



УДК 616.34-613.2+616-056.2



СТОЙКЕВИЧ М.В.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ, Україна

ВПЛИВ ПОРУШЕНЬ НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКА

Резюме. Стаття присвячена актуальній проблемі — впливу нутритивного статусу на якість життя хворих на хронічні запальні захворювання кишечника. Проведено анкетування 80 пацієнтів за допомогою загального (SF-36) та спеціального (IBDQ) опитувальників. Проаналізовано отримані дані залежно від нутритивного статусу. Встановлено, що зниження нутритивного статусу негативно впливає на якість життя хворих на запальні захворювання кишечника, що обумовлено як кишковими розладами, так і порушенням психоемоційного стану та обмеженням соціальної активності. Найгірші показники якості життя спостерігались у хворих зі зниженим нутритивним статусом.

Ключові слова: захворювання кишечника, якість життя, нутритивний статус.

Дослідження останніх років показали високу частоту метаболічного синдрому у хворих на хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗК), особливо на виразковий коліт, що обумовлює важливість його ранньої діагностики та профілактики як фактора ризику серцево-судинних захворювань [1, 2].

Якість життя (ЯЖ), як інтегральний показник фізичного, психологічного, емоційного й соціального функціонування хворого, який ґрунтується на суб'єктивній оцінці, є важливою категорією, що утверджує антропоцентричний підхід у медичній практиці.

ВООЗ визначає ЯЖ як сприйняття індивідами їх становища в житті в контексті культури й систем цінностей, у яких вони живуть, згідно з їх власними метою, сподіваннями, стандартами й турботами. Поняття ЯЖ є багатофакторним, тобто містить велику кількість компонентів. У зв'язку з цим поряд з іншими (економічна, психосоціальна, технологічна та ін.) було виділено й медичну складову ЯЖ, яку розуміють як глобальну міру сприйняття пацієнтом досвіду захворювання і функціонального статусу, що включає соціальні, культурні, психологічні та пов'язані з хворобою фактори. Вивчення

параметрів ЯЖ може використовуватися для оцінки ступеня тяжкості стану хворого, аналізу віддалених результатів лікування, порівняльної характеристики різних препаратів, проведення реабілітаційних заходів тощо [3, 4].

Опитувальники ЯЖ можна поділити на дві великі групи — загальні та спеціальні. Загальні опитувальники застосовують для оцінки ЯЖ як у здорових осіб, так і при різноманітних захворюваннях. Спеціальні опитувальники є найбільш чутливими для конкретного захворювання, тому що містять специфічні для нього компоненти. За допомогою спеціальних опитувальників оцінюється якась одна категорія ЯЖ (фізичний або психічний стан), або ЯЖ при конкретному захворюванні, або певні види лікування. На сьогодні розроблені стандартні опитувальники для більшості захворювань, у тому числі й для ХЗК: Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ), Клівлендський клінічний опитувальник (Cleveland Clinic Questionnaire — CCQ) та шкала

© Стойкевич М.В., 2016

© «Гастроентерологія», 2016

© Заславський О.Ю., 2016

оцінки проблем хворого на ХЗЗК (Rating form of IBD Patient Concerns — RFIPC) [5, 6].

