

Коваленко В. Н., Воронков Л. Г.

ПРОБЛЕМА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Национальный научный центр «Институт кардиологии
им. акад. Н.Д. Стражеско АМН Украины»,
г. Киев, Украина

Kovalenko V. N., Voronkov L. G.

THE PROBLEM OF THE QUALITY OF LIFE IN CHRONIC HEART FAILURE

РЕЗЮМЕ

Наличие клинически манифестной хронической сердечной недостаточности (ХСН) сопряжено с существенным снижением качества жизни (КЖ) пациентов, обусловленным как снижением их функциональных возможностей, так и психоэмоциональным дискомфортом. Наиболее информативными предикторами качества жизни у пациентов с ХСН являются ее коронарогенная природа, возраст, функциональный класс (ФК), женский пол, тахикардия в состоянии покоя, клиренс креатинина, уровни гемоглобина и мочевой кислоты в крови, концентрация холестерина в плазме, средняя и тяжелая степень психической депрессии. Данные стандартизованных опросников MNFLQ и SF-36 характеризуются достаточно высокой информативностью в отношении прогноза 1-5-летней выживаемости пациентов с ХСН одного и того же ФК и, соответственно, могут быть использованы для стратификации риска пациентов с ХСН, близких по своим функциональным возможностям.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, качество жизни, предикторы, прогноз.

SUMMARY

Clinically manifested chronic heart failure (CHF) is associated with significant decrease of patients' quality of life (QL) caused by their functional capability as well as their psychoemotional discomfort. Most informative predictors of QL in CHF are its ischemic origin, age, female sex, NYHA functional class (FC), tachycardia at rest, creatinine clearance, Hb, uric acid and plasma cholesterol levels, moderate-to-severe depression. Data of Minnesota Heart Failure Life Quality/SF-36 questionnaires demonstrate high prognostic value in regard of 1 – 5 year survival in CHF patients with the same NYHA class and so may be useful in risk stratification of patients with comparable functional status.

Key words: chronic heart failure, quality of life, predictors, prognosis.

Контактная информация:

**Коваленко
Владимир Николаевич**

профессор, директор Национального научного центра «Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско АМН Украины», Президент Ассоциации кардиологов Украины член-кор. АМН Украины

**Воронков
Леонид Георгиевич**

д. м. н., профессор, руководитель отдела сердечной недостаточности Института кардиологии им. Н.Д. Стражеско, председатель Киевского научного общества кардиологов,
телефон: +38 050 204 98 52, e-mail: lgvoronkov@gmail.com

Смягчение двух кардинальных, драматических для пациента и его окружения, аспектов хронической сердечной недостаточности (ХСН) – сокращения срока жизни и снижения качества последней является смыслом лечебно-реабилитационных мероприятий, осуществляемых при данном синдроме. Ныне, когда благодаря сочетанному применению нейрогуморальных антагонистов перспектива продления жизни таким больным стала находить реальное воплощение, ощутимо возрос интерес к исследованию различных аспектов качества жизни (КЖ) при данном синдроме. Судя по интернет-ресурсу, в течение только последних 5 лет количество работ по упомянутой теме утроилось, что контрастирует с ситуацией в нашей стране, где вплоть до последних лет соответствующие публикации носили спорадический и сугубо прикладной характер, возобновившись в качестве самостоятельного тематического раздела с 2006г. благодаря инициативе ныне покойного профессора Г. В. Яновского [1].

Судя по всему, первое медицинское определение КЖ было сформулировано в 1966 г. J.Ecklinton в статье «Медицина и качество жизни», опубликованной в журнале «Annals of Internal Medicine», посвященной соответствующей проблеме в клинической трансплантологии. Опираясь на цитату Френсиса Бэкона «задача медицины – лишь настроить удивительную арфу человеческого тела и привести его к гармонии», автор критикует современную ему медицину за «недюжинное искусство в настройке» при наличии «больших проблем с гармонией», после чего дает определение КЖ как «гармонию внутри человека и между человеком и миром, к которой стремятся пациенты, врач и все общество» [2]. В дальнейшем предлагались различные медицинские определения КЖ [5,6,7]. Во второй половине 1990-х гг. в литературе укоренился термин «health-related quality of life», т.е. «качество жизни, относящееся к здоровью», под которым подразумевается уровень функционирования пациента, состояние его здоровья и благополучия (well-being), основанное на его субъективном восприятии [3]. Дальнейшая конкретизация понятия «КЖ, относящееся к здоровью» позволила определить его как собирательную характеристику, базирующуюся на трех главных компонентах: а) субъективных клинических симптомах заболевания, б) функциональных (как физических, так и социальных) возможностях пациента и в) т.н. «восприятиях» (perceptions), под чем подразумеваются индивидуальные суждения субъекта относительно состояния его здоровья, социального статуса, благополучия и удовлетворенности жизнью [4,5]. Таким образом, в отличие

