

УДК 616.342-002.44:614

DOI: 10.34215/1609-1175-2021-3-79-82

Оценка качества жизни пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

Д.В. Бондарева, Л.А. Камышникова, О.А. Ефремова, О.А. Халаимова

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия

Цель: сравнение показателей качества жизни (КЖ) пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) в фазе обострения при стационарном и амбулаторном лечении. **Материал и методы.** Основную группу составили 30 пациентов с обострением ЯБ ДПК, проходивших стационарное лечение. Группу сравнения сформировали 30 человек с аналогичным диагнозом, проходивших амбулаторное лечение. Возраст исследуемых варьировал от 20 до 55 лет. Оценка качества жизни осуществлялась с помощью короткой версии опросника по качеству жизни MOS-SF 36. **Результаты.** До начала лечения у госпитализированных выявлено достоверное различие по двум шкалам КЖ по сравнению с амбулаторными пациентами: уровень ролевого физического функционирования был значимо ниже на 12,4 %, а социального функционирования – на 12,9 %, что свидетельствовало о более тяжелом состоянии госпитализированных. В динамике лечения у стационарных пациентов выявлен достоверный прирост оценки ролевого физического функционирования, жизненной силы и ролевого эмоционального функционирования. У лиц, проходивших амбулаторное лечение, показатели КЖ через две недели остались на прежнем уровне. **Заключение.** Выбор тактики лечения больных ЯБ ДПК имеет отношение к качеству их жизни. Стационарное лечение можно рассматривать как форму терапии, поддерживающую психофизическое благополучие пациента. Оценка и мониторинг качества жизни пациентов с ЯБ ДПК может предоставить возможность для определения приоритетов и целенаправленного планирования программы здравоохранения для выполнения эффективных действий и, как следствие, улучшения качества жизни получателей медицинских услуг.

Ключевые слова: качество жизни, MOS-SF 36, язвенная болезнь, стационарное лечение, амбулаторное лечение

Поступила в редакцию 16.12.2020. Получена после доработки 19.02.2021. Принята к печати 16.08.2021

Для цитирования: Бондарева Д.В., Камышникова Л.А., Ефремова О.А., Халаимова О.А. Оценка качества жизни пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2021;3:79–82. doi: 10.34215/1609-1175-2021-3-79-82

Для корреспонденции: Бондарева Дарья Викторовна – студентка Медицинского института НИУ БелГУ (308015, г. Белгород, ул. Победы, 85); ORCID: 0000-0001-5567-9151; e-mail: dariabond99@gmail.com

Evaluation of quality of life of patients with peptic ulcer disease of duodenum

D.V. Bondareva, L.A. Kamyshnikova, O.A. Efremova, O.A. Khalaimova

Belgorod National Research University, Belgorod, Russia

Objective: The comparison of the quality of life indicators (QL) in patients having peptic ulcer disease of the duodenum (PUDD) during exacerbation period in in-patient and ambulatory care. **Methods:** Main group consisted of 30 patients having exacerbation of PUDD receiving in-patient treatment. The age of studied patients varied from 20 to 55 years old. The estimation of the quality of life was conducted using short questionnaire on life quality MOS-SF 36. **Results:** Before the beginning of treatment the reliable difference between two QL scales was detected. Compared with ambulatory patients the level of physical role functioning was significantly lower – 12.4 %, social functioning – 12.9 % lower. It indicated more critical condition of the hospitalized person. A reliable growth of the estimate of physical role functioning, life force and emotional role functioning was detected among in-patients in therapy dynamics. Out-patients QL indicators remained stagnant after two weeks of treatment. **Conclusion:** The choice of treatment of PUDD patients relates to the quality of their life. In-patient treatment can be considered as the form of therapy maintaining psychological and physical well-being of the patient. The estimation and monitoring of PUDD patients' quality of life can provide an opportunity to set priorities and make a targeted planning of healthcare program in order to take effective actions and as a result to improve the quality of life of medical services recipients.

