

Мотивация к лечению больных с хроническим кардиоренальным синдромом

Е.В. ЕФРЕМОВА, А.М. ШУТОВ, Е.О. БОРОДУЛИНА

Институт медицины, экологии и физической культуры ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет» Минздрава России, Ульяновск, Россия

Treatment motivation in patients with chronic cardiorenal syndrome

E.V. EFREMOVA, A.M. SHUTOV, E.O. BORODULINA

Institute of Medicine, Ecology, and Physical Education, Ulyanovsk State University, Ministry of Health of Russia, Ulyanovsk, Russia

Резюме

Цель исследования. Изучить мотивацию к лечению больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и с ХСН в сочетании с хронической болезнью почек (ХБП).

Материалы и методы. Обследовали 203 больных (130 мужчин и 73 женщины; средний возраст пациентов 61,8±9,6 года) с ХСН, которую диагностировали и оценивали в соответствии с Национальными рекомендациями по диагностике и лечению ХСН Всероссийского научного общества кардиологов и Общества специалистов по сердечной недостаточности (третий пересмотр, 2009). ХБП диагностировали согласно Национальным рекомендациям Научного общества нефрологов России (2012). Группа с хроническим кардиоренальным синдромом (КРС) включала больных с ХСН и ХБП со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) <60 мл/мин/1,73 м². Проводили оценку особенностей клинического течения ХСН, личностного профиля, мотивации к немедикаментозному и медикаментозному лечению больных с хроническим КРС.

Результаты. СКФ составила 67,7±17,2 мл/мин/1,73 м², хронический КРС наблюдался у 89 (44%) больных. При оценке психологического функционирования у больных с хроническим КРС по сравнению с больными с ХСН без ХБП наблюдались высокая тревожность, дезадаптивные типы отношения к заболеванию. Мотивация больных к лечению ХСН (выполнение рекомендаций по изменению образа жизни и приему лекарственных препаратов) оказалась недостаточной и определялась только у 31 (15,3%) больных с ХСН независимо от наличия ХБП. Наблюдалась особенность психологического функционирования больных с хроническим КРС, влияющие на мотивацией к лечению: больные с низкой мотивацией к терапии обладали эйфорическим типом отношения к заболеванию ($p=0,03$); пациенты с удовлетворительной мотивацией к лечению характеризовались эмотивным типом акцентуации характера ($p=0,002$).

Заключение. Наличие ХБП усугубляет клиническое течение ХСН, негативно влияет на психологическое функционирование больных с ХСН. Для больных с хроническим КРС характерна низкая мотивация как к медикаментозному, так и к немедикаментозному лечению, что необходимо учитывать при ведении больных данной категории.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек, кардиоренальный синдром, мотивация к лечению.

Aim. To study treatment motivation in patients with chronic heart failure (CHF) and in those with CHF concurrent with chronic kidney disease (CKD).

Subjects and methods. A total of 203 patients (130 men and 73 women; mean age, 61.8±9.6 years) with CHF diagnosed and assessed in accordance with the National Guidelines of the All-Russian Research Society of Cardiology and the Heart Failure Society for the diagnosis and treatment of CHF (third edition, 2009) were examined. CKD was diagnosed according to the 2012 National Guidelines of the Research Nephrology Society of Russia. A group of patients with chronic cardiorenal syndrome (CRS) included those with CHF and CKD with a glomerular filtration rate (GFR) of <60 ml/min/1.73 m². The clinical course of CHF, personality profile, and motivation for non-drug and drug treatments were assessed in patients with chronic CRS.

Results. GFR was 67.7±17.2 ml/min/1.73 m²; chronic CRS was observed in 89 (44%) patients. Psychological functioning assessment showed that the patients with chronic CRS as compared with those with CHF without CKD had high anxiety and maladaptive disease attitudes. CHF treatment motivation (compliance with lifestyle modification and medication) was proved inadequate and detected only in 31 (15.3%) patients with CHF regardless of the presence of CKD. The specific features of psychological functioning, which affected treatment motivation, were seen in patients with chronic CRS: those who were lowly motivated had a euphoric attitude towards their disease ($p=0.03$); those who were satisfactorily motivated showed an emotive accentuation of character ($p=0.002$).