Одним із загальних опитувальників, що широко використовується, є коротка форма Medical Outcomes Study Short Form (SF-36), розроблена J.E. Ware та співавт. [5]. Анкета SF-36 включає 36 питань, що відображають 8 концепцій (шкал) здоров'я: фізичну працездатність, соціальну активність, ступінь обмеження фізичної працездатності та соціальної активності, психічне здоров'я, енергійність або втомлювальність, біль, загальну оцінку здоров'я та його зміни протягом останнього року. Опитувальник SF-36 забезпечує кількісне визначення ЯЖ за вищезазначеними шкалами — від 0 до 100 балів. Чим вище значення показника, тим краща оцінка за обраною шкалою. Спеціальний опитувальник для хворих на ХЗЗК IBDQ містить 4 розділи відповідно до кишкових, системних, емоційних та соціальних проявів захворювання, сума балів коливається від 32 до 224, а діапазон при відповіді на одне запитання — від 1 до 7. Найвищий результат визначає найкращий показник ЯЖ. Максимальне значення для кишкових симптомів становить 70, для системних та соціальних проявів — 35, для емоційного статусу — 84 бали. Запитання сформульовані таким чином, щоб відповіді на них давали інформацію з чотирьох аспектів ЯЖ хворих на ХЗЗК: кишкові ознаки, системні ознаки, емоційна сфера, соціальна функція. Кількість запитань із цих аспектів вибрана таким чином, щоб якомога повноцінніше висвітлити вплив кожного з аспектів зокрема та їх комплексний вплив на рівень життя пацієнтів з даною патологією. При патології кишечника, окрім локального порушення функцій товстого кишечника, спостерігаються й зміни загального стану хворих, що теж негативно відбиваються на ЯЖ. Урахування розладів психоемоційної сфери є не менш важливим, оскільки більшість пацієнтів з цією патологією мають порушення в цій сфері, особливо при тривалому перебігу захворювання. Комплексний підхід до оцінки ЯЖ пацієнтів неможливий без урахування соціального аспекту, тобто визначення можливості виконання соціальних обов'язків та здатності користуватися соціальними правами [5, 6].

Групування запитань за аспектами ЯЖ та нумерація запитань опитувальника:

- а) кишкові ознаки (10 запитань), максимальна кількість балів — 70;
- б) системні ознаки (5 запитань), максимальна кількість балів — 35;
- в) емоційна функція (12 запитань), максимальна кількість балів — 84;
- г) соціальна функція (5 запитань), максимальна кількість балів — 35.

Запитання пронумеровані таким чином, щоб вони рівномірно розподілялися в опитувальнику. Порівняно зі способом викладення запитань по групах підряд така нумерація зводить до мінімуму можливість неповноцінних відповідей на запитання щодо одного з аспектів.

Метою нашого дослідження було вивчення ЯЖ хворих на ХЗЗК залежно від нутритивного статусу.

Матеріали і методи

Для визначення ЯЖ хворих проводилось опитування за допомогою загального (SF-36) та спеціального (IBDQ) опитувальників.

Обстежено 80 пацієнтів із ХЗЗК віком від 18 до 74 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні захворювань кишечника ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України». Більшість пацієнтів були в молодому працездатному віці — від 25 до 50 років (97,5 %). Середній вік становив $(43,4 \pm 1,8)$ року. Неспецифічний виразковий коліт (НБК) мав місце у 51 (63,8 %) хворого, а хвороба Крона (ХК) — у 29 (36,2 %). На підставі визначення відсотка жирової маси тіла за даними імпедансметрії досліджені хворі були розподілені на 3 групи: I — зі зниженим нутритивним статусом (47 хворих), II — з нормальним нутритивним статусом (13 хворих) та III — з підвищеним нутритивним статусом (20 хворих).

Усі вихідні дані, отримані при виконанні роботи, з метою оптимізації математичної обробки вводилися в базу даних, побудовану за допомогою електронних таблиць Microsoft Excel під керуванням оболонки Windows 2003. Статистична обробка результатів досліджень здійснювалася методами варіаційної статистики, реалізованими стандартним пакетом прикладних програм Statistica for Windows 6.0 [7].

Результати дослідження

За даними опитування з використанням SF-36, ЯЖ пацієнтів із ХЗЗК була значно знижена за всіма шкалами. Вірогідних розбіжностей між пацієнтами з НБК та ХК не виявлено. При аналізі показників якості життя хворих на ХЗЗК з різним нутритивним статусом встановлено, що у хворих всіх груп вираженими були проблеми, пов'язані з фізичним здоров'ям, що проявлялось обмеженням повсякденної діяльності.

За даними опитувальника SF-36, у хворих зі зниженим нутритивним статусом показник фізичного здоров'я (PF) був знижений в 1,7 раза ($p < 0,001$) порівняно з контрольною групою, у пацієнтів з нормальним нутритивним статусом — майже в 1,4 раза ($p < 0,001$), а в пацієнтів, нутритивний статус яких був підвищеним, — у 1,5 раза ($p < 0,001$) (табл. 1).

