



"THE INFLUENCE OF MEDICO-SOCIAL FACTORS ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE"

¹Kadomtseva Larisa Viktorovna

Tashkent Pediatric Medical Institute,
larisa_kadomceva@mail.ru

²Mirzakarimova Farida Rustamovna

Tashkent Pediatric Medical Institute, rustamovnafarida@gmail.com

³Polikarpova Natalia Vladimirovna

Tashkent Pediatric Medical Institute
nataliapolikarpova11@gmail.com

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14233195>

ARTICLE INFO

Received: 23th November 2024

Accepted: 27th November 2024

Online: 28th November 2024

KEYWORDS

Cardiovascular diseases, quality of life, social factors, medico-social aspects, lifestyle, risk factors, life expectancy.

ABSTRACT

This paper examines the impact of medico-social factors on the quality of life of patients with ischemic heart disease (IHD). IHD is one of the most common cardiovascular diseases, and its consequences significantly affect the physical, emotional, and social well-being of patients. The study aims to analyze such medico-social factors as access to healthcare, education level, social support, economic status, and psycho-emotional state. Surveys and interviews were conducted with patients, which allowed for the identification of key aspects influencing their quality of life. The results show that insufficient access to medical services and low levels of social support negatively affect the health status and overall quality of life of patients with IHD.

"ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА"

¹Кадо́мцева Ла́риса Викто́ровна

Ташкентский педиатрический медицинский институт
larisa_kadomceva@mail.ru

²Мирзакари́мова Фа́рида Ру́стамовна

Ташкентский педиатрический медицинский институт
rustamovnafarida@gmail.com

³Поликарпова Ната́лия Влади́мировна

Ташкентский педиатрический медицинский институт
nataliapolikarpova11@gmail.com

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14233195>

ARTICLE INFO

Received: 23th November 2024

Accepted: 27th November 2024

Online: 28th November 2024

KEYWORDS

Сердечно-сосудистые

ABSTRACT

В данной работе рассматривается влияние медико-социальных факторов на качество жизни пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС). ИБС является одной из наиболее распространенных



заболевания, качество жизни, социальные факторы, медико-социальные аспекты, образ жизни, факторы риска, продолжительность жизни.

сердечно-сосудистых заболеваний, и ее последствия значительно влияют на физическое, эмоциональное и социальное благополучие пациентов. Исследование направлено на анализ таких медико-социальных факторов, как доступ к медицинскому обслуживанию, уровень образования, социальная поддержка, экономическое положение и психоэмоциональное состояние. В ходе исследования были проведены опросы и интервью с пациентами, что позволило выявить ключевые аспекты, влияющие на их качество жизни. Результаты показывают, что недостаточный доступ к медицинским услугам и низкий уровень социальной поддержки негативно сказываются на состоянии здоровья и общем качестве жизни пациентов с ИБС.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает важное положение благодаря своей медицинской и социальной значимости и влиянию на общую заболеваемость, трудоспособность и инвалидность в странах мира [1, 2]. Любую патологию можно рассматривать как с точки зрения медицинской необходимости, так и с точки зрения ее социальной значимости. В этом контексте сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смертности и приводят к различным ограничениям в жизни. [3] Социологические исследования показывают, что такие факторы, как экономический статус, уровень образования, жилая площадь, доход, качество питания, отсутствие вредных привычек и доступ к профессиональной медицинской помощи, оказывают существенное влияние на здоровье человека. Следует отметить, что медицинские и социальные аспекты в основном рассматривают поведение человека и сочетают в себе демографические, генетические и экологические факторы [5]. Мужчины подвергаются более высокому риску развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В возрасте 50-55 лет у мужчин чаще развивается стенокардия, чем у женщин, что связано с более частым курением и употреблением алкоголя, а также с гормональными особенностями женщин. После менопаузы заболеваемость у женщин сравнима с таковой у мужчин. Риск сердечно-сосудистых заболеваний увеличивается у мужчин после 45 лет и у женщин после 55 лет [6]. Также важно учитывать семейную предрасположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям. Наследственность играет важную роль в развитии ишемической болезни сердца: люди, родители или близкие родственники которых больны этим заболеванием, имеют значительно повышенный риск его развития. Для людей с сильным семейным анамнезом относительный риск может достигать 55-кратного значения, особенно если у родителя или другого члена семьи заболевание развилось в возрасте до 5 лет.

