

УДК 616.33/.38-008-079:59.922:316.61



ДОРОФЕЕВ А.Э., КУГЛЕР Т.Е., БУТОВА А.Ю.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПО ДАННЫМ SF-8 У ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Резюме. Исследование качества жизни (КЖ) — весьма важный метод, который может способствовать улучшению контакта между врачом и пациентом, выявлению влияния заболевания на физическое, психологическое и социальное благополучие пациента, повышению эффективности проводимой терапии и разработке реабилитационных программ. Целью работы было исследовать психосоматические особенности и КЖ больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК) и функциональной диспепсией (ФД). Данное исследование являлось кросс-секционным. В него были включены 80 пациентов с диагнозом ФД и 93 пациента с диагнозом СРК согласно Римским критериям III, а также группа контроля из 30 здоровых добровольцев. Проводилась оценка КЖ, связанного со здоровьем, по стандартной 4-недельной форме опросника SF-8. При сравнении показателей уровня КЖ пациентов с ФД и СРК было выявлено значительное ухудшение в сравнении с группой контроля, однако не было статистически значимых отличий между ними ($p < 0,05$).

Ключевые слова: функциональная диспепсия, синдром раздраженного кишечника, SF-8.

Введение

Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются актуальной проблемой современной гастроэнтерологии. Пациенты с функциональной диспепсией (ФД) имеют обычную продолжительность жизни, но качество ее значительно снижается. Это сопряжено с огромными расходами, которые несет здравоохранение любой страны по обследованию и лечению таких больных. Было показано, что уровень качества жизни (КЖ) у лиц с ФД ниже, чем у здоровых людей и даже больных с органическими заболеваниями ЖКТ. Степень социальной дезадаптации при ФД близка к таковой у пациентов с бронхиальной астмой и воспалительными заболеваниями кишечника [1]. При этом ФД является одним из наиболее частых симптомокомплексов, с которыми приходится сталкиваться практическому врачу. Распространенность неисследованной диспепсии в разных странах — 7–40 %, из них на долю

ФД приходится 70 %. Так, например, в Швеции распространенность диспепсии составляет 25 %, в Дании — 26 %, в Великобритании — 40 %. В США на диспептические жалобы приходится около 10 % всех консультаций врачей общей практики, а на лечение тратится не менее 1 миллиарда долларов в год [2].

Синдром раздраженного кишечника (СРК) из-за высокой распространенности и негативного влияния на качество жизни также представляет собой важную медицинскую проблему. По данным мировой статистики, от 30 до 50 % больных, обращающихся к гастроэнтерологу, страдают СРК [3]. В странах Европы и Северной Америки распространенность СРК оценивается в 10–15 % от общей популяции, в Азиатско-Тихоокеанском регионе

© Дорощеев А.Э., Куглер Т.Е., Бутова А.Ю., 2015

© «Гастроэнтерология», 2015

© Заславский А.Ю., 2015

она несколько выше и колеблется от 5,7 до 22,1 %. Наименее изучена распространенность СРК в странах Южной Америки и Африки, где проведено всего по одному эпидемиологическому исследованию, согласно которым этот показатель в указанных странах составляет 10,9 и 26,1 % соответственно [4, 5]. Считается, что на распространенность СРК в популяции влияют культура, уровень образования, стиль жизни, экономические условия. В отличие от многих других болезней хорошие социально-экономические условия повышают риск возникновения СРК [6].

Трудности верификации диагноза и обилие терапевтических схем, предложенных для лечения функциональных заболеваний ЖКТ, наглядно иллюстрируют недостаточное знание патогенеза данных расстройств. Установлено, что в основе развития ФД и СРК лежит взаимодействие нескольких патологических процессов — висцеральной гипералгезии и первичного нарушения моторики ЖКТ, но причины, их формирующие, мало изучены. Не исключено, что указанные патогенетические механизмы могут быть обусловлены нарушением деятельности нейрогуморальной системы, оказывающей значимое влияние на моторику ЖКТ [1, 7]. Целый ряд исследований демонстрирует связь между содержанием серотонина, мелатонина и клинической картиной у больных ФД и СРК. Серотонинергическая система мозга участвует в регуляции общего уровня активности центральной нервной системы (ЦНС), двигательной активности, сна и памяти и в значительной степени определяет эмоциональное поведение человека [8]. Гиперпродукция серотонина является ответной и компенсаторной реакцией на активацию катехоламинами 5HT₃-рецепторов энтерохромафинных клеток, при этом отмечается усиление продукции серотонина и повышение уровня внутриклеточного кальция, что может вызвать усиление болевого синдрома со стимуляцией перистальтики и развитием висцеральной гиперчувствительности у больных СРК. Длительное наличие феномена висцеральной гиперчувствительности в сочетании с повышенной активностью серотонинергической системы ЦНС может приводить к модификации эмоционального поведения, психологического статуса пациентов с СРК, развитию у них депрессивных состояний. Сопутствующие функциональные вегетативные нарушения, аффективные и тревожные, депрессивные или ипохондрические расстройства отмечаются у 75–80 % больных СРК. Предрасполагающим фактором для развития СРК являются психосоциальные факторы, среди которых важная роль отводится субъективным, сверхзначимым для личности эмоциям, вызывающим перенапряжение вегетативной нервной системы, и нарушению их реализации в виде вербального или физического выражения переживаний [4, 9].

