

О.Є. Лабінська

Львівський національний медичний
університет імені Данила
Галицького, м. Львів

УДК: 616.127-005.8-089.843:
616-056.52]-07

ВПЛИВ РЕПЕРFUЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ЗА НАЯВНОСТІ ОЖИРІННЯ

Резюме. Мета дослідження — вивчити показники якості життя пацієнтів із гострим інфарктом міокарда (ГІМ) за наявності надмірної маси тіла (НМТ) та ожиріння із використанням міжнародного опитувальника EuroQol-5D-5L для оцінки якості життя.

Матеріал і методи. Обстежено 158 пацієнтів із ГІМ з елевацією сегмента ST (ГІМелST) віком від 32 до 86 років. Усі пацієнти були розподілені на 3 групи: першу групу становили 52 особи з ІМ із нормальною масою тіла (індекс маси тіла (ІМТ) — 18,5-24,9 кг/м²), другу групу — 51 пацієнт з ІМ та НМТ (ІМТ — 25,0-29,9 кг/м²), третю групу — 55 осіб з ІМ та ожирінням I-III ступенів (ІМТ≥30,0 кг/м²).

Результати. Порівняння результатів окремих показників опитувальника показало, що при госпіталізації суб'єктивні показники усіх компонентів опитувальника були достовірно гіршими в пацієнтів II і III груп порівняно з особами I групи ($p < 0,05$). Виявлено, що через 10 днів після початку лікування суб'єктивні показники догляду за собою не відрізнялися ($p > 0,05$) між групами. Рухливість, звичайна повсякденна діяльність, біль/дискомфорт та тривога/депресія достовірно більше турбували пацієнтів III групи, порівняно з хворими I групи ($p_{1-3} < 0,05$), достовірної різниці між цими показниками при порівнянні осіб II і III груп не виявлено ($p_{2-3} > 0,05$). При госпіталізації достовірно більше пацієнтів групи II (з НМТ) та III (з ожирінням) відмічали наявність помірної тривоги або депресії порівняно з особами групи I (з нормальною масою тіла) ($p_{1-2} < 0,01$, $p_{1-3} < 0,01$). На 10-й день спостереження достовірно більше пацієнтів із нормальною масою тіла (78,85% — група I) відзначили, що не відчують тривоги або депресії порівняно з особами з НМТ (50,93% — група II) та ожирінням (46,94% — група III) ($p_{1-2} < 0,01$, $p_{1-3} < 0,01$).

Висновки. Ожиріння і надмірна маса тіла є важливими чинниками погіршення якості життя при гострому інфаркті міокарда з елевацією сегмента ST навіть після ефективно проведеної реперфузійної терапії.

Перебіг інфаркту міокарда за наявності надмірної маси тіла та ожиріння супроводжується більш вираженими проявами тривоги/депресії, тому, імовірно, слід використовувати методи психокорекції з метою підвищення ефективності лікування й покращення якості життя таких пацієнтів.

Ключові слова: гострий інфаркт міокарда, надмірна маса тіла, абдомінальне ожиріння, коронароангіографія, якість життя.

Вступ. Коморбідність залишається важливою проблемою сучасної медицини. Детальне вивчення різних проявів поєднаної патології систем організму може стати підставою для розкриття основних механізмів виникнення захворювань, а також сприяти розробці патогенетично обґрунтованого лікування [1, 2]. Це надзвичайно актуально щодо соціально значущих і дуже поширених захворювань, таких як ГІМ та ожиріння.

Ожиріння чинить суттєвий негативний вплив на якість життя пацієнтів, підвищує ризик довгострокових клінічних ускладнень, зокрема серцево-судинних. Літературні джерела свідчать про важливу роль ожиріння в розладах адаптації організму до змін навколишнього середовища, появи та поглиблення вегетативних і тривожно-депресивних порушень, що стають все більше поширеними в сучасному світі [3].

Якість життя — це інтегральна характеристика фізичного, емоційного, психологічного та соціального функціонування людини, що ґрунтується на її суб'єктивному сприйнятті. Сьогодні оцінка якості життя набуває всебічного значення в медицині, що відображає, з одного боку, появу нових медичних технологій, які не впливають на тривалість життя, але істотно поліпшують його якість, а з іншого — підвищення активності пацієнта, зокрема збільшення його ролі у виборі методів діагностики та лікування [4, 5].

Оцінка якості життя пацієнта дозволяє визначити його стан на момент опитування, дає змогу вивчити ефективність лікування й реабілітаційних заходів, допомагає в прогнозуванні перебігу хвороби, а також показує прихильність пацієнта до лікаря і до лікування, що сприяє покращенню стану хворого за рахунок зменшення тривалості

© О.Є. Лабінська

госпіталізації та проявів ускладнень на тлі збільшення тривалості життя [6].

Опитувальник EuroQol-5D-5L — добре валідований, генеричний інструмент для визначення показників якості життя. Він містить 5 компонентів, пов'язаних із такими сферами життя, як: рухомість, самообслуговування, щоденна активність, біль (дискомфорт), тривога (депресія). Цей опитувальник дозволяє оцінити не лише рівень якості життя, але й дає можливість встановити, за рахунок яких складових вона погіршується та на що необхідно вплинути, щоб її покращити [7, 8].

Оскільки соціальна значущість ГІМ у пацієнтів із НМТ та ожирінням зумовлена не лише поширеністю даного захворювання, але й зниженням якості життя пацієнтів унаслідок виникнення серцево-судинних ускладнень, напрямком нашого дослідження була оцінка якості життя в даного контингенту пацієнтів під впливом реперфузійної терапії як основного етапу лікування.

Метою дослідження було вивчити показники якості життя пацієнтів із ГІМ за наявності НМТ та ожиріння з використанням міжнародного опитувальника EuroQol-5D-5L для оцінки якості життя.

Матеріал і методи

Було обстежено 158 пацієнтів із ГІМелСТ віком від 32 до 86 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні кардіології та реперфузійної терапії КНП «Львівське територіальне медичне об'єднання «Багатопротільна клінічна лікарня інтенсивних методів лікування та швидкої медичної допомоги».

Критеріями включення в дослідження були: чоловіки й жінки віком старше від 18 років, у яких діагностовано ГІМелСТ. Клінічний діагноз ГІМ встановлювався на підставі клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень, відповідно до рекомендацій Асоціації кардіологів України (2021) та Європейського товариства кардіологів (2021) [9]. Також обов'язковою була інформована згода пацієнта на участь у дослідженні. Критерії виключення: спадкові синдроми, що супроводжуються ожирінням, а також вторинне, дієтцефальне та змішане ожиріння.

Усім пацієнтам було проведено антропометрію (зріст, маса тіла, ОТ, окружність стегон (ОС), співвідношення ОТ/ОС), клініко-анамнестичне обстеження та коронароангіографію (КАГ).

Усі пацієнти отримували стандартну медикаментозну терапію, яка включала антитромбоцитарну терапію, нітрати, статини, β-адреноблокатори, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту чи блокатори рецепторів ангіотензину II тощо.

Оцінку ІМТ та встановлення діагнозу ожиріння проводили згідно з рекомендаціями ВООЗ (1999) та Європейськими рекомендаціями з вивчення

ожиріння [10]. ІМТ розраховували за формулою: маса в кілограмах поділена на квадрат зросту в метрах. За класифікацією ВООЗ (1997) розрізняють: недостатню масу тіла — ІМТ < 18,5 кг/м², нормальну масу тіла — ІМТ 18,5–24,9 кг/м², надмірну масу тіла (НМТ) — ІМТ 25,0–29,9 кг/м², ожиріння I ст. — ІМТ 30,0–34,9 кг/м², ожиріння II ст. — ІМТ 35,0–39,9 кг/м², ожиріння III ст. — ІМТ > 40,0 кг/м². З метою виявлення загрози абдомінального ожиріння (АО) розраховували співвідношення ОТ/ОС. За формулою Amato M.C. та співавт. (2010) [11] розраховували індекс вісцерального ожиріння (ІВО) з метою визначення дисфункції вісцеральної жирової тканини:

$$\text{ІВО чоловіків} = (\text{ОТ} / (39,68 + (1,88 + \text{ІМТ}))) \cdot (\text{ТГ} / 1,03) \cdot (1,31 / \text{ЛПВЩ});$$

$$\text{ІВО жінок} = (\text{ОТ} / (36,58 + (1,88 + \text{ІМТ}))) \cdot (\text{ТГ} / 0,81) \cdot (1,52 / \text{ЛПВЩ}),$$

де ТГ — тригліцериди (ммоль/л); ЛПВЩ — ліпопротеїди високої щільності (ммоль/л). Значення показника 1,1 та більше трактували як наявність дисфункції вісцеральної жирової тканини.

Усі пацієнти з ГІМ були розподілені на 3 групи: першу групу становили 52 особи з ІМ із нормальною масою тіла (ІМТ 18,5–24,9 кг/м²), другу групу — 51 пацієнт з ІМ із НМТ (ІМТ 25,0–29,9 кг/м²), третю групу — 55 осіб з ІМ та ожирінням I–III ступенів (ІМТ ≥ 30,0 кг/м²). В усіх випадках пацієнти були порівняні між групами за віком і статтю.

З метою оцінки якості життя пацієнтів використовували EuroQol-5D-5L — європейський опитувальник від EuroQol Group. Перед заповненням опитувальника пацієнту було проведено інструктаж щодо його заповнення. Були дотримані всі процедури заповнення анкети: пацієнт заповнював опитувальник власноруч, у тихому спокійному місці, без впливу родичів, друзів чи медичних працівників. Він оцінював свій стан на момент заповнення за такими 5 пунктами: рухливість, догляд за собою, звичайна повсякденна діяльність, біль/дискомфорт, занепокоєння (депресія), кожен з яких був поділений на 5 рівнів (залежно від ступеня вираженості показника): відсутність проблеми, незначна проблема, помірна проблема, сильна проблема чи значна проблема. Анкетування проводили двічі: при надходженні до стаціонару і на 10-й день спостереження. Після заповнення опитувальника дослідник перевіряв його на відсутність пропусків.

Статистичний аналіз отриманих результатів проводили за допомогою методів описової та аналітичної статистики. Середні показники (Mean) подавали як середнє арифметичне та його похибку ($M \pm m$). Порівняння двох груп середніх величин проводили за допомогою непарного критерію Стьюдента (t). Для опису відносних величин розраховували відсоток та його похибку ($P \pm m_p$, %), їх порівняння проводили за допомогою

критерію Пірсона (χ^2). Порівняння динаміки у двох зв'язаних групах (на 1-й і на 10-й день) — за допомогою критерію Мак-Немара. Результати вважали достовірними при мінімальному рівні значущості $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення

За результатами дослідження виявлено достовірні відмінності між показниками маси тіла обстежених пацієнтів, ІМТ, ОТ, ОС та ОТ/ОС у всіх досліджуваних групах (табл. 1).

Вимірювання ОТ — найбільш точний показник, що дозволяє виявити кількість абдомінального жиру. За даними ВООЗ, критеріями АО є ОТ для чоловіків ≥ 94 см, а для жінок — ≥ 80 см, що свідчить про наявність підвищеного ризику появи серйозних хвороб, а 102 см та 88 см відповідно — надзвичайно високий ризик. У нормі в чоловіків співвідношення ОТ/ОС не повинно перевищувати 0,95, а в жінок — 0,85. Згідно з результатами нашого дослідження, АО виявлено в усіх 100% осіб із ГІМ та ожирінням I-III ступенів, у 82,35% пацієнтів — із ГІМ та НМТ, а також у 9,62% осіб — із ГІМ і нормальною масою тіла.

Таблиця 1. Антропометричні показники обстежених пацієнтів із ГІМелСТ (М $\pm$ м)

Показники	Група I (n=52)	Група II (n=51)	Група III (n=55)
	М $\pm$ м	М $\pm$ м	М $\pm$ м
Маса тіла, кг	71,68 $\pm$ 0,84	83,74 $\pm$ 1,13*	98,92 $\pm$ 1,22**^
Зріст, см	172,97 $\pm$ 0,87	173,02 $\pm$ 1,08	169,91 $\pm$ 1,06**^
ІМТ, кг/м ²	23,92 $\pm$ 0,13	28,02 $\pm$ 0,22*	34,37 $\pm$ 0,5**^
ОТ, см	86,83 $\pm$ 0,63	97,18 $\pm$ 0,92*	109,61 $\pm$ 1,2**^
ОС, см	95,83 $\pm$ 0,67	101,8 $\pm$ 0,74*	110,93 $\pm$ 1,17**^
ОТ/ОС	0,9 $\pm$ 0	0,95 $\pm$ 0,01*	0,99 $\pm$ 0,01**^
ІВО	2,39 $\pm$ 0,2	2,65 $\pm$ 0,25	3,69 $\pm$ 0,37**^^

Примітки: * — $p < 0,01$, достовірність різниці між показниками груп I та II; ** — $p < 0,01$, достовірність різниці між показниками груп I та III; ^ — $p < 0,01$, достовірність різниці між показниками груп II та III.

Результати багатьох досліджень підкреслюють важливість розподілу жирової тканини у виникненні кардіометаболічних захворювань. За результатами американського дослідження, що включало 2683 жінки в постменопаузі з нормальним ІМТ (від 18,5 до < 25 кг/м²), які не мали серцево-судинних захворювань (ССЗ) на початку дослідження, вчені виявили, що жінки в постменопаузі з нормальним ІМТ, які мали більшу кількість жирової тканини в абдомінальній зоні та нижчий її рівень у ділянці стегон, мають підвищений ризик розвитку ССЗ [22]. Отримані нами висновки підкреслюють важливість розподілу жирової тканини в певних ділянках людського організму в розвитку ССЗ. У чоловіків середнього віку АО є незалежним фактором ризику розвитку гострого коронарного синдрому, а в поєднанні з курінням цей ризик збільшується в 5,5 разів [23].

Проведено оцінку скарг пацієнтів на момент госпіталізації. Серед осіб I групи (ГІМелСТ із нормальною масою тіла) типовий больовий синдром був наявний у 90,38 $\pm$ 4,09% пацієнтів, в осіб II групи (ГІМелСТ із НМТ) — у 82,35 $\pm$ 5,34% випадків, а у хворих III групи — у 70,91 $\pm$ 6,12% ($p_{1-3} < 0,05$) (табл. 2). В усіх досліджуваних групах були виявлені скарги на відчуття задишки при фізичному навантаженні — у 20 пацієнтів (38,46 $\pm$ 6,75%) із ГІМелСТ із нормальною масою тіла (група I), у 30 пацієнтів (58,82 $\pm$ 6,89%) із ГІМелСТ та НМТ (група II) і в 33 пацієнтів (60,00 $\pm$ 6,61%) із ГІМелСТ та ожирінням (група III) ($p_{1-2}, p_{1-3} < 0,05$). Атиповий больовий перебіг (відсутність болю, переважання задишки, відчуття «нестачі повітря», біль у лівій руці, між лопатками, у шиї) виявлено в 7,69 $\pm$ 3,70% пацієнтів I групи, у 21,57 $\pm$ 3,76% — II групи та у 29,09 $\pm$ 6,12% — III групи ($p_{1-2} < 0,05, p_{1-3} < 0,01$).

