

А.А. Белоусов¹, А.Н. Храбриков¹, В.А. Сотников², И.В. Запесоцкая²

ВЗАИМОСВЯЗЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ, ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

¹ Кировский государственный медицинский университет
(Россия, Киров, ул. Карла Маркса, д. 112);

² Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова
(Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1, стр. 6)

Актуальность. Один из проблемных вопросов современной оториноларингологии – хронический тонзиллит. По данным ряда авторов, пациенты с данной патологией отличаются низкой приверженностью лечению. Тем не менее данный вопрос подробно не изучен. В рамках концепции пациентоориентированности, пациентоцентричности здравоохранения видится целесообразным привлечение медицинского психолога к работе с данными пациентами для повышения приверженности лечению. Работ, рассматривающих совместно качество жизни и отношение к заболеванию, приверженность лечению пациентов с разными формами хронического тонзиллита, нет.

Цель – исследовать взаимосвязь качества жизни, отношения к болезни, приверженности лечению среди пациентов с разными формами хронического тонзиллита.

Методология. В исследовании приняли участие две группы пациентов с хроническим тонзиллитом: с компенсированной (73 человека) и декомпенсированной формой (96 человек).

В качестве методик экспериментально-психологического исследования были задействованы три опросника: краткий опросник ВОЗ для исследования качества жизни, ТОБОЛ (опросник для определения типа отношения к болезни), КОП-25 (российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению). Накопление и формирование базы данных проводилось в программе Microsoft Excel 2020. Статистическая обработка данных осуществлялась в AtteStat (версия 13.2) – программе-надстройке к Microsoft Excel.

Результаты и их анализ. У пациентов с клинически более тяжелой декомпенсированной формой тонзиллита показатели физического и психологического благополучия, социального благополучия, а также общий показатель качества жизни оказываются выше, чем у пациентов с клинически более легкой компенсированной формой. По показателям самовосприятия и микросоциальной поддержки группы не отличаются. У пациентов с компенсированной

✉ Белоусов Антон Александрович – ст. препод. каф. госпитальной хирургии по курсу оториноларингологии, Кировский гос. мед. ун-т (Россия, 610027, Киров, ул. Карла Маркса, д. 112); e-mail: anton-belousov0@rambler.ru, <http://orcid.org/0000-0002-7779-764X>;

Храбриков Алексей Николаевич – д-р мед. наук проф., зав. курсом оториноларингологии каф. госпитальной хирургии, Кировский гос. мед. ун-т (Россия, 610027, Киров, ул. Карла Маркса, д. 112); e-mail: vyatkaent@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-1662-1568>;

Сотников Владислав Андреевич – канд. психол. наук, зав. каф. общей психологии и психологии развития, Росс. нац. исслед. мед. ун-т им. Н.И. Пирогова (Россия, 117513, Москва, ул. Островитянова, д. 1, стр. 6); e-mail: lifastraton@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5081-6153>;

Запесоцкая Ирина Владимировна – д-р психол. наук, доц., и.о. зав. каф. и проф. каф. когнитивных наук Ин-та клинич. психологии и соц. работы Росс. нац. исслед. мед. ун-т им. Н.И. Пирогова (Россия, 117513, Москва, ул. Островитянова, д. 1, стр. 6); e-mail: Zapesotskaya@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3535-5779>

формой хронического тонзиллита преобладает отрицание болезни, а у пациентов с декомпенсированной формой – уход от болезни в работу. Приверженность лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, интегральная приверженность лечению у пациентов с компенсированной формой хронического тонзиллита выше, чем у пациентов с декомпенсированной формой. У пациентов с компенсированной формой хронического тонзиллита формирование анозогнозического типа отношения к болезни связано с высокими показателями микросоциальной поддержки и социального благополучия. У пациентов с декомпенсированной формой хронического тонзиллита формирование гармоничного типа отношения к болезни связано с высокими показателями по всем сферам качества жизни.

Заключение. Результаты проведенного исследования позволяют обосновать возможность создания программ работы медицинского психолога с пациентами, страдающими хроническим тонзиллитом, причем взаимодействие можно построить по-разному в зависимости от формы заболевания. В то же время каждому варианту взаимодействия присущи свои ограничения.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, качество жизни, отношение к болезни, приверженность лечению, медицинский психолог.

Введение

В современной клинической медицине прослеживаются два, казалось бы, диаметрально противоположных подхода к лечению заболеваний. Первый заключается в унификации, стереотипизации алгоритмов диагностики и лечения заболеваний на основе широкомасштабных исследований. В конечном итоге их результат принимает форму клинических рекомендаций, протоколов диагностики и лечения. Второй подход заключается в индивидуализации диагностики и лечения, пациентоориентированности, пациентоцентричности всей медицинской деятельности. Эти принципы активно разрабатываются и внедряются в современных моделях здравоохранения [2, 8, 9, 10].

Пациентоцентричность, пациентоориентированность, индивидуализация всего лечебно-диагностического процесса реализуются, в частности, в виде бригадного метода, когда формируются команды врачей разных специальностей. Абсолютно необходимо включать в такие команды и медицинского психолога [3, 6, 13, 14].

В оториноларингологической практике существует ряд проблемных вопросов, не имеющих до настоящего времени эффективного решения. Один из них – хронический тонзиллит. Подходы к лечению напрямую зависят от формы заболевания. Компенсированная форма требует в большинстве случаев регулярных курсов консервативного лечения,

декомпенсированная лечится чаще хирургическими методами. И в том, и в другом случае важна приверженность пациентов назначенному лечению. По данным ряда авторов пациенты с данной нозологией отличаются низкой приверженностью проводимому лечению [1, 11]. Врач-оториноларинголог не всегда может убедить пациента в правильности выбранной тактики. Также врачу не всегда удастся услышать точку зрения пациента. В этих случаях неоценима помощь медицинского психолога.

Многие исследования посвящены оценке качества жизни пациентов после тонзиллэктомии [5, 16–22]. Тем не менее нет работ, рассматривающих совместно качество жизни, отношение к заболеванию и приверженность лечению пациентов с разными формами хронического тонзиллита.

Цель исследования: рассмотреть взаимосвязь качества жизни, отношения к болезни, приверженности лечению среди пациентов с разными формами хронического тонзиллита.

