

УДК 616.12-008.331.1-085+615.252.349.7
DOI: 10.26435/UC.V013(32).324

О.С. Налётова

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

ВЛИЯНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА И L-АРГИНИНА В СОСТАВЕ СТАНДАРТНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СОЧЕТАННОЙ С РАССТРОЙСТВОМ АДАПТАЦИИ

Артериальная гипертензия (АГ) во многом определяет структуру сердечно-сосудистой заболеваемости (ССЗ) и смертности. Осложнения АГ (инфаркт миокарда, мозговые инсульты) могут быть фатальными [10, 12]. По данным эпидемиологических исследований, распространенность АГ среди взрослого населения в развитых странах мира колеблется от 30 до 40%; в группе лиц старше 65 лет этот показатель достигает 50–65% [5, 12]. В 2016 году в Донецкой Народной Республике распространенность АГ составила 44,7% [8, 9].

В настоящее время депрессия рассматривается как независимый фактор риска в патогенетической цепи ССЗ, а не как вторичная эмоциональная реакция на заболевание [1, 2, 13]. Некоторые авторы акцентируют внимание на влиянии хронического эмоционального стресса на формирование эндотелиальной дисфункции и процессы ремоделирования сосудов, которые определяют прогрессирование АГ [11, 12, 14]. Некоторые авторы акцентируют внимание на влиянии хронического психического стресса на формирование дисфункции эндотелия (ДЭ) и процессы ремоделирования сосудов [11, 12, 14]. В этой связи представляет интерес препарат L-аргинин, рекомендованный к использованию при ГБ, но в практической медицине назначаемый довольно редко. L-аргинин является субстратом NO-синтазы в синтезе NO и повышает, таким образом, его образование клетками эндотелия сосудов [12]. Данных о длительном назначении L-аргинина в составе комбинированной антигипертензивной терапии при ГБ представлено немного. Одним из показаний к применению L-аргинина является ГБ; препарат рекомендуют использовать 2-х недельным курсом.

Изучение стресса, как пускового фактора при АГ остается актуальным. Не менее важное значение имеет поиск факторов, способствующих ослаблению стресс-реакции организма на раз-

дражители внешней среды. Длительно воздействующий стресс, в конечном итоге, приводит к жизненному истощению (vital exhaustion), обусловливающему очень высокую вероятность развития инфаркта миокарда в ближайшие 3–5 лет [3, 4, 15, 16].

Нет данных о влиянии психотерапевтического (аутотренинга, функциональной музыки) воздействия на течение ГБ у пациентов, находящихся в условиях длительного воздействия психического стресса, обусловленного гражданским противостоянием. Стратегия комплексного подхода к лечению больных ГБ с расстройством адаптации пока не определена.

В настоящее время в центре внимания оказывается качество жизни (КЖ) больных [7]. Оценка КЖ – новое и перспективное направление медицины, которое позволяет точно оценить нарушения состояния здоровья пациента, ясно представить суть его клинической проблемы, определить наиболее рациональный метод лечения, а также оценить его ожидаемый результат по параметрам, которые находятся на стыке научного подхода специалистов и субъективной точки зрения пациента, при этом оценивая все составляющие здоровья [21]. Сфера применения оценки КЖ в медицине охватывает широкий круг проблем и включает [17, 21]:

- общую оценку состояния не только конкретного здорового или больного человека, но и популяции в целом;
- изучение влияния на здоровье производственных, социальных и других факторов, профилактических и реабилитационных программ;
- оценку эффективности лечения;
- разработку индивидуализированной программы терапии;

- комплексную экспертизу трудоспособности;
- клинические исследования новых медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.

Современная терапия АГ направлена, прежде всего, на предотвращение сердечно-сосудистых катастроф. Для достижения этой цели необходимо решение целого ряда тактических задач, таких как ослабление симптоматики АГ и снижение частоты эпизодов проявления симптомов, что способствует улучшению КЖ. Отсутствие нежелательных изменений в различных субсферах КЖ является залогом успешного лечения АГ, в первую очередь, за счет высокой приверженности к такому лечению (комплаентности).

