

## ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ СРЕДИ ИНВАЛИДОВ

Л.А. Эфрос\*, И.В. Самородская\*\*

\*Южно-Уральский государственный медицинский университет,  
г. Челябинск,

\*\*Институт коронарной и сосудистой хирургии Научного Центра  
сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН, г. Москва

Исследование качества жизни с помощью международного опросника EuroQol EQ-5D-5L (version 1.0, 2011 в сочетании с визуализирующей аналоговой шкалой) больных, которым после коронарного шунтирования определена инвалидность III группы, в отдаленном послеоперационном периоде показало наличие проблем по всем компонентам качества жизни. Различий уровня качества жизни по возрастным группам не было. Среди 3,4 % опрошенных наблюдалось полное отсутствие проблем. Субъективная оценка качества жизни пациентами показала существенный разброс по компонентам опросника. Среди двух групп больных (с ухудшением и с улучшением качества жизни) по основным факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний, клинико-функциональным и социально-демографическим характеристикам статистически достоверных различий не было, за исключением высокой частоты встречаемости в группе лиц с ухудшением качества жизни – ожирения ( $p = 0,047$ ). Результаты исследования свидетельствуют о наличии различий уровня качества жизни у больных с ограничением трудоспособности в отдаленном периоде.

*Ключевые слова:* коронарное шунтирование, инвалидность, опросник EuroQol EQ-5D-5L.

**Введение.** Оценка качества жизни является одним из критериев эффективности коронарного шунтирования (КШ), наряду с такими показателями, как выживаемость, смертность, частота осложнений, рецидивов симптомов заболевания и повторная потребность в операциях. Качество жизни, по определению ВОЗ, – это характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанная на его субъективном восприятии [2, 11]. Качество жизни (КЖ) является дополнительным критерием для подбора индивидуальной терапии и экспертизы трудоспособности, анализа соотношения затрат и эффективности медицинской помощи, для выявления психологических проблем и т. п. [3]. В настоящее время для унификации подходов к оценке КЖ используют специально разработанные опросники, в том числе, индекс Kind, EuroQol EQ-5D-5L (version 1.0, 2011) [4, 9], последний из которых оценивает статус здоровья на основании пяти компонентов КЖ: подвижность, самообслуживание, активность в повседневной жизни, боль или дискомфорт, беспокойство или депрессия. Каждый компонент разделен на 5 уровней в зависимости от степени выраженности показателя (отсутствие проблемы, незначительная проблема, умеренная проблема, сильная проблема или значительная проблема). По мнению ряда авторов, уровень КЖ

должен быть одним из критериев эффективности КШ наряду с такими показателями, как выживаемость, смертность, частота осложнений, рецидивов симптомов заболевания и повторная потребность в операциях [2, 4, 5, 8, 9]. Целенаправленное изучение КЖ у больных с ограниченной трудоспособностью в отдаленном периоде после хирургического лечения сердечно-сосудистых заболеваний представляет интерес с точки зрения потенциала восстановления или снижения трудоспособности в отдаленном периоде. В то же время, исследования, посвященные оценке КЖ пациентов после кардиохирургического лечения и изучению особенностей адаптации к повседневной жизни больных с ограниченной трудоспособностью (получивших инвалидность после операции), в доступной литературе практически отсутствуют.

**Цель работы** – изучить с помощью международного опросника EuroQol EQ-5D-5L (version 1.0, 2011 в сочетании с визуализирующей аналоговой шкалой) качество жизни больных, которым после коронарного шунтирования определена инвалидность III группы.

**Материалы и методы.** В основу положен анализ материалов регистра больных, прооперированных по поводу ИБС в Челябинском межобластном кардиохирургическом центре (ЧМКЦ) на базе Челябинской областной клинической боль-

