

- in patients with hypertension on the background of abdominal obesity]. Nauchnye vedomosti Serija Medicina, Farmacija [Scientific Gazette Series Medicine Pharmacy]. 2014; 4: 35–39.
- Gonchar' AV, Kovaljova ON, Hmara AT. Remodelirovanie obshhiih sonnyh arterij u bol'nyh gipertonicheskoj bolezn'ju s ozhireniem [Remodeling of the common carotid arteries in hypertensive patients with obesity]. Nauchnye vedomosti Serija Medicina Farmacija [Scientific Gazette Series Medicine Pharmacy]. 2013; 18: 73–78.
 - Cohn G, Valdes G, Capuzzi DM. Pathophysiology and treatment of the dyslipidemia of insulin resistance. Curr Cardiol Rep. 2001; 5: 416–423.
 - Pischon T, Boeing H, Hoffmann K. General and abdominal adiposity and risk of death in Europe. N Engl J Med. 2008; 359: 2105–2120.
 - Berger JS, Jordan CO, Lloyd-Jones D. Screening for cardiovascular risk in asymptomatic patients. J Am Coll Cardiol. 2010; 52 (12): 1169–1177.
 - Poulos SP, Hausman DB, Hausman GJ. The development and endocrine functions of adipose tissue. Molecular and Cellular Endocrinology. 2010; 323 (1): 20–34.
 - Oganov RG, Pogosova GV, Koltunov IE et al. Reguljarnoe lechenie i profilaktika — ključ k uluchsheniju situacii s serdechno-sosudistymi zabolevanijami v Rossii: rezul'taty rossijskogo mnogo-centrovogo issledovanija [Regular treatment and prevention — a key to improving the situation of cardiovascular diseases in Russia: Results of a multicenter study Russian]. Kardiologija [Cardiology]. 2007; 5: 58–66.

© В.Н. Абросимов, Л.А. Жукова, С.И. Глотов, Г.Н. Мельникова, 2016

УДК 616.12-008.46-06

DOI: 10.20969/vskm.2016.9(1).12-17

О ВЗАИМООТНОШЕНИИ БОЛИ, ОДЫШКИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

АБРОСИМОВ ВЛАДИМИР НИКОЛАЕВИЧ, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой терапии ФДПО с курсом семейной медицины ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 390026, Рязань, ул. Высоковольтная, 9, тел. 8-910-642-13-68, e-mail: abrosimov_r@mail.ru

ЖУКОВА ЛИДИЯ АНАТОЛЬЕВНА, канд. мед. наук, доцент кафедры терапии ФДПО с курсом семейной медицины ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 390026, Рязань, ул. Высоковольтная, 9, тел. 8-910-903-81-12, e-mail: Lidiyazhukova1949@yandex.ru

ГЛОТОВ СЕРГЕЙ ИВАНОВИЧ, канд. мед. наук, доцент кафедры терапии ФДПО с курсом семейной медицины ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 390026, Рязань, ул. Высоковольтная, 9, тел. 8-910-507-73-10, e-mail: sergeyglot@mail.ru

МЕЛЬНИКОВА ГАЛИНА НИКОЛАЕВНА, канд. мед. наук, зав. терапевтическим отделением поликлиники Рязанской региональной клинической больницы ветеранов войн, Россия, 390000, Рязань, ул. Вознесенская, 63, тел. 8-920-633-15-43, e-mail: gv@rokgvv.issr.ru

Реферат. Цель исследования — оценка взаимоотношения боли, одышки, качества жизни у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза. **Материал и методы.** Обследовано 120 больных ХСН, средний возраст составил (52,1±2,2) года, у 70 человек имелся II функциональный класс (ФК), у 39 — III ФК, у 11 — IV ФК по классификации NYHA. Давность появления признаков ХСН составила (17,5±2,2) мес. У всех больных причиной ХСН была ишемическая болезнь сердца, 100% обследованных пациентов перенесли от одного до четырех Q-образующих инфарктов миокарда. У пациентов диагностировалась стенокардия напряжения от II до IV ФК по классификации Канадской ассоциации кардиологов. Использовались физические, клинико-лабораторные и инструментальные методы, включая ЭКГ, холтеровское мониторирование, УЗИ сердца. Психофизиологическая оценка степени одышки осуществлялась с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШод) и шкалы Борга. Боли в сердце оценивались с помощью опросника Роуза. Качество жизни анализировалось по критериям Миннесотского опросника «Жизнь с сердечной недостаточностью». **Результаты и их обсуждение.** В процессе двухлетнего наблюдения у 63 (52,5%) пациентов отмечено нарастание симптомов ХСН, в первую очередь одышки, что сопровождалось урежением, а иногда и исчезновением приступов стенокардии. У 43 (35,9%) пациентов степень тяжести ХСН и стенокардии не изменились. У 14 (11,6%) пациентов по мере нарастания ХСН произошло увеличение частоты и интенсивности приступов стенокардии. У всех обследованных пациентов в процессе динамического наблюдения ухудшилось качество жизни, включая физический, психоэмоциональный, социальный компоненты. **Заключение.** По мере прогрессирования ХСН ишемического генеза, нарастания одышки более чем у половины обследованных пациентов уменьшался либо исчезал ангинозный синдром. Качество жизни страдало в равной степени как при нарастании одышки, так и при увеличении ФК стенокардии.

