

*Н.В. Страхова<sup>1</sup>, М.А. Калиева<sup>1</sup>,  
А.А. Зуйкова<sup>1</sup>, Е.В. Белозерова<sup>2</sup>*

## **ОЖИРЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ: ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России, каф. поликлинической терапии  
<sup>2</sup>БУЗ ВО ВГКП № 1

**Резюме.** Целью исследования было оценить качество жизни, тревожно-депрессивные расстройства и приверженность к лечению у больных со стабильной стенокардией в зависимости от наличия сопутствующего ожирения. Обследовано 50 пациентов с ИБС, в том числе 28 с ожирением. Помимо стандартного клинико-лабораторного обследования, у обследованных оценивалось качество жизни по опроснику SF-36, тревога и депрессия по HADS и комплаентность по шкале Мориски-Грин. В группе пациентов с сопутствующим ожирением качество жизни ниже, чем в группе без него. В группе пациентов с ожирением частота встречаемости и выраженность тревожно-депрессивных расстройств выше, чем у больных стенокардией без ожирения. В структуре тревожно-депрессивных расстройств у больных стенокардией в сочетании с ожирением преобладают тревожные расстройства. Комплаентность больных с ожирением была значимо более низкой, чем в группе сравнения. Наиболее частой причиной пропуска приема лекарственного средства была плохое самочувствие при предыдущем приеме ЛС. С возрастанием ИМТ, ФК стенокардии, наличием тревожно-депрессивных расстройств больные имеют меньше мотивации придерживаться назначенному лечению.

**Ключевые слова:** стабильная стенокардия, ожирение, качество жизни, тревога, депрессия, приверженность к лечению.

**Актуальность.** В настоящее время ожирение представляет глобальную проблему для большинства экономически развитых стран Европы и России и рассматривается как хроническое рецидивирующее заболевание, ассоциирующееся с рядом серьезных осложнений [1]. В сравнительном анализе данных ВОЗ количество взрослого населения с ожирением в период с 2003 -2017 гг. возросло с 1,734 млрд человек до 1,933 млрд человек и продолжает неуклонно расти [2].

При рассмотрении заболеваний, ассоциированных с наличием избыточной массы тела и ожирения, лидирующее положение занимает кардиоваскулярная патология [3,12]. Доказано, что между избыточной массой тела и смертностью от ишемической болезни сердца существует прямая зависимость: в диапазоне индекса массы тела (ИМТ) от 25–50 кг/м<sup>2</sup> каждое увеличение данного показателя на 5,0 кг/м<sup>2</sup> приводит к росту риска смертности от ИБС на 400% [4]. Данные показатели очень актуальны для России, так как именно патология сердечно-сосудистой системы занимает лидирующее положение в структуре смертности. На сегодняшний день одной из основополагающих стратегий здравоохранения является профилактика сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений, которая главным образом должна быть направлена на раннее выявление и коррекцию модифицируемых факторов риска. Тревножно-депрессивные расстройства выступают связующим звеном между поведенческими и биологическими факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний [5].

Сердечно-сосудистая система чаще других систем испытывает травмирующее влияние тревоги, депрессии и стресса. По данным клинических исследований в условиях острого или хронического психоэмоционального стресса резко возрастает риск кардиоваскулярных осложнений, что объясняется стресс-индуцированной вазоконстрикцией [6]. Патологическими механизмами, реализующими связь между тревожно-депрессивными расстройствами и течением ишемической болезни сердца являются снижение показателей variability сердечного ритма, повышение функциональной активности тромбоцитов, способствующей возникновению тромботических осложнений у больных с ИБС [7]. При изучении степени снижения variability сердечного ритма выявлена корреляционная связь со выраженностью симптомов: чем сильнее клинические проявления депрессии у больных с ИБС, тем ниже variability сердечного ритма. Изменения в вегетативной регуляции сердца, а именно повышение симпатической регуляции обуславливают развитие желудочковых аритмий, повышенную агрегацию тромбоцитов [8]. Наличие аффективных расстройств, по литературным источникам, связано с двукратным увеличением риска развития инфаркта миокарда, что напрямую связано с качеством жизни пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями [9]. Изменения в психическом статусе в виде тревоги и депрессии формируют основной фактор развития ожирения - патологическое пищевое поведение. Установлено, что у пациентов с избыточной массой и ожирением нарушения пищевого поведения связаны не с наследственными факторами, а с образом жизни и психологическим статусом, что в итоге приводит к снижению качества жизни [10].