Conclusion. The presence of CKD aggravates the clinical course of CHF and negatively affects the psychological functioning of patients with CHF. The patients with chronic CRS are characterized by a low level of motivation for both drug and non-drug treatments, which should be taken into account when managing this cohort of patients.

Keywords: chronic heart failure, chronic kidney disease, cardiorenal syndrome, treatment motivation.

ИБС — ишемическая болезнь сердца
КРС — кардиоренальный синдром
СД-2 — сахарный диабет 2-го типа

ФК — функциональный класс
ХСН — хроническая сердечная недостаточность

Проблема мотивации к лечению, т.е. соблюдению пациентом предписанного режима, при хронических заболеваниях является одной из наиболее актуальных в терапевтической практике [1]. По определению Всемирной организации здравоохранения, при длительной терапии соблюдение пациентом предписанного режима является определяющим эффективным лечения [2]. Кроме того, в современной клинике особое значение приобретает наличие у больного нескольких заболеваний («коморбидность»), в частности, это касается кардиоренальных взаимоотношений [3–6]. Сочетание нескольких заболеваний обуславливает необходимость индивидуального подхода к каждому больному, при этом формируется новое направление в медицине «персонализированная медицина» [7].

По данным отечественных и зарубежных исследователей, хронический кардиоренальный синдром (КРС) наблюдается в среднем у $1/3$ больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и характеризуется увеличением риска смерти не только от сердечно-сосудистых, но и всех заболеваний [6, 8]. Ухудшение прогноза при КРС обусловлено как более тяжелым клиническим течением ХСН, так и проблемами при выборе медикаментозной терапии, а также неудовлетворительной мотивацией больных к лечению [9]. При изучении мотивации к терапии, как правило, рассматривают социальные и фармакоэкономические аспекты проблемы [10], при этом не уделяется должного внимания особенностям психологического функционирования больного, его участия в формировании мотивации к лечению [11].

Цель исследования — изучить мотивацию к лечению больных с ХСН и с ХСН в сочетании с ХБП.

Материалы и методы

Обследовали 203 больных (73 женщины и 130 мужчин, средний возраст $61,8 \pm 9,6$ года) с ХСН I–III стадии, I–IV функционального класса (ФК). ХСН диагностировали и оценивали в соответствии с Национальными рекомендациями по диагностике и лечению ХСН Всероссийского научного общества кардиологов и Общества специалистов по сердечной недостаточности (третий пересмотр, 2009). ХСН I ФК наблюдалась у 18 (8,9%) больных, II ФК — у 108 (53,2%), III ФК — у 75 (36,9%) и IV ФК — у 2 (1%). Продолжительность ХСН достигала $4,3 \pm 1,8$ года. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в сочетании с артериальной гипертензией привела к развитию ХСН у 154 (75,9%) больных. Фибрилляция предсердий диагностирована у 30 (14,8%), сахарный диабет 2-го типа (СД-2) — у 34 (16,7%), метаболический синдром — у 89 (43,8%), анемия — у 27 (13,3%) больных. СКФ определяли, используя формулу СКД-ЕРІ (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration). ХБП оценивали в соответствии с Национальными рекомендациями Научного общества нефрологов России (2012) [12]. Учитывая определение КРС как недостаточности одного органа, приводящей к недостаточности другого, в группу больных с КРС включили пациентов с ХБП с СКФ <60 мл/мин/1,73 м² (с IIIа стадией). «Коморбидность» оценивали с помощью индекса коморбидности Чарлсона [13].

Для исследования психологического функционирования больного использовали проективную методику — модифицированный тест 8 влечений Сонди (в модификации Л.Н. Собчик,

2002), Личностный опросник Бехтеревского института — ЛОБИ (А.Е. Личко, И.Я. Иванов, 1980); опросник акцентуации личности по Леонгарду (К. Leonhard, 1968), краткую шкалу оценки психического статуса — для оценки когнитивных функций больных. Для оценки мотивации к лечению применяли тест Мориски—Грина, анкетирование и интервьюирование. Больных считали мотивированными к проводимому лечению при соблюдении пациентом предписанного режима более 80% [14, 15].