Ключевые слова: сердечная недостаточность, одышка, боль, качество жизни.

Для ссылки: О взаимоотношении боли, одышки и качества жизни при хронической сердечной недостаточности ишемического генеза / В.Н. Абросимов, Л.А. Жукова, С.И. Глотов, Г.Н. Мельникова // Вестник современной клинической медицины. — 2016. — Т. 9, вып. 1. — С. 12—17.

ABOUT THE RELATIONSHIP OF PAIN, BREATHLESSNESS, QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE OF ISCHEMIC GENESIS

ABROSIMOV VLADIMIR N., D. Med. Sci., professor, Head of the Department of postgraduate education of therapy with a course of family medicine of Ryazan State Medical University, Russia, 390026, Ryazan, Vysokovoltynaya str., 9, tel. 8-910-642-13-68, e-mail: abrosimov_r@mail.ru

ZHUKOVA LYDIJA A., C. Med. Sci., associate professor of the Department of postgraduate education of therapy with a course of family medicine of Ryazan State Medical University, Russia, 390026, Ryazan, Vysokovoltynaya str., 9, tel. 8-910-903-81-12, e-mail: Lidiyazhukova1949@yandex.ru

GLOTOV SERGEI I., C. Med. Sci., associate professor of the Department of postgraduate education of therapy with a course of family medicine of Ryazan State Medical University, Russia, 390026, Ryazan, Vysokovoltynaya str., 9, tel. 8-910-507-73-10, e-mail: sergeyglot@mail.ru

MELNIKOVA GALINA N., C. Med. Sci., Head of the Department of therapy of polyclinic of Ryazan Regional Clinical Hospital for war veterans, Russia, 390000, Ryazan, Voznesenskaya str., 63, tel. 8-920-633-15-43, e-mail: gv@rokgv.issr.ru

Abstract. The aim of the present study was to assess the relationship of pain, breathlessness, quality of life in patients with chronic heart failure (CHF) of ischemic genesis. **Material and methods.** There were 120 patients with CHF, mean age (52,1±2,2) years, 70 of them had FC II, 39 — FC III, 11 — FC IV by NYHA classification. The prescription signs of CHF was 17, 5±2,2 months ago. In all patients the cause of CHF was ischemic heart disease, 100% of patients underwent one to four Q-forming myocardial infarction. Patients remained angina II-IV FC according to the classification of the Canadian Association of cardiologists. Physical, clinical-laboratory and instrumental methods, including ECG, Holter monitoring, ultrasound of the heart were used in this study. Psychophysiological assessment of the degree of dyspnea was performed using a visual analogue scale (VAS) and the Borg scale. Heart pain was assessed using a questionnaire Rouse. Quality of life was analyzed according to the criteria of the Minnesota questionnaire «Living with heart failure». **Results and discussion.** During the process of two years observations in 63 patients (52,5%) an increase of the symptoms of heart failure, primarily shortness of breath were noted, it was accompanied by slowing and sometimes the disappearance of angina attacks. In 43 patients (35,9%) the severity of heart failure and angina pectoris hadn't changed. In 14 patients (11,6%) upon increase of CHF, the frequency and the intensity of angina attacks were increased. In all the examined in the course of dynamic observation worsened the quality of life, including physical, emotional and social components. **Conclusion.** With the progression of CHF of ischemic genesis, the breathlessness was increased in more than half of the examined patients, the anginal syndrome was reduced or disappeared. The quality of life was suffered equally with an increase in breathlessness and increase in FC of angina.

Key words: heart failure, shortness of breath, pain, quality of life.

