

Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Саратовский государственный медицинский университет  
им. В.И. Разумовского»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

*На правах рукописи*

**БАЛЕВА Екатерина Сергеевна**

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В РАКУРСЕ ОПТИМИЗАЦИИ  
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ  
БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

14.02.05 – Социология медицины

Диссертация на соискание учёной степени  
кандидата медицинских наук

**Научный руководитель:**  
доктор медицинских наук  
**Кром И.Л.**

**Научный консультант:**  
доктор медицинских наук  
**Алёшкина О.Ю.**

Волгоград – 2015

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ. Предикторы прогноза больных ишемической болезнью сердца.....	12
1.1. Ассоциированные факторы сердечно-сосудистого континуума больных ишемической болезнью сердца.....	12
1.2. Социальные предикторы прогноза больных ишемической болезнью сердца.....	25
ГЛАВА II. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	37
2.1. Общая характеристика больных .....	37
2.2. Методы исследования.....	48
ГЛАВА III. СОБСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.....	58
3.1. Клинико-антропометрические характеристики отдалённого прогноза больных ишемической болезнью сердца.....	58
3.2. Тенденции ресоциализации больных ишемической болезнью сердца в контексте пространственного анализа.....	74
3.3. Качество жизни и векторы медико-социальной реабилитации больных ишемической болезнью сердца.....	100
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	124
ВЫВОДЫ.....	133
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	134
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	135
ПРИЛОЖЕНИЕ № 1.....	160
ПРИЛОЖЕНИЕ № 2.....	174

## ВВЕДЕНИЕ

### **Актуальность темы исследования.**

В последние десятилетия основной причиной заболеваемости и смертности населения в развитых странах являются болезни системы кровообращения. Ежегодно в мире от болезней системы кровообращения умирают около 17 млн. человек, что составляет около 29% от всех случаев смерти в мире по данным ВОЗ и около половины из них приходится на смертность от ишемической болезни сердца (ИБС).

Оценка качества жизни и социального функционирования в настоящее время представляются одними из важнейших характеристик состояния больных, страдающих ИБС. В современной клинической практике все более актуальной становится повышение качества жизни как критерия оценки эффективности реабилитации больных с хронической патологией. В современной медицинской практике целью реабилитации рассматривается социальная интеграция больного, восстановление его социальных ролей. Реабилитация больных ИБС приводит к решению краткосрочных (стабилизация состояния пациента) и отдалённых задач (снижение смертности, пролонгирование жизни и повышение качества жизни в ситуациях болезни). В настоящее время отмечается медикализация реабилитации больных ИБС, «демократизация» и упрощение содержания и стандартов кардиореабилитации (Д.М. Аронов).

В связи с современными принципами реабилитации лиц в ситуации болезни осуществление медико-социальной реабилитации больных ИБС предполагает коррекцию качества жизни, которое определяется соматическим состоянием и проблемами ресоциализации субъекта, страдающего соматическим заболеванием.

Прогноз течения ИБС, продолжительность заболевания – от случаев внезапной смерти до многолетнего процесса – во многом определяется «неравнозначностью» (Н.А. Мазур) предикторов отдалённого прогноза. В

настоящее время получены доказательства влияния клинических и антропометрических предикторов на отдалённый прогноз больных ИБС. Но если роль клинических предикторов в отдалённом прогнозе исследована весьма детально, то существуют лишь единичные междисциплинарные исследования влияния клинико-антропометрических предикторов на качество жизни и отдалённый прогноз больных ИБС.

На социальные перспективы больных ИБС влияют нарушения ресоциализации, социального функционирования субъекта. Высокий процент инвалидизации больных ИБС определяется не только клиническим течением болезни, но и влиянием на социальные перспективы больных социальных предикторов, включающих образование, профессиональный класс субъекта, социальную дифференциацию общества, степень социальной поддержки и т.д.

Создание в России научной школы социологии медицины, связанное с именем академика А.В. Решетникова, позволило преодолеть медикализацию в объяснении механизмов ресоциализации лиц в ситуации болезни, реализовать возможность интегративных междисциплинарных медико-социологических исследований перспектив социального функционирования лиц в ситуации болезни.

#### **Степень разработанности темы исследования.**

Последние десятилетия отмечены повышением интереса к междисциплинарным исследованиям ситуаций болезни, предикторам качества жизни и ресоциализации больных, страдающих хроническими заболеваниями.

В современной интерпретации предикторы ИБС рассматриваются как условия и обстоятельства, характеристики организма и личности, увеличивающие вероятность развития и прогрессирования заболевания. ИБС характеризуется широким спектром и ассоциируемостью клинико-антропометрических и социальных факторов, исследованием которых занимаются М.А. Гуревич, Н.А. Мазур, Д.А. Напалков Д.А., Р.Г. Оганов,

М.М. Орлова, А.Б. Смулевич, А.Б. Сумароков, А.М. Шилов, S. Garas, A. Hjermand, S. Tonstad, I. Zafari и др.

Течение ИБС и отдалённый прогноз детерминированы клиническими, антропометрическими и социальными характеристиками пациента. К исследованию генетической детерминанты ИБС обращались О.Ю. Алёшкина, М.Г. Бубнова, А.Д. Деев, И.Д. Козлов, В.В. Константинов, М.А. Негашева, В.В. Фролькис, T.S. Han, K. Williams.

Исследование социальных рисков хронических заболеваний проводят А.В. Решетников, А.Н. Бритов, А.М. Воробьев, В.В. Гафаров, Е.А. Громова, Н.А. Елисеева, С.А. Ефименко, В.П. Зайцев, Ю.А. Карпов, М.Г. Киселева, О.С. Копина, Г.В. Погосова, А.Л. Сыркин, В.И. Харченко, Г. Штайнкамп, R.G. Wilkinson и др.

В современной социологии интерпретация социализации как социального феномена, в ходе которого формируется пространство социализации, связано с именами П. Бурдьё, Г. Зиммеля, К. Левина, П.А. Сорокина, В.Б. Устьянцева, В.Н. Ярской, Е.А. Андрияновой, В.Г. Виноградского, С.В. Силкиной, О.Ф. Филимоновой, Л.С. Яковлева.

Интегративные исследования в медицине последних десятилетий, рассматривающие проблему субъективной удовлетворенности качеством жизни больных, страдающих хроническими заболеваниями, связаны с именами Н.Н. Седовой, А.А. Новика, Д.М. Аронова, В.П. Зайцева, Я.И. Кона, И.Л. Кром, Р.А. Либиса, А.Л. Сыркина, Р.Г. Оганова и др.

Основные принципы реабилитации больных, страдающих ИБС сформулированы Д.М. Ароновым, Е.А. Демченко, П.Я. Довгалеvским, И.Л. Кром, Н.Е. Кругловой, Р.Г. Огановым, О.Ю. Щелковой и др.

При значительном количестве исследований, посвященных изучению отдалённого прогноза больных ИБС, предикторов качества жизни, проблематика ресоциализация лиц в ситуации болезни остается на периферии исследовательских интересов. Существуют лишь единичные

исследования, посвященные анализу тенденций оптимизации медико-социальной реабилитации больных ИБС.

**Целью** диссертационного исследования является интегративный анализ показателей качества жизни и обоснование векторов оптимизации медико-социальной реабилитации больных ИБС.

В связи с поставленной целью предполагается решить следующие **задачи:**

– представить междисциплинарный анализ предикторов отдалённого прогноза и качества жизни больных ИБС;

– рассмотреть клинико-антропометрические характеристики отдалённого прогноза больных ИБС;

– исследовать векторы ресоциализации больных ИБС в контексте пространственного подхода;

– проанализировать показатели качества жизни и обосновать векторы оптимизации медико-социальной реабилитации больных ИБС.

**Объект** исследования – стратегии медико-социальной реабилитации больных, страдающих ИБС.

**Предмет** исследования – качество жизни как детерминанта оптимизации медико-социальной реабилитации больных ИБС.

**Гипотеза исследования.**

Существующие в России стандарты реабилитации больных ИБС медикализированы и не учитывают ассоциированности предикторов отдалённого прогноза ИБС. Практика реабилитации больных ИБС ограничена симптоматической терапией, которая предполагает коррекцию соматических предикторов клинического прогноза и может быть оценена как неэффективная (Д.М. Аронов, Р.Г. Оганов).

Медико-социальная реабилитация больных ИБС направлена на коррекцию нарушений параметров качества жизни и эффективную ресоциализацию больного. Медико-социальный подход к анализу

зависимости показателей качества жизни от соматического состояния и эффективности процесса ресоциализации субъекта устанавливает возможность объективизации стратегий и формирование новых реабилитационных технологий больных ИБС.

**Научная новизна** диссертационного исследования заключается в осуществлении интегративного анализа тенденций ресоциализации и объективизации параметров медико-социальной реабилитации больных ИБС:

– представлен междисциплинарный анализ предикторов отдалённого прогноза больных ИБС, в возникновении и развитии которой участвуют клиничко-антропометрические и социальные предикторы, формирующие сердечно-сосудистый континуум и социальный прогноз больных ИБС;

– впервые ресоциализация больного в ситуации болезни рассматривается как медико-социальный феномен, описание которого возможно в терминах пространственной организации. Перспективы отдалённого прогноза определяются сложным интегративным, многоуровневым процессом ресоциализации больных ИБС в условиях соматических и социальных ограничений. Предпринята попытка создания объяснительной модели ресоциализации больных ИБС, основанной на анализе взаимодействия индивидуального и социального пространств;

– впервые оценка качества жизни представлена в контексте формирования реабилитационных технологий больных ИБС. Выявленные в ходе исследования изменения показателей качества жизни в «Физической», «Психологической» сферах, сферах «Уровень независимости», «Социальные отношения» и «Окружающая среда» определяют направления медико-социальной реабилитации больных, страдающих ИБС.

Научная новизна исследования раскрывается в **положениях, выносимых на защиту:**

1. ИБС характеризуется широким спектром и ассоциируемостью клиничко-антропометрических и социальных факторов, определяющих

варианты течения, риски развития осложнений и социальные перспективы субъекта в ситуации болезни.

2. Локализация, варианты течения перенесённого инфаркта миокарда, наличие постинфарктной стенокардии, сердечной недостаточности, нарушений сердечного ритма и проводимости, сочетание ИБС и артериальной гипертензии, морфологические характеристики, тип телосложения определяют клинико-антропометрические предикторы отдалённого прогноза больных ИБС и рассматриваются как независимые модифицируемые факторы развития и прогрессирования ИБС, ускоряющие развитие сердечно-сосудистого континуума.

3. Анализ тенденций ресоциализации больных ИБС может быть осуществлён в контексте пространственного подхода, интерпретирующего социализацию как социальный феномен, в ходе которого формируется партнёрские отношения личности и социального пространства. Исследовательские перспективы пространственной методологии основываются на интерпретации социального пространства лиц в ситуации болезни как антропогенного пространства. Возникает неразрывная связь антропогенных пространств с феноменом человеческой телесности, влияние клинико-антропометрических характеристик на формирование антропогенного пространства.

4. Показатель качества жизни больных ИБС является независимым мультифакторным параметром соматического состояния и эффективности ресоциализации больных ИБС. Верификация качества жизни пациента в клинической практике дополнит объективную картину болезни. Тенденции нарушений показателя качества жизни больных ИБС, связанные с болезнью и неэффективностью ресоциализации субъекта, регламентируют медико-социальную реабилитацию данной категории больных.

**Методологическими основаниями диссертационного исследования** являются труды отечественных и зарубежных авторов по проблемам ресоциализации субъекта в условиях соматических и социальных

ограничений, качества жизни, релевантного здоровью. Работы А.В. Решетникова, Н.Н. Седовой, Е.А. Андрияновой, И.Л. Кром определили концептуальные положения диссертационного исследования.

Исследование выполнялось в научном пространстве социологии медицины, позволяющем осуществить междисциплинарный интегративный анализ предикторов прогноза ИБС. Методологический потенциал медико-социологических исследований предоставляет возможность осуществить интегральный анализ качества жизни больных ИБС и определить векторы медико-социальной реабилитации лиц в условиях соматических и социальных ограничений.

Исследования Р. Арон, К. Левина, П. Сорокина, Г. Штайнкампа, В. Устьянцева, Л. Яковлева определили подход автора к исследованиям ресоциализации лиц в условиях соматических ограничений в рамках пространственного подхода.

Проблемы разработанности в России стандартов реабилитации больных ИБС рассматриваются в исследованиях Д.М. Аронова, Р.Г. Оганова, Е.И. Чазова.

**Эмпирическая база диссертационного исследования** содержит результаты медико-социологического исследования, разработанного и проведенного автором в Центре медико-социологических исследований в течение 2010-2014 годов:

1. Анализ амбулаторных карт и историй болезни больных ИБС (2010–2013 гг. № 238).
2. Результаты анкетного опроса больных ИБС и контрольной группы респондентов (клинически здоровых лиц) с использованием опросника WHOQOL-100 (ВОЗ КЖ-100) (2010–2014 гг. № 432).
3. Результаты исследования (совместно с кафедрой анатомии человека ГБОУ ВПО Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского) клинических и антропометрических предикторов прогноза больных ишемической болезнью сердца (2010–2013 гг. № 238).

Антропометрические вариационно-статистические показатели, включённых в исследование больных ИБС, рассчитывались по стандартным методикам математической статистики. Определялись максимальные и минимальные значения измеряемой величины.

**Теоретическая и практическая значимость диссертационного исследования:**

– установлено, что качество жизни выступает детерминантой медико-социальной реабилитации больных ИБС;

– основные положения диссертационного исследования могут инициировать разработку порядка медико-социальной реабилитации, реабилитационного направления паллиативной помощи больным ИБС;

– проведённое исследование может быть использовано при разработке реабилитационных стандартов и технологий медико-социальной помощи больным ИБС в ситуациях болезни;

– материалы диссертационного исследования могут быть использованы для формирования образовательных программ по медико-социальной реабилитации и паллиативной помощи.

**Апробация** диссертационного исследования представлены осуществлялась на всероссийских и международных конференциях (Саратов, 2011; Новосибирск, 2012 г.; Лондон, 2012; Киев, 2012; Прага, 2013; Москва, 2013; Саратов, 2013; Лондон, 2013; Волгоград, 2013; Саратов, 2014; Москва, 2014; Краснодар, 2014)

Основные положения диссертационного исследования используются в научной и образовательной деятельности ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Института социального образования (филиал) РГСУ в г. Саратове и Центре медико-социологических исследований г. Саратова при разработке проектов медико-социальной помощи в здравоохранении.

По материалам исследования опубликовано 22 научные работы, из них 5 – в журналах перечня ВАК РФ.

**Объём и структура диссертации.** Диссертация изложена на 159 страницах машинописного текста. Она включает введение, три главы (7 параграфов), заключение, список использованной литературы (167 отечественных и 75 зарубежных источников), два приложения. Работа иллюстрирована 17 таблицами, 8 рисунками и диаграммами.

## ГЛАВА I ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

### Предикторы прогноза больных ишемической болезнью сердца

#### 1.1. Ассоциированные факторы сердечно-сосудистого континуума больных ишемической болезнью сердца

Современная медицинская практика строится на концепции ассоциированности факторов риска как возможных причинах развития, полиморбидности – сосуществования и прогрессирования мультифакторных заболеваний<sup>1</sup>. При мультифакторных заболеваниях складывается сложный механизм формирования фенотипа, который сопровождается взаимодействием генетических факторов с факторами внешней среды<sup>2</sup>.

Основные факторы риска, определяющие развитие ИБС, – параметры, способствующие развитию, прогрессированию и неблагоприятному исходу заболевания. В настоящее время известны более 200 факторов риска развития ИБС, которые подразделяются на две группы: немодифицируемые, воздействовать на которые невозможно, и модифицируемые, которые поддаются коррекции<sup>3</sup>.

В 1991 г. было сформулировано понятие «сердечно–сосудистого континуума» (от английского «continuous» – постоянный, непрерывный). В 2001 году на Европейском конгрессе кардиологов предложена теория о едином сердечно-сосудистом континууме, под которым подразумевается непрерывное развитие сердечно-сосудистых заболеваний от факторов риска к основным нозологическим единицам, ремоделированию сердца и сосудов, хронической сердечной недостаточности (ХСН) и гибели больного<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Шилов А. М. Коррекция факторов риска у пациентов с избыточной массой тела, сочетающейся с инсулинорезистентностью и артериальной гипертензией [Электронный ресурс] // Русский медицинский журнал. – 2011. – № 13. – URL: [http://www.rmj.ru/articles\\_7729.htm](http://www.rmj.ru/articles_7729.htm) (дата обращения: 18.09.2014).

<sup>2</sup> .Namiki M., Kawashima S., Yamashita T. Intramuscular gene transfer of interleukin-10 cDNA reduces atherosclerosis in apolipoprotein E-knockout mice // *Atherosclerosis*. – 2004. – V. 172. – P. 21-29.

<sup>3</sup> Бокерия Л. А. Ишемическая болезнь сердца и факторы риска (сравнение показателей в странах Европы, США и России) // *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия*. – 2007 – № 4. – С. 6–10.

<sup>4</sup> Dzaу V. J., Braunwald E. Resolved and unresolved issues in the prevention and treatment of coronary artery disease: a workshop consensus statement // *Am. Heart J.* – 1991. – Vol. Apr;121 (4 Pt 1). – P. 1244-63; The cardiovascular disease continuum validated: clinical evidence of improved patient outcomes: part I: Pathophysiology and clinical trial evidence (risk factors through stable coronary artery disease) / V.J. Dzaу, Elliott

В 2001 г. разработаны этапы (стадии) сердечно–сосудистого континуума<sup>1</sup>:

- стадия А – это формирование факторов риска, начало профилактики и лечения каких–либо первых признаков заболевания с целью предупреждения развития ХСН;
- стадия В – это годы лечения с использованием всех лечебно–профилактических мероприятий, включением методов эффективного восстановления сократительной функции сердца;
- стадия С – это месяцы лечения с помощью всех мероприятий стадий А и В с использованием лекарственных средств, направленных на устранение осложнений и клинических признаков сердечной недостаточности;
- стадия D – стадия, когда пациент нередко нуждается в наблюдении и лечении в блоках интенсивной терапии, в некоторых случаях показаны кардиореанимационные мероприятия.

Прогноз течения ИБС, продолжительность заболевания – от случаев внезапной смерти до многолетнего процесса – во многом определяется «неравнозначностью» (по определению Н.А. Мазура<sup>2</sup>) факторов риска.

Факторы риска ИБС (по S. Garas, A. Zafari, 2006) представлены в таблице 1.

---

М. Antman [et al.] // Circulation. – 2006, Dec. 19. – Vol. 114 (25). – P. 2850-70; Подзолков В.И., Осадчий К.К. Сердечно-сосудистый континуум: могут ли ингибиторы АПФ разорвать порочный круг? // Русский медицинский журнал. – 2008. – № 16 (11). – С. 35.

<sup>1</sup>См.: Беленков Ю. Н. Вклад различных факторов риска в сердечно–сосудистую смертность. Что их объединяет? // Пленум. Приложение к журналу «Сердце». – 2006.– №5 (5). – С. 1–3; Особенности лечения артериальной гипертонии при ожирении как фактора риска ХСН / А.М. Шилов, М.С. Дулаева, А.О. Осин [и др.] // Русский медицинский журнал. – 2012. – Т. 20. – № 14. – С. 672–677.

<sup>2</sup> Мазур Н. А., Сумароков А. Б. Значение различных методов обследования больных ишемической болезнью сердца для определения прогноза жизни: учеб. пособие. – М.: ЦОЛИУВ, 1989. – 32 с.

Факторы риска ишемической болезни сердца (по S. Garas, A. Zafari, 2006)<sup>1</sup>

Немодифицируемые факторы риска	Модифицируемые факторы риска
Возраст: больше 45 лет для мужчин; больше 55 лет для женщин	Дислипидемии (повышенное содержание в крови атерогенных липопротеидов и/или снижение содержания антиатерогенных липопротеидов высокой плотности)
Пол (мужской)	Артериальная гипертензия (артериальное давление >140/90)
Отягощенная наследственность: • мужчины: инфаркт миокарда или внезапная сердечная смерть родственника первой степени родства в возрасте менее 55 лет; • женщины: инфаркт миокарда или внезапная сердечная смерть родственника первой степени родства в возрасте менее 65 лет.	<p>Табакокурение Ожирение Сахарный диабет Недавно перенесенные другие факторы атеросклероза:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• гипергомоцистеинемия;</li> <li>• гиподинамия;</li> <li>• тромбогенное состояние;</li> <li>• атерогенная диета;</li> <li>• малоподвижный образ жизни;</li> <li>• психосоциальный стресс;</li> <li>• мужское облысение;</li> <li>• несоблюдение правил гигиены полости рта.</li> </ul>
	Факторы риска ИБС, не связанные с атеросклерозом:

Вклад различных факторов риска в развитие болезни во многом детерминирован возрастными и гендерными характеристиками пациента. В женской популяции, кроме широко известных, основных факторов (курение, ожирение, артериальная гипертензия, гиперлипидемия и сахарный диабет)

<sup>1</sup> См.: Основы ранней диагностики и прогнозирования ишемической болезни сердца / О. А. Ефремова, Л. А. Камышникова, В. М. Никитин [и др.] // Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация. – 2013. – № 18 (161). – Выпуск 23. – С. 33-36.

так же и другие факторы, которые вносят диссонанс в эндокринную и метаболическую системы организма<sup>1</sup>.

Исходом многих сердечно-сосудистых заболеваний является ХСН. Несмотря на значительные достижения в изучении патогенеза, диагностики и лечения ХСН, ее распространенность не только не снижается, но продолжает нарастать, достигая в общей популяции 1,5-2,0%, а среди лиц старше 65 лет – 6-10%<sup>2</sup>. По данным российских эпидемиологических исследований последних лет (исследование ЭПОХА-ХСН в 18 регионах РФ, 19500 респондентов и ЭПОХА-О-ХСН – одномоментное исследование в 22 регионах РФ)<sup>3</sup>, распространенность в России ХСН I-IV функциональных классов составляет 7% случаев или 7,9 млн. человек. Клинически выраженная ХСН (II-IV функциональные классы) имеет место у 4,5% населения (5,1 млн. человек). Существуют возрастные и гендерные различия в эпидемиологии ХСН.

Прогноз у больных с ХСН остается крайне неблагоприятным независимо от ее этиологии<sup>4</sup>. По результатам Роттердамского исследования, одно-, двух- и пяти- летняя выживаемость больных с ХСН составила 89, 79 и 59% соответственно<sup>5</sup>.

ИБС относится к основным этиологическим причинам развития ХСН в РФ (59% случаев)<sup>6</sup>. ХСН рассматривается как одно из самых тяжелых и

---

<sup>1</sup> Tonstad S, Hjermann I. A high risk score for coronary heart disease is associated with the metabolic syndrome in 402 year-old men and women // J. Cardiovasc. Risk. – 2003. – 10 (2). – P. 120-135; Вардугина Н. Г., Волкова Э. Г. Вклад различных факторов риска в развитие ишемической болезни сердца у женщин в возрасте до 55 лет (клинико-ангиографическое и популяционное исследование) // Российский кардиологический журнал. – 2004. – № 2 (46). – С. 34-37.

<sup>2</sup> Современный взгляд на проблему хронической сердечной недостаточности / А. Г. Булгак, Ю. П. Островский, Л. В. Рачок [и др.] // Кардиология в Беларуси. – 2009. – № 3. – С. 114-127.

<sup>3</sup> Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности [Электронный ресурс] – <http://www.scardio.ru/content/images/recommendation/hsn.pdf> (дата обращения: 12.09.2014).

<sup>4</sup> Бейшенкулов М. Т. Прогнозирование сердечной недостаточности у больных инфарктом миокарда // Кардиология. – 2005. – № 2. – С. 53-54; Современный взгляд на проблему хронической сердечной недостаточности / А. Г. Булгак, Ю. П. Островский, Л. В. Рачок [и др.] // Кардиология в Беларуси. – 2009. – № 3. – С. 114-127.

<sup>5</sup> The EuroHeart Failure survey programme – a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe / J. G. Cleland, K. Swedberg, F. Follath [et al.] // Eur. Heart J. – 2003. – Vol. 24. – P. 442–75; Хроническая сердечная недостаточность. Избранные лекции по кардиологии / Ю. Н. Беленков, В. Ю. Мареев, Ф. Т. Агеев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 432 с.

<sup>6</sup> Фомин И. В. Артериальная гипертензия в РФ – последние 10 лет. Что дальше? // Сердце. – 2007. № 6 (3). – С. 1-6.

прогностически неблагоприятных осложнений ИБС<sup>1</sup>. По данным проведённых многоцентровых исследований (CONSENSUS, SOLVD, ATLAS, CIBIS, NETWORK, ELITE, Val-HeFT, DIG)<sup>2</sup> ИБС явилась ведущей причиной ХСН и отмечена в среднем у 64% больных<sup>3</sup>. Результаты исследований Val-HeFT и SOLVD показывают, что у больных ХСН при ИБС выживаемость существенно ниже, чем у больных с ХСН другой этиологии<sup>4</sup>.

Не обсуждая в данной работе разнообразные механизмы развития и прогрессирования сердечной недостаточности при ИБС, следует отметить, что современное понимание патогенеза ХСН привело к формированию дефиниции сердечно-сосудистого континуума. ХСН является закономерным исходом сердечно-сосудистого континуума, представляет собой многокомпонентный синдром, включающий нейрогуморальные, гемодинамические и иммунологические реакции, играющие самостоятельную роль, взаимодействуют с остальными и способствуют

<sup>1</sup> Прогностические факторы при тяжелой хронической сердечной недостаточности / О. Б. Степура, Ф. З. Томаева, Э. Г. Будаев [и др.] // Сердечная недостаточность. – 2002. – № 2. – С. 76-78; Напалков Д. А., Сулимов В. А., Сеидов Н. М. Хроническая сердечная недостаточность: смещение фокуса на начальные стадии заболевания // Лечащий врач. – 2008. – № 4. – URL: <http://www.lvrach.ru/doctor/2008/04/> (дата обращения: 24.08.2014); Сметанина И. Н., Деев А. Д., Грацианский Н. А. Уровни общего холестерина и глюкозы крови – факторы, независимо связанные с риском смерти и госпитализации у больных с хронической систолической сердечной недостаточностью // Кардиология. – 2007. – № 8. – С. 12-16; Закирова А. Н., Абдюкова Э. Р. Влияние  $\beta$ -адреноблокаторов на ремоделирование миокарда и адгезивную функцию эндотелия у больных ишемической болезнью сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью и фибрилляцией предсердий // Кардиология. – 2010. – № 3. – С. 11-12; Хамуев Я.П. проблемы диастолической дисфункции левого желудочка: определение, патофизиология, диагностика // Кардиология. – 2011. – № 11. – С. 71-82.

<sup>2</sup> Comparative effects of low-dose versus high-dose lisinopril on survival and major events in chronic heart failure: the Assessment of Treatment with Lisinopril And Survival (ATLAS) / M. Vacker, P. Poole-Wilson, P. Armstrong et al. / *Europ. Heart J.* – 1998. – Vol.19 (suppl.). – P. 142; Investigators and Committees. Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study (CIBIS-II): a randomised trial. // *Lancet.* – 1999. – Vol. 353. – P. 9-13; Systematic review of the management of atrial fibrillation in patients with heart failure / A. U. Khand, A. C. Rankin, G. C. Kaye [et al.] // *Eur. Heart J.* – 2000. – Vol. 21. – P. 614-632; Effect of losartan compared with captopril on mortality in patients with symptomatic heart failure: randomised trial. The Losartan Heart Failure Survival Study ELITE II / B. Pitt, P. Poole-Wilson, R. Segal [et al.] // *Lancet.* – 2000. – Vol. 355. – P. 1582-1587; Cohn J. N., Tognoni G. A randomized trial of the angiotensin-receptor blocker valsartan in chronic heart failure // *N. Engl. J. Med.* – 2001. – Vol. 345. – P. 1667-1675; Effect of enalapril on 12-year survival and life expectancy in patients with left ventricular systolic dysfunction: a follow-up study/ P. Jong, S. Yusuf, M. F. Rousseau [et al.] // *Lancet.* – 2003. – Vol. 361 (9372). – P. 1843-1848.

<sup>3</sup> Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр) // Сердечная недостаточность. – 2007. – Т. 8. – № 1. – С. 2-36.

<sup>4</sup> Cohn J. N., Tognoni G. A randomized trial of the angiotensin-receptor blocker valsartan in chronic heart failure // *N. Engl. J. Med.* – 2001. – Vol. 345. – P. 1667-1675; Effect of enalapril on 12-year survival and life expectancy in patients with left ventricular systolic dysfunction: a follow-up study / P. Jong, S. Yusuf, M. F. Rousseau [et al.] // *Lancet.* – 2003. – Vol. 361 (9372). – P. 1843-1848.

прогрессированию заболевания. Индивидуальные различия в патогенезе ХСН определяют особенности клинической картины и течения заболевания<sup>1</sup>.

Артериальная гипертензия (АГ) является независимым предиктором сердечно-сосудистой и общей смертности в различных группах пациентов и в общей популяции.

Связь АГ с риском развития ИБС доказана в эпидемиологических исследованиях, проведенных в различных странах мира, в том числе и в России<sup>2</sup>. В исследовании MRFIT (**M**ultiple **R**isk **F**actor **I**ntervention **T**rial) нарастание риска смерти от КБС начиналось с уровней диастолического артериального давления (ДАД) 73-78 мм рт.ст. а при ДАД 105 мм рт.ст. риск такой смерти был в 5 раз выше по сравнению с теми лицами, у которых величина ДАД была в пределах нормы<sup>3</sup>. По данным отечественных, многолетних проспективных исследований были выявлены высокие вклады АГ в общую смертность и от ИБС как среди мужчин, так и среди женщин. У мужчин и женщин с АГ в возрасте  $\geq 30$  лет смертность от ИБС выше в 2,1 и 1,9 раз, по сравнению с их сверстниками, у которых нормальные уровни АД.<sup>4</sup>

Выполненное в России исследование ЭПОХА показало, что распространенность АГ среди населения России составляет 39,7% (50 млн. человек). Наряду с этим, а возможно и вследствие этого, зарегистрирован также значительный рост ХСН, вследствие их тесной патогенетической и клинической связи, взаимно негативного воздействия. Распространенность

---

<sup>1</sup> Современный взгляд на проблему хронической сердечной недостаточности / А. Г. Булгак, Ю. П. Островский, Л. В. Рачок [и др.] // Кардиология в Беларуси. – 2009. – № 3. – С. 114-127.

<sup>2</sup> Распространенность артериальной гипертензии в России. Информированность, лечение, контроль. / Р. Г. Оганов, С. А. Шальнова, А. Д. Деев [и др.] // Профилактика заболеваний укрепление здоровья. – 2001. – № 2. – С. 3-7; Шальнова С. А., Деев А. Д., Оганов Р. Г. Факторы, влияющие на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2005. – № 1. – С. 4-9.

<sup>3</sup> Stamler J, Stamler R, Neaton J. D. Blood pressure, systolic and diastolic, and cardiovascular risk: U.S. population data. // Arch Intern Med. – 1993. – 153. – P. 598-615.

<sup>4</sup> Роль систолического и диастолического артериального давления для прогноза смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. / С. А. Шальнова, А. Д. Деев, Р. Г. Оганов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2002. – № 1. – С. 10-5; Распространенность артериальной гипертензии в России. Информированность, лечение, контроль. / Р. Г. Оганов, С. А. Шальнова, А. Д. Деев [и др.] // Профилактика заболеваний укрепление здоровья. – 2001. – № 2. – С. 3-7.

ХСН в России составляет от 2,3 до 11,7% (в зависимости от тяжести сердечной недостаточности, что равняется 3-14 млн. человек.

Согласно данным этого же исследования, распространенность сердечной недостаточности в России в значительной степени определяется АГ (частота ХСН при отсутствии АГ составляет всего 1,7%, в то время как в условиях АГ I степени – 7,2%, АГ II степени – 15,3%, АГ III степени – 22,2%)<sup>1</sup>.

По данным исследования ЭПОХА АГ является причиной развития ХСН у 78-80% больных в России. В странах Европы АГ также рассматривается как причина развития ХСН у 53% больных (Исследование Euro Heart Survey, 2002-2003). Национальными особенностями ХСН для России являются ведущие популяционные факторы риска – распространенность АГ, острого инфаркта миокарда, сахарного диабета<sup>2</sup>.

Инфаркт миокарда (ИМ) занимает первое место среди ведущих причин смертности больных ИБС в развитых странах мира<sup>3</sup>. По данным Р.Г. Оганова и совт. в России острый ИМ ежегодно диагностируется примерно у 150 тысяч человек<sup>4</sup>. В последние годы, по сравнению с 70-80-е годами XX в., повторный ИМ стал встречаться значительно чаще (по некоторым данным почти в 2 раза) в клинической и патолого-анатомической практике. Повторный ИМ, возникая в новых патофизиологических условиях, при сниженных компенсаторных возможностях организма, протекает более тяжело, чем первый, представляя более сложную диагностическую проблему<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Гуревич М. А. Артериальная гипертензия и хроническая недостаточность – единство патогенеза и принципов лечения // Российский кардиологический журнал. – 2005. – № 6 (56). – С. 91-95.

<sup>2</sup> Там же.

<sup>3</sup> Дзюбенко Е. И., Малков А. Д., Пономарева Т. Б. Труды 2-го съезда Российского общества патологоанатомов. – М., 2006. – Т. II. – С. 49-51; Нефёдов В. П., Абашев А. Р. Патоморфологические аспекты повторного инфаркта миокарда // Казанский медицинский журнал. – 2007. – Т. 88, № 4. – С. 339-342.

<sup>4</sup> Оганов Р. Г., Масленников Г. Я. // Сердце. – 2003. – № 2. – С. 58.

<sup>5</sup> Сафонова Т. Ю., Габинский Я. Л. // Уральский кардиологический журнал. – 2001. – №3. – С. 1-4.; Дзюбенко Е. И., Малков А. Д., Пономарева Т. Б. Труды 2-го съезда Российского общества патологоанатомов. – М., 2006. – Т. II. – С. 49-51; Попов В. В. Комплексный подход к оценке электрической нестабильности миокарда у больных ишемической болезнью сердца // Российский кардиологический журнал. – 2006. – № 4 (60). – С. 83-90.

В связи с тем, что ИБС играет ведущую роль в общей смертности в России, прогнозирование вероятности развития нарушений сердечного ритма и внезапной сердечной смерти вследствие электрической нестабильности миокарда представляется актуальной проблемой<sup>1</sup>. Существует большое количество маркеров электрической нестабильности миокарда, часто не связанных между собой и обладающих самостоятельной прогностической значимостью. Неоднородна и сама популяция больных ИБС, в связи с тем, что прогностические критерии у отдельных лиц могут сочетаться в различной комбинации, это усложняет процесс деления больных на группы: низкого, умеренного и высокого риска возникновения опасных для жизни нарушений сердечного ритма и внезапной сердечной смерти<sup>2</sup>.

Желудочковые аритмии, выявляемые при суточном мониторинге электрокардиограммы, являются важным маркером риска неблагоприятного исхода. Чувствительность частой желудочковой экстрасистолии, определяемой как 10 и более экстрасистол в час, как предиктора внезапной сердечной смерти, находится в диапазоне 25-54 %. Таким образом, более чем у половины из всех пациентов, перенесших инфаркт миокарда и умерших внезапно, при суточном мониторинге электрокардиограммы выявлялось менее 10 желудочковых экстрасистол в час. Взаимосвязь между внезапной сердечной смертью, общей сердечно-сосудистой смертностью и нарушениями сердечного ритма была одинакова для пациентов с аритмиями как «высокого», так и «низкого» риска. Пациенты группы риска – это лица, перенесшие инфаркт миокарда, с фракцией выброса менее 40 % и частой желудочковой экстрасистолией или неустойчивой желудочковой тахикардией<sup>3</sup>.

Во многих исследованиях изучается прогностическое значение желудочковых аритмий. Исследование GISSI II показало, что частые

---

<sup>1</sup> Внезапная сердечная смерть. Рекомендации Европейского Кардиологического Общества / под ред. проф. Н. А. Мазура. – М.: Медпрактика. – М, 2003. – 148 с.

<sup>2</sup> Попов В. В. Комплексный подход к оценке электрической нестабильности миокарда у больных ишемической болезнью сердца // Российский кардиологический журнал. – 2006. – № 4 (60). – С. 83-90.

<sup>3</sup> Там же.

экстрасистолы являются независимым фактором риска внезапной сердечной смерти в первые 6 месяцев после острого инфаркта миокарда. После корректировки по другим факторами риска, количество экстрасистол  $>10/\text{час}$  оставалось достоверным предиктором общей смертности и внезапной смерти: для экстрасистолии  $>10/\text{час}$ , чувствительность и специфичность были 42–54% и 74–82%, соответственно, для прогноза аритмических событий. Исследования MADIT и MUSTT показали, что диагностированное при электрофизиологическом исследовании сочетание неустойчивой желудочковой тахикардии со сниженной фракцией выброса позволяет идентифицировать больных с высоким риском аритмической смерти<sup>1</sup>. В исследовании GUSTO-III было проведено сравнение годовой летальности у больных с фибрилляцией желудочков, желудочковой тахикардией и больных без нарушений ритма. Соответственно, годовая летальность составила 34%, 29% и 9%<sup>2</sup>

ИБС имеет генетическую детерминанту<sup>3</sup>. Общие размеры тела, соматотип, степень развития и топография подкожного жира относятся к конституциональным маркерам ИБС. Ожирение (прежде всего абдоминальное), которое рассматривается как независимый модифицируемый фактор риска развития ИБС, у значительной части пациентов является предиктором развития метаболического синдрома<sup>4</sup>, способное ускорять развитие сердечно-сосудистого континуума на всех его этапах<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Внезапная сердечная смерть. Рекомендации Европейского Кардиологического Общества / под ред. проф. Н. А. Мазура. М.: Медпрактика. – М, 2003. – 148 с.

<sup>2</sup> Sustained ventricular arrhythmias and mortality among patients with acute myocardial infarction: results from the GUSTO-III trial / S. M. Al-Khatib, A. L. Stebbins, R. M. Califf [et al.] // *Am. Heart J.* – 2003. – Vol. 145, № 3. – P. 515-521.

<sup>3</sup> Негашева М. А. Мегополис и особенности соматотипа как факторы повышенного риска ишемической болезни сердца // *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.* – 2001. – № 1, вып. 4. – С. 32-37.; Распространенность избыточной массы тела и ее связь со смертностью от сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний среди мужского населения в городах различных регионов / В. В. Константинов, А. Д. Деев, А. В. Капустина [и др.] // *Кардиология.* – 2002. – № 10. – С. 45–54.

<sup>4</sup> Analysis of obesity and hyperinsulinemia in the development of metabolic syndrome: San Antonio Heart Study / T. S. Han, K. Williams, N. Sattar [et al.] // *Obesity Research.* – 2002. – Vol. 10, № 9. – P. 923–931.

<sup>5</sup> Effect of sibutramine on weight maintenance after weight loss: a randomised trial / W. P. James, A. Astrup, N. Finan [et al.] // *Lancet.* – 2000. – P. 356.

Многочисленные исследования доказывают связь между ожирением и артериальной гипертензией (АГ). Фремингемское исследование показало, что вероятность развития АГ на 50% выше у лиц среднего возраста с избыточной массой тела, по сравнению с теми, кто не страдает ожирением. Достоверное повышение систолического и диастолического артериального давления отмечается при увеличении индекса массы тела<sup>1</sup>.

В исследовании Nurses Health Study установлено, что при наличии избыточной массы тела риск ИБС увеличивался в 2 раза и в 3 раза – при ожирении. Результаты патоморфологического исследования 1260 случаев показали, что у лиц с толщиной абдоминальной жировой складки более 3 см. выраженный коронарный атеросклероз встречался в 2 раза чаще. Увеличением риска развития инфаркта миокарда и смерти от ИБС на 25% рассматривается в связи с повышением массы тела на 5–8 кг<sup>2</sup>.

Избыточная масса тела относится к основным факторам риска развития ИБС и коронарной смерти в различных этнических группах. Результаты исследования регистра REACH (Reduction of Aterotrombosis for Continued Health), включающего 63 857 пациентов из 44 стран, свидетельствуют о высокой степени распространенности избыточной массы тела и ожирения в мире, особенно в странах Северной Америки<sup>3</sup>. По данным российского НИИ питания РАМН 55% россиян в 2005 г. имели избыточную массу тела, 22% из них страдали ожирением<sup>4</sup>.

Основной причиной распространённости ожирения принято считать избыточное потребление высококалорийной пищи и снижения физической активности населения высокоразвитых индустриальных стран, произошедшее за последние десятилетия. Однако, ещё в 1930–е гг. Г.Ф. Ланг указывал на то, что «Гипертония наблюдается часто у лиц, которые в силу

---

<sup>1</sup> Long-term weight loss and changes in blood pressure: results of the trials of hypertension prevention, phase II / V. J. Stevens, E. Obarzanek, N. R. Cook [et al.] // *Ann Intern Med.* – 2001. – 134: P. 1–11.

<sup>2</sup> Бубнова М. Г. Роль ожирения и висцерального жира сердца в запуске сердечно-сосудистого континуума. Клинические эффекты орлистата // *Русский медицинский журнал.* – 2014. – Т. 22. – № 2. – С. 116–122.

<sup>3</sup> Особенности лечения артериальной гипертонии при ожирении как фактора риска ХСН / А. М. Шилов, М. С. Дулаева, А. О. Осин [и др.] // *Русский медицинский журнал.* – 2012. – Т. 20. – № 14. – С. 672–677.

<sup>4</sup> Корнеева О. Н. Клинические варианты метаболического синдрома: автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 2007. – 23 с.