Keywords: quality of life, MOS-SF 36, peptic ulcer, inpatient treatment, outpatient treatment

Received 16 December 2020; Revised 19 February 2021; Accepted 16 August 2021

For citation: Bondareva DV, Kamyshnikova LA, Efremova OA, Khalaimova OA. Evaluation of quality of life of patients with peptic ulcer disease of duodenum. *Pacific Medical Journal*. 2021;3:79–82. doi: 10.34215/1609-1175-2021-3-79-82

Corresponding author: Darya V. Bondareva, student, Belgorod National Research University (85 Pobedy St., Belgorod, 308015, Russian Federation); ORCID: 0000-0001-5567-9151; e-mail: dariabond99@gmail.com

В настоящее время язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) считается одним из очень частых заболеваний органов пищеварительной системы [1, 2]. Распространенность этой

нозологии остается значительной, а частота ее встречаемости среди взрослого населения варьирует от 5 до 15 % [3–5]. В РФ на 2017 г. заболеваемость ЯБ желудка и ДПК составила 79,5 на 100 тыс. населения.

Связанным поражением желудочно-кишечного тракта данной локализации чаще сталкиваются мужчины (соотношение с женщинами 4:1), вовлечение в патологический процесс ДПК встречается в четыре раза чаще, чем желудка [1].

Традиционные методы клинического обследования оценивают физиологический статус организма. Даже при хорошем контакте врача и пациента, как правило, не учитываются вопросы психологического и социального функционирования [6]. Одной из крайне важных проблем здесь остается негативное влияние ЯБ на качество жизни (КЖ) пациента [7]. Показатель КЖ представляет собой результат субъективной оценки здоровья самим пациентом. Наиболее часто для его оценки при ЯБ используется опросник SF-36 (The Short Form-36) [6, 8]. На показатели, полученные с помощью данной анкеты, действуют различные факторы: пол, возраст, национальность, семейное положение, экономический и культурный уровень человека, метод лечения, но наибольшее влияние оказывает само заболевание [8]. Изучение результатов анкетирования дает возможность получить более полную клиническую картину заболевания, оценить его особенности, а также представить отношение респондента не только к заболеванию, но и к проводимой терапии [9]. Результаты большинства исследований, представленных в специальной литературе, отражают КЖ на амбулаторном этапе лечения ЯБ [3], есть данные и о стационарном этапе, но в основном при использовании хирургических методов лечения [10].

Цель исследования – сравнение показателей КЖ пациентов с ЯБ ДПК в фазе обострения при стационарном и амбулаторном лечении.

Материал и методы

Обследовано 60 человек. В основную группу вошли 30 пациентов (21 мужчина и 9 женщин) с неосложненной ЯБ ДПК в стадии обострения, проходивших лечение в гастроэнтерологическом отделении Городской больницы № 2 (г. Белгород) в 2019 г., имевших показания к госпитализации: упорный болевой синдром, осложнения (в т.ч. желудочно-кишечные кровотечения) в анамнезе. Возраст пациентов колебался от 24 до 55 лет (в среднем – 45,1 года). Средний индекс массы тела равнялся 22,8 кг/м². Критерии включения: подтвержденный диагноз ЯБ ДПК в фазе обострения и согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: другая патология желудочно-кишечного тракта и хронические заболевания в стадии обострения. Группу сравнения составили 30 человек (22 мужчины и 8 женщин), с ЯБ ДПК в фазе обострения с неосложненным течением, проходивших амбулаторное лечение. Возраст исследуемых в группе сравнения варьировал от 20 до 55 лет, составив в среднем 42,7 года, средний индекс массы тела – 24,1 кг/м². Всем пациентам назначалось лечение согласно последним клиническим рекомендациям [1].