По современным подходам в здравоохранении именно оценка качества жизни является основным критерием индивидуального подхода в лечении, психологической и социальной реабилитации пациентов. В процессе лечения пациента с избыточной массой тела, самый важный фактор предотвращения повторной прибавки массы тела - это программа контроля веса лечащим врачом и необходимая данной категории пациентов психологическая поддержка, которая будет направлена на поддержание мотивации. Многоаспектное эффективное лечение и профилактика ожирения возможны только при высокой комплаентности пациента, что является проблемой с учетом эмоционально-личностных особенностей лиц данной категории. Из литературных источников хорошо известна неудовлетворительная приверженность к лечению пациентов, в частности с морбидным ожирением, что находит выражение в безуспешных попытках изменения образа жизни, отсутствии приверженности к рациональному питанию [11].

Цель исследования: установление влияния ожирения как сопутствующей патологии на качество жизни, тревожно-депрессивные расстройства и приверженность к лечению у больных со стенокардией.

**Материал и методы исследования.** Исследование проводилось на базе БУЗ ВО ВГКП № 1. В исследование приняли участие 50 человек с основным клиническим диагнозом: ИБС: стабильная стенокардия, из них 35 женщин и 15 мужчин. Все пациенты были разделены на две группы по принципу наличия ожирения как

сопутствующей патологии. В первую группу (стабильная стенокардия) были включены 22 человека, средний возраст составил  $53,64 \pm 7,22$  лет. Во вторую группу (стабильная стенокардия и ожирение) – 28 человек, средний возраст составил  $60,68 \pm 6,08$  лет ( $p=0,2$ ).

Для анкетирования больных использовались: опросник по качеству жизни SF-3636, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, шкала комплаентности Мориски-Грин.

Результаты опросника SF-36 были представлены в виде 8 шкал: физическое функционирование (PF); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP); интенсивность боли (BP); общее состояние здоровья (GH); жизненная активность (VT); социальное функционирование (SF); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE); психическое здоровье (MH). Шкалы группировались в два показателя: РН («физический компонент здоровья») и МН («психологический компонент здоровья»).

Шкала HADS включает две части: тревога (I часть) и депрессия (II часть). Для интерпретации полученных результатов суммировались баллы по каждой части в отдельности: 0-7 баллов норма, 8- 10 баллов субклинически выраженная тревога / депрессия, 11 баллов и выше клинически выраженная тревога / депрессия.

Тест Мориски–Грина содержит 4 вопроса, ответы на которые позволяют оценить регулярность приема лекарственных средств, точность выполнения назначений врача и позволяющих количественно оценить приверженность к лечению. Пациенты отвечают на вопросы «да» (1 балл) или «нет» (0 баллов). Приверженными к лечению считались больные, сумма ответов которых не превысила 1 балл.

Всем больным, помимо анкетирования, было проведено стандартное клиническое обследование, включавшее сбор анамнеза, антропометрию с расчетом индекса массы тела, биохимическое исследование крови (креатинин сыворотки крови с расчетом скорости клубочковой фильтрации по формуле MDRD, глюкоза натощак, общий холестерин).

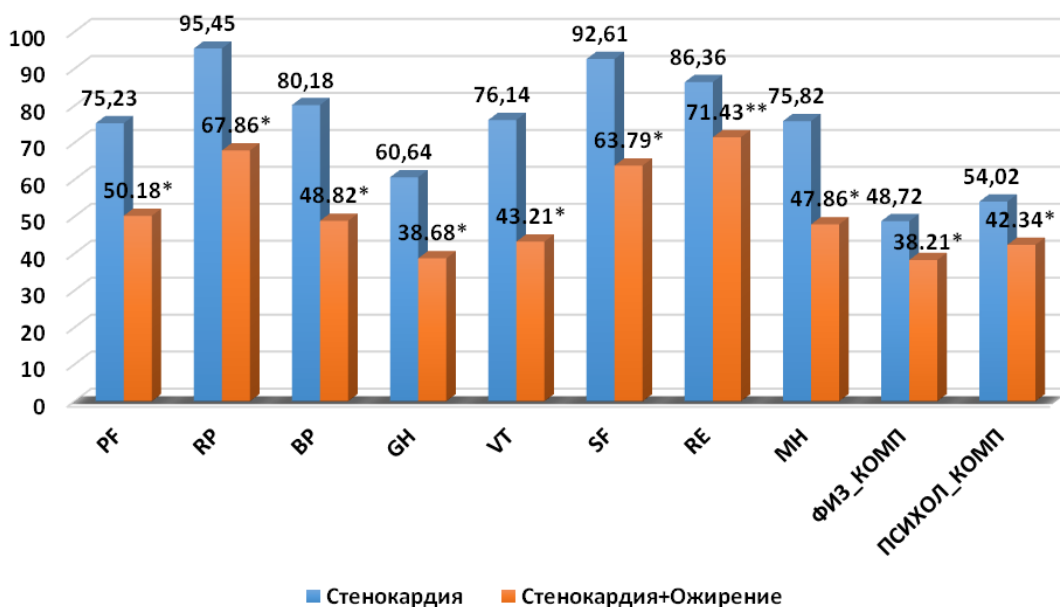
Статистический анализ данных проведен с использованием пакет программ SPSS Statistics 20.0. Для сравнительного анализа данных применен U-критерий Манна-Уитни. Для выявления статистической взаимосвязи между номинальными и порядковыми параметрами был рассчитан  $\chi^2$ - критерий Пирсона и критерий  $\phi$ , для количественных переменных – коэффициент корреляции Спирмена.

**Полученные результаты и их обсуждение.** При сравнении частоты встречаемости семейного анамнеза в двух группах анамнез ранней смертности от ССЗ в группе пациентов с ожирением встречался в 2 раза чаще, чем в группе без ожирения ( $\chi^2 (1) = 4,482$ ,  $\phi = 0,3$ ,  $p = 0,034$ ). Ожирение как сопутствующую патологию имели все больные с III ФК стенокардии, среди пациентов со II ФК – 65,5 % пациентов, 25% среди пациентов с I ФК стенокардии ( $\chi^2 (1) = 11,235$ ,  $\phi = 0,474$ ,  $p = 0,004$ ). Сахарный диабет II типа выявлен только во второй группе исследуемых - 35,7 % ( $\chi^2 (1) = 9,821$ ,  $\phi = 0,443$ ,  $p = 0,002$ ). Уровень систолического и диастолического артериального давления

не отличался в исследуемых группах и составил  $133,5 \pm 14,1$  мм рт.ст. и  $139,9 \pm 16,2$  мм рт.ст. ( $p = 0,212$ ),  $86,2 \pm 6,9$  мм рт.ст. и  $87,0 \pm 9,6$  ( $p = 0,880$ ), соответственно.

При сравнении средних значений лабораторных показателей в двух группах, выявлено, что уровень креатинина плазмы крови выше во второй группе исследуемых (первая группа  $78,05 \pm 15,81$  мкмоль/л, вторая группа  $100,89 \pm 19,2$  мкмоль/л,  $p = 0,0001$ ), соответственно показатели скорости клубочковой фильтрации в первой группе выше, чем во второй  $83,59 \pm 20,14$  мл/мин/1,73м<sup>2</sup>, что свидетельствует о нормальной или повышенной СКФ, во второй группе  $60,25 \pm 18,99$  мл/мин/1,73м<sup>2</sup>, а именно умеренно сниженная СКФ у пациентов с сопутствующим ожирением ( $p=0,00008$ ). Ожирение – общепризнанный фактор риска развития хронической болезни почек, что, вероятно, объясняет выявленную в исследовании корреляционную взаимосвязь между ИМТ и креатинином ( $r= 0,567$ ,  $p=0,00002$ ), СКФ ( $r=-0,662$ ,  $p=1,6E-07$ ).

Группа исследуемых пациентов с ожирением более подвержены атеросклеротическим изменениям сердечно-сосудистой системы, о чем можно косвенно судить по средним значениям общего холестерина в двух группах (первая группа -  $4,19 \pm 0,71$  ммоль/л, вторая -  $5,65 \pm 0,87$  ммоль/л,  $p = 0,000001$ ). Чем выше был ИМТ, тем выше оказывалось значение общего холестерина ( $r= 0,769$ ,  $p=7,0E-11$ ) Средние показатели глюкозы крови натощак в двух группах (первая группа-  $4,13 \pm 0,62$  ммоль/л, вторая-  $6,41 \pm 2,63$  ммоль/л,  $p = 0,00005$ ), что указывает на влияние повышенного ИМТ и гипергликемии натощак.