социального и экономического положения и связанных с этим привычек едят много, злоупотребляют алкоголем, много курят и ведут сидячий образ жизни. Необходимо подчеркнуть, что в большинстве случаев эти факторы действуют не в отдельности, а совместно»<sup>1</sup>.

Высокие показатели частоты развития сердечных осложнений и смертности при ожирении связаны с тем, что оно предполагает к формированию независимых факторов риска: дислипидемии (до 30% лиц с ожирением имеют гиперлипопротеидемию), сахарного диабета 2 типа (до 80% больных диабетом 2 типа имеют избыточную массу тела), артериальной гипертензии (примерно половина лиц с ожирением одновременно имеют и артериальную гипертензию) и внезапной смерти<sup>2</sup>.

Установлено, что при ИБС длина тела у мужчин в среднем ниже, чем у здоровых лиц, отмечается большая тяжесть течения заболевания и более высокая смертность от инфаркта миокарда среди «низкорослых». Мужчины, страдающие ИБС, в отличие от здоровых, при общей возрастной склонности к эндоморфии характеризуются повышенным отложением жировой ткани в верхней части корпуса и на плечах<sup>3</sup>.

Частная телесная конституция – соматотип даёт наиболее полное представление об общей конституции человека. Увеличение распространенности ИБС от астенического соматотипа к гиперстеническому, а также от мезоморфного типа телосложения к эндоморфному установлено в исследовании И. Д. Козлова с соавт.<sup>4</sup>. Та же закономерность выявлена у больных с перенесённым инфарктом миокарда, стенокардией напряжения, наименьшая распространенность всех форм ИБС установлена у лиц астенической и мезоморфной конституции, наибольшая – у гиперстеников и

---

<sup>1</sup> Цит. по: Особенности лечения артериальной гипертензии при ожирении как фактора риска ХСН / А. М. Шилов, М. С. Дулаева, А. О. Осия [и др.] // Русский медицинский журнал. – 2012. – Т. 20. – № 14. – С. 672–677.

<sup>2</sup> Лазнан С. С., Берштейн Л. Л., Гришкин Ю. Н. Значение оценки факторов сердечно-сосудистого риска в прогнозировании ишемической болезни сердца // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2011. – № 4 (36). – С. 185–194.

<sup>3</sup> Негашева М. А. Мегаполис и особенности соматотипа как факторы повышенного риска ишемической болезни сердца // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2001. – № 1, вып. 4. – С. 32-37.

<sup>4</sup> Козлов И. Д. Роль соматотипа в развитии и течении ишемической болезни сердца // Медицинские новости. – 2004. – № 4. – С. 87-90.

эндоморфов. Причём статистически значимы ( $P < 0,05$ ) различия по всем индексам в распространенности отдельных форм ИБС у крайних соматотипов. У больных астенического телосложения, перенесших инфаркт миокарда, стенокардия напряжения встречается в 35,7% случаев, среди больных гиперстенической конституции постинфарктная стенокардия встречается в 61,3% случаев ( $P < 0,05$ ). По данным обследования больных ИБС у 24,0% больных со стенокардией напряжения одновременно выявлены и ишемические изменения при электрокардиографии. В 16,0% ишемические изменения на электрокардиограмме отмечены при стенокардии напряжения у лиц астенического соматотипа и в 29,7% – среди больных стенокардией напряжения гиперстенической конституции. Отмечается увеличение частоты развития острого инфаркта миокарда у больных от астенического типа к гиперстеническому.

В современных исследованиях доказано, что повышенная масса тела определяет прогрессирование болезней системы кровообращения<sup>1</sup>. Установлена патогенетическая связь абдоминального ожирения с сердечно-сосудистыми заболеваниями: значительно чаще у больных с избыточной массой тела, чем у лиц с нормальным весом регистрируются степень выраженности коронарного атеросклероза, частота инфарктов миокарда<sup>2</sup>.

В основе современного подхода к патогенезу ИБС рассматривается представление о прогрессирующей атеросклеротической окклюзии коронарных артерий, среди основных причин которой избыточная масса тела и ожирение. Ведущими факторами риска при избыточной массе тела являются гипертензия, нарушения липидного обмена с высоким содержанием триглицеридов, гиперхолестеринемия, толерантность к

---

<sup>1</sup> Бунова С. С. Динамика изменений нейрогуморального профиля и формирования метаболических нарушений у больных артериальной гипертензией в зависимости от индекса массы тела // Вестник Санкт-Петербургского университета: Сер. 11. – 2009. – Вып. 1. – С. 11–18.; Дворецкий Л. И., Гибрадзе Н.Т., Черкасова Н. А. Ишемическая болезнь сердца у женщин [Электронный ресурс] // Русский медицинский журнал. – 2011. – № 2. – URL: [http://www.rmj.ru/articles\\_7494](http://www.rmj.ru/articles_7494) (дата обращения: 15.09.2014).

<sup>2</sup> Шилов А. М. Факторы риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с избыточной массой тела, сочетающейся с артериальной гипертензией, и их коррекция [Электронный ресурс] // Российский Медицинский Журнал. – 2009 – № 10. – URL: [http://www.rmj.ru/articles\\_theme\\_5\\_6.htm](http://www.rmj.ru/articles_theme_5_6.htm) (дата обращения: 16.10.2014).

глюкозе, гиперинсулинемия, инсулинорезистентность, гипертрофия левого желудочка и высокий уровень фибриногена<sup>1</sup>. Избыточную массу тела больных ИБС, которая встречается в 3 раза чаще, чем в общей популяции и способствует более тяжёлому течению заболевания и высокой смертности, В.В. Фролькис рассматривает в качестве предиктора клинического прогноза<sup>2</sup>. По мнению автора, в большей степени риск связан с центральным типом ожирения с преимущественным отложением жира в абдоминальной области. Получены доказательства влияния избыточной массы тела на формирование независимого предиктора прогноза ИБС – гипертрофии левого желудочка<sup>3</sup>.

Взаимосвязи уровней в крови адипонектина – одного из биологически активных белков, вырабатываемого жировой тканью, с показателями липидного и углеводного метаболизма у женщин рассматривались в исследовании Д.А. Танянского и соавт.<sup>4</sup>. По данным линейного регрессионного анализа, отношение окружность талии/окружность бедер относится к наиболее важным независимым детерминантам уровня адипонектина в сыворотке крови.

Заключительный этап сердечно-сосудистого континуума больного ИБС с ожирением – присоединение ХСН, в основе которого, по-видимому, лежат как первичные изменения миокарда вследствие его жировой инфильтрации, так и вторичные изменения в результате увеличения объема циркулирующей крови, сердечного выброса и гиперактивности нейрогуморальных систем<sup>5</sup>.

В последнее время обсуждается так называемый «парадокс ожирения» в связи с доказанным фактом позитивного влияния ожирения на прогноз больных с сердечной недостаточностью. Больные с ожирением, страдающие сердечной недостаточностью, имели парадоксально более благоприятный

---

<sup>1</sup> Фролькис В. В. Вазоактивные свойства разных классов липопротеидов крови при гиперхолестеринемии и атеросклерозе // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2000. – № 1. – С. 15–17.

<sup>2</sup> Там же.

<sup>3</sup> Остроумова О. Д., Шорикова Е. Г., Галеева Н. Ю. Артериальная гипертония и гипертрофия миокарда левого желудочка [Электронный ресурс] // Российский Медицинский Журнал. – 2011. – № 4. – URL: [http://www.rmj.ru/articles\\_theme\\_5\\_6.htm](http://www.rmj.ru/articles_theme_5_6.htm) (дата обращения: 16.10.2014).

<sup>4</sup> Танянский Д. А. Связь уровня адипонектина с обменом липидов и углеводов у женщин: роль массы тела // Вестник Санкт-Петербургского университета: Сер. 11. – 2008. – Вып. 4. – С. 53–61.

<sup>5</sup> Бубнова М. Г. Роль ожирения и висцерального жира сердца в запуске сердечно-сосудистого континуума. Клинические эффекты орлистата. // Русский медицинский журнал. – 2014. – Т. 22. – № 2. – С. 116–122.

отдалённый витальный прогноз, чем пациенты с нормальной массой тела и тем более пациенты с низкой массой тела (кахексией)<sup>1</sup>.

## **1.2. Социальные предикторы прогноза больных ишемической болезнью сердца**

Во второй половине XX века в многолетних, проспективных исследованиях были выявлены факторы риска, влияющие на развитие, прогрессирование и преждевременную смерть от хронических неинфекционных заболеваний, в том числе ИБС. Эти факторы были обусловлены, в основном, образом жизни, окружающей средой и генетическими особенностями человека<sup>2</sup>. В 1978 г. ВОЗ включила понятие «риск» в свои рекомендации<sup>3</sup>. Согласно данным экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), состояние здоровья населения на 49–53% определяется их образом жизни (курение, употребление алкоголя и наркотиков, характер питания, условия труда, гиподинамия, материально-бытовые условия, семейное положение и др.), на 18–22% – генетическими и биологическими факторами, на 17–20% – состоянием окружающей среды (природно-климатические факторы, качество объектов окружающей среды), на 8–10 % – уровнем развития здравоохранения (своевременность и качество медицинской помощи, эффективность профилактических мероприятий)<sup>4</sup>.

Факторы риска ИБС в современной интерпретации рассматриваются не как причина патологического состояния, а как условия и обстоятельства, характеристики и свойства организма и личности, увеличивающие вероятность заболевания и его прогрессирования<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Бубнова М. Г. Роль ожирения и висцерального жира сердца в запуске сердечно-сосудистого континуума. Клинические эффекты орлистата. // Русский медицинский журнал. – 2014. – Т. 22. – № 2. – С. 116-122.

<sup>2</sup> Решетников А. В., Ефименко С. А. Социология пациента. – М.: Здоровье и общество, 2008. – 304 с.

<sup>3</sup> Arterial hypertension: Report of a WHO expert committee. – Geneva: World Health Organization, 1978.

<sup>4</sup> Баздырев Е. Д., Барбараш О. Л. Экология и сердечно-сосудистые заболевания // Экология человека. – 2014. – № 5. – С. 53-59.

<sup>5</sup> Николаев Е. Л., Лазарева Е. Ю. Психосоциальные риски и ресурсы при сердечно-сосудистых заболеваниях // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2014. – №10. – С. 109-130.

Индивидуальная модель-система сердечно-сосудистых заболеваний представлена на рис. 1<sup>1</sup>.



Рис. 1

Многочисленные современные исследования посвящены анализу влияния социальных факторов на течение и прогноз ИБС. Более трех четвертей случаев смерти вызываются заболеваниями, которые при различии их этиологии, течении и прогнозе:

– как правило, не могут быть ни предотвращены, ни излечены средствами лечебной медицины;

<sup>1</sup> Штайнкамп Г. Смерть, болезнь и социальное неравенство // Журнал социологии и социальной антропологии. – 1999. – Т. 2. – № 1 (5). – С. 131.

– истоки хронических болезней находятся полностью или в большей степени не в физиологии субъекта, а в условиях жизни, труда и окружающей среды;

– социальное неравенство существует в риске заболеть или умереть, в возможности индивидуально преодолевать нагрузки, шансы физически, психически и социально справиться с болезнью. Распределение неравенства имеет гендерные и стратификационные характеристики<sup>1</sup>.

По мнению В.И. Харченко и соавт.<sup>2</sup>, в настоящее время следует выделять три блока факторов риска заболеваний, в том числе и ИБС: классические традиционные, социально-психологические, социально-экономические.

Большую роль в разработке научной концепции факторов риска ИБС сыграло Фремингемское исследование<sup>3</sup>, результаты которого позволили выделить модифицируемые факторы риска – артериальная гипертензия, дислипидемия, сахарный диабет, курение, гиподинамия, ожирение и биологические характеристики: возраст, пол, наследственность. Ряд популяционных исследований<sup>4</sup> свидетельствует о том, что на неблагоприятное эпидемиологическое положение в отношении ИБС оказывает влияние не только уровень основных факторов риска, но и другие характеристики, в том числе социально-экономические, географические, поведенческие и т.д. Распространению ИБС во многом способствуют факторы, ассоциированные с повышенными требованиями к адаптивным возможностям личности. К таким

---

<sup>1</sup> Штайнхарт Г. Смерть, болезнь и социальное неравенство // Журнал социологии и социальной антропологии – 1999. – Т. 2. – №1 (5). – С. 116.

<sup>2</sup> Социально-экономические и социально-психологические факторы риска болезней системы кровообращения в России / В. В. Харченко, М. М. Вирин, М. В. Корякин [и др.] // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2005. – № 6. – С. 49–60.

<sup>3</sup> Предупреждение коронарной болезни сердца в клинической практике: рекомендации Оперативной группы Европейского общества кардиологов, Европейского общества атеросклероза и Европейского общества гипертонии. – М, 1996. – 75 с.

<sup>4</sup> Организация и координация работы по профилактике заболеваний и укреплению здоровья в системе первичной медико-санитарной помощи (организационно-функциональная модель) / Р. Г. Оганов, А. М. Калинина, Л. Е. Сырцова [и др.] // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2002. – № 2. – С. 3–8.; Костомарова И. В., Малыгина Н. А. О факторах риска и профилактике ишемической болезни сердца в старших возрастных группах // Здравоохранение РФ. – 2004. – № 5. – С. 19–21; Социально-экономические и социально-психологические факторы риска болезней системы кровообращения в России / В. В. Харченко, М. М. Вирин, М. В. Корякин [и др.] // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2005. – № 6. – С. 49–60.

факторам можно отнести социально-экономический статус, уровень социальных связей и межличностных отношений, жизненные события, уровень личностной тревожности и тип поведения, информированность о своем здоровье и отношение к нему<sup>1</sup>.

С 1970-х проводятся исследования, целью которых стало изучение влияния социальных факторов на развитие сердечно-сосудистой патологии. Выделяются количественные факторы – «социальная сеть» (наличие семьи, партнера; количество друзей, участие в организациях и т. д.) и качественные факторы (удовлетворенность эмоциональной поддержкой)<sup>2</sup>. Неудовлетворительная социальная поддержка повышают риск развития и ухудшает прогноз при сердечно-сосудистых заболеваниях. В ряде исследований было установлено, что риск коронарных осложнений у лиц, перенесших инфаркт и не имеющих эмоциональной поддержки, повышается в 3 раза<sup>3</sup>.

В современной России на фоне высокой частоты традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний значительное влияние на возникновение и прогрессирование ИБС оказывают различные психосоциальные факторы<sup>4</sup>.

Образование является одной из основных социальных характеристик. В многочисленных исследованиях доказывается зависимость уровня образования, профессионального класса субъекта и уровня артериального давления.

---

<sup>1</sup> Распространенность ишемической болезни сердца. Ее связь с основными факторами риска и эффективность многолетней многофакторной профилактики на промышленных предприятиях / М. С. Тожиев, Д. Б. Шестов, А. М. Воробьев [и др.] // *Терапевтический архив*. – 2000. – Т. 12, № 9. – С. 23–26.

<sup>2</sup> Robert M., Kenneth E., Veith R. C. Depression, the autonomic nervous system, and coronary heart disease // *Psychosomatic Medicine*. – 67, Supplement. – 2005. – Vol. 1. – P. 29–33.

<sup>3</sup> Vingerhoets G. Perioperative anxiety and depression in open heart surgery // *Psychosomatics*. – 1998. – Vol. 39. – P. 30–37.

<sup>4</sup> Депрессия, ее распространенность и связь с ИБС и другими психосоциальными факторами / В. А. Пак, В. В. Гафаров, И. В. Гагулин [и др.] // *Мир науки, культуры, образования*. – 2010. – № 3. – С. 174–177; Выявление тревоги и депрессии в когорте мужчин и женщин, страдающих ишемической болезнью сердца / Р. Т. Дидигова, З. З. Булгучева, З. О. Угурчиева [и др.] // *Профилактическая медицина*. – 2012. – № 1. – С. 61–64; Влияние депрессии на риск развития острых сердечно-сосудистых заболеваний у женщин / В. В. Гафаров, Д. О. Панов, Е. А. Громова [и др.] // *Клиническая медицина*. – 2013. – № 9. – С. 25–29.

Многолетнее исследование влияния социальных различий на продолжительности жизни в Англии и Уэльсе «Black Report» 1980 г.) свидетельствует о том, что риск умереть до достижения пенсионного возраста в 2,5 раза выше у лиц профессионального слоя V (неквалифицированные), чем для представителей I (имеющих высшее образование)<sup>1</sup>.

В исследовании Whitehall I, II<sup>2</sup>, в котором в течение 30 лет изучалось здоровье Британских государственных служащих, была установлена корреляция риска преждевременной смерти с положением в служебной иерархии. Смертность мужчин, имеющих низкий служебный уровень и низкую социальную поддержку из более молодых возрастных групп была в четыре раза выше, чем в группе наиболее высокого административного ранга. У лиц, стоящих на вторых позициях в иерархической лестнице, отмечается более высокая смертность, чем у занимающих первые позиции. Зависимость смертности от общественного положения была установлена не только для общей смертности, но и для других, включая ИБС и инсульт основных причин смерти.

Известны результаты исследования, проведенного в Великобритании<sup>3</sup>, в котором было отмечено, что вероятность умереть от ИБС была выше на 60% у мужчин 25–64 лет, занятых тяжелым неквалифицированным физическим трудом, и на 35% у мужчин, занятых квалифицированным трудом. Влияние низкого уровня образования на риск развития острого инфаркта миокарда и смерти от ИБС указывает исследование INTERHEART<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Wilkinson R.G. Socioeconomic differences in mortality: interpreting the data on their size and trends // *Class and Health*. – London : Tavistock. – 1986. – № 4. – P. 1.

<sup>2</sup> См. Профессиональные группы как компонент социального статуса, связь с психосоциальными факторами и ИБС / И. Г. Гагулин, А. В. Гафарова, В. В. Гафаров, В. А. Пак // *Мир науки, культуры, образования*. – 2010. – №3 (22). – С. 185-189.

<sup>3</sup> Marmot M. G., Smith D. Health inequalities among British civil servants: the whitehall II study // *Lancet*. – 1991. – Vol. 337. – P. 387–393.

<sup>4</sup> Education and risk for acute myocardial infarction in 52 high, middle and low-income countries: INTERHEART case-control study / A. Rosengren, S. V. Subramanian, S. Islam [et al.] // *Heart*. – 2009. – Vol. 95 (24). – P. 2014–2020.

Однако, известны исследования корреляционной взаимосвязи между степенью коронарной окклюзии и уровнем образования, в которых выявлен больший риск развития инфаркта миокарда у лиц с высшим образованием по сравнению с имевшими среднее образование<sup>1</sup>.

Значительные различия показателей заболеваемости и смертности в зависимости от социально-экономического статуса наблюдаются во всех странах, в том числе, экономически развитых (США, Западная Европа, Австралия). В еще большей степени проявляется влияние социально-экономического статуса на здоровье населения развивающихся стран и стран с переходной экономикой. В России в 90-х годах XX века большое влияние на общественное здоровье оказывали макросоциальные трансформации. На основе анализа состояния здоровья населения России высказывается предположение о наличии особой группы социально стрессовых расстройств, определяемых складывающейся психогенной социально-экономической и политической ситуацией, актуальной для большого числа россиян<sup>2</sup>

В США и европейских странах, при обследовании больших популяций обнаруживалась связь неблагоприятных социально-экономических факторов с распространенностью и смертностью при ИБС и артериальной гипертензии. Результаты исследований устанавливают связи социально-экономического статуса с показателями заболеваемости и смертности, которые в 2-3 раза выше в группах с низким социально-экономическим статусом респондентов. Установлена корреляция низкого уровня образования, безработицы, низкого уровня доходов, неудовлетворительных жилищных условий с повышенной распространённостью и смертностью от артериальной гипертензии<sup>3</sup>.

Психосоциальные факторы – изменение экономических отношений, безработица, социальная дифференциация общества – вызывают и провоцируют социальный стресс. Социальный стресс, вызываемый

---

<sup>1</sup> Psychological variables, age, and angiographically/determinanted coronary artery disease in women / K. J. Low, C. Fleisher, R. Colman [et al.] // *Ann. Behav. Med.* – 1998. – Vol. 20 (3). – P. 221-226.

<sup>2</sup> Влияние социально-экономического статуса и стресса на сердечно-сосудистую систему в проспективном популяционном исследовании / А. Н. Бритов, Н. А. Елисеева, А. Д. Деев [и др.] // *Российский кардиологический журнал.* – 2006. – №6. – С. 17-23.

<sup>3</sup> Там же.

социально детерминированными жизненными событиями, как правило превосходит адаптивные возможности личности и является независимым фактором риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний<sup>1</sup>. В исследованиях доказана роль стресса, острого и хронического, в этиологии и патогенезе ИБС<sup>2</sup>. Отмечается увеличение заболеваемости ИБС в период социальных трансформаций, определяющих переход к новым моделям социальной системы.

В период политических и социально-экономических трансформаций в России (1990–1998 годы) заболеваемость ИБС увеличилась более чем на 1000 человек на каждые 100 000 населения. При этом средний уровень общего холестерина в российской популяции за эти годы не повысился, увеличение заболеваемости не было связано с дислипидемией<sup>3</sup>. Исследования, проведенные в ГНИЦ профилактической медицины, показали, что около 70% населения России живет в условиях хронического психосоциального стресса высокого и среднего уровня<sup>4</sup>. Основным источником стресса для населения в этот период были крайне ощутимое снижение уровня жизни, а также экономическая нестабильность и социальная незащищенность. В исследовании установлена связь между нарастанием уровня социального стресса и увеличением заболеваемости и смертности от ИБС в указанный период.

Социальные факторы, детерминирующие заболеваемость, прогрессирование и смертность при сердечно-сосудистых заболеваниях

Е.А. Громова делит на две основные категории: хронические стрессоры

---

<sup>1</sup> Погосова Г. В. Признание значимости психоэмоционального стресса в качестве сердечно-сосудистого фактора риска первого порядка // Кардиология. – 2007. – № 2. – С. 65-72.

<sup>2</sup> Организация и координация работы по профилактике заболеваний и укреплению здоровья в системе первичной медико-санитарной помощи (организационно-функциональная модель) / Р. Г. Оганов, А. М. Калинина, Л. Е. Сырцова [и др.] // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2002. – № 2. – С. 3-8.

<sup>3</sup> Чазов Е. И. Ишемическая болезнь сердца и возможности повышения эффективности ее лечения // Клинические исследования лекарственных средств в России. – 2001. – № 1. – С. 2-4.

<sup>4</sup> Копина О. С., Сулова С. Ф., Заикин Е. Р. Популяционные исследования психосоциального стресса как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиология. – 1996. – № 36 (3). – С. 53-6.

(социально-экономические факторы) и эмоциональные факторы (тревожность, депрессия, жизненное истощение, враждебность)<sup>1</sup>.

М.Г. Киселева<sup>2</sup> предлагает разделить психологические факторы риска на три категории в зависимости от продолжительности воздействия: острого воздействия (острый стресс, вспышки ярости); эпизодического воздействия, длящиеся от нескольких недель до 2-х лет (эпизоды депрессии, тревожность, социальная изоляция); хронические факторы (личностные черты, хронический стресс).

В работе Z.S. Wu обобщаются современные данные о психосоциальных факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний, к которым он относит пять наиболее значимых: депрессию, тревогу, личностные факторы и черты характера, социальную изоляцию и хронический жизненный стресс. В качестве возможных патофизиологических механизмов влияния психосоциальных факторов на патогенез сердечно-сосудистых заболеваний Z.S. Wu рассматривает избыточную активацию симпатической нервной системы, запуск ишемии миокарда, активацию аритмогенеза, стимулирование функции тромбоцитов, расстройство функций эндотелия<sup>3</sup>

Эмоциональные факторы и состояние хронического напряжения влияют на течение сердечно-сосудистых заболеваний, увеличивают частоту осложнений ИБС, включая инфаркт миокарда. Известно более 80 000 событий жизни, которые могут рассматриваться как триггерные факторы развития инфаркта миокарда. Их разделяют на две общие категории: остро действующие эмоциональные раздражители и хронические стрессоры. К настоящему времени наиболее полно изучен стресс, связанный с работой (job

---

<sup>1</sup> Громова Е. А. Психосоциальные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (обзор литературы) // Сибирский медицинский журнал. – 2012. – Том 27, № 2. – С. 22-29.

<sup>2</sup> Киселёва М. Г. Психологические факторы и течение сердечно-сосудистых заболеваний // Национальный психологический журнал. – 2012. – №1 (7). – С. 124-130.

<sup>3</sup> Wu Z. S. Epidemiological studies on the relationship between psychosocial factors and cardiovascular disease [article in Chinese] // Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao. – 2001. – Vol. 23, № 1. – P. 73-77.

stress)<sup>1</sup>. Рассматриваются 2 модели рабочего стресса, оказывающие наиболее повреждающее воздействие на сердечно-сосудистую систему:

– работа, которая при низком вознаграждении предъявляет высокие требования;

– работа, которая предъявляет высокие психологические требования, но ограничивает возможность принятия решений – модель R. Karasek и T. Theorell<sup>2</sup>.

Установлено, что указанные модели рабочего стресса являются независимыми предикторами сердечно-сосудистой патологии<sup>3</sup>.

В многолетнем исследовании Malmo Preventive Project при изучении влияния хронического напряжения на риск развития фатального и нефатального инфаркта миокарда было сделано заключение, что хроническое напряжение – независимый фактор риска для развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний, который увеличивает риск развития инфаркта миокарда вдвое<sup>4</sup>.

Исследования последних лет приводят доказательства того, что депрессия, тревога, индивидуально-личностные черты, социальная изоляция и стресс, как наиболее значимые психологические факторы, оказывают существенное влияние на возникновение, течение и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний<sup>5</sup>. Патофизиологические механизмы, лежащие в основе их воздействия, могут быть разделены на физиологический, который проявляется через изменения функционирования нейроэндокринной

<sup>1</sup> Женчевская Ю. В., Шаробаро В. И. Социально-психологические особенности больных, предшествующие развитию инфаркта миокарда // Вестник новых медицинских технологий – 2008. – Т. XV, №4 – С. 197-199.

<sup>2</sup> Лебедева Н. Б., Барбараш О. Л. Психосоциальные факторы, определяющие прогноз у больных инфарктом миокарда // Российский кардиологический журнал. – 2003. – №4 (42). – С.98-101.; Оганов Р. Г., Погосова Г. В. Стресс: что мы знаем сегодня об этом факторе риска? // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2007. – № 3. – С. 60-67.

<sup>3</sup> A comparison between the effort-reward imbalance and demand control models / A. S. Ostry, S. Kelly, P. A. Demers [et al.] // BMC Public Health. – 2003. – №3. – P. 10.

<sup>4</sup> Оганов Р. Г., Погосова Г. В. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2007. – №3. – С. 60–67.

<sup>5</sup> Зайцев В. П. Значение психологических особенностей больных ИБС при направлении на операцию аорто-коронарного шунтирования // Кардиология. – 1997. – №8. – С. 29–30.; Карпов Ю. А. Депрессивные расстройства в кардиологии // Consilium medicum. Экстравыпуск. – 2003. – С. 11; Rymaszewska J., Kiejna A. Depression and anxiety in coronary artery bypass grafting patients // Eur Psychiatry. – 2003. – 18,4. – P. 155–160.; Contrada R. J., Boulifard D. A. Psychological factors in heart surgery // Health Psychology. – 2008. – Vol. 27. – P. 309–319.; Licht C. M., Geus de E.J. Association between anxiety disorder and heart rate variability // Psychosomatic Medicine. – 2009. – Vol. 71. – P. 508–518.

системы, и поведенческий – через паттерны разрушительного поведения (нарушения питания, курение, алкоголизация)<sup>1</sup>.

Несмотря на полученные доказательства стресса как независимого фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний, ряд исследователей придерживаются мнения о том, что стресс, является:

- катализатором дебюта сердечных заболеваний или их осложнений;
- играет роль неосновного фактора, потенцирующего действие традиционных факторов риска сердечно-сосудистых событий.

Подобные мнения связаны с тем, что традиционные факторы риска ИБС – курение, дислипидемия, АГ, гиподинамия, избыточная масса тела и сахарный диабет – позволяют объяснить большинство случаев коронарных событий. В некоторых исследованиях связь между стрессом и сердечно-сосудистыми заболеваниями была недостаточно доказанной. Во многих исследованиях, изучавших связь стресса и сердечно-сосудистых заболеваний, проводился анализ ретроспективных клинических и популяционных данных.

Следует отметить, что при проведении психосоматических исследований возникали значительные методологические сложности, связанные с культурными и языковыми различиями, использованием разных и в некоторых случаях недостаточно надежных психометрических инструментов, что затрудняло сопоставление и обобщение результатов, полученных в различных исследованиях и ограничивало проведение международных многоцентровых исследований.

Однако, в 80-90 г.г. XX в. были стандартизованы методологические подходы, созданы надежные и валидные психометрические шкалы, начаты многолетние проспективные исследования по изучению влияния стресса и стрессиндуцированных состояний на развитие сердечно-сосудистых заболеваний<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Robert M., Kenneth E., Veith R. C. Depression, the autonomic nervous system, and coronary heart disease // Psychosomatic Medicine. – 67, Supplement. – 2005. – Vol. 1. – P. 29–33.

<sup>2</sup> Оганов Р. Г., Погосова Г. В. Стресс: что мы знаем сегодня об этом факторе риска? // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2007. – №3. – С. 60-67.

В последние десятилетия многочисленные исследования показали широкое распространение депрессии у пациентов с ИБС при нестабильной стенокардии, остром инфаркте миокарда, хронической сердечной недостаточности<sup>1</sup>. По прогнозу Гарвардской школы здравоохранения, депрессия выйдет на 2-е место к 2020 г. после ИБС как причина инвалидизации населения<sup>2</sup>.

В настоящее время доказано, что депрессия является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний и ухудшает прогноз болезни<sup>3</sup>. Результаты клинических исследований<sup>4</sup> показали, что депрессия является чрезвычайно распространенным коморбидным состоянием при сердечно-сосудистой патологии, при которой депрессия наблюдается значительно чаще, чем в популяции, достигая почти 50%, существенно осложняет течение и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний. Симптомы депрессии могут ухудшать самочувствие больного в большей степени, чем симптомы ИБС или сердечной недостаточности<sup>5</sup>.

Значительные депрессивные расстройства в течение длительного времени после инфаркта миокарда были выявлены у 15-30% больных<sup>6</sup>. По мнению О.Л. Барбараш с соавт., у лиц с перенесённым инфарктом миокарда депрессивный синдром имеет клиническое и прогностическое значение

---

<sup>1</sup> Кириченко А. А. Депрессия, беспокойство и сердечно-сосудистая система // *Лечащий врач*. – 2002. – №12. – С. 58-61; Погосова Г. В. Депрессия у больных ИБС и новые возможности ее лечения // *Психиатрия и психофармакология*. – 2002. – №5. – С. 195-198; Licht C. M., Geus de E.J. Association between anxiety disorder and heart rate variability // *Psychosomatic Medicine*. – 2009. – Vol. 71. – P. 508–518; Blumental J. A., Lett H. S. Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery // *The Lancet*. – 2003. – Vol. 352. – P. 604-609; Connerney I., Sloan R. P. Depression is associated with increased mortality 10 years after coronary artery bypass surgery // *Psychosomatic Medicine*. – 2010. – Vol. 72. – P. 874–881.

<sup>2</sup> Musselman D. L., Evans D. L., Nemeroff C. B. The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment // *Arch. General Psychiatry*. – 1998. – Vol. 55. – P. 580–592.

<sup>3</sup> Громова Е. А. Психосоциальные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (обзор литературы) // *Сибирский медицинский журнал*. – 2012. – Том 27, № 2. – С. 22-29.

<sup>4</sup> Погосова Н. В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти // *Кардиология*. – 2002. – №4. – С. 86–90; Александровский Ю. А., Ромасенко Л. В. Психолого-психиатрические подходы к профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний // *Вестник РАМН*. – 2003. – №12. – С. 24–29; Lesperance F., Frasere-Smith N., Juneau M., Theroux P. Depression and 1-year prognosis following unstable angina // *Arch Intern Med*. – 2000. – №160. – P. 1354–1360; Depression, heart rate variability, and acute myocardial infarction / R. M. Carney, J. A. Blumenthal, P. K. Stein [et al.] // *Circulation*. – 2001. – №104. – P. 2024–2028.

<sup>5</sup> Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study / B. Ruo, J. S. Rumsfeld, M. A. Hlatky [et al.] // *JAMA*. – 2003. – №290. – P. 215–221.

<sup>6</sup> Лебедева Н. Б., Барбараш О. Л. Психосоциальные факторы, определяющие прогноз у больных инфарктом миокарда // *Российский кардиологический журнал*. – 2003. – №4 (42). – С. 98-101.

независимо от пола и возраста пациентов<sup>1</sup>. Развитие депрессии в первые 6-12 месяцев после инфаркта миокарда существенно коррелирует с повышением уровня смертности от ИБС. Депрессия является независимым фактором прогноза при инфаркте миокарда<sup>2</sup>.

ИБС характеризуется широким спектром и ассоциируемостью клинико-антропометрических и социальных факторов, определяющих варианты течения, риски развития осложнений и социальные перспективы субъекта в ситуации болезни. В проведенных ранее исследованиях изучались отдельные клинические и социальные предикторы отдалённого прогноза больных ИБС. Однако, существуют лишь единичные работы, в которых осуществлялся бы междисциплинарный интегративный анализ предикторов отдалённого прогноза больных ИБС.

---

<sup>1</sup> Возрастные и гендерные особенности клинической и прогностической значимости депрессивного синдрома у больных инфарктом миокарда / О. Л. Барбараш, Н. Б. Лебедева, Н. И. Тарасов [и др.] // Патология кровообращения и кардиохирургия. – 2008. – №1. – С. 63–67.

<sup>2</sup> Лебедева Н. Б., Барбараш О. Л. Психосоциальные факторы, определяющие прогноз у больных инфарктом миокарда // Российский кардиологический журнал. – 2003. – №4 (42). – С. 98-101.

## ГЛАВА II

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

#### 2.1. Общая характеристика респондентов

В исследование включены 238 респондентов мужского (52%) и женского (48%) пола трудоспособного возраста, находящихся на лечении по поводу ИБС в стационарах г. Саратова в период с 2010 г. по 2014 г. Диагноз ИБС был поставлен на основании критериев, разработанных экспертами Европейского общества кардиологов и Американской коллегии кардиологов (2000 г.). Верификация диагноза включала анализ жалоб пациента, анамнестических, клинических данных, результатов инструментального обследования.

Критерии исключения: нетрудоспособный возраст, больные с терминальными (IIБ и III) стадиями ХСН, с симптоматическими АГ, сопутствующими хроническими заболеваниями органов и систем в стадии обострения.

Контрольную группу составили 194 респондента – соматически здоровые лица трудоспособного возраста мужского (54%) и женского (46%) пола. 48% респондентов контрольной группы – безработные, состоящие на учёте в Центрах занятости г. Саратова.

Распределение больных ИБС по полу (рис 2а), возрасту (рис. 2б), образованию (рис. 2с) и группе инвалидности (рис. 2д)

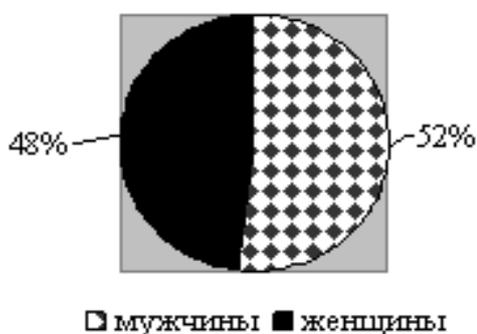


Рис. 2а.

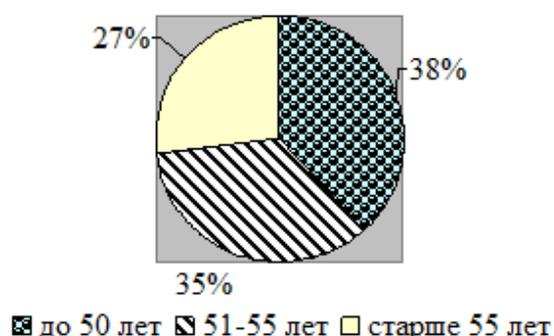


Рис. 2б.

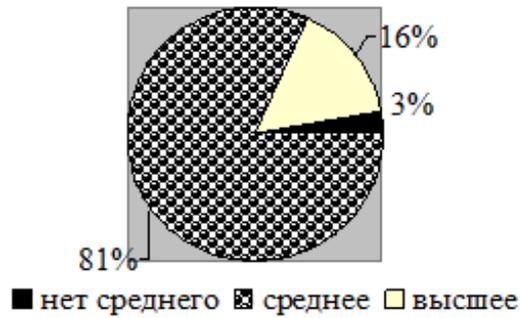


Рис. 2с.

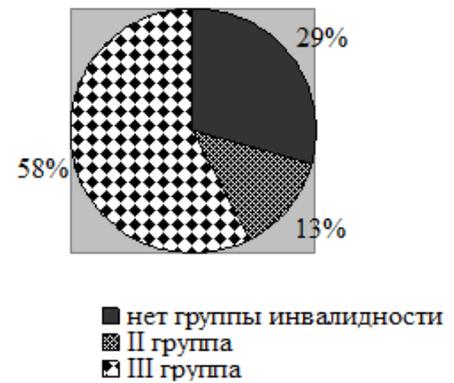


Рис. 2д.

Таблица 2

Распределение больных ИБС по полу, возрасту, образованию и группе инвалидности

Показатель	Категория показателя	Количество	% содержания
Пол	Мужской	124	52,1%
	Женский	114	47,9%
Возраст	До 50 лет	86	36,2%
	51-55 лет	91	38,2%
	Старше 55 лет	61	25,6%
Образование	Нет среднего	6	2,5%
	Среднее	195	81,9%
	Высшее	37	15,6%
Группа Инвалидности	III	79	33,2%
	II	49	20,6%
	Нет группы инвалидности	110	46,2%

Распределение респондентов, страдающих ИБС, по полу, возрасту, образованию и группе инвалидности представлено в таблице 2.

Все респонденты, страдающие ИБС, включённые в исследование, перенесли инфаркт миокарда и страдали постинфарктной стенокардией. Функциональный класс стенокардии определяли согласно Классификации стенокардии Канадского сердечно-сосудистого общества.

Обследование больных и верификация диагноза включало комплекс клинических, инструментальных методов исследования, проведение нагрузочных тестов, холтеровского мониторирования ЭКГ, а также исследование качества жизни пациентов с использованием Опросника ВОЗ КЖ-100.

Нами были выделены следующие клинические характеристики больных ИБС с перенесённым инфарктом миокарда<sup>1</sup>.

ИМ – больные ИБС с перенесённым инфарктом миокарда;

АГ – больные с артериальной гипертензией;

НР – больные с нарушением ритма и проводимости;

ХСН – больные с хронической сердечной недостаточностью.

Перенесённый инфаркт миокарда, АГ, нарушения ритма и проводимости, ХСН рассматриваются как предикторы клинического прогноза у больных ИБС.

Факт независимости выбранных клинических характеристик был подтвержден нами множественным тестированием по методу Н. Scheffe, установившим их статистическую независимость для исследуемого набора данных ( $P \leq 0,05$ ).

---

<sup>1</sup> Кром И.Л. Медико-социологическая концептуализация феномена инвалидности при болезнях системы кровообращения: дис. ... д-ра мед. наук. – Саратов. – 2007. – 383 с.

Распределение больных ИБС с перенесённым инфарктом миокарда

Показатель	Категория показателя	Передний ИМ		Задний ИМ	
		Q-ИМ	без Q-ИМ	Q-ИМ	без Q-ИМ
Пол	Мужской	37 (15,6%)	30 (12,7%)	24 (10,2%)	33 (13,6%)
	Женский	37 (15,4%)	39 (16,3%)	28 (11,8%)	10 (4,4%)
Возраст	До 50 лет	28 (12,7%)	20 (9,0%)	16 (7,3%)	13 (5,9%)
	51-55 лет	26 (11,8%)	25 (11,3%)	21 (9,5%)	17 (7,7%)
	Старше 55 лет	14 (6,3%)	20 (9,0%)	12 (5,4%)	9 (4,1%)
Образование	Нет среднего	1 (0,5%)	1 (0,5%)	2 (0,9%)	–
	Среднее	71 (32,1%)	34 (15,4%)	48 (21,7%)	17 (7,7%)
	Высшее	18 (8,1%)	12 (5,4%)	9 (4,1%)	8 (3,6%)
Группа инвалидности	Нет группы	27 (12,3%)	27 (12,3%)	19 (8,6%)	29 (13,3%)
	III	21 (9,4%)	25 (11,4%)	21 (9,4%)	6 (2,6%)
	II	21 (9,4%)	12 (5,4%)	9 (4,1%)	4 (1,8%)
Количество ИМ	Первый ИМ	42 (19,0%)	69 (31,2%)	54 (24,4%)	38 (17,2%)
	Повторный ИМ	6 (2,8%)	8 (3,6%)	4 (1,8%)	–

Распределение больных ИБС с перенесённым инфарктом миокарда представлено в таблице 3.

53% больных перенесли трансмуральный инфаркт миокарда. При повышении уровня образования снижался процент больных ИБС с инвалидностью после перенесенного инфаркта миокарда. В большинстве случаев группа инвалидности установлена больным с перенесённым трансмуральным инфарктом миокарда.

У 7% больных, включённых в исследование, в постинфарктном периоде диагностирована стенокардия напряжения II-III функционального класса, стенокардия напряжения III и III-IV функционального класса – в 93% случаев.

По данным клинических испытаний антиангинальной и профилактической терапии и/или реваскуляризации, частота ежегодной смертности при стабильной стенокардии составляет 1,2–2,4% в год<sup>1</sup>, с ежегодным уровнем сердечной смерти 0,6–1,4% и нефатального инфаркта миокарда между 0,6% в исследовании RITA-2 (Second Randomized Intervention Treatment of Angina)<sup>2</sup> и 2,7% – в исследовании COURAGE (Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive Drug Evaluation)<sup>3</sup>.

