

Качество жизни и типы отношения к болезни у пожилых пациентов с артериальной гипертензией

Хромцова О.М., доцент, заведующая кафедрой внутренних болезней №4 ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Росздрава», г. Екатеринбург
Оранский И.Е., профессор ФГУН «Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промышленных предприятий», г. Екатеринбург

Quality of life and the type of patients' attitude to disease in the elderly with arterial hypertension

Khromtsova O.M., Oranskiy I.Ye.

Резюме

Гипертоническая болезнь (ГБ) – одна из важнейших проблем современной медицины. Психологические особенности больных ГБ влияют на течение заболевания, частоту обострений, регулярность выполнения врачебных рекомендаций, эффективность лечения и на качество жизни (КЖ) больных. Цель исследования – изучить особенности качества жизни во взаимосвязи с типами отношения к болезни у пожилых пациентов с ГБ. Обследовано 205 пожилых больных ГБ и 100 здоровых аналогичного возраста. При ГБ средние показатели КЖ у пожилых по всем шкалам достоверно ниже, чем у здоровых. Больные с высшим образованием более адаптированы к своему заболеванию и настроены на лечение и благоприятный прогноз. Группа пожилых больных ГБ неоднородна по типам отношения к болезни. У 74,7% пациентов выявляются дезадаптивные типы, чаще у женщин. У таких больных, находящихся в состоянии хронического стресса, достоверно хуже показатели качества жизни, особенно у людей со средним образованием и у одиноких, что диктует необходимость не только проведения антигипертензивной фармакотерапии для успешного лечения, но и коррекцию психологических нарушений, а также активную санитарно-просветительскую работу по информированию населения о заболевании.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, качество жизни, типы отношения к болезни

Summary

Essential arterial hypertension is one of the most important problems of modern medicine. Psychological characteristics influence the disease progressing, frequency of exacerbations, regular following the doctor's recommendations, treatment effectiveness and the patients' quality of life. The aim of the study is to evaluate the quality of life and its relations with the types of patients' attitude to disease in the elderly with arterial hypertension. 205 elderly patients with arterial hypertension and 100 healthy elderly people took part in the investigation. Essential arterial hypertension influences not only physical ability but mostly mental scale worsening patients' quality of life. Patients with higher education were better adapted to their disease and expected good prognosis. The group of patients with hypertension was heterogeneous in the types of attitude to disease. Disadaptive types prevailed in 74,7% of elderly patients, more frequent in women. Such patients suffering chronic stress had the worst quality of life, especially those who have had secondary education and have been single. It is essential to set trustful relations between a patient and a doctor, to evaluate the psychological type of patient's attitude to disease. Medical education of patients provided in psychological comfort conditions is the crucial point of treatment. It is important to form and support the aspiration for positive changes in patients mode of life and for prolonged antihypertensive therapy.

Key words: essential arterial hypertension; quality of life, type of patient's attitude to disease.

Введение

Развитие гипертонической болезни (ГБ) детерминировано множеством взаимодействующих факторов: от генетической предрасположенности до социальных условий окружающей среды. В рамках психосоматического подхода к изучению патогенеза ГБ была показана роль психогенных факторов в возникновении и течении заболевания, так как одним из механизмов повышения артериального давления (АД) является нарушение психофи-

Ответственный за ведение переписки -
Хромцова Оксана Михайловна,
г. Екатеринбург, ул. Индустрии, 38-46
тел: 89122834319
e-mail : oksanamed7@yandex.ru

зиологической саморегуляции [1,2,3]. Психологические особенности больных ГБ влияют не только на выраженность реакции организма в стрессовой ситуации, но и на течение заболевания, частоту обострений, регулярность выполнения врачебных рекомендаций, эффективность лечения, а в итоге, на качество жизни (КЖ) больных.

Наличие неврозоподобных расстройств, наблюдающееся у 60 – 80% больных ГБ, отрицательно сказывается на течении заболевания, является одной из причин снижения работоспособности, требует особого подхода к лечению и реабилитации больных [1, 4, 5]. Факторы, влияющие на качество лечения и приверженность больных к терапии ГБ, во многом связаны с особенностями психологии людей, а также с уровнем санитарной культуры населения и наличием доверительных отношений между врачом и пациентом [6,7,8].

Медицинские аспекты КЖ включают влияние самого заболевания, наступающее в результате болезни ограничение функциональной способности, что особенно значимо у пожилых людей, а также воздействие лечения на повседневную жизнедеятельность больного. Собственно «качество жизни» определяется прежде всего жалобами больного, его функциональными возможностями, восприятием жизненных изменений, связанных с заболеванием, уровнем общего благополучия, общей удовлетворенностью жизнью. Традиционное медицинское заключение, сделанное врачом, и оценка КЖ, данная самим больным, составляют полную и объективную характеристику состояния здоровья пациента [9,10].

Цель исследования – изучить особенности качества жизни во взаимосвязи с типами отношения к болезни у пожилых пациентов с ГБ.

Материалы и методы

В течение полугода нами проводится наблюдение за 205 пожилыми больными ГБ, составившими основную группу, на базе городской больницы №7 г. Екатеринбург.

В контрольную группу вошли 100 пожилых людей, не страдающих артериальной гипертензией и другими тяжелыми соматическими заболеваниями, которые могли бы повлиять на качество их жизни. Клинико-демографическая характеристика групп представлена в таблице 1. Изучаемые группы больных были сопоставлены по полу и возрасту, социальному составу.

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, тяжелая хроническая сердечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность);
- тяжелые нарушения сердечного ритма и проводимости;
- симптоматические артериальные гипертензии,
- наличие других сопутствующих тяжелых соматических заболеваний, которые могут повлиять на КЖ (ИБС, сахарный диабет и т.д.).

Для изучения КЖ у больных ГБ была использована русская версия опросника 36-Item Health Survey (SF-36) [10, 11], 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:

43 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) –

Таблица 1. Характеристика группы больных гипертонической болезнью и здоровых

Показатель	Основная группа (n=205)	Контрольная группа (n=100)	p
Возраст, годы (M±σ)	65,3±3,2	64,8±4,6	>0,05
Мужчины / женщины	84 / 121	43 / 57	>0,05
Образование:			
высшее	52	32	>0,05
среднее специальное	148	65	>0,05
незаконченное среднее	5	3	>0,05
Семейное положение:			
состоящие в браке	138	61	>0,05
не состоящие в браке	67	39	>0,05
Работающие, %	23,9	25,0	>0,05
Длительность ГБ, годы (M±σ)	15,0±10,2	-	-
Регулярное лечение до начала наблюдения, %	12,2	-	-
Курение, %	20,5	22,0	>0,05
Систолическое АД,	147,7±16,8	126,5±11,6	<0,001
Диастолическое АД,	83,1±10,9	74,9±5,8	<0,001
мм рт.ст. (M±σ)			
Степень тяжести ГБ: 1-я	73 / 35,6	-	-
абс / %			
2-я	92 / 44,9		
3-я	40 / 19,5		

Примечание. p – достоверность различий между показателями основной и контрольной групп

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).

Для оценки личностного реагирования на болезнь использовался психодиагностический тест Л.И.Вассермана и Б.В.Иовлева [12], разработанный в Психоневрологическом НИИ им. В.М.Бехтерева с целью диагностики типов отношения к болезни и других связанных с нею личностных отношений у больных хроническими соматическими заболеваниями и интерпретируемый терапевтом. Диагностируется сложившийся под влиянием болезни паттерн отношений к самой болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе, одиночеству и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит). Опросник позволяет получить оценки по 12 шкалам, каждая из которых соответствует одному из типов отношения к болезни. Шкалы гармонического (Г), эргопатического (Р) и анозогнозического (З) отношения к болезни отражают типы реагирования, характеризующиеся незначительной социальной дезадаптацией больно-

го в связи с заболеванием. Деадаптивные типы реагирования интрапсихической направленности отражают шкалы тревожного (Т), ипохондрического (И), неврастенического (Н), меланхолического (М) и апатического (А) отношения к болезни, а деадаптивные типы реагирования интерпсихической направленности – шкалы сенситивного (С), эгоцентрического (Э), паранойяльного (П) и дисфорического (Д) отношения к болезни. Также выявляли смешанные варианты (См).

Для оценки уровня АД использовался традиционный метод его «офисного» измерения [7].

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 $M \pm \sigma$. Различия между показателями считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Как видно из таблицы 2, в группе больных ГБ средние показатели КЖ, как в физической, так и в ментальной сферах, были достоверно ниже, чем у здоровых. У пожилых пациентов с ГБ значительно возросло количество проблем, связанных с физической активностью, которые сами больные во многом связывали с естественным процессом старения организма, а не только с наличием заболевания. Этим пациентов часто беспокоили болевые ощущения (головные боли, кардиалгия) – у 178 больных (86,8%). Большинство пациентов (80,4%) оценивали свое общее здоровье как «плохое» ($\chi^2 = 11,08, p < 0,01$ в сравнении со здоровыми), надежду на его улучшение, тем не менее, отметила почти половина больных (48%).

У пожилых достоверно ниже были все показатели ментальной сферы КЖ. Около 1/3 больных (30,7%) указывали на усталость, уменьшение или отсутствие внутренней энергии, а 2/3 пациентов (66,8%) страдали от дефицита общения с родственниками и друзьями и связывали его с наличием ГБ. В связи с этим оказался очень низким средний показатель РЭФ, более 1/3 пациентов (38,0%) указывали в анкетах на наличие выраженного ощущения тревоги и беспокойства в связи с болезнью и депрессивный настрой в плане прогноза течения заболевания. Лишь 34 больных (16,6%) считали себя счастливыми людьми, ведущими полноценную спокойную жизнь.

Гендерный анализ не выявил достоверных различий в показателях КЖ у пожилых мужчин и женщин.

Таблица 2. Средние показатели КЖ у пожилых больных ГБ и здоровых ($M \pm \sigma$)

Показатель	Основная группа (n=205)	Контрольная группа (n=100)	p
ФФ	43,3±6,1	49,4±8,9	<0,001
РФФ	41,4±9,3	46,7±10,9	<0,001
Б	40,3±7,7	50,3±9,2	<0,001
ОЗ	39,8±7,9	48,3±10,0	<0,001
Ж	41,3±7,5	47,1±9,9	<0,001
СФ	40,8±8,1	44,7±9,1	<0,01
РЭФ	39,8±10,2	45,1±11,5	<0,001
ПЗ	42,0±7,3	47,7±9,6	<0,001

Примечание. p – достоверность различий между показателями основной и контрольной групп

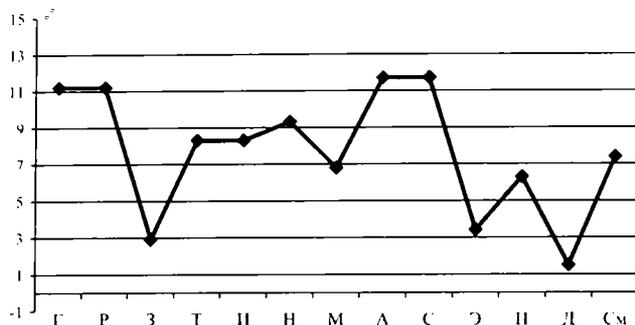


Рис. 1. Распределение типов отношения болезни в группе пожилых больных ГБ

Нами было проведено сопоставление показателей КЖ у пациентов с ГБ в зависимости от уровня образования. Больных ГБ со средним образованием достоверно чаще беспокоили болевые ощущения ($38,1 \pm 7,1$ против $42,9 \pm 7,6$ ед. у пациентов с высшим образованием, $p < 0,01$), и показатель общего восприятия здоровья оказался ниже ($37,5 \pm 6,9$ против $41,8 \pm 7,0$ ед., $p < 0,01$). 93 больных ГБ со средним образованием (45,4%) субъективно воспринимали предшествующее и настоящее состояние здоровья как «плохое» и скептически оценивали перспективы его улучшения. Напротив, среди больных с высшим образованием такая характеристика своего здоровья встречалась только у 16 человек (30,7%) ($\chi^2 = 3,98$, $p < 0,05$).

Из компонентов ментальной сферы достоверно различался только показатель социального функционирования, который оказался ниже также у больных ГБ со средним образованием ($39,1 \pm 7,8$ против $40,8 \pm 8,1$ ед., $p < 0,05$). Большинство из них (85 человек – 57,4%) указывали на проблемы при профессиональном общении, 1/3 отмечала трудности общения с семьей, друзьями и родственниками из-за болезни. Среди больных с высшим образованием аналогичные трудности возникали только у 11 человек (21,1%), $\chi^2 = 4,03$, $p < 0,05$.

Представляется интересным сопоставить КЖ больных ГБ в зависимости от их семейного положения. В основной группе из 205 человек 138 состояли в браке, 67 человек были одиноки (не состояли в браке, были в разводе или вдовствовали). Больные ГБ, не состоящие в браке, испытывали больше ограничений физической активности (РФФ $40,3 \pm 7,2$ против $42,0 \pm 6,8$ ед., $p < 0,05$), а также имели больше эмоциональных проблем (РЭФ $39,0 \pm 7,7$ против $40,7 \pm 7,9$ ед., $p < 0,05$). Пациенты с ГБ, не состоящие в браке, в равной мере мужчины и женщины, испытывали достоверно больше отрицательных эмоций в повседневной жизни и в контакте с окружающими (39,1% против 23,8% состоящих в браке), $\chi^2 = 5,86$, $p < 0,05$. Больные, не состоящие в браке, чаще страдали от невротизации и депрессивных наклонностей (42% против 23,2% соответственно, $\chi^2 = 8,71$, $p < 0,01$).

Во многом взаимоотношения в системе больной-семья, больной-врач зависят от того, как сам больной относится к своему заболеванию. Это отношение к болезни

становится «призмой», через которую больной смотрит на мир, поэтому было проведено изучение типов отношения к болезни у пожилых пациентов (рис.1).

В группе пожилых больных ГБ лишь у 23 человек из 205 (11,2%) имелся гармоничный тип отношения к болезни, характеризующийся трезвой оценкой своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Эти пациенты стремятся во всем активно содействовать успеху лечения и не желают обременять других тяготами ухода за собой.

У 23 человек (11,2%) диагностирован эргопатический тип, характеризующийся «уходом от болезни в работу». Пациенты стараются во что бы то ни стало работу продолжать, трудятся с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться обследованию так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы.

Наконец, у 6 больных ГБ (2,9%) выявлен анозогнозический тип, т.е. активное отрицание болезни. Эти три психодиагностических типа характеризуются наименьшей выраженностью социальной дезадаптации больного в связи с заболеванием.

