

Получена: 5 декабря 2020 / Принята: 28 января 2020 / Опубликовано online: 30 апреля 2020

DOI 10.34689/SH.2020.22.2.011

УДК 616.092.11-616.12

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННЫМ СЕРДЕЧНЫМ ВЫБРОСОМ

Баян А. Орынбасарова¹, <https://orcid.org/0000-0002-3098-6080>

Гульнар М. Шалгумбаева¹, <http://orcid.org/0000-0003-3310-4490>

Даулет Х. Даутов², <https://orcid.org/0000-0003-0838-6983>

Юлия В. Петрова¹, <https://orcid.org/0000-0003-1910-7169>

Оксана А. Юрковская¹, <https://orcid.org/0000-0002-6251-5574>

Лашин К. Жазыкбаева¹, <https://orcid.org/0000-0001-6529-284X>

¹НАО «Медицинский университет Семей», г.Семей, Республика Казахстан;

²НАО «Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Республика Казахстан.

Резюме

Введение. Качество жизни (КЖ) обозначает оценку параметров ассоциированных и не ассоциированных с заболеванием, и позволяющих дифференцированно определить влияние болезни и лечения на психологическое, эмоциональное состояние больного, его социальный статус.

Целью исследования была оценка качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с сохраненным сердечным выбросом.

Материалы и методы. Одномоментное поперечное исследование, которое проводилось в г.Семей, ВКО, в период с 13.03.2018 по 07.01.2019г. В исследовании приняли участие 306 человек. Для оценки КЖ использовали Миннесотский опросник. Данные представлены абсолютными числами и процентами, а также средним и его 95% доверительным интервалом и стандартным отклонением. Сравнение средних значений проводили с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты. Средний возраст участников исследования был 64,6 ($\pm 11,67$). Большую часть респондентов составили жители коренного населения (71,6%). Пациенты со средним образованием составили 87,9%. Большую часть участников исследования составили пенсионеры (60,5%). Средние показатели фракции выброса у участников исследования были равны 60,7 ($\pm 5,54$). Средние показатели общего физического компонента здоровья участников исследования были равны 20,8 ($\pm 8,34$) баллам. Средние показатели общего психологического компонента здоровья участников опроса были равны 6,8 ($\pm 5,16$) баллам. Средний балл по итоговой сумме баллов по опроснику был равен 42,7 ($\pm 17,45$).

Выводы. Физический компонент здоровья участников исследования соответствует среднему уровню удовлетворенности КЖ. При этом у женщин показатель физического компонента КЖ был хуже, чем у мужчин. Участники опроса менее подвержены депрессивным проявлениям и тревожным расстройствам. Итоговая сумма баллов по опроснику у участников исследования соответствует среднему уровню удовлетворенности КЖ.

Ключевые слова. Качество жизни, Миннесотский опросник, физическое здоровье, психологическое состояние.

Summary

ASSESSMENT OF THE QUALITY LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE WITH NORMAL EJECTION FRACTION

Bayan A. Orynbasarova¹, <https://orcid.org/0000-0002-3098-6080>

Gulnar M. Shalgumbayeva¹, <http://orcid.org/0000-0003-3310-4490>

Daulet H. Dautov², <https://orcid.org/0000-0003-0838-6983>

Julia V. Petrova¹, <https://orcid.org/0000-0003-1910-7169>

Oxana A. Yurkovskaya¹, <https://orcid.org/0000-0002-6251-5574>

Lashin K. Zhazykbaeva¹, <https://orcid.org/0000-0001-6529-284X>

¹ NPJSC "Semey Medical University", Semey city, Republic of Kazakhstan;

² NCJSC «Asfendiyarov Kazakh National Medical University», Almaty city, Republic of Kazakhstan.

Background. Quality life (QL) gives assessment condition of patient with association and without association with disease and allows define the influence of disease and treatment to psychological, emotional condition of patient and his social state.

The objective of the study was to assess the quality life of patients with chronic heart failure (CHF) with preserved cardiac output.

