

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИБС (ИНФАРКТ МИОКАРДА, СТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ НАПРЯЖЕНИЯ) ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

ПРУДНИКОВ А.Р.

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, г. Витебск, Республика Беларусь

Вестник ВГМУ. – 2019. – Том 18, №5. – С. 45-52.

LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH VARIOUS FORMS OF CORONARY HEART DISEASE (MYOCARDIAL INFARCTION, EFFORT ANGINA PECTORIS) AFTER CORONARY ARTERY STENTING

PRUDNIKOV A.R.

Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Vitebsk, Republic of Belarus

Vestnik VGMU. 2019;18(5):45-52.

Резюме.

Цель работы – оценить изменение качества жизни пациентов с различными формами ИБС после стентирования коронарных артерий.

Материал и методы. Обследовано 52 пациента со стабильной стенокардией напряжения (II функциональный класс) и 23 пациента с инфарктом миокарда. Контрольную группу составили 26 практически здоровых лиц. Для оценки качества жизни исследуемых пациентов использовали опросник SF-36. Опрос проводился в период госпитализации пациентов и спустя 12 месяцев.

Результаты. У пациентов как с инфарктом миокарда, так и у пациентов со стабильной стенокардией напряжения все показатели качества жизни были значимо ниже по сравнению с контрольной группой за исключением параметра «социальное функционирование» и интегрального параметра «психологическое здоровье». Показатели «ролевая деятельность», «телесная боль», «социальное функционирование», «эмоциональное состояние», интегральные параметры «физическое здоровье» и «психологическое здоровье» статистически значимо увеличиваются у пациентов с инфарктом миокарда спустя 1 год после проведенного стентирования коронарных артерий. Показатели «ролевая деятельность», «телесная боль», «эмоциональное состояние», интегральные параметры «физическое здоровье» и «психологическое здоровье» статистически значимо увеличиваются у пациентов со стабильной стенокардией спустя 1 год после проведенного стентирования коронарных артерий.

Заключение. На фоне комплексного лечения (стентирование коронарных артерий с последующей медикаментозной терапией) пациентов с инфарктом миокарда и пациентов со стабильной стенокардией напряжения через 1 год физический и психологический интегральные компоненты качества жизни достоверно увеличиваются и практически достигают референтных значений.

Ключевые слова: качество жизни, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, стабильная стенокардия напряжения, опросник SF-36, стентирование.

Abstract.

Objectives. To assess the change in life quality of patients with various forms of coronary heart disease after coronary artery stenting.

Material and methods. 52 patients with effort angina pectoris of functional class II and 23 patients with myocardial infarction were examined. The control group consisted of 26 practically healthy individuals. The SF-36 questionnaire was used for assessing the life quality of the studied patients. The survey was conducted during their hospitalization and 12 months thereafter.

Results. All indicators of the life quality both in patients with myocardial infarction and in patients with effort angina pectoris were significantly lower compared to those in the control group except for the parameter «social functioning» and the integral parameter «psychological health». The indicators «role activity», «bodily pain», «social functioning», «emotional state», integral parameters «physical health» and «psychological health» significantly increased in patients with myocardial infarction in 1 year after coronary artery stenting. The indicators «role activity», «bodily pain», «emotional state», integral parameters «physical health» and «psychological health» significantly increased in patients with effort angina pectoris in 1 year after coronary artery stenting.

Conclusions. Against the background of complex treatment (coronary artery stenting followed by drug therapy) of patients with myocardial infarction and patients with effort angina pectoris 1 year later, the physical and psychological integral components of the life quality significantly increase and almost reach the reference values.

Key words: quality of life, coronary heart disease, myocardial infarction, effort angina pectoris, SF-36 questionnaire, stenting.

Всемирная организация здравоохранения определяет качество жизни (КЖ) как индивидуальное восприятие человеком своей позиции в жизни в контексте культурной среды и системы ценностей, в которой проживает индивид, и в соответствии с его целями, ожиданиями, стандартами и воззрениями [Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument, 1].

