

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Нагибина Ю. В., Захарова Л. А.

Статья посвящена обзору основных показателей, определяющих уровень и качество жизни (КЖ). Показана актуальность проблемы исследования КЖ у больных ишемической болезнью сердца как задача медико-социальной значимости. Делается вывод, что КЖ можно рассматривать, как достаточно надёжный показатель, оценивающий состояния больных, страдающих ишемической болезнью сердца, который может быть использован для повышения степени объективности оценки клинического состояния пациентов. Вместе с тем, выявляя медико-социальные особенности можно воздействовать на них, тем самым улучшая КЖ.

**Российский кардиологический журнал 2017, 3 (143): 155–159**

<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2017-3-155-159>

**Ключевые слова:** качество жизни, уровень жизни, оценка, показатели, здоровье.

ФГБОУ ВО Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И. М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия.

Нагибина Ю. В.\* — ассистент кафедры сестринского дела факультета ВСО и ПСР, Захарова Л. А. — ассистент кафедры сестринского дела факультета ВСО и ПСР.

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):  
nagibina80@mail.ru

АГ — артериальная гипертония, АД — артериальное давление, ИБС — ишемическая болезнь сердца, КЖ — качество жизни, ОКС — острые коронарные синдромы, СН — стенокардия напряжения, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания.

Рукопись получена 26.07.2016

Рецензия получена 06.09.2016

Принята к публикации 13.09.2016

## LIFE QUALITY, MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF CORONARY HEART DISEASE PATIENTS

Nagibina Yu. V., Zakharova L. A.

The article focuses on the review of the main parameters defining the standard and quality of life (LQ). An argument for importance provided of LQ assessment in patients with ischemic heart disease as a task of medical and social significance. A conclusion is done, that LQ can be treated as quite reliable parameter for assessment of patients condition with coronary heart disease, which can be applied for objectivity increase in clinical condition evaluation. Also, it is possible, having revealed medical and social specifics of patients, to influence them and improve LQ.

**Russ J Cardiol 2017, 3 (143): 155–159**

<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2017-3-155-159>

**Key words:** life quality, life standard, evaluation, health.

I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health, Moscow, Russia.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает ведущее место по своей медико-социальной значимости и влиянию на общую заболеваемость, нарушение трудоспособности, инвалидизацию во всех странах мира [1, 2]. Любой вид патологии можно рассматривать и с точки зрения необходимости в медицинской помощи, и с позиции социальной значимости. В связи с этим, заболевания системы кровообращения можно причислить к болезням, являющимся главными причинами смерти и приводящим к разнообразным жизненным ограничениям [3].

Социальные исследования показали, что такие условия жизни, как материальная обеспеченность, образование, размер жилой площади, доход, питание, отсутствие вредных привычек, доступности специализированной медицинской помощи и т.д., влияют на здоровье человека [4].

Следует указать, что медико-социальные особенности рассматривают, прежде всего, поведение человека вместе с демографическими, генетическими и экологическими факторами [5].

Мужской пол является фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Мужчины до 50–55 лет

более подвержены развитию стенокардии, чем женщины. Связано это с тем, что мужчины чаще курят и употребляют алкоголь, а также с особенностями гормонального фона женщин. При наступлении климакса у женщин процент заболеваемости становится примерно одинаковым. У мужчин риск ССЗ увеличивается после 45 лет, а у женщин — после 55 лет [6]. Следует также учитывать семейную предрасположенность к ССЗ. Значение наследственности в развитии коронарной болезни сердца хорошо известно: для людей, чьи родители или другие члены семьи имеют симптоматическую коронарную болезнь сердца, характерен повышенный риск развития заболевания. Увеличение относительного риска у лиц с отягощенной наследственностью может быть в 5 раз. Избыточный риск особенно высок, если развитие коронарной болезни сердца у родителей или других членов семьи произошло до 55-летнего возраста. Наследственность способствует развитию гипертонии, сахарного диабета, ожирения и, возможно, определенных структур поведения, приводящих к развитию заболевания сердца [7].