Materials and Methods. A cross-sectional study was conducted in Semey city, East Kazakhstan region from 13.03.2018 to 07.01.2019. 306 patients took participation in this study. The Minnesota questionnaire was used to assess QL. Data presented as absolute numbers and percentage, means and its 95% confidence interval and standard deviation. Student's t test was used for comparing the mean of two independent groups.

Findings. The average age was 64,6 ($\pm 11,67$) years. The most population of study was Kazakhs (71,6%). Mainly participants have high school education (87,9%). Most of the study participants were retired (60,5%). The mean of the ejection fraction of participants was 60,7 ($\pm 5,54$). The mean of physical health of participants was 20,8 ($\pm 8,34$) balls. The mean of psychological health of participants was 6,8 ($\pm 5,16$) balls. The mean of total scores on the questionnaire was 42,7 ($\pm 17,45$) balls.

Conclusion. The physical health of participants corresponds to the average level of QL satisfaction. At the same time, women had a worse physical health of QL than men. Participants were less susceptible to depressive symptoms and anxiety disorders. The total scores of the participants correspond to the average level of QL satisfaction.

Key words. Quality life, Minnesota Questionnaire, Physical health, Psychological condition.

Түйіндеме

ЖҮРЕК ЛАҚТЫРЫЛЫСЫ САҚТАЛҒАН ЖҮРЕК СОЗЫЛМАЛЫ ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР СҮРУ САПАСЫН БАҒАЛАУ

Баян А. Орынбасарова¹, <https://orcid.org/0000-0002-3098-6080>

Гульнар М. Шалгумбаева¹, <http://orcid.org/0000-0003-3310-4490>

Даулет Х. Даутов², <https://orcid.org/0000-0003-0838-6983>

Юлия В. Петрова¹, <https://orcid.org/0000-0003-1910-7169>

Оксана А. Юрковская¹, <https://orcid.org/0000-0002-6251-5574>

Лашин К. Жазыкбаева¹, <https://orcid.org/0000-0001-6529-284X>

¹ КеАҚ «Семей медицина университеті», Семей қаласы, Қазақстан Республикасы

² КеАҚ «С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті», Алматы қаласы, Қазақстан Республикасы

Кіріспе. Өмір сүру сапасы (ӨСС) аурумен ассоциацияланған және ассоциацияланбаған параметрлердің бағасын білдіреді және ауру мен емнің науқастың психологиялық, эмоциялық жағдайына, оның әлеуметтік мәртебесіне әсерін ажыратып, анықтауға мүмкіндік береді.

Зерттеудің мақсаты жүрек лақтырылысы сақталған жүрек созылмалы жеткіліксіздігі (ЖСЖ) бар науқастардың өмір сүру сапасын бағалау болды.

Материалдар мен әдістер. ШҚО, Семей қаласында жүргізілген біртегіздік көлденең зерттеу. Бұл зерттеу 2018 жылдың 03 Наурыз айынан бастап 2019-шы 03 Қантар айына дейін өткізілген. Зерттеуге 306 адам қатысты. ӨСС бағалау үшін Миннесоттық сауалнама қолданылды. Деректер абсолюттік сандар және пайыздармен, сондай-ақ орта және оның 95% сенімді интервалы мен стандартты ауытқуымен берілген. Орташа мәндерді салыстыру Стьюденттің t-критерийі арқылы жүргізілді.

Нәтижелері. Науқастардың орташа жасы 64,6 ($\pm 11,67$) болды. Респонденттердің басым бөлігін жергілікті тұрғындар (71,6%) құрады. Орта білімі бар науқастар 87,9% құрады. Зерттеуге қатысушылардың басым бөлігін зейнеткерлер (60,5%) құрады. Зерттеуге қатысушылардың лақтырылыс фракциясының орташа көрсеткіштері 60,7 ($\pm 5,54$) тең болды. Зерттеуге қатысушылар денсаулығының жалпы физикалық компонентінің орташа көрсеткіштері 20,8 ($\pm 8,34$) тең болды. Сауалнамаға қатысушылар денсаулығының жалпы психологиялық компонентінің орташа көрсеткіштері 6,8 ($\pm 5,16$) тең болды. Сауалнама бойынша қорытынды балдардың нәтижесі бойынша орташа балл 42,7 ($\pm 17,45$) тең болды.