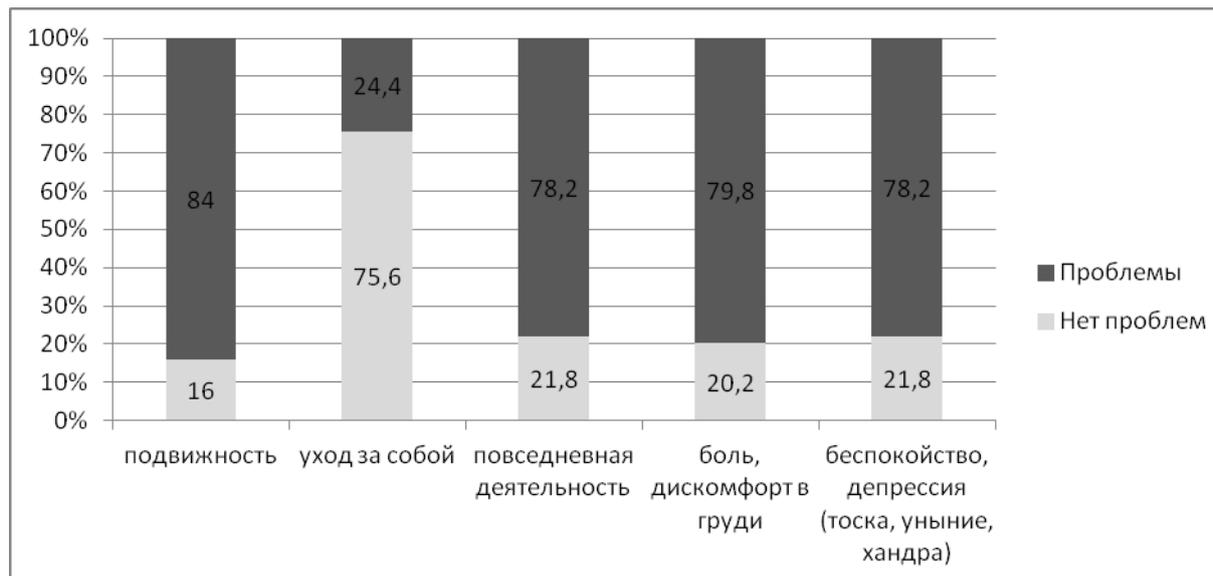


Рис. 1. Распределение больных по ответам о компонентах качества их жизни

ницы (ЧОКБ) за период с 2000 по 2009 г. (всего 2398 пациентов). Из них 1450 больным была определена группа инвалидности: I группа – в 10 случаях (0,7 %), II группа – 783 пациентам (54 %), III группа – 657 пациентам (45,3 %).

Сведения о состоянии здоровья пациентов, зафиксированные в Регистре, были получены на основании жалоб, изучения анамнеза заболевания, анамнеза жизни, данных физикального осмотра и клинично-инструментального исследования больных. В рамках данного информационного ресурса предусмотрена также регистрация сведений о летальных исходах на основании учета данных, содержащихся в протоколах патологоанатомических вскрытий, журналов регистрации летальности медицинского учреждений, материалов отдела адресно-справочной работы УВД России по Челябинской области, материалов ФГУ «Главного бюро медико-социальной экспертизы по Челябинской области». Для учета вышеперечисленной информации о каждом пациенте предусмотрена электронная версия «Карты сбора информации о больном ИБС после реконструктивной операции на сосудах сердца», являющаяся одной из основных учетных форм в рамках Регистра. Умерших в данной группе пациентов за период наблюдения не было.

Пациентам трудоспособного возраста, которым была определена III группа инвалидности ( $n = 203$ ) в 2011 г., были направлены анкеты с опросником EQ-5D-5L (version 1.0, 2011), а также приложение в виде визуализирующей аналоговой шкалы (visual analogue scale – VAS, по 100-балльной оценке своего состояния с подробным пояснением цели и методики исследования).

Отклик составил 58,6 % (119 человек), что на основании литературных данных можно считать достаточным [1]. Средний возраст пациентов,

включенных в исследование, на момент выполнения операции КШ составлял  $47,6 \pm 3,8$  лет, медиана 8 (45; 50), на момент проведения анкетирования  $54,7 \pm 4,7$  лет, медиана 52 (50; 56).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программ SPSS и EXCEL. Результаты представлены медианами и квартилями [Me (Q25; Q75)], для нормального характера распределения – средней и ошибкой средней величины ( $M \pm m$ ). Для определения статистической значимости различий использовали t-критерий Стьюдента, критерии Вилкоксона, Спирмена. Статистически значимыми считались различия при степени вероятности безошибочного прогноза ( $p$ ) 95 % ( $p < 0,05$ ).

**Результаты.** Результаты опроса больных, которым было выполнено КШ, представлены на рис. 1 и в табл. 1. Все 119 пациентов отметили наличие проблем со здоровьем в отдаленном послеоперационном периоде (от 1 года до 10 лет), большинство пациентов отметили наличие проблем по всем компонентам качества жизни (см. рис. 1).