Пацієнтам I групи було складніше виконувати свою повсякденну роботу; так, показник RP у пацієнтів цієї групи був знижений в 4,1 раза ($p < 0,001$), а у хворих II та III груп — у 3,5 раза ($p < 0,01$). Зниження маси тіла негативно впливало на життєву активність: так, у пацієнтів I та II групи показник VT був знижений в 1,6 раза ($p < 0,001$), тоді як у пацієнтів III групи — у 1,8 раза ($p < 0,001$). Показник соціальної активності (SF) був знижений приблизно однаково в пацієнтів усіх груп ($p < 0,01$).

Слід відзначити, що в обмеженні життєдіяльності хворих відіграє роль не тільки фізичний, але й емоційний чинник. Показник «рольове функціонування, обумовлене емоційним станом» (RE) у хворих із зниженим нутритивним статусом (I група) був зниженим у 2,2 раза ($p < 0,01$), у пацієнтів II групи — в 1,9 раза

Таблиця 1 — Якість життя пацієнтів із ХЗЗК за даними опитувальника SF-36 залежно від нутритивного статусу, M ± t

Шкала	Контрольна група (n = 20)	I група (n = 47)	II група (n = 13)	III група (n = 20)
PF	98,50 ± 1,06	58,9 ± 8,3*	68,6 ± 3,1*	64,2 ± 6,0*
RP	86,3 ± 12,3	21,2 ± 8,4*	24,4 ± 4,9*	25,0 ± 7,3*
BP	86,4 ± 7,3	54,1 ± 3,8*	55,2 ± 6,1**	55,1 ± 5,4*
GH	75,4 ± 5,9	45,4 ± 3,1*.#	56,2 ± 4,2**	54,0 ± 3,1*
VT	69,30 ± 5,04	41,6 ± 3,3*	42,3 ± 4,4*	38,8 ± 4,7*
SF	80,0 ± 8,6	52,8 ± 4,2**	56,7 ± 6,6***	52,5 ± 5,6**
RE	81,7 ± 14,8	37,0 ± 3,3**	41,0 ± 12,6***	40,0 ± 8,8***
MH	70,2 ± 6,3	49,7 ± 3,3**	55,7 ± 3,9	55,8 ± 3,6***

Примітки: * — $p < 0,001$ — вірогідність різниці між групами та контролем; ** — $p < 0,01$ — вірогідність різниці між групами та контролем; *** — $p < 0,05$ — вірогідність різниці між групами та контролем; # — $p < 0,05$ — вірогідність порівняно з пацієнтами II групи.

($p < 0,05$) та в пацієнтів III групи — в 2 рази ($p < 0,05$). При цьому в пацієнтів усіх груп відзначали зниження показників фізичного болю (BP) ($p < 0,001$), що свідчить про суб'єктивне посилення акценту на даних аспектах життя. Показники загального сприйняття здоров'я (GH) також вірогідно знижені у хворих усіх груп у 1,2–1,4 рази ($p < 0,01$), спостерігалась вірогідна різниця в 1,2 рази між пацієнтами II та I групи — (56,2 ± 4,2) проти (45,4 ± 3,1), $p < 0,05$, тобто пацієнти з нутритивною недостатністю найбільше незадоволені станом свого здоров'я.

Аналіз показників ЯЖ залежно від нутритивного статусу у хворих на ХЗЗК показав, що при зниженні маси тіла спостерігається більше зниження усіх показників якості життя.

Анкетування хворих за допомогою спеціального опитувальника IBDQ показало, що в пацієнтів із НБК та ХК спостерігається зниження ЯЖ. Так, у пацієнтів із НБК з максимально можливих 224 балів було (123,7 ± 4,5) бала, у пацієнтів із ХК — (115,5 ± 11,1) бала (рис. 1). Вірогідних розбіжностей між показниками пацієнтів з НБК та ХК не виявлено.