Қорытынды. Зерттеуге қатысушылар денсаулығының физикалық компоненті ӨСС-ның орташа қанағаттанарлық деңгейіне сәйкес келді. Бұл ретте әйелдер ӨСС-ның физикалық компонентінің көрсеткіші ерлерден нашар болды. Сауалнамаға қатысушылар депрессивті көріністер мен мазасыздық бұзылуларға аз шалдыққан. Зерттеу қатысушыларында сауалнама бойынша балдардың қорытынды сомасы ӨСС-ның орташа қанағаттанарлық деңгейіне сәйкес келеді.

Түйінді сөздер. Өмір сапасы, Миннесот сауалнамасы, физикалық денсаулығы, психологиялық жағдайы.

Библиографическая ссылка:

Орынбасарова Б.А., Шалгумбаева Г.М., Даутов Д.Х., Петрова Ю.В., Юрковская О.А., Жазыкбаева Л.К. Оценка качества жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохраненным сердечным выбросом // Наука и Здоровье. 2020. 2(Т.22). С. 93-99. doi 10.34689/SH.2020.22.2.011

Orynbasarova B.A., Shalgumbayeva G.M., Dautov D.H., Petrova Ju.V., Yurkovskaya O.A., Zhazykbaeva L.K. Assessment of the quality life of patients with chronic heart failure with normal ejection fraction // *Nauka i Zdravookhranenie* [Science & Healthcare]. 2020, (Vol.22) 2, pp. 93-99. doi 10.34689/SH.2020.22.2.011

Орынбасарова Б.А., Шалгумбаева Г.М., Даутов Д.Х., Петрова Ю.В., Юрковская О.А., Жазыкбаева Л.К. Жүрек лақтырылысы сақталған жүрек созылмалы жеткіліксіздігі бар науқастардың өмір сүру сапасын бағалау // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2020. 2 (Т.22). Б. 93-99. doi 10.34689/SH.2020.22.2.011

Введение

По мнению экспертов ВОЗ, качество жизни (КЖ) - «это индивидуальное соотношение положения в жизни общества в контексте культуры и систем ценности этого общества с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства». ВОЗ разработал основополагающие критерии КЖ и их составляющие: физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых); психологические (положительные эмоции, эмоции, мышление, обучение, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные переживания); уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лечения и лекарств); общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность); окружающая среда (благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология). Это широкое понятие, определяемое совокупностью физического здоровья личности, его психологического состояния, персональных убеждений, социальных отношений и личного отношения к характерным чертам окружающей среды [18].

Понятие качества жизни в клинической медицине носит более узкий характер, отражая его зависимость от наличия того или иного патологического состояния. В современной медицине широкое распространение получил термин «качество жизни, связанное со здоровьем» (HRQL-health related quality life), обозначающих оценку параметров, ассоциированных и не ассоциированных с заболеванием, и позволяющих дифференцированно определить влияние болезни и лечения на психологическое, эмоциональное состояние больного, его социальный статус. Понятие «качество жизни» многомерное в своей основе. Его составляющими являются: психологическое благополучие, социальное благополучие, физическое благополучие, духовное благополучие.

Одним из важных проблем современной медицины с точки зрения распространенности, заболеваемости, смертности и использования медицинских услуг является хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Данной патологией страдает от 2 до 3% населения, и распространенность увеличивается с возрастом, затрагивая примерно от 10 до 20% населения старше 65 лет. [8]. А в развитых странах распространенность сердечной недостаточности

увеличивается из-за старения населения, увеличения выживаемости пациентов и эффективности вторичной профилактики.

Наличие у человека клинически выраженной ХСН сопряжено со значительным снижением его КЖ, которое, является более выраженным, по сравнению с другими распространенными хроническими заболеваниями. Для пациентов с ХСН присущи высокие показатели «болезненности» («morbidity»), которая характеризуется снижением толерантности к физическим нагрузкам, ухудшением КЖ и высокой потребностью в повторных госпитализациях. Улучшение КЖ считается важной целью лечебных вмешательств у больных с ХСН. Инструменты для оценки КЖ дают возможность получить информацию о том, как ХСН влияет на повседневную жизнь и благополучие пациента, эти данные невозможно получить из клинико-лабораторных обследований. Поэтому улучшение КЖ является важной целью при лечении и реабилитации пациентов с хронической сердечной недостаточностью. В последние десятилетия разработаны и внедряются десятки опросников по оценке качества жизни пациентов с ХСН. Среди них одним из наиболее широко известных и используемых является Миннесотский опросник качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью (MLHFQ - Minnesota living with heart failure questionnaire), который был переведен и адаптирован по меньшей мере на 34 языка, а также продемонстрировал хорошие психометрические качества в многочисленных исследованиях. [1]. Опросник отражает КЖ в течение последнего месяца. Он может заполняться самим пациентом. Хотя опросник не разделен на категории и в результате его применения вычисляется общий показатель КЖ, получающийся в результате простого суммирования показателей всех ответов, тем не менее, анализ вопросов позволяет разделить их на 6 категорий: симптомы ХСН (5 вопросов), ограничения в повседневной жизни из-за ХСН (6 вопросов), качества сна (1 вопрос), социальные последствия заболевания (4 вопроса), сексуальные нарушения (1 вопрос), психологические последствия заболевания (4 вопроса). Наихудшему КЖ соответствует общее значение 105, а наилучшему – 0.

Целью исследования была оценка качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью с сохраненным сердечным выбросом.

Материалы и методы. Одномоментное поперечное исследование проводилось в г.Семей, Восточно-Казахстанской области, в период с 13.03.2018 по

07.01.2019г. В исследовании приняли участие 306 пациентов, находящихся на лечении в БСМП, Городской больнице №2, Поликлинике «Хаким». В данных медицинских учреждениях проходят второй и третий этапы реабилитации больные с хронической сердечной недостаточностью. Тема исследования была одобрена Этическим комитетом (Протокол №2 от 25.10.2018 года ГМУ г.Семей). Информированное согласие было получено от каждого участника исследования. Объем выборки рассчитывался с помощью онлайн калькулятора (<http://onixresearch.ru/kalkulyatsiya/>). Были отобраны 306 пациентов методом генерации случайных чисел. Критерии включения: добровольное согласие, отсутствие психических заболеваний, проживание в г.Семей, клинически подтвержденный диагноз ХСН, с сохраненной фракцией выброса. Период наблюдения с 13.03.2018г. по 07.01.2019г.

Оценка КЖ проводилась с помощью Миннесотского опросника качества жизни (MLHFQ), рекомендованного для обследования пациентов с данной патологией. [11] Опросник содержит 21 пункт, каждый из которых оценивается по шести балльной шкале Ликерта, представляющей различные степени влияния сердечной недостаточности на КЖ, связанное со здоровьем (HRQoL), от 0 (нет) до 5 (очень много), чем выше балл по шкале, тем хуже качество жизни. Согласно опроснику вычисляется общий балл (в диапазоне от 0 до 105, от лучшего до худшего), связанный со здоровьем, качество жизни, а также баллы по двум параметрам: физическому (8 пунктов,

диапазон 0-40) и эмоциональному (5 пунктов, диапазон 0-25). Остальные восемь пунктов (из общего числа 21) рассматриваются только для расчета общего балла. Опросник MLHFQ был переведен на казахский и русский языки и валидизирован. В анкету были включены закрытые вопросы на казахском или русском языке, опросы проводились индивидуально. Все анкетные данные кодировались, конфиденциальность соблюдалась. В целом заполнение анкет занимало 10-15 минут. Выявленные неясности и недостатки в ответах респондентов исправлялись на месте путем проверки ответов на вопросы. Проверка анкеты на валидность и внутреннюю надежность была предварительно проверена на 20 пациентах.

Данные представлены абсолютными числами и процентами, а также средним и его 95% доверительным интервалом и стандартным отклонением. Сравнение средних значений в двух независимых группах при нормальном распределении проводилось с помощью t-критерия Стьюдента. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистического пакета программы SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) версия 20.0 для Windows (ГМУ г. Семей).

