

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/308392386>

# The New European Questionnaire for Assessment of Quality of Life of Patients With Ischemic Heart Disease: HeartQoL

Article in *Kardiologija* · August 2016

DOI: 10.18565/cardio.2016.8.66-72

---

CITATION

1

READS

533

4 authors, including:



[Nana-Goar V Pogosova](#)

National Medical Research Center of Cardiology of the Ministry of Health of the Russian Federation

212 PUBLICATIONS 5,534 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

## Новый европейский опросник HeartQoL для оценки качества жизни больных ишемической болезнью сердца

DOI: <http://dx.doi.org/10.18565/cardio.2016.8.66-72>

<sup>1</sup>Н.В. ПОГОСОВА, <sup>2</sup>И.Х. БАЙЧОРОВ, <sup>1</sup>О.Ю. СОКОЛОВА, <sup>1</sup>В.А. ВЫГОДИН

<sup>1</sup>ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава РФ, Москва; <sup>2</sup>ГБУЗ Городская поликлиника № 67 Департамента здравоохранения г. Москвы

Контактная информация: *Погосова Н.В. E-mail: NPogosova@gnicpm.ru*

Качество жизни (КЖ) больных ишемической болезнью сердца (ИБС) — совокупная составляющая симптомов заболевания, физического состояния, эмоционального статуса и социально-трудового функционирования. До недавнего времени не существовало универсального опросника, который бы позволял проводить сравнительный анализ КЖ больных со стенокардией напряжения (СН), перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН). В этой связи Европейской ассоциацией по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и реабилитации Европейского общества кардиологов было проведено исследование с целью создания универсального опросника КЖ пациентов с ИБС — HeartQoL. В исследовании приняли участие 6384 пациента из 22 стран мира (315 пациентов из России) с СН, перенесенным ИМ и ХСН. Пациенты заполнили ряд опросников, исследующих КЖ. С помощью анализа шкал Моккена из этих методик были выделены наиболее важные с точки зрения оценки КЖ вопросы, включенные в новый опросник HeartQoL.

Ключевые слова: *качество жизни, стенокардия, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, инфаркт миокарда.*

## The New European Questionnaire for Assessment of Quality of Life of Patients With Ischemic Heart Disease: HeartQoL

DOI: <http://dx.doi.org/10.18565/cardio.2016.8.66-72>

<sup>1</sup>N.V. POGOSOVA, <sup>2</sup>I.H. BAYCHAROV, <sup>1</sup>O.Yu. SOKOLOVA, <sup>1</sup>V.A. VYGODIN

<sup>1</sup>National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia; <sup>2</sup>City Polyclinic № 67, Moscow, Russia

Contact information: *Pogosova N.V. E-mail: NPogosova@gnicpm.ru*

Quality of life (QL) of patients with ischemic heart disease (IHD) is a combination symptoms of the disease, physical state, emotional status, and social-laboring functioning. Until recently there were no universal questionnaire allowing to perform comparative analysis of QL of patients with effort angina (EF), survivors of myocardial infarction (MI) and chronic heart failure (CHF). Therefore, European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation conducted a study with the aim of developing universal questionnaire for assessment of QL in patients with IHD — HeartQoL. The study enrolled 6384 patients with angina, MI, or CHF across 22 countries (315 in Russia). Patients completed a battery of questionnaires and Mokken scaling analysis was used to identify most important questions for assessment of QL questions to be included into the HeartQoL questionnaire.

Key words: *quality of life; angina pectoris; ischemic heart disease; chronic heart failure; myocardial infarction.*

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются ведущей причиной смертности населения Европы. В первую очередь это касается ишемической болезни сердца (ИБС), которая ответственна за 20% смертей в Европе и 29% смертей в Российской Федерации [1, 2]. В последние десятилетия были достигнуты существенные успехи в диагностике и лечении ИБС, которые способствовали снижению смертности и продлению жизни больных. В то же время растет понимание важности не только увеличения продолжительности, но и повышения качества жизни (КЖ) больных ИБС.

КЖ представляет собой многофакторное понятие, отражающее уровень благополучия и удовлетворенности людей различными сторонами жизни, в том числе теми, на которые оказывают влияние заболевание и его лечение [3–5]. В этой связи как в мировой, так и отечественной практике все большее внимание уделяется КЖ, связанному со здоровьем, — КЖ СЗ («health-related quality of life» — HRQL). В зарубежной литературе понятие HRQL трактуется как отражение воздействия

заболевания и его лечения на представления пациента, изменяющиеся под влиянием различных повреждающих факторов, функциональных стрессов, психологических и социальных воздействий [6]. Большинство больных ИБС оценивают свое КЖ как совокупную составляющую симптомов заболевания, физического состояния, эмоционального статуса и социально-трудового функционирования.

