

© О.Р. Садова, С.Л. Няньковський, 2014

УДК 616.33/.342-036.12-053.6-036.864

О.Р. САДОВА, С.Л. НЯНЬКОВСЬКИЙ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, медичний факультет, кафедра педіатрії, Львів

ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Обстежено 90 дітей віком 14–18 років із хронічною патологією верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Діти були поділені на 3 групи, залежно від встановленого діагнозу (гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), хронічний гастродуоденіт (ХГД), виразкова хвороба (ВХ) шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК). Окрім загальноприйнятих методів обстеження, дітям проводилось анкетне опитування та оцінка якості життя за допомогою опитувальника SF-36. В результаті дослідження виявлено, що показники рольового та соціального функціонування, життєздатності та психічного здоров'я у дітей із ГЕРХ є вірогідно вищими за відповідні показники у дітей з ХГД та ВХ шлунка і ДПК, а найбільш негативний вплив на показники якості життя має виразкова хвороба шлунка та ДПК.

Ключові слова: діти, підлітки, хронічна патологія травної системи, якість життя

Вступ. Останнє десятиліття характеризується наростаючим погіршенням стану здоров'я дітей, що обумовлено високими навчальними навантаженнями, хронічним стресом, гіподинамією, погіршенням якості харчування, що призводить до погіршення фізичного і нервово-психічного здоров'я дітей [2]. На провідних позиціях за поширеністю серед дитячого населення України залишаються захворювання органів травлення. Вони посідають друге місце після захворювань органів дихання і становлять 25,3-31,3% у структурі загальної захворюваності дітей [1, 6]. При цьому в структурі хронічних захворювань травного тракту в дітей переважає патологія органів гастродуоденальної зони [5]. Традиційні критерії оцінки загального стану та груп здоров'я не дають повної уяви про фізичне, психологічне та соціальне благополуччя дитини. В останні роки все ширше використовується термін «якість життя, пов'язана зі здоров'ям» [4]. Результати вивчення показників якості життя (ЯЖ) та їхнього взаємозв'язку з психосоціальними чинниками у хворих на хронічну гастродуоденальну патологію є досить суперечливими. Деякі автори вказують на наявність зв'язку між інтенсивністю клінічних проявів і погіршенням ЯЖ хворих [7, 9]. За даними інших авторів, зменшення завдяки лікуванню клінічних проявів не впливало на показники ЯЖ пацієнтів, у той час як ерадикація інфекції *H.pylori* сприяла зменшенню клінічних проявів та поліпшенню ЯЖ у хворих на хронічний гастродуоденіт [8]. Суперечливість наукових даних про вплив клінічних проявів та різних схем лікування хронічної гастродуоденальної патології на основні показники ЯЖ свідчить про актуальність вивчення цих параметрів у пацієнтів, які страждають на дану патологію, а також про необхідність подальшого поглибленого вивчення даної проблеми на фоні застосування сучасних лікувальних алгоритмів [3].

Мета дослідження. Дослідити основні параметри якості життя дітей віком 14-18 років, які стра-

ждають на хронічну гастродуоденальну патологію та вивчити особливості цих параметрів залежно від типу захворювань.

Матеріали та методи. Обстежено 90 дітей віком від 14 до 18 років, які стаціонарно лікувалися в Міському дитячому гастроентерологічному центрі (на базі Комунальної міської дитячої клінічної лікарні м. Львова). Усім дітям проведено комплекс діагностичних заходів, передбачених «Уніфікованими клінічними протоколами медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення» (наказ МОЗ України №59 від 29.01.2013).

Залежно від клінічного діагнозу, діти були розподілені на 3 групи: I група – 30 дітей із ГЕРХ, II група – 30 дітей із хронічним гастродуоденітом (ХГД), III група – 30 дітей із виразковою хворобою (ВХ) шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК). Всі діти були проанкетовані з метою виявлення найчастіших факторів ризику виникнення хронічної гастродуоденальної патології. Спеціально розроблена анкета містила кілька блоків запитань, зокрема такі, що висвітлюють особливості харчування, спосіб життя та спадкові фактори.