Результаты

Характеристика участников исследования представлена в таблице 1. В исследовании приняли участие 306 человек, из них 55,2% (n=169) мужчин, 44,8% (n=137) женщин.

Таблица 1.

Основная характеристика участников исследования.

Patients' characteristics.

Параметры	Показатели абс (%)
Общее количество	306
Мужчины абс (%)	169 (55,2)
Женщины абс (%)	137(44,8)
Национальность	
Казахи абс (%)	219 (71,6)
Русские абс (%)	69 (22,5)
Другие национальности абс (%)	18 (5,9)
Образование	
Высшее абс (%)	37 (12,1)
Среднее абс (%)	269 (87,9)
Место работы	
Служащие абс (%)	12 (3,9)
Сфера обслуживания абс (%)	15 (4,9)
Рабочие абс (%)	12 (3,9)
Пенсионеры абс (%)	185 (60,5)
Инвалиды абс (%)	37 (12,1)
Безработные абс (%)	45 (14,7)
Возраст	
Средний возраст	64,6 (11,67)
Мужчины Ср (СО)	62,3 (11,53)
Женщины Ср (СО)	66,6 (11,57)
Миннесотский опросник	
Физический компонент здоровья Ср. 95% ДИ	20,8 (19,9-21,8)
Психологический компонент здоровья Ср. 95% ДИ	6,8 (6,2-7,3)
Итоговая сумма баллов Ср. 95% ДИ	42,7 (40,7-44,7)

Средний возраст пациентов был 64,6 (95%ДИ:63,3-65,9) лет, CO=11,67. Самому молодому участнику исследование было 17 лет, самому старшему 89 лет. Средний возраст мужчин был 62,3 (95%ДИ:61,2-64,7) лет, CO=11,53. Самому молодому участнику исследование было 22 года, самому старшему 84 лет.

Средний возраст женщин был 66,6 (95%ДИ:64,8-68,6) лет, CO=11,57. Самой молодой участнице исследования было 17 лет, самой старшей 89 лет. Большую часть респондентов составили жители коренного населения (71,6%). Пациентов со средним образованием было 87,9% человек. Большую часть участников исследования составили пенсионеры (60,5%).

Средние показатели фракции выброса у участников исследования были равны 60,7 (95%ДИ:60,1-61,3), CO=5,54. Минимальные показатели были равны 50,0, максимальные 75,0. При этом у мужчин средние показатели фракции выброса были равны 60,0 (95%ДИ:59,1-60,8), CO=5,65. Минимальные показатели были равны 50,0, максимальные 74,0, у женщин данные показатели были равны 61,5 (95%ДИ: 60,6-62,4), CO=5,30. Минимальные показатели были равны 50,0, максимальные 74,0.

Обсуждение результатов.

Определяющим фактором, влияющим на качество жизни больных с ХСН, является с одной стороны физический дискомфорт с сопутствующим стойким снижением функциональных возможностей, с другой стороны психоэмоциональный фактор, обусловленный социальной дезадаптацией и психологической нагрузкой, выраженной тревогой, связанным с восприятием своей болезни. Значительный вклад к субъективным симптомам неудовлетворенности КЖ вносят низкая переносимость физических нагрузок. Во многих исследованиях было выявлено снижение физического компонента качества жизни у пациентов с ХСН. [3, 7, 10, 13, 16]. *N. Wenger и соавт.* [17] рассматривают медицинские аспекты качества жизни, исходя из трех основных компонентов: функциональной способности; восприятие; симптомов и их последствий.

Функциональная способность – это возможности организма выполнять повседневную работу, участвовать в социальной жизни, она также включает интеллектуальную и эмоциональную стороны жизни, способность создавать экономическую обеспеченность.

Восприятие включает взгляды человека и его суждения о ценности перечисленных компонентов; огромное значение для пациента имеет его восприятие общего состояния здоровья, уровня благополучия и удовлетворенности жизнью.