У 74,7% больных ГБ встречались 2 группы патологических типов реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием личностной дезадаптации. Первая группа из 91 пациента (44,4%) включает варианты с интрапсихической направленностью:

1) тревожный (у 17 больных – 8,3%) – характеризуется постоянным беспокойством и мнительностью в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Для этих пациентов характерен поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах лечения, непрерывный поиск «авторитетов». Этим людям больше интересуют объективные данные о болезни (результат анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения, поэтому они предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы;

2) апатический (у 24 – 11,7%) – для этих пациентов характерно полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Они утрачивают ин-

терес ко всему, что ранее волновало, пассивно подчиняются процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны;

3) ипохондрический (у 17 – 8,3%) – такие пациенты сосредоточены на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремятся постоянно рассказывать о них окружающим. Возникает преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий, а также преувеличение побочного действия лекарств. Такие больные сочетают в себе желание лечиться и неверие в успех, требуют тщательного обследования и, в то же время, боятся вреда и болезненности процедур;

4) меланхолический (у 14 – 6,8%) – для этих пациентов характерна удрученность болезнью, неверие в успех даже при благоприятных объективных данных, в возможное улучшение, в эффект лечения, проявляются активные депрессивные высказывания и пессимистический взгляд на все вокруг;

5) неврастенический (у 19 – 9,3%) – поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования, неспособность ждать облегчения. В последующем – раскаяние за беспокойство и несдержанность.

Вторая группа из 62 пациентов (30,2%) содержит типы реагирования с интерпсихической направленностью:

1) сенситивный (у 24 человек – 11,7%) – пациенты проявляют чрезмерную озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни, опасаются, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, сообщать неблагоприятные сведения о причине и природе болезни. Эти больные боятся стать обузой для близких из-за болезни;

2) эгоцентрический (у 7 – 3,4%) – этот тип характеризуется «уходом в болезнь», выставлением напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. В других людях, также требующих внимания и заботы, пациенты видят только «конкурентов» и относятся к ним неприязненно. Они постоянно желают показать свою исключительность в отношении болезни;

3) дисфорический (у 3 – 1,5%) – характерно необоснованно повышенное или пониженное настроение, пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению, надежда на то, что «само все обойдется». Такие пациенты легко нарушают режим, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни.

4) паранойяльный (у 13 – 6,3%) – пациенты уверены, что болезнь – результат чьего-то злого умысла. Они крайне подозрительны к лекарствам и процедурам, стремятся приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала.

У 15 больных (7,4%) имели место смешанные типы отношения к болезни: тревожно-сенситивный – у 9 человек, неврастенически-дисфорический – у 2, ипохондрически-сенситивно-эгоцентрический – у 2, тревожно-ипохондрический – у 1, сенситивно-эргопатический – у 1. Это смешанные типы, близкие по картине, когда система отношений еще не сложилась в единый паттерн и, соответственно, ни один из перечисленных выше типов не может быть диагностирован, а черты многих типов представлены более или менее равномерно.

Сопоставление показателей КЖ у больных с различными типами отношения к болезни продемонстрировало достоверно более низкие параметры физической и ментальной сферы у пожилых больных с дезадаптивными типами (таблица 3). Среди больных с адаптивными типами было достоверно больше людей с высшим образованием (42,3%), чем при дезадаптивных типах (19,6%, $p < 0,01$). Достоверных различий по семейному положению получено не было. Адаптивные типы встречались примерно одинаково часто у мужчин и женщин (29 и 23, соответственно), дезадаптивные типы встречались в 1,8 раза чаще у женщин (98 против 55, $p < 0,01$).

В заключение хотелось бы отметить, что стратегия адаптивного или дезадаптивного поведения больных предполагает различные варианты: активную борьбу с болезнью, принятие роли больного, игнорирование болезни и прочие защитно-приспособительные механизмы личности, которые не может не учитывать лечащий врач в активной работе с больным и его окружением [2,3,9]. Начиная лечение, врач должен не только подобрать адекватную антигипертензивную терапию для достижения це-

Таблица 3. Средние показатели КЖ у пожилых больных ГБ с адаптивными и дезадаптивными типами отношения к болезни (M±σ)