Согласно последним рекомендациям Европейского общества кардиологов (ЕОК) по профилактике ССЗ (2012), повышение КЖ является второй по важности задачей при лечении больных ИБС (после улучшения прогноза пациентов и продления их жизни за счет предупреждения инфаркта миокарда — ИМ и внезапной смерти) [7]. В клинической практике понятие КЖ используется в различных целях: для оценки эффективности различных методов лечения и реабилитации, определения степени тяжести состояния больных и прогноза заболеваний. КЖ служит дополнительным критерием при подборе индивидуальной терапии и экспертизе трудоспособности, анализе соотношения затрат и эффективности медицинской помощи, медицинском аудите. Оценка КЖ постепенно становится обязательным условием при испытании лекарственных средств,

© Коллектив авторов, 2016

© Кардиология, 2016

Kardiologija 2016; 8: 66—72

новых медицинских технологий и методов лечения на любом этапе, включая II—IV фазы клинических исследований.

Важно отметить, что КЖ больных с тремя наиболее часто встречающимися клиническими формами ИБС — СН, перенесенным ИМ и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) — существенно различается. Именно поэтому были созданы «болезнь-специфические» опросники для оценки КЖ больных с каждым из перечисленных состояний. Среди наиболее известных опросников Сиэтлский опросник для стенокардии («Seattle Angina Questionnaire», SAQ), Опросник MacNew для оценки КЖ больных после ИМ («The MacNew Heart Disease Health-Related QoL Questionnaire») и Миннесотский опросник о жизни с сердечной недостаточностью («Minnesota Living with Heart Failure»).

Существуют различные точки зрения в отношении инструментов для оценки КЖ. Так, Американская коллегия кардиологов и Американская ассоциация сердца (American College of Cardiology and American Heart Association, ACC/АНА) рекомендуют использование «болезнь-специфических» опросников для каждой клинической формы ИБС, т.е. различные опросники для больных с СН и ХСН [8]. В то же время клинические формы ИБС могут плавно переходить одна в другую у одного и того же больного. Кроме того, такой подход затрудняет сопоставление КЖ СЗ у больных с различными клиническими формами ИБС. Так, показатели КЖ по Сиэтлскому опроснику для стенокардии не сопоставимы с показателями КЖ по Миннесотскому опроснику КЖ при ХСН.

В этой связи Европейской ассоциацией по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и реабилитации Европейского общества кардиологов было признано актуальным создание универсального валидного опросника для оценки КЖ больных с любыми клиническими формами ИБС, позволяющего проведение сравнительной оценки КЖ больных с СН, ИМ и ХСН, а также сравнительной динамики КЖ больных при использовании различных подходов и методов лечения. Причем данный опросник должен быть представлен на нескольких языках. Это обеспечит проведение сравнительной оценки КЖ больных ИБС из разных стран в рамках многоцентровых международных исследований.

Для реализации поставленной цели было проведено международное исследование HeartQoL study (в соответствии с названием создаваемого опросника) с участием 22 стран, включая Россию. Помимо европейских стран, представляющих 5 регионов Европы, — Западную, Восточную, Северную, Южную Европу и англоговорящие европейские страны, — в исследовании принимали участие Канада, США, Куба и Австралия. Каждый из 54 центров — участников исследования получил одобрение локального Этического комитета.

## Материал и методы

Исследование HeartQoL состояло из 2 этапов: 1-й этап являлся перекрестным и проводился с использованием 3 валидных специфических для ИБС опросников для оценки КЖ больных с целью определения наиболее важных компонентов нового опросника для оценки КЖ — HeartQoL; 2-й этап — исследование валидности нового универсального опросника HeartQoL для оценки КЖ больных с любыми клиническими формами ИБС.

Все опросники, применявшиеся в исследовании, были переведены на 15 языков: английский, русский, венгерский, голландский, датский, испанский, итальянский, немецкий,

норвежский, польский, португальский, украинский, фламандский, французский и шведский. Переводы с английского на каждый из перечисленных языков были выполнены дважды двумя независимыми специалистами, один из которых был медицинским работником со знанием английского языка, другой — специалистом-переводчиком, после чего были дважды сделаны обратные переводы на английский язык.

В каждой из 22 стран-участниц в исследование было запланировано включить не менее 315 больных ИБС, в том числе 105 больных, перенесших ИМ, 105 больных со стабильной ИБС и 105 больных с СН. Критериями включения пациентов с ИБС в исследование были следующие: 1) перенесенный ИМ в период 1—6 мес до включения в исследование; 2) стабильная стенокардия напряжения II—IV функционального класса при наличии верифицированной ИБС, ранее перенесенный ИМ, данные нагрузочной пробы или/и эхокардиографии — ЭхоКГ или/и компьютерной томографии/ангиографии; 3) сердечная недостаточность с фракцией выброса левого желудочка <40% при наличии верифицированной ИБС, ранее перенесенный ИМ, данные нагрузочной пробы или/и ЭхоКГ или/и компьютерной томографии/ангиографии; 4) возраст >18 лет, способность ответить на вопросы опросников на соответствующем языке, отсутствие психических заболеваний и зависимостей.