Симптомы являются следствием основного или сопутствующих заболеваний, они уменьшаются либо исчезают в результате вмешательства, являясь третьим важным компонентом качества жизни. Однако в результате лечения могут появляться новые симптомы, связанные с побочным действием лекарств. Симптомы, которые возникают вследствие побочных действий лекарственных веществ, могут повлиять на результаты лечения или существенно лимитировать его потенциальный результат, ухудшая качество жизни пациента. Симптомы могут влиять на функциональную

способность и восприятие, в то же время эти три компонента взаимосвязаны.

Оценка качества жизни у участников нашего исследования проводилась с помощью Миннесотского опросника качества жизни. По результатам анкетирования оценивается степень влияния сердечной недостаточности на качество жизни пациента, причем, чем выше балл, тем хуже качество жизни обследуемого. Вычисляется общий балл, а также баллы по физической составляющей здоровья и эмоциональной сфере. На рисунке 1 представлена оценка качество жизни участников опроса по Миннесотскому опроснику.

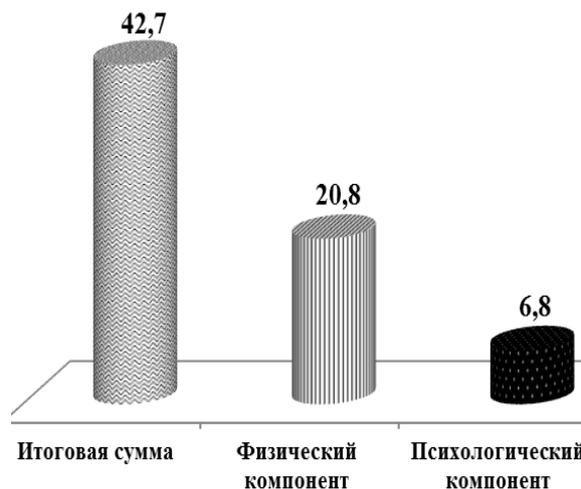


Рисунок 1. Оценка КЖ по Миннесотскому опроснику. (Assessment of QL according to the Minnesota questionnaire)

Согласно данным нашего исследования, средние показатели общего физического компонента здоровья участников исследования были равны 20,8 (95%ДИ:19,9-21,8) баллам CO=8,34, p=0,008. (Рисунок 1). Минимальный показатель был равен 1,0 баллу, максимальный 40 баллам. Данный показатель соответствует среднему уровню удовлетворенности качеством жизни по физическому компоненту. При этом средние показатели общего физического компонента здоровья у мужчин были равны 19,7 (95%ДИ:18,3-21,0) баллам CO=8,72, p=0,009. Минимальный показатель был равен 1,0 баллу, максимальный 40 баллам. У женщин данный показатель был равен 22,3 (95%ДИ:21,0-23,6) баллам CO=7,6790, p=0,219. Минимальный показатель был равен 4,0 баллам, максимальный 39 баллам. Средний балл физического компонента здоровья у женщин был выше на 2,61 (±0,938) балла, чем у мужчин (t=2,780, df=301,89, p=0,006), разница в средних значениях была статистически значима. Что говорит о том, что у женщин показатель физического компонента КЖ хуже, чем у мужчин.

Многие исследования продемонстрировали существенную связь выраженности клинико-гемодинамических и функциональных нарушений и эмоционального статуса пациентов, в частности депрессивных проявлений и тревожных расстройств у больных с ХСН. [5, 6, 14, 19]. В ряде работ продемонстрирована сильная зависимость КЖ больных

ХСН от выраженности тревожно-депрессивных расстройств и нарушений сна. [2, 4, 9, 12, 15, 17].

Согласно данным нашего исследования, средние показатели общего психологического компонента здоровья участников опроса были равны 6,8 (95%ДИ:6,2-7,3) баллам $CO=5,16$, $p=0,000$. (Рисунок 1). Минимальный показатель был равен 0,0 баллам, максимальный 25 баллам. Данный показатель говорит о том, что участники нашего исследования менее подвержены депрессивным проявлениям и тревожным расстройствам. При этом средние показатели общего психологического компонента здоровья у мужчин были равны 5,7 (95%ДИ:4,9-6,5) баллам $CO=5,04$, $p=0,000$. Минимальный показатель был равен 0 баллам, максимальный 20 баллам. У женщин данный показатель был равен 8,1 (95%ДИ:7,236-8,939) баллам $CO=5,04$, $p=0,000$. Минимальный показатель был равен 0 баллам, максимальный 25 баллам. Средний балл психологического компонента здоровья у женщин был выше на 2,38 ($\pm 0,579$) балла, чем у мужчин ($t=4,103$, $df=304$, $p=0,000$), разница в средних значениях статистически значима. Что говорит о том, что женщины больше подвержены психологическим расстройствам, связанным с ХСН.