З метою оцінки якості життя (ЯЖ) пацієнтів було використано загальний (неспецифічний) опитувальник якості життя SF-36, який складається з 11 розділів, результати пропонуються у вигляді оцінок у балах (від 0 до 100) за 8-ма шкалами, складеними таким чином, що більш висока оцінка вказує на кращу ЯЖ. Кількісно оцінювали такі показники: загальний стан здоров'я (general health, GH) – оцінка хворими свого стану здоров'я в даний момент і перспектив лікування; фізичне функціонування (physical functioning, PF) – відбиває ступінь, в якому здоров'я лімітує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підняття сходами, перенесення вантажу і т.п.); role-physical (RP) – вплив фізичного стану на рольове функціонування (роботу, виконання буденної діяльності); role-emotional (RE) – вплив емо-

ційного стану на рольове функціонування, передбачає оцінку ступеня, в якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи збільшення витрат часу, зменшення обсягу виконаної роботи, зниження якості її виконання і т.п.); соціальне функціонування (social functioning, SF) – визначається ступенем, в якому фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування); bodily pain (BP) – інтенсивність болю та його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу вдома і поза домом; життєздатність (vitality, VT) – мається на увазі відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленим; самооцінка психічного здоров'я (mental health, MH) – характеризує настрій (наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій).

Статистичне опрацювання матеріалу проведене загальноприйнятими методами варіаційної і дескриптивної статистики за допомогою стандартного пакета статистичних розрахунків STATISTICA та MS Excel. При порівнянні показників у трьох незалежних вибірках застосовувався однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA), однорідність дисперсій визначалася за допомогою тесту Левене. Для оцінки вірогідності різниці у парних групах використовувався критерій Стьюдента. Вірогідною вважалася різниця між результатами при значенні $p < 0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення. За статевою ознакою розподіл у групах був наступний: I група – 18 (60%) хлопців і 12 (40%) дівчат, II група – 15 (50%) хлопців і 15 (50%) дівчат, III група – 20 (66,7%) хлопців і 10 (33,3%) дівчат. Середній вік у всіх 3-х групах виявився приблизно однаковим і становив $15,4 \pm 0,16$ (I група), $15,5 \pm 0,18$ (II група) і $15,97 \pm 0,15$ (III група) років.

Аналіз основних режимних моментів за даними анкетування показав, що у більшості обстежуваних підлітків були істотні відхилення від здорового способу життя, які у значній кількості дітей поєднувалися з несприятливими соціально-побутовими умовами. Зокрема, нами було встановлено, що 22,5% дітей виховуються в неповних сім'ях, 52,2% вважають рівень доходів своєї сім'ї

недостатнім для основних потреб. Комфортними умови проживання своєї сім'ї вважали 46,7% опитаних. Виявлено, що 62,2% дітей проводять свій вільний час (більше 3 годин на день) біля комп'ютера або перед телевізором, тоді як лише 22,2% перебувають на свіжому повітрі більше 2 годин на добу. При аналізі харчових вподобань опитаних дітей нами встановлено, що під час перебування в школі 37,8% дітей їдять печиво і чіпси, 13,3% – бутерброди, приготовані вдома, 11,1% – нічого не їдять. Насторожує високий відсоток вживання підлітками газованих напоїв (55,6%) та слабоалкогольних напоїв (18,9% опитаних школярів). Крім того, 40,5% дітей зізналися, що принаймні один раз в житті пробували курити тютюнові вироби, а 22,5% курять регулярно. При вивченні спадкових факторів розвитку хронічної гастродуоденальної патології в обстежуваних дітей встановлено, що у 40% найближчі родичі страждають на хронічний гастродуоденіт, у 18,9% – на виразкову хворобу шлунка і 12-палої кишки, у 5,6% – на онкологічну патологію верхніх відділів ШКТ.

З метою об'єктивізації результатів, оцінка якості життя у пацієнтів проводилася після встановлення діагнозу, до початку медикаментозної терапії. При порівнянні показників якості життя за результатами опитування SF-36 за допомогою дисперсійного аналізу встановлено, що відмінності між усіма трьома групами є високовірогідні (табл. 1), однак при аналізі у парних групах за допомогою критерію Стьюдента певні показники не мають вірогідної різниці. Зокрема, виявлено що середній показник загального стану здоров'я (GH) у дітей, які страждають на ГЕРХ (I група) вірогідно не відрізняється від показників за цією шкалою у інших групах. За шкалою фізичного функціонування (PF) не виявлено вірогідної різниці ($p < 0,05$) між групами I і II (середнє значення $88,3 \pm 2,4$ і $88,2 \pm 2,03$ бала відповідно), а в групі III цей показник є вірогідно нижчим ($p < 0,05$) і становить $60,5 \pm 3,1$ бала. Показник, що відображає вплив фізичного стану на рольове функціонування (RP) вірогідно відрізняється у всіх трьох групах і становить $80 \pm 3,02$ бала у групі I, $45,8 \pm 4,8$ бала у групі II і $35 \pm 4,1$ бала у групі III ($p < 0,05$).

Таблиця 1

Дисперсійний аналіз (ANOVA)

	SS – Effect	df – Effect	MS – Effect	SS – Error	df – Error	MS – Error	F	p
GH	17297,36	2	8648,68	18743,93	87	215,4475	40,14285	<0,001
PF	15401,67	2	7700,83	17208,33	87	197,7969	38,93303	<0,001
RP	33097,22	2	16548,61	42604,17	87	489,7031	33,79315	<0,001
RE	32587,82	2	16293,91	60051,47	87	690,2467	23,60592	<0,001
SF	2679,49	2	1339,74	5478,57	87	62,9720	21,27523	<0,001
BP	16052,69	2	8026,34	24730,03	87	284,2533	28,23660	<0,001
VT	12930,56	2	6465,28	20294,17	87	233,2663	27,71630	<0,001
MH	12891,82	2	6445,91	21355,33	87	245,4636	26,26015	<0,001

Середній показник шкали впливу емоційного стану на рольове функціонування (RE) теж вірогідно вищий у групі дітей, які страждають на ГЕРХ ($86,9 \pm 2,1$ бала), порівняно з групою хворих на ХГД ($66,8 \pm 6,1$ бала), а в групі дітей, хворих на ВХ, цей показник виявився суттєво нижчим у порівнянні з двома іншими групами ($40,4 \pm 5,2$ бала) ($p < 0,001$). При оцінці середнього показника соціального функціонування (SF), різниця між усіма трьома група-

ми вірогідно висока: у групі I показник становить $57,1 \pm 1,8$ бала, тоді як у II і III групах — $48,1 \pm 1,3$ і $44 \pm 1,1$ бала відповідно. Обчислення середнього показника болю (BP) при дисперсійному аналізі вірогідної різниці між групами дослідження не виявило ($p < 0,05$), тобто можна зробити висновок, що вплив болю на здатність займатися повсякденною діяльністю приблизно однаковий у всіх дітей із хронічною патологією верхніх відділів ШКТ.

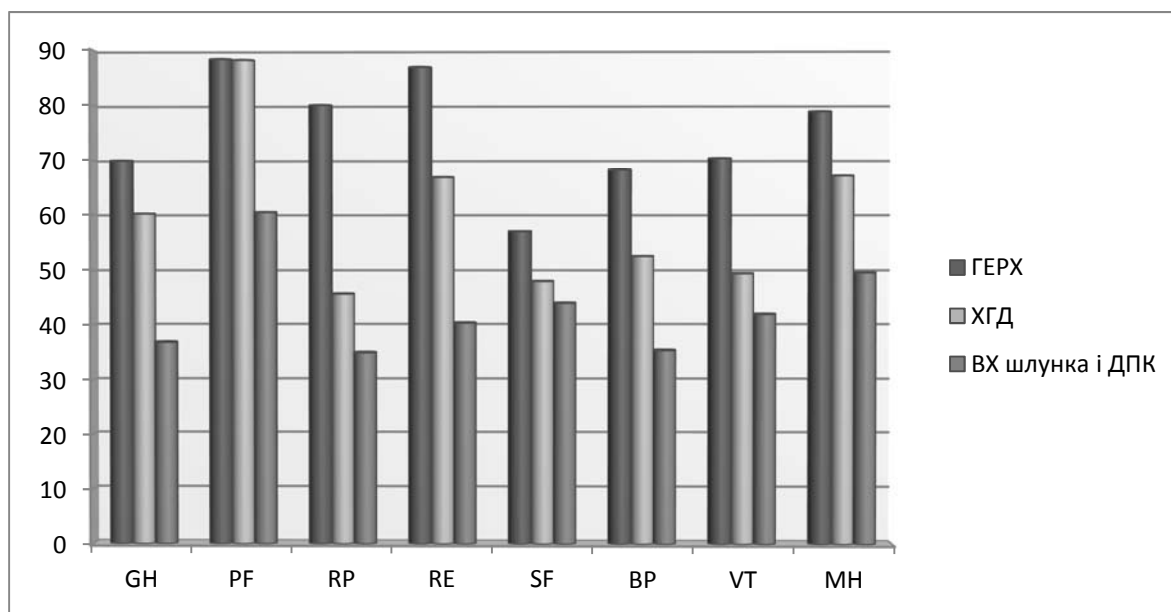


Рис. 1. Середні показники якості життя у дітей віком 14-18 років залежно від типу гастроудоденальної патології (за даними опитувальника SF-36)