For reference: Abrosimov VN, Zhukova LA, Glotov SI, Melnikova GN. About the relationship of pain, breathlessness, quality of life in patients with chronic heart failure of ischemic genesis. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2016; 9 (1): 12—17.

Сердечная недостаточность (СН) — синдром, для которого характерны определенные симптомы (одышка, отеки лодыжек, утомляемость, сердцебиение) и клинические признаки (набухание шейных вен, мелкопузырчатые хрипы в легких, смещение верхушечного толчка влево), возникающие в результате нарушения структуры или функции сердца. В Российской Федерации распространенность хронической СН (ХСН) в популяции составляет около 7% (клинически выраженная СН — у 4,5%; терминальная стадия — у 2,1%). ХСН значительно повышает общую смертность, являясь для государства тяжелым экономическим бременем [1, 2, 3].

Основными этиологическими факторами ХСН являются артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС); их сочетание встречается у половины пациентов с ХСН. В популяции больных ХСН обнаруживаются определенные гендерные отличия причин возникновения: для мужчин более приоритетны перенесенный острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет (СД), пороки сердца; миокардит чаще выявляют у женщин. Год от года в структуре причин ХСН растет вклад ИБС за счет всех клинических форм — постинфарктного кардиосклероза,

стенокардии напряжения, коронарного Х-синдрома, безболевого ишемии миокарда [1, 4, 5].

История учения об ИБС (коронарной болезни сердца) берет свое начало с работ В. Гебердена (W. Heberden — английский врач, 1710—1801), который более 200 лет назад описал типичный приступ стенокардии, характеризуя его как чувство сдавления и дискомфорта в грудной клетке при физической нагрузке, назвав данный приступ грудной жабой — *angina pectoris* [6]. «Те, кто больны ею, бывают застигнуты, особенно при быстром подъеме в гору, после принятия пищи, сильными, болезненными и очень неприятными ощущениями в грудной клетке. Они, кажется, задушат жизнь, если дальше будут продолжаться или усиливаться. Но в момент, когда больной останавливается, эти неприятные ощущения исчезают». «Существует грудное заболевание, характеризующееся сильнейшими болями и своеобразной симптоматологией. Ему должно быть придано особое значение ввиду опасности, представляемой им. Описание этой болезни я до сих пор не встречал. Локализация боли, характеризующейся сжатием в области груди и сопровождающейся страхом, дает мне основание считать, что для нее наиболее подходящее название «грудная жаба» — *angina pectoris*. Чаще всего

припадок возникает при ходьбе или еде. Припадок сопровождается ощущением близкой смерти. Последнее исчезает с прекращением припадка» [6]. В англо-русском медицинском энциклопедическом словаре (адаптированный перевод 26-го издания Stedman's) указано: «*angina pectoris* — грудная жаба, Гебердена болезнь (*устар.*), стенокардия — тяжелая, сжимающая боль в груди, часто иррадиирующая из прекардиальной зоны в левое плечо и вниз по руке (следствие ишемии миокарда)».

Стенокардия — клинический синдром, проявляющийся чувством стеснения или болью в грудной клетке сжимающего, давящего характера, которая локализуется чаще всего за грудиной и может иррадиировать в левую руку, шею, нижнюю челюсть, эпигастральную область. Боль провоцируется физической нагрузкой, выходом на холод, обильным приемом пищи, курением, эмоциональным стрессом, проходит в покое, устраняется приемом нитроглицерина в течение нескольких секунд или минут.

Боль в области сердца — одна из самых частых причин, вызывающих у больных тревогу и заставляющих их обращаться к врачу. Сложность в объяснении механизмов развития данного феномена, отсутствие единых взглядов на проблему, большое количество гипотез объясняют все возрастающий интерес к болевому синдрому, в особенности к коронарному. Клиническая полиморфность болевого синдрома обусловлена участием в его формировании различных, нередко взаимосвязанных компонентов, включающих собственно кардиальные, вегетативные, нейроэндокринные, аффективные. В определенной степени на боль влияют психологические и личностные особенности пациентов.

При присоединении ХСН у пациентов с ИБС закономерно появляется новый симптом — одышка, которая будет сопровождать их на протяжении всего заболевания. Одышка — одна из основных жалоб больных ХСН. В основе современных классификаций ХСН лежит интерпретация одышки в зависимости от уровня переносимости физических нагрузок [7, 8, 9].