Средний балл по итоговой сумме баллов по опроснику был равен 42,7 (95%ДИ:40,7-44,7) баллам $CO=17,45$, $p=0,000$. (Рисунок 1). Минимальный показатель был равен 5,0 баллам, максимальный 124 баллам. Данный показатель соответствует среднему уровню удовлетворенности качеством жизни у участников исследования. При этом средние показатели итоговой суммы у мужчин были равны 41,2 (95%ДИ:38,3-44,1) баллам $CO=19,07$, $p=0,000$. Минимальный показатель был равен 5 баллам, максимальный 124 баллам. У женщин данный показатель был равен 44,5 (95%ДИ:42,0-47,1) баллам $CO=15,10$, $p=0,049$. Минимальный показатель был равен 14 баллам, максимальный 92 баллам.

Средний балл по итоговой сумме баллов у женщин был выше на 3,31 ($\pm 1,953$) балла, чем у мужчин ($t=1,699$, $df=303,85$, $p=0,090$), разница в средних значениях статистически незначима. Что говорит о том, что в целом нет отличия между мужчинами и женщинами в отношении удовлетворенности качеством жизни у пациентов с ХСН.

Данное одномоментное поперечное исследование имеет ряд ограничений, которые необходимо учитывать при интерпретации результатов. Анкетирование участников исследования всегда имеет субъективный характер и может влиять на общие результаты исследования. Повторный опрос участников исследования через определённый промежуток времени, улучшил бы результаты, однако работа выполнена в рамках магистерской диссертации и имела ограничения во времени. Но, несмотря на данные недостатки, работа имеет свои достоинства. Для анкетирования использовался Миннесотский опросник качества жизни (MLHFQ), валидность и значимость которого доказана во многих международных исследованиях. Данный опросник рекомендован как один из лучших инструментов для оценки качества жизни больных с хронической сердечной

недостаточностью. Опросник позволяет определить различные степени влияния сердечной недостаточности на качество жизни, связанное со здоровьем. Качество жизни оценивается по физическому и эмоциональному параметру, что позволяет проводить реабилитационные мероприятия, как на индивидуальном, так и на популяционном уровне.

Выводы

Качество жизни является важным аспектом в наблюдении и лечении пациентов с хронической сердечной недостаточностью, так как охватывает медицинские, социальные и эмоциональные стороны жизни.

Согласно данным нашего исследования средние показатели общего физического компонента здоровья участников исследования соответствует среднему уровню удовлетворенности качеством жизни. При этом у женщин показатель физического компонента качества жизни был хуже, чем у мужчин.

Исследование психологического компонента здоровья показал, что участники опроса менее подвержены депрессивным проявлениям и тревожным расстройствам. При этом женщины более подвержены психологическим расстройствам, связанным с хронической сердечной недостаточностью по сравнению с мужчинами.

Итоговая сумма баллов по опроснику у участников исследования соответствует среднему уровню удовлетворенности качеством жизни. В целом нет отличия между мужчинами и женщинами в отношении удовлетворенности качеством жизни у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Вклад авторов:

Шалгумбаева Г.М. - корреспондирующий автор, разработка дизайна исследования;

Орынбасарова Б.А., Даутов Д.Х. - разработка концепции исследования;

Петрова Ю.В., Юрковская О.А. - поиск и отбор статей для включения в статью;

Жазыкбаева Л.К. - разработка дизайна исследования.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, а также, что ни одна часть данной статьи не была опубликована в открытой печати и не находится на рассмотрении в других издательствах. Результаты данного исследования публикуются впервые.

Финансирование: Работа выполнена без финансовой поддержки.