Залежно від нутритивного статусу в пацієнтів із ХЗЗК за даними опитувальника IBDQ спостерігалось зниження ЯЖ за всіма аспектами у всіх групах (табл. 2).

З наведених у табл. 2 даних видно, що незалежно від нутритивного статусу у хворих із ХЗЗК спостерігалось зниження функціонального стану кишечника: в 1,8 рази у хворих із зниженим нутритивним статусом та в 1,7 рази — у пацієнтів з підвищеним та нормальним нутритивним статусом. Результати відповідей на запитання щодо цього аспекту показали, що погіршення якості життя у хворих відбувалось за рахунок урчання та здуття в животі, порушення дефекації, частіше у вигляді діареї, наявності слизу у випорожненнях, відчуття неповного випорожнення кишечника, обмеження у виборі продуктів харчування через проблеми з кишечником.

Був знижений показник життєдіяльності та енергійності за рахунок загальної слабкості, підвищеної втомлюваності, погіршення сну, поганого настрою, головного болю, незручності перед оточуючими в ре-

зультаті проблем, пов'язаних з кишечником, у частини хворих — за рахунок втрати маси тіла. У пацієнтів усіх груп показник системних проявів був знижений у 2 рази, найнижчі показники були у хворих I групи.

Кишкові розлади та скарги загального характеру відбивались на емоційному стані хворих, викликали депресію, незадоволеність особистим життям, при цьому кількість балів за емоційними аспектами становила в пацієнтів I групи (48,7 ± 3,1), II групи — (50,0 ± 2,3) та III групи — (51,5 ± 3,3). Хворі боялися, що вчасно не знайдуть туалет, депресія та пригніченість були обумовлені можливістю загострення захворювання та незручністю перед оточуючими.

У багатьох випадках зниження ЯЖ було обумовлене зниженням соціальної активності: частковою та стійкою втратою працездатності, неможливістю перебувати на робочому місці тривалий час, відмовою від кар'єрного росту, що призводило до фінансової нестабільності, відсутністю можливості продовжувати навчання, найгірші показники були у хворих з нутритивною недостатністю. Пацієнти також страждали через обмеження статевої активності. Кількість балів у групі запитань, що стосуються соціальних аспек-

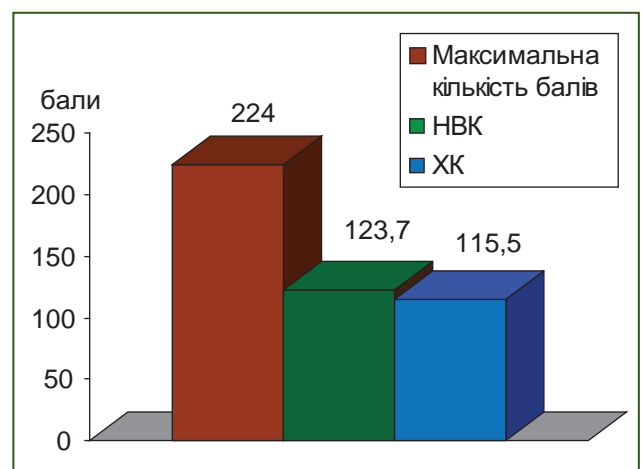


Рисунок 1 — ЯЖ у хворих на НБК та ХК за даними опитувальника IBDQ

Таблиця 2 — ЯЖ хворих на ХЗЗК за даними спеціального опитувальника IBDQ залежно від нутритивного статусу

Аспекти	Максимальна кількість балів (224)	I група (n = 47)	II група (n = 13)	III група (n = 20)
Кишкові	70	38,2 ± 2,5	40,9 ± 1,6	39,8 ± 2,3
Системні	35	17,1 ± 0,9	17,5 ± 1,5	17,3 ± 1,2
Емоційні	84	48,7 ± 3,1	50,0 ± 2,3	51,5 ± 3,3
Соціальні	35	18,4 ± 1,2	19,1 ± 1,4	20,3 ± 2,0

тів, становила: у I групі — (18,4 ± 1,2), у II групі — (19,1 ± 1,4) та в III групі — (20,3 ± 2,0).