Большая часть медико-социальных особенностей связана с образом жизни. Около 60% трудоспособ-

ного населения нашей страны нуждается как минимум в диетическом и 15-20% в медикаментозном лечении, 75% случаев смерти от ИБС в мире происходят в странах с низким и средним уровнем дохода [8].

Среди работающих женщин после 55 лет, мужчин после 60 лет причинами продолжения работы после достижения пенсионного возраста назвали следующие: плохие материальные условия, желание продолжать работать, не хватало трудового стажа для получения пенсии по старости. Среди мотивов продолжения трудовой деятельности в пенсионном возрасте большое значение имеет материальная заинтересованность. Значительная доля лиц вынуждены были работать по причине плохих материальных условий (в 87,9% случаев). В качестве материальных мотивов также выступает обычно стремление иметь достаточный семейный бюджет, во многих случаях желание поддержать взрослых детей, имеющих семью [9].

Смертность от ССЗ сокращает общую продолжительность жизни населения с низким уровнем образования на 4,6 года по сравнению с населением с высшим образованием. По мнению некоторых авторов, указанные различия обусловлены тем, что лица с высшим образованием и более высоким социально-экономическим статусом семьи ведут более здоровый образ жизни, в связи с чем среди них наблюдается более низкая распространенность таких факторов риска, как артериальная гипертензия (АГ), избыточная масса тела, курение и употребление алкоголя [4].

Имеется большое число эпидемиологических обследований по изучению влияния курения на заболеваемость ИБС и смертность от неё. Показано, что в среднем продолжительность жизни снижается на 20 лет, а риск внезапной смерти увеличивается в пять раз у курящих лиц. Огановым Р.Г. приводятся данные о выживаемости за 20 лет мужчин в возрасте 40-59 лет: лица, выкуривающие 20 сигарет в день и больше, как установлено, через 20 лет умерли все, а среди тех, кто не курил, умерли только 50%. Внезапная смерть среди лиц, выкуривающих в течение дня пачку сигарет и больше, наблюдается в 5 раз чаще, чем среди некурящих [9].

Об осознании серьезных социально-экономических последствий курения свидетельствует присоединение России в 2008г к Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака [10].

Связь алкоголизма с развитием ИБС и другими неинфекционными заболеваниями общеизвестна. Чрезмерное употребление алкоголя оказывает вредное действие на сердечно-сосудистую систему и другие органы и системы. У лиц, употребляющих алкоголь в значительных количествах, повышается артериальное давление (АД), возникает предрасположенность к электрической нестабильности миокарда, что ведет к аритмогенному действию, возникает поражение

почек, печени, нервной системы, меняется характер питания, что приводит к возникновению дефицита витаминов группы В. Алкоголь влияет на психические характеристики и социальный статус. Чрезмерное употребление алкоголя ведет к увеличению общей и сердечно-сосудистой смертности, в особенности, смертности от инсульта [11].

В связи с необходимостью ежедневного приема пищи и огромной ролью этого процесса в жизнедеятельности организма, важно знать и соблюдать оптимальный рацион питания. Давно замечено, что высококалорийное питание с большим содержанием в пищевом рационе животных жиров является важнейшим фактором риска атеросклероза. Такой характер питания способствует развитию ожирения, нарушений углеводного и липидного обменов, которые лежат в основе формирования ИБС [12].

Многочисленные эпидемиологические исследования доказали, что уровень в плазме крови общего холестерина и холестерина липопротеинов низкой плотности имеет положительную связь с риском развития ИБС. Исчерпывающая характеристика нарушений липидного обмена является обязательным условием эффективной профилактики ССЗ, определяющих, по сути, прогноз жизни, трудоспособность и физическую активность в быту большинства людей преклонного возраста во всех экономически развитых странах [13].

Для снижения риска сердечно-сосудистых осложнений важно достигать целевого уровня АД менее 140/90 мм рт.ст. Путем активного выявления и регулярного лечения АГ можно снизить смертность от ИБС [14].

