

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК 616.12:008.331.1-058

Кром И.Л.¹, Жужлова Н.Ю.¹, Сазанова Г.Ю.¹, Соболев К.Э.²

**НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, РЕЛЕВАНТНОГО
ЗДОРОВЬЮ, БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

¹ГБОУ ВПО "Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского"
Минздрава России, 410012, г. Саратов; Центр медико-социологических исследований,
410015, Саратов;

²ГБУЗ МО "Красногорская городская больница № 1", 143408, Красногорск

Представлены результаты исследования качества жизни пациентов трудоспособного возраста, страдающих артериальной гипертензией, проведенного в 2013—2015 гг. в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Саратова с использованием опросника WHOQOL-100. У респондентов, страдающих артериальной гипертензией, отмечено статистически значимое снижение суммарного показателя качества жизни, показателя общей оценки восприятия жизни, а также показателей качества жизни в сферах "Физической", "Уровень независимости", "Окружающая среда", что свидетельствует о соматической детерминированности показателя качества жизни данных сфер. Установлено влияние уровня доходов и связанных с ним деприваций на суммарный показатель качества жизни респондентов с артериальной гипертензией и показатели качества жизни в некоторых сферах опросника WHOQOL-100 (в большей степени на сферу "Уровень независимости", "Психологическую" и "Физическую" сферы), что подтверждает предположение авторов о социальной детерминированности качества жизни больных с артериальной гипертензией.

Ключевые слова: качество жизни; артериальная гипертензия; опросник WHOQOL-100; депривация; доступность медицинской помощи.

Для цитирования: Кром И.Л., Жужлова Н.Ю., Сазанова Г.Ю., Соболев К.Э. Некоторые результаты исследования качества жизни, релевантного здоровью, больных с артериальной гипертензией. *Социология медицины*. 2016; 15 (2): DOI <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2810-2016-15-2->

Для корреспонденции: Кром Ирина Львовна, д-р мед. наук, проф., irina.crom@yandex.ru

Krom I.L.¹, Jujlova N.Yu.¹, Sazanova G.Yu.¹, Sobolev K.E.²

**SOME RESULTS OF INVESTIGATION OF QUALITY OF LIFE RELEVANT
TO HEALTH OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION**

¹The V.I. Razumovskii Saratovskii state medical university of Minzdrav of Russia, 410012 Saratov, Russia;

²Krasnogorsk municipal hospital № 1, 143408, Krasnogorsk, Russia

The article presents the results of study of quality of life of patients of able-bodied age with arterial hypertension. The study was carried out on the basis of ambulatory polyclinic institutions of Saratov in 2013—2015. The questionnaire WHOQOL-100 was applied. The respondents with arterial hypertension had statistically reliable decreasing of total index of quality of life, index of total value of life perception and also indices of quality of life in such areas as "Physical", "Level of Independence", "Environment" that testify somatic determination of index of quality of life of the given areas. The impact is established related to the level of incomes and related deprivations on both total index of quality of life of patients with arterial hypertension and indices of quality of life in particular sections of questionnaire WHOQOL-100 (mainly such sections as "Level of Independence", "Psychological" and "Physical" sections). This occurrence substantiates assumption about social determination of quality of life of patients with arterial hypertension.

Key words: quality of life; arterial hypertension; questionnaire WHOQOL-100; deprivation; accessibility of medical care

For citation: Krom I.L., Jujlova N.Yu., Sazanova G.Yu., Sobolev K.E. Some results of investigation of quality of life relevant to health of patients with arterial hypertension. *Sociologia meditsini*. 2016; 15 (2): DOI <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2810-2016-15-2->

For correspondence: Krom I.L., doctor of medical sciences, professor. e-mail: irina.crom@yandex.ru

Received 29.02.16
Accepted 01.04.16

Качество жизни и социальное функционирование — одни из важнейших характеристик состояния больных, страдающих хроническими заболеваниями. Значительное количество определений качества жизни в совре-

менной литературе указывает на неоднозначность, комплексность, многослойность данного феномена [1, 2].

В зарубежном здравоохранении получил широкое распространение термин "качество жизни, связанное

со здоровьем" (Health-related Quality of life). Конечной целью здравоохранения является восстановление или сохранение функционирования и благополучия, связанных со здоровьем, что является Health-related Quality of life [3].

