

УДК 616.12-008.331.1-085+615.252.349.7
DOI: 10.26435/UC.V013(40).756

О.С. Налётова¹, Е.Н. Налётова², Н.А. Лаптева^{1,2}, И.А. Чепурная^{1,2},
С.В. Налётов¹, М.М. Алесинский¹

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

²ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», Донецк

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ В СТАНДАРТНУЮ ТЕРАПИЮ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются одной из важнейших медико-социальных проблем, определяющих высокую заболеваемость, потерю трудоспособности, инвалидизацию и смертность населения экономически развитых стран мира [1]. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, ССЗ являются причиной смерти 17 млн человек в год, что составляет около 31% от общей летальности. В России ежегодная смертность от ССЗ составляет 47% [9].

Жители Донбасса продолжают проживать в условиях длительного воздействия стресса, обусловленного гражданским конфликтом [6]. Такие жизненные обстоятельства для большинства стали причиной возникновения различных страхов (за жизнь и здоровье близких и своё, за возможность потери финансовой стабильности и т.д.). Длительное (на неопределенный срок) пребывание населения в такой психотравмирующей ситуации способствует формированию реактивных психических состояний, таких как острое стрессовое расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, синдром эмоционального выгорания. В этой связи всё чаще наблюдается ассоциированная с ССЗ патология – «расстройство адаптации». Количество таких пациентов продолжает увеличиваться. Само пребывание в условиях постоянной психической травмы не может не влиять на психическое здоровье человека, что, бесспорно, будет определять также течение и исход ССЗ [2, 8]. В настоящее время депрессия рассматривается как независимый фактор риска в патогенетической цепи ССЗ, а не как вторичная эмоциональная реакция на заболевание.

В настоящее время в центре внимания оказывается качество жизни (КЖ) больных [3]. Оценка КЖ – новое и перспективное направление медицины, которое позволяет точно оценить на-

рушения 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 [5]. Сфера применения оценки КЖ в медицине охватывает широкий круг проблем и включает:

- 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 ССЗ направлена прежде всего на предотвращение сердечно-сосудистых катастроф. Для достижения этой цели необходимо решить целый ряд тактических задач, таких как ослабление симптоматики ССЗ и снижение частоты эпизодов проявления симптомов, что способствует улучшению КЖ [5]. Отсутствие нежелательных изменений в различных субсферах КЖ является залогом успешного лечения ССЗ.

Важную роль в оценке показателей КЖ играет как его изменение под влиянием заболева-

ния в сравнении со здоровой популяцией (другие жители страны), так и его модификация под влиянием терапии [5]. Оценка такого параметра, как КЖ у отдельного пациента с ССЗ, 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 ССЗ на повседневную жизнь больного, в том числе инвалидности, использования больными специальных диет и других немедикаментозных методов лечения, включая лечебную физкультуру и психотерапевтические методы, а также влияние побочных эффектов медикаментозной терапии на КЖ [4, 10].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить влияние стандартной фармакотерапии, включающей дополнительные лекарственные средства (L-аргинин, глицин, дапаглифлозин) и психотерапевтические методы лечения (аутотренинг + функциональная музыка) на показатели качества жизни больных ССЗ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование были включены две когорты больных ССЗ:

I когорта: 94 пациента в возрасте от 51 до 68 лет с оперированными клапанными пороками сердца, ХСН ФК II-III, имеющие депрессивные и метаболические нарушения (гликемия натощак – 5,6-6,1 ммоль/л; гликемия после перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) – 7,8 -11,1 ммоль/л; показатель гликозилированного гемоглобина (Hb1Ac) <6%). Больные I когорты были распределены в две группы, которые получали следующую терапию:

- 1-я группа (46 пациентов) – стандартная фармакотерапия ХСН в рамках последних клинических рекомендаций + аутотренинг + функциональная музыка;

- 2-я группа (48 пациентов) – стандартная фармакотерапия ХСН + дапаглифлозин в дозе 10 мг в сутки + аутотренинг + функциональная музыка.

II когорта: 98 больных стабильной ИБС, сочетанной с расстройством адаптации, после реваскуляризации миокарда.

