

УДК 616.33-002.44-089.168

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА

Серикова Светлана Николаевна – к.м.н.
*МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар,
Россия*

Сериков Сергей Георгиевич – к.м.н.
*МБУЗ поликлиника № 3, Краснодар,
Россия*

Дурлештер Владимир Моисеевич – д.м.н.,
профессор
*МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО»,
Кубанский государственный медицинский
университет, Краснодар, Россия*

Корочанская Наталья Всеволодовна –
д.м.н., профессор
*МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО»,
Кубанский государственный медицинский
университет, Краснодар, Россия*

В статье приведены параметры качества жизни больных язвенной болезнью желудка с эффективной медикаментозной терапией и пациентов, нуждающихся в оперативном лечении, оценены корреляционные связи между клинической картиной заболевания и уровнем качества жизни.

Ключевые слова: ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ.

UDC 616.33-002.44-089.168

LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH GASTRIC ULCERS

Serikova Svetlana Nikolaevna – MD
*City Hospital Nr 2 «KMLDO», Krasnodar,
Russia*

Serikov Sergei Georgievich – MD
Policlinics Nr 3, Krasnodar, Russia

Durleshter Vladimir Moiseevich – MD,
professor
*City Hospital Nr 2 «KMLDO»,
Kuban state medical university, Krasnodar,
Russia*

Korochanskaya Natalia Vsevolodovna – MD,
professor
*City Hospital Nr 2 «KMLDO»,
Kuban state medical university, Krasnodar,
Russia*

The article presented the life quality parameters of patients with gastric ulcers who underwent effective medical therapy and who needed surgery. The correlation between clinic course of disease and life quality was estimated.

Key words: GASTRIC ULCER DISEASE, LIFE QUALITY.

Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) является не только медицинской, но и социальной проблемой. Наиболее сложны в патогенетическом отношении труднорубцующиеся, гигантские ЯЖ, которые существенно снижают параметры качества жизни (КЖ) пациентов.

Целью нашего исследования было проведение сравнительного анализа параметров качества жизни больных ЯБЖ с эффективной медикаментозной терапией и пациентов, нуждающихся в оперативном лечении.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 115 больных с ЯБЖ в возрасте от 35 до 70 лет (82 мужчины, 33 женщины), находившихся на лечении в Российском центре функциональной хирургической гастроэнтерологии (РЦФХГ) в 2000–2008 годах. В дальнейшем пациенты наблюдались в гастроэнтерологическом отделении специализированного консультативно-амбулаторного лечения городской больницы № 2 «Краснодарское медицинское лечебно-диагностическое объединение». В результате проспективного динамического наблюдения больные были разделены на две группы. В первой группе (51 пациент) больным было назначено медикаментозное эффективное лечение, и у них отсутствовали показания к оперативному лечению. Вторая группа (64 пациента) включала больных с неэффективной консервативной терапией, в последующем перенёсших органосохраняющую операцию методом гастропластики по оригинальной методике В.И. Оноприева и соавт. [1]. Контрольную группу составили 20 человек (коллеги – 18 мужчин и 2 женщины) в возрасте от 26 до 55 лет, обследованные в клинике и признанные, по результатам многочисленных исследований, включая лабораторные и инструментальные методы, здоровыми.

Все пациенты получали медикаментозную терапию, согласно Федеральному стандарту по ведению пациентов с ЯБЖ (№ 241 от 2004 г., № 612 от 2007 г.), включающему приём ингибиторов протонной помпы

(ИПП): омепразол – 20 мг, эзомепразол – 20 мг, рабепразол – 20 мг в полной терапевтической дозе (два раза в сутки за 30 мин до еды) в течение 8 недель. При подтверждении контаминации *Helicobacter pylori* (НР) двух из перечисленных методов (дыхательный, гистологический, иммуноферментный анализ (ИФА)) больные получали курс эрадикационной терапии согласно рекомендациям Российского общества гастроэнтерологов, основанным на рекомендациях европейских консенсусов (Мастрихтское соглашение – 2, 3 2000–2005 гг.). Пациенты были включены в исследование только после проведения успешной эрадикационной терапии. В комплексной терапии при необходимости больные получали прокинетики (домперидон) в суточной дозе – 40 мг (в течение 4-х недель), антациды (маалокс, альмагель-нео и др.), т.е. применялись «по требованию» (в качестве симптоматических средств), а также использовалась цитопротективная терапия висмута трикалия дицитратом (120 мг 4 раза в день или 240 мг 2 раза в день).