Медицинские аспекты качества жизни определяются влиянием заболевания, ограничением функциональных возможностей, влиянием лечения на повседневную жизнедеятельность больного. Качество жизни, релевантное здоровью, — это уровень благополучия и удовлетворенности соматически детерминированными аспектами жизни [4].

А.В. Решетников определяет качество жизни как совокупность материальных, социальных, демографических и прочих условий жизни и уровень их развитости, что можно трактовать как субъективное восприятие и оценку своей жизни [2].

По мнению В.И. Петрова и Н.Н. Седовой, суммарный показатель качества жизни, релевантного здоровью, включает три основные составляющие:

- ♦ основные функции организма: толерантность к физической нагрузке, выполнение повседневной работы, интеллектуальная деятельность;
- ♦ клинический симптомокомплекс, определяемый основным или сопутствующим заболеванием или его лечением;
- ♦ психоэмоциональное состояние, которое находится в прямой зависимости от течения патологического процесса, психологического контакта с врачом и обществом, режима выполнения лечебных и диагностических мероприятий, удовлетворения медицинской помощью [5].

Динамика социальной жизни диктует повышенные требования к человеку в части его социально-статусной активности, ролевого поведения в социуме [6]. Современные социально-экономические условия, модернизация в здравоохранении и развитие медицинской науки инициируют совершенствование медицинской помощи и оценку ее результатов, используя анализ показателей качества жизни. Использование социологической системы интерпретаций при анализе показателей здоровья и качества жизни приводит к более внимательному исследованию социальных и межличностных отношений субъекта. Социологический подход предполагает рассмотрение проблемы здоровья в свете основных проблем социализации и социального взаимодействия [7].

На протяжении нескольких десятилетий в медицинской практике используют качество жизни как один из критериев эффективности лечения хронического заболевания и качества оказания медицинской помощи. В клинической медицине впервые было исследовано качество жизни при сердечно-сосудистых заболеваниях [1]. Результаты этих исследований доказали, что традиционные критерии оценки терапевтической эффективности, опирающиеся на широкий спектр лабораторных и инструментальных показателей, отражают лишь физическую составляющую картины болезни. Они не дают полного представления о жизненном благополучии пациента, включающем наряду с физическим его психологическое, эмоциональное, духовное и социальное функционирование.

Многочисленные исследования посвящены оценке качества жизни пациентов с артериальной гипертензией. Однако большая часть исследований связана с эффективностью того или иного препарата в терапии больных с артериальной гипертензией [8]. Неоднократно отмечено, что пациенты с артериальной гипертензией имеют более высокие потребности в медицинской помощи и более низкие показатели качества жизни, связанного со здоровьем, чем субъекты с нормальным давлением [9]. Для сохранения качества жизни таких пациентов необходима ранняя диагностика заболевания и эффективное лечение [10].

Материалы и методы

В 2013—2015 гг. в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Саратова проводилось исследование качества жизни пациентов трудоспособного возраста, страдающих артериальной гипертензией. Цель исследования заключалась в верификации соматически и социально детерминированных параметров качества жизни данной категории больных. В исследование были включены 409 респондентов, из них 227 женщин и 182 мужчины. Диагноз артериальной гипертензии был установлен в соответствии Рекомендациями Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов [11].

Контрольную группу составили 384 клинически здоровых респондента трудоспособного возраста.

Оценка качества жизни проводилась с использованием опросника WHOQOL-100 (ВОЗ КЖ-100). Опросник имеет модульную структуру, качество жизни рассматривается его авторами как многомерная, сложная структура, включающая восприятие индивидом его физического и психологического состояния, уровня независимости, взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также отношения к значимым характеристикам окружающей его среды.

С помощью опросника оценивали 6 крупных сфер качества жизни: физические функции, психологические функции, уровень независимости, социальные отношения, окружающую среду и духовную сферу, а также измеряли восприятие респондентом его качества жизни и здоровья в целом. Внутри каждой сферы выделяли несколько субсфер [12].

Суммарный показатель качества жизни, определяющийся как сумма значений шести сфер, в группе респондентов, страдающих артериальной гипертензией, был ниже, чем в контрольной группе (85 и 90,6 балла соответственно; $p = 0,01$) и варьировал от 63,9 до 111,2 балла. Показатель общей оценки восприятия жизни в группе респондентов с артериальной гипертензией был снижен по сравнению с группой здоровых и составил 15 баллов (в группе здоровых — 16 баллов; $p < 0,05$).