Большинство авторов рассматривают ФД как био психосоциальное заболевание, при котором психотравмирующие и стрессовые ситуации способствуют возникновению нарушений моторики желудка и двенадцатиперстной кишки [4]. Установлено, что почти у всех пациентов развитию заболевания или ухудшению его течения предшествует хотя бы один из жизненно значимых хронических стрессовых факторов (семейных, производственных, финансовых, жилищных и др.). У больных с ФД в анамнезе

чаще отмечаются элементы физического насилия в детские годы (unhappy childhood — несчастливое детство), а также эпизоды сексуального принуждения. Таким пациентам в последующем свойственно более частое обращение за медицинской помощью. У них выявляется более высокий уровень тревоги и депрессии по сравнению со здоровыми лицами, и обнаружена взаимосвязь с данными психопатологическими нарушениями ряда диспептических симптомов [10, 11]. Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, ФД шифруется в двух разделах: заболевания органов желудочно-кишечного тракта (К.30) и психические болезни (F45.31). Это обстоятельство позволяет определить ФД не только как соматический синдром, но и как психосоматический. В литературе обращено внимание на то, что ведение больных с ФД врачом общей практики или гастроэнтерологом без учета психосоматического компонента заболевания может не давать положительного результата в лечении [4]. Этот аспект проблемы в том числе определяет актуальность настоящего клинического исследования.

Количество исследований, посвященных качеству жизни больных с функциональными гастроинтестинальными заболеваниями при помощи опросника SF-8, пока еще малочисленно, а результаты противоречивы [4, 12]. В то же время оценка КЖ больных СРК и ФД представляется необходимой, поскольку этиология этих заболеваний не ясна, а патогенез недостаточно изучен. Важность проблемы определяется еще и тем обстоятельством, что при этих заболеваниях поражаются в основном лица молодого, трудоспособного возраста. Это делает проблему не только медицинской, но и социальной. Показатели КЖ таких больных становятся важным инструментом оценки тяжести течения заболевания и индикатором эффективности терапии. Исследование КЖ — весьма важный метод, который может способствовать улучшению контакта между врачом и пациентом, выявлению влияния заболевания на физическое, психологическое и социальное благополучие пациента, повышению эффективности проводимой терапии и разработке реабилитационных программ.

Целью работы было исследовать психосоматические особенности и качество жизни больных функциональной патологией органов пищеварения — синдрома раздраженного кишечника и функциональной диспепсии при помощи опросника SF-8.

Задачи исследования: оценить валидность опросника SF-8 при обследовании пациентов с ФД и СРК; на основе патогенеза заболевания определить возможные факторы риска снижения уровня качества жизни; провести сравнительный анализ характера распределения по полу и возрасту, показателей уровня качества жизни у больных с различными формами ФД, СРК и группой здоровых добровольцев.

Материалы и методы

Данное исследование являлось кросс-секционным по своему дизайну. В него были включены 80 пациентов с диагнозом ФД и 93 пациента с диагнозом СРК (соответствующие критериям включения и не имеющие

критериев исключения), а также группа контроля из 30 здоровых добровольцев. При сравнении обследуемых не было выявлено статистически значимых отличий распределения по полу, возрасту, индексу массы тела, следовательно, эти группы можно считать идентичными. Диагноз ФД и СРК выставлялся согласно Римским критериям III. Инструментальные и лабораторные методики служили для исключения органической патологии в процессе дифференциальной диагностики, а также выявления клиничко-патогенетических особенностей различных форм ФД и СРК.