Стадия артериальной гипертензии (АГ) определялась в соответствии с Рекомендациями Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов<sup>4</sup>, рекомендациями по лечению артериальной гипертензии Европейского

---

<sup>1</sup> Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease / W. E. Boden, R. A. O'Rourke, K. K. Teo [et al.] // N. Eng. J. Med. – 2007. – Vol. 356. – P. 1503–1516; The effect of age on clinical outcomes and health status BARI 2D (Bypass Angioplasty Revascularization Investigation in Type 2 Diabetes) / S. C. Chung, M. A. Hlatky, D. Faxon, K. Ramanathan [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. – 2011. – Vol. 58. – P. 810–819; Women and men with stable coronary artery disease have similar clinical outcomes: insights from the international prospective CLARIFY registry / P. G. Steg, N. Greenlaw, J. C. Tardif [et al.] // Eur. Heart J. – 2012. – Vol. 33. – P. 2831–2840.

<sup>2</sup> Seven-year outcome in the RITA-2 trial: coronary angioplasty versus medical therapy / R. A. Henderson, S. J. Pocock, T. C. Clayton, R. Knight [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. – 2003. – Vol. 42. – P. 1161–1170.

<sup>3</sup> Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease / W. E. Boden, R. A. O'Rourke, K. K. Teo [et al.] // N. Eng. J. Med. – 2007. – Vol. 356. – P. 1503–1516.

<sup>4</sup> Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов Приложение 2 к журналу «Кардиоваскулярная терапия и профилактика» 2008. № 7(6). URL: <http://www.cardiosite.ru/vnok/article.aspx?id=6047> (дата обращения 21.12.2013).

общества по артериальной гипертонии и Европейского общества кардиологов 2007<sup>1</sup>.

АГ отмечена у больных с перенесённым передним (21,1%) и задним (22,3%) инфарктом миокарда. Инвалидизация больных ИБС, страдающих АГ возрастает с повышением возраста респондентов.

Распределение больных с артериальной гипертензией представлено в таблице 4.

Нарушение сердечного ритма и проводимости было выявлено у 63% больных. Распределение больных ИБС с нарушением ритма и проводимости (НР) представлено в таблице 5. Нарушения ритма и проводимости чаще отмечаются у больных, перенесших передний инфаркт миокарда. С повышением возрастной категории увеличивается количество больных ИБС с нарушениями ритма и проводимости с установленной группой инвалидности. В большинстве случаев больным с нарушениями ритма и проводимости устанавливалась II группа инвалидности (табл. 5).

Все больные с перенесенным инфарктом миокарда страдали хронической сердечной недостаточностью. Для установления стадии хронической сердечной недостаточности использовали классификацию, предложенную Н. Д. Стражеско и В. Х. Василенко, функциональный класс хронической сердечной недостаточности устанавливали по классификации Нью-Йоркской Ассоциации сердца (NYHA).

Распределение больных, перенесших инфаркт миокарда, в зависимости от стадии ХСН представлено в таблице 6.

---

<sup>1</sup> ESH-ESC Guidelines Committee. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension // J Hypertension – 2007. – V. 25. – P. 1105-1187.

Распределение больных ИБС с артериальной гипертензией

Показатель	Категория показателя	Передний ИМ		Задний ИМ	
		Есть АГ	Нет АГ	Есть АГ	Нет АГ
Пол	Мужской	26 (11,0%)	40 (16,9%)	26 (11,0%)	32 (13,2%)
	Женский	24 (10,1%)	28 (11,7%)	27 (11,3%)	35 (14,8%)
Возраст	До 50 лет	18 (7,6%)	36 (15,1%)	11 (4,6%)	20 (8,4%)
	51-55 лет	29 (12,2%)	29 (12,2%)	18 (7,5%)	17 (7,1%)
	Старше 55 лет	28 (11,8%)	4 (1,7%)	23 (9,7%)	5 (2,1%)
Образование	Нет среднего	–	4 (1,7%)	2 (0,8%)	–
	Среднее	58 (24,4%)	54 (22,7%)	40 (16,8%)	38 (16,0%)
	Высшее	19 (8,0%)	6 (2,5%)	12 (5,0%)	5 (2,1%)
Группа инвалидности	Нет группы	27 (11,3%)	26 (10,9%)	20 (8,4%)	38 (16,0%)
	III	27 (11,3%)	21 (8,9%)	28 (11,8%)	4 (1,6%)
	II	20 (8,4%)	21 (8,9%)	5 (2,1%)	1 (0,4%)
Количество ИМ	Первый ИМ	60 (25,2%)	68 (28,6%)	50 (21,0%)	43 (18,0%)
	Повторный ИМ	14 (5,9%)	–	3 (1,3%)	–

Распределение больных ИБС с нарушением ритма и проводимости

Показатель	Категория показателя	Передний ИМ		Задний ИМ	
		Есть НР	Нет НР	Есть НР	Нет НР
Пол	Мужской	35 (14,8%)	37 (15,6%)	43 (18,1%)	9 (3,6%)
	Женский	39 (16,3%)	32 (13,4%)	33 (13,8%)	10 (4,4%)
Возраст	До 50 лет	37 (15,5%)	10 (4,2%)	28 (11,8%)	11 (4,6%)
	51-55 лет	28 (11,8%)	32 (13,4%)	20 (8,4%)	12 (5,0%)
	Старше 55 лет	9 (3,8%)	27 (11,3%)	4 (1,7%)	20 (8,4%)
Образование	Нет среднего	3 (1,3%)	1 (0,4%)	1 (0,4%)	1 (0,4%)
	Среднее	59 (24,8%)	57 (23,9%)	45 (18,9%)	34 (14,4%)
	Высшее	12 (5,0%)	11 (4,6%)	6 (2,5%)	8 (3,4%)
Группа инвалидности	Нет группы	46 (19,3%)	12 (5,0%)	27 (11,3%)	25 (10,5%)
	III	15 (6,3%)	32 (13,5%)	24 (10,1%)	8 (3,4%)
	II	12 (5,0%)	26 (10,9%)	1 (0,4%)	10 (4,2%)
Количество ИМ	Первый ИМ	82 (34,5%)	24 (10,1%)	73 (30,7%)	42 (17,6%)
	Повторный ИМ	14 (5,9%)	—	2 (0,8%)	1 (0,4%)

Распределение больных ИБС  
в зависимости от стадии хронической сердечной недостаточности

Показатель	Категория показателя	Передний ИМ		Задний ИМ	
		ХСН I	ХСН IIА	ХСН I	ХСН IIА
Пол	Мужской	32 (13,5%)	34 (14,4%)	26 (11,0%)	32 (13,2%)
	Женский	41 (17,1%)	35 (14,6%)	27 (11,3%)	11 (4,9%)
Возраст	До 50 лет	26 (10,9%)	28 (11,8%)	25 (10,5%)	7 (2,9%)
	51-55 лет	25 (10,5%)	29 (12,2%)	22 (9,2%)	15 (6,3%)
	Старше 55 лет	23 (9,7%)	12 (5,0%)	5 (2,1%)	21 (8,8%)
Образование	Нет среднего	2 (0,8%)	2 (0,8%)	1 (0,4%)	1 (0,4%)
	Среднее	56 (23,5%)	62 (26,1%)	43 (18,1%)	32 (13,5%)
	Высшее	16 (6,7%)	5 (2,1%)	10 (4,2%)	8 (3,4%)
Группа инвалидности	Нет группы	23 (9,7%)	21 (8,8%)	49 (20,6%)	17 (7,1%)
	III	40 (16,8%)	24 (10,1%)	3 (1,3%)	12 (5,0%)
	II	11 (4,6%)	24 (10,1%)	1 (0,4%)	13 (5,5%)
Количество ИМ	Первый ИМ	68 (28,5%)	60 (25,2%)	50 (21,0%)	43 (18,1%)
	Повторный ИМ	5 (2,1%)	9 (3,8%)	3 (1,3%)	–

ХСН IIА стадии диагностирована у 47% больных. Большинство из тех, кто страдал хронической сердечной недостаточностью IIА стадии, были признаны инвалидами II группы.

Для определения типов телосложения использовалась классификация по М.В. Черноруцкому, предложенная им в 1928 году, согласно которой выделены следующие типы: астенический (соответствует долихоморфному типу по Шевкуненко), нормостенический (соответствует мезоморфному типу) и гиперстенический (соответствует брахиморфному типу). Определение этих типов производится по индексу Пинье (I):  $I=L-(P+T)$ , где L – длина тела (см), P – масса тела (кг), T – окружность грудной клетки (см). При гиперстеническом типе индекс Пинье меньше 10, при нормостеническом – от 10 до 30, при астеническом – более 30.

Антропометрические параметры больных ИБС представлены в таблице 7.

Таблица 7

## Антропометрические параметры больных ИБС

показатель	ПО Л	Соматотип		
		долихоморфный	мезоморфный	Брахиморфный
Рост, см.	М	179±2,4 см	174±1,5	170±3,1
	Ж	173±1,7 см	164±2,8	164±2,3
Масса, кг.	М	70±2,4	78±3,9	89±4,5
	Ж	54±3,5	65±4,7	78±5,3
Окружность грудной клетки, см	М	86±0,9	90±1,3	96±0,8
	Ж	78±1,2	83±0,9	88±1,6
Передне-задний размер плеча, см	М	21±2,5	25±2,7	32±1,9
	Ж	18±0,6	23±2,4	29±2,7
Ширина плеч, см	М	34,3±0,8	38,4±1,3	45,6±2,1
	Ж	30,5±1,4	34,1±3,1	38,0±3,0

Нами проводилось исследование антропометрических параметров больных ИБС, относящихся к разным соматотипам, результаты которого представлены в таблице 6.

Распределение больных ИБС по группам соматотипирования представлено в таблице 8.

Таблица 8

Распределение больных ИБС по группам соматотипирования

Пол	Всего	соматотип	Кол-во	Частота встречаемости %
женщины	33	долихоморфы	16	48,5%
		мезоморфы	5	15,2%
		брахиморфы	12	36,3%
мужчины	205	долихоморфы	45	22,0%
		мезоморфы	74	36,0%
		брахиморфы	86	42,0%

Большинство респондентов женского пола относятся к долихоморфному соматотипу (48,5%), 42% респондентов мужского пола – к брахиморфному соматотипу.

## 2.2. Методы исследования

Результаты инструментального и антропометрического обследований респондентов, страдающих ИБС, были использованы в диссертационном исследовании при составлении их клинико-антропометрических характеристик.

### Электрокардиографическое исследование

Электрокардиографическое исследование (ЭКГ) – неинвазивный метод, относящийся к числу эталонных методов исследования сердца, который позволяет получить информацию об электрофизиологических процессах в миокарде. ЭКГ является «скрининговым» инструментальным исследованием коронарной патологии, в ходе которого можно выявить признаки ишемии миокарда, регистрируются нарушения ритма и проводимости, отмечаются признаки артериальной гипертензии и сердечной недостаточности<sup>1</sup>.

В диссертационном исследовании регистрация ЭКГ респондентов с ИБС проводилась в 12 общепринятых отведениях: трёх стандартных (I, II, III), трёх однополюстных усиленных от конечностей (aVL, aVR, aVF) и шести грудных усиленных однополюстных отведений Вильсона (V1 – V6). При анализе ЭКГ определяли ритм, число сердечных сокращений, направление электрической оси, длительность интервалов PQ, QT, оценивали морфологию и вольтаж зубцов, а также расположение по отношению к изолинии сегмента ST. Оценка интервалов проводилась в соответствии с частотой сердечных сокращений и существующими критериями оценки.

---

<sup>1</sup> Руководство по электрокардиографии: учеб. пособие / под ред. проф. Т. В. Головачёвой. – Саратов: Изд-во Саратов. гос. мед. ун-та, 2008. – 206 с.; Голдбергер А. Л. Клиническая электрокардиография. Наглядный подход.: учеб. пособие: пер. с англ. – М. : Изд-во ГЭОТАР-Медиа. – 2009. – 328 с.

При анализе ЭКГ выявляли признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) в связи с важным прогностическим значением ГЛЖ. Разработанные ЭКГ-критерии позволяют диагностировать ГЛЖ и проводить динамическое наблюдение за процессом ремоделирования миокарда<sup>1</sup>:

- Индекс Соколова-Лайона ( $SV1+RV5/RV6 > 35$  мм) (чувствительность 22%, специфичность 100%)
- Корнельский вольтажный индекс  $RaVL+SV3 > 28$  мм у мужчин и  $> 20$  мм у женщин (чувствительность 42%, специфичность 96%)
- $RaVL > 11$  мм (чувствительность 11%, специфичность 96%).

### **Допплерэхокардиографическое (ДопплерЭхоКГ) исследование**

ДопплерЭхоКГ выполняли по общепринятым стандартам<sup>2</sup>. При проведении доплерЭхоКГ изучались следующие показатели: локальная сократимость (в том числе гипокинезия отдельных сегментов, аневризма левого желудочка (ЛЖ); систолическая функция ЛЖ, параметром которой является фракция сердечного выброса; размеры полостей сердца, толщина стенок ЛЖ; при проведении исследования оценивали диастолическую функцию ЛЖ.

ЭхоКГ позволяет оценить диастолическую и систолическую функции ЛЖ. При артериальной гипертензии информативным является расчет индекса массы миокарда ЛЖ при проведении ЭхоКГ, прогностически наименее благоприятной является концентрическая ГЛЖ<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертонии в Российской Федерации. // Клиническая фармакология и терапия. – 2000. – №9 (3). – С. 5-30.

<sup>2</sup> Рыбакова М. К., Алехин М. Н., Митьков В. В. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Эхокардиография. М. ВИДАР, 2008. – 200 с.; Тед Плапперт, Мартин Г.Ст., Джон Саттон. Эхокардиография. Краткое руководство: пер. с англ. Ю.В. Фурменковой / под ред. М. К. Рыбаковой, В. В. Митькова. М. : ГЭОТАР-Медиа., 2010. – 240 с.

<sup>3</sup> Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов. Приложение 2 к журналу "Кардиоваскулярная терапия и профилактика". 2008. - №7(6). URL: <http://www.cardiosite.ru/vnok/article.aspx?id=6047> (дата обращения 14.01.2009)

### **Велоэргометрическая проба (ВЭМ)**

Рекомендации Европейского общества кардиологов<sup>1</sup> 2006 г. указывают на необходимость при отсутствии противопоказаний стремиться к выполнению нагрузочных проб у больных ИБС со стабильной стенокардией. ЭКГ-проба с физической нагрузкой является методом выбора у больных ИБС в следующих случаях:

- при первичном обследовании;
- при прогрессировании заболевания;
- при исследовании в динамике, если достигнута стабилизация состояния больного стенокардией<sup>2</sup>.

ВЭМ проводилась пациентам в соответствии с протоколом, предложенном Д.М. Ароновым<sup>3</sup>. Нагрузка начиналась с 25 Ватт, затем увеличивалась на каждой последующей ступени на 25 ватт, максимально до 75 Вт. Продолжительность каждой ступени составляла 3 минуты. Критерии прекращения нагрузки: достижение частоты сердечных сокращений 120 в 1 минуту, появление болей в грудной клетке, ишемическое смещение сегмента ST вверх или вниз от изоэлектрической линии на 1 мм и более, появление сложных нарушений ритма (частая желудочковая экстрасистолия), повышение систолического артериального давления выше 230 мм рт.ст., головокружение, появление выраженной одышки, резкое утомление больного и его отказ от дальнейшего выполнения пробы.

При пробе с физической нагрузкой наиболее информативны для диагностики ИБС на ЭКГ и диагностически значимы изменения сегмента ST ишемического характера:

- горизонтальное смещение сегмента ST вниз на 1мм и более от изоэлектрической линии продолжительностью 0,08 сек и более. При ишемии миокарда точка ишемии (i) на сегменте ST отстоит от точки (J) на 0,08 сек.;

---

<sup>1</sup> Guidelines on the management of stable angina pectoris – executive summary. The Task Force on the Management of stable angina pectoris of the European Society of Cardiology (Fox K. Et al.) // Eur Heart J. – 2006. – № 27. – P. 1341–1381.

<sup>2</sup> Лупанов В. П. Сравнительная оценка функциональных методов исследования в диагностике ишемической болезни сердца // Атеросклероз и дислипидемии. – 2011. – № 2. – С. 18-25.

<sup>3</sup> Аронов Д. М., Лупанов В. П. Функциональные пробы в кардиологии. - М: Дпресс-информ, 2002. – 302 с.

– косонисходящее смещение сегмента ST вниз и медленное косовосходящее смещение ST (ST – slope) на 1 мм и более ниже изолинии;

– корытообразное смещение сегмента ST вниз (в отведениях, не имеющих зубца S, где отсутствует точка j). За существенное принимается отстояние надира (дна) сегмента на 1 мм и более<sup>1</sup>.

Проба считалась положительной при смещении сегмента ST вверх или вниз от изоэлектрической линии на 1 мм и более в точке, отстоящей от точки j на 60 мсек и/или развитии типичного приступа стенокардии, отрицательной – при достижении запланированной частоты сердечных сокращений (120 в 1 мин) при отсутствии клинических и электрокардиографических критериев прекращения пробы<sup>2</sup>.

Среди пациентов, не имевших противопоказаний для проведения пробы с физической нагрузкой, ишемия была выявлена в 48% случаев, в остальных случаях был отмечен сомнительный результат, в некоторых случаях ВЭМ не могла быть оценена из-за преждевременного прекращения нагрузки.

### **Холтеровское мониторирование**

Для выявления нарушений ритма и проводимости сердца, ишемических изменений мы использовали суточное мониторирование электрокардиограммы<sup>3</sup>, имеющее большое значение для выявления больных из популяции «бессимптомных пациентов», которые склонны к развитию витальных нарушений сердечного ритма<sup>4</sup>.

Суточное мониторирование ЭКГ обеспечивает диагностику и анализ нарушений сердечного ритма, болевых и безболевых приступов ишемии

---

<sup>1</sup> Опыт применения велоэргометрии при выявлении скрытой коронарной недостаточности / Г. В. Толстобров, Л. С. Валова, Н. В. Щербакова [и др.] // Здоровье. Медицинская экология. Наука. – 2014. – №1 (55). – С. 19-22.

<sup>2</sup> Лупанов В. П. Сравнительная оценка функциональных методов исследования в диагностике ишемической болезни сердца // Атеросклероз и дислипидемии. – 2011. – № 2. – С. 18-25.

<sup>3</sup> Белов А. А., Данилогорская Ю. А., Лакшин А. А. Основные методы функциональной диагностики в клинике внутренних болезней. Руководство для врачей / ММА им. Сеченова. - М.: Русский врач, 2003. - 105 с.

<sup>4</sup> Попов В. В. Комплексный подход к оценке электрической нестабильности миокарда у больных ишемической болезнью сердца // Российский кардиологический журнал. – 2006. – № 4 (60). – С. 83-90.

миокарда. Для оценки соответствия объективной картины и субъективных проявлений заболевания проводится сопоставление субъективных жалоб больного с изменениями на ЭКГ<sup>1</sup>.

Критерием ишемии миокарда при суточном мониторинге ЭКГ является депрессия сегмента ST на 2 мм и более при её длительности не менее 1 минуты. Диагностическое значение имеет длительность ишемических изменений по данным суточного мониторинга ЭКГ. Чувствительность суточного мониторинга ЭКГ в диагностике ИБС составляет 44-81 %, специфичность – 61-85 %. В связи с тем, что во время мониторинга многие больные не достигают приступа стенокардии из-за невысокой физической активности, суточное мониторирование ЭКГ имеет меньшую информативность в выявлении преходящей ишемии по сравнению с пробой с физической нагрузкой. При проведении ВЭМ возможно диагностировать количество эпизодов депрессии сегмента ST за сутки, их продолжительность и выраженность, соотношение болевых и безболевых эпизодов, однако результаты суточного мониторинга ЭКГ довольно трудно интерпретировать<sup>2</sup>.

### **Антропометрические показатели**

По общепринятой методике В.В. Бунака (1941) для оценки соматического типа определяли антропометрические показатели организма стандартным набором антропометрических инструментов, прошедших метрический контроль: антропометр Мартина (станковый ростомер) с ценой деления 1,0 мм, большой толстотный и скользящий циркуль с миллиметровой шкалой деления; сантиметровую полотняную ленту на

---

<sup>1</sup> Белов А. А., Данилогорская Ю. А., Лакшин А. А. Основные методы функциональной диагностики в клинике внутренних болезней. Руководство для врачей / ММА им. Сеченова. М.: Русский врач. – 2003. – 105 с.

<sup>2</sup> Попов В. В. Комплексный подход к оценке электрической нестабильности миокарда у больных ишемической болезнью сердца // Российский кардиологический журнал. – 2006. – № 4 (60). – С. 83-90.

плотной основе с ценой деления 1 мм, медицинские весы с точностью измерения до 50 г.<sup>1</sup>.

Изучались следующие антропометрические параметры: длина тела, окружность грудной клетки, ширина плеч (акромиальный диаметр, или плечевой диаметр) и масса тела.

Измерение длины тела осуществляется с помощью вертикального ростомера с откидным табуретом или подвижного антропометра. На вертикальной доске ростомера нанесены 2 шкалы, одна для измерения роста стоя, другая – для измерения длины корпуса (роста сидя). Порядок измерения: больного ставят босыми ногами на площадку ростомера спиной к шкале. Тело пациента должно быть выпрямлено, руки свободно опущены, колени разогнуты, стопы плотно сдвинуты. Голова устанавливается в ушно-глазничной горизонтали. Измеряемый должен касаться шкалы тремя точками: межлопаточной областью спины, областью крестца и пятками. Подвижная планка ростомера плотно, но без надавливания прижимается к голове до соприкосновения с верхушечной точкой, после чего ребенка выводят с ростомера и снимают показания. Записываются данные с точностью до 0,1 см. Определение массы тела проводилось без верхней одежды утром после мочеиспускания и дефекации.

Окружность грудной клетки измеряли в состоянии покоя (паузы дыхания). Сантиметровая лента накладывалась сзади под углом лопаток, а спереди под сосками так, чтобы она прикрывала нижние сегменты околососковых кружков; у женщин лента спереди накладывалась над корнем грудной железы, на уровне верхнего края четвертого ребра. Измерялась окружность грудной клетки в покое при свободно опущенных руках, при этом плечи не были приподняты или выдвинуты вперед.

Измерение толстотным циркулем: исследователь находился спереди или сзади измеряемого. Концы циркуля плотно охватываются правой рукой

---

<sup>1</sup> Антропологическое обследование в клинической практике / В. Г. Николаев, Н. Н. Николаева, Л. В. Синдеева [и др.]. – Красноярск: Изд-во ООО «Версо», 2007. – 173 с.

исследователя и указательными пальцами под контролем глаза, слегка надавливаются пальцами подлежащие измерениям точки. Циркуль берут снизу, пропуская его ножки между большим и остальными четырьмя пальцами. Этот приём позволяет равномерно распределить вес большого толстого циркуля на обе руки.

Ширина плеч измерялась спереди толстым циркулем между правой и левой акромиальными точками.

Определение массы тела производили на рычажных медицинских весах в утренние часы, до завтрака.

### **Исследование качества жизни**

Результаты исследований качества жизни в определенной степени зависят от способа проведения анкетирования. Если ориентироваться на технологию вычисления качества жизни, то его можно определить как интегративный показатель, содержащий большое количество физических, психологических и социальных характеристик, отражающих в результате ресоциализацию пациента в ситуации болезни<sup>1</sup>.

Исследование качества жизни больных, страдающих ИБС и клинически здоровых респондентов проводилось нами с использованием международного опросника WHOQOL-100 (ВОЗ КЖ-100) (Приложение 1)<sup>2</sup>.

Опросник ВОЗ КЖ-100 содержит вопросы о физической, психологической, социальной сфере жизни респондента. Опросник имеет модульную структуру, где основной модуль позволяет измерить общие для всех аспекты качества жизни, специфические модули релевантные здоровью используются для оценки качества жизни респондентов в ситуациях болезни.

Опросник ВОЗ КЖ-100 позволяет определить суммарный показатель качества жизни респондента и качество жизни в отдельных сферах: физической, психологической, социальных и духовной, каждую сферу

---

<sup>1</sup> Малыгин Ф. Т. Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста (обзор литературы) // Качественная клиническая практика. – 2011. – № 1. – С. 11-18.

<sup>2</sup> Диагностика здоровья Психологический практикум / под ред. Г. С. Никифорова. - СПб.: Речь, 2007. – С. 454–484.

составляют субсферы.

Качество жизни рассматривается авторами опросника как многомерный, сложный критерий, включающий субъективное восприятие физического и психологического состояния, уровня независимости, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также своего отношения к значимым характеристикам окружающей его социальной среды.. На физическое функционирование субъекта оказывают влияние физическая боль или физический дискомфорт, усталость, недостаток витальной энергии и сил, а также недостаточность отдыха. Нарушение показателя качества жизни в психологической сфере возникают из-за недостатка положительных эмоций, преобладания отрицательных эмоций, когнитивных проблем, из-за снижения самооценки или беспокойства об ухудшении внешности, вызванном болезнями или их лечением. Уровень независимости, возможности обеспечить себя определяется сохранением у субъекта в ситуациях болезни способности к самостоятельному передвижению, самообслуживанию и трудовой деятельности. Социальное функционирование включает социальные связи субъекта, способность к социальным интеракциям.

Сфера «Окружающая среда» включает характеристики витального пространства субъекта, обсуждает степень финансовой обеспеченности, определяющей степень деприваций, доступность (ограничение или отсутствие возможности) качественной медицинской и социальной помощи, существование условий для получения новой информации и образования, рекреации, проведения свободного времени. На показатель качества жизни в социальных сферах оказывают влияние климатические, экологические характеристики окружающей среды. Смысл, ценности и витальные перспективы находят отражение в показателе качества жизни в «Духовной» сфере.

### **Методы математической статистики**

При подготовке результатов эмпирического исследования качества жизни респондентов с использованием опросника ВОЗ КЖ-100 к математической обработке были выявлены и устранены ошибочные значения, выходящие за пределы системы баллов. При исследовании показателей качества жизни респондентов пропущенные значения обрабатывались согласно методике, предложенной в опроснике ВОЗ КЖ-100.

Статистическая достоверность средних различий показателей качества жизни двух групп респондентов (клинически здоровые и больные) определялась по непараметрическому критерию Манна-Уитни. Различие считалось статистически значимым при  $p < 0,05$ .

В проведённом исследовании качества жизни для показателей F1–F24, G Опросника вычислялись описательные статистики. Рассчитывались медианы, средние, максимальные и минимальные значения и т.п. В связи с тем, что анализируемые величины являются порядковыми, адекватной характеристикой среднего для них служит медиана. Однако расчёты показали, что в большинстве случаев средние баллы отличаются от соответствующих значений медиан лишь в первом знаке после запятой. Поэтому в исследовании приведены только средние баллы.

Проведённый анализ средних показателей качества жизни в группе 100 клинически здоровых респондентов позволил выявить показатели, средние значения которых существенно ( $p < 0,01$ – $p < 0,05$ ) различаются в группе лиц трудоспособного возраста с эффективной (группа работающих респондентов) и неэффективной возрастной социализацией (группа безработных клинически здоровых респондентов). Данные показатели качества жизни не находятся под влиянием соматического состояния респондента.

При исследовании качества жизни респондентов, страдающих ИБС и клинически здоровых респондентов, в группе респондентов с ИБС выявлены

субсферы, в которых статистически значимое различие показателей качества жизни соматически детерминировано.

При анализе показателей качества жизни клинически здоровых респондентов и респондентов–больных ИБС, в которых выявленное статистически значимое различие средних значений качества жизни в субсферах детерминировано болезнью и неэффективной ресоциализацией субъектов.

Антропометрические вариационно-статистические показатели, включённые в исследование больных ИБС, рассчитывались по стандартным методикам математической статистики<sup>1</sup>. Определялись максимальные и минимальные значения измеряемой величины. Рассчитывались:

средние значения  $M = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N x_i$ ,  $N$  – численность группы,  $x_i$  – измеренное

значение показателя у  $i$ -го члена группы;

среднеквадратичные отклонения  $\sigma = \sqrt{\frac{1}{N} \sum_{i=1}^N x_i - M^2}$

границы доверительного интервала  $m$ ,

коэффициенты вариации  $C_v = \frac{\sigma}{M} \cdot 100\%$ .

Статистическая достоверность различий показателей у разных групп больных определялась по критерию Стьюдента.

---

<sup>1</sup> Трухачёва Н. В. Математическая статистика в медико-биологических исследованиях с применением пакета *Statistica*. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 384 с.

## ГЛАВА III

### СОБСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

#### **3.1. Клинико-антропометрические характеристики отдалённого прогноза больных ишемической болезнью сердца**

При определении клинико-антропометрических характеристик включённых в исследование респондентов, страдающих ИБС, использованы наблюдения других авторов, представленные в варианте оригинала.

Инфаркт миокарда перенесли все респонденты, страдающие ИБС: в 53% случаев – трансмуральный и в 47% – не трансмуральный. Диагноз инфаркта миокарда ставился на основании клинических данных, результатов лабораторных исследований и инструментальных методов исследования (элевация сегмента ST, формирование патологических зубцов Q и QS, инверсия зубца T на последовательно зарегистрированных ЭКГ, наличие зон локального нарушения сократимости в виде гипо- и акинеза при ультразвуковом исследовании сердца).

Локализация инфаркта миокарда устанавливалась на основании данных электрокардиографического и эхокардиографического исследований: поражение миокарда передней, передне-перегородочной, передне-верхушечной или передне-боковой локализации – передний инфаркт миокарда, при поражении нижней, задней или нижне-боковой стенки левого желудочка – нижний инфаркт миокарда<sup>1</sup>.

Ангинозный вариант начала болезни отмечен в 83% случаев. В остальных случаях были диагностированы атипичные варианты инфаркта миокарда: астматический, гастралгический, аритмический. У больных с перенесенным повторным инфарктом миокарда нередко отмечалось атипичное течение заболевания.

---

<sup>1</sup> Прокопчик И. В. Выявление предикторов высокого риска хронической недостаточности после инфаркта миокарда // Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – Т. 17, № 3. – С. 36.

У большинства больных (в 83% случаев) клиника инфаркта миокарда возникла при ИБС в анамнезе. Без предшествующей стенокардии инфаркт миокарда развился у 17% больных. Очевидно, что в этом случае больные могли страдать безболевым ишемией миокарда, т.к. в большинстве случаев диагноз безболевого ишемии миокарда ставится ретроспективно.

Феномен безболевого ишемии миокарда, проявляющийся в преходящих эпизодах нарушения коронарной перфузии без каких-либо субъективных проявлений, может наблюдаться у 30% больных с постинфарктным кардиосклерозом и 40-100% пациентов, страдающих стенокардией<sup>1</sup>. Выявление эпизодов безболевого ишемии миокарда у больных после перенесенного инфаркта миокарда считается неблагоприятным прогностическим признаком и свидетельствует о более высоком риске развития повторного инфаркта миокарда. Эпизоды безболевого ишемии миокарда в сочетании с нарушениями ритма сердца, особенно с желудочковыми экстрасистолами, расценивается как предиктор внезапной смерти<sup>2</sup>.

У больных ИБС, включённых в исследование, в постинфарктном периоде отмечена стенокардия. Стенокардия рассматривается как один из основных симптомов ишемии миокарда. Стенокардия напряжения II-III функционального класса диагностирована у 7% больных, стенокардия напряжения III и III-IV функционального класса – у 93% больных. Считается, что пациенты со стабильной стенокардией имеют относительно хороший прогноз. Однако индивидуальный прогноз конкретного больного стабильной стенокардией может значительно варьировать в зависимости от его основных клинических, функциональных и анатомических характеристик<sup>3</sup>.

В таблице 9 приведены основные клинические симптомы заболевания в группе респондентов, страдающих ИБС.

<sup>1</sup> Xanthos, R., Ekmektzoglou, K. A., Papadimitriou L. Reviewing myocardial silent ischemia: Specific patient subgroups // Int. J. Cardiol. – 2007. – P. 1-8.

<sup>2</sup> Нагаева Ю. М., Сайфутдинов Р. Г. Безболевого ишемии миокарда // Практическая медицина. – 2008. – № 4. – С. 8-9.

<sup>3</sup> Кириченко А. А. Стабильная стенокардия напряжения: оценка прогноза и лечение // Русский медицинский журнал. – 2014. – Т. 22., № 2. – С. 106-110.

Основные клинические симптомы заболевания в группе респондентов, страдающих ИБС

Наименование Симптомов		Количество больных	
		Абсолютное значение	%
Ангинозная боль	при нагрузке	219	92,0
	в покое	9	3,8
Чувство дискомфорта в груди		28	11,8
Одышка при физической нагрузке		164	68,9
Сердцебиение		230	96,6
Отеки		176	73,9
Аритмия		57	23,9

Как правило, больные жаловались на чувство дискомфорта или боль в грудной клетке сжимающего, давящего характера с локализацией за грудиной с иррадиацией в левую руку, реже в шею и нижнюю челюсть. Однако у некоторых больных ангинозная боль была локализована в правой половине грудной клетки или проявлялась как острая зубная боль. Боль возникала при физической нагрузке, у некоторых больных и в покое. Чаще ангинозная боль возникала у больных при физической нагрузке, при холодной и ветреной погоде. Быстрое прекращение ангинозной боли больные отмечали после сублингвального приема нитроглицерина или устранения провоцирующих факторов. При сочетании ИБС и АГ ангинозные боли возникали при повышении артериального давления. В некоторых

случаях больные отмечали одышку, которая возникала при физической нагрузке и купировалась сублингвальным приемом нитроглицерина.

АГ относят к ведущим факторам риска развития ИБС и сердечно-сосудистых осложнений<sup>1</sup>. Доказано частое сочетание ИБС с АГ – двух наиболее опасных состояний с точки зрения высокого риска развития сердечно-сосудистых и цереброваскулярных осложнений<sup>2</sup>. При инструментальном исследовании у 37,0% респондентов, страдавших ИБС и АГ, была выявлена гипертрофия левого желудочка, являвшаяся самостоятельным фактором риска развития осложнений инфаркта миокарда.

В таблице 10 представлены результаты электрокардиографического исследования больных ИБС.

Все наблюдавшиеся нами больные ИБС страдали ХСН, основными клиническими симптомами которой являлись одышка и тахикардия. Изменения миокарда, подтверждающие ХСН, выявлялись при проведении эхокардиографии (табл. 11).

Наиболее информативными для прогноза после перенесенного инфаркта миокарда являются некоторые виды нарушений ритма сердца, верифицированные при инструментальном обследовании больных. Установлена достоверная связь между желудочковой экстрасистолией и летальностью при ИБС. У 63% больных в нашем исследовании отмечались нарушения ритма и проводимости: у 59 (25%) пациентов выявлена экстрасистолическая аритмия (табл. 10), мерцательная аритмия – у 10 (4,2%) больных, нарушение внутрижелудочковой проводимости, проявлявшееся в виде блокады ветвей пучка Гиса – у 48 (20,2 %) больных.

Таблица 10

#### Результаты электрокардиографического исследования больных ИБС

---

<sup>1</sup> Карпов Ю. А., Деев А. Д. Российское клиническое исследование – КАРДИНАЛ. // Кардиология. – 2008. – № 10. – С. 13-18.

<sup>2</sup> International prevalence, recognition, and treatment of cardiovascular risk factors in out patients with atherothrombosis / D. L. Bhatt, P. G. Steg, E. M. Ohman [et al.] // JAMA. – 2006 – № 295. – С. 180–189.

Признаки	Количество больных	
	Абсолютное значение	%
Рубцовые изменения миокарда	125	52,9
Гипертрофия левого желудочка	54	22,7
Блокада правой ножки пучка Гиса	27	11,3
Блокада левой ножки пучка Гиса	21	9,1
Экстрасистолия	59	25,0
Мерцательная аритмия	10	4,2
Нормальное положение электрической оси	140	58,8
Отклонение электрической оси влево	91	38,2
Отклонение электрической оси вправо	5	2,1
Аневризма левого желудочка	55	23,1
Тахикардия	11	4,6
Нормосистолия	182	76,5
Брадикардия	38	16,0

В нашем исследовании экстрасистолическая и мерцательная аритмии нередко сочеталось у больных с нарушением внутрижелудочковой проводимости.

Таблица 11

Результаты эхокардиографического исследования  
больных ИБС

Признаки	Количество Больных		
	Абсолютное значение	%	
Нарушения локальной сократимости левого желудочка	109	45,8	
Гипертрофия левого желудочка	167	70,2	
Дилатация левого предсердия	99	41,6	
Дилатация левого желудочка	105	44,1	
Фракция выброса	30-50	143	60,1
	51-65	94	39,5
Диастолическая дисфункция левого желудочка	116	48,7	
Аневризма левого желудочка	66	27,7	
Легочная гипертензия	86	36,1	

Маркёром неблагоприятного прогноза считается мерцательная аритмия<sup>1</sup>, которая названа в числе независимых предикторов неблагоприятного прогноза у больных с перенесённым острым коронарным событием при проведении многофакторного анализа влияния мерцательной аритмии на долгосрочный прогноз больных с перенесённым инфарктом миокарда<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Прогностическая значимость мерцательной аритмии у перенесших острый коронарный синдром больных / О. П. Донецкая, М. А. Евдокимова, В. С. Осмоловская [и др.] // Кардиология. – 2009. – № 1. – С. 19-24.

<sup>2</sup> Там же.

Верификация диагноза ИБС включала проведение электрокардиографического и эхокардиографического исследований, результаты которых представлены в таблице 10 и 11.

При проведении эхокардиографического исследования (табл. 11) у 109 больных диагностированы признаки Q инфаркта миокарда.

В 70,2 % случаев при эхокардиографическом исследовании выявлены признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), которая по данным литературы может служить маркером тяжести и длительности заболевания. В настоящее время ГЛЖ рассматривают как независимый предиктор прогноза ИБС, в том числе риска развития инфаркта миокарда, опасных нарушений ритма сердца, сердечной недостаточности и внезапной смерти<sup>1</sup>. При сравнении прогностического значения разных факторов риска было обнаружено, что наличие ГЛЖ обуславливает значительно более высокий относительный риск кардиоваскулярных осложнений. Наличие ГЛЖ ассоциируется с нарушением коронарной гемодинамики, систолической и диастолической дисфункцией сердца, с повышением риска развития сердечной недостаточности и жизнеугрожающих аритмий, ускорением прогрессирования коронарного атеросклероза, снижением коронарного резерва, возникновением стенокардии независимо от наличия атеросклеротических изменений коронарных артерий<sup>2</sup>.

Крупные эпидемиологические исследования последних десятилетий<sup>3</sup> продемонстрировали выраженную зависимость между ЧСС и смертностью у

---

<sup>1</sup> Юренев А. П. Гипертоническое сердце // Актуальные вопросы артериальной гипертензии. – 2000. – №1. – С. 2-3; Остроумова О. Д., Шорикова Е. Г., Галеева Н. Ю. Артериальная гипертензия и гипертрофия миокарда левого желудочка [Электронный ресурс] // Российский Медицинский Журнал. – 2011. – № 4 – URL:[http://www.rmj.ru/articles\\_theme\\_5\\_6.htm](http://www.rmj.ru/articles_theme_5_6.htm) (дата обращения: 24.09.2013); Глезер М. Г. Гипертрофия левого желудочка и прогноз у больных хронической сердечной недостаточностью с сохранённой фракцией выброса [Электронный ресурс] // Сердечная недостаточность. – 2012. – № 1. – URL:<http://medic.ossn.ru/publications/magazine/3709/> (дата обращения: 24.09.2013).

<sup>2</sup> Остроумова О. Д., Шорикова Е. Г., Галеева Н. Ю. Артериальная гипертензия и гипертрофия миокарда левого желудочка [Электронный ресурс] // Российский Медицинский Журнал. – 2011. – № 4. – URL:[http://www.rmj.ru/articles\\_theme\\_5\\_6.htm](http://www.rmj.ru/articles_theme_5_6.htm) (дата обращения: 16.10.2014).

<sup>3</sup> The multifactor primary prevention trial in Geteborg, Sweden / L. Wilhelmsen, G. Berlund, D. Elmfeldt [et al.] // Eur Heart J. – 1986. – №7. – С. 279-288; Частота пульса и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний у российских мужчин и женщин. Результаты эпидемиологического исследования / С. В. Шальнова, А. Д. Деев, Р. Г. Оганов [и др.] // Кардиология. – 2005. – № 10. – С. 45-50.

пациентов с ИБС и АГ<sup>1</sup>. Длительное повышение ЧСС ассоциируется с повышением частоты инфаркта миокарда и смертности у пациентов с ИБС. Кроме того, у лиц с повышенной ЧСС возрастает вероятность внезапной сердечной смерти<sup>2</sup>.

ВЭМ проведена у 27% больных ИБС, при этом получены показатели, характеризовавшие состояние больных, в том числе свидетельствующие о тяжести течения заболевания и клиническом прогнозе. Ишемия была выявлена в 48% случаев, в остальных случаях был отмечен сомнительный результат, в некоторых случаях ВЭМ не могла быть оценена из-за преждевременного прекращения нагрузки. В нашем исследовании низкая толерантность к физической нагрузке отмечена у 12% больных, тест был прекращен в 4% случаев при частоте пульса менее 115 ударов в минуту и депрессии сегмента ST более 1 мм. Приступ стенокардии и депрессии сегмента ST в момент прекращения пробы отмечался у 9% больных. В связи с достижением субмаксимального уровня нагрузки у 3% больных тест был прекращен при частоте сердечных сокращений более 115 ударов в минуту.

