

3. За последние 2 недели как много раз у Вас были **отеки** ступней, лодыжек или ног, когда Вы вставали утром?

| | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Каждое утро | 3 или более раз в неделю, но не каждый день | 1-2 раза в неделю | Меньше 1 раза в неделю | Вообще не было за последние 2 недели |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. За последние 2 недели, насколько Вас беспокоили **отеки** ступней, голеней или ног?

| | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|----------------------------|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Крайне сильно | Значительно беспокоили | Умеренно беспокоили | Немного беспокоили | Вообще не беспокоили | У меня не было отеков |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. За последние 2 недели, сколько раз в среднем **утомляемость** ограничивала Вашу способность делать то, что Вы хотите?

| | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| Все время | Несколько раз в день | Как минимум раз в день | 3 или более раз в неделю, но не каждый день | 1-2 раза в неделю | Менее 1 раза в неделю | Никогда не было за последние 2 недели |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. За последние 2 недели, насколько Вас беспокоила **утомляемость**?

| | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|----------------------------|---------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| Крайне сильно | Значительно беспокоила | Умеренно беспокоила | Немного беспокоила | Вообще не беспокоила | У меня не было утомляемости |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. За последние 2 недели, сколько раз в среднем **одышка** ограничивала Вашу способность делать то, что Вы хотите?

| | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| Все время | Несколько раз в день | Как минимум раз в день | 3 или более раз в неделю, но не каждый день | 1-2 раза в неделю | Менее 1 раза в неделю | Никогда не было за последние 2 недели |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. За последние 2 недели, насколько Вас беспокоила **одышка**?

| | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|----------------------------|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Крайне сильно | Значительно беспокоила | Умеренно беспокоила | Немного беспокоила | Вообще не беспокоила | У меня не было одышки |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. За последние 2 недели, сколько раз в среднем Вы вынуждены были спать сидя в кресле или как минимум на трех подушках в связи с одышкой?

| | | | | |
|-------------|---------------------------------|-------------------|-----------------------|------------------------|
| Каждую ночь | 3 или более раз в неделю, но не | 1-2 раза в неделю | Менее 1 раза в неделю | Никогда за последние 2 |
|-------------|---------------------------------|-------------------|-----------------------|------------------------|

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | каждый день | | | недели |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. Симптомы сердечной недостаточности могут ухудшиться по целому ряду причин. Насколько Вы уверены в том, что Вы знаете, что делать или кому звонить, если сердечная недостаточность станет ухудшаться?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Вообще не уверен | Не очень уверен | Немного уверен | В основном уверен | Полностью уверен |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Насколько хорошо Вы понимаете, какие вещи Вы способны сделать, чтобы предотвратить ухудшение Ваших симптомов сердечной недостаточности? (например, регулярный контроль массы тела, прием пищи с малым количеством соли и т.д.).

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Вообще не понимаю | Не очень понимаю | Немного понимаю | В основном понимаю | Полностью понимаю |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. За последние 2 недели, насколько сердечная недостаточность ограничивала Ваше наслаждение жизнью?

| | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Крайне сильно ограничивала | Значительно ограничивала | Умеренно ограничивала | Немного ограничивала | Вообще не ограничивала |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. Если бы Вам пришлось провести остаток жизни с сердечной недостаточностью так, как это происходит сейчас, были бы Вы удовлетворены этим?

| | | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Вообще не удовлетворен | Значительно не удовлетворен | Немного удовлетворен | В основном удовлетворен | Полностью удовлетворен |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. За последние 2 недели, как часто Вы испытывали разочарование или впадали в уныние в связи с сердечной недостаточностью?

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| Я все время нахожусь в этом состоянии | Я большую часть времени нахожусь в этом состоянии | Я иногда нахожусь в этом состоянии | Я редко нахожусь в этом состоянии | Я никогда не нахожусь в этом состоянии |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15. Насколько сильно сердечная недостаточность влияет на Вашу повседневную жизнь? Пожалуйста, отметьте, как сердечная недостаточность ограничивала Ваше участие в следующих видах деятельности за последние 2 недели. Отметьте один ответ в каждой строке с помощью знака X.

| | | | | | | |
|---------------------|-------------------------|------------------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------------|--|
| Деятельность | Крайне ограничен | Достаточно сильно ограничен | Умеренно ограничен | Немного ограничен | Вообще не ограничен | Не применяется или не делал по другим |
| | | | | | | |

| | | | | | | причинам |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Хобби, отдых и развлечения | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Работа и домашние дела | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Посещения семьи или друзей вне дома | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Близкие отношения с любимыми | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ОЦЕНКА

Значимые домены: физические ограничения (вопрос 1), симптомы (частота [вопросы 3,5, 7 и 9], тяжесть [вопросы 4, 6 и 8] и изменение со временем [вопрос 2]), самоэффективность и знание (вопросы 11 и 12), влияние на социальную сферу (вопрос 16) и качество жизни (вопросы 13-15).

Опросник KCCQ заполняется пациентами самостоятельно, на его заполнение уходит в среднем 4-6 минут. Деление шкал производится путем приписывания каждому ответу порядкового значения, начиная с 1 для ответа, который соответствует наименьшему уровню функционирования, и суммирования пунктов внутри каждого домена. Пропущенные значения в каждом домене заполняются средним значением для отвеченных пунктов в том же самом домене.

Баллы по шкалам приводятся к диапазону от 0 до 100 путем вычитания наименьшего возможного значения по шкале, разделенного на диапазон шкалы и умноженного на 100. Для упрощения интерпретации было разработано два суммарных показателя: показатель функционального статуса, объединяющий домены физических ограничений и симптомов (не включая стабильности симптомов), и суммарный клинический показатель, который вычисляется с учетом функционального статуса и доменов качества жизни и социального ограничения.

Green CP, Porter CB, Bresnahan DR, et al. Development and evaluation of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: a new health status measure for heart failure. J Am Coll Cardiol 2000;35(5):1245-55.