Н.М. Мухарьямов в разделе «Хроническая недостаточность кровообращения» в «Руководстве по кардиологии», изданного в 1982 г., писал: «Одышка — наиболее частое и раннее проявление сердечной недостаточности... Застой в сосудах малого круга нарушает функцию внешнего дыхания. В возникновении одышки играют также роль уменьшение жизненной емкости легких, увеличение их ригидности, повышение внутриплеврального давления, уменьшение периферического кровотока с нарушением теплоотдачи» [10].

Для оценки тяжести ХСН традиционно используются функциональные классы (ФК) Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (NYHA) [1].

Существует ряд шкал, используемых для более точной оценки тяжести ХСН, в частности шкала MRC (Medical Research Council), шкала Борга, визуальная аналоговая шкала (ВАШод) [11, 12]. Для оценки качества жизни (КЖ) используются соответствующие шкалы и опросники. Анализ ключевых симптомов

ХСН тесно связан с концепцией КЖ. Оценку КЖ у больных ХСН целесообразно проводить с помощью Миннесотского опросника «Жизнь с сердечной недостаточностью» (Minnesota Living With Heart Failure® Questionnaire — MLHF), который позволяет, во-первых, оценить, насколько ХСН ограничивает физические возможности и функциональное состояние, способность справляться с обычными повседневными нагрузками; во-вторых, отражает социально-экономические аспекты и общественные связи пациента; в-третьих, характеризует положительное эмоциональное восприятие жизни [13, 14, 15].

Одышка по эмоциональной значимости, как правило, превалирует над болью, ассоциируется с чувством тревоги и страха. Б.Е. Вотчал и Н.А. Магазаник указывали: «Одышка — это в первую очередь жалоба, с которой обращаются к врачу. Не изменение дыхания, а именно тягостное и непреодолимое чувство, называемое одышкой, вынуждает больного ограничивать свою физическую активность» [16]. Распространено следующее толкование одышки: «Одышка — это термин, используемый для характеристики субъективного ощущения дыхательного дискомфорта, различающегося качеством ощущений и их различной интенсивностью. Одышка является следствием взаимодействия многочисленных физиологических, психологических, социальных факторов и факторов окружающей среды, которые могут инициировать вторичные физиологические и поведенческие реакции» [Международная рабочая группа Национального института по изучению сердца, легких и крови (США)]. При анализе патофизиологических механизмов нарушений дыхания ключевыми являются такие категории, как «респираторное» ощущение (*sensation*) и «перцепция» (*perception*). **Перцепция — психологический процесс распознавания объектов, включающий такие аспекты, как восприятие, осознание, понимание (восприимчивость), реакцию человека на ощущение, подверженное влиянию множества объективных и субъективных факторов. Респираторное ощущение отражает следствие нейральной активации** [7, 8, 17].

Боль и одышка — наиболее частые клинические симптомы больных ХСН ишемического генеза. Практикующему врачу приходится оценивать значимость указанных симптомов в сердечно-сосудистом континууме, существование между ними синергизма или антагонизма, наличие либо отсутствие феномена замены одного симптома на другой. При нарастании симптомов ХСН боль нередко отступает на второе место, уступив первенство одышке.

Следует подчеркнуть, что еще в 1954 г. И.А. Черноголов в монографии «Грудная жаба» писал: «Известно, кроме того, что развитие недостаточности кровообращения ведет к исчезновению приступов грудной жабы, которая при восстановлении кровообращения снова появляется» [18]. Следовательно, при присоединении ХСН к ИБС происходит определенная эволюция, динамика ведущих клинических симптомов — боли и одышки, которые нередко меняются местами. Отдельные клинические наблюдения

свидетельствуют о том, что в терминальной стадии ХСН по мере нарастания выраженности одышки уменьшается интенсивность и продолжительность приступов стенокардии. Бытует мнение, что «при присоединении сердечной недостаточности пациент меняет боль на одышку», либо она просто уходит на второй план как менее тягостный симптом. Одной из популярных, но наименее изученных сторон взаимоотношения стенокардитической боли и одышки является понятие «одышка — эквивалент боли». Указанное явление особенно характерно для пожилых пациентов, а также при сопутствующем СД. Интересные данные были получены в экспериментальных исследованиях на добровольцах, где было отмечено, что ощущение одышки несколько уменьшается при турникетной боли, в то время как боль может уменьшаться при присоединении одышки [19]. Одышка больными нередко переносится тяжелее, чем боль; в 4 случаях из 5 можно облегчить боль умирающему и только в 1 из 5 облегчить ощущение недостаточности дыхания [20]. Одышка превращается в фактор, лимитирующий трудоспособность, физическую активность и качество жизни пациентов.