- 1-я группа (48 пациентов) – антиангинальная фармакотерапия + L-аргинин (500 мг в сутки, однократно) + аутотренинг + функциональная музыка;

- 2-я группа (50 пациентов) – антиангинальная фармакотерапия + L-аргинин (500 мг в сутки, однократно) + глицин (по 100 мг на приём два раза в сутки, 4-недельным курсом с 4-недельным перерывом) + аутотренинг + функциональная музыка.

Период наблюдения в обеих категориях больных составлял 12 недель.

Изучение КЖ у больных, участвовавших в исследовании, проводилось с помощью методики Medical Outcomes Study Form «Sf-36» [6, 10]. Опросник содержит 36 вопросов, которые охватывают 8 категорий качества жизни и дают полное представление как о физическом, так и о психическом компоненте 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 КЖ. Методика была валидизирована при исследовании лиц, относящихся к разным популяциям. В настоящее время «Sf-36» считается «золотым стандартом» общих методик оценки КЖ. Показатели КЖ оценивали исходно (неделя 0) и в конце этапа исследования (неделя 12).

Все результаты исследования обрабатывались с помощью специализированного пакета статистических программ MedicalStatistics [7].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В таблице 1 представлена динамика показателей КЖ больных обеих когорт за 12 недель лечения. В начале лечения показатели КЖ, оцененные по 8 категориям, у больных каждой из групп наблюдения в категориях статистически не различались. Не было выявлено статистически значимых различий распределения показателей КЖ больных во всех группах (p=0,80).

У больных I и II когорт было выявлено значительное снижение КЖ по всем категориям использованного в исследовании опросника, причем эти изменения носили односторонний характер (см. табл.). В наибольшей степени страдало КЖ больных по таким пунктам, как: «социальное функционирование», «ролевые ограничения вследствие эмоциональных проблем», а также «физические боли», «физическое функционирование». То есть у больных ССЗ (I и II когорты) ограничения возникают при исполнении ими физических нагрузок, в выполнении социальных ролей, общении, выполнении обычной ежедневной деятельности, вследствие проблем, связанных с основным заболеванием.

Таблица.

 Динамика показателей качества жизни больных ССЗ при включении в стандартную фармакотерапию дополнительных лекарственных средств, $\bar{X} \pm \sigma$

Период лечения	Больные I когорты		Больные II когорты	
	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа
Физическое функционирование				
Неделя 0	52,0±12,1	51,8±11,7	51,6±12,6	51,9±11,7
Неделя 12	56,5±14,3	59,7±12,3	60,2±14,0	60,9±11,3
Рольевые ограничения вследствие физических проблем				
Неделя 0	52,1±11,3	51,7±11,3	52,3±10,9	52,5±11,0
Неделя 24	57,8±12,4	60,3±12,9	59,9±15,1	60,9±13,1
Физические боли				
Неделя 0	53,6±14,4	52,9±12,4	53,8±13,3	54,2±13,8
Неделя 24	56,8±15,6	58,9±12,5	61,0±11,1	62,5±12,2
Восприятие общего состояния здоровья				
Неделя 0	57,5±12,0	56,7±12,3	55,8±12,0	57,1±12,2
Неделя 24	60,8±13,6	65,2±14,0	66,3±14,0	68,5±12,2
Энергичность / жизнеспособность				
Неделя 0	57,0±8,9	56,2±9,3	55,7±10,8	56,7±9,9
Неделя 24	61,7±14,6	66,1±9,5	65,32±12,2	66,4±10,5
Социальное функционирование				
Неделя 0	49,2±11,2	49,6±11,7	49,1±11,0	49,5±10,8
Неделя 24	59,8±15,0	60,0±15,0	59,2±12,2	59,4±11,2
Рольевые ограничения вследствие эмоциональных проблем				
Неделя 0	43,0±17,1	42,9±16,7	42,6±15,8	44,3±16,3
Неделя 24	56,3±18,8	55,8±19,6	56,5±22,6	57,2±16,4
Психическое здоровье				
Неделя 0	50,8±11,9	49,6±11,9	51,0±10,9	52,0±11,0
Неделя 24	58,7±14,6	58,7±14,6	59,2±12,1	61,8±13,2

Результаты, полученные через 12 недель лечения при проведении повторного исследования КЖ больных, представлены в таблице. Во всех группах больных соответствующих когорт отмечался прирост показателей КЖ по всем 8 категориям.

