

СОПУТСТВУЮЩАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА КАК ФАКТОР СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

¹ ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МЗ Украины», Тернополь, Украина,

² Университет в Бельско-Бялой, Бельско-Бяла, Польша

Хронический панкреатит (ХП) является одним из самых сложных полиэтиологических заболеваний в клинике внутренних болезней, что часто приводит к постоянной или временной потере трудоспособности. Это свидетельствует о его не только медицинском, но и социальном значении [1; 2]. За последние 10 лет заболеваемость ХП среди населения молодого возраста выросла почти в 4 раза, а средний возраст с момента установления диагноза снизился с 50 до 39 лет. Это увеличило часть женщин среди пациентов с ХП на 30 % [3; 4].

Широкое распространение ХП среди работающего населения, постоянно прогрессирующее течение с устойчивым увеличением функциональной недостаточности поджелудочной железы и развитие трофологической недостаточности, болевой синдром, который трудно поддается лечению, необходимость постоянного соблюдения диеты, нередко пожизненная ферментная терапия делают ХП одной из важнейших социально-экономических проблем современной медицины [5; 6].

Известно о негативном влиянии ХП на сердечно-сосудис-

тую систему. Однако механизмы воздействия воспалительного процесса поджелудочной железы на развитие и прогрессирование ишемической болезни сердца (ИБС) еще не изучены [7]. Установлено, что у 15,5 % больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, включая панкреатиты, возникает ИБС — стенокардия, атеросклеротический или постинфарктный кардиосклероз. Ухудшение насосной функции сердца и атеросклеротическое поражение кровеносных сосудов, обеспечивающих кровообращение в поджелудочной железе, приводят к патологическим изменениям в органе, а системная гипоксия при ИБС способствует фиброзированию паренхимы поджелудочной железы [8; 9].

В последние годы изучение качества жизни (КЖ) во всем мире является одной из актуальных проблем в медицине. Понятие «качество жизни» положено в основу новой парадигмы понимания болезни и определения эффективности методов лечения. Согласно новой концепции клинической медицины, КЖ больного есть или главной, или дополнительной

целью лечения. Оценка КЖ особенно важна при хронических заболеваниях, требующих длительного лечения [10; 11]. Все больше внимания уделяется изучению сочетания гастроэнтерологических заболеваний с сердечно-сосудистыми заболеваниями [12]. Высокое медико-социальное значение как ХП, так и ИБС определяется их значительным вкладом в патологию людей социально активного возраста, большими затратами на диагностику и лечение, снижением КЖ и инвалидностью. Именно поэтому исследования КЖ у пациентов с коморбидным течением ХП и ИБС является актуальным [13; 14].

Цель работы — изучить и сравнить КЖ у пациентов с ХП по отношению к пациентам с ХП и сопутствующей ИБС.

Материалы и методы исследования

Для достижения цели были обследованы 82 пациента с ХП. Их разделили на две группы: в I группе — 52 пациента с ХП в сочетании с ИБС; во II группе — 30 пациентов с ХП. Они были сопоставимыми по этиологическим факторам, социально-экономическим условиям и питанию. Также было исключено влияние алкогольного фактора.

Среди пациентов было 42 (51,2 %) мужчины (средний возраст — $48,9 \pm 6,7$) лет) и 40 (48,8 %) женщин со средним возрастом ($52,5 \pm 7,4$) лет. Средняя продолжительность ХП составила ($14,3 \pm 5,1$) года; а средняя продолжительность ИБС — ($5,7 \pm 2,1$) года. Обследование пациентов осуществлялось с их согласия. В исследование не включали пациентов с нестабильной стенокардией, стенокардией III–IV функционального класса, сахарным диабетом средней или тяжелой степени тяжести, что требует приема инсулина, тяжелой артериальной гипертензией, онкологией, сердечно-сосудистыми и соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации. Исследования соответствуют требованиям Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы медицинских исследований с привлечением человека в качестве объекта исследования» по решению Комитета по биоэтике ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МЗ Украины» № 21/2017.

Диагноз ХП был верифицирован в соответствии с Марсельско-Римской классификацией, что соответствует «Унифицированному клиническому протоколу первичной, вторичной (специализированной) медицинской помощи и медицинской реабилитации больных хроническим панкреатитом», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Украины № 638 от 09.10.2014 г. Диагноз ИБС был установлен в соответствии с «Унифицированным клиническим протоколом первичной, вторичной (специализированной) и третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи больным

со стабильной ишемической болезнью сердца», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Украины № 152 от 02.03.2016 г.