КЖ является комплексной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанной на его субъективном восприятии, поэтому в медицинском понимании этот термин всегда связан со здоровьем. В понятии КЖ выделяют объективную и субъективную стороны, где первая сторона отражает соматическое и психологическое состояние пациента, особенности его поведенческой активности, материальное и социальное положение, трудовой и семейный статус, а вторая сторона – характеризует степень удовлетворенности различными сторонами бытия и жизнедеятельности в связи с заболеванием [2].

Взросший интерес к изучению данного вопроса связан с тем, что показатели КЖ не только емко отражают состояние здоровья популяции, но и в перспективе помогут создать целостную картину в оценке эффектов и эффективности лечения при различных заболеваниях, в том числе и пациентов кардиологического профиля [3].

Изучение показателей КЖ также позволило в какой-то мере вернуться к важнейшему принципу клинической практики «лечить не болезнь, а пациента». Поэтому КЖ пациента в определенных ситуациях становится либо основополагающей целью лечения заболеваний, не ограничивающих продолжительность жизни, либо дополнительной целью лечения пациентов при заболеваниях, ограничивающих продолжитель-

ность жизни, либо единственной целью при инкурабельной стадии заболеваний [4]. Многие исследователи критиковали оценку КЖ пациентов с ИБС как необъективную, однако использование различных специальных опросников показало их достоверность при сопоставлении с результатами нагрузочных проб, применяемых для постановки или корректировки диагноза пациентов с ИБС [3].

Таким образом, на сегодняшний день изучение КЖ пациентов с ИБС весьма актуально в связи с тем, что характеристики данного параметра отражают в равной степени как ущерб здоровью человека, причиняемый заболеванием, так и являются показателем качества и объема оказываемой помощи [3].

Цель работы – оценить изменение качества жизни пациентов с различными формами ИБС после стентирования коронарных артерий.

Материал и методы

Исследование было одобрено локальным этическим комитетом ВГМУ (протокол №1 от 15.02.2017 г.). Все пациенты, включенные в исследование, заполнили и подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Было проведено исследование пациентов мужского пола с верифицированным, после проведения коронарографии (с подсчетом баллов по шкале Syntax score I) и/или тредмил-теста диагнозами:

- ИБС: стабильная стенокардия напряжения (ССН), II функциональный класс (n=52);
- ИБС: инфаркт миокарда (ИМ) различной локализации (n=23).

Всем пациентам проводилось стентирование коронарных артерий по медицинским пока-

занятым. Контрольную группу (КГ) составили 26 практически здоровых мужчин.

Клиническое обследование проводилось на базе кардиологического отделения УЗ «Витебская областная клиническая больница» и клиники ВГМУ. Клиническая характеристика представлена в таблице 1.

Для оценки КЖ исследуемых пациентов использовали опросник SF-36. Он содержит 36 пунктов, которые сгруппированы в 8 шкал: физическое функционирование (Physical Functioning – PF), ролевая деятельность (Role – Physical Functioning – RP), телесная боль (Bodily pain – BP), общее здоровье (General Health – GH), жизнеспособность (Vitality – VT), социальное функционирование (Social Functioning – SF), эмоциональное состояние (Role – Emotional – RE) и психическое здоровье (Mental Health – MH). Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100 баллов, при этом 100 баллов характеризуют максимальную удовлетворённость определенным компонентом КЖ. В результате использования данных шкал рассчитываются следующие интегральные показатели: физический (PH)

и психологический (MHi) компоненты здоровья [3]. Опрос пациентов с ССН проводился в 1-е сутки их госпитализации, пациентов с ИМ – в конце острого периода коронарного события (6-7 сутки). Через год после выписки из стационара проводился телефонный опрос пациентов с использованием опросника SF-36. Для оценки приверженности пациентов к медикаментозной терапии через год после интервенционного вмешательства применялся тест Мориски-Грина (4 вопроса по 1 баллу каждый) [5]. Приверженными к лечению, согласно тесту, считаются пациенты, набирающие 3 балла и более.