Морфологической характеристикой организма человека, которая рассматривается в контексте интегративной антропологии, является соматотип. В течение последних десятилетий неоднократно предпринимались попытки антропометрических исследований с целью выявления соматотипов при хронических заболеваниях<sup>3</sup>.

В литературе приводятся различные, часто противоречивые данные о влиянии соматотипа на клиническое течение и прогноз инфаркта миокарда. Я.А. Горбатовский и соавт.<sup>4</sup> указывают, что инфаркт миокарда чаще

---

<sup>1</sup> Sigh B.N. Morbidity and mortality in cardiovascular disorders: impact of reduced heart rate // J Cardiovasc Pharmacol Therap. – 2001. – № 6. – С. 313-331.

<sup>2</sup> Васюк Ю. А., Школьник Е. Л. Старые принципы – новые горизонты в лечении ишемической болезни сердца // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2007. – № 6 (1). – С. 27-32.

<sup>3</sup> Николаев В. Г., Гребенникова В. В., Ефремова В. И. Онтогенетическая динамика индивидуально-типологических особенностей организма человека. – Красноярск, 2001. – С. -26; Сперанский В. С. Лекции по медицинской антропологии. – Саратов, 2006. – С. 29-48.

<sup>4</sup> Горбатовский Я. А., Филимонов С. Н., Лотош Е. А. Типы конституции у больных инфарктом миокарда // Актуальные вопросы биомедицинской и клинической антропологии. – Томск, 1996. – С. 62.

развивается у больных–нормостеников. М.М. Петрова<sup>1</sup> отмечает высокую частоту инфаркта миокарда у пациентов гиперстенического типа.

М.В. Черноруцкий<sup>2</sup> разработал классификацию, выделив астенический (гипостенический), нормостенический и гиперстенический соматотипы.

В таблицах 12-14 приведены антропометрические вариационно-статистические показатели, включённые в исследование больных ИБС.

При исследовании антропометрических характеристик респондентов с ИБС мужского пола, было выявлено, что средняя длина тела пациентов до 50 лет составляет  $175,0 \pm 1,2$  см, в возрасте 51-55 лет –  $172,0 \pm 0,7$  см, в возрасте старше 55 лет –  $175,0 \pm 0,9$  см (табл. 12).

Средние значения длины тела у больных ИБС мужского пола между I и II возрастными периодами, а также больными старше 55 лет имеют статистически значимые различия ( $P < 0,05$ ), тогда как у мужчин до 50 лет и старше 55 лет – не имеют ( $175,0 \pm 1,2$  см и  $175,0 \pm 0,9$  см соответственно;  $P > 0,05$ ).

Длина тела у мужчин в каждой возрастной группе имеет слабую степень изменчивости, но наибольшая вариабельность данного параметра отмечается у респондентов до 50 лет ( $C_v = 2,7\%$ ) и старше 55 лет ( $C_v = 2,8\%$ ), чем у больных в возрасте 50-55 лет ( $C_v = 2,2\%$ ).

При исследовании антропометрических характеристик больных ИБС женского пола выявлено, что средняя длина тела женщин до 50 лет составляет  $174,0 \pm 0,9$  см, а в 50-55 лет –  $167,0 \pm 1,2$  см. Статистические показатели длины тела у больных ИБС женского пола разных возрастных групп имеют статистически значимые различия ( $P < 0,001$ ).

Длина тела у женщин в каждой возрастной группе имеет слабую степень изменчивости, но наибольшая вариабельность данного параметра отмечается у респондентов в возрасте 50-55 лет ( $C_v = 2,7\%$ ), по сравнению с респондентами до 50 лет ( $C_v = 2,0\%$ ).

---

<sup>1</sup> Петрова М. М. Особенности клинического течения инфаркта миокарда, психологического профиля и исходов у мужчин различных соматотипов : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Красноярск, 2000. – 41 с.

<sup>2</sup> Черноруцкий М. В. Учение о конституциях в клинике внутренних болезней // Труды 7-го съезда Российских терапевтов. – Л., 1925. – С. 304–312.

## Возрастная и половая изменчивость длины тела (см)

Возрастные периоды	Пол	Антропометрические показатели				P <sup>1</sup>	P <sup>2</sup>	
		Min-max	M±m	Σ	Cv%			
До 50 лет	Мужчины	169,0-186,0	175,0±1,2	4,8	2,7	<b>&lt;0,05</b>	<b>&gt;0,05</b> <b>&lt;0,01</b>	
51-55 лет		165,0-186,0	172,0±0,7	3,9	2,2			<b>&lt;0,05</b>
старше 55 лет		165,0-186,0	175,0±0,9	5,0	2,8			
До 50 лет	Женщины	168,0-180,0	174,0±0,9	3,5	2,0	<b>&lt;0,001</b>		
51-55 лет		162,0-174,0	167,0±1,2	3,5	2,7			

Примечание: P<sup>1</sup> – уровень статистической значимости различий между возрастными группами одного пола.

P<sup>2</sup> – уровень статистической значимости различий между одинаковыми возрастными группами больных ИБС мужского и женского пола.

При сравнительном анализе статистических показателей длины тела у больных ИБС мужского и женского пола одинаковых возрастных групп установлено, что в возрасте до 50 лет данные не имеют половых статистически значимых различий (175,0±1,2 см и 174,0±0,9 см соответственно; P>0,05), а в возрасте 50-55 лет длина тела в среднем на 5,0 см больше преобладает у мужчин (172,0±0,7 см), по сравнению с женщинами этой же возрастной группы (167,0±1,2 см; P<0,01).

Масса тела мужчин в возрасте до 50 лет в среднем составляет  $89,0 \pm 2,0$  кг, в возрасте 50-55 лет –  $75,0 \pm 1,2$  кг, в возрасте 55 лет –  $80,0 \pm 1,4$  кг (табл. 13).

Статистические показатели массы тела у больных ИБС мужского пола в различные возрастные периоды имеют статистически значимые различия. Масса тела у мужчин в возрасте до 50 лет ( $89,0 \pm 2,0$  кг) на 14,0 кг больше, чем у мужчин в возрасте 50-55 лет ( $75,0 \pm 1,2$  кг;  $P < 0,001$ ), а в возрасте старше 55 лет ( $80,0 \pm 1,4$  кг) – в среднем на 5,0 кг больше по сравнению с мужчинами в возрасте 50-55 лет ( $75,0 \pm 1,2$  кг;  $P < 0,01$ ).

Таблица 13

## Возрастная и половая изменчивость массы тела

Возрастные периоды	Пол	Антропометрические показатели				P <sup>1</sup>	P <sup>2</sup>
		Min-max	M $\pm$ m	$\Sigma$	Cv%		
до 50 лет	Мужчины	65,0-94,0	$89,0 \pm 2,0$	8,2	9,2	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,01</b>
51-55 лет		65,0-92,0	$75,0 \pm 1,2$	6,6	8,8		
старше 55 лет		63,0-96,0	$80,0 \pm 1,4$	7,9	9,8		
до 50 лет	Женщины	64,0-99,0	$79,0 \pm 3,6$	11,4	14,4	<b>&lt;0,001</b>	
51-55 лет		51,0-86,0	$64,0 \pm 1,3$	6,8	11,0		

Примечание: P<sub>1</sub> – уровень статистической значимости различий между возрастными группами одного пола.

P<sub>2</sub> – уровень статистической значимости различий между одинаковыми возрастными группами больных ИБС мужского и женского пола.

Масса тела у мужчин в каждой возрастной группе имеет слабую степень изменчивости, но наибольшая вариабельность данного параметра

отмечается у респондентов в возрасте старше 55 лет ( $Cv=9,8\%$ ), чем у респондентов в возрасте до 50 лет и 50-55 лет ( $Cv=9,2\%$ ;  $8,8\%$  соответственно).

При исследовании антропометрических характеристик больных ИБС женского пола в возрасте до 50 лет и 50-55 лет выявлено, что средняя масса тела женщин до 50 лет составляет  $79,0 \pm 3,6$  кг, а в возрасте 50-55 лет –  $64,0 \pm 1,3$  кг.

Масса тела у женщин, страдающих ИБС в возрасте до 50 лет в среднем на  $15,0$  кг больше, чем у женщин с ИБС 50-55 лет и это различие статистически значимо ( $P < 0,001$ ).

У женщин с ИБС в каждой возрастной группе масса тела имеет среднюю степень изменчивости, но наибольшая вариабельность данного параметра отмечается в возрасте до 50 лет ( $Cv=14,4\%$ ), по сравнению с возрастным периодом 50-55 лет ( $Cv=11,0\%$ ).

При сравнительном анализе массы тела у больных ИБС мужского и женского пола одинаковых возрастных групп установлено, что у мужчин в возрасте до 50 лет масса тела ( $89,0 \pm 2,0$  кг) на  $10$  кг больше, чем у женщин ( $79,0 \pm 3,6$  кг;  $P < 0,01$ ), а в возрастном диапазоне 50-55 лет масса тела на  $11,0$  кг также преобладает у мужчин ( $75,0 \pm 1,2$  см), по сравнению с женщинами этой же группы ( $64,0 \pm 1,3$  кг;  $P < 0,001$ ).

При анализе антропометрических характеристик больных ИБС мужского пола выявлено, что в возрасте до 50 лет в среднем окружность грудной клетки составляет  $88,0 \pm 2,0$  см, в возрасте 50-55 лет –  $85,0 \pm 0,9$  см, в возрасте старше 55 лет –  $89,0 \pm 1,3$  см (табл. 14).

Окружность грудной клетки у мужчин в возрасте до 50 лет ( $88,0 \pm 2,0$  см) на  $3,0$  см больше, чем у мужчин возраста от 50 до 55 лет ( $85,0 \pm 0,9$  см), но эти различия статистически незначимы ( $P > 0,05$ ), у респондентов в возрасте старше 55 лет ( $89,0 \pm 1,3$  см) – в среднем на  $4,0$  см больше по сравнению с респондентами в возрасте 50-55 лет ( $85 \pm 0,9$  см;  $P < 0,01$ ). Окружность грудной клетки у мужчин в каждой возрастной группе имеет слабую степень

изменчивости, но наибольшая вариабельность данного параметра отмечается у респондентов в возрасте до 50 лет ( $Cv=9,3\%$ ), по сравнению с респондентами старше 55 лет ( $Cv=8,4\%$ ) и в возрасте 50-55 лет ( $Cv=6,2\%$ ).

При исследовании антропометрических показателей респондентов с ИБС женского пола определено, что в среднем окружность грудной клетки у респондентов в возрасте до 50 лет составляет  $86,0\pm 1,3$  см, в возрасте 50-55 лет –  $84,0\pm 0,7$  см. Статистические показатели окружности грудной клетки у женщин разных возрастных групп не имеют статистически значимых различий ( $P>0,05$ ).

Таблица 14

## Возрастная и половая изменчивость окружности грудной клетки (см)

Возрастные периоды	Пол	Антропометрические показатели				P <sup>1</sup>	P <sup>2</sup>
		Min-max	M±m	Σ	Cv%		
до 50 лет	Мужчины	78,0-107,0	88,0±2,0	8,2	9,3	<0,05	>0,05 >0,05
51-55 лет		78,0-100,0	85,0±0,9	5,3	6,2		
старше 55 лет		79,0-110,0	89,0±1,3	7,5	8,4		
до 50 лет	Женщины	77,0-92,0	86,0±1,3	4,2	4,9	>0,05	
51-55 лет		79,0-96,0	84,0±0,7	3,8	4,5		

Примечание: P<sup>1</sup> – уровень статистической значимости различий между возрастными группами одного пола.

P<sup>2</sup> – уровень статистической значимости различий между одинаковыми возрастными группами больных ИБС мужского и женского пола.

Окружность грудной клетки у женщин в каждой возрастной группе имеет слабую степень изменчивости, но несколько большая вариабельность данного параметра отмечается у респондентов в возрасте до 50 лет ( $C_v=4,9\%$ ), чем у респондентов в возрасте 50-55 лет ( $C_v=4,5\%$ ).

При сравнительном анализе статистических показателей окружности грудной клетки у больных ИБС мужского и женского пола одинаковых возрастных групп установлено, что у мужчин в возрасте до 50 лет данный параметр ( $88,0\pm 2,0$  см) на 2,0 см и на 1,0 см – у респондентов в возрасте 50-55 лет ( $85,0\pm 0,9$  см) больше, чем у женщин этих же возрастных периодов ( $86,0\pm 1,3$  см;  $84,0\pm 0,7$  см соответственно), но различия статистически не значимы ( $P>0,05$ ). Однако окружность грудной клетки наиболее вариабельна у мужчин в возрасте до 55 лет ( $C_v=9,3\%$ ; 6,2% соответственно), по сравнению с женщинами этого же возрастного периода ( $C_v=4,9\%$ ; 4,5% соответственно).

Таким образом, длина тела респондентов, как у мужчин, так и у женщин, имеют возрастные различия, а половые – только в возрасте до 55 лет. Масса тела имеет половые и возрастные различия в каждой возрастной группе, преобладая у мужчин по сравнению с женщинами. Окружность грудной клетки не имеет половых и возрастных различий, кроме возраста от 50 до 55 лет у мужчин.

Средние значения антропометрических параметров респондентов с ИБС характеризуют каждый соматотип и имеют статистически значимые различия (табл. 15).

Наибольшая длина тела у больных, страдающих ИБС, отмечалась у астеников (мужчины  $179,0\pm 2,4$  см, женщины  $173,0\pm 1,7$  см), наименьшая – у гиперстеников мужчин ( $170,0\pm 3,1$ ) и нормо- и гиперстеников женщин (по  $164,0\pm 2,3$  соответственно). Наибольшая масса тела отмечалась у лиц с гиперстеническим телосложением (мужчины  $89,0\pm 4,5$ , женщины  $78,0\pm 5,3$ ), наименьшая – у астенического типа (мужчины  $70,0\pm 2,4$ , женщины  $54,0\pm 3,5$ ). Наибольшая окружность грудной клетки выявлена у гиперстенического типа

(мужчины  $96,0 \pm 0,8$ , женщины  $88,0 \pm 1,6$ ). Наименьшая окружность грудной клетки у лиц с астеническим типом телосложения ( $86,0 \pm 0,9$  и  $78,0 \pm 1,2$  соответственно). При сравнении ширины плеч отмечались наибольшие значения данного параметра у гиперстеников (мужчины  $45,6 \pm 2,1$ , женщины  $38,0 \pm 3,0$ ), наименьшие – у астеников (мужчины  $34,3 \pm 0,8$ , женщины  $30,5 \pm 1,4$ ).

Таблица 15

## Антропометрические параметры больных ИБС

Показатели	Пол	Соматотипы		
		Астенический	Нормостенический	Гиперстенический
Длина тела, см	М	$179,0 \pm 2,4$	$174,0 \pm 1,5$	$170,0 \pm 3,1$
	Ж	$173,0 \pm 1,7$	$164,0 \pm 2,8$	$164,0 \pm 2,3$
Масса тела, кг	М	$70,0 \pm 2,4$	$78,0 \pm 3,9$	$89,0 \pm 4,5$
	Ж	$54,0 \pm 3,5$	$65,0 \pm 4,7$	$78,0 \pm 5,3$
Окружность грудной клетки, см	М	$86,0 \pm 0,9$	$90,0 \pm 1,3$	$96,0 \pm 0,8$
	Ж	$78,0 \pm 1,2$	$83,0 \pm 0,9$	$88,0 \pm 1,6$
Ширина плеч, см	М	$34,3 \pm 0,8$	$38,4 \pm 1,3$	$45,6 \pm 2,1$
	Ж	$30,5 \pm 1,4$	$34,1 \pm 3,1$	$38,0 \pm 3,0$

Таким образом, у больных ИБС с гиперстеническим типом телосложения преобладают масса тела, окружность грудной клетки и ширина плеч, с астеническим типом – длина тела. Все изученные параметры, характеризующие типы телосложения, в 1,1-1,2 раза больше у респондентов мужского пола, при сравнении с параметрами женщин с ИБС.

Перенесённый инфаркт миокарда, его локализация, варианты течения, наличие постинфарктной стенокардии, сердечной недостаточности, нарушений сердечного ритма и проводимости, сочетание ИБС и артериальной гипертензии, морфологические характеристики, тип телосложения определяют клинико-антропометрические характеристики и индивидуальный клинический прогноз больных ИБС.

### **3.2. Тенденции ресоциализации больных ишемической болезнью сердца в контексте пространственного анализа**

Анализ социализации лиц в ситуации болезни представляется актуальным в условиях роста заболеваемости, инвалидизации больных, страдающих социально детерминированной патологией.

С конца XIX века термин «социализация» используется в литературе (Ф. Гиддингс, Э. Дюркгейм и др.) при обозначении процесса становления и развития личности и определен как базовая, формообразующая характеристика современного общества<sup>1</sup>. Социализация, по определению А.В. Мудрика, представляет собой процесс развития личности на протяжении всей жизни<sup>2</sup>.

Л. Яковлев<sup>3</sup>, проанализировав представленные в междисциплинарных исследованиях процессы социализации, выделяет следующие модели.

В первой модели социализации социум представлен в контексте индивидуальных жизненных программ. Во второй модели субъект, сохраняя заданные сущностные параметры, приспосабливается к внешним условиям. Между субъектом и обществом устанавливаются партнёрские отношения, однако синергизм не является их облигатной характеристикой. Третья модель предполагает автономную личность, которая воспринимает некоторые социальные предписания. В четвёртой модели субъект полностью подчиняется социуму, формирующего его по определённой программе. Однако, по мнению М. Ромма, субъект реагирует лишь на некоторый (избирательный) набор условий из набора факторов, отличающих одну ситуацию от другой<sup>4</sup>.

В социализации, которая рассматривается как процесс взаимодействия личности и социального пространства, происходит освоение субъектом определённых знаний, ценностей, установок, социальных ролей, статусных

---

<sup>1</sup> См.: Арон Р. Этапы развития социологической мысли. М.: Прогресс Универс, 1993. – С. 19.

<sup>2</sup> Мудрик А. В. Социализация человека. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 304 с.

<sup>3</sup> См.: Яковлев Л. С. Пространство социализации. дис. ... д-ра социол.наук. - Саратов, 1998. – С. 110.

<sup>4</sup> Ромм М. В. Адаптация личности в социуме. – Новосибирск : Наука, 2002. – 272 с.

характеристик, действий и функций, свойственных социальным группам, институтам, социуму, что позволяет субъекту эффективно выстраивать социальные отношения. Личность действует в системе социальных интеракций и формируется на микро- и макроуровнях. Социальные интеракции определяют положение личности в социальном пространстве, степень включения в социальные группы и принятия социальных норм или девиаций<sup>1</sup>.

Социализация формируется в условиях социального порядка и определяется характеристиками социальной среды, сочетанием традиций и общественного развития. Социализация включает процессы, в ходе которых субъект приобретает социальное содержание и способность деятельности в социальной жизни.

Социализация субъекта в ситуации болезни протекает сложно, нестандартно, с затруднениями, обусловленными первичными и вторичными нарушениями, и в результате формируется неповторимый рисунок социальной жизни больного человека<sup>2</sup>. Болезнь при этом выступает в качестве предпосылки изменения привычного образа жизни, отношения к окружающему миру, переоценки личностных смыслов и изменение сознания больного<sup>3</sup>.

Исследование социализации больных ИБС осуществляется нами в рамках пространственного подхода, интерпретирующего социализацию как социальный феномен, в ходе которого формируется партнёрские отношения личности и социального пространства. Анализ социализации лиц в ситуации болезни может осуществляться в контексте анализа социального пространства – пространства социализации. П. Бурдьё отмечал неоднородность социального пространства: «можно изобразить социальный мир в форме многомерного пространства, построенного по принципам

---

<sup>1</sup> Пространство и время социальных изменений / В.Н. Ярская, Л.С. Яковлев, В.В. Печёнкин [и др.]. - М.; Саратов: Научная книга, 2004. – С. 205-206.

<sup>2</sup> Казакова Л. А. Диагностика результатов социального воспитания детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья: аспекты социальной адаптации // Вестник ЧПГУ. – 2010 – №4. – С. 77-90.

<sup>3</sup> Выготский Л. С. Психология развития человека. – М.: Изд-во Смысл; Эксмо. – 2005. – 1136 с.

дифференциации и распределения, сформированным совокупностью действующих свойств в рассматриваемом социальном универсуме»<sup>1</sup>.

Концепция социальной стратификации и социальной мобильности использована П. Сорокиным для концептуализации категории «социальное пространство». Учёным предлагалось существование некоего способа, посредством которого можно определить позицию различных социальных групп и тем самым обозначить пределы трёхмерного социального пространства, включающего экономическую, политическую и профессиональную категории<sup>2</sup>.

В отечественных междисциплинарных исследованиях проводился многолетний анализ и разработка категории социального пространства. В.Г. Черников концептуализирует существующие в отечественной литературе основные направления в интерпретации социального пространства<sup>3</sup>. Г.Е. Зборовский, Ю.Д. Мишин, В.К. Потемкин, Р.И. Эпштейн определяют социальное пространство в категории «общественные отношения», социальное пространство, по мнению авторов, выступает как форма и непереносимое условие общественных отношений. А.Н. Лой, П.И. Мовчан, А.И. Яценко своё определение социального пространства выстраивают в связи с деятельностью и указывают определяющие её существование и функционирование структуры социальной реальности.

Оба направления исходят из единой фундаментальной дефиниции социального пространства как формы общественного бытия.

По определению В.Г. Виноградского, социальное пространство представляет собой атрибутивную форму существования и развития общества. Социальное пространство как философско-социологическая категория характеризует существование и взаимодействие различных факторов социального бытия, характеризует протяженность, объем и

<sup>1</sup> Бурдые П. Начала = Choses dites: пер. с фр. – М.: Socio-Logos, 1994. – 285 с.

<sup>2</sup> Сорокин П. А. Человек, цивилизация, общество. – М.: Политиздат, 1992. – 542 с.

<sup>3</sup> Черников В. Г. Вопросы социального пространства в советской философской литературе (70—80-е годы) // Философские науки. – 1985. – № 1. – С. 144–145.

структуру общественной формы движения материи<sup>1</sup>. В данной интерпретации генезис феномена социального пространства связано с социальными процессами и интеракциями, которые реализуются в процессе деятельности субъекта.

В.Б. Устьянцев выделяет три структуры, образующие социальное пространство:

Институциональная структура, включающая взаимодействие социальных институтов, регламентирующих уровень сложности и стабильности общества;

Пространственно-стратификационная структура детерминирует фазы активности социальных групп и субъектов;

Цивилизационная структура координирует техногенное и культурное пространство, формируя социетальную реализацию цивилизационного процесса<sup>2</sup>.

С. Силкина как специфические виды социального пространства выделяет как экологическое, экономическое, информационное, культурное и другие подпространства. Они рассматриваются также как системные подуровни социального пространства, представляющие собой совокупность однородных социальных связей и институтов. Каждое из этих пространств, обладающих своей внутренней структурой, не рассматривается как отдельная изолированная система. Каждый вид социального пространства находится в тесной взаимосвязи с остальными<sup>3</sup>.

К категориям социального пространства относятся категории антропогенных пространств микроуровня, определяющих антропологическое, онтологическое, аксиологическое и экзистенциальное содержание: «личностное пространство» (термин, предложенный Г. Зиммелем в начале XX века), «жизненное пространство человека», «пространство личности» и т.д.

<sup>1</sup> Виноградский В. Г. Социальная организация пространства. – М., 1988. – С. 184.

<sup>2</sup> Устьянцев В. Б. Жизненное пространство человека: ценностные и институциональные начала // Современная парадигма человека. – Саратов, 2000. – С. 110.

<sup>3</sup> Силкина С. В. Культурное пространство как часть социального пространства (к методологии исследования) // Философия культуры и философия науки: проблемы и гипотезы. – Саратов. – 1999. – С. 23-28.

Личное пространство может рассматриваться как феномен, интегрирующий объективные пространственные отношения и субъективное отражение этих отношений в переживании отдельных качеств пространства, пространства своей жизни<sup>1</sup>.

В жизненном пространстве осуществляется взаимодействие социального и индивидуального. Основание жизненного пространства человека формируется в интеракции повседневного человеческого бытия с пространственными социальными структурами<sup>2</sup>.

К антропогенным пространствам микроуровня относится «пространство личности», имеющее многоуровневую структуру, включающие поведенческие, институциональные и ценностные контексты. Неоднозначность категории пространства личности отмечает В.Б. Устьянцев, объясняя это тем, что процесс формирования пространства, происходящего под влиянием социальной деятельности человека в системе социальных связей и социальных объектов, сочетается с необходимым для реализации жизненного пути, внутреннего мира, ценностных ориентаций и предпочтений конструированием внутренней пространственной среды<sup>3</sup>.

Социальное пространство, по определению Л. Яковлева, «есть пространство статусных различий, ролевых экспектаций, форм социальной идентификации, институционализации социального взаимодействия»<sup>4</sup>. Положение человека в социальной структуре – суть его происхождения, жизненные свершения, статусная траектория, которые и составляют этапы и содержание социализации.

Модель, разработанная Г. Штайнкампом, объединяет различные уровни социального пространства с субъективными социальными фактами<sup>5</sup> (рис. 3)

<sup>1</sup> Филимонова О. Ф. Ценностно-смысловые границы личностного пространства // Современная парадигма человека. – Саратов – 2000. – С. 35-38.

<sup>2</sup> Устьянцев В. Б. Жизненное пространство человека: ценностные и институциональные начала // Современная парадигма человека. – Саратов. – 2000. – С. 110.

<sup>3</sup> Там же.

<sup>4</sup> Яковлев Л. С. Пространство социализации: дис. ... д-ра социол. наук. – Саратов – 1998. – 396 с.

<sup>5</sup> Штайнкамп Г. Смерть, болезнь и социальное неравенство // Журнал социологии и социальной антропологии. – 1999. – №1 (5). – С. 136-137.

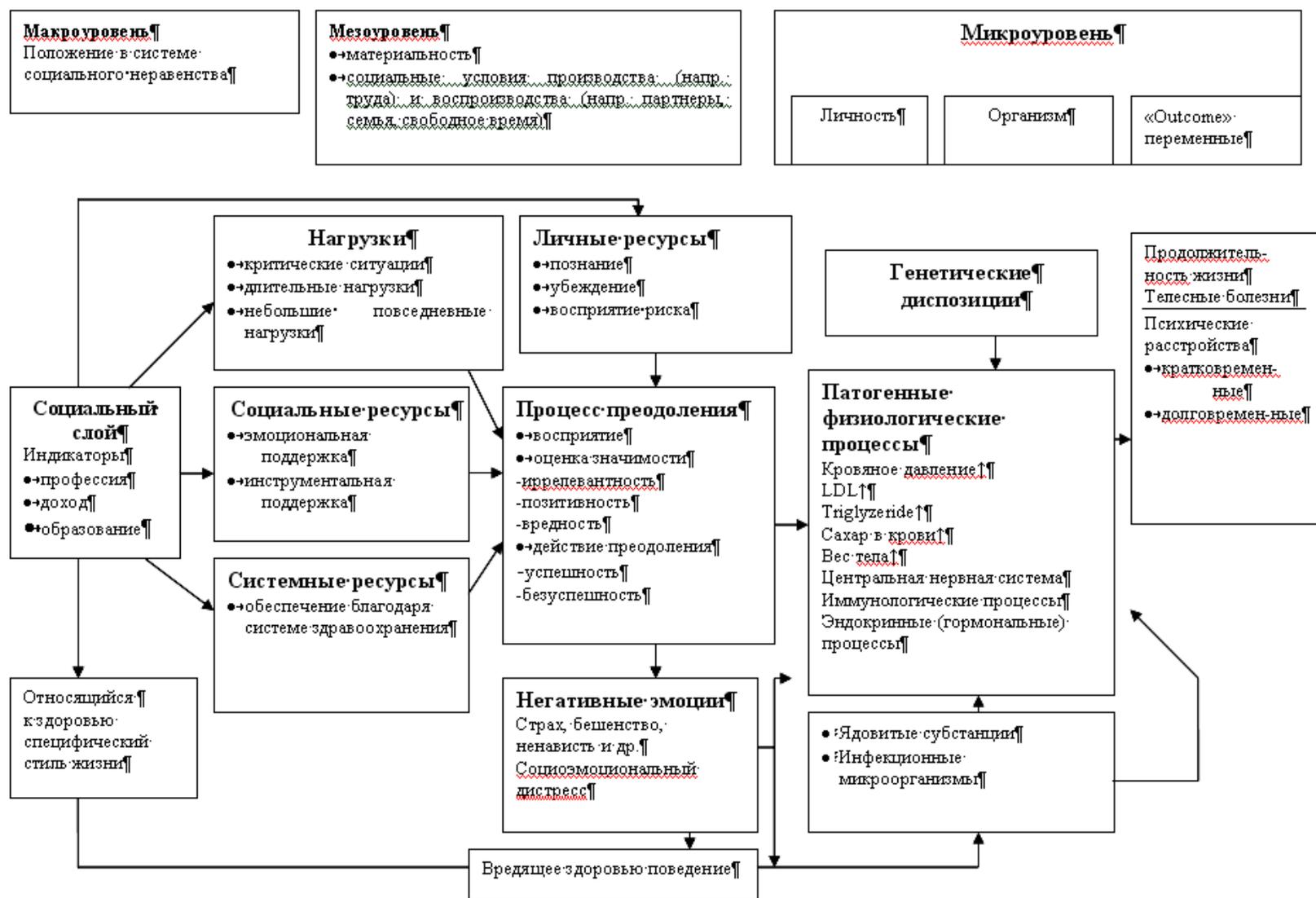


Рис. 3

Высший (макро-) уровень социальной стратификации определяет жизненные обстоятельства и шансы субъектов. Мезоуровень – жизненные обстоятельства, в которых реализуются события и ресурсы. На микроуровне формируются связи субъекта с нагрузками и ресурсами. Формирующиеся позиции многоуровневой модели, от стратификационных различий до субъективного здоровья и болезни и продолжительности жизни, представлены на различных уровнях социального пространства. Более высокий уровень определяет условия, релевантные для последующих уровней.

Пространство социализации субъекта, являясь относительно автономным фрагментом социального пространства, рассматривается как пространство антропогенное, как системное образование, построенное на связи активного субъекта и результатов его деятельности<sup>1</sup>. Данная категория позволяет представить детерминированность социальной активности субъектов в дискурсе функционирования субъекта и социума.

Сочетания уровней и полей определяют структуру антропогенного пространства. На вертикальном срезе структуры выстраиваются уровни, аккумулирующие основные фрагменты процесса социализации.

В контексте медико-социологического исследования особое значение представляет теория поля, разработанная К. Левином, которая характеризуется автором как метод анализа каузальных связей и построения теоретических конструктов<sup>2</sup>. При анализе социализации поле – «жизненное пространство» субъекта. Это жизненное пространство состоит из субъекта и социальной среды<sup>3</sup>. Основной тезис в теории поля заключается в том, что различные части представляются взаимозависимыми, поле пролонгируется во времени и трансформируется событиями. Сфера детерминантов рассматривается как модуль целостного поля, и факты представляют собой интегральную систему конструктов.

---

<sup>1</sup> Арон Р. Этапы развития социологической мысли. – М.: Прогресс Универс, 1993. – 606 с.

<sup>2</sup> Левин К. Теория поля в социальных науках. СПб.: «Сенсор», 2000. – С. 66.

<sup>3</sup> Там же. С. 11.

Таким образом, антропогенное пространство формируется в процессе деятельности субъекта как континуум полей в соответствии с правилами организации телесности.

Два типа категорий раскрывают содержание антропогенного пространства. Это категории, которые характеризуют отношения субъектов с географической средой и описывают структуры, создаваемые в адаптационных и иных целях. Второй тип – это категории, которые определяют факторы социализации субъектов в рамках социальных конструкций.

Категории первого типа могут быть представлены как значения, пограничные с понятием географического пространства, разработанные в инвайронментальной социологии. Инвайронмент (environment) рассматривается как основной фрагмент деятельности субъекта. В контексте инвайронментализма исследуются интеракции субъекта и окружающей географической, социальной и культурной средой. Эти взаимоотношения допускают интерпретацию взаимосвязи человека и пространственной среды, в которой субъект – элемент природной среды<sup>1</sup>.

Качество природной среды и здоровье человека являются взаимосвязанными категориями, здоровье человека формируется и изменяется под влиянием среды. Комплексная оценка состояния окружающей среды и здоровья населения показывает, что тенденция на экологическую дестабилизацию продолжается. Растет число заболеваний, связанных с экологически рисками. Более 80% заболеваний населения в России связаны с загрязнениями окружающей среды техногенного характера<sup>2</sup>.

Атмосферный воздух загрязнен значительно больше, нежели другие объекты окружающей среды. Вклад взвешенных частиц в смертность

---

<sup>1</sup> Лебедев А. Д., Райх Е. Л. Основания медицинской географии // Медицинская география. Симпозиум комиссии медицинской географии Международного географического союза 23-26 июля 1976: тезисы докладов. – М. – 1976. – 202 с.

<sup>2</sup> Рогалев В. А. Проблемы экологической дестабилизации окружающей среды и здоровья человека // Известия Южного федерального университета. Технические науки. – 2006. – Т. 67. – № 12. – С. 3-5.

составляет в России 15-17%, что существенно выше, чем во Франции, Австрии, Швеции и др. Смертность от сердечно-сосудистых и респираторных заболеваний при среднегодовой концентрации взвешенных частиц около 0,136 мг/м<sup>3</sup> составляет 300 772 случая в год. При вышеуказанных уровнях загрязнения воздуха пылевыми частицами за 1 год прогнозируется 66 348 случаев смерти от кратковременных экспозиций взвешенных веществ, в том числе 30 179 случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний<sup>1</sup>.

Здоровье человека рассматривается как индикатор адаптивного состояния антропоэкологических систем, в которых адаптация осуществляется биологическими и социальными механизмами.

Социальная адаптация может быть определена как

- состояние человека,
- процесс трансформации и интерпретации социального мира, себя в этом мире и субъективного образа этого мира в себе,
- форма взаимодействия субъекта с изменяющимися условиями природной среды,
- результат социализации субъекта<sup>2</sup>.

Соотнесение адаптационных возможностей и уровней функциональных состояний позволяет выделить четыре класса состояний здоровья<sup>3</sup>:

1. Физиологическая норма. Состояние удовлетворительной адаптации к условиям окружающей среды, достаточные функциональные возможности организма.

2. Донозологическое состояние (под донозологическим понимается распознавание функциональных состояний организма, возникающих в

---

<sup>1</sup> Окружающая среда: учёт и контроль факторов риска здоровью населения / Ю. А. Рахманин, С. М. Новиков, Т. А. Шашина [и др.] // Контроль качества продукции. – 2009. – № 11. – С. 8-10.

<sup>2</sup> Дегтярева В. В. Стратегии социальной адаптации человека с ограниченными возможностями здоровья: социально-философский анализ: дис. ... канд. философ. наук. – Новосибирск, 2007. – 169с.

<sup>3</sup> Орлова М. М. Внутренняя картина здоровья и болезни как проявление адаптационных механизмов личности // Человек в пространстве болезни: гуманитарные методы исследования в медицине. Сборник научных статей. – Саратов: Издательский центр «Наука». – 2009. – С. 226-232.

процессе перехода от нормы к патологии<sup>1</sup>). Напряжение регуляторных систем для поддержания равновесия организма с окружающей средой. Развитие различной степени адаптационных механизмов.

3. Преморбидное состояние. Состояние неудовлетворительной адаптации к условиям окружающей среды. Функциональные возможности снижены.

4. Срыв механизмов адаптации. Резкое снижение функциональных возможностей организма, развитие специфических патологических изменений на органно-системном уровне.

Адаптивные ситуации различаются по признаку модальности субъекта взаимодействия:

1. Микроуровневая адаптивная ситуация рассматривает взаимодействия на уровне «личность-личность», не выходящие за рамки интересов отдельной личности. Определяющим в адаптивной ситуации данного типа является межличностный характер взаимодействий.

2. Мезоуровневая адаптивная ситуация характеризует взаимодействия на уровне «социальная группа-личность», выходящие за рамки интересов отдельной личности и свойственные ситуациям смешанного типа.

3. В макроуровневой адаптивной ситуации взаимодействия осуществляются на уровне «общество-личность». Изменения в данной ситуации могут быть спровоцированы социальными событиями: войнами, революциями, государственными реформами и т.п.<sup>2</sup>.

Адаптивные ситуации могут быть простыми и сложными. Простая адаптивная ситуация возникает при изменении параметров реальной ситуации, которую субъект оценивает как привычную и не требующую приспособления. Эти ситуационные трансформации определяют изменения установок, мотивации, приобретение новых социальных ролей и не

---

<sup>1</sup> Казаков Ю. Н. Психическое здоровье – основополагающая ценность личности – Москва: Прометей. – 2005. – 359 с.

<sup>2</sup> Ромм М. В. Адаптация личности в социуме. – Новосибирск : Наука, 2002. – 272 с.

проявляются на субъективно-личностном уровне. Сложная адаптивная ситуация предполагает сложные трансформации в образе жизни, социальных нормах и ценностях.

М.В. Ромм<sup>1</sup> рассматривает три вида адаптивных ситуаций, учитывающих ориентацию, степень и направленность их влияния на процесс социальной адаптации субъекта:

- позитивная адаптивная ситуация. Формируют позитивную направленность и развитие, определяющие динамику процесса адаптации;
- нейтральная адаптивная ситуация с индифферентной направленностью;
- адаптивная ситуация с негативной направленностью, которая отличается присутствием барьеров, препятствующих адаптации.

Воздействие социальной ситуации на субъекта определяется возрастными, когнитивными, гендерными, личностными и другими характеристиками субъекта. В результате, всегда отмечается некоторое несовпадение между направленностью адаптивной ситуации и ее субъективным восприятием. «... среда, которая на него (субъекта) влияет и к которой он адаптируется, это его мир, а не объективный мир науки, природы и общества... Индивидуальный субъект реагирует только на данное в его собственном опыте, а его опыт включает в себя не то, что объективный наблюдатель может обнаружить в части мира, доступной индивиду, но только то, что обнаруживает там сам индивид»<sup>2</sup>.

Важнейший элемент адаптивной ситуации – адаптивные барьеры отражают конструкцию объективных и субъективных внутренних и внешних факторов в условиях разноуровневых адаптивных ситуаций, препятствуют адаптации субъекта<sup>3</sup>. В качестве основных адаптивных барьеров М. Ромм<sup>4</sup> рассматривает возрастную, эмоционально-психологический, мировоззренческий, знаковый, тезаурусный, контрсуггестивный,

<sup>1</sup> Ромм М. В. Адаптация личности в социуме. – Новосибирск : Наука, 2002. – 272 с.

<sup>2</sup> Цит. по Ионин Л. Г. Понимающая социология (Историко-критический анализ). – М.: Наука, 1979. – С. 65.

<sup>3</sup> Ионин Л. Г. Понимающая социология (Историко-критический анализ). – М.: Наука, 1979. – 207 с.

<sup>4</sup> Ромм М.В. Адаптация личности в социуме. – Новосибирск: Наука, 2002. – С. 100.

включающий в себя наибольшее количество переменных, непосредственно влияющих на приспособительные процессы в социуме, ситуативный. Автор указывает, что из перечисленных адаптивных барьеров, к возникающим в ходе ресоциализации лиц в ситуациях болезни, относятся личностный, определяемый, в частности, состоянием когнитивных функций субъекта; ситуативный, связанный с качественными характеристиками социальной среды<sup>1</sup>.

В процессе социализации субъекта в условиях соматических ограничений формируются как составляющие уровня антропогенного пространства, так и структурные связи между ними. Поэтому необходимо исследование ретроспективы и контекст ситуации болезни в интерпретации содержания уровней.

Существование субъекта в пространстве связано с наличием тела, он организует и ограничивает это пространство посредством структур телесности. Возникает неразрывная связь антропогенных пространств с феноменом человеческой телесности. Связь между антропогенным пространством и телесностью, влияние клинико-антропометрических характеристик на формирование антропогенного пространства можно проследить на уровне отдельных субъектов. Помимо человеческого тела, к основным факторам формирования антропогенного пространства относится субъективная константа. В ситуации болезни она представлена внутренней картиной здоровья (болезни), которая определяет пространственную реальность болезни.

В литературе внутренняя картина болезни рассматривается как частный случай внутренней картины здоровья, описанной В.А. Ананьевым как совокупность интеллектуальных описаний (представлений) здоровья

---

<sup>1</sup> Ромм М. В. Адаптация личности в социуме. – Новосибирск: Наука, 2002. – С. 100.

человека, комплекс эмоциональных переживаний и ощущений, а также его поведенческих реакций<sup>1</sup>.

В.Е. Каган, указывая на соподчинённость внутренней картина болезни – внутренняя картина здоровья, отмечает, что «внутренняя картина болезни – это внутренняя картина здоровья в условиях болезни... Внутренняя картина болезни предстает как частный случай внутренней картины здоровья и в содержательном плане, ибо болезнь никогда не воспринимается и не переживается сама по себе, но всегда – в контексте жизненного пути личности... Предлагаемая концепция внутренней картины здоровья позволяет подойти к постановке проблемы индивидуальных внутренних картин здоровья...»<sup>2</sup>.

Отношение к здоровью, как ведущий компонент внутренней картины болезни, включает три уровня репродукции здоровья: когнитивный, эмоциональный и поведенческий. Внутренняя картина болезни включает в себя две большие подсистемы: личностную и социальную идентичность и может рассматриваться как составная часть Я – концепции.

Внутренняя картина болезни включает различные субъективно-личностные аспекты заболевания, которые сформированы жизненными событиями, кризисными ситуациями в процессе субъективной деятельности, и связана с изучением топографии личностного пространства болезни. Внутренняя картина болезни, топография личностного пространства болезни, субъективное восприятие, осознание и переживания болезни реализуются в жалобах больного, которые рассматриваются как симптомы заболевания<sup>3</sup>.