Исследование показало, что в наименьшей степени была нарушена способность опрошенных пациентов к уходу за собой: отсутствие проблем в этой области отметили 90 человек (75,6 %). Сообщили, что испытывают некоторые затруднения в подвижности, 58 опрошенных (48,7 %), легкое беспокойство и депрессию – 44,5 % больных. В повседневной деятельности некоторые проблемы испытывают 42,0 %, умеренную боль и дискомфорт в груди ощущают 36,9 % опрошенных (см. табл. 1).

Средний показатель, характеризующий качество жизни по VAS опросника, составил  $66,6 \pm 21,8$  баллов, медиана составила 70 (50; 80) на момент операции и  $62,2 \pm 19,4$ , медиана 60 (50; 80) на момент проведения анкетирования ( $p = 0,1$ ).

# Проблемы здравоохранения

Таблица 1

Характеристика состояния здоровья больных в отдаленном периоде после коронарного шунтирования по данным опросника EuroQoL-5D-5L (version 1.0, 2011)

Компоненты опросника	Количество опрошенных (n = 119)		
	Абс.	%	
<b>ПОДВИЖНОСТЬ</b>			
Я не испытываю трудностей во время прогулки	Ответ 1	19	16
Я испытываю небольшие затруднения во время прогулки	Ответ 2	58	48,7
Я испытываю умеренные трудности во время прогулки	Ответ 3	36	30,2
Я испытываю сильные проблемы во время прогулки	Ответ 4	6	5,0
Я не в состоянии гулять	Ответ 5	0	0
<b>УХОД ЗА СОБОЙ</b>			
Я не испытываю трудностей с тем, чтобы помыться и одеться	Ответ 1	90	75,6
Я испытываю небольшие трудности с тем, чтобы помыться и одеться	Ответ 2	19	16
Я испытываю умеренные трудности с тем, чтобы помыться и одеться	Ответ 3	10	8,4
Я испытываю большие трудности с тем, чтобы помыться и одеться	Ответ 4	0	0
Я не в состоянии самостоятельно помыться и одеться	Ответ 5	0	0
<b>ПОВСЕДНЕВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ (работа, домашнее хозяйство, семья, увлечения)</b>			
Я не испытываю проблем в повседневной деятельности	Ответ 1	26	21,8
Я испытываю небольшие проблемы в повседневной деятельности	Ответ 2	50	42,0
Я испытываю умеренные проблемы в повседневной деятельности	Ответ 3	33	27,7
Я испытываю сильные проблемы в повседневной деятельности	Ответ 4	10	8,4
Я не в состоянии заниматься повседневной деятельностью	Ответ 5	0	0
<b>БОЛЬ, ДИСКОМФОРТ В ГРУДИ</b>			
Я не испытываю боль и дискомфорт в груди	Ответ 1	24	20,2
Я испытываю легкую боль и дискомфорт в груди	Ответ 2	43	36,1
Я испытываю умеренную боль и дискомфорт в груди	Ответ 3	44	36,9
Я испытываю сильную боль и дискомфорт в груди	Ответ 4	8	6,7
Я испытываю очень сильную боль и дискомфорт в груди	Ответ 5	0	0
<b>БЕСПОКОЙСТВО, ДЕПРЕССИЯ (тоска, уныние, хандра)</b>			
Я не испытываю беспокойства и депрессии	Ответ 1	26	21,8
Я испытываю лёгкое беспокойство и депрессию	Ответ 2	53	44,5
Я испытываю умеренное беспокойство и депрессию	Ответ 3	32	26,9
Я испытываю сильное беспокойство и депрессию	Ответ 4	8	6,7
Я испытываю очень сильное беспокойство и депрессию	Ответ 5	0	0

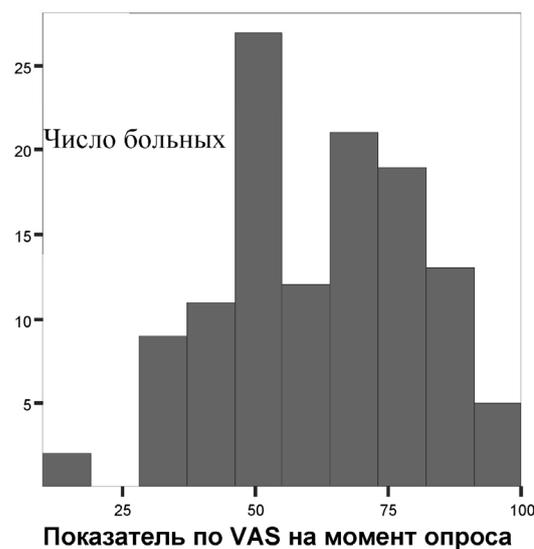
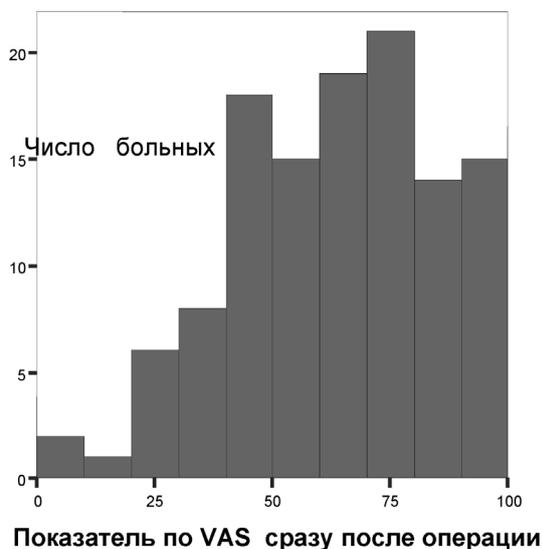


Рис. 2. Динамика субъективной оценки пациентами качества жизни по VAS

На рис. 2 показано распределение уровней оценки КЖ больными по VAS в динамике. Как видно, сразу после выполнения операции оценка пациентами уровня КЖ была более высокой, затем в отдаленном периоде наблюдается некоторое смещение распределения оценок в сторону более низких уровней.

У 53 (44,5 %) пациентов качество жизни в динамике ухудшилось (среднее время после выполнения КШ  $4,9 \pm 2,3$  года) в среднем на  $29,8 \pm 19,1$ , тогда как у 51 (42,8 %) пациентов отмечено улучшение уровня КЖ при оценке больными по VAS (среднее время после выполнения КШ  $5,5 \pm 2,6$  года), значение показателя изменилось в среднем на  $20,1 \pm 11,2$ , тогда как у 2,7 % опрошенных пациентов качество жизни со временем не изменилось.

Не было выявлено существенных различий уровня КЖ пациентов различных возрастных групп (табл. 2). Результаты анализа не выявили

наличия связи между возрастом и качеством жизни пациентов, оцениваемом на основании опросника EuroQol-5D-5L.

Исследование показало значительные отличия уровня КЖ у больных после коронарного шунтирования: так, у 3,4 % опрошенных наблюдалось полное отсутствие проблем, а у 1,7 % пациентов качество жизни, напротив, было снижено по всем компонентам (больные отметили наличие выраженных проблем по нескольким параметрам). Наиболее часто встречались состояния, которые характеризовались относительно слабой выраженностью проблем по всем компонентам опросника (табл. 3).

Субъективная оценка КЖ пациентами по VAS показала существенный разброс значений. Полученные результаты позволили сгруппировать пациентов в зависимости от результатов опроса (улучшение, ухудшение и состояние без динамики), представленные в табл. 4.

Таблица 2  
Распределение анкетированных больных по компонентам КЖ в зависимости от возраста

Измерения опросника EuroQol-5D-5L		Возрастные группы, лет				Всего (n = 119)
		35–39 (n = 5)	40–44 (n = 16)	45–49 (n = 56)	50–54 (n = 42)	
Подвижность	Нет проблем	1 (20 %)	5 (31,2 %)	6 (10,7 %)	7 (16,7 %)	19 (16 %)
	Проблемы	4 (80 %)	11 (68,8 %)	50 (89,3 %)	35 (83,3 %)	100 (84 %)
Уход за собой	Нет проблем	5 (100 %)	12 (75 %)	39 (69,6 %)	34 (80,9 %)	90 (75,6 %)
	Проблемы	0	4 (25 %)	17 (30,4 %)	8 (19,1 %)	29 (24,4 %)
Повседневная деятельность	Нет проблем	3 (60 %)	2 (12,5 %)	10 (17,9 %)	11 (26,2 %)	26 (21,8 %)
	Проблемы	2 (40 %)	14 (87,5 %)	46 (82,1 %)	31 (73,8 %)	93 (78,2 %)
Боль, дискомфорт в груди	Нет проблем	1 (20 %)	3 (18,8 %)	10 (17,9 %)	10 (23,8 %)	24 (20,2 %)
	Проблемы	4 (80 %)	13 (81,2 %)	46 (82,1 %)	32 (76,2 %)	95 (79,8 %)
Беспокойство, депрессия (тоска, уныние, хандра)	Нет проблем	2 (40 %)	2 (12,5 %)	10 (17,9 %)	12 (28,6 %)	26 (21,8 %)
	Проблемы	3 (60 %)	14 (87,5 %)	46 (82,1 %)	30 (71,4 %)	93 (78,2 %)

