

А.С. ЖОЛДАСБЕКОВА<sup>1</sup>, Ж.А. КАЛМАТАЕВА<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Высшая школа общественного здравоохранения, г. Алматы

<sup>2</sup> Казахский национальный университет им. аль-Фараби

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В МЕДИЦИНЕ И КАРДИОЛОГИИ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

*Наука об исследовании качества жизни, связанного со здоровьем, не только заняла определенную ступень в современной медицине, но и продолжает прогрессивно развиваться. Исследование в области качества жизни является наиболее актуальным в современной медицине. В данном обзоре освещаются проблемы изучения качества жизни в медицине, история ее возникновения, неоднозначность терминологии, методические аспекты исследований. Особое внимание уделяется оценке данного показателя у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), актуальности этого направления, особенностям методологии и современному состоянию проблемы в кардиологии.*

**Ключевые слова:** качество жизни, кардиология, ишемическая болезнь сердца, вопросник.

### Введение.

В настоящее время время под качеством жизни (КЖ) большинством исследователей подразумевается характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии [1].

Прогресс развития медицинской науки, изменение структуры заболеваемости населения и акцент на уважение прав пациента как личности привели к созданию новой парадигмы понимания болезни и определения эффективности методов лечения. Когда врачи стали всё больше сознавать, что объективное уменьшение патологических изменений (данных физикальных, лабораторных и инструментальных методов обследований) не обязательно сопровождается улучшением самочувствия больного и что итогом лечения должен быть удовлетворен больной, в медицине возник интерес к качеству жизни пациента [2]. В последние годы количество публикаций посвященных качеству жизни повысилось, и эта тенденция повышенного внимания к качеству жизни растет с каждым годом [3,4,5].

Сердечно-сосудистые заболевания были одним из первых разделов клинической медицины, где стали проводиться крупномасштабные исследования КЖ. С одной стороны, это связано с большой распространенностью данной патологии, с другой – с тем, что КЖ у пациентов с заболеваниями сердца и сосудов является важным критерием тяжести состояния и эффективности проводимой терапии [6,7]. В связи с этим данная тема является актуальной.

**Цель исследования** - изучить современные подходы к оценке качества жизни пациентов в медицине и кардиологии в контексте развития науки.

### Материал и методы.

Проведен анализ современной научной медицинской литературы по проблеме за последние 10 лет. Сбор и анализ материалов проводился в электронных библиотеках, использованы статьи информационных ресурсов: EBSCO; Thomson Reuters; Springer; PubMed; Medline.

### Результаты и обсуждение.

Современная медицина стала заниматься изучением качества жизни во второй половине 20-го века, когда стало очевидно, что в процессе лечения важно добиться не только редукции болезненных симптомов, но и улучшения качества жизни и социального функционирования больных [8].

История науки о качестве жизни (КЖ) начинается с 1947 года, когда профессор Колумбийского университета США D.A. Karnovsky опубликовал работу: «Клиническая оценка химиотерапии при раке», где всесторонне исследовал личность страдающего соматическими заболеваниями. Развитию этого направления способствовала также предложенная в 1980 г. доктором Engel биопсихологическая модель медицины, сутью которой явился учет психосоциальных аспектов заболевания [9,10].

С 80-х годов XX века регистрируется лавинообразный рост научных публикаций по фундаментальному исследованию качества жизни. В разработке методологии исследования важную роль играют исследования А. McSweeney, предложившего оценивать КЖ, основываясь на четырех аспектах (эмоциональном, социальном функционировании, повседневной активности и проведении досуга), N. Wenger, который для оценки КЖ выделил три основных параметра: функциональная способность, восприятие, симптомы и девять подпараметров (ежедневный режим, социальная и интеллектуальная деятельность, восприятие общего здоровья, симптомов основного и сопутствующих заболеваний, экономическое положение, благосостояние, удовлетворённость жизнью), и Sosso.G., определившего КЖ как индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества в контексте его культуры и систем ценностей с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью неустройства [11, 12, 13].

