

instability in coronary artery disease // Lancet. – 1996. – Vol. 347. – P.561-568.

6. Fuster V., Badimon L., Badimon J.J., Chesebro J.H. The pathogenesis of coronary artery disease and the acute coronary syndromes // N Engl J Med. – 1992. – Vol. 242. №50. – P.310-318.

7. Gurfinkel E.P., Manos E.J., Mejail R.J., et al. Low molecular weight heparin versus regular heparin or aspirin in the treatment of unstable angina and silent ischemia // J Am Coll Cardiol. – 1995. – Vol. 26. – P.313-318.

8. Jusuf S., Mehta S.R., et al. Efficacy and safety of fondaparinux compared with enoxaparin in 20 078 patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation. The OASIS-5 investigators // New Engl J Med. – 2006. – Vol. 354. – P. 1464-1476.

9. Simoons M., Bobbink I., Boland J., et al. A dose-finding study of fondaparinux in patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. The pentasaccharide in unstable angina [PENTUA] study // JACC. – 2004. – Vol. 43. – P.2183-21903.

Информация об авторах: 655017, Республика Хакасия, г. Абакан, ул. Чертыгашева, 57А, Шиганов Семен Владимирович – доцент кафедры, к.м.н.; Баев Владимир Владимирович – доцент кафедры, д.м.н.

© ВАНЯРКИНА А.С., ГОЛУБ И.Е., МАРТЫНОВИЧ Н.Н., МИХЕЕВА Н.И., БАХМАТ Я.А. – 2011
УДК 612.648:616-009

ОЦЕНКА И ВЕДЕНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ПЕРСОНАЛА

Анастасия Сергеевна Ваняркина^{1,2}, Игорь Ефимович Голуб¹, Наталья Николаевна Мартынович¹,
Наталья Иннокентьевна Михеева², Яна Александровна Бахмат²

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра анестезиологии и реаниматологии, зав. – д.м.н., проф. И.Е. Голуб, кафедра педиатрии № 1, зав. – д.м.н., проф. Н.Н. Мартынович; ²Иркутский городской перинатальный центр, гл. врач – И.В. Ежова)

Резюме. Изучено мнение 85 сотрудников двух лечебных учреждений г. Иркутска по вопросам выявления болевого синдрома у новорожденных детей и методам анальгезии. Отмечено, что оценка боли проводится персоналом несистематически. Многие манипуляции оценивались респондентами как болезненные, однако фармакологические методы анальгезии назначаются только для ограниченного количества процедур: интубация, дренирование плевральной полости и люмбальная пункция. Нефармакологические методы анальгезии в повседневной практике используются персоналом чаще, чем фармакологическое обезболивание. Все респонденты указывают на необходимость более частого использования анальгетиков и мер комфорта при проведении манипуляций.

Ключевые слова: боль новорожденных, обезболивание.

ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF PAIN IN NEWBORNS: RESULTS OF CLINICIANS QUESTIONING STUDY

A.S. Vanyarkina^{1,2}, I.E. Golub¹, N.N. Martynovich¹, N.I. Mikheeva², Ya.A. Bakhmat²
(¹Irkutsk State Medical University; ²Irkutsk Municipal Perinatal Center)

Summary. We describe the opinions of 85 Irkutsk's physicians and nurses who care for newborns, regarding assessment and treatment of pain in neonates. The questioning revealed nonsystematic pain assessment in newborns. Although most respondents rated a majority of the listed procedures as being painful, pharmacological agents were rarely used, except for the endotracheal intubation, insertion of a chest tube and lumbar puncture. Comfort measures were used more frequently than pharmacological agents. According to clinicians' opinion, procedural pain in newborns is not sufficiently managed and both pharmacological agents and comfort measures are underutilized.

Key words: pain in newborns, pain management.

В течение многих лет устранение острой боли у новорожденных осуществляли без четко разработанной стратегии обезболивающей терапии. Несмотря на накопленные знания о боли у новорожденных и усовершенствование лечебной тактики, интенсивная терапия у новорожденных часто сопровождается эпизодами болевого синдрома без адекватной профилактики и терапии. Научные достижения в контроле и лечении боли так и не были перенесены в рутинную клиническую практику. Распространение и совершенствование стратегии, направленной на предотвращение боли и стресса у новорожденных, необходимо поддерживать исходя не только с позиций научно обоснованных данных, но и из соображений гуманности [1,2,3,4,6]. К настоящему времени многочисленными исследованиями по анатомии и нейрофизиологии доказано, что ноцицептивная система при рождении анатомически и функционально хорошо подготовлена для восприятия боли, и даже глубоко недоношенный новорожденный способен чувствовать боль [5,7]. Врачи и медсестры несут ответственность за оценку, предотвращение и лечение боли у новорожденных [8,10,11].

Цель проведенного анкетирования среди медицинских работников заключалась в изучении информированности в вопросах диагностики и ведения болевого синдрома у новорожденных детей.

Материалы и методы

Было изучено мнение медицинских работников по вопросу контроля боли у новорожденных, для этого в 2010–2011 гг. в г. Иркутске было проведено анонимное анкетирование среди медицинских работников МУЗ «Городской перинатальный центр» (III уровень) и МСЧ ИАПО (II уровень), принимавших участие в лечении детей периода новорожденности. В исследование включено 85 человек из двух лечебных учреждений г. Иркутска, из них 25 (29,4 %) врачей и 60 (70,5 %) представителей среднего медицинского персонала. Распределение врачей по специальностям: детские анестезиологи-реаниматологи – 6; неонатологи – 19 человек. В ходе опроса респондентам предлагалось заполнить специально разработанную анкету. Специалистам предлагалось выбрать один из предложенных вариантов ответов или выразить собственное суждение. Анкета состояла из 18 вопросов, касающихся профессиональных сведений, отношения респондентов к проблеме боли, способам оценки болевого синдрома у новорожденных детей разного гестационного возраста и методам анальгезии. Серия вопросов включала в себя оценку степени болезненности 9 манипуляций, наиболее часто проводимых в условиях неонатальных отделений, качества существующей практики анальгезии и оптимального обезболива-

ния при проведении данных манипуляций. Ответы на данные вопросы оценивались в формате шкалы Likert (от 0 до 4 баллов) [9].

Анкета для врачей содержала дополнительный вопрос, касающийся врачебной компетенции. Распределение опрошенных по медицинскому стажу: от 1 до 5 лет – 30 (35,3%) человек, от 6 до 10 лет – 26 (30,6%) человек, более 10 лет – 29 (34,1%) респондентов. В своей практической деятельности все медработники ежедневно работали с новорожденными.

Статистический анализ результатов исследования проведен с использованием программы «Statistica 8.0». Проверку нормальности распределения полученных данных проводили с использованием тестов Колмогорова-Смирнова. При ненормальном распределении данных значимость различий количественных показателей в независимых группах определяли с помощью U-критерия Манна-Уитни (pU). За уровень статистической значимости принят $p < 0,05$. Данные представляли как медиану и 25-75% границы интерквартильного отрезка: Me [LQ; UQ]. Критический уровень значимости при проверке гипотез $p = 0,05$.

Результаты и обсуждение

Знания особенностей восприятия боли в неонатальном периоде очень важны, так как именно они во многом определяют лечебную тактику при болевом синдроме в этом возрастном периоде. Первая группа вопросов анкеты касалась особенностей болевой чувствительности у новорожденных. Все опрошенные (100%; $n=85$) согласны с утверждением, что новорожденные чувствуют боль.

Согласно результатам анкетирования, определение боли в повседневной практике проводит большинство врачей (76%; $n=19$). Однако больше половины респондентов из числа среднего медперсонала не фиксируют боль (63,3%; $n=38$), связывая это с отсутствием времени на оценку (39,4%; $n=15$), отсутствием понятной и удобной в использовании шкалы боли (31,5%; $n=12$). Отмечено, что некоторые медсестры не знают о шкалах боли (15,7%; $n=6$), другие считают, что оценка боли не входит в сферу деятельности среднего медперсонала (13,1%; $n=5$).

Нами установлено, что для оценки боли врачи в 3 раза чаще, по сравнению со средним медперсоналом, выбирали шкалы боли (76,6%; $n=19$) ($p < 0,001$). Нередко врачи используют отдельные поведенческие маркеры для определения болевого синдрома у новорожденных: крик – 19 (76%), гримасы – 17 (68%), изменения двигательной активности – 14 (56%) респондентов. Данные мониторинга для оценки боли принимают во внимание 8 (32%) врачей. Средний медперсонал чаще оценивал появление боли по крику новорожденного – 45 (75%) респондентов, по изменениям лицевой – 31 (51,6%) и двигательной активности – 28 (46,6%) респондентов. Шкалы боли используют только 17 (28,3%) медсестер, а данные мониторинга – 14 (23,3%).

