

Качество жизни кардиологических больных, факторы его определяющие

Л.И. Сыромятникова к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздора», г. Пермь

Quality of life in cardiological patients. determining factors

L.I. Siromyatnikova

Резюме

Цель работы исследовать качество жизни стационарных пациентов кардиологического профиля, оценить его зависимость от клинического статуса, уровней тревоги, депрессии, изменений циркадианного ритма, эхокардиограммы. Материал и методы. Обследовано 137 пациентов с артериальной гипертензией и/или ИБС, госпитализированных в кардиологические отделения МУЗ ГКБ №4 г. Перми. Проводилось клиническое обследование, заполнение опросника SF-36, госпитальной шкалы тревоги и депрессии, теста для оценки циркадианного ритма, 68 пациентам проведена эхокардиограмма. Статистический анализ материала проведен при помощи программных пакетов "Statistica v.5a", "Biostat". Основные результаты. Качество жизни кардиологических пациентов, госпитализированных в стационар, было низким, в особенности по ролевому ограничению из-за физических проблем - 68%, физическому функционированию - 38%, наличию боли - 47% в сравнении с практически здоровыми (n=30). Корреляционный анализ выявил высоко достоверную зависимость показателей качества жизни между собой, что отражает тесную взаимосвязь физического и эмоционального состояния. Выявлена отрицательная зависимость качества жизни от возраста, уровня тревоги и депрессии, степени тяжести циркадианного амплитудного расстройства. Не обнаружена его зависимость от стадии и степени артериальной гипертензии, форм ИБС, тяжести ХСН. При проведении корреляционного анализа качества жизни и показателей эхокардиограммы выявлена единственная зависимость между ролевым ограничением из-за физических проблем и конечным систолическим размером $r = -0,27$ ($p = 0,03$). Основные выводы. Качество жизни пациентов с артериальной гипертензией, ИБС при отсутствии выраженной ХСН в большей степени определяется психо-эмоциональным статусом (уровнем тревоги, депрессии), тяжестью нарушений циркадианного ритма, в меньшей степени данными эхокардиограммы, что определяет возможные пути воздействий, направленных на повышение качества жизни пациентов кардиологического профиля.

Ключевые слова: качество жизни, артериальная гипертензия, ИБС, депрессия, тревога, циркадианные ритмы

Resume

Aim of the paper is to investigate quality of life in patients of cardiological profile, to estimate its dependence from clinical status, level of anxiety, depression, changes in circadian rhythm, echocardiogram. Materials and Methods. Patients with arterial hypertension and/or ischemic heart disease (137) hospitalized at Cardiological Department of Perm City Clinical Hospital №4 were examined. Clinical investigation, completion of questionnaire SF-36, hospital scale of anxiety and depression, test for estimation of circadian rhythm, echocardiogram, conducted to 68 patients, were carried out. Statistical analysis of the material was performed with program packages "Statistica v.5a" and "Biostat". Results. Quality of life in patients admitted to hospital was low especially in role limit due to physical problems - 68%, physical functioning - 38%, presence of pain - 47% in comparison with practically healthy (n=30). Correlation analysis revealed highly reliable dependence of quality of life indices between each other that reflects close interaction of quality of life from age, level of anxiety and depression, severity grade of circadian amplitude disorder. Negative dependence of quality of life from age, level of anxiety, depression and severity of circadian amplitude disorder was found. Dependence from stage and level of arterial hypertension, forms of ischemic heart disease and severity of chronic heart insufficiency was not revealed. Correlation analysis of quality of life and indices of echocardiogram demonstrated the only dependence between role limit due to physical problems and final systolic size $r = -0,27$ ($p = 0,03$). Conclusion. Quality of life in patients with arterial hypertension, ischemic heart disease in absence of expressed chronic heart insufficiency is determined more by psycho-emotional status (level of anxiety, depression), severity of circadian rhythm and less - by data of echocardiogram that defines possible ways of influence directed to increase of quality of life in patients of cardiological profile.