Каждый больной, включенный в исследование, заполнял набор тестов (самоопросников), а именно:

1) Сиэтлский опросник для стенокардии («Seattle Angina Questionnaire» — SAQ). Самоопросник, обладающий достаточной надежностью, валидностью и чувствительностью в отношении оценки КЖ больных ИБС со специфическими симптомами стенокардии [9]. Включает 19 пунктов, направленных на выявление 5 подшкал: 1) ограниченность физического функционирования, 2) стабильность течения стенокардии, 3) частота приступов стенокардии, 4) удовлетворенность лечением и 5) восприятие болезни. Результаты по каждой подшкале оцениваются в баллах от 0 до 100 (чем выше оценка, тем выше КЖ);

2) Опросник MacNew («The MacNew Heart Disease Health-Related QoL Questionnaire»). Используется в основном для оценки КЖ больных ИМ [10]. Оригинальный опросник MacNew, а также его русскоязычная версия имеют высокую валидность, воспроизводимость и чувствительность [11, 12]. Включает 27 пунктов, направленных на выявление следующих подшкал: 1) ограниченность физического, 2) эмоционального и 3) социального функционирования. Каждый пункт оценивается по шкале от 1 (низкий уровень КЖ) до 7 (высокий уровень КЖ) баллов. Опросник MacNew также позволяет выявить общий уровень КЖ СЗ;

3) Миннесотский опросник о жизни с сердечной недостаточностью (Minnesota Living with Heart Failure — MLHF) [13]. Это наиболее широко используемый «болезнь-специфический» самоопросник для оценки КЖ больных с ХСН, который рекомендовал себя как надежный, валидный и чувствительный инструмент для оценки КЖ [13, 14]. Включает 21 пункт, ориентирован на выявление ограничений в: 1) физической, 2) социально-экономической и 3) психологической сферах жизнедеятельности пациентов с ХСН. Результаты оцениваются в баллах (от 0 — отсутствие расстройств и ограничений до 105 — максимальная выраженность расстройств и ограничений);

4) Опросник SF-36 («Short Form 36»), признанный «золотым стандартом» в оценке КЖ больных ССЗ, но не являющийся при этом «болезнь-специфическим» для ИБС [15].

Обладает высокими валидностью и надежностью [16, 17]. Включает 36 пунктов, направленных на измерение физического (physical component summary) и психического (mental component summary) компонентов КЖ. Физический компонент включает 4 подшкалы: 1) физическое функционирование, 2) ролевая деятельность, 3) телесная боль, 4) общее здоровье. Психический компонент также включает 4 подшкалы: 1) жизнеспособность, 2) социальное функционирование, 3) эмоциональное состояние и 4) психическое здоровье. Чем выше оценка по каждой подшкале, тем выше КЖ;

5) Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS) [18]. Включает 14 пунктов, направленных на оценку 2 подшкал: 1) симптомов тревоги и 2) депрессии. Каждый пункт оценивается по шкале от 0 до 3 балла. Чем выше оценка, тем более выражены симптомы тревоги и депрессии. Госпитальная шкала тревоги и депрессии апробирована во многих странах и является валидизированным и надежным опросником симптомов тревоги и депрессии [19];

6) Социально-демографический опросник для оценки социально-демографических характеристик больных, включенных в исследование.

**Создание нового опросника HeartQoL.** За основу нового опросника были взяты 3 «болезнь-специфических» опросника для оценки КЖ больных ИБС — Сиэтлский опросник для стенокардии (SAQ), опросник MacNew и Миннесотский опросник о жизни с сердечной недостаточностью (MLHF). Они были видоизменены с разрешения авторов этих опросников. При этом формулировки «Как повлияли на ваше общее благополучие...» боли в области сердца (опросник SAQ) или перенесенный ИМ (опросник MacNew) были изменены на «Как повлияло на ваше общее благополучие ваше заболевание сердца?». Были изменены временные параметры задаваемых вопросов — с 2-недельного периода (как в опроснике MacNew) до 4-недельного периода («...на протяжении последних 4 нед»).

При создании нового опросника был сохранен принцип построения опросников SAQ, MacNew и MLHF, основанный на 3 блоках: физическом, эмоциональном и социальном, поскольку они являются основополагающими для оценки КЖ. Каждый вопрос, включенный в новый опросник КЖ, содержался в одном из базовых опросников.