Оценка качества жизни осуществлялась с помощью короткой версии опросника SF-36 (MOS-SF 36 – Medical Outcomes Study Short Form-36), который содержит 11 вопросов и предоставляет возможность оценить, как интенсивность болевых ощущений, так и субъективную удовлетворенность пациента социальной деятельностью, физическим и психическим состоянием. Физический компонент здоровья оценивался по шкалам «физическое функционирование», «ролевое физическое функционирование», «физическая боль» и общее состояние здоровья. Для оценки психологического компонента здоровья использовались шкалы «жизненная сила», «социальное функционирование», «ролевое эмоциональное функционирование» и «психическое здоровье». Результаты оценки выражались в баллах. Пациенты основной группы отвечали на вопросы MOS-SF 36 два раза: в день поступления и в день выписки из стационара, в среднем через 14 дней (от 10 до 21 дня). Группа сравнения проходила анкетирование во время приема у терапевта до назначения лечения и при контрольном посещении через две недели.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программ Statistica 6.0 и MS Excel. Вычислялись средние арифметические величины (M) и их среднее квадратичное отклонение (σ). Нормальность распределения проверялась тестом Шапиро–Уилка. Оценка достоверности разности между группами осуществлялась по t -критерию Стьюдента. При $p \leq 0,05$ различия определялись как статистически значимые.

Результаты исследования

Средний показатель физического функционирования при первом анкетировании между группами значимо не различался (табл.). Показатель же ролевого физического функционирования в основной группе при госпитализации оказался значимо ниже, чем в группе сравнения при первом обращении. Физическая боль при первом анкетировании оценивалась в группах наблюдения одинаково. То же можно сказать и об общем состоянии здоровья и о показателе жизненной силы (табл.).

Показатель социального функционирования у госпитализированных пациентов был достоверно ниже, чем в группе сравнения, что говорит о снижении социальной активности у лиц, помещенных в стационар. Уровень оценки ролевого эмоционального функционирования между группами при первом анкетировании достоверно не различался. Показатели психического здоровья у лиц с ЯБ ДПК оказались одинаково низкими в обеих группах (табл.).

В целом средняя оценка физического компонента здоровья в основной группе ($45,8 \pm 1,9$ балла) значимо не отличалась от таковой в группе сравнения ($51,2 \pm 2,2$ балла). Отсутствовали статистически значимые различия и по психологическому компоненту здоровья: $46,7 \pm 1,9$ и $49,4 \pm 2,1$ балла, соответственно ($p > 0,05$).

Таблица

Динамика показателей КЖ у пациентов с ЯБ ДПК до и после курса лечения в стационарных и амбулаторных условиях

Шкала опросника ^а	Основная группа (n=30)		Группа сравнения (n=30)	
	поступление	выписка	1-й день	14-й день
ФФ	63,2±2,2	69,7±2,2	68,7±2,9	71,2±2,3
РФФ	47,2±1,6	58,8±1,5 ^б	59,6±2,1 ^б	64,2±2,2
ФБ	52,3±1,8	59,7±1,8	53,1±2,3	56,8±2,1
ОСЗ	48,6±1,7	54,1±1,6	52,4±2,2	55,4±2,0
ЖС	52,2±1,7	62,7±1,7 ^б	58,7±1,9	63,8±2,1
СФ	61,9±1,9	69,4±1,7	74,8±1,7 ^б	79,3±1,9
РЭФ	57,4±1,7	72,9±1,6 ^б	56,1±2,3	64,1±2,1
ПЗ	56,3±1,9	64,6±1,9	55,7±2,1	63,7±1,9

^а ФФ – физическое функционирование, РФФ – ролевое физическое функционирование, ФБ – физическая боль, ОСЗ – общее состояние здоровья, ЖС – жизненная сила, СФ – социальное функционирование, РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование, ПЗ – психическое здоровье.

^б Разница с результатами первого анкетирования статистически значима (p<0,05).

^в Разница с основной группой при первом анкетировании статистически значима (p<0,05).

В динамике лечения и при наступлении ремиссии заболевания в основной группе происходило достоверное повышение оценки ролевого физического функционирования, жизненной силы и ролевого эмоционального функционирования. Показатели КЖ на 1-й и 14-й день амбулаторного лечения несколько улучшались, но их значения не достигали предела статистической значимости (табл.).