У лиц с избыточной массой тела система кровообращения работает с дополнительной нагрузкой, поскольку должна обеспечить кровоснабжение богатой кровеносными сосудами жировой ткани. В том числе, поэтому окружность талии более 80 см у женщин и более 94 см у мужчин является неблагоприятным фактором течения ССЗ. Люди, страдающие ИБС и перенесшие инфаркт миокарда, обязательно должны следить за массой тела, не допускать прибавления в весе, а при наличии ожирения принимать меры по снижению веса [15]. Гиподинамия или недостаточная физическая активность представляет собой важную медико-социальную особенность. Благоприятное влияние физической нагрузки объясняется снижением массы тела, АД, улучшением метаболизма глюкозы, снижением уровня атерогенных липидов. Физические упражнения являются также важным фактором вторичной профилактики ИБС, так как способствуют нормализации липидного обмена и оказывают положительное влияние на состояние коронарных артерий — задерживают прогрессирование атеросклеротического процесса и даже вызывают его обратное развитие [16].

Сахарный диабет является независимым фактором риска ССЗ как у мужчин, так и у женщин, риск сердечно-сосудистых осложнений и смертности при сахарном диабете в 2-5 раз превышает популяционный даже при отсутствии классических факторов риска, таких как АГ и курение. Наличие сахарного диабета 2 типа значительно отягощает течение ИБС как в острый период инфаркта миокарда, так и в постинфарктном периоде. Тщательный контроль сахара крови, соблюдение диеты и следование рекомендациям эндокринолога значительно улучшает течение сахарного диабета и уменьшает вероятность осложнений, в том числе и сердечно-сосудистых катастроф [17].

Рост психосоциального стресса сопровождается повышением уровня эмоциональной напряженности, тревожности, которая повышается после перенесенной психической травмы, при острых и хронических соматических заболеваниях и при нервно-психических заболеваниях. Таким образом, выраженность тревоги и уровень тревожности, отражающие степень неблагополучия личности, могут быть своеобразным маркером хронического психологического стресса [18].

Вместе с тем в последние годы широко изучается такой показатель, как качество жизни (КЖ), который позволяет оценивать состояние пациента не только с позиции болезни, но и в целом.

КЖ может являться важным показателем системы здравоохранения, а также мерой результатов лечения больных, поскольку оценивается не только тяжесть патологического процесса, но и то, как пациент переносит свое заболевание и оценивает оказанную ему медицинскую помощь [19].

Показатели КЖ могут использоваться не только для оценки состояния здоровья населения, эффективности деятельности организаций, дополняя такие традиционные индикаторы, как заболеваемость, смертность, но как инструмент для дополнительного анализа работы медицинских организаций [20].

Оценка КЖ, изучение его сущности, накопление о нем необходимой научной информации стало актуальной проблемой, имеющей высокую общественную и государственную значимость. Исследователи в области КЖ считают, что понятие КЖ должно включать все аспекты человеческого существования и предлагают следующую структуру КЖ, состоящую из оценки: здоровья населения, качества образования, качества природной среды, духовности [21].

Наиболее распространенной трактовкой КЖ является социологическая характеристика, выражающая качество удовлетворения материальными и культурными потребностями людей, включая качество питания, одежды, комфорт жилища, качество здравоохранения, уровень образования, качество сферы обслуживания, качество окружающей среды, уровень

досуга, удовлетворение в общении, занятиях, творческом труде. Психологическим индикатором КЖ является степень удовлетворенности разными сферами жизни и положительная согласованность с психикой, адекватностью личности [22].

Анализ научной литературы по проблеме КЖ показывает, что многообразие определений основывается на двух подходах: объективной и субъективной оценке условий существования. Различие интерпретаций понятия КЖ свидетельствует о склонности исследователей понимать под данным термином некую комплексную характеристику, интегральный показатель, характеризующий степень развития и полноту удовлетворения всего комплекса потребностей и интересов личности [23]. Считается, что понятие КЖ объединяет показатели не менее чем четырёх разных, но взаимосвязанных друг с другом областей:

1. физической (физическое самочувствие — комбинация проявлений здоровья и/или болезни);
2. функциональной (функциональные возможности — способность человека осуществлять деятельность, обусловленную его потребностями, амбициями и социальной ролью);
3. эмоциональной (эмоциональное состояние двуполярной направленности с соответственно противоположными результатами в виде благополучия или дистресса);
4. социальным статусом (уровень общественной и семейной активности, включающий отношение к социальной поддержке, поддержание повседневной активности, работоспособности, семейные обязанности и отношения с членами семьи, сексуальность, коммуникация с другими людьми [24].