Генетические факторы могут способствовать развитию определенного поведения, которое может привести к повышению кровяного давления. Диабет,



ожирение и болезни сердца. [7] Большинство медицинских и социальных аспектов связаны с образом жизни. Около 60% населения трудоспособного возраста нашей страны нуждается как минимум в правильном питании, а 15-20% - в медикаментозном лечении. Между тем, 75% случаев смерти от ишемической болезни сердца (ИБС) в мире происходят в странах с низким и средним уровнем дохода. Среди работающих женщин старше 55 лет и мужчин старше 60 лет основными причинами продолжения работы после достижения пенсионного возраста являются плохие экономические условия, желание продолжать работать и отсутствие опыта работы для получения пенсии. Финансовые интересы играют важную роль: 87,9% людей продолжают работать из-за финансовых трудностей. Желание обеспечить достаточный семейный бюджет и поддержать семью и взрослых детей также часто упоминалось в качестве важных мотивов. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний снижает продолжительность жизни на 4,6 года среди людей с низким уровнем образования по сравнению с людьми с высшим образованием. Некоторые исследователи полагают, что эти различия связаны с тем, что люди с более высоким уровнем образования и более высоким социально-экономическим статусом ведут более здоровый образ жизни и реже страдают от таких факторов риска, как высокое кровяное давление, избыточный вес, курение и употребление алкоголя.

Существует множество эпидемиологических исследований, посвященных влиянию курения на заболеваемость и смертность от ишемической болезни сердца (ИБС). Результаты показывают, что в среднем продолжительность жизни курильщиков сокращается на 20 лет, а риск внезапной смерти увеличивается в 5 раз. Р.Г. По словам Оганова, среди мужчин в возрасте от 1 года до 40 лет, выкуривающих более 1 сигареты в день, все участники исследования умерли через 20 лет, но только 50% некурящих умирают. Внезапная смерть наблюдается у курильщиков в 5 раз чаще, чем у тех, кто не курит. Связь между алкоголизмом и развитием ишемической болезни сердца и других неинфекционных заболеваний хорошо известна. Чрезмерное употребление алкоголя негативно влияет на сердечно-сосудистую систему и другие органы. Люди, употребляющие алкоголь в больших количествах, подвержены гипертонии и электрической нестабильности сердечной мышцы, что может вызвать аритмии. Алкоголь также повреждает почки, печень и нервную систему, нарушает питание и приводит к дефициту витаминов группы В. Кроме того, алкоголь влияет на психическое здоровье и социальный статус. Чрезмерное употребление алкоголя увеличивает общую смертность и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, особенно от инсульта.

Учитывая необходимость ежедневного питания и его важность для функционирования организма, важно знать оптимальную диету и придерживаться ее. Высококалорийная диета, в которой преобладают животные жиры, оказалась важным фактором риска развития атеросклероза. Такой тип питания способствует ожирению и нарушению углеводного и липидного обмена, что является основой ишемической болезни сердца (ИБС). Многочисленные эпидемиологические исследования подтвердили, что уровень общего холестерина и холестерина липопротеидов низкой плотности в плазме крови связан с риском развития ишемической болезни сердца.



Полное обследование на предмет нарушений липидного обмена является необходимым условием эффективной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), которые влияют на прогноз жизни, работоспособность и физическую активность пожилых людей в экономически развитых странах. Для снижения риска сердечно-сосудистых осложнений важно поддерживать целевое артериальное давление ниже 140/90 мм рт.ст. Активное выявление и регулярное лечение артериальной гипертензии (АГ) может снизить смертность от ишемической болезни сердца.

