

## ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПРОШЕДШИХ ОБУЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ В ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ «АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ»

Кулишова Т.В.<sup>1</sup>, Корвякова О.П.<sup>2</sup>, Дёмина Е.И.<sup>1</sup>, Гатаулина О.В.<sup>1</sup>, Табашникова Н.А.<sup>1</sup>, Каркавина А.Н.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, e-mail: tkulishova@bk.ru;

<sup>2</sup>АО «Курорт Белокуриха», санаторий «Белокуриха», Белокуриха;

<sup>3</sup>Городская больница №4 имени Н.П. Гуллы, Барнаул

В исследовании участвовали 94 больных с верифицированным диагнозом «артериальная гипертония» (АГ) I–II степени, I–II стадии, риском 1–3 в возрасте  $56,8 \pm 0,9$  года. Пациенты с АГ I степени составили 29,8%, АГ II степени – 70,2%. Курс санаторно-курортного лечения длился 21 день. Пациенты были рандомным способом разделены на 2 группы. Основная группа включала 46 пациентов, группа сравнения – 48. Пациенты обеих групп получали стандартную базисную терапию: диета, общая магнитотерапия, азотно-кремнистые слаборадоновые ванны, ручной массаж волосистой части головы и воротниковой зоны по Мошкову, групповые занятия лечебной физкультурой, терренкур. Больные основной группы дополнительно к базисному лечению обучались в школе здоровья «Артериальная гипертония». Проанализировано влияние обучающей программы школы здоровья «Артериальная гипертония» на показатели качества жизни (КЖ) пациентов с АГ до и после санаторно-курортного лечения и в катамнезе через 3 и 6 месяцев. Исходные показатели КЖ у больных АГ обследованных групп согласно данным опросника «SF-36» были снижены по всем шкалам. Уровень снижения показателей качества жизни наблюдаемых больных связан со степенью АГ и был достоверно ниже у пациентов с АГ II степени. Проведение в основной группе обучающей программы в рамках санаторно-курортного лечения позволило не только статистически значимо повысить параметры КЖ в конце санаторно-курортного лечения, но и стабилизировать их в катамнезе через 3 и 6 месяцев. Наиболее значимое повышение качества жизни отмечалось у пациентов основной группы с АГ II степени. У пациентов группы сравнения также отмечался в конце санаторного лечения достоверный, но менее значимый по отношению к основной группе рост параметров КЖ, однако все показатели через 3 месяца вернулись к исходным значениям.

Ключевые слова: артериальная гипертония, школа здоровья, качество жизни, санаторно-курортное лечение.

## INCREASING THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION WHO HAVE BEEN TRAINED IN THE CONDITIONS OF THE SANATORIUM AT THE SCHOOL OF HEALTH "ARTERIAL HYPERTENSION"

Kulishova T.V.<sup>1</sup>, Korvyakova O.P.<sup>2</sup>, Demina E.I.<sup>1</sup>, Gataulina O.V.<sup>1</sup>, Tabashnikova N.A.<sup>1</sup>, Karkavina A.N.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Altai State Medical University, Barnaul, e-mail: tkulishova@bk.ru;

<sup>2</sup>Belokurikha Resort JSC, Belokurikha sanatorium, Belokurikha;

<sup>3</sup>City hospital №4 named after N.P. Gulla, Barnaul

The study involved 94 patients with a verified diagnosis of arterial hypertension (AH) of I–II degree, I–II stage, risk 1–3 at the age of  $56.8 \pm 0.9$  years, AH of I degree was 29.8%, AH of II degree – 70.2%. The course of spa treatment was 21 days. The patients were randomized into 2 groups. The main group included 46 patients, the comparison group – 48. Patients of both groups received standard basic therapy: diet, general magnetotherapy, nitrogen-siliceous weak-silicone baths, manual massage of the scalp and collar area according to Moshkov, group physical therapy classes, terrenkur. Patients of the main group in addition to basic treatment were trained at the school of health «Arterial hypertension». The influence of the training program of the school of health «Arterial Hypertension» on the quality of life (QOL) of patients with hypertension before and after sanatorium treatment and in the catamnesis after 3 and 6 months was analyzed. Baseline QOL values in patients with hypertension of the examined groups according to the data of the questionnaire «SF-36» were reduced on all scales. The level of decline in the quality of life of the observed patients is associated with the degree of hypertension and was significantly lower in patients with grade II hypertension. Conducting a training program in the main group within the framework of sanatorium treatment allowed statistically significantly increase the parameters of QOL not only at the end of sanatorium treatment, but also to stabilize them in the catamnesis after 3 and 6 months. The most significant improvement in the quality of life was observed in patients of the main group with grade II hypertension. Patients in the comparison group also had a significant, but less significant increase in QOL