Отбор вопросов для включения в новый опросник проводился на основе Метода клинического впечатления (Clinical impact method [20]) и Метода анализа шкал Моккена (Mokken scale analysis [21]). Метод клинического впечатления предполагает предоставление пациентам вопросов о том, какие у него симптомы, ограничения в повседневной жизни и как они влияют на общее благополучие. Если симптом, по мнению пациентов, не влиял или очень слабо влиял на благополучие, его количественно оценивали 0, а если влияние наблюдалось, то >1,00 балла, и данный симптом включали в Метод анализа шкал Моккена. Данный анализ проводился с использованием *N*-коэффициентов зависимостей между числом ошибок Гутмана (Guttman observed errors) и числом случайных ошибок. Принято, что значимыми по данным Метода анализа шкал Моккена являются вопросы с *N*-коэффициентами >0,5 (0,49—0,40 для умеренно значимых, 0,39—0,30 для слабо значимых).

В результате проведенного анализа были отобраны вопросы для включения в новый опросник HeartQoL, совокупная оценка которого составляет от 0 до 3 баллов, при этом более высокая оценка указывает на более высокое КЖ.

## Результаты

В исследование HeartQoL были включены 6384 больных ИБС из 22 стран, говорящих на 15 языках, в том числе 1307 больных из стран Западной Европы (Австрии, Германии, Швейцарии, Бельгии, Франции и Нидерландов), 1022 больных из Северной

**Таблица 1. Клинико-демографические и психологические характеристики больных СН, ИМ и ХСН**

Показатель	Все больные (n=6380)	Больные с СН (n=2110)	Больные с перенесенным ИМ (n=2350)	Больные с ХСН (n=1920)	<i>p</i>
Возраст, годы	62,5±11,3	63,1±10,2	59,7±11,4	65,1±11,5	<0,001*,**,***
Мужчины, %	75,2	72,4	75,9	77,2	<0,001*,***
АГ, %	55,5	63,9	50	52,7	<0,001*,***
СД, %	20,9	22,7	15,4	25,7	<0,001*,**
Гиперхолестеринемия, %	59,5	67,2	57,7	53,1	<0,001*,***
Курение, %	15,1	13,3	16,7	15,1	<0,01*,***
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	27,4±5,0	28,0±5,0	26,9±4,7	27,3±5,3	<0,001*,***
Низкий уровень ФА, %	69,9	69,8	65,4	75,8	<0,001*,***
SF-36 PCS, баллы	39,1±10,3	37,9±9,8	43,1±9,7	35,5±10,0	<0,001*,**,***
SF-36 MCS, баллы	47,1±11,0	46,8±11,0	47,4±10,9	47,1±11,2	н/д
HADS-A, баллы	6,3±4,1	6,8±4,0	5,8±4,1	6,3±4,2	<0,001*,**,***
HADS-A >7 баллов, %	34,6	30,4	38,6	35,2	<0,001*,**,***
HADS-D, баллы	5,1±3,8	5,3±3,7	4,4±3,7	5,8±3,9	<0,001*,**,***
HADS-D >7 баллов, %	25,1	25,7	19,2	31,8	<0,001*,**,***

*Примечание.* Здесь и в табл. 2, 3: данные представлены в виде  $M \pm SD$ , если не указано другое, *M* — среднее значение, *SD* — стандартное отклонение; *p* — для межгрупповых сравнений ANOVA апостериорный тест Бонферрони; с неоднородной дисперсией, *F*-тест Уэлша и апостериорный тест Геймса—Ховелла и  $\chi^2$ ; \* — различия между больными с СН и больными с перенесенным ИМ; \*\* — различия между больными с СН и больными с ХСН; \*\*\* — различия между больными с перенесенным ИМ и больными с ХСН; СН — стенокардия напряжения; ИМ — инфаркт миокарда; ХСН — хроническая сердечная недостаточность; АГ — артериальная гипертензия; СД — сахарный диабет; ИМТ — индекс массы тела; ФА — физическая активность; SF-36 PCS — физический компонент КЖ по опроснику SF-36; SF-36 MCS — психический компонент КЖ по опроснику SF-36; HADS-A — оценка по подшкале тревоги HADS; HADS-D — оценка по подшкале депрессии HADS. н/д — недостаточно.

Европы (Дании, Норвегии, Швеции), 1132 больных из Южной Европы (Италии, Испании, Португалии) и Кубы, 1449 больных из Восточной Европы (Венгрии, Польши, России, Украины) и 1474 больных из англоговорящих стран (Великобритании, Ирландии, Канады, США, Австралии). При этом у 33% (2110) больных основанием для включения в исследование была СН, у 37% (2350) — перенесенный ИМ и у 30% (1920) — ХСН. В России в исследование были включены 315 больных: 35% (110) со стабильной ИБС, 32% (102) — с перенесенным ИМ и 33% (103) с ИБС и ХСН.

Клинико-демографические и некоторые психологические характеристики включенных в исследование больных представлены в табл. 1, российских больных — в табл. 2.

Как видно из представленной табл. 1, средний возраст больных составлял  $62,5 \pm 11,3$  года, больные с ХСН были старше. Больные с СН чаще имели артериальную гипертензию (АГ), гиперхолестеринемию и более высокий индекс массы тела, чем больные двух других групп. Пациенты, перенесшие ИМ в течение 1—6 мес до включения в исследование, были моложе, имели более низкий уровень физической активности и чаще страдали сахарным диабетом (СД).

КЖ больных по данным опросника SF-36 как физического компонента (PCS), так и психического компонента (MCS) было ниже популяционной нормы (50 баллов), особенно это касается физического компонента КЖ.

Симптомы тревоги, по данным шкалы HADS, существенно чаще имели больные, перенесшие ИМ (38,6% больных против 35,2% при ХСН и 30,4% при СН). Депрессивные симптомы, напротив, чаще отмечались у больных с ХСН: их имел каждый третий больной с ХСН.

Средний возраст российских больных был  $58,1 \pm 9,6$  года (см. табл. 2). Больные с ХСН, как и в общей популяции исследования, были старше, чем больные с перенесенным ИМ и СН. При этом среди больных с ХСН было больше мужчин, чем среди больных из других двух групп. Больные с СН чаще имели

АГ. У пациентов с ХСН был наиболее низкий уровень физической активности по сравнению с пациентами двух других групп (57,3% против 25,4% у больных с СН и 33,3% у больных с перенесенным ИМ).

Как физический, так и психический компоненты КЖ, по данным опросника SF-36, у российских пациентов были существенно ниже популяционной нормы. Психический компонент КЖ у российских больных с ХСН был значительно ниже, чем у пациентов с перенесенным ИМ и СН. Межгрупповых различий по физическому компоненту КЖ обнаружено не было.

Симптомы депрессии, по данным шкалы HADS, отмечались у российских больных с ХСН чаще, чем у больных с СН или с перенесенным ИМ (58,2% против 41,2 и 40,9% соответственно). Статистически значимых межгрупповых различий по симптомам тревоги обнаружено не было.

У российских больных с ХСН, по данным Миннесотского опросника о жизни с сердечной недостаточностью, ограничения в физической и социально-экономической сферах жизни выражены больше, чем у больных с СН и больных с перенесенным ИМ. Межгрупповые различия по ограничениям в эмоциональной сфере отсутствовали.

Для создания опросника HeartQoL были использованы 26 пунктов: 5 из опросника SF-36, 13 из опросника MacNew и 8 из Миннесотского опросника о жизни с сердечной недостаточностью. При этом 14 пунктов были направлены на выявление физического, 8 — эмоционального и 4 — социального компонентов КЖ. Метод анализа шкал Моккена позволил выявить из этих 26 пунктов 14, впоследствии включенных в окончательную версию опросника HeartQoL. Из них 10 составляют физическую подшкалу опросника ( $H=0,56$ ), а 4 — эмоциональную ( $H=0,54$ ). Суммарный  $H$ -коэффициент опросника HeartQoL равен 0,47.

Данный опросник также позволяет подсчитать общую оценку КЖ больных. Она варьируется от 0 до 3 баллов: чем выше оценка, тем лучше КЖ больного. В табл. 3 представлены

**Таблица 2. Средние, стандартные отклонения и проценты клинико-демографических и психологических характеристик российских больных с СН, ИМ и ХСН**

Показатель	Все больные ( $n=315$ )	Больные с СН ( $n=110$ )	Больные с перенесенным ИМ ( $n=102$ )	Больные с ХСН ( $n=103$ )	$P$
Возраст, годы	$58,1 \pm 9,64$	$57,0 \pm 9,16$	$57,7 \pm 11,02$	$59,6 \pm 8,53$	$<0,05^{**}$
Мужчины, %	71	66,4	67,6	80,6	$<0,05^{**}, ***$
АГ, %	80,3	87,3	72,5	80,6	$<0,05^{**}, ** , ***$
СД, %	13,6	12,7	14,7	13,6	н/д
Гиперхолестеринемия, %	86,2	89,1	83,3	86,4	н/д
Курение, %	24,4	20,9	29,4	22,3	н/д
ИМТ, $\text{кг}/\text{м}^2$	$27,8 \pm 3,88$	$28,0 \pm 4,08$	$27,7 \pm 3,79$	$27,5 \pm 3,76$	н/д
Низкий уровень ФА, %	38,4	25,4	33,3	57,3	$<0,001^{**}, ***$
SF-36 PCS, баллы	$34,2 \pm 5,28$	$34,2 \pm 4,84$	$33,9 \pm 5,62$	$34,5 \pm 5,33$	н/д
SF-36 MCS, баллы	$42,4 \pm 11,95$	$43,0 \pm 11,68$	$43,91 \pm 2,18$	$40,41 \pm 1,6$	$<0,05^{***}$
HADS-A, баллы	$6,8 \pm 3,95$	$7,2 \pm 3,86$	$6,6 \pm 4,15$	$6,7 \pm 3,86$	н/д
HADS-A >7 баллов, %	39	42,7	33,3	40,8	н/д
HADS-D, баллы	$7,2 \pm 3,52$	$7,0 \pm 3,38$	$6,7 \pm 3,77$	$7,8 \pm 3,33$	$<0,1^{**}$ $<0,05^{***}$
HADS-D >7 баллов, %	46,7	40,9	41,2	58,2	$<0,1^{**}$ $<0,05^{***}$
MI-PH	$19,1 \pm 8,90$	$17,8 \pm 9,37$	$16,6 \pm 8,64$	$22,9 \pm 7,29$	$<0,001^{**}, ***$
MI-EM	$6,61 \pm 5,25$	$6,3 \pm 4,69$	$6,31 \pm 5,40$	$7,3 \pm 5,63$	н/д
MI-S	$39,71 \pm 8,22$	$37,1 \pm 19,2$	$37,0 \pm 17,96$	$45,3 \pm 16,10$	$<0,001^{**}, ***$

*Примечание.* MI-PH — ограничения в физической сфере жизнедеятельности; MI-EM — ограничения в эмоциональной сфере жизнедеятельности; MI-S — ограничения в социально-экономической сфере жизнедеятельности. н/д — ?. Что такое а?

**Таблица 3. Средние значения и стандартные отклонения оценок по опроснику HeartQoL пациентов с СН, с перенесенным ИМ и ХСН**

Оценка по HeartQoL, баллы	Все больные (n=6384)	Больные с СН (n=2111)	Больные с перенесенным ИМ (n=2351)	Больные с ХСН (n=1922)	<i>p</i>
Физическая подшкала	2,2±0,7	2,2±0,6	2,4±0,6	2,0±0,7	<0,001*, **, ***
Эмоциональная подшкала	2,4±0,6	2,3±0,6	2,4±0,6	2,3±0,7	0,003*, **
Суммарно	2,2±0,5	2,2±0,6	2,4±0,5	2,1±0,6	<0,001*, **, ***

результаты, полученные с помощью опросника HeartQoL у всех больных, принявших участие в исследовании.

Как видно из табл. 3, по результатам исследования средняя совокупная оценка по опроснику HeartQoL у всех больных составила 2,2±0,5 балла. У больных с перенесенным ИМ КЖ было значительно выше, чем у больных из двух других групп. Наихудшие показатели КЖ обнаружались у больных с ХСН (2,1±0,6 балла против 2,4±0,5 балла у больных с перенесенным ИМ и 2,2±0,6 балла у больных с СН). Такой же характер межгрупповых различий обнаружен по результатам физической подшкалы опросника HeartQoL. Показатели эмоциональной подшкалы КЖ у пациентов с перенесенным ИМ также были выше, чем у двух других групп пациентов. Однако у больных с СН и ХСН эмоциональные показатели КЖ не отличались.

## Обсуждение

Рабочей группой Европейской ассоциации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и реабилитации ЕОК разработан новый ИБС-специфический опросник для оценки КЖ СЗ при различных клинических формах ИБС, в том числе при СН, ИМ и ХСН ишемического происхождения. Этот опросник получил название HeartQoL. Он был создан в рамках международного многоцентрового исследования с участием 22 стран, в том числе России, и более 6300 больных ИБС, говорящих на 15 языках [22].

Опросник HeartQoL основан на 3 опросниках для оценки КЖ больных ИБС. Его основу составили Сизтлский опросник для стенокардии, опросник MacNew для оценки КЖ больных после ИМ и Миннесотский опросник о жизни с сердечной недостаточностью. Опросник HeartQoL включает 14 пунктов, из которых формируются физическая (10 пунктов) и эмоциональная (4 пункта) подшкалы. В отличие от опросников, на которых он был основан, HeartQoL не включает подшкалу социального

функционирования. По результатам анализа шкал Моккена, пункты этих трех опросников, измеряющие социальную компоненту КЖ, не обладают достаточными Н-коэффициентами для того, чтобы измерить социальный компонент КЖ больных с 3 разными клиническими формами ИБС. Вероятно, социальное функционирование больных с СН, перенесенным ИМ и ХСН специфичные для больных с этим диагнозом и не могут быть эффективно измерены с помощью одной шкалы. Оценка КЖ больных, включенных в исследование, с помощью созданного опросника HeartQoL показала, что наиболее высокое КЖ имелось у больных с перенесенным ИМ, наихудшее — у больных с ХСН.