Для достижения поставленной цели мы определили четыре основные задачи:

- 1) исследовать параметры качества жизни пациентов с компенсированной и декомпенсированной формами хронического тонзиллита, сравнить их между собой;
- 2) исследовать отношение к болезни пациентов с компенсированной и декомпенсированной формами хронического тонзиллита;

3) исследовать показатели приверженности лечению пациентов с компенсированной и декомпенсированной формой хронического тонзиллита, осуществить их сравнение;

4) провести факторный и корреляционный анализ параметров качества жизни, отношения к болезни, приверженности лечению пациентов с компенсированной и декомпенсированной формами хронического тонзиллита.

Материал и методы

В нашем исследовании приняли участие две группы пациентов с хроническим тонзиллитом. Диагноз устанавливался в соответствии с классификацией И.Б. Солдатова [12].

В первую группу вошли 73 пациента с компенсированной формой хронического тонзиллита, из них 12 мужчин, 61 женщина, средний возраст испытуемых $36,84 \pm 12,96$ года.

Во вторую группу вошли 96 пациентов с декомпенсированной формой хронического тонзиллита, из них 43 мужчины, 53 женщины, средний возраст составил $28,36 \pm 7,25$ года.

Исследование проходило на базе оториноларингологического отделения КОГКБУЗ «Кировская городская больница № 9» в 2020–2024 гг.

Пациенты обеих групп были госпитализированы в плановом порядке. Физикальные, лабораторные и инструментальные методы обследования они прошли на догоспитальном этапе. Длительность заболевания хроническим тонзиллитом у каждого из участников исследования составила более двух лет.

Пациенты с компенсированной формой прошли десятидневный курс консервативного лечения, включавший промывания лакун небных миндалин, методы физиолечения, прием иммуностимулирующих препаратов.

Пациентам с декомпенсированной формой на второй день госпитализации проводилось хирургическое лечение – двусторонняя тонзиллэктомия под общим наркозом. Далее следовало динамическое наблюдение в течение нескольких дней, симптоматическое лечение.

В качестве методик экспериментально-психологического исследования были задей-

ствованы три опросника: краткий опросник ВОЗ для исследования качества жизни [15], ТОБОЛ (опросник для определения типа отношения к болезни) [4], КОП-25 (русский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению) [7].

В исследовании по указанным опросникам пациенты участвовали в день госпитализации, ответы вносились в специальные бланки.

В дальнейшем накопление и формирование базы данных проводилось в программе Microsoft Excel 2020. Статистическая обработка данных осуществлялась в AtteStat (версия 13.2) – программе-надстройке к Microsoft Excel.

Проверка нормальности распределения исследуемых количественных признаков осуществлялась с использованием критерия Колмогорова – Смирнова. Описание количественных признаков, распределение которых было отлично от нормального, проводилось с использованием медианы, верхнего и нижнего квартилей, интерквартильного размаха (ИКР). Сравнение двух групп по количественному признаку, распределение которого отличалось от нормального, проводилось с помощью критерия Манна – Уитни. При проведении факторного анализа применялся метод главных факторов, метод оценки общностей – анализ главных компонент. Значимой считалась нагрузка переменной, которая была по модулю выше 0,4. Фактор образовывали переменные, имевшие факторную нагрузку выше 0,4.

Результаты и их анализ

Результаты тестирования респондентов по краткому опроснику ВОЗ для оценки качества жизни представлены на рисунке 1.

У пациентов с компенсированной формой хронического тонзиллита медианы показателей сфер «физическое и психологическое благополучие», «микросоциальная поддержка» находятся в зоне пониженных значений (21–40 %). Медианы показателей сфер «самовосприятие», «социальное благополучие», «общий показатель» находятся в зоне средних значений (41–60 %).

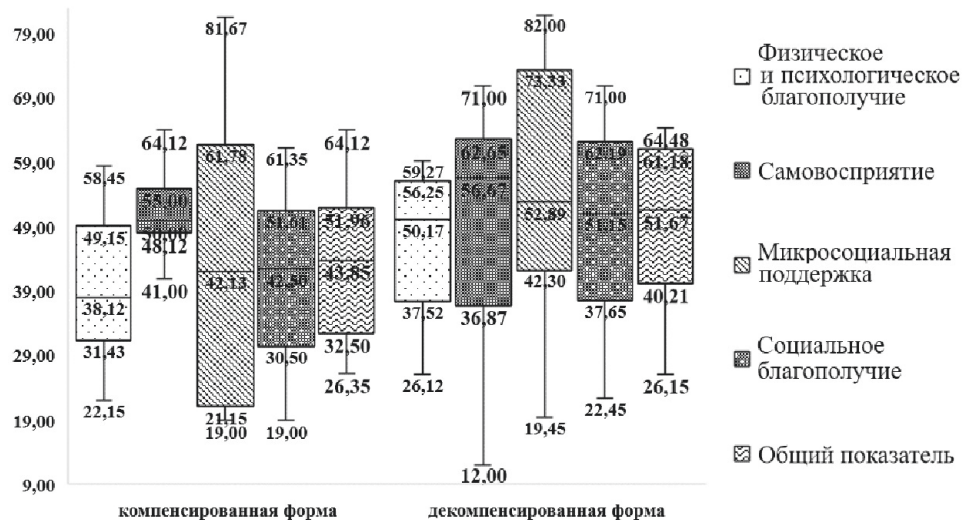


Рис. 1. Накопительная гистограмма: медианы, первые и третьи квартили, максимальные и минимальные значения показателей сфер качества жизни пациентов с компенсированной и декомпенсированной формами хронического тонзиллита

У пациентов с декомпенсированной формой хронического тонзиллита медианы показателей сфер краткого опросника ВОЗ для оценки качества жизни находятся в зоне средних значений (41–60 %).

Сравнение данных физического и психологического благополучия пациентов: в группе с компенсированной формой хронического тонзиллита медиана показателя составила 37,14 (ИКР 31,43–48,57), а в группе с декомпенсированной формой – 48,57 (ИКР 37,14–57,14). Различия показателей оказались статистически достоверно значимы ($p = 0,00009$). Таким образом, показатели физического и психологического благополучия оказались статистически достоверно выше у пациентов с декомпенсированной формой хронического тонзиллита.

Сравнение данных самовосприятия пациентов: в группе с компенсированной формой хронического тонзиллита медиана показателя составила 50 (ИКР 48,33–50), а в группе с декомпенсированной формой – 56,67 (ИКР 53,33–56,67). Различия показателей были статистически достоверно не значимы ($p = 0,09$).

Сравнение данных микросоциальной поддержки пациентов: в группе с компенсированной формой хронического тонзиллита медиана показателя составила 40 (ИКР 20–60), а в группе с декомпенсированной формой – 53,33 (ИКР 43,33–73,33). Различия показателей были статистически не значимы ($p = 0,05$).