Не включались в исследование пациенты моложе 30 и старше 70 лет, а также пациенты, имеющие следующие патологии: верифицированные онкологические, гематологические заболевания, острые и прогрессирующие заболевания печени и почек, хроническую венозную недостаточность с тромбозами и тромбофлебитами, заболевания щитовидной железы с клиническими проявлениями, системные заболевания соединительной ткани, сердечную недостаточность 2-4

Таблица 1 – Клиническая характеристика изучаемых групп

Группа / параметр	Группа пациентов с ИМ, n=23	Группа пациентов с ССН 2 ФК, n=52	Группа сравнения, n=26	P
Возраст, лет Me;LQ-UQ	57; 50,5-61,5	57; 52-64	47; 39-53	$p^{1-2}>0,05$ $p^{1-3}=0,056$ $p^{2-3}=0,059$
ИМТ кг/м ² Me;LQ-UQ	25,26; 24,69-27,21	25,61; 24,48-28,37	24,97; 23,66-25,51	$p^{1-2}>0,05$ $p^{1-3}=0,073$ $p^{2-3}=0,07$
Курение, n (%)	4 (17,4)	6 (11,5)	0 (0)	$p^{1-2}>0,05$ $p^{1-3}<0,001$ $p^{2-3}<0,001$
Артериальная гипертензия, n (%)	10 (43,4)	20 (38,4)	0 (0)	$p^{1-2}>0,05$ $p^{1-3}<0,001$ $p^{2-3}<0,001$
Общий холестерин, ммоль/л, Me;LQ-UQ	4,47; 3,7-5,3	4,7; 3,9-5,5	4,36; 3,7-4,9	$p^{1-2, 1-3, 2-3}>0,05$
Syntax score I, баллы Me;LQ-UQ	8,5; 4-10	11; 0-12	0 (0)	$p^{1-2}>0,05$
Поражение правой коронарной артерии, n (%)	17 (73,9)	28 (53,8)	0 (0)	$p^{1-2}>0,05$
Поражение передней межжелудочковой артерии, n (%)	13 (56,5)	30 (57,6)	0 (0)	$p^{1-2}>0,05$
Поражение огибающей артерии, n (%)	12 (52,1)	30 (57,6)	0 (0)	$p^{1-2}>0,05$
Количество пораженных коронарных артерий Me; Lq-Uq	1,33; 0-2	1,17; 0-2	0	$p^{1-2}>0,05$

ФК, тяжелые нарушения ритма (AV-блокада 2-3 степени, синоатриальная блокада 2-3 степени).

Результаты

Показатели КЖ в изучаемых группах представлены на рисунке 1.

Сравнение показателей КЖ при разделении пациентов с ССН на подгруппы с/без постынофарктного кардиосклероза (ПИКС) не выявило статистически достоверных различий ($p > 0,05$).

Данные рисунка 1 свидетельствуют о наличии значимых различий между изучаемыми группами пациентов и КГ по всем параметрам КЖ, за исключением показателей SF и MHi.

Показатели, отражающие физическое здоровье, были значимо ниже у пациентов с различными формами ИБС, по сравнению с КГ. В частности, значение показателя RP, определяющего влияние физического состояния на возможность выполнения повседневной ролевой деятельности (работа, выполнение повседневных обязанностей) и значение показателя BP, отражающего возможность заниматься повседневной деятельностью (включая работы по дому и вне дома), были наименьшими по сравнению с другими исследуемыми показателями, характеризующими физический компонент здоровья. Полученный результат является вполне закономерным, т.к. наличие ИБС предполагает, что определенная физическая нагрузка, при данной патологии, приводит к развитию болевых ощущений за грудиной, что затрудняет полноценное выполнение как своих профессиональных обязанностей на работе, так и работы по дому. При этом значение показателя RP значительно сниже-

но (на 50 пунктов) в группе пациентов с ССН, что, вероятно, можно объяснить длительным воздействием хронической ишемии на повседневную деятельность пациентов в данной группе, нежели в группе пациентов с ИМ, где период ишемических проявлений был непродолжительный (3 года в группе ССН против 6 месяцев в группе ИМ, при опросе учитывались субъективные данные начала симптомов ишемии по мнению самих пациентов). При этом, для получения объективных результатов ни факт пребывания в стационаре, ни наличие острого коронарного события при проведении опроса не учитывались.