Для каждой из подшкал опросника HeartQoL предусмотрены оценки от 0 (низкое КЖ СЗ) до 3 (высокое КЖ), возможна также интегральная оценка. По данным рабочей группы Европейской ассоциации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и реабилитации и ЕОК, опросник HeartQoL продемонстрировал высокую надежность (стабильно высокие значения  $\alpha$ -коэффициента Кронбаха >0,80), достаточную дискриминантную валидность и конвергентную валидность с опросником SF-36 (>0,60;  $p < 0,001$ ) [22].

До недавнего времени не существовало универсального психометрического инструмента, который позволял бы проводить сравнительный анализ КЖ у больных с 3 клиническими формами ИБС. В настоящее время такой опросник создан (русская версия опросника HeartQoL приведена в Приложении). Наличие универсального психометрического инструмента для оценки КЖ больных ИБС целесообразно также в связи с тем, что, как правило, у больных имеется длительный сердечно-сосудистый континуум, который предполагает переход одной клинической формы ИБС в другую.

В соответствии с правилами, установленными ЕОК, ключ к опроснику HeartQoL может быть запрошен исследователями у авторов настоящей статьи с целью использования в научных проектах и исследованиях.

## Сведения об авторах:

**ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава РФ, Москва**

Отдел вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний

Погосова Н.В. – д.м.н., проф., руков. отдела.

Соколова О.Ю. – к.м.н., ст.н.с. отдела.

Выгодин В.А. – ст.н.с. лаборатории биостатистики.

**ГБУЗ Городская поликлиника № 67 Департамента здравоохранения г. Москвы**

Байчоров И.Х. – к.м.н., заведующий филиалом № 1.

E-mail: NPogosova@gnicpm.ru

## Information about the author:

**National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia**

Department of Secondary Prevention of Chronic non-Communicable Diseases

Pogosova N.V. – MD, professor.

E-mail: NPogosova@gnicpm.ru

## ОПРОСНИК HeartQoL

Благодарим Вас за ответ на вопросы, которые позволят нам понять, как проблемы с сердцем влияют на Вашу жизнь.

Мы хотели бы знать, как проблемы с сердцем мешали Вам и как Вы себя чувствовали в ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ. Пожалуйста, в ответ на каждый вопрос обведите число, которое наиболее соответствует Вашей ситуации.

Итак, за последние 4 недели вызывало ли у Вас затруднения:	Нет	Немного	В значимой степени	Сильно
1. Ходить по ровной поверхности в помещении?	3	2	1	0
2. Работать в огороде, работать с пылесосом или носить продукты из магазина?	3	2	1	0
3. Взойти на холм или подняться на лестничный пролет без остановки?	3	2	1	0
4. Пройти более 100 метров в быстром темпе?	3	2	1	0
5. Поднять или передвинуть тяжелые предметы?	3	2	1	0

  

За последние 4 недели беспокоили ли Вас:	Нет	Немного	В значимой степени	Сильно
6. Ощущение нехватки воздуха?	3	2	1	0
7. Ощущение подавленности?	3	2	1	0
8. Физические ограничения?	3	2	1	0
9. Ощущение усталости, утомления, отсутствия энергии?	3	2	1	0
10. Тревога?	3	2	1	0
11. Невозможность расслабиться и избавиться от напряжения?	3	2	1	0
12. Невозможность заниматься спортом или физкультурой?	3	2	1	0
13. Невозможность реализовать свои планы?	3	2	1	0
14. Трудность работы в саду или во дворе?	3	2	1	0

## Литература/REFERENCES

- Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the Twenty First Century. Washington, DC: National Academy Press 2001; 360 p.
- Committee for Medicinal Products for Human Use. Reflection paper on the regulatory guidance for the use of health-related quality of life (HRQL) measures in the evaluation of medicinal products. London: European Medicines Agency 2005, <http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/ewp/13939104en.pdf>.
- U.S. Department of Health and Human Services and Food and Drug Administration. Guidance for industry. Patient-reported outcome measures: Use in medical product development to support labeling claims. Washington, DC 2009, <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/UCM193282.pdf>.
- Testa M.A., Simonson D.C. Assessment of quality of life outcomes. *New Engl J Med* 1996;334:835–840.
- Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B. on behalf of the study participants The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J National Cancer Institute* 1993;85:365–376.
- Cella D.F., Tulsky D.S., Gray G. on behalf of the study participants The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* 1993;11:570–579.
- Kochanek K., Xu J., Murphy S., Minino A., Kung H. Deaths: preliminary data for 2009. *National Vital Statistics Reports* 2011;59:1–51.
- Emberson S., Reise S. Item Response Theory for Psychologists. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. 2000; 384 p.
- Spertus J.A., Winder J.A., Dewhurst T.A., Deyo R.A., Prodzinski J., McDonnell M., Fihn S.D. Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: A new functional status measure for coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol* 1995;25:333–341.
- Lim L. L.-Y., Valenti L.A., Knapp J.C., Dobson A.J., Plotnikoff R., Higginbotham N., Heller R.F. название статьи??? *J Clin Epidemiol* 1993;46:1249–1256.
- Valenti L., Lim L., Heller R. F., Knapp J. An improved questionnaire for assessing quality of life after myocardial infarction. *Quality of Life Res* 1996;5:151–161.
- Pogosova N.V., Kursakov A.A., Baychorov I.H., Hefer St., Oldridzh N.B. Validation of the MacNew questionnaire for the assessment of health-related quality of life in patients with ischemic heart disease. *Racionalnaya farmakoterapiya v kardiologii* 2014;610:584–596. Russian (Погосова Н.В., Курсаков А.А., Байчоров И.Х., Хефер С., Олдридж Н.Б. Валидизация опросника MacNew для оценки связанного со здоровьем качества жизни у пациентов с ишемической болезнью сердца. Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2014;610:584–596).
- Rector T.S., Kubo S.H., Cohn J.N. Patients' self-assessment of their congestive heart failure: Part 2. Content, reliability, and validity of a new measure, the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire. *Heart Fail* 1987;3:198–209.
- Rector T.S., Cohn J.N. 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.
- Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. The Health Institute, New England Medical Center. Boston: Mass 1994; 238 p.

