

THE EFFECTIVENESS OF PPI THERAPY IN PATIENTS
WITH FUNCTIONAL DYSPEPSIA COMPLICATED BY
PATHOLOGICAL GASTROESOPHAGEAL REFLUX RECORDED
WITH MULTICHANNEL INTRALUMINAL IMPDANCE-PH-
MONITORING OF OESOPHAGUS

S. Melaschenko, V. Chernobrovny

Vinnitsa national medical university

In 30 functional dyspeptic (FD) patients the pathological gastroesophageal reflux was proven by means of 3½-hours multichannel intraluminal impedance-pH-monitoring after provocative breakfast. GERD was excluded by the upper esophagogastroscopy and discrepancy with Montreal consensus (2006). First group (12 women and 3 men, (40.5±3.7) y.o) took rabeprazole 20 mg once daily in 8 weeks. Second group (11 women and 4 men, (41.1±3.5) y.o) – in 3 weeks. First group demonstrated significant better resolving of abdominal pain (AP) syndrome. After 2 weeks of washout period there was (2.93±0.23) point of AP-cluster of Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) vs (3.77±0.32) point in second group (p<0.05).

УДК 616.3:616-08-039.57

Вивчення якості життя в динамиці лікування
патології шлунково-кишкового тракту

Л.М. Мосійчук, О.О. Крилова, Л.В. Демешкіна
ДУ “Інститут гастроентерології НАМН України” (Дніпропетровськ)

Однією з найважливіших задач у вирішенні сучасних проблем охорони здоров'я населення є забезпечення висококваліфікованою медичною допомогою хворих, в результаті чого покращується якість життя (ЯЖ) пацієнтів.

У світі, особливо у країнах Західної Європи та США, поняття ЯЖ пацієнтів належить до числа головних у організації охорони здоров'я населення, тому підвищення його рівня є метою діяльності усіх ланок медичних закладів [1-3].

Термін ЯЖ – це суб'єктивний показник задоволення людських потреб, ступінь комфортності людини як усередині себе, так і у межах суспільства. ЯЖ хворих – інтегральний показник, який відображає ступінь адаптації людини до хвороби і можливість виконання нею звичних функцій, які відповідають її соціально-економічному становищу [2-3].

На сьогоднішній день дослідження ЯЖ стає одним з найважливіших питань в терапевтичній практиці при оцінці будь-якого терапевтичного, та в меншому ступені, хірургічного втручання, головним чином у хворих з хронічним невилікованим захворюванням, коли метою терапії є зменшення або зникнення симптомів, що дозволило б пацієнту жити в суспільстві протягом тривалого часу без або зі зменшеним дискомфортом, викликаний хворобою, в тому числі хронічним панкреатитом [3-4].

Мета дослідження: вивчення якості життя пацієнтів на хронічний панкреатит в динаміці лікування.

Матеріали і методи дослідження.

Нами було обстежено 65 хворих на хронічний панкреатит, сполучений з різною гастроентерологічною патологією, які перебували на стаціонарному лікуванні у ДУ «ІГ НАМН України». Діагноз верифікували за клінічними, лабораторними, інструментальними даними. Контрольну групу склали 40 практично здорових осіб, які співставленні за статтю та віком з основною групою. Усі хворі отримували протягом 20-25 днів комплексне лікування, яке обов'язково вмещувало ферменти та глутаргін. Оцінка ЯЖ здійснювалася до та після лікування за допомогою загального опитувальника SF-36 [5] та розробленого специфічного опитувальника для оцінки ефективності лікування хворих на хронічний панкреатит. Опитувальник SF-36 забезпечує кількісне виявлення (від 0 до 100) якості життя за 8 шкалами: визначення фізичної функції – ФФ (PF=physical functioning), фізичної ролі/рольового фізичного функціонування – РФФ (RP=role physical), фізичного болю – Б (BP=bodily pain), життєздатності

– Ж (VT=vitality), соціального функціонування – СФ (SF=social function), емоційної ролі/рольового емоційного функціонування – РЕФ (RE=role emotional) і психічного здоров'я – ПЗ (MH=mental health). Вищий показник за конкретною шкалою свідчить про краще значення якості життя по даній шкалі.

Результати дослідження.