Значение показателя PF, отражающего степень влияния физического состояния на возможность выполнения физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и др.) было значимо ниже у пациентов с ИБС (80 (60-96) – в группе ИМ, 75 (60-85) – в группе ССН, $p < 0,001$). Однако оно было выше, чем значения показателей RP и BP (75 (0-100) и 63 (46,5-84) – в группе ИМ; 62 (41-74) и 25 (0-50) – в группе ССН соответственно, $p < 0,001$). При этом значение показателя PF в группе пациентов с ССН было ниже, чем в группе пациентов с ИМ. Значение показателя GH, отражающего оценку пациентом состояния здоровья в настоящий момент, у пациентов с ИБС (53,5 (45-67) – в группе ИМ, 50 (45-65) – в группе ССН) значимо отличалось от значений в КГ ($p = 0,03$).

Из показателей, отражающих психологическое здоровье, наименьшими по сравнению с КГ были показатели: VT (55 (52,5-67) – группа ИМ, $p = 0,03$, 55 (45-65) – группа ССН, $p < 0,001$), отражающий степень утомляемости пациента и RE (85

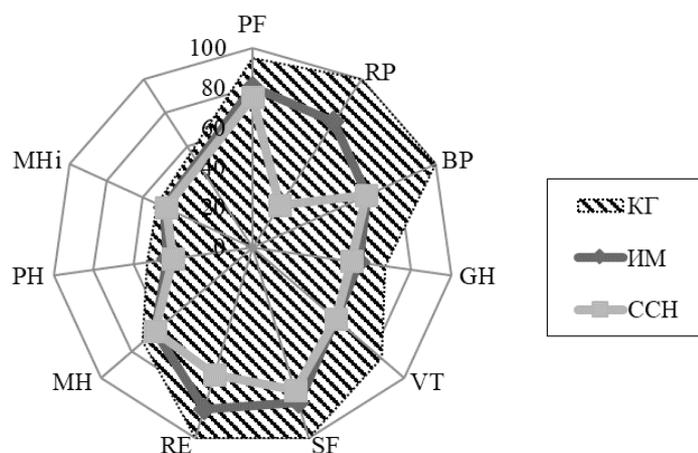


Рисунок 1 – Показатели качества жизни пациентов с различными формами ИБС в период госпитализации в стационаре.

(21,65-100) – группа ИМ, $p=0,047$, 66,7 (33,33-100) – группа ССН, $p=0,03$), оценивающий степень влияния эмоционального состояния на возможность выполнения работы или другой повседневной деятельности. Оба эти показателя были ниже у пациентов с ССН, чем в группе пациентов с ИМ. Такие показатели, как SF (81,25 (56,25-100) – группа ИМ, $p=0,276$, 75 (62,5-100) – группа ССН, $p=0,087$), характеризующий уровень социального общения, и МН (64 (58-72) – группа ИМ, $p=0,231$, 64 (52-76) – группа ССН, $p=0,056$), общий показатель положительных эмоций, отражающий настроение пациента, наличие у него депрессии, тревоги, статистически значимо не различались между собой в изучаемых группах. Интегральный показатель (МНi), позволяющий оценить психологический компонент здоровья (48,19 (41,97-59,13) – в группе ИМ, 47,15 (40,22-52,98) – в группе ССН), статистически значимо не различался между всеми исследуемыми группами ($p>0,05$).

Таким образом, при наличии ИБС значимо изменяются все параметры КЖ, что проявляется в снижении всех показателей физического компонента КЖ и его интегрального параметра, а также в снижении некоторых показателей психологического компонента КЖ.

Через год после выписки из стационара путем телефонного опроса было повторно определено КЖ с использованием опросника SF-36. Результаты представлены в таблице 2.

