

РЕЛИФ — РЕгулярное Лечение И проФилактика — ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования. Часть I

Р.Г. ОГАНОВ, Г.В. ПОГОСОВА, И.Е. КОЛТУНОВ, Ю.С. БЕЛОВА, В.А. ВЫГОДИН, Я.В. СОКОЛОВА

ФГУ "Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава"; 101953 Москва, Петроверигский пер., 10

RELIPH — REGularnoye Letcheniye I ProPHylaktika (Regular Treatment and Prevention) — The Key to Improvement of Situation With Cardiovascular Diseases in Russia: Results of Multicenter Study. Part I

R.G. OGANOV, G.V. POGOSOVA, I.E. KOLTUNOV, Yu.S. BELOVA, V.A. VYGODIN, Y.V. SOKOLOVA

Research Center for Preventive Medicine; Petroverigsky per., 10, 101953 Moscow, Russia

Представлены первые результаты крупного российского исследования "РЕгулярное Лечение И проФилактика — ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России — РЕЛИФ" по оценке соответствия рекомендованного врачами лечения больных АГ и ИБС современным стандартам, а также приверженности больных врачебным рекомендациям. В исследовании принимали участие 512 участковых врачей/врачей общей практики и 2517 больных АГ и ИБС из 20 городов России. В настоящей публикации приводятся данные по распространенности факторов риска у пациентов АГ и ИБС, их знаниям, навыкам и информированности о сердечно-сосудистых заболеваниях, а также осведомленности врачей первичного звена по актуальным вопросам вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, факторы риска, исследование РЕЛИФ.

The paper presents first results of the conducted in Russia large-scale study "REGularnoye Letcheniye I ProPHylaktika (Regular Treatment and Prevention) — the key to improvement of situation with cardiovascular diseases in Russia — RELIPH" on assessment of conformity of recommended by medical practitioners treatment of arterial hypertension (AH) and ischemic heart disease (IHD) to contemporary standards and compliance of patients to physician's recommendations. Local physicians/general practitioners ($n=512$) and their patients ($n=2517$) with AH and IHD from 20 cities of Russia participated in the study. The publication contains data on prevalence of risk factors in patients with AH and IHD, their knowledge, habits, skills, and amount of possessed medical information, as well as awareness of primary care physicians about actual problems of secondary prevention of cardiovascular diseases.

Key words: epidemiological study; arterial hypertension; ischemic heart disease; secondary prevention; treatment standards; compliance.

Результаты крупных контролируемых исследований свидетельствуют, что лечение больных артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) в соответствии с принципами, изложенными в международных и отечественных рекомендациях экспертов, позволяет добиться хорошего клинического эффекта, значительного снижения частоты сердечно-сосудистых осложнений, а также инвалидности и смертности [1].

Разрыв между результатами контролируемых клинических исследований и реальной клинической практикой обусловлен рядом социально-экономических и медицинских причин. Среди них определяющее значение имеют несоблюдение самими врачами современных принципов лечения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и низкая приверженность больных к выполнению рекомендаций врачей, как по медикаментозному, так и немедикаментозному лечению.

По определению Всемирной организации здравоохранения, приверженность к лечению — это степень соответствия поведения человека (в отношении приема лекарственных средств, соблюдения диеты и/или других изменений образа жизни) рекомендациям врача или медицинского работника [2].

В последние годы низкая приверженность к лечению при АГ расценивается все большим числом экспертов как самостоятельный фактор риска (ФР) развития ИБС и цереброваскулярных заболеваний, в частности мозговых инсультов, а низкая приверженность к лечению при ИБС — как ФР развития неблагоприятных исходов и смерти [3–5].

Существуют несколько видов низкой приверженности к медикаментозному лечению: "лекарственные каникулы" (пропуски в приеме в течение нескольких дней); прием лекарств только при плохом самочувствии; самостоятельное изменение схемы приема; прием препаратов в некорректных дозах; отказ от приема некоторых из рекомендованных препаратов. Проблема приверженности не исчерпывается аспектами медикаментозной терапии, она включает также соблюдение рекомендаций врача по изменению образа жизни больных, что является неотъемлемой частью вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Результаты совокупного анализа большого числа исследований свидетельствуют, что основное влияние на приверженность к лечению оказывают 5 групп факторов, связанных с: 1) врачами, 2) пациентами, 3) заболеванием, 4) рекомендованной терапией и 5) социально-экономическими факторами [6, 7].

По данным ряда исследований, проведенных в России, лечение больных АГ и ИБС в условиях практического

здравоохранения не соответствует современным стандартам лечения. Особенно редко используются статины, часто применяются короткодействующие дигидропиридины [8—12]. Исследования АРГУС, ПИФАГОР, АТР, Российский регистр острых коронарных синдромов внесли весомый вклад в понимание современной ситуации с лечением и вторичной профилактикой АГ и ИБС у нас в стране. В то время некоторые из них имели ряд методологических ограничений. В частности, результаты части исследований основывались на самодекларируемых врачами сведениях о назначении тех или иных препаратов (или групп препаратов) или даже рекомендаций по коррекции факторов риска. Как показывает опыт, эти данные не всегда соответствуют рекомендациям, действительно предоставленным пациентам. Возможным способом объективизировать картину является одновременное включение в исследование врачей и их пациентов с получением информации о рекомендованном и принимаемом лечении от обоих участников лечебного процесса.

Проведенный нами в системе MEDLINE за последние 10 лет поиск исследований, посвященных приверженности к лечению больных АГ и ИБС, показал, что большинство работ было направлено на изучение отдельных аспектов приверженности к лечению, в частности, связанных с пациентами, или с врачами, или с характером рекомендованной терапии, что затрудняло получение целостной картины проблемы приверженности больных ССЗ к лечению и выполнению врачебных рекомендаций.

С учетом изложенного было проведено крупное исследование по оценке соответствия рекомендованного врачами лечения АГ и ИБС современным стандартам, а также приверженности больных врачебным рекомендациям — «РЕгулярное Лечение И проФИлактика — ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России — РЕЛИФ». В исследовании были впервые проанализированы все 5 аспектов приверженности к лечению, а также факторы, более или менее значимо влияющие на качество и приверженность к лечению больных АГ и ИБС по данным литературы. Исследование РЕЛИФ проведено под эгидой ВНОК при поддержке исследовательского гранта, предоставленного фармацевтическими компаниями Abbott, Astra-Zeneca, Фармстандарт, Pfizer, Schwarz Pharma и Solvay Pharma. Результаты исследования будут представлены в нескольких публикациях.

