

## MEDICAL SCIENCES

### Якість життя пацієнтів похилого та старечого віку в віддалені терміни після проведення кардіохірургічних операцій

О. М. Дружина, О. А. Лоскутов, С. Р. Маруняк

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, Київ, Україна  
Corresponding author. E-mail: maruniak.stepan@gmail.com

Paper received 05.12.18; Accepted for publication 11.12.18.

<https://doi.org/10.31174/SEND-NT2018-186VI22-08>

**Анотація. Актуальність.** Ішемічна хвороба серця вважається основною причиною смертності та захворюваності у розвинених країнах. Варто відзначити, що радикальним методом її лікування вважається аортокоронарне шунтування. Незважаючи на видимі переваги, АКШ характеризуються також певним рівнем летальності та захворюваності. Сюди можна віднести від 1% до 6% ризик розвитку інсультів, інфекції, кровотеч, інфаркту міокарда та навіть смерті. Дані ускладнення є важливим маркером негативних наслідків АКШ, однак їх ізольоване застосування для оцінки наслідків даного оперативного втручання не дає об'єктивної картини. На сьогоднішній день, задоволення пацієнтів все частіше використовується як достовірний показник якості лікування ІХС, особливо коли це стосується пацієнтів літнього та старечого віку. **Мета.** Визначити ефективність проведення аортокоронарного шунтування пацієнтам літнього та старечого віку на основі оцінки якості життя через рік після проведення хірургічного втручання. **Матеріали та методи.** У нашому дослідженні, для оцінки якості життя пацієнтів після проведення АКШ, ми використовували 36-item Short Form Health Survey (SF-36) розроблений J.E. Ware і C.D. Sherbourne. В доопераційний період визначення якості життя за даним опитувальником проводилось у 120 пацієнтів. Продовжити дослідження через 12 місяців після АКШ вдалося у 108 пацієнтів. Зокрема, 9 осіб відмовилось від участі та 3 особи померли в післяопераційному періоді. Середній вік пацієнтів включених у дослідження складав 68,4±2,8 років. Зі 108 хворих, 67 (62,03%) пацієнтів чоловічої статі та 41 (37,98%) – жіночої. **Результати.** Достовірної різниці між показниками якості життя залежно від статі через 12 місяців після проведення АКШ нами не виявлялось. Через 12 місяців після проведення АКШ пацієнти відзначали достовірну динаміку таких параметрів як фізичне функціонування, рольове функціонування, обумовлене фізичним станом, інтенсивність болю, життєва активність, соціальне функціонування та рольове функціонування, зумовлене емоційним станом. Про наявність стенокардитичного болю через 12 місяців після оперативного втручання повідомляли 24,1% пацієнтів, з яких у 14,8% хворих біль визначався легкого ступеня, у 5,6% – помірного ступеня та у 3,7% хворих – сильного ступеня. Біль у ділянці стернотомічної рани протягом 12 місяців після АКШ відмічали 61,1% пацієнтів, з них у 25,9% біль виявлявся слабкої інтенсивності, у 16,7% – помірної інтенсивності, 14,8% – сильної інтенсивності та 3,7% – дуже сильної інтенсивності. 40,7% пацієнтів протягом 12 місяців після АКШ відмічали також больові відчуття різної інтенсивності в місці забору венозних анастомозів на нижніх кінцівках. **Висновки.** З огляду на результати дослідження, літній та старечий вік пацієнтів не є перешкодою для операції. Незважаючи на те, що даний контингент є особливо складним для хірургії взагалі і кардіохірургії зокрема, що пов'язано з особливостями перебігу основного захворювання, тривалістю та наявністю супутніх патологій, кардіохірургічне втручання часто є методом вибору для літніх пацієнтів.

**Ключові слова:** якість життя, похилий вік, кардіохірургічні операції.

**Актуальність.** Ішемічна хвороба серця вважається основною причиною смертності та захворюваності у розвинених країнах. Варто відзначити, що основним методом її лікування вважається аортокоронарне шунтування. Причому, третину всіх оперативних втручань, які проводяться з приводу ІХС, виконуються пацієнтам старше 65 років [1].

Незважаючи на видимі переваги, АКШ характеризуються також певним рівнем летальності та захворюваності. Сюди можна віднести від 1% до 6% ризик розвитку інсультів, інфекції, кровотеч, інфаркту міокарда та навіть смерті [2]. Дані ускладнення є важливим маркером негативних наслідків АКШ, однак їх ізольоване застосування для оцінки наслідків даного оперативного втручання не дає об'єктивної картини.

Зокрема, в багатьох дослідженнях наслідки проведення АКШ у віддаленому періоді для пацієнтів визначали шляхом оцінки якості життя. Більше того, задоволення пацієнтів все частіше використовується як достовірний показник лікування [3].