**Рис. 1. Средние значения качества жизни по опроснику SF-36 в исследуемых группах**  
 примечание : \*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,05$  по U-критерию Манна-Уитни

У пациентов с ожирением наблюдается снижение всех компонентов качества жизни (рис. 1), наиболее низкие показатели у шкал общего здоровья и жизненной активности. При анализе данных была установлена сильная отрицательная корреляционная связь ИМТ и всеми компонентами качества жизни пациентов (PF

$r=-0,786$ ,  $p=1,4E-11$ ; RP  $r=-0,789$ ,  $p=9,9E-12$ ; BP  $r=-0,801$ ,  $p=3,0E-12$ ; GH  $r=-0,738$ ,  $p=1,9E-10$ ; VT  $r=-0,861$ ,  $p=1,0E-15$ ; SF  $r=-0,758$ ,  $p=1,9E-10$ ; RE  $r=-0,372$ ,  $p=0,008$ ; MH  $r=-0,838$ ,  $p=3,4E-14$ ; физический компонент здоровья  $r=-0,863$ ,  $p=8,3E-16$ ; психический компонент здоровья  $r=-0,815$ ,  $p=5,8E-13$ ), что наглядно подтверждается данными рис. 1. С повышением ИМТ качество жизни пациентов с ИБС значительно снижается.

Клинически выраженная тревога у пациентов с ожирением и без него составила 60,7% и 9,1 % соответственно, субклиническая тревога в данных группах встречалась в 35,7 % и 50 % случаев соответственно ( $\chi^2(2) = 17,826$ ,  $\phi=0,597$ ,  $p=0,0001$ ). Клинически выраженная депрессия выявлена только у пациентов с сопутствующим ожирением, а именно у 35,7 % больных, субклиническая депрессия в данной группе у 53,6% исследуемых, что почти в 2 раза меньше, чем у пациентов первой группы, где данный показатель составил только 27% ( $\chi^2(2) = 22,357$ ,  $\phi=0,669$ ,  $p=0,00001$ ). При сопоставлении баллов тревоги и депрессии пациентов по шкале HADS и ИМТ была выявлена сильная положительная корреляционная взаимосвязь (тревога  $r=0,736$ ,  $p=1,1E-09$ ; депрессия  $r=0,731$ ,  $p=1,6E-09$ ). С возрастанием ИМТ повышается частота встречаемости и степени выраженности тревожно-депрессивных расстройств.

При анализе ответов пациентов с ожирением на тест Мориски-Грин, было установлено, что 25,57% опрошенных периодически забывают принимать назначенные им препараты, такой же процент исследуемых (25,57%) не достаточно внимательны к часам приема лекарственных средств, хорошее самочувствие для 74,43% пациентов становится фактором пропуска приема медикаментов, 82,14% исследуемых пропускают следующий прием лекарств, если до этого почувствовали себя плохо после принятия ЛС, данная причина некомплаентности лидирует среди пациентов второй группы.

Негативное влияние повышенного ИМТ, тревоги и депрессии, высокого ФК стенокардии на комплаентность отражает прямая сильная корреляционная связь между общим баллом по шкале Мориски-Грин и ИМТ ( $r=0,838$ ,  $p=3,0E-14$ ), баллом тревоги по шкале HADS ( $r=0,732$ ,  $p=1,5E-09$ ), баллом депрессии по шкале HADS ( $r=0,832$ ,  $p=7,2E-14$ ), ФК стенокардии ( $r=0,611$ ,  $p=2,4E-06$ ). С возрастанием ИМТ, ФК стенокардии, наличием тревожно-депрессивных расстройств больные имеют меньше мотивации придерживаться назначенному лечению.

При изучении взаимосвязи компонентов качества жизни и приверженности к лечению больных ИБС была установлена обратная сильная корреляционная связь между суммарным баллом по шкале Мориски-Грин и физическим и психическим компонентами здоровья по опроснику SF-36 ( $r=-0,854$ ,  $p=3,4E-15$ ;  $r=-0,844$ ,  $p=1,5E-14$ , соответственно). Снижение качества жизни способствует ухудшению комплаентности пациентов. Единство тревоги, депрессии и низкого качества жизни иллюстрирует обратная сильная корреляционная связь между баллом тревоги, баллом депрессии и физическим и психическим компонентами здоровья по опроснику качества жизни,

тревога: ( $r = -0,753$ ,  $p = 2,8E-10$ ) и ( $r = -0,831$ ,  $p = 8,1E-14$ ), депрессия: ( $r = -0,840$ ,  $p = 2,5E-14$ ) и ( $r = -0,849$ ,  $p = 6,5E-15$ ) соответственно.

