

Н. В. Рябова

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Обострение хронического панкреатита и обусловленная им трофическая недостаточность приводит к потере массы тела и истощению организма, что, в свою очередь, еще больше снижает функциональную активность поджелудочной железы. Болезнь и ее проявления ухудшают качество жизни пациентов. Установлена статистически достоверная положительная динамика показателей качества жизни пациентов в ходе стационарного лечения, подтверждением чего являются результаты: адекватности направленной нутритивной поддержки пациентов с применением лечебного стола и специализированного продукта питания и оценки основных клинических симптомов заболевания. Изучение субъективного физиологического и психологического самочувствия пациентов с ХП является неотъемлемой частью оценки статуса питания пациентов, в том числе в условиях стационара. Опросник качества жизни SF-36 v.2tm может быть использован как достоверный метод оценки статуса питания и состояния пациента.

Ключевые слова: хронический панкреатит, нутритивная поддержка, качество жизни.

N. V. Ryabova

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS AS A PERFORMANCE INDICATOR OF NUTRITIONAL SUPPORT

Exacerbation of chronic pancreatitis and caused trophic insufficiency lead to weight loss and depletion of protein structures of the body, which in turn further reduces the functional activity of pancreas. The disease and its manifestations improve the quality of life of patients with chronic pancreatitis. We establish statistically significant positive changes in quality of life of patients with chronic pancreatitis during hospital treatment, as evidenced by the results: adequacy aimed nutritional support of patients by therapeutic diet and specialized dietary product and evaluate the main clinical symptoms of the disease. The study of subjective physiological and psychological health of patients with chronic pancreatitis is an integral part of the assessment of nutritional status of patients, including those in the hospital. Quality of Life Questionnaire SF-36 v.2tm can be used as a reliable method for assessing the nutritional status and condition of the patient with chronic pancreatitis.

Key words: chronic pancreatitis, nutritional support, quality of life.

Хронический панкреатит (ХП) по частоте и росту общей заболеваемости, вероятности потери трудоспособности является важной социально-экономической проблемой [2, 4]. Число случаев заболеваний ХП среди общего количества заболеваний пищеварительной системы составляет от 5,1 до 9% [4, 6]. При этом преимущественно страдают наиболее трудоспособные лица в возрасте от 30 до 50 лет. Болезнь приводит к значительным нарушениям качества жизни и социального статуса пациентов [4].

Актуальной клинико-социальной особенностью ХП является прогрессирующее течение болезни с нарастающей внешнесекреторной и нутритивной недостаточностью [4, 6]. В совокупности данные явления приводят к серьезному ухудшению качества жизни пациентов, увеличению количества осложнений и летальных исходов [3].

Понятие качества жизни является комплексной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального статуса человека, основанное на его субъективном восприятии [5].

Инструменты оценки качества жизни – общие и специфические опросники, разработанные экспертами ведущих мировых

клинических центров в соответствии с принципами доказательной медицины, дающие возможность количественной оценки этого субъективного понятия, что расширяет представление врача о состоянии пациента в целом [1, 5]. Одним из наиболее широко распространенных общих опросников для оценки качества жизни является Short Form Medical Outcomes Study (SF-36tm). Русифицированная версия SF-36 валидирована Межнациональным центром исследования качества жизни г. Санкт-Петербурга [1].

Цель исследования – исследовать качество жизни пациентов с ХП и определить роль данного показателя для оценки эффективности нутритивной поддержки.

Материалы и методы

Было обследовано 110 пациентов с ХП, находящихся на лечении в отделении хирургической гепатологии УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска в течение 2014 года. Исходя из характера нутритивной поддержки пациенты были поделены на 3 группы (первые две группы – по 35 пациентов, третья группа – 40 пациентов). Пациенты первой группы в течение первых трех суток стационарного лечения находились в состоянии полного голодания, в дальнейшем им

Оригинальные научные публикации

был назначен лечебный стол «П». Пациенты второй группы питались в соответствии с лечебным столом «П» и рекомендациями по метаболической поддержке. Пациентам третьей группы был назначен специализированный продукт диетического питания «Пептамен АФ», длительность и объем применения которого колебались в зависимости от состояния пациента: длительность – от 4 до 6 суток с момента поступления пациентов в стационар, объем – от 500 до 1000 мл/сутки. Постепенно по мере улучшения состояния пациента увеличивался объем съедаемой пищи основного рациона лечебного стола «П» с учетом рекомендаций по метаболической поддержке, при этом количество назначаемой дополнительно смеси для энтерального питания снижали.

Группы были сопоставимы по возрастному составу (средний возраст пациентов первой группы – $45,0 \pm 10,41$ лет, второй группы – $42,0 \pm 8,81$ лет и третьей группы – $43,5 \pm 9,74$ лет), нозологической форме заболевания. Длительность стационарного лечения пациентов первой группы составляла $16,0 \pm 2,78$ суток, второй группы – $14,0 \pm 2,41$ суток, третьей группы – $10 \pm 1,54$ суток.

Определение общего азота в моче проводили модифицированным методом Кьельдаля в динамике стационарного лечения.

Качество жизни пациентов оценивали с помощью русскоязычной версии международного опросника SF-36 v.2™ в начале и в конце стационарного лечения. Анализ качества жизни проводился по следующим шкалам: физическое функционирование – Physical Functioning (PF), ролевое физическое функционирование – Role Physical (RP), шкала боли – Bodily Pain (BP), общее состояние здоровья – General Health (GH), шкала жизнеспособности – Vitality (VT), шкала социального функционирования – Social Functioning (SF), ролевое эмоциональное функционирование – Role Emotional (RE), психологическое здоровье – Mental Health (MH). Для всех шкал при полном отсутствии ограничений или нарушений здоровья максимальное значение было равно 100. Чем выше был показатель по каждой шкале, тем лучше было качество жизни по этому параметру [5].

Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы «Statistica 10.0». Количественные признаки описывали медианой и интерквартильным размахом (25–75%). Для сравнения двух зависимых групп по количественным признакам применяли W – критерия Уилкоксона. Различия между тремя зависимыми группами показателей изучали с помощью однофакторного дисперсионного анализа Фридмана, тремя независимыми группами показателей – с помощью метода ANOVA Краскела-Уоллиса. Полученные различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Изучение субъективного физиологического и психологического самочувствия пациентов с ХП является неотъемлемой частью оценки статуса питания пациентов, в том числе в условиях стационара. Динамика показателей качества жизни, свидетельствующих о физическом здоровье пациентов, приведена в таблице 1.

Как видно из представленных данных (таблица 1), исходные показатели качества жизни, характеризующие физическое здоровье пациентов с ХП, находящихся на лечении в условиях стационара, были снижены. При этом статистически значимых различий по шкалам опросника между группами практически не выявлено. Регистрируется достоверное увеличение практических всех показателей шкал, отражающих уровень физической составляющей качества жизни у пациентов трех групп. Однако, по показателю общего состояния здоровья (GH) достоверного улучшения у пациентов первой группы к концу лечения не наблюдается ($p > 0,05$). К концу лечения пациентов с ХП в стационаре нами зарегистрированы достоверно более высокие значения качества жизни: по шкале физическое функционирование (PF) у пациентов второй группы (70(60–75)) по сравнению со значениями у пациентов первой группы (75(55–85)); по шкале ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP) у пациентов третьей группы (75(50–75)) по сравнению с пациентами второй группы (50(25–75)); по шкале интенсивность боли (BP) у пациентов третьей группы (80(74–100)) по сравнению с пациентами первой (51(41–52)) и второй (51(41–61)) групп; по шкале общее состояние здоровья (GH) у пациентов третьей (60(57–63)) и второй (51(41–61)) групп по сравнению с пациентами первой группы (45(35–50)).

Важным показателем эффективности проводимой терапии и нутритивной поддержки является суммарный показатель физического здоровья (PHs). Как свидетельствуют результаты исследований, величина данного показателя достоверно увеличилась у пациентов трех групп. Однако, наиболее выраженное увеличение PHs зарегистрировано у пациентов третьей группы (48,5(46,3–50,6)) по сравнению с пациентами второй (42,6(40,2–47,7)) и первой (41,5(37,9–44,9)) групп.

Динамика показателей качества жизни, свидетельствующих о психологическом здоровье, приведена в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, исходные показатели качества жизни, характеризующие психологическое здоровье пациентов с ХП, находящихся на стационарном лечении, были снижены. При этом статистически значимых различий показателей шкал между группами не выявлено. Регистрируется достовер-

Таблица 1. Показатели качества жизни (физическое здоровье) у пациентов с ХП в начале и в конце стационарного лечения

Период исследования	Шкалы опросника	Группы			Влияние	Достоверность различий между группами
		1	2	3		
Начало лечения	PF	60(35–75)	70(60–75)	60(50–70)	–	–
	RP	25(0–50)	35(0–50)	25(25–50)	–	–
	BP	31(22–41)	22(20–41)	41(22–41)	–	–
	GH	45(32–50)	52(45–67)	45(45–50)	$N = 14,9$ $p = 0,001$	$z_{1-2} = 3,8$, $p = 0,000$
	PHs	36,2(30,9–37,9)	37,3(33,9–41,8)	36,1(33,6–38,8)		
Окончание лечения	PF	75(55–85)*	80(70–90)*	85(77–90)*	$N = 8,9$ $p = 0,012$	$z_{1-2} = 3,0$, $p = 0,009$
	RP	50(50–70)*	50(25–75)*	75(50–75)*	$N = 14,1$ $p = 0,001$	$z_{2-3} = 3,5$, $p = 0,001$
	BP	51(41–52)*	51(41–61)*	80(74–100)*	$N = 64,3$ $p = 0,000$	$z_{2-3} = 6,8$, $p = 0,000$ $z_{1-3} = 6,8$, $p = 0,000$
	GH	45(35–50)	60(45–70)*	60(57–63)*	$N = 31,4$ $p = 0,000$	$z_{1-2} = 4,3$, $p = 0,000$ $z_{1-3} = 5,3$, $p = 0,000$
	PHs	41,5(37,9–44,9)*	42,6(40,2–47,7)*	48,5(46,3–50,6)*	$N = 29,7$ $p = 0,000$	$z_{2-3} = 3,9$, $p = 0,000$ $z_{1-3} = 5,2$, $p = 0,000$

Примечание: * $p < 0,01$ – достоверность различий по отношению к величине соответствующей шкалы опросника, относящейся к началу лечения.

Таблица 2. Показатели качества жизни (психологическое здоровье) у пациентов с ХП в начале и в конце стационарного лечения

Период исследования	Шкалы опросника	Группы			Влияние	Достоверность различий между группами
		1	2	3		
Начало лечения	VT	45(25–55)	45(40–60)	42,5(32,5–50,0)	–	–
	SF	50(60–62)	62,5(50–62,5)	50(50–62,5)	–	–
	RE	33,3 (0,0–66,7)	33,3(33,3–66,7)	50(33,3–66,7)	–	–
	MH	52(44–68)	56(44–68)	56(46–64)	–	–
	MHs	38,1(33,4–46,3)	42,0(39,9–45,8)	39,8(36,6–45,1)	–	–
Окончание лечения	VT	50(45–65)*	60,0(50–70)*	65(55–77,5)*	H = 12,1, p = 0,002	$z_{1-3} = 3,5, p = 0,002$
	SF	62,5(50–75)*	62,5(50–75)*	87,5(75–87,5)*	H = 23,3, p = 0,000	$z_{2-3} = 4,2, p = 0,000$ $z_{1-3} = 3,9, p = 0,000$
	RE	66,7(33,3–100)*	66,7(33,3–100)*	100(66,7–100)*	H = 7,8, p = 0,020	$z_{2-3} = 4,2, p = 0,04$
	MH	52(48–72)*	64(52–72)*	68(62–74)*	H = 7,6, p = 0,022	$z_{1-3} = 2,7, p = 0,018$
	MHs	43,4(39,3–50,4)*	45,1(40,9–52,3)*	47,9(45,6–53,6)*	H = 9,4, p = 0,001	$z_{1-3} = 2,9, p = 0,012$

Примечание: * $p < 0,01$ – достоверность различий по отношению к величине соответствующей шкалы опросника, относящейся к началу лечения.