В даний час існує велика кількість методик для оцінки якості життя. Всі вони розділяються на загальні, тобто застосовні для оцінки якості життя при будь-яких захворюваннях, і хворобоспецифічні, призначені для пацієнтів з певним захворюванням [4]. Вони відображають суб'єктивні показники про стан здоров'я та оцінку

виразності симптомів самим пацієнтом. Однак велика кількість різноманітних методик оцінки якості життя істотно ускладнюють визначення достовірності результатів дослідження за однією й тією ж проблемою [5].

**Мета.** Визначити ефективність проведення аортокоронарного шунтування пацієнтам літнього та старечого віку на основі оцінки якості життя через рік після проведення хірургічного втручання.

**Матеріали та методи.** У нашому дослідженні, для оцінки якості життя пацієнтів після проведення АКШ, ми використовували 36-item Short Form Health Survey (SF-36) розроблений J.E. Ware і C.D. Sherbourne [6]. Загалом даний опитувальник складається з 36 пунктів, які згруповані у 8 шкал: фізичне функціонування (ФФ), рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (РФфіз), інтенсивність болю (ІБ), загальний стан здоров'я (ЗСЗ), життєва активність (ЖА), соціальне функціонування (СФ), рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (РФем) та психічне здоров'я (ПЗ). Відповідь пацієнта на кожне питання визначається в балах. В подальшому, отримані дані сумувалися та аналізувалися, причому результати за кожною шкалою мали значення від 0 до 100, де 100 означає повне здоров'я.

В доопераційний період визначення якості життя за даним опитувальником проводилось у 120 пацієнтів.

Продовжити дослідження через 12 місяців після АКШ вдалося у 108 пацієнтів. Зокрема, 9 осіб відмовилось від участі та 3 особи померли в післяопераційному періоді. Середній вік пацієнтів включених у дослідження складав 68,4±2,8 років. Зі 108 хворих, 67 (62,03%) пацієнтів чоловічої статі та 41 (37,98%) – жіночої.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За даними дослідження різниці в показниках якості життя залежно від статі через 12 місяців після АКШ не виявлялось (табл. 1).

**Таблиця 1.** Гендерні відмінності в результатах оцінки якості життя через 12 місяців після АКШ

SF-36	Чоловіки (n=67)	Жінки (n=41)	Значення p
ФФ	78,1±8,7	76,2±7,1	0,23
РФфіз	58,9±6,4	60,1±8,2	0,42
ІБ	73,8±7,2	72,1±5,8	0,12
ЗСЗ	71,8±9,1	74,2±6,7	0,08
ЖА	69,8±6,2	71,7±5,9	0,31
СФ	81,4±4,9	79,5±6,8	0,29
РФем	68,5±6,7	74,4±6,1	0,06
ПЗ	76,2±5,4	75,2±10,4	0,51

Щодо динаміки результатів оцінки якості життя через 12 місяців після проведення АКШ, то пацієнти відзначили істотну різницю за оцінкою в 6 шкалах: фізичне функціонування, рольове функціонування, обумовлене фізичним станом, інтенсивність болю, життєва активність, соціальне функціонування та рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (табл. 2).

**Таблиця 2.** Гендерні відмінності в результатах оцінки якості життя через 12 місяців після АКШ

SF-36	До АКШ (n=120)	Через 12 місяців (n=108)	Значення p
ФФ	50,8±4,5	76,5±6,3	0,022
РФфіз	23,5±3,2	60,6±7,5	0,042
ІБ	46,4±5,4	72,2±6,1	0,027
ЗСЗ	59,2±7,2	72,9±6,9	0,07
ЖА	47,2±3,8	69,8±4,8	0,048
СФ	57,0±7,7	79,7±6,5	0,029
РФем	39,6±4,1	72,3±5,3	0,006
ПЗ	67,3±6,5	75,6±8,1	0,061

Так, після проведення АКШ через 12 місяців спостерігалось достовірне зростання показника фізичного функціонування на 50,6% (p=0,022) порівняно з вихідним значенням, що свідчило про покращення здатності виконувати фізичні навантаження, такі як ходьба, піднімання по сходах та перенесення важких речей (табл. 2).

Також пацієнти відмічали достовірне зростання рольового функціонування, обумовленого фізичним станом у 2,5 (p=0,042) рази порівняно з його значенням до операції, що визначало вплив фізичного стану на повсякденну діяльність (табл.2).

Крім того, позитивно спостерігалася динаміка щодо інтенсивності болю. Зокрема, відмічено достовірний вплив зниження болю на можливість виконувати повсякденну роботу, що характеризувалось зростанням даного показника на 55,4% (p=0,027) через 12 місяців після проведення АКШ (табл.2).

