

very high level of preoperative anxiety and a need of being informed. In case of minimally invasive operations the degree of preoperative stress and postoperative pain syndrome is significantly lower than in case of open ones.

**Key words:** preoperative stress, minimally invasive urology, pain syndrome, anxiety questionnaires

Regional Hospital (Khmelnits'kyi)

Рецензент – проф. О.С. Федорук

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 4 (64). – P. 127-130

Надійшла до редакції 08.10.2012 року

© О.О. Підмурняк, 2012

УДК 616.33/34-008-053.2-085.24

*О.М. Платонова*

## ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЯК КРИТЕРІЙ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ В ДІТЕЙ

Одеський національний медичний університет

**Резюме.** Проведена оцінка якості життя дітей із синдромом подразненого кишечника в динаміці комплексного лікування. Показано, що в дітей шкільного віку із синдромом подразненого кишечника (СПК) відбувається зниження показників за шкалами болю, рольового емоційного функціонування, загального здоров'я, рольового фізичного та фізичного функціонування порівняно з контрольною групою. Застосування комплексної комбінованої терапії з включенням стимулятора енкефалінових рецепторів (тримебутин) та психокорекції дозволяє покращити якість життя пацієнтів.

Описані зміни утримуються протягом трьох місяців після завершення лікування. Розглядається доцільність використання опитувальника з якості життя з метою оцінки клінічної ефективності лікування функціональних розладів шлунково-кишкового тракту в дітей.

**Ключові слова:** функціональні розлади шлунково-кишкового тракту, синдром подразненого кишечника, якість життя, лікування.

**Вступ.** Функціональні розлади органів шлунково-кишкового тракту (ФРШКТ) являють собою гетерогенну групу нозологічних одиниць, спільними рисами яких є наявність порушень секреторної та моторної функції, що супроводжуються больовим синдромом за умов відсутності органічних захворювань [1-3].

На сьогодні педіатричною спільнотою напрацьовані основні критерії діагностики ФРШКТ, окреслені комплексні лікувально-профілактичні заходи. Водночас питання оцінки клінічної ефективності лікування ФРШКТ залишаються чітко невизначеними. Відповідно до концепції доказової медицини при оцінці клінічних виходів пріоритет має віддаватися ознакам, які безпосередньо характеризують ступінь адаптації організму до середовища проживання, у тому числі динаміці якості життя [4].

Під якістю життя (ЯЖ) розуміють широке і багатопланове поняття, що залежить від стану здоров'я, умов навчання й життя, соціального стану, оточення та інших факторів. Для вивчення ЯЖ у медицині використовують два види опитувальників – загальних та спеціалізованих для кожного виду нозології [4].

ЯЖ визначається насамперед оцінкою самим хворим ступеня задоволеності різними аспектами свого життя у зв'язку з реальними або очікуваними змінами, зумовленими хворобою і її наслідками, а

також пов'язаними з процесом спостереження лікарем і лікування. ЯЖ залежить також від клінічних скарг і функціональних можливостей хворого.

За наявності ФРШКТ у дітей якість життя суттєво погіршується, причому основними детермінантами цих змін є насамперед вираженість больового синдрому та соціальної дезадаптації, зумовленої функціональними порушеннями, а також рівня тривожності й проявів депресії, з ними пов'язаних [5-9]. Одним із розповсюджених варіантів ФРШКТ є синдром подразненого кишечника (СПК), який визначають як біопсихосоціальну патологію [2, 7]. Втім, до останнього часу вітчизняні дослідження щодо оцінки динаміки ЯЖ у дітей із ФРШКТ одиничні.

**Мета дослідження.** Оцінити якість життя дітей із синдромом подразненого кишечника в динаміці комплексного лікування.

**Матеріал і методи.** Дослідження виконане на базі ДКМЛ № 1 ім. Б.Я. Резніка, м. Одеса. У дослідженні взяли участь 50 дітей віком 14-17 років із верифікованим діагнозом синдрому подразненого кишечника та 40 практично здорових дітей того ж віку (контрольна група).

