

Верхневолжский медицинский журнал. 2025; 24(1): 14–18

Upper Volga Medical Journal. 2025; 24(1): 14–18

УДК 616.12-008.331.1+616-008.0:616-036.868

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Маргарита Викторовна Яковлева, Людмила Евгеньевна Смирнова*

*Кафедра факультетской терапии*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

**Аннотация.** Обследовано 63 больных с артериальной гипертензией (1-я группа — сравнения) и 57 — с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом (2-я группа — основная) с применением психодиагностических методик (тест СМОЛ с оценкой психологической адаптации, шкала качества жизни SF-36). Психологическая дезадаптация выявлена у 86 % больных 1-й группы и у 97 % — 2-й. В 1-й группе доминировала слабо выраженная дезадаптация, во 2-й — умеренно выраженная и выраженная. Сравнительный анализ показателей психологической адаптации и актуального психологического состояния больных свидетельствует о большей частоте выявления психопатологической симптоматики по уровню адаптации. Качество жизни пациентов обеих групп существенно снижено как за счет физического, так и психического компонентов здоровья. Показатели в большей степени ухудшаются на фоне метаболического синдрома, что свидетельствует не только о значительном снижении качества жизни при артериальной гипертензии с метаболическим синдромом, но и подтверждает уменьшение адаптационного потенциала у этих больных.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, метаболический синдром психологическая адаптация, дезадаптация, качество жизни

**Для цитирования:** Яковлева М. В., Смирнова Л. Е. Психологическая адаптация и качество жизни больных артериальной гипертензией с метаболическим синдромом. Верхневолжский медицинский журнал. 2025; 24(1): 14–18

## PSYCHOLOGICAL ADAPTATION AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND METABOLIC SYNDROME

*M. V. Yakovleva, L. E. Smirnova*

*Tver State Medical University, Tver, Russia*

**Abstract.** The study involved 63 patients with arterial hypertension (Group 1 — comparison) and 57 patients with arterial hypertension and metabolic syndrome (Group 2 — main) using psychodiagnostic techniques (SMOL test with assessment of psychological adaptation, SF-36 quality of life scale). Psychological maladaptation was detected in 86 % of patients in Group 1 and in 97 % in Group 2. Mild maladaptation was predominant in Group 1, while moderate and severe maladaptation were predominant in Group 2. Comparative analysis of psychological adaptation indices and the actual psychological state of patients indicates a higher frequency of detection of psychopathological symptoms by the level of adaptation. The quality of life of patients in both groups is significantly reduced due to both physical and mental health components. The indicators deteriorate to a greater extent against the background of metabolic syndrome, which indicates not only a significant decrease in the quality of life in arterial hypertension with metabolic syndrome, but also confirms a decrease in the adaptive potential in these patients.

**Key words:** hypertension, metabolic syndrome, psychological adaptation, maladaptation, quality of life

**For citation:** Yakovleva M. V., Smirnova L. E. Psychological adaptation and quality of life in patients with arterial hypertension and metabolic syndrome. Upper Volga Medical Journal. 2025; 24(1): 14–18

## Введение

Изучение коморбидности соматической и психической патологии пациентов способствует решению важнейшей проблемы раннего выявления психических расстройств и их коррекции, а также управления психологическими и поведенческими факторами у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы [1]. В настоящее время вопросы психического здоровья все чаще обсуждаются в научной и практической медицине. При этом распространенность психических заболеваний остается очень высокой, в том числе у больных артериальной гипертензией (АГ) [2, 3] и особенно при её сочетании с метаболическим синдромом (МС) [4, 5].

Среди сердечно-сосудистых заболеваний АГ является наиболее ярким представителем психосоматической патологии [6]. Аффективные психические расстройства (тревога, депрессия) при АГ способствуют формированию факторов риска, приводящих к развитию метаболических изменений. Сочетание АГ с МС способствует усилению психопатологической симптоматики и возникновению у пациентов когнитивных нарушений [5]. В свою очередь, депрессия и тревожные расстройства стимулируют развитие сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе АГ, ишемической болезни сердца и МС [3]. Возникшие психические изменения могут являться следствием неэффективной адаптации организма в условиях стресса [7].