от регистрируемых врачом объективных клинико-инструментальных данных, КЖ пациента отражает другую, субъективную сторону его патологического состояния.

Исследование влияния заболевания на КЖ базируется на анализе данных самостоятельной оценки пациентом ограничений, обусловленных этим заболеванием. Основным инструментом получения таких данных является анкетирование пациента с помощью стандартизированных опросников, которых (применительно ко всем областям медицины) до недавнего времени было уже зарегистрировано более тысячи [6].

Методики оценки КЖ в медицине подразделяются на т.н. общие (generic) и болезнь-специфические. Первые из них позволяют судить о состоянии КЖ пациентов независимо от характера испытываемой популяции, вида заболевания и особенностей лечения. Ко второй разновидности принадлежат методики, специально разработанные для оценки КЖ у пациентов с определенным заболеванием.

Наиболее широко используемой общей методикой оценки КЖ у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями является опросник SF-36, созданный в 1992 г. в США по заказу страховой компании RAND [7]. 36 пунктов опросника сгруппированы в 8 шкал, показатели каждой из которых варьируют между 0 и 100 (100 – полное здоровье), причем итоговый показатель каждой из шкал имеет самостоятельное значение. Шкалы группируются в два отдельных суммирующих показателя – «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья» Математическая обработка результатов, позволяющая получить приемлемые для интерпретации данные, производится по авторским формулам. Методика SF-36 тщательно валидизирована путем исследований среди различных репрезентативных выборок (в США, Франции, Италии, Великобритании, Австралии), причем по сравнению с другими общими методиками оценки КЖ (NPH, SIP, OWB) SF-36 является более чувствительной [8,9]. В настоящее время среди общих методик оценки КЖ SF-36 рассматривается в качестве условного «золотого стандарта» и достаточно широко используется, в том числе для оценки КЖ у пациентов с ХСН.

Из так называемых болезнь-специфических методик оценки КЖ при ХСН наибольшее распространение получила анкета MHFLQ (дословно: «Миннесотский опросник жизни с сердечной недостаточностью») [10,11]. Она состоит из 21 вопроса, которые охватывают различные стороны КЖ пациента с ХСН. Для ответа на каждый

вопрос пациенту предлагается самостоятельно использовать 6-пунктовую шкалу Ликерта, соответствующую выраженности тех или иных нарушений в возрастающем порядке. Максимальная сумма баллов опросника (105) соответствует наилучшему, а 0 баллов – наихудшему КЖ. Доказана высокая валидность, воспроизводимость данной анкеты и ее чувствительность к изменениям КЖ на фоне лечения [12,13].

Существует и ряд методик, которые позволяют количественно оценивать отдельные характеристики пациента с ХСН, влияющие на его КЖ. Примером может служить опросник, суммирующий показатель которого получил название Индекса активности Университета Дюка (The Duke Activity Status Index – DASI) [14]. Он содержит 12 вопросов, отражающих возможность/невозможность выполнения пациентом ряда типичных бытовых нагрузок различной степени тяжести, каждому из которых отвечает определенный уровень энергозатрат. Количественный суммарный показатель уровня функциональных возможностей пациента более точно, чем клинически установленный класс по NYHA, отражает уровень функциональных возможностей пациента. Другим примером может служить использование специальных опросников, позволяющих оценить наличие и выраженность психической депрессии и/или тревоги, нередко наблюдающихся у пациентов с клинически манифестированной ХСН и негативно влияющих на их качество жизни. К таковым, в частности, принадлежат гериатрическая шкала депрессии (GDS), шкалы депрессии Бека, Цунга, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала тревоги Спилберга – Ханина и др.