У людей с избыточным весом система кровообращения подвергается дополнительной нагрузке, поскольку необходимо обеспечить кровоснабжение жировой ткани. Поэтому обхват тела более 80 см у женщин и 94 см у мужчин является неблагоприятным признаком для течения сердечно-сосудистых заболеваний. Люди с ишемической болезнью сердца или инфарктом миокарда должны следить за своим весом, чтобы не набирать его, и принимать меры по снижению веса, если они страдают ожирением. Недостаточная физическая активность также является важной медицинской и социальной проблемой. Физическая активность способствует снижению массы тела, артериального давления, улучшению метаболизма глюкозы и снижению уровня атеросклеротических липидов. Физическая практика играет важную роль во вторичной профилактике ишемической болезни сердца, нормализует липидный обмен, положительно влияет на состояние коронарных артерий, замедляет прогрессирование атеросклероза и даже способствует его обратному развитию. Сахарный диабет является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) как у мужчин, так и у женщин. Риск сердечно-сосудистых осложнений и смертности при сахарном диабете в 2-5 раз выше, чем в общей популяции, даже при отсутствии традиционных факторов риска, таких как гипертония и курение. Наличие сахарного диабета 2 типа значительно ухудшает течение ишемической болезни сердца (ИБС), как на острой, так и на поздних стадиях инфаркта миокарда. Соблюдение диеты и следование рекомендациям эндокринолога, тщательный контроль уровня сахара в крови позволяют значительно улучшить состояние диабетиков и снизить вероятность осложнений, в том числе сердечно-сосудистых катастроф.

Повышенный психосоциальный стресс сопровождается повышенным эмоциональным напряжением и тревожностью, которые могут усиливаться при посттравматических, острых и хронических соматических заболеваниях, а также при нервно-психических расстройствах. Таким образом, уровень тревожности может служить своеобразным маркером хронического психологического стресса. В последние годы активно изучаются такие показатели, как качество жизни (QOL), позволяющие оценить состояние пациента не только с точки зрения заболевания, но и в более широком контексте. Качество жизни может быть важным показателем эффективности медицинской системы и результативности лечения, поскольку оно учитывает не только тяжесть заболевания, но и то, как пациент воспринимает свое состояние и качество медицинской помощи. Показатели качества жизни (QOL) могут не только дополнять традиционные показатели, такие как заболеваемость и смертность, но и



служить инструментом для оценки состояния здоровья населения и эффективности деятельности организации, а также для более глубокого анализа функционирования медицинских учреждений. Оценка качества жизни, изучение ее сущности и накопление научной информации по этому вопросу стали актуальными задачами социальной и национальной значимости. Исследователи в области качества жизни считают, что эта концепция охватывает все аспекты человеческого существования и обеспечивает структуру, включающую оценку общественного здравоохранения, качества образования, состояния природной среды и духовности.

Наиболее распространенная трактовка качества жизни - это социологические характеристики, отражающие удовлетворение материальных и культурных потребностей людей. Сюда входит удовлетворенность продуктами питания, одеждой, домашним уютом, здоровьем, образованием, услугами, окружающей средой, досугом, общением и творческой деятельностью. Считается, что психологическим показателем качества жизни является удовлетворенность различными сферами жизнедеятельности и гармония с психическим состоянием индивида.

Анализ научной литературы по качеству жизни показывает, что различные определения основаны на 2 подходах: объективной и субъективной оценке условий жизни. Различия в трактовке понятия QOL указывают на склонность исследователей понимать под этим термином определенные комплексные характеристики, а концепция открытого QOL удовлетворяет весь комплекс индивидуальных потребностей и интересов и рассматривается как набор показателей как минимум из 4 различных, но взаимосвязанных областей. Физическое (физическое благополучие - это сочетание здоровья и/или симптомов заболевания); 2. Функциональное (функциональные способности - это способность человека выполнять деятельность, определяемую его собственными потребностями, амбициями и социальными ролями). Эмоциональный (эмоциональное состояние биполярной направленности с соответствующими и противоположными последствиями в виде счастья или дистресса); 4. социальный статус (включая отношение к социальной поддержке, ведение повседневной деятельности, способность работать, семейные обязанности, отношения с членами семьи, сексуальность, общение с окружающими).;

Концепция "качество жизни, связанное со здоровьем" предоставляет возможность провести глубокий и многогранный анализ физиологических, психологических, эмоциональных и социальных аспектов состояния пациента. Таким образом, качество жизни в данном контексте можно рассматривать как целостную характеристику физических, психических и социальных функций как здоровых, так и больных людей, основанную на субъективном восприятии.