Пацієнти із СПК одержували терапію відповідно до стандартного клінічного протоколу протягом двох тижнів [10]. До комплексу терапії включали стимулятор енкефалінових рецепторів (тримебутин) та психокорекцію.

© О.М. Платонова, 2012

Якість життя (ЯЖ) пацієнтів оцінювали на початку лікування, після лікування і через три місяці після завершення лікування. Для оцінки ЯЖ використовували російськомовний варіант опитувальника MOS SF-36 [11]. Цей опитувальник містить 11 пунктів, деякі з яких, у свою чергу, мають від трьох до десяти підпунктів, загальне число питань - 36 (звідки і походить назва опитувальника). Питання відбивають загальну самооцінку здоров'я і динаміку за останній рік, а також вісім сфер (субшкал) здоров'я: фізичне функціонування (ФФ) – ступінь обмеження фізичних навантажень; рольове фізичне функціонування (РФФ) – вплив стану хворого на виконання буденної праці; біль (Б) – інтенсивність болю і його вплив на можливість займатися буденною працею; загальне здоров'я (ЗЗ) – суб'єктивна оцінка здоров'я пацієнтом зараз; життєдіяльність (Ж) – градирує відчуття хворого від «повний сил» до «знесилений»; соціальне функціонування (СФ) – ступінь обмеження соціальної активності (спілкування) внаслідок порушення фізичного чи емоційного стану; рольове емоційне функціонування (РЕФ) – інтенсивність з якою емоційний стан перешкоджає виконанню праці (буденної діяльності); психологічне здоров'я (ПЗ) – настрої (наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій) [5, 11]. Максимальна оцінка субшкал – 100 балів.

Оцінку ЯЖ проводили безпосередньо перед початком лікування, при виписці та через три місяці після проведеного лікування.

Визначення вірогідності розходжень між порівнюваними групами або підгрупами по частотах окремих клінічних показників або виходів проводили за допомогою критерію  $\chi^2$  з урахуванням поправки Йетса для парних порівнянь та поправки Бонфероні для множинних порівнянь із контрольною групою [12].

**Результати дослідження та їх обговорення.** Проведене обстеження 50 дітей із СПК та 40 практично здорових дітей показало такі результати: гендерний склад груп порівняння був тотож-

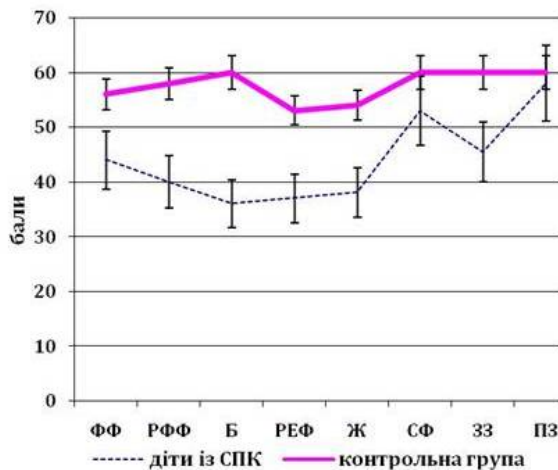


Рис. 1. Характеристики якості життя дітей із синдромом подразненого кишечника

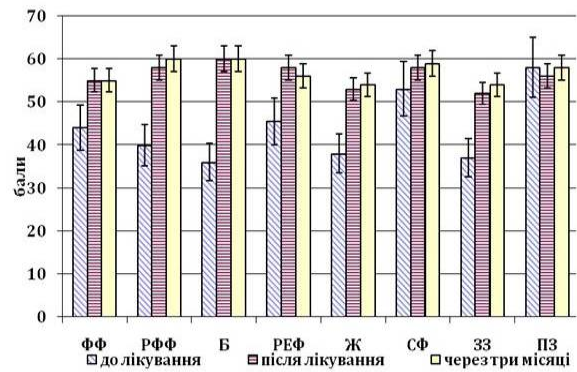


Рис. 2. Динаміка показників якості життя дітей із синдромом подразненого кишечника

ним, в обох – не суттєво переважали дівчата – відповідно 58,0±6,9 % (основна група) та 57,5±7,8 % (контрольна).