Сравнение данных социального благополучия пациентов: в группе с компенсированной формой хронического тонзиллита медиана показателя составила 42,5 (ИКР 30–50), а в группе с декомпенсированной формой – 50 (ИКР 37,5–63,75). Различия показателей были статистически значимы ($p = 0,001$). То есть у пациентов с декомпенсированной формой хронического тонзиллита показатели социального благополучия были статистически достоверно выше, чем у пациентов с компенсированной формой.

Сравнение данных общего показателя качества жизни пациентов: в группе с компенсированной формой хронического тонзиллита медиана показателя составила 45 (ИКР 32,5–51,67), а в группе с декомпенсированной формой – 51,67 (ИКР 40,42–62,5). Различия показателей были статистически значимы ($p = 0,002$). Таким образом, общий показатель качества жизни у пациентов с декомпенсированной формой хронического тонзиллита оказался статистически достоверно выше, чем у пациентов с компенсированной формой.

Пациенты с разными клиническими формами хронического тонзиллита имеют существенные различия по показателям качества жизни. У пациентов с клинически более тяжелой декомпенсированной формой показатели сфер физического и психологического благополучия, социального благополучия,

общий показатель качества жизни оказываются выше, чем у пациентов с клинически более легкой компенсированной формой. По показателям самовосприятия и микросоциальной поддержки группы не отличаются.

Результаты тестирования респондентов по методике ТООБЛ представлены на рисунке 2.

Среди пациентов с компенсированной формой хронического тонзиллита наиболее часто встречаются анозогнозический (37%), эргопатический (29%) и ипохондрический (10%) типы отношения к болезни.

Среди пациентов с декомпенсированной формой хронического тонзиллита наиболее часто встречаются эргопатический (28%), анозогнозический (26%) и гармоничный (19%) типы отношения к болезни.

Таким образом, у пациентов с компенсированной формой хронического тонзиллита преобладает отрицание болезни, а у пациентов с декомпенсированной формой – уход от болезни в работу. Гармоничное отношение к болезни у большинства не встречается.

Результаты тестирования респондентов по опроснику КОП-25 представлены на рисунке 3.

Медианы показателей приверженности лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, интегральной приверженности лечению пациентов с компенсированной формой хронического тонзиллита находятся в зоне средних значений, а медиана приверженности модификации образа жизни – в зоне низких значений.

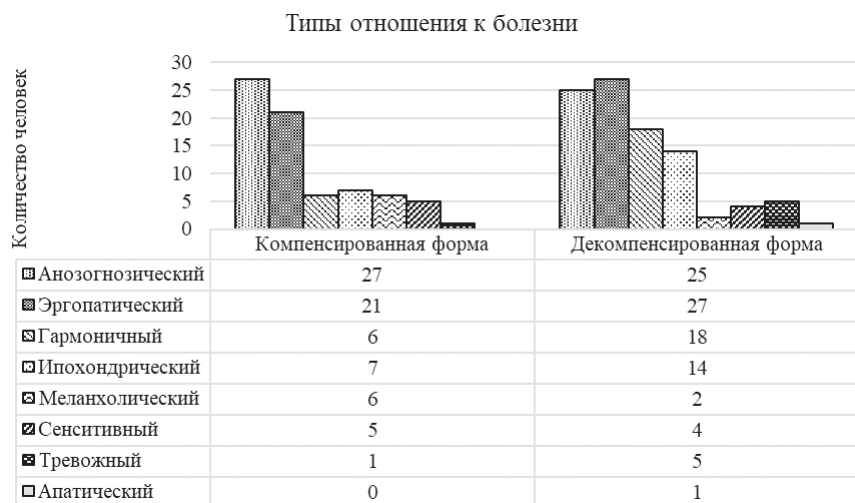


Рис. 2. Накопительная гистограмма: суммарное количество выявленных типов отношения к болезни среди пациентов с компенсированной и декомпенсированной формой хронического тонзиллита

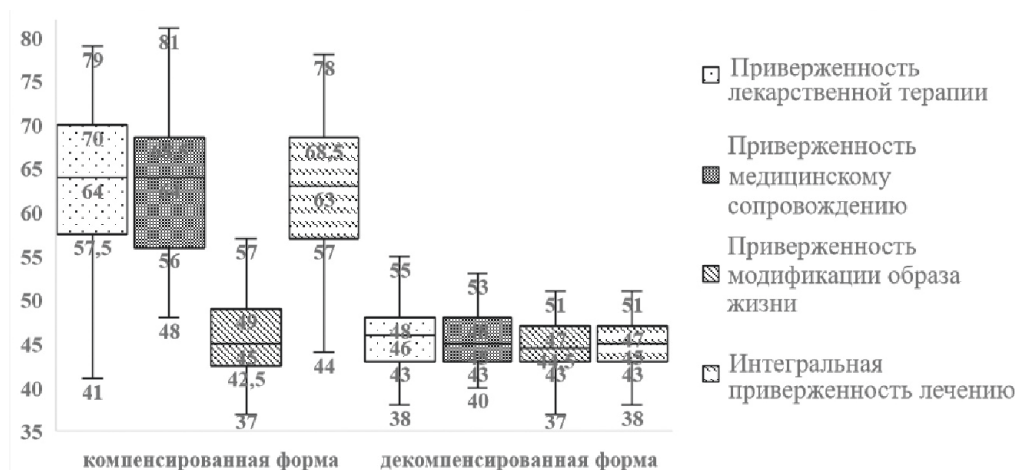


Рис. 3. Накопительная гистограмма: медианы, первые и третьи квартили, максимальные и минимальные значения показателей приверженности лечению пациентов с компенсированной и декомпенсированной формой хронического тонзиллита

Медианы показателей приверженности лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, модификации образа жизни, интегральной приверженности лечению у пациентов с декомпенсированной формой хронического тонзиллита находятся в зоне низких значений.

Сравнение данных приверженности лекарственной терапии пациентов: в группе с компенсированной формой хронического тонзиллита медиана показателя составила 64 (ИКР 57–69), а в группе с декомпенсированной формой – 45 (ИКР 42–48). Различия показателей были статистически значимы ($p = 0,001$). То есть показатели приверженности лекарственной терапии у пациентов с компенсированной формой хронического тонзиллита выше, чем у пациентов с декомпенсированной формой.

