

Кравчун П. Г.¹, д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри

Риндіна Н. Г.¹, д-р мед. наук, доцент кафедри

Боровик К. М.¹, аспірант

Глебова О. В.², канд. мед. наук, лікар-кардіолог

Леонідова В. І.², завідувач відділення

¹Кафедра внутрішньої медицини № 2 і клінічної імунології та алергології, Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

²Інфарктне відділення, КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня № 27», м. Харків, Україна

Якість життя у хворих за коморбідності гострого інфаркту міокарда та ожиріння: фокус на фізичний і емоційний компоненти

Резюме. Метою дослідження було вивчення рівня якості життя хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) залежно від наявності чи відсутності супутнього ожиріння з використанням опитувальника SF-36. Обстежено 60 пацієнтів з ГІМ, серед яких 35 хворих мали супутнє ожиріння, 24 – нормальну вагу тіла. Наявність ожиріння асоціюється з достовірним зниженням якості життя у хворих з ГІМ при порівнянні з пацієнтами, які мають нормальну вагу тіла, за рахунок фізичного та психоемоційного компонентів здоров'я. Провідними факторами у відношенні низької якості життя є шкала рольового функціонування, обумовленого фізичним станом, і шкала життєвої активності, що свідчить про підвищену стомлюваність пацієнтів на тлі ожиріння, відчуття знесиленості та відображає дисонанс у когнітивній сфері, що може позначитись на комплаєнтності.

Ключові слова: гострий інфаркт міокарда, ожиріння, якість життя, емоційний стан, фізичний компонент здоров'я.

ВСТУП

На сучасному етапі розвитку медицини оцінка якості життя (ЯЖ) набуває все більшого значення у світовій медичній практиці не тільки як показник загального стану пацієнта, ефективності фармакотерапії та реабілітаційних заходів, що здійснюються, а й використовується як прогностичний критерій одужання [6].

Уперше термін «health-related quality of life» (якість життя, зумовлена здоров'ям) був запропонований 1982 року Kaplan R. M. та Bush J. W. [2], які акцентували увагу саме на медичних аспектах загального поняття «якість життя». Цей термін поєднує в собі параметри, які описують фізичний, психоемоційний та соціальний стани, котрі виникли на тлі хвороби.

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є найпоширенішою причиною інвалідизації та смертності в більшості країн Європи і насамперед в Україні [9]. Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) як найчастіший наслідок дестабілізації ІХС потребує не тільки ретельної оцінки фізикальних, лабораторних, інструментальних даних і повноцінної комплексної терапії, а й детального опитування хворого щодо психологічних чи емоційних проблем, які виникають у зв'язку з хворобою і, як правило, залишаються поза увагою лікаря [1].

Варто зазначити, що наявність коморбідної патології, а саме ожиріння, значно ускладнює перебіг ГІМ [4]. Тож можна припустити, що загальна задоволеність життям таких хворих та їхнє повноцінне функціонування в соціумі також значно обмежується [10].

Безпосередня участь пацієнта в оцінці свого стану та активне його залучення до співпраці – це важливий крок до зміни біомедичної моделі здоров'я та хвороби на біопсихосоціальну (глобальну), де хворий розглядається як особистість [3] зі своїми суб'єктивними поняттями про захворювання, страхами й тривогами, особистими спостереженнями та досвідом, оскільки тільки сам хворий може надати адекватну інформацію про ступінь задоволення аспектами свого життя, пов'язаними безпосередньо із симптомами захворювання та його психологічними, соціальними й іншими наслідками [7, 8].

Дискутабельними є особливості змін ЯЖ за рахунок фізичного та емоційного компонентів у хворих за коморбідності ГІМ та ожиріння.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідити рівень якості життя хворих на гострий інфаркт міокарда залежно від наявності чи відсутності супутнього ожиріння з використанням опитувальника SF-36.

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

До дослідження було залучено 60 пацієнтів із ГІМ віком $71,98 \pm 0,92$ років, які перебували на лікуванні в інфарктному відділенні КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня № 27». До першої групи входили 35 хворих із супутнім ожирінням, до другої – 24 хворих з нормальною вагою тіла. Пацієнти обох груп були зіставні за віком (середній вік – $70,73 \pm 1,26$ років і $72,92 \pm 1,34$ років відповідно, $p < 0,05$). Ожиріння I ступеня було виявлено у 17 осіб, ожиріння II ступеня – у 15 осіб, ожиріння III ступеня – у 3 осіб. Індекс маси тіла (ІМТ) у групі хворих на ГІМ із супутнім ожирінням становив $35,13 \pm 0,57$ кг/м², тоді як у групі зіставлення ІМТ був на рівні $23,21 \pm 0,35$ кг/м².