Понятие “КЖ, связанное со здоровьем”, позволяет дать глубокий и многоплановый анализ физиологических, психологических, эмоциональных и социальных проблем больного человека. Следовательно, КЖ, связанное со здоровьем, можно рассматривать как интегральную характеристику физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанную на его субъективном восприятии [25].

В медицинской практике понятие КЖ используется в различных целях: для оценки эффективности различных методов современной клинической медицины и реабилитационных технологий, оценки степени тяжести состояния больного и определения прогноза заболевания. КЖ является дополнительным критерием при подборе индивидуальной терапии и экспертизе трудоспособности, анализе соотношения затрат и эффективности медицинской помощи, медицинском аудите. Исследование КЖ больных с сердечно-сосудистой патологией позволяет: оценить влияние заболевания на физическое, психологическое и социальное функционирование больного; оценить

эффективность конкретно используемого лекарственного препарата, метода лечения и лечения в целом; судить о прогнозе течения и исхода заболевания [26].

Понятие КЖ предполагает поддержание такого состояния, которое обеспечивало бы каждому члену общества, в том числе и пожилым людям, оптимальный физический, психологический и социальный комфорт, даже независимо от результатов лечения. На КЖ влияет и то, что не работающие пациенты в сравнении с лицами трудоспособного возраста имеют существенно меньшие финансовые ресурсы и социальную поддержку (о возможностях которой они к тому же ещё и могут не иметь адекватной информации или за счёт снижения мобильности лишаются способности обращения за ней). Поэтому основной задачей организаций, оказывающих медико-социальную помощь, является поддержание удовлетворительного КЖ больных, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию, и обеспечение защиты гарантированных государством прав на медицинское и социальное обслуживание [27].

Повышение внимания к КЖ отражает тенденцию отношения общества к человеку как к целостной личности. По мнению многих исследователей, особенность и ценность идеи исследования КЖ состоит в том, что именно она открывает возможности оценки эффективности не только медицинской технологии (вмешательства), медико-социальных программ, но и функционирования здравоохранения как системы через субъективную оценку населением состояния своего здоровья и его влияния на общее КЖ [28].

Методики и опросники, используемые для оценки КЖ больных с ССЗ, разделяются на общие и специфические (т.е. специальные опросники для оценки КЖ больных стабильной ИБС, больных ИБС после острых коронарных синдромов, больных с сердечной недостаточностью) и т.д. В настоящее время “золотым стандартом” общих методик оценки КЖ больных с патологией системы кровообращения считается опросник MOS SF-36 [26]. К наиболее используемым в России общим опросникам, предназначенным для изучения КЖ относится SF-36, его преимуществом является широкая распространенность, простота проведения анкетирования и высокая валидность. Опросник SF-36 разработан в Центре изучения медицинских результатов в США в 1992г Ware JE и Sherbourne CD и соответствует минимальным психометрическим стандартам, необходимым для групповых сравнений. Он предназначен для изучения всех компонентов КЖ, в том числе связанных со здоровьем и не является специфичным для возрастных групп, определенных заболеваний или схем лечения [29].

В 1998г российскими исследователями межнационального центра исследования КЖ была создана русскоязычная версия опросника SF-36, которая обла-

дает надежными психометрическими свойствами и является приемлемой для проведения популяционных исследований КЖ в России и странах СНГ [30].

Опросник SF-36 состоит из 36 пунктов, которые сгруппированы в 8 шкал, при этом каждый пункт включен только в одну шкалу: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где “100” составляет полное здоровье. Все шкалы формируют два компонента — психологический и физический, а также дают общую оценку всего КЖ. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ [31].