Статистическую обработку данных проводили с применением компьютерного пакета Statistica for Windows 8.0. Данные представлены в зависимости от вида распределения в виде $M \pm SD$, где M — среднее арифметическое, SD — стандартное отклонение и медиана (Me) и интерквартильный размах (ИКР). Достоверность различий между параметрами определяли с помощью параметрического критерия t Стьюдента и непараметрического критерия Манна—Уитни; кроме того, рассчитывали χ^2 . Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Проводили однофакторный корреляционный анализ по Пирсону, при распределении отличном от нормального рассчитывали коэффициент Спирмена ρ . Применяли также многофакторный регрессионный анализ.

Результаты

Средняя СКФ составила $67,7 \pm 17,2$ мл/мин/1,73 м², ХБП со СКФ <60 мл/мин/1,73 м² наблюдалась у 89 (43,8%) больных: ХБП IIIа стадии — у 76 (37,4%), IIIб стадии — у 12 (5,9%), IV стадии — у 1 (0,5%) больного с ХСН. Клиническая характеристика больных с ХСН с учетом наличия ХБП представлена в табл. 1.

Особенности когнитивного статуса и психологического функционирования больных с ХСН в зависимости от наличия ХБП. У 117 (57,6%) больных с ХСН независимо от функции почек диагностированы преддементные когнитивные нарушения, у 46 (22,7%) — деменция легкой степени выраженности. По сравнению с больными с ХСН без когнитивных нарушений у больных с ХСН с деменцией выявлено достоверное снижение СКФ: $62,2 \pm 16,4$ и $68,7 \pm 16,6$ мл/мин/1,73 м² соответственно ($p = 0,01$).

По результатам проективной методики Сонди, у больных с хроническим КРС по сравнению с больными с ХСН без ХБП наблюдались более высокие показатели по шкале D+ (депрессивное состояние): $0,9 \pm 0,5$ и $0,6 \pm 0,4$ балла соответственно ($p = 0,03$), что проявлялось интровертированностью, дезадаптацией по депрессивному типу и неустойчивой мотивацией. При изучении внутренней картины болезни у больных с ХСН независимо от наличия ХБП определялись дезадаптивные типы отношения к заболеванию: сенситивный (38,4%), паранойальный (36,9%), неврастенический (27,8%). Преобладающим типом акцентуации характера независимо от функции почек являлся эмотивный — 40 (19,7%), по шкале «эмотивный тип» — $13,5 \pm 6,1$ балла. У больных с КРС по сравнению больными с ХСН без ХБП наблюдалась более высокая оценка по шкале тревожности ($9,3 \pm 5,9$ и $6,6 \pm 4,5$ балла соответственно; $p = 0,006$).

Мотивация к немедикаментозному лечению больных с ХСН в зависимости от наличия ХБП. Удовлетворительная мотивация больных с ХСН независимо от наличия ХБП к немедикаментозным методам лечения определялась у 37 (18,2%). Информированность больных с ХСН об образе

Сведения об авторах:

Шутов Александр Михайлович — д.м.н., проф., зав. каф. терапии и профессиональных болезней; e-mail: amshu@mail.ru

Бородулина Екатерина Олеговна — врач-нефролог, соискатель ученой степени к.м.н. каф. терапии и профессиональных болезней

Контактная информация:

Ефремова Елена Владимировна — к.м.н., старший преподаватель каф. терапии и профессиональных болезней; 432017 Ульяновск, а/я 4595; тел.: +7(422)55-2708; e-mail: lena_1953@mail.ru