Клінічна картина СПК була стереотипною. Переважала кишкова дисфункція у вигляді запорів 62,0±6,8 %, пронос мав місце у 38,0±6,8 % дітей. Біль у животі у всіх пацієнтів був типовими для СПК. На метеоризм скаржились 76,0±6,0 % хворих.

Показники ЯЖ обстежених дітей, отримані за допомогою опитувальника на початку лікування, представлено на рис. 1.

Як видно з рис. 1, для дітей із СПК було притаманним зниження показників за шкалами болю – до (37,0±1,2) балів, загального здоров'я – до (45,5±0,8) балів, рольового емоційного функціонування – до (37,5±1,6) балів, життєдіяльності – до (38,0±2,2) балів, рольового фізичного та фізичного функціонування, відповідно, – до (40,0±2,0) та (44,0±1,2) балів порівняно з показниками дітей контрольної групи. Описані відмінності були статистично значимими ( $p < 0,001$ ).

Варто підкреслити, що при аналізі показників залежно від характеру дисфункції в дітей із проносами встановлено більш низькі оцінки РЕФ ( $\chi^2=14,3$ ,  $p < 0,05$ ), ЗЗ ( $\chi^2=13,4$ ,  $p < 0,05$ ).

Отримані результати використані для індивідуалізації психокорегувальних заходів, для рекомендацій із усунення психотравмуючих ситуацій, а також для моніторингу ЯЖ у процесі лікування.

Після проведеного комплексу лікування позитивна клінічна динаміка одержана у 88,0±4,6 % пацієнтів. Позитивна динаміка за показниками ЯЖ була простежена у 86,0±3,7 % обстежених дітей, що корелювало з клінічною симптоматикою ( $r=+0,85$ ) (рис. 2). Слід також зазначити, що позитивні зміни зберігалися принаймні протягом трьох місяців після проведеного курсу терапії.

**Висновки**

1. У дітей із синдромом подразненого кишечника при аналізі якості життя встановлено суттєве зниження показників за шкалами болю, рольового емоційного функціонування, загального здоров'я, рольового фізичного та фізичного функціонування.

2. Оцінка якості життя дітей із синдромом подразненого кишечника за опитувальником у

динаміці лікування корелювала з позитивною клінічною динамікою ( $r=+0,85$ ).

3. Наведене дозволяє рекомендувати використання опитувальника з якості життя з метою оцінки клінічної ефективності лікування функціональних розладів шлунково-кишкового тракту та корекції психоемоційного стану.

**Перспективи подальших досліджень.** Поглиблення досліджень у цьому напрямку сприятиме підвищенню ефективності лікування та вторинної профілактики функціональних розладів шлунково-кишкового тракту в дітей.