Сравнение данных приверженности медицинскому сопровождению пациентов: в группе с компенсированной формой хронического тонзиллита медиана показателя составила 64 (ИКР 57–68), а в группе с декомпенсированной формой – 45 (ИКР 42–48). Различия показателей были статистически значимы ($p = 0,001$). Таким образом, показатели приверженности медицинскому сопровождению у пациентов с компенсированной формой хронического тонзиллита были статистически достоверно выше, чем у пациентов с декомпенсированной формой.

Сравнение данных приверженности модификации образа жизни пациентов: в группе с компенсированной формой хронического тонзиллита медиана показателя составила 45 (ИКР 43–46), а в группе с декомпенсированной формой – 44 (ИКР 43–45). Различия показателей были статистически не значимы ($p = 0,29$). То есть по показателям приверженности модификации образа жизни пациенты с разными формами хронического тонзиллита статистически достоверно не отличались.

Сравнение данных интегральной приверженности лечению пациентов: в группе с компенсированной формой хронического тонзиллита медиана показателя составила 62 (ИКР 57–68,5), а в группе с декомпенсированной формой – 44,5 (ИКР 42–47,5).

Различия показателей были статистически значимы ($p = 0,0001$). Таким образом, показатели интегральной приверженности лечению у пациентов с компенсированной формой хронического тонзиллита были выше, чем у пациентов с декомпенсированной формой.

Приверженность лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, интегральная приверженность лечению у пациентов с компенсированной формой хронического тонзиллита выше, чем у пациентов с декомпенсированной формой заболевания.

Факторный анализ показателей пациентов с компенсированной формой хронического тонзиллита

Расчеты проводились с использованием программы Excel, приложения AtteStat. Вращение осуществлялось методом главных факторов. Результаты представлены в табл. 1.

В структуре качества жизни, отношения к заболеванию, приверженности лечению пациентов с компенсированной формой хронического тонзиллита выявлено *четыре фактора*, совокупный процент дисперсии которых составил 62,49 %.

1-й фактор. Ведущие позиции в нем занимают семь переменных: физическое и психологическое благополучие, самовосприятие, микросоциальная поддержка, социальное благополучие, общий показатель качества жизни, анозогнозический и ипохондрический типы отношения к болезни (31,3 %).

2-й фактор. Значимые веса в нем имеют пять переменных: физическое и психологическое благополучие, меланхолический тип отношения к болезни, приверженность лекарственной терапии, приверженность медицинскому сопровождению, приверженность модификации образа жизни (13,3 %).

3-й фактор. Значимую долю в нем занимают две переменные – анозогнозический и эргопатический типы отношения к болезни (9,2 %).

4-й фактор. Значимое место в нем занимают две переменные – эргопатический тип отношения к болезни и приверженность модификации образа жизни (8,6 %).

Таблица 1

**Результаты факторного анализа данных пациентов
с компенсированной формой хронического тонзиллита**

Название переменных	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4
Физическое и психологическое благополучие	0,76	-0,41	0,20	0,07
Самовосприятие	0,83	0,17	0,10	0,07
Микросоциальная поддержка	0,94	-0,16	-0,03	0,09
Социальное благополучие	0,95	-0,11	-0,01	-0,11
Общий показатель качества жизни	0,97	-0,17	0,07	-0,01
Анозогнозический тип	0,42	0,08	-0,85	-0,17
Эргопатический тип	-0,17	-0,15	0,62	-0,72
Гармоничный тип	0,21	-0,15	0,22	0,33
Ипохондрический тип	-0,52	-0,29	-0,22	0,30
Меланхолический тип	-0,28	0,58	0,15	0,31
Сенситивный тип	0,25	-0,07	0,35	0,51
Тревожный тип	-0,12	0,15	0,00	0,10
Приверженность лекарственной терапии	0,26	0,67	0,15	0,20
Приверженность медицинскому сопровождению	0,21	0,62	0,14	0,13
Приверженность модификации образа жизни	0,17	0,55	0,07	-0,39
% дисперсии	31,3	13,3	9,2	8,6
% накопленной дисперсии – 62,49				

Примечание: жирным шрифтом выделены переменные с нагрузкой по модулю выше 0,4.

Корреляционный анализ параметров пациентов с компенсированной формой хронического тонзиллита

Так как наибольший процент дисперсии приходится на 1-й фактор (31,3 %), рассмотрим корреляционные связи переменных, занимающих в нем ведущие позиции: физическое и психологическое благополучие, самовосприятие, микросоциальная поддержка, социальное благополучие, общий показатель качества жизни, анозогнозический тип отношения к болезни, ипохондрический тип отношения к болезни. В качестве критерия корреляции используем коэффициент Спирмена.

Между сферой микросоциальной поддержки и анозогнозическим типом отношения к болезни выявлена прямая умеренная функциональная связь (коэффициент Спирмена 0,34; $p = 0,003$).

Между сферой «социальное благополучие» и анозогнозическим типом отношения к болезни выявлена прямая умеренная функциональная связь (коэффициент Спирмена 0,3; $p = 0,009$).

Между сферой «общий показатель качества жизни» и анозогнозическим типом отношения к болезни выявлена прямая слабая функциональная связь (коэффициент Спирмена 0,27; $p = 0,002$).

Таким образом, у пациентов с компенсированной формой хронического тонзиллита формирование анозогнозического типа отношения к болезни происходит на фоне высоких показателей микросоциальной поддержки и социального благополучия.

Факторный анализ показателей пациентов с декомпенсированной формой хронического тонзиллита

Статистическая обработка данных осуществлялась с применением программы Excel и приложения AtteStat. Вращение проводилось методом главных факторов. Полученные результаты приведены в табл. 2.

В структуре качества жизни, отношения к заболеванию, приверженности лечению пациентов с декомпенсированной формой хронического тонзиллита выделено два фак-

Таблица 2

**Результаты факторного анализа данных пациентов
с декомпенсированной формой хронического тонзиллита**

Название переменных	Фактор 1	Фактор 2
Физическое и психологическое благополучие	0,69	0,05
Самовосприятие	0,93	-0,04
Микросоциальная поддержка	0,92	0,15
Социальное благополучие	0,98	-0,04
Общий показатель качества жизни	0,96	0,01
Анозогностический тип	0,01	-0,94
Эргопатический тип	-0,05	0,27
Гармоничный тип	0,40	0,55
Ипохондрический тип	-0,28	0,13
Меланхолический тип	-0,03	0,04
Сенситивный тип	0,10	0,05
Тревожный тип	-0,18	0,07
Апатический тип	-0,07	0,03
Приверженность лекарственной терапии	-0,08	-0,01
Приверженность медицинскому сопровождению	-0,03	0,04
Приверженность модификации образа жизни	-0,08	0,00
% дисперсии	29,15	17,75
% накопленной дисперсии – 46,90		

Примечание: жирным шрифтом выделены переменные с нагрузкой по модулю 0,4 и выше.