Таблиця 2. Особливості клінічних проявів ГІМелСТ у пацієнтів трьох груп спостереження

Показники	Група I (n=52) АО (n=5)		Група II (n=51) АО (n=42)		Група III (n=55) АО (n=55)	
	n	P $\pm$ m, %	n	P $\pm$ m, %	n	P $\pm$ m, %
Загрудний біль	47	90,38 $\pm$ 4,09	42	82,35 $\pm$ 5,34	39	70,91 $\pm$ 6,12**
↗АО	5	100 $\pm$ 0	37	88,1 $\pm$ 5	39	70,91 $\pm$ 6,12^
Задишка	20	38,46 $\pm$ 6,75	30	37,25 $\pm$ 6,77*	33	60 $\pm$ 6,6*
↗АО	4	80 $\pm$ 17,89	25	59,52 $\pm$ 7,57	33	60 $\pm$ 6,61
Серцебиття	10	19,23 $\pm$ 5,47	19	23,53 $\pm$ 5,94*	21	38,18 $\pm$ 6,55*
↗АО	2	40 $\pm$ 21,91	18	42,86 $\pm$ 7,64	21	38,18 $\pm$ 6,55
Холодний піт	14	26,92 $\pm$ 6,15	6	11,76 $\pm$ 4,51	8	14,55 $\pm$ 4,75
↗АО	2	40 $\pm$ 21,91	5	11,9 $\pm$ 5	8	14,55 $\pm$ 4,75
Загальна слабкість	32	61,54 $\pm$ 6,75	25	49,02 $\pm$ 7,00	36	65,45 $\pm$ 6,41
↗АО	5	100 $\pm$ 0	24	57,14 $\pm$ 7,64	36	65,45 $\pm$ 6,41
Атиповий перебіг	4	7,69 $\pm$ 3,70	11	21,57 $\pm$ 5,76*	16	29,09 $\pm$ 6,12**
↗АО	0	0 $\pm$ 0	8	19,05 $\pm$ 6,06	16	29,09 $\pm$ 6,12
Інші скарги	29	55,77 $\pm$ 6,89	29	56,86 $\pm$ 6,94	30	54,55 $\pm$ 6,71
↗АО	4	80 $\pm$ 17,89	23	54,76 $\pm$ 7,68	30	54,55 $\pm$ 6,71

Примітки: * — $p < 0,05$, достовірність різниці між показниками груп I та II; ** — $p < 0,05$, достовірність різниці між показниками груп I та III; ^ — $p < 0,05$, достовірність різниці між показниками груп II та III.

Відчуття серцебиття було наявне в 10 пацієнтів групи I (19,23 $\pm$ 5,47%), 19 осіб групи II (37,25 $\pm$ 6,77%) та 21 хворого групи III (38,18 $\pm$ 6,55%) ($p < 0,05$). Цей симптом мав тенденцію до почастищення в міру збільшення маси тіла. Часто пацієнти скаржилися на загальну слабкість. Цю скаргу відмічали 32 хворі I групи (61,54 $\pm$ 6,75%), 25 осіб II групи (49,02 $\pm$ 7,00%) та 36 пацієнтів III групи (65,45 $\pm$ 6,41) ($p > 0,05$). Також в обстежених пацієнтів спостерігалися інші скарги, зокрема біль в епігастральній ділянці, нудота, блювання, а також дискомфорт у ділянці серця — у 55,77 $\pm$ 6,89% пацієнтів I групи, 56,86 $\pm$ 6,94% хворих II групи та 54,55 $\pm$ 6,71% осіб

III групи. Достовірних відмінностей між групами не виявлено ($p > 0,05$).

Згідно з нашими спостереженнями, наявність коморбідного ожиріння нерідко видозмінювала клінічну картину ГІМелСТ. У цих пацієнтів типовий для ГІМ больовий синдром був менш вираженим, натомість вони відмічали відчуття «нестачі повітря» (як еквівалент ангінозного болю). Відтак, атипичний перебіг ГІМелСТ за наявності ожиріння (табл. 2) може ускладнювати своєчасну діагностику цього захворювання і негативно впливати на подальший його перебіг.

Детально вивчали зміни клінічних проявів у пацієнтів з АО. Виявлено, що в пацієнтів з АО групи II ($88,1 \pm 5\%$) достовірно частіше спостерігалися скарги на за груднинні болі порівняно з особами з АО групи III ($70,91 \pm 6,12\%$) ($p < 0,05$). При порівнянні решти клінічних проявів серед пацієнтів з АО достовірних відмінностей між групами не виявлено ($p > 0,05$).