Під наглядом знаходилося 65 хворих на ХП, з яких 17 (26,2%) пацієнтів були жінки й 48 (73,8%) – чоловіки. Середній вік пацієнтів – $(45,9 \pm 1,9)$ років. При порівнянні показників ЯЖ хворих на ХП із групою здорових осіб встановлено, що захворювання погіршує ЯЖ хворих, впливаючи на всі рівні життєдіяльності: фізичне, емоційне, рольове, психологічне, соціальне функціонування (рис. 1).

Встановлено, що фізичне функціонування (ФФ) у хворих на ХП склало $(62,0 \pm 2,9)$ балів, що значно нижче групи здорових осіб – $(98,5 \pm 1,1)$ балів ($p < 0,05$). Низькі показники за цією шкалою вказують на те, що фізична активність у пацієнтів значно обмежена станом їх здоров'я.

Аналіз рольового фізичного функціонування (РФФ) показав, що цей показник дорівнював $(21,2 \pm 4,2)$ балів, відповідно у контрольній групі – $(86,3 \pm 12,3)$ балів ($p < 0,05$). Вищому показникові відповідають менші обмеження в буденній життєдіяльності за рахунок фізичних проблем.

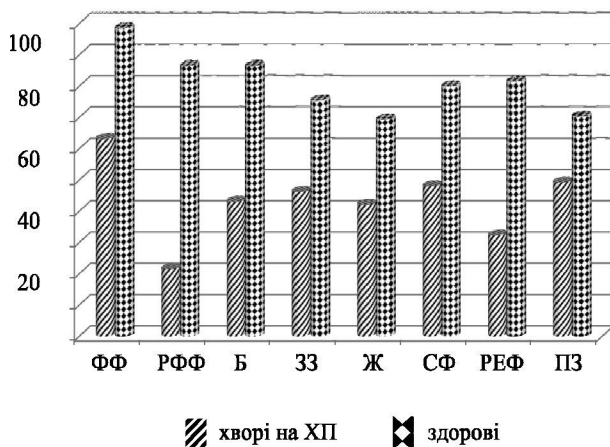


Рисунок 1 – Показники якості життя хворих на хронічний панкреатит.

Фактор фізичного болю (Б) становив $(43,4 \pm 3,1)$ балів у хворих на ХП, у здорових – $(86,4 \pm 7,30)$ балів, ($p < 0,05$) та відображав його вплив на спроможність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу вдома та за його межами. Низькі показники за цією шкалою говорять про те, що біль значно обмежує активність хворих на ХП.

Загальний стан свого здоров'я (ЗЗ) хворі на ХП оцінили нижче, ніж практично здорові: $(46,2 \pm 2,1)$ та $(75,4 \pm 5,9)$ балів відповідно ($p < 0,05$).

Комплексна оцінка фізичного компоненту здоров'я, який складають ФФ, РФФ, Б та ЗЗ, показала, що він становив $(43,2 \pm 8,4)$ балів, що достовірно нижче, ніж в групі здорових $(86,7 \pm 4,7)$.

Життєздатність (Ж), як суб'єктивна оцінка респондентом свого життєвого тону (енергія, бажання енергійних дій та ін.) , відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, обезсиленним за останні чотири тижні, у хворих на ХП знижена до $(42,1 \pm 2,6)$ балів ($p < 0,05$) в порівнянні з аналогічним показником у практично здорових осіб $(69,3 \pm 5,0)$ балів.

Показник соціального функціонування (СФ), який визначає, у якій мірі фізичний чи емоційний стан обмежує СФ, спілкування з друзями, колегами по роботі, рідними, становив $(48,0 \pm 3,3)$ балів у хворих на ХП ($p < 0,05$) та $(80,0 \pm 8,6)$ балів у здорових. Низькі бали свідчать про значне обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування у зв'язку з погіршенням фізичного і емоційного стану у хворих на ХП.

Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕФ) це суб'єктивна оцінка хворим ступеня обмеження своєї буденної діяльності, зумовленої емоційними проблемами. Цей показник був значно зниженим у хворих на ХП – $(32,8 \pm 4,9)$ балів проти $(81,7 \pm 14,8)$ у практично здорових осіб ($p < 0,05$).

Знижувались також показники психічного здоров'я (ПЗ) у хворих на ХП у порівнянні зі здоровими – $(49,2 \pm 2,8)$ балів проти $(70,2 \pm 6,3)$ балів, ($p < 0,05$), відповідно. Низькі показники свідчать про наявність депресивних, тривожних хвилювань, психічного неблагополуччя у хворих на ХП.

Комплексна оцінка психічного компоненту здоров'я, який складають Ж, СФ, РЕФ, ПЗ, показала, що він значно нижчий в порівнянні з групою здорових – $(43,0 \pm 3,7)$ балів проти $(75,3 \pm 3,2)$ балів, $(p < 0,05)$, відповідно.

Показники ЯЖ хворих ХП після лікування представлені на рис. 2.

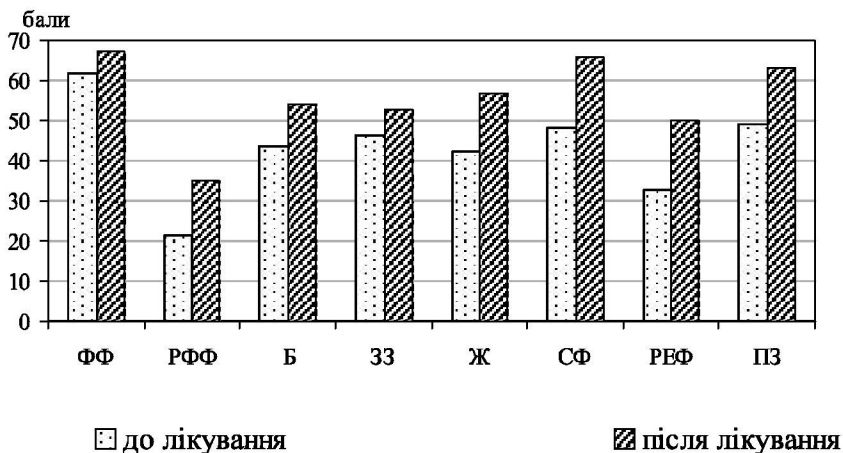


Рисунок 2 – Показники якості життя хворих на хронічний панкреатит в динаміці лікування.

Після лікування параметри ЯЖ істотно покращилися. Так, у результаті лікування вірогідно підвищувалися показники фізичного компоненту здоров'я – $(52,3 \pm 6,7)$ балів проти $(43,2 \pm 8,4)$ до лікування, $(p < 0,05)$. Покращення ЯЖ за фізичним компонентом відбувалось за рахунок достовірного покращення показника загального здоров'я (ЗЗ): $(52,9 \pm 3,5)$ балів проти $(46,2 \pm 2,1)$ до лікування, $(p < 0,05)$. За іншими шкалами (РФФ, ФФ, Б) відзначалася тенденція до поліпшення ЯЖ хворих, але достовірних відмінностей показників не виявлено.

Показник психологічного компоненту здоров'я також достовірно підвищився $(57,5 \pm 4,9)$ балів проти $(43,0 \pm 3,7)$

до лікування, ($p < 0,05$). Покращення ЯЖ за психологічним компонентом відбувалось за рахунок достовірного покращення показників життєздатності (VT), соціального функціонування (SF), психічного здоров'я (MH): (57,0±4,0) бали проти (42,1±2,6) до лікування, ($p < 0,05$); (66,1±4,5) бали проти (48,0±3,3) до лікування, ($p < 0,05$); (63,2±3,5) бали проти (49,2±2,8) до лікування, ($p < 0,05$), відповідно.

За шкалою рольове емоційне функціонування (RE) відзначалася тенденція до поліпшення ЯЖ хворих, але достовірних відмінностей показників не виявлено.

Також ми проаналізували суб'єктивну оцінку хворими рівня свого здоров'я в порівнянні з минулим роком. Так, якщо до лікування рівень здоров'я в порівнянні з минулим роком оцінювався хворими в середньому на (34,6±3,9) балів, то після лікування він зростав в 2,1 рази і становив (74,1±5,1), ($p < 0,0001$).

Нами було розроблено та використано специфічний опитувальник для дослідження ЯЖ, яка обумовлена наявністю конкретного захворювання, а саме ХП. Він вміщував запитання про вплив захворювання на ЯЖ пацієнта в цілому та запитання про скарги (біль у лівому підребер'ї, оперізуючий біль, здуття живота та ін.), обумовлені наявністю ХП. Також хворі самостійно оцінювали в розробленому специфічному опитувальнику наскільки їм заважають скарги, пов'язані з ХП, у повсякденному житті, як емоційно вони сприймають свою хворобу (відповіді варіювали від "спокійного" ставлення до "значно емоційно турбує").