16. Ware J.E. Jr. SF-36 health survey update. Spine 2000;25:3130–3139.
17. Braizer J.E., Harper R., Jones N.M., O’Cathain A., Thomas K.J., Usherwood T., Westlake L. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. BMJ 1992;18,356846):160–164.
18. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica 1983;676):361–370.
19. Bjelland I., Dahl A.A., Haug T.T., Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. J Psychosomatic Res 2002;522:69–77.
20. Juniper E.F., Guyatt G.H., Streiner D.L., King D.R. Clinical impact versus factor analysis for quality of life questionnaire construction. J Clin Epidemiol 1997;50:233–238.
21. Molenaar I. Nonparametric models for polytomous responses. In: van der Linden W and Hambleton R, eds. Handbook of modern item response theory. New York: Springer-Verlag 1997;369–380.
22. Oldridge N., Hofer S., McGee H. on behalf of the study participants The HeartQol : Part I. Development of a new core health-related quality of life questionnaire for patients with ischemic heart disease. Eur J Prevent Cardiol 2014;211:90–07.

Поступила 05.03.16 (Received 05.03.16)

Начало. Продолжение на стр. 86

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
 Представительство Президента РФ в Северо-Кавказском  
 федеральном округе России  
 Администрация президента Чеченской Республики  
 Министерство здравоохранения Чеченской Республики  
 Чеченский государственный университет  
 Российское кардиологическое общество  
 Фонд содействия развитию кардиологии «Кардиопрогресс»  
**VI НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
 КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ КАВКАЗА  
 25-26 октября 2016 г**

**ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО**

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в VI научно-образовательной конференции кардиологов и терапевтов Кавказа, которая состоится в г. Грозный, ул Шерипова дом 32, главный корпус Чеченского государственного университета.

**Тематика конгресса**

- Совершенствование организации помощи терапевтическим и кардиологическим больным
- Неотложная и скорая помощь при сердечно-сосудистых и других соматических заболеваниях
- Новые медицинские технологии в диагностике, лечении, профилактике и реабилитации кардиологических больных
- Интервенционная кардиология и хирургические методы лечения сердечно-сосудистых заболеваний
- Коморбидные заболевания (состояния) в практике врача терапевта: особенности диагностики, лечения, профилактики.
- Надвигающиеся эпидемии: ожирение, сахарный диабет и другие эндокринные заболевания
- Хронические легочные заболевания в терапевтической практике
- Заболевания почек
- Желудочно-кишечные патологии
- Психосоматические и неврологические расстройства в практике терапевта

- Системные заболевания соединительной ткани
- Семейная медицина
- Сестринское дело в клинике внутренних болезней

Научная программа конгресса включает лекции, пленарные заседания, научные симпозиумы, секционные заседания, стендовые доклады, конкурс молодых ученых, школы для практикующих врачей.

Полная научная программа размещается на [www.cardioprogres.ru](http://www.cardioprogres.ru) за 15 дней до начала Конференции.

Информация о VI Научно-образовательной конференции кардиологов и терапевтов Кавказа размещена на официальном сайте Форума [www.cardioprogres.ru](http://www.cardioprogres.ru), а также на сайтах партнеров: [www.rosccardio.ru](http://www.rosccardio.ru), [www.rpccardio.ru](http://www.rpccardio.ru), [www.bionika-media.ru](http://www.bionika-media.ru), [www.medvestnik.ru](http://www.medvestnik.ru), [www.pharmvestnik.ru](http://www.pharmvestnik.ru)

**Тезисы**

В рамках конференции планируется издание сборника тезисов. Материалы конференции будут опубликованы в журнале, рекомендованном ВАК РФ (Кардиоваскулярная терапия и профилактика).

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