Влияние внутренней картины болезни на перспективы социализации, социальный прогноз больных, страдающих соматическими заболеваниями рассматривается в концепции внутренней картины болезни проф.

---

<sup>1</sup> См.: Орлова М. М. Внутренняя картина здоровья и болезни как проявление адаптационных механизмов личности // Человек в пространстве болезни: гуманитарные методы исследования в медицине. Сборник научных статей. – Саратов: Издательский центр «Наука». – 2009. – С. 226-232.

<sup>2</sup> Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? // Вопросы психологии. – 1993. – №1. – С. 86–88.

<sup>3</sup> Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). – М., 1984. – 343 с.

А.Р. Лурия<sup>1</sup>, выделяющего внешнюю и внутреннюю картины болезни. Внешняя картина болезни – «не только внешний вид больного со всеми многочисленными деталями, всегда имеющими важное значение для диагноза. Под внешней картиной болезни я разумею всё то, что врачу удаётся получить всеми доступными для него методами исследования. ... Внутренней картиной болезни я называю всё то, что испытывает и переживает больной». В структуре внутренней картины болезни А.Р. Лурия выделяет сензитивную и ментальные части: к сензитивной части относятся ощущения больного, ментальную часть внутренней картины болезни составляет то, что субъект надстраивает над своими ощущениями. Несомненно, что структура внутренней картины болезни определяется конструкцией личности больного.

Эмоциональные и мотивационные компоненты дополняют схему внутренней картины болезни в работах В.В. Николаевой<sup>2</sup>. Предложенная В.В. Николаевой схема учитывает не только болезненные ощущения и их переживания, но и изменения мотивации субъекта в ситуации болезни.

Р.М. Войтенко<sup>3</sup> выделяет биологические, социогенные (изменение роли больного в семье, социальной группе, изменение отношения окружающих к больному), аутопсихологические (снижение самооценки, потеря жизненной перспективы, чувство неполноценности, беспокойство за свою судьбу и судьбу родных и близких) факторы, определяющие внутреннюю картину болезни.

По мнению М.М. Орловой<sup>4</sup> внутренняя картина болезни включает самосознание субъекта и механизмы социально-психологической адаптации. Субъективное переживание болезни формируется в контексте его

---

<sup>1</sup>Лурия А. Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. – М., 1977. – 298 с.

<sup>2</sup>Николаева В. В. Психологические аспекты рассмотрения внутренней картины болезни. – Л., 1976. – С. 95-98.

<sup>3</sup>Войтенко Р. М. Психологические аспекты болезни и инвалидности: Значение в клинике и экспертизе трудоспособности. – Таллин., 1981.

<sup>4</sup>Орлова М. М. Внутренняя картина болезни как частный случай социально-психологической адаптации в трудной жизненной ситуации // Сборник материалов международной научно-практической конференции «Трансформационное общество: проблемы, их решение и перспективы развития». – Саратов. – 2008. – С. 237-243.

жизненного опыта. Представление внутренней картины болезни формируется как субъективное отражение болезни в сознании субъекта.

Внутренняя картина болезни влияет на течение заболевания, формирование внутриличностных конфликтов, эффективность ресоциализации. Формирование топографического пространства внутренней картины болезни имеет возрастные и гендерные характеристики. Восприятие и переживание болезни подчиняется общеличностным, психологическим закономерностям: инструментальности мужского и эмоциональности женского стилей деятельности<sup>1</sup>.

С работами G.L. Engel связана интеграция психосоциальных факторов в биопсихосоциальной модели болезни<sup>2</sup>. Вопрос оценивания здоровья и болезни получил свое развитие в исследованиях А. Бандуры (модель социального научения)<sup>3</sup>, модели социального познания<sup>4</sup>. Построение идентичности больного особенно важно в случае тяжелой хронической болезни, которая создает определенный разрыв в жизни индивида, его биографии (жизнь «до» и «после»). В ситуации хронического заболевания субъекту необходимо адаптироваться к повседневной жизни, переопределить свои отношения с другими, выработать новую стратегию поведения<sup>5</sup>. Люди конструируют, создают образ социального мира, в котором они живут и действуют<sup>6</sup>. Это, прежде всего, атрибутивные теории, в которых активно конструируется реальность, которые могут быть представлены в виде набора правил, используемых людьми для заключения о самих себе и об окружающем их социальном мире.

<sup>1</sup> Грошев И. В. Аномальная психология: пол, психика и заболевание // Журнал практического психолога. – 2005. – № 1. – С. 18-48; Грошев И. В. Топография формирующегося психологического пространства внутренней картины здоровья/болезни: гендерный аспект // Мир психологии. – 2009. – №1. – С. 64-78.

<sup>2</sup> Engel G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine.// Science. – 1977. – Vol.196. – №4286. – Apr.8. – P. 129-136.

<sup>3</sup> Bandura A. Social foundations of thoughts and action: A social cognitive theory. – N.Y., 1986.

<sup>4</sup> Schwarzer R., Gutierrez-Dona B. Health Psychology// International Handbook of Psychology/ Ed. by K. Pawlik, M. Roscnzwcig. - L: SAGE Publications Ltd. – 2000. – P. 452-465.

<sup>5</sup> Pierret J. Vivre avec la contamination par le VIH: contexte et conditions de la recherche dans les amies quatre-vingt-dix // Sciences sociales et santes – 2001. – Vol. 19, № 3. – P. 5-34; Pierret J. The illness experience: state of knowledge and perspectives for research // Sociology of health and illness. – 2003. – Vol.25. – P. 4-22.

<sup>6</sup> Андреева, Г.М. Образ мира в структуре социального познания // Мир психологии. – 2003. – № 4. – С. 31-40.; Андреева, Г. М. Наследие А.Н. Леонтьева и современная психология социального познания // Мир психологии. – 2003. – № 2. – С. 124-135.

Анализ социологических и социально-психологических концепций анализирующих понятия здоровья и болезни, показывает системность данного явления и его перспективность для изучения в медико-социологическом контексте. По мнению М.М. Орловой<sup>1</sup>, наиболее перспективным является подход, рассматривающий здоровье и болезнь как социально-психологическую ситуацию, поскольку он объединяет все известные подходы: социально-психологические представления, качество жизни, внутреннюю картину болезни, идентичность больного, адаптацию к трудной жизненной ситуации, в качестве которой можно рассматривать болезнь и здоровье, как адаптационный ресурс в отношении реализации человека своих целей, непосредственно со здоровьем и его социализацией.

Понятие ситуация сопряжено с понятиями социальных представлений, являющихся как результатом процесса социальной перцепции, так и условием формирования субъективного компонента социальных ситуаций, а также, процессами социально-психологической адаптации. Сами требования ситуации не безусловны, а опосредованы их субъективной оценкой, как указывает Л.И. Анциферова<sup>2</sup>.

Изменившиеся условия функционирования больного, психологическая «цена» болезни и степень утраты прежних возможностей личности – социальные последствия болезни – рассматриваются в концепции «ситуация болезни»<sup>3</sup>. Изменения, возникающие в ситуации болезни состоят в деструкции мотивационной сферы больного и способов её осуществления в условиях соматической болезни и её последствий: телесных и социальных.

В классификации М.М. Орловой первая или начальная ситуация болезни характеризуется минимальным, часто преходящим влиянием клинических и социальных факторов и предполагает сохранение

---

<sup>1</sup>Орлова М. М. Понятие «ситуации болезни» объективные и субъективные составляющие // Известия Саратовского Университета. Новая серия. – Т. 9. Серия Философия. Психология. Педагогика. – Выпуск 1. – 2009. – С. 82-87.

<sup>2</sup> Анциферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. – 1994. – Т. 15. № 1. – С. 3 – 19

<sup>3</sup> Орлова М.М. Перцепция здоровья и болезни, как частный случай адаптационных стратегий // Известия Саратовского Университета. Новая серия. – Т. 9. Серия Философия. Психология. Педагогика. – Выпуск 1. – 2010. – С. 87-92.

возможностей реализации ведущих мотивов личности субъекта в ситуации болезни.

При значительном и постоянном влиянии болезни и её социальных последствий формируется вторая или промежуточная ситуация болезни. Во второй ситуации болезни возможна компенсация обстоятельств, вызывающих её: стабилизация состояния больного, устранение социальных деприваций. Вторая ситуация характеризуется тем, что в различной степени ограничивает возможности реализации ведущих мотивов личности больного.

При крайней выраженности болезни и её социальных результатов, отсутствием компенсации состояния при проведении терапии формируется третья (конечная) ситуация болезни. Необратимое, прогрессирующее течение болезни, повторные госпитализации, инвалидизация больного определяют невозможность сохранения мотивационной сферы личности, реализации прежде значимых мотивов. Однако, клинические предикторы, формируя ситуации болезни, не всегда детерминируют изменения личности больного.

Последовательность личностных трансформаций в ситуациях болезни следующая:

- в первой ситуации заболевание не ставит перед наиболее значимой деятельностью больных значительных барьеров и не трансформирует сформированную иерархию мотивов;

- во второй ситуации болезнь представляет опасность для прежних форм осуществления мотивов. Отношение больных к болезни начинает играть существенную роль, особенно у больных с уплощённой структурой личности или у больных с узкой направленностью мотивационной системы, когда ведущий мотив становится недостижимым в результате болезни. В некоторых случаях перестройка мотивационной сферы может отсутствовать. Более того, проявленное личностью противодействие болезни может уменьшить степень социальных деприваций и изменить ситуацию болезни;

- при третьей ситуации формируются значительные депривации в результате болезни, они почти не оставляют возможности для осуществления

прежних мотивов. В третьей ситуации наиболее возможны деструкция преморбидной личности, её перестройка и формирование неэффективной социализации.

О патологическом изменении личности, писала Б.В. Зейгарник, мы говорим тогда, когда под влиянием болезни у человека скудеют интересы, мельчают потребности, когда у него проявляется равнодушное отношение к тому, что его раньше волновало, когда действия его лишаются целенаправленности, поступки становятся бездумными, когда человек перестает регулировать свое поведение, не в состоянии адекватно оценивать свои возможности, когда меняется его отношение к себе и окружающему. Такое измененное отношение является индикатором измененной личности<sup>1</sup>. Происходящие изменения затрагивают, в том числе, и смысловые пространства больных, влияющих на формирование субъективной картины болезни<sup>2</sup>.

М.М. Кабанов и соавт. вводят понятия о «церебральном информационном поле болезни» и о «психологической зоне информационного поля болезни», определяя теоретическую основу внутренней картины болезни<sup>3</sup>. Церебральное информационное поле болезни, по определению авторов, – это информация о проявлениях болезни, об ограничениях деятельности организма и личности, сохраняемая в долгосрочной памяти мозга. Материальным субстратом церебрального информационного поля болезни являются матрицы долгосрочной памяти, кумулирующие информацию о вызванных болезнью нарушениях процессов жизнедеятельности организма. Создаваемые матрицы составляют функциональные комплексы, которые служат субстратом для личностных представлений о болезни и, включаясь в информационные системы мозга, оказывают влияние на его работу. Наиболее постоянными фрагментами,

---

<sup>1</sup> Зейгарник Б. В., Холмогорова А. Б., Мазур Е. С. Саморегуляция поведения в норме и патологии // Психол. журн. – 1989. – №2. – С. 122-132.

<sup>2</sup> Лурия А. Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. – М., 1977. – 298 с.

<sup>3</sup> Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л.: Медицина. – 1983. – 308 с.

информационного поля мозга, воспринимающих, хранящих и перерабатывающих информацию и определяющих принятия решений, имеющих отношение к болезни, является функциональная структура принадлежащего личности «Я» с его множественными отношениями с внутренними и внешними информационными системами. М.М. Кабанов и соавт. указывают на дефиницию «сознание болезни». Полученный в условиях болезни и фиксированный в матрицах церебрального информационного поля болезни опыт, служит для организма структурно-функциональной основой, формирующейся на основе доминирующих мотиваций, эмоций и связанных с заболеванием представлений психологической зоны информационного поля болезни. Внутренняя картина болезни включает весь спектр переживаний субъекта, связанных с болезнью: представления о значении первых инициальных проявлений болезни, особенностей изменения самочувствия в связи при прогрессировании заболевания, переживание болезни и её предполагаемых последствий, представление об улучшении самочувствия при регрессе болезни и восстановления состояния при выздоровлении, представления о возможных социальных последствиях болезни<sup>1</sup>.

В определённом смысле внутреннюю картину болезни можно рассматривать как интегральную многоуровневую характеристику личности субъекта в ситуации болезни. Она включает в себя различные уровни отражения больным своего состояния<sup>2</sup>.

Попытка объективизации внутренней картины болезни предпринята нами при оценке качества жизни больных ИБС, отражающего субъективную оценку больным своего состояния<sup>3</sup>. Величина суммарного показателя качества жизни, релевантного здоровью, определённого в результате

---

<sup>1</sup>Челпанов В. Б. Феномены внутренней картины болезни и внутренней картины здоровья как конкурирующие и взаимодополняющие психические реальности // Ученые записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета. – 2009. – № 3. – С. 147-155.

<sup>2</sup> Штрахова А. В. Личностный смысл болезни – суммарный вектор психического отражения болезни болеющим субъектом // Вестник ЮУрГУ. – 2008. – С. 78-82.

<sup>3</sup> Кром И. Л. Медико-социологическая концептуализация феномена инвалидности при болезнях системы кровообращения: автореф. ... дис. д.м.н. – Саратов, 2007. – 34 с.

субъективной оценки самого больного, коррелирует с объективными характеристиками, полученными при инструментальном обследовании больного. Полученные результаты показали, что качество жизни следует рассматривать как самостоятельный и объективный многофакторный показатель состояния больных, страдающих соматическим заболеванием. Проведённый математический анализ подтвердил статистическую зависимость суммарного показателя качества жизни от клинических предикторов прогноза данной категории больных.

По мнению Л.И. Вассермана и соавт.<sup>1</sup>, концепция внутренней картины болезни созвучна концепции качества жизни, релевантного здоровью. Взаимосвязь этих понятий, как утверждают авторы, очевидна, однако недостаточно эмпирически подтверждена. И качество жизни и внутренняя картина болезни являются структурно сложными феноменами, отражающими особенности переживания субъектом актуальной жизненной ситуации с нарушением здоровья. Субъективный план переживания ситуации болезни в противоположность объективным клиническим и социальным параметрам усиливает ценностный и многомерный характер качества жизни. В психологической структуре качества жизни больного центральное место занимает отношение к болезни, которое в прикладном и теоретическом аспектах соотносится с внутренней картиной болезни, макросистемой по отношению к качеству жизни. Качество жизни, релевантное здоровью, рассматривается как метасистема, в структуре которой могут быть выделены сложные подсистемы, определяющие успешность социального функционирования субъекта в ситуации болезни.

В теоретическое обоснование проблемы социализации лиц больных, страдающих ИБС, перспективным следует считать включение категорий, фиксирующих специфику антропогенных пространств микроуровня, к категориям которого относится «пространство личности» – многоуровневая

---

<sup>1</sup> Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., Фёдорова В. Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией // Сибирский психологический журнал. – 2008. – № 27. – С. 67-71.

структура, определённая его поведенческими, институциональными и ценностными основаниями.

Проблема ресоциализации субъекта в ситуации болезни детерминирована ментальными структурами личности, которые во многом определяют перспективы деятельности субъекта. Содержание и степень «успешности» социализации, по мнению, феноменологов, «имеют социально-структурные условия и социально-структурные последствия»<sup>1</sup>. Успешная социализация возникает при высокой степени симметрии между объективной и субъективной реальностями. Совершенно успешная социализация невозможна антропологически, а неуспешная, одной из причин которой является соматическое заболевание, обсуждается в терминах асимметрии объективной и субъективной реальностей.

Социализация рассматривается Л.С. Яковлевым как процесс реализации личностного потенциала, развитие субъекта в интеракции с окружающим миром<sup>2</sup>. Личностный потенциал, по мнению Л. Фиглина, определяется рядом объективных и субъективных артефактов, оптимальностью их сочетания. Личностный потенциал можно оценить как процесс личностной самоактуализации в различных сферах жизнедеятельности (в том числе профессиональной), как процесс конструирования определенного социального образа и индивидуального стиля жизни субъекта и его качества жизни<sup>3</sup>. Характер процесса социализации, конструирующего функционирование субъекта в социальном пространстве, являясь отражением внешних условий и факторов, в различной степени влияющих на его развитие, формируется ценностной структурой личности. Личностный потенциал в определённой степени социально детерминирован. Уровень социальной активности субъекта определяется взаимодействием когнитивных возможностей и мотивационной направленности личности.

---

<sup>1</sup> Berger P., Luckmann T. The social construction of reality: a treatise in the sociology of knowledge. - N. Y., 1966. - P. 150.

<sup>2</sup> См.: Яковлев Л. С. Пространство социализации: дис. ... д-ра социол. наук. – Саратов, 1998. – С. 105.

<sup>3</sup> Фиглин Л. А. Социальное управление и развитие на основе качества: дис... д-ра социол. наук. – Саратов, 2003. – 412 с.

В исследовании И.Л. Кром<sup>1</sup> предложена интерпретация личностного потенциала в контексте габитуса. Габитус – это усвоенные субъектом социальные установки, которые включают социально сложившееся отражение «реального мира», обладают собственной конструирующей силой<sup>2</sup>. С изменением позиций субъекта в социальном пространстве меняются и определяющие габитус субъекта социальные установки и диспозиции. Использование системы моделей (воспроизводства поведения и восприятия и оценки поведения), которые согласно Бурдьё, представляют собой габитус, отражает социальную позицию субъекта.

Соглашаясь с утверждением Л. Яковлева о социализации субъекта как процессе реализации личностного потенциала, развитии субъекта во взаимодействии с окружающим его миром<sup>3</sup>, мы вводим в исследование перспектив социального функционирования лиц, страдающих ИБС, дефиницию личностного потенциала. Но, в отличие от *habitus* используемого в медицине для обозначения телосложения, мы предполагаем его определение как социальной структуры когнитивных и мотивационных систем, позволяющих действовать в социальном мире<sup>4</sup>. Усвоение социальных установок, включающих интерпретацию «реального мира», связано с состоянием когнитивных функций субъекта, в том числе, с мышлением, в ходе взаимодействия субъекта и социума.

Изучение предикторов ресоциализации субъекта в ситуации хронического заболевания, предполагает анализ условий формирования личности, той объективной ситуации развития, которая складывается в процессе хронического соматического заболевания.

Два альтернативных подхода, определяющих оценку функционирования личности в социальной системе, существуют в

---

<sup>1</sup> Кром И. Л. Медико-социологическая концептуализация феномена инвалидности при болезнях системы кровообращения: автореф. дис. .... д-ра мед. наук. – Саратов, 2007. – 34 с.

<sup>2</sup> Бурдьё П. Начала. *Choses dites*: пер. с фр.= Pierre Bourdieu. *Choses dites*. - Paris, Minuit – 1987. / пер.Н.А. Шматко. – М.: Socio-Logos.– 1994. – 288 с.

<sup>3</sup> Яковлев Л. С. Пространство социализации: дис. ... д-ра социол. наук. – Саратов. – 1998. – С. 105.

<sup>4</sup> Бурдьё П. Начала. *Choses dites*: пер. с фр. = Pierre Bourdieu. *Choses dites*. - Paris, Minuit – 1987 / пер. Н.А. Шматко. – М.: Socio-Logos.– 1994. – 288 с.

современной социологии. В ракурсе одного из подходов субъекты рассматриваются как элементы социального пространства, их действия детерминированы позицией в социальной системе. Другой подход указывает на их социальную активность, рассматривая их «рациональными акторами». Несомненно, активность ресоциализации в ситуации болезни при хроническом заболевании определяется преморбидными и коморбидными личностными характеристиками субъекта.

Многочисленные исследования рассматривают связь личностных диспозиций с развитием и прогрессированием ситуации болезни, достигнуто понимание значения личностных характеристик как предикторов соматических заболеваний.

В исследованиях связи между личностью и состоянием здоровья на основании теории личностных черт был определён этиологический подход<sup>1</sup>, который предполагает наличие причинно-следственной связи между личностными характеристиками и заболеванием, специфичности заболеваний для субъектов с определёнными личностными диспозициями.

В последние десятилетия личность рассматривается как каузальный фактор возникновения и прогрессирования болезней. Многочисленные исследования анализируют роль личностных характеристик в этиологии соматических заболеваний. Устанавливается зависимость негативных эмоциональных реакций, гнева, раздражения, обиды, враждебности, бескомпромиссности и личностной включенности различной интенсивности и в различных сочетаниях с подверженностью к соматическим заболеваниям<sup>2</sup>.

По мнению Ф. Ранкора и Р. Сандермана<sup>3</sup> личностные характеристики (локус контроля, стойкость, самооценка и многие другие) лишь «усиливают» или «ослабляют» влияние каузального фактора, детерминирующего

---

<sup>1</sup> Krantz D., Hedges S. Some cautions for reseach on personality and health // Journal of Personality. – 1987. – № 55. – P. 351-357.

<sup>2</sup> Siegel J. Type A behaviour and self-reports of cardiovascular arousal in adolescents // Journal of Human Stress.-- 1982. – № 8. – P. 24-30.

<sup>3</sup> Rancher F., Sanderman R. The role of personality and socio-economic status in the stress-illness relation: a longitudinal study European // Journal of Personality. – 1991. – № 5. – P. 93-108.

заболевание. Обзор литературы, представленный Б. Стриклендом<sup>1</sup> и посвящённый анализу связи локуса контроля и соматического состояния, свидетельствует о том, что действия субъектов с внутренним локусом контроля в большей степени способствует сохранению их соматического здоровья. Индивидуальное восприятие событий, копинг стратегии или стили атрибуции, нейротизм относятся к числу психологических характеристик, оказывающих влияние на соматическое здоровье.

Психоэмоциональные события в жизни субъекта дифференцируются как критические события жизни и повседневные нагрузки. К критическим относятся жизненные события, которые возникают в связи с изменением социальной ситуации, разрушают привычные установки и предполагают изменение имевшихся образцов поведения и необходимость адаптации субъекта. В связи с чем, они могут рассматриваться как «стрессообразующие».

Личностные диспозиции могут оказывать влияние на состояние здоровья субъекта, могут влиять на длительность или интенсивность стрессовых реакций, играющих значительную роль в последующем развитии болезни. Между личностными диспозициями и соматическим состоянием может существовать причинная связь. Некоторые личностные факторы, к которым относится определённый стиль атрибуции, влияют на воздействие стресса.

Проведённые в последние годы эпидемиологические исследования показали, что большинство населения России живет в состоянии хронического стресса высокого и среднего уровня. Основными источниками стресса для населения явились социальные события последних десятилетий: снижение уровня жизни, социально-экономическая нестабильность и социальная незащищённость. У больных ИБС чаще, чем в общей популяции встречаются психоэмоциональные расстройства: панические состояния в

---

<sup>1</sup> Strickland B. Internal-external control expectancies: from contingency to creativity // American Psychologist. – 1989. – № 44. – P. 1-12.

общей популяции составляют 1,5-4%, у больных ИБС – 32-50%<sup>1</sup>. 40% больных ИБС сердца страдают депрессивными и тревожными расстройствами различной степени тяжести<sup>2</sup>. По результатам 4-летнего исследования, включающего около 3 тыс. человек в возрасте 55-85 лет, страдающих ИБС и респондентов из контрольной группы, была установлена прямая зависимость риска коронарной смерти и выраженности депрессии<sup>3</sup>.

Установлена связь между нарастанием уровня стресса, увеличением числа тревожных и депрессивных расстройств и возросшей заболеваемостью и смертностью от ИБС. Результаты исследования последних десятилетий позволяют утверждать, что стресс является независимым фактором риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний<sup>4</sup>.

Установлены гендерные особенности влияния психоэмоциональных факторов на развитие и течение ИБС, риск возникновения ИБС выше у мужчин<sup>5</sup>. После перенесенного инфаркта миокарда тревожность выражена больше у пациентов-женщин, уровень тревожности не зависит от возраста, уровня образования, тяжести перенесенного инфаркта миокарда и других характеристик<sup>6</sup>.

Исследовательские перспективы пространственной методологии основываются на интерпретации социального пространства лиц в ситуации болезни как антропогенного пространства, которое раскрывается через следующие характеристики:

---

<sup>1</sup> Скворцов К. Ю., Головачева Т. В. Возможности медикаментозной коррекции психовисцеральных связей при стабильных формах коронарной болезни сердца // Здоровье и образование в XX веке: материалы 2-й Междунар. науч.-практ. конф. – М. – 2001. – С. 155-166.

<sup>2</sup> Ибатов А., Сыркин А., Вейн А. Тревога и ИБС // Врач. – 2003. – №1. – С. 8- 11; Depression and acute coronary syndrome, prevalence and significance for survival / C.Sorensen, A. Brandes, J. Thrane et al. // Eur Heart J. – 2000. – № 21. – P. 212.

<sup>3</sup> Major depressive disorder in coronary artery disease / R. M. Carney, M. W. Rich, A. Tevelde [et al.] // Am J Cardiol. – 1987. – № 60 (16). – P. 1273-1275; Lack of Correlation between Psychological Factors and Subclinical Coronary Artery Disease / G. Patrick, O'Malley, L. J. David, M. F. Irwin [et al.] // The New England J of Med. – 2000. – № 343. – P.1298-1304.

<sup>4</sup> Погосова Г. В. Признание значимости психоэмоционального стресса в качестве сердечно-сосудистого фактора риска первого порядка // Кардиология. – 2007. – № 2. – С. 65–72.

<sup>5</sup> Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall 11 / A. Stephen, Stasfeld, Rebecca Fuhrer, J. Martin, Shipley [et al.] // Study International J of Epidemiol. – 2002. – № 31. – P. 248-255.

<sup>6</sup> An International Perspective on Gender Differences in Anxiety Early After Acute Myocardial Infarction / D.K. Moser, K. Dracup, S. McKinley [et al.] // Psychosomatic Med. – 2003. – №65 (4). – P. 511- 516.

- являясь системой признаков и качеств фрагментов, социальное пространство структурно;
- социальное пространство деятельно и склонно к изменчивости;
- структура социального пространства включает составляющие элементы и не является однородной;
- социальное пространство пролонгировано во времени;
- социальное пространство характеризуется социальной актуальностью.

Социализации больных ИБС – относительно автономный фрагмент социального пространства, рассматриваемого как антропогенное пространство. Перспективы отдалённого прогноза определяются сложным интегративным, многоуровневым процессом социализации больных ИБС в условиях соматических и социальных ограничений. Социализация больного в ситуации болезни – медико-социальный феномен, описание которого возможно в терминах пространственной организации.

### **3.3. Качество жизни и векторы медико-социальной реабилитации больных ишемической болезнью сердца**

Категория «качество жизни» выполняет важнейшую в социальном познании и исследовании социальных проблем субъекта методологическую функцию. Эта дефиниция обладает всеми признаками, свойственными категориям: обобщенность, всеобщность, непротиворечивость, соотносительность, несинонимичность. Показатель качества жизни характеризует единство объективного и субъективного, социального и личностного, детерминизма и свободного выбора<sup>1</sup>.

Большое количество определений качества жизни в современной литературе указывает на неоднозначность, комплексность, многослойность данного феномена<sup>2</sup>. Большинство исследователей определяют следующие основные свойства феномена «качество жизни»:

- сложный, предполагающий междисциплинарный подход изучению и оценке, контекст категории «качество жизни»;
- возможность изучения и измерения качества жизни. Его оценка формируется при сравнении с определенными социальными критериями;
- в структуре качества жизни в качестве основных рассматривают потребности, которые являются целью витального социального и личностного целеполагания, одновременно выступая критериями оценки качества жизни;
- деятельную форму социальной активности субъекта и общества по трансформации внешних условий (социально-экономических, экологических и других), обеспечивающих качество жизни и условий, формирующих структуру потребностей и ценностей человека<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Аскин Я. Ф. Философский детерминизм и научное познание. – М., 1988. – С. 38..

<sup>2</sup> Петров В. И., Седова Н. Н. Проблема качества жизни в биоэтике. – Волгоград, «Издатель». – 2001 г. – 96 с.; Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. / Под ред. акад. РАМН Ю.Л.Шевченко. – М.: ОЛМА Медиа Групп – 2007. – 320 с.

<sup>3</sup> См.: Нугаев Р. М., Нугаев М. А., Мадияров А. Б. Знание, ценности, идеология в модернизирующемся обществе: (междисциплинарный подход). – Казань, 2002. – 159 с.

В настоящее время при исследовании качества жизни социальных групп используют различные концептуальные подходы. Среди них с точки зрения теоретической и методологической разработанности следует два концептуальных подхода к пониманию качества жизни – социально-экономический подход и концепцию «ощущаемого» качества жизни<sup>1</sup>.

В контексте социально-экономического подхода качество жизни определяется как совокупность отдельных параметров жизнедеятельности человека, обеспечивающих ту или иную степень удовлетворения его потребностей и выражается в количестве и качестве потребляемых человеком благ и услуг. Социально-экономический подход использует в объяснении качества жизни только объективные показатели, характеризующие экономическое и социальное положение субъекта.

Концепция «ощущаемого» качества жизни рассматривает его как субъективное состояние субъекта, ощущаемые им физические, интеллектуальные, эмоциональные и волевые возможности, которые не препятствуют выполнению социальных ролей.

D. Karnavsky был одним из первых исследователей, который рассматривал влияние болезни на социальный прогноз субъекта. В своих исследованиях, не ограничиваясь существующими медицинскими характеристиками, он показал возможность многовариантности последствий болезни. Термин качество жизни впервые появился в «Annals of Internal Medicine» в 1966 г. в публикации J.R. Elkinton «Медицина и качество жизни», посвященной проблемам трансплантологии<sup>2</sup>. К первым публикациям по качеству жизни в медицине относят предпринятую в 1949 году попытку создать шкалу, оценивающую общее состояние онкологических больных, которые прошли химиотерапию. Индекс, впоследствии получивший имя автора, отражал, скорее, физическое состояние пациентов, в него входили следующие параметры:

---

<sup>1</sup> Аверин Ю. П., Добреньков В. И., Добренькова Е. В. Социальное неравенство в современной России // Вестник Моск. ун-та. – Сер. 18. Социология и политология. – 2014. – № 2. – С. 12-36.

<sup>2</sup> Elkinton J. Medicine and the quality of life // Annals Int Med. – 1966. – Vol. 64. – P. 711-804.

- субъективное улучшение состояния, повышение активности, отсутствие боли;
- объективное улучшение состояния по клиническим и лабораторным признакам;
- способность пациента к работе и активности, выраженная в процентах;
- длительность ремиссии, выживаемость.

Эти характеристики в большей степени имеют отношение к объективной оценке соматического состояния субъекта в ситуации болезни, чем к его субъективному состоянию, в определении которого в современных исследованиях используется оценка качества жизни<sup>1</sup>. Р. Айер выделяет объективные (благополучие, жизненный стандарт) и субъективные показатели качества жизни<sup>2</sup>.

С 1960-х годов в медицинской литературе возникло представление о том, что результаты клинических и параклинических исследований не позволяют представить полную картину болезни. Было отмечено, что ситуация болезни определяет не только соматическое состояние и прогноз субъекта, но его социальное поведение, эмоции, часто трансформируя его социальные роли. Вследствие этого эффективная реабилитация больного возможна при изучении соматических и социальных факторов болезни<sup>3</sup>.

По определению А.А. Новик и соавт., качество жизни – это интегральная характеристика физического, социального и психологического функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> См.: Абрамов Е. В. Качество жизни как проблема социальной философии: дис. ... канд. философ. наук. - Красноярск, 2010. – С. 15-17.

<sup>2</sup> См.: Непомнящая В. А. Возможности использования понятия «качество жизни» в психологии // Материалы сибирского психологического форума «Методологические проблемы психологии: иллюзии или реальность», 16-18 сентября, г. Томск. – 2004. – С. 593-596.

<sup>3</sup> Yelin E Measuring Functional Capacity of Persons with Disabilities in Light of Emerging Demands in the Workplace// NAP. – 1999. P. 4-31.

<sup>4</sup> Новик А. А., Ионова Т. А., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб.: Элби. – 1999. – 140 с, Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. / под ред. акад. РАМН Ю.Л.Шевченко. – М.: ОЛМА Медиа Групп – 2007. – 320 с.

В.И. Петров, Н.Н. Седова определили качества жизни как адекватность психосоматического состояния индивида его социальному статусу<sup>1</sup>.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, (ВОЗ) качество жизни определяется как «восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых индивидуум живет, и в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума», включая восприятие человеком своей позиции в жизни, в том числе физического, психического и социального благополучия, независимости, качества среды, в которой он живёт, степени удовлетворённости конкретным уровнем жизни и другими составляющими психологического комфорта; как показатель удовлетворённости пациента различными сферами жизни и её комфортности<sup>2</sup>.

Разработка концепции качества жизни в медицине связана с проблемой обозначения объективных и субъективных индикаторов. Объективные индикаторы определяют в формате объективных условий и витальных процессов. Субъективные индикаторы рассматриваются как оценка себя в данных обстоятельствах по шкале «удовольствие-неудовольствие»<sup>3</sup>.

В современных исследованиях предлагаются многочисленные варианты с широким спектром объективных индикаторов при оценке качества жизни субъекта<sup>4</sup>. В исследовании Т.В. Гавриловой<sup>5</sup> приводятся наиболее часто используемые объективные индикаторы качества жизни: уровень жизни, уровень развития социальной инфраструктуры,

---

<sup>1</sup> Петров В. И., Седова Н. Н. Проблема качества жизни в биоэтике. – Волгоград: «Издатель». – 2001. – 96 с.

<sup>2</sup> Доклад Совета Федерации Федерального собрания Российской Федерации 2008 года [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.oblduma.kurgan.ru/common/doc/activity/monitoring/d2008.pdf> (дата обращения 12.07.2013), Инвалидность. Проект Глобального плана ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг.: лучшее здоровье для всех людей с инвалидностью [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. Доклад Секретариата, 34 сессия, 2014 г. – Женева :ВОЗ – URL:[http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/WHO\\_Publications/Draft\\_WHO\\_Global\\_Disability\\_Action\\_Plan\\_2014-2021/EB13416Ru.pdf](http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/WHO_Publications/Draft_WHO_Global_Disability_Action_Plan_2014-2021/EB13416Ru.pdf) (дата обращения: 12.11.2014).

<sup>3</sup> Овсянникова В. В. Типы сензитивности наблюдателя при распознавании эмоций // Социальный и эмоциональный интеллект: от процессов к измерениям. / Под ред. Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова. Изд-во «Институт психологии РАН». М. – 2009. – С. 114-124.

<sup>4</sup> Спиридонов С. П. Индикаторы качества жизни и методология их формирования // Вопросы современной науки и практики. – 2010. – №10-12 (31). – С. 208-223.

<sup>5</sup> Гаврилова Т. В. Принципы и методы исследования качества жизни населения // Технологии качества жизни. – 2004. – Т. 4, № 2. – С. 1–11.

экологическое состояние среды жизни, состояние здоровья, личная безопасность, уровень образования, занятость (безработица), качество трудовой жизни, качество жилья, качество досуга и отдыха, демографическая ситуация, социальная уверенность, семья, социальные связи, неравенство, финансово-экономическое состояние территории, природно-климатические условия.

Качество жизни включает оценку различных составляющих: физической, функциональной, эмоциональной и социальной<sup>1</sup>:

– физическое самочувствие (комбинация симптомов здоровья или болезни);

– функциональные возможности (способность человека к осуществлению деятельности, обусловленной его потребностями, амбициями и социальной ролью);

– эмоциональное состояние;

– социальный статус (уровень общественной и семейной активности, может включать отношения к социальной поддержке, поддержание повседневной активности, работоспособности, семейные обязанности и отношения с членами семьи, сексуальность, коммуникабельность с другими людьми)<sup>2</sup>.

Составляющими «качества жизни» являются:

– психологическое благополучие (положительные эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные переживания);

– социальное благополучие (личные взаимоотношения, работоспособность, общественная ценность субъекта);

– физическое благополучие (энергия, сила, сон, отдых, усталость, боль);

---

<sup>1</sup> Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment /R. Fitzpatrick, A. Fletcher, S. Gore et al. // Brit. med. J. – 1992. – Vol. 305. – P. 1074-1077; The relationship between meeting patients' information, needs and their satisfaction with hospital care and general health status outcomes / C. O. Larson, E. C. Nelson, D. Gustafson et al. // Int. J. Qual. Hlth Care. – 1996. – Vol. 8. – P. 447-456.

<sup>2</sup> Patrick D. L., Erickson P. Assessing health-related quality of life for clinical decision making // Psychoter. psychosom. – 1990. Vol. 54. – P. 99-109.

– духовное благополучие (личные убеждения, религия)<sup>1</sup>.

Медицинские аспекты качества жизни могут быть рассмотрены в связи с функциональной способностью (способности осуществлять повседневную деятельность, социальную, когнитивную и эмоциональную функции, формировать экономическую достаточность), восприятием (взглядов субъекта, оценки соматического состояния, уровня субъективного благополучия) и симптомов (как проявлений болезни) и их последствий<sup>2</sup>.

Субъективное качество жизни в зарубежных исследованиях обозначают термином «subject well benign» (субъективное благополучие), которое в России является аналогом термина «социальное самочувствие», появившегося в отечественной социологии в середине 80-х годов. По определению А. Zautra и D. Goodhart, качество жизни – «это субъективное благополучие, которое свойственно качеству жизненного опыта, оцениваемому как субъективно, так и объективно, и определяемому оценкой внешних условий»<sup>3</sup>.

Первые работы, посвященные проблемам социального самочувствия, были выполнены в ракурсе концепции образа жизни<sup>4</sup>. В современной литературе категория «социальное самочувствие» определяется как индикатор социально-психологического ракурса образа жизни, характеризует оценку субъективного социального благополучия, уровня и качества жизни, реализации жизненных стратегий и степени удовлетворения потребностей.

Социально-психологическое обоснование социального самочувствия принадлежит А. Адлеру, который рассматривает социальные побуждения и чувства как основу существования субъекта<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. / Под ред. акад. РАМН Ю.Л.Шевченко. – М.: ОЛМА Медиа Групп – 2007. – 320 с.

<sup>2</sup> Оруджев Н. Я., Тараканова Е. А. Корреляции вариаций самостигматизации и качества жизни больных шизофренией // Вестник Российской Академии медицинских наук. – 2010. – № 6. – С.16-20.

<sup>3</sup> Zautra A. Goodhart D. Quality of life indicators: A review of the literature // Community Mental Health Journal. – 1979 – 4 (1) – P. 1-10.

<sup>4</sup> Барская О. Л. Социальное самочувствие: методологические и методические проблемы исследования: автореф. дис. ...канд. философ. наук. – М., 1989. – 21 с.

<sup>5</sup> Адлер А. О нервическом характере. – СПб., 1997. – С. 89.

В социологической литературе социальное самочувствие рассматривается в ракурсе концепции образа жизни и в первую очередь – удовлетворенности уровнем жизни, социальным благополучием, реализацией жизненных планов. В социологических исследованиях рассматриваются объективные детерминанты социального самочувствия: социальные, экономические, политические и другие<sup>1</sup>. Социологический подход учитывает когнитивные аспекты социального самочувствия, формируя интегративные характеристики самочувствия в контексте осуществления жизненных стратегий личности. В социальном поведении субъекта социальное самочувствие выполняет регуляторную функцию, являясь мотивом поведения, социальное самочувствие проявляется в формах личностной активности и пассивности.

Социологические исследования рассматривают социальное самочувствие как относительно устойчивую эмоциональную реакцию субъекта на воздействие социальной среды и условий его жизнедеятельности, оно выступает результатом осознания и переживания субъектом смысла и значимости различных аспектов жизни, формируется из непосредственных условий бытия субъекта, определяющих степень удовлетворения его различных потребностей, возможностей сценария индивидуальной жизни, самоактуализации и самореализации<sup>2</sup>.

К первым российским исследованиям субъективного благополучия относится монография Б.Д. Парыгина «Общественное настроение»<sup>3</sup>. В указанном исследовании рассматривается зависимость социального самочувствия от социального и соматического статуса<sup>4</sup>.

В современных исследованиях определены два основных подхода при рассмотрении социального самочувствия субъекта. В рамках первого подхода социальное самочувствие определяется как «интегральный

---

<sup>1</sup> Киселева М. А., Малюченко Г. Н., Карина О. В. Антиципации жизненного пути и социального самочувствия молодого поколения – Саратов : Изд-во Наука, 2009. – 123 с.

<sup>2</sup> Голенкова З. Т., Игитханян Е. Д. Наемные работники. Некоторые черты формирующегося класса // СОЦИС. – 2002. – №9. – С. 41-50.

<sup>3</sup> Парыгин Б. Д. Общественное настроение. – М. – 1966. – 390 с.

<sup>4</sup> Парыгин Б.Д. Там же; Парыгин Б. Д. Основы социально-психологической теории. – М., 1971.

субъективный показатель, отражающий восприятие благополучия», и измеряется через «удовлетворенность – неудовлетворенность жизненной ситуацией и ее отдельными параметрами». При данном подходе обосновывается положение, согласно которому социальное самочувствие человека определяется степенью удовлетворения его социальных потребностей. Вторым подход (Ж. Тощенко, С. Харченко) рассматривает социальное самочувствие как исходный структурный элемент социального настроения. Результирующим показателем социального самочувствия выступают потребность в самосохранении себя как социального существа, члена группы и общества, а также оценка уровня и степени благополучия непосредственно окружающей его микросреды<sup>1</sup>.

Качество жизни и социальное функционирование в настоящее время представляются одними из важнейших составляющих оценки состояния больных, страдающих хроническими заболеваниями.