В медицине это понятие используется для различных целей: для оценки эффективности современных клинических методов лечения и реабилитации, для определения тяжести состояния пациента и прогнозирования течения заболевания. Качество жизни служит дополнительным критерием в рамках медицинских аудитов, выбора индивидуальных методов лечения, оценки трудоспособности и анализа соотношения затрат и эффективности медицинской помощи. Изучая качество жизни пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, можно оценить влияние



заболевания на физическое, психологическое и социальное состояние, оценить эффективность применяемых лекарственных средств и методов лечения, спрогнозировать течение и исход заболевания.

Одним из факторов, влияющих на качество жизни, является то, что неработающие пациенты имеют значительно меньше финансовых ресурсов и социальной поддержки по сравнению со здоровыми людьми; кроме того, они ограничивают возможность получения такой поддержки. Поэтому основной задачей организаций, оказывающих медицинскую и социальную помощь, является поддержание удовлетворительного качества жизни пациентов, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию, и обеспечение защиты их прав на гарантированные государством медицинские и социальные услуги.

Возрастание интереса к качеству жизни отражает изменения в общественном восприятии человека как целостной личности. По мнению многих исследователей, особенность и ценность идеи исследования качества жизни заключается в том, что именно она позволяет оценивать эффективность не только медицинских технологий и медико-социальных программ, но и работы здравоохранения в целом, через субъективную оценку населения своего здоровья и его влияния на общее качество жизни.

Методы и опросники, применяемые для оценки качества жизни пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, делятся на общие и специальные (например, опросники для оценки качества жизни больных стабильной ишемической болезнью сердца, пациентов, переживших острые коронарные синдромы, и больных с сердечной недостаточностью и т. д.). В настоящее время опросник MOS SF-36 считается "золотым стандартом" для общих методик оценки качества жизни у пациентов с патологиями сердечно-сосудистой системы. Одним из наиболее распространенных в России общих опросников для изучения качества жизни является SF-36, который ценится за свою распространенность, простоту проведения анкетирования и высокую валидность. Опросник SF-36 был разработан в Центре изучения медицинских результатов в США в 1992 году авторами Ware JE и Sherbourne CD, и он соответствует минимальным психометрическим требованиям, необходимым для групповых сравнений. Этот опросник охватывает все аспекты качества жизни, включая те, которые связаны со здоровьем, и не ограничивается конкретными возрастными группами, заболеваниями или схемами лечения. В 1998 году российские ученые из межнационального центра исследования качества жизни разработали русскоязычную версию опросника SF-36, которая демонстрирует надежные психометрические характеристики и подходит для популяционных исследований качества жизни в России и странах СНГ.

Опросник SF-36 включает 36 вопросов, распределенных по 8 шкалам, при этом каждый вопрос относится только к одной шкале: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Результаты по каждой шкале варьируются от 0 до 100, где 100 соответствует полному состоянию здоровья. Все шкалы состоят из 2 основных элементов: психологического и физического, что позволяет нам дать общую оценку качества жизни. Результаты



представлены в виде оценок по 8 шкалам, свидетельствующих о том, что чем выше оценка, тем лучше качество жизни.

На протяжении многих лет качество жизни (КЖ) пациентов со стенокардией оценивалось по количеству приступов стенокардии в день, количеству таблеток нитроглицерина, принятых для их облегчения, и показателям работоспособности организма, полученным в ходе испытаний с использованием дозированных физических нагрузок. <1994>, <(опросник—анкета SAQ стенокардии Сиэтл), <(Профиль здоровья сердца)>(Опросник качества жизни при стенокардии-0—apag of Life). Эти инструменты демонстрируют свою валидность, надежность и чувствительность [26]. На сегодняшний день Сиэтлский опросник по стенокардии, состоящий из 19 пунктов, является наиболее распространенным в мире и широко используется в практике кардиологов. Он охватывает такие аспекты качества жизни, как ограничение физической активности, тяжесть стенокардии, стабильность течения заболевания, удовлетворенность лечением, восприятие болезни и общее качество жизни. Результаты шкалы этого опросника хорошо коррелируют с функциональным состоянием пациента и показателями других протестированных опросников, которые были фактически протестированы [32].

Изучение аспектов качества жизни (КЖ) у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в настоящее время представляет важный научный и практический интерес для оценки эффективности диагностических, лечебных и профилактических мероприятий. Показатели качества жизни изменяются с течением времени в зависимости от состояния пациента и особенностей течения заболевания и могут контролироваться и корректироваться по мере необходимости для лечения. Кроме того, анализируя медицинские и социальные аспекты, вы можете влиять на них, что способствует улучшению качества жизни.

References:

1. Sorokin LA, Maksimenko KN. Strategy of a coping with a stress in formation of risk of an adverse course of coronary heart disease at women. Klinicheskaya I meditsinskaya psikhologiya: issledovaniya, obuchenie, praktika: elektronniy nauchniy journal 2014; 3 (5): 11-5. Russian (Сорокин Л.А., Максименко К.Н. Стратегии совладания со стрессом в формировании риска неблагоприятного течения ишемической болезни сердца у женщин. Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электронный научный журнал 2014, 3 (5):11-5).
2. Oganov RG. Demographic tendencies in the Russian Federation: contribution of diseases of the blood circulatory system. Cardiovascular Therapy and Prevention 2012; 11: 1: 5-10. Russian (Оганов Р.Г. Демографические тенденции в Российской Федерации: вклад болезней системы кровообращения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2012, 11: 1: 5-10).
3. Oganov RG. All-Russian educational event "Health of heart" large-scale preventive project. Profilakticheskaya meditsina 2010; 3: 3-5. Russian (Оганов Р.Г. Всероссийская образовательная акция Здоровье сердца, масштабный профилактический проект. Профилактическая медицина 2010, 3: 3-5).



4. Gerasimova LI, Shuvalova NV, Tiurnikova SR. The social and economic importance of incidence and death rate from blood circulatory system diseases (the overview of literature). Journal HealthCare of Chuvashia 2013; 2. Russian (Герасимова Л.И., Шувалова Н.В., Тюрникова С.Р. Социально-экономическая значимость заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения (обзор литературы). Здравеохранение Чувашии 2013, 2).
5. Shuvalova NV. Social aspects of incidence of blood circulatory system diseases. Aspirantskiy vestnik of the Volga region 2012; 5: 271-4. Russian (Шувалова Н.В. Социальные аспекты заболеваемости болезнями системы кровообращения. Аспирантский вестник Поволжья 2012, 5: 271-4).
6. Moskalenko IV. Risk factors for cardiovascular disease. <http://ivmoskalenko.ru/factoryriska-razvitiya-serdechno-sosudistyx-zabolevanij.html> (11 March 2015).
7. Aronson F. Naglyadnaya kardiologiya. M.: GEOTAR-Media 2011; 120. Russian (Аронсон Ф. Наглядная кардиология. М.: ГЭОТАР-Медиа 2011, 120).
8. Arutiunov UA. Organizational and methodical aspects of risk management of clinical diagnostic mistakes in case of dynamic supervision of patients with blood circulatory system diseases. Problemy upravleniya zdravookhraneniem 2010; 60-5. Russian (Арутюнов Ю.А. Организационно-методические аспекты управления рисками клинко-диагностических ошибок при динамическом наблюдении пациентов с болезнями системы кровообращения. Проблемы управления здравоохранением 2010, 60-5).
9. Lavlinskaya LI, Chernykh EA, Lavlinskaya TA. The social and hygienic characteristic of able-bodied population with cardiovascular pathology. International Research Journal 2015; 7: 32-4. Russian (Лавлинская Л.И., Черных Е.А., Лавлинская Т.А. Социальногигиеническая характеристика трудоспособного населения с сердечно-сосудистой патологией. Международный научно-исследовательский журнал 2015; 7: 32-4).
10. The federal law from 24 April 2008 No. 51-FZ About accession of the Russian Federation to the WHO framework convention on fight against tobacco. Rossiyskaya gazeta 2008; 4651. Russian (Федеральный закон от 24.04.2008 г. № 51-ФЗ О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака. Российская газета 2008, 4651).
11. Storozhakova GI, Gorbachenkova AA. Management on cardiology: Rukovodstvo po kardiologii: uchebnoe posobie 2008; 1: 672. Russian (Сторожакова Г. И., Горбаченкова А.А. Руководство по кардиологии: Учебное пособие. 2008, 1: 672).
12. Kriukov NN, Nikolaevskiy EN, Polyakov VP. Coronary heart disease (modern aspects of clinic, diagnostics, treatment, prophylaxis, medical aftertreatment, examination). Monograph. Samara 2010; 651. Russian (Крюков Н. Н., Николаевский Е. Н., Поляков В. П. Ишемическая болезнь сердца (современные аспекты клиники, диагностики, лечения, профилактики, медицинской реабилитации, экспертизы). Монография. Самара 2010, 651).
13. Komissarenko IA. Correction of a dyslipidemia in practice of the therapist: method. management: for therapists, gastroenterologists, cardiologists, students of advanced training, graduate students and students of medical institutes. Moscow: Prima Print. 2014; 64. Russian