**parameters at the end of sanatorium treatment compared to the main group, but all indicators returned to their original values after 3 months.**

Keywords: arterial hypertension, school of health «Arterial hypertension», quality of life, spa treatment.

Одной из главных задач реабилитации пациентов с артериальной гипертензией (АГ) представляется повышение субъективной оценки пациентами своего физического, психического и социального благополучия в жизнедеятельности [1]. Сегодня положительная динамика КЖ больных с АГ является отражением эффективности проводимого лечения [2, 3]. Проведение обучающей программы в рамках школы здоровья для пациентов с АГ позволяет значимо расширить представление пациентов о течении этого хронического заболевания, факторах риска прогрессирования АГ, необходимости пациентам быть приверженными к проводимой терапии, навыках самоконтроля больными состояния своего здоровья [4, 5, 6]. Несмотря на большое количество публикаций по исследованию КЖ на фоне образовательных мероприятий у больных с АГ I–II степени [7, 8, 9], в доступной научной литературе нам не удалось найти научных работ об изучении влияния образовательных программ в санаторно-курортных условиях на КЖ.

Цель исследования: оценить динамику исходных показателей КЖ пациентов с АГ I–II степени после применения обучающей программы в рамках школы здоровья «Артериальная гипертензия» в конце санаторного лечения и в катамнезе через 3 и 6 месяцев.

**Материалы и методы исследования.** Протокол клинического исследования был рассмотрен и одобрен на заседании локального комитета по биомедицинской этике ФГБОУ ВО АГМУ Министерства здравоохранения Российской Федерации (выписка из протокола № 11/2 от 30.10.2015 г.).

В исследовании участвовали 94 пациента с верифицированным диагнозом АГ I–II степени, I–II стадии, риском 1–3 в возрасте  $56,8 \pm 0,9$  года. Все пациенты находились на санаторном этапе реабилитации в течение 21 дня. Из них пациенты с АГ I степени составили 28 (29,8%), с АГ II степени – 66 человек (70,2%).

Критерии включения пациентов в исследование: наличие информированного согласия пациентов, наличие верифицированного диагноза АГ I–II степени, возраст от 45 до 65 лет.

Критерии исключения: наличие противопоказаний для физиотерапевтического и санаторно-курортного лечения, тяжелая сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения III–IV ФК, инфаркт миокарда (в анамнезе), АГ III степени, острое нарушение мозгового кровообращения (в анамнезе), сахарный диабет, злокачественные и доброкачественные новообразования любой локализации.

Пациенты были разделены рандомным способом на 2 сопоставимые группы по гендерному признаку, возрасту, степени и стадии АГ, сопутствующей патологии,

проводимому лечению. Основная группа включала 46 пациентов, группа сравнения – 48 человек. Пациенты обеих групп получали стандартную базисную терапию. Базисная терапия состояла из диеты, общей магнитотерапии (обладающей гипотензивным, седативным, гипокоагуляционным, иммуномодулирующим, улучшающим микроциркуляцию эффектами) [10], азотно-кремнистых слаборадоновых ванн, ручного массажа волосистой части головы и воротниковой зоны по Мошкову, групповых занятий лечебной физкультурой и терренкура. Пациенты основной группы в рамках санаторно-курортного лечения дополнительно к базисному лечению обучались в школе здоровья «Артериальная гипертония». Образовательные мероприятия в школе здоровья преследовали следующие цели: приобретение больными АГ I–II степени достоверной информации о факторах риска АГ, формирование у них комплаентности к выполнению рекомендаций врача, отработка навыков самоконтроля и их закрепление у больных с АГ, умение пациентами самостоятельно оказать первую доврачебную помощь при гипертоническом кризе, укрепление мотивации пациентов к здоровому образу жизни, повышение ответственности больных за сохранение здоровья. Образовательные мероприятия включали пять занятий с врачом-терапевтом, два занятия с психологом и одно практическое занятие с фельдшером. Занятия проводились 3 раза в неделю. Продолжительность занятия составляла 30 минут.