Среди всех больных групп ФД и СРК, а также здоровых добровольцев из группы контроля проводилась общая оценка качества жизни, связанного со здоровьем, с помощью опросника SF-8 (стандартная 4-недельная форма). SF-8 представляет собой краткую, обобщенную, многоцелевую форму всем известного широко применяемого в клинической практике опросника SF-36. Опираясь только на один вопрос для измерения каждой из восьми шкал показателей уровня качества жизни, SF-8 — уникальный этап в развитии Short Form QualityMetric Incorporated. Опросник SF-8 доступен на 43 языках, и нами была получена соответствующая лицензия IQOLA Project для его использования в научно-исследовательских целях (лицензия № QM022617). Восемь пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал, более высокая оценка указывала на более высокий уровень КЖ. Все шкалы формировали два показателя: психический (MCS с диапазоном значений от 8,0 до 70,0) и физический (PCS с диапазоном значений от 10,0 до 67,0) компоненты здоровья.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов описательной статистики (среднее значение \pm стандартное отклонение); в случае нормального закона распределения при помощи параметрических тестов (критерий Стьюдента) и в случае распределения, отличного от нормального, при помощи непараметрических тестов (W-критерий Вилкоксона). Результаты, полученные при $p < 0,05$, считались статистически значимыми.

Результаты и обсуждение

Клинические проявления различных вариантов синдрома ФД были сопоставлены у 30 (37,5 %) мужчин и 50 (62,5 %) женщин. Все больные были распределены на 3 группы в зависимости от клинического варианта ФД: эпигастральный болевой синдром (ЭБС), постпрандиальный дистресс-синдром (ПДС), сочетанная функциональная диспепсия (ПДС-ЭБС). Первую группу составили 30 (37,5 %) пациентов с ПДС, вторую — 12 (15,0 %) пациентов с ЭБС, третью — с сочетанным вариантом ПДС-ЭБС — 38 (47,5 %) пациентов. Возрастные пределы исследуемой группы больных составили 18–67 лет (в среднем $41,2 \pm 10,4$ года).

Среди 93 обследованных пациентов СРК было 63 (67,7 %) женщины и 30 (33,3 %) мужчин. По формам СРК пациенты распределились следующим образом: у 47 (50,5 %) пациентов был выявлен СРК с запорами (СРК-З), у 15 (16,1 %) — СРК с диареей (СРК-Д), у 7

(7,5 %) пациентов наблюдалась смешанная форма СРК (СРК-С) и у 24 (25,9 %) больных — недифференцированная форма СРК (СРК-Н). Статистический анализ данных показал достоверные различия частоты встречаемости форм СРК по полу: у мужчин чаще преобладал СРК с диареей ($p = 0,015$), а у женщин — СРК с запором ($p = 0,03$). Возрастные пределы исследуемой группы больных СРК составили 18–57 лет, средний возраст — $(32,4 \pm 5,2)$ года.

Показатели качества жизни пациентов с функциональными заболеваниями ЖКТ были статистически значимо ниже показателей здоровых добровольцев по всем шкалам опросника SF-8 (рис. 1).