Статистически значимые различия показателей качества жизни двух групп респондентов были получены во всех субсферах "Физической" сферы. В субсферах "Физическая боль и дискомфорт" и "Жизненная активность, энергия, усталость" показатели в группе респондентов с артериальной гипертензией составили 13 баллов, в контрольной группе — 14 баллов ($p < 0,05$ и $p = 0,01$ соответственно). В субсфере "Сон и отдых" по-

казатель в опытной группе составил 15 баллов, в контрольной — 16 баллов ($p < 0,05$).

При анализе сферы "Уровень независимости" опросника показатель качества жизни в группе пациентов с артериальной гипертензией составил 14,8 балла, в группе клинически здоровых респондентов — 16,4 балла ($p < 0,01$). Достоверное различие отмечено в субсферах "Зависимость от лекарств и лечения" (в опытной группе — 13 баллов, в контрольной — 16,5 балла; $p < 0,01$) и "Способность к работе" (16 и 18 баллов соответственно; $p < 0,01$).

Статистически значимые различия показателя качества жизни в обеих группах отмечены в субсфере "Практическая социальная поддержка" (сфера "Социальные взаимоотношения"): в группе респондентов с артериальной гипертензией — 15 баллов, в группе клинически здоровых лиц — 13 баллов ($p < 0,01$) и в субсфере "Транспорт" (сфера "Окружающая среда"): в группе респондентов с артериальной гипертензией средний балл составил 12, в группе клинически здоровых — 15,5 балла ($p < 0,01$).

Снижение показателя качества жизни в наибольшей степени в "Физической" сфере, сферах "Уровень независимости" и "Окружающая среда" свидетельствует о соматической детерминированности данных сфер опросника у пациентов с артериальной гипертензией.

Известны исследования, доказывающие незначительное снижение показателя качества жизни в дебюте артериальной гипертензии у лиц трудоспособного возраста [13]. Исследование, проведенное Н.В. Орловой и соавт., выявило незначительное снижение показателя качества жизни пациентов в возрасте 38—54 лет с артериальной гипертензией I—II степени без ассоциированных состояний и гипотензивной терапии (использовался опросник SF-36) [14]. Однако в некоторых исследованиях указывается на значительное снижение показателей качества жизни пациентов с артериальной гипертензией [15, 16]. При этом снижение параметров качества жизни с артериальной гипертензией происходило постепенно в течение многих лет и обусловлено в большей степени сочетанием артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца, формированием сердечно-сосудистых осложнений, ускоряющих развитие сердечно-сосудистого континуума [17].

С 2008 г. в Центре медико-социологических исследований г. Саратова проводилось исследование качества жизни больных артериальной гипертензией в сочетании с ишемической болезнью сердца с использованием опросника WHOQOL-100 [18, 19]. Установлено снижение показателя качества жизни больных в "Физической", "Психологической" и "Социальной" сферах. Статистически значимое различие средних значений показателя качества жизни больных артериальной гипертензией в сочетании с ишемической болезнью сердца и клинически здоровых респондентов было выявлено в субсферах: F1 "Боль и дискомфорт", F3 "Сон и отдых", F9 "Подвижность", F11 "Зависимость от лекарств и лечения", F12 "Способность к работе", F18 "Финансовые ресурсы", F19 "Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)", F21 "Возможности для отдыха и развлечений и их использование". Отмечено значительное снижение показателя качества

жизни больных ишемической болезнью сердца по сравнению с группой клинически здоровых респондентов в сферах "Физической" и "Уровень независимости", в меньшей степени выявлены различия показателей качества жизни в сферах "Психологическая", "Социальные отношения", "Окружающая среда", "Духовная".

Результаты проведенного исследования находят подтверждение в исследованиях М.М. Орловой [20] и др. В исследовании В.В. Калюшина и соавт. [21] приведены доказательства, что постинфарктное ремоделирование миокарда и выраженная сердечная недостаточность в наибольшей степени влияют на качество жизни больных ишемической болезнью сердца с перенесенным инфарктом миокарда [22]. При этом снижение качества жизни больных ишемической болезнью сердца при хронической сердечной недостаточности связано не только с депривационным влиянием клинических симптомов, но и неопределенностью жизненных перспектив [23].

В проведенном нами исследовании качества жизни пациентов, страдающих артериальной гипертензией, получены доказательства влияния деприваций, связанных с бедностью, на доступность адекватной медицинской помощи и качество жизни респондентов, страдающих артериальной гипертензией.