Исследование качества жизни позволяет изучать сложную картину субъективных переживаний больного, вызванных болезнью и позволяет определить влияние болезни и лечения на соматическое, психологическое, эмоциональное состояние больного. Качество жизни отражает социальное благополучие и соматически детерминированное сокращение социальных ролей, психологическое благополучие, интеллектуальный фон, физическое благополучие и ограничения жизнедеятельности<sup>2</sup>. Исследования качества жизни предполагают многомерную и многоуровневую оценку функционирования субъекта, определяющую своеобразие субъекта как биопсихосоциальной целостности, уникальности его субъективного опыта и системы отношений<sup>3</sup>.

Медицинские аспекты качества жизни определяются влиянием заболевания, ограничением его функциональных возможностей, влиянием

---

<sup>1</sup> Тощенко Ж. Т., Харченко С. В. Социальное настроение – М.: Academia, 1996.- 196 с.

<sup>2</sup> Там же.

<sup>3</sup> Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., Фёдорова В. Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией // Сибирский психологический журнал. – 2008. – № 27. – С. 67-71.

лечения на повседневную жизнедеятельность больного. Качество жизни, релевантное здоровью – это уровень благополучия и удовлетворенности соматически детерминированными аспектами жизни<sup>1</sup>.

Актуальность междисциплинарных интегративных исследований качества жизни, релевантного здоровью, обусловлена рядом факторов:

– исследование субъективной оценки влияния болезни на физическое, психологическое и социальное состояние больного с целью коррекции проводимого лечения и объективизации стратегий реабилитации;

– изучения влияния современных методов лечения на уровень субъективного благополучия больного и эффективности ресоциализации в ситуациях болезни;

– анализ качество жизни пациента как одного из важнейших критериев ремиссии заболевания или выздоровления;

– разработка современных инструментов индивидуального мониторинга качество жизни и оценка существующих инструментов измерения качество жизни;

– осуществление гуманизации современной медицины при использовании субъективных критериев её эффективности<sup>2</sup>.

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

Основные функции организма: толерантность к физической нагрузке, выполнение повседневной работы, интеллектуальную деятельность.

Клинический симптомокомплекс, определяемый основным или сопутствующим заболеванием или его лечением.

Психоэмоциональное состояние, которое находится в прямой зависимости от течения патологического процесса, психологического

---

<sup>1</sup> Строк А. Б., Баширова С. Б. Изучение качества жизни больных с бронхиальной астмой. // Качественная клиническая практика – 2008. – № 3. – С. 53-55.

<sup>2</sup> Проблемы улучшения качества жизни населения / Е. М. Черепов, П. В. Тархов, А. М. Царенко [и др.] // Гигиена и санитария. – 2001. – №5. – С. 39-41.

контакта с врачом и обществом, режима выполнения лечебных и диагностических мероприятий, удовлетворения медицинской помощью<sup>1</sup>.

Инициированный ВОЗ проект «Качество жизни» с участием представителей исследовательских центров из 15 стран свидетельствует о приоритетности изучения качества жизни в современном обществе и медицине. На основании проведённых исследований ВОЗ предложила следующие критерии качества жизни, релевантного здоровью<sup>2</sup> (Таблица 16).

Таблица 16.

#### Критерии оценки качества жизни, рекомендованные ВОЗ

Критерии	Составляющие
Физические	Сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых
Психологические	Положительные эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные переживания
Уровень независимости	Повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения
Жизнь в обществе	Личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность
Окружающая среда	Благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология
Духовность	Религия, личные убеждения

<sup>1</sup> Петров В. И., Седова Н. Н. Проблема качества жизни в биоэтике. – Волгоград, «Издатель». – 2001. – 96 с.

<sup>2</sup> Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: пособие для врачей и психологов / Г. В. Бурковский, А. П. Коцюбинский, Е. В. Левченко [и др.] – СПб. – 1998. – 53 с.

Формирование концепции качества жизни, релевантного здоровью, по определению А.А. Новика и соавт.<sup>1</sup>, включает многомерность, субъективность оценки, изменяемость во времени категории качества жизни.

Цель терапии для большинства субъектов в ситуациях хронического заболевания состоит в улучшении их социального функционирования в результате уменьшения выраженности симптомов или ограничения прогрессирования болезни, сохранение социальных ролей, субъективное благополучие, т.е. качество жизни пациента<sup>2</sup>.

В группе пациентов, страдающих болезнями системы кровообращения, были проведены первые в медицинской практике исследования качества жизни, релевантного здоровью<sup>3</sup>. Лечение больных с ИБС продолжается длительно, в течение всей жизни больного. В современной медицинской практике предполагается многовариантность оценки эффективности лечения, включающей динамику клинических, лабораторных и инструментальных показателей, и качество жизни пациента. Нет убедительных доказательств, что принятые алгоритмы медикаментозной терапии улучшают клинический прогноз больных ИБС, поэтому целью терапии является улучшение их качества жизни<sup>4</sup>. Качество жизни в современной медицинской практике рассматривается как важнейший критерий состояния больных, а динамика показателя качества жизни в ходе лечения оценивается наряду с клиническими параметрами<sup>5</sup>.

Инфаркт миокарда, перенесённый больным ИБС, приводит к нарушению качества жизни и степень нарушения качества жизни связано с внутренней картиной болезни, с представлением больного о тяжести

---

<sup>1</sup> Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. / под ред. акад. РАМН Ю.Л.Шевченко. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – С. 14-15.

<sup>2</sup> Кон Я. И., Либис Р. А. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. – 1993. – № 5. – С. 66–72.

<sup>3</sup> Андреева Г. Ф., Оганов Р. Г. Изучение качества жизни у больных гипертонической болезнью // Терапевт. архив. – 2002. – № 1. – С. 8-16.

<sup>4</sup> Katz S. The Science of quality of life // J. Chron. Dis. – 1987. – Vol. 40. – P. 452-463.

<sup>5</sup> Сыркин А. Л., Печорина Е. А., Дриницина С. В. Определение качества жизни у больных ишемической болезнью сердца – стабильной стенокардией напряжения // Клиническая медицина. – 1998. – № 6. – С. 52-58.

заболевания и его клинических и социальных последствиях болезни<sup>1</sup>. В исследовании В.В. Калюшина и соавт.<sup>2</sup>, приведены доказательства, что постинфарктное ремоделирование миокарда, невротизация, избыточная масса тела, выраженная сердечная недостаточность в наибольшей степени оказывают влияние на качество жизни больных ИБС с перенесённым инфарктом миокарда.

При современных методах лечения летальность пациентов с ХСН в течение 5-ти лет составляет от 50%. При ИБС и формировании ХСН снижается качество жизни пациента. В многочисленных исследованиях отмечается, что ХСН ухудшает качество жизни и прогноз пациентов в большей степени, чем другие патологические состояния<sup>3</sup>. При этом снижение качества жизни больных ИБС при ХСН связано не только с депривационным влиянием клинических симптомов, но и неопределенностью жизненных перспектив. Пролонгирование активной жизни и оптимизация качества жизни рассматриваются как основные цели лечения больных с хронической сердечной недостаточностью<sup>4</sup>.

В 2010–2014 годах в Центре медико-социологических исследований нами проводилось исследование качества жизни больных ИБС. В исследование были включены на основе случайной выборки 238 пациентов мужского и женского пола трудоспособного возраста, страдающие ИБС. Контрольную группу составили клинически здоровые лица. Выборочная совокупность – 432 респондента. Оценка качества жизни респондентов проводилась с использованием Опросника WHOQOL-100 (ВОЗ КЖ-100).

Опросник WHOQOL-100 позволяет осуществлять оценку шести сфер качества жизни: «Физическая», «Психологическая», «Уровень независимости», «Социальные отношения», «Окружающая среда» и

---

<sup>1</sup>Оценка качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / А. Г. Гладков, В. П. Зайцев, Д. М. Аронов [и др.] // Кардиология. – 1982. – № 2. – С. 100-103.

<sup>2</sup> Калюшин В. В., Тепляков А. Т., Камаев Д. Ю. Факторы, влияющие на качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда // Кардиология. – 2001. – №4. – С.58.

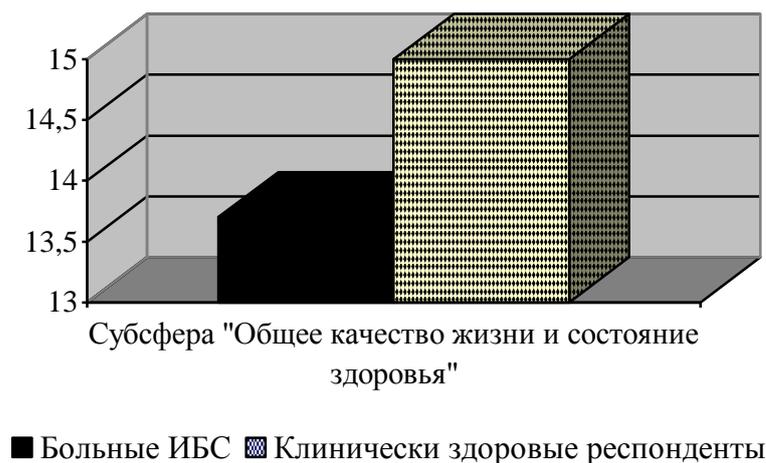
<sup>3</sup>Изучение качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью: современное состояние проблемы / С. Р. Гиляревский [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2001. – № 29. – С. 58-72.

<sup>4</sup> Новик А. А., Ионова Т. И., Кайды П. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб. : Элби, 1999. – С. 8.

«Духовная» сфера. Каждая сфера включает несколько субсфер. Снижение качества жизни в разделе физического функционирования может быть вызвано физической болью или дискомфортом, усталостью, недостатком энергии и сил, отсутствием возможности отдыха. Показатель качества жизни в психологической сфере, отражает недостаток положительных или избыток отрицательных эмоций, когнитивных проблем, снижение самооценки вследствие влияния болезни или лечения. Показатель качества жизни в сфере «Уровень независимости» определяется отсутствием витальных деприваций, определяется способностью к передвижению, самообслуживанию и трудовой Социальное функционирование включает в себя близкие личные взаимоотношения индивида, возможность оказывать поддержку другим людям и получать поддержку от них<sup>1</sup>.

### Результаты исследования

Субсфера «Общее качество жизни и состояние здоровья». Суммарный средний показатель качества жизни больных, страдающих ИБС, снижен (13,7 баллов). В контрольной группе респондентов – 15 баллов. ( $p < 0,05$ ).



<sup>1</sup> Диагностика здоровья: психологический практикум / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Речь, 2007. – С. 454 – 484.

Рис. 4. Показатели качества жизни в субсфере «Общее качество жизни и состояние здоровья» в группах больных ИБС и клинически здоровых респондентов.

Субсферы «Физическая боль и дискомфорт», «Жизненная активность, энергия и усталость», «Сон и отдых» составляют «Физическую» сферу Опросника WHOQOL-100 и предполагают оценку соматически детерминированной компоненты суммарного показателя качества жизни. Результат оценки показателя качества жизни респондентов, страдающих ИБС, в физической сфере в диапазоне от 5 до 19 баллов (максимальный показатель в физической сфере), средний показатель – 11,7 балла.

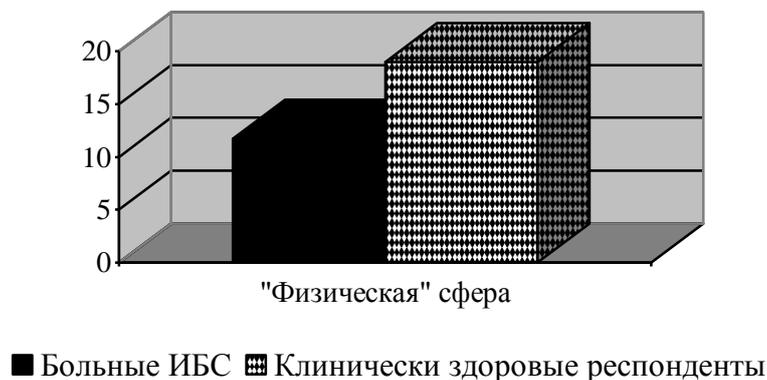


Рис. 5. Показатели качества жизни в «Физической» сфере в группах больных ИБС и клинически здоровых респондентов.

Снижение качества жизни у больных ИБС многие исследователи связывают преимущественно с клиническими предикторами ИБС: особенностями клинического течения заболевания, перенесённым инфарктом миокарда, нарушениями сердечного ритма, ХСН и т.д. Однако, на качество жизни, как подчёркивает Т.В. Рогачева<sup>1</sup>, в большей степени влияет внутренняя картина болезни пациента, то, как пациент переживает свое заболевание.

В «Психологической» сфере средний показатель качества жизни в диапазоне от 9,6 до 19 баллов. Средний показатель – 13,3 баллов.

<sup>1</sup> Рогачева Т. В. Смысловая реальность болеющей личности: структурно-функциональный анализ: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. – Томск, 2004. – 35 с.

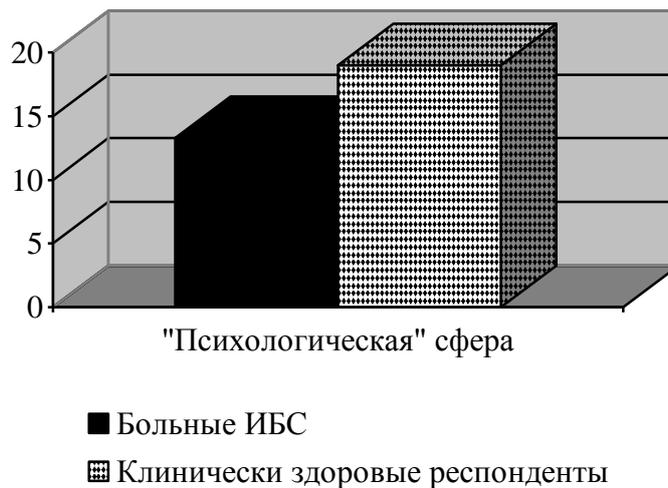


Рис. 6. Показатели качества жизни в «Психологической» сфере в группах больных ИБС и клинически здоровых респондентов.

Психологический контекст категории «качество жизни» связан, прежде всего, с субъективными мотивами функционирования пациента<sup>1</sup>. Сниженные показатели качества жизни больных ИБС в «Психологической» сфере могут рассматриваться в связи с состоянием тревоги, депрессии, дезадаптивными типами отношения к болезни, недостатком коммуникативной компетентности, пессимизмом, а также с личностными характеристиками пациентов: эмоциональной лабильностью, фрустрированностью, недостатком самоконтроля<sup>2</sup>.

В процессе социальной интеракции удовлетворяются базовые потребности, возникают условия субъективного благополучия<sup>3</sup>. Социальные интерактивные системы способны минимизировать последствия психоэмоциональных нагрузок<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Зариковский Г. М. Качество жизни населения России: психологические составляющие. – М.: Смысл, 2009. – 320 с.

<sup>2</sup> Кувшинова Н. Ю. Психокоррекционная работа с больными ишемической болезнью сердца с учетом параметров качества жизни: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2011. – 29 с.

<sup>3</sup> Socioeconomic Status and Health / G. A. Kaplan, M. N. Haan, S. L. Syme [et al.] // Closing the Gap: The Burden of Unnecessary Illness / Ed. by W. R. Amler, H. B. Dull. - New York, Oxford: Oxford University Press. – 1987. – P. 125-129.

<sup>4</sup> Nestmann F. Die alltäglichen Helfer. Theorien sozialer Unterstützung und eine Untersuchung alltaeglicher Helfer aus vier Dienstleistungsberufen. Berlin: New York. – 1988. – S. 86.

Одной из причин нарушения ресоциализации и инвалидизации больных являются связанные с формированием дисциркуляторной энцефалопатии при ИБС нарушение когнитивных функций<sup>1</sup>. При исследовании качества жизни получены доказательства снижения показателя качества жизни у респондентов с ИБС в субсфере «Мышление, обучаемость, память и концентрация» «Психологической» сферы.

С состоянием когнитивных функций связан процесс ресоциализации в субъекта в ситуациях болезни. За последние десятилетия получены доказательства «патологического сродства»<sup>2</sup> и развития параллельных изменений церебральных и коронарных сосудов, большой частотой и тяжелыми исходами сочетанных поражений сердца и мозга при ИБС.

В исследовании, проведенном И.Л. Кром<sup>3</sup>, целью которого являлось изучение встречаемости и степени тяжести цереброваскулярной патологии у больных ИБС с установленной группой инвалидности, доказано, что больные, страдающие ИБС, с установленной группой инвалидности одновременно страдают цереброваскулярной патологией (в 94% случаев – дисциркуляторной энцефалопатией), которая выступает предиктором клинического прогноза и является причиной развития социальных деприваций у больных при ИБС. Когнитивные нарушения (расстройства памяти, внимания, восприятия, мышления различной степени тяжести), возникающие у больных ИБС с установленной группой инвалидности, страдающих дисциркуляторной энцефалопатией, инициируют ограничения жизнедеятельности (способности к обучению, общению, трудовой деятельности) и определяют социальное поведение субъекта.

При анализе качества жизни в сфере «Уровень независимости» отмечается значительное снижение показателя качества жизни в субсфере «Подвижность» (11,8 баллов у больных ИБС и 18 баллов у здоровых

---

<sup>1</sup> Кром И. Л. Медико-социологическая концептуализация феномена инвалидности при болезнях системы кровообращения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Саратов, 2007. – 34 с.

<sup>2</sup> Неретин В. Я., Николаев М. К. Реабилитация больных с цереброкоронарными нарушениями. – 1986. – 207 с.

<sup>3</sup> Кром И. Л. Медико-социологическая концептуализация феномена инвалидности при болезнях системы кровообращения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Саратов, 2007. – 34 с.

респондентов) и субсфере «Способность выполнять повседневные дела» (11,8 баллов у больных ИБС и 14,5 баллов у здоровых респондентов).

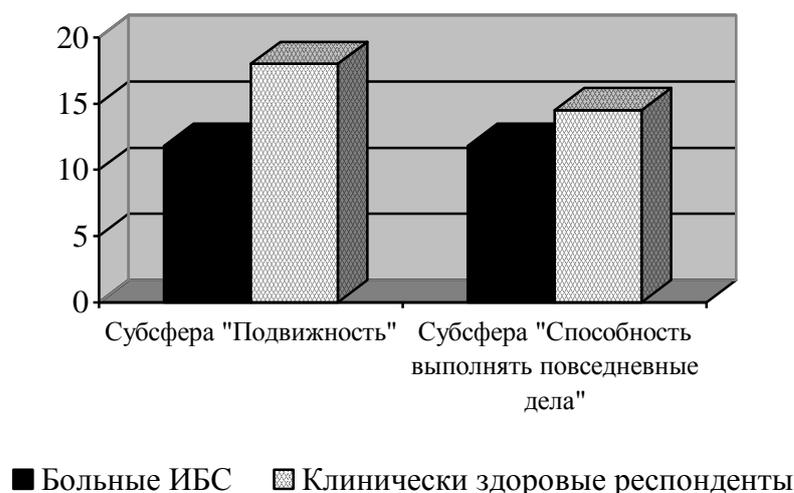


Рис. 7. Показатели качества жизни в сфере «Уровень независимости» в группах больных ИБС и клинически здоровых респондентов.

В сфере «Социальные отношения» отмечается снижение показателя качества жизни в субсфере «Личные отношения» (14,5 баллов у больных ИБС и 15,3 баллов у здоровых респондентов).

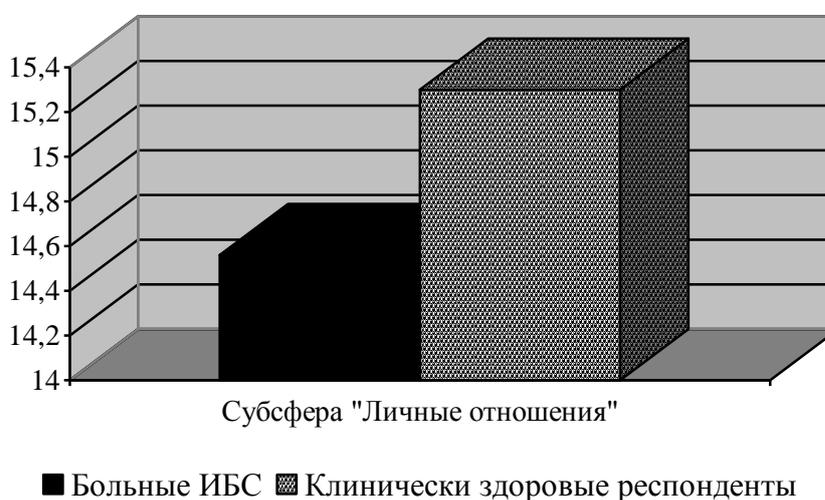


Рис. 8. Показатели качества жизни в сфере «Социальные отношения» в группах больных ИБС и клинически здоровых респондентов.

Не выявлено значительных различий показателей качества жизни больных ИБС и клинически здоровых респондентов при анализе качества жизни в сфере «Окружающая среда» и «Духовной» сфере.

При исследовании качества жизни больных ИБС установлено снижение показателя качества жизни больных ИБС в физической, психологической и социальной сферах. Статистически значимое различие средних значений показателя качества жизни больных ИБС и клинически здоровых респондентов было выявлено нами 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 ИБС по сравнению с группой клинически здоровых респондентов в «Физической» сфере и сфере «Уровень независимости». В меньшей степени существуют различия показателей качества жизни респондентов, страдающих ИБС и клинически здоровых в «Психологической» сфере, в сферах «Социальные отношения», «Окружающая среда» и «Духовной» сфере. Результаты, проведённых нами исследований находят подтверждение в исследованиях М.М. Орловой<sup>1</sup>, Н.Ю. Кувшиновой<sup>2</sup> и др. Показатель качества жизни, определённый с использованием опросника ВОЗ КЖ-100 может быть использован как обязательный критерий оценки состояния больных ИБС для объективизации картины болезни.

Современная система здравоохранения нуждается, по мнению ВОЗ, в реформах, способствующих достижению равенства в отношении сохранения здоровья, социальной справедливости и предупреждения социальной эксклюзии, доступности и социальной поддержки здоровья, обеспечивающих реорганизацию медицинской помощи в медико-социальную помощь,

---

<sup>1</sup> Орлова М. М. Идентичность больного ишемической болезнью сердца как субъективная составляющая ситуации болезни // Вестник СПбГУ. Сер. 12. – 2014. – Вып. 3 – С. 90-97.

<sup>2</sup> Кувшинова Н. Ю. Психокоррекционная работа с больными ишемической болезнью сердца с учетом параметров качества жизни: автореф. дис. ... канд. псих. наук. – СПб., 2011. – 29 с

учитывающую потребности и ожидания людей, повышение социальной значимости этой помощи<sup>1</sup>.

Современная интерпретация реабилитации больных ИБС предполагает не только клиническую стабилизацию, но и социализацию субъекта в ситуациях болезни. Кардиореабилитация рассматривается не только как оптимизация физического здоровья, но и как восстановление эмоционального и личностного статуса, социальных позиций, значительное улучшение качества жизни больного. Современные программы реабилитации учитывают значение качества жизни в прогнозе реабилитации.

Реабилитация больных ИБС предполагает минимизацию воздействия рисков инвалидизации, профилактику инвалидизации больных<sup>2</sup>, в том числе снижение частоты функциональных нарушений и ограничение степени или регресса инвалидности.

В исследованиях В.Б. Смычека<sup>3</sup> определены следующие положения реабилитации больных, страдающих хроническими заболеваниями:

Многовекторность реабилитации.

2. Максимальная ликвидация имеющихся ограничений жизнедеятельности как основная цель реабилитации.

3. Комплексность реабилитации.

4. Профессиональная реабилитация в качестве активного лечебного метода восстановления нарушенных или утраченных функций.

5. Комплексность, раннее начало, этапность, преемственность, непрерывность, последовательность, индивидуальный подход, активное участие больного в реабилитационном процессе.

М.М. Кабанов<sup>4</sup> сформулировал основные принципы реабилитации больных с хроническими неинфекционными заболеваниями. В таблице 17

---

<sup>1</sup> Dans A. Assessing equity in clinical practice guidelines // Journal of Clinical Epidemiology. – 2007. – Vol. 60. – P. 540-546.

<sup>2</sup> Инвалидность [Электронный ресурс] – URL: <http://www.medarticle14.moslek.ru/articles/18305.htm> (дата обращения: 04.06.2014).

<sup>3</sup> Смычек М. В. Основные принципы реабилитации. [Электронный ресурс] – URL: [http://www.belmapo.by/downloads/med\\_soc\\_ekspert/osnovnie\\_pri](http://www.belmapo.by/downloads/med_soc_ekspert/osnovnie_pri) (дата обращения: 13.05.2013).

<sup>4</sup> Кабанов М. М. Реабилитация психических больных. – Л.: Медицина, 1978. – 232 с.

представлены основные принципы реабилитации лиц в ситуации болезни по М.М. Кабанову и современных авторов<sup>1</sup>.

Таблица 17

Основные принципы медико-социальной реабилитации лиц в ситуации хронической болезни

<b>По М.М. Кабанову</b>	<b>Современный взгляд</b>
Принцип разносторонности усилий	Комплексность Индивидуальный подход
Принцип единства психосоциальных и биологических методов воздействия	Индивидуальный подход
Принцип ступенчатости (переходности) проводимых воздействий	Раннее начало Непрерывность Этапность Последовательность Преемственность
Принцип партнерства	Индивидуальный подход Активное участие больного в реабилитационной программе

Комплексное лечение больных ИБС приводит к решению краткосрочных (стабилизация состояния пациента) и отдалённых задач (снижение смертности, пролонгирование жизни и повышение качества жизни в ситуациях болезни). Кардиореабилитация больных по определению Д.М. Аронова должна включать<sup>2</sup>:

- программу физических тренировок;
- образовательную программу «Школа для больных и их родственников». Амбулаторная кардиореабилитация должна включать образовательные программы, которые предполагают повышение мотивации больных к вторичной профилактике, профилактике инвалидизации.
- психологическую коррекцию;

<sup>1</sup> Там же.

<sup>2</sup> Аронов Д. М. Кардиореабилитация больных ИБС: рецепт для России // Лечащий врач: медицинский научно-практический журнал. – 2007. – №3. URL:<http://www.lvrach.ru/2007/03/4534873/?p=4> (дата обращения 14.09.2013).

Современные программы реабилитации должны учитывать значение психологических предикторов в патогенезе ИБС<sup>1</sup>. Внимание к личностным и социально-психологическим факторам патогенеза кардиологического заболевания во многом определяют эффективность реабилитации<sup>2</sup>.

– рациональное трудоустройство больных.

Однако, поликлинический этап кардиореабилитации сводится чаще всего лишь к медикаментозному лечению. Терапия, которая назначается больным ИБС, может быть оценена как неэффективная. Об этом свидетельствует возрастающая смертность, преимущественно у лиц молодого и среднего возраста<sup>3</sup>.

Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению ИБС в соответствии с международными стандартами, принципами доказательной медицины разработаны в России в последние годы<sup>4</sup>. Однако, современные подходы к лечению больных ИБС до настоящего времени не распространены в повседневной клинической практике, что объясняется, в частности, недостаточным финансированием здравоохранения<sup>5</sup>.

Одной из причин высокого уровня смертности больных от ИБС в современной России являются проблемы организации медицинской помощи, отсутствие национальных программ по междисциплинарной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. В настоящее время содержание и

---

<sup>1</sup> Беялов Ф. И. Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца // Кардиология. – 2002. – Т.42. № 8. – С. 63-67; Винокур В. А. Психологические факторы в развитии психосоматических заболеваний // Психодиагностика и психокоррекция / под ред. А. А. Александрова. – СПб.: Питер, 2008. – С. 176-204; Смулевич А. Б., Сыркин А. Л. Психокardiология. – М.: МИА, 2005. – 784 с.

<sup>2</sup> Демченко Е. А., Круглова Н. Е., Щелкова О. Ю. Качество жизни больных ишемической болезнью сердца: прогностическое значение и динамика в процессе реабилитации после коронарного шунтирования // Вестник Санкт-Петербургского университета – 2014 – Сер. 12. Вып. 3. – С. 90-97.

<sup>3</sup> Аронов Д. М. Кардиореабилитация больных ИБС: рецепт для России // Лечащий врач: медицинский научно-практический журнал. – 2007. – №3. – URL:<http://www.lvrach.ru/doctor/2007/03/4534873/?p=4> (дата обращения 14.09.2013).

<sup>4</sup> Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению АГ Всерос. науч. общ-во кардиологов // Артериальная гипертензия. – 2001. – Т.7. – № 1 (прилож.). – С. 3-16; Рекомендации по лечению острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ / Всерос. общ-во кардиологов // Кардиология. – 2004. – № 4 (прилож.). – С. 5-28.

<sup>5</sup> Довгалецкий П. Я, Фурман Н. В. Острый коронарный синдром. – Саратов. – 2004. – 62 с.

структура реабилитации кардиологических больных значительно упростилась, реабилитация все больше «демократизируется»<sup>1</sup>.

В современной медицинской практике целью реабилитации рассматривается социальная интеграция больного, восстановление его социальных ролей. Объем, стабильность и качество социальной поддержки значимы для перспектив реабилитации больных в ситуациях соматических заболеваний<sup>2</sup>.

Медико-социальная реабилитация больных ИБС формируется в связи с современными принципами реабилитации лиц в ситуации болезни и предполагает коррекцию показателей качества жизни, которые определяются соматическим состоянием и проблемами ресоциализации субъекта, страдающего соматическим заболеванием.

С 2010 года в Центре медико-социологических исследований нами проводятся исследования, цель которых – оптимизация стратегий медико-социальной реабилитации больных ИБС. В исследование были включены респонденты мужского и женского пола трудоспособного возраста: больные ИБС и клинически здоровые респонденты контрольной группы. Выборочная совокупность – 338 респондентов.

Анализ средних показателей качества жизни в контрольной группе респондентов позволил выявить параметры качества жизни, средние значения которых существенно ( $p < 0,01$ – $p < 0,05$ ) различаются в группе работающих и безработных респондентов. Параметры качества жизни, средние значения которых существенно различаются у работающих и безработных респондентов контрольной группы служат критерием эффективности социализации субъектов: F4, F8, F10, F13, F15 – F18, F21 – F23, G (Набор А)<sup>3</sup>. (При этом для показателей F4, F13, F15, F16, F18, F22

---

<sup>1</sup> Аронов Д. М. Кардиореабилитация больных ИБС: рецепт для России // Лечащий врач: медицинский научно-практический журнал. – 2007. – №3. – URL:<http://www.lvrach.ru/doctor/2007/03/4534873/?p=4> (дата обращения 25.05.2014).

<sup>2</sup> Штайнгамп Г. Смерть, болезнь и социальное неравенство // Журнал социологии и социальной антропологии. – 1999. – Т. 2. – № 1 (5). – С. 144.

<sup>3</sup> Интегральные показатели в дальнейшем не рассматриваются, поскольку при их подсчётах различные показатели могут дать разнонаправленные вклады.

различия средних статистически значимы на уровне 0,01)<sup>1</sup>. Указанные показатели качества жизни определяют стратегии социальной коррекции в реабилитации больных ИБС.

Различия средних значений параметров качества жизни в контрольной группе работающих респондентов и больных ИБС статистически значимы для показателей F1, F3, F4, F6, F9, F10, F11, F12, F14, F15, F21, G, «Физической» сфере и сферах «Уровень независимости», «Социальные отношения», «Окружающая среда». Выявлено статистически значимое снижение средних значений параметров качества жизни у больных ИБС практически во всех сферах.

Средние параметры качества жизни в контрольной группе безработных респондентов и больных ИБС статистически значимо различаются в F1, F9, F11, F12, F21, «Физической» сфере и сфере «Уровень независимости», инверсия показателей F4, F8, F13, F16, F17, F18, F18, F22, F23.

Выявленное в ходе исследования статистически значимое снижение значений параметров качества жизни в «Физической» сфере и сфере «Уровень независимости» больных ИБС соматически детерминировано.

При анализе показателей качества жизни клинически здоровых респондентов и респондентов – больных ИБС статистически значимое различие средних значений качества жизни в субсферах «Физическая боль и дискомфорт», «Сон и отдых», «Подвижность», «Зависимость от лекарств и лечения», «Способность к работе», «Финансовые ресурсы», «Возможности для отдыха и развлечений» детерминировано болезнью и неэффективной ресоциализацией субъектов.

В качестве критерия эффективной социализации лиц трудоспособного возраста в работе рассматривается трудовая занятость. При анализе средних значений показателей качества жизни в контрольной группе респондентов выявлены те показатели, значения которых существенно различаются ( $p < 0,01 - p < 0,05$ ) в группе безработных респондентов (неэффективная

---

<sup>1</sup> Показатель F1 не включён из-за «инверсии порядка» значений.

социализация) и работающих (эффективная социализация) респондентов. Отличающиеся средние значения показателей качества жизни респондентов с ИБС и клинически здоровых респондентов определяют соматически детерминированные и социально детерминированные составляющие показателя качества жизни.

Установлено, что показатели качества жизни больных ИБС в «Физической» сфере и сфере «Уровень независимости» изменены вследствие болезни и неэффективности ресоциализации субъекта

Содержание и перспективы медико-социальной реабилитации определяются в исследовании как интегративный, многоуровневый процесс ресоциализации больных ИБС в условиях соматических и социальных ограничений.

Возникающие изменения показателей качества жизни в «Физической», «Психологической» сферах, сферах «Уровень независимости», «Социальные отношения» и «Окружающая среда» определяют направления медико-социальной реабилитации больных, страдающих ИБС. Доказанная в ходе исследования статистическая зависимость показателей качества жизни от болезни и эффективности ресоциализации субъекта позволяет оптимизировать медико-социальную реабилитацию больных ИБС.

Найденные в исследовании эмпирические доказательства возможности объективизации медико-социальной реабилитации больных ИБС подтверждают основную гипотезу диссертационного исследования.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ИБС остаётся одной из ведущих причин смерти и инвалидизации населения в большинстве стран современного мира. Рост заболеваемости и инвалидизации больных ИБС в России, медикализация реабилитации больных ИБС, недостаточная эффективность кардиореабилитации вследствие «демократизации» и упрощения содержания и стандартов (Д.М. Аронов) определяют необходимость оптимизации медико-социальной реабилитации данной категории больных.

Прогноз течения ИБС, продолжительность заболевания – от случаев внезапной смерти до многолетнего процесса – во многом определяется «неравнозначностью» (Н.А. Мазур) предикторов отдалённого прогноза. В настоящее время получены доказательства влияния клинических и антропометрических предикторов на отдалённый прогноз больных ИБС. Но если роль клинических предикторов в отдалённом прогнозе исследована весьма детально, то существуют лишь единичные междисциплинарные исследования влияния клинико-антропометрических предикторов на качество жизни и отдалённый прогноз больных ИБС.

На социальные перспективы больных ИБС влияют нарушения ресоциализации, социального функционирования субъекта. Высокий процент инвалидизации больных ИБС определяется не только клиническим течением болезни, но и влиянием на социальные перспективы больных социальных предикторов, включающих образование, профессиональный класс субъекта, социальную дифференциацию общества, степень социальной поддержки и т.д.

При значительном количестве исследований, посвященных изучению отдалённого прогноза больных ИБС, предикторов качества жизни, проблематика ресоциализация лиц в ситуации болезни остается на периферии исследовательских интересов. Существуют лишь единичные исследования, посвященные анализу тенденций оптимизации медико-социальной реабилитации больных ИБС.

Целью данного исследования является интегративный анализ показателей качества жизни и обоснование векторов оптимизации медико-социальной реабилитации больных ИБС.

Для достижения цели исследования предполагалось представить междисциплинарный анализ предикторов отдалённого прогноза и качества жизни больных ИБС; рассмотреть клинико-антропометрические характеристики отдалённого прогноза больных ИБС; исследовать векторы ресоциализации больных ИБС в контексте пространственного подхода; проанализировать показатели качества жизни и обосновать векторы оптимизации медико-социальной реабилитации больных ИБС.

Современная медицинская практика строится на концепции ассоциированности факторов риска, полиморбидности – сосуществования и прогрессирования мультифакторных заболеваний (А.М. Шилов). В работе показано, что этиология ИБС определяется многими факторами риска, способствующими её возникновению и прогрессированию. Течение болезни и отдалённый прогноз при ИБС детерминированы клиническими, антропометрическими и социальными характеристиками пациента.

В современной интерпретации предикторы ИБС рассматриваются как предпосылки и характеристики субъекта, определяющие возможность развития и прогрессирования заболевания. Определяя ИБС как процесс сердечно-сосудистого континуума, в исследовании рассматриваются клинико-антропометрические и социальные предикторы ИБС. Проведенный в работе обзор исследований ассоциированных факторов сердечно-сосудистого континуума позволил предположить, что ИБС характеризуется широким спектром и ассоциируемостью клинико-антропометрических и социальных факторов, определяющих варианты течения, риски развития осложнений и социальные перспективы субъекта в ситуации болезни.

Формирование клинико-антропометрических характеристик больных ИБС предполагало проведение исследования, в которое включены 238 респондентов мужского (52%) и женского (48%) пола трудоспособного

возраста, находящихся на лечении по поводу ИБС в стационарах г. Саратова в период с 2010 г. по 2014 г. Диагноз ИБС был поставлен на основании критериев, разработанных экспертами Европейского общества кардиологов и Американской коллегии кардиологов (2000 г.). Верификация диагноза включала анализ жалоб пациента, анамнестических, клинических данных, результатов инструментального обследования.

Критерии исключения: нетрудоспособный возраст, в исследование не включались больные с терминальными (IIБ и III) стадиями ХСН, с симптоматическими АГ, сопутствующими хроническими заболеваниями органов и систем в стадии обострения.

Контрольную группу составили 194 респондента – соматически здоровые лица трудоспособного возраста мужского (54%) и женского (46%) пола. 48% респондентов контрольной группы – безработные, состоящие на учёте в Центрах занятости г. Саратова.

Качество жизни респондентов определялось по Опроснику ВОЗ КЖ-100.

Проведённые исследования показывают, что пациенты мужского пола составляют 52% респондентов, страдающих ИБС, возраст 74% респондентов – до 55 лет. Большинство пациентов (81,9%) имели среднее образование.

Все респонденты с ИБС перенесли инфаркт миокарда, из них 7% – повторный инфаркт миокарда, и страдали постинфарктной стенокардией. Нарушения ритма и проводимости выявлено у 63% больных, чаще в случае перенесённого переднего инфаркта миокарда. У всех наблюдавшихся больных ИБС диагностирована ХСН (у 112 респондентов ХСН IIА стадии), значительно ухудшающая отдалённый прогноз.

В качестве предиктора отдалённого прогноза в работе рассматривается избыточная масса тела больных ИБС, приводятся результаты антропометрического исследования, проведённого с целью выявления соматотипов при ИБС. В работе отмечается, что у больных ИБС преобладает брахиморфное телосложение по сравнению с мезо- и долихоморфным

типами телосложения. Наибольшая величина всех антропометрических показателей определяется у лиц брахиморфного типа телосложения, наименьшая – у долихоморфного. Средние значения антропометрических параметров респондентов с ИБС характеризуют каждый соматотип и имеют статистически значимые различия.

В ходе исследования установлено, что перенесённый инфаркт миокарда, его локализация, варианты течения, наличие постинфарктной стенокардии, сердечной недостаточности, нарушений сердечного ритма и проводимости, сочетание ИБС и артериальной гипертензии, морфологические характеристики больного, тип телосложения определяют клинико-антропометрические характеристики и индивидуальный клинический прогноз больных ИБС.

Исследование тенденций ресоциализации больных ИБС осуществлялось в рамках пространственного подхода, интерпретирующего социализацию как социальный феномен, в ходе которого формируется партнёрские отношения личности и социального пространства.

Анализ социализации лиц в ситуации болезни проводился в контексте анализа социального пространства – пространства социализации. Пространство социализации субъекта, являясь относительно автономным фрагментом социального пространства, рассматривается в работе как пространство антропогенное, как системное образование, построенное на связи активного субъекта и результатов его деятельности (Р.Арон). Данная категория позволяет представить детерминированность социальной активности субъектов в дискурсе функционирования субъекта и социума.

В работе отмечается, что исследовательские перспективы пространственной методологии основываются на интерпретации социального пространства лиц в ситуации болезни как антропогенного пространства. Структуру антропогенного пространства определяют сочетания уровней и полей, на вертикальном срезе структуры выстраиваются уровни, аккумулирующие основные фрагменты процесса социализации.

Антропогенное пространство формируется в процессе деятельности субъекта как континуум полей в соответствии с правилами организации телесности. В процессе ресоциализации субъекта в условиях соматических ограничений формируются как составляющие уровня антропогенного пространства, так и структурные связи между ними.

Существование субъекта в пространстве связано с наличием тела, он организует и ограничивает это пространство посредством структур телесности. Возникает неразрывная связь антропогенных пространств с феноменом человеческой телесности, связь между антропогенным пространством и телесностью, влияние клинико-антропометрических характеристик на формирование антропогенного пространства. В диссертационном исследовании отмечается, что помимо человеческого тела, к основным факторам формирования антропогенного пространства относится субъективная константа. В ситуации болезни она представлена внутренней картиной здоровья (болезни), которая определяет пространственную реальность болезни.

Объективизация внутренней картины болезни связана с анализом качества жизни больных ИБС, отражающего субъективную оценку больным своего состояния. В работе обсуждаются исследования, в которых установлена статистическая зависимость суммарного показателя качества жизни от клинических предикторов прогноза больных ИБС, корреляции величины суммарного показателя качества жизни, релевантного здоровью, определённого в результате субъективной оценки самого больного, с объективными характеристиками, полученными при инструментальном обследовании больного (И.Л. Кром). Результаты данных исследований доказывают, что качество жизни следует рассматривать как независимый мультифакторный показатель состояния больных, страдающих ИБС.