Як видно з рис. 3, за даними опитування спостерігається позитивна динаміка. Так, значно виражений біль до лікування був у 27,5% проанкетованих хворих, помірно виражений – у 55,0%, незначно виражений – у 12,5%. Після лікування пацієнти відзначали лише помірно виражений біль у 32,5% хворих та у 42,5% – незначний, у решти – біль не турбував.

Аналогічно значно менше стало турбувати здуття та гуркотіння у животі.

Всі ці факти знайшли відображення і в тому наскільки скарги хворих на ХП заважають їх повсякденному стилю життя і погіршують ЯЖ (рис. 4).



Рисунок 3 – Зміни частоти та вираженості скарг хворих на хронічний панкреатит в динаміці лікування.

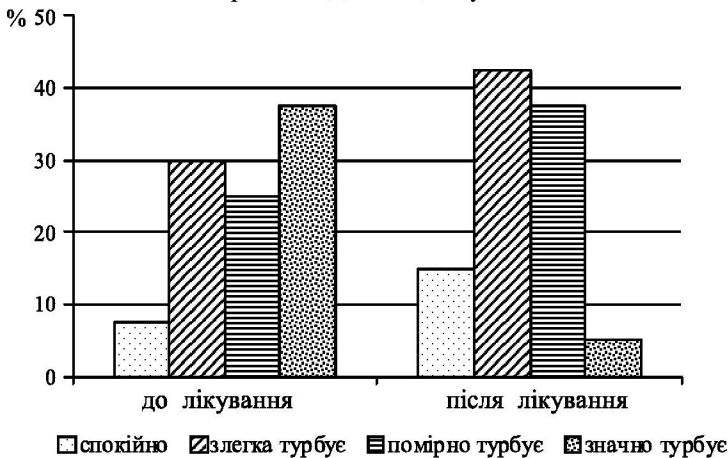


Рисунок 4 – Вплив перебігу захворювання на якість життя хворих.

Як видно з рис. 4, після лікування лише 5,0% хворих вказали на значний негативний вплив захворювання на ЯЖ проти 37,5% до початку лікування. Відсоток пацієнтів, у яких захворювання не погіршувало та незначно погіршувало ЯЖ зріс – з 7,5% до 15,0% та з 30,0% до 42,5%, відповідно.

Невиражені скарги, на які можна не звертати уваги відзначили 32,5% проанкетованих до лікування проти 52,4% після лікування. Помірні скарги і прояви ХП, які не можуть бути не відмічені, але не порушують звичний ритм життя, відзначили до лікування 35,0% хворих на ХП проти 42,5% пацієнтів після лікування. В той же час значні проблеми та скарги, які значно порушують активність та ритм життя пацієнта протягом доби відзначили 32,5% проанкетованих до лікування та 5,0% після лікування.

Таким чином, встановлена позитивна динаміка у скаргах, їх самооцінці пацієнтами та їх впливу на повсякденний стиль життя. Однак, щодо емоційного сприйняття хворими захворювання ситуація покращилась, але не так значно (рис. 5).

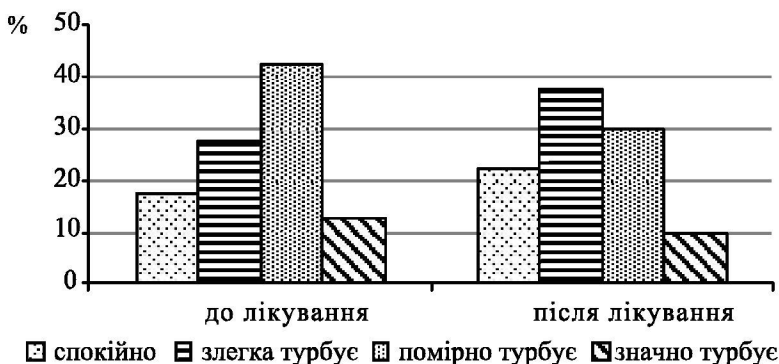


Рисунок 5 – Емоційне сприйняття своєї хвороби пацієнтами.