Исследования Всероссийского центра уровня жизни показывают, что между уровнем и качеством жизни, а также состоянием здоровья существуют четкая взаимосвязь и взаимозависимость. Бедность, низкое качество жизни и плохое здоровье сопровождают друг друга [24]. Доступность, своевременность и достаточность медицинского обслуживания являются социальным индикатором, характеризующим уровень и качество жизни населения [2].

Все респонденты, страдающие артериальной гипертензией, включенные нами в исследование, были распределены по четырем степеням деприваций [25], связанным с уровнем доходов респондентов и включающих доступность адекватной медицинской помощи. К IV степени деприваций были отнесены 28 респондентов (6,8%), к III степени — 106 (25,9%), к II степени — 65 (15,9%), к I — 198 (48,5%). Лишь 12 (2,9%) респондентов не имели ограничений в социальной жизни.

Для 199 респондентов, имевших IV, III и II степень деприваций, доступность адекватной медицинской помощи ограничена в связи с отсутствием возможности приобретения витальных лекарственных препаратов [25].

В группе респондентов с артериальной гипертензией (в отличие от контрольной) установлено влияние уровня доходов и связанных с ним деприваций на суммарный показатель качества жизни и показатели качества жизни в сферах "Уровень независимости", "Психологическую" и "Физическую" сферы.

Наибольшая депривационная зависимость выявлена в субсферах (корреляция по шкале Чеддока умеренной силы, $0,3 < |r_s| < 0,5$):

- ♦ "Зависимость от лекарств в лечении" сферы "Уровень независимости" ($r_s = 0,385$);
- ♦ "Образ тела и внешность" "Психической" сферы ($r_s = 0,352$);
- ♦ "Финансовые ресурсы" сферы "Окружающая среда" ($r_s = 0,334$);

- ♦ "Способность к работе" сферы "Уровень независимости" ($r_s = 0,328$);
- ♦ "Жизненная активность, энергия и усталость" "Физической" сферы ($r_s = 0,316$);
- ♦ "Возможности для приобретения новой информации и навыков" сфер "Окружающая среда" ($r_s = 0,301$) и "Медицинская и социальная помощь" ($r_s = 0,301$).

Эти субсферы рассматриваются нами как социально детерминированные субсферы качества жизни трудоспособных пациентов с артериальной гипертензией. В остальных субсферах корреляционная связь по шкале Чеддока охарактеризована как слабая ($0,1 < |r_s| < 0,3$).

Показатель качества жизни, релевантного здоровью, определенный с использованием опросника ВОЗ КЖ-100, дополняя картину болезни, является многофакторным критерием оценки состояния больных, страдающих артериальной гипертензией. Наши исследования подтверждают, что показатели качества жизни больных, страдающих артериальной гипертензией, являются более низкими, чем в общей популяции. Полученные результаты подтверждают предположения о социальной детерминированности качества жизни больных с артериальной гипертензией.

Финансовая поддержка отсутствует.