Важную роль в оценке показателей КЖ играет как его изменение под влиянием заболевания в сравнении со здоровой популяцией (другие жители страны), так и его модификация под влиянием терапии. Оценка такого параметра, как КЖ, у отдельного пациента с АГ, подвергается критике как очень субъективная. Однако большинство опросников для определения КЖ включают шкалы, отличающиеся высокой внутренней согласованностью (коэффициент согласованности по данным статистического анализа Кронбаха составляет 0,7-0,8 и выше) и воспроизводимостью (коэффициент 0,7-0,9 и выше), что приближает их по объективности к таким показателям, как оценка конечных точек в клинических исследованиях.

Из клинических аспектов при оценке КЖ следует учитывать влияние установления диагноза АГ на повседневную жизнь больного, в том числе установления инвалидности, использования больными специальных диет и других немедикаментозных методов лечения, включая лечебную физкультуру и психотерапевтические методы, а также влияние побочных эффектов терапии антигипертензивными препаратами на КЖ.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить влияние различных вариантов лечения, включающих стандартную фармакотерапию, аутотренинг, функциональную музыку и L-аргинин на качество жизни больных гипертонической болезнью II стадии, сочетанной с расстройством адаптации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Как описано ранее [8, 9], из 1328 обследованных больных с подтвержденным диагнозом ГБ II стадии было выявлено 216 пациентов с расстройством адаптации в возрасте 45-65 лет.

Наличие и степень ГБ устанавливали согласно рекомендациям Российского Кардиологиче-

ского Общества [13]. С целью диагностики стадии ГБ анализировались результаты электрокардиографии (ЭКГ), эхо-кардиографии (Эхо-КГ) и консультации офтальмолога. В исследование не включались больные I и III стадий ГБ, а также пациенты с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Во время первичного визита (неделя 0) больных ГБ II стадии к врачу были установлены исходные значения систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления (АД). Измеряли АД косвенным аускультативным методом с помощью сфигмоманометра «Green light 300» (фирмы «Accoson», Япония) по методике Н.С. Короткова в положении больного сидя (после пятиминутного отдыха). Измерение проводили трижды с интервалом 2-3 минуты, фиксировали среднее значение трех измерений; определяли САД и ДАД.

Наличие депрессии, а также ее уровень оценивали по шкале Бека (ШБ), которая содержит 21 группу из четырех утверждений в группе (0-3) (Beck A.T. et al., 1986). По ШБ диагноз депрессии выставляется при общем балле от 20 до 25; результат менее 10 баллов свидетельствует об отсутствии депрессивных тенденций и хорошем эмоциональном состоянии пациента [14]. Согласно дизайну исследования такие больные в дальнейшее исследование не включались. При результате от 10 до 19 баллов говорят о легком уровне депрессии ситуативного или невротического генеза. Диагноз расстройство адаптации (F 43, МКБ-10) был определен на консультации врача-психиатра.

В исследовании приняли участие 216 больных ГБ II стадии, сочетанной с расстройством адаптации. Больные были случайным образом распределены в 3 группы, которые сопоставимы между собой по основным социо-демографическим и медико-физиологическим признакам: пациенты 1-й группы (n=71) в дополнение к антигипертензивной терапии проводили сеансы аутотренинга. Схема лечения пациентов 2-й группы (n=72) была следующей: антигипертензивная терапия + аутотренинг + функциональная музыка, а 3-й группы (n=73): антигипертензивная терапия + аутотренинг + функциональная музыка + L-аргинин в дозе 0,75 один раз в сутки (двухнедельными курсами). Аутогенная тренировка проводилась больными по стандартной методике, функциональная музыка предоставлялась больным на ресурсе (<http://gipertonija.ru/talk/muzyka-dlya-snizheniya-arterialnogo-davleniya>), который они использовали на персональных электронных носителях.