**Определение понятия «качество жизни».** В 1948 году ВОЗ формулирует принципиально новое определение здоровья как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствия болезни. В это время и появляется в медицине понятие «качество жизни, связанное со здоровьем» и попытки оценить этот важный и неоднозначный параметр [14].

На сегодняшний день существует множество определений качества жизни, каждое из них дополняет и конкретизирует трактовку термина, но до настоящего времени нет общепринятого определения этого понятия. Качество жизни является интегральной характеристикой, осуществляющей физическое, социальное и психологическое функционирование пациента. В соответствии с приведённым определением здоровья, ВОЗ определяет КЖ как индивидуальное соотношение человеком своего положения в жизни общества, в контексте его культуры и системы ценностей с целями данного индивида, его планами, возможностями и степенью неустройства.

Как видно, фундаментальными свойствами качества жизни являются многокомпонентность и субъективизм в оценке [15].

Учитывая, что методологические установки для изучения качества жизни выдает философская антропология, а конкретные знания формируют медицинские науки, целесообразно определение качества жизни с интеграцией в нём первично-социологического и вторично-медицинского подходов. Оно звучит следующим образом: «качество жизни - это адекватность психосоматического состояния индивида его социальному статусу» [16].

Сходное по смыслу определение качества жизни предложено Wenger N.K.: качество жизни - это «удовлетворённость от психосоциальной и других форм деятельности в условиях ограничений, связанных с заболеванием» [17].

Медицинская Энциклопедия Качества Жизни, изданная в США, даёт более простое определение: «Качество жизни - степень удовлетворения человеческих потребностей» [18].

Автор опросника качества жизни больницы святого Георгия (SGRQ) P.W. Jones корректирует определение качества жизни с точки зрения врача. Оно звучит как «соответствие желаний возможностям, которые лимитированы заболеванием» [19].

В современной зарубежной медицине широко распространён термин «качество жизни, связанное со здоровьем», подразумевая, что существует и другой аспект, который со здоровьем не связан: воздействие окружающей среды, экономических, политических, духовных изменений. В 1982 году R. M. Kaplan и Bush предложили термин «health-related quality of life» (качество жизни, обусловленное здоровьем), что позволило выделить параметры, описывающие состояние здоровья, заботу о нём и качество медицинской помощи из общей концепции КЖ. Понятие «качество жизни, связанное со здоровьем», позволяет дать глубокий и многоплановый анализ физиологических, психологических, эмоциональных и социальных проблем больного человека [20]. Резюмируя изложенное, следует признать наиболее актуальным определение КЖ, предложенное ВОЗ. Вероятно, при рассмотрении понятия КЖ в аспекте конкретных проблем, могут быть использованы и другие его определения, базирующиеся на других методологических основах.

**Методика исследования качества жизни.** Единых общеприменимых критериев и норм исследования КЖ не существует. На оценку КЖ оказывает влияние возраст, пол, национальность, социально-экономическое положение человека, характер его трудовой деятельности, религиозные убеждения культурный уровень, региональные особенности и многие другие факторы. Это сугубо субъективный показатель объективности, и поэтому оценка КЖ респондентов возможна лишь в сравнительном аспекте (больной - здоровый, больной одним заболеванием - больным другим заболеванием) с максимальным нивелированием всех сторонних факторов [21].

В соответствии с представлением Всемирной организации здравоохранения категория здоровья включает в себя категории физического, психического, духовного и социального здоровья. Поэтому для оценки КЖ следует использовать такой инструмент, который бы охватывал различные стороны КЖ, был чувствительным к изменению в состоянии здоровья, результаты должны быть сопоставимы с другими измерениями состояния здоровья, клиническим статусом. Немаловажным требованием является возможность его применения у лиц разного пола, возраста, независимо от рода занятий, характера заболевания. В то же время это должен быть документ простой, краткий, легкий для понимания, позволяющий получать количественную оценку изучаемых параметров. Итогом активной работы международных исследовательских групп на протяжении последних десятилетий стал консенсус по стандартизированному интервьюированию [22, 23].

Наиболее рациональным считается использование вопросников (анкет) и тестов. Использование стандартизированных вопросников (индексы и профили) необходимо для получения сопоставимых результатов. К важным компонентам стандартизации следует отнести психометрические свойства инструмента: надежность, валидность и чувствительность: надежность (reliability) – это способность опросника давать постоянные и точные измерения; валидность (validity) – способность опросника достоверно измерять ту основную характеристику, которая в нем заложена; чувствительность (sensitivity to change) – способность опросника давать достоверные изменения баллов КЖ в соответствии с изменениями в состоянии респондента (например, в процессе лечения). Заполнять вопросник может как больной, так и врач или специально обученный персонал [24].

Вопросники, предназначенные для оценки КЖ пациентов с разными заболеваниями у детей и взрослых, относятся к категории общих вопросников, они применимы для популяционных исследований, но, как правило, малочувствительны. Кроме общих вопросников, разработаны специальные, болезнь-специфичные вопросники, предназначенные для исследования КЖ по областям медицины, по нозологии, по специфике определенных состояний. Специальные вопросники отличаются высокой чувствительностью, но область их применения ограничивается узкой конкретной сферой [25].

В зависимости от структуры выделяют профильные вопросники (несколько цифровых значений, которые представляют собой профиль, сформированный значениями шкал) и индексы (единое цифровое значение). Для конструирования общих методик известных специалистом в сфере изучения КЖ Ware J.E. было предложено выделить разделы, связанные непосредственно с особенностями функционирования больного. Всего формируется четыре таких блока (физическая, эмоциональная, социальная сфера и общее субъективное восприятие здоровья). И один блок, по мнению исследователя, должен отражать специфичные для конкретного патологического процесса параметры, в том числе биомедицинские технологии и т.п. [26]. Такой подход заложен в стандартизированных методиках оценки качества жизни, таких как Профиль воздействия болезни (Sickness Impact Profile, SIP), Индекс рейтинга общего состояния здоровья (General Health Rating Index), Ноттингемский профиль здоровья (Nottingham Health Profile, NHP), Мак-Мастерский вопросник индекса здоровья (McMaster Health Index Questionnaire), Индекс качества жизни (Quality of Life Index) и других общих вопросниках. Широкий спектр перечисленных вопросников по КЖ отражает насущные потребности практики в дифференцированном подходе к оценке состояния пациента при разных заболеваниях. Вопросники, чувствительные для оценки КЖ при одних заболеваниях, могут оказаться нечувствительными для других [27].

В последние годы во многих клинических исследованиях с успехом используется SF-36 (англ. The Short Form-36), автором которого является John E. Ware. SF-36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное

функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале. Из них формируют два параметра: психологический и физический компоненты здоровья [28].

Важную информацию врач-исследователь, работающий с определенными группами пациентов, может получить с помощью болезнью-специфических вопросников, которые используются для оценки КЖ пациентов, страдающих определенными заболеваниями. При помощи специальных опросников оценивается какая-либо одна категория КЖ (физическое или психическое состояние), или КЖ при конкретном заболевании, или определенные виды лечения. Наиболее часто из специальных опросников в кардиологии применяется: Сиэтловская анкета качества жизни при стенокардии (Seattle Angina Questionnaire); Анкета для оценки качества жизни при стенокардии (Angina Pectoris Quality of Life Questionnaire); Анкета для оценки специфической активности (Specific Activity Questionnaire); Анкета для оценки качества жизни после инфаркта миокарда (Quality of Life after Myocardial Infarction); Анкета для оценки профиля здоровья в кардиологии (Cardiac Health Profile). Каждый опросник отличается объемом исследования, временем, необходимым для заполнения анкет, способами заполнения и количественной оценкой показателей КЖ. Большинство опросников переведены на все основные языки с соответствующей адаптацией к ним [29].