Проаналізовано час від початку виникнення симптомів ІМ до моменту госпіталізації хворих (табл. 3).

Таблиця 3. Своєчасність госпіталізації пацієнтів із ГІМелСТ

Час від початку симптомів	Група I (n=52)		Група II (n=51)		Група III (n=55)	
	n	$P \pm m, \%$	n	$P \pm m, \%$	n	$P \pm m, \%$
до 6 год	29	$55,77 \pm 6,89$	17	$33,33 \pm 6,6^*$	17	$30,91 \pm 6,23^{**}$
→ АО	0	$0 \pm 0,00$	14	$33,33 \pm 7,27$	17	$30,91 \pm 6,23$
через 6-12 год	11	$21,15 \pm 5,66$	13	$21,57 \pm 5,76$	16	$29,09 \pm 6,12$
→ АО	3	$60 \pm 21,91$	9	$21,43 \pm 6,33$	16	$29,09 \pm 6,12$
через 12-24 год	7	$13,54 \pm 4,73$	15	$29,41 \pm 6,38^*$	17	$30,91 \pm 6,23^*$
→ АО	0	$0 \pm 0,00$	12	$28,57 \pm 6,97$	17	$30,91 \pm 6,23$
понад 24 год	5	$9,62 \pm 4,09$	8	$15,69 \pm 5,09$	5	$9,09 \pm 3,88$
→ АО	2	$40 \pm 21,91$	7	$16,67 \pm 5,75$	5	$9,09 \pm 3,88^*$

Примітки: * — $p < 0,05$, достовірність різниці між показниками груп I та II; ** — $p < 0,05$, *** — $p < 0,01$, достовірність різниці між показниками груп I та III.

Упродовж перших 24 годин від початку захворювання 47 пацієнтів із ГІМелСТ та нормальною масою тіла (група I) були госпіталізовані до стаціонару; з них 29 осіб ($55,77 \pm 6,89\%$) — до 6 годин, 11 пацієнтів ($21,15 \pm 5,66\%$) — через 6-12 годин, а також 7 осіб ($13,54 \pm 4,73\%$) — через 12-24 години. Серед осіб групи II (з ГІМелСТ та надмірною масою тіла) 43 пацієнти надійшли до стаціонару впродовж першої доби від моменту захворювання; з них 17 осіб ($33,33 \pm 6,6\%$) — до 6 годин, 13 пацієнтів ($21,57 \pm 5,76\%$) — через 6-12 годин, а також 17 осіб ($30,91 \pm 6,23\%$) — через 12-24 години.

Щодо пацієнтів III групи (ГІМелСТ з ожирінням I-III ступенів), то впродовж перших 24 годин від початку захворювання були госпіталізовані до стаціонару 50 осіб, із них 17 хворих ($30,91 \pm 6,23\%$) — до 6 годин, 16 пацієнтів ($29,09 \pm 6,12\%$) — через

6-12 годин, а також 17 осіб ($30,91 \pm 6,23\%$) — через 12-24 години.

Пізня госпіталізація (понад 24 год) спостерігалась у 5 пацієнтів ($9,62 \pm 4,09\%$) I групи, 8 осіб ($15,69 \pm 5,09\%$) II групи та 5 хворих ($9,09 \pm 3,88\%$) III групи ($p > 0,05$).

Серед пацієнтів з АО виявлено, що пізня госпіталізація достовірно частіше спостерігалась в осіб III групи порівняно з хворими I групи ($p_{1-3} = 0,039$).

Усім досліджуваним пацієнтам було зроблено КАГ. Первинне стентування ВА було проведено в 46 пацієнтів I групи ($88,46 \pm 4,43\%$), 44 пацієнтів II групи ($86,27 \pm 4,82\%$) та 51 пацієнта III групи ($92,73 \pm 3,50\%$). Однак в одного пацієнта III групи стент встановити не вдалося.

Аортокоронарне шунтування було проведено 2 хворим із I групи ($3,85 \pm 1,67\%$), 6 особам II групи ($11,76 \pm 4,51\%$) та 6 пацієнтам III групи ($10,91 \pm 4,20\%$). У 3 випадках реваскуляризація міокарда не проводилась у зв'язку з виявленням м'язового мостика (1 пацієнт) та відмовою пацієнтів (2 особи).

Результати опитування пацієнтів із ГІМ показали, що всі пацієнти зазначили проблеми щодо всіх компонентів якості життя. Загалом виявлено суттєве погіршення якості життя осіб із НМТ та ожирінням. Більшість пацієнтів відзначали наявність проблем по всіх компонентах якості життя при госпіталізації, але після проведеного лікування (на 10-й день спостереження) відмітили покращення якості життя.

Результати в групах за опитувальником EuroQol-5D-5L при госпіталізації і на 10-й день спостереження наведено в табл. 4.

Порівняння результатів окремих показників опитувальника показало, що при госпіталізації суб'єктивні показники усіх компонентів опитувальника були достовірно гіршими в пацієнтів II і III груп порівняно з особами I групи ($p < 0,05$).