Материал и методы

Дизайн исследования. РЕЛИФ — клинико-эпидемиологическое исследование, проведенное в период с июня по декабрь 2006 г. на обширной с географической точки зрения территории РФ от Санкт-Петербурга до Красноярска. В исследовании участвовали 20 городов, представляющих 6 федеральных округов (ФО) России: Центральный ФО: Москва, Московская область (Жуковский, Серпухов, Подольск, Щелково, Красногорск), Смоленск, Воронеж, Курск; Северо-западный ФО: Санкт-Петербург, Вологда; Приволжский ФО: Нижний Новгород, Самара, Казань, Саратов, Пермь; Южный ФО: Ростов, Краснодар, Волгоград; Уральский ФО: Екатеринбург, Челябинск; Сибирский ФО: Барнаул, Новосибирск, Красноярск.

Согласно протоколу, в каждом городе в исследование случайным образом включались 5 обычных районных (а не ведомственных, академических, частных и пр.) поликлиник, обслуживающих 30—40 тыс. населения, по одной в каждом районе, в городах с числом районов больше 5 — по одной в каждом втором районе (только в Москве, с учетом размеров мегаполиса, в исследование были включены 10 поликлиник). В каждой из поликлиник в исследование включались 5 участковых врачей (врачей общей практики), работающих на полную ставку в этой должности. Выбор врача был случайным и был ограничен лишь отказом врача от участия в исследовании. Врач, давший согласие на участие, включал в исследование 5 больных АГ и/или ИБС, последовательно в течение 1 рабочего дня пришедших на прием и соответствующих критериям включения. Столь малое число пациентов, включаемых врачом, имело целью, с одной стороны, минимизировать временные затраты врача на участие в исследовании, с другой, — повысить качество заполнения врачом документации. Кроме того, с целью получения максимально объективной информации участие врачей в исследовании было анонимным (врач отмечал на анкетах только свои инициалы).

В окончательный анализ были включены данные, полученные от 512 участковых врачей/врачей общей практики, включивших в исследование 2517 больных с верифицированной АГ и/или ИБС. В дальнейшем оказалось, что все включенные пациенты имели АГ. АГ считалась верифицированной при уровне АД пациента $\geq 140/90$ мм рт.ст. и/или приеме антигипертензивной терапии. Учитывая возможную высокую частоту ложноположительных диагнозов ИБС в практическом здравоохранении, в исследование включали пациентов лишь с верифицированной ИБС, которая считалась таковой в 2 случаях:

- 1) перенесенном и документально подтвержденном инфаркте (инфарктах) миокарда (ИМ);
- 2) типичных приступах стенокардии в сочетании с положительными результатами неинвазивного обследования (пробы с физической нагрузкой, ЭхоКГ с нагрузкой, суточного мониторирования ЭКГ) и/или инвазивного обследования (коронарной ангиографии).

Помимо приведенных, критериями включения пациентов в исследование также были отсутствие алкогольной или иной зависимости, а также способность пациента самостоятельно заполнить опросный лист на русском языке.

Каждый врач заполнял **Карту врача: мнение специалиста**, вопросы которой были направлены на выяснение мнения врача по важнейшим аспектам лечения и профилактики ССЗ. Врач указывал свой возраст; пол; стаж работы в качестве участкового врача/ врача общей практики (годы); квалификационную категорию (нет, вторая, первая, высшая); обучение на циклах последипломного образования (число раз за последние 5 лет); обучение навыкам профилактической работы; посещение конгрессов, конференций по лечению ССЗ (число раз за последние 5 лет); получение медицинской литературы по современным аспектам лечения ССЗ (число раз за последний год); чтение международных рекомендаций по лечению АГ и ИБС (2003) и Национальных рекомендаций (ВНОК) (2004) по лечению АГ и ИБС.

Врачу также предлагалось указать среднюю длительность приема одного больного АГ и/или ИБС (в минутах); показатели липидного спектра крови, используемые в конкретном лечебном учреждении; ФР развития ССЗ; критерии повышенных уровней АД, глюкозы, общего холестерина (ХС), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП), триглицеридов (ТГ); методы оценки избыточной массы тела/ожирения, абдоминального ожирения и их диагностические критерии; диагностические критерии АГ I, II, III степени и изолированной систолической гипертензии; рекомендуемый больному АГ уровень потребления поваренной соли; рекомендуемый больному АГ и/или ИБС уровень физической активности; целевые уровни липидов у больных с ИБС и ее эквивалентами (общего ХС, ХС ЛНП, ХС липопротеидов высокой плотности — ХС ЛВП); методы оценки и определение в ежедневной практике суммарного сердечно-сосудистого риска; предоставление пациенту рекомендаций по ФР развития ССЗ (и причины не предоставления этих рекомендаций).

В данной Карте врач также высказывал свое мнение о том, кто должен повышать информированность больных ССЗ по вопросам лечения и вторичной профилактики, а также свое мнение о причинах высокого уровня заболеваемости и смертности от ССЗ в нашей стране.

Согласно протоколу исследования, на каждого пациента заполнялись 2 карты. Одна карта заполнялась врачом — **Карта врача**: состояние пациента; вторая — самим пациентом — **Карта пациента**.

В **Карте врача: состояние пациента** врач указывал диагноз и специфику заболевания данного пациента, в частности степень тяжести АГ; функциональный класс стенокардии; перенесенные хирургические вмешательства на сосудах сердца; наличие гипертонической ретинопатии, атеросклероза периферических артерий, почечной недостаточности, сердечной недостаточности, дисциркуляторной энцефалопатии, перенесенного мозгового инсульта, сахарного диабета (СД) 1-го или 2-го типа, а также наличие у пациента наследственной отягощенности по ССЗ; проведенные пациенту в течение последнего года диагностические обследования, включая общий анализ мочи, определение уровня глюкозы, общего ХС, креатинина, исследование глазного дна, ЭКГ, УЗИ почек; биохимические показатели анализа крови больного (последнего в течение последнего года), включая общий ХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ, глюкозу (все ммоль/л); показатели 2-кратного измерения на приеме АД и ЧСС в положении больного сидя после 3-минутного отдыха, а также измеренный на приеме показатель окружности талии (в см); наличие у пациента психоэмоционального расстройства (состояния); ранее данные пациенту рекомендации по изменению образа жизни; рекомендованную терапию (с названиями препаратов и их доз); корректировка терапии за последний год (число раз); успешность достижения целевого уровня АД; степень приверженности пациента к рекомендованному лечению (низкая, средняя, высокая); причины низкой приверженности пациента к лечению.