В течение многих лет КЖ больных стенокардией напряжения оценивали путем определения числа приступов стенокардии в сутки, количества потребляемых таблеток нитроглицерина для их купирования и показателей физической работоспособности (по результатам проб с дозированной физической нагрузкой). С 1994г создано несколько специализированных опросников для оценки КЖ при стенокардии напряжения. К ним относятся Сиэтлский опросник для стенокардии (Seattle Angina Questionnaire — SAQ), Кардиологический профиль здоровья (Cardiac Health Profile), КЖ при стенокардии (Angina Pectoris Quality of life Questionnaire-0 — APAG). На практике показаны валидность, надежность и чувствительность этих опросников [26]. Самым широко используемым и распространенным в настоящее время в мировой кардиологической практике является специализированный опросник КЖ для больных стенокардией “Сиэтлский опросник для стенокардии”, состоящий из 19 пунктов и охватывающий следующие показатели КЖ: ограничение физической активности, тяжесть стенокардии, стабильность течения стенокардии, удовлетворенность лечением, восприятие болезни и итоговый показатель КЖ. Показатели шкал опросника хорошо коррелируют с функциональным состоянием пациентов и показателями шкал других проверенных опросников, хорошо зарекомендовавших себя [32].

Изучение аспектов КЖ у больных, страдающих сердечно-сосудистой патологией, в настоящее время представляет большой научный и практический интерес для оценки эффективности проводимых диагностических, лечебных и профилактических мероприятий. Показатели КЖ, так же, как и характеристики картины заболевания, изменяются во времени в зависимости от состояния больного, что позволяет осуществить мониторинг проводимого лечения и в случае необходимости — его коррекцию. Вместе с тем, выявляя медико-социальные особенности, можно воздействовать на них, тем самым улучшая КЖ.