Щодо життєвої активності, то ми спостерігали аналогічний напрямок змін. Так, через 12 місяців після АКШ пацієнти на 47,9% (p=0,048) частіше відмічали

відчуття сповнення сил та енергії порівняно з доопераційним рівнем (табл.2).

Цікаво, що через 12 місяців після АКШ пацієнти також відмічали достовірне зростання на 39,9% (p=0,029) та на 82,6% (p=0,006) показників соціального функціонування та рольової функції, обумовленої емоційним станом (табл.2).

В той же час, щодо показників загального стану здоров'я та психічного здоров'я, то достовірних змін через 12 місяців після проведення АКШ не виявлялось (табл.2).

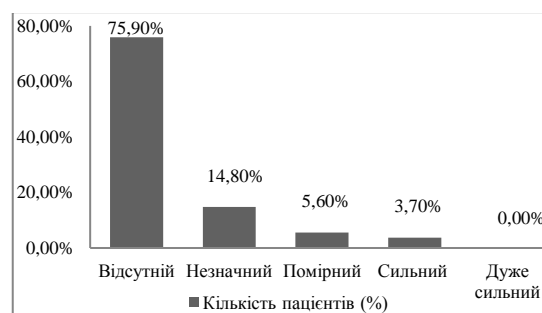
Загалом 75,0% пацієнтів позитивно оцінили якість життя через 12 місяців після АКШ: 18,5% – відмінно, 31,5% – дуже добре та 25,0% – добре (рис.1).



**Рисунок 1.** Загальна оцінка якості життя через 12 місяців після АКШ

В той же час негативно оцінило якість життя 25% пацієнтів, з яких 17,6% – погано та 7,4% – дуже погано (рис.1).

Також нами оцінювалась інтенсивність та частота виникнення протягом 12 місяців після проведення АКШ болювих відчуттів, як власне стенокардитичних, так і в місцях післяопераційних ран – на груднині та на нижніх кінцівках. Зокрема, 75,9% пацієнтів повідомляли про відсутність будь-якого стенокардитичного болю через 12 місяців після проведення оперативного втручання (рис. 2).



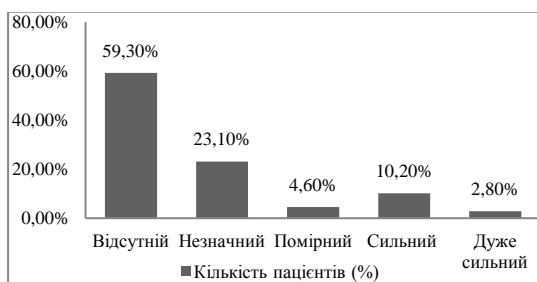
**Рисунок 2** Частота виникнення стенокардії та її інтенсивність протягом 12 місяців після АКШ

В той же час, про наявність стенокардитичного болю через 12 місяців після оперативного втручання повідомляли 24,1% пацієнтів, з яких у 14,8% хворих біль визначався легкого ступеня, у 5,6% – помірного ступеня та у 3,7% хворих – сильного ступеня (рис. 2). Варто відзначити, що випадки дуже сильного болю через 12 місяців після АКШ не виявлялись (рис. 2).

Біль у ділянці стернотомічної рани протягом 12 місяців після АКШ відмічали 61,1% пацієнтів, з них у 25,9% біль виявлявся слабкої інтенсивності, у 16,7% – помірної інтенсивності, 14,8% – сильної інтенсивності та 3,7% – дуже сильної інтенсивності (рис. 8.4). Лише 38,9% пацієнтів не скаржилися на появу болю в ділянці кардіотомічної рани (рис. 3).



**Рисунок 3.** Частота виникнення та інтенсивність болю в ділянці стернотомії протягом 12 місяців після АКШ



**Рисунок 4.** Частота виникнення та інтенсивність болю в ділянці хірургічної рани на нижніх кінцівках протягом 12 місяців після АКШ

В той же час, 40,7% пацієнтів протягом 12 місяців після АКШ відмічали також більові відчуття різної інтенсивності в місці забору венозних анастомозів на нижніх кінцівках. Причому серед цих пацієнтів більові відчуття легкої інтенсивності визначалися – у 23,1%

осіб, помірної інтенсивності – у 4,6%, сильної інтенсивності – у 10,2% та дуже сильної інтенсивності – 2,8% (рис.4).

Хоча наші пацієнти відмічали істотне зниження інтенсивності болю після проведення АКШ; однак 35,2% пацієнтів скаржилися на наявність сильного та дуже сильного болю протягом 12 місяців після операції, причому у 61,1% – зберігався певний ступінь болю в момент заповнення анкети.