тора, суммарный процент дисперсии которых равен 46,90.

1-й фактор. Значимые веса в нем имеют шесть переменных: физическое и психологическое благополучие, самовосприятие, микросоциальная поддержка, социальное благополучие, общий показатель качества жизни, гармоничный тип отношения к болезни (29,15 %).

2-й фактор. Значимые веса в нем имеют две переменные – анозогностический и гармоничный тип отношения к болезни (17,75 %).

Корреляционный анализ параметров пациентов с компенсированной формой хронического тонзиллита

Наибольший процент дисперсии приходится на 1-й фактор (29,15 %), поэтому рассмотрим корреляционные связи переменных, занимающих в нем ведущие позиции: физическое и психологическое благополучие, самовосприятие, микросоциальная поддержка, социальное благополучие, общий показатель

качества жизни, гармоничный тип отношения к болезни. В качестве критерия корреляции используем коэффициент Спирмена.

Между сферой «физическое и психологическое благополучие» и гармоничным типом отношения к болезни выявлена прямая умеренная функциональная связь (коэффициент Спирмена 0,30; $p = 0,003$).

Между сферой «самовосприятие» и гармоничным типом отношения к болезни выявлена прямая умеренная функциональная связь (коэффициент Спирмена 0,34; $p = 0,0006$).

Между сферой «микросоциальная поддержка» и гармоничным типом отношения к болезни выявлена прямая умеренная функциональная связь (коэффициент Спирмена 0,32; $p = 0,001$).

Между сферой «социальное благополучие» и гармоничным типом отношения к болезни выявлена прямая умеренная функциональная связь (коэффициент Спирмена 0,33; $p = 0,001$).

Между сферой «общий показатель качества жизни» и гармоничным типом отноше-

ния к болезни выявлена прямая умеренная функциональная связь (коэффициент Спирмена 0,34; $p = 0,0008$).

Таким образом, формирование гармоничного типа отношения к болезни у пациентов с декомпенсированной формой хронического тонзиллита связано с высокими показателями по всем сферам качества жизни.

Дадим общую характеристику двум группам пациентов.

Уход от болезни в работу – тактика в отношении преодоления заболевания у пациентов с более тяжелой декомпенсированной формой хронического тонзиллита. Этому типу отношения к болезни присуща установка продолжать активную трудовую деятельность, невзирая на болезненные проявления, за счет частичного игнорирования симптоматики.

Ухода от болезни в работу ведет к низкой приверженности лечению в основных ее составляющих: приверженность лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, интегральная приверженность лечению. Помимо этого, приверженность лечению избирательна, направлена на симптоматическое лечение с целью устранения симптомов болезни, чтобы «не мешали активной трудовой деятельности».

Субъективное благополучие у таких пациентов основано на социальных контактах, социальном взаимодействии.

Параметры качества жизни пациентов с декомпенсированной формой хронического тонзиллита достоверно выше, чем у пациентов с компенсированной формой, по следующим сферам: физическое и психологическое благополучие, социальное благополучие, общий показатель качества жизни.

Таким образом, качество жизни пациентов с декомпенсированной формой хронического тонзиллита проявляется преимущественно в социальном благополучии. Такие пациенты при уходе от болезни в работу и игнорировании лечения субъективно воспринимают себя благополучными, активно участвующими в процессах социального взаимодействия.

Отрицание – основной принцип отношения к болезни среди пациентов с более легкой компенсированной формой хронического тонзиллита. Несмотря на отрицание болезни, у них наблюдается достаточно высокая приверженность проводимому лечению по большинству ее составляющих: приверженность лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, интегральный показатель приверженности лечению, за исключением модификации образа жизни. Следует заметить, что у пациентов с компенсированной формой хронического тонзиллита формирование анозогностического типа отношения к болезни связано с высокими показателями микросоциальной поддержки и социального благополучия. То есть активное социальное взаимодействие у пациентов с компенсированной формой заболевания способствует формированию принципа отрицания в отношении болезни.

Однако параметры качества жизни у пациентов с компенсированной формой хронического тонзиллита оказываются существенно ниже, в сравнении с пациентами, страдающими декомпенсированной формой, по сферам физического и психологического благополучия, социального благополучия, общего показателя качества жизни.

Выводы

Пациенты с клинически более тяжелой декомпенсированной формой хронического тонзиллита имеют более высокие показатели физического и психологического благополучия, социального благополучия, а также общий показатель качества жизни, в сравнении с пациентами, у которых болезнь протекает в клинически более легкой компенсированной форме. По показателям самовосприятия и микросоциальной поддержки группы значимых различий не имеют.

Пациентам с компенсированной формой хронического тонзиллита присуще отрицание болезни (анозогностический тип), пациентам с декомпенсированной формой – уход от болезни в работу (эргопатический тип).

Приверженность лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, интегральная приверженность лечению у пациентов с компенсированной формой хронического тонзиллита оказываются значительно выше, чем у пациентов с декомпенсированной формой.

У пациентов с компенсированной формой хронического тонзиллита формирование анозогнозического типа отношения к болезни связано с высокими показателями микросоциальной поддержки и социального благополучия. У пациентов с декомпенсированной формой хронического тонзиллита формирование гармоничного типа отноше-

ния к болезни связано с высокими показателями по всем сферам качества жизни.

Заключение

Результаты проведенного исследования позволяют обосновать возможность создания программ работы медицинского психолога с пациентами, страдающими хроническим тонзиллитом, причем взаимодействие можно построить по-разному в зависимости от формы заболевания. При этом каждому варианту взаимодействия присущи свои ограничения.