**Выводы.** В группе пациентов с сопутствующим ожирением все компоненты качества жизни ниже, чем в группе без него. С повышением индекса массы тела, качество жизни пациентов снижается. Тревога и депрессия сильнее выражена в группе пациентов с ожирением, в структуре тревожно-депрессивных расстройств данной группы преобладают тревожные расстройства. С возрастанием ИМТ повышается тревожно-депрессивных расстройства усиливаются. Неудовлетворительное качество жизни и тревожно-депрессивная взаимно отягощают друг друга.

При сравнении средних значений суммарного балла теста Мориски-Грин в двух группах, можно сделать вывод о некомплаентности группы больных с ожирением. Наиболее частой причиной пропуска приема лекарственного средства была плохое самочувствие при предыдущем приеме ЛС. С возрастанием ИМТ, ФК стенокардии, наличием тревожно-депрессивных расстройств больные имеют меньше мотивации придерживаться назначенному лечению.

#### **Литература.**

1. Бирюкова Е.В., Соловьева И.В. Эффективная фармакотерапия ожирения - залог успешного лечения заболеваний, связанных с лишним весом// Эффективная фармакотерапия. 2013. № 49. С. 18-27.
2. Андреева Н.С., Чуйкова В.С. Эмоционально-регуляторные нарушения у людей с ожирением, обусловленным избыточным поступлением энергетических ресурсов// Коллекция гуманитарных исследований. 2018. № 2 (11). С. 66-71.
3. Вдовыкина Т.А., Чернобровина Л.В. Ожирение как фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у военнослужащих контрактной службы // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2015. № 3 (61). С. 55-59.
4. Маевская М.В., Маевский Р.М. Еда как образ жизни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016. Т. 26. № 5. С. 104-115.
5. Орлов А.В., Ротарь О.П., Бояринова М.А., Алиева А.С., Могучая Е.В., Паскарь Н.А., Солнцев В.Н., Баранова Е.И., Конради А.О. Тревожно-депрессивные расстройства - связующее звено между социально-экономическими, поведенческими и биологическими сердечно-сосудистыми факторами риска // Сибирское медицинское обозрение. 2017. № 2 (104). С. 60-66.
6. Омеляненко М.Г., Шумакова В.А., Суховой Н.А., Щапова Н.Н. Психоземotionalные нарушения и эндотелиальная дисфункция в развитии сердечно-сосудистых заболеваний, ассоциированных с атеросклерозом // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). 2014. Т. 29. № 3. С. 18-24
7. Шимохина Н.Ю., Савченко А.А., Петрова М.М., Черняева М.С. Состояние систем гемостаза и иммунитета у больных острым коронарным синдромом в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами // Кардиология. 2015. Т. 55. № 8. С. 12-20.
8. Хатипов С.Р. Исследование характера пищевого поведения пациентов с ожирением / С.Р. Хатипов, Н.В. Страхова // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2016. - № 66. – С. 264-268.
9. Есина Е.Ю. Значение психосоциального стресса, тревоги и депрессии в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у лиц молодого возраста/Есина Е.Ю., Зуйкова А.А., Крысенкова Н.А.//Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2018. № 74. С. 23-26..
10. Kotova J.A. Markers of oxidative stress in patients with coronary heart disease / J.A. Kotova, A.A. Zuikova, A.N. Pashkov, N.V. Strahova, O.N. Krasnorutskaya // International Journal Of Biomedicine. 2018; 2 : 115-117.

11. Белякова Н.А., Лясникова М.Б., Милая Н.О. Пищевое поведение, образ и качество жизни, а также психологический статус больных с алиментарно-конституциональным ожирением // Тверской медицинский журнал. 2015. № 4. С. 31-45.

12. Obesity, Oxidative Stress, Adipose Tissue Dysfunction, and the Associated Health Risks: Causes and Therapeutic Strategies// *Metab Syndr Relat Disord*. 2015 Dec 1; 13(10): 423–444..

