖ у больных ГБ на фоне АГТ, они не достигли уровня контрольной группы здоровых людей.

На фоне терапии были выявлены определенные гендерные различия. Как и в начале наблюдения, у женщин все показатели оставались достоверно ниже, чем у мужчин ($p < 0,001$). Тем не менее, у женщин улучшилось ролевое физическое функционирование ($42,1 \pm 10,9$ у.е. в начале наблюдения и $44,8 \pm 9,4$ на фоне АГТ, $p < 0,05$), меньше беспокоили болевые ощущения ($43,5 \pm 8,7$ и $47,3 \pm 8,3$ соответственно, $p < 0,001$). Кроме того, уменьшились проблемы в социальной ($40,5 \pm 10,9$ и $43,7 \pm 8,2$ соответственно, $p < 0,01$) и эмоциональной сфере ($39,0 \pm 13,7$ и $43,2 \pm 12,0$ соответственно, $p < 0,01$).

Количество женщин, страдающих от головных болей, тяжести в голове, кардиалгии уменьшилось с 81 до 67 (53,6%), мужчин — с 65 до 50 (40,0%), $\chi^2 = 4,64$, $p < 0,05$. При анализе шкалы ОЗ оказалось, что ситуация с оценкой субъективного восприятия здоровья стала лучше, увеличилось число женщин (с 39 до 78 человек) и мужчин (с 55 до 92), рассчитывающих на улучшение здоровья. Исследование психологической составляющей КЖ показало, что у женщин в большей степени снижены показатели по всем четырем шкалам, однако склонность к депрессивным состояниям у них уменьшилось с 15% до 3,2%.

Изучение динамики показателей КЖ в разных возрастных группах показало, что наибольшие изменения коснулись молодых и пожилых пациентов. Так, в подгруппе молодых больных уменьшились проявления субъективного дискомфорта, головные боли и кардиалгии ($54,7 \pm 7,7$, $p < 0,001$), повысилась физическая активность ($53,5 \pm 7,5$, $p < 0,02$), особенно у мужчин. У больных среднего возраста изменения КЖ оказались минимальными, достоверно улучшились только показатели физической боли ($50,3 \pm 7,2$ у.е., $p < 0,02$) и социального функционирования ($46,0 \pm 8,1$ у.е., $p < 0,05$). У этой категории пациентов наблюдались наиболее устойчивые взгляды на течение заболевания и эффективность лечения.

Наиболее интересные результаты были получены в подгруппе пожилых больных ГБ, имеющих, как правило, длительный анамнез АГ. Изначально этих пациентов очень часто беспокоили болевые ощущения, которые сами больные во многом связывали с естественным

процессом старения организма, а не только с наличием ГБ. Однако на фоне лечения и стабилизации АД, у них достоверно улучшился средний показатель боли, что привело к увеличению и облегчению ролевого физического функционирования (в первую очередь, уменьшение ограничений в выполнении обычной домашней работы). Помимо этого, у больных достоверно выше стали показатели СФ ($41,8 \pm 7,4$ у.е., $p < 0,05$) и РЭФ ($41,4 \pm 9,6$ у.е., $p < 0,05$), что указывает на уменьшение дефицита общения в связи с заболеванием и повышение социальной активности. Примечательно, что в группе сравнения дальнейшее ухудшение показателей боли и эмоционального функционирования произошло, в первую очередь, за счет именно пожилых пациентов.

Выводы

1) У больных ГБ нарушается КЖ, причем страдает как физическая, так и ментальная сфера. Наиболее выраженные изменения наблюдаются у женщин в сравнении с мужчинами. Выявлены средней силы обратные корреляционные связи между большинством показателей КЖ и возрастом больных, а также давностью ГБ.

2) Индивидуализированный подход к назначению АГТ с позиций тяжести ГБ, возраста больных, сопутствующих заболеваний оказывает безусловный положительный эффект на течение ГБ, способствует не только нормализации АД и его стабилизации на оптимальном уровне, но и осуществляет позитивное влияние на качество жизни пациентов.

Литература

1. Белоусов Ю. Б., Моисеев В. С., Лепахин В. К. Клиническая фармакология и фармакотерапия. М.: «Универсум пубблишинг»; 1997.
2. Захаревич О. А., Леонова М. В. Изучение качества жизни у больных артериальной гипертензией: методы оценки и значение в клинической практике. Международный медицинский журнал 2001; (5): 412-416.
3. Ware J. E., Sherbourne C. D. The Mos 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I Conceptual Framework and item selection. Medical Care 1992; 30 (6): 473-483.
4. Кашерининов Ю. Р., Шаваров А. А., Виллевалде С. В., Конради А. О., Шляхто Е. В. Качество жизни у больных гипертонической болезнью на фоне терапии рилменидином в сравнении с атенололом. Артериальная гипертензия 2004; 10 (4): 211-214.
5. Леонова М. В., Мясоедова Н. В. Практические аспекты лечения АГ: эффективность и комплаентность. Российский кардиологический журнал 2003; (2): 66-71.
6. Williams T. Geriatrics: perspective on quality of life and care for older people. Philadelphia, «Publishers»; 1996.
7. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2007; 25: 1105-1187.
8. Bowling A., Bond M., Jenkinson C., Lamping D.L. Short Form 36 (SF-36) Health Survey questionnaire: which normative data should be used. Comparison between the norms provided by the Omnibus Survey in Britain, the Health Survey for England and Oxford Healthy Life Survey. J Publ Hlth Med 1999; 21 (3): 255-270.