Проблема ресоциализации субъекта в ситуации болезни детерминирована ментальными структурами личности, которые во многом определяют перспективы деятельности субъекта. В работе анализируются

перспективы социального функционирования лиц, страдающих ИБС, дефиниция личностного потенциала как социальной структуры ментальных и мотивационных систем, регламентирующих ресоциализацию субъекта. Усвоение социальных установок, включающих интерпретацию «реального мира», связано с состоянием когнитивных функций субъекта, в том числе, с мышлением, в ходе взаимодействия субъекта и социума.

Изучение предикторов ресоциализации субъекта в ситуации хронического заболевания, предполагает анализ условий формирования личности, той объективной ситуации развития, которая складывается в процессе хронического соматического заболевания. Ресоциализация больного в ситуации болезни рассматривается в работе как медико-социальный феномен, описание которого возможно в терминах пространственной организации. Перспективы отдалённого прогноза определяются сложным интегративным, многоуровневым процессом ресоциализации больных ИБС в условиях соматических и социальных ограничений.

В диссертационном исследовании рассматриваются перспективы исследования качества жизни в медицине, определены основные характеристики концепции качества жизни, релевантного здоровью.

Обсуждение интегративных исследований качества жизни в медицинской практике дополняется результатами исследования качества жизни респондентов (больных ИБС и клинически здоровых), которое проводилось в течение 2010-2014 г.г. в Центре медико-социологических исследований с использованием Опросника WHOQOL-100. Опросник WHOQOL-100 позволяет осуществлять оценку шести сфер качества жизни: «Физической», «Психологической», сфер «Уровень независимости», «Социальные отношения», «Окружающая среда» и «Духовной» сферы. Каждая сфера включает несколько субсфер.

При проведении анализа качества жизни больных ИБС в физической, психологической и социальной сферах установлено снижение параметров качества жизни респондентов.

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» выявлено статистически значимое различие средних значений параметров качества жизни респондентов (больных ИБС и клинически здоровых).

В исследовании отмечено существенное снижение показателей качества жизни больных ИБС по сравнению с показателями качества жизни в контрольной группе в «Физической» сфере и сфере «Уровень независимости». В меньшей степени различия показателей качества жизни респондентов, страдающих ИБС и контрольной группы отмечены в «Психологической» сфере, в сферах «Социальные отношения», «Окружающая среда» и «Духовной» сфере.

В работе обсуждаются тенденции медицинской реабилитации больных ИБС в современной России, упрощение содержания, структуры и методов кардиореабилитации (Д.М. Аронов, Р.Г. Оганов и др.). Однако, современная интерпретация реабилитации больных ИБС предполагает не только клиническую стабилизацию, но и социализацию субъекта в ситуациях болезни, учитывающих значение качества жизни в прогнозе реабилитации. Реабилитация больных ИБС направлена на повышение качества жизни, нарушение которого определяется тяжестью соматического состояния и неэффективностью ресоциализации субъекта, страдающего соматическим заболеванием.

В исследовании проводится анализ средних значений показателей качества жизни в контрольной группе респондентов, позволяющий определить параметры качества жизни существенно ( $p < 0,01 - p < 0,05$ )

различающихся в контрольной группе респондентов с эффективной (работающие респонденты) и неэффективной возрастной социализацией (безработные респонденты).

При исследовании качества жизни респондентов, страдающих ИБС и респондентов контрольной группы, в группе респондентов с ИБС выявлено статистически значимое соматически детерминированное снижение показателей качества жизни в «Физической» сфере и сфере «Уровень независимости». В субсферах «Физическая боль и дискомфорт», «Сон и отдых», «Подвижность», «Зависимость от лекарств и лечения», «Способность к работе», «Финансовые ресурсы», «Возможности для отдыха и развлечений» статистически значимое различие средних значений качества жизни детерминировано болезнью и неэффективной ресоциализацией субъектов.

В качестве критерия эффективной социализации лиц трудоспособного возраста в работе рассматривается трудовая занятость. При анализе средних значений показателей качества жизни в контрольной группе респондентов выявлены те показатели, значения которых существенно различаются ( $p < 0,01$ – $p < 0,05$ ) в группе безработных респондентов (неэффективная социализация) и работающих (эффективная социализация) респондентов. Отличающиеся средние значения показателей качества жизни респондентов с ИБС и клинически здоровых респондентов определяют соматически детерминированные и социально детерминированные составляющие показателя качества жизни. Установлено, что показатели качества жизни больных ИБС в «Физической» сфере и сфере «Уровень независимости» изменены вследствие болезни и неэффективности ресоциализации субъекта

Содержание и перспективы медико-социальной реабилитации определяются в исследовании как интегративный, многоуровневый процесс ресоциализации больных ИБС в условиях соматических и социальных ограничений. Возникающие изменения показателей качества жизни в «Физической», «Психологической» сферах, сферах «Уровень

независимости», «Социальные отношения» и «Окружающая среда» определяют направления медико-социальной реабилитации больных, страдающих ИБС. Доказанная в ходе исследования статистическая зависимость показателей качества жизни от болезни и эффективности ресоциализации субъекта позволяет оптимизировать медико-социальную реабилитацию больных ИБС.

## ВЫВОДЫ

1. ИБС является мультифакторным заболеванием. В формировании сердечно-сосудистого континуума при ИБС участвуют клинико-антропометрические, а также социальные предикторы, ассоциированные с повышенными требованиями к адаптивным возможностям личности больного.

2. Перенесённый инфаркт миокарда, его локализация, варианты течения, наличие постинфарктной стенокардии, сердечной недостаточности, нарушений сердечного ритма и проводимости, сочетание ИБС и артериальной гипертензии, возрастные, гендерные и морфологические характеристики, тип телосложения определяют клинико-антропометрические характеристики и индивидуальный прогноз больных ИБС.

3. Ресоциализация больных ИБС в ситуации болезни – медико-социальный феномен, интерпретация которого возможна в терминах пространственной организации. Перспективы отдалённого прогноза определяются сложным интегративным, многоуровневым процессом ресоциализации больных ИБС в условиях соматических и социальных ограничений.

4. Показатель качества жизни больных ИБС является независимым мультифакторным параметром оценки состояния больных ИБС. Изменения показателя качества жизни больных ИБС, связанные с болезнью и неэффективностью ресоциализации субъекта, определяют векторы медико-социальной реабилитации данной категории больных. Использование в медико-социальной практике исследования качества жизни позволит оптимизировать реабилитацию больных ИБС.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Исходя из мультифакторности ИБС, влияния на отдалённый прогноз и качество жизни клинико-антропометрических предикторов больных ИБС, медицинская реабилитация должна включать оценку и коррекцию конституциональных маркёров (повышенная масса тела, центральный тип ожирения с преимущественным отложением жира в абдоминальной области, брахиморфное телосложение), ассоциированных с неблагоприятным прогнозом ИБС.

2. Исследование показателя качества жизни может быть использовано при мониторинговании состояния в процессе медико-социальной реабилитации больных ИБС.

3. Учитывая, что современная интерпретация реабилитации предполагает повышение качества жизни больных, страдающих хроническими заболеваниями, рекомендуется использование показателя качества жизни в клинической практике с целью объективизации стратегий медико-социальной реабилитации больных ИБС. Показатель качества жизни может быть использован как критерий эффективности медико-социальной реабилитации данной категории больных.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Абрамов, Е. В. Качество жизни как проблема социальной философии: дис. ... канд. филос. наук / Е. В. Абрамов. – Красноярск – 2010. – 177 с.
2. Аверин, Ю. П. Социальное неравенство в современной России / Ю. П. Аверин, В. И. Добреньков, Е. В. Добренькова // Вестник Московского Университета. – Сер. 18. Социология и политология. – 2014. – № 2. – С. 12-36.
3. Автандилов, Г. Г. Морфометрия в патологии / Г. Г. Автандилов. – М.: Медицина. – 1985. – 238 с.
4. Адлер, А. О нервическом характере / А. О. Адлер. – СПб. : Университетская книга, 1997. – 378 с.
5. Андреева, Г. М. Наследие А. Н. Леонтьева и современная психология социального познания / Г. М. Андреева // Мир психологии. – 2003. – № 2. – С. 124-135.
6. Андреева, Г. М. Образ мира в структуре социального познания / Г. М. Андреева // Мир психологии. – 2003. – № 4. – С. 31-40.
7. Андреева, Г. Ф. Изучение качества жизни у больных гипертонической болезнью / Г. Ф. Андреева, Р. Г. Оганов // Терапевтический архив. – 2002. – № 1. – С. 8 – 16.
8. Антропологическое обследование в клинической практике / В. Г. Николаев [и др.]. – Красноярск: Изд-во ООО «Версо». – 2007. – 173 с.
9. Анцыферова, Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л. И. Анцыферова // Психологический журнал. – 1994. – Т. 15. № 1. – С. 3 – 19
10. Арон, Р. Этапы развития социологической мысли / Р. Арон. – М.: Прогресс Универс, 1993. – 608 с.
11. Аронов, Д. М. Кардиореабилитация больных ИБС: рецепт для России / Д. М. Аронов // Лечащий врач: медицинский научно-практический журнал. – 2007. – № 3. – (дата обращения 25.05.2014)

12. Аронов, Д. М. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Д. М. Аронов, В. Г. Зайцев // Кардиология. – 2005. – № 5. – С. 92-96.
13. Аскин, Я. Ф. Философский детерминизм и научное познание / Я. Ф. Аскин. – М. : Мысль, 1988. – 188 с.
14. Баздырев, Е. Д., Барбараш, О. Л. Экология и сердечно-сосудистые заболевания / Е. Д. Баздырев, О. Л. Барбараш // Экология человека. – 2014. – № 5. – С. 53-59.
15. Барская, О. Л. Социальное самочувствие: методологические и методические проблемы исследования: автореф. дис. ... канд. филос. наук / О. Л. Барская. – М., 1989. – 20 с.
16. Безболевая ишемия миокарда [Электронный ресурс] / А. Л. Вёрткин, [и др.]. – М., 1995. – 103с. – URL: <http://cardiolog.org/cardiologia/34-ibs/61-bezbolevaya-ishemia.html> (дата обращения: 18.09.2014).
17. Бейшенкулов, М. Т. Прогнозирование сердечной недостаточности у больных инфарктом миокарда / М. Т. Бейшенкулов // Кардиология. – 2005. – № 2. – С. 53-54.
18. Беленков, Ю. Н. Вклад различных факторов риска в сердечно-сосудистую смертность. Что их объединяет? / Ю. Н. Беленков // Пленум. Приложение к журналу «Сердце». – 2006. – № 5 (5). – С. 1–3.
19. Беленков, Ю. Н. Эпидемиология и прогноз хронической сердечной недостаточности / Ю. Н. Беленков, Ф. Т. Агеев // Русский Медицинский журнал. – 1999. – Т. 7, № 2. - С.51-55.
20. Белов, А. А. Основные методы функциональной диагностики в клинике внутренних болезней. Руководство для врачей / А. А. Белов, Ю. А. Данилогорская, А. А. Лакшин; ММА им. Сеченова. – М.: Русский врач, 2003. – 105 с.
21. Беялов, Ф. И. Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца / Ф. И. Беялов // Кардиология. – 2002. – Т. 42. №8. – С. 63-67.

22. Бунова, С. С. Динамика изменений нейрогуморального профиля и формирования метаболических нарушений у больных артериальной гипертонией в зависимости от индекса массы тела / С. С. Бунова // Вестник Санкт-Петербургского университета: Сер. 11. – 2009. – Вып. 1. – С. 11–18.
23. Бурдые, П. Начала = Choses dites: пер. с фр. / П. Бурдые – М.: Socio-Logos, 1994. – 285 с.
24. Вассерман, Л. И. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова, В. Л. Фёдорова // Сибирский психологический журнал. – 2008. – № 27. – С. 67-71.
25. Васюк, Ю. А. Старые принципы – новые горизонты в лечении ишемической болезни сердца / Ю. А. Васюк, Е. Л. Школьник // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2007. – №6 (1). – С. 92-98.
26. Вёрткин, А. Л. Безболевая ишемия и диабетическая автономная нейропатия / А. Л. Вёрткин, О. Н. Ткачева, И. М. Новикова // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 13, № 15. – С. 1036-1038.
27. Виноградов, В. Ф. Клинические и психологические аспекты стойкой и временной утраты трудоспособности больных постинфарктным кардиосклерозом / В. Ф. Виноградов, Н. А. Белякова // Терапевтический архив. – 1988. – №12. – С. 110-113.
28. Виноградский, В. Г. Социальная организация пространства / В. Г. Виноградский. – М. : Наука, 1988. – 189 с.
29. Винокур, В.А. Психологические факторы в развитии психосоматических заболеваний / В. А. Винокур // Психодиагностика и психокоррекция / под ред. А.А. Александрова. – СПб.: Питер, 2008. – С. 176-204.
30. Влияние социально-экономического статуса и стресса на сердечно-сосудистую систему в проспективном популяционном исследовании / А. Н. Бриттов [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2006. – № 6. – С. 17-23

31. Войтенко, Р. М. Психологические аспекты болезни и инвалидности: Значение в клинике и экспертизе трудоспособности / Р. М. Войтенко. – Таллин, 1981.
32. Выготский, Л. С. Психология развития человека / Л. С. Выготский. – М. : Изд-во Смысл; Эксмо. – 2005. – 1136 с.
33. Гаврилова, Т.В. Принципы и методы исследования качества жизни населения / Т. В. Гаврилова // Технологии качества жизни. – 2004. – Т. 4, № 2. – С. 1–11.
34. Гасилин, В. С. Стенокардия / В. С. Гасилин, Б. А. Сидоренко. - М. : Медицина, 1987. – 240 с.
35. Глезер, М. Г. Гипертрофия левого желудочка и прогноз у больных хронической сердечной недостаточностью с сохранённой фракцией выброса [Электронный ресурс] / М. Г. Глезер // Сердечная недостаточность. – 2012. – №1. – URL:<http://medic.ossn.ru/publications/magazine/3709/> (дата обращения: 14.09.2014).
36. Голдбергер А. Л. Клиническая электрокардиография. Наглядный подход: учеб. пособие: пер. с англ. под ред. А. В. Струтынского. – М. : Изд-во ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 328 с.
37. Голенкова, З. Т. Наемные работники. Некоторые черты формирующегося класса / З. Т. Голенкова, Е. Д. Игитханян // Социологические исследования. – 2002. – № 9. – С. 41-50.
38. Горбатовский, Я. А. Типы конституции у больных инфарктом миокарда / Я. А. Горбатовский, С. Н. Филимонов, Е. А. Лотош // Актуальные вопросы биомедицинской и клинической антропологии. – Томск, 1996. – С. 62.
39. Грошев, И. В. Анормальная психология: пол, психика и заболевание / И. В. Грошев // Журнал практического психолога. – 2005. – № 1. – С. 18-48.

40. Грошев, И. В. Топография формирующегося психологического пространства внутренней картины здоровья/болезни: гендерный аспект / И. В. Грошев // Мир психологии. – 2009. – №1. – С. 64-78.

41. Дворецкий, Л. И. Ишемическая болезнь сердца у женщин [Электронный ресурс] / Л. И. Дворецкий, Н. Т. Гибрадзе, Н. А. Черкасова // Русский медицинский журнал. – 2011. – № 2. – URL: [http://www.rmj.ru/articles\\_7494](http://www.rmj.ru/articles_7494) (дата обращения: 15.09.2014).

42. Дегтярева, В. В. Стратегии социальной адаптации человека с ограниченными возможностями здоровья: социально-философский анализ: дис. ... канд. филос. наук / В. В. Дегтярева. – Новосибирск, 2007. – 169с.

43. Демченко, Е. А. Качество жизни больных ишемической болезнью сердца: прогностическое значение и динамика в процессе реабилитации после коронарного шунтирования / Е. А. Демченко, Н. Е. Круглова, О. Ю. Щелкова // Вестник Санкт-Петербургского университета – 2014 – Сер. 12. Вып. 3. – С. 90-97.

44. Диагностика здоровья. Психологический практикум / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб. : Речь, 2007. – 950 с.

45. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза / Всерос. науч. общ-во кардиологов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2004. – № 2 (прилож.). – С. 3-35.

46. Довгалевский, П. Я. Острый коронарный синдром / П. Я. Довгалевский, Н. В. Фурман. – Саратов, 2004. – 62 с.

47. Доклад Совета Федерации Федерального собрания Российской Федерации 2008 года [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.oblduma.kurgan.ru/common/doc/activity/monitoring/d2008.pdf> (дата обращения 12.07.2014).

48. Закирова, А. Н. Влияние  $\beta$ -адреноблокаторов на ремоделирование миокарда и адгезивную функцию эндотелия у больных ишемической болезнью сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью и

фибрилляцией предсердий / А. Н. Закирова, Э. Р. Абдюкова // Кардиология. – 2010. – № 3. – С. 11-15.

49. Зараковский, Г. М. Качество жизни населения России: психологические составляющие / Г. М. Зараковский. – М.: Смысл. – 2009. – 320 с.

50. Зейгарник, Б. В. Саморегуляция поведения в норме и патологии / Б. В. Зейгарник, А. Б. Холмогорова, Е. С. Мазур // Психологический журнал. – 1989. – №2. – С. 122-132.

51. Ибатов, А. Тревога и ИБС / А. Ибатов, А. Сыркин, А. Вейн // Врач. – 2003. – № 1. – С. 8- 11.

52. Изучение качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью: современное состояние проблемы / С. Р. Гиляревский, В. А. Орлов, Н. Г. Бенделиани и др. // Российский кардиологический журнал. – 2001. – № 3. – С. 58-72.

53. Изучение качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью: современное состояние проблемы / С. Р. Гиляревский [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2001. – № 29. – С. 58-72.

54. Инвалидность. Медицинская справочная [электронный ресурс] - URL: <http://www.medarticle14.moslek.ru/articles/18305.htm> (дата обращения 04.06.2012).

55. Инвалидность. Проект Глобального плана ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг.: лучшее здоровье для всех людей с инвалидностью [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. Доклад Секретариата, 34 сессия, 2014 г. – Женева :ВОЗ – URL:[http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/WHO\\_Publications/Draft\\_WHO\\_Global\\_Disability\\_Action\\_Plan\\_2014-2021/EB13416Ru.pdf](http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/WHO_Publications/Draft_WHO_Global_Disability_Action_Plan_2014-2021/EB13416Ru.pdf) (дата обращения: 12.11.2014).

56. Ионин, Л. Г. Понимающая социология (Историко-критический анализ) / Л. Г. Ионин. – М.: Наука, 1979. – 207 с.

57. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: пособие для врачей и психологов / Г. В. Бурковский, А. П. Коцюбинский, Е. В. Левченко и др. – СПб. – 1998. – 53 с.
58. Кабанов, М. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М. М. Кабанов, А. Е. Личко, В. М. Смирнов. – Л.: Медицина. – 1983. – 308 с.
59. Кабанов, М. М. Реабилитация психических больных / М. М. Кабанов. – Л.: Медицина. – 1978. – 232 с.
60. Каган, В. Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? / В. Е. Каган // Вопросы психологии. – 1993. – № 1. – С. 86–88.
61. Казаков, Ю. Н. Психическое здоровье – основополагающая ценность личности / Ю. Н. Казаков. – Москва: Прометей, 2005. – 359 с.
62. Казакова, Л. А. Диагностика результатов социального воспитания детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья: аспекты социальной адаптации / Л. А. Казакова // Вестник ЧПГУ. – 2010 – № 4. – С. 77-90.
63. Калюжин, В. В. Факторы, влияющие на качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда / В. В. Калюжин, Т. А. Тепляков, Д. Ю. Камаев // Кардиология. – 2001. – Т. 41, № 4. – С. 58.
64. Калюшин, В. В. Факторы, влияющие на качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда / В. В. Калюшин, А. Т. Тепляков, Д. Ю. Камаев // Кардиология. – 2001. – № 4. – С. 58.
65. Канорский, С. Г. Современная медикаментозная терапия фибрилляции предсердий: выбор стратегии, антиаритмических препаратов и схем лечения [Электронный ресурс] / С. Г. Канорский // Русский медицинский журнал. – 2012. – № 20. – URL: [http://www.rmj.ru/articles\\_8350.htm](http://www.rmj.ru/articles_8350.htm) (дата обращения: 18.09.2014).
66. Карпов, Ю. А. Российское клиническое исследование – КАРДИНАЛ / Ю. А. Карпов, А. Д. Деев // Кардиология. – 2008. – № 10. – С. 13-18.

67. Карпов, Ю. А. Сопоставление данных суточного мониторирования ЭКГ и состояния коронарного русла у больных с различными вариантами течения нестабильной стенокардии / Ю. А. Карпов, Е. В. Померанцев, В. В. Шиблева // Кардиология. – 1992. – № 3. – С. 7-10.

68. Качество жизни больных инфарктом миокарда / В. П. Померанцев, А. Б. Хадзегова, Т. А. Айвазян, Ю. А. Васюк // Кардиология. – 1996. – Т. 36, № 3. – С. 70-74.

69. Кириченко А.А. Депрессия, беспокойство и сердечно-сосудистая система / А. А. Кириченко // Лечащий врач. – 2002. – №12. – С. 58-61.

70. Кириченко, А. А. Стабильная стенокардия напряжения: оценка прогноза и лечение / А. А. Кириченко // Русский медицинский журнал. – 2014. – Т. 22., № 2. – С. 106-110.

71. Киселева, М. А. Антиципации жизненного пути и социального самочувствия молодого поколения / М. А. Киселева, Г. Н. Малюченко, О. В. Карина. – Саратов : Наука, 2009. – 123 с.

72. Козлов, И. Д. Роль соматотипа в развитии и течении ишемической болезни сердца / И. Д. Козлов // Медицинские новости. – 2004. – № 4. – С. 87-90.

73. Концентрация бета-эндорфинов в плазме крови при "немой" ишемии миокарда во время холтеровского мониторирования ЭКГ / В. П. Гуляев [и др.] // Кардиология. – 1992. – Т. 32, № 3. – С.11-13.

74. Копина, О. С. Популяционные исследования психосоциального стресса как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний / О. С. Копина, С. Ф. Сулова, Е. З. Заикин // Кардиология. – 1996. – № 3. – С. 53-56.

75. Коц, Я. И. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / И. Я. Коц, Р. А. Либис. // Кардиология. – 1993. – № 5. – С. 66-77.

76. Кром, И. Л. Медико-социологическая концептуализация феномена инвалидности при болезнях системы кровообращения: дис. ... д-ра мед. наук / И. Л. Кром. – Саратов, 2008. – 420 с.

77. Кром, И. Л. Медико-социологическая концептуализация феномена инвалидности при болезнях системы кровообращения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Саратов, 2007. – 34 с.

78. Кувшинова, Н. Ю. Психокоррекционная работа с больными ишемической болезнью сердца с учетом параметров качества жизни: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Н. Ю. Кувшинова. – СПб., 2011. – 29 с.

79. Кушаковский, М. С. Гипертоническая болезнь: (Эссенциал. гипертензия): Причины, механизмы, клиника, лечение / М. С. Кушаковский. – 4-е изд., доп. и перераб. – СПб. : Социс, 1995. – 125 с.

80. Лебедев, А. Д. Основания медицинской географии // Медицинская география. Симпозиум комиссии медицинской географии Международного географического союза 23-26 июля 1976: тезисы докладов / А. Д. Лебедев, Е. Л. Райх. – М. – 1976. – 202 с.

81. Левин, К. Теория поля в социальных науках / К. Левин. – СПб. : «Сенсор», 2000. – 368 с.

82. Лекции по медицинской антропологии: учеб. пособие / [В. С. Сперанский и др.]. – 2-е изд., доп. и испр. – Саратов : Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2010. – 89 с.

83. Либис, С. А. Показатели качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью / С. А. Либис, Я. И. Коц // Кардиология. – 1995. – Т. 35, № 11. – С. 13-17.

84. Лурия, А. Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / А. Р. Лурия. – М. : Медицина, 1977. – 298 с.

85. Мазур, Н. А. Внезапная смерть у больных ИБС / Н. А. Мазур. – М. : Медицина, 1985. – 189 с.

86. Мазур, Н. А. Значение различных методов обследования больных ишемической болезнью сердца для определения прогноза жизни: учеб. пособие / Н. А. Мазур, А. Б. Сумароков. – М.: ЦОЛИУВ, 1989. – 32 с.

87. Малыхин Ф.Т. Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста (обзор литературы) // Качественная клиническая практика.– 2011. – № 1. – С. 11-18.
88. Метелица, В. И. Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств / В. И. Метелица. – М. : Медицина. – 1996. – 784 с.
89. Мудрик, А. В. Социализация человека / А. В. Мудрик. – М.: ИЦ «Академия», 2004. – 304с.
90. Нагаева, Ю. М. Безболевая ишемия миокарда / Ю. М. Нагаева, Р. Г. Сайфутдинов // Практическая медицина. – 2008. – №4. – С. 8-9.
91. Напалков, Д. А. Хроническая сердечная недостаточность: смещение фокуса на начальные стадии заболевания / Д. А. Напалков, В. А. Сулимов, Н. М. Сеидов // Лечащий врач. – 2008. – № 4. – URL: <http://www.lvrach.ru/doctore/2008/04/> (дата обращения: 23.08.2014).
92. Негашева, М. А. Мегаполис и особенности соматотипа как факторы повышенного риска ишемической болезни сердца / М. А. Негашева // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2001. – № 1, вып. 4. – С. 32-37.
93. Непомнящая, В. А. Возможности использования понятия «качество жизни» в психологии // Материалы сибирского психологического форума «Методологические проблемы психологии: иллюзии или реальность, 16-18 сентября, г. Томск / В. А. Непомнящая. – Томск, 2004. – С. 593-596.
94. Неретин, В. Я. Реабилитация больных с цереброкардиальными нарушениями / В. Я. Неретин, М. К. Николаев. – М. : Медицина, 1986. – 207 с.
95. Николаев, В. Г. Онтогенетическая динамика индивидуально-типологических особенностей организма человека / В. Г. Николаев, В. В. Гребенникова, В. И. Ефремова. – Красноярск : РПБ Амальгама, 2001. – 172 с.
96. Николаева, В. В. Психологические аспекты рассмотрения внутренней картины болезни / В. В. Николаева. – Л., 1976. – С. 95-98.

97. Новик, А. А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова, П. Кайдн. – СПб. : Элби, 1999. – 140 с.
98. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. / А. А. Новик, Т. И. Ионова; под ред. акад. РАМН Ю.Л.Шевченко. – М.: ОЛМА Медиа Групп – 2007. – 320
99. Нугаев, Р. М. Знание, ценности, идеология в модернизирующемся обществе: (междисциплинарный подход) / Р. М. Нугаев, М. А. Нугаев, А. Б. Мадияров . – Казань : Дом печати, 2002. – 159 с.
100. Овсянникова, В. В. Типы сензитивности наблюдателя при распознавании эмоций / В. В. Овсянникова // Социальный и эмоциональный интеллект: от процессов к измерениям. / под ред. Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова. Изд-во «Институт психологии РАН». М. – 2009. – С. 114-124.
101. Окружающая среда: учёт и контроль факторов риска здоровью населения / Ю. А. Рахманин [и др.] // Контроль качества продукции. – 2009. – № 11. – С. 8-10.
102. Орлова, М. М. Внутренняя картина болезни как частный случай социально-психологической адаптации в трудной жизненной ситуации / М. М. Орлова // Сборник материалов международной научно-практической конференции «Трансформационное общество: проблемы, их решение и перспективы развития». – Саратов, 2008. – С. 237-243.
103. Орлова, М.М. Идентичность больного ишемической болезнью сердца как субъективная составляющая ситуации болезни / М. М. Орлова // Вестник СПбГУ. Сер. 12. – 2014. – Вып. 3 – С. 90-97.
104. Орлова, М.М. Понятие «ситуации болезни» объективные и субъективные составляющие / М. М. Орлова // Известия Саратовского Университета. Новая серия. – Т. 9. Серия Философия. Психология. Педагогика. – Выпуск 1. – 2009. – С. 82-87.
105. Орлова, М.М. Перцепция здоровья и болезни, как частный случай адаптационных стратегий / М. М. Орлова // Известия Саратовского

Университета. Новая серия. – Т. 9. Серия Философия. Психология. Педагогика. – Выпуск 1. – 2010. – С. 87-92.

106. Орлова, М. М. Условия формирования изменений личности больных заболеваниями лёгких: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. М. Орлова. – М., 1982. – 20 с.

107. Оруджев, Н. Я. Корреляции вариаций самостигматизации и качества жизни больных шизофренией / Н. Я. Оруджев, Е. А. Тараканова // Вестник Российской Академии медицинских наук. – 2010. – № 6. – С.16-20.

108. Остроумова, О. Д. Артериальная гипертензия и гипертрофия миокарда левого желудочка [Электронный ресурс] / О. Д. Остроумова, Е. Г. Шорикова, Н. Ю. Галеева // Российский Медицинский Журнал. – 2011. – № 4 – URL:[http://www.rmj.ru/articles\\_theme\\_5\\_6.htm](http://www.rmj.ru/articles_theme_5_6.htm) (дата обращения: 14.09.2014).

109. Оценка качества жизни больного в медицине / Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. и др. // Клиническая медицина. – 2000. – №2. – С. 10-13.

110. Оценка качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / А. Г. Гладков, В. П. Зайцев, Д. М. Аронов и др. // Кардиология. – 1982. – № 2. – С. 100-103.

111. Парыгин, Б. Д. Общественное настроение / Б. Д. Прыгин. – М. : Мысль, 1966. – 390 с.

112. Парыгин, Б. Д. Основы социально-психологической теории / Б. Д. Прыгин. – М. : Мысль, 1971. – 351 с.

113. Плапперт, Тед. Эхокардиография. Краткое руководство: пер. с англ. Ю.В. Фурменковой / Тед Плапперт, Мартин Г.Ст., Джон Саттон; под ред. М.К. Рыбаковой, В.В. Митькова. М. : ГЭОТАР-Медиа., 2010. – 240 с.

114. Петров, В. И. Проблема качества жизни в биоэтике / В. И. Петров, Н. Н. Седова. – Волгоград : Издатель, 2001 г. – 96 с.

115. Петрова, М. М. Особенности клинического течения инфаркта миокарда, психологического профиля и исходов у мужчин различных

соматитипов : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. М. Петрова. – Красноярск, 2000. – 41 с.

116. Погосова, Г. В. Признание значимости психоэмоционального стресса в качестве сердечно-сосудистого фактора риска первого порядка / Г. В. Погосова // Кардиология. – 2007. – № 2. – С. 65-72.

117. Погосова Г.В. Депрессия у больных ИБС и новые возможности ее лечения // Психиатрия и психофармакология. – 2002. – № 5. – С. 195-198.

118. Померанцев, В. П. Диагноз, лечение и качество жизни / В. П. Померанцев // Клиническая медицина. – 1989. – № 9. – С. 3-8.

119. Проблемы улучшения качества жизни населения / Е. М. Черепов, П. В. Тархов, А. М. Царенко и др. // Гигиена и санитария. – 2001. – № 5. – С. 39-41.

120. Прогностическая значимость мерцательной аритмии у перенесших острый коронарный синдром больных / О. П. Донецкая [и др.] // Кардиология. – 2009. – № 1. – С. 19-24.

121. Прокопчик, И. В. Выявление предикторов высокого риска хронической недостаточности после инфаркта миокарда / И. В. Прокопчик // Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – Т. 17, № 3. – С. 36.

122. Пространство и время социальных изменений / В. Н. Ярская, Л.С. Яковлев, В.В. Печёнкин, О.Н. Ежов. – М.; Саратов: Научная книга, 2004. – С. 205-206.

123. Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертонии в Российской Федерации. // Клиническая фармакология и терапия. – 2000. – № 9 (3). – С.5-30

124. Рекомендации по лечению острого коронарного синдрома без стойкого подъёма сегмента ST на ЭКГ / Всерос. общ-во кардиологов // Кардиология. – 2004. – № 4 (прилож.). – С. 5-28.

125. Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению АГ Всерос. науч. общ-во кардиологов // Артериальная гипертензия. – 2001. – Т. 7. – № 1 (прилож.). – С. 3-16.

126. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов Приложение 2 к журналу «Кардиоваскулярная терапия и профилактика». – 2008. – № 7(6). – URL: <http://www.cardiosite.ru/vnok/article.aspx?id=6047> (дата обращения 21.12.2014).

127. Решетников, А. В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство / А. В. Решетников. – М.: Медицина, 2002. – 976 с.

128. Решетников, А. В. Социология пациента / В. А. Решетников, С. А. Ефименко. – М.: Здоровье и общество, 2008. – 304 с.

129. Рогалев, В. А. Проблемы экологической дестабилизации окружающей среды и здоровья человека / В. А. Рогалев // Известия Южного федерального университета. Технические науки. – 2006. – Т. 67. – № 12. – С. 3-5.

130. Рогачева, Т. В. Смысловая реальность болящей личности: структурно-функциональный анализ: автореф. дис.... д-ра психол. наук / Т. В. Рогачева. – Томск, 2004. – 35 с.

131. Ромм, М. В. Адаптация личности в социуме / М. В. Ромм. – Новосибирск : Наука, 2002. – 272 с.

132. Руководство по кардиологии / под ред. акад. Е. И. Чазова : в 3 т. - Т.3. - М.: Медицина, 2005. – 624 с.

133. Руководство по электрокардиографии: учеб. пособие / под ред. проф. Т.В. Головачёвой. – Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2008. – 206 с.

134. Рыбакова, М. К. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Эхокардиография / М. К. Рыбакова, М. Н. Алехин, В. В. Митьков. – М. ВИДАР, 2008. – 200 с.

135. Силкина, Л. В. Культурное пространство как часть социального пространства (к методологии исследования) / Л. В. Силкина // Философия культуры и философия науки: проблемы и гипотезы. – Саратов , 1999. – С. 47-54.

136. Скворцов, К. Ю. Возможности медикаментозной коррекции психовисцеральных связей при стабильных формах коронарной болезни сердца / К. Ю. Скворцов, Т. В. Головачева // Здоровье и образование в XX веке: материалы 2-й Междунар. науч.-практ. конф. – М., 2001. – С. 155-166.

137. Сметанина, И. Н. Уровни общего холестерина и глюкозы крови — факторы, независимо связанные с риском смерти и госпитализации у больных с хронической систолической сердечной недостаточностью / И. Н. Сметанина, А. Д. Деев, Н. А. Грацианский / Кардиология Медиа Сфера, . – 2007. – №8. – С. 12-16.

138. Смулевич, А. Б., Сыркин А. Л. Психокardiология / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин. – М. : МИА, 2005. – 784 с.

139. Смычѣк, М. В. Основные принципы реабилитации. [Электронный ресурс] / М. В. Смычек. – URL: [http://www.belmapo.by/downloads/med\\_soc\\_ekspert/osnovnie\\_pri](http://www.belmapo.by/downloads/med_soc_ekspert/osnovnie_pri) (дата обращения 13.05.2013). Сорокин, П. А. Человек, цивилизация, общество / П. А. Сорокин. – М. : Политиздат, 1992. – 542 с.

140. Спиридонов, С.П. Индикаторы качества жизни и методология их формирования/ С. П. Спиридонов // Вопросы современной науки и практики. – 2010. – № 10-12 (31). – С. 208-223.

141. Строк, А. Б. Изучение качества жизни больных с бронхиальной астмой / А. Б. Строк, С. Б. Баширова // Качественная клиническая практика, 2008. – № 3. – С. 53-55.

142. Сыркин, А. Л. Определение качества жизни у больных ишемической болезнью сердца – стабильной стенокардией напряжения / А. Л. Сыркин, Е. А. Печорина, С. В. Дриницина // Клиническая медицина. – 1998. – № 6. – С. 52-58.

143. Танянский, Д. А. Связь уровня адипонектина с обменом липидов и углеводов у женщин: роль массы тела / Д. А. Танянский // Вестник Санкт-Петербургского университета: Сер. 11. – 2008. – Вып. 4. – С. 53–61.

144. Тапилина, В. С. Социально-экономическая дифференциация и здоровье населения России / В. С. Тапилина // ЭКО. – 2002. – № 2. – С. 114-125.
145. Тощенко, Ж. Т. Социальное настроение / Ж. Т. Тощенко, С. В. Харченко. – М.: Academia, 1996. – 196 с.
146. Устьянцев, В. Б. Жизненное пространство человека: ценностные и институциональные начала / В. Б. Устьянцев // Современная парадигма человека. – Саратов, 2000. – С. 110.
147. Филимонова, О. Ф. Ценностно-смысловые границы личностного пространства / О. Ф. Филимонова // Современная парадигма человека. – Саратов – 2000. – С. 35-38.
148. Флоря, В. Г. Роль ремоделирования левого желудочка в патогенезе хронической недостаточности кровообращения / В. Г. Флоря // Кардиология. – 1997. – № 5. – С. 63-69.
149. Фролькис, В. В. Вазоактивные свойства разных классов липопротеидов крови при гиперхолестеринемии и атеросклерозе / В. В. Фролькис // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2000. – № 1. – С. 15–17.
150. Хамуев, Я. П. Проблемы диастолической дисфункции левого желудочка: определение, патофизиология, диагностика / Я. П. Хамуев // Кардиология. – 2011. – № 11 – С. 71-82.
151. Хетагурова, А. К. Вопросы качества жизни в современной паллиативной медицине / А. К. Хетагурова // Вопросы управления здравоохранением. – 2003. – №6 (13). – С. 50.
152. Частота пульса и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний у российских мужчин и женщин. Результаты эпидемиологического исследования / С. В. Шальнова [и др.] // Кардиология. – 2005. – № 10. – С. 45-50.

153. Черников, В. Г. Вопросы социального пространства в советской философской литературе (70—80-е годы) / В. Г. Черников // Философские науки. – 1985. – № 1. – С. 144–145.

154. Черноруцкий, М. В. Учение о конституциях в клинике внутренних болезней / М. В. Черноруцкий // Труды 7-го съезда Российских терапевтов. – Л., 1925. – С. 304–312.

155. Чучалин, А. Г. Качество жизни больных: влияние бронхиальной астмы и аллергического ринита / А. Г. Чучалин, П. Ю. Сенкевич // Терапевтический архив. – 1998. – Т. 70, № 9. – С. 53-57.

156. Шилов, А. М. Коррекция факторов риска у пациентов с избыточной массой тела, сочетающейся с инсулинорезистентностью и артериальной гипертонией [Электронный ресурс] / А. М. Шилов // Русский медицинский журнал. – 2011. – № 13. – URL: [http://www.rmj.ru/articles\\_7729.htm](http://www.rmj.ru/articles_7729.htm) (дата обращения: 18.09.2014).

157. Шилов, А. М. Особенности лечения артериальной гипертонии при ожирении как фактора риска ХСН [Электронный ресурс] / А. М. Шилов // Русский медицинский журнал. – 2012. – № 14. – URL: [http://www.rmj.ru/numbers\\_584.htm](http://www.rmj.ru/numbers_584.htm) (дата обращения: 14.09.2014).

158. Шилов, А. М. Факторы риска сердечно–сосудистых осложнений у пациентов с избыточной массой тела, сочетающейся с артериальной гипертензией, и их коррекция [Электронный ресурс] / А. М. Шилов // Российский Медицинский Журнал. – 2009 – № 10. – URL:[http://www.rmj.ru/articles\\_theme\\_5\\_6.htm](http://www.rmj.ru/articles_theme_5_6.htm) (дата обращения: 16.10.2014).

159. Шпынова, И. А. Ишемическая митральная недостаточность / И. А. Шпынова, С. Ю. Бартош-Зеленая, В. И. Новиков // Вестник Санкт-Петербургского университета: Сер. 11. – 2012. – Вып. 1. – С. 11–17.

160. Штайнкамп, Г. Смерть, болезнь и социальное неравенство / Г. Штайнкамп // Журнал социологии и социальной антропологии - 1999. - Т. 2. - №1(5). – С. 116.

161. Штрахова, А. В. Личностный смысл болезни – суммарный вектор психического отражения болезни болеющим субъектом / А. В. Штрахова // Вестник ЮУрГУ. – 2008. – С. 78-82.
162. Шхвацабая, И. К. Реабилитация больных ИБС / И. К. Шхвацабая, Д. М. Аронов, В. П. Зайцев. – М.: Медицинская литература, 1978. – С. 105-177.
163. Шхвацабая, И. К. Гипертоническое сердце / И. К. Шхвацабая, А. П. Юренев // Кардиология. – 1988. – № 12. – С.5-9.
164. Юренев, А. П. Гипертоническое сердце / А. П. Юренев // Актуальные вопросы артериальной гипертензии. – 2000. – № 1. – С. 2-3.
165. Юренев, А. П. О прогнозе течения заболевания у больных гипертонической болезнью с коронарной недостаточностью / А. П. Юренев, Ю. С. Геращенко, П. Б. Дубов // Терапевтический архив. – 1994. – Т. 66, № 4. – С. 9-11.
166. Яковлев, Л. С. Пространство социализации : дис. ... д-ра социол. наук / Л. С. Яковлев. – Саратов, 1998. – С. 110.
167. Янчайтите, Л. Прогноз у больных, перенесших инфаркт миокарда с зубцом Q нижней или передней локализации / Л. Янчайтите, Д. Растяните // Кардиология. – 2007. – № 8. – С. 36-39.
168. An International Perspective on Gender Differences in Anxiety Early After Acute Myocardial Infarction / D. K. Moser, K. Dracup, S. McKinley et al. // Psychosomatic Med. – 2003. – № 65 (4). – P. 511- 516.
169. Antonowsky, A. Social class, life expectancy and overall mortality / A. Antonowsky // Milband Memorial Fund Quarterly. – 1967. – № 45. – P. 31-73.
170. Aronow, W. S. Usefulness of echocardiographic left ventricular ejection fraction and silent myocardial ischemia in predicting new coronary events in elderly patients with coronary artery disease or systemic hypertension / W. S. Aronow, S. Epstein, M. Koenigsberg // Am.J.Cardiol. – 1990. – Vol. 65. – № 11. – P. 811-812.