Таким образом, в настоящее время для оценки КЖ используются 3 основные группы вопросников: общие, неспецифические (рассчитаны на оценку в разных группах здоровых лиц или болеющих, независимо от нозологической формы); частные (предназначены для изучения отдельных симптомов, например, нарушения сна, боли и т.д.); специфичные для болезни (например, для больных атопическим дерматитом, крапивницей, астмой).

В каждом исследовании надо тщательно подбирать вопросники для получения наиболее эффективных результатов в зависимости от цели и задач исследования.

**Исследование качества жизни в кардиологии.** Сердечно-сосудистые заболевания, наравне с онкологическими заболеваниями и диабетом, прочно удерживают первенство среди самых распространенных и опасных болезней XX, а теперь уже и XXI века. Заболевания сердечно-сосудистой системы в течение последних десятилетий являются основной причиной смертности населения во всем мире, в том числе и в Казахстане [30].

Лечение хронической ишемической болезни сердца (ИБС), как и многих других хронических заболеваний, продолжается длительно, часто в течение всей жизни. Поэтому оценка эффективности лечения ИБС должна включать не только учет положительной динамики клинических, лабораторных и инструментальных показателей, но и влияние терапии на прогноз заболевания и качество жизни больного [31, 32].

Для оценки КЖ пациентов с ИБС используются как общие, так и специальные опросники. С учетом изложенного представляется целесообразным представить данные литературы об особенностях КЖ при основных формах ИБС: стабильной стенокардии, после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) и при хронической сердечной недостаточности (ХСН).

**КЖ больных стабильной стенокардией напряжения.** Стенокардия напряжения (СН) является наиболее распространенной клинической формой ИБС. В течение многих лет КЖ больных СН оценивали путем определения числа приступов стенокардии в сутки, количества потребляемых таблеток нитроглицерина для их купирования и показателей физической работоспособности (по результатам проб с дозированной физической нагрузкой). Если на фоне практически любой антиангинальной терапии наблюдалась положительная динамика этих показателей, то делался вывод об улучшении КЖ. Впоследствии КЖ больных стенокардией оценивали с помощью набора психометрических тестов, что позволяло судить лишь о психологическом статусе больных стенокардией [33].

С 90-х годов прошлого столетия появились 2 первых надежных и валидных опросника — Профиль воздействия болезни и Ноттингемский профиль здоровья. Однако, как показала практика, эти опросники оказались громоздкими, недостаточно понятными для субъективного восприятия, недостаточно чувствительными, не содержащими достаточного количества компонентов, принципиально важных при стенокардии напряжения. С 1994 г. создаются несколько специализированных опросников для оценки КЖ при СН. К ним относятся Сиэтлский опросник для стенокардии (Seattle Angina Questionnaire — SAQ), Кардиологический профиль здоровья (Cardiac Health Profile), Качество жизни при стенокардии (Angina Pectoris Quality of life Questionnaire-0 — APAG). На практике показаны валидность, надежность и чувствительность этих опросников. Самыми широко используемыми и распространенными в настоящее время в мировой кардиологической практике являются SAQ и опросник SF-36 [34]. В постсоветских странах исследователями разработаны собственные опросники для оценки КЖ пациентов с ССЗ. В течение многих лет используется методика, разработанная в 1981 г. А.Г. Гладковым, В.П. Зайцевым и Д.М. Ароновым, в основе которой лежат отношение больного к изменениям в жизни, связанным с болезнью и ее лечением, субъективная оценка степени удовлетворенности различными аспектами своей жизни в связи с реальными или ожидаемыми изменениями, обусловленными болезнью и ее последствиями, а также связанными с процессом врачебного наблюдения и лечения [35].