Виявлено, що через 10 днів після початку лікування суб'єктивні показники догляду за собою не відрізнялися ($p > 0,05$) між групами. Рухливість, звичайна повсякденна діяльність, біль/дискомфорт та тривога/депресія вірогідно більше турбували пацієнтів III групи порівняно з хворими I групи ($p_{1-3} < 0,05$), достовірної різниці між цими показниками при порівнянні осіб II і III груп не виявлено ($p_{2-3} > 0,05$).

При госпіталізації достовірно більше пацієнтів групи II (з НМТ) та III (з ожирінням) відмічали наявність помірної тривоги або депресії порівняно з особами групи I (з нормальною масою тіла) ($p_{1-2} < 0,01$, $p_{1-3} < 0,01$).

На 10-й день спостереження достовірно більше пацієнтів із нормальною масою тіла ($78,85\%$ — група I) відзначили, що не відчувають тривоги або депресії порівняно з особами з НМТ

Таблиця 4. Характеристика стану здоров'я обстежених пацієнтів за даними опитувальника EuroQoL-5D-5L при госпіталізації і на 10-й день спостереження

Компоненти опитувальника	Кількість опитаних (n=158)					
	Група I (n=52)		Група II (n=51)		Група III (n=55)	
	1-й	10-й	1-й	10-й	1-й	10-й
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Рухливість						
У мене немає проблем із пересуванням пішки	18 (34,62)	41 (78,85) ^{oo}	5 (9,80)*	35 (68,63) ²²	0 (0,00) ^{##^}	29 (59,18) ^{xxx}
У мене є незначні проблеми з пересуванням пішки	24 (46,15)	9 (17,31) ^{oo}	20 (39,22)	14 (27,45)	1 (1,82) ^{##^}	19 (38,78) ^{xxx}
У мене є помірні проблеми з пересуванням пішки	8 (15,38)	2 (3,85) ^o	23 (45,10) ^{**}	2 (3,92) ²²	14 (25,45) [^]	1 (2,04) ^{**}
У мене є серйозні проблеми з пересуванням пішки	1 (1,92)	0 (0,00)	3 (5,88)	0 (0,00)	28 (50,19) ^{##^}	0 (0,00) ^{**}
Я не можу ходити пішки	1 (1,92)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	12 (21,82) ^{##^}	0 (0,00) ^{**}
Догляд за собою						
У мене немає проблем із самостійним миттям або одяганням	44 (84,62)	52 (100,0) ^{oo}	34 (66,67)*	51 (100,00) ²²	38 (69,09)	48 (97,96) ^{**}
У мене є незначні проблеми із самостійним миттям або одяганням	6 (11,54)	0 (0,00) ^{oo}	8 (15,69)	0 (0,00) ²²	8 (14,55)	1 (2,04)*
У мене є помірні проблеми із самостійним миттям або одяганням	2 (3,85)	0 (0,00)	6 (11,76)	0 (0,00) ²²	5 (9,09)	0 (0,00)*
У мене є серйозні проблеми із самостійним миттям або одяганням	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (5,88)	0 (0,00)	3 (5,45)	0 (0,00)
Я не здатний(-а) самостійно митися або вдягатися	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (1,96)	0 (0,00)	2 (3,64)	0 (0,00)
Звичайна повсякденна діяльність						
Я можу без труднощів займатися своєю звичайною повсякденною діяльністю	0 (0,00)	28 (53,85) ^{oo}	0 (0,00)	23 (45,10) ²²	0 (0,00)	13 (26,53) ^{xxxx}
Виконуючи звичайну повсякденну діяльність, я відчуваю незначні труднощі	42 (80,77)	23 (44,23) ^{oo}	2 (3,92) ^{**}	22 (43,14) ²²	0 (0,00) ^{##}	22 (44,90) ^{**}
Виконуючи звичайну повсякденну діяльність, я відчуваю помірні труднощі	8 (15,38)	1 (1,92) ^{oo}	13 (25,49)	5 (9,80) ²	2 (3,64) ^{##^}	10 (20,41) ^{xxxx}
Виконуючи звичайну повсякденну діяльність, я відчуваю серйозні труднощі	2 (3,85)	0 (0,00)	35 (68,63) ^{**}	1 (1,96) ²²	14 (25,45) ^{##^}	2 (4,08) ^{**}
Я не здатний(-а) займатися звичайною повсякденною діяльністю	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (1,96)	0 (0,00)	39 (70,91) ^{##^}	2 (4,08) ^{**}
Біль/дискомфорт						
Я не відчуваю болю або дискомфорту	4 (7,69)	42 (80,77) ^{oo}	1 (1,96)	35 (68,63) ²²	3 (5,45)	27 (55,10) ^{xxxx}
Я відчуваю незначний біль або дискомфорт	41 (78,45)	10 (19,23) ^{oo}	5 (9,80) ^{**}	13 (25,49) ²	14 (25,45) ^{##^}	12 (24,49)
Я відчуваю помірний біль або дискомфорт	5 (9,62)	0 (0,00) ^o	37 (72,55) ^{**}	3 (5,88) ²²	29 (70,91) ^{##^}	8 (16,33) ^{xxxx}
Я відчуваю сильний біль або дискомфорт	2 (3,85)	0 (0,00)	5 (9,80)	0 (0,00) ²	4 (7,27)	1 (2,04)
Я відчуваю надзвичайно сильний біль або дискомфорт	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (5,88)	0 (0,00)	5 (9,09) [#]	1 (2,04)
Занепокоєння, депресія (туга, смуток)						
Я не відчуваю тривоги або депресії	9 (17,31)	41 (78,85) ^{oo}	6 (11,76)	26 (50,93) ^{""22}	2 (3,64) [#]	23 (46,94) ^{xxxx}
Я відчуваю незначну тривогу або депресію	38 (73,08)	9 (17,31) ^{oo}	15 (29,41) ^{**}	11 (21,57)	5 (9,09) ^{##^}	5 (10,20)
Я відчуваю помірну тривогу або депресію	3 (5,77)	2 (3,85)	24 (47,06) ^{**}	9 (17,65) ^{""22}	28 (50,91) ^{##}	14 (28,57) ^{xxxx}
Я відчуваю сильну тривогу або депресію	1 (1,92)	0 (0,00)	4 (7,84)	5 (9,80) ^{""}	17 (30,91) ^{##^}	6 (12,24) ^{xxxx}
Я відчуваю надзвичайно сильну тривогу або депресію	1 (1,92)	0 (0,00)	2 (3,92)	0 (0,00)	3 (5,45)	1 (2,04)