Важная роль отводится категории качества жизни (КЖ), которая является комплексной характеристикой физического, психического, эмоционального и социального функционирования человека [8]. Адаптация и КЖ больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями во многом зависят от психологических и социально-экономических факторов, а также подверженности стрессу [9]. При стрессе, превалирующем над эффективностью защитных механизмов, происходит развитие психических расстройств, чаще тревожно-депрессивного характера [10].

Уже на этапе первичной медико-санитарной помощи включение оценки психического здоровья является обоснованным [3], однако имеющиеся работы обычно не содержат сведений о нарушениях психологической адаптации у больных с АГ с МС, тем более во взаимосвязи с КЖ пациентов.

**Цель исследования:** оценить уровень психологической адаптации и качество жизни больных АГ с МС.

## Материал и методы исследования

Обследовано 120 больных АГ, в том числе мужчин — 41, женщин — 79 (средний возраст  $61,1 \pm 7,2$  года). Критериями включения в исследование являлись амбулаторные больные АГ в возрасте от 18 до 75 лет при наличии у них добровольного информированного согласия на проведение исследования. Критериями исключения были: острые и хронические заболевания в стадии обострения, заболевания системы крови, злокачественные новообразования, беременность, хроническая почечная или печеночная недостаточность, пороки сердца, выраженная сердечная

недостаточность. Больные были разделены на две группы в зависимости от наличия или отсутствия у них МС. В 1-ю группу (сравнения) вошли больные АГ ( $n = 63$ ), во 2-ю группу (основную) — больные АГ с МС ( $n = 57$ ). По степени АГ в 1-й группе больные распределились: I степень — у 29 (46 %), II — у 23 (37 %) и III — у 11 (17 %); во 2-й группе, соответственно, у 16 (28 %), 28 (49 %) и 13 (23 %).

Диагноз АГ и ее степени устанавливали в соответствии с современными российскими и международными рекомендациями [11]. Наличие МС диагностировали согласно критериям, принятым в Российской Федерации [12].

Психодиагностические методики включали Сокращенный Многофакторный Опросник Личности (СМОЛ) [13] и шкалу качества жизни (SF-36) [14,15]. Использовалась психодиагностическая программа «СМОЛ-Эксперт», версия 5.3 научно-медицинского центра «Радикс» (Москва). Психологическая адаптация оценивалась, исходя из показателей СМОЛ, по критериям В.П. Зайцева и Т.А. Айвазян [16], согласно которым определялись степени психологической дезадаптации от «0» до «3», где: «0» — признаки психологической дезадаптации отсутствуют, «1» — слабо выражены, «2» — умеренно выражены, «3» — выражены.

Шкала качества жизни (SF-36) предусматривает два компонента здоровья: физическое и психическое благополучие. К физическому компоненту относятся показатели: ОЗ — общее состояние здоровья; ФФ — физическое функционирование; РФФ — ролевое физическое функционирование, ИБ — интенсивность боли. Психический компонент включает: Ж — жизнеспособность, СФ — социальное функционирование, РЭФ — ролевое эмоциональное функционирование, ПЗ — психическое здоровье. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам. Показатели каждой шкалы могут варьировать в диапазоне от 0 до 100 баллов, где 100 баллам соответствует полное здоровье. Снижение КЖ считается значимым при количестве баллов менее 50 по шкале [17].

Обработка полученных данных осуществлялась с помощью компьютерной программы STATISTICA 6,0. Для оценки статистической значимости различий применялись непараметрические критерии Манна — Уитни и Пирсона ( $\chi^2$  и  $\chi^2$  с поправкой Йетса). Значимость различий между группами определялась при уровне безошибочного прогноза:  $>95\%$  ( $p < 0,05$ ).

## Результаты исследования и их обсуждение

Изучение нарушений психологической адаптации представляется весьма важным, поскольку в настоящее время они получили широкое распространение и могут присутствовать у пациентов даже на стадии предболезни.

Показатели психологической дезадаптации в группах наблюдения представлены в таблице 1.