У всех больных каждой из групп обеих когорт, получающих дополнительно к фармакотерапии психотерапевтическое лечение (сеансы аутотренинга и функциональной музыки), изменения показателей КЖ прежде всего произошли в категориях «Социальное функционирование», «Рольевые ограничения вследствие эмоциональных проблем» и «Психическое здоровье». Все изменения этих показателей за 12 не-

дель в сравнении с показателями до начала лечения статистически значимы ($p < 0,05$), что говорит в пользу включения психотерапевтического лечения.

Наименьшие изменения показателей КЖ отмечались у больных 1-й группы I когорты (больные с оперированными клапаннами пороками сердца, ХСН ФК II-III, имеющие депрессивные и метаболические нарушения), которые в рамках медикаментозного лечения не получали дапаглифлозин (для коррекции метаболических нарушений) [10]. Все показатели КЖ по оставшимся 5-ти категориям у пациентов данной группы повысились (см. табл.), но изменения не были статистически значимыми ($p > 0,05$).

Во 2-й группе больных I когорты, в отличие от 1-й группы, отмечались более существенные изменения показателей КЖ, которые произошли по всем категориям опросника, за исключением категории «Физические боли»; все изменения имели статистически значимое ($p < 0,05$) отличие от показателей до начала лечения. Таким образом, включение в стандартную терапию ХСН дапаглифлозина, который, по полученным нами данным, обеспечивал существенное улучшение показателей обмена углеводов, также обеспечивало значительное повышение КЖ больных с оперированными клапанными пороками сердца, ХСН ФК II-III, имеющих депрессивные и метаболические нарушения.

У пациентов 2-й группы II когорты (больные стабильной ИБС, сочетанной с расстройством адаптации, после реваскуляризации миокарда) изменения показателей КЖ (см. табл.) были сопоставимы или несколько выше, чем изменения в 1-й группе пациентов, но эти отличия не были статистически значимыми ($p > 0,05$).

В целом можно отметить существенное улучшение показателей КЖ у всех больных II когорты, которые в составе антиангинальной терапии получали L-аргинин (500 мг в сутки, однократно), а больные 2-й группы – также глицин (по 100 мг на приём два раза в сутки, 4-недельным курсом с 4-недельным перерывом). Полученные нами результаты, свидетельствующие об эффективности данной фармакотерапии, проявились

в существенном снижении приема сублингвального нитроглицерина с 3-4 таблеток в сутки до 0-2 таблеток, что являлось следствием устранения дисфункции эндотелия сосудов (результаты нашего исследования направлены в печать).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, включение психотерапевтических методов лечения (аутотренинг; аутотренинг + функциональная музыка) в состав стандартной фармакотерапии больных с оперированными клапанными пороками сердца, ХСН ФК II-III, имеющих депрессивные и метаболические нарушения, а также больных стабильной ИБС, сочетанной с расстройством адаптации, после реваскуляризации миокарда, обеспечивает повышение КЖ в категориях «Социальное функционирование», «Рольевые ограничения вследствие эмоциональных проблем» и «Психическое здоровье».

Включение в фармакотерапию дапаглифлозина на фоне коррекции обмена углеводов у больных ХСН ФК II-III, имеющих метаболические нарушения, в большей степени повышает КЖ больных.

Включение L-аргинина в состав антиангинальной фармакотерапии больных стабильной ИБС, сочетанной с расстройством адаптации, значительно повышает их КЖ по всем анализируемым категориям.

О.С. Налётова¹, Е.Н. Налётова², Н.А. Лаптева^{1,2}, И.А. Чепурная^{1,2}, С.В. Налётнов¹, М.М. Алесинский¹

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

²ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», Донецк

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ В СТАНДАРТНУЮ ТЕРАПИЮ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Цель работы

Оценить влияние стандартной фармакотерапии, включающей дополнительные лекарственные средств (L-аргинин, глицин, дапаглифлозин) и психотерапевтические методы лечения (аутотренинг + функциональная музыка), на показатели качества жизни (КЖ) больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ).

Материал и методы

В исследование были включены две когорты больных ССЗ:

I когорта: 94 пациента в возрасте от 51 до 68 лет с оперированными клапанными пороками сердца, ХСН ФК II-III, имеющие депрессивные и метаболические нарушения (гликемия натощак – 5,6–6,1 ммоль/л; гликемия после перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) – 7,8–11,1 ммоль/л; показатель гликозилированного гемоглобина (Hb1Ac) <6%). Больные I ко-

горты были распределены в две группы, которые получали следующую терапию:

- 1-я группа (46 пациентов) – стандартная фармакотерапия ХСН в рамках последних клинических рекомендаций + аутотренинг + функциональная музыка;

- 2-я группа (48 пациентов) – стандартная фармакотерапия ХСН + дапаглифлозин в до-зе 10 мг в сутки + аутотренинг + функциональная музыка.

II когорта: 98 больных стабильной ИБС, сочетанной с расстройством адаптации, после реваскуляризации миокарда.

- 1-я группа (48 пациентов) – антиангинальная фармакотерапия + L-аргинин (500 мг в сутки, однократно) + аутотренинг + функциональная музыка;

- 2-я группа (50 пациентов) – антиангинальная фармакотерапия + L-аргинин (500 мг в сутки, однократно) + глицин (по 100 мг на приём два раза в сут-

ки, 4-недельным кур-сом с 4-недельным перерывом) + аутотренинг + функциональная музыка.

Период наблюдения в обеих категориях больных составлял 12 недель.

Изучение КЖ у больных, участвовавших в исследовании, 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 компоненте здоровья.

Все результаты исследования обрабатывались с помощью специализированного пакета статистических программ MedicalStatistics [7].

Результаты и обсуждение

У всех больных каждой из групп обеих когорт, получающих дополнительно к фармакотерапии психотерапевтическое лечение (сеансы аутотренинга и функциональной музыки), изменения показателей КЖ прежде всего произошли в категориях «Социальное функционирование», «Рольевые ограничения вследствие эмоциональных проблем» и «Психическое здоровье».

Во 2-й группе больных I когорты, в отличие от 1-й группы, отмечались более существенные изменения показателей КЖ по всем категориям опросника, за исключением категории «Физические боли»; все изменения имели статистически значимое ($p < 0,05$) отличие от показателей до начала лечения.

Отмечается существенное улучшение показателей

КЖ у всех больных II когорты, получающих в составе антиангинальной терапии L-аргинин (500 мг в сутки, однократно), а у больных 2-й группы – глицин (по 100 мг на приём два раза в сутки, 4-недельным курсом с 4-недельным перерывом).

Заключение

Таким образом, включение психотерапевтических методов лечения (аутотренинг; аутотренинг + функциональная музыка) в состав стандартной фармакотерапии больных с оперированными клапанными пороками сердца, ХСН ФК II-III, имеющих депрессивные и метаболические нарушения, а также больных стабильной ИБС, сочетанной с расстройством адаптации, после реваскуляризации миокарда, обеспечивает повышение КЖ в категориях «Социальное функционирование», «Рольевые ограничения вследствие эмоциональных проблем» и «Психическое здоровье».

Включение в фармакотерапию дапаглифлозина, на фоне коррекции обмена углеводов, у больных ХСН ФК II-III, имеющих метаболические нарушения, в большей степени повышает КЖ больных.

Включение L-аргинина в состав антиангинальной фармакотерапии у больных стабильной ИБС, сочетанной с расстройством адаптации, значительно повышает КЖ пациентов по всем анализируемым категориям.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, расстройство адаптации, метаболические нарушения, качество жизни.

O.S. Nalotova¹, E.N. Nalotova², N. A. Lapteva^{1,2}, Chepurnaya^{1,2}, S.V. Nalotov¹, M.M. Alesinsky¹

¹SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

²SI «V.K. Gusak Institute of Urgent and Reconstructive Surgery», Donetsk

DYNAMICS OF QUALITY OF LIFE INDICATORS IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES WHEN INCLUDING INNOVATIVE TREATMENT METHODS IN STANDARD THERAPY

Objective

To assess the impact on the quality of life of CVD patients when additional drugs (L-arginine, glycine, dapagliflozin) and psychotherapeutic methods of treatment (auto-training + functional music) are included in standard pharmacotherapy.

Material and methods

The study included two cohorts of patients with CVD:

Cohort I: 94 patients aged 51 to 68 years with operated valvular heart disease, CHF FC II – III, with depressive and metabolic disorders (fasting glycemia 5.6-6.1 mmol / L; glycemia after oral glucose tolerance test (OGTT) 7.8 -11.1 mmol / l; glycosylated hemoglobin (Hb1Ac) <6%). Patients in cohort I were divided into two groups who received the following pharmacotherapy:

- 1st group (46 patients) – standard therapy of CHF within the framework of the latest clinical guidelines + auto-training + functional music;

- 2nd group (48 patients) – standard therapy of CHF + dapagliflozin at a dose of 10 mg per day + auto-training + functional music.