Keywords: quality of life, arterial hypertension, ischemic heart disease, depression, anxiety, circadian rhythms.

Введение

Качество жизни (КЖ) сравнительно новое для медицины понятие, заимствованное из социологии. Социология определяет КЖ как способность инди-

видуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать от этого удовлетворение [1]. Интерес к КЖ, как медицинской категории, возник гораздо позднее, когда было выявлено отсутствие абсолютной зависимости между объективным уменьшением патологических изменений и улучшением самочувствия больного. Например, пациенту по поводу повышенного артериального давления, назначается антигипертензивная терапия, которая приводит к его нормализации. Врач доволен результатами лечения, а пациент - нет: стал чувствовать себя

Ответственный за ведение переписки -
Сыромятникова Людмила Илариовна,
614990, г. Пермь, ул. Куйбышева, дом 39.
e-mail: ilarievna@gmail.com, тел: +7902-47-28-695

хуже, чем до лечения, появилась сонливость, тяготят перспектива регулярного посещения врача, необходимость повторных диагностических исследований, покупки дорогостоящих лекарств. Можно ли говорить об улучшении КЖ в данном случае?

Интерес к КЖ, возрастает также в связи с тем, что пациент из объекта медицинского вмешательства все больше превращается в субъект процесса лечения, заказчика и потребителя медицинских услуг. Таким образом, понятие КЖ логично связано с дефиницией здоровья, под которой понимаем полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие болезни [2].

При лечении заболеваний, которые не ограничивают продолжительность жизни, КЖ является главной целью терапевтического воздействия. В онкологии, при ведении пациентов в инкурабельной стадии заболевания, КЖ рассматривается как единственная цель терапии. В кардиологии, при лечении пациентов с артериальной гипертонией (АГ), ИБС показатель КЖ - дополнительная цель лечения, так как главной служит увеличение продолжительности жизни [1].

Улучшить КЖ пациента возможно через выявление и коррекцию факторов его определяющих. В кардиологии это направление активно исследуется в настоящее время [3, 4, 5, 1]. Выявлена зависимость КЖ от тяжести ХСН [6] и коронарной недостаточности [7], применения современных лекарственных средств [8, 6, 4, 1], проведения оперативного лечения ИБС [9, 10], психоэмоционального состояния пациента [11, 12]. Учитывая взаимосвязь КЖ и депрессии, представляется интересным оценить зависимость КЖ от нарушений циркадианного ритма (ЦР), который регулирует суточный цикл биологических процессов в организме [2]. В свою очередь нарушения ЦР при депрессии также представляют перспективную тему клинических исследований.

Цель работы исследовать КЖ стационарных пациентов кардиологического профиля, оценить его зависимость от клинического статуса, уровней тревоги, депрессии, изменений циркадианного ритма, эхокардиограммы.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научно-исследовательского проекта РГНФ «Возможности медикаментозной и немедикаментозной терапии депрессивных нарушений у больных кар-

диологического профиля», проект № 08-06-82177 а/У.

Материал и методы

Обследовано 137 пациентов госпитализированных в кардиологические отделения МУЗ ГКБ №4 г. Перми, 58 мужчин и 79 женщин (42% и 58%) средний возраст, которых составил 58,36±9,22 года, с достоверным отличием между мужчинами и женщинами. Возраст женщин равнялся 60,05±8,61 лет и 56,07±9,59 лет в группе мужчин (p=0,01), что отражает демографическую ситуацию в РФ с большей продолжительностью жизни среди женщин.

Критериями включения в исследование были возраст больных до 75 лет, наличие кардиологической патологии в виде АГ, ИБС, их сочетания, письменное согласие на участие в исследовании. Критериями исключения из исследования были отказ пациента от участия в программе; выраженные когнитивные нарушения.

Среди обследованных пациентов АГ диагностирована в 93% случаев, из них II стадия - 12% случаев, III стадия - 88%, структура АГ по степени повышения артериального давления представлена I степень 8%, 2 степень 24%, 3 степень 57%, в 11% степень повышения артериального давления не была определена в связи с исходным приемом антигипертензивных препаратов.

