



УДК 616.345-002.44-036.87-02:616.13-004.6]-08.001.26



ЧОПЕЙ І.В.¹,

ТЕРНУЩАК Т.М.¹,



ФІЛІП С.С.²

¹Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

²Медичний факультет ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ ІЗ СУПУТНІМ СУБКЛІНІЧНИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Резюме. Метою дослідження була оцінка якості життя хворих на неспецифічний виразковий коліт (НВК) середнього ступеня тяжкості із супутнім субклінічним атеросклерозом до та після лікування статинами у комбінації з омега-3 поліненасиченими жирними кислотами (омега-3 ПНЖК).

У хворих на НВК із супутнім атеросклерозом встановлено погіршення якості життя переважно за компонентами фізичного здоров'я (питальник SF-36), яке прямо пропорційне ступеню вираженості атеросклерозу ($p < 0,05$). У процесі комбінованого лікування статинами та омега-3 ПНЖК вірогідно покращувалися показники не тільки фізичного, але й незначно — психічного здоров'я ($p < 0,05$). Аналізуючи дані за спеціалізованим питальником GSRS, ми визначили, що зростання якості життя покращилось за трьома із п'яти шкал — абдомінального болю, диспептичного та діарейного синдромів ($p < 0,05$).

Ключові слова: неспецифічний виразковий коліт, субклінічний атеросклероз, якість життя, статини, омега-3 поліненасичені жирні кислоти.

Актуальність

Якість життя (ЯЖ) хворої людини у сучасній медицині розглядається як інтегральна характеристика її стану, що складається з фізичного, психологічного, соціального компонентів [1]. Вивчення ЯЖ відіграє важливу роль в оцінці ступеня тяжкості стану хворого, аналізі віддалених результатів лікування, у пошуку ефективних методів лікування та профілактики захворювань внутрішніх органів, у проведенні реабілітаційних заходів [2].

Останнім часом усе більше уваги приділяють вивченню ЯЖ при гастроентерологічній патології та її поєднанні із патологією інших органів і систем [8, 7].

Саме захворювання на неспецифічний виразковий коліт (НВК) різко зменшує фізичну та соціальну активність, знижує емоційний тонус пацієнтів, негативно впливає на суб'єктивну оцінку емоційного стану та настрою. Зниження ЯЖ хворих на НВК насамперед зумовлено кишковими проблемами, інтенсивністю болю та рольовим функціонуванням [5, 10].

Крім того, при НВК зниження ЯЖ зумовлено й зниженням соціальної активності: частковою та стій-

кою втратою працездатності, відсутністю можливості продовжувати навчання, неможливістю перебувати на робочому місці тривалий час, відмовою від кар'єрного росту, що призводить до фінансової нестабільності [11, 12].

На сьогодні встановлено зв'язок між раннім атеросклерозом та НВК, але залишається не підтвердженим зростання смертності внаслідок серцево-судинних захворювань серед пацієнтів цієї категорії [6].

Визнаними механізмами в патогенезі цих захворювань вважаються порушення з боку імунної системи, дисбаланс цитокінової регуляції, виснаження системи антиоксидантного захисту, дисбіоз кишечника, на фоні чого розвивається хронічна інтоксикація з метаболічними порушеннями, що в цілому сприяє прогресуванню мікроциркуляторних розладів та гіпоксії тканин [7].

© Чопей І.В., Тернушак Т.М., Філіп С.С., 2015

© «Гастроентерологія», 2015

© Заславський О.Ю., 2015

Фундаментальними дослідженнями останніх років доведено, що ці процеси перебігають за участю судинного ендотелію, який специфічно реагує на молекулярні сигнали, виконує транспортні та бар'єрні функції, бере участь у біосинтезі цитокінів, регулює процеси гемостазу, адгезію лейкоцитів, модулює окислення ліпідів [9].

Однак кількість досліджень з цього питання обмежена і не дає чітких уявлень про закономірності прогресування патологічних змін як на місцевому, так і на системному рівнях в умовах зміненої функції ендотелію. Залишається до кінця не з'ясованою роль порушень мікробіоценозу кишечника в розвитку дисфункції ендотелію та подальшого атеросклерозу.

Використання статинів у клінічних і експериментальних дослідженнях ANDROMEDA, PRUVE-IT, TIMI 22, REVERSAL, JUPITER супроводжувалось зниженням рівня С-реактивного білка, CD40L-ліганда та прозапальних цитокінів (фактор некрозу пухлин α , інтерлейкін- 1β , -6), попередженням окислювальної модифікації ліпопротеїнів і підвищенням концентрації нативних антиоксидантів [3].

Важливим неліпідним ефектом статинів є позитивний вплив на функцію ендотелію судин. Показано, що після 16 тижнів лікування статинами значно зменшуються ознаки дисфункції ендотелію, яка є маркером ранньої стадії як атеросклерозу, так і ішемічної хвороби серця.

Вважається, що цей ефект пов'язаний як із протизапальним впливом статинів, так і зі збільшенням синтезу оксиду азоту (через геномний механізм дії, вплив на toll like receptors — TLR4), зменшенням синтезу ефекторних білків, що призводить до пригнічення проникності судинної стінки, імуносупресії та зменшення міграції клітин [4].

Завдяки виявленню позитивним ефектам на серцево-судинну систему омега-3 поліненасичені жирні кислоти (омега-3 ПНЖК) було включено в останні рекомендації Американського товариства кардіологів, Українського кардіологічного товариства з лікування хворих на серцево-судинні захворювання та рекомендації Європейської асоціації гастроентерологів з ведення хворих на НВК [4, 6].

Омега-3 ПНЖК виявляють протизапальні властивості (зменшують синтез прозапального лейкотрієну В4, змінюють активність протеїнази С, впливають на характер Т- і В-клітинної відповіді, секрецію лімфокінів, клітинну проліферацію), у зв'язку з чим застосовуються для лікування запальних та аутоімунних захворювань [4].

Поглиблення знань щодо механізмів розвитку НВК, вивчення особливостей формування ендотеліальної дисфункції при цій патології сприяють розробці диференційованого підходу до корекції виявлених змін, що дозволяє оптимізувати терапію та підвищити якість життя пацієнтів.

Мета дослідження: оцінити якість життя хворих на неспецифічний виразковий коліт середнього ступеня

тяжкості із супутнім субклінічним атеросклерозом до та після лікування статином у комбінації з омега-3 поліненасиченими жирними кислотами.

Матеріали і методи

У дослідження увійшло 104 хворих на НВК середнього ступеня тяжкості, які перебували на амбулаторно-поліклінічному та стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні державного закладу «Відділкова клінічна лікарня станції Ужгород» державного територіально-галузевого об'єднання «Львівська залізниця», гастроентерологічному відділенні Ужгородської центральної міської клінічної лікарні у період 2008–2013 рр.

Критерії включення: чоловіки та жінки віком від 18 до 75 років, які хворіли на НВК середнього ступеня тяжкості, з індексом активності патологічного процесу Ulcerative Colitis Disease Activity Index (UCDAI) ≥ 6 і ≤ 10 за Sutherland більше 6 місяців.

Критерії виключення: хворі з інфекційним колітом, токсичним мегаколоном, гранулоцитопенією, лейкопенією, мієлопроліферативним синдромом, раком товстої кишки, хронічним захворюванням печінки в активній фазі або підвищенням рівня печінкових ензимів (аланін- та аспартатамінотрансфераз) більше ніж у 3 рази від верхньої межі норми.

Вік хворих на НВК, які взяли участь у дослідженні, коливався від 28 до 69 років, середній вік становив $(41,3 \pm 12,7)$ року. Частка чоловіків й жінок становила 56 (54 %) та 48 (46 %) відповідно. Локалізація патологічного процесу за поширеністю ураження на період первинного огляду була такою: 56 (53,85 %) — тотальний коліт, 30 (28,84 %) — лівобічний коліт та 18 (17,31 %) — дистальний коліт.

Тривалість захворювання на НВК в обстежуваних пацієнтів коливалася від 6 до 30 років, середня тривалість становила $(12,74 \pm 3,10)$ року. Зокрема, у 28 осіб (26,92 %) захворювання тривало до 10 років, у 62 осіб (59,62 %) тривалість НВК становила 11–20 років, у 14 осіб (13,46 %) — понад 21 рік.

Залежно від виявлених ознак атеросклерозу та відповідно до поставленого завдання пацієнти були розподілені на три групи.

Перша група — 52 хворі на НВК із субклінічним атеросклерозом артерій (церебральних, вінцевих, артерій кінцівок), які були поділені на дві підгрупи залежно від лікувальної тактики:

— I підгрупа — 26 хворих, які отримували комплексну терапію із застосуванням статинолу (розувастатин 20 мг на ніч);

— II підгрупа — 26 хворих, які отримували комбіновану терапію статином (розувастатин 20 мг на ніч) та омега-3 ПНЖК (1000 мг двічі на добу).

Друга група — 24 хворі на НВК без субклінічних ознак атеросклерозу, які отримували стандартну терапію.

Третя група (група контролю) — 28 практично здорових осіб без клінічних ознак атеросклерозу.

Вивчення ЯЖ проводилося за допомогою адаптованих питальників: загального SF-36 та спеціалі-

зованого питальника гастроентерологічного хворого GSRС (Gastrointestinal Symptoms Rating Scale). Питальник SF-36 складається із 36 запитань, що згруповані у 8 шкал. Усі шкали формують два показники: фізичне і душевне здоров'я. Кількісно оцінювалися такі показники: фізичне функціонування (ФФ), рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (РФ), інтенсивність болю та больових відчуттів (Б), загальний стан здоров'я (ЗЗ), життєва активність (Ж), соціальне функціонування (СФ), рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (РЕ), психічне здоров'я (ПЗ). Перші чотири шкали відображають фізичний компонент здоров'я, інші чотири — душевний.

Питальник GSRС складається із 15 запитань, які згруповані в 5 шкал: абдомінального болю (АБ), діарейного синдрому (ДС), диспептичного синдрому (ДСС), синдрому запору (СЗ), рефлюкс-синдрому (РС). Більш високі значення відповідають більш вираженим симптомам і більш низькій ЯЖ.

Результати та їх обговорення

Оцінюючи показники ЯЖ за шкалами питальника SF-36, ми встановили, що у хворих на НВК вірогідно знижені показники всіх шкал, які характеризують фізичне здоров'я, стосовно групи контролю ($p < 0,05$). При порівнянні показників 1-ї і 2-ї груп слід відмітити вірогідне зниження показників шкали фізичного функціонування та шкали рольового фізичного функціонування у групі хворих із субклі-

нічним атеросклерозом стосовно хворих на НВК без субклінічних ознак атеросклерозу. Показники шкал болю та загального стану здоров'я практично не відрізнялись (рис. 1).

Показники душевного здоров'я в обох групах спостереження також виявились вірогідно зниженими стосовно групи контролю (рис. 2).

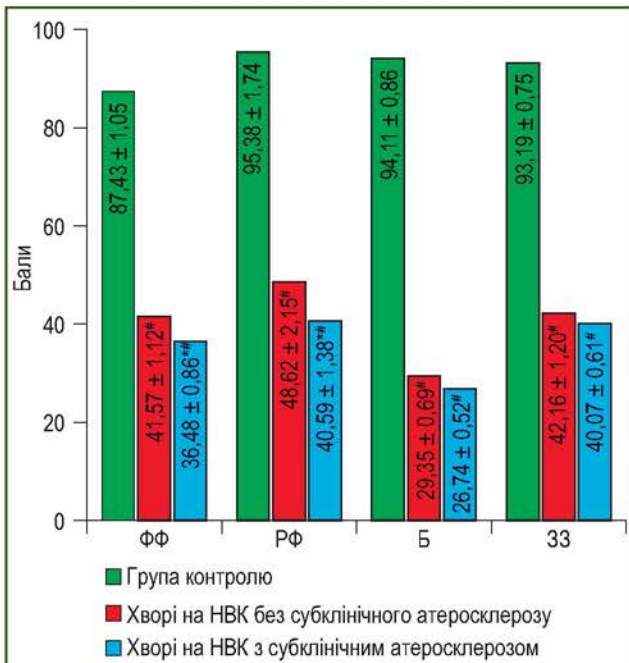
При порівнянні показників душевного здоров'я 1-ї та 2-ї груп спостерігалось вірогідне зниження показників шкали рольового емоційного функціонування серед пацієнтів із НВК та субклінічним атеросклерозом. Показники шкал життєздатності, соціального функціонування, психологічного здоров'я суттєво не відрізнялись.

Аналізуючи вищевикладене, ми зробили висновок, що при НВК погіршується ЯЖ пацієнтів, а наявність супутнього субклінічного атеросклерозу поглиблює це погіршення.