**Abstract.**

*N.V. Strakhova<sup>1</sup>, M.A. Kaliyeva<sup>1</sup>, A.A. Zuykova<sup>1</sup>, E.V. Belozerova<sup>2</sup>*

***OBESITY IN PATIENTS WITH ANGINA PECTORIS: ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE, ANXIETY, DEPRESSION AND COMPLIANCE TO THE TREATMENT***

*<sup>1</sup>Voronezh State Medical University, Department of polyclinic therapy*

*<sup>2</sup>Voronezh city polyclinic № 1*

The research objective was to estimate quality of life, anxiety and depressive frustration and compliance to the treatment in patients with angina pectoris depending on existence of the accompanying obesity. 50 patients with coronary heart disease, including 28 with obesity are examined. Besides standard clinical laboratory inspection, at surveyed the quality of life according to the questionnaire SF-36, an anxiety and a depression on HADS and a compliance on a scale Moriski-Green was estimated. In group of patients with the accompanying obesity the quality of life is lower, than in group without him. In group of patients with obesity the frequency of occurrence and extent of anxiety and depression is higher, than in patients with coronary heart disease without obesity. In structure of frustration at patients with coronary heart disease and obesity frustration prevail anxiety. The compliance of patients with obesity was significantly lower, than in group of comparison. It was the most frequent cause of the admission of intake of medicine feeling sick at the previous reception of pills. With increase of BMI, functional class of angina pectoris, existence of anxiety and depression frustration patients have less motivation to adhere to the appointed treatment.

**Keywords:** a stable angina pectoris, an obesity, a quality of life, an anxiety, a depression, a compliance to the treatment

**References.**

1. Biryukova E.V., Solovyova I.V. Effective pharmacotherapy of obesity - guarantee of successful treatment of the diseases connected with excess weight//Effective pharmacotherapy. 2013. No. 49. Page 18-27.

2. Andreyeva N.S., Chuykova V.S. Emotional and regulatory violations at people with the obesity caused by excess receipt of energy resources//the Collection of humanitarian researches. 2018. No. 2 (11). Page 66-71.

3. Vdovykina T.A., Chernobrovina L.V. Ozhireniye as risk factor of development of cardiovascular diseases in the military personnel of contract service//Health. Medical ecology. Science. 2015. No. 3 (61). Page 55-59.

4. Mayevskaya M.V., Mayevsky R.M. Food as way of life//Russian magazine of gastroenterology, hepatology, coloproctology. 2016. T. 26. No. 5. Page 104-115.

5. Orlov A.V., Rotar O.P., Boyarinova M.A., Aliyeva A. S., Mighty E.V., Paskar N.A., Solntsev V.N., Baranova E.I., Konradi A.O. Disturbing and depressive frustration - a link between social and economic, behavioural and biological cardiovascular risk factors//the Siberian medical review. 2017. No. 2 (104). Page 60-66.

6. Omelyanenko M.G., Shumakova V. A., N.A., Shchapov N.N. Hot dry wind. Psychoemotional violations and endothelialny dysfunction in development of the cardiovascular diseases associated with atherosclerosis//the Siberian medical magazine (Tomsk). 2014. T. 29. No. 3. Page 18-24

7. Shimokhina N.Yu., Savchenko A.A., Petrova M.M., Chernyaeva M.S. A condition of systems of a hemostasis and immunity at patients with a sharp coronary syndrome in combination with disturbing and depressive frustration//Cardiology. 2015. T. 55. No. 8. Page 12-20.

8. Hatipov S. R. Research of nature of food behavior пациентов obesity / Neuter Hatipov, N.V. Strakhova//Scientific and medical bulletin of the Central Black Earth. – 2016. - No. 66. – Page 264-268.

9. Esina E.Yu. The value of psychosocial stress, anxiety and depression in the prevention of cardiovascular diseases in young people / Esina E.Yu., Zuykova AA, Krysenkova N.A. // Scientific and Medical Journal of the Central Black Soil Region. 2018. No. 74. P. 23-26.

10. Kotova J.A. Markers of oxidative stress in patients with coronary heart disease / J.A. Kotova, A.A. Zuykova, A.N. Pashkov, N.V. Strakhova, O.N. Krasnorutskaya // International Journal Of Biomedicine. 2018; 2 : 115-117.

11. Belyakova N.A., Lyasnikova M.B., Dear N.O. Food behavior, an image and quality of life and also the psychological status of patients with alimentary and constitutional obesity//Tver the medical magazine. 2015. No. 4. Page 31-45.

12. Obesity, Oxidative Stress, Adipose Tissue Dysfunction, and the Associated Health Risks: Causes and Therapeutic Strategies// Metab Syndr Relat Disord. 2015 Dec 1; 13(10): 423–444.

**Сведения об авторах:** Страхова Наталия Викторовна – к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии, nvstrahova@gmail.com, +7(920)423-66-78. Зуйкова Анна Александровна – д.м.н., профессор, зав.кафедрой поликлинической терапии. Калиева Мария Александровна – студентка 6 курса лечебного факультета, Белозерова Елена Владимировна – главный врач БУЗ ВО ВГКП № 1.