Цель исследования — оценка взаимоотношения боли, одышки, КЖ у пациентов с ХСН ишемического генеза в процессе динамического наблюдения.

Материал и методы. В обследование включено 120 больных ХСН, средний возраст составил ($52,1 \pm 2,2$) года. Из них у 70 пациентов был II функциональный класс (ФК); у 39 — III ФК; у 11 — IV ФК по классификации NYHA. Давность появления клинических признаков ХСН составил ($17,5 \pm 2,2$) мес. У всех больных причиной ХСН была ИБС в форме постинфарктного кардиосклероза (из включенных в обследование пациентов 100% перенесли от одного до четырех Q-образующих инфарктов миокарда). На этом фоне оставались приступы стенокардии напряжения, соответствующие II ФК — у 9, III ФК — у 102, IV ФК — у 9 пациентов. ФК стенокардии оценивался по классификации Канадской классификации кардиологов.

Диагноз ХСН верифицирован с учетом общепринятых критериев. Осуществлялся анализ жалоб, анамнеза, проводились клинические, лабораторные, инструментальные исследования (ЭКГ, холтеровское мониторирование, компьютерная спирография по стандартной методике, ультразвуковое исследование сердца). Одышка оценивалась с использованием шкалы Борга (J. Borg), визуальной аналоговой шкалы одышки (ВАШод) [11, 12]. По шкале Борга рейтинг категории одышки оценивался в баллах от 0 (вовсе отсутствует) до 10 — очень, очень сильная. ВАШод — один из наиболее популярных методов оценки одышки. Она изображается в виде отрезка прямой линии длиной 10 см. Ее начальная точка указывает на отсутствие одышки, а конечная — на самую сильную одышку.

Для оценки болей в грудной клетке использовался опросник Роуза [21]. Шкалирование ангинозных приступов производилось по балльной методике:

0 баллов — боли отсутствуют;

1 балл — боли продолжительностью менее 20 мин без динамики ЭКГ;

2 балла — боли продолжительностью менее 20 мин с динамикой ЭКГ;

3 балла — боли продолжительностью 20 мин и более без динамики ЭКГ;

4 балла — боли продолжительностью 20 мин с динамикой ЭКГ, а также сопровождающиеся симптоматикой острой сердечной недостаточности.

КЖ оценивалось по критериям Миннесотского опросника качества жизни (Minnesota Living With Heart Failure® Questionnaire — MLHF), который является доступным методом оценки качества жизни, коррелирует с результатами нагрузочных проб. Опросник содержит 21 вопрос (3 раздела по 7 вопросов), отражающих физический, психоэмоциональный и социальный статусы. По каждому разделу индекс КЖ определялся в диапазоне от 0 (идеальное КЖ) до 35 (наихудшее КЖ) [15].

Результаты и их обсуждение. В процессе динамического двухлетнего наблюдения у 63 (52,5%) пациентов с ХСН отмечено нарастание симптомов, увеличение ФК ХСН по NYHA. Показатель одышки по шкале Борга и ВАШод увеличился с $3,2 \pm 1,3$ до $6,2 \pm 1,3$. Параллельно с увеличением ФК ХСН и нарастанием одышки менялась клиника стенокардии напряжения. Приступы стенокардии стали реже у 32 больных ХСН II ФК, у 25 больных ХСН III ФК, у 6 больных ХСН IV ФК по NYHA, т.е. более чем у половины обследованных пациентов. В соответствии с опросником Роуза ангинозные приступы уменьшились с 3—4 баллов до 1—2 баллов. Можно считать, что в данной группе произошла девальвация болевого синдрома, боль заменилась одышкой.

Однако у 14 (11,6%) пациентов по мере нарастания симптомов ХСН наблюдалось увеличение частоты и интенсивности приступов стенокардии, увеличение количества потребляемых нитратов. В соответствии с опросником Роуза ангинозные приступы увеличились с 1—2 баллов до 3—4 баллов.

У 43 (35,9%) пациентов в процессе динамического наблюдения степень тяжести ХСН и ФК стенокардии не претерпели существенных изменений.

У больных ХСН с одинаковым ФК в равной степени страдало КЖ, что подтверждалось увеличением индекса КЖ как при нарастании одышки, так и при утяжелении ангинозного синдрома.