Для оценки КЖ использовались стандартизированные общий и специфический опросники. Общие опросники применяются при любом патологическом состоянии и позволяют сравнивать КЖ при различных заболеваниях, но не оценивать специфические для конкретной патологии аспекты. Специфические опросники малочувствительны в оценке влияния сопутствующей патологии. Поэтому для достоверности результатов мы использовали одновременно как специфический, так и неспецифический опросники.

Пациентов оценивали с помощью общего опросника — the Medical Outcomes Study 36-Item (MOS SF-36), в котором 36 пунктов сгруппированы в 8 шкал. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100 баллами, где 100 баллов — полное здоровье. Все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое здоровье. Количественно оценивались следующие показатели:

— физическое функционирование — шкала, которая оценивает как физическое состояние ограничивает физическую активность (ходьба, подъем по лестнице);

— ролевое физическое функционирование — влияние физического состояния на повседневную деятельность (работа, ежедневные обязанности);

— боль — шкала интенсивности боли;

— общее состояние здоровья — оценка состояния здоровья пациента на данный момент и перспективы лечения;

— жизнеспособность — шкала жизнеспособности;

— социальное функционирование — шкала социального функционирования;

— ролевое эмоциональное функционирование — шкала, показывающая эмоциональное состояние; дает возможность оценить, как эмоциональное состояние препятствует выполнению работы или другой повседневной деятельности;

— психическое здоровье — шкала, характеризующая настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций.

Физический компонент здоровья отражают шкалы с 1-й по 4-ю, а психологический компонент — с 5-й по 8-ю.

Для оценки выраженности гастроэнтерологической симптоматики и КЖ использовалась русская версия специального опросника Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS), содержащий его 15 вопросов, сгруппированных в 5 шкал: абдоминальная боль, рефлюкс-синдром, запор, диарея, диспепсия. Показатели шкал колеблются от 1 до 7 баллов, более высокие значения соответствуют более выраженным симптомам и более низкому КЖ.

Статистическая обработка полученных данных выполнялась на персональном компьютере с помощью стандартных программных пакетов Microsoft Excel и компьютерной программы Statistica for Windows версии 10.0 (Stat Soft inc., США).

Результаты исследования и их обсуждение

Оценка результатов проведенного исследования показала, что КЖ пациентов группы ХП + ИБС по сравнению с группой ХП была статистически значимо ниже по шкалам, которые оценивали как психологи-

Сравнительный анализ качества жизни по шкалам анкеты SF-36 (в баллах, $M \pm m$)

Шкала опросника SF-36	Группы сравнения	
	ХП, n=30	ХП + ИБС, n=52
Физическое функционирование	49,9±0,9	35,3±0,9*
Роль физическое функционирование	52,6±0,9	42,1±0,7*
Боль	28,6±0,8	40,9±1,0*
Общее состояние здоровья	48,1±0,7	43,1±0,7*
Жизнеспособность	56,4±0,7	46,6±0,7*
Социальное функционирование	57,8±0,9	46,7±1,0*
Роль эмоциональное функционирование	66,5±0,8	53,9±0,7*
Психическое здоровье	68,9±0,7	55,7±0,8*

Примечание. * — достоверность различий в ХП + ИБС группе по сравнению с группой ХП ($p < 0,05$).

ческий, так и физический компонент здоровья ($p < 0,05$).

Согласно данным табл. 1, наличие сопутствующей ИБС достоверно ухудшало КЖ больных ХП по всем шкалам, отражающим физическое состояние пациента, а именно: физическую активность, роль физическое функционирование, интенсивность боли, общее состояние здоровья, жизненную активность. Среди больных ХП + ИБС низкие показатели отмечались и по шкалам психического здоровья. Это указывает на то, что повседневная деятельность больного не только не ограничивалась клиническими проявлениями ИБС, но и сопровождалась негативной эмоциональной окраской, резким упадком сил и энергии, отсутствием побуждений и достаточного физического потенциала для адекватного выполнения повседневной работы, что связано с наличием одновременно двух существующих заболеваний.

Анализируя данные тестирования больных с ХП + ИБС с помощью специализированного гастроэнтерологического опросника GSRS, было установлено, что ведущее место в клинике заболевания занимают болевой, диспепсический и диарейный синдромы ($p > 0,05$). Эти синдромы следует рассматривать как основной фактор, снижающий КЖ у пациентов с ХП и сопутствующей ИБС. Суммарный балл по опроснику GSRS (среднее арифметическое значение показателей всех шкал) у пациентов группы ХП + ИБС был $(4,4 \pm 0,2)$ балла, а у пациентов с изолированным ХП — $(4,0 \pm 0,1)$ балла (рис. 1).