(Комиссаренко И.А. Коррекция дислипидемии в практике терапевта: метод. руководство: для врачей-терапевтов, гастроэнтерологов, кардиологов, слушателей курсов повышения квалификации, аспирантов и студентов ст. курсов мед. институтов. Москва: Прима Принт. 2014, 64).

14. Adonina L. School of a hypertension. Principles of treatment of arterial hypertension. <http://medpnz.ru/page.php?id=324> (24 February 2009).

15. Chukaeva II, Orlova NV, Kislyak OA, et al. Schools of health for patients with cardiovascular diseases. Education guidance. M.: GOU VPO RGMU 2011; 149. Russian (Чукаева И.И., Орлова Н.В., Кисляк О.А., и др. Школы здоровья для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Учебное пособие. М.: ГОУ ВПО РГМУ 2011, 149).

16. Gaydarov LF, Lazareva GU, Leonkin VV, et al. The reference book on rehabilitation after diseases. EKSMO 2008. Russian (Гайдаров Л.Ф., Лазарева Г.Ю., Леонкин В.В., и др. Справочник по реабилитации после заболеваний. ЭКСМО 2008, 104).

17. Tregubenko EV, Klimkin AS. The course of coronary heart disease in patients with type 2 diabetes. ID Akademizdat. 2015; 7: 26-9. Russian (Трегубенко Е.В., Климкин А.С. Особенности течения ишемической болезни сердца у больных сахарным диабетом 2 типа. ИД Академиздат. 2015, 7: 26-9).

18. Ibatov AD. The impact of anxiety disorders on the course of coronary heart disease. Russian Medical Journal 2007; 20: 1443-9. Russian (Ибатов А.Д. Влияние тревожных расстройств на течение ишемической болезни сердца. Русский медицинский журнал 2007, 20: 1443-9).

19. Macko RF. Adaptive physical activity improves mobility function and quality of life in chronic hemiparesis. Res. Dev. 2008; 45: 2: 323-28.

20. Belousov DU. The quality of life connected with health of children: review of literature. Good clinical practice 2008; 2: 28-38. Russian (Белоусов Д.Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем детей: обзор литературы. Качественная клиническая практика 2008, 2: 28-38).

21. Baranov AA, Albitskiy VU, Vinyarskaya IV. Studying of quality of life in pediatrics. Sotsialnaya pediatriya 2010; 10. Russian (Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Винярская И.В. Изучение качества жизни в педиатрии. Социальная педиатрия 2010, 10).