По мере увеличения ФК ХСН индекс КЖ изменялся следующим образом: II ФК — физический компонент КЖ — $11,7 \pm 4,0$, психоэмоциональный компонент КЖ — $17,2 \pm 6,2$, социальный компонент КЖ — $24,3 \pm 6,0$. III ФК — физический компонент КЖ — $19,9 \pm 5,3$, психоэмоциональный компонент КЖ — $25,8 \pm 6,9$, социальный компонент КЖ — $30,2 \pm 6,9$. IV ФК — физический компонент КЖ — $35,0 \pm 4,0$, психоэмоциональный компонент КЖ — $25,7 \pm 7,1$, социальный компонент КЖ — $31,7 \pm 7,0$. Следует констатировать, что в первую очередь ухудшение КЖ коснулось физического компонента, затем психоэмоционального и социального компонентов.

Выводы. Прогрессирование ХСН при ИБС разнонаправленно влияет на течение стенокардии.

Более чем у половины пациентов (52,5%) болевой синдром уменьшается, у части пациентов (35,9%) не выявлено значимой динамики основных клинических симптомов (боли и одышки), а у 11,6% больных наблюдается усиление стенокардических болей, что вызывает необходимость в коррекции проводимой антиангинальной терапии.

Вероятно, имеются определенные предикторы эволюции стенокардии под влиянием ХСН, что требует дальнейшего клинического анализа. Для оценки прогноза ХСН, социальной адаптации пациента необходим анализ компонентов КЖ (физического, психоэмоционального, социального) с использованием Миннесотского опросника качества жизни.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) / сост. В.Ю. Мареев [и др.] // Сердечная недостаточность. — 2013. — Т. 14, № 7(81). — С.379—472.
2. Смирнова, Е.А. Предикторы неблагоприятного прогноза при хронической сердечной недостаточности / Е.А. Смирнова // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. — 2011. — № 4. — С.87—91.
3. Смирнова, Е.А. Распространенность, особенности диагностики и лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью / Е.А. Смирнова // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. — 2008. — № 1. — С.5—7.
4. Филиппов, Е.В. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний в Рязанской области (по данным исследования МЕРИДИАН — РО) / Е.В. Филиппов, С.С. Якушин // Наука молодых (Eruditio Juvenium). — 2013. — № 4. — С.91—105.
5. Inoue, K. Ischemic heart failure / K. Inoue, M. Hori // Nippon Rinsho. — 2003. — Vol. 61, № 5. — P.862—866.
6. Heberden, W. Some account of the breast / W. Heberden // Medical Transactions of the Royal College of Physicians of London. — London, 1772. — P.2—59.
7. Абросимов, В.Н. Одышка / В.Н. Абросимов // Пульмонология. Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медия, 2009. — С.154—164.
8. Бяловский, Ю.Ю. Психологические и социальные факторы переносимости одышки / Ю.Ю. Бяловский // Одышка и ассоциированные синдромы: сб. науч. тр. — Рязань, 2005. — С.34—44.
9. Дембо, А.Г. Что такое одышка? / А.Г. Дембо // Советская медицина. — 1982. — № 6. — С.53—56.
10. Мухарлямов, Н.М. Хроническая недостаточность кровообращения: руководство по кардиологии / Н.М. Мухарлямов; под ред. Е.И. Чазова. — М.: Медицина, 1982. — Т. 3. Болезни сердца. — С.543—605.
11. Абросимов, В.Н. Визуальный аналог одышки, возможности практического применения / В.Н. Абросимов // Терапевтический архив. — 1989. — № 3. — С.126—127.
12. Borg, G. Psychophysical bases of perceived exertion / G. Borg // Medical Scientific Sports Exercise. — 1982. — Vol. 14. — P.436—447.
13. Исследование качества жизни и психологического статуса больных хронической сердечной недостаточностью / А.О. Недошивин [и др.] // Сердечная недостаточность. — 2000. — Т. 1, № 4. — С.34—37.
14. Методики исследования качества жизни у больных хронической сердечной недостаточностью / Г.Е. Гендлин [и др.] // Сердечная недостаточность. — 2000. — Т. 1, № 2. — С.210—212.
15. Rector, T.S. Assessment of Patient Outcome with the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire: Reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan / T.S. Rector, J.N. Cohn // Am. Heart. J. — 1992. — Vol. 124. — P.1017—1025.
16. Вотчал, Б.Е. Современные представления об одышке / Б.Е. Вотчал, Н.А. Магазаник // Клиническая медицина. — 1966. — № 3. — С.15—17.
17. Perception of Fatigue and quality of life in patients with COPD / E. Breslin [et al.] // Chest. — 1998. — Vol. 114. — P.958—964.
18. Черногоров, И.А. Грудная жаба / И.А. Черногоров. — М.: Медгиз, 1954. — 93 с.
19. Banzett, R.B. Dyspnea and pain: similarities and contrasts between two very unpleasant sensations / R.B. Banzett, Sh.H. Moosavi // APS. Bulletin. — 2001. — Vol. 11, № 2. — P.678—680.
20. Франкштейн, С.И. Дыхательные рефлексы и механизмы одышки / С.И. Франкштейн. — М.: Медицина, 1974. — 205 с.
21. Rose, G.A. Cardiovascular survey methods: monog. ser. WHO / G.A. Rose, H. Blackburn. — Geneva: WHO, 1968. — Vol. 56. — P.316—318.