Следующая серия вопросов анкеты касалась анальгезии. На вопрос о целях обезболивания многие врачи (96%; $n=24$) ответили, что анальгезия снижает страдание ребенка и улучшает прогноз ($p=0,05$), и лишь некоторые ответили, что анальгезия уменьшает стресс у новорожденного (36%; $n=9$). Среди

ответов среднего медперсонала наблюдалась противоположная картина: по мнению большинства респондентов данной группы, анальгезия уменьшает стресс (75%; $n=45$; $p < 0,001$). Немногие медсестры отметили анальгезию как способ снижения страдания и улучшение прогноза для пациента (68,3%; $n=41$; $p=0,005$).

На вопрос о выборе медикаментов для обезболивания врачи в 11 (64,7%) случаях называли ацетаминофен и в 17 (100%) – опиаты.



Примечание: здесь и в рис. 2 и табл. 1-2: p^* – значимость отличий между группами респондентов (врачи и средний медперсонал).

Рис. 1. Тактика анальгезии при проведении укола пятки у детей.

Тактика анальгезии при проведении наиболее частой манипуляции в детском отделении (взятие крови из пятки), по данным анкетирования, оказалась неоднозначной (рис. 1).

Врачи значимо чаще, по сравнению с медсестрами, предлагали сочетанный нефармакологический метод анальгезии – использование 30%-го раствора глюкозы и нунутритивное сосание – 18 (72%) и 21 (35%) респондентов соответственно ($p=0,003$). Иногда врачи делали выбор в пользу нунутритивного сосания как способа нефармакологической коррекции боли – 9 (36%) ($p=0,05$). Средний медперсонал рассматривал преимущественно вариант изолированного применения 30%-го раствора глюкозы – 30 (50%) респондентов ($p=0,4$). Нами отмечено, что некоторые респонденты предложили фармакологические методы обезболивания при проведении укола пятки – использование местного анестетика (крем ЭМЛА) отмечено в ответах 7 (28%) врачей и 17 (18,3%) медсестер, а применение лекарственных препаратов – в ответах 2 (8%) врачей и 3 (5%) медсестер.

На рисунке 2 представлены манипуляции и степень их болезненности, по мнению персонала детских отделений. Наиболее болезненными всеми группами респондентов признаны дренирование плевральной полости ($p=1,0$), неэкстренная интубация трахеи ($p=1,0$)

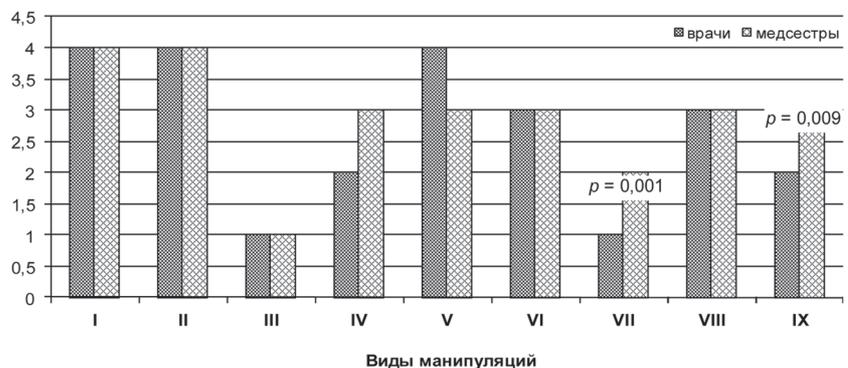


Рис. 2. Степень болезненности манипуляций: I – интубация трахеи неэкстренная; II – дренирование плевральной полости; III – постановка желудочного зонда; IV – санация ТБД; V – LP; VI – в/м инъекция; VII – взятие крови из вены; VIII – укол пятки; IX – катетеризация периферической вены; значения: 0 = безболезненна; 1 = чуть-чуть болезненна; 2 = слабо болезненна; 3 = болезненна; 4 = очень сильно болезненна.