Таблица 3  
Распределение больных по частоте сочетаний нарушений состояния здоровья по данным опросника EQ-5D-5L

Состояние здоровья	Комбинации компонентов	Количество пациентов	
		Абс.	%
Небольшие затруднения во время прогулки Не испытываю трудностей с тем, чтобы помыться и одеться Небольшие проблемы в повседневной деятельности Испытываю легкую боль и дискомфорт в груди Испытываю лёгкое беспокойство и депрессию	21222	14	11,8
Небольшие затруднения во время прогулки Не испытываю трудностей с тем, чтобы помыться и одеться Не испытываю проблем в повседневной деятельности испытываю легкую боль и дискомфорт в груди Испытываю лёгкое беспокойство и депрессию	21122	5	4,2
Испытываю сильные проблемы во время прогулки Испытываю небольшие трудности с тем, чтобы помыться и одеться Испытываю сильные проблемы в повседневной деятельности Испытываю умеренную боль и дискомфорт в груди Испытываю лёгкое беспокойство и депрессию	42432	2	1,7

Оценка качества жизни по визуализирующей аналоговой шкале больными, которым было выполнено коронарное шунтирование, в отдаленном периоде (n = 119)

Компоненты опросника		Улучшение по VAS (n = 51)		Ухудшение по VAS (n = 53)		Без динамики (n = 15)	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Подвижность	Ответ 1	11	21,6	6	11,3	2	13,3
	Ответ 2	26	51,0	25	47,2	7	46,2
	Ответ 3	12	23,5	18	34,0	6	40,0
	Ответ 4	2	3,9	4	7,5	0	0
Уход за собой	Ответ 1	39	76,5	40	75,5	11	73,3
	Ответ 2	7	13,7	9	17,0	3	20
	Ответ 3	5	9,8	4	7,5	1	6,7
Повседневная деятельность	Ответ 1	12	23,5	12	22,6	2	13,3
	Ответ 2	24	47,1	20	37,7	6	40,0
	Ответ 3	11	21,6	15	28,3	7	46,7
	Ответ 4	4	7,8	6	11,3	0	0
Боль, дискомфорт	Ответ 1	11	21,6	10	18,9	3	20,0
	Ответ 2	21	41,2	15	28,3	7	46,7
	Ответ 3	16	31,4	24	45,3	4	26,7
	Ответ 4	3	5,9	4	7,5	1	6,7
Беспокойство	Ответ 1	10	19,6	13	24,5	3	20,0
	Ответ 2	26	51,0	20	37,7	7	46,7
	Ответ 3	12	23,5	17	32,1	3	20,0
	Ответ 4	3	5,9	3	5,7	2	13,3

Сравнение распределения пациентов показывает примерно равные доли тех, кто сообщил как об улучшении, так и об ухудшении различных компонентов КЖ.

Среди двух групп больных (с ухудшением динамики по VAS и улучшением динамики по VAS) отмечались различия: по частоте сахарного диабета 17 % в группе улучшения показателей VAS и 11,8 % в группе ухудшения показателей; частоте регистрации аневризмы ЛЖ (7,5 и 15,7 %); постинфарктному кардиосклерозу (88,7 и 80,4 %); одышке (73,6 и 68,6 %); отекам (49,1 и 33,3 %); потребности в нитроглицерине (52,8 и 45,1 %); курению (52,8 и 45,1 %); употреблению алкоголя (50,9 и 52,9 %); питанию (18,9 и 21,6 %); продолжению трудовой деятельности (62,3 и 78,4 %); стационарному лечению в период после КШ (56,5 и 49,0 %). Но различия не были статистически значимые. Единственный признак, по которому выявлены статистически значимые различия – ожирение. Среди пациентов с ухудшением показателей VAS в динамике статистически значимо чаще регистрировались пациенты, страдающие ожирением (90,0 % против 75,5 % из группы с ухудшением показателей VAS;  $p = 0,047$ ).