Для оценки изменений показателей КЖ у всех пациентов с АГ I–II степени применялась русифицированная версия опросника «SF-36» («Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey») [11]. Анкетирование с помощью опросника «SF-36» проводили при поступлении в санаторий на лечение до назначения базисной терапии и образовательных мероприятий, после завершения лечения перед отъездом из санатория, а также через 3 и 6 месяцев в катамнезе в домашних условиях посредством электронной или телефонной коммуникации.

Статистическую обработку полученных результатов исследования проводили с помощью компьютерных программ Statistica 10.0, Excel 2007. Статистическую значимость различий зависимых выборок при нормальном законе распределения определяли, используя t-критерий Стьюдента–Фишера для парных наблюдений. При распределении изучаемых выборок, отличающихся от нормальных, применяли T-критерий Вилкоксона. Таблицы сопряженности анализировали, применяя критерий согласия  $\chi^2$  (при объеме выборки более 50 и частотах более 5) или (при невыполнении этих требований) точного критерия Йетса. Результаты представляли в виде «среднее  $\pm$  ошибка среднего» ( $M \pm m$ ). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в исследовании принимался равным 0,05.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

При поступлении на санаторно-курортное лечение исходные параметры КЖ у больных АГ I–II степени основной группы и группы сравнения были снижены по всем шкалам (табл. 1). Примечательно, что при сравнительном изучении КЖ наблюдаемых больных с АГ I–II степени показатели КЖ у пациентов с АГ II степени были статистически менее значимыми, чем у пациентов с АГ I степени, по всем шкалам опросника «SF-36». Так, у больных основной группы с АГ II степени значение показателя по шкале «Физическое функционирование» отличалось на 18,5% ( $p<0,05$ ) от аналогичного показателя у пациентов с АГ I степени.

Таблица 1

Динамика показателей КЖ наблюдаемых больных артериальной гипертензией I–II степени после санаторно-курортного лечения

Шкалы КЖ	Основная группа (n=46)		Группа сравнения (n=48)	
	АГ I степени (n=14)	АГ II степени (n=32)	АГ I степени (n=14)	АГ II степени (n=34)
«Физическое функционирование» (PF)	$\frac{73,5 \pm 1,4}{89,8 \pm 2,3^*}$	$\frac{59,9 \pm 0,7}{78,3 \pm 1,8^*}$	$\frac{72,1 \pm 1,6}{79,1 \pm 1,9^{*\wedge}}$	$\frac{58,2 \pm 0,7}{68,6 \pm 1,1^{*\#}}$
«Ролевое физическое функционирование» (RP)	$\frac{72,8 \pm 1,6}{84,9 \pm 1,1^*}$	$\frac{58,3 \pm 0,7}{76,5 \pm 1,6^*}$	$\frac{71,1 \pm 1,5}{78,2 \pm 1,8^{*\wedge}}$	$\frac{57,1 \pm 0,6}{67,3 \pm 1,5^{*\#}}$
«Физическая боль» (BP)	$\frac{70,1 \pm 1,2}{79,6 \pm 1,8^*}$	$\frac{55,9 \pm 0,6}{72,7 \pm 1,1^*}$	$\frac{68,1 \pm 1,1}{72,3 \pm 1,1^{*\wedge}}$	$\frac{55,9 \pm 0,6}{68,1 \pm 1,2^{*\#}}$
«Общее здоровье» (GH)	$\frac{68,7 \pm 1,1}{84,8 \pm 2,3^*}$	$\frac{56,5 \pm 0,8}{76,1 \pm 1,9^*}$	$\frac{67,1 \pm 1,2}{74,8 \pm 1,7^{*\wedge}}$	$\frac{55,5 \pm 0,6}{68,7 \pm 1,1^{*\#}}$
«Жизнеспособность» (VT)	$\frac{66,5 \pm 1,1}{80,1 \pm 2,1^*}$	$\frac{49,8 \pm 0,6}{76,7 \pm 1,4^*}$	$\frac{64,9 \pm 0,7}{70,3 \pm 1,3^{*\wedge}}$	$\frac{49,3 \pm 0,5}{60,3 \pm 1,1^{*\#}}$
«Социальное функционирование» (SF)	$\frac{68,6 \pm 1,3}{78,8 \pm 1,8^*}$	$\frac{53,2 \pm 0,6}{73,9 \pm 1,8^*}$	$\frac{67,2 \pm 0,9}{72,8 \pm 1,4^{*\wedge}}$	$\frac{53,8 \pm 0,6}{63,2 \pm 1,3^{*\#}}$
«Ролевое эмоциональное функционирование» (RE)	$\frac{68,4 \pm 1,3}{76,8 \pm 1,6^*}$	$\frac{50,3 \pm 0,5}{74,2 \pm 1,6^*}$	$\frac{65,3 \pm 0,8}{69,3 \pm 1,1^{*\wedge}}$	$\frac{50,8 \pm 0,5}{65,4 \pm 1,2^{*\#}}$
«Психическое здоровье» (MH)	$\frac{63,9 \pm 0,9}{76,2 \pm 1,5^*}$	$\frac{51,6 \pm 0,7}{71,2 \pm 1,4^*}$	$\frac{62,3 \pm 0,9}{69,1 \pm 1,3^{*\wedge}}$	$\frac{52,5 \pm 0,8}{63,8 \pm 1,2^{*\#}}$