Обсуждение полученных данных

В целом уровень физического функционирования в группах стационарных и амбулаторных пациентов с ЯБ ДПК был выше, чем у здоровых людей, то есть наличие язвы незначительно ограничивало повседневную физическую активность (такую как самообслуживание, ходьба и подъем по лестнице). Есть исследования, где показатель физического функционирования у подобных пациентов оказался ниже, чем в нашей работе, но они относятся к хирургическому лечению ЯБ [10]. Результаты анкетирования стационарных и амбулаторных пациентов с ЯБ ДПК продемонстрировали статистически значимое различие только по двум шкалам КЖ: оценка госпитализированными ролевого физического функционирования оказалась на 12,4 % и социального функционирования – на 12,9 % ниже.

Динамика показателей физического и психического благополучия при ЯБ ДПК в обеих группах несколько улучшалась, но эти показатели не имели в настоящем исследовании статистически значимой разницы, что, по нашему мнению, связано с коротким временем, прошедшим после лечения. Существуют исследования, в которых эти показатели улучшались достоверно [6, 8].

В случае с пациентами, страдающими ЯБ ДПК, важно понимать, что влияние на качество их жизни могут

оказывать не только симптомы, вызванные язвой, но и продолжительность болезни, наличие депрессии. Тем не менее в результате проведенного исследования были получены данные об улучшении качества жизни после консервативной терапии преимущественно на госпитальном этапе. Вероятно, это связано с тем, что стационарное лечение поддерживает психофизическое благополучие пациента и, несмотря на изначально более низкие показатели КЖ у госпитализированных, процесс психологической реабилитации у них проходит значительно быстрее. Этому могут способствовать постоянный медицинский контроль, ежедневные беседы с врачом и строгий режим дня и питания.

КЖ считается важным инструментом для анализа терапевтического эффекта, а также последствий лечебных вмешательств. Его оценку можно использовать в качестве индекса первичного результата и детерминанты преимущества лечения ЯБ у конкретного больного. Различная тактика ведения пациентов может по-разному влиять на КЖ. Определение воздействия стационарного или амбулаторного ведения на КЖ может быть полезным при составлении плана лечения и обучении конкретного пациента. Есть надежда, что данные, полученные в результате настоящего исследования, помогут определить приоритеты медицинских, образовательных и медсестринских услуг для улучшения КЖ при ЯБ ДПК, а также выявить пациентов с низким КЖ, которым следует уделить приоритетное внимание в соответствующих планах.

По мнению Л.В. Волевач и др. [6], для улучшения КЖ при ЯБ на амбулаторном этапе рекомендуется повышать уровень знаний пациента о его болезни, а также поощрять его к наблюдению, регулярному приему лекарств и соблюдению диеты. Это достигается совершенствованием образовательных программ.

Выводы

1. У пациентов, страдающих ЯБ ДПК в стадии обострения, в начале наблюдения снижены показатели физического и психологического компонентов здоровья, что говорит о неблагоприятном влиянии болезни на КЖ.
2. До начала лечения у госпитализированных по сравнению с амбулаторными пациентами зарегистрировано достоверное различие по двум шкалам КЖ: ролевому физическому функционированию (ниже на 12,4 %) и социальному функционированию (ниже на 12,9 %). В динамике у стационарных больных произошел достоверный прирост по оценке ролевого физического функционирования, жизненной силы и ролевого эмоционального функционирования; у амбулаторных пациентов показатели КЖ через две недели наблюдения остались на прежнем уровне.
3. Исследование продемонстрировало, что выбор тактики лечения ЯБ ДПК имеет отношение к КЖ: стационарное лечение можно рассматривать как форму терапии, поддерживающую психофизическое благополучие пациента.

4. Оценка и мониторинг КЖ пациентов с ЯБ ДПК может предоставить возможность для определения приоритетов и целенаправленного планирования программ здравоохранения для выполнения эффективных действий и, как следствие, улучшения КЖ получателей медицинских услуг.