ИБС встречалась в 78% случаев и была представлена такими формами, как стенокардия напряжения (33%), инфаркт миокарда (31%), перенесенный инфаркт миокарда (25%), состояние после операций по реваскуляризации миокарда (11%).

Распределение ХСН по функциональным классам и стадиям представлено в таблице 1. При оценке тяжести ХСН ее функциональный класс составил 2,2±0,61, а стадия при оценке в баллах по принципу: I стадия - 1 балл, IIa - 2 балла, IIб - 3 балла, III - 4 балла - 2,1±0,63 балла. Таким образом, ХСН в обследуемой группе была не выраженной.

Всем пациентам после получения добровольного, информированного согласия на участие в исследовании проводилось клиническое обследование, предлагалось заполнить госпитальную шкалу тревоги и де-

Таблица 1. Распределение пациентов в зависимости от функционального класса, стадии ХСН.

Функциональный класс	Количество человек / %	Стадия	Количество человек / %
I	13 / 9,5	I	18 / 13
II	89 / 65	II а	89 / 65
III	33 / 24	II б	27 / 20
IV	2 / 1,5	III	3 / 2

прессии (HADS), тест для оценки циркадианного ритма (оригинальная разработка фирмы "Appolo Health Inc." представлен на сайте <http://www.apollohealth.ru>). В подгруппе пациентов (n=68) была проведена эхокардиограмма с использованием ультразвукового сканера «Conton».

Качество жизни оценивали при помощи опросника SF-36, представленного 8 количественными показателями.

1. Физическое функционирование (ФФ) отражает степень физической активности, возможность выполнять нагрузки различного уровня от самообслуживания до подъема по лестнице и переноске тяжелых вещей.

2. Рольное функционирование (РОФ) определяется влиянием физического статуса на способность выполнять социальные функции (работа, обыденная деятельность).

3. Физическая боль (ФБ) – показатель, который отражает интенсивность возможного болевого синдрома его воздействие на способность осуществлять повседневную деятельность, включая работу по дому и вне дома.

4. Под восприятием здоровья (ВЗ) понимается общее состояние здоровья, оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент, в зависимости от перспектив лечения.

5. Энергичность/жизнеспособность (ЭЖ) демонстрируют ощущение пациентом полноты сил и энергии или их противоположности.

6. Социальное функционирование (СФ) обусловлено уровнем социальной активности, общения, который становится доступен пациенту благодаря его физическому, эмоциональному состоянию.

7. Рольное ограничение из-за эмоциональных причин (РОЭ) – влияние эмоционального состояния

на рольное функционирование.

8. Психическое (ментальное) здоровье (ПЗ) – оценка пациентом его психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Чем больше полученное значение, тем выше КЖ обследуемого. За показатели практически здоровых были приняты значения, представленные в исследовании коллектива авторов [3].

Статистический анализ материала проведен при помощи программных пакетов "Statistica v.5a", "Biostat". Определение различий качественных признаков проводилось при помощи точного критерия χ^2 . В качестве теста для средних, при нормальном распределении признака, применялся однофакторный дисперсионный анализ, при неправильном распределении использовался критерий Манна-Уитни. Связь признаков исследовалась при помощи непараметрического метода регрессионного анализа с определением коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Нулевая гипотеза отклонялась, и различия считались статистически достоверными при значении α ошибки менее 0,05. В тексте использовались значения среднего (M) и стандартного отклонения (σ).

Результаты

КЖ кардиологических пациентов, госпитализированных в стационар, было низким. Оно достоверно отличалось по абсолютному числу показателей от группы практически здоровых (таб. 2). Исключение составил показатель ПЗ, который приближался к уровню группы сравнения. Наиболее худшие характеристики КЖ кардиологических пациентов выявлены для показателей РОФ -68% по сравнению с группой здоровых. На 47% было ниже КЖ из-за присутствия болевого синдрома, и на 38% ниже КЖ по уров-

Таблица 2. Качество жизни стационарных кардиологических больных в сравнении со здоровыми лицами.

Показатель шкалы SF-36	Практически здоровые (n=30)	Группа исследования (n=137)	Процент отличия от уровня практически здоровых	p
Физическое функционирование	96,0±21,2	58,86±27,5	38	0,0001
Рольное функционирование	90,0±19,8	27,66±38,7	68	0,0001
Физическая боль	89,7±19,1	47,86±27,3	47	0,0001
Восприятие здоровья	73,2±17,6	47,1±17,7	36	0,0001
Энергичность	62,2±14,2	50,3±21,5	19	0,005
Социальное функционирование	85,0±18,8	58,98±26,5	31	0,0001
Рольное ограничение из-за эмоциональных проблем	65,0±15,0	43,3±41,3	34	0,004
Психическое здоровье	63,3±14,5	55,4±21,5	13	0,06, n/d

Таблица 3. Взаимозависимость показателей жизни между собой

Показатели	Коэффициент Спирмена	p	Показатели	Коэффициент Спирмена	p
ФФ – РОФ	0,45	0,0000001	ФБ – ВЗ	0,35	0,000009
ФФ – ФБ	0,48	0,0000001	ФБ – ЭЖ	0,6	<0,0000001
ФФ – ВЗ	0,43	0,0000001	ФБ – СФ	0,57	0,0000001
ФФ – ЭЖ	0,48	0,0000001	ФБ – РОЭ	0,44	0,0000001
ФФ – СФ	0,39	0,0000009	ФБ – ПЗ	0,53	0,0000001
ФФ – РОЭ	0,46	0,0000001	ВЗ – ЭЖ	0,58	0,0000001
ФФ – ПЗ	0,21	0,0025	ВЗ – СФ	0,5	0,0000001
РОФ – ФБ	0,43	0,0000001	ВЗ – РОЭ	0,45	0,0000001
РОФ – ВЗ	0,42	0,0000001	ВЗ – ПЗ	0,47	0,0000001
РОФ – ЭЖ	0,45	0,0000001	ЭЖ – СФ	0,65	0,0000001
РОФ – СФ	0,42	0,0000002	ЭЖ – РОЭ	0,41	0,0000001
РОФ – РОЭ	0,71	<0,0000001	ЭЖ – ПЗ	0,69	0,0000001
РОФ – ПЗ	0,43	0,0000001	СФ – РОЭ	0,49	0,0000001
-	-	-	СФ – ПЗ	0,56	0,0000001

нию ФФ (таб. 2).

Корреляционный анализ выявил высоко достоверную зависимость показателей КЖ между собой (таб. 3), что отражает тесную взаимосвязь физическое и эмоционального состояния пациента.

По полученным данным КЖ зависело от возраста, выявлена отрицательная его зависимость с показателями ФФ $r = -0,44$ ($p = 0,000001$), РОФ $r = -0,2$ ($p = 0,03$), ВЗ $r = -0,19$ ($p = 0,036$), РОЭ $r = -0,27$ ($p = 0,003$). Не обнаружена зависимость КЖ от стадии и степени АГ, форм ИБС, тяжести ХСН.

Анализ показателей КЖ по половому составу не выявил статистических различий за исключением показателя ПЗ, которое было ниже в группе женщин в сравнение с мужчинами $44,9 \pm 21,5$ против $54,1 \pm 13,2$ баллов ($p = 0,03$), что отражает достоверное отличие по частоте ДР в этих группах.