171. Aursnes I., Midtbi K. Correlations of exercise test and quality of life variables with clinical improvement in effort angina // *Pharmacotherapy*. – 1994. – Vol. 14. – P. 191-195.

172. Bairey Merz, C.N. Women's Ischemia Syndrome Evaluation. Cholesterol-lowering medication, cholesterol level, and reproductive hormones in women: the Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) / C. N. Bairey Merz, M. B. Olson, B. D. Johnson // *Am. J. Med.* – 2002. – Vol. 113. – P. 723-727.

173. Bandura, A. Social foundations of thoughts and action: A social cognitive theory / A. Bandura. – N.Y. : Prentice Hall, 1986. – 614 c.

174. Barefoot, J. C. Symptoms of depression, acute myocardial infarction and fetal mortality in a community sample / J. C. Barefoot, M. Schroll // *Circulation*. – 1996. – Vol. 93. – P. 1976-1980.

175. Berger, P. The social construction of reality: a treatise in the sociology of knowledge / P. Berger, T. Luckmann. – New York: Anchor Books, 1966. – 240 p.

176. Camm, A. J. Atrial fibrillation and risk / A. J. Camm // *Clin Cardiol.* – 2012. – Vol. 35, Suppl 1. – P. 1-2.

177. Cella, D. F. Quality of life : concepts and definition / D. F. Cella // *J. Pain and Symptom Manag.* – 1994. – № 9 (3). – P. 186 -192.

178. Characteristics and clinical significance of silent myocardial ischemia in unstable angina / K. Nademanee [et al.] // *Am. J. Cardiol.* – 1986. – Vol.58. – P. 26B-33B.

179. Chronic congestive heart failure / B. Madsen [et al.] // *Eur. Heart J.* – 1994. – Vol. 15. – P. 303-310.

180. Class and Health. Research and longitudinal data / Ed. by R. Wilkinson. – London: New York: Tavistock, 1986.

181. Cohn, J. N. Prognostic factors affecting diagnosis and treatment of congestive heart failure / J. N. Cohn // *Curr. Probl. Cardiol.* 1989. – November. – P. 631-671.

182. Cohn, J. N. Prognostic factors in heart failure: poverty amidst a wealth of variables / J. N. Cohn // *J. Am Coll. Cardiol.* – 1989. – Vol. 14. – P.571-573.

183. Dans, A. Assessing equity in clinical practice guidelines / A. Dans // *Journal of Clinical Epidemiology.* – 2007. – Vol. 60. – P. 540-546.

184. Depression and acute coronary syndrome, prevalence and significance for survival / C. Sorensen, A. Brandes, J. Thrane et al. // *Eur Heart J.* – 2000. – № 21. – P. 212.

185. Depression is a risk factor for coronary artery disease in men. The precursors study / D. E. Ford [et al.] // *Arch. Intern. Med.* – 1998. – Vol. 158. – P. 1422-1426.

186. Depression, psychotropic medication and risk of myocardial infarction: prospective data from the Baltimore ECA follow-up / L. A. Pratt, L. E. Ford, R. M. Crum et al. // *Circulation.* – 1996. – Vol. 94. – P. 3123-3129.

187. Devereux, R. B. Left ventricular geometry, pathophysiology and prognosis / R. B. Devereux // *J Am Coll Cardiol.* – 1995. – № 25. – P. 885-887.

188. Dohrenwend, B. P. Socioeconomic status (SES) and psychiatric disorders: Are the issues still compelling? / B. P. Dohrenwend // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: Springer*, 1990. – P. 41-47.

189. Dohrenwend, B. P. Social status and psychological disorder: A causal inquiry/ B. P. Dohrenwend, B. S. Dohrenwend. – New York: Wiley, 1969.

190. Dohrenwend, B. P. Socioenvironmental factors, stress, and psychopathology. Part 1: Quasi-experimental evidence on the social causation — social selection issue posed by class differences / B. P. Dohrenwend, B.S. Dohrenwend // *American Journal of Community Psychology.* – 1981. – № 9. – P. 146-159.

191. Dutton, D. B. Social Class, Health, and Illness / D. B. Dutton // *Perspectives in Medical Sociology* / Ed. by Ph. Brown. – Belmont: Wadsworth Publ., 1989. – P. 23-46.

192. Edlund, M. Quality of life: an ideological critique / M. Edlund, L. Tancredi // *Perspectives in Biology and Medicine.* – 1985. – № 85. – P. 591-607.

193. Elkinton, J. Medicine and the quality of life / J. Elkinton // *Annals Int Med.* – 1966. – Vol. 64. – P. 711-804.

194. Engel, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine / G. L. Engel // *Science.* – 1977. – Vol.196. – № 4286. – Apr.8. – P. 129-136.

195. ESH-ESC Guidelines Committee. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension // *J Hypertension* 2007. – V.25. – P. 1105-87.

196. Five-year prospective study of effects of the anxiety and depression in patients with coronary artery disease / M. D. Sullivan, A. Z. LaCroix, J. A. Spectus et al. // *Am J Cardiol.* – 2000. – № 86. – P. 1135-1138.

197. Fletcher, A. E. Quality of life-problems as assessment and measurement / A. E. Fletcher, B. M. Hunt, C. J. Bulpitt // *J. Chron. Dis.* – 1987. – V.40. – P. 557-566.

198. Haan, M. N. Socio-Economy Position and Health: A Review. Human Population Laboratory / M. N. Haan. – California State Dept. of Health, hektogr. Manuskript, 1985.

199. Hemingway, H. Evidence based cardiology: Psychosocial factors in the actiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prespective cogort. studies / H. Hemingway, M. Marmot // *BMJ.* – 1999. – Vol. 318. – P. 1460-1467.

200. Inequalities in Health. The Black Report: The Health Divide / Ed. by P. Townsend, N. Davidson, M. Whitehead. – London: Penguin, 1990. – P. 227.

201. International prevalence, recognition, and treatment of cardiovascular risk factors in out patients with atherothrombosis / D. L. Bhatt, P. G. Steg, E. V.Ohman et al. // *JAMA.* – 2006 – №.295. – C. 180–189.

202. Julian, D .G. Quality of life after myocardial infarction / D. G. Julian // *Am. Heart J.* – 1987. – V.114. – P. 241-244.

203. Katz, S. The Science of quality of life / S. Katz // *J. Chron. Dis.* – 1987. – Vol. 40. – P. 452-463.

204. Koistinen, M. J. Prevalence of asymptomatic myocardial ischaemia in diabetic subjects / M. J. Koistinen // *Br. M. J.* – 1990. – Vol.301. – P. 92-95.
205. Krantz, D. Some cautions for reseach on personality and health / D. Krantz, S. Hedges // *Journal of Personality.* – 1987. – № 55. – P. 351-357.
206. Krauth G. Objective measurement quality of life // *Experientia.* – 1985. – Vol. 41. – P. 402-411.
207. Lack of Correlation between Psychological Factors and Subclinical Coronary Artery Disease / G. Patrick, O'Malley, L. J. David, M. F. Irwin et al. // *The New England J of Med.* – 2000. – № 343. – P. 1298-1304.
208. Langer, A. Pathophysiology and prognostic significance of Hotter-detected ST segment depression after myocardial infarction. The tissue plasminogen activator: Toronto (TPAT) study group / A. Langer, J. Minkowitz, P. Dorian // *Journal Amer. Coll. Cardiol.* – 1992. – Vol.20, № 6. – P. 1313-1317.
209. Lavoie, K. L. The impact of depression on the course and outcome of coronary artery disease: Review for cardiologists / K. L. Lavoie, R. P. Fect // *Can. journal Cardiol.* – 2000. – Vol. 16. – P. 653-662.
210. Left ventricular mass and risk of stroke in an elderly cohort: the Framingham Heart Study / M. Bikkina [et al.] // *JAMA*, 1994. – P. 272.
211. Major depressive disorder in coronary artery disease / R. M. Carney, M. W. Rich, A. Tevelde et al. // *Am J Cardiol.* – 1987. – № 60 (16). – P. 1273-127.
212. Marmot, M. G. Mortality decline and widening social inequalities / M. G. Marmot, M. E. McDowall // *The Lancet.* – 1986. – Aug. 2. – P. 274-276.
213. Mozer, D. K. Is anxiety early at for myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic event / D. K. Mozer, K. Drakur // *Psychosom. Med.* – 1996. – № 58. – P. 395-401.
214. Nestmann, F. Die alltäglichen Helfer. Theorien sozialer Unterstützung und eine Untersuchung alltaeglicher Helfer aus vier Dienstleistungsberufen / F. Nestmann. – Berlin: New York. – 1988. – S. 86.

215. Panic disorder in corona artery disease patients with noncardiac chest pain / R. Flut, G. Dupuis, A. Marchand et al. // *J. Psychosom R.* – 1998. – № 44. – P. 81-90.
216. Patrick, D. L. Assessing health-related quality of life for clinical decision making / D. L. Patrick, P. Erickson // *Psychoter. psychosom.* – 1990. – Vol. 54. – P. 99-109.
217. Pierret, J. The illness experience: state of knowledge and perspectives for research / J. Pierret // *Sociology of health and illness.* – 2003. – Vol. 25. – P. 4-22.
218. Pierret, J. Vivre avec la contamination par le VIH: contexte et conditions de la recherche dans les années quatre-vingt-dix / J. Pierret // *Sciences sociales et santé* – 2001. – Vol. 19, № 3. – P. 5-34.
219. Prospective study of phobic Anxiety and risk of coronary heart disease in men / I. Kawachi, G. A. Colditz, A. Ascherio et al. // *Circulation.* – 1994. – №89: – P. 1992-1997.
220. Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall 11 / A. Stephen, Stasfeld, Rebecca Fuhrer, J. Martin, Shipley et al. // *Study International J of Epidemiol.* – 2002. – № 31. – P. 248-255.
221. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment / R. Fitzpatrick, A. Fletcher, S. Gore S. et al. // *Brit. med. J.* – 1992. – Vol. 305. – P. 1074-1077.
222. Rancher, F. The role of personality and socio-economic status in the stress-illness relation: a longitudinal study European / F. Rancher, R. Sanderman // *Journal of Personality.* – 1991. – № 5. – P. 93-108.
223. Schwarzer, R. Health Psychology / R. Schwarzer, B. Gutierrez-Dona // *International Handbook of Psychology* / Ed. by K. Pawlik, M. Roscnzwcig. - L: SAGE Publications Ltd. – 2000. – P. 452-465.
224. Sigh, B. N. Morbidity and mortality in cardiovascular disorders: impact of reduced heart rate / B. N. Sigh // *J Cardiovasc Pharmacol Therap.* – 2001. – № 6. – C. 313-331.

225. Socioeconomic Status and Health / G.A. Kaplan, M.N. Haan, S.L. Syme et al. // Closing the Gap: The Burden of Unnecessary Illness / Ed. by W.R. Amler, H.B. Dull. - New York, Oxford: Oxford University Press. – 1987. – P. 125-129.

226. Study protokol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life Assessment instrument // Quality of Life Research. – 1993. – № 2. – P. 153-158.

227. Strickland B. Internal-external control expectancies: from contingency to creativity / B. Strickland // American Psychologist. – 1989. – № 44. – P. 1-12.

228. Sutton, G .C. Epidemiologic aspects of heart failure / G. C. Sutton // Am. Heart J. – 1990. – Vol. 120. – P. 1538-1540.

229. Syme, S. L. Social Class, susceptibility and sickness / S. L. Syme, L. F. Berkman // American Journal of Epidemiology. – 1976. – Vol. 104. – № 1. – P. 1-8.

230. The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease / J. Januzzi, T. A. Stern, R. C. Pasternak et al. // Arch. Intern. Med. – 2000. – Vol. 160. – P. 13.

231. The multifactor primary prevention trial in Goteborg, Sweden / L. Wilhelmsen, G. Berlund, D. Elmfeldt, et al. // Eur Heart J. – 1986. – №7. – C. 279-288.

232. The prognosis in the presence of coronary artery disease / R. Califf [et al.] // Congestive heart failure (ed By Braunwald E., Mock B., Watson J.). – New York. – Grune and Stratton. 1982. – P. 31-40.

233. The relationship between cardiac functional capacity and patients' symptomspecific utilities for agina some findings and methodologic lessons / K. Retterstil, M. Stugaard, C. Girbitz et al. // Med. Decis. Makind. – 1996. –Vol. 78. – P. 78-85.

234. The relationship between meeting patients' information, needs and their satisfaction with hospital care and general health status outcomes / C. O.

Larson, E. C. Nelson, D. Gustafson D. et al. // *Int. J. Qual. Hlth Care.* – 1996. – Vol. 8. – P. 447-456.

235. Vyskyt neme ischemie myokarduu nemochnychs vasospastickon as namahovon anginon pectoris / J. Vojacek [et al.] // *Cas. Lek. Ces.* – 1988. – Vol. 127, № 31. – P. 969-972.

236. Waloszezyk, K. *Biopolitics the Bioenveronmenta* – Vol. 7 / K. Waloszezyk // Athence, 1998.

237. Wheaton, B. *The Sociogenesis of Psychological Disorder: Reexamining the Causal Issues with Longitudinal Data* / B. Wheaton // *American Sociological Review.* – 1978. – Vol. 43. – P. 383-403.

238. Wilkinson, R. G. *Socioeconomic differences in mortality: interpreting the data on their size and trends* / R. G. Wilkinson // *Class and Health* / Ed. by R. G. Wilkinson. – London : Tavistock. – 1986. – № 4. – P. 1.

239. Wulsin, L. R. *Do Depressive Symptoms Increase the Risk for the Onset of Coronary Disease? A Systematic Quantitative Review* / L. R. Wulsin, B. M. Singal // *Psychosomatic Med.* – 2003. – № 65 (2). – P. 201-210.

240. Xanthos, R, *Reviewing myocardial silent ischemia: Specific patient subgroups* / R. Xanthos, K. A. Ekmektzoglou, L. Papadimitriou // *Int. J. Cardiol.* – 2007. – P. 1-8.

241. Yelin, E. *Measuring Functional Capacity of Persons with Disabilities in Light of Emerging Demands in the Workplace* / E. Yelin // *NAP.* – 1999. P. 4-31.

242. Zautra, A. Goodhart D. *Quality of life indicators: A review of the literature* / A. Zautra // *Community Mental Health Journal.* – 1979 – 4 (1) – P. 1-10.

**ПРИЛОЖЕНИЕ №1****Опросник ВОЗ КЖ-100<sup>1</sup>**

Дата обследования: «\_\_» \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

Инструкция

Дальнейшие вопросы касаются того, что Вы чувствуете относительно качества жизни, здоровья и других сфер вашей жизни. Если вы не уверены в том, какой ответ выбрать, пожалуйста, выберите один, который кажется наиболее подходящим. Часто это может быть ваша первая реакция на вопрос.

Пожалуйста, имейте в виду Ваши основные нормы, надежды, удовольствия и заботы. В данном разделе вопросника мы просим вас оценивать вашу жизнь в **ПОСЛЕДНИЕ ДВЕ НЕДЕЛИ**.

Например, имея в виду последние две недели, Вы отвечаете на вопрос:

Насколько сильно Вы беспокоитесь о своем здоровье?

1	2	3	4	5
совсем не беспокоюсь	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

Вы должны обвести кружком номер того ответа, который наилучшим образом описывает степень вашей обеспокоенности здоровьем **ЗА ПОСЛЕДНИЕ ДВЕ НЕДЕЛИ**. Таким образом, вы должны обвести кружком цифру 4, если вы были «относительно сильно» обеспокоены своим здоровьем, или цифру 1, если вы «совсем не беспокоились» о своем здоровье.

*Приложения 1 и 2*

Пожалуйста, прочитайте каждый вопрос, оцените свои чувства и обведите кружком номер наиболее подходящего ответа.

Следующие ниже вопросы спрашивают о том, **КАК МНОГО** определенных вещей (например, положительных эмоций, таких как счастье или удовольствие) Вы испытали за последние 2 недели. Если Вы испытали их чрезвычайно много, то обведите кружком тот номер, который соответствует утверждению «предельно много» в шкале, следующей после вопроса. Если Вы совсем не испытывали этих вещей, обведите номер, соответствующий утверждению «совсем нет». Если вы хотите, чтобы ваш ответ был где-то между «совсем нет» и «предельно много», обведите один из номеров, соответствующий подходящему утверждению между ними. Вопросы относятся к последним двум неделям.

**F1.2** Беспокоитесь ли вы по поводу физических болей или дискомфорта?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

**F1.3** Насколько вам трудно справиться с болью или дискомфортом?

1	2	3	4	5
предельно легко	относительно легко	средне	относительно трудно	предельно трудно

**F1.4** В какой степени вы чувствуете, что боль препятствует выполнению того, что вам нужно делать?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

**F2.2** Насколько легко вы утомляемы?

<sup>1</sup> «Диагностика здоровья» Психологический практикум под ред. Г.С. Никифорова. СПб «Речь» 2007 – с. 454 – 484.

1	2	3	4	5
предельно трудно	относительно трудно	средне	относительно легко	предельно легко

F2.4 Насколько сильно вас беспокоит усталость?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F3.2 Имеются ли у вас какие-либо трудности со сном?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

F3.4 Как сильно вас беспокоят проблемы сна?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F4.1 Насколько сильно вы наслаждаетесь жизнью?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F4.3 Насколько оптимистично вы ощущаете свое будущее?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F4.4 Как много положительных чувств вы испытываете в жизни?

1	2	3	4	5
совсем не испытываю	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

F5.3 Насколько хорошо вы можете концентрировать свое внимание?

1	2	3	4	5
совсем не могу	относительно плохо	средне	относительно хорошо	предельно хорошо

F6.1 Насколько высоко Вы цените себя?

1	2	3	4	5
совсем низко	относительно низко	средне	относительно высоко	предельно высоко

F6.2 Насколько вы уверены в себе?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F7.2 Чувствуете ли вы себя подавленным из-за того, как вы выглядите?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F7.3 Есть ли что-либо в вашей внешности, что вызывало бы у вас чувство дискомфорта?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

F8.2 Насколько обеспокоенным вы себя чувствуете?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F8.3 Насколько сильно чувства печали и депрессии влияют на вашу повседневную деятельность?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F8.4 Как сильно вас беспокоят депрессивные чувства?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F10.2 Насколько вам трудно выполнять повседневные дела?

1	2	3	4	5
предельно легко	относительно легко	средне	относительно трудно	предельно трудно

F10.4 Насколько сильно вы обеспокоены какими-либо ограничениями в выполнении повседневных дел?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F11.2 Насколько сильно вы нуждаетесь в использовании каких-либо лекарств для нормального функционирования в вашей повседневной жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F11.3 Насколько сильно вы нуждаетесь в каком-либо медицинском лечении для нормального функционирования в повседневной жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F11.4 Насколько сильно качество вашей жизни зависит от использования лекарственных веществ и медицинской помощи?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F13.1 Насколько сильно вы чувствуете себя одиноким в жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F15.2 В какой степени удовлетворяются ваши сексуальные потребности?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F15.4 Беспокоят ли вас какие-либо трудности в сексуальной жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F16.1 Насколько безопасно вы себя чувствуете в повседневной жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	когда как	в основном да	да, вполне

F16.2 Чувствуете ли вы, что живете в безопасном и защищенном окружении?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	когда как	в основном да	да, вполне

F16.3 Насколько сильно вы беспокоитесь о своей безопасности и защищенности?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F17.1 Насколько комфортно ваше жилье (место проживания)?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	в какой-то мере да, в какой-то - нет	в основном да	да, вполне

F17.4 Насколько вам нравится жить там, где вы живете?

1	2	3	4	5
совсем не нравится	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F18.2 Есть ли у вас финансовые трудности?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

F18.4 В какой степени вы беспокоитесь о деньгах?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F19.1 Насколько легко вы можете получать качественную медицинскую помощь?

1	2	3	4	5
предельно трудно	относительно трудно	средне	относительно легко	предельно легко

F21.3 В какой мере вы получаете наслаждение от проведения своего свободного времени?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F22.1 Насколько здоровым является ваше физическое окружение (среда)?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	в какой-то мере да, в какой-то - нет	в основном да	да, вполне

F22.2 В какой мере вас беспокоит шум в районе вашего проживания?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F23.2 Много ли у вас проблем с транспортом?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

F23.4 Как сильно затруднения с транспортом ограничивают вашу жизнь?

1	2	3	4	5
совсем не ограничивают	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

Следующие ниже вопросы спрашивают о том, НАСКОЛЬКО ПОЛНО вы испытываете или чувствуете себя способным делать определенные вещи в последние 2 недели, например, свои повседневные дела, такие как умывание, одевание или еда. Если вы были способны в полной мере осуществлять их, то обведите кружком номер, соответствующий утверждению «да, вполне». Если вы совсем не были способны делать

их, обведите номер, соответствующий утверждению «совсем нет». Если вы хотите, чтобы ваш ответ был где-то между «совсем нет» и «да, вполне», обведите один из номеров, соответствующий подходящему утверждению между ними. Помните, что все вопросы относятся к последним двум неделям.

F2.1 Достаточно ли у вас энергии для повседневной жизни?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном недостаточно	когда как	В основном достаточно	Вполне достаточно

F7.1 Способны ли вы принимать то, как вы выглядите?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	когда как	В основном да	Да, вполне

F10.1 В какой степени вы способны справляться с повседневными делами?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	когда как	В основном да	Да, вполне

F11.1 Насколько вы зависите от лекарств?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	когда как	В основном да	Да, полностью

F14.1 Получаете ли вы какую-нибудь поддержку от других, когда вам это нужно

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	когда как	В основном да	Да, вполне

F14.2 В какой мере вы можете рассчитывать на своих друзей в случае нужды в них?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	когда как	В основном да	Да, вполне

F17.2 Насколько качество вашего жилья соответствует вашим потребностям?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	когда как	В основном да	Да, вполне

F18.1 Достаточно ли у вас денег для удовлетворения своих потребностей?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном недостаточно	когда как	В основном достаточно	Вполне достаточно

F20.1 Насколько доступна для вас необходимая вам в вашей повседневной жизни информация?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	В какой-то мере да, в какой-то - нет	В основном да	Да, вполне

F20.2 В какой мере вы обладаете возможностями получать информацию, в которой чувствуете необходимость?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	В какой-то мере да, в какой-то - нет	В основном да	Да, вполне

F21.1 Обладаете ли вы возможностями для отдыха и развлечений?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	В какой-то мере да, в какой-то - нет	В основном да	Да, вполне

F21.2 Способны ли вы расслабиться и получить удовольствие?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	В какой-то мере да, в какой-то -	В основном да	Да, вполне

		нет		
F23.1 Обеспечены ли вы необходимыми вам транспортными средствами?				
1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	В какой-то мере да, в какой-то - нет	В основном да	Да, вполне

Следующие ниже вопросы спрашивают о том, НАСКОЛЬКО УДОВЛЕТВОРЕННЫ, ДОВОЛЬНЫ ИЛИ СЧАСТЛИВЫ вы были в последние две недели различными аспектами своей жизни, например, своей семейной жизнью или той энергией, которой вы обладаете. Решите, в какой степени вы удовлетворены каждым из аспектов вашей жизни, и обведите кружком тот номер, который лучше всего подходит к тому, что вы чувствуете. Вопросы относятся к последним двум неделям.

G2 Насколько вы удовлетворены качеством своей жизни?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

G3 В целом насколько вы удовлетворены своей жизнью?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

G4 Насколько вы удовлетворены своим здоровьем?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F2.3 Насколько вы удовлетворены той энергией, которой обладаете?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F3.3 Насколько вы удовлетворены своим сном?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F5.2 Насколько вы удовлетворены своей способностью усваивать новое?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F5.4 Насколько вы удовлетворены своей способностью принимать решения?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F6.3 Насколько вы удовлетворены собой?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F6.4 Насколько вы удовлетворены своими способностями?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F7.4 Насколько вы удовлетворены тем, как выглядит ваше тело?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен
-------------------------	-------------------------------	---------------	----------------------------	------------------------

F10.3 Насколько вы удовлетворены своей способностью выполнять свои повседневные дела?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F13.3 Насколько вы удовлетворены своими личными взаимоотношениями?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F15.3 Насколько вы удовлетворены своей сексуальной жизнью?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F14.3 Насколько вы удовлетворены той поддержкой, которую получаете от членов семьи?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F14.4 Насколько вы удовлетворены той поддержкой, которую получаете от друзей?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F13.4 Насколько вы удовлетворены своей способностью обеспечивать или поддерживать других людей?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F16.4 Насколько вы удовлетворены уровнем своей физической безопасности и защищенности?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F17.3 Насколько вы удовлетворены условиями в своем доме (месте, где вы постоянно живете)?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F18.3 Насколько вы удовлетворены своим финансовым положением?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F19.3 Насколько вы удовлетворены доступностью для вас медицинского обслуживания?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F19.4 Насколько вы удовлетворены службой социального обеспечения?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F20.3 Насколько вы удовлетворены имеющимися у вас возможностями для приобретения новых умений и навыков?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F20.4 Насколько вы удовлетворены имеющимися у вас возможностями узнавать новую информацию?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F21.4 Насколько вас удовлетворяет ваша деятельность в свободное время?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F22.3 Насколько вы удовлетворены физическими характеристиками окружающей вас среды (такими, как загрязненность, зашумленность, красота или привлекательность)?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F22.4 Насколько вы удовлетворены климатом в месте своего проживания?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F23.3 Насколько вы удовлетворены имеющимся в вашем распоряжении транспортом?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F13.2 Чувствуете ли вы себя счастливым от общения с членами своей семьи?

1	2	3	4	5
очень несчастлив	в основном несчастлив	ни да, ни нет	в основном счастлив	вполне счастлив

G1 Как вы оцениваете свое качество жизни?

1	2	3	4	5
очень плохое	в основном плохое	ни плохое, ни хорошее	в основном хорошее	вполне хорошее

F15.1 Как вы оцениваете вашу сексуальную жизнь?

1	2	3	4	5
очень низко	в основном низко	ни низко, ни высоко	в основном высоко	очень высоко

F3.1 Как хорошо вы спите?

1	2	3	4	5
очень плохо	в основном плохо	ни плохо, ни хорошо	в основном хорошо	очень хорошо

F5.1 Как вы оцениваете свою память?

1	2	3	4	5
очень низко	в основном низко	ни низко, ни высоко	в основном высоко	очень высоко

F19.2 Как вы оцениваете качество доступной вам социальной помощи?

1	2	3	4	5
очень плохое	в основном плохое	ни плохое, ни хорошее	в основном хорошее	вполне хорошее

Следующие вопросы определяют, КАК ЧАСТО вы испытываете определенные вещи, например, поддержку со стороны семьи или друзей, или негативные вещи, такие как чувство небезопасности. Если вы не испытывали их совсем в течение последних двух недель, выберите ответ «никогда». Если испытывали, решите, насколько часто это было, и выберите соответствующий номер. Так, например, если в течение последних двух недель вы все время испытывали боль, то выберите номер, соответствующий ответу «всегда», и обведите его. Все вопросы относятся к последним двум неделям.

F1.1 Как часто вы испытываете боль?

1	2	3	4	5
никогда	довольно редко	ни часто, ни редко	довольно часто	всегда

F4.2 Чувствуете ли вы себя в целом довольным жизнью?

1	2	3	4	5
никогда	довольно редко	ни часто, ни редко	довольно часто	всегда

F8.1 Как часто вы испытываете негативные чувства, такие как плохое настроение, отчаяние, тревога и депрессия?

1	2	3	4	5
никогда	довольно редко	ни часто, ни редко	довольно часто	всегда

Следующие ниже вопросы относятся к той РАБОТЕ, которую вы выполняете. Слово «работа» здесь означает любую важную деятельность, которой вы занимаетесь, иначе говоря, ваше основное занятие. Это включает добровольную работу, дневное обучение, заботу о доме, уход за детьми, оплачиваемую или неоплачиваемую работу. Таким образом, «работа» здесь означает ту деятельность, которая, по вашим ощущениям, отнимает большую часть вашего времени и энергии. Вопросы относятся к последним двум неделям.

F12.1 Можете ли вы работать?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном не могу	когда как	в основном могу	да, вполне

F12.2 Чувствуете ли вы себя способным выполнять свои обязанности?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном недостаточно	когда как	в основном достаточно	вполне достаточно

F12.4 Насколько вы удовлетворены своей способностью работать?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F12.3 Как вы оцените свою способность работать?

1	2	3	4	5
очень низкая	в основном низкая	средняя	в основном высокая	очень высокая

Следующие несколько вопросов спрашивают о том, НАСКОЛЬКО ХОРОШО ВЫ СПОСОБНЫ ПЕРЕДВИГАТЬСЯ (например, в пределах своей квартиры, или своего дома, или вокруг дома во дворе и т. п.) в последние две недели. Это относится к вашей физической способности перемещать свое тело так, что это позволяет вам делать то, что вы хотите делать, а также то, что вам необходимо делать.

F9.1 Как хорошо вы способны передвигаться?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно	средне	относительно	предельно

	плохо		хорошо	хорошо
--	-------	--	--------	--------

F9.3 Насколько сильно трудности при передвижении досаждают вам?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F9.4 Насколько сильно трудности при передвижении влияют на характер вашей жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F9.2 Насколько вы удовлетворены своей способностью передвигаться?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

Следующие вопросы связаны с ВАШИМИ ЛИЧНЫМИ УБЕЖДЕНИЯМИ и тем, как они влияют на вашу жизнь. Эти вопросы относятся к религии, духовности или любым другим убеждениям, которых вы можете придерживаться. Эти вопросы также относятся к последним двум неделям.

F24.1 Вносят ли ваши личные убеждения (мировоззрение) смысл в вашу жизнь?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F24.2 В какой мере вы чувствуете, что ваша жизнь имеет смысл?

1	2	3	4	5
совсем не чувствую	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F24.3 Придают ли вам ваши личные убеждения (мировоззрение) силы противостоять трудностям?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F24.4 Помогают ли вам ваши личные убеждения понимать жизненные трудности?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

Следующие вопросы спрашивают о том, НАСКОЛЬКО ВАЖНЫ для вас различные аспекты вашей жизни. Мы спрашиваем, что вы думаете о том, как сильно они влияют на качество вашей жизни. Например, один вопрос – о том, насколько важен для вас сон. Если сон не важен для вас, обведите кружком тот номер, который соответствует утверждению «не важно». Если сон «весьма важен» для вас, но не является «предельно важным», вам надо обвести номер, соответствующий утверждению «весьма важно». В отличие от предыдущих вопросов, эти вопросы относятся НЕ ТОЛЬКО к последним двум неделям.

ImpG.1 Насколько важно для вас ваше общее качество жизни?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

ImpG.2 Насколько важно для вас ваше здоровье?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Impl.1 Насколько важно для вас быть свободным от любой боли?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp2.1 Насколько важно для вас иметь жизненную энергию?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp3.1 Насколько важен для вас сон, приносящий отдых?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp4.1 Насколько важно для вас ощущать счастье и наслаждение от жизни?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp4.2 Насколько важно для вас ощущать удовольствие?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp4.3 Насколько важно для вас ощущать надежду?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp5.1 Насколько важна для вас способность усваивать и помнить важную информацию?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp5.2 Насколько важна для вас способность разбираться с ежедневными проблемами и принимать решения?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp5.3 Насколько для вас важна способность к концентрации внимания?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp6.1 Насколько важно для вас иметь положительную оценку себя?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp7.1 Насколько важно для вас представление о своем теле и внешности?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp8.1 Насколько важно для вас быть свободным от негативных чувств (печаль, депрессия, тревога, беспокойство и т.п.)?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp9.1 Насколько важно для вас иметь способность передвигаться?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно
----------	------------	-------	--------------	-----------------

Imp10.1 Насколько важно для вас быть способным выполнять повседневную деятельность (умывание, одевание, приготовление пищи и т.п.)

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp11.1 Насколько важно для вас быть свободным от зависимости от лекарств и лечения?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp12.1 Насколько важна для вас ваша способность работать?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 13.1 Насколько для вас важны взаимоотношения с другими людьми?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 14.1 Насколько важна для вас поддержка окружающих?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 15.1 Насколько важна для вас ваша сексуальная жизнь?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 16.1 Насколько важно для вас чувство физической безопасности и защищенности?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 17.1 Насколько важны для вас домашние условия?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp1 8.1 Насколько важны для вас ваши финансовые ресурсы?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp19.1 Насколько важно для вас иметь возможность получить необходимую вам медицинскую помощь?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp19.2 Насколько важно для вас иметь возможность получить необходимую вам социальную помощь?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp20.1 Насколько важна для вас возможность получать новую информацию или знания?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно
----------	------------	-------	--------------	-----------------

Imp20.2 Насколько важна для вас возможность получать новые навыки?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp21.1 Насколько важен для вас отдых или досуг?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp22.1 Насколько важны для вас окружающая вас среда (загрязнение, шум, климат, привлекательность)?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp23.1 Насколько важна для вас адекватная работа транспорта в повседневной жизни?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp24.1 Насколько важны для вас ваши личные убеждения?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

#### Информация о Вас

POL \* Пожалуйста, укажите ваш пол (обведите нужный номер справа)

- мужской – 1
- женский – 2

V0ZR1 \* Когда Вы родились? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(ДЕНЬ МЕСЯЦ ГОД)

V0ZR2 \* Вам на сегодня \_\_\_\_\_ полных лет

0BR2 \* Уровень Вашего образования (обведите нужное):

неоконченное среднее (менее 10 кл.) .....1

среднее специальное (закончил техникум, колледж) .....3

незаконченное высшее (не менее 3 курсов вуза).....4

SEMP1 \* Ваше семейное положение в настоящее время (обведите нужное):

состою в незарегистрированном браке .....3

разъехался(лась) с супругом(ой) .....4

PROF Ваша профессия (основной род занятий) в настоящее время: \_\_

DEN Учитывая все источники дохода, каков в среднем Ваш ежемесячный доход?  
\_\_\_\_ руб.

CHILD FxTb ли у Вас дети?

нет .....1

да, один ребенок .....2

двое детей .....3

трое детей или более .....4

G1.2 Ваше здоровье?

1	2	3	4	5
очень плохое	в основном хорошее	ни плохое, ни хорошее	в основном хорошее	очень хорошее

ZD0R1 Больны ли Вы в настоящий момент? (обведите нужное)

нет–1

да–2

ZD0R2 Если ДА, то чем именно? (пожалуйста, напишите):

---



---



---



---



---

IN V1 Есть ли у Вас инвалидность? (обведите нужное)

нет–1

да–2

1NV2 Если ДА, то какой группы? (напишите) \_\_\_\_\_

*Внимание, вопрос для всех*

VOL3 Пожалуйста, укажите, какое лечение Вы получали в последние две недели:

- стационарное (в режиме круглосуточного стационара, с отпуском по выходным дням либо без отпуска) .....1
- лечение в режиме дневного стационара, то есть проводил в стационаре только дневное время (не менее 4 дней в неделю) .....2
- лечение с режимом частичной госпитализации, т.е. посещал стационар не более 3 дней в неделю).....3
- я проводил в стационаре только вечер и ночь (не менее 4 раз в неделю).....4
- я получал амбулаторное лечение (включая любое из следующего: посещение или телефонная консультация с врачом, прием прописанных врачом медикаментов, выполнение рекомендованных врачом процедур, таких как массаж, инъекции, физиотерапия и т. п.).....5
- я чувствовал себя больным, но не получал никакого лечения.....6
- я здоров и не получал никакого лечения.....7
- я получал только альтернативное лечение (у специалистов по нетрадиционной медицине или у лиц, не имеющих обычного медицинского образования, таких как экстрасенсы, знахари и т. п.) .....8

БЛАГОДАРИМ ЗА ПОМОЩЬ!

## ПРИЛОЖЕНИЕ №2

Таблица 1

## Клинически здоровые респонденты: работающие и безработные

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12
<b>Медиана 1</b>	14,00	14,50	16,00	15,00	16,00	16,00	15,00	13,00	19,00	16,00	18,50	19,00
<b>Медиана 2</b>	17,00	14,00	15,00	12,50	16,00	15,50	15,00	10,00	19,00	15,00	17,00	16,50
<b>КМУ</b>	,001	,491	,289	,000	,552	,421	,613	,003	,935	,306	,335	,538
	F13	F14	F15	F16	F17	F18	F19	F20	F21	F22	F23	F24
<b>Медиана 1</b>	17,00	17,00	16,00	15,00	15,50	12,00	12,50	16,00	14,50	14,00	15,00	16,00
<b>Медиана 2</b>	15,00	16,00	13,50	13,00	14,00	9,00	12,00	15,00	13,00	12,00	12,00	15,50
<b>КМУ</b>	,005	,226	,018	,004	,030	,001	,859	,065	,029	,007	,012	,056

	G	ФизС	ПсиС	УрНз	СоцО	ОкрС
<b>Медиана 1</b>	15,00	15,167	14,800	17,250	16,500	13,375
<b>Медиана 2</b>	13,00	16,000	13,300	16,750	15,000	12,438
<b>КМУ</b>	,005	,178	,013	,497	,010	,003

Таблица 2

## Клинически здоровые респонденты и больные ИБС

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12
<b>Медиана 1</b>	15,50	14,00	16,00	14,00	16,00	16,00	15,00	12,00	19,00	15,00	17,00	18,50
<b>Медиана 2</b>	5,00	12,0	12,0	12,0	16,0	14,0	14,0	13,0	12,0	12,0	12,0	10,0
<b>КМУ</b>	,000	,000	,000	,001	,306	,000	,000	,009	,000	,000	,000	,000
	F13	F14	F15	F16	F17	F18	F19	F20	F21	F22	F23	F24
<b>Медиана 1</b>	16,00	16,00	14,00	14,00	15,00	10,00	12,00	15,50	14,00	13,0	12,5	16,00
<b>Медиана 2</b>	12,0	15,0	16,0	13,0	12,0	15,0	12,0	14,0	10,0	13,0	14,0	14,0
<b>КМУ</b>	,000	,001	,000	,164	,000	,000	,013	,000	,000	,536	,348	,000

	G	ФизС	ПсиС	УрНз	СоцО	ОкрС
--	---	------	------	------	------	------

<b>Медиана 1</b>	14,00	15,33	14,10	17,25	15,5	<b>13,13</b>
<b>Медиана 2</b>	13,0	14,0	12,33	13,60	12,0	<b>14,67</b>
<b>КМУ</b>	,844	,003	,000	,000	,000	,000

Таблица 3

**Здоровые работающие респонденты и больные ИБС**

	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>	<b>F4</b>	<b>F5</b>	<b>F6</b>	<b>F7</b>	<b>F8</b>	<b>F9</b>	<b>F10</b>	<b>F11</b>	<b>F12</b>
<b>Медиана 1</b>	14,50	14,50	16,0	15,0	16,0	16,0	15,0	13,0	19,0	16,0	18,50	19,0
<b>Медиана 2</b>	5,0	12,0	12,0	12,0	16,0	14,0	14,0	13,0	12,0	12,0	12,0	10,0
<b>КМУ</b>	,000	,000	,000	,000	,723	,000	,003	,831	,000	,000	,000	,000
	<b>F13</b>	<b>F14</b>	<b>F15</b>	<b>F16</b>	<b>F17</b>	<b>F18</b>	<b>F19</b>	<b>F20</b>	<b>F21</b>	<b>F22</b>	<b>F23</b>	<b>F24</b>
<b>Медиана 1</b>	17,0	17,0	16,0	15,0	15,50	12,0	12,5	16,0	14,5	14,0	15,0	16,0
<b>Медиана 2</b>	12,0	15,0	16,0	13,0	12,0	15,0	12,0	14,0	10,0	13,0	14,0	14,0
<b>КМУ</b>	,000	,002	,573	,002	,000	,000	,063	,000	,000	,036	,145	,000

	<b>G</b>	<b>ФизС</b>	<b>ПсиС</b>	<b>УрНз</b>	<b>СоцО</b>	<b>ОкрС</b>
<b>Медиана 1</b>	15,0	15,17	14,8	17,25	16,50	13,375
<b>Медиана 2</b>	13,0	14,0	12,33	13,60	12,0	14,67
<b>КМУ</b>	,051	,276	,000	,000	,000	,159

Таблица 4

**Здоровые безработные респонденты и больные ИБС**

	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>	<b>F4</b>	<b>F5</b>	<b>F6</b>	<b>F7</b>	<b>F8</b>	<b>F9</b>	<b>F10</b>	<b>F11</b>	<b>F12</b>
<b>Медиана 1</b>	17,00	14,00	15,00	12,50	16,00	15,5	15,0	10,0	19,0	15,0	17,0	16,5
<b>Медиана 2</b>	5,0	12,0	12,0	12,0	16,0	14,0	14,0	13,0	12,0	12,0	12,0	10,0
<b>КМУ</b>	,000	,000	,000	,781	,251	,000	,003	,000	,000	,001	,000	,000
	<b>F13</b>	<b>F14</b>	<b>F15</b>	<b>F16</b>	<b>F17</b>	<b>F18</b>	<b>F19</b>	<b>F20</b>	<b>F21</b>	<b>F22</b>	<b>F23</b>	<b>F24</b>
<b>Медиана 1</b>	15,0	16,0	13,5	13,0	14,0	9,0	12,0	15,0	13,0	12,0	12,0	15,5
<b>Медиана 2</b>	12,0	15,0	16,0	13,0	12,0	15,0	12,0	14,0	10,0	13,0	14,0	14,0
<b>КМУ</b>	,001	,034	,000	,437	,275	,000	,061	,005	,000	,311	,008	,008

	<b>G</b>	<b>ФизС</b>	<b>ПсиС</b>	<b>УрНз</b>	<b>СоцО</b>	<b>ОкрС</b>
--	----------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

<b>Медиана 1</b>	13,0	16,0	13,3	16,75	15,0	12,44
<b>Медиана 2</b>	13,0	14,0	12,33	13,60	12,0	14,67
<b>КМУ</b>	,040	,001	,000	,000	,000	,000