**Обсуждение результатов.** Результаты проведенного исследования свидетельствуют о наличии выраженных различий уровня КЖ у больных с ограничением трудоспособности в отдаленном периоде после кардиохирургического лечения. Наблюдается как улучшение, так и ухудшение КЖ, связанного со здоровьем, у части больных отмечено отсутствие динамики изученных показате-

телей. Выявленные различия по ряду клинических показателей могут частично объяснить отрицательную и положительную динамику показателей КЖ по VAS: в группе с отрицательной динамикой чаще регистрируются худшие показатели соматического здоровья. Это, в свою очередь, может быть обусловлено рядом факторов: участием пациента в реабилитационных программах и выполнением рекомендаций в ходе диспансерно-динамического наблюдения после операции; образом жизни, наличием сопутствующих заболеваний. Отсутствие статистической значимости различий объясняются как небольшой выборкой пациентов, так и тем, что показатели КЖ, традиционно считающиеся связанные со здоровьем, могут быть тесно связаны и с другими факторами (например, сохранение социальных связей в послеоперационный период). Кроме того, существуют, вероятно, факторы, которые оказывают неоднозначное влияние на КЖ, связанное со здоровьем.

В целом, полученные результаты согласуются с мнением других исследователей, которые считают, что после коронарного шунтирования на качество жизни, обусловленное состоянием здоровья, может влиять ряд факторов: худшие показатели качества жизни, обусловленные физическим самочувствием: наличие сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта, застойной сердечной недостаточности, атеросклеротическое поражение сосудов нижних конечностей, послеоперационные осложнения, психологический тип личности [8].

Herlitz J. et al. (2003) на основе исследования динамики качества жизни пациентов через 5 и 10

лет после КШ по методике QoL отметили изменение уровня КЖ у части пациентов, при этом отмечено, как повышение, так и понижение исследуемых параметров, у относительно небольшой части пациентов качество жизни со временем не изменяется. По данным этих авторов, независимыми предикторами улучшения качества жизни являются молодой возраст пациентов, высокий функциональный класс сердечной недостаточности по NYHA, отсутствие признаков артериальной гипертензии, отсутствие проксимального поражения ствола левой коронарной артерии или ПМЖВ, короткое время искусственного кровообращения при выполнении операции, использование маммарокоронарного шунта и отсутствие тяжелых осложнений в раннем послеоперационном периоде [5].

Эти же исследователи в другой публикации указывают на то, что предикторами снижения качества жизни в послеоперационный период являются пожилой возраст, женский пол, наличие сахарного диабета, осложненный послеоперационный период с длительным временем лечения в реанимации [9]. По данным Koch C.G. et al. (2004), предикторами ухудшения качества жизни после КШ являются пожилой возраст, ХОБЛ, перенесенный в анамнезе ИМ, ОНМК, сахарный диабет, облитерирующий атеросклероз, тяжелые инфекционные осложнения после КШ, длительный период лечения в реанимации [6].

Следует отметить, что исследование качества жизни подразумевает во многом субъективную оценку больным своего состояния, поэтому оценки врача и пациента или пациента и ухаживающего за ним родственника могут существенно отличаться, результаты анализа зависят от исходных психологических характеристик пациента. Так, например, Rothenhäusler H.B. et al. (2010) отмечают, что через 6 месяцев после КШ среди пациентов с депрессией, посттравматическим стрессовым расстройством или когнитивными нарушениями уровень КЖ, оцененный помощью опросника SF-36, был значимо ниже, чем у пациентов без перечисленных нарушений [10].

Таким образом, в отдаленном периоде после коронарного шунтирования у больных, которым определена 3 группа инвалидности, выявлена незначительная динамика КЖ, обусловленного здоровьем, полного восстановления трудоспособности в отдаленном периоде не наблюдается. По нашему мнению, эти результаты объясняются прогрессированием хронических заболеваний по мере старения и отсутствием либо недостаточной эффективностью программ комплексной реабилитации больных, перенесших КШ, в современных российских условиях. Вышеизложенное подтверждает высокую медико-социальную значимость

проблемы и подтверждает необходимость восстановления и дальнейшего развития системы этапной медицинской реабилитации, которая должна способствовать повышению качества жизни пациентов, перенесших КШ, их полноценному возврату к трудовой деятельности.