Выводы

Пациенты с ХП в сочетании с ИБС имели достоверно более низкое КЖ по сравнению с па-

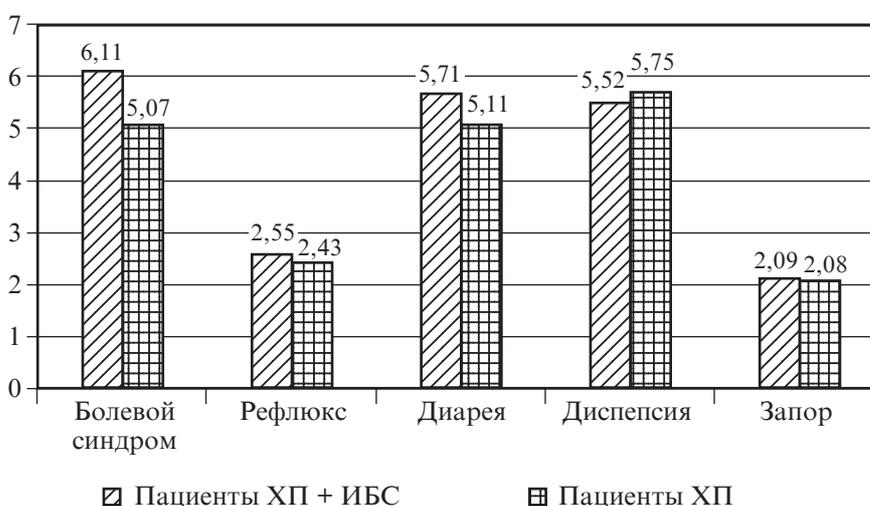


Рис. 1. Сравнительный анализ качества жизни по шкалам анкеты GSRS (в баллах; $M \pm m$)

циентами с изолированным ХП (по специфическому для патологии желудочно-кишечного тракта опроснику GSRS и неспецифическому опроснику SF-36; $p < 0,05$). Это показало объективную отягчающую роль сопутствующей ИБС на течение хронического панкреатита.

Ключові слова: хронічний панкреатит, ішемічна хвороба серця, якість життя, опитувальники SF-36 і GSRS.

ЛИТЕРАТУРА

1. Babinets L. S. Patohenetychni aspekty khronichnoho pankreatytu biliarnoho henezu pislia kholetsystektomii. *Vestnyk kluba pankreatolohov*. 2014. Vol. 3 (24). P. 4–8.

2. Schneider A., Lühr J. M., Singer M. V. The M-ANNHEIM classification of chronic pancreatitis: introduction of a unifying classification system based on a review of previous classifications of the disease. *J. Gastroenterol.* 2014. Vol. 42. P. 101–119.

3. Forsmark C. E. Management of chronic pancreatitis. *J. Gastroenterology*. 2013. Vol. 144. P. 1282–1291.

4. Quality of life in patients with chronic pancreatitis — Possibilities of measurement of the phenomenon in research / Jan Chrastina, Denisa Bednášová, Libuše Ludíková et al. *J. Kontakt*. 2015. Vol. 17. P. 89–95.

5. Optimization of the complex therapy of chronic pancreatitis with metabolic syndrome / L. S. Babinets, N. A. Melnyk, N. O. Shevchenko et al. *J. Wiadomosci lekarskie*. 2018. Vol. 2. P. 337–340.

6. Palychata M. V., Babinets L. S., Pronyuk O. V. Quality of life patients with chronic pancreatitis and related anemia. *Zdobutky klinichnoi ta eksperymentalnoi medytsyny*. 2017. Vol. 2. P. 113–114.

7. Samuel Han, Yoel Carrasquillo, Julien Fahed. Quality of life comparison in chronic pancreatitis patients: A case-control study. *J. Pancreatology*. 2015. Vol. 3. P. 567–568.

8. Symptoms and quality of life in chronic pancreatitis assessed by structured interview and the EORTC QLQ-C30 and QLQ-PAN26 / D. Fitzsimmons, S. Kahl, G. Butturini et al. *J. Gastroenterol*. 2015. Vol. 100. P. 18–26.

9. Babinets L. S., Dronyak Yu. V. Askarydoz i khronichnyi pankreatyt: spilni etiopatohenychni aspekty, optymizatsiia likuvannia v praktytsi simeinoho likaria. *J. Simeina medytsyna*. 2014. Vol. 2. P. 101–104.