**КЖ больных при инфаркте миокарда.** КЖ при ИМ можно исследовать с помощью опросника Quality of Life after Myocardial Infarction (QLMI). Существует и специфический опросник, предназначенный для оценки КЖ у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, в том числе с наличием признаков ХСН, - Mac New Quality of Life After Myocardial Infarction (Mac New QLMI). КЖ больных ИМ оказывают большее влияние тяжесть основного и сопутствующих заболеваний, психологические факторы, проводимое лечение. Исследование КЖ у больных ИМ показало, что степень влияния различных синдромов сердечной патологии на показатели КЖ неодинакова. Возрастание с I до IV ФК ХСН сопровождается повышением суммарного балла QLMI соответственно с 32 до 81 баллов, то есть в 2,5 раза. У больных ИМ, не отмечавших загрудинной боли в остром периоде заболевания, суммарный балл QLMI составил 36. У пациентов с ежедневными тяжелыми приступами стенокардии данный показатель повышался в 2 раза и достигал 73 балла, свидетельствуя о значительном ухудшении их КЖ [36]. Психологическое состояние больных, перенесших ИМ, оказывает существенное влияние на совокупное КЖ больных. С.V. Dickens и соавт. изучили взаимосвязь тревоги и депрессии, появившихся в течение 6 мес после ИМ, и физического аспекта КЖ (SF-36) через 6 и 12 мес. после госпитализации. Как оказалось, депрессия и тревога были прогностическими факторами снижения физического компонента КЖ ( $p < 0,0005$ ). В исследовании, проведенном в Нидерландах, установлено, что у пациентов с постинфарктными депрессивными состояниями на отдаленном этапе (1 год) отмечались более низкий уровень КЖ

и более низкая трудоспособность, эти пациенты также предъявляли большее количество общих и кардиологических жалоб [37]. Одно из исследований по оценке КЖ больных, перенесших ИМ, было проведено в Норвегии, Т.М. Norekval и соавт. оценивали КЖ у женщин (в возрасте от 62 до 80 лет) после перенесенного ИМ и сравнивали его с нормативными показателями КЖ в соответствующей по полу и возрасту выборке населения. КЖ определяли с помощью опросника КЖ ВОЗ. У пациентов, перенесших ИМ, отмечались более низкая удовлетворенность общим состоянием здоровья ( $p=0,020$ ) и низкое КЖ ( $p=0,017$ ) [38].

Таким образом, КЖ больных, перенесших ИМ, зависит от возраста, пола, уровня образования, социального статуса пациентов, особенностей течения заболевания и наличия сопутствующей патологии, психологического статуса больных в остром периоде ИМ. Эти данные необходимы для разработки программ реабилитации больных, в частности для адекватной коррекции психоэмоциональных нарушений как в остром периоде ИМ, так и в постинфарктном периоде.

**КЖ при хронической сердечной недостаточности (ХСН).** Для исследования КЖ при ХСН наиболее предпочтительным считается опросник MLHF (Minnesota Living with Heart Failure, Миннесота: жизнь с сердечной недостаточностью). Он разработан с учетом всех особенностей клинического течения ХСН, использовался во многих клинических исследованиях, в которых зарекомендовал себя как надежный, валидный, чувствительный инструмент для оценки КЖ, связанного со здоровьем. Опросник MLHF включает 21 пункт для заполнения, предназначен для выявления ограничений физической активности, а также в социально-экономической и психологической сферах жизнедеятельности пациентов с ХСН. Результаты MLHF оцениваются в баллах от 0 (отсутствие расстройств и ограничений) до 105 (максимальная выраженность расстройств и ограничений). Миннесотский опросник — удобный и надежный инструмент оценки КЖ больных ХСН. Он успешно применяется в исследованиях по оценке эффективности медикаментозного и хирургического лечения пациентов с ХСН различного происхождения [39].