Таблица 1. Клиническая характеристика больных с ХСН в зависимости от наличия ХБП

Параметр	Больные с ХСН без ХБП		p
	(n=114)	Больные с хроническим КРС (n=89)	
Мужчины	88 (76,5)	42 (47,7)	0,0001 ($\chi^2=17,95$)
Женщины	27 (23,5)	46 (52,3)	
Возраст, годы	60,2±9,3	63,9±9,6	0,006
Индекс массы тела, кг/м ²	29,5±5,4	30,1±6,7	0,7
Длительность ХСН, годы	4,0±1,3	4,8±1,9	0,04
ФК ХСН	2,2±0,6	2,4±0,6	0,008
Индекс ДЛП, мм/м ²	21,8±2,9	22,7±3,1	0,03
ИММ ЛЖ, г/м ²	189,1±52,9	185,5±48,6	0,4
ФВ, %	54,3±8,8	53,8±8,4	0,74
Индекс коморбидности Чарлсона, баллы*	3,8±1,7	4,3±1,8	0,03

Примечание. Здесь и в табл. 2–3: данные представлены в виде абсолютного числа больных (%) или $M\pm SD$. * — при вычислении не учитывали баллы, относящиеся к ХБП. ДЛП — диаметр левого предсердия; ИММ — индекс массы миокарда; ЛЖ — левый желудочек; ФВ — фракция выброса.

Таблица 2. Мотивация к приему основных препаратов для лечения ХСН в зависимости от наличия ХБП

Группа препаратов	Назначено врачом*		Постоянный прием*	
	больные с ХСН (n=114)	больные с КРС (n=89)	больные с ХСН (n=114)	больные с КРС (n=89)
Ингибиторы АПФ	110 (96,5)	89 (100)	38 (34,5)	31 (34,8)
БРА	25 (21,9)	19 (21,3)	14 (56)	12 (63,2)
БАБ	89 (78,1)	71 (79,7)	59 (66,13)	42 (59,1)
Антагонисты альдостерона	25 (21,9)	20 (22,5)	10 (40)	10 (50)
Диуретики	74 (64,9)	57 (64)	17 (22,3)	20 (35,1)
Сердечные гликозиды	11 (9,7)	10 (11,2)	5 (45,4)	5 (50)

Примечание. * — $p>0,05$. АПФ — ангиотензинпревращающий фермент; БРА — блокаторы рецепторов ангиотензина II; БАБ — блокаторы β -адренергических рецепторов.

жизни, питания и физической активности (ответ «да» на задаваемые вопросы) колебалась от 38,9% (ежедневный контроль массы тела) до 87,2% (ограничение поваренной соли). При детальном опросе регулярно («всегда») ограничивали прием поваренной соли 77 (37,9%) больных с ХСН. Регулярно («ежедневно») контролировали массу тела 16 (7,9%) больных с ХСН; 53 (26,1%) больных с ХСН регулярно выполняли физическую нагрузку («более 4 раз в неделю») (см. рисунок).

Мотивация к медикаментозному лечению больных ХСН в зависимости от наличия ХБП. По основным классам препаратов для лечения ХСН частота назначения и соблюдение пациентом предписанного режима к терапии больных с ХСН в зависимости от наличия ХБП не различались (табл. 2).

Удовлетворительная мотивация к медикаментозной терапии наблюдалась только у 61 (30%) больных с ХСН независимо от наличия ХБП. Больные с ХСН наиболее мотивированы к приему БАБ (63,1% принимают препарат постоянно), наименее — к ежедневному приему диуретиков (28,2%). Основными причинами нерегулярного приема препаратов являлись недостаточное понимание больными необходимости приема препаратов независимо от самочувствия в данный момент.

Среднее число препаратов, принимаемых больными с ХСН, составило 4,6±1,7. Больные с хроническим КРС