Примітки: * — $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$, достовірність різниці між показниками груп I та II при госпіталізації;
[#] — $p < 0,05$, ^{##} — $p < 0,01$, достовірність різниці між показниками груп I та III при госпіталізації;
[^] — $p < 0,05$, ^{^^} — $p < 0,01$, достовірність різниці між показниками груп II та III при госпіталізації;
^{""} — $p < 0,05$, ^{""22} — $p < 0,01$, достовірність різниці між показниками груп I та II на 10-й день спостереження;
^o — $p < 0,05$, ^{oo} — $p < 0,01$, достовірність різниці між показниками груп I та III на 10-й день спостереження;
^o — $p < 0,05$, ^{oo} — $p < 0,01$, достовірність різниці між показниками групи I при госпіталізації і на 10-й день спостереження;
² — $p < 0,05$, ²² — $p < 0,01$, достовірність різниці між показниками групи II при госпіталізації і на 10-й день спостереження;
^{*} — $p < 0,05$, ^{**} — $p < 0,01$, достовірність різниці між показниками групи III при госпіталізації і на 10-й день спостереження.

(50,93% — група II) та ожирінням (46,94% — група III) ($p_{1-2} < 0,01$, $p_{1-3} < 0,01$).

Висновки

Ожиріння і надмірна маса тіла є важливими чинниками погіршення якості життя при гострому

інфаркті міокарда з елевацією сегмента ST навіть після ефективно проведеної реперфузійної терапії.

Перебіг інфаркту міокарда за наявності надмірної маси тіла та ожиріння супроводжується більш вираженими проявами тривоги/депресії,

тому слід використовувати методи психокорекції з метою підвищення ефективності лікування й покращення якості життя таких пацієнтів.

Конфлікт інтересів відсутній.

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дана робота виконана в межах НДР «Вплив факторів ризику та інвазивних

методів лікування на перебіг гострих і хронічних форм ішемічної хвороби серця», № державної реєстрації 0116U004512 та «Вплив артеріальної гіпертензії, цукрового діабету 2 типу, надмірної маси, куріння та субклінічного гіпотиреозу на виникнення гострих і хронічних форм ішемічної хвороби серця», № державної реєстрації 0120U105778.