Конфликт интересов: авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования: авторы заявляют о финансировании проведенного исследования из собственных средств.

Литература / References

1. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Царьков П.В., Королев М.П., Андреев Д.Н., Баранская Е.К. и др. Диагностика и лечение язвенной болезни у взрослых (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российского общества колоректальных хирургов и Российского эндоскопического общества). *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2020;30(1):49–70. [Ivashkin VT, Maev IV, Tsar'kov PV, Korolev MP, Andreev DN, Baranskaya EK, et al. Diagnosis and treatment of peptic ulcer in adults (Clinical Guidelines of the Russian Gastroenterological Association, Russian Society of Colorectal Surgeons and the Russian Endoscopic Society). *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2020;30(1):49–70 (In Russ).]
2. Lanas A, Chan FKL. Peptic ulcer disease. *Lancet*. 2017; 390(10094):613–24.
3. Волевач Л.В., Нафикова А.Ш., Хисматуллина Г.Я., Камалова А.А. Результаты пятилетнего динамического наблюдения лиц с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в амбулаторных условиях. *Медицинский вестник Башкортостана*. 2017;5:35–9. [Volevach LV, Nafikova ASH, Hismatullina GYa, Kamalova AA. Results of the five-years follow-up of persons with gastric ulcer and duodenal ulcer in the outpatient settings. *Bashkortostan Medical Journal*. 2017;5(71):35–9 (In Russ).]
4. Камышникова Л.А., Главнова Е.С., Молчанова Е.Г., Проскурнин М.А. Особенности эпидемиологии заболеваний желудка, ассоциированных с *Helicobacter pylori*. *Научный результат. Медицина и фармация*. 2017;3(4):3–10. [Kamyshnikova LA, Glavnova ES, Molchanova EG, Proskurnin MA. Features of the epidemiology of stomach diseases associated with *Helicobacter pylori*. *The Research Result. Medicine and Pharmacy*. 2017;3(4):3–10 (In Russ).]
5. Kavitt RT, Lipowska AM, Anyane-Yeboah A, Gralnek IM. Diagnosis and treatment of peptic ulcer disease. *Am J Med*. 2019; 132(4):447–56.
6. Волевач Л.В., Нафикова А.Ш., Хисматуллина Г.Я., Камалова А.А. Показатели качества жизни у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки при длительном диспансерном наблюдении. *Медицинский вестник Башкортостана*. 2016;6:11–4. [Volevach LV, Nafikova ASH, Hismatullina GYa, Kamalova AA. Results of the five-years follow-up of persons with gastric ulcer and duodenal ulcer in the outpatient settings. *Bashkortostan Medical Journal*. 2016; 6:11–4 (In Russ).]
7. Fang B, Yang S, Xu R, Chen G. Association between poor sleep quality and subsequent peptic ulcer recurrence in older patients with mild cognitive impairment: Examining the role of social engagement. *Scientific Reports*. 2019;9:2188. doi: 10.1038/s41598-019-38715-3
8. Wen Z, Li X, Lu Q, Brunson J, Zhao M, Tan J, Wan C, Lei P. Health related quality of life in patients with chronic gastritis and peptic ulcer and factors with impact: A longitudinal study. *BMC Gastroenterol*. 2014;14:149. doi: 10.1186/1471-230X-14-149
9. Samiei Siboni F, Alimoradi Z, Atashi V, Alipour M, Khatooni M. Quality of life in different chronic diseases and its related factors. *Int J Prevent Med*. 2019;10(1):65. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_429_17
10. Гулов М.К. Исследование качества жизни пациентов – важный инструмент для оценки эффективности методов хирургического лечения осложнённой язвенной болезни. *Вестник Авиценны*. 2018;20(2–3):181–9. [Gulov MK. The study of the quality of life of patients is an important tool to evaluate the effectiveness of surgical treatment of complicated peptic ulcer disease. *Avicenna Bulletin*. 2018;20(2–3):181–9 (In Russ).]