За поєднаного перебігу НВК і субклінічного атеросклерозу вірогідно погіршується ЯЖ переважно за компонентами фізичного здоров'я, і погіршення це прямо пропорційне ступеню вираженості субклінічного атеросклерозу.

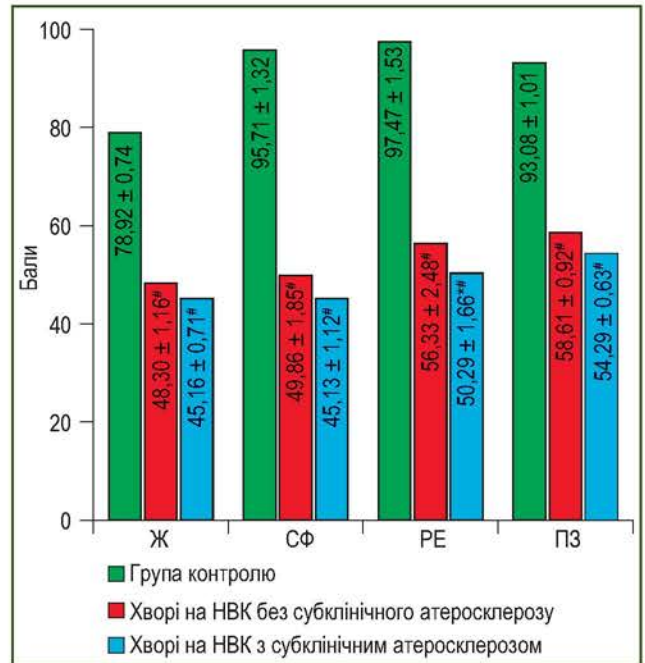
При оцінці ЯЖ у хворих на НВК за спеціалізованим тест-питальником GSRС було виявлено зміни, на які також впливає наявність супутнього субклінічного атеросклерозу (рис. 3).

У всіх хворих на НВК показники ЯЖ за трьома із наведених шкал вірогідно вищі відносно групи контролю. Слід зазначити, що показники шкал диспептич-



Примітки: * — $p < 0,05$ при порівнянні із групою контролю; ** — $p < 0,05$ при порівнянні із групою хворих на НВК без субклінічного атеросклерозу.

Рисунок 1 — Показники ЯЖ у балах за шкалами питальника SF-36 у хворих на НВК у поєднанні із субклінічним атеросклерозом та без нього (фізичне здоров'я)

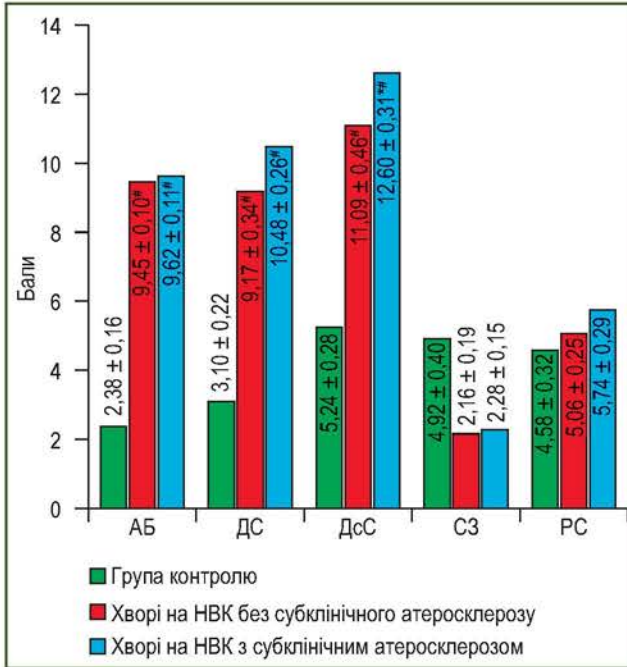


Примітки: * — $p < 0,05$ при порівнянні із групою контролю; ** — $p < 0,05$ при порівнянні із групою хворих на НВК без субклінічного атеросклерозу.

Рисунок 2 — Показники ЯЖ у балах за шкалами питальника SF-36 у хворих на НВК із субклінічним атеросклерозом та без нього (душевне здоров'я)

ного та діарейного синдромів у 1-й групі були вірогідно вищими, ніж у 2-й групі пацієнтів.