Всем больным выполняли магнификационную гастродуоденоскопию с функцией 115-кратного оптического увеличения, хромоскопию 0,5 %-м раствором метиленовой сини и забором гастробиоптатов СОЖ по схеме: антральный отдел (3 биоптата: 1, 2 – большая и малая кривизна, 3 – угол желудка), тело желудка (1, 2 – большая и малая кривизна или передняя и задняя стенки тела желудка). Пациентам с труднорубцующимися ЯЖ проводили эндоскопическое ультразвуковое исследование (ЭУЗИ). Стадию и степень хронического атрофического гастрита (ХАГ), на фоне которого была выявлена ЯБЖ, определяли гистологически и гистохимически, учитывая выраженность атрофии, воспаления и дисрегенераторные изменения (метаплазия, дисплазия) в гастробиоптатах, с последующей оценкой интегральных показателей по визуально-аналоговой шкале, утверждённой решением III съезда Российского общества патологоанатомов (2009 г., Российский пересмотр международной

классификации OLGA-2008 [2]). Параметры КЖ пациентов оценивали по опроснику MOS-SF-36.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 6.0. Достоверность отличий сравниваемых признаков оценивалась критерием Манна – Уитни. Анализ различий качественных признаков проводился с использованием точного критерия Фишера. Полученные различия считались статистически значимыми при значениях $p < 0,05$.

Результаты исследования. Данные сопоставительного анализа параметров КЖ групп больных с ХЯЖ представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Межгрупповые различия параметров качества жизни у больных с хронической язвой желудка

Показатели	1-я группа (n = 51)					2-я группа (n = 64)				
	Min	Q 0,25	Me	Q 0,75	Max	Min	Q 0,25	Me	Q 0,75	Max
PF	60	75	79	82	95	20	30	45*	60	65
RF	18	37	56	65	81	25	38	43*	46	60
RE	10	41	58	75	100	33	41	51	66	75
VT	40	50	56	68	75	31	45	49	63	70
MH	43	50	60	68	90	35	37	50	61	75
SF	37	62	75	87	100	37	37	50*	62	62
BP	45	66	68	77	100	10	45	47*	57	67
GH	35	45	55	70	75	15	25	35*	45	50
PSH	43	61	66	69	77	35	43	47*	54	61
MSH	45	56	61	68	86	41	50	56*	60	70

Примечание: PF – физическое функционирование; RF – ролевое физическое функционирование; RE – ролевое эмоциональное функционирование; VT – жизнеспособность; MH – психическое здоровье; SF – социальное функционирование; BP – болевой синдром; GH – общее здоровье; PSH – суммарные измерения физического здоровья; MSH – суммарные измерения психологического здоровья. (*) – $p < 0,05$ в сравнении с показателями пациентов 1-й группы.

Из данных таблицы 1 следует, что у больных 2-й группы отмечены достоверно более низкие значения параметров КЖ по шкалам: «физическое функционирование», «ролевое физическое функционирование», «социальное функционирование», «болевой синдром», «общее здоровье», «суммарные измерения физического

здоровья», «суммарные измерения психологического здоровья», по сравнению с пациентами 1-й группы. Остальные параметры КЖ не имели статистически значимых различий в обеих группах.

Параметры КЖ больных ХЯЖ, в сравнении с группой контроля, представлены на рисунках 1 и 2. У пациентов 1-й и 2-й групп отмечалось достоверное ($p < 0,05$) снижение всех показателей КЖ по сравнению с контрольной группой.