Аналіз результатів за шкалою життєздатності (VT) показав, що у групі I середній показник становить $70,3 \pm 2,1$ бала і є вірогідно вищим порівняно з групою II ($49,5 \pm 2,99$ бала) і групою III ($42 \pm 3,1$ бала) ($p < 0,05$). Середній показник самооцінки психічного здоров'я (MH) також вірогідно відрізняється у всіх трьох групах дослідження і становить $78,8 \pm 1,9$ бала у групі I, $67,1 \pm 3,3$ бала у групі II і $49,7 \pm 3,2$ бала у групі III ($p < 0,05$). На рисунку 1 наведено графічне відображення середніх параметрів за шкалами якості життя SF-36 в усіх досліджуваних групах.

Висновки.

1. У дітей, які страждають на ГЕРХ, параметри соціального функціонування, загального самопочуття, життєздатності та психічного здоров'я

вірогідно вищі за аналогічні показники у дітей із ХГД та ВХ шлунка і ДПК.

2. Метод оцінки якості життя за допомогою неспецифічного опитувальника SF-36 зарекомендував себе як простий у використанні, надійний та вірогідний спосіб, який дає можливість динамічного моніторингу ЯЖ у дітей із хронічною патологією верхніх відділів ШКТ.

3. Дана методика дозволяє виявити особливості перебігу різних типів гастроудоденальної патології і оцінити загальний стан, життєздатність і соціальне функціонування хворих дітей.

4. Слід вважати доцільним включення даного методу в комплексне обстеження дітей із хронічною патологією гастроудоденальної зони.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бекетова Г.В. Хронічний гастроудоденіт у дітей і підлітків: епідеміологія, етіологія, патогенез, діагностика (I частина) / Г.В. Бекетова // Дитячий лікар. — 2012. — №6. — С. 20—24.
2. Белоусов Д.Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем детей: обзор литературы / Д.Ю. Белоусов // Качеств. клин. практика. — 2008. — №2. — С. 28—38.
3. Гусейнадзе М.Г. Оценка качества жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / М.Г. Гусейнадзе // Терапевтический архив. — 2006. — №2. — С. 38—42.
4. Ковтюк Н.І. Якість життя та дисфункції сну у школярів / Н.І. Ковтюк, Ю.М. Нечитайло // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. — 2014. — №1. — С. 44—46.
5. Марушко Ю.В. Комплексне лікування хронічного гастроудоденіту у дітей з використанням цинку сульфату / Ю.В. Марушко, А.О. Асонов // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. — 2014. — №1. — С. 76—79.

6. Моїсеєнко Р.О. Частота і структура захворюваності дітей в Україні та шляхи її зниження / Р.О. Моїсеєнко // Перинатология и педиатрия. — 2009. — № 4.— С. 23—26.
7. Рычкова С.В. Влияние реабилитации на показатели качества жизни у детей с хронической гастроуденальной патологией / С.В. Рычкова, Н.Б. Губина, Г.В. Терентьева // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. — 2009. — №1. — С. 20—22.
8. Сергієнко О.І. Показники якості життя у хворих на хронічний гастрит та функціональну диспепсію в динаміці лікування інфекції *Helicobacter pylori* / О.І. Сергієнко, О.В. Безсонова // Сучасна гастроентерологія. — 2012. — №2. — С.84—87.
9. Симптомы гастроэзофагеального рефлюкса и качество жизни: популяционное исследование / О.В. Решетников, С.А. Курилович, Г.И. Симонова [и др.] // Терапевтический архив. — 2008. — №2. — С. 11—14.

O. R. SADOVA, S. L. NYANKOVSKYY

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Medical Faculty, Department of Pediatrics, Lviv

MAIN FEATURES OF THE QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH CHRONIC GASTRODUODENAL PATHOLOGY

The article describes results of examination of 90 children in the age from 14 to 18 with upper gastrointestinal chronic pathology. Children were divided into 3 groups depending on the diagnosis (gastroesophageal reflux disease (GERD), chronic gastroduodenitis (CGD), gastroduodenal ulcer disease (GDUD). Besides standard methods of examination it was also poll and life quality evaluation led with the help of SF-36 survey. As a result of investigation it was detected that role and social functioning numbers, viability and mental health numbers in children diagnosed with GERD were quite heigher than accordingly ones in children diagnosed with CGD and GDU, and the most negative influence on quality of life features had gastroduodenal ulcer disease.

Key words: children, adolescents, chronic pathology of digestive system, life quality

Стаття надійшла до редакції: 22.04.2014