Наличие у индивидуума клинически манифестной ХСН сопряжено со значительным снижением его КЖ, которое, как показано в сравнительных исследованиях, является более выраженным, нежели при других распространенных хронических патологических состояниях: артериальной гипертензии, сахарном диабете, хронических заболеваниях легких, артритах, стенокардии [15], будучи сопоставимым с таковым при раке или болезни Паркинсона [16].

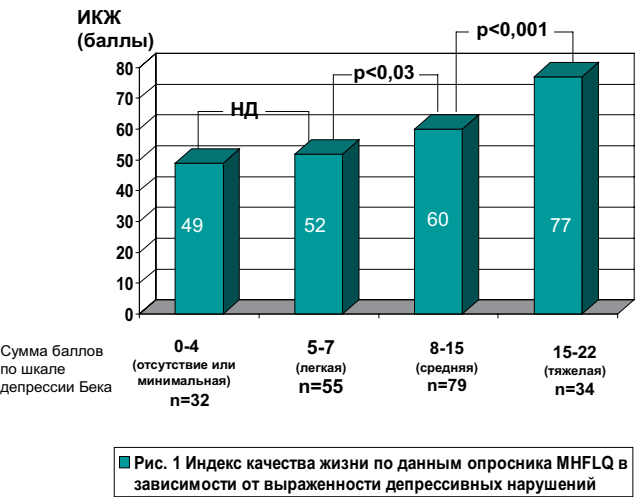
Кардинальными факторами, определяющими снижение качества жизни у пациентов с ХСН, являются, с одной стороны, физический дискомфорт с сопутствующим стойким снижением функциональных возможностей, с другой же – дискомфорт психоэмоциональный, обусловленный как социальной дезадаптацией, так и психическим угнетением, тревогой, связанными с восприятием своей болезни.

Весьма значительная роль субъективных

симптомов сердечной недостаточности (СН) и неудовлетворительной переносимости физических нагрузок в снижении КЖ при ХСН продемонстрирована во многих исследованиях. По нашим данным, суммарный балльный индекс КЖ, полученный в результате заполнения анкеты MHFLQ, явился наибольшим (наихудшим) у больных IV функционального класса (ФК) по NYHA (71,1±2,0; n=98), наименьшим – у пациентов II ФК (40,0±1,0; n=153); группа пациентов III ФК занимала промежуточное положение (57,0±0,7) при статистически высокодостоверных различиях между всеми группами (p<0,001). Аналогичная зависимость в виде достоверного ухудшения соответствующих параметров, отражающих как физический, так и психологический компонент здоровья, по мере возрастания класса по NYHA, отмечено нами при анализе анкеты SF-36.

Вместе с тем, данные ряда исследований, особенно выполненных в последнее время, демонстрируют существенную, по меньшей мере, сопоставимую с выраженностью клинико-гемодинамических и функциональных нарушений, роль эмоционального статуса пациентов, в частности, депрессивных проявлений и тревожных расстройств в снижении КЖ при ХСН. Так, наряду с данными о слабой либо умеренной корреляции между показателями КЖ с одной стороны и такими параметрами, как ФВ ЛЖ, дистанция 6-минутной ходьбы, максимальное потребление кислорода, циркулирующего натрий-уретического пептида – с другой [17,18], продемонстрирована достаточно сильная зависимость КЖ больных с ХСН от выраженности тревожно-депрессивных расстройств и нарушений сна [19,20]. В группе обследованных нами пациентов с ХСН, подавляющее число из которых (88%) принадлежали к III ФК по NYHA, мы наблюдали отчетливую зависимость между суммарным балльным показателем КЖ по данным анкеты MHFLQ и наличием/выраженностью депрессивных расстройств, оцениваемых по шкале Бека. Так, при отсутствии достоверных различий суммы баллов КЖ между группами пациентов без депрессии (0-4 балла) и с легкой ее выраженностью (5-7 баллов), у пациентов с умеренно выраженной (8-15 баллов по Беку) и тяжелой (16-22 балла) депрессией наблюдали достоверно более выраженное ухудшение КЖ, усугубляющееся по мере нарастания количества баллов по вышеуказанной шкале (рис.1). Примечательно, что по такому показателю как ФВ ЛЖ, все вышеуказанные группы не различались между собой (соответственно – 39, 37, 36 и 38 %, p>0,05).

К клинико-демографическим характеристикам, обнаруживающим связь с показателями КЖ,



принадлежат, в частности, III-IV класс по NYHA, женский пол, наличие сопутствующего хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ), анемии [21,22,23]. Среди наших пациентов женщины (n=295), несмотря на несколько более низкую среднюю величину ФК (2,86±0,03 против 2,96±0,02, у мужчин, p=0,03), имели, в сравнении с мужчинами (n=700), худший суммарный индекс КЖ анкеты MHFLQ (соответственно, 58,0±1,1 против 54,7±0,8, p=0,02), а по данным опросника SF-36 характеризовались достоверно худшими параметрами в сравнении с мужчинами по 4-м шкалам из 8, являясь сопоставимыми с ними по остальным шкалам (табл. 1).

В качестве одной из причин худшего, в целом, КЖ у женщин, страдающих ХСН, рассматривается большая частота и выраженность у них нарушенный депрессивно-тревожного характера [23].

Противоречивыми остаются данные о влиянии возраста на КЖ пациентов с ХСН. Ранее публиковавшиеся нами результаты свидетельствуют о худших, в сравнении с более младшими возраст-

ными группами, показателях КЖ у пациентов с ХСН старше 65 лет [24]. Имеются данные не только о гендерных, но и расовых различиях КЖ. Так, показано, что не относящиеся к белой расе (non-white) мужчины с ХСН характеризуются достоверно худшими параметрами КЖ, сопряженными в свою очередь с большей выраженностью депрессивных нарушений [25].

Существуют, как минимум, три мотива для изучения качества жизни при ХСН.

Первый, вполне очевидный, состоит в том, что оценивая КЖ и исследуя его составляющие, мы формируем предпосылки к целенаправленной (т.е., в идеале – учитывающей структуру нарушений КЖ и индивидуальные характеристики пациента) ее коррекции. В этом смысле представляются важными исследования, нацеленные на выявление с помощью различных методов регрессионного анализа предикторов КЖ у пациентов с ХСН. В ряде подобных работ было показано, что предикторами худших показателей КЖ при ХСН являются клиническая тяжесть последней, выраженность субъективных симптомов ХСН, низкая ФВ ЛЖ, наличие депрессии и/или тревоги, нарушение сна (бессонница, ночные расстройства дыхания, сонливость в течение дня), ХОЗЛ, женский пол, низкий уровень образования. В исследовании Faller et al. [17], где по данным анкеты SF-36 оценивались физический и психологический компоненты здоровья, показано, что наличие депрессии служит предиктором ухудшения обоих из них, в то время как высокий класс по NYHA – только физического. Весьма интересны данные другого исследования с использованием опросника SF-36, в котором у пациентов с ХСН высокий уровень т.н. растворимых рецепторов

тумор-некротического фактора альфа (p.p.TNFα), отражающий выраженность системной иммуновоспалительной активации, ассоциировался с низкими показателями шкалы «психологическое здоровье», причем дальнейшему ухудшению последних в процессе динамического наблюдения сопутствовало дальнейшее повышение уровня p.p.TNFα; природа такой взаимосвязи обсуждается [26]. Примечательно, что объективные клинические признаки СН (хрипы, растяжение и пульсация яремных вен, периферические отеки) не оказывают существенного влияния на балльную оценку КЖ [27]. Противоречивыми остаются данные о зависимости КЖ при ХСН от таких сопутствующих характеристик, как наличие сопутствующих сахарного диабета, анемии, уровня АД.