Так, у пациентов с ФД отмечались более низкие средние показатели физического функционирования (PF) — $(44,29 \pm 6,91)$ по сравнению с $(54,05 \pm 1,78)$ ($p < 0,001$) у здоровых добровольцев. В то же время у больных СРК данный показатель также был значительно снижен — $(43,30 \pm 5,14)$ ($p < 0,001$) по сравнению с контролем, не отличаясь от ФД ($p = 0,08$). Показатели ролевого физического функционирования (RP) у пациентов с ФД также были ниже контрольных — $(41,52 \pm 7,15)$ против $(53,98 \pm 2,42)$ ($p < 0,01$). Однако наименьшее значение RP наблюдались у пациентов, страдающих СРК, — $(38,32 \pm 4,12)$ ($p < 0,001$) в сравнении с группой контроля. Показатели шкалы интенсивности боли (BP) общей группы больных ФД были достоверно низкими и составили $(48,21 \pm 9,55)$ по сравнению с $(60,77 \pm 1,77)$ группы контроля ($p < 0,01$), при этом их выраженность достоверно не отличалась у пациентов с СРК — $(36,52 \pm 3,30)$ ($p = 0,54$). Показатели общего состояния здоровья (GH) пациентов с ФД составили $(38,60 \pm 5,92)$ и были статистически значимо ниже ($p < 0,01$) по сравнению с $(52,83 \pm 0,83)$ группы здоровых добровольцев. Различные клинические формы СРК также демонстрировали сходно низкие показатели GH, что в целом по группе СРК составило $(34,75 \pm 6,55)$ в сравнении с группой контроля ($p < 0,001$). Показатели жизненной активности (VT) в группе больных ФД составили $(45,64 \pm 6,55)$ и были статистически значимо ниже по сравнению с контрольными $(55,62 \pm 7,44)$ ($p < 0,01$), как и результаты, полученные в группе СРК — $(39,38 \pm 5,44)$ ($p < 0,001$). Показатели социального функционирования (SF) у больных ФД были статистически значимо ($p < 0,01$) ниже контрольных и составили $(42,68 \pm 7,90)$ по сравнению с $(55,25 \pm 0,93)$ группы здоровых добровольцев. Пациенты с СРК демонстрировали сходно низкие показатели SF — $(43,40 \pm 6,23)$ балла ($p < 0,001$). Показатели ролевого эмоционального функционирования (RE) в общей группе ФД также были статистически значимо ниже и составили $(40,24 \pm 7,45)$ по сравнению с контрольными — $(45,66 \pm 0,65)$ ($p < 0,01$). Низкими показателями RE оказались и среди пациентов, страдающих СРК, — $(41,81 \pm 6,37)$ балла, при этом статистически значимой разницы между показателями групп ФД и СРК не наблюдалось ($p = 0,07$). Статистически значимо низкими у всех пациентов с ФД были и показатели шкалы психического здоровья (MH) —

(41,58 ± 7,24) по сравнению с контрольными — (56,79 ± 2,40) ($p < 0,05$). Больные СРК демонстрировали сходно низкие показатели МН — (37,01 ± 6,69) ($p < 0,01$). Обобщенные показатели физического здоровья (PCS) у больных ФД составили (43,27 ± 8,50). При этом пациенты с СРК (41,03 ± 4,45) не выявили отличий по сравнению с ФД ($p = 0,10$), но были значительно ниже контроля — (56,44 ± 0,76) ($p < 0,05$). Показатели психического компонента здоровья (MCS) у больных ФД и СРК по сравнению с показателями группы контроля — (54,91 ± 0,98) были статистически значимо ($p < 0,01$) ниже и составили (40,48 ± 8,58) и (37,57 ± 6,16) соответственно.

Анализ обобщенного показателя физического здоровья среди различных клинических вариантов ФД показал (рис. 2), что самый высокий результат наблюдался в группе постпрандиального дистресс-синдрома — (47,68 ± 4,73), в группе эпигастральной боли — (46,21 ± 8,75), а самый низкий результат — в группе сочетанной ФД — (38,84 ± 9,64), что объясняется более тяжелым течением заболевания, учитывая совокупность болевого синдрома и постпрандиальной тяжести. При этом различие средних показателей PCS в группе ПДС и сочетанного варианта ФД являлось статистически значимым на уровне значимости ($p < 0,01$), а разница средних в группе ПДС и ЭБС не являлась статистически значимой ($p = 0,92$), так же как и при сравнении ЭБС и сочетанного варианта ($p = 0,13$). При сравнении показателей психического компонента здоровья в группах ПДС — (41,79 ± 8,57), ЭБС — (36,93 ± 5,34) и сочетанного варианта ПДС-ЭБС — (40,55 ± 8,89) статистически значимых отличий не было выявлено ($p = 0,331$).