## Литература

- Sorokin LA, Maksimenko KN. Strategy of a coping with a stress in formation of risk of an adverse course of coronary heart disease at women. *Klinicheskaya I meditsinskaya psikhologiya: issledovaniya, obuchenie, praktika: elektronniy nauchniy journal* 2014; 3 (5): 11-5. Russian (Сорокин Л.А., Максименко К.Н. Стратегии совладания со стрессом в формировании риска неблагоприятного течения ишемической болезни сердца у женщин. Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электронный научный журнал 2014, 3 (5):11-5).
- Oganov RG. Demographic tendencies in the Russian Federation: contribution of diseases of the blood circulatory system. *Cardiovascular Therapy and Prevention* 2012; 11: 1: 5-10. Russian (Оганов Р.Г. Демографические тенденции в Российской Федерации: вклад болезней системы кровообращения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2012, 11: 1: 5-10).
- Oganov RG. All-Russian educational event "Health of heart" large-scale preventive project. *Profilakticheskaya meditsina* 2010; 3: 3-5. Russian (Оганов Р.Г. Всероссийская образовательная акция Здоровье сердца, масштабный профилактический проект. Профилактическая медицина 2010, 3: 3-5).
- Gerasimova LI, Shuvalova NV, Tiurnikova SR. The social and economic importance of incidence and death rate from blood circulatory system diseases (the overview of literature). *Journal HealthCare of Chuvashia* 2013; 2. Russian (Герасимова Л.И., Шувалова Н.В., Тиурникова С.Р. Социально-экономическая значимость заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения (обзор литературы). *Здравоохранение Чувашия* 2013, 2).
- Shuvalova NV. Social aspects of incidence of blood circulatory system diseases. *Aspirantskiy vestnik of the Volga region* 2012; 5: 271-4. Russian (Шувалова Н.В. Социальные аспекты заболеваемости болезнями системы кровообращения. *Аспирантский вестник Поволжья* 2012, 5: 271-4).
- Moskalenko IV. Risk factors for cardiovascular disease. <http://vmoskalenko.ru/factory-riska-razvitiya-serdechno-sosudistykh-zabolevaniy.html> (11 March 2015).
- Aronson F. *Naglyadnaya kardiologiya*. M.: GEOTAR-Media 2011; 120. Russian (Аронсон Ф. *Наглядная кардиология*. М.: ГЭОТАР-Медиа 2011, 120).
- Arutunov UA. Organizational and methodical aspects of risk management of clinical diagnostic mistakes in case of dynamic supervision of patients with blood circulatory system diseases. *Problemy upravleniya zdoravookhraneniem* 2010; 60-5. Russian (Арутюнов Ю.А. Организационно-методические аспекты управления рисками клинико-диагностических ошибок при динамическом наблюдении пациентов с болезнями системы кровообращения. *Проблемы управления здравоохранением* 2010, 60-5).
- Lavinskaya LI, Chernykh EA, Lavinskaya TA. The social and hygienic characteristic of able-bodied population with cardiovascular pathology. *International Research Journal* 2015; 7: 32-4. Russian (Лавинская Л.И., Черных Е.А., Лавинская Т.А. Социально-гигиеническая характеристика трудоспособного населения с сердечно-сосудистой патологией. *Международный научно-исследовательский журнал* 2015; 7: 32-4).
- The federal law from 24 April 2008 No. 51-FZ About accession of the Russian Federation to the WHO framework convention on fight against tobacco. *Rossiyskaya gazeta* 2008; 4651. Russian (Федеральный закон от 24.04.2008 г. № 51-ФЗ о присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака. *Российская газета* 2008, 4651).
- Storozhakova GI, Gorbachenkova AA. Management on cardiology: *Rukovodstvo po kardiologii: uchebnoe posobie* 2008; 1: 672. Russian (Сторожакова Г.И., Горбаченкова А.А. *Руководство по кардиологии: Учебное пособие*. 2008, 1: 672).
- Kriukov NN, Nikolaevskiy EN, Polyakov VP. Coronary heart disease (modern aspects of clinic, diagnostics, treatment, prophylaxis, medical aftertreatment, examination). *Monograph*. Samara 2010; 651. Russian (Крюков Н.Н., Николаевский Е.Н., Поляков В.П. Ишемическая болезнь сердца (современные аспекты клиники, диагностики, лечения, профилактики, медицинской реабилитации, экспертизы). *Монография*. Самара 2010, 651).
- Komissarenko IA. Correction of a dyslipidemia in practice of the therapist: method. management: for therapists, gastroenterologists, cardiologists, students of advanced training, graduate students and students of medical institutes. *Moscow: Prima Print*. 2014; 64. Russian (Комиссаренко И.А. Коррекция дислипидемии в практике терапевта: метод. руководство: для врачей-терапевтов, гастроэнтерологов, кардиологов, слушателей курсов повышения квалификации, аспирантов и студентов ст. курсов мед. институтов. Москва: Прима Принт. 2014, 64).
- Adonina L. School of a hypertension. Principles of treatment of arterial hypertension. <http://medpnz.ru/page.php?id=324> (24 February 2009).
- Chukaeva II, Orlova NV, Kislyak OA, et al. Schools of health for patients with cardiovascular diseases. Education guidance. M.: GOU VPO RGMU 2011; 149. Russian (Чукаева И.И., Орлова Н.В., Кисляк О.А., и др. Школы здоровья для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Учебное пособие. М.: ГОУ ВПО РГМУ 2011, 149).
- Gaydarov LF, Lazareva GU, Leonkin VV, et al. The reference book on rehabilitation after diseases. EKSMO 2008. Russian (Гайдаров Л.Ф., Лазарева Г.Ю., Леонкин В.В., и др. *Справочник по реабилитации после заболеваний*. ЭКСМО 2008, 104).
- Tregubenko EV, Klimkin AS. The course of coronary heart disease in patients with type 2 diabetes. ID *Akademizdat*. 2015; 7: 26-9. Russian (Трегубенко Е.В., Климкин А.С. Особенности течения ишемической болезни сердца у больных сахарным диабетом 2 типа. ИД Академиздат. 2015, 7: 26-9).
- Ibatov AD. The impact of anxiety disorders on the course of coronary heart disease. *Russian Medical Journal* 2007; 20: 1443-9. Russian (Ибатов А.Д. Влияние тревожных расстройств на течение ишемической болезни сердца. *Русский медицинский журнал* 2007, 20: 1443-9).
- Macko RF. Adaptive physical activity improves mobility function and quality of life in chronic hemiparesis. *Res. Dev.* 2008; 45: 2: 323-28.
- Belousov DU. The quality of life connected with health of children: review of literature. *Good clinical practice* 2008; 2: 28-38. Russian (Белоусов Д.Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем детей: обзор литературы. *Качественная клиническая практика* 2008, 2: 28-38).
- Baranov AA, Albitskiy VU, Vinyarskaya IV. Studying of quality of life in pediatrics. *Sotsialnaya pediatriya* 2010; 10. Russian (Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Винярская И.В. Изучение качества жизни в педиатрии. *Социальная педиатрия* 2010, 10).
- Rubanova EU. Theoretical aspects of quality of life in the context of health psychology. *Electronic scientific journal Scientists notes PNU* 2014; 5: 3: 108-15. Russian (Рубанова Е.Ю. Теоретические аспекты качества жизни в контексте психологии здоровья. *Электронное научное издание Ученые заметки ТОГУ* 2014, 5: 3: 108-15).
- Kovalenko SN. The quality of life of patients with hospital infection: a guide for physicians — infectious diseases and clinical psychologists. Spb. 2010; 152. Russian (Коваленко С.Н. Качество жизни больных инфекционного стационара: Рук. для врачей — инфекционистов и клин. психологов. СПб. 2010, 152).
- Petrov AV. The age aspect of the quality of life in women with type 2 diabetes. *Klinicheskaya gerontologiya* 2010; 5/6: 22-6. Russian (Петров А.В. Возрастной аспект качества жизни у женщин с сахарным диабетом типа 2. *Клиническая геронтология* 2010, 5/6: 22-6).
- Nenarokomov AU, Speranskiy DL, Arevshatov EV, et al. The modern concept of quality of life research in oncology. *Fundamental research* 2012; 20-2. Russian (Ненарокомов А.Ю., Сперанский Д.Л., Аревшатов Э.В. и др. Современная концепция исследования качества жизни в онкологии. *Фундаментальные исследования* 2012, 20-2).
- Pogosova NV, Baychorov IH, Iufereva UM, et al. The quality of life of patients with cardiovascular disease: current status of the problem. *Kardiologia* 2010; 4: 66-12. 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: 66-12).
- Malykhin FT. The quality of life caused by a state of health of persons of advanced and senile age (the review of literature). *Good clinical practice* 2011; 1: 11-18. Russian (Мальхин Ф.Т. Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста (обзор литературы). *Качественная клиническая практика* 2011, 1: 11-18).
- Protsenko AS, Abishev RE. Current trends of an efficiency evaluation of medical care through criterion of quality of life. *Sovremennaya meditsina: aktualnye voprosy: The collection of articles on materials LI international scientific and practical conference*. Novosibirsk: Sibac 2012. Russian (Проценко А.С., Абишев Р.Э. Современные тенденции оценки эффективности медицинской помощи через критерий качества жизни. *Современная медицина: актуальные вопросы: сб. ст. по матер. V междунар. науч.-практ. конф.* Новосибирск: СибАК 2012).
- Demin AV, Moroz TP, Volova AA. Age features of quality of life at women of 60-79 years. *Molodoy ucheniy* 2014; 20: 55-7. Russian (Демин А.В., Мороз Т.П., Волова А.А. Возрастные особенности качества жизни у женщин 60-79 лет. *Молодой ученый* 2014, 20: 55-7).
- Demin AV. Features of quality of life at men of 65-89 years depending on postural stability and instability. *Molodoy ucheniy* 2011; 9: 241-4. Russian (Демин А.В. Особенности качества жизни у мужчин 65-89 лет в зависимости от постральной стабильности и нестабильности. *Молодой ученый* 2011, 9: 241-4).
- Danilov AN. Monitoring the quality of life of the population using a questionnaire sf-36 as a leading indicator predicting the epidemiological situation of tuberculosis. *The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine* 2015; 8: 3-15. Russian (Данилов А.Н. Мониторинг качества жизни населения с помощью опросника sf-36 как опережающий индикатор прогнозирования эпидемиологической обстановки по туберкулезу. *Вестник современной клинической медицины* 2015, 8: 3-15).
- Minakov EV, Kudashova EA. Quality of life of patients with coronary heart disease and alarming and depressive disorders. *Nauchno-meditsinskiy vestnik central Chernozem region* 2008; 32: 59-62. Russian (Минаков Э.В., Кудашова Е.А. Качество жизни пациентов с ишемической болезнью сердца и тревожно-депрессивными расстройствами. *Научно-медицинский вестник центрального Черноземья* 2008, 32: 59-62).