Примечание: в числителе – показатели до лечения, в знаменателе – после; \* – различия достоверны по сравнению со значением до санаторно-курортного лечения в зависимых совокупностях ( $p<0,05$ );  $\wedge$  – различия достоверны в независимых совокупностях после лечения у больных АГ I степени по сравнению со значением в основной группе (критерий  $\chi^2$  ( $p<0,05$ )); # – различия достоверны в независимых совокупностях после лечения у больных АГ II степени по сравнению со значением в основной группе (критерий  $\chi^2$  ( $p<0,05$ )).

Анализ шкалы «Физическое функционирование» показал, что больные с АГ II степени, в отличие от пациентов с АГ I степени, способны к выполнению меньшего объема физических нагрузок с ограничением только тяжелых силовых нагрузок. Параметр шкалы «Ролевое физическое функционирование» у пациентов с АГ II степени был ниже на 19,9% ( $p<0,05$ ), что свидетельствовало об их меньшей способности к активному образу жизни и имеющихся затруднениях в выполнении профессиональной или повседневной активности по сравнению с пациентами с АГ I степени. Изменение показателя по шкале «Физическая боль», по-видимому,

связано с головными болями, кардиалгиями, сопутствующими заболеваниями и у больных АГ II степени было менее значимо – на 20,3% ( $p < 0,05$ ). Пациенты с АГ II степени субъективно оценивали настоящее состояние своего здоровья и определяли его перспективы по шкале «Общее здоровье» на 17,8% ( $p < 0,05$ ) хуже, чем пациенты с АГ I степени. Большинство больных с АГ II степени оценивали свое здоровье как посредственное и ожидали в перспективе его ухудшения. Однако наибольшее снижение КЖ у больных АГ констатировано по психологическому компоненту опросника, особенно у пациентов с АГ II степени, что согласуется с публикациями других авторов [12, 13, 14]. Так, параметр по шкале «Жизнеспособность» у пациентов с АГ II степени на 25,1% ( $p < 0,05$ ) отличался от такового у пациентов с АГ I степени. Изменение показателя по шкале «Жизнеспособность» было ассоциировано у пациентов с АГ II степени с повышенной утомляемостью, отсутствием энергичности и активности в трудовой деятельности. Показатель «Социальное функционирование» определялся больными АГ II степени на 22,4% ( $p < 0,05$ ) ниже по сравнению с больными с АГ I степени, что свидетельствовало о эмоциональных и других проблемах, препятствующих нормальной социальной активности, возможности адекватного профессионального общения. Сопоставление параметров по шкале «Роль эмоциональное функционирование» выявило статистически значимое снижение на 26,5% ( $p < 0,05$ ) у пациентов с АГ II степени по сравнению с больными с АГ I степени. Данная шкала отражает роль эмоционального фактора в повседневной жизни и согласуется с эмоциональными затруднениями по шкале «Социальное функционирование» у пациентов с АГ. Большинство наблюдаемых больных низко оценивали свое психическое здоровье по шкале «Психическое здоровье», для них были характерны частая смена настроения, склонность к невротизации, причем у пациентов с АГ II степени они были статистически менее значимы – на 19,2% ( $p < 0,05$ ). В группе сравнения, так же как и в основной группе, показатели КЖ у пациентов с АГ II степени были статистически менее значимыми, чем у пациентов с АГ I степени, по всем шкалам опросника «SF-36».