22. Rubanova EU. Theoretical aspects of quality of life in the context of health psychology. Electronic scientific journal Scientists notes PNU 2014; 5: 3: 108-15. Russian (Рубанова Е. Ю. Теоретические аспекты качества жизни в контексте психологии здоровья. Электронное научное издание Ученые заметки ТОГУ 2014, 5: 3: 108-15).

23. Kovalenko SN. The quality of life of patients with hospital infection: a guide for physicians — infectious diseases and clinical psychologists. Spb. 2010; 152. Russian (Коваленко С.Н. Качество жизни больных инфекционного стационара: Рук. для врачей — инфекционистов и клин. психологов. СПб. 2010, 152).

24. Petrov AV. The age aspect of the quality of life in women with type 2 diabetes. Klinicheskaya gerontologiya 2010; 5/6: 22-6. Russian (Петров А.В. Возрастной аспект качества жизни у женщин с сахарным диабетом типа 2. Клиническая геронтология 2010, 5/6: 22-6).



25. Nenarokomov AU, Speranskiy DL, Arevshatov EV, et al. The modern concept of quality of life research in oncology. Fundamental research 2012; 20-2. Russian (Ненарокомов А.Ю., Сперанский Д.Л., Аревшатов Э.В. и др. Современная концепция исследования качества жизни в онкологии. Фундаментальные исследования 2012, 20-2).
26. Pogosova NV, Baychorov IH, Iufereva UM, et al. The quality of life of patients with cardiovascular disease: current status of the problem. Kardiologiya 2010; 4: 66-12. Russian (Погосова Н.В., Байчоров И.Х., Юферева Ю.М. и др. Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: современное состояние проблемы. Кардиология 2010, 4: 66-12).
27. Malykhin FT. The quality of life caused by a state of health of persons of advanced and senile age (the review of literature). Good clinical practice 2011; 1: 11-18. Russian (Малыхин Ф.Т. Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста (обзор литературы). Качественная клиническая практика 2011, 1: 11-18).
28. Protsenko AS, Abishev RE. Current trends of an efficiency evaluation of medical care through criterion of quality of life. Sovremennaya meditsina: aktualnye voprosy: The collection of articles on materials LI international scientific and practical conference. Novosibirsk: Sibac 2012. Russian (Проценко А.С., Абишев Р.Э. Современные тенденции оценки эффективности медицинской помощи через критерий качества жизни. Современная медицина: актуальные вопросы: сб. ст. по матер. V междунар. науч.- практ. конф. Новосибирск: СибАК 2012).
29. Demin AV, Moroz TP, Volova AA. Age features of quality of life at women of 60-79 years. Molodoy ucheniy 2014; 20: 55-7. Russian (Дёмин А.В., Мороз Т. П., Волова А.А. Возрастные особенности качества жизни у женщин 60-79 лет. Молодой ученый 2014, 20: 55-7).
30. Demin AV. Features of quality of life at men of 65-89 years depending on posturalny stability and instability. Molodoy ucheniy 2011; 9: 241-4. Russian (Дёмин А.В. Особенности качества жизни у мужчин 65-89 лет в зависимости от постуральной стабильности и нестабильности. Молодой ученый 2011, 9: 241-4).
31. Danilov AN. Monitoring the quality of life of the population using a questionnaire sf-36 as a leading indicator predicting the epidemiological situation of tuberculosis. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine 2015; 8: 3-15. Russian (Данилов А.Н. Мониторинг качества жизни населения с помощью опросника sf-36 как опережающий индикатор прогнозирования эпидемиологической обстановки по туберкулезу. Вестник современной клинической медицины 2015, 8: 3-15).
32. Minakov EV, Kudashova EA. Quality of life of patients with coronary heart disease and alarming and depressive disorders. Nauchno-meditsinskiy vestnik central Chernozem region 2008; 32: 59-62. Russian (Минаков Э. В., Кудашова Е. А. Качество жизни пациентов с ишемической болезнью сердца и тревожно-депрессивными расстройствами. Научно-медицинский вестник центрального Черноземья 2008, 32: 59-62).