Показатель	Больные ГБ с адаптивными типами (n=52)	Больные ГБ с дезадаптивными типами (n=153)	p
ФФ	47,0±5,9	41,4±6,9	<0,001
РФФ	43,2±10,5	38,7±8,4	<0,002
Б	42,2±8,2	39,0±6,9	<0,002
ОЗ	43,7±7,8	36,0±8,4	<0,001
Ж	45,7±6,3	36,7±8,1	<0,001
СФ	46,5±6,6	35,9±9,2	<0,001
РЭФ	44,2±10,4	34,9±9,4	<0,001
ПЗ	45,3±6,0	36,9±8,6	<0,001

Примечание. p – достоверность различий между показателями подгрупп

левого уровня АД, но и установить доверительные отношения с пациентами в условиях психологического комфорта, формировать и поддерживать у них стремление к позитивным изменениям в образе жизни и к длительному лечению. Можно предположить, что больные с дезадаптивными типами отношения к болезни менее склонны к систематической терапии, у них ниже комплаенс, и от врача требуется больше усилий по убеждению пациента о необходимости лечения, а в некоторых случаях необходимо привлечение психотерапевта для коррекции выраженных психосоциальных нарушений.

Выводы

1) При ГБ средние показатели КЖ у пожилых по всем шкалам достоверно ниже, чем у здоровых. Социальный статус пациентов оказывает влияние на течение ГБ и КЖ боль-

ных: больные с высшим образованием более адаптированы к своему заболеванию и настроены более оптимистично на лечение и благоприятный прогноз. Больные, состоящие в браке, имеют более высокие показатели РФФ и РЭФ, у них реже встречается пониженный фон настроения.

2) Группа пожилых больных ГБ неоднородна по типам отношения к болезни. У 74,7% пациентов выявляются дезадаптивные типы, чаще у женщин. У таких больных, находящихся в состоянии хронического стресса, достоверно хуже показатели качества жизни, особенно у людей со средним образованием и у одиноких, что диктует необходимость не только проведения антигипертензивной фармакотерапии для успешного лечения, но и коррекцию психологических нарушений, а также активную санитарно-просветительскую работу по информированию населения о заболевании. ■

Литература:

1. Айвазян Т.А. Психофизиологические соотношения и особенности реактивности у больных гипертонической болезнью. Кардиология 1988; 12: 13-6.
2. Cilli M., Petramala L., Cotesta D. et al. Transverse study of personality characteristics in patients with arterial hypertension. Clin Ter. 2007; 158 (3): 219-21.
3. Новикова И.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Основные факторы риска развития психосоматических заболеваний. Терапевтический архив 2007; 79 (1): 61-4.
4. Березин Ф.Б., Безносюк Е.В., Соколова Е.Д. Психологические механизмы психосоматических заболеваний. Рос. Мед. Журнал 1998; 2: 43-9.
5. Дробижев М.Ю., Печерская М.Б. Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. М: Медицина; 1994.
6. Манченко Н.В., Алексанян Л.А., Любшина О.В. Влияние гипотензивной терапии на нарушения структуры сна у больных артериальной гипертензией. Русский Медицинский Журнал 2004; 7: 456-8.
7. 2007 ESH - ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. J. Hypertens. 2007; 25 (9): 1751-62.
8. Серов В. А., Горбунов В. И. Влияние социально-экономических факторов на приверженность к лечению больных гипертонической болезнью. Клиническая медицина 2007; 3: 65-8.
9. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. и соавт. Оценка качества жизни больного в медицине. Клиническая медицина 2000; 2: 10-3.
10. Кашерининов Ю.Р., Шаваров А.А., Виллеальде С.В., Конради А.О., Шлякто Е.В. Качество жизни у больных гипертонической болезнью на фоне терапии рилменидином в сравнении с атенололом. Артериальная гипертензия 2004; 10 (4): 211-4.
11. Ware J.E., Sherbourne C.D. The Mos 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). Conceptual Framework and item selection. Medical Care 1992; 30 (6): 473-83.
12. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни. - Л: Изд-во НИИ им. В.М.Бехтерева; 1987.