Изучение КЖ у больных, участвовавших в исследовании (продолжительность 24 неде-

ли), проводилось с помощью методики Medical Outcomes Study Form «Sf-36». Опросник содержит 36 вопросов, которые охватывают 8 категорий качества жизни и дают полное представление как о физическом, так и о психическом компонентах здоровья. В результате расчетов получают показатели КЖ отдельно для каждой из 8 категорий КЖ, в диапазоне значений от 0 до 100,

причем более высокий показатель указывает на более высокий уровень качества жизни. Методика была валидизирована при исследовании лиц, относящихся к разным популяциям. В настоящее время «Sf-36» считается «золотым стандартом» общих методик оценки качества жизни. Показатели КЖ оценивали исходно (неделя 0) и в конце этапа исследования (неделя 24).

Таблица.
Динамика показателей качества жизни больных ГБ II стадии, сочетанной с расстройством адаптации, при проведении различных вариантов лечения, включающих стандартную фармакотерапию, аутоотренинг, функциональную музыку и L-аргинин, $\bar{X} \pm \sigma$

Период лечения	1 группа (n=64)	2 группа (n=64)	3 группа (n=65)
Физическое функционирование			
Неделя 0	62,0±11,1	62,0±10,8	61,6±10,9
Неделя 24	62,5±14,3	64,5±14,0	66,5±11,3
Рольевые ограничения вследствие физических проблем			
Неделя 0	52,1±11,3	52,1±10,9	52,5±11,0
Неделя 24	57,8±12,4	59,9±15,1*	60,9±13,1*
Физические боли			
Неделя 0	64,6±14,4	63,9±13,3	64,2±13,8
Неделя 24	65,8±15,6	69,0±11,1*	72,5±12,2*
Восприятие общего состояния здоровья			
Неделя 0	57,5±12,0	55,8±12,0	57,1±12,2
Неделя 24	60,8±13,6	66,3±14,0*	68,5±12,2*
Энергичность / жизнеспособность			
Неделя 0	57,0±8,9	55,7±10,8	56,7±9,9
Неделя 24	62,7±14,6	61,32±12,2	66,4±10,5*
Социальное функционирование			
Неделя 0	49,2±11,2	49,1±11,0	49,5±10,8
Неделя 24	52,8±15,0	55,02±12,2	57,4±11,2*
Рольевые ограничения вследствие эмоциональных проблем			
Неделя 0	44,0±17,1	42,6±15,8	44,3±16,3
Неделя 24	50,3±18,8	56,5±22,6 *	57,2±16,4*
Психическое здоровье			
Неделя 0	50,8±11,9	51,0±10,9	52,0±11,0
Неделя 24	58,7±14,6*	59,2±12,1*	61,8±13,2*

Примечание: * показатели, для которых выявлено статистически значимое (p<0,05) отличие от показателей до начала лечения

Полученные количественные показатели качества жизни приведены в формате среднего арифметического \pm стандартного отклонения. Для сравнения средних значений выборок в динамике использовали непараметрический критерий Вилкоксона (данные не описываются законом нормального распределения – оценку на нормальность проводили тестом Shapiro-Wilk).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В таблице предоставлена динамика показателей КЖ больных всех групп за 24 недели лечения. В начале лечения показатели КЖ, оцененные по 8 шкалам, у больных всех пяти групп статистически не различались. Не было выявлено статистически значимых различий распределения показателей КЖ больных в 3-х группах ($p=0,80$).

У больных ГБ II стадии, сочетанной с расстройством адаптации, было выявлено значительное снижение КЖ по всем категориям использованного в исследовании опросника, причем эти изменения носили однотипный характер (см. табл.).

В наибольшей степени страдало КЖ больных в таких категориях как: «социальное функционирование», «ролевые ограничения вследствие эмоциональных проблем», а в наименьшей степени – в категориях: «физические боли», «физическое функционирование». То есть у больных ГБ II стадии, сочетанной с расстройством адаптации, наибольшие ограничения возникают не при выполнении ими физических нагрузок, а в выполнении социальных ролей, общении, выполнении обычной ежедневной деятельности, вследствие проблем с психическим компонентом здоровья.

Результаты, полученные через 24 недели лечения, при проведении повторного исследования КЖ больных, проиллюстрированы в таблице. Во всех группах больных отмечался прирост показателей КЖ по всем 8 шкалам.