Данные таблицы 2 свидетельствуют об увеличении в той или иной степени (в среднем на 12-20%) всех показателей КЖ в обеих изучаемых группах, при этом выделяется среди прочих показатель RP, возросший более чем в 2,33 раза в группе пациентов с ССН. Стоит отметить, что по-

казатели КЖ в контрольной группе статистически значимо не изменились за 12 месяцев, что позволяет корректно сравнивать данные опытных групп спустя 1 год после проведенного интервенционного вмешательства с данными КГ.

Большинство исследуемых показателей достоверно увеличились через год и практически достигли значений контрольной группы (примерно 80-99% от значений в КГ), за исключением показателя BP, что можно объяснить постепенной адаптацией к повседневной физической активности (рис. 2). Стоит отметить, что показатели GH, VT, SF, RE в группе пациентов с ИМ оказались ближе к референтным значениям, чем аналогичные показатели в группе пациентов с ССН.

Приверженность пациентов к медикаментозной терапии в течение года после проведенного стентирования представлена в таблице 3.

По данным таблицы мы можем наблюдать, в целом, относительно высокую (более 78%) приверженность к терапии после интервенционного вмешательства.

Таким образом, стентирование коронарных артерий (по жизненным показаниям у пациентов с ИМ и исходя из тяжести коронарного атеросклероза у пациентов с ССН), наряду с последующей медикаментозной терапией, оказало положительный эффект на КЖ, показатели которого приблизились к т.н. «полному здоровью» пациентов с изучаемыми патологиями.

Обсуждение

Для количественной оценки КЖ используются общие и специфические опросники, разработанные экспертами ведущих мировых кли-

Таблица 2 – Изменения показателей КЖ спустя год после стентирования

Показатели качества жизни	Группа ИМ		Группа ССН		Контрольная группа	
	Темп изменения показателя спустя 1 год, %	p	Темп изменения показателя спустя 1 год, %	p	Темп изменения показателя спустя 1 год, %	P
PF	12,5	0,08	13,3	0,07	2,3	0,12
RP	13,3	0,009	233,2	0,001	-0,9	0,23
BP	26,9	0,04	19,35	0,018	1,6	0,19
GH	15,8	0,22	24	0,21	3,5	0,21
VT	36,4	0,04	18,2	0,07	5,4	0,13
SF	16,9	0,004	5,1	0,73	-2,8	0,44
RE	17,6	0,028	33,28	0,011	1,2	0,65
MN	12,5	0,024	18,75	0,011	2,1	0,11
PH	18,63	0,005	31,39	0,001	3,4	0,18
MNi	7,4	0,04	10,37	0,04	2,7	0,24



Рисунок 2 - Процент исследуемых показателей КЖ от значений показателей в КГ.

Таблица 3 – Приверженность пациентов к медикаментозной терапии согласно тесту Морински-Грина

Приверженность к терапии	Группа ИМ (n=23)	Группа ССН (n=52)
Высокая (3 балла и более)	19 (82,2%)	41 (78,8%)
Низкая (менее 3 баллов)	4 (17,8%)	11 (22,2%)

нических центров в соответствии с принципами доказательной медицины. По результатам заполнения пациентами данных опросников врач имеет представление не только о том, как протекает заболевание, но и о факторах, характеризующих жизнь пациента в быту. Каждый опросник составляется на основе следующих требований: он должен быть максимально простым и достаточно кратким, применимым в различных языковых и социальных культурах, обладать такими свойствами, как надежность, валидность и чувствительность [3].

Общие опросники применяются для оценки КЖ пациентов, страдающих теми или иными заболеваниями, однако золотым стандартом, в частности для пациентов с ИБС, является Short Form Medical Outcomes Study (SF-36) [4, 6]. Он отвечает всем критериям, предъявляемым к опросникам. Его преимуществом является широкая распространенность, простота проведения анкетирования и высокая валидность. SF-36 предназначен для изучения всех компонентов КЖ, в том числе связанных со здоровьем, и не является специфичным для возрастных групп, определенных заболеваний или схем лечения [4]. По данным MedLine за 2006 г., SF-36 используется в 95% научных исследований по изучению КЖ при различных заболеваниях [4]. Русская версия SF-36 валидирована Межнародным центром исследования КЖ г. Санкт-Петербурга, где подтвердилась её высокая надежность и чувствительность при получении популяционных данных показателей КЖ жителей г. Санкт-Петербурга [4].