Конфликт интересов не заявлен.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новик А.А., Ионова Т.И., Шевченко Ю.Л., ред. *Руководство по исследованию качества жизни в медицине*. М.: ЗАО "ОЛМА Медиа Групп"; 2007.
2. Решетников А.В. *Социология медицины: Учебник*. М.: ГЕОТАР-Медиа; 2007.
3. Osoba D., King M. Meaningful differences. In: Fayers P., Hays R.D., Eds. *Assessing Quality of Life in Clinical Trials*. New York: Oxford Press; 2005: 244—57.
4. Строк А.Б., Баширова С.Б. Изучение качества жизни больных с бронхиальной астмой. *Качественная клиническая практика*. 2008; (3): 53—5.
5. Петров В.И., Седова Н.Н. *Проблема качества жизни в биоэтике*. Волгоград: Издатель; 2001.
6. Дубограй Е.В., Присяжная Н.В. Влияние религиозности на отношение россиян к здоровью. *Социология мед.* 2015; 14 (1): 13—8.
7. Решетников А.В., Шаповалова О.А. *Здоровье как предмет изучения в социологии медицины*. М.: ГЕОТАР-Медиа; 2008.
8. Чернявская Т. Повышение комплаентности и качества жизни пожилых пациентов с артериальной гипертензией. *Врач*. 2010; (5): 20—4.
9. Ma W.J., Tang J.L., Zhang Y.H., Xu Y.J., Lin J.Y., Li J.S., Ignatius T.S. Hypertension prevalence, awareness, treatment, control, and associated factors in adults in southern China. *Am. J. Hypertens.* 2012; 25: 590—6.
10. Ninh T.H., Duy T.H., Ninh H.L., Vishnu K., Rachael M. Quality of life among people living with hypertension in a rural Vietnam community. *BMC Publ. Hlth.* 2014; 14: 833.
11. Чазова И.Е., Ратова Л.Г., Бойцов С.А., Небиеридзе Д.В. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов. *Системные гипертензии*. 2010; (3): 5—26.
12. Никифорова Г.С., ред. *Диагностика здоровья: психологический практикум*. СПб.: Речь; 2007.
13. Бурсиков А.В., Ушакова С.Е., Мишина И.Е. Бирцева Л.Н., Петрова О.В. Качество жизни больных с начальной стадией гипертонической болезни. *Клин. мед.* 2004; 82 (7): 20—2.
14. Орлова Н.В., Чукаева И.И., Карселадзе Н.Д., Аляутдинова И.А. Качество жизни пациентов с артериальной гипертензией. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2015; (специальный выпуск): 7a-b.
15. Месникова И.Л., Хурса Р.В., Романенко З.В. Качество жизни больных артериальной гипертензией в амбулаторных условиях. *Медицинский журнал*. 2007; 1 (19): 67—70.
16. Радченко А.Д., Марцовенко И.М., Сиренко Ю.Н. Оценка качества жизни пациентов с артериальной гипертензией на амбулаторно-поликлиническом этапе (результаты 6-месячного наблюдения). *Артериальная гипертензия*. 2012; 2 (22): 59—72.
17. Осипов Д.А., Рождественская Т.В., Кром И.Л., Ребров А.П. Соотношение предикторов прогноза качества жизни больных ишемической болезнью сердца. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2011; 7 (2): 426—9.
18. Ильина Т.Н., Кром И.Л., Новичкова И.Ю. Медико-социологическое объяснение феномена качества жизни. *Известия Саратовского университета. Сер.: Социология. Политология*. 2011; 11 (3): 29—36.
19. Кром И.Л., Еругина М.В., Сазанова Г.Ю. Векторы оптимизации больных ишемической болезнью сердца. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2015; 11 (1): 62—5.
20. Орлова М.М. Идентичность больного ишемической болезнью сердца как субъективная составляющая ситуации болезни. *Вестник СПбГУ. Сер. 12*. 2014; (3): 90—7.
21. Калюшин В.В., Тепляков А.Т., Камаев Д.Ю. Факторы, влияющие на качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда. *Кардиология*. 2001; (4): 58.
22. Гиляревский С.Р., Орлов В.А., Бенделиани Н.Г., Сычева Е.Ю., Хамаганова Л.К. Изучение качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью: современное состояние проблемы. *Российский кардиологический журнал*. 2001; (2): 58—72.
23. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайдн П. *Концепция исследования качества жизни в медицине*. СПб.: Элби; 1999.
24. Бобков В.Н. Преодоление бедности, повышение уровня и качества жизни населения — первоочередная задача и главное условие успешного развития России. *Уровень жизни населения регионов России*. 2005; (10): 16—9.
25. Давыдова Н.М. Депривационный подход в оценках бедности. *Социологические исследования*. 2003; (6): 88—96.

Поступила 29.02.2016

Принята в печать 01.04.2016

REFERENCES

1. Novik A.A., Ionova T.I., Shevchenko Yu.L., Eds. *Guide to the Study of Quality of Life in Medicine. [Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine]*. Moscow: ZAO "OLMA Media Grupp"; 2007. (in Russian)
2. Reshetnikov A.V. *Sociology of medicine. [Sotsiologiya meditsiny]*. Moscow: GEOTAR-Media; 2007. (in Russian)
3. Osoba D., King M. Meaningful differences. In: Fayers P., Hays R.D., Eds. *Assessing Quality of Life in Clinical Trials*. New York: Oxford Press; 2005: 244—57.
4. Strok A.B., Bashirova S.B. The study of quality of life of patients with asthma. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika*. 2008; (3): 53—5. (in Russian)
5. Petrov V.I., Sedova N.N. *The Problem of Quality of Life in Bioethics. [Problema kachestva zhizni v bioetike]*. Volgograd: Izdatel'; 2001. (in Russian)
6. Dubogray E.V., Prisyazhnaya N.V. The impact of religiosity on attitude of citizen of Russia to health. *Sotsiologiya med.* 2015; 14 (1): 13—8. (in Russian)
7. Reshetnikov A.V., Shapovalova O.A. *Health as a Subject of Study in the Sociology of Medicine. [Zdorov'e kak predmet izucheniya v sotsiologii meditsiny]*. Moscow: GEOTAR-Media; 2008. (in Russian)
8. Chernyavskaya T. Improving the compliance and quality of life of elderly patients with arterial hypertension. *Vrach.* 2010; (5): 20—4. (in Russian)
9. Ma W.J., Tang J.L., Zhang Y.H., Xu Y.J., Lin J.Y., Li J.S., Ignatius T.S. Hypertension prevalence, awareness, treatment, control, and associated factors in adults in southern China. *Am. J. Hypertens.* 2012; 25: 590—6.
10. Ninh T.H., Duy T.H., Ninh H.L., Vishnu K., Rachael M. Quality of life among people living with hypertension in a rural Vietnam community. *BMC Publ. Hlth.* 2014; 14: 833.
11. Chazova I.E., Ratova L.G., Boytsov S.A., Nebieridze D.V. Recommendations for the management of arterial hypertension Russian Medical Society of Arterial Hypertension and Society