ное увеличение всех показателей шкал, отражающих уровень психологической составляющей качества жизни пациентов трех групп. Выявлены достоверно более высокие значения качества жизни в конце лечения: по шкале жизненная активность (VT) у пациентов третьей группы (65(55–77,5)) по сравнению со значениями у пациентов первой группы (50(45–65)); по шкале социальное функционирование (SF) у пациентов третьей группы (87,5(75–87,5)) по сравнению с пациентами первой (62,5(50–75)) и второй (62,5(50–75)) групп; по шкале ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE) у пациентов третьей (100(66,7–100)) группы по сравнению с пациентами второй группы (66,7(33,3–100)); по шкале психическое здоровье (MH) у пациентов третьей группы по сравнению с пациентами второй группы.

Суммарный показатель психического здоровья (MHs) к концу лечения в стационаре был достоверно ($p < 0,05$) выше у пациентов третьей группы (47,9(45,6–53,6)) по сравнению с пациентами первой группы (43,4(39,3–50,4)).

Выявленная статистически достоверная положительная динамика ключевых показателей качества жизни подтверждает полученные результаты оценки клинического состояния пациентов. В качестве интегрального показателя эффективности нутритивной поддержки была выбрана частота регистрации ведущих клинических симптомов заболевания (абдоминальная боль и диарея). На момент поступления пациентов в стационар абдоминальная боль регистрировалась у 100% пациентов трех групп. К моменту выписки боль была определена у 22,9% (8) пациентов первой группы, у 17,1% (6) пациентов второй группы, у 5,7% (2) пациентов третьей группы. Диарея отмечалась у 82,9% (29) пациентов первой группы, у 60,0% (21) пациентов второй группы и у 80,0% (28) пациентов третьей группы в первые 2–3 суток поступления пациентов в стационар. А к моменту выписки диарея была выявлена у 20,0% (7) пациентов первой группы, у 8,6% (3) пациентов второй группы, у 5,7% (2) пациентов третьей группы.

Азотистый баланс считается одним из надежных критериев оценки белкового обмена организма. Он позволяет своевременно диагностировать катаболическую стадию патологического процесса, оценить эффективность нутритивной поддержки, выбрать оптимальную белковую квоту лечебного рациона питания [7]. Установлены достоверные различия между исходными величинами азотистого баланса у пациентов первой, второй, первой и третьей групп ($H = 45,5, p = 0,000$). Наиболее высокое значение азотистого баланса достоверно ($z_{1-2} = 5,0, p = 0,000$) определено у пациентов первой группы (–17,8(15,5–19,0) г/сутки) по сравнению со значением у пациентов во второй группе (–13,8(12,5–15,3) г/сутки). Достоверные различия между значениями азотистого баланса у пациентов второй (–13,8(12,5–15,3) г/сутки) и третьей (–13,0 (11,4–14,5) г/сутки) групп на момент поступления в стационар отсутствуют. Значения азотистого баланса пациентов трех групп в первые сутки лечения в стационаре свидетельствуют о наличии у большинства пациентов тяжелой катаболической реакции.

наре свидетельствуют о наличии у большинства пациентов тяжелой катаболической реакции.

Азотистый баланс у пациентов первой и второй групп на протяжении всего стационарного лечения был отрицательным. Величина азотистого баланса у пациентов первой группы к 4–5 суткам лечения в условиях стационара достоверно ($T = 0,0, p = 0,000$) увеличилась до –19,8(17,4–21,9) г/сутки, что говорит о нарастании катаболической направленности азотистого баланса к 4–5 суткам в сравнении с исходным уровнем. Во второй группе пациентов катаболическая направленность азотистого баланса к 4–5 суткам стационарного лечения была менее выражена (–10,1(8,0–12,0) г/сутки), чем у пациентов первой группы ($z_{1-2} = 4,6, p = 0,000$) и достоверно ($T = 0,0, p = 0,000$) ниже исходного уровня, что свидетельствует о снижении интенсивности катаболизма белковых структур мышечной ткани. Азотистый баланс у пациентов третьей группе к 4–5 суткам носил положительный характер и составлял 1,9(1,1–2,5) г/сутки.