¹ Ввиду того, что оценка уровня дохода по денежным категориям крайне субъективна и различается, в том числе в зависимости от региона проживания, пациенту предлагалось самостоятельно классифицировать свой семейный доход по следующим категориям: 1) очень низкий, 2) низкий, 3) средний, 4) высокий.

² Уровень физической активности определялся в минутах любой физической активности (включая ходьбу) в день. При длительности физической активности ме-

Карта пациента заполнялась самим пациентом и отражала следующие характеристики или данные о пациенте: социально-демографические (пол, возраст, семейное положение, наличие детей, социально-трудовой статус, уровень дохода¹); физикальные: рост (в см), масса тела (в кг); ФР развития ССЗ: статус курения, потребление алкоголя (мл за неделю), уровень физической активности², уровень хронического психоэмоционального стресса по 10-балльной шкале³); пищевые привычки: досаливание пищи; ограничение животных жиров; употребление рыбы, овощей/фруктов и сахара (количество и кратность); навыки самоконтроля АД (наличие домашнего тонометра, кратность измерений); знание критериев повышенного АД и целевого уровня АД; знание ФР развития АГ и ИБС, а также осложнений этих заболеваний (в рамках открытых вопросов); получение от врача рекомендаций по изменению образа жизни и применению немедикаментозных методов снижения АД; длительность АГ и/или ИБС (месяцы, годы); наличие клинических симптомов при повышении АД (спецификация); длительность антигипертензивного/антиангинального лечения (месяцы, годы); принимаемая в течение последнего месяца терапия (с названиями препаратов и их доз); уровень АД без приема и на фоне приема лекарств; прекращение приема в течение последнего года какого-либо препарата из-за побочных эффектов (с указанием препарата и возникших побочных эффектов); количество обращений за последний год в медицинские службы (скорая помощь, поликлиника, стационар), пребывание на больничном листе; основной источник медицинской информированности (врач, средства массовой информации, Интернет, знакомые); мотивация к получению консультаций по различным аспектам АГ и/или ИБС; степень готовности к оздоровлению образа жизни.

Приверженность пациента к медикаментозной терапии оценивали в соответствии с ответом на вопрос: "Принимаете ли вы рекомендованные лекарства регулярно?". В соответствии с рекомендациями экспертов [13] положительный ответ на этот вопрос проверялся согласием пациента с 3 утверждениями: "Я принимаю лекарства каждый день", "Я не пропускаю ни одного приема", "Я принимаю лекарства строго в дозах, рекомендованных врачом". В случае нерегулярного приема терапии пациент указывал причины.

Пациент также заполнял Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS) [14], верифицированную в России [15]. Шкала предназначена для выявления признаков депрессии и тревоги, состоит из 2 подшкал: тревоги HADS-A и депрессии HADS-D. Интерпретация результатов проводилась в соответствии с оригинальной версией HADS: суммарный показатель по каждой из подшкал в пределах 8–10 баллов свидетельствует о субклинической тревоге/депрессии, 11 баллов и более — о клинически выраженной тревоге/депрессии.

Статистический анализ результатов настоящего исследования проводили в системе SAS (Statistical Analysis Sy-

нее 30 мин в день уровень физической активности считался низким, при 30–60 мин — средним, более 60 мин в день — высоким.

³ Шкала представляет собой линию с 11 обозначенными цифрами от 0 до 10. Пациенту предлагалось обвести кружочком одну цифру, соответствующую уровню испытываемого им постоянного стресса. 0 соответствует минимальному, 10 — максимальному уровню стресса.

stem, SAS Institute Inc., США) с применением стандартных алгоритмов вариационной статистики, включая пошаговые логистические регрессионные модели.

Для количественных показателей (например, уровни АД), измеряемых по интервальной шкале, рассчитывали среднее значение, среднеквадратическое отклонение и ошибку среднего, а также значения отрезных точек распределения (1, 5, 10, 25, 50, 75, 90, 95 и 99%), что позволило определять медиану, моду, размах и интерквартильное расстояние. Для качественных показателей, измеряемых по номинальной шкале (наличие/отсутствие какого-либо признака, например курения), и порядковых показателей, измеряемых по ранговой шкале (например, стадии АГ), определяли частоту выявления показателя в процентах или частоту регистрации разных ранговых оценок показателя соответственно. Достоверность связи между показателями оценивали с помощью таблиц сопряженности с расчетом нескольких модификаций критерия χ^2 , коэффициентов сопряженности Крамера и др. При анализе межгрупповых различий показателей,

Таблица 1. Клиническая характеристика обследованных больных АГ и АГ+ИБС

Показатель	АГ (n=1439)	АГ+ИБС (n=1078)	p
Возраст, годы*	50,3±11,8	62,9±9,2	<0,001
моложе 40	6,1	0,7	
40—59	60,0	31,2	<0,001
60 и старше	33,8	68,1	
Мужчины / женщины	29,5 / 70,4	50,0 / 50,0	<0,01
АГ			
I степени	14,2	6,0	
II степени	67,8	55,7	<0,001
III степени	17,4	37,3	
Изолированная систолическая	0,58	0,9	
Длительность АГ, годы*	10,9±8,7	15,2±9,9	<0,001
Длительность ИБС, годы*		8,1±6,6	
Заболевания/состояния, имеющиеся у больного:			
атеросклероз периферических артерий	26,7	46,3	<0,001
сердечная недостаточность	12,6	53,9	<0,001
дисциркуляторная энцефалопатия	43,7	64,7	<0,001
последствия перенесенного МИ	5,5	8,4	<0,01
гипертоническая ретинопатия	37,2	48,7	<0,001
сахарный диабет 1-го типа	0,7	0,9	нд
сахарный диабет 2-го типа	11,5	17,3	<0,001
почечная недостаточность	1,9	2,4	нд
САД, мм рт.ст.*	145,9±17,2	148,2±18,5	<0,01
ДАД, мм рт.ст.*	88,7±9,4	88,2±10,0	нд
ЧСС, уд/мин*	75,7±8,8	76,9±10,4	<0,01

Примечание. Здесь и в табл. 2—5: данные представлены в %; * — в виде среднего±стандартное отклонение; нд — недостоверно.

измеренных по интервальной шкале, рассчитывали значения *t*-критерия Стьюдента для независимых выборок по соответствующим формулам.

Результаты и обсуждение

В исследование были включены 2517 больных АГ, из которых 1078 (42,8%) страдали ИБС. Клиническая характеристика случайной выборки больных АГ без ИБС (далее — это группа больных АГ) и больных с сочетанием АГ и ИБС представлена в табл. 1.

Больные АГ были моложе, большинство из них находилось в возрастной категории от 40 до 60 лет, а больные АГ с ИБС — в категории 60 лет и старше. Среди пациентов с АГ, наблюдающихся в районных поликлиниках — 2/3 составляют женщины, среди пациентов с АГ и ИБС равно представлены женщины и мужчины.

Большинство пациентов страдали АГ II степени (в соответствии с классификацией ВНОК от 2004 г.). При этом в группе АГ с ИБС было меньше пациентов с АГ I степени и больше пациентов с АГ III степени тяжести, длительность АГ в этой группе была на 4 года больше, чем в группе АГ ($p<0,001$). В целом состояние больных АГ с ИБС было более тяжелым, в этой группе чаще отмечались поражения органов-мишеней, сердечно-сосудистые осложнения и сопутствующие состояния: гипертоническая ретинопатия, дисциркуляторная энцефалопатия, атеросклероз периферических артерий, сердечная недостаточность, СД 2-го типа ($p<0,001$ для всех сравнений), а также перенесенный мозговой инсульт ($p<0,01$). У 74,8% больных ИБС была стенокардия напряжения, у 2,4% — стенокардия покоя; 12,1% больных ИБС перенесли ИМ (мужчины в 3,4 раза чаще, чем женщины), давность последнего ИМ составила 1,31±3,18 года. Постинфарктная стенокардия напряжения отмечалась у 19,7% больных, стенокардия покоя — у 3,2%. Коронарный и периферический атеросклероз чаще отмечался у мужчин, дисциркуляторная энцефалопатия и СД 2-го типа — у женщин. Коронароангиография была выполнена только у 4% больных ИБС. Очень незначительная часть пациентов с ИБС (около 2,0%) подверглась хирургическим вмешательствам на сосудах сердца (1,8% перенесли баллонную ангиопластику, 2,3% — аортокоронарное шунтирование), причем мужчины в 6 раз чаще, чем женщины.

Распространенность кардиоваскулярных ФР развития сердечно-сосудистых осложнений. У более 75% больных имелась наследственная отягощенность по АГ и/или ИБС (табл. 2). Относительно низкий уровень образования (неполное среднее и среднее образование) имел каждый 4-й больной АГ и каждый 3-й больной АГ с ИБС. Более 40% больных АГ и более половины больных АГ с ИБС имели низкий (по мнению самих больных) уровень дохода. Среди больных ИБС было больше неработающих: почти в 2 раза больше пенсионеров и более чем в 2 раза больше инвалидов. У мужчин был более высокий уровень образования и они реже находились на пенсии, чем женщины. Одинокое проживание (вне брака, официального или гражданского) отметили 1/3 больных АГ и почти 40% больных АГ с ИБС. Среди одиноких было в 2,5 раза больше женщин ($p<0,0001$).

Курили около 15% больных, причем более 80% — более 10 сигарет в день. Физически неактивен (менее 30 мин

Таблица 2. Психосоциальные и биологические факторы риска у обследованных больных АГ и АГ+ИБС

Показатель	АГ (n=1439)	АГ+ИБС (n=1078)	p
Наследственная отягощенность по АГ и/или ИБС	76,1	75,3	нд
Образование			
неполное среднее	5,9	11,9	
среднее	18,3	21,6	
среднее специальное	42,7	35,5	<0,001
высшее	33,1	31,0	
Трудовой статус			
рабочий	15,5	9,9	
служащий	42,3	18,9	
безработный	2,5	1,8	<0,001
предприниматель	2,3	0,9	
пенсионер	37,3	68,4	
Одинокое проживание			
никогда не был женат (замужем)	3,86	1,15	
разведен(а) 1—2	12,08	8,49	<0,001
вдовец (вдова) 1—3	14,69	28,13	
Группа инвалидности:			
I	1,5	2,4	
II	18,9	54,9	<0,001
III	8,3	11,1	
нет	71,1	31,5	
Статус курения			
никогда не курил	73,5	69,0	
курил в прошлом	10,6	15,9	<0,001
курит в настоящее время	15,9	14,9	
Уровень дохода			
очень низкий	5,9	8,1	
низкий	36,3	47,2	<0,001
средний	55,7	43,5	
высокий	1,9	1,2	
ИМТ, кг/м ² *	29,8±5,1	29,5±5,2	<0,1
Избыточная масса тела/ожирение			нд
ИМТ≥25,0, кг/м ²	39,7	38,0	
ИМТ≥30,0, кг/м ²	43,9	42,4	
Объем талии, см*	93,2+15,5	94,3+15,0	<0,1
ОХС>5,0 ммоль/л	64,2	67,1	нд
Уровень стресса, баллы*	6,1±1,9	5,9±2,0	нд
Уровень стресса >5 баллов	56,9	53,9	нд
Уровень тревоги, HADS-A, баллы*	8,1±3,9	8,8±4,1	<0,001
Уровень депрессии, HADS-D, баллы*	7,0±3,7	8,3±3,8	<0,001
Признаки тревожного расстройства			
субклинические	28,2	26,8	<0,01
клинически значимые	27,2	33,1	
Признаки депрессивного расстройства			
субклинические	26,8	32,7	<0,001
клинически значимые	17,9	27,9	
Уровень физической активности, мин/сут			
менее 30	18,4	18,3	
30—59	23,0	24,9	<0,1
более 60	58,6	56,8	
Потребление алкоголя			
не употребляет	0,5	1,2	
менее 0,5 л в неделю	69,5	74,2	<0,01
0,5—1,0 л в неделю	27,9	21,8	
более 1,0 л в неделю	2,2	2,9	

ходьбы или любой иной физической нагрузки в день) оказался почти каждый 5-й пациент, чаще женщины. Учитывая большую роль употребления алкоголя в развитии АГ, необходимо особо отметить избыточное (более 0,5 л крепкого напитка в среднем за неделю) потребление алкоголя каждым 3-м больным АГ и каждым 4-м больным АГ с ИБС, причем мужчин среди них в 2 раза больше, чем женщин, а среди тех, кто употребляет более 1 л крепких напитков в неделю мужчин больше, чем женщин, более чем в 30 раз.