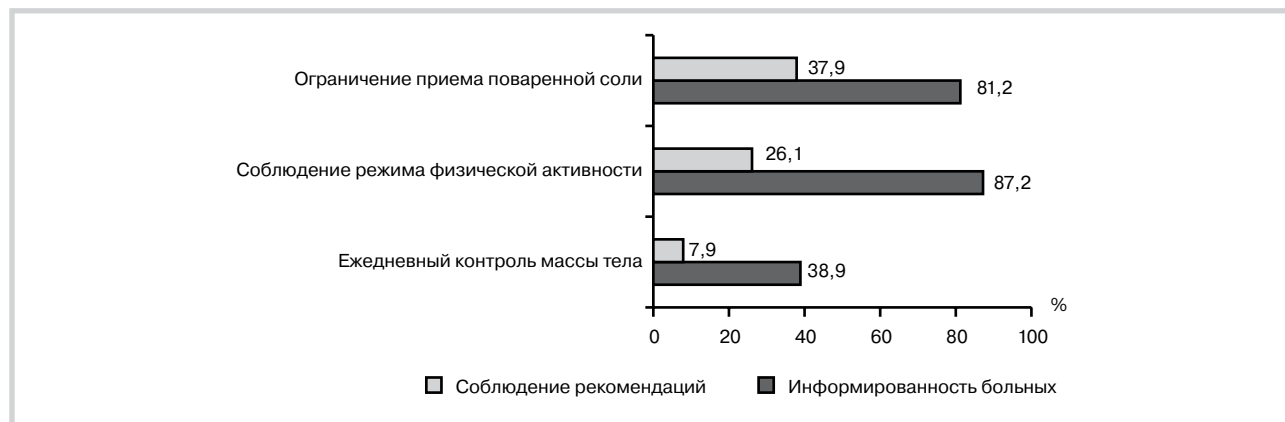
принимали большее число препаратов, чем больные с ХСН без ХБП (4,8±1,7 и 4,3±1,1 соответственно; $p=0,03$). Выявлена также обратная зависимость между мотивацией к медикаментозной терапии и числом принимаемых препаратов ($r=-0,49$; $p<0,0001$).

Мотивация к терапии (немедикаментозной, медикаментозной) больных с хроническим КРС. В целом удовлетворительная мотивация больных к лечению ХСН (выполнение рекомендаций по изменению образа жизни и приему лекарственных препаратов) наблюдалась у 31 (15,3%) больного. Выявлена обратная связь между уровнем выполнения врачебных рекомендаций и СКФ у больных с хроническим КРС ($r=-0,33$; $p=0,001$). При детальном исследовании сочетания нескольких заболеваний у больных с хроническим КРС пациенты с СД-2 оказались более мотивированы к лечению ($\chi^2=5,76$; $p=0,01$). Наблюдались особенности психологического функционирования больных с хроническим КРС, влияющие на мотивацию к лечению (табл. 3).

Многофакторный регрессионный анализ показал, что мотивация к лечению больных с ХСН была прямо ассоциирована с наличием СД-2 ($R^2=0,48$; $\beta=0,24$; $p=0,002$) и эмотивным типом акцентуации характера ($R^2=0,45$; $\beta=0,22$; $p=0,003$) независимо от пола, возраста, ФК ХСН. Многофакторный регрессионный анализ у больных с хроническим КРС показал, что мотивация к лечению обрат-

Таблица 3. Особенности психологического функционирования больных с хроническим КРС с различной мотивацией к лечению

Психологическая характеристика личности	Мотивация к лечению		p
	удовлетворительная	низкая	
Эйфорический тип отношения к болезни	4 (13,3)	21 (35,6)	0,03 ($\chi^2=4,78$)
Эмотивный тип акцентуации, баллы	16,2±4,3	11,8±5,2	0,002



Соотношение информированности и соблюдения врачебных рекомендаций по изменению образа жизни у больных с ХСН.

но связана с СКФ ($R^2=0,55$; $\beta=-0,31$; $p=0,005$) и прямо — с эмотивным типом акцентуации характера ($R^2=0,53$; $\beta=0,29$; $p=0,001$) независимо от пола, возраста, ФК ХСН.

Обсуждение

Хронический КРС диагностирован у 44% больных с ХСН. Больные с хроническим КРС были старше и характеризовались более тяжелым клиническим течением ХСН (имели более высокий ФК и большую продолжительность ХСН), повышенным уровнем реактивной и личностной тревоги, проявлением депрессивных реакций, снижением мотивации и адаптации. По данным литературы, от 74 до 86% больных с ХСН имеют 2 и более сопутствующих хронических заболеваний, причем ХБП является наиболее частой составляющей в структуре сочетанных заболеваний при ХСН [4, 16, 17]. Кроме того, наличие нескольких заболеваний, включая и ХБП, также увеличивается с возрастом, достигая 55—98% у лиц пожилой и старческой группы [18]. Депрессия и когнитивные нарушения характерны для больных с ХБП и, как правило, сопутствуют друг другу. У больных, получающих терапию, замещающую функцию почек, распространенность деменции достигает 10%, а депрессия наблюдается у 21% [19, 20].