Так среди всех обследованных пациентов уровень депрессии не превышал нормальных значений $6,8 \pm 3,88$ балла, в то время как уровень тревоги был высоким и равнялся $8,2 \pm 4,1$ балла. Депрессивное рас-

стройство (ДР) (количество баллов более 7) было выявлено у 59 человек (43%) $10,8 \pm 2,9$ балла, что согласуется с данными эпидемиологических Российских исследований (КООРДИНАТА, КОМПАС, ПАРУС). Среди пациентов с ДР было 19 мужчин и 40 женщин, что составило 32% и 68% по отношению к общей группе соответственно ($p = 0,004$). Повышенный уровень тревоги (более 7 баллов) среди обследованных определен у 70 пациентов (18 мужчин и 52 женщины) со средним значением $11,4 \pm 2,8$ балла.

Корреляционный анализ выявил взаимозависимость всех показателей КЖ и ДР. Отрицательная сильная связь была зафиксирована между уровнями ДР и: ФБ $r = -0,48$ ($p = 0,0000001$), ЭЖ $r = -0,53$ ($p = 0,0000001$), СФ $r = -0,48$ ($p = 0,0000001$), РОЭ $r = -0,42$, ($p = 0,0000002$), РОФ $r = -0,32$ ($p = 0,00003$) и ФФ $r = -0,43$ ($p = 0,00001$). Восприятие здоровья также имело сильную зависимость от эмоционального статуса $r = -0,48$ ($p = 0,0000001$).

Аналогичная, но отчасти менее выраженная зависимость прослеживается между уровнем тревоги и

показателями КЖ: ФБ $r = -0,32$ ($p = 0,0003$), ЭЖ $r = 0,46$ ($p = 0,0000001$), РОЭ $r = -0,38$ ($p = 0,00008$) и РОФ $r = 0,27$ ($p = 0,0003$), ВЗ $r = -0,45$ ($p = 0,0000001$). Тревога также как и депрессия негативно влияла на социальное $r = -0,43$ ($p = 0,00001$) и физическое $r = -0,34$ ($p = 0,0001$) функционирование.

Уровень КЖ наряду с тревогой и депрессией определял характер и степень нарушений циркадианного ритма. Наиболее частым нарушением ЦР был синдром циркадного амплитудного расстройства (ЦАР) ($n = 62$; 45%). Для ЦАР характерны повышенная утомляемость в дневные часы, снижение качества сна. В 21% случаев регистрировался замедленный ЦР, для которого присущи трудность просыпания, сложность начала утренней активной деятельности, вялость или упадок сил в течение части дня, с открытием «второго дыхания» вечером и бодрствования до поздней ночи. Ускоренный ЦР имел место у 15 больных (11%) и проявлялся ощущением нехватки энергии в течение дня, инсомнией в виде раннего просыпания, преждевременной утратой энергичности, до завершения дневного периода, укорочением сна. Для лиц, страдающих данным синдромом, характерен ночной сон менее 8 часов, раннее просыпание утром.

У 15 пациентов (11%) выявлено наиболее сложное нарушение - бимодальный ЦР, который характеризуется «разломанным» графиком бодрствования/сон, что определяет нехватку энергии во время дня, усталость и упадок сил в течение суток, нарушение ночного сна. В 12% случаев регистрировался нормальный ЦР. Лица с нормальными ЦР хорошо спят ночью и обычно сами просыпаются утром без будильника, достаточно энергичны в течение дня, хотя могут испытывать физиологическое небольшое снижение энергии в раннее послеполуденное время.

На настоящем этапе исследования отмечена отрицательная связь средней силы между тяжестью ЦАР и такими параметрами КЖ как РОФ $r = -0,32$ ($p = 0,038$), ВЗ $r = -0,36$ ($p = 0,02$), ЭЖ $r = -0,36$ ($p = 0,02$), РОЭ $r = -0,32$ ($p = 0,04$), ПЗ $r = -0,34$ ($p = 0,03$). Также выявлена зависимость тяжести ЦАР от ДР $r = -0,36$ ($p = 0,01$) и тревоги $r = -0,41$ ($p = 0,004$).