Висновок

Отже, вивчення ЯЖ хворих на ХЗЗК за допомогою опитувальника SF-36 показало, що зниження нутритивного статусу негативно впливає на загальний стан здоров'я пацієнтів, що підтверджено зниженням відчуття фізичного здоров'я, зниженням здатності виконувати свою професійну роботу, обмеженням соціальної та життєвої активності. Анкетування хворих за допомогою спеціального опитувальника IBDQ теж виявило негативний вплив зниження нутритивного статусу на якість життя хворих на ХЗЗК, що обумовлено як кишковими розладами, так і порушенням психоемоційного стану та обмеженням соціальної активності. Найгірші показники якості життя хворих за результатами обох опитувальників спостерігались у хворих зі зниженим нутритивним статусом.

Список літератури

1. Халиф И.Л. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона) / И.Л. Халиф, И.Д. Лоранская — М.: Миклаш, 2004. — 88 с.
 2. Румянцев В.Г. Язвенный колит: Руководство для врачей / В.Г. Румянцев. — М.: Медицинское информационное агентство, 2009. — 424 с.

3. Ioannis A.I. Quality measurement of quality of life in IBD / A.I. Ioannis // Arch. Gastroenterohepatol. — 2001. — № 3–4. — P. 564–570.

4. Пат. 62530 Україна, МПК G 06 Q 50/00, A 61 B10/00. Спосіб визначення рівня якості життя хворих на хронічний невивірковий коліт / Камінський В.Я.; заявник та патентовласник Івано-Франківська державна медична академія. — № 200304303; заяв. 07.04.2003; опубл. 15.12.03, Бюл. № 5.

5. Ожегов Е.В. Сравнительный анализ диагностической значимости опросников SF-36 и IBDQ при оценке качества жизни у пациентов с болезнью Крона / Е.В. Ожегов, С.А. Алексеенко, И.Ю. Афонина // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2007. — № 5. — С. 47.

6. Низов А.А. Качество жизни у больных воспалительными заболеваниями кишечника в фазе ремиссии / А.А. Низов, А.Г. Якубовская, Т.Н. Назарова // Ежегодная научная конференция университета, посвященная 60-летию со дня основания Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова на Рязанской земле: Научн. конф., 10–11 окт. 2010 г.: Тезисы докл. — Рязань, 2010. — С. 154–155.

7. Петри А. Наглядная статистика в медицине / А. Петри, К. Сэбин. — М.: ГЭОТАР-мед, 2003. — 143 с.

Отримано 28.01.16 ■

Стойкевич М.В.

ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепропетровск, Украина

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Резюме. Статья посвящена актуальной проблеме — влиянию нутритивного статуса на качество жизни больных хроническими воспалительными заболеваниями кишечника. Проведено анкетирование 80 пациентов с помощью общего (SF-36) и специального (IBDQ) опросников. Проанализированы полученные данные в зависимости от нутритивного статуса. Установлено, что снижение нутритивного статуса негативно влияет на качество

жизни больных с воспалительными заболеваниями кишечника, что обусловлено как кишечными нарушениями, так и нарушением психоэмоционального состояния и ограничениями социальной активности. Худшие показатели качества жизни наблюдались у больных со сниженным нутритивным статусом.

Ключевые слова: заболевания кишечника, качество жизни, нутритивный статус.

Stoikevych M.V.

State Institution «Institute of Gastroenterology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Dnipropetrovsk, Ukraine

EFFECT OF NUTRITIONAL STATUS DISORDERS ON THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

Summary. The article deals with the actual problem — the influence of nutritional status on the quality of life in patients with chronic inflammatory bowel diseases. A survey of 80 patients was conducted using general (SF-36) and special (IBDQ) questionnaires. We have analyzed findings, depending on the nutritional status. It was found that the decline in nutri-

tional status affects the quality of life in patients with inflammatory bowel diseases that is caused by both the intestinal disorders and violations of the psychoemotional state and social activity limitations. The worst quality of life was observed in patients with reduced nutritional status.

Key words: bowel diseases, quality of life, nutritional status.