- of Cardiology of the Russian Federation. *Sistemnye gipertenzii*. 2010; (3): 5—26. (in Russian)
12. Nikiforova G.S., Ed. *Diagnosis Health: Psychology Workshop. [Diagnostika zdorov'ya: psikhologicheskiy praktikum]*. St. Petersburg: Rech'; 2007. (in Russian)
 13. Bursikov A.V., Ushakova S.E., Mishina I.E., Birtseva L.N., Petrova O.V. The quality of life of patients with early stage hypertension. *Klin. med.* 2004; 82 (7): 20—2. (in Russian)
 14. Orlova N.V., Chukaeva I.I., Karseladze N.D., Alyautdinova I.A. The quality of life of patients with arterial hypertension. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2015; (spetsial'nyy vypusk): 7a-b. (in Russian)
 15. Mesnikova I.L., Khursa R.V., Romanenko Z.V. The quality of life of hypertensive patients in outpatient settings. *Meditinskiy zhurnal*. 2007; 1 (19): 67—70. (in Russian)
 16. Radchenko A.D., Martsovenko I.M., Sirenko Yu.N. Evaluation of the quality of life of patients with arterial hypertension at outpatient stage (the results of the 6-month follow-up). *Arterial'naya gipertenziya*. 2012; 2 (22): 59—72. (in Russian)
 17. Osipov D.A., Rozhdestvenskaya T.V., Krom I.L., Rebrov A.P. Correlation of predictors of life quality prognosis of patients with coronary heart disease. *Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal*. 2011; 7 (2): 426—9. (in Russian)
 18. Il'ina T.N., Krom I.L., Novichkova I.Yu. Medico-sociological explanation of the phenomenon of quality of life. *Izvestiya Saratovskogo universiteta. Ser.: Sotsiologiya. Politologiya*. 2011; 11 (3): 29—36. (in Russian)
 19. Krom I.L., Erugina M.V., Sazanova G.Yu. Vectors optimization of patients with coronary heart disease. *Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal*. 2015; 11 (1): 62—5. (in Russian)
 20. Orlova M.M. The identity of the patient with ischemic heart disease as a subjective component of a conditions of illness. *Vestnik SPbGU. Ser. 12*. 2014; (3): 90—7. (in Russian)
 21. Kalyushin V.V., Teplyakov A.T., Kamaev D.Yu. Factors affecting the quality of life of patients after myocardial infarction. *Kardiologiya*. 2001; (4): 58. (in Russian)
 22. Gilyarevskiy S.R., Orlov V.A., Bendeliani N.G., Sycheva E.Yu., Khamaganova L.K. The study of quality of life in patients with chronic heart failure: current state of the problem. *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal*. 2001; (2): 58—72. (in Russian)
 23. Novik A.A., Ionova T.I., Kaydn P. *The Concept of Auality of Life Studies in Medicine. [Kontseptsiya issledovaniya kachestva zhizni v meditsine]*. St. Petersburg: Elbi; 1999. (in Russian)
 24. Bobkov V.N. Overcoming poverty, raising the level and quality of life of the population — the main task and the main condition for successful development of Russia. *Uroven' zhizni naseleniya regionov Rossii*. 2005; (10): 16—9. (in Russian)
 25. Davydova N.M. Deprivation approach in poverty estimates. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2003; (6): 88—96. (in Russian)