Помимо статистических характеристик, данный опросник решает и некоторые другие задачи. Во-первых, он отражает и тяжесть патологии, и отношение пациентов к своему заболеванию. В проведенном исследовании наиболее низкими показателями были RP и BP в сравнении с данными КГ, что согласуется с результатами И.Е. Сагатова [7]. Однако не все параметры опросника были статистически значимо ниже по сравнению с КГ. В частности, это относится к показателю SF, то есть значимое влияние на социальную активность пациентов наличие ИБС не оказывает, что согласуется с данными И.Д. Беспаловой и соавт., где показатель SF был единственным показателем, не отличающимся ($p > 0,05$) от группы контроля [8]. При этом наиболее значительно были снижены показатели, отражающие физический компонент здоровья, что также согласуется с нашими данными. Полученные результаты при сравнении с соответствующим возрастом (45-65 лет), полом (мужским) и заболеванием (ССН, ИМ) сопоставимы по всем показателям КЖ с результатами A. Huber et al., где проводилась оценка КЖ пациентов с ССН, ИМ и хронической сердечной недостаточностью в 16 странах Европы и Северной Америки [9]. В частности, все показатели КЖ в изучаемых группах, в целом, были значимо ниже, чем в КГ, но при сравнении опытных групп оказалось, что все параметры были незначительно выше у пациентов с ИМ, чем у пациентов со ССН. Интегральный показатель физического здоровья был значимо ниже, чем интегральный показатель психологического

здоровья у всех пациентов с ИБС, но оба интегральных показателя оказались выше у пациентов с ИМ, чем у пациентов со ССН. Полученные результаты авторы объясняют зависимостью между продолжительностью действия ишемии и показателями КЖ, что согласуется с нашими данными, где у пациентов с ССН продолжительность ишемических изменений была дольше [9].

По литературным данным, реваскуляризация миокарда улучшает КЖ как по физическому, так и психологическому компонентам здоровья, при этом максимальный эффект наблюдается спустя 6-12 месяцев после вмешательства [10], что согласуется с полученными результатами. С другой стороны, с течением времени положительный эффект от стентирования может уменьшаться. Так, по данным E. Pinheiro de Melo и соавт. [10], показатели КЖ пациентов с ИБС через 6 месяцев после хирургического лечения были достоверно выше по всем компонентам, чем через 2 года, причем только 33% пациентов возобновили свою профессиональную деятельность и адаптировались к более здоровому образу жизни.

Во-вторых, при всей своей субъективности результаты опросника не зависят от мнения лечащего врача и иных медицинских работников, а также от родственников пациента. Соответственно, используя опросник SF-36, мы получаем максимально «объективные» данные о том, как пациент справляется со своим заболеванием.

В-третьих, формулируемые выводы на основе полученных результатов должны не только базироваться на значениях интегральных компонентов КЖ, но и учитывать значения каждого показателя, входящего в их состав. В частности, полученные результаты указывают на достоверное увеличение интегральных компонентов КЖ через год после стентирования в обеих изученных группах, однако не все показатели, входящие в эти интегральные компоненты, повышаются. Например, в группе пациентов с ИМ через год после проведенного стентирования максимально увеличился показатель VT, свидетельствующий о снижении утомляемости при физической нагрузке. С другой стороны, показатель «общее здоровье» (GH) имеет лишь тенденцию к достижению аналогичного значения в КГ, что, предположительно, связано с непродолжительностью наблюдения и малой мощностью набранной группы. В группе пациентов с ССН максимально увеличился показатель «ролевая деятельность» (RE), что отражает эмоциональное состояние пациента

и позволяет ему вернуться к полноценному выполнению определенных физических нагрузок (показатель RE возрос на 33%). С другой стороны, показатель «социальное функционирование» (SF) практически не увеличился ($p > 0,05$), что может свидетельствовать о неполной социальной адаптации на фоне наличия заболевания.