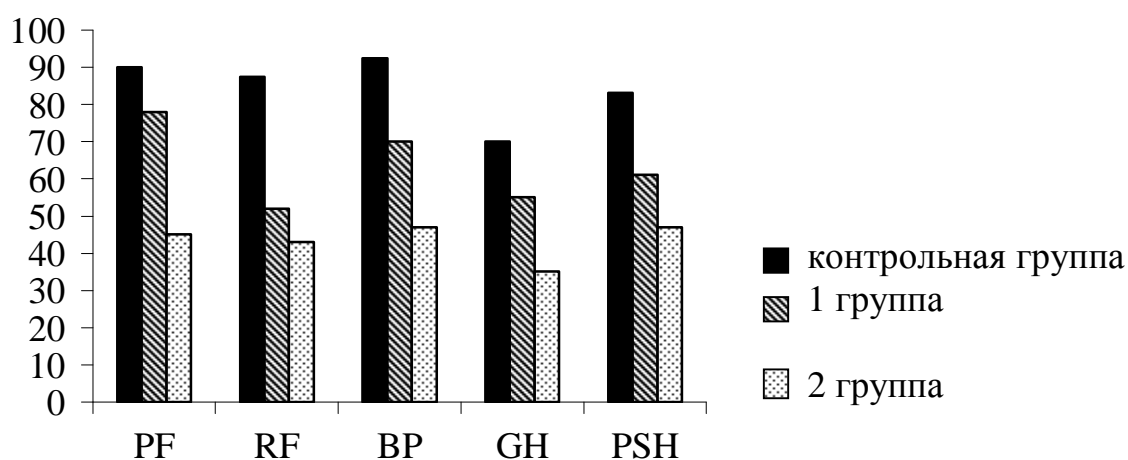


Рисунок 1. Параметры физического здоровья больных с хроническими язвами желудка по сравнению с контрольной группой.

Примечание: PF – физическое функционирование; RF – ролевое физическое функционирование; BP – болевой симптом; GH – общее здоровье; PSH – суммарные измерения физического здоровья. (*) – $p < 0,05$ – сравнение показателей 1-й группы и контрольной, (**) – $p < 0,05$ – сравнение показателей 2-й группы и контрольной

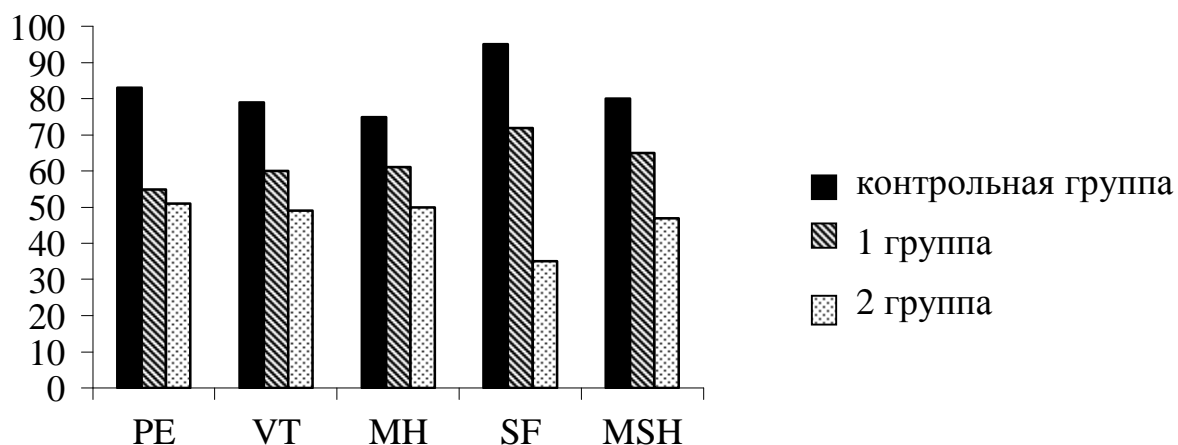


Рисунок 2. Параметры психического здоровья больных с хроническими язвами желудка в сравнении с практически здоровыми людьми.

Примечание: RE – ролевое эмоциональное функционирование; VT – жизнеспособность; MH – психическое здоровье; SF – социальное функционирование; MSH – суммарные измерения психологического здоровья. . (*) – $p < 0,05$ – сравнение показателей 1-й группы и контрольной, (**) – $p < 0,05$ – сравнение показателей 2-й группы и контрольной

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о более низких показателях КЖ у больных 2-й группы, по сравнению с пациентами 1-й и контрольной групп. По нашему мнению, это связано с более выраженными морфофункциональными изменениями желудка, пищеводно-желудочного перехода и сопутствующей патологией панкреатогастродуоденального комплекса у пациентов 2-й группы.