Шкала абдомінального болю практично не відрізнялась в обох групах. Показники шкал синдрому запору та гастрального рефлюксу в обох групах були вищи-



Примітки: * — $p < 0,05$ при порівнянні із групою контролю; ** — $p < 0,05$ при порівнянні із групою хворих на НВК без субклінічного атеросклерозу.

Рисунок 3 — Показники ЯЖ у балах за шкалами питальника GSRS у хворих на НВК із субклінічним атеросклерозом та без нього

Таблиця 1 — Динаміка показників ЯЖ у балах за шкалами питальників SF-36 та GSRS у хворих на НВК у поєднанні із субклінічним атеросклерозом під впливом статинів

| Шкали SF-36 і GSRS | Група контролю (n = 28) | Хворі на НВК із субклінічним атеросклерозом до лікування (n = 26) | Хворі на НВК із субклінічним атеросклерозом після лікування (n = 26) | p |
|--------------------|-------------------------|---|--|--------|
| ФФ | 87,43 ± 1,05 | 36,48 ± 0,86 | 43,12 ± 1,09 | < 0,05 |
| РФ | 95,38 ± 1,74 | 40,59 ± 1,38 | 46,73 ± 2,11 | < 0,05 |
| Б | 94,11 ± 0,86 | 26,74 ± 0,52 | 38,45 ± 0,64 | < 0,05 |
| ЗЗ | 93,19 ± 0,75 | 40,07 ± 0,61 | 44,17 ± 1,35 | < 0,05 |
| Ж | 78,92 ± 0,74 | 45,16 ± 0,71 | 46,22 ± 2,18 | > 0,05 |
| СФ | 95,71 ± 1,32 | 45,13 ± 1,12 | 46,53 ± 1,16 | > 0,05 |
| РЕ | 97,47 ± 1,53 | 50,29 ± 1,66 | 52,10 ± 1,92 | > 0,05 |
| ПЗ | 93,08 ± 1,01 | 54,29 ± 0,63 | 55,15 ± 1,26 | > 0,05 |
| АБ | 2,38 ± 0,16 | 9,62 ± 0,11 | 7,54 ± 0,13 | < 0,05 |
| ДС | 3,10 ± 0,22 | 10,48 ± 0,26 | 10,05 ± 0,32 | > 0,05 |
| ДСС | 5,24 ± 0,28 | 12,60 ± 0,31 | 9,74 ± 0,29 | < 0,05 |
| СЗ | 4,92 ± 0,40 | 2,28 ± 0,15 | 2,54 ± 0,20 | > 0,05 |
| РС | 4,58 ± 0,32 | 5,74 ± 0,29 | 5,19 ± 0,14 | > 0,05 |

Примітка. P — різниця між параметрами у хворих на НВК у поєднанні із субклінічним атеросклерозом до лікування та після нього.

ми, ніж у групі контролю, але це підвищення не було вірогідним ($p > 0,05$).

Динаміка показників ЯЖ у хворих на НВК у поєднанні із субклінічним атеросклерозом під впливом терапії статинами наведена у табл. 1.

Аналіз питальника SF-36 показав вірогідне зростання показників ЯЖ за шкалами, що характеризують фізичне здоров'я, під впливом статинів.

Вірогідних змін у показниках шкал, що характеризують психічне здоров'я, не було виявлено ($p > 0,05$). Аналіз анкет спеціалізованого питальника GSRS показав вірогідне зростання ЯЖ під впливом статинів за двома із п'яти шкал: абдомінального болю та диспептичного синдромів; показники шкал діарейного синдрому, синдрому запору та рефлюксу під впливом статинів вірогідно не змінювались.

У табл. 2 наведена динаміка показників ЯЖ у хворих на НВК із субклінічним атеросклерозом під впливом комбінованого лікування статинами та омега-3 ПНЖК.

Як видно, показники ЯЖ вірогідно покращувались за всіма шкалами, що характеризують фізичне здоров'я (SF-36), та незначно за двома із шкал, що характеризують душевне здоров'я (SF-36), — життєздатність і соціальне функціонування.

Аналіз анкет спеціалізованого питальника GSRS показав вірогідне зростання ЯЖ під впливом статинів та омега-3 ПНЖК за трьома із п'яти шкал: абдомінального болю, діарейного та диспептичного синдромів; показники шкал синдрому запору та рефлюксу під впливом статинів вірогідно не змінювались.