К другим актуальным специфическим для ХСН методикам оценки КЖ относятся CHFQ (Опросник пациентов с хронической сердечной недостаточностью), Quality of Life Questionnaire Severe Heart Failure (Опросник качества жизни при тяжелой сердечной недостаточности), KCCQ (Канзасский опросник пациентов с кардиомиопатией), LVD-36 (Опросник пациентов с дисфункцией ЛЖ). Считается, что при клиническом изучении КЖ наиболее достоверную информацию позволяет получить сочетанное использование общего и болезнь-специфического опросника [40].

В этой связи не только теоретический, но и практический интерес представляет изучение качества жизни у больных с ХСН ишемической этиологии.

#### **Выводы.**

Таким образом, на сегодняшний день в распоряжении ученых и медиков имеются разнообразные и надежные инструменты оценки КЖ, связанного со здоровьем (КЖСЗ), валидизированные и адаптированные русско-язычные версии, такие как «MOS SF-36», («The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey»), «SIP» («Sickness Impact Profile»), «NHP» («Nottingham Health Profile») и другие.

При использовании подобных вопросников важно правильно интерпретировать полученные результаты и понимать:

1. Качество жизни, связанное со здоровьем – это не критерий тяжести заболевания, а показатель того, как пациент переносит своё заболевание;
2. При оценке КЖСЗ не должны учитываться мнения медицинских работников и членов семьи индивидуума; КЖСЗ – объективный показатель субъективности;
3. Выводы не должны строиться на единственном сводном показателе КЖСЗ – он является многокомпонентной структурой. Задача исследователя заключается в оценке всех критериев, составляющих КЖСЗ, а не основана на самом этом понятии.

Необходимо отметить, что оценка качества жизни пациентов с ИБС на сегодняшний день является одним из важных показателей эффективности лечения. Показатели качества жизни больных можно рассматривать как достаточно надежный показатель состояния больных, страдающих ишемической болезнью сердца, который может быть использован для повышения степени объективности оценки клинического прогноза и эффективности проводимой терапии. Исследование качества жизни, связанного со здоровьем, представляет собой новый и эффективный инструмент оценки состояния больного до, в ходе и после лечения. Большой международный опыт изучения качества жизни больных показывает его перспективность во всех разделах медицины.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

- 1 Новик А.А., Ионова Т.И., Киштович А.В. Общий опросник исследования качества жизни 2-го поколения NJQoL - 29 // Вестник межнационального центра исследования качества жизни. — 2007. — № 9-10. — С. 25-31.
- 2 Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. М.: ЗАО «Олма Медиа Групп, 2007. - 320 с.
- 3 Самородская И.В. Качественные клинические исследования и доказательная медицина в выборе тактики ведения больного ИБС. // Качественная клиническая практика. – 2003. – №2. – С.17-23.
- 4 Спиридонов С. П. Индикаторы качества жизни и методологии их формирования // Вопросы современной науки и практики. – 2010. – № 10-12 (31). – С. 208-223.
- 5 Сурмач М.Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем, как предмет изучения социологии медицины // Социология. – 2011. – № 2. – С.100-104.
- 6 Сыркин А.Л., Печорина Е.А., Дриницина С.И. Определение качества жизни у больных ишемической болезнью сердца – стабильной стенокардией напряжения // Клиническая медицина. – 1998. – №6 – С. 52-58;
- 7 Шевченко Ю.Л., Новик А.А., Тюрин В.П., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в кардиологии // Вестник межнационального центра исследования качества жизни. – 2007. – №9-10. – С. 4 - 14.
- 8 Новик Т.И., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине (3-е издание, переработанное и дополненное) / Под редакцией академика РАМН Ю.Л. Шевченко. М.: Издательство РАЕН, 2012. – 528 с.
- 9 Engel G.E. The clinical application of the biopsychosocial model. // Am. J.Psychiatry, 1980. –Vol. 137. – P. 535–543.