Діагноз ГІМ верифікували згідно з чинними критеріями протоколів МОЗ України (Наказ МОЗ України № 436 від 03.07.2006 р. «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Кардіологія”»): «Протокол надання медичної допомоги хворим з гострим коронарним синдромом без елевації ST», «Протокол надання медичної допомоги хворим із гострим коронарним синдромом з елевацією ST (інфарктом міокарда із зубцем Q)». Наявність ожиріння встановлювалась відповідно до класифікації ВООЗ, розробленої 1997 року [4], за ІМТ > 30 кг/м², який визначали за формулою:

$$\text{ІМТ (кг/м}^2\text{)} = \text{маса тіла} / (\text{ріст})^2$$

Критеріями виключення були гострі та хронічні запальні процеси, дифузні захворювання сполучної тканини, онкологічні захворювання, супутні захворювання щитоподібної залози, наявність симптоматичних гіпертензій.

Оцінку якості життя було проведено за допомогою неспецифічного опитувальника «SF-36 Health Status Survey». Анкета складається з 36 пунктів, які згруповані у 8 шкал: фізичне функціонування (physical functioning – PF), фізично-рольове функціонування (role-physical – RP), інтенсивність болю (bodily pain – BP), загальний стан здоров'я (general health – GH), життєва активність (vitality – VT), соціальне функціонування (social functioning – SF),

емоційний стан (role-emotional functioning – RE) і психічне здоров'я (mental health – MH). Пацієнт обирає відповідь на запропоноване запитання. Кожна відповідь оцінюється в балах. Під час формування тієї чи іншої шкали ці бали необхідно підсумовувати та математично обробляти за стандартними формулами. Показники за кожною шкалою можуть мати значення від 0 до 100, де 100 свідчить на користь повного здоров'я. Оцінюються фізичний та емоційний компоненти здоров'я [5].

Статистичну обробку отриманих даних було здійснено із використанням пакета статистичних програм «Microsoft Excel». Дані подано у вигляді середніх величин і похибки середнього. Статистична значимість різних середніх величин визначено за F-критерієм (або критерієм Фішера). Критичний рівень значущості під час перевірки статистичних гіпотез було прийнято на рівні 0,05. З метою ранжування ступеня відхилення показників використано рівень F-критерію. Аналіз взаємозв'язків проведено за допомогою кореляції Спірмена (r).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Дослідження показників ЯЖ виявили достовірні відмінності у вигляді зниження кількості балів за параметрами фізичного (PF) та фізично-рольового функціонування (RP), загального стану здоров'я (GH), життєвої активності (VT), соціального (SF), емоційно-рольового (RE) та ментального функціонування (MH) на 31,4 %, 75,3 %, 30,1 %, 48,3 %, 17,9 %, 64,1 % та 41,9 % відповідно у хворих із ГІМ за наявності супутнього ожиріння порівняно з пацієнтами без ожиріння. За параметром BP, що відображає інтенсивність болю, виявлено тенденцію, яка не досягала рівня вірогідності ($p = 0,05$). Дані представлені в таблиці 1.

Таблиця 1. Рівень якості життя хворих із ГІМ за наявності чи відсутності супутнього ожиріння

| Шкали SF-36 | Група дослідження | | p | F |
|--------------------------------------|----------------------------|------------------------------|--------|-------|
| | ГІМ + ожиріння (n = 35) | ГІМ без ожиріння (n = 24) | | |
| Фізичне функціонування (PF) | 23,46 ± 3,90 | 34,20 ± 2,58 | < 0,05 | 17,29 |
| Фізично-рольове функціонування (RP) | 16,35 ± 5,54 | 66,20 ± 3,50 | < 0,01 | 19,03 |
| Інтенсивність болю (BP) | 13,31 ± 2,11 | 20,20 ± 2,98 | = 0,05 | 5,58 |
| Загальний стан здоров'я (GH) | 28,96 ± 4,68 | 41,44 ± 2,02 | < 0,05 | 25,80 |
| Життєва активність (VT) | 24,23 ± 3,99 | 46,80 ± 1,80 | < 0,01 | 5,80 |
| Соціальне функціонування (SF) | 37,98 ± 5,39 | 46,29 ± 3,25 | < 0,05 | 3,60 |
| Емоційно-рольове функціонування (RE) | 19,21 ± 4,59 | 53,30 ± 6,38 | < 0,01 | 56,40 |
| Ментальне функціонування (MH) | 35,08 ± 4,90 | 60,42 ± 3,37 | < 0,01 | 4,80 |