Отже, застосування статинів та омега-3 ПНЖК у хворих на НВК у поєднанні із субклінічним атеро-

Таблиця 2 — Динаміка показників ЯЖ у балах за шкалами питальників SF-36 та GSRS у хворих на НВК у поєднанні із субклінічним атеросклерозом під впливом статинів та омега-3 ПНЖК

| Шкали SF-36 і GSRS | Група контролю (n = 28) | Хворі на НВК із субклінічним атеросклерозом до лікування (n = 26) | Хворі на НВК із субклінічним атеросклерозом після лікування (n = 26) | p |
|--------------------|-------------------------|---|--|--------|
| ФФ | 87,43 ± 1,05 | 36,48 ± 0,86 | 44,75 ± 1,22 | < 0,05 |
| РФ | 95,38 ± 1,74 | 40,59 ± 1,38 | 46,91 ± 2,06 | < 0,05 |
| Б | 94,11 ± 0,86 | 26,74 ± 0,52 | 38,45 ± 0,73 | < 0,05 |
| ЗЗ | 93,19 ± 0,75 | 40,07 ± 0,61 | 45,19 ± 1,12 | < 0,05 |
| Ж | 78,92 ± 0,74 | 45,16 ± 0,71 | 48,04 ± 1,15 | < 0,05 |
| СФ | 95,71 ± 1,32 | 45,13 ± 1,12 | 47,82 ± 1,26 | < 0,05 |
| РЕ | 97,47 ± 1,53 | 50,29 ± 1,66 | 51,53 ± 1,74 | > 0,05 |
| ПЗ | 93,08 ± 1,01 | 54,29 ± 0,63 | 56,05 ± 1,32 | > 0,05 |
| АБ | 2,38 ± 0,16 | 9,62 ± 0,11 | 6,04 ± 0,17 | < 0,05 |
| ДС | 3,10 ± 0,22 | 10,48 ± 0,26 | 7,55 ± 0,32 | < 0,05 |
| ДсС | 5,24 ± 0,28 | 12,60 ± 0,31 | 8,79 ± 0,45 | < 0,05 |
| СЗ | 4,92 ± 0,40 | 2,28 ± 0,15 | 2,31 ± 0,24 | > 0,05 |
| РС | 4,58 ± 0,32 | 5,74 ± 0,29 | 5,06 ± 0,11 | > 0,05 |

Примітка. P — різниця між параметрами у хворих на НВК у поєднанні із субклінічним атеросклерозом до лікування та після нього.

склерозом дозволяло значно покращити суб'єктивні прояви захворювання та покращити ЯЖ таких пацієнтів.

Висновки

Встановлене вірогідне погіршення ЯЖ хворих на НВК із супутнім атеросклерозом переважно за компонентами фізичного здоров'я (питальник SF-36), яке прямо пропорційне ступеню вираженості атеросклерозу (p < 0,05). У процесі комбінованого лікування статинами та омега-3 ПНЖК вірогідно покращувалися показники не тільки фізичного, але й незначно — психічного здоров'я (p < 0,05). За спеціалізованим питальником GSRS зростання ЯЖ спостерігалось за трьома із п'яти шкал — абдомінального болю, диспептичного та діарейного синдромів (p < 0,05).

Список літератури

1. *Руководство по исследованию качества жизни в медицине / Под ред. Ю.Л. Шевченко. — СПб.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. — 315 с.*
2. *Бойко Т.Й. Якість життя хворих на хронічні запальні захворювання кишечника в динаміці лікування / Т.Й. Бойко, Т.М. Толстикова, М.В. Стойкевич // Сучасна гастроентерологія. — 2011. — № 5(61). — С. 36-40.*
3. *Хімюм Л.В. Переваги та перспективи широкого використання статинів у загальнолікарській практиці / Л.В. Хімюм // Мистецтво лікування. — 2011. — № 2(78). — С. 38-46.*
4. *ACCF/AHA 2013 Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines / D.C. Goff, D.M. Lloyd-Jones Jr, Glen Bennett [et al.] // Circulation. — 2013. — 51 p.*

5. *Bernklev T. Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease measured with the short form-36: psychometric assessments and a comparison with general population norms / T. Bernklev, J. Jahnsen, I. Lygren [et al.] // Inflamm. Bowel Dis. — 2005. — Vol. 11. — P. 909-918.*

6. *Bernstein C.N. World Gastroenterology Organization Practice Guidelines for the diagnosis and management of IBD in 2010 / C.N. Bernstein, M. Fried [et al.] // Inflamm. Bowel Dis. — 2011. — Vol. 16(1). — P. 112-124.*

7. *Garolla A. Reduced endothelial progenitor cell number and function in inflammatory bowel disease: a possible link to the pathogenesis / A. Garolla, R. D'Inca, D. Checchin // Am. J. Gastroenterol. — 2009. — Vol. 104. — P. 2500-2507.*

8. *Irvine E.J. Quality of life of patients with ulcerative colitis: past, present, and future / E.J. Irvine // Inflamm. Bowel Dis. — 2008. — Vol. 14(4). — P. 554-565.*

9. *Kocaman O. Endothelial dysfunction in patients with ulcerative colitis / O. Kocaman, T. Sahin, C. Aygun [et al.] // Inflamm. Bowel Dis. — 2006. — Vol. 12(3). — P. 166-171.*

10. *Nedelciuc O. Quality of life in patients with ulcerative colitis / O. Nedelciuc, I. Pintilie, M. Dranga // Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat. Iasi. — 2012. — Vol. 116(3). — P. 756-760.*

11. *Reinisch W. Response and remission are associated with improved quality of life, employment and disability status, hours worked, and productivity of patients with ulcerative colitis / W. Reinisch, W.J. Sandborn, M. Bala [et al.] // Inflamm. Bowel Dis. — 2007. — Vol. 13. — P. 1135-1140.*

12. *Talking about life and IBD: A paradigm for improving patient-physician communication / R. Mitchell, A. Kremer, N. Westwood [et al.] // GCC. — 2009. — № 3. — P. 1-3.*

Отримано 03.03.15 ■

Чопей И.В.¹, Тернущак Т.М.¹, Филип С.С.²

¹Институт последипломного образования и доуниверситетской подготовки ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»

²Медицинский факультет ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ С СОПУТСТВУЮЩИМ СУБКЛИНИЧЕСКИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Резюме. Целью исследования была оценка качества жизни больных неспецифическим язвенным колитом (НЯК) средней степени тяжести с сопутствующим субклиническим атеросклерозом до и после терапии статинами в сочетании с омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами (омега-3 ПНЖК).

У больных НЯК с сопутствующим атеросклерозом установлено ухудшение качества жизни преимущественно по компонентам физического здоровья (опросник SF-36), которое прямо пропорционально степени выраженности атеросклероза

($p < 0,05$). В процессе комбинированного лечения статинами и омега-3 ПНЖК достоверно улучшались показатели не только физического, но и незначительно — психического здоровья ($p < 0,05$). Анализируя данные специализированного опросника GSRS, мы отметили, что качество жизни улучшилось по трем из пяти шкал — абдоминальной боли, диспептического и диарейного синдромов ($p < 0,05$).

Ключевые слова: неспецифический язвенный колит, субклинический атеросклероз, качество жизни, статины, омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты.

Chopei I.V.¹, Ternushchak T.M.¹, Filip S.S.²

¹Institute of Postgraduate Education and Preuniversity Training of Higher State Educational Institution «Uzhhorod National University»

²Medical Faculty of Higher State Educational Institution «Uzhhorod National University», Uzhhorod, Ukraine

THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS AND CONCOMITANT SUBCLINICAL ATHEROSCLEROSIS

Summary. The objective of this study was to evaluate the quality of life in patients with ulcerative colitis (UC) of moderate severity and concomitant subclinical atherosclerosis before and after combination treatment with statin and omega-3 polyunsaturated fatty acids (PUFAs).

In patients with UC and concomitant atherosclerosis we have detected deterioration in quality of life mostly by the components of physical health (SF-36 questionnaire), which is directly proportional to the degree of atherosclerosis severity ($p < 0.05$). During

combined treatment with statins and omega-3 PUFAs, there was a significant improvement in parameters of not only physical, but also mental health ($p < 0.05$). Analyzing data by specialized GSRS questionnaires, we have noted improvement in quality of life by three of the five scales — abdominal pain, dyspeptic and diarrheal syndromes ($p < 0.05$).

Key words: ulcerative colitis, subclinical atherosclerosis, quality of life, statins, omega-3 polyunsaturated fatty acids.