У больных 1-ой группы, которые к стандартной антигипертензивной фармакотерапии дополнительно проводили сеансы аутотренинга, изменения показателей КЖ, наблюдавшиеся через 24 недели лечения были менее весомыми, чем у больных 2-й и 3-ей групп (см. табл.). У больных 1-ой группы выявлено статистически значимое ($p<0,05$) различие показателей до начала лечения только по категории «психическое

здоровье» опросника КЖ (см. табл.). Изменения других показателей не были достоверными ($p>0,05$). Таким образом, у больных 1-ой группы показатели КЖ менялись, но не настолько существенно, как у больных 2-ой и 3-ей групп.

Во 2-ой группе больных, которые получали стандартную фармакотерапию и дополнительно проводили аутотренинг и получали сеансы функциональной музыки, было выявлено достоверное улучшение КЖ по категориям, характеризующим физический компонент здоровья – «ролевые ограничения вследствие физических проблем», «восприятие общего здоровья» (см. табл.), а также по категориям психического компонента здоровья: «ролевые ограничения вследствие эмоциональных проблем», «психическое здоровье» ($p<0,05$).

Как видно из таблицы, наиболее значимое улучшение КЖ наблюдалось у больных 3-ей группы, которые дополнительно к стандартной антигипертензивной фармакотерапии получали комплекс аутотренинг + функциональная музыка + L-аргинин (по схеме). Через 24 недели все показатели КЖ, за исключением «физическое функционирование», имели статистически значимое ($p<0,05$) отличие от показателей до начала лечения.

Возможно, это связано с более существенными позитивными изменениями у больных 3-ей группы, в сравнении с другими, объективными показателями (САД, ДАД, показатель по ШБ, уровень жизненного истощения, степень нейротизма, уровни самочувствия, активности и настроения), которые демонстрируют соматическое и психическое здоровье. Эти результаты получены нами в предыдущих исследованиях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, включение психотерапевтических методов лечения (аутотренинг, аутотренинг + функциональная музыка) в состав стандартной антигипертензивной фармакотерапии больных ГБ II стадии, сочетанной с расстройством адаптации, способствовало улучшению показателей КЖ. Однако, более значимые изменения отмечались в группе больных, получавших в составе стандартной антигипертензивной фармакотерапии комплекса аутотренинг + функциональная музыка + L-аргинин в дозе 0,75 один раз в сутки (двухнедельными курсами).

О.С. Налётова

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

ВЛИЯНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА И L-АРГИНИНА В СОСТАВЕ СТАНДАРТНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СОЧЕТАННОЙ С РАССТРОЙСТВОМ АДАПТАЦИИ

Цель работы

Оценить влияние различных вариантов лечения, включающих стандартную фармакотерапию, ауто-тренинг, функциональную музыку и L-аргинин на качество жизни больных гипертонической болезнью II стадии, сочетанной с расстройством адаптации.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 216 больных гипертонической болезнью II стадии, сочетанной с расстройством адаптации. Больные были распределены в 3 группы: пациенты 1-й группы (n=71) в дополнение к антигипертензивной терапии проводили сеансы ауто-тренинга. Схема лечения пациентов 2-й группы (n=72) была следующей: антигипертензивная терапия + ауто-тренинг + функциональная музыка, а 3-й группы (n=73): антигипертензивная терапия + ауто-тренинг + функциональная музыка + L-аргинин в дозе 0,75 один раз в сутки (двухнедельными курсами). Аутогенная тренировка проводилась больными по стандартной методике, функциональная музыка предоставлялась больным на ресурсе, который они использовали на персональных электронных носителях:

<http://gipertonija.ru/talk/muzyka-dlya-snizheniya-arterialnogo-davleniya>

Изучение качества жизни проводилось у больных, участвовавших в исследовании (продолжительность 24 недели), с помощью методики Medical Outcomes Study Form «Sf-36». Показатели КЖ оценивали исходно (неделя 0) и в конце исследования (неделя 24).

Для анализа результатов исследования приводится значение среднего арифметического (\bar{X}) и стандартное отклонение (σ). Для сравнения средних значений выборок использовали: дисперсионный анализ (в случае нормального закона распределения), критерий Крускала-Уоллиса (в случае отличия закона распределения от нормального) – и методы множественных сравнений.