и люмбальная пункция. Причем люмбальная пункция значимо чаще указывается в ответах врачей как болезненная процедура ($p=0,001$). Взятие крови из вены и периферический доступ значимо чаще признаются болезненными в ответах среднего медперсонала по сравнению с ответами врачей ($p=0,001$, $p=0,009$ соответственно). Минимальная степень боли, по мнению всех респондентов, отмечается при постановке желудочного зонда – 1 [1; 2] ($p=1,0$).

дренирование плевральной полости ($p=1,0$), люмбальная пункция ($p=0,9$). Врачи значимо чаще предлагают использовать фармакологические методы обезболивания при санации трахеобронхиального дерева ($p=0,02$). Менее болезненные, по мнению респондентов, процедуры (периферический венозный доступ, укол пятки, внутримышечная инъекция) также требуют дополнительной медикаментозной аналгезии. Кроме того, результаты анкетирования показали значимое отличие в ответах персонала на вопросы о существующей на практике и «идеальной» фармакологической аналгезии процедурной боли ($p=0,001$).

Использование фармакологических методов аналгезии персоналом детских отделений при проведении манипуляций: практика / теория

Название манипуляции	Врачи (n=25) Me [LQ; UQ]		Средний медперсонал (n=60) Me [LQ; UQ]	
	практика	теория	практика	теория
Интубация трахеи (неэкстренная)	3 [2,5; 3,5]	4 [3,5; 4]	4 [3; 4]	4 [4; 4]
Дренирование плевральной полости	4 [4; 4]	4 [4; 4]	4 [4; 4]	4 [4; 4]
Постановка желудочного зонда	0 [0; 1]	1 [0,5; 1]	0 [0; 0]	1 [0,5; 1]
Санация трахеобронхиального дерева	0 [0; 1]	2 [0,5; 2,5] (p = 0,03)	1 [0; 1]	2 [0; 2] p = 0,6
Люмбальная пункция	4 [4; 4]	4 [4; 4]	4 [4; 4]	4 [4; 4]
Внутримышечная инъекция	1 [0; 1]	2 [1; 3]	1 [0; 1]	1 [0,5; 1]
Взятие крови из вены	0 [0; 1]	1 [1; 2]	0 [0; 1]	1 [0; 1]
Укол пятки	0 [0; 1]	1 [0; 3]	0 [0; 1]	1 [0; 2]
Катетеризация периферической вены	1 [0; 2]	1 [0; 2]	0 [0; 1]	3 [1; 3,75] p = 0,007

Примечание: 0 = никогда; 1 = редко; 2 = часто; 3 = обычно; 4 = всегда.

Ответы на вопрос о применении фармакологических методов аналгезии в повседневной практике персонала показали, что обезболивание большинства манипуляций проводится редко (табл. 1). Это касается таких процедур, как укол пятки ($p=1,0$), санация трахеобронхиального дерева ($p=1,0$), взятие крови из вены ($p=1,0$), внутримышечная инъекция ($p=1,0$). Однако как врачи, так и средний медперсонал, указывали на частое использование анальгетиков при таких манипуляциях, как дренирование плевральной полости ($p=0,8$), интубация трахеи ($p=0,8$), люмбальная пункция ($p=1,0$). Кроме того, врачи в значимом большинстве ответов отметили, что редко, но применяют аналгезию при обеспечении периферического доступа у новорожденного ребенка ($p=0,024$).

Нефармакологические методы аналгезии в повседневной практике (табл. 2) используются персоналом чаще, чем фармакологическое обезболивание ($p=0,04$). По результатам анкетирования отмечено, что все респонденты применяют методы, снижающие дискомфорт, при проведении люмбальной пункции ($p=0,9$). Одинаково частое применение нефармакологических методов аналгезии (медиана ≥ 2) как врачами, так и медсестрами, отмечено для таких процедур, как внутримышечная инъекция ($p=0,9$), взятие крови из вены ($p=1,0$), периферический венозный доступ ($p=0,7$). Значимо частое использование методов, снижающих дискомфорт, проводится медсестрами при выполнении укола пятки ($p=0,04$).