В конце санаторно-курортного лечения при проведении анкетирования у пациентов с АГ в исследуемых группах было выявлено достоверное повышение всех показателей КЖ по всем шкалам опросника «SF-36» как со стороны физического, так и со стороны психоэмоционального компонентов здоровья. Однако нужно отметить, что в основной группе, пациенты которой проходили образовательные мероприятия в школе здоровья «Артериальная гипертония», динамика КЖ была статистически более значимой по отношению к группе сравнения. Рост КЖ у пациентов с АГ II степени был достоверно выше по сравнению с больными АГ I степени по всем шкалам опросника «SF-36». Наибольшее увеличение – на 54,0% ( $p < 0,05$ ) – произошло в основной группе у пациентов с АГ II степени по шкале

«Жизнеспособность», пациенты отмечали повышение работоспособности, чувствовали себя более энергичными. Подъем по шкале «Ролевое эмоциональное функционирование» составил 47,5% ( $p < 0,05$ ) и характеризовался уменьшением проблем, обусловленных эмоциональным статусом. Рост по шкале «Социальное функционирование» на 38,9% ( $p < 0,05$ ) сопровождался снижением усталости, утомляемости. Повышение по шкале «Психическое здоровье» составило 37,9% ( $p < 0,05$ ) и соответствовало снижению невротизации, тревожности.

В катамнезе через 3 месяца комплаенс составил 73,4%. На анкетирование в катамнезе ответили 69 пациента из 94. Основной причиной неудачи провести анкетирование у 25 человек была недоступность контакта по e-mail и телефону.

Таблица 2

Динамика показателей КЖ наблюдаемых больных с АГ I–II степени после санаторного лечения в катамнезе через 3 месяца

Шкалы КЖ	Основная группа (n=46)		Группа сравнения(n=48)	
	Через 3 месяца после санаторно-курортного лечения (n=34)		Через 3 месяца после санаторно-курортного лечения (n=35)	
	АГ I степени (n=10)	АГ II степени (n=24)	АГ I степени (n=14)	АГ II степени (n=34)
«Физическое функционирование» (PF)	$89,8 \pm 2,3$ $88,7 \pm 2,3$	$78,3 \pm 1,8$ $77,8 \pm 1,7$	$79,1 \pm 1,9$ $72,4 \pm 1,4^{*^{\wedge}}$	$68,6 \pm 1,1$ $61,8 \pm 0,9^{*^{\wedge}\#}$
«Ролевое физическое функционирование» (RP)	$84,9 \pm 2,1$ $86,8 \pm 2,8$	$76,5 \pm 1,6$ $75,9 \pm 1,7$	$78,2 \pm 1,8$ $72,1 \pm 1,2^{*^{\wedge}}$	$67,3 \pm 1,5$ $57,6 \pm 0,7^{*^{\wedge}\#}$
«Физическая боль» (BP)	$79,6 \pm 1,8$ $81,6 \pm 2,1$	$72,7 \pm 1,5$ $71,8 \pm 1,4$	$72,3 \pm 1,1$ $68,3 \pm 0,9^{*^{\wedge}}$	$68,1 \pm 1,2$ $56,8 \pm 0,6^{*^{\wedge}\#}$
«Общее здоровье» (GH)	$84,8 \pm 2,3$ $86,9 \pm 2,2$	$76,2 \pm 1,8$ $76,1 \pm 1,9$	$68,1 \pm 0,8$ $65,1 \pm 0,7^{*^{\wedge}}$	$68,7 \pm 1,1$ $54,4 \pm 0,6^{*^{\wedge}\#}$
«Жизнеспособность» (VT)	$80,1 \pm 2,1$ $82,3 \pm 2,3$	$76,7 \pm 1,4$ $75,6 \pm 1,3$	$70,3 \pm 1,3$ $64,2 \pm 0,6^{*^{\wedge}}$	$60,3 \pm 1,1$ $50,4 \pm 0,5^{*^{\wedge}\#}$
«Социальное функционирование» (SF)	$78,8 \pm 1,8$ $82,5 \pm 1,9$	$73,9 \pm 1,8$ $74,8 \pm 1,7$	$72,8 \pm 1,4$ $67,2 \pm 1,2^{\wedge}$	$63,2 \pm 1,3$ $54,4 \pm 0,7^{*^{\wedge}\#}$
«Ролевое эмоциональное функционирование» (RE)	$76,8 \pm 1,6$ $77,3 \pm 1,4$	$74,2 \pm 1,6$ $77,1 \pm 1,7$	$69,3 \pm 1,1$ $64,7 \pm 0,6^{*^{\wedge}}$	$65,4 \pm 1,2$ $52,4 \pm 0,8^{*^{\wedge}\#}$
«Психическое здоровье» (MH)	$76,2 \pm 1,5$ $78,8 \pm 1,7$	$71,2 \pm 1,4$ $73,4 \pm 1,6$	$69,1 \pm 1,3$ $62,1 \pm 1,7^{*^{\wedge}}$	$63,8 \pm 1,2$ $54,9 \pm 1,1^{*^{\wedge}\#}$