Список використаної літератури

1. Купновицька ІГ, Калужина СМ, Сапаций АЛ. Поняття про коморбідність і її значення для медицини (огляд літератури). Прикарпатський вісник НТШ. Пульс. 2014;(4):144-53.
2. Абрагамович ОО, Фаюра ОП, Абрагамович УО. Коморбідність: сучасний погляд на проблему; класифікація (повідомлення перше). Львівський клінічний вісник. 2015;4(12):56-64.
3. Johnson HM. Anxiety and Hypertension: Is There a Link? A Literature Review of the Comorbidity Relationship Between Anxiety and Hypertension. *Curr Hypertens Rep.* 2019 Jul 18;21(9):66. doi: 10.1007/s11906-019-0972-5. PMID: 31321565.
4. Аліфер ОО. Оцінка якості життя пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2017;2:91-8.
5. Mangen MJ, Bolkenbaas M, Huijts SM, van Werkhoven CH, Bonten MJ, de Wit GA. Quality of life in community-dwelling Dutch elderly measured by EQ-5D-3L. *Health Qual Life Outcomes.* 2017 Jan 6;15(1):3. doi: 10.1186/s12955-016-0577-5. PMID: 28069062; PMCID: PMC5220621.
6. Buchholz I, Janssen MF, Kohlmann T, Feng YS. A Systematic Review of Studies Comparing the Measurement Properties of the Three-Level and Five-Level Versions of the EQ-5D. *Pharmacoeconomics.* 2018 Jun;36(6):645-661. doi: 10.1007/s40273-018-0642-5. PMID: 29572719; PMCID: PMC5954044.
7. Euro QL. Research Foundation. EQ-5D-5L About. — URL : <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about> (accessed 13 August 2017).
8. Dakin H, Abel L, Burns R, Yang Y. Review and critical appraisal of studies mapping from quality of life or clinical measures to EQ-5D: an online database and application of the MAPS statement. *Health Qual Life Outcomes.* 2018 Feb 12;16(1):31. doi: 10.1186/s12955-018-0857-3. PMID: 29433510; PMCID: PMC5810002.
9. Gulati M, Levy PD, Mukherjee D, Amsterdam E, Bhatt DL, Birtcher KK. et al. 2021 AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation.* 2021 Nov 30;144(22):e368-e454. doi: 10.1161/CIR.0000000000001030. Epub 2021 Oct 28. PMID: 34709928.
10. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, Schindler K, Busetto L, Micic D, Toplak H. Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity. European Guidelines for Obesity Management in Adults. *Obes Facts.* 2015;8(6):402-24. doi: 10.1159/000442721. Epub 2015 Dec 5. Erratum in: *Obes Facts.* 2016;9(1):64. PMID: 26641646; PMCID: PMC5644856.
11. Amato MC, Giordano C, Galia M, Criscimanna A, Vitabile S, Midiri M, Galluzzo A. AlkaMeSy Study Group. Visceral Adiposity Index: a reliable indicator of visceral fat function associated with cardiometabolic risk. *Diabetes Care.* 2010 Apr;33(4):920-2. doi: 10.2337/dc09-1825. Epub 2010 Jan 12. PMID: 20067971; PMCID: PMC2845052.
12. Chen GC, Arthur R, Iyengar NM, Kamensky V, Xue X, Wassertheil-Smolter S, et al. Association between regional body fat and cardiovascular disease risk among postmenopausal women with normal body mass index. *Eur Heart J.* 2019 Sep 7;40(34):2849-2855. doi: 10.1093/eurheartj/ehz391. PMID: 31256194; PMCID: PMC6933870.
13. Lakka HM, Lakka TA, Tuomilehto J, Salonen JT. Abdominal obesity is associated with increased risk of acute coronary events in men. *Eur Heart J.* 2002 May;23(9):706-13. doi: 10.1053/euhj.2001.2889. PMID: 11977996.

Надійшла до редакції 18.07.2022 р.

INFLUENCE OF REPERFUSION THERAPY ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN THE PRESENCE OF OBESITY

O.Ye. Labinska

Abstract. The aim of the study was to examine the quality of life in patients with AMI in the presence of overweight and obesity using the international questionnaire EuroQol-5D-5L to assess quality of life.

Material and methods. 158 patients with ST-elevation myocardial infarction (STEMI) age from 32 to 86 years were examined. All patients were divided into 3 groups: first group consisted of 52 people with normal body weight (body mass index (BMI) — 18.5-24.9 kg/m²), second group — 51 people with overweight (BMI 25.0-29.9 kg/m²), third group — 55 people with obesity of I-III stages (BMI ≥ 30.0 kg/m²).

Results. Comparison of the questionnaire individual indicators results showed that when hospitalized the patients of the groups II and III presented significantly worse subjective indicators results in all components of the questionnaire than the patients of the group I (p < 0.05). It was found that 10 days after the start of the treatment, subjective indicators of self-care did not differ (p > 0.05) between the groups. Mobility, normal daily activities, pain/discomfort and anxiety/depression were probably more disturbing for patients of the group III than for patients of group I (p₁₋₃ < 0.05), no significant difference between these indicators was found when comparing persons of the groups II and III p₂₋₃ > 0.05). At hospitalization, significantly more patients of the group II (overweight) and III (obesity) noted the presence of moderate anxiety or depression compared with persons of the group I (normal body weight) (p₁₋₂ < 0.01, p₁₋₃ < 0.01). On the 10th day of the follow-up, significantly more patients with normal body weight (78.85% — group I) reported that they did not experience anxiety or depression compared to persons with overweight (50.93% — group II) and obesity (46.94% — group III) (p₁₋₂ < 0.01, p₁₋₃ < 0.01).

Conclusions. Obesity and overweight are important factors in the deterioration of quality of life in acute myocardial infarction with ST-segment elevation, even after effective reperfusion therapy.

The course of acute myocardial infarction in the presence of overweight and obesity is accompanied by a more severe depression, so it is likely to use psychocorrection methods to improve the effectiveness of treatment and improve a quality of life of such patients.

Keywords: acute myocardial infarction, overweight, abdominal obesity, coronary angiography, quality of life.