По данным В.В. Шумилина, наличие ПИКС не оказывает влияние на параметры КЖ у пациентов со ССН 2-3 ФК [11], что согласуется с полученными результатами (у пациентов с ССН с/без наличия ПИКС не отмечалось достоверных различий при сравнении всех показателей КЖ).

В-четвертых, показатели КЖ отражают результаты лечения в стационаре и на амбулаторном этапе, что подтверждается полученными результатами.

Заключение

1. У пациентов как с инфарктом миокарда, так и у пациентов со стабильной стенокардией напряжения все показатели качества жизни были значимо ниже по сравнению с контрольной группой, за исключением параметра «социальное функционирование» и интегрального параметра «психологическое здоровье».

2. Показатели «ролевая деятельность», «телесная боль», «социальное функционирование», «эмоциональное состояние», интегральные параметры физическое и психологическое статистически значимо увеличиваются у пациентов с инфарктом миокарда спустя 1 год после проведенного стентирования коронарных артерий. Показатели «ролевая деятельность», «телесная боль», «эмоциональное состояние», интегральные параметры «физическое здоровье» и «психологическое здоровье» статистически значимо увеличиваются у пациентов со стабильной стенокардией спустя 1 год после проведенного стентирования коронарных артерий.

Литература

1. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова ; под ред. Ю. Л. Шевченко. – 2-е изд. – М. : ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 320 с.
2. Кувшинова, Н. Ю. Оценка качества жизни больных ишемической болезнью сердца во взаимосвязи с эмоционально-личностными характеристиками / Н. Ю. Кувшинова // Изв. Самар. науч. центра Рос. акад. наук. – 2010. – Т. 12, № 3-2. – С. 397–401.
3. Кашкина, Н. В. Изучение показателей качества жизни у больных ИБС с использованием опросника SF-36

- [Электронный ресурс] / Н. В. Кашкина, Н. С. Боталов, Ю. Э. Некрасова // Междунар. студенч. вестн. – 2018. – № 5. – Режим доступа: <http://eduherald.ru/ru/article/view?id=18667>. – Дата доступа: 07.10.2019.
4. Евсина, О. В. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния здоровья пациента (обзор литературы) / О. В. Евсина // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2013. – № 1. – С. 119–133.
 5. Козловский, В. И. Приверженность к терапии у пациентов с артериальной гипертензией II степени. Обзор литературы и собственные данные / В. И. Козловский, А. В. Симанович // Вестн. ВГМУ. – 2014. – Т. 13, № 2. – С. 6–16.
 6. Нагибина, Ю. В. Медико-социальные особенности больных ишемической болезнью сердца и качество жизни / Ю. В. Нагибина, Л. А. Захарова // Рос. кардиол. журн. – 2017. – № 3. – С. 155–159.
 7. Сагатов, И. Е. Качество жизни пациентов с ишемической болезнью сердца: результаты опросника SF-36 / И. Е. Сагатов // Вестн. КазНМУ. – 2014. – № 4. – С. 432–433.
 8. Качество жизни больных гипертонической болезнью с метаболическим синдромом / И. Д. Беспалова [и др.] // Артериал. гипертензия. – 2012. – Т. 18, № 4. – С. 304–309.
 9. Huber, A. International SF-36 reference values in patients with ischemic heart disease / A. Huber, N. Oldridge, S. Hofer // Qual Life Res. – 2016 Nov. – Vol. 25, N 11. – P. 2787–2798.
 10. Погосова, Н. В. Качество жизни больных тремя формами ишемической болезни сердца: состояние проблемы, методы оценки, взаимосвязь с психологическим статусом и прогностическое значение / Н. В. Погосова, Ю. М. Юферева, О. Ю. Соколова // Профилактик. медицина. – 2015. – Т. 18, № 6. – С. 97–104.
 11. Шумилин, В. В. Оценка качества жизни больных стенокардией [Электронный ресурс] / В. В. Шумилин // Математ. морфология : электрон. математ. и мед.-биол. журн. – 2006. – Т. 5, № 4. – Режим доступа: <http://sgma.alpha-design.ru/MMORPH/N-12-html/shumilin.htm>. – Дата доступа: 07.10.2019.