Мы провели корреляционный анализ взаимосвязи предъявляемых пациентами жалоб и качества жизни, так как субъективная оценка больными собственного состояния дополняет объективные клинические данные. Полученные результаты отражены в данных таблицы 2.

Результаты корреляционного анализа жалоб пациентов 1-й группы и параметров КЖ показали наибольшее количество отрицательных взаимосвязей между симптомами боли и отрыжкой и пятью показателями КЖ.

Таблица 2 – Корреляционные взаимосвязи жалоб пациентов и показателей качества жизни

Показатели	Тяжесть	Боли	Изжога	Тошнота	Отрыжка	Метеоризм
1-я группа (n = 51)						
PR	-0,21	-0,16	-0,29*	-0,28	-0,40*	-0,29
RF	-0,17	-0,25*	-0,22	0,22	-0,52*	-0,31
BP	-0,06	-0,45*	-0,17	-0,14	-0,40	-0,31
GH	-0,11	-0,19	-0,21	-0,29	-0,32	-0,27
PSH	-0,10	-0,37*	-0,16	-0,20	-0,32	-0,36
VT	0,05	-0,27	-0,18	-0,19	-0,32	-0,36
SF	0,12	-0,25	-0,30	-0,08	-0,34	-0,50*
RE	0,07	-0,37	-0,13	-0,15	-0,47*	-0,35
MH	0,11	-0,41*	-0,33*	-0,22	-0,4*	-0,41*
MSH	0,20	-0,42*	-0,26	-0,17	-0,36*	-0,34
2-я группа (n = 64)						
PR	0,16	-0,47*	-0,51*	-0,17	-0,16	-0,25
RF	-0,22	-0,53*	0,19	0,23	-0,36*	-0,29*
BP	0,17	-0,63*	-0,36*	-0,13	-0,25*	-0,33*
GH	0,05	-0,29*	-0,45	-0,15	-0,29*	-0,12
PSH	-0,26*	-0,34*	-0,27	-0,07	-0,28*	0,10
VT	-0,02	-0,33	-0,32	-0,03	-0,19	-0,32*
SF	-0,07	-0,23	-0,28	0,12	-0,23	0,12
RE	0,01	-0,42*	-0,35	-0,13	-0,18	0,17
MH	0,33	-0,37*	-0,41*	0,06	-0,34*	0,07
MSH	0,25	-0,29*	-0,39*	-0,05	-0,38*	0,20

Примечание: PF – физическое функционирование; RF – ролевое физическое функционирование; BP – болевой симптом; GH – общее здоровье; PSH – суммарные измерения физического здоровья, VT – жизнеспособность; SF – социальное функционирование; RE – ролевое эмоциональное функционирование; MH – психическое здоровье; MSH – суммарные измерения психологического здоровья,* – отмечены достоверные коэффициенты корреляции ($p < 0,05$).

Умеренную корреляцию между клиническим симптомом боли и следующими параметрами КЖ: «болевой симптом» ($r = -0,45$), «суммарные измерения психологического здоровья» ($r = -0,42$), «психическое здоровье», «ролевое физическое функционирование» ($r = -0,42$), «суммарные измерения физического здоровья» ($r = -0,37$). Слабая корреляционная связь отмечена между жалобами на боль и «ролевым физическим функционированием» ($r = -0,40$), умеренная взаимосвязь выявлена между «физическим функционированием» ($r = -0,25$), «ролевым физическим функционированием» ($r = -0,52$), «ролевым эмоциональным

функционированием» ($r = -0,47$), «психическим здоровьем» ($r = -0,40$), «суммарным измерением психологического здоровья» ($r = -0,36$) и симптомом отрыжки.

Метеоризм и изжога коррелируют только с двумя показателями КЖ: «психическое здоровье» ($r = -0,41$) и ($r = -0,33$) – соответственно симптомам, с изжогой связана отрицательная корреляционная связь показателя «общее здоровье» ($r = -0,29$), а с жалобой на метеоризм ($r = -0,50$) – показателя КЖ «социальное функционирование». Для пациентов 2-й группы характерна умеренная обратная корреляционная связь между симптомом боли и восемью показателями КЖ, кроме «социального функционирования» и «жизнеспособности».