Рекомендации по изменению образа жизни (немедикаментозный компонент терапии) являются неотъемлемой частью лечения больных с КРС, причем ряду больных с ХСН при наличии ХБП рекомендуется ограничение белка [21]. В нашем исследовании большинство больные с ХСН не были информированы о наличии у них ХБП и не-

обходимости ограничивать употребление не только поваренной соли, но и белка. По данным литературы, только достаточная информированность больных о необходимости изменить привычный образ жизни не приводит к формированию мотивации и удовлетворительной мотивации к лечению [22]. Низкая мотивация, т.е. низкая степень соблюдения пациентом предписанного режима к медикаментозной терапии при хроническом КРС, отчасти объясняется полипрагмазией, так как число принимаемых препаратов у ряда больных достигает 20 [10, 18]. Больным с хроническим КРС чаще назначаются ингибиторы АПФ, сердечные гликозиды, диуретики; при этом в 82,5% случаев не корректируются дозы в зависимости от СКФ [8, 21, 23].

В нашем исследовании независимое влияние на мотивацию к терапии оказывали особенности психологического функционирования больных с хроническим КРС: больные с низкой мотивацией к лечению характеризовались дезадаптивным эйфорическим типом отношения к болезни. Этот тип проявляется недостаточной мотивацией к лечению; мотивированные к терапии больные обладали эмотивным типом акцентуации, проявляющимся обостренным чувством долга, исполнительностью, дисциплинированностью. В литературе обращается внимание на наличие депрессивных расстройств у больных с ХБП с низкой мотивацией к терапии [24].

Мотивация к лечению больных с хроническим КРС наблюдалась в 15%, что сопоставимо с данными литературы, согласно которым соблюдение пациентом предписанного режима терапии при хронических заболеваниях составляет 15—20% [24]. Вопрос о сочетании нескольких

заболеваний, как фактора формирования низкой мотивации к лечению, рассматривается с нескольких позиций и не имеет однозначного ответа [25]. Проблема мотивации к лечению при сочетании нескольких хронических заболеваний отчасти объясняется недостаточными рекомендациями по ведению таких больных, особенно для старшей возрастной группы [10, 26].

Больные с хроническим КРС характеризуются частым сочетанием нескольких заболеваний; кроме того, наличие ХБП находит отражение как в особенностях клинического течения, так и в формировании психологического профиля больных. Результаты многофакторного анализа свидетельствуют, что как снижение функции почек, так и особенности психологического функционирования оказывают влияние на формирование у больных с хроническим КРС мотивации к терапии.

ЛИТЕРАТУРА

- Cvengros J, Christensen A, Lawton W. The role of perceived control and preference for control in adherence to chronic medical regimen. *Ann Behavioral Med.* 2004;27(3):155-161.
- World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
- Fortin M, Stewart M, Poitras ME, Almirall J, Maddocks H. A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: Toward a more uniform methodology. *Ann Fam Med.* 2012;10(2):142-151.
- Ronco C, Haapio C, House AA, Anavekar N, Bellomo R. Cardiorenal syndrome. *J Am Coll Cardiol.* 2008;52(19):1527-1539.
- Мухин Н.А., Фомин В.В., Моисеев С.В., Швецов М.Ю., Кутырина И.М. Кардиоренальный синдром при ишемической болезни почек (атеросклеротической реноваскулярной гипертонии). *Терапевтический архив.* 2008;8:30-38.
- Шутов А.М., Серов В.А. Кардиоренальный и ренокардиальный синдромы. *Нефрология.* 2009;13(4):59-63.
- Мухин Н.А. Концепция персонализированной медицины и клиническая нефрология. *Клиническая нефрология.* 2013;1:9-13.
- Серов В.А., Шутов А.М., Мензоров М.В., Макеева Е.Р., Серова Д.В. Эпидемиология хронической болезни почек у больных с хронической сердечной недостаточностью. *Нефрология.* 2010;14(1):50-55.
- Lee CS, Chien CV, Bidwell JT, Gelow JM, Denfeld QE, Masterson Creber R, Buck HG, Mudd JO. Comorbidity profiles and inpatient outcomes during hospitalization for heart failure: an analysis of the U.S. Nationwide inpatient sample. *BMC Cardiovasc Dis.* 2014;14:73.
- Burnier M, Pruijm M, Wuerzner G, Santschi V. Drug adherence in chronic kidney diseases and dialysis. *Nephrol Dial Transplant.* 2015;30(1):39-44.
- Stromberg A. Patient-related factors of compliance in heart failure: some new insights an old problem. *Eur Heart J.* 2006;27:379-381.
- Шилов Е.М., Добронравов Е.А., Каюков И.Г., Бобкова И.Н., Швецов Ю.М., Цыгин, А.Н., Шутов А.М. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению. *Клиническая нефрология.* 2012;4:3-43.
- Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis.* 1987;40:373-383
- Леонова М.В., Мясоедова Н.В. Практические аспекты лечения АГ: эффективность и комплаентность. *Российский кардиологический журнал.* 2003;2:17-21.
- Альберт М.А., Биктимиров Т.З., Шутов А.М. Приверженность к лечению и личностные особенности больных с хронической сердечной недостаточностью. *Ученые записки Ульяновского государственного университета.* 2008;1(13):6-9.
- Aronow WS, Ahn C, Mercado AD, Epstein S. Prevalence of CAD, complex ventricular arrhythmias, and silent myocardial ischemia and incidence of new coronary events in older persons with chronic renal insufficiency and with normal renal function. *Am J Cardiol.* 2000;86:1142-1143.
- Chamberlain AM, Sauver JL, Gerber Y, Manemann SM, Boyd CM, Dunlay SM, Rocca WA, Finney Rutten LJ, Jiang R, Weston SA, Roger VL. Multimorbidity in heart failure: a community perspective. *Am J Med.* 2015;128(1):38-45.
- Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, Meinow B, Fratiglioni L. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev.* 2011;10(4):430-439.
- Birmel el B, Le Gall A, Sautenet B, Aguerre C, Camus V. Clinical, sociodemographic, and psychological correlates of health-related quality of life in chronic hemodialysis patients. *Psychosomatics.* 2012;53:30-37.
- Feroze U, Martin D, Kalantar-Zadeh K, Kim JC, Reina-Patton A, Kopple JD. Anxiety and depression in maintenance dialysis patients: preliminary data of a cross-sectional study and brief literature review. *J Ren Nutr.* 2012;22:207-210.
- Моисеев В.С., Мухин Н.А., Смирнов А.В. и др. Национальные рекомендации. Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио-нефропротекции. *Клиническая нефрология.* 2014;2:4-29.
- Heywood JT, Fonarow GC, Yancy CW, Albert NM, Curtis AB, Stough WG, Gheorghide M, McBride M., Mehra MR, O'Connor CM, Reynolds D, Walsh MN. Influence of renal function on the use of guideline-recommended therapies for patients with heart failure. *Am J Cardiol.* 2010;105(8):1140-1146.
- García-Llana H, Remor E, Selgas R. Adherence to treatment, emotional state and quality of life in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis. *Psicothema.* 2013;25(1):79-86.
- Clark S, Farrington K, Chilcot J. Nonadherence in dialysis patients: prevalence, measurement, outcome, and psychological determinants. *Semin Dial.* 2014;27(1):42-49.
- Белялов Ф.И. *Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности: монография.* 8-е изд. Иркутск: РИО ИГИУВа; 2012.
- Cox L, Kloseck M, Crilly R. Underrepresentation of individuals 80 years of age and older in chronic disease clinical practice guidelines. *Canadian Family Physician.* 2011;57(17):263-269.

Поступила 15.02.2015