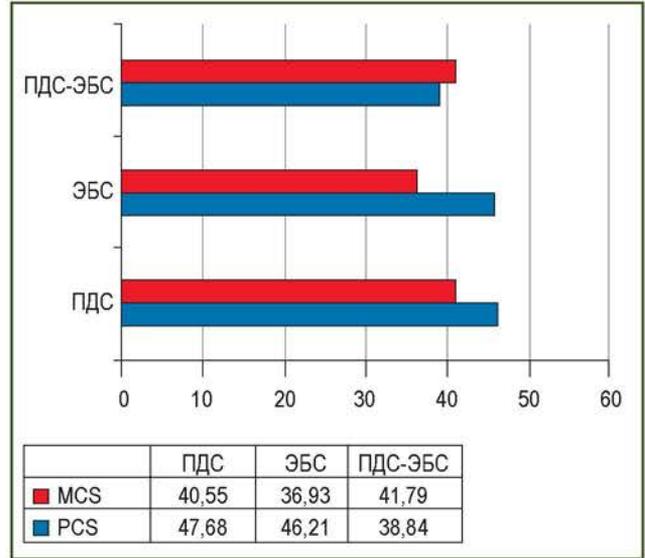


Рисунок 2 — Качество жизни больных с различными клиническими формами ФД

По результатам (рис. 3) сравнения показателей PCS и MCS подтипов СРК также не было выявлено статистически значимых отличий ($p > 0,05$). При этом самые низкие показатели физического и психического компонентов наблюдались при СРК-Д, а самые высокие — при СРК-З.

При анализе различий по полу больных ФД не было выявлено статистически значимых отличий по показателю как физического компонента здоровья ($p = 0,050$), так и психического ($p = 0,314$). Однако среди женщин показатели PCS — (41,24 ± 7,89) и MCS — (39,40 ± 8,50) были ниже, чем среди мужчин, — (46,64 ± 8,66) и (42,27 ± 8,69) соответственно. Среди пациентов с СРК

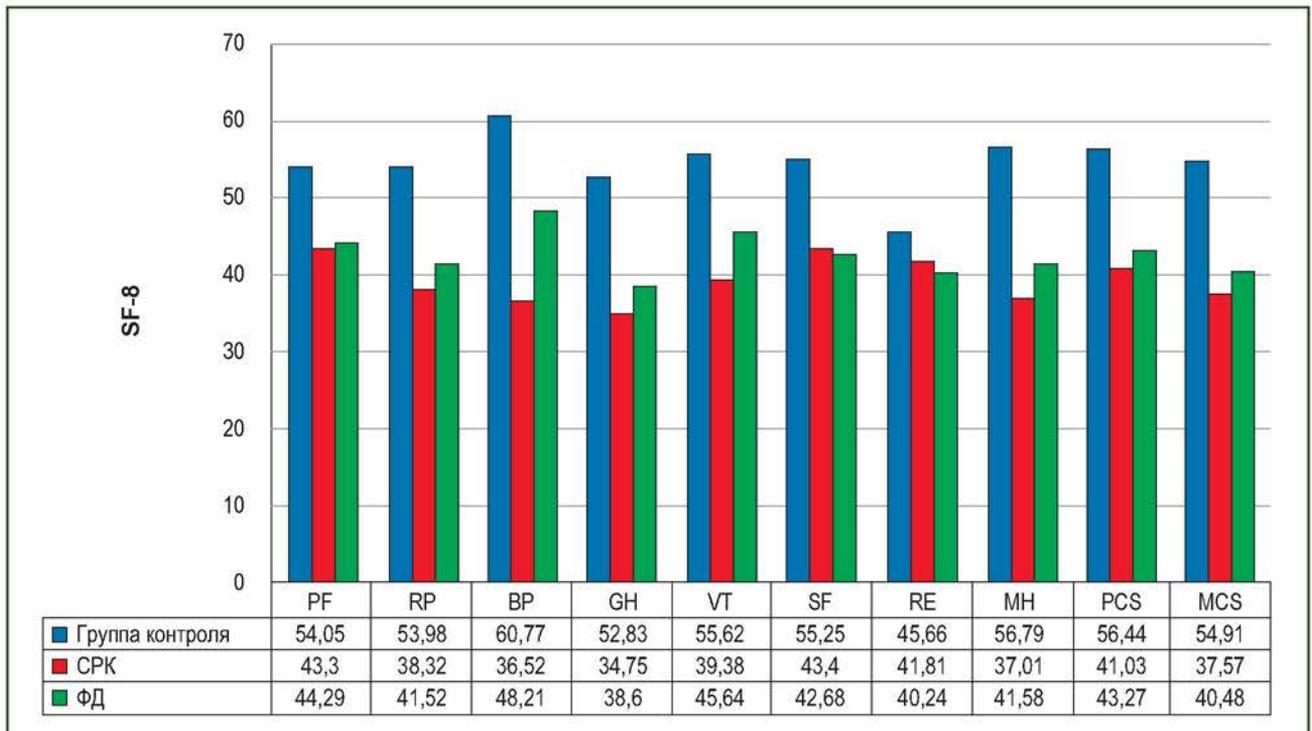


Рисунок 1 — Качество жизни у пациентов с СРК и ФД в сравнении со здоровыми добровольцами

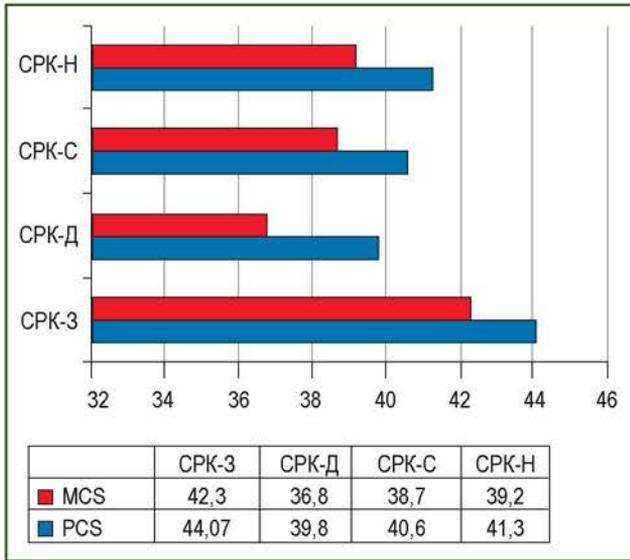


Рисунок 3 — Качество жизни больных с различными клиническими формами СРК

также не было выявлено статистически значимых различий по полу, однако более низкие показатели PCS — (38,24 ± 6,89) и MCS — (34,40 ± 5,50) были у мужчин в сравнении с женщинами — (43,24 ± 4,69) и (38,10 ± 6,50) соответственно (p > 0,05).

Таким образом, при сравнении показателей уровня качества жизни пациентов с ФД и СРК было выявлено значительное ухудшение в сравнении с группой контроля, однако не было выявлено статистически значимых отличий между собой. При сравнении обобщенных показателей физического и психического компонентов здоровья было определено, что среди больных ФД самый низкий уровень физического здоровья наблюдается в группе сочетанной ФД, а психического — в группе ЭБС. Среди больных СРК самый низкий уровень качества жизни наблюдался в группе СРК с диареей. Статистически значимых различий по полу среди больных ФД и СРК не было выявлено.

Выводы

У всех пациентов с ФД и СРК отмечалось снижение качества жизни за счет показателей как физического здоровья, так и эмоционально-психологических составляющих. Доказано, что не только органические, но и функциональные заболевания ЖКТ приводят к снижению КЖ, затрагивают все сферы жизни пациента, ограничивают повседневную деятельность, связанную с физическим здоровьем, способствуют сокращению объема выполняемой работы, ухудшению эмоционального состояния вплоть до тревожно-депрессивных расстройств, обусловленных как объективными симптомами основного заболевания, так и индивидуальными особенностями поведенческого реагирования [12]. Следовательно, при назначении индивидуализированной терапии больным ФД и СРК необходимо учитывать клиничко-психологические особенности больных, тяжесть течения заболевания и его влияния на качество жизни больного. Для лечения предложены многие

группы препаратов, ни одна из которых, к сожалению, не является панацеей и не предотвращает рецидивов симптоматики. Это, с одной стороны, значительно снижает качество жизни пациентов и приверженность к лечению, с другой — стимулирует поиск новых подходов к терапии. Оценка КЖ пациентов в ходе динамического наблюдения является важным составляющим компонентом ведения больных, дает ценную информацию о физическом, психологическом и социальном состоянии пациента и еще раз свидетельствует о важности принципа индивидуального подхода к больному.