Литература

1. Артюшкин С.А., Рязанцев С.В., Еремина Н.В. Противорецидивная терапия хронического тонзиллита в рамках реализации Национальной программы «Хронический тонзиллит» // Материалы IX Международного Петербургского форума оториноларингологов России, Санкт-Петербург, 05–07 октября 2020 года / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Комитет здравоохранения Санкт-Петербурга, ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава РФ и др. СПб.: Полифорум групп, 2020. С. 172–173. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44143392> (дата обращения 20.05.2024).
2. Бородин Е.А. Персонализированная медицина и биоинформатика // Амурский медицинский журнал. 2018. № 4 (24). С. 77–80. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36728181> (дата обращения 20.05.2024). DOI 10.22448/AMJ.2018.4.77-80
3. Бочаров В.В., Шишкова А.М., Дубинина Е.А. [и др.]. Роль медицинского психолога в современной системе здравоохранения // Национальное здравоохранение. 2023. Т. 4, № 1. С. 12–22. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=53758969> (дата обращения 20.05.2024). DOI: 10.47093/2713-069X.2023.4.1.12-22
4. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. СПб.: СПб НИИ психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2005. 32 с. URL: <http://www.medpsy.ru/library/library122.pdf> (дата обращения: 20.05.2024).
5. Горбоносов И.В., Вартанян М.С. Влияние тонзилэктомии на качество жизни взрослых пациентов // Российская оториноларингология. 2008. № 4 (35). С. 80–84. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?edn=mgsvbl> (дата обращения: 20.05.2024).
6. Кондратьева К.О., Вагайцева М.В., Семиглазова Т.Ю. Роль медицинского психолога в мультидисциплинарной команде реабилитации онкологических пациентов // Фарматека. 2019. Т. 26, № 7. С. 79–81. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=38188525> (дата обращения 20.05.2024). DOI: 10.18565/pharmateca.2019.7.79-81
7. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Балабанова А.А. [и др.]. Шкала количественной оценки приверженности лечению «КОП-25»: актуализация формулировок, конструктивная и факторная валидность и мера согласия // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2021. Т. 17, № 6. С. 845–852. URL: <https://www.rpcardio.online/jour/article/view/2624> (дата обращения 20.05.2024). DOI:10.20996/1819-6446-2021-12-12
8. Пчелякова В.В. Персонализированный подход к диагностике, лечению и профилактике заболеваний // XIII Всероссийское совещание по проблемам управления ВСПУ-2019: Сборник трудов XIII Всероссийского совещания по проблемам управления ВСПУ-2019, Москва, 17–20 июня 2019 года / Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова РАН. М.: Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова РАН, 2019. С. 1491–1494. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41726892> (дата обращения 20.05.2024). DOI: 10.25728/vspu.2019.1491
9. Рыков М.Ю., Долгополов И.С. Истинная персонализация в медицине: оправданы ли ожидания? // Новое образование. 2022. Т. 14, № 2 (37). С. 54–62. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48287039> (дата обращения 20.05.2024).
10. Рыков М.Ю. Эволюция персонализированной медицины (обзор литературы) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. Т. 30, № 6. С. 1211–1219. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=49951608> (дата обращения 20.05.2024). DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-6-1211-1219
11. Рязанцев С.В., Артюшкин С.А., Еремина Н.В., Еремин С.А. Предварительные результаты Российской национальной программы «Хронический тонзиллит» // Российская оториноларингология. 2019. Т. 18, № 4 (101). С. 107–120. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=39239284> (дата обращения 20.05.2024). DOI: 10.18692/1810-4800-2019-4-107-117

12. Хронический тонзиллит: клинические рекомендации / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов. М., 2021. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/683_1_cr.minzdrav.gov.ru (дата обращения 20.05.2024).
13. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Врач и медицинский психолог: взаимодополняющие подходы при оказании психологической помощи онкологическому пациенту // Вопросы онкологии. 2014. Т. 60, № 2. С. 94–98. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21532883> (дата обращения 20.05.2024).
14. Шелудько О.С., Акимова О.В., Севостьянова О.Ю. Коллегиальные отношения врача и медицинского психолога в условиях работы соматического стационара // Педагогическое взаимодействие: возможности и перспективы. Материалы V международной научно-практической конференции, Саратов, 28–29 апреля 2023 года. Саратов: Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, 2023. С. 350–353. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=50780178> (дата обращения 20.05.2024).
15. Russian_WHOQOL-BREF. (Retrieved from <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref/docs/default-source/publishing-policies/whoqol-bref/russian-whoqol-bref>) (дата обращения 14.04.2024).
16. Akgun D., Seymour F.K., Qayyum A. [et al.]. Assessment of Clinical Improvement and Quality of Life Before and After Tonsillectomy // J. Laryngol. Otol. 2009. Vol. 23 (2). Pp. 199–202. (Epub 2008 May 20.)
17. Andreou N., Hadjisymeou S., Panesar J. Does Tonsillectomy Improve Quality of Life in Adults? A Systematic Literature Review // J. Laryngol. Otol. 2013. Vol. 27 (4). Pp. 32–338.
18. Aremu S.K. The Impact of Adenotonsillectomy on Health-Related Quality of Life in Paediatric Patients // J. Adv. Pediatr. Child. Health. 2018. Vol. 1. Pp. 006–011.
19. Baumann I., Kuchida H., Blumenstock G. [et al.]. Benefit from Tonsillectomy in Adult Patients with Chronic Tonsillitis // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. 2006. Vol. 263 (6). Pp. 556–559.
20. Houborg H.I., Klug T.E. Quality of Life After Tonsillectomy in Adult Patients with Recurrent Acute Tonsillitis: A Systematic Review // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. 2022. Vol. 279 (6). Pp. 2753–2764. (EDN: IJYQUU)
21. Richards A.L., Bailey M., Hooper R., Thomson P. Quality-of-life Effect of Tonsillectomy in a Young Adult Group // ANZ J. Surg. 2007. Vol. 77 (11). Pp. 988–990.
22. Witsell D.L., Orvidas L.J., Stewart M.G. [et al.]. Quality of Life After Tonsillectomy in Adults with Recurrent or Chronic Tonsillitis // Otolaryngol. Head Neck Surg. 2008. Vol. 138 (1 Suppl). Pp. 1–8.

Поступила 12.06.2024

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования: Белоусов А.А., Храбриков А.Н., Сотников В.А., Запесоцкая И.В. Взаимосвязь качества жизни, отношения к болезни, приверженности лечению у пациентов с различными формами хронического тонзиллита // Вестник психотерапии. 2024. № 91. С. 50–63. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-91-50-63

Участие авторов: А.А. Белоусов – анализ литературы по теме исследования, разработка методологии и дизайна исследования, организация сбора первичных данных, анализ результатов, первичная обработка данных, написание текста статьи; А.Н. Храбриков – анализ результатов, написание текста статьи; В.А. Сотников – статистическая обработка данных психологических методик, редактирование и оформление текста статьи; И.В. Запесоцкая – редактирование и оформление текста статьи.