**Таблица 1. Показатели (степени) психологической дезадаптации (по опроснику СМОЛ) у больных в группах наблюдения, абс. ( %)**

**Table 1. Indicators (degrees) of psychological maladaptation (according to the SMOL questionnaire) in patients in the observation groups, abs. ( %)**

Психологическая дезадаптация	Группа наблюдения							
	1-я (АГ)				2-я (АГ с МС)			
	Всего (n = 63)	Степень АГ			Всего (n = 57)	Степень АГ		
		I (n = 29)	II (n = 23)	III (n = 11)		I (n = 16)	II (n = 28)	III (n = 13)
Отсутствует (0 степень)	9 (14)	5 (17)	3 (13)	1 (9)	2 (3)	2 (13)	—	—
Слабо выражена (1 степень)	25 (40)	14 (49)	8 (35)	3 (27)	12 (21)*	5 (27)	5 (18)	2 (15)
Умеренно выражена (2 степень)	20 (32)	8 (28)	8 (35)	4 (36)	23 (40)	7(31)	9 (32)	7 (54)
Выражена (3 степень)	9 (14)	2 (7)	4 (17)	3 (27)	20 (35)*	2(13)	14 (50)	4 (31)

Примечание: \* — значимые различия между группами по критерию  $\chi^2$  ( $p < 0,05$ ).

Признаки психологической дезадаптации полностью отсутствовали у 9 (14 %) больных с АГ и лишь у 2 (3 %) — с АГ и МС. У существенной части пациентов выявлялась слабо выраженная дезадаптация (1 степень): 25 (40 %) в 1-й группе и 12 (21 %) — во 2-й, что отличало эти группы между собой ( $\chi^2 = 4,87$ ;  $p < 0,05$ ). Что касается значительной дезадаптации (2 и 3 степени), то при АГ ей были подвержены 26 (46 %) респондентов, а при АГ с МС — уже 44 (75 %;  $\chi^2 = 15,88$ ;  $p < 0,001$ ). Причем наибольшие различия выявлялись в отношении 3 (выраженной) степени дезадаптации: у 9 (14 %) 1-й группы и у 20 (35 %) — 2-й ( $\chi^2 = 4,78$ ;  $p < 0,05$ ). Внутри групп наблюдения отмечалась тенденция к нарастанию психологической дезадаптации от I к III степени АГ.

Для сопоставления уровней психологической адаптации с объективными показателями была проведена оценка актуального психологического состояния больных по индивидуальным профилям СМОЛ и представленным по ним заключениям. На основании этого были сформированы отдельные категории актуального психологического состояния пациентов (табл. 2).

Согласно данным таблицы 2, у 21 (33 %) больно-го с АГ показатели теста СМОЛ были в пределах нормы, что соответствовало нормальному психологическому состоянию пациентов. Напротив, в группе

АГ с МС этот показатель был только у 7 (12 %) респондентов ( $\chi^2 = 7,41$ ;  $p < 0,001$ ). Причем, если в 1-й группе нормальные профили СМОЛ отмечались при АГ всех степеней, то во 2-й — только в подгруппе с I степенью АГ. Что касается психических изменений, то они были представлены как более легкими нарушениями — актуальными психологическими проблемами или акцентуацией личности (АПП/АЛ), так и более выраженными психическими расстройствами в виде психических нарушений и патологии личности (ПН, ПЛ).

Число лиц с психическими изменениями при АГ с МС было в 1,3 раза больше, чем при АГ, соответственно у 50 (88 %) и 42 пациентов (67 %;  $\chi^2 = 7,41$ ;  $p < 0,01$ ). Выраженных психических изменений оказалось больше в 2 раза во 2-й группе, чем в 1-й, соответственно у 22 (38 %) и у 12 больных (19 %;  $\chi^2 = 5,63$ ;  $p < 0,025$ ).

Таким образом, результаты сравнительного анализа показателей психологической адаптации и актуального психологического состояния у больных обеих групп с одной стороны, оказались сопоставимы, а, с другой, — продемонстрировали большую частоту психопатологической симптоматики, особенно на ее начальных проявлениях, при определении уровня психологической адаптации по тесту СМОЛ.