На вопрос об оптимизации тактики фармакологических методов обезболивания при выполнении манипуляций (табл. 2) получены следующие ответы. Не выявлено отличий в мнении персонала о необходимости медикаментозной аналгезии для таких наиболее болезненных манипуляций, как интубация трахеи ($p=1,0$),

дренирование плевральной полости ($p=1,0$), люмбальная пункция ($p=0,9$). Врачи значимо чаще предлагают использовать фармакологические методы обезболивания при санации трахеобронхиального дерева ($p=0,02$). Менее болезненные, по мнению респондентов, процедуры (периферический венозный доступ, укол пятки, внутримышечная инъекция) также требуют дополнительной медикаментозной аналгезии. Кроме того, результаты анкетирования показали значимое отличие в ответах персонала на вопросы о существующей на практике и «идеальной» фармакологической аналгезии процедурной боли ($p=0,001$).

Ответы на вопрос об оптимизации применения нефармакологических методов аналгезии приведены в таблице 2. Активное использование данной группы методов значимо часто предлагается средним медперсоналом для всех манипуляций, независимо степени болезненности процедуры. Причем значимо часто методы по снижению дискомфорта предлагаются медсестрами в дополнение к наиболее инвазивной манипуляции – интубации трахеи ($p=0,038$). Нами вновь выявлено значимое отличие в существующей практике нефармакологической аналгезии и «оптимального» использования методов снижения дискомфорта ($p<0,001$) для таких манипуляций, как санация трахеобронхиального дерева, постановка желудочного зонда, внутримышечная инъекция.

Анкетирование показало, что понимание персоналом способности новорожденного чувствовать боль недостаточно для практической реали-

Использование нефармакологических методов аналгезии персоналом детских отделений при проведении манипуляций: практика / теория

Название манипуляции	Врачи (n = 25) Me [LQ; UQ]		Средний медперсонал (n = 60) Me [LQ; UQ]	
	практика	теория	практика	теория
Интубация трахеи (неэкстренная)	1 [1; 3]	1 [0; 2]	1 [0; 2]	4 [2; 4] p = 0,038
Дренирование плевральной полости	1,5 [1; 3]	2 [1; 3]	2 [1; 3]	4 [3; 4] p = 0,9
Постановка желудочного зонда	1 [0; 1,5]	0 [0; 1]	0 [0; 1]	3 [2; 4] p = 0,04
Санация трахеобронхиального дерева	1 [1; 2]	1 [1; 1]	1 [1; 1]	3 [3; 4] p = 0,04
Люмбальная пункция	4 [4; 4]	4 [4; 4]	4 [4; 4]	4 [4; 4]
Внутримышечная инъекция	1,5 [1; 2,5]	1 [1; 2]	1 [1; 2]	4 [3; 4] p = 0,03
Взятие крови из вены	2 [1; 2]	2 [1; 2]	2 [1; 2]	4 [3; 4] p = 0,6
Укол пятки	4 [3; 4]	3 [2; 4]	3 [2; 4]	4 [4; 4]
Катетеризация периферической вены	2,5 [2; 3]	3 [3; 4]	3 [3; 4]	4 [4; 4]

Примечание: 0 = никогда; 1 = редко; 2 = часто; 3 = обычно; 4 = всегда.

зации оптимальной программы предупреждения, выявления и лечения болевого синдрома. Отмечено, что оценка боли проводится персоналом несистематически, и шкалы боли используют преимущественно врачи ($p<0,0001$). Данная тактика должна быть пересмотрена, так как новорожденные не могут рассказать о своей боли и, следовательно, целиком зависят от окружающего медицинского персонала (врачей и медсестер), который должен уметь выявить и оценить болевой синдром, используя различные многомерные шкалы. Оценка тяжести боли у новорожденного должна проводиться до, во время и после любой болезненной процедуры. Кроме

того, многие манипуляции оценивались респондентами как болезненные, однако фармакологические методы анальгезии назначаются только для ограниченного количества процедур: интубация, дренирование плевральной полости и люмбальная пункция. Все респонденты отмечают необходимость применения разных видов анальгезии более активно, причем более частое использование медикаментов звучит в ответах врачей, что, вероятно, связано с их профессиональными знаниями. Нефармакологические методы наиболее часто использует средний медперсонал, что может отражать

их практический опыт применения и эффективность данных способов анальгезии у новорожденных.