Гиперхолестеринемия (общий ХС≥5,0 ммоль/л) отмечалась у более 60% больных, при этом у 13,8% больных АГ с ИБС уровень общего ХС составлял 6,6—7,8 ммоль/л, а у 4,2% — более 7,8 ммоль/л. Уровень ХС ЛНП превышал 3,0 ммоль/л у 61,7% больных АГ и у 61,9% больных АГ с ИБС, уровень триглицеридов (>1,7 ммоль/л) — у 50,2 и 57,1% соответственно. Среди мужчин уровень ХС ЛВП менее 1,0 ммоль/л выявлен у 25,0% больных АГ и у 32,6% больных АГ с ИБС, среди женщин уровень ХС ЛВП менее 1,2 ммоль/л отмечен у 39,8 и 42,7% соответственно.

Уровень глюкозы ≥6,1 ммоль/л выявлен у 13,9% больных АГ и у 18,8% больных АГ с ИБС.

Усредненный индекс массы тела (ИМТ) обследованной выборки превысил 29 кг/м² (30,3±5,2 кг/м² у женщин и 28,4±4,4 кг/м² у мужчин; p<0,001). У более 80% больных масса тела не соответствовала должной. Чуть менее 40% пациентов имели избыточную массу тела и более 40% страдали ожирением. При этом избыточная масса тела чаще встречалась у мужчин, а ожирение — у женщин. Абдоминальное ожирение (окружность талии ≥88 см у женщин и ≥102 см у мужчин) выявлено у 54,1% больных АГ (27,6% мужчин и 62,7% женщин) и у 51,5% больных АГ с ИБС (30,3% мужчин и 66,5% женщин). Ожирение, в том числе абдоминальное, намного чаще наблюдалось у женщин.

Пищевые привычки пациентов. Пищевые привычки пациентов с АГ и ИБС представлены в табл. 3. 2/3 пациентов, по их заверениям, ограничивают в рационе животный жир, чаще это делают женщины (p<0,001). В семьях у подавляющего большинства (90%) больных готовят на растительном масле, 15% используют также сливочное масло и менее 5% — сало и маргарин.

Каждый 4-й больной с АГ досаливает пищу дома, в гостях, кафе, ресторане, не пробуя ее, причем это более типично для мужчин (p<0,001). Большинство пациентов употребляют умеренное количество сахара (1—2 куса на стакан чая), ограничивают сахар чаще женщины.

Рекомендуемую ВОЗ в соответствии с принципами здорового питания ежедневную норму потребления овощей/фруктов в количестве 400 г соблюдают 1/3 пациентов, еще 1/3 употребляют овощи и фрукты не каждый день. Употребление рыбы также представляется ограниченным: очень редко употребляет рыбу каждый 5-й пациент, 1—2 раза в месяц — 50% пациентов, и лишь 1/3 пациентов употребляют рыбу 1—2 раза в неделю.

При сочетании АГ и ИБС больные чаще ограничивают употребление животного жира и сахара, в то же время несколько реже едят рыбу.

Психологические факторы. Усредненный показатель хронического психоэмоционального стресса у больных АГ и АГ с ИБС по данным 10-балльной шкалы составил

Таблица 3. Пищевые привычки обследованных больных АГ и АГ+ИБС

Привычка	АГ	АГ+ИБС	p
Досаливают пищу, не пробуя	25,2	24,0	нд
Ограничивают животный жир	63,7	71,9	<0,001
При приготовлении пищи в семье используют:			
сливочное масло	15,0	15,2	нд
растительное масло	91,5	90,6	нд
сало	4,3	4,8	нд
маргарин	3,9	0,5	<0,01
Употребляют овощи/фрукты			
не каждый день	29,8	32,2	
200 г в день	33,1	34,8	нд
400 г в день и более	37,2	33,1	
Употребляют рыбу			
очень редко	17,5	20,0	
1—2 раза в месяц	50,3	46,1	<0,1
1—2 раза в неделю	32,2	33,9	
Сахар на стакан чая			
без сахара	19,9	22,2	
1 кусок	20,5	23,8	
2 куса	44,5	39,0	<0,05
3 куса и более	14,9	15,0	

6,1±1,9 и 5,9±2,0 балла соответственно, при этом уровень стресса выше среднего (более 5 баллов по 10-балльной шкале) отмечался более чем у 50% пациентов.

Усредненные показатели уровня тревоги по подшкале HADS-A и выраженности депрессии по подшкале HADS-D были достоверно выше, а признаки тревожной и депрессивной симптоматики разной степени выраженности отмечались достоверно чаще у больных с сочетанием АГ и ИБС, а также у женщин по сравнению с мужчинами.

Симптомы тревоги отмечены у 55,4% больных АГ, при этом у 28,2% они носили субклинический характер, у 27,2% — клинически значимый. Среди больных АГ с ИБС симптомы тревоги имелись у 59,9%, из них у 26,8% они были субклиническими, у 33,1% — клинически значимыми. Симптомы депрессии выявлены у 44,8% больных АГ (в том числе 26,8% — субклинические и 17,9% — клинические) и 60,6% больных АГ с ИБС (32,7% — субклинические и 27,9% — клинические). Таким образом, клинически значимая тревожная симптоматика отмечена у каждого 3-го больного АГ и ИБС, клинически значимая депрессивная симптоматика, нуждающаяся в коррекции, — у каждого 5-го больного АГ и каждого 3-го больного с сочетанием АГ и ИБС.