Поскольку большинство установленных предикторов КЖ при ХСН (субъективные симптомы, выраженность дисфункции ЛЖ, ряд лабораторных показателей и др.) в значительной мере являются отражением клинической тяжести пациента, т.е. его класса по NYHA, который, в свою очередь кардинально влияет на КЖ, наибольший интерес представляет изучение показателей КЖ и поиск предикторов последнего в кластере пациентов, относительно однородных по своему клинико-функциональному состоянию. Проведенный нами логистический пошаговый регрессионный анализ клинико-демографических и инструментальных показателей 554-х пациентов ХСН III ФК

по NYHA в зависимости от данных опросника MHFLQ позволил установить ряд медицинских предикторов низкого КЖ (табл.2). Будучи далеки от декларирования прямой причинно-следственной связи между целым рядом из них, с одной стороны, и КЖ пациентов с ХСН – с другой, тем не менее, отметим, что коррекция, по крайней мере, некоторых из них, поддающихся модификации (повышенный уровень АД, ЧСС более 80 в мин, стенокардия, анемия), представляется вполне обоснованной в аспекте влияния на КЖ таких больных. В другой части наших исследований, охватившей 200 пациентов, преимущественно принадлежавшим к III ФК по NYHA, наиболее сильными предикторами низкого КЖ по данным анкеты MHFLQ явились перенесенный ранее инфаркт миокарда, значение индекса физической активности Университета Дюка > 12,5 баллов, сумма баллов по шкале депрессии Бека > 10, женский пол, креатинин плазмы > 190 мкмоль/л, ФВ ЛЖ < 35 %.

Вторым мотивом для изучения КЖ в современной медицине и, в частности, при ХСН, служит необходимость оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий, неотъемлемым критерием которой КЖ является. Начиная со знакового исследования CONSENSUS (1987), положившего начало эре ингибиторов АПФ в лечении СН, заполнение опросников КЖ является стандартной процедурой при динамическом наблю-

Таблица 1
Составляющие качества жизни пациентов с ХСН по данным опросника SF-36 (M±m)

Показатели по шкалам	Женщины (n=295)	Мужчины (n=700)
Физическое функционирование, баллы	36,3±1,5	43,2±1,08*
Роль в функционировании, обусловленное физическим состоянием, баллы	33,3±1,5	37,1±1,0*
Интенсивность боли, баллы	29,8±1,1	32,1±0,7
Общее здоровье, баллы	34,3±0,9	35,8±0,5
Жизнеспособность, баллы	32,2±1,2	34,9±0,8**
Социальная активность, баллы	46,1±1,4	50,3±0,9*
Роль в функционировании, обусловленное эмоциональным состоянием, баллы	41,9±1,7	45,8±1,1
Психическое здоровье	52,1±1,0	53,2±0,6

Примечание: * – p < 0,05; ** – p < 0,01.

Таблица 2
Демографические, клинические и инструментально-лабораторные предикторы неудовлетворительного КЖ у больных ХСН III ФК по NYHA, по данным многофакторного логистического регрессионного анализа

Фактор	Отношение рисков (ОР) с 95% доверительным интервалом	
	ОР	p
Возраст > 60 лет	1,82	0,012
Женский пол	1,44	0,05
ХСН ишемической природы	2,03	0,004
Перенесенный ИМ	1,42	0,050
Присутствие сопутствующей АГ	1,57	0,014
Присутствие стенокардии	1,66	0,004
Дистанция 6-минутной ходьбы < 220 м	2,13	0,0001
ЧСС ≥ 80 уд\мин в покое	1,61	0,0004
Размер левого предсердия ≥ 4,6 см	2,07	0,020
Клиренс креатинина ≤ 60 мл\мин	1,59	0,034
Гемоглобин крови ≤ 120 г\л	1,80	0,015
Процентный состав лимфоцитов крови ≤ 20 %	2,20	0,0002
Содержание мочевой кислоты в плазме крови ≥ 600 мкмоль\л	2,29	0,014
Содержание холестерина в плазме крови ≤ 3,5 ммоль\л	2,00	0,0001

дении пациентов в подавляющем большинстве мультицентровых испытаний как лекарственных средств, так и имплантируемых лечебно-инженерных устройств (кардиоресинхронизирующие электростимуляторы, кардиовертеры, устройства постоянной помощи левому желудочку и др.), программ обучения и физических тренировок пациентов.

Наконец, еще одной, относительно новой, сферой применения стандартизированной оценки КЖ при ХСН является использование результатов анкетирования пациентов с целью прогнозирования клинического течения болезни. Так, в нескольких работах показано, что худшим балльным показателем КЖ по результатам заполнения специфичных для ХСН Миннесотского или Канзасского опросников, соответствует достоверно более высокая частота повторных госпитализаций и худшая выживаемость пациентов в течение последующего наблюдения, сроки которого варьировали от 8 мес. до 3 лет [28,29,30].