Згідно з наведеними вище даними, наявність ожиріння істотно змінює ЯЖ хворих із ГІМ, до того ж як за рахунок фізичного компоненту здоров'я (PF, RP, GH), так і за рахунок психоемоційного та соціального функціонування (VT, SF, RE, MH).

Отримані результати підтверджуються наявністю та характером кореляцій. Встановлено зворотні зв'язки між IMT та PF ($r = -0,86$; $p < 0,05$), GH ($r = -0,84$; $p < 0,05$), VT ($r = -0,77$; $p < 0,05$), BP ($r = -0,71$; $p < 0,05$), MH

($r = -0,61$; $p < 0,05$), SF ($r = -0,55$; $p < 0,05$), RP ($r = -0,52$; $p < 0,05$), RE ($r = -0,31$; $p < 0,05$).

Такі дані не суперечать результатам світової медичної літератури. Так, за даними колективу авторів [11], наявність ожиріння асоціюється з низьким рівнем фізичного благополуччя та активності порівняно з контрольною групою, до складу якої входять здорові добровольці. Подібні результати виявлено Wee C. C. та співавторами [12]. Важливо те, що у хворих з ожирінням та ПМ, які були обстежені в нашому дослідженні, крім вищезазначених параметрів, суттєво страждає ментальність, інтеграція пацієнта в соціумі разом зі зростанням інтенсивності болю. Тобто характер і сила зв'язків свідчить на користь виснаження фізичних ресурсів, що негативно позначається на соціальному функціонуванні, життєвій активності та загальному стані здоров'я.

Крім наявності низького показника ЯЖ за умов супутнього ожиріння у хворих із ПМ, привертає увагу нерівнозначність ступеня відхилення зазначених вище параметрів від групи порівняння, представлені пацієнтами з ПМ без ожиріння.

Ранжування ступеня відхилення параметрів ЯЖ за допомогою критерію Фішера визначило, що першу рангову позицію посідає RP ($F = 56,40$), другу – VT ($F = 25,80$), третю – RE та МН ($F = 19,03$ та $17,29$ відповідно). Далі за зменшенням ступеня відхилення слідує GH ($F = 5,80$), SF ($F = 5,58$) і PF ($F = 4,80$).

Тобто провідним фактором у зниженні ЯЖ за наявності ожиріння у хворих із ПМ є низькі показники за шкалою рольового функціонування, обумовленого фізичним станом, що свідчить про значне обмеження повсякденної діяльності пацієнта на тлі зниження життєвої активності в умовах пригніченого емоційного стану, за наявності депресії та тривоги, що обумовлюють порушення цілісності соціального благополуччя, результатом чого є низька оцінка хворим стану свого здоров'я в певний момент за відсутності перспектив лікування.

ВИСНОВКИ

1. Наявність ожиріння асоціюється з достовірним зниженням якості життя у хворих з ПМ порівняно з пацієнтами, які мають нормальну вагу тіла, за рахунок фізичного та психоемоційного компонентів здоров'я.

2. Провідними факторами у відношенні низької якості життя є шкала рольового функціонування, обумовленого фізичним станом, і шкала життєвої активності, що свідчить про підвищену стомлюваність пацієнтів на тлі ожиріння, відчуття знесиленості та відображає дисонанс у когнітивній сфері, що може позначатись на комплаєнтності.

Перспективою подальшого дослідження є вивчення якості життя хворих із гострим інфарктом міокарда та ожирінням зважаючи на гендер.