Примечание: в числителе – показатели после санаторного лечения, в знаменателе – через 3 месяца; \* – различия достоверны по сравнению со значением после санаторного лечения в зависимых совокупностях ( $p < 0,05$ );  $\wedge$  – различия достоверны в независимых совокупностях после санаторно-курортного лечения через 3 месяца у больных АГ I степени по сравнению со значением в основной группе (критерий  $\chi^2$ ) ( $p < 0,05$ ); # – различия достоверны в независимых совокупностях после санаторно-курортного лечения через 3 месяца у больных АГ II степени по сравнению со значением в основной группе (критерий  $\chi^2$ ) ( $p < 0,05$ ).

В катамнезе через 3 месяца у больных основной группы с АГ I и II степени, проходивших обучение в школе здоровья, отмечалась стабилизация показателей шкал опросника «SF-36», соответствующих показателям КЖ (табл. 2). По-видимому, причина стабильности параметров опросника «SF-36» состояла в продолжении выполнения

рекомендаций, полученных на курорте в школе здоровья «Артериальная гипертония». Пациенты соблюдали диету с ограничением потребления соли менее 5,0 г в сутки, режим труда и отдыха, стремились проводить профилактику психоэмоционального стресса, продолжали снижать избыточную массу тела, прекратили или уменьшили количество выкуренных сигарет и принятого алкоголя, поддерживали физическую активность, продолжали принимать базисную гипотензивную фармакотерапию. В группе сравнения у больных с АГ I и II степени в катамнезе через 3 месяца отмечалось достоверное уменьшение всех показателей КЖ, они вернулись к исходным значениям до санаторно-курортного лечения. Через 6 месяцев после санаторно-курортного лечения по результатам анкетирования в основной группе стабилизация параметров КЖ сохранялась по всем шкалам, в группе сравнения показатели соответствовали исходным значениям до лечения.

### **Заключение**

Таким образом, исходные показатели КЖ у больных АГ обследованных групп при поступлении на санаторно-курортное лечение согласно данным опросника «SF-36» были снижены по всем шкалам. Уровень снижения показателей качества жизни наблюдаемых больных связан со степенью АГ и был ниже у пациентов с АГ II степени. Участие в образовательных мероприятиях обучающей программы и посещение школы здоровья «Артериальная гипертония» позволили достоверно повысить КЖ в конце курса санаторно-курортного лечения у пациентов основной группы, а также стабилизировать показатели КЖ в катамнезе через 3 и 6 месяцев. Наиболее значимое повышение качества жизни отмечалось у пациентов основной группы с АГ II степени. У пациентов группы сравнения также отмечался в конце санаторно-курортного лечения достоверный, но менее значимый по отношению к основной группе рост параметров КЖ. Однако все показатели через 3 месяца вернулись к исходным значениям и сохранялись таковыми по результатам анкетирования в катамнезе через 6 месяцев после санаторно-курортного лечения.