Существенный интерес представляют результаты [31], свидетельствующие о высокой прогностической информативности, касательно долгосрочной выживаемости пациентов с ХСН, суммы баллов по шкале «психологический компонент здоровья» анкеты SF-36, величина которой, в свою очередь, связана с фактом наличия сопутствующих депрессивных нарушений. При интерпретации этих результатов резонно принимать во внимание доказанную самостоятельную роль психической депрессии в отягощении клинического прогноза ХСН [32,33], являющуюся предметом отдельных исследований.

Поскольку, как уже говорилось выше, тяжесть ХСН, оцениваемая по NYHA – классу пациентов, является мощным модулятором и их КЖ, и выживаемости, для выяснения действительной ценности (а значит, целесообразности) использования опросников КЖ для прогнозирования течения ХСН нами соответствующим образом были проанализированы данные функционально однородной (III ФК) когорты из 554 пациентов. С помощью кластерного анализа и последующего построения регрессионной модели Кокса, нам удалось установить границу численных значений суммы баллов анкеты MHFLQ и суммы баллов по шкале «физический компонент здоровья» анкеты SF-36, являющиеся значимыми (и, кроме того – не зависящими от величины ФВ ЛЖ, приема ингибиторов АПФ и бета-блокаторов), предикторами выживаемости таких пациентов в течение последующих 1, 2-х и 3-х и 5 лет с убывающей информативностью по мере увеличения срока наблюдения (рис. 2 и рис. 3, соответственно).

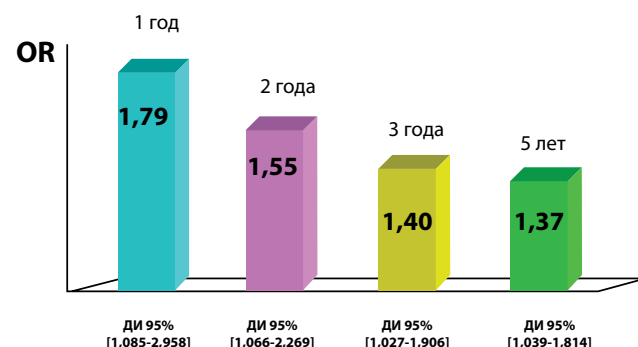


Рис. 2. Относительный риск летального случая для различных временных интервалов наблюдения у пациентов с суммой баллов по анкете MHFLQ ≥ 69

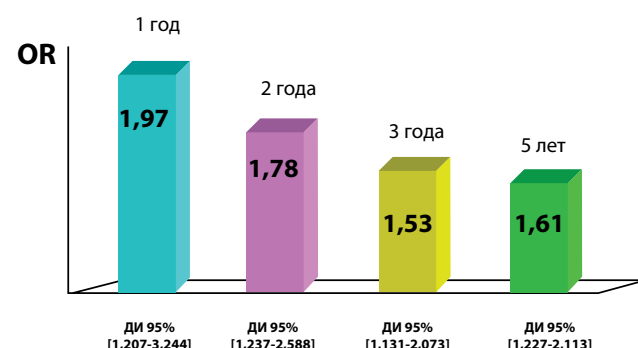


Рис. 3. Относительный риск летального случая для различных временных интервалов наблюдения у пациентов с суммой баллов показателя «физический компонент здоровья» по анкете SF-36 $\leq 37,5$

Кроме того, удалось установить границу численных значений суммы баллов по шкале «психологический компонент здоровья» анкеты SF-36, как значимого, не зависящего от пола, ФВ ЛЖ, приема ИАПФ и бета-блокаторов, предиктора выживания пациентов с ХСН в течение первых 3-х лет наблюдения (рис.4).