Знания больных о ФР и осложнениях ССЗ. Данные об информированности пациентов по ФР развития АГ, полученные в рамках открытого вопроса (пациенту предлагалось самостоятельно вспомнить и сформулировать ФР развития АГ и ИБС), представлены на рисунке (поскольку различия между группами были незначительны, пред-

ставлены результаты по всей выборке). Исследование продемонстрировало крайне низкий уровень знаний больных АГ и ИБС по ФР развития ССЗ. Большинство (68,8%) пациентов считали ФР АГ стресс, 21,8% — избыточную массу тела и ожирение, 19,7% — курение. О роли таких важных ФР развития и прогрессирования АГ, как дислипидемия, избыточное употребление поваренной соли и алкоголя, низкая физическая активность, осведомлены лишь около 10% больных. При этом в качестве ФР женщины чаще указывали стресс, избыточную массу тела, ожирение и гиперхолестеринемия, а мужчины — курение, потребление алкоголя, метеорологические и экологические факторы.

По мнению пациентов, ФР развития ИБС являются стресс (53,5%), АГ (27,9%) и курение (16,6%). Все остальные ФР отметили не более 10% пациентов.

Менее 50% больных АГ и лишь около 40% больных АГ с ИБС знают о том, что повышенным считается уровень систолического АД ≥ 140 мм рт.ст. и диастолического АД ≥ 90 мм рт.ст. Еще меньшее число пациентов (30,6 и 22,6% соответственно) правильно указали оба диагностических критерия АГ (140/90 мм рт.ст. и выше).

Более 75% больных знают, что осложнением АГ является мозговой инсульт. Более 50% больных осведомлены о том, что у них возможно развитие ИМ. Что касается других осложнений ССЗ, то знания о них минимальны. Менее 5% больных АГ указали на такие осложнения АГ, как гипертонический криз, нарушения зрения, нарушения функции почек. Мужчины в целом менее осведомлены об осложнениях АГ, они достоверно чаще затруднялись указывать какие-либо осложнения заболевания.

Практические навыки пациентов. Более 90% пациентов врачи рекомендовали приобрести тонометр для самостоятельного контроля уровня АД. Со слов пациентов, подавляющее большинство имеют домашний тонометр (табл. 4). При этом ежедневно измеряют АД примерно 50% больных АГ, 1—2 раза в неделю — около 14% пациентов. Более 1/4 пациентов с АГ измеряют АД только при плохом самочувствии, около 6% делают это “очень редко” и около 1% не измеряют АД вообще. Самоконтроль

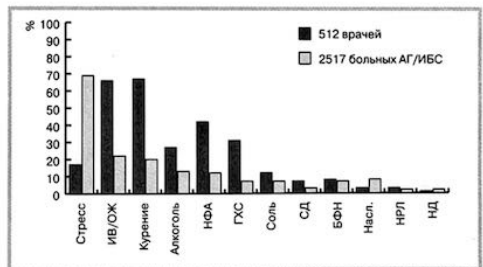


Рисунок. Информированность врачей и больных АГ/ИБС о факторах риска развития и прогрессирования АГ.

По оси ординат — число врачей/больных, информированных о данном факторе риска. ИВ — избыточная масса тела; ОЖ — ожирение; НФА — недостаточная физическая активность; ГХС — гиперхолестеринемия; Соль — употребление избыточного количества поваренной соли; СД — сахарный диабет; БФН — большая физическая нагрузка; НД — отягощенная наследственность; НРЛ — нерегулярное течение; ИБС — низкий доход.

Таблица 4. Навыки самоконтроля, медицинская информированность и мотивация к изменению образа жизни обследованных больных АГ и АГ+ИБС

Показатель	АГ	АГ+ИБС	p
Наличие домашнего тонометра	88,9	91,7	<0,05
Частота самоконтроля АД			
не измеряю	0,7	1,5	
очень редко	6,9	5,6	
только при плохом самочувствии	37,3	24,1	<0,001
1—2 раза в неделю	14,8	13,4	
ежедневно	40,4	55,1	
Основные источники информации больных о ССЗ			
участковый терапевт	86,2	86,6	нд
врачи стационара	18,2	27,7	<0,001
СМИ	17,9	15,3	<0,1
Интернет	1,2	0,8	нд
друзья/знакомые	13,6	9,3	<0,01
Знания больных о диагностических критериях АГ			
САД ≥ 140 мм рт.ст.	46,1	39,8	<0,01
ДАД ≥ 90 мм рт.ст.	46,4	38,9	<0,001
Соответствие обоим критериям (≥ 140/90 мм рт.ст.)	30,6	22,6	<0,001
Знания больных об осложнениях АГ			
не знаю	3,0	4,5	<0,1
гипертонический криз	1,2	1,0	нд
мозговой инсульт	83,4	77,3	<0,001
инфаркт миокарда	57,4	62,4	<0,05
ИБС/стенокардия	4,5	3,3	нд
почечная недостаточность	1,7	0,8	<0,05
нарушения зрения	0,8	1,3	нд
смерть	3,9	7,4	<0,001
По каким аспектам своего заболевания больной хотел бы получить консультации и рекомендации врачей			
питание	48,8	43,4	<0,01
курение	10,9	9,6	нд
лекарства	47,6	55,4	<0,001
физическая активность	36,6	33,6	нд
стресс	53,4	50,8	нд
алкоголь	5,2	5,4	нд
Готовность изменить что-либо в образе жизни с целью улучшения здоровья			
не готов	7,9	12,9	
часто думаю об этом	43,2	39,1	
с радостью сделаю это, если буду знать как	37,2	36,6	<0,01
уже это сделал и достиг определенных успехов	11,7	11,4	

уровня АД несколько выше у больных АГ с ИБС, а также у женщин по сравнению с мужчинами.

Источники информированности пациентов о ССЗ. Основным источником информации о ССЗ по мнению пациентов является участковый врач, так считают 86% больных. В порядке убывания следуют иные источники информации,

а именно: врачи стационаров, средства массовой информации, друзья/знакомые, при этом всего 1% больных черпают информацию о своем заболевании из Интернета. Причем мужчины по сравнению с женщинами чаще получают медицинскую информацию от друзей/знакомых, из Интернета и реже от участкового врача ($p < 0,01$).