Для сопоставления значимости влияния психического статуса в сравнении с морфологическими характеристиками оценено влияние показателей ЭХО-КГ на КЖ. Среди обследованных пациентов данные ультразвукового исследования представлены следующими значениями: конечный диастолический размер левого желудочка $4,78 \pm 0,6$ см, конечный систолический размер (КСР) $3,49 \pm 0,58$ см, правый желудочек $2,23 \pm 0,3$ см, левое предсердие $3,66 \pm 0,4$ см, межжелудочковая перегородка $1,06 \pm 0,2$ см, задняя стенка левого желудочка $1,05 \pm 0,18$ см, фракция выброса (ФВ) $52 \pm 7,8\%$. При проведении корреляционного анализа КЖ и показателей ЭХО-КГ выявлена единственная зависимость между РОФ и КСР $r = -0,27$ ($p = 0,03$). Отсутствие зависимости КЖ от тяжести ХСН, как было указано ранее, а также от морфологических параметров

серца, в данном случае можно объяснить достаточно сохранной функцией ЛЖ, и как следствие отсутствие грубых отклонений ультразвуковых показателей.

Обсуждение

Традиционно оценка эффективности лечения проводится на основании критериев продолжительности жизни, прогноза. Наряду с количественными показателями (частота обращений за медицинской помощью, сердечно-сосудистых осложнений, и т.д.) не менее важен субъективный аспект оценки самочувствия пациентом. КЖ кардиологических пациентов, госпитализированных в стационар, несмотря на значительные успехи медикаментозной терапии АГ, ИБС, имеет низкий уровень по физической, эмоциональной составляющим и их производным. В настоящее время в практическом здравоохранении данный показатель практически не анализируется, за исключением его определения при проведении научных исследований.

Складывается картина, что КЖ пациентов с АГ, ИБС на начальных этапах сердечно-сосудистого континуума, при отсутствии выраженной ХСН в максимальной степени определяется психо-эмоциональным статусом (уровнем тревоги, депрессии), тяжестью нарушений ЦР, что было выявлено в настоящей работе. По мере прогрессирования кардиологической патологии влияние эмоционального фона на КЖ уравнивается тяжестью соматического статуса, который в терминальной стадии заболевания становится определяющим [7].

Учитывая полученные данные, становится очевидным, что эффективное решение задачи повышения КЖ у кардиологических больных требует комплексного подхода. Максимальное снижение КЖ по показателю РОФ, что согласуется с другими работами [3, 4], определяет необходимость разработки социальных программ, направленных на сохранение социальной востребованности и активности пациентов при наличии физических ограничений как работоспособного, так и пенсионного возраста. Необходимо ориентироваться на максимальную автоматизацию труда, создание оптимального, гибкого режима труда и отдыха, при необходимости переобучение на другие специальности, повышение заинтересованности предприятий в сохранении своих работников. Для лиц пенсионного возраста создание системы мер, позволяющих вести активную социальную жизнь: возможность пользоваться лифтом, удобный транспорт, вовлечение в общественно-полезную работу и т.д.

Вторым направлением улучшения КЖ в кардиологии является активное использование современных способов лечения АГ, ИБС, ХСН [13, 14, 15], что определяет вторичную профилактику этих заболеваний, устранение болевого синдрома, длительное сохранение оптимального функционального статуса пациента (воздействие на показатели КЖ: ФБ, ФФ, СФ). Усиление данного рычага воздействия представлено санитарно-просветительной деятельностью

по первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистой патологии в средствах массовой информации (в том числе запрет на рекламу табачной, спиртной продукции, БАД), образовательными программами как населения (работа школ по АГ, ИБС), так и пациентов стационара через работу лекторских групп.