**Таблица 2. Актуальное психологическое состояние (по опроснику СМОЛ) у больных в группах наблюдения, абс. ( %)**

**Table 2. Current psychological state (according to the SMOL questionnaire) in patients in the observation groups, abs. ( %)**

Показатели теста СМОЛ		Группа наблюдения							
		1-я (АГ)				2-я (АГ с МС)			
		Всего (n = 63)	Степень АГ			Всего (n = 57)	Степень АГ		
			I (n = 29)	II (n = 23)	III (n = 11)		I (n = 16)	II (n = 28)	III (n = 13)
В пределах нормы		21 (33)	10 (34)	8 (35)	3 (27)	7 (12)*	7 (44)	—	—
Психические изменения	<b>Всего</b>	<b>42 (67)</b>	<b>19 (66)</b>	<b>15 (65)</b>	<b>8 (73)</b>	<b>50 (88)*</b>	<b>9 (56)</b>	<b>28(100)</b>	<b>13 (100)</b>
	в том числе: АПП/АЛ	30 (48)	15 (52)	10 (43)	5 (46)	28 (50)	9 (56)	15 (54)	4 (31)
	ПН, ПЛ	12 (19)	4 (14)	5 (22)	3 (27)	22 (38) *	—	13 (46)	9 (69)

Примечание: \* — значимые различия между группами по критерию  $\chi^2$  ( $p < 0,05$ ); АПП/АЛ — актуальные психологические проблемы/акцентуация личности, ПН, ПЛ — психические нарушения, патология личности.

Таблица 3. Усредненные показатели качества жизни больных в группах наблюдения (M ± SD)

Table 3. Average indicators of quality of life of patients in the observation groups (M ± SD)

Шкала SF-36		Группа наблюдения							
		1-я (АГ)				2-я (АГ с МС)			
		Всего (n = 63)	Степень АГ			Всего (n = 57)	Степень АГ		
			I (n = 29)	II (n = 23)	III (n = 11)		I (n = 16)	II (n = 28)	III (n = 13)
Физический компонент здоровья	ФФ	62,8 ± 1,9	63,3 ± 1,6	61,6 ± 1,8	60,5 ± 1,0	47,8 ± 1,0 <sup>▲</sup>	49,5 ± 1,9	48,1 ± 1,2 <sup>**</sup>	46,9 ± 1,4 <sup>***</sup>
	РФФ	65,2 ± 2,9	67,5 ± 1,1	65,5 ± 2,2	64,0 ± 1,2	54,3 ± 1,1 <sup>▲</sup>	57,5 ± 1,0 <sup>*</sup>	54,4 ± 1,1	51,0 ± 1,8
	ИБ	55,5 ± 1,7	59,0 ± 1,7	55,0 ± 1,0	50,1 ± 1,3 <sup>?</sup>	44,8 ± 0,9 <sup>▲</sup>	48,7 ± 1,0	44,6 ± 1,2	40,0 ± 1,2
	ОЗ	49,0 ± 2,8	52,5 ± 1,9	49,2 ± 0,8	48,7 ± 1,0	47,5 ± 1,6	48,6 ± 1,3	46,5 ± 1,0	46,2 ± 1,5
Психический компонент здоровья	Ж	60,2 ± 2,6	61,5 ± 1,1	60,5 ± 2,3	58,0 ± 1,5	56,2 ± 1,6	59,5 ± 1,8	57,6 ± 1,1	55,5 ± 1,4
	СФ	55,0 ± 0,8	60,0 ± 0,8	56,8 ± 2,4	51,0 ± 1,0 <sup>▲▲</sup>	43,6 ± 0,9 <sup>▲</sup>	46,8 ± 1,5	42,8 ± 1,5	38,8 ± 1,1 <sup>***#</sup>
	РЭФ	53,1 ± 2,9	55,5 ± 1,3	53,0 ± 2,9	50,3 ± 2,0	45,9 ± 1,3 <sup>▲</sup>	46,6 ± 1,6 <sup>*</sup>	45,0 ± 1,2	45,0 ± 1,0
	ПЗ	45,7 ± 2,9	48,0 ± 1,0	45,3 ± 2,9	43,3 ± 1,0	38,9 ± 1,5 <sup>▲</sup>	43,1 ± 1,3	38,6 ± 1,6	37,6 ± 1,2 <sup>***#</sup>

Примечание: ▲ — значимые различия показателей между группами; \* — по I степени АГ между группами; \*\* — по II степени АГ между группами; \*\*\* — по III степени АГ между группами; ▲▲ — между I и III степенями АГ в 1-й группе; # — между I и III степенями АГ во 2-й группе (по критерию Манна — Уитни при  $p < 0,05$ ).