A.A. Belousov¹, A.N. Khrabrikov¹, V.A. Sotnikov², I.V. Zapesotskaya²

The Relationship Between Quality of Life, Attitude Towards the Disease, and Adherence to Treatment in Patients with Various Forms of Chronic Tonsillitis

¹ Kirov State Medical University (112, Karla Marxa Str., Kirov, Russia);

² N.I. Pirogov Russian National Research Medical University
(1, build. 6, Ostrovityanova Str., Moscow, Russia)

✉ Anton Aleksandrovich Belousov – senior lecturer at the Department of hospital surgery in the course of otorhinolaryngology, Kirov State Medical University (112, Karla Marxa Str., Kirov, 610027, Russia); e-mail: anton-belousov0@rambler.ru, <http://orcid.org/0000-0002-7779-764X>;

Alexey Nikolaevich Khrabrikov – Dr. Med. Sci. Prof., Head of the course of otorhinolaryngology, Department of hospital surgery, Kirov State Medical University (112, Karla Marxa Str., Kirov, 610027, Russia); e-mail: vyatkaent@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-1662-1568>;

Vladislav Andreevich Sotnikov – PhD Psychol. Sci., Head of the Department of general psychology and developmental psychology, Institute of Clinical Psychology and Social Work, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (1, build. 6, Ostrovityanova Str., Moscow, 117513, Russia); e-mail: lifastraton@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5081-6153>;

Irina Vladimirovna Zapesotskaya – Dr. Psychol. Sci., Associate Prof. acting head of department, Department of cognitive sciences, Institute of Clinical Psychology and Social Work, Prof., Department of cognitive sciences Institute of Clinical Psychology and Social Work, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (1, build. 6, Ostrovityanova Str., Moscow, 117513, Russia); e-mail: zapesotskaya@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3535-5779>

Abstract

Relevance. One of the problematic issues of modern otorhinolaryngology is chronic tonsillitis. According to various authors, patients with this pathology tend to have low treatment adherence. However, this issue has not been thoroughly studied. Within the framework of the concept of patient-centeredness, patient-centric healthcare, it seems appropriate to involve a medical psychologist in working with these patients to increase adherence to treatment. Currently, no studies have jointly examined the quality of life, attitudes toward the disease, and treatment adherence in patients with different forms of chronic tonsillitis.

Intention: to investigate the relationship between quality of life, attitudes toward the disease, and treatment adherence among patients with different forms of chronic tonsillitis.

Methodology. The study involved two groups of patients with chronic tonsillitis: a compensated form (73 people) and a decompensated form (96 people).

Three questionnaires were used as experimental psychological research methods: the WHO short questionnaire for quality-of-life research, TOBOL (questionnaire for determining the type of attitude towards illness), KOP-25 (Russian universal questionnaire for quantitative assessment of adherence to treatment). The accumulation and formation of the database was carried out in Microsoft Excel 2020. Statistical data processing was carried out in AtteStat (version 13.2) – an add-on program for Microsoft Excel.

Results and Discussion. Patients with the clinically more severe decompensated form of tonsillitis showed higher levels of physical and psychological well-being, social well-being, and overall quality of life compared to patients with the clinically milder compensated form. There were no differences in self-perception and microsocial support. Patients with compensated chronic tonsillitis predominantly exhibited denial of illness, while those with decompensated tonsillitis tended to cope by immersing themselves in work. Adherence to pharmacotherapy, medical follow-up, and overall treatment adherence were higher among patients with compensated chronic tonsillitis than those with the decompensated form. In patients with compensated chronic tonsillitis, the formation of an anosognosic attitude toward illness was associated with higher levels of microsocial support and social well-being. In patients with decompensated chronic tonsillitis, the formation of a harmonious attitude toward illness was linked to higher indicators across all domains of quality of life.

Conclusion. The results of the conducted study provide a basis for developing medical psychologist intervention programs for patients with chronic tonsillitis, with the interaction tailored differently depending on the form of the disease. However, each type of interaction presents its own limitations.

Keywords: chronic tonsillitis, quality of life, attitude towards the disease, adherence to treatment, medical psychologist.

References

1. Artyushkin S.A., Ryazantsev S.V., Eremina N.V. Protivoretsidivnaya terapiya khronicheskogo tonsillita v ramkakh realizatsii Natsional'noi programmy "Khronicheskii tonsillit" [Anti-relapse therapy of chronic tonsillitis within the framework of the implementation of the National program "Chronic tonsillitis"]. Materialy IX Mezhdunarodnogo