Поступила 29.05.2019 г.

Принята в печать 27.09.2019 г.

References

1. Novik AA, Ionova TI; Shevchenko YuL, red. Guidelines for quality of life research in medicine. 2-e izd. Moscow, RF: OLMA Media Grupp; 2007. 320 p. (In Russ.)
2. Kuvshinova NYu. Assessment of the quality of life of patients with coronary heart disease in conjunction with emotional and personal characteristics. Izv Samar Nauch Tsentra Ros Akad Nauk. 2010;12(3-2):397-401. (In Russ.)
3. Kashkina NV, Botalov NS, Nekrasova YuE. The study of quality of life indicators in patients with coronary artery disease using the SF-36 questionnaire [Elektronnyi resurs]. Mezhdunar Studench Vestn. 2018;(5). Rezhim dostupa: <http://eduherald.ru/ru/article/view?id=18667>. Data dostupa: 07.10.2019. (In Russ.)
4. Evsina OV. Quality of life in medicine is an important indicator of a patient's health status (literature review). Lichnost' Meniaiuschchemsia Mire Zdorov'e Adaptatsiia Razvitie. 2013;(1):119-33. (In Russ.)
5. Kozlovskiy VI, Simanovich AV. Adherence to therapy in patients with grade II arterial hypertension. Literature review and proprietary data. Vestn VGMU. 2014;13(2):6-16. (In Russ.)
6. Nagibina YuV, Zakharova LA. Medical and social characteristics of patients with coronary heart disease and quality of life. Ros Kardiol Zhurn. 2017;(3):155-9. (In Russ.)
7. Sagatov IE. Quality of Life for Patients with Coronary Heart Disease: Results from the SF-36 Questionnaire. Vestn KazNMU. 2014;(4):432-3. (In Russ.)
8. Беспалова ID, Медыантсев YuA, Калыужин VV, Мурасhev BYu, Осиков IA. Quality of life of patients with hypertension with metabolic syndrome. Arterial Gipertenziia. 2012;18(4):304-9. (In Russ.)
9. Huber A, Oldridge N, Hofer S. International SF-36 reference values in patients with ischemic heart disease. Qual Life Res. 2016 Nov;25(11):2787-2798. doi: 10.1007/s11136-016-1316-4
10. Pogosova NV, Yufereva YuM, Sokolova OYu. The quality of life of patients with three forms of coronary heart disease: state of the problem, assessment methods, relationship with psychological status and prognostic value. Profilakt Meditsina. 2015;18(6):97-104. (In Russ.)
11. Shumilin VV. Assessment of the quality of life of patients with angina pectoris [Elektronnyi resurs]. Matemat Morfologiia Elektron Matemat Med-biol Zhurn. 2006;5(4). Rezhim dostupa: <http://sgma.alpha-design.ru/MMORPH/N-12-html/shumilin.html>. Data dostupa: 07.10.2019. (In Russ.)

Submitted 29.05.2019

Accepted 27.09.2019

Сведения об авторах:

Прудников А.Р. – м.н.н., аспирант кафедры внутренних болезней, Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет.

Information about authors:

Prudnikov A.R. – Master of Medical Sciences, postgraduate of the Chair of Internal Medicine, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University.

Адрес для корреспонденции: Республика Беларусь, 210009, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27, Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, кафедра внутренних болезней. E-mail: prudnikov92@yandex.ru – Прудников Александр Русланович.

Correspondence address: Republic of Belarus, 210009, Vitebsk, 27 Frunze ave., Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Chair of Internal Medicine. E-mail: prudnikov92@yandex.ru – Alexander R. Prudnikov.