ФФ — физическое функционирование; РФФ — ролевое физическое функционирование, ИБ — интенсивность боли; ОЗ — общее состояние здоровья; Ж — жизнеспособность; СФ — социальное функционирование; РЭФ — ролевое эмоциональное функционирование; ПЗ — психическое здоровье. Цветом выделены показатели по шкалам в группах наблюдения с низким уровнем КЖ (менее 50 баллов).

Одним из важных вопросов при оценке любого терапевтического воздействия, особенно у кардиологических больных с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, становится оценка пациентом КЖ, связанного со здоровьем.

Усредненные показатели КЖ в группах наблюдения (по данным шкалы SF-36) представлены в таблице 3.

Физический компонент здоровья у больных с АГ оказался на низком уровне (менее 50 баллов) только по одному показателю — ОЗ (общее здоровье) в целом по группе и при II–III степенях АГ. Напротив, при АГ с МС все шкалы физического здоровья за исключением одной — РФФ (ролевое физическое функционирование) демонстрировали низкое КЖ независимо от степени АГ. Обнаружены межгрупповые различия по шкалам ФФ, РФФ и ИБ, а также при I степени АГ по шкале РФФ и при II–III степенях АГ — по шкале ФФ (все  $p < 0,05$ ). Внутригрупповые различия отмечались только в 1-й группе по шкале ИБ (интенсивность боли) между I и III степенями АГ.

Психический компонент здоровья при АГ был на низком уровне только по шкале ПЗ (психическое здоровье) независимо от степени АГ. При АГ с МС, за исключением шкалы Ж (жизнеспособность), все показатели оказались низкими (менее 50 баллов) как в целом по группе, так и в подгруппах с разными степенями АГ.

Различия между группами отмечались по шкалам СФ, РЭФ и ПЗ; при I степени АГ — по шкале РЭФ, при III степени АГ — по шкалам СФ и ПЗ (все  $p < 0,05$ ). Внутригрупповые различия определялись в 1-й группе между I и III степенями АГ по шкале СФ, а во 2-й группе — по шкалам СФ и ПЗ (все  $p < 0,05$ ). Наиболее низкие показатели КЖ в группах и подгруппах наблюдения были по уровню психического здоровья (шкала ПЗ) — от 48,0 до 37,6 баллов, которая отра-

жает не только состояние психического здоровья и психическое неблагополучие, но и наличие тревожно-депрессивных нарушений.

Таким образом, КЖ больных с АГ с МС нарушается значительно больше, чем при одной АГ как по физическому, так и психическому компонентам здоровья независимо от степени АГ, что отражает уменьшение адаптационного потенциала у этих больных.

### Выводы

1. Сравнительный анализ основной группы больных (АГ с МС) и группы сравнения (АГ) обнаружил в них значимые различия как по наличию и выраженности психологической дезадаптации, так и по психическим изменениям с безусловным увеличением и утяжелением их выраженности при АГ с МС.
2. Определение уровня психологической адаптации пациентов по тесту СМОЛ способствует более частой и ранней выявляемости у них психологического неблагополучия, что позволяет использовать его как надёжный инструмент психодиагностики у больных АГ с МС.
3. У пациентов АГ с МС качество жизни нарушается значительно больше, чем при одной АГ как по физическому, так и психическому компонентам здоровья независимо от степени АГ. Это касается физического функционирования, интенсивности боли, общего здоровья, социального функционирования, ролевого эмоционального функционирования и, особенно, психического здоровья.