10. Combined antioxidant therapy reduces pain and improves quality of life in chronic pancreatitis / G. R. Kirk, J. S. White, L. McKie et al. *J. Gastrointest Surg*. 2012. Vol. 10. P. 499–503.

11. ESPEN guidelines on enteral nutrition: pancreas / R. Meier, J. Ockeng, M. Pertkiewicz et al. *Clin. Nutr*. 2013. Vol. 25 (2). P. 275–284.

12. A case of chronic pancreatitis with difficult control of persistent pan-

creatic ascites / Yu. Sato, Yosuke Kawasaki, Takaaki Tokuda et al. *J. Pancreatology*. 2016. Vol. 16. P. 161–164.

13. Babinets L. S., Nazaruk N. V. Porivnialnyi analiz yakosti zhyttia khvorykh na khronichnyi biliarnyi pankreatyt pislia kholetsystektomii. *J. Gastroenterolohiia*. 2015. Vol. 4 (58). P. 79–82.

14. Pezzilli R., Fantini L., Calculli L. The quality of life in chronic pancreatitis: the clinical point of view. *J. Pancreas*. 2011. Vol. 7. 113–116.

Поступила в редакцию 29.05.2019

Рецензент д-р мед. наук,
проф. Н. П. Баязитов,
дата рецензии 3.06.2019

УДК 616.37-689.85-02

Л. С. Бабинец, В. П. Марценюк, Н. А. Мельник

СОПУТСТВУЮЩАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА КАК ФАКТОР СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Цель исследования — изучить и сравнить качество жизни пациентов с хроническим панкреатитом и пациентов с хроническим панкреатитом с сопутствующей ишемической болезнью сердца.

В исследование вошли 52 пациента с хроническим панкреатитом и сопутствующей ишемической болезнью сердца и 30 больных с изолированным хроническим панкреатитом. Качество жизни всех пациентов оценивали с помощью общего медицинского опросника — the Medical Outcomes Study 36-Item и специализированного гастроэнтерологического опросника the Gastrointestinal Symptom Rating Scale.

Пациенты с хроническим панкреатитом и сопутствующей ишемической болезнью сердца имели статистически значимо более низкий уровень качества жизни по всем шкалам как неспецифического опросника SF-36, так и специфического гастроэнтерологического опросника GSRS относительно таких в группе больных с изолированным хроническим панкреатитом.

Ключевые слова: хронический панкреатит, ишемическая болезнь сердца, качество жизни, опросники SF-36 и GSRS.

UDC 616.37-689.85-02

L. S. Babinets, V. P. Martsenyuk, N. A. Melnyk

CONCOMITANT CORONARY HEART DISEASE AS A FACTOR IN REDUCING THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS

The aim: to study and compare the quality of life of patients with chronic pancreatitis in regarding to patients with comorbidity of chronic pancreatitis and coronary heart disease.

The study included 52 patients with chronic pancreatitis with coronary heart disease and 30 patients with isolated chronic pancreatitis. The quality of life of all patients was evaluated by using a common medical questionnaire — the Medical Outcomes Study 36-Item, and a specialized gastroenterological questionnaire the Gastrointestinal Symptom Rating Scale.

Patients with chronic pancreatitis with coronary heart disease had a significantly lower level of quality of life scores on all scales both a questionnaire Medical Outcomes Study 36-Item and by gastroenterological questionnaire the Gastrointestinal Symptom Rating Scale in regarding to the group of patients with isolated chronic pancreatitis.

Key words: chronic pancreatitis, coronary heart disease, quality of life, questionnaires SF-36 and GSRS.

УДК 577.156;612.015.349

О. З. Бразалук, д-р біол. наук, проф.,

О. Ю. Євстафєва

АКТИВНІСТЬ ГІДРОКСИБУТИРАТДЕГІДРОГЕНАЗИ У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ В ДИНАМІЦІ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ

Дніпропетровська медична академія

Вступ

Гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС, пов'язане з впливом на плід гіпоксії, інтранатальної та постнатальної асфік-

сії, залишається однією з головних причин порушення психомоторного розвитку, що в 1/4 випадків призводить до рухових та/або когнітивних вад у дітей [2]. Гіпоксія тканин — типовий

патологічний процес, що виникає внаслідок недостатності біологічного окиснення. В результаті тканинної гіпоксії порушуються синтез АТФ, забезпечення енергетичних функцій та пластичних процесів у клітині, зокрема в мітохондріях [3].

© О. З. Бразалук, О. Ю. Євстафєва, 2019