Другим, очень значимым, направлением повышения КЖ пациентов является оценка и коррекция психологического статуса пациента [16] и как следствие воздействия на все показатели, в том числе характеризующие физическую активность. Во многих работах также выявлена сильная связь между КЖ и выраженностью тревоги, депрессии, а также степенью комплайенса, выполнением назначений врача [11, 12, 16, 17]. В настоящее время, с учетом активно обсуждаемого экономического кризиса, реализация данного направления силами врачей терапевтов, кардиологов представляется наиболее реальной и начинается она со 100% анкетирования пациентов кардиологического профиля с использованием шкал тревоги и

депрессии (HADS, CES-D, Zung, и т.д.). Исследование психо-эмоционального статуса у пациентов с АГ, ИБС должно стать таким же рутинным, как измерение артериального давления, пульса, снятие и расшифровка ЭКГ. Осознание проблемы депрессии, тревоги врачом и пациентом, сделает ее зримой, и как следствие будут видны возможные индивидуальные пути ее решения: назначение антидепрессанта и/или анксиолитика, обращение к психотерапевту или психиатру, применение светотерапии, активное вовлечение в лечебный процесс заинтересованного родственного, дружественного окружения пациента, обучение пациента принципам аутотренинга и саморегуляции, изменение его жизненной философии (переоценка степени стрессорности жизненных событий) и т.д.

Таким образом, КЖ пациентов с АГ, ИБС является интегральной характеристикой, которая отражает психо-эмоциональный и соматический статус пациента, что определяет направления работы по его улучшению. ■

Литература:

1. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб: Нева; М: ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир; 2002.
2. World Health Organisation. Cancer pain relief. – Geneva: WHO; 1986.
3. Недошивин А.О., Кутузова А.Э., Петрова Н.Н., Варшавский С.Ю., Перепеч Н.Б. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью. Сердечная недостаточность. 2000; 1 (4): 148-51.
4. Кашерининов Ю.Р., Шаваров А.А., Виллеальде С.В., Конради А.О., Шляхто Е.В. Качество жизни у больных гипертонической болезнью на фоне терапии рилменидином в сравнении с ателололом. Артериальная гипертензия. 2004; 10 (4): 211-4.
5. Белевский А.С. Исследование качества жизни больных бронхиальной астмой в России. Качество жизни. Медицина. 2004; 1 (4): 72-5.
6. Gorkin L., Norvell N.K., Rosen N.S. Assessment of quality of life as observed from the baseline data of the Studies of Left Ventricular Dysfunction (SOLVD) trial quality-of-life substudy. Am J Cardiol. 1993; 71 (12): 1069-73.
7. Крюков Н.Н., Качковский М.А. Влияние сердечной недостаточности на качество жизни больных инфарктом миокарда. Сердечная недостаточность. 2005; 6 (4): 169-71.
8. Bulpitt C.J., Fletcher A.E. Quality of life in chronic heart failure: cilazapril and captopril versus placebo. Heart. 1998; 79 (6): 593-8.
9. Акчурин Р.С., Ширев А.А., Галутдинов Д.М. Показатели к операции аорто-коронарного шунтирования у больных с различным течением ИБС. РМЖ. 2002; 10 (19): 871-3.
10. Herlitz J., Wiklund I., Soland H. Relief of symptoms and improvement of health-related quality of life five years after coronary artery bypass graft in woman and men. Clin Cardiol. 2001; 24 (5): 385-392.
11. Власова А.В., Лина Н.П. Качество жизни и факторы, его определяющие, у больных с хронической сердечной недостаточностью, развившейся после перенесенного инфаркта миокарда. Сердечная недостаточность. 2002; 3 (5): 226-8.
12. Кутузова А.Э., Алексеева Н.П., Петрова Н.Н. Психический статус и качество жизни больных хронической сердечной недостаточностью. Сердечная недостаточность. 2007; 8(5): 222-4.
13. Комитет экспертов Всероссийского научного общества кардиологов. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (третий пересмотр). Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2008; 7 (Приложение 6): 1-32.
14. Комитет экспертов Всероссийского научного общества кардиологов. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы. Российские рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2007; 6 (Приложение 8): 1-66.
15. Комитет экспертов Всероссийского научного общества кардиологов. Российские национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр). М: 2007.
16. Потосова Г.В. Современные подходы к диагностике и лечению расстройств депрессивного спектра в общепсихиатрической практике. Методическое пособие для врачей. М. 2007.
17. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М: Медицинское информационное агентство; 2003.