Список литературы

1. Дорощев А.Э. Функциональная диспепсия: современные представления, механизмы и тактика ведения пациентов / А.Э. Дорощев, О.В. Томаш, Н.Н. Руденко // *Новости медицины и фармации (Гастроэнтерология)*. — 2012. — С. 407.
2. Vanheel H. Changes in gastrointestinal tract function and structure in functional dyspepsia / H. Vanheel, R. Farré // *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* — 2013. — Vol. 10. — P. 142-149. — Doi:10.1038/nrgastro.2012.255
3. An evidence-based systematic review on the management of irritable bowel syndrome / L.J. Brandt, W.D. Chey, A.E. Foxx-Orenstein [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* — 2009. — Vol. 104(Suppl. 1). — P. S1-S35.
4. Concomitant functional dyspepsia and irritable bowel syndrome decrease health-related quality of life in gastroesophageal reflux disease / De Vries D.R., M.A. van Herwaarden, A. Baron [et al.] // *Scand. J. Gastroenterol.* — 2007 Aug. — Vol. 42(8). — P. 951-6.
5. World Gastroenterology Organisation Global Guideline / Quigley E., Fried M., Gwee K.A. [et al.] // *Irritable bowel syndrome: a global perspective*. — 2009.
6. Ohman L. Pathogenesis of IBS: role of inflammation, immunity and neuroimmune interactions / L. Ohman, M. Simrén // *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* — 2010. — V. 7. — P. 163-173.
7. Jae Myung Park Functional Gastrointestinal Disorders Diagnosed by Rome III Questionnaire in Korea / Jae Myung Park, Myung-Gyu Choi // *Journal of Neurogastroenterology and Motility*. — 2011. — № 17(3). — P. 279-286.
8. Impaired intestinal barrier integrity in the colon of patients with irritable bowel syndrome: involvement of soluble mediators / T. Piche, G. Barbara, P. Aubert [et al.] // *Gut*. — 2009. — V. 58. — P. 196-201.
9. Дорощев А.Э. Синдром раздраженного кишечника — современный взгляд на проблему / А.Э. Дорощев, О.А. Рассохина // *Новости медицины и фармации (Гастроэнтерология)*. — 2011. — С. 358.
10. Tack J. Functional dyspepsia — symptoms, definitions and validity of the Rome III criteria / J. Tack, N.J. Talley // *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* — 2013. — Vol. 10. — P. 134-14. — Doi: 10.1038/nrgastro.2013.14
11. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии / В.Т. Ивашкин, А.А. Шентулин, Т.Л. Лапина [и др.] // *РЖГТК*. — 2012. — Т. 22, № 3. — С. 80-92.
12. Aro P. Functional dyspepsia impairs quality of life in the adult population / P. Aro, N.J. Talley // *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. — June 2011. — Vol. 33, Is. 11. — P. 1215-1224. — Doi: 10.1111/j.1365-2036.2011.04640.x

Получено 18.04.15 ■

Дорофеев А.Е., Кулер Т.С., Бутова А.Ю.
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЗА ДАНИМИ SF-8 У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Резюме. Дослідження якості життя (ЯЖ) — вельми важливий метод, що може сприяти поліпшенню контакту між лікарем і пацієнтом, виявленню впливу захворювання на фізичне, психологічне і соціальне благополуччя пацієнта, підвищенню ефективності терапії та розробці реабілітаційних програм. Метою роботи було дослідити психосоматичні особливості та ЯЖ хворих із синдромом подразненого кишечника (СПК) і функціональною диспепсією (ФД). Дане дослідження було крос-секційним. У нього були включені 80 пацієнтів із діагнозом ФД

і 93 пацієнти з діагнозом СПК згідно з Римськими критеріями III, а також група контролю з 30 здорових добровольців. Проводилась оцінка ЯЖ, пов'язаного зі здоров'ям, за стандартною 4-тижневою формою питальника SF-8. При порівнянні показників рівня ЯЖ пацієнтів із ФД і СПК було виявлено значне погіршення порівняно з групою контролю, однак не було статистично значимих відмінностей між ними ($p < 0,05$).

Ключові слова: функціональна диспепсія, синдром подразненого кишечника, SF-8.

Dorofeev A.E., Kuhler T.Ye., Butova A.Yu.
Donetsk National Medical University named after M. Horkyi, Donetsk, Ukraine

INVESTIGATION OF THE QUALITY OF LIFE INDICATORS ACCORDING TO SF-8 IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS

Summary. Quality of life (QOL) — a very important method which can improve the communication between a doctor and a patient, identifying the impact of the disease on the physical, mental and social well-being of a patient, the effectiveness of the therapy and the development of rehabilitation programs. The objective of the study was to investigate the psychosomatic characteristics and QOL of patients with irritable bowel syndrome (IBS) and functional dyspepsia (FD). This study was cross-sectional. It included 80 patients

with FD and 93 patients with IBS according to the Rome criteria III, as well as a control group of 30 healthy volunteers. We assessed health-related QOL by the standard 4-week form of SF-8 questionnaire. When comparing the level of QOL in patients with FD and IBS, we revealed significant deterioration compared with the control group, but there were no statistically significant differences between them ($p < 0.05$).

Key words: functional dyspepsia, irritable bowel syndrome, SF-8.