**Список источников**

1. Оганов Р.Г., Симаненков В.И., Бакулин И.Г., Бакулина Н.В., Барбараш О.Н., Бойцов С.А, Болдуева С.А., Гарганеева Н.П., Дощицин В.Л., Каратев А.Е., Котовская Ю.В., Лиля А.М., Лукьянов М.М., Морозова Т.Е., Переверзев А.П., Петрова М.М., Поздняков Ю.М., Сыров А.В., Тарасов А.В., Ткачева О.Н., Шальнова С.А. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019; 18(1). doi: 10.15829/1728-8800-2019-1-5-66
2. Медведева С.О. Особенности гемодинамических нарушений, психоэмоциональных расстройств и качество жизни у больных артериальной гипертензией с церебральными расстройствами: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.05 «Кардиология» / Медведева Светлана Олеговна; [Место защиты: Тверской государственный медицинский университет]. Тверь. 2018: 26.
3. Менделевич Б.Д., Бурькин И.М., Хафизьянова Р.Х. Обоснование включения оценки психического здоровья в этап первичной медико-санитарной помощи. Профилактическая медицина. 2021; 24 (2): 14–19. doi: 10.17116/profmed20212402114
4. Фоминых Ю.А., Горбачева И.А., Успенский Ю.П., Голунов З.Х, Соусова Я.В. Психологический статус и качество жизни пациентов с метаболическим синдромом Медицинский алфавит. Серия «Практическая гастроэнтерология». 2019; 3 (20): 46–50. doi: 10.33667/2078-5631-2019-2-20(395)-46-50
5. Агарков Н.М., Охотников О.И., Корнеева С.И., Москалева Е.О., Москалев А.А., Коломиец В.И., Маркелова А.М., Маркелова Е.А. Психологический континуум пожилых пациентов, страдающих артериальной гипертензией при метаболическом синдроме, на фоне хронотерапии фиксированной комбинацией амлодипина, лизиноприла и розувастатина. Российский кардиологический журнал. 2021; 26 (2): 90–96. doi: 10.15829/1560-4071-2021-4312
6. Цибульская Н.Ю. Суточные профили артериального давления у больных артериальной гипертензией различных психотипов. Системные гипертензии. 2022; 19 (4): 27–30. doi:10.38109/2075-082X-2022-4-27-30
7. Фирсова Л.Д. Постстрессовые психические расстройства в общесоматической практике. Верхневолжский медицинский журнал. 2020; 19(3): 3–9.
8. Филимонова Л.А., Борисенко Н.А., Алексеев И.А., Яскевич Р.А., Давыдов Е.Л. Мониторинг качества жизни у пациентов артериальной гипертензии старших возрастных групп. Современные проблемы науки и образования. 2017; 1. — URL: <https://scienceeducation.ru/article/view?id=25897&ysclid=lui7vuyg6s920010995> (дата обращения: 17.10.2024).
9. Котова М.Б., Розанов В.Б., Александров А.А., Драпкина О.М. Ассоциация психосоциального стресса с социально-психологической средой, образом жизни и факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин среднего возраста, проживающих в г. Москве. Российский кардиологический журнал. 2021; 26(5): 4335. doi: 10.15829/1560-4071-2021-4335
10. Фирсова Л.Д. Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации в практике гастроэнтеролога. Эффективная фармакотерапия. Гастроэнтерология. 2020;16(15): 86–91. doi: 10.33978/2307-3586-2020-16-15-86-91
11. Чазова И.Е., Жернакова Ю.В. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Системные гипертензии. 2019; 16 (1). — URL: <https://doi.org/10.26442/2075082X.2019.1.190179> (дата обращения: 17.10.2024).
12. Чазова И.Е., Недогада С.В., Жернакова Ю.В., Сусеков А.В., Медведева И.В., Шестакова М.В. Рекомендации по ведению больных с метаболическим синдромом. 2013. — URL: [https://mzdrav.rk.gov.ru/file/mzdrav\\_18042014](https://mzdrav.rk.gov.ru/file/mzdrav_18042014) (дата обращения: 17.10.2024).
13. Зайцев В.П. Вопросы психологического теста Mini Mult. Психологический журнал. 1981; 3: 118–123.
14. Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.И., Ребров А.П., Сороккая В.Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ»). Научно-практическая ревматология. 2008;1: 36–48.
15. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey: Manual and interpretation guide. The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. 1997: 300.
16. Зайцев В.П., Айвазян Т.А. Применение психологического теста СМОЛ для объективной оценки уровня психологической адаптации больных хроническими соматическими заболеваниями. Актуальные вопросы восстановительной медицины. 2005. — URL: [https://nmc-radix.ru/to\\_be\\_read/SMOL\\_2004.html](https://nmc-radix.ru/to_be_read/SMOL_2004.html) (дата обращения: 11.10.2024).
17. Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36. — URL: <http://therapy.irkutsk.ru/doc/sf36a.pdf> (дата обращения: 15.04.2020).

*Яковлева Маргарита Викторовна (контактное лицо) — ассистент кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России; 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4; Rita99987@rambler.ru*

*Поступила в редакцию /  
 The article received 12.11.2024.*

*Принята к публикации /  
 Was accepted for publication 12.01.2025.*