- 10 Karnofsky D.F. Burchenal J. H. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in Cancer. //Maclead CM (ed). – Evaluation of chemotherapeutic agents. – USA, Columbia University Press, 1947. – P. 107–134.
- 11 McSweeney A.J., Grant I., Heaton R.K. et al. Life quality of patients with chronic obstructive pulmonary disease // Arch Intern Med. 1982. – P.473–478.
- 12 Wenger N.K., Mattson M.E., Furberg C.D. et al. Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies // Am.J.Cardiol. 1984. - Vol.54. - P.908-913.
- 13 Мальхин Ф.Т. Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста (Обзор литературы) // Качественная клиническая практика. – 2011. – №1. – С. 11–18.
- 14 World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization // Soc Sci Med. – 2005. – Vol. 41, №10. – P.1403–1409.
- 15 Naughton M.J., Wiklund I., Shumakers A. et al. A critical review of six dimension-specific measures of health-related quality of life used in cross-cultural research // Quality of life. – Oxford, 1995. – P. 39–74.
- 16 Basskin, L.E. Practical Pharmacoeconomics: How to design, perform and analyze outcomes research / L.E. Basskin. – Cleveland: Advanstar Communication, 1998. – 174 p.
- 17 Куапдыков Е.К., Абдрахманов Ж.С. Качество жизни как один из информативных методов оценки состояния больного (Обзор литературы) // Валеология. – 2010. – №3. – С. 9–12.
- 18 Quality of life. Medical Encyclopedia. – Chicago, 1995. – P. 774.
- 19 Johnes P.W. Quality of life measurement the value of standartization // Eur. Resp. Rev. – 1997. – Vol. 7, №42. – P. 42–49.
- 20 WHOQOL Group. Whoch Quality of life? //World Health Forum, 1996. – Vol. 17. – № 4. – P. 354–336.
- 21 Гурылева М.Э., Журавлева М.В., Алеева Г.Н. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии // Русский медицинский журнал. - 2006. - №10, Т.14. - С.761-763.
- 22 Новик А.А. и соавт. Оценка качества жизни больного в медицине //Клин.мед. - 2000. – № 2. – С. 10–13.
- 23 Евдокимов В. И. Научно-методологические проблемы оценки качества жизни // Вестник психиатрии. – 2008. – № 27. – С. 102-131.
- 24 Власов В. В. Эффективность диагностических исследований / В. В.Власов. – Москва : Медицина, 2001. – 246 с.
- 25 Lenox R. D., Bollen K. A. Conventional wisdom on measurement: A structural equations perspective // Psychological bulletin. – 2002. – Vol. 100, №2. – P. 305-307.
- 26 Zhao S. Z., Fiechtner J. I. Evaluation of health-related quality of life of rheumatoid arthritis patients // Arthritis Care and Research. – 2003. – Vol. 13, № 2 – P. 112-147.
- 27 Евсина О.В. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния здоровья пациента // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2013. - №1. – С. 119-133.
- 28 Pelle A.J., Kupper N., Mols F., de Jonge P. What is the use? Application of the short form (SF) questionnaires for the evaluation of treatment effects // Qual Life Res. – 2013. - №22(6).- P. 1225–1230.
- 29 Демченко Е. А.,КругловаН. Е. Качество жизни больных ишемической болезнью сердца: прогностическое значение и динамика в процессе реабилитации после коронарного шунтирования // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2014. – Сер. 12. Вып. 3. – С. 90-97.
- 30 Официальный сайт ВОЗ /Смертность и бремя болезней [Электронный ресурс]. – режим доступа: <http://www.who.int/countries/kaz/ru/>
- 31 Heller R.F. et al. Predictors of quality of life after hospital admission for heart attack or angina //Int. J. Cardiol. – 1997. – Vol. 59. – P. 161-166;
- 32 Eagle K.A., Guyton R.A., Davidoff R. et al. ACC/AHA 2004 guideline update for coronary artery bypass graft surgery: summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1999 Guidelines on Coronary Artery Bypass Graft Surgery). Circulation. - 2004. Vol. 110. - P.1168-1176.
- 33 Кириченко А.А. Стабильная стенокардия напряжения: оценка прогноза и лечение // «РМЖ» . – 2014. – №2. – С. 106-107.
- 34 Coons S.J., Rao S,Keininger D.L., Hays R.D. A comparative review of generic quality-of-life instruments // Pharmacoeconomics. – 2000. – Vol.17, №1. -P. 13-35.
- 35 Гладков А.Г., Зайцев В.П., Аронов Д.М., Шарфнадель М.Г. Оценка качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями// Кардиология. – 1982. – №2. – С.100-103.
- 36 Крюков Н.Н., Качковский М.А. Качество жизни больных инфарктом миокарда // Воено-медицинский журнал. – 2005. – № 4. – С. 54.
- 37 Dickens C.M., McGowan L., Percival C. et al. Contribution of depression and anxiety to impaired health-related quality of life following first myocardial infarction // Br J Psychiatry. – 2006. – Vol.189. – P.367—372.
- 38 Norekval T.M., Wahl A.K., Fridlund B. et al. Quality of life in female myocardial infarction survivors: a comparative study with a randomly selected general female population cohort // Health Qual Life Outcomes. – 2007. – №5. – P. 58.
- 39 Garin O., Ferrer M., Pont À, Wiklund I. et al. Evidence on the global measurement model of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire // Quality of Life Research. – 2013. -Vol. 22, № 10. – P.2675–2684.
- 40 Garin O, Ferrer M, Pont A, Rué M, Kotzeva A, Wiklund I, 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. – P. 71-85.