В течение второго периода стационарного лечения пациентов первой и второй групп динамика белкового обмена имеет менее выраженную катаболическую направленность. Уровень отрицательного азотистого баланса достоверно ($T_{2-3} = 0,0, p = 0,000$) снижается до – 5,5(3,5–8,4) г/сутки у пациентов первой группы, до – 2,3(0,9–3,3) г/сутки у пациентов второй группы. При этом значение отрицательного азотистого баланса у пациентов первой группы достоверно ($z_{1-2} = 3,5, p = 0,002$) выше, чем у пациентов второй группы. Направленность азотистого баланса пациентов третьей группы остается положительной и составляет 1,9(1,5–2,8) г/сутки.

Таким образом, выявленная статистически достоверная положительная динамика показателей качества жизни пациентов с ХП подтверждает полученные результаты оценки основных клинических симптомов заболевания у пациентов и характеризует адекватность направленной нутритивной поддержки с применением лечебного стола «П» на фоне рекомендаций по метаболической поддержке организма и специализированного продукта питания у пациентов с ХП.

Наиболее выраженное ($H = 29,7, p = 0,000, z_{2-3} = 3,9, p = 0,000, z_{1-3} = 5,2, p = 0,000$) увеличение суммарного показателя физического здоровья (PHs) зарегистрировано у пациентов третьей группы (48,5(46,3–50,6)) по сравнению с пациентами второй (42,6(40,2–47,7)) и первой (41,5(37,9–44,9)) групп. Суммарный показатель психического здоровья (MHs) к концу лечения в стационаре был достоверно ($H = 9,4, p = 0,001, z_{1-3} = 2,9, p = 0,012$) выше у пациентов третьей группы (47,9(45,6–53,6)) по сравнению с пациентами первой группы (43,4(39,3–50,4)).

Адекватная нутритивная поддержка пациентов с ХП в течение лечения в условиях стационара способствует повышению качества жизни.

Опросник SF-36 v.2™ может быть использован как достоверный метод оценки статуса питания пациентов.

□ Оригинальные научные публикации

Литература

1. *Амирджанова, В. Н.* Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ») / В. Н. Амирджанова, Д. В. Горячев // Научно-практическая ревматология. – 2008. – № 1. – С. 36–48.

2. *Кучерявый, Ю. А.* Трофологическая недостаточность у больных хроническим панкреатитом: результаты кросс-секционного многоцентрового исследования / Ю. А. Кучерявый, И. В. Маев и др. // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2007. – № 5. – С. 67–74.

3. *Лейдерман, И. Н.* Нутритивная поддержка в многопрофильном стационаре. Стандартный протокол: пособие для врачей /

И. Н. Лейдерман, Ф. С. Галпеев, Е. М. Кон, А. К. Ровинн. – Екатеринбург; Уфа; Пермь; Новосибирск, 2002. – 32 с.

4. *Маев, И. В.* Хронический панкреатит: учебное пособие / И. В. Маев [и др.]. – М.: Медицина, 2005. – 240 с.

5. *Новик, А. А.*, Исследование качества жизни в медицине: учебное пособие / А. А. Новик, Т. И. Ионова; под ред. Ю. Л. Шевченко. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 304 с.

6. *Симаненков, В. И.* Возвращение к проблеме хронического панкреатита / В. И. Симаненков, Г. Ю. Кнорринг // Клин. медиц. – 2001. – Т. 79, № 10. – С. 54–59

7. *Хорошилов, И. Е.* Руководство по парентеральному и энтеральному питанию / И. Е. Хорошилов. – СПб.: НОРДМЕД-ИЗДАТ, 2000. – 374 с.

Поступила 6.04.2015 г.