REFERENCES

1. Mareev VYu et al. Nacional'nye rekomendacii OSSN, RKO i RNMOT po diagnostike i lecheniju HSN (chetvertyj peresmotr) [National guidelines PRAs, RKO and RNMOT for diagnosis and treatment of chronic heart failure (fourth revision)]. Serdechnaja nedostatochnost' [Heart failure]. 2013; 14 (7): 379—472.
2. Smirnova EA. Prediktory neblagoprijatnogo prognoza pri hronicheskoj serdechnoj nedostatochnosti [Predictors of a poor prognosis in patients with chronic heart failure]. Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika IP Pavlova [Russian biomedical vestnik named after academician IP Pavlov]. 2011; 4: 87—91.
3. Smirnova EA. Rasprostranennost', osobennosti diagnostiki i lechenija pacientov s hronicheskoj serdechnoj nedostatochnost'ju [Prevalence, particularly the diagnosis and treatment of patients with chronic heart failure]. Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika IP Pavlova [Russian biomedical vestnik named after academician IP Pavlov]. 2008; 1: 5—7.
4. Filippov EV, Yakushin SS. Faktory riska serdechno-sosudistykh zabolevanij v Ryazanskoj oblasti (po dannym issledovaniya MERIDIAN — RO) [Risk factors for cardiovascular diseases in the Ryazan region (according to the study MERIDIAN — RO)]. Nauka molodykh (Eruditio Juvenium) [Young Science] (Eruditio Juvenium). 2013; 4: 91—105.
5. Inoue K, Hori M. Ischemic heart failure. Nippon Rinsho. 2003; 61 (5): 862—866.
6. Heberden W. Some account of the breast. Medical Transactions of the Royal College of Physicians of London. London. 1772; 2—59.

7. Abrosimov VN. Odyshka [Shortness of breath]. Pul'monologija: Nacional'noe rukovodstvo [Pulmonology: National leadership]. M: GEOTAR Media. 2009; 154–164.
8. Bjalovskij JuJu. Psihologicheskie i social'nye faktory perenosimosti odyshki [Psychological and social factors portability breathlessness]. Odyshka i associrovannye sindromy: sbornik nauchnyh trudov [Shortness of breath and the associated syndromes: a collection of scientific papers]. Rjazan'. 2005; 34–44.
9. Dembo AG. Chto takoe odyshka? [What is shortness of breath?]. Sovetskaja medicina [Soviet medicine]. 1982; 6: 53–56.
10. Mukharlyamov NM. Khronicheskaya nedostatochnost' krovoobrashcheniya: rukovodstvo po kardiologii red Chazov EI [Chronic heart failure: A Guide to Cardiology, ed EI Chazov]. M: Meditsina [M: Medicine]. 1982; 3 (Bolezni serdtsa [Heart diseases]): 543–605.
11. Abrosimov VN. Vizual'nyj analog odyshki, vozmozhnosti prakticheskogo primeneniya [Visual analogue of breathlessness, the possibility of practical application]. Terapevticheskij arhiv [Therapeutic archives]. 1989; 3: 126–127.
12. Borg G. Psychophysical bases of perceived exertion. Med Sci sport exerc. 1982; 14: 436–447.
13. Nedoshivin AO et al. Issledovanie kachestva zhizni i psihologicheskogo statusa bol'nyh s hronicheskoy serdechnoj nedostatochnost'ju [Quality of life and psychological status of patients with chronic heart failure]. Serdechnaja nedostatochnost' [Heart failure]. 2000; 1 (4): 34–37.
14. Gendlin GE et al. Metodiki issledovanija kachestva zhizni u bol'nyh hronicheskoy serdechnoj nedostatochnost'ju [Methods of study of quality of life in patients with chronic heart failure]. Serdechnaja nedostatochnost' [Heart failure]. 2000; 1 (2): 210–212.
15. Rector TS, Cohn JN. Assessment of Patient Outcome with the Minnesota Living with Heart failure Questionnaire: Reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan. Am Heart J. 1992; 124: 1017–1025.
16. Votchal BE, Magazanik NA. Sovremennye predstavlenija ob odyshke [Modern views on dyspnea]. Klinicheskaja medicina [Clinical medicine]. 1966; 3: 15–17.
17. Breslin E et al. Perception of Fatigue and quality of life in patients with COPD. Chest. 1998; 114: 958–964.
18. Chernogorov IA. Grudnaja zhaba [Angina pectoris]. M: Medgiz. 1954; 93 p.
19. Banzett RB, Moosavi ShH. Dyspnea and Pain: Similarities and Contrasts Between Two Very Unpleasant Sensations. APS Bulletin. 2001; 11(2): 678–680.
20. Frankshtejn SI. Dyhatel'nye refleksy i mehanizmy odyshki [Respiratory reflexes and mechanisms of dyspnea]. M: Medicine; 205 p.
21. Rose GA, Blackburn H. Cardiovascular survey methods: monog ser WHO. Geneva: WHO. 1968; 56: 316–318.

© M.M. Bahlol, T.P. Lagutkina, 2016

УДК 615.1:339.13(620)

DOI: 10.20969/vskm.2016.9(1).17-23

ANALYSIS OF MEDICAL REPRESENTATIVES' ACTIVITIES DIRECTED TO PHYSICIANS IN EGYPT

BAHLOL MOHAMMED MOSTAFA HOSSNI ABDELAZIZ, graduate student of the Department of management and economics of pharmacy, medical faculty, Russian People's Friendship University, Russia, 117198, Moscow, Mikluho-Maklaj str., 21, build. 1, e-mail: Ph_hossni@yahoo.com, citizenship: Egypt

LAGUTKINA TATIANA P., D. Pharm. Sci., professor of the Department of management and economics of pharmacy, medical faculty, Russian People's Friendship University, Russia, 117513, Moscow, Leninski av., 135-1-591, e-mail: Lagutkina.t@gmail.com, citizenship: Russia

Abstract. Aim. This paper aims to investigate medical representatives' (a form of personal selling) activities directed to physicians in Egyptian pharmaceutical market. **Materials and methods.** Surveying through simple random probability sampling is the approach appropriate for broad and representative overview of situation in research. Therefore, a survey of 1068 physicians was conducted through interviews and establishing structured data collection questionnaire. **Results and discussion.** This is the first empirical paper to investigate medical representatives' activities directed to physicians in Egyptian pharmaceutical market. These activities include identifying of medical representatives' activities through analysis of their visits, type of information introduced by medical representatives to physicians, using of free samples by medical representatives and compliance to ethical criteria, the required personal qualities and educational level of medical representatives as seen by physicians. These findings are useful for managers in pharmaceutical industry. They can be also useful in other industries such as medical equipment. **Conclusion.** Pharmaceutical companies are widely employing medical representatives, as the most effective and widely-applied technique in Egypt, but they don't sometimes comply to pharmaceutical promotion ethical criteria. Aligning marketing management vision with market real situation will lead to synergism effect in employing medical representatives.

Key words: medical representatives, physicians, pharmaceutical market, Egypt.

For reference: Bahlol MM, Lagutkina TP. Analysis of medical representatives' activities directed to physicians in egypt. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2016; 9 (1): 17–23.

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ В ЕГИПТЕ

БАХЛОЛ МОХАММЕД МОСТАФА ХОССНИ АБДЕЛАЗИЗ, аспирант кафедры управления и экономики фармации, медицинский факультет, Российский университет дружбы народов, Россия, 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 21, корпус 1, e-mail: Ph_hossni@yahoo.com, гражданство: Египет

ЛАГУТКИНА ТАТЬЯНА ПЕТРОВНА, докт. фарм. наук, профессор кафедры управления и экономики фармации, медицинский факультет, Российский университет дружбы народов, Россия, 117513, Москва, Ленинский проспект, 135-1-591, e-mail: lagutkina.t@gmail.com, гражданство: Россия