References:

1. *Bilbao et al.* The Minnesota living with heart failure questionnaire: comparison of different factor structures // Health and Quality of Life Outcomes, 2016;14:23 DOI 10.1186/s12955-016-0425-7.
2. *Brostrom A., Stromberg A., Dahlstrom U., Fridlund B.* Sleep difficulties, day time sleepiness, and health related quality of life in patients with chronic heart failure //J. Cardiovasc. Nursing, 2004; 19(4): 234-242.
3. *Calvert M.J., Freemantle N., Cleland J.G.F.* The impact of chronic heart failure on health related quality of life data acquired in the baseline phase of the CARE HF study // European J. Heart Failure, 2005; 7: 243-251.

4. Chung M.L., Moser D.K., Lennie T.A., Rayens M.K. The effects of depressive symptoms and anxiety on quality of life in patients with heart failure and their spouses: testing dyadic dynamics using Actor 2 Partner Interdependence Model // *J. Psychosom. Res.*, 2009; 67(1): 29-35.
5. Cully J.A., Philips L.L., Kunik M.E. et al. Predicting quality of life in veterans with heart failure: the role of disease severity, depression, and comorbid anxiety // *Behav Med*, 2010; 36 (2): 70-76
6. Faller H., Stork S., Schuler M. et al. Depression and disease severity as predictors of health related quality of life in patients with chronic heart failure - a structural equation modeling approach // *J. Card. Fail.*, 2009; 15 (4): 286-292.
7. Franzen K., Saveman B-I., Blomqvist K. Predictor for health related quality of life in persons 65 years or older with chronic heart failure // *Europ. J. Cardiovasc. Nursing*, 2007; 6:112-120.
8. Go A.S., Mozaffarian D., Roger V.L., et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics - 2014 update: a report from the American Heart Association. // *Circulation*. 2014;129(3):399-410
9. Hallas C.N., Wray J., Andreou P., Banner N.R. Depression and perceptions about heart failure predict quality of life in patients with advanced heart failure // *Heart Lung*, 2010;7
10. Heo S., Doering L.V., Widener J. et al. Predictors and effect of physical symptom status on health related quality of life in patients with heart failure // *Amer. J. Crit. Care*, 2008; 17(2): 124-132.
11. Introducing the WHOQOL instruments. <http://www.who.int/evidence/instruments/qol/q11.htm>. [Accessed 04/11/2004]
12. Johansson P., Arestedt K., Alehagen U. et al. Sleep disordered breathing, insomnia, and health related quality of life - a comparison between age and gender matched elderly with heart failure or without cardiovascular disease // *Eur. J. Cardiovasc. Nurs*, 2010; 9(2): 08-117
13. Juenger J., Schelberg D., Kraemer S. et al. Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables // *Heart*, 2002; 87: 235-241.
14. Lea P. The effects of depression in heart failure // *Dimens Crit Care Nurs*, 2009; 28 (4): 164-168.
15. Lewis E.F., Lamas G.A., O'Meara E. et al. Characterization of health related quality of life in heart failure patients with preserved versus low ejection fraction in CHARM // *Europ. J. Heart Failure*, 2007; 9: 83-91
16. O'Leary N., Murphy N.F., O'Loughlin C. et al. A comparative study of the palliative care needs of heart failure and cancer patients // *Eur.J.Heart Failure*, 2009; 11: 406-412.
17. Wenger N.K., Mattson M.E., Furberg C.D., Elinson J. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies // *Amer. J. Cardiol* 1984;54:908-13
18. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment (WHOQOL) // *Qual. Life Res*, 1993; 2:153-159.
19. Zambroski C.H., Moser D.K., Bhat G. et al. Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure // *Eur. J. Cardiovasc. Nurs*, 2005; 4(3): 198-206.

Контактная информация:

Шалгумбаева Гультнар Металловна – PhD, ассистент кафедры семейной медицины НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей, Республика Казахстан.

Почтовый адрес: Республика Казахстан, 072400, г. Семей, ул. Утепбаева 3-30.

Телефон: +77055302561

E-mail: gul6868@mail.ru