Потребность пациентов в профилактической помощи. Почти каждый 2-й больной АГ и ИБС выразил желание получить дополнительные консультации и рекомендации врачей по двум ФР своего заболевания: стрессу и питанию. Каждый 3-й больной хотел бы получить информацию по вопросам рациональной физической активности, а около 10% пациентов — по отказу от курения (учитывая, что курят 15% больных, в консультациях по отказу от курения заинтересованы $2/3$ курильщиков). Оказалось, что пациенток больше интересуют такие аспекты, как стресс, питание и медикаментозное лечение, а мужчин — отказ от курения и вопросы употребления алкоголя.

Уровень мотивации пациентов к изменению образа жизни. Настоящее исследование показало, что значительная часть (около 40%) больных АГ и ИБС мотивированы в плане оздоровления образа жизни: пациенты “готовы изменить образ жизни, если будут знать, как это сделать”. Еще около 40% больных, по их признанию, часто думают о необходимости изменения образа жизни. Не приемлют никаких изменений в образе жизни лишь около 10% пациентов. Наконец, примерно 11% больных, по их мнению, уже добились успехов в изменении образа жизни в желательном направлении. При этом среди больных, высказавших желание изменить образ жизни, оказалось больше женщин, а среди пациентов, уже добившихся оздоровления образа жизни, было больше мужчин.

Усредненная характеристика участковых врачей/врачей общей практики. Из 512 врачей-участников исследования 89,0% были участковыми врачами и 11,0% врачами общей практики (табл. 5). Возраст врачей колебался от 23 до 74 лет, большинство были в возрасте 40—59 лет, в среднем $44,2 \pm 10,4$ года. 89,6% участковых врачей и врачей общей практики — женщины. У 11% врачей была высшая квалификационная категория, примерно у $1/3$ — I, II категория и у $1/3$ квалификационная категория отсутствовала. В целом врачи-участники исследования обладали большим профессиональным опытом: только треть врачей работала менее 10 лет, средний стаж работы участковым врачом составил $16,7 \pm 10,6$ года.

По признанию врачей, в течение последних 5 лет они посетили в среднем $7,2 \pm 6,9$ конгрессов, конференций, круглых столов, а также получили $9,4 \pm 10,3$ медицинских журналов, газет, материалов, посвященных современным аспектам лечения ССЗ. За последние 5 лет не посетили ни одного конгресса (конференции) лишь 6,8% врачей, посетили 10 и более — 31,4% врачей, не получили ни одного медицинского журнала (материала) 13,0%, получили 10 и более — 43,9% врачей. За тот же период 89% врачей прошли обучение на циклах последипломного образования.

Утверждали, что лично читали Национальные рекомендации ВНОК по лечению АГ (2004) 85,0% врачей, Национальные рекомендации ВНОК по лечению стабильной стенокардии (2004) — 81,1% врачей и Международные рекомендации (Европейского или Американского общества кардиологов) по лечению АГ и ИБС (2003),

Таблица 5. Ряд характеристик и мнений врачей, участвовавших в исследовании

Характеристика/мнение	Число врачей (n=512)
Участковый врач/врач общей практики	89,0/11,0
Возраст, годы*	44,2±10,4
моложе 40	31,7
40—59	61,7
60 и старше	6,6
Мужчины/женщины	10,4 / 89,6
Врачебная категория:	
без категории	30,7
вторая	26,3
первая	31,9
высшая	11,0
Стаж работы врача, годы	
менее 10	29,9
10—19	25,9
20—29	31,7
30 и более	12,5
Длительность приема больного АГ/ИБС, мин	
менее 10	1,4
10—19	51,4
20—29	41,0
30 и более	6,2
Причины высоких показателей заболеваемости и смертности от ССЗ в России	
низкая культура здоровья	92,2
большие эмоциональные перегрузки людей	86,1
недостаточная доступность медицинской помощи	50,7
перегруженность участкового врача	50,3
недостаточная компетентность врачей	15,5
низкая приверженность больных к лечению	62,2
низкий уровень профилактической работы в поликлинике	29,0
Источники медицинской информации для больных ССЗ	
участковый врач/врач общей практики	94,4
врач центра медицинской профилактики	53,4
врач кабинета доврачебного контроля	41,4
средний медицинский персонал	30,0
больные самостоятельно	46,2

опубликованные в российских изданиях, — 67,8% врачей. Причем 70,2% врачей ознакомились с этими рекомендациями в брошюре, предоставленной фармацевтической компанией, 41,7% — журнале и 38,9% — в материалах конгресса или конференции.

Вопреки распространенной точке зрения, согласно которой многие недостатки медицинской помощи в практическом здравоохранении связаны с чрезмерной загруженностью участкового врача, по признанию самих врачей они тратят на прием одного больного АГ и/или ИБС в среднем 18,1±5,7 мин. Менее 10 мин тратят на прием больного только 1,4% врачей, 10—19 мин — 51,4%, 20—29 мин — 41,0%, 30 мин и более — 6,2%. Большинство врачей считают, что затрагивают на приеме вопросы профилактики. 97,0% врачей, по их словам, дают рекомендации по коррекции ФР, причем делают это на высоком профессиональном уровне: 85,4% врачей указали, что

обучались навыкам профилактического консультирования. Врачи, которые не дают рекомендаций по ФР, делают это по причине дефицита времени (5,4%), уверенности в том, что больных не интересует профилактика (1,8%) и что больные все равно не послушают их советов (1,2%). Кроме того, некоторые врачи считают, что врач должен лечить, а не заниматься профилактикой (0,8%) и что профилактика — это дополнительная и неоплачиваемая работа (0,4%).

Знания врачей о ФР развития ССЗ. Усредненные данные свидетельствуют о недостаточном уровне знаний врачей, в отношении ФР развития ССЗ (см. рисунок). Более 60% врачей, отвечая на открытый вопрос по ФР, указали 2 ФР развития АГ — избыточную массу тела/ожирение и курение. Столь важные с точки зрения патогенеза гипертонии ФР, как избыточное употребление поваренной соли и алкоголя отметили менее 1/3 врачей. В качестве ФР развития ИБС врачи назвали: курение (74,7%), избыточную массу тела/ожирение (70,2%), гиперхолестеринемия (53,0%), низкую физическую активность (44,4%), наследственную отягощенность (40,1%), стресс (38,8%); 1/3 врачей указали также СД и чрезмерное употребление алкоголя; только 19,3% врачей в ряду ФР развития ИБС отметили АГ.