Cohort II: 98 patients with stable coronary artery disease combined with adjustment disorder after myocardial revascularization.

- 1st group (48 patients) – antianginal therapy + L-arginine (500 mg per day, once) + auto-training + func-

tional music;

- 2nd group (50 patients) – antianginal therapy + L-arginine (500 mg per day, once) + glycine (100 mg per dose twice a day, 4-week course with 4-week break) + auto-training + functional music.

The observation period in both categories of patients was 12 weeks.

The study of QOL in patients participating in the study was carried out using the Medical Outcomes Study Form «Sf-36» method. The questionnaire contains 36 questions that cover 8 categories of quality of life and give a complete picture of both the physical and mental components of health.

To analyze the research results, the value of the arithmetic mean (\bar{X}) and standard deviation (σ) are given.

Conclusion

In all patients in each of the groups of both cohorts, who additionally received psychotherapeutic treatment for pharmacotherapy (sessions of auto-training and functional music), QOL indicators changed primarily in the categories «Social functioning», «Role limitations due to emotional problems» and «Mental health».

In the 2nd group of patients of the 1st cohort, in contrast to the 1st group, there were more significant changes in the QOL indicators, which occurred in all categories of the questionnaire, with the exception of the category «Physical pain»; all changes had a statistically signif-

icant ($p < 0.05$) difference from the indicators before the start of treatment.

There was a significant improvement in QOL indicators in all patients of cohort II, who received L-arginine as part of antianginal therapy (500 mg per day, once), and patients in group 2 also received glycine (100 mg per dose twice a day, 4 ex a weekly course with a 4-week break).

Conclusion

Thus, the inclusion of psychotherapeutic methods of treatment (auto-training; auto-training + functional music) in the standard pharmacotherapy of patients with operated valvular heart disease, CHF FC II – III, with depressive and metabolic disorders, as well as patients with stable coronary artery disease, combined with adjustment disorder, after revascularization of the myocardium, pro-

vides an increase in QoL in the categories «Social functioning», «Role limitations due to emotional problems» and «Mental health».

The inclusion of dapagliflozin in pharmacotherapy, against the background of the correction of carbohydrate metabolism, in patients with CHF FC II – III with metabolic disorders, to a greater extent increases the QoL of patients.

The inclusion of L-arginine in antianginal pharmacotherapy in patients with stable coronary artery disease combined with adjustment disorder significantly increases the QoL of patients in all analyzed categories.

Key words: cardiovascular diseases, adjustment disorder, metabolic disorders, quality of life.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агеев Ф.Т., Даннелян М.О., Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н. Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА-О-ХСН). Сердечная недостаточность. 2004; 5 (1): 4-7.
2. Гафаров В.В., Панов Д.О., Громова Е.А., Гагулин И.В. 2011. Связь личностной тревожности с другими психосоциальными факторами в женской популяции 25-64 лет (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ «MONICA-психосоциальная»). Сибирский Медицинский Журнал (Томск), 26 (4): 156-161.
3. Ефремова Е.В., Шутов А.М., Петрова Е.В. Личностные особенности и механизмы адаптации больных с артериальной гипертензией и хронической сердечной недостаточностью. Архив внутренней медицины. 2021; 1 (57): 34-42.
4. Жидяевский А.Г., Галаяутдинов Г.С. Психосоциальная адаптация к хронической сердечной недостаточности у пациентов с ишемической болезнью сердца. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2021; 20 (1): 31-31.
5. Игнатенко Г.А., Налётова О.С. Эффективность антигипертензивной терапии в сочетании с психотерапевтическим воздействием на ситуационную депрессию и жизненное истощение, и медикаментозной коррекцией дисфункции эндотелия у больных гипертонической болезнью. Университетская клиника. 2018; 1 (26): 65-71.
6. Игнатенко Г.А., Налётова О.С., Титиевский С.В. Депрессия и жизненное истощение у больных гипертонической болезнью, проживающих на территории Донбасса, как следствие «донбасского синдрома». Университетская клиника. 2018; 2 (27): 5-11.
7. Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г., Хоменко В.Н., Панченко О.А. Анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat. Донецк; 2006: 205-214.
8. Налётова 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.
9. Оганов Р.Г., Масленикова Г.Я. Демографические тенденции в Российской Федерации: вклад болезни системы кровообращения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2012; 1: 5-10.
10. Терещенко С.Н., Шестакова М.В., Агеев Ф.Т., Галстян Г.Р., Галаявич А.С., Глезер М.Г., Жиров И.В., Карпов Ю.А., Кобалава Ж.Д., Маткеплишвили С.Т. Целесообразность назначения дапаглифлозина для профилактики неблагоприятных исходов хронической сердечной недостаточности у пациентов со сниженной фракцией выброса. Резолюция совета экспертов. Российский кардиологический журнал. 2020; 5: 114-120.