Kravchun P. H.¹, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department

Ryndina N. H.¹, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

Borovyk K. M.¹, Post-Graduate Student

Hliebova O. V.², PhD, MD

Leonidova V. I.², Head of the Department

¹Department of Internal Medicine no. 2, Clinical Immunology and Allergology, Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

²Infarction Department, Kharkiv State Clinical Hospital no. 27, Kharkiv, Ukraine

The quality of life in patients with comorbidity of acute myocardial infarction and obesity: focus on the physical and emotional components

SUMMARY

Introduction. Acute myocardial infarction (AMI) is the most frequent result of destabilization of coronary heart disease and a leading cause in the structure of mortality in Ukraine. The presence of concomitant obesity causes unfavorable AMI course.

The aim of this study is to investigate the quality of life in patients with acute myocardial infarction depending on the presence or absence of concomitant obesity using a questionnaire SF-36.

Object and methods. The study involved 60 patients with AMI. The first group consisted of 35 patients with concomitant obesity, the second – of 24 patients with normal body weight. The assessment of the quality of life was performed using the nonspecific questionnaire “SF-36 Health Status Survey”.

The presence of obesity is associated with a significant decrease of the quality of life in patients with acute myocardial infarction in comparison to patients who have normal body weight taking into account physical and psycho-emotional components of health. The leading lines concerning poor quality of life are the scales of role functioning, due to physical condition and vitality, that indicate the patients' fatigue on the background of obesity, feeling exhausted and display the cognitive dissonance that may affect the patient compliance.

Key words: acute myocardial infarction, obesity, the quality of life, emotional condition, physical component of health.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Шевченко Н. Ф. Якість життя в умовах хронічної хвороби: медичні й психологічні аспекти / Н. Ф. Шевченко // II Всеукраїнський психологічний конгрес, присвячений 110 річниці від дня народження Г. С. Костюка, 19–20 квітня 2010 р. – К., 2010. – С. 347–350.
2. Kaplan R. M. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis / R. M. Kaplan, J. W. Bush // *Health. Psychol.* – 1982. – Vol. 1. – P. 61–80.
3. Chen T.-h. A systematic review: How to choose appropriate health-related quality of life (HRQL) measures in routine general practice? / T.-h. Chen, L. Li, M. M. Kochen // *Journal of Zhejiang University Science.* – 2005. – Vol. 6. – P. 936–940.
4. Мисюра Е. В. Епидемиологические аспекты ожирения в Украине / Е. В. Мисюра, А. В. Казаков, Н. А. Кравчун // *Ендокринологія.* – 2014. – Т. 19, № 4. – С. 325.
5. The MacNew heart disease health-related quality of life questionnaire: a Scandinavian validation study / Sh. Alphin, S. Höfer, J. Perk, [et al.] // *Social Indicators Research.* – 2015. – Vol. 122 (2). – P. 519–537.
6. Type D personality, mental distress, social support and health-related quality of life in coronary artery disease patients with heart failure: a longitudinal observational study [Electronic resource] / M. Staniute, J. Brozaitiene, J. Burkauskas, [et al.] // *Health Quality Life Outcomes.* – 2015. – Vol. 13. – Mode to access: www.researchgate.net/publication/271222440_Type_D_personality_mental_distress_social_support_and_health-related_quality_of_life_in_coronary_artery_disease_patients_with_heart_failure_A_longitudinal_observational_study. – Last access: 2017.
7. Staniute M. Effects of social support and stressful life events on health-related quality of life in coronary artery disease patients / M. Staniute, J. Brozaitiene, R. Bunevicius // *Journal of Cardiovascular Nursing.* – 2013. – Vol. 28. – P. 83–89.
8. Маркова М. В. Медико-психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу / М. В. Маркова, В. В. Бабич // *Новости медицины и фармации.* – 2008. – № 243. – С. 71–74.
9. Коваленко В. М. Регіональні медико-соціальні проблеми хвороб системи кровообігу. Динаміка та аналіз : аналітично-стат. посіб. / В. М. Коваленко, В. М. Корнацький. – К., 2013. – 239 с.
10. Инфаркт миокарда у женщин с избыточной массой тела и ожирением / О. А. Кисляк, А. В. Стародубова,

Ф. М. Хаутиева, А. А. Копелев // *Consilium Medicum*. – 2010. – Т. 12, № 10. – С. 6–11.

11. Определение качества жизни пациентов с морбидным ожирением с одномоментным анализом трех опростников – sf-36, gioli и анкеты ИКЖ / В. Н. Егиев, Ю. Б. Майорова, А. В. Мелешко, Е. А. Зорин // *Вестник РУДН*. – 2015. – № 1. – С. 46–53.

12. Quality of life among obese patients seeking weight loss surgery: the importance of obesity-related social stigma and functional status / C. C. Wee, R. B. Davis, K. W. Huskey, [et al.] // *Journal General Internal Medicine*. – 2013. – Vol. 28 (2). – P. 231–238.

REFERENCES

1. Shevchenko N. F. (2010) [The quality of life in chronic illness: medical and psychological aspects]. *Materialy II Vseukrainskoho psykholohichnoho konhresu, prysviachenoho 110 richnytsi vid dnia narodzhennia H. S. Kostiuksa* [II All-Ukrainian Congress of psychological dedicated to 110 anniversary of the birth of G. S. Kostyuk]. Kyiv, pp. 347–350. (in Ukr.)
2. Kaplan R. M., Bush J. W. (1982) Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health. Psychol*, vol. 1, pp. 61–80.
3. Chen T.-h., Li L., Kochen M. M. (2005) A systematic review: How to choose appropriate health-related quality of life (HRQOL) measures in routine general practice? *Journal of Zhejiang University Science*, vol. 6, pp. 936–940.
4. Mysjura E. V., Kazakov A. V., Kravchun N. A. (2014) Epidemiologicheskie aspekty ozhireniya v Ukraine [Epidemiological aspects of obesity in Ukraine]. *Endokrynolohiia*, vol. 19, no. 4, pp. 325. (in Russ.)
5. Alphin Sh., Höfer S., Perk J., Slordahl S., Olsen Z. A.-D., Oldridge N. (2015) The MacNew heart disease health-related quality of life questionnaire: a Scandinavian validation study. *Social Indicators Research*, vol. 122, pp. 519–537.
6. Staniute M., Brozaitiene J., Burkauskas J., Kazukauskienė N., Mickuviene N., Bunevicius R. (2015) Type D personality, mental distress, social support and health-related quality of life in coronary artery disease patients with heart failure: a longitudinal observational study. *Health Quality Life Outcomes*, vol. 13. Available at: www.researchgate.net/publication/271222440_Type_D_personality_mental_distress_social_support_and_health-related_quality_of_life_in_coronary_artery_disease_patients_with_heart_failure_A_longitudinal_observational_study (accessed 11 December 2017).
7. Staniute M., Brozaitiene J., Bunevicius R. (2013) Effects of social support and stressful life events on health-related quality of life in coronary artery disease patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 28, pp. 83–89.
8. Markova M. V., Babych V. V. (2008) Medyko-psykhologichni aspekty rozvytku ta perebihu khvorob systemy krovoobihu [Medical and psychological aspects of the development and course of cardiovascular diseases]. *Novosti medicyny i farmacii*, vol. 243, pp. 71–74. (in Ukr.)
9. Kovalenko V. M., Kornatskyi V. M. (2013) *Rehionalni medyko-sotsialni problemy khvorob systemy krovoobihu. Dynamika ta analiz : analitychno-stat. posib.* [Regional medical and social problems of cardiovascular diseases. Dynamics and analysis: Analytical and statistical manual]. Kyiv, 239 p. (in Ukr.)
10. Kislyak O. A., Starodubova A. V., Hautieva F. M., Kopelev A. A. (2010) Infarkt miokarda u zhenshyn s izbytochnoy massoj tela i ozhireniem [Myocardial infarction in women with overweight and obesity]. *Consilium Medicum*, vol. 12, no. 10, pp. 6–11. (in Russ.)
11. Egiev V. N., Majorova Ju. B., Meleshko A. V., Zorin E. A. (2015) Opreделение kachestva zhizni pacientov s morbidnym ozhireniem s odnomomentnym analizom trekh oprostnikov – sf-36, gioli i ankyety IKZh [Determining the quality of life of patients with morbid obesity with a one-time analysis of three respondents – sf-36, gioli and the questionnaire]. *Vestnik RUDN*, vol. 1, pp. 46–53. (in Russ.)
12. Wee C. C., Davis R. B., Huskey K. W., Jones D. B., Hamel M. B. (2013) Quality of life among obese patients seeking weight loss surgery: the importance of obesity-related social stigma and functional status. *Journal General Internal Medicine*, vol. 28, pp. 231–238.

Стаття надійшла в редакцію 13.12.2016 р.