Отрыжка имеет отрицательную корреляцию с шестью показателями КЖ, а симптом изжоги имеет обратную взаимосвязь с четырьмя показателями КЖ: «болевым симптом» ($r = -0,36$), «физическое функционирование» ($r = -0,51$), «психическое здоровье» ($r = -0,41$) и «суммарные измерения психологического здоровья» ($r = -0,39$). Показатель КЖ «болевым симптом» ($r = -0,36$) имеет корреляционную связь с такими клиническими симптомами, как изжога ($r = -0,36$), отрыжка ($r = -0,25$), метеоризм ($r = -0,33$), необходимо отметить, что такой взаимосвязи нет у больных 1-й группы.

Таким образом, наибольшее влияние на показатели качества жизни оказали жалобы на боли в животе, отрыжку, изжогу, метеоризм. Такие симптомы, как тяжесть в эпигастрии и тошнота, не оказали значимого влияния на показатели КЖ в обеих группах.

Обсуждение полученных результатов. В настоящее время при выборе индивидуализированной стратегии ведения пациентов рекомендуется учитывать качество их жизни как интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования [3–7]. Оценку КЖ, как окончательного

этапа обследования, мы проводили всем пациентам посредством опросника SF-36. У больных 2-й группы с ХЯЖ выявлены снижение параметров КЖ (более 50 %), по сравнению со здоровыми добровольцами, а также более низкие значения параметров КЖ по шкалам: «физическое функционирование», «ролевое физическое функционирование», «социальное функционирование», «болевого синдром», «общее здоровье», «суммарные измерения физического здоровья», «суммарные измерения психологического здоровья», по сравнению с пациентами 1-й группы. Мы связывали это у пациентов 2-й группы с выраженными морфофункциональными изменениями желудка, пищеводно-желудочного перехода и малоэффективной консервативной терапией. Пациенты были прооперированы, а медикаментозное лечение послужило для этой категории больных предоперационной подготовкой.

Нами изучались корреляционные взаимосвязи жалоб пациентов и ХЯЖ и показателей КЖ, морфологической структуры слизистой оболочки желудка (СОЖ) и предъявляемых пациентами жалоб. Наибольшее влияние на снижение показателей КЖ оказали жалобы на боли в животе, отрыжку, изжогу, метеоризм. У пациентов 1-й и 2-й групп наблюдались слабые и умеренные ассоциации между показателями качества жизни, выраженностью проявлений хронического атрофического гастрита по всем отделам желудка и локальными изменениями в периульцерозной зоне. Степень выраженности клинических проявлений и морфологических изменений СОЖ у пациентов с ЯБЖ существенно отражалась на уровне их КЖ.

Список литературы

1. *Оноприев В.И., Токаренко О.С., Уваров И.Б.* Органосохраняющие технологии лечения язвенной болезни желудка // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2005. – №1. – С. 39–43.
2. *Аруин Л.И., Кононов А.В., Мозговой С.И.* Новая классификация хронического гастрита // Актуальные вопросы патологической анатомии: Материалы III съезда Российского общества патологоанатомов. – Самара, 2009. – Т. 1. – С. 5–8.
3. *Крылов Н.Н., Кузин М.И.* К методике оценки результатов операций на желудке // Хирургия. – 2000. – № 2. – С. 17–20.
4. *Ветшев П.С., Крылов Н.Н., Шпаченко Ф.А.* Изучение качества жизни пациентов после хирургического лечения // Хирургия. – 2000. – № 1. – С. 64–67.
5. *Новик А.А., Ионова Т.И., Денисов Н.Л.* Концепция и стратегия исследования качества жизни в гастроэнтерологии // Тер. архив. – 2003. – № 10. – С. 42–46.
6. *Новикова И.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г.* Качество жизни при психосоматических заболеваниях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 5. – С. 7–10.
7. *Жерлов Г.К., Кошель Е.А., Райш Д.В. и др.* Изучение качества жизни у больных после хирургического лечения гастродуоденальных язв как показатель эффективности выполненной операции // Материалы научной программы учредительного съезда Российского общества хирургов-гастроэнтерологов «Физиология и патология заболеваний пищевода». – Сочи, 2004. – С. 66–67.