**А.С. ЖОЛДАСБЕКОВА<sup>1</sup>, Ж.А. КАЛМАТАЕВА<sup>2</sup>**  
<sup>1</sup> Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі  
<sup>2</sup> Әл-Фараби атындағы Қазақ Ұлттық Университеті

### **МЕДИЦИНА МЕН КАРДИОЛОГИЯДА ӨМІР САПАСЫН ЗЕРТТЕУДЕГІ ЗАМАНАУИ ТӘСІЛДЕР**

**Түйін:** Денсаулықпен байланысты өмір сапасын зерттеу ғылымы, қазіргі медицинада белгілі бір дәрежеге ие болып қана қоймай, сонымен қатар прогрессивті түрде даму үстінде. Өмір сапасын зерттеу саласы қазіргі заманғы медицинаның өзекті мәселелерінің бірі болып тұр. Ұсынылып отырған әдеби шолуда медицинадағы өмір сапасын зерттеу мәселесі көтеріліп отыр, яғни оның даму тарихы, терминологиялық қиындықтары, зерттеудің әдістемелік аспектілері жайында. Жүректің ишемиялық ауруы бар науқастардағы осы көрсеткіштің бағалануына ерекше көңіл бөлінген, әсіресе мәселенің өзектілігіне, әдістемелік ерекшеліктерге және осы мәселенің қазіргі заманғы кардиологиядағы орны көрсетілген.

**Түйінді сөздер:** Өмір сапасы, кардиология, жүректің ишемиялық аурулары, сауалнама

**A.S. ZHOLDASBEKOVA<sup>1</sup>, ZH.A. KALMATAYEVA<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Kazakhstan School of Public Health

<sup>2</sup> Al-Farabi Kazakh National University

### **MODERN APPROACHES TO THE STUDY OF THE QUALITY OF LIFE IN MEDICINE AND CARDIOLOGY**

**Resume:** Studying of the health-related quality of life not even plays an important role in modern medicine, but also continues to develop progressively. Research in life quality is most relevant in modern medicine. The review deals with the problem of studying the quality of life in medicine, its background, ambiguity of terminology, methodological aspects of carrying out research work. Special attention is paid to the evaluation of this indicator in patients with coronary heart disease (CHD), topical significance of this branch, specific features of methodology, and the current state of this problem in cardiology.

**Keywords:** quality of life, cardiology, ischemic heart disease, questionnaire.