Так, ХП емоційно значно турбував 12,5% пацієнтів до лікування проти 10,0% після лікування, помірно – 42,5% і 30,0%, злегка – 27,5% і 37,5%, а 17,5% хворих до лікування відносилися до свого захворювання емоційно спокійно, після лікування цей показник зріс до 22,5%. Таким чином, в процесі лікування покращується емоційного сприйняття хворими свого захворювання: зникає або зменшується стурбованість у переважної більшості хворих.

Висновки.

1. Захворювання ХП, сполучений з різною гастроентерологічною патологією, статистично достовірно погіршує ЯЖ хворих, впливаючи на всі рівні життєдіяльності.

2. В динаміці лікування ХП значно покращується самопочуття пацієнтів (зменшується больовий синдром, здуття живота та гуркотіння у животі), що знаходить своє відображення у показниках якості життя.

3. В процесі лікування покращується емоційне сприйняття хворими свого захворювання: зникає або зменшується стурбованість у переважної більшості хворих.

1. *Пономаренко В.М.* Методичні підходи до вивчення якості життя населення у взаємозв'язку зі станом здоров'я / *В.М. Пономаренко, Г.Л. Апанасенко, Н.І. Чебаненко* // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2002. – № 3. – С. 74–77
2. *Антипенко Е.Н.* Качество жизни и самооценка здоровья / *Е.Н. Антипенко, Н.Н. Козут* // Мед. вести. – 1997. – №2. – С. 20–21.
3. *Pezzilli R.* The Quality of Life in Chronic Pancreatitis: The Clinical Point of View / *R. Pezzilli, L. Fantini, L. Calculli* // *J Pancreas.* – 2006. – 7(1 Suppl.). – P. 113–116.
4. Symptoms and quality of life in chronic pancreatitis assessed by structured interview and the EORTC QLQ-C30 and QLQ-PAN26 / *D. Fitzsimmons, S. Kahl, Butturini G, van Wyk M [et al.]* // *Am. J. Gastroenterol.* – 2005. – V. 100. – P. 918–26.
5. *Бримкулов Н.Н.* Применение опросника SF-36 для оценки качества жизни / *Н.Н. Бримкулов, Н.Ю. Сенкевич, А.Д. Калиева* // Центрально-азиатский медицинский журнал. – 1998. – № 4-5. – С. 236– 241

MEASURING QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH DIFFERENT DISEASES OF DIGESTIVE TRACT

L.M. Mosiychuk, O.O. Krylova, L.V. Demeshkina
SI “Institute of Gastroenterology of NAMS of Ukraine”
(Dnipropetrovsk)

The aim of study was evaluating the quality of life in chronic pancreatitis that combined with different diseases of digestive tract before and after treatment. 65 patients with chronic pancreatitis

were studied. All patients filled out SF-36 and specially worked out questionnaire. It was proved that quality of life improved in these patients after treatment.

УДК 616.36-002-003.826-036.82

Аналіз клініко-біохімічних показників у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки під впливом консервативної терапії

*Ю.І. Решетілов, Л.П. Кузнєцова, Т.В. Богослав, О.Ю. Васильченко,
Н.М. Проценко, О.Г. Вайнтруб, О.М. Козиряцька*
Кафедра терапії і гастроентерології ДЗ «ЗМАПО МОЗ України»
(Запоріжжя)

Останнім часом неепідемічна хронічна патологія вабить зростання економічних витрат для всього суспільства та розглядається як важкий тягар для системи охорони здоров'я. Серед цієї групи захворювань вагоме місце посідають невірусні дифузні ураження печінки, які значно погіршують якість життя великої кількості людей, оскільки є причиною їх тривалих страждань. До цих захворювань відноситься й неалкогольна жирова хвороба печінки (НЖХП) [1]. В сучасних умовах все частіше клініка внутрішніх хвороб характеризується сполученістю захворювань, які охоплюють водночас різні органи та системи. До цього можна віднести сполучення НЖХП та метаболічних розладів, насамперед у вигляді ожиріння [2, 3], які обумовлюють актуальність проблеми у клінічній практиці та необхідність пошуку ефективних шляхів усунення цих розладів [3, 4].

НЖХП – це сукупність послідовних патологічних змін печінки, що розвиваються на тлі жирової дистрофії (стеатоз, стеатогепатит). НЖХП сьогодні розглядається як найбільш розповсюджене ураження печінки, яке у розвинутих країнах