**Висновки:**

- Достовірної різниці між показниками якості життя залежно від статі через 12 місяців після проведення АКШ нами не виявлялось.

- Через 12 місяців після проведення АКШ пацієнти відзначалась достовірною динамікою таких параметрів як фізичне функціонування, рольове функціонування, обумовлене фізичним станом, інтенсивність болю, життєва активність, соціальне функціонування та рольове функціонування, зумовлене емоційним станом.

- Про наявність стенокардитичного болю через 12 місяців після оперативного втручання повідомляли 24,1% пацієнтів, з яких у 14,8% хворих біль визначався легкого ступеня, у 5,6% – помірного ступеня та у 3,7% хворих – сильного ступеня.

- Біль у ділянці стернотомічної рани протягом 12 місяців після АКШ відмічали 61,1% пацієнтів, з них у 25,9% біль виявлявся слабкої інтенсивності, у 16,7% – помірної інтенсивності, 14,8% – сильної інтенсивності та 3,7% – дуже сильної інтенсивності.

**REFERENCES**

- Ridley SA, Chrispin PS, Scotton H, Rogers J, Lloyd D. Changes in quality of life after intensive care: comparison with normal data. *Anaesthesia*. 1997;52(3):195-202.
- Alwaqfi NR., Khader YS., Ibrahim KS., et al. Coronary artery bypass grafting: 30-day operative morbidity analysis in 1046 patients. *J. Clin. Med. Res.* 2012;4(4):267-273.
- Sündermann S., Dademasch A., Praetorius J., et al. Comprehensive assessment of frailty for elderly high-risk patients undergoing cardiac surgery. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*. 2011;39(1):33–37.
- Afilalo J., Mottillo S., Eisenberg MJ., et al. Addition of frailty and disability to cardiac surgery risk scores identifies elderly patients at high risk of mortality or major morbidity. *Cardiovascular Quality and Outcomes*. 2012;5:222–228.
- Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart disease and stroke statistics-2015 update: A report from the American heart association. *Circulation*. 2015;131:e29–e322
- Ware JE., Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Med. Care*. 1992;30:473–483

**The quality of life in aged and geriatric patients in the long term after cardiac surgery**

**O. M. Druzhyna, O. A. Loskutov, S. R. Maruniak**

**Abstract. Introduction.** Coronary heart disease is considered the main cause of mortality and morbidity in developed countries. It should be noted that the radical method of treatment is coronary artery bypass grafting. Despite the apparent benefits, CABG also has a certain level of mortality and morbidity. This can be attributed from 1% to 6% the risk of stroke, infection, bleeding, myocardial infarction and even death. These complications are an important marker for the negative effects of CABG, but their isolated use to evaluate the consequences of this surgical intervention does not give an objective picture. To date, patient satisfaction is increasingly being used as a reliable indicator of the quality of CHD treatment, especially when it comes in aged and geriatric patients. **Goal.** Determine the effectiveness of coronary artery bypass grafting in aged and geriatric patients on the basis assessment quality of life one year after surgical intervention. **Materials and methods.** In our study, we used a 36-item Short Form Health Survey (SF-36) designed by J.E. Ware and C.D. Sherbourne to evaluate the quality of life of patients after CABG. The assessment of quality of life in the questionnaire was conducted in 120 patients in the preoperative period. Continue the study 12 months after the CABG was successful in 108 patients. In particular, 9 people refused to participate and 3 died in the postoperative period. The average age of patients included in the study was 68.4 ± 2.8 years. Of the 108 patients, 67 (62.03%) of male patients and 41 (37.98%) were female. **Results.** There was no significant difference between quality of life depending on the gender 12 months after the CABG. 12 months after the CABG, patients noted the reliable dynamics of such parameters as physical functioning, role-based functioning, caused by physical condition, pain intensity, vital activity, social functioning and role-playing, caused by emotional state. 24.8% of patients reported having angina 12 months after surgery, of which 14.8% had a mild degree of pain, 5.6% had a moderate degree, and 3.7% had a severe degree of pain. The pain in the area of sternotomy wound within 12 months after ACS was noted by 61.1% of the patients, of which 25.9% had weak intensity, 16.7% had moderate intensity, 14.8% had severe intensity and 3.7% – very strong intensity. 40.7% of patients within 12 months after CABG also noticed a different sensation of pain at the site of venous anastomosis in the legs. **Conclusions.** Given the results of the study, aged and geriatric patients are not an obstacle to the cardiac operation. Despite the fact that this contingent is especially difficult for surgery in general and cardiosurgery in particular, due to the peculiarities of the course of the underlying disease, the duration and the presence of concomitant pathologies, cardiac surgery is often the method of choice for elderly patients.

**Keywords:** quality of life, and patients, cardiac surgery.