- Peterburgskogo foruma otorinolaringologov Rossii, Sankt-Peterburg, 05–07 oktyabrya 2020 goda [Materials of the IX International St. Petersburg Forum of Otorhinolaryngologists of Russia, St. Petersburg, October 05–07, 2020]. Sankt-Peterburgskii NII ukha, gorla, nosa i rechi i dr. Sankt-Peterburg: Poliforum grupp [St. Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech, etc. St. Petersburg: Polyforum Group]. 2020: 172–173. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44143392> (In Russ.)
2. Borodin E. A. Personifitsirovannaya meditsina i bioinformatika [Personalized medicine and bioinformatics]. *Amurskii meditsinskii zhurnal* [Amur medical journal]. 2018; 4 (24): 77–80. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36728181>. DOI 10.22448/AMJ.2018.4.77-80 (In Russ.)
 3. Bocharov V.V., Shishkova A.M., Dubinina E.A. [et al.]. Rol' meditsinskogo psikhologa v sovremennoi sisteme zdravookhraneniya [The role of clinical psychologist in modern healthcare system]. *Natsional'noe zdravookhranenie* [National Health Care (Russia)]. 2023; 4 (1): 12–22. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=53758969>. DOI: 10.47093/2713-069X.2023.4.1.12-22 (In Russ.)
 4. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B. [et al.]. Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: posobie dlya vrachei [An improved technique for psychological diagnosis of the attitude towards the disease (TOBOL): Guidelines for medical professionals]. Saint Petersburg. 2005. 33 p. URL: <http://www.medpsy.ru/library/library122.pdf>. (In Russ.)
 5. Gorbonosov I.V., Vartanyan M.S. Vliyanie tonsillektomii na kachestvo zhizni vzroslykh patsientov [Influence of tonsillectomy on the quality of life of adult patients]. *Rossiiskaya otorinolaringologiya* [Russian otorhinolaryngology]. 2008; 4 (35): 80–84. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?edn=mgsvbl> (In Russ.)
 6. Kondrat'eva K.O., Vagaitseva M.V., Semiglazova T.Yu. Rol' meditsinskogo psikhologa v mul'tidistsiplinarnoi komande reabilitatsii onkologicheskikh patsientov [The role of the medical psychologist in the multidisciplinary team for the rehabilitation of cancer patients]. *Farmateka* [Farmateka]. 2019; 26 (7): 79–81. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=38188525>. DOI: 10.18565/pharmateca.2019.7.79-81 (In Russ.)
 7. Nikolaev N.A., Skirdenko Yu.P., Balabanova A.A. [et al.]. Shkala kolichestvennoi otsenki priverzhennosti lecheniyu “KOP-25”: aktualizatsiya formulirovok, konstruktivnaya i faktornaya validnost' i mera soglasiya [The Scale of Quantitative Assessment Adherence to Treatment “QAA-25”: Updating of Formulations, Constructive and Factor Validity and a Measure of Consent]. *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii* [Rational Pharmacotherapy in Cardiology]. 2021; 17 (6): 845–852. URL: <https://www.rpcardio.online/jour/article/view/2624>. DOI:10.20996/1819-6446-2021-12-12 (In Russ.)
 8. Pchelyakova V.V. Personifitsirovannyi podkhod k diagnostike, lecheniyu i profilaktike zabolevaniy [Personalized approach to diagnosis, treatment and prevention of diseases]. XIII Vserossiiskoe soveshchanie po problemam upravleniya VSPU-2019: Sbornik trudov XIII Vserossiiskogo soveshchaniya po problemam upravleniya VSPU-2019. Moscow, 2019: 1491–1494. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41726892>. DOI: 10.25728/vspu.2019.1491 (In Russ.)
 9. Rykov M.Yu., Dolgoplov I.S. Istinnaya personalizatsiya v meditsine: opravdany li ozhidaniya? [True personalization in medicine: are expectations justified?]. *Novoobrazovanie* [Neoplasm]. 2022; 14(2(37)): 54–62. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48287039> (In Russ.)
 10. Rykov M.Yu. Evolyutsiya personifitsirovannoi meditsiny (obzor literatury) [The evolution of personalized medicine: publications review]. *Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. [Problems of social hygiene, public health and history of medicine]. 2022; 30 (6): 1211–1219. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=49951608>. DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-6-1211-1219 (In Russ.)
 11. Ryazantsev S.V., Artyushkin S.A., Eremina N.V., Eremin S.A. Predvaritel'nye rezul'taty Rossiiskoi natsional'noi programmy “Khronicheskii tonsillit” [Preliminary Results of the Russian National Chronic Tonsillitis Program]. *Rossiiskaya otorinolaringologiya* [Russian Otorhinolaryngology]. 2019; 18 (4): 107–117. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=39239284>. DOI: 10.18692/1810-4800-2019-4-107-117 (In Russ.)
 12. Artyushkin S.A., Yeremina N.V., Ryazantsev S.V. [et al.]. Khronicheskii tonsillit: klinicheskie rekomendatsii. Moskva: natsional'naya meditsinskaya assotsiatsiya otorinolaringologov [Chronic tonsillitis: clinical guidelines. Moscow: national medical association of otorhinolaryngologist]. 2021. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/683_1 cr.minzdrav.gov.ru (In Russ.)
 13. Chulkova V.A., Pestereva E.V. Vrach i meditsinskii psikholog: vzaimodopolnyayushchie podkhody pri okazanii psikhologicheskoi pomoshchi onkologicheskomu patsiyentu [Physician and medical psychologist: complementary approaches in providing psychological care to cancer patient]. *Voprosy onkologii* [Oncology issues]. 2014; 60 (2): 94–98. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21532883> (In Russ.)
 14. Shelud'ko O.S., Akimova O.V., Sevost'yanova O.Yu. Kollegial'nye otnosheniya vracha i meditsinskogo psikhologa v usloviyakh raboty somaticheskogo statsionara [Collegial relations between a doctor and a medical psychologist in a somatic hospital], Pedagogicheskoe vzaimodeistvie: vozmozhnosti i perspektivy: Materialy V mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii, Saratov, 28–29 aprelya 2023 goda. Saratov: Saratovskii gosudarstvennyi meditsinskii universitet imeni V.I. Razumovskogo [Pedagogical interaction: opportunities and prospects: Materials of the V international scientific and practical conference, Saratov, April 28–29, 2023. Saratov: Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky]. 2023; 350–353. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=50780178> (In Russ.)

15. Russian_WHOQOL-BREF. (Retrieved from <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref/docs/default-source/publishing-policies/whoqol-bref/russian-whoqol-bref>)
16. Akgun D., Seymour F.K., Qayyum A. [et al.]. Assessment of clinical improvement and quality of life before and after tonsillectomy. *J Laryngol Otol*. 2009; 123 (2): 199–202. Epub 2008 May 20.
17. Andreou N., Hadjisymeou S., Panesar J. Does tonsillectomy improve quality of life in adults? A systematic literature review. *J Laryngol Otol*. 2013; 127 (4): 332–338.
18. Aremu S.K. The Impact of Adenotonsillectomy on Health-Related Quality of Life in Paediatric Patients. *J Adv Pediatr Child Health*. 2018; 1:006-011.
19. Baumann I., Kucheida H., Blumenstock G. [et al.]. Benefit from tonsillectomy in adult patients with chronic tonsillitis. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2006; 263 (6): 556–559.
20. Houborg H.I., Klug T.E. Quality of life after tonsillectomy in adult patients with recurrent acute tonsillitis: A systematic review. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2022; 279 (6): 2753–2764. EDN: IJYQQU
21. Richards A.L., Bailey M., Hooper R., Thomson P. Quality-of-life effect of tonsillectomy in a young adult group. *ANZ J Surg*. 2007; 77 (11): 988–990.
22. Witsell D.L., Orvidas L.J., Stewart M.G. [et al.]. Quality of life after tonsillectomy in adults with recurrent or chronic tonsillitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008; 138 (1 Suppl): 1–8.

Received 12.06.2024

For citing: Belousov A.A., Khrabrikov A.N., Sotnikov V.A., Zapesotskaya I.V. Vzaimosvyaz' kachestva zhizni, otnosheniya k bolezni, priverzhennosti lecheniyu u patsientov s razlichnymi formami khronicheskogo tonsillita. *Vestnik psikhoterapii*. 2024; (91): 50–63. (In Russ.)

Belousov A.A., Khrabrikov A.N., Sotnikov V.A., Zapesotskaya I.V. The relationship between quality of life, attitude towards the disease, and adherence to treatment in patients with various forms of chronic tonsillitis. *Bulletin of Psychotherapy*. 2024; (91): 50–63. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-91-50-63