REFERENCES

1. Ageev F.T., Dannelyan M.O., Mareev V.Yu., Belenkov Yu.N. Bol'nye s khronicheskoi serdechnoi nedostatochnost'yu v rossiiskoi ambulatornoi praktike: osobennosti kontingenta, diagnostiki i lecheniya (po materialam issledovaniya EPOKHA-O-KhSN). Serdechnaya nedostatochnost'. 2004; 5 (1): 4-7 (in Russian).
2. Gafarov V.V., Panov D.O., Gromova E.A., Gagulin I.V. 2011. Svyaz' lichnostnoi trevozhnosti s drugimi psikhosotsial'nymi faktorami v zhenskoi populyatsii 25-64 let (epidemiologicheskoe issledovanie na osnove programy VOZ «MONICA-psikhosotsial'naya»). Sibirskii Meditsinskii Zhurnal (Tomsk), 26 (4): 156-161 (in Russian).
3. Efremova E.V., Shutov A.M., Petrova E.V. Lichnostnye osobennosti i mekhanizmy adaptatsii bol'nykh s arterial'noi gipertenziei i khronicheskoi serdechnoi nedostatochnost'yu. Arkhiv vnutrennei meditsiny. 2021; 1 (57): 34-42 (in Russian).
4. Zhidyayevskii A.G., Galyautdinov G.S. Psikhosotsial'naya adaptatsiya k khronicheskoi serdechnoi nedostatochnosti u patsientov s ishemiceskoi bolezn'yu serdtsa. Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. 2021; 20 (1): 31-31 (in Russian).
5. Ignatenko G.A., Naletova O.S. Effektivnost' antigipertenzivnoi terapii v sochetanii s psikhoterapevticheskim vozdeistviem na situatsionnuyu depressiyu i zhiznennoe istoshchenie, i medikamentoznoi korrektsiei disfunktsii endoteliya u bol'nykh gipertonicheskoi bolezn'yu. Universitetskaya klinika. 2018; 1 (26): 65-71 (in Russian).
6. Ignatenko G.A., Naletova O.S., Titievskii S.V. Depressiya i zhiznennoe istoshchenie u bol'nykh gipertonicheskoi bolezn'yu, prozhivayushchikh na territorii Donbassa, kak sledstvie «donbasskogo sindroma». Universitetskaya klinika. 2018; 2 (27): 5-11 (in Russian).
7. 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: 205-214.
8. Naletova O.S., Titievskii S.V., Belevtsova E.L. Rasprostranennost' depressii i zhiznennogo istoshcheniya u bol'nykh gipertonicheskoi bolezn'yu, prozhivayushchikh na territorii Donbassa. Kurskii nauchno-prakticheskii vestnik «Chelovek i ego zdorov'e». 2018; 3: 4-9 (in Russian).
9. Oganov R.G., Maslennikova G.Ya. Demograficheskie tendentsii v Rossiiskoi Federatsii: vklad boleznii sistemy krovoobrashcheniya. Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. 2012; 1: 5-10 (in Russian).
10. Tereshchenko S.N., Shestakova M.V., Ageev F.T., Galstyan G.R., Galyavich A.S., Glezer M.G., Zhirov I.V., Karpov Yu. A., Kobalava Zh.D., Matskeplishvili S.T. Tselesoobraznost' naznacheniya dapagliflozina dlya profilaktiki neblagopriyatnykh iskhodov khronicheskoi serdechnoi nedostatochnosti u patsientov so snizhennoi fraktsiei vybrosa. Rezolyutsiya soveta ekspertov. Rossiiskii kardiologicheskii zhurnal. 2020; 5: 114-120 (in Russian).