Результаты и обсуждение

У больных 1-ой группы выявлено статистически значимое (p<0,05) различие показателей до начала лечения только по категории «психическое здоровье». Во 2-ой группе больных было выявлено достоверное улучшение качества жизни по категориям, характеризующим физический компонент здоровья – «ролевые ограничения вследствие физических проблем», «восприятие общего здоровья», а также по категориям психического компонента здоровья: «ролевые ограничения вследствие эмоциональных проблем», «психическое здоровье» (p<0,05).

Наиболее значимое улучшение качества жизни наблюдалось у больных 3-ей группы, которые дополнительно к стандартной антигипертензивной фармакотерапии получали комплекс ауто-тренинг + функциональная музыка + L-аргинин (по схеме). Через 24 недели все показатели качества жизни, за исключением «физическое функционирование», имели статистически значимое (p<0,05) отличие от показателей до начала лечения.

Заключение

Включение психотерапевтических методов лечения (ауто-тренинг; ауто-тренинг + функциональная музыка) в состав стандартной антигипертензивной фармакотерапии больных гипертонической болезнью II стадии, сочетанной с расстройством адаптации, способствовало улучшению показателей качества жизни. Однако, более значимые изменения отмечались в группе больных, получавших в составе стандартной антигипертензивной фармакотерапии комплекс ауто-тренинг + функциональная музыка + L-аргинин в дозе 0,75 один раз в сутки (двухнедельными курсами).

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, расстройство адаптации, качество жизни.

O.S. Nalyotova

SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

INFLUENCE OF PSYCHOTHERAPEUTIC COMPLEX AND L-ARGININE IN THE COMPOSITION OF STANDARD ANTIHYPERTENSIVE PHARMACOTHERAPY ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION, COMBINED WITH ADJUSTMENT DISORDER

Objective

To assess the impact of various treatment options, including standard pharmacotherapy, auto-training, functional music and L-arginine on the quality of life of patients with arterial hypertension stage II, combined with adjustment disorder.

Material and methods

The study involved 216 patients with arterial hypertension stage II, combined with an adaptation disorder. Patients were divided into 3 groups: patients of the 1st group (n = 71) conducted auto-training sessions in addition to antihypertensive therapy. The treatment regimen for patients in group 2 (n = 72) was as follows: antihypertensive therapy + auto-training + functional music, and group 3 (n = 73): anti-hypertensive therapy + auto-training + functional music + L-arginine at a dose of 0.75 once a day (two-week courses). Autogenic training was carried out by patients according to standard methods, functional music was provided to patients on the resource that they used on personal electronic media: <http://gipertonija.ru/talk/muzyka-dlya-snizheniya-arterialnogo-davleniya>

to antihypertensive therapy. The treatment regimen for patients in group 2 (n = 72) was as follows: antihypertensive therapy + auto-training + functional music, and group 3 (n = 73): anti-hypertensive therapy + auto-training + functional music + L-arginine at a dose of 0.75 once a day (two-week courses). Autogenic training was carried out by patients according to standard methods, functional music was provided to patients on the resource that they used on personal electronic media: <http://gipertonija.ru/talk/muzyka-dlya-snizheniya-arterialnogo-davleniya>

The study of the quality of life was carried out in patients participating in the study (duration 24 weeks) using the Medical Outcomes Study Form "Sf-36" technique. LQ scores were assessed at baseline (week 0) and at the end of the study (week 24).

For the analysis of the results of the study, the arithmetic (\bar{X}) and standard deviation (σ) is given. For comparison, the average values of the samples were used: analysis of variance (in the case of the normal distribution law), Kruskal-Wallis criterion (in the case of the difference between the distribution law and the normal distribution) —and methods of multiple comparisons.

Results and discussion

Patients of the 1st group showed a statistically significant ($p < 0.05$) difference in the indicators before the start of treatment only in the category "mental health". In the 2nd group of patients, there was a significant improvement in the quality of life in the categories that characterize the physical component of health – "role limitations due to physical problems", "perception of general health", as well as categories of the mental component of health: "role limitations due to emotional problems" "Mental health" ($p < 0.05$).

The most significant improvement in the quality of life was observed in patients of the 3rd group who, in addition to the standard antihypertensive pharmacotherapy, received an auto-training complex + functional music + L-arginine (according to the scheme). After 24 weeks, all indicators of quality of life, with the exception of "physical functioning", had a statistically significant ($p < 0.05$) difference from the indicators before the start of treatment.

Conclusion

The inclusion of psychotherapeutic methods of treatment (auto-training; auto-training + functional music) in the standard antihypertensive pharmacotherapy of patients with arterial hypertension stage II, combined with adjustment disorder, contributed to the improvement of quality of life indicators. However, more significant changes were noted in the group of patients who received, as a part of the standard antihypertensive pharmacotherapy, auto-training complex + functional music + L-arginine at a dose of 0.75 once a day (two-week courses).

Key words: arterial hypertension, adjustment disorder, quality of life.

ЛИТЕРАТУРА

- Гафаров В.В., Панов Д.О., Громова Е.А., Гагулин И.В. Связь личностной тревожности с другими психосоциальными факторами в женской популяции 25-64 лет (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ «MONICA-психосоциальная»). Сибирский Медицинский Журнал. 2011; Т. 26 (4): 156-161.
- Конради А.О., Полуничева Е.В. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертонии: причины и пути коррекции. Артериальная гипертензия. 2004; 10 (3): 137-143.
- Калинина А.М. Обучение пациентов как фактор эффективности контроля артериальной гипертонии программа НОКТЮРН. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2006; 5 (3): 5-14.
- Кобалава Ж.Д., Виллевалде С.В., Исикова Х.В. Повышение приверженности и мотивации к антигипертензивной терапии у больных артериальной гипертонией с помощью образовательных программ и рационального применения ингибитора ангиотензинпревращающего фермента периндоприла. Результаты исследования ПРИЗМА. Кардиология. 2010; 11: 17-26.
- Леонова М.В., Штейнберг Л.Л., Белоусов Ю.В. и др. Фармакоэпидемиология артериальной гипертонии в России: анализ приверженности врачей (по результатам исследования ПИФАГОР IV). Системные гипертензии. 2015; 1: 19-25.
- Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г., Хоменко В.Н., Панченко О.А. Анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat. Донецк; 2006. 211.
- Налетова О.С., Титиевский С.В., Белевцова Э.Л. Распространенность депрессии и жизненного истощения у больных гипертонической болезнью, проживающих на территории Донбасса. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2018; 3: 4-9.
- Налетова О.С. Комплаентность проживающих на территории Донбасса больных гипертонической болезнью с выявленной депрессией и жизненным истощением. Архив клинической и экспериментальной медицины. 2019; Т. 28, 1: 45-49.
- Налетов С.В., Алесинский М.М., Налетова Е.Н. 2016. Зависимость уровня комплаентности от психотипа больных артериальной гипертензией, находящихся в усло-

REFERENCES

- Gafarov V.V., Panov D.O., Gromova E.A., Gagulin I.V. Svyaz' lichnostnoi trevozhnosti s drugimi psikhosotsial'nymi faktorami v zhenskoi populyatsii 25-64 let (epidemiologicheskoe issledovanie na osnove programmy VOZ «MONICA-psikhosotsial'naya»). Sibirskii Meditsinskii Zhurnal. 2011; T. 26 (4): 156-161 (in Russian).
- Konradi A.O., Polunicheva E.V. Nedostatochnaya priverzhennost' k lecheniyu arterial'noi gipertonii: prichiny i puti korrektsii. Arterial'naya gipertenziya. 2004; 10 (3): 137-143 (in Russian).
- Kalinina A.M. Obuchenie patsientov kak faktor effektivnosti kontrolya arterial'noi gipertonii programma NOKTYURN. Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. 2006; 5 (3): 5-14 (in Russian).
- Kobalava Zh.D., Villeval'de S.V., Isikova Kh.V. Povyshenie priverzhennosti i motivatsii k antigipertenzivnoi terapii u bol'nykh arterial'noi gipertoniei s pomoshch'yu obrazovatel'nykh programm i ratsional'nogo primeneniya ingibitora angiotenzinprevrashchayushchego fermenta perindopriila. Rezul'taty issledovaniya PRIZMA. Kardiologiya. 2010; 11: 17-26 (in Russian).
- Leonova M.V., Shteinberg L.L., Belousov Yu.V. i dr. Farmakoepidemiologiya arterial'noi gipertonii v Rossii: analiz priverzhennosti vrachei (po rezul'tatam issledovaniya PIFAGOR IV). Sistemnye gipertenzii. 2015; 1: 19-25 (in Russian).
- Lyakh Yu.E., Gur'yanov V.G., Khomenko V.N., Panchenko O.A. Analiz informatsii v biologii, meditsine i farmatsii statisticheskim paketom MedStat. Donetsk; 2006. 211.
- Naletova O.S., Titievskii S.V., Belevtsova E.L. Rasprostranennost' depressii i zhiznennogo istoshcheniya u bol'nykh gipertonicheskoi bolezniyu, prozhivayushchikh na territorii Donbassa. Kurskii nauchno-prakticheskii vestnik «Chelovek i ego zdorov'e». 2018; 3: 4-9 (in Russian).
- Naletova O.S. Komplaientnost' prozhivayushchikh na territorii Donbassa bol'nykh gipertonicheskoi bolezniyu s vyyavlennoi depressiei i zhiznennym istoshcheniem. Arkhiv klinicheskoi i eksperimental'noi meditsiny. 2019; T. 28, 1: 45-49 (in Russian).
- Naletov S.V., Alesinskii M.M., Naletova E.N. 2016. Zavisimost' urovnya komplaientnosti ot psikhotipa bol'nykh arterial'noi gipertenziei, nakhodyashchikhsya v uslovi-

- виях конфликта в Донбассе. Дальневосточный медицинский журнал. 2016; 4: 14-17.
10. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Демографические тенденции в Российской Федерации: вклад болезней системы кровообращения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2012; 1: 5-10.
11. Органов Р.Г. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. Кардиология. 2011; Т. 51, 2: 59-66.
12. Фролова Е. В. Артериальная гипертензия. Российский семейный врач. 2016; 2 (20): 1-18.
13. Beck A.T., Ward C. H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry. 1961; Vol. 4, 6: 561-571.
14. Nalotova O.S., Titievky S.V. et al. The interrelation between level of depression and vital exhaustion in hypertensive patients. Biological Markers and Guided Therapy. 2018; Vol. 5, 1: 17-24.
15. O'Donnell M.J. et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. Lancet. 2010; Vol. 376, 9735: 112-123.
16. Yu L. et al. Relationship between post-stroke depression and lesion location: a meta- analysis. Kaohsiung J. Med. Sci. 2014; Vol. 20, 8: 372-380.
- yakh konflikta v Donbasse. Dal'nevostochnyi meditsinskii zhurnal. 2016; 4: 14-17 (in Russian).
10. Oganov R.G., Maslennikova G.Ya. Demograficheskie tendentsii v Rossiiskoi Federatsii: vklad boleznei sistemy krovoobrashcheniya. Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. 2012; 1: 5-10 (in Russian).
11. Organov R.G. Depressivnaya simptomatika ukhudshaet prognoz serdechno-sosudistykh zabolevanii i snizhaet prodolzhitel'nost' zhizni bol'nykh arterial'noi gipertoniei i ishemicheskoi bolezniyu serdtsa. Kardiologiya. 2011; T. 51, 2: 59-66 (in Russian).
12. Frolova E. V. Arterial'naya gipertenziya. Rossiiskii semeinyi vrach. 2016; 2 (20): 1-18 (in Russian).
13. Beck A.T., Ward C. H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry. 1961; Vol. 4, 6: 561-571.
14. Nalotova O.S., Titievky S.V. et al. The interrelation between level of depression and vital exhaustion in hypertensive patients. Biological Markers and Guided Therapy. 2018; Vol. 5, 1: 17-24.
15. O'Donnell M.J. et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. Lancet. 2010; Vol. 376, 9735: 112-123.
16. Yu L. et al. Relationship between post-stroke depression and lesion location: a meta- analysis. Kaohsiung J. Med. Sci. 2014; Vol. 20, 8: 372-380.