### **Список литературы**

1. Богачев С.Р., Сергеев А.В. Качество жизни как критерий оценки эффективности лечения кардиологических больных: современный подход к проблеме // Тезисы докладов 1-й Всероссийской национальной ассамблеи кардиологов. Саратов, 1998. С. 9.
2. Власова И.А., Абрамович С.Г. Особенности качества жизни и физической работоспособности в оздоровительных программах у пожилых больных артериальной гипертонией // Вестник физиотерапии и курортологии. 2021. Т. 27. № 2. С. 74.

3. Кулишова Т.В., Баранова Л.Н. Оптимизация комплексного лечения артериальной гипертензии у работников локомотивных бригад с включением общей магнитотерапии // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2012. № 6. С. 30-32.
4. Камилова У.К., Ярмухамедова Д.З., Наджимутдинова Д.Р. Оценка эффективности обучающей программы на качество жизни больных артериальной гипертензией // Тезисы XII Всероссийского конгресса "Артериальная гипертензия 2016: итоги и перспективы". М.: ООО "ИнтерМедсервис, 2016. С. 46-47.
5. Батракова О.Г. Влияние комплексного обучения в школах здоровья на модификацию образа жизни пациентов и эффективность лечения артериальной гипертензии // Бюллетень Северного государственного медицинского университета. 2015. № 2 (35). С. 7-8.
6. Оганов Р.Г. Калинина А.М., Еганян Р.А., Измайлова О.В., Гамбарян М.Г., Фунтова Т.Е., Ощепкова Е.В., Исаева Л.Г., Поздняков Ю.М. Школа здоровья для пациентов с артериальной гипертензией. Информационно-методическое пособие для врачей / под редакцией академика РАМН Р.Г. Оганова. 2012. 124 с.
7. Яскевич Р.А., Давыдов Е.Л. Подходы к обучению в "школе пациента с артериальной гипертензией" в пожилом и старческом возрасте и их влияние на качество жизни // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 12-1. С. 66-70.
8. Пушкарёва О.В., Аникин В.В. Оптимизация коррекции основных факторов риска артериальной гипертензии с помощью обучающих программ "Школ здоровья" // Врач-аспирант. 2016. Т. 79. № 6.1. С. 142-148.
9. Камилова У.К., Ярмухамедова Д.З., Каримова Г.В., Наджимутдинова Д.Р. Оценка эффективности образовательной программы "Школа гипертоника" на качество жизни больных артериальной гипертензией // CardioСоматика. 2017. Т. 8. № 1. С. 37. DOI: 10.26442/CS.201781.
10. Александров В.В., Воробьев А.Н., Кулишова Т.В., Подорогин А.В. Комментарии к инструкции МЗ РФ по применению магнитотерапевтического низкочастотного автоматизированного аппарата "АЛМА" (МАГНИТР-ИНТ). Барнаул, 2000. 25 с.
11. Новик А.А., Ионова Т.И., Шевченко Ю.Л. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Российская академия естественных наук. 3-е изд., перераб. и доп. 2012. 527 с.
12. Кулишова Т.В. Пуценко В.А., Табашникова Н.А., Маслов Д.Г., Крахмелец Т.В. Психический статус у больных с различными заболеваниями в процессе общей магнитотерапии // Паллиативная медицина и реабилитация. 2004. № 2. С. 78-79.



13. Филиппова Ю.М., Никитин Г.А., Якунин К.А. Пути повышения комплаентности, качества жизни и психологического статуса больных артериальной гипертонией на терапевтическом участке // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2015. Т. 14. № 3. С. 53-56.
14. Яскевич Р.А., Кочергина К.Н., Каспаров Э.В. Влияние выраженности тревожно-депрессивных расстройств на качество жизни больных артериальной гипертонией // Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. 2019. № 5-2. С. 146-151. DOI: 10.12731/2658-6649-2019-11-5-2-146-151.