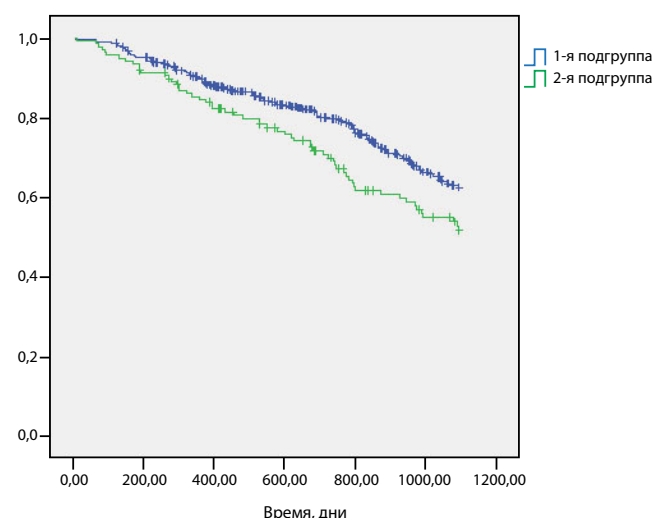


Рис. 4. Кривые выживаемости на протяжении 36 мес. пациентов с ХСН в зависимости от сум-

мы баллов по шкале «психологический компонент здоровья» SF-36

Логранговый тест: хи-квадрат = 5,489; $p = 0,019$.
Критерий Тарона – Варе: хи-квадрат = 5,867; $p = 0,015$.
Сумма баллов в 1-й подгруппе: $Me = 42,2$ [34,7- 63,3].
Сумма баллов во 2-й подгруппе: $Me = 29,4$ [16,5- 34,5].

Представленные результаты показывают, что основанная на стандартизованных методах опроса оценка пациентом параметров своего качества жизни позволяет получить ценную (и, одновременно, малозатратную) ориентировочную информацию относительно их долговременного клинического прогноза. На практике это может быть полезным с позиций стратификации риска пациентов, близких по своим функциональным возможностям (принадлежность к одному и тому же клинически установленному классу по NYHA).

В заключение отметим, что КЖ представляет собой весьма значительный «пласт» в проблеме ХСН, в силу своей специфики аккумулирующий медицинские, социальные и гуманитарные ее аспекты. В условиях, когда все большее число пациентов получают стандартную, т.е. оговоренную действующими рекомендациями и направленную в первую очередь на продление их жизни, терапию, неизбежно актуализируется необходимость коррекции качества их жизни. В этой связи необходимо учитывать, что в то время как перспектива прогноза своего дальнейшего выживания для большинства пациентов с ХСН является неопределенной и нередко вытесняемой из сознания, КЖ является наиболее животрепещущим аспектом в их индивидуальном личностном восприятии болезни. Именно с этим связана актуальность дальнейших исследований данной области – области, может быть, наиболее тесно связанной с гуманистическим предназначением медицины.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Яновский Г.В. Качество жизни у больных с заболеваниями системы кровообращения // Укр. кардиол. журнал. -2005.-№1.-с.16-20.
2. Elkkinton J.R. Medicine and the quality of life // Ann.Intern.Med.-1966.-v.64.-p.711-714.
3. Testa M.A., Simonson D.S. Assessment of quality of life outcomes // N.Engl.J.Med.-1996.-v.334.-p.835-840.
4. Juenger J., Schellberg 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.-v.87.-p.235-241.
5. Coelho R., Ramos S., Prata J. et al. Heart failure

and health related quality of life // Clin. Pract. Epidemiol. Ment Health.-2005.-v.1.-p.19.

6. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Под ред. Ю.Л.Шевченко.- Спб., ОЛМА Медиа Групп., 2007.- 315 с.
7. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS-36-item short-form health survey (SF-36): conceptual framework and item selection // Med.Care.-1992.-v.30.-p.473-485.
8. Edelman D., Williams G.R., Rothman M., Samsa G.P. A comparison of three health measures in primary care outpatients // J. Gen. Intern. Med.-1999.-v.14.-p.759-762.
9. Brazier J.E., Harper R., Jones N.M.B. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care // BMJ.-1992.-v.305.-p.160-164.
10. Rector T.S., Francis G.S., Cohn J.N. Patients self-assessment of their congestive heart failure. Part 1: Patient perceived dysfunction and its poor correlation with maximal exercise tests // Heart Failure. - 1987.-v.3.-p.192-196.
11. 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 Failure. - 1987.-v.3.-p.198-207.
12. Berry C., McMurray J. A review of quality of life evaluation in patients with congestive heart failure // Pharmacoeconomics.- 1999.-v.16.-p.247-271.
13. Reddy P., Dunn A.B. The effect of beta-blockers on health-related quality of life in patients with heart failure // Pharmacotherapy.-2000.-v.20.-p.679-689.
14. Hlatky M.A., Boineau R.E., Higginbotham M.B. A brief self-administrated questionnaire to determine functional capacity (The Duke Activity Status Index). Am.J.Cardiol. -1989.-v.64.-p.651-654.
15. 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.-vol.87.-p.235-241.
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.-vol.11.-p.406-412.
17. 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 May.-vol.15 (4).-p.286-292.
18. 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.—vol.36 (2).-p.70-76.
19. 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-Partner Interdependence Model // *J. Psychosom. Res.* -2009.-vol. 67(1).-p.29-35.
20. 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.-vol.9(2).-p.108-117.
21. Hobbs F.D.R., Kenkre J.E., Roalfe A.K. et al. Impact of heart failure and left ventricular systolic dysfunction on quality of life. A cross-sectional study comparing common chronic cardiac and medical disorders and a representative adult population // *Europ. Heart J.* – 2002. – v.23. – p.1867–1876.
22. Luttik M.L., Lesman-Leegte I., Jaarsma T. Quality of life and depressive symptoms in heart failure patients and their partners: the impact of role and gender // *J. Card. Failure.* -2009.-vol.15(7).-p.580-585.
23. Garin O., Ferrer M., Pont A. et al. Disease-specific health-related quality of life questionnaires for heart failure: a systematic review with meta-analyses // *Qual Life Res.* -2009.-vol. 18(1).-p.71-85.
24. Воронков Л.Г., Паращенко Л.П., Яновський Г.В., Ткач Н.А. Стан якості життя хворих із хронічною серцевою недостатністю залежно від основних показників демографічних та клініко-інструментальних досліджень // *Кровообіг та гемостаз.* – 2008. – № 4. – с.52–56.
25. Macabasco O'Connel A., Crawford M.H., Stotts N. et al. Gender and racial differences in psychosocial factors of low-income patients with heart failure // *Heart Lung.* -2010.-vol.39(1).-p.2-11.
26. Parissis J., Nikolaou M., Farmakis D. et al. Self-assessment of health status is associated with inflammatory activation and predicts long-term outcomes in chronic heart failure // *Europ. J. Heart Failure.* – 2009. – v.11. – p.163–169.
27. Rector T.S., Anand I.S., Cohn J.N. et al. Relationships between clinical assessments and patients perceptions of the effects of heart failure on their quality of life // *J. Card. Fail.* -2006.-vol.12(2).-p.87-92.
28. Alla F., Briancon S., Guillemin F. et al. Self-rating quality of life provides additional prognostic information in heart failure. Insights into the EPICAL study // *Europ. J. Heart Failure.* -2002.-vol.4.-p.337-343.
29. Rodriguez-Artalejo F., Guallar-Castillon P., Pascual C. et al. Health-related quality of life as a predictor of hospital readmission and death among patients with heart failure // *Arch. Intern. Med.* – 2005. – v.165. – p.1274–1279.
30. Dunlay S M., Gheorghiade M., Reid K.J. et al. Critical elements of clinical follow-up after hospital discharge for heart failure: insights from the EVEREST trial // *Europ. J. Heart Failure.* – 2010. – v.12. – p.367–374.
31. Faller H., Stork S., Schowalter M. et al. Is health-related quality of life an independent predictor of survival in patients with chronic heart failure? // *J. Psychosom. Res.* – 2007. – v.63. – p.533–538.
32. Macchia A., Monte S., Pellegrini F. et al. Depression worsens in elderly patients with heart failure: An analysis of 48,117 patients in a community setting // *Europ. J. Heart Failure.* – 2008. – v.10. – p.714–721.
33. Lesman-Leegte I., vanVeldhuisen D.J., Hillege H.L. et al. Depression symptoms and outcomes in patients with heart failure: data from the COACH study // *Europ. J. Heart Failure.* – 2009. – v.11. – p.1202–1207.