Таким образом, анкетирование доказало необходимость создания письменных руководящих принципов и протоколов для ведения болевого синдрома. В протоколы должны быть включены способы оценки болевого синдрома (шкалы боли), а также указания по оптимальному использованию средовых, поведенческих и фармакологических методов, которые могут предотвратить, уменьшить или устранить боль у новорожденного во многих клинических ситуациях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жиркова Ю.В. Профилактика и лечение болевого синдрома у новорожденных с хирургическими заболеваниями: Автореф. дис ... д-ра мед. наук. – М., 2011. – 48 с.
2. Мартынова Е.Н. Боль у новорожденных, как этическая и деонтологическая проблема // Врач. – 2011. – №1. – С.79-80.
3. Anand K.J.S., Stevens B.J., McGrath P.J. Pain in neonates and infants; 3rd ed. // Elsevier Science. – 2007. – P.67-89.
4. Andersen R., Greve-Isdahl M., Jylli L. The options of clinical staff regarding neonatal procedural pain in two Norwegian neonatal intensive care units // Acta Paediatrica. – 2007. – Vol. 96. – P.1000-1003.
5. Bernardini V., De Liso P., Santoro F., et al. Procedural pain perception of preterm newborn in neonatal intensive care unit: assessment and non-pharmacological approaches // Minerva Pediatr. – 2011. – Vol. 63. №4. – P.247-255.
6. Johnston C.C., Collinge J.M., Henderson S.J., Anand K.J. A cross-sectional survey of pain and pharmacological analgesia in

Canadian neonatal intensive care units // Clin. J. Pain. – 1997. – Vol. 13. №4. – P.308-312.

7. Loizzo A., Loizzo S., Capasso A. Neurobiology of pain in children: an overview // Open Biochem. J. – 2009. – Vol. 3. – P.18-25.

8. Losacco V., Cuttini M., Greisen G., et al. Heel blood sampling in European neonatal intensive care units: compliance with pain management guidelines // Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed. – 2011. – Vol. 96. №1. – P.65-68.

9. Porter F.L., Wolf C.M., Gold J., et al. Pain and pain management in newborn infants: a survey of physicians and nurses // Pediatrics. – 2007. – Vol. 100. №4. – P.626-632.

10. Spence K., Henderson-Smart D., New K., et al. Evidenced-based clinical practice guideline for management of newborn pain. Australian and New Zealand Neonatal Network // J. Paediatr. Child Health. – 2010. – Vol. 46. №4. – P.184-192.

11. Walker S.M. Pain in children: recent advances and ongoing challenges // Br.J. Anaesth. – 2008. – Vol. 101. – P.101-110.

Информация об авторах: 664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1; e-mail: nasty-191@yandex.ru, Ваяркина Анастасия Сергеевна – ассистент; Голуб Игорь Ефимович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой; Мартынович Наталья Николаевна – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой; Михеева Наталья Иннокентьевна – заведующий отделением; Бахмат Яна Александровна – заведующий отделением

ЗДОРОВЬЕ, ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© ООРЖАК Н.С., ПЕТРОВА М.М., КАСКАЕВА Д.С., ЕВСЮКОВ А.А. – 2011
УДК 616.12 – 008.331.1 – 055.1:616.891:330.12 (571.52)

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ НА ПРИМЕРЕ ГОРОДА КЫЗЫЛА

Надежда Соркул-Ооловна Ооржак, Марина Михайловна Петрова,
Дарья Сергеевна Каскаева, Александр Александрович Евсюков

(Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов, кафедра поликлинической терапии, семейной медицины и здорового образа жизни с курсом ПО, зав. – д.м.н., проф. М.М. Петрова)

Резюме. Работа посвящена изучению распространенности депрессивных и тесно связанных с ними тревожных расстройств у мужчин с артериальной гипертонией. Психологический статус мужчин, страдающих АГ, по сравнению со здоровыми мужчинами характеризуется высокими показателями депрессивных расстройств, эмоциональной лабильности, подверженностью к реактивной и личностной тревожности, сниженной адаптацией к условиям окружающей социальной среды. Анализ полученных данных определяет необходимость проведения корригирующей психотерапии больным с АГ гипертоникам с психопатологическими расстройствами, организации профилактических программ, направленных на повышение стрессоустойчивости.

Ключевые слова: артериальная гипертония (АГ), депрессия, тревожность, мужчины.

THE FEATURES OF PSYCHOSOCIAL STATUS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN MALE POPULATION ON THE EXAMPLE OF KYZYL

N.S. Oorzhak, M.M. Petrova, D.S. Kaskaeva, A.A. Evsyukov
(Professor V.F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Russia)