#### Литература

1. Ильясов, Ф.Н. Репрезентативность результатов опроса в маркетинговом исследовании / Ф.Н. Ильясов // Социологические исследования. – 2011. – № 3. – С. 112–116.
2. Мясоедова, Н.А. Оценка качества жизни при различных сердечно-сосудистых заболеваниях / Н.А. Мясоедова, Э.Б. Тхостова, Ю.Б. Белоусов // Качественная клиническая практика. – 2002. – № 1. – С. 53–57.
3. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова; под ред. акад. Ю.Л. Шевченко. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 320 с.
4. Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. Version 1.0, EuroQol Group 2011.
5. Improvement and factors associated with improvement in quality of life during 10 years after coronary artery bypass grafting / J. Herlitz, G. Brandrup-Wognsen, K. Caidahl et al. // Coron. Artery Dis. – 2003. – V.14 (7). – P. 509–517.
6. Health-related quality of life after coronary artery bypass grafting: a gender analysis using the Duke Activity Status Index / C.G. Koch, F. Khandwala, J.B. Cywinski et al. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2004. – V. 128 (2). – P. 284–295.
7. Kind, P. Measuring success in health care – the time has come to do it properly / P. Kind, A. Williams // Health Policy Matter. – 2004. – Is. 9. – P. 1–8.
8. Predictors of poor mid-term health related quality of life after primary isolated coronary artery bypass grafting surgery / S. Al-Ruzzeh, T. Athanasiou, O. Mangoush et al. // Heart. – 2005. – Vol. 91. – P. 1557–1562.
9. Quality of life 15 years after coronary artery bypass grafting / J. Herlitz, G. Brandrup-Wognsen, M. Evander et al. // Coron. Artery Dis. – 2009. – Vol. 20 (6). – P. 363–369.
10. The effects of coronary artery bypass graft surgery on health-related quality of life, cognitive performance, and emotional status outcomes: a prospective 6-month follow-up consultation-liaison psychiatry study / H.B. Rothenhäusler, A. Stepan, R. Hetterle, A. Trantina-Yates // Fortschr. Neurol. Psychiatr. – 2010. – Vol. 78 (6). – P. 343–354.
11. World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? // Wid. Hth. Forum. – 1996. – Vol. 1. – P. 29.

Эфрос Л.А., кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной терапии № 2, Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск), LLA1905@mail.ru.

Самородская И.В., доктор медицинских наук, профессор, главный врач Института коронарной и сосудистой хирургии, Научный Центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН (Москва), samor2000@yandex.ru.

### THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER CORONARY ARTERY BYPASS SURGERY IN THE LATE PERIOD OF DISABLED PEOPLE

**L.A. Efros, I.V. Samorodskaya**

The study of quality of life through an international questionnaire EuroQol EQ-5D-5L (version 1,0, 2011 in conjunction with the viewing analog scale) of patients who, after coronary bypass were defined to disability group III in the late postoperative period showed that there were problems in all components of quality of life. There was no differences in the quality of life depending on the age group. Among 3,4 % of respondents there was a complete absence of problems. Subjective assessment of the quality of life showed significant variation in the components of the survey. There wasn't a significant difference among the two groups of patients (with the deterioration and improvement in quality of life) of the main risk factors for cardiovascular disease, clinical and functional, and socio-demographic characteristics of a statistically , except for the high frequency of occurrence in the group with the deterioration of the quality of life – obesity ( $p = 0,047$ ). The findings suggest that there are differences in quality of life of patients with a disability in the long term.

*Keywords: coronary artery bypass surgery, a disability questionnaire EuroQol EQ-5D-5L.*

**Efros L.A.**, Candidate of Medical Science (PhD), Assistant of the Department of Hospital therapy № 2, South Ural State Medical University (Chelyabinsk), LLA1905@mail.ru.

**Samorodskaya I.V.**, Doctor of Medical Science (Grand MD), Professor, Chief Doctor of the Institute of Coronary and Vascular Surgery Scientific Center of Cardiovascular Surgery A.N. Bakulev Under Academy of Medical Sciences (Moscow).

*Поступила в редакцию 20 января 2013 г.*