Знание врачами диагностических критериев АГ. Диагностические границы АГ I степени по САД (140 мм рт.ст.) правильно указали 79,6% врачей, по ДАД (90 мм рт.ст.) — 77,4%, по обоим критериям — 70,9% врачей; АГ II степени по САД (160 мм рт.ст.) — 79,2%, по ДАД (100 мм рт.ст.) — 75,9%, по обоим критериям — 67,8% врачей; АГ III степени по САД (180 мм рт.ст.) — 81,6%, по ДАД (110 мм рт.ст.) — 68,1%, по обоим критериям — 64,4% врачей; изолированной систолической гипертонии по САД и ДАД — 66,7%, по обоим критериям — 56,9% врачей.

Знание врачами критериев других ФР. Правильно указали диагностические критерии дислипидемии: по общему ХС (>5,0 ммоль/л) — 26% врачей, по ХС ЛНП (>3,0 ммоль/л) — 33%, по ТГ (1,7 ммоль/л) — 34,9% (все показатели с точностью до ±0,1 ммоль/л). Целевые уровни липидов для больных ИБС правильно указали по общему ХС (<4,5 ммоль/л) — 27,8% врачей, по ХС ЛНП (2,5 ммоль/л) — 11,5% и по ХС ЛВП (>1,0 ммоль/л) — 51,9%.

Большинство (71,7%) специалистов для оценки массы тела пациентов пользуются ИМТ. При этом 72,8% врачей правильно указали критерий избыточной массы тела (ИМТ≥25,0 кг/м²) и 74,6% — критерий ожирения (ИМТ≥30,0 кг/м²). Гораздо меньшее число врачей ориентируются в современных нормативах окружности талии. Критерии абдоминального ожирения — окружность талии ≥102 см у мужчин и ≥88 см у женщин — указали 41,8 и 37,3% врачей соответственно.

Ошиблись в определении рекомендуемой больному АГ нормой суточного потребления соли (не более 5 г) 60,9% врачей. В то же время 66,9% врачей правильно указали желательный для больных АГ/ИБС уровень физической активности (не менее 30—60 мин ходьбы или иной физической активности в день).

53,5% врачей декларировали, что оценивают суммарный сердечно-сосудистый риск у своих пациентов, 72,1% делают это с помощью таблицы “Стратификация риска у больных АГ”, 38,2% — с помощью таблицы

SCORE. Среди врачей, которые не оценивают суммарный сердечно-сосудистый риск, только 8,3% делают это вследствие того, что не считают определение суммарного риска принципиально важным для ведения больного, 57,8% — по причине дефицита времени. Кроме того, 57,8% врачей заявили, что не определяют суммарный риск из-за отсутствия инструмента для его определения.

Мнение врачей об источниках информированности пациентов о ССЗ. Врачи солидарны со своими пациентами. Как и пациенты, большинство врачей (94,4%) считают, что участковый врач или врач общей практики должен быть основным источником медицинской информации для пациента с ССЗ. По мнению врачей, больных также должны информировать врачи центров медицинской профилактики, кабинетов доврачебного контроля и средний медицинский персонал. Около 50% врачей считают, что пациенты должны стараться получить информацию о своем заболевании также и самостоятельно, с помощью популярных медицинских изданий, Интернета и пр. (см. табл. 5).

Мнение врачей о причинах высоких показателей заболеваемости и смертности от ССЗ в России. Высокая сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность в нашей стране по мнению большинства врачей имеет социальную природу — она связана с низкой культурой здоровья и здорового образа жизни, а также с большими эмоциональными перегрузками людей. Более 60% врачей видят причину в самих пациентах, вернее в их низкой приверженности к лечению. Менее 1/3 врачей связывают высокую заболеваемость и смертность с низким уровнем профилактической работы в поликлинике и недостаточной компетентностью врачей первичного звена здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Профилактика сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний — основа улучшения демографической ситуации в России. Кардиоваскул тер и профил 2005;3:1:4—9.
2. Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO (Geneva) 2003.
3. Hamilton G.A. Measuring adherence in a hypertension clinical trial. Eur J Cardiovasc Nurs 2003;2:3:219—228.
4. Neutel J.M., Smith D.H. Improving patient compliance: a major goal in the management of hypertension. J Clin Hypertens 2003;5:2:127—132.
5. Dusing R. Adverse events, compliance, and changes in therapy. Curr Hypertens Rep 2001;3:6:488—492.
6. Youssef R.M., Moubarak H. Patterns and determinants of treatment compliance among hypertensive patients. East Mediter Health J 2002;8:4—5:579—592.
7. Погосова Г.В., Белова Ю.С., Рославцева А.Н. Приверженность к лечению артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца — ключевой элемент снижения сердечно-сосудистой смертности. Кардиоваскул тер профил 2006;1.
8. Оганов Р.Г., Лепехин В.К., Фитилев С.Б. и др. Особенности диагностики и терапии стабильной стенокардии в Российской Федерации (международное исследование АТР — Angina Treatment Pattern). Кардиология 2003;5:6—10.
9. Явелов И.С., Грацианский Н.А. Российский регистр острых коронарных синдромов: лечение и исходы в стационаре при остром коронарном синдроме без подъемов сегмента ST. Кардиология 2003;12:23—36.
10. Явелов И.С., Грацианский Н.А. Российский регистр острых коронарных синдромов: лечение и исходы в стационаре при остром коронарном синдроме с подъемами сегмента ST. Кардиология 2004;4:4—13.
11. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Склизкова Л.А. и др. Представления об артериальной гипертонии у пожилых и реальная клиническая практика в России (Результаты I этапа российской научно-практической программы АРГУС). Кардиология 2001;11:14—20.
12. Леонова М.В., Белоусов Д.Ю. Результаты фармакоэпидемиологического исследования артериальной гипертонии в России (ПИФАГОР). Кардиология 2003;11:23—26.
13. Schroeder K., Fahey T., Ebrahim S. How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in ambulatory care? Systematic review of randomized controlled trials. Arch Intern Med 2004;164:722—732.
14. Zigmond A.S., Snaith R.P. Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67:361—370.
15. Андрищенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общей медицинской практике. Журн невр и психиат 2003;5:11—17.

Поступила 20.02.07