#### Література

1. Детская гастроэнтерология: руководство для врачей / под ред. проф. Н.П. Шабалова. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 736 с.
2. Шадрін О.Г. Прогнозування розвитку, діагностика та лікування синдрому подразненого кишечника у дітей: автореф. дис. на здобуття наук. ступ. д-ра мед. наук: 14.01.10 / О.Г. Шадрін; Ін-т педіатрії, акушерства та гінекології АМН України. – К., 2005. – 35 с.
3. Комплексные подходы к реабилитации детей с дисфункциями желудочно-кишечного тракта / И.А. Беляева, Г.В. Яцык, Т.Э. Боровик, В.А. Скворцова // Вопр. соврем. педиатрии. – 2006. – Т. 5, № 3. – С. 109-113.
4. Винярская И. В. Качество жизни детей как критерий оценки состояния здоровья и эффективности медицинских технологий (комплексное медико-социальное исследование): автореф. дис. на соискание уч. ст. д. мед. наук: 14.00.33 «Общественное здоровье и здравоохранение». – М., 2009. – 45 с.
5. Pediatric atients with dyspepsia have chronic symptoms, anxiety, and lower quality of life s adolescents and adults / S.W. Rippel, S. Acra, H. Correa [et al.] // Gastroenterology. – 2012 – Vol. 142 (4). – P. 754-761.
6. Attachment style in parents of children with chronic gastrointestinal disease / R. Knez, T. Francisković, R.M. Samarin, M. Niksić // Coll Antropol. – 2011. – Vol. 35, Suppl 2. – P. 125-130.
7. Wald A. Quality of life in children and adults with constipation / A. Wald, L. Sigurdsson // Best Pract Res Clin Gastroenterol. – 2011. – Vol. 25 (1) – P. 19-27.
8. Nabors L. A. Four illnesses: lenses for critical topics in child quality of life research / L.A. Nabors, A.R. Hoffman, P.N. Ritchey // J. Pediatr. – 2011. – Vol. 158 (4). – P. 529-531.
9. Health-related quality of life across pediatric chronic conditions / L.M. Ingerski, A.C. Modi, K.K. Hood [et al.]. // J. Pediatr. – 2010. – Vol. 156 (4). – P. 639-644.
10. Протокол лікування синдрому подразненого кишечника у дітей. (Додаток до наказу МОЗ № 471 від 10-08-2007) <http://medstandart.net/browse/2500>
11. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection // Med Care. – 1992. – Vol. 30 (6). – P. 473-483.
12. Антомонов М. Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных / М.Ю. Антомонов. – К.: Малий друк, 2006. – 558 с.

### КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

*Е.М. Платонова*

**Резюме.** Проведена оценка качества жизни детей с синдромом раздраженного кишечника (СРК) в динамике комплексного лечения. Показано, что у детей школьного возраста с СРК происходит снижение показателей по шкалам боли, ролевого эмоционального функционирования, общего здоровья, ролевого физического и физического функционирования по сравнению с контрольной группой. Применение комплексной комбинированной терапии с включением стимулятора энкефалиновых рецепторов (тримебутин) и психокоррекции позволяет улучшить качество жизни пациентов. Описанные изменения сохраняются на протяжении трех месяцев после завершения лечения. Рассматривается целесообразность использования вопросника по качеству жизни с целью оценки клинической эффективности лечения функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта у детей.

**Ключевые слова:** функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта, синдром раздраженного кишечника, качество жизни, лечение.

### LIFE QUALITY AS A CRITERION OF THE CLINICAL EFFECTIVENESS OF TREATING FUNCTIONAL DISORDERS OF THE GASTROINTESTINAL TRACT IN CHILDREN

*O.M. Platonova*

**Abstract.** An assessment of the life quality of children with the syndrome of irritable bowel has been carried out in the dynamics of holiatry. It has been demonstrated that a reduction of indices based on the pain scale, role emotional functioning, general health, role physical and physical functioning occurs in school age children with irritable bowel syndrome (IBS) as compared with the control group. The administration of multimodality combined therapy with the inclusion of the

stimulator of the enkephalin receptors (trimebutin) and psychocorrection enables to improve patients' life quality. The changes described persist during three months upon terminating the treatment. The expediency of using a quality of life questionnaire is considered for the purpose of evaluating the clinical efficacy of treating functional disorders of the gastrointestinal tract (FD GIT) in children.

**Key words:** functional gastrointestinal disorders, irritable bowel syndrome, life quality, treatment.

National Medical University (Odesa)

Рецензент – проф. Т.В. Сорокман

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 4 (64). – P. 130-133

Надійшла до редакції 03.08.2012 року

© О.М. Платонова, 2012

УДК 616-08+616.37-002+616.12-008.331.1+ 616.379-008.64+616-056.52

*В.В. Романуха*

## ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ У ПОЄДНАННІ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

**Резюме.** З метою вивчення клінічно-функціональних особливