

ДИНАМІКА ПАРАМЕТРІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБИ В ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

ДИНАМІКА ПАРАМЕТРІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБИ В ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ. В статті наведено дані щодо особливостей якості життя підлітків віком 14–18 років, які страждають від гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ). За допомогою спеціальних опитувальників проаналізовано соціально-побутові особливості та основні показники якості життя підлітків до початку лікування та після 1-місячного курсу терапії ГЕРХ. Після лікування відзначено суттєве покращення якості життя за шкалами опитувальників SF-36 та GSRS.

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА. В статье приведены данные об особенностях качества жизни подростков в возрасте 14–18 лет, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). При помощи специальных опросников проанализированы социально-бытовые особенности и основные показатели качества жизни подростков до начала лечения и после 1-месячного курса терапии ГЭРБ. После лечения отмечено значительное улучшение качества жизни по шкалам опросников SF-36 и GSRS.

DYNAMICS OF LIFE QUALITY CHARACTERISTICS IN ADOLESCENTS SUFFERING FROM GASTRO-OESOPHAGEAL REFLUX DISEASE. The article presents data regarding to characteristics of life quality of adolescents aged 14–18 years suffering from gastro-oesophageal reflux disease (GORD). By means of special enquirers there have been analyzed the social and welfare peculiarities and main indexes of adolescents' life quality prior to treatment and after one-month course of GORD therapy. After treatment it is observed significant improvement of life quality according to scale of SF-36 and GSRS enquirers.

Ключові слова: діти, підлітки, якість життя, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба.

Ключевые слова: дети, подростки, качество жизни, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

Key words: children, adolescents, quality of life, gastro-oesophageal reflux disease.

ВСТУП. Захворювання органів травлення в дітей широко розповсюджені, мають велике соціальне значення і є вагомою проблемою сучасної педіатрії. За офіційними даними (Бюлетень МОЗ України, 2010), у структурі загальної захворюваності в нашій країні їх частота складає 140–150 на 1000 дитячого населення і має тенденцію до зростання [1, 2].

За даними світової статистики, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) на сьогодні є однією з найпоширеніших гастроентерологічних хвороб у дорослих. Від 40 до 50 % людей скаржаться на печію – основний симптом ГЕРХ [3]. Вірогідних даних про поширення цього захворювання у дітей в Україні немає [4]. На даний час гастроентерологи і педіатри велику увагу приділяють ГЕРХ у дітей різного віку, ймовірності її прогресування і розвитку ускладнень у старшому віці. Прояви цього захворювання неоднакові в різних вікових групах. На першому році життя ГЕРХ часто маніфестує зригуваннями і блюванням. У більшості випадків ці стани розцінюються як фізіологічні. Однак простежується взаємозв'язок частих зригувань у даний період життя і ймовірність розвитку типових симптомів ГЕРХ у цих дітей в подальшому. В міру дорослішання симптоми цієї патології у дітей стають більш специфічними і схожими на прояви хвороби в дорослих, для яких найбільш характерними скаргами вважаються печія і відрижка кислим [5]. Важливість ГЕРХ визначається не тільки погіршенням якості життя пацієнта, зумовленим печією, регур-

гітацією, дисфагією, блюванням, больовим синдромом, різноманітністю позастравохідних проявів, а й ризиком розвитку тяжких ускладнень у майбутньому (стриктури, виразки, кровотечі, стравохід Баретта) [4].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Під нашим спостереженням перебували 30 підлітків віком 14–18 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Міському дитячому гастроентерологічному центрі м. Львова з діагнозом «ГЕРХ із рефлюкс-езофагітом». Усім дітям було проведено комплекс діагностичних заходів, передбачених Уніфікованими клінічними протоколами медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення (наказ МОЗ України № 59 від 29.01.2013 р.).

Підлітки були опитані за допомогою спеціально розробленої анкети, яка містила кілька блоків запитань, що стосувалися особливостей способу життя, харчування, а також анамнестичні дані. Оцінку вираження клінічних симптомів та їх впливу на якість життя пацієнтів при госпіталізації в стаціонар та через 1 місяць після лікування здійснювали за допомогою Міжнародного загального (неспецифічного) опитувальника MOS SF-36 та спеціального гастроентерологічного опитувальника GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale).

Опитувальник SF-36 складається з 11 розділів, результати подаються у вигляді оцінок у балах (від 0 до 100) за 8-ма шкалами, складеними таким чином, що більш висока оцінка вказує на кращу якість життя (ЯЖ). Кількісно оцінюються такі показники: загаль-

ний стан здоров'я (general health, GH); фізичне функціонування (physical functioning, PF); role-physical (RP) – вплив фізичного стану на рольове функціонування (роботу, виконання буденної діяльності); role-emotional (RE) – вплив емоційного стану на рольове функціонування; соціальне функціонування (social functioning, SF); bodily pain (BP) – інтенсивність болю та його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю; життєздатність (vitality, VT); самооцінка психічного здоров'я (mental health, MH).

Опитувальник GSRS містить 15 запитань, об'єднаних у 5 шкал: абдомінальний больовий синдром, рефлюксний синдром, диспепсичний синдром, діарейний синдром, синдром закрепу. Відповіді на запитання опитувальника оцінюються балами від 1 до 7, де вищий бал відповідає більшому вираженню симптому. Крім оцінки вираження симптомів за групами, обчислювали також загальний бал сумарного виміру симптомів за шкалою GSRS. Дослідження ЯЖ проводилося при госпіталізації пацієнтів у стаціонар та через 1 місяць після призначеного лікування згідно з рекомендаціями Уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення (наказ МОЗ України № 59 від 29.01.2013 р.).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Середній вік підлітків становив $15,4 \pm 0,16$ року, з них хлопців було 18, дівчат – 12. Аналіз результатів анкетування школярів показав, що в більшості обстежуваних дітей були істотні відхилення від здорового способу життя, які у значній кількості опитаних поєднувалися з несприятливими соціально-побутовими умовами. Зокрема, встановлено, що 14 (46,7 %) дітей виховуються в неповних сім'ях, 16 (53,3 %) вважають рівень доходів своєї сім'ї недостатнім для задоволення основних потреб. Комфортними умови

проживання своєї сім'ї вважали 13 (43,3 %) опитаних. Виявлено, що 17 (56,7 %) дітей проводять свій вільний час (понад 3 год на день) біля комп'ютера або перед телевізором, тоді як лише 9 (30 %) перебувають на свіжому повітрі більше 2 год на добу. При аналізі харчових вподобань дітей встановлено, що під час перебування в школі тільки 10 (33,3 %) їдять гарячі шкільні обіди, 9 (30 %) опитаних обідають печивом і чіпсами, 5 (16,7 %) – бутербродами, приготованими вдома, 6 (20 %) – нічого не їдять. Насторожує високий відсоток споживання підлітками газованих (17 (56,7 %) дітей) та слабоалкогольних напоїв (6 (20 %) опитаних школярів).

За результатами Міжнародного опитувальника якості життя SF-36, встановлено, що через 1 місяць після лікування у досліджуваній групі істотно змінилися ($p < 0,05$) показники за такими шкалами: фізичне рольове функціонування (RP) (показник зріс із $40,2 \pm 4,8$ до $52,8 \pm 4,3$), емоційно-рольове функціонування (RE) (збільшення показника з $53,7 \pm 3,6$ до $67,2 \pm 4,1$), життєва активність (VT) (до лікування – $37,2 \pm 3,2$, після лікування – $48,2 \pm 4,3$), психічне здоров'я (MH) (середній показник на початку дослідження становив $47,2 \pm 5,5$, після лікування зріс до $59,8 \pm 3,4$). За іншими шкалами зміни не були вірогідними (рис. 1).

Під час аналізу результатів опитування за допомогою GSRS до початку лікування звертають на себе увагу високі показники за такими шкалами симптомів, як рефлюксний синдром, абдомінальний біль, диспепсичний синдром та високий бал сумарної оцінки за всіма шкалами. Через 1 місяць після початку терапії встановлено значне поліпшення показників ЯЖ за всіма шкалами симптомів, окрім синдрому закрепу та діарейного синдрому (табл. 1).

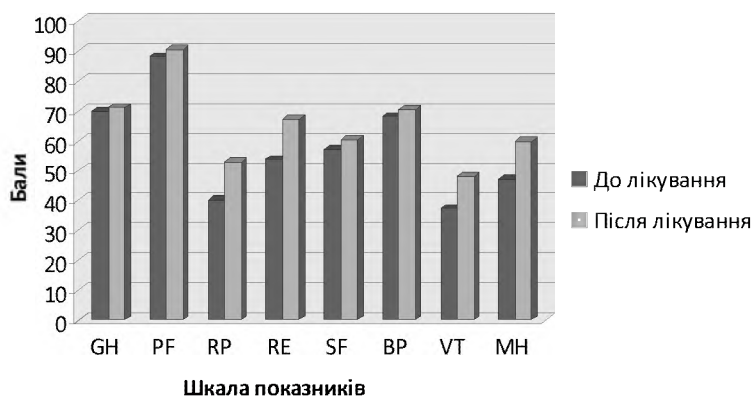


Рис. 1. Динаміка показників якості життя за даними опитувальника SF-36.

Таблиця 1. Показники якості життя за даними опитувальника GSRS

Шкала симптомів	До лікування	Після лікування
Діарейний синдром	$3,12 \pm 0,57$	$3,05 \pm 0,45$
Диспепсичний синдром	$6,48 \pm 0,97$	$3,25 \pm 0,26^*$
Констипаційний синдром	$3,22 \pm 0,32$	$3,02 \pm 0,34$
Синдром абдомінального болю	$4,87 \pm 0,65$	$3,12 \pm 0,56^*$
Рефлюксний синдром	$11,02 \pm 1,56$	$3,46 \pm 0,58^*$
Сумарний бал	$28,51 \pm 3,24$	$15,9 \pm 2,21^*$

Примітка. * – вірогідна різниця ($p < 0,05$) між показниками до лікування і після лікування.

ВИСНОВКИ. Клінічні прояви ГЕРХ суттєво впливають на соціальне функціонування та якість життя дітей підліткового віку. При цьому найбільше страждають показники ЯЖ за шкалою життєвої активності, емоційного та рольового функціонування, а також психічного здоров'я. Проведення дослідження якості життя за допомогою опитувальників SF-36 та GSRS може бути додатковим методом оцінки ефективності медикаментозної терапії ГЕРХ.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Планується вивчити за допомогою опитувальників SF-36 та GSRS динаміку якості життя дітей з іншими нозологічними формами хронічної гастродуоденальної патології, а також оцінити вплив різних методів і форм лікування, а також місця лікування (стаціонар, денний стаціонар, амбулаторно) на перебіг захворювань шлунково-кишкового тракту в дітей підліткового віку.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Баранов А. А. Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии / А. А. Баранов, П. Л. Щербаков // Вопросы современной педиатрии. – 2008. – Т. 1, № 1. – С. 12–15.
2. Сучасні аспекти антисекреторної терапії кислотозалежних захворювань шлунково-кишкового тракту у дітей / О. Г. Шадрін, Ю. В. Марушко, С. І. Герасим'юк, Л. В. Ігнатко. – К., 2010. – 16 с.
3. Скрипник І. М. Захворювання з багатьма пододами: лікарська тактика в складних клінічних випадках ГЕРХ / І. М. Скрипник // Здоров'я України. – 2007. – № 23 (180). – С. 1–2.
4. Шадрін О. Г. Ефективність застосування інгібіторів протонної помпи для ерадикаційної терапії у дітей з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою / О. Г. Шадрін, Л. В. Ігнатко, С. І. Герасим'юк // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – №1. – С. 81–85.
5. Мухаметова Е. М. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей: эпидемиология, диагностические критерии, прогноз / Е. М. Мухаметова, С. И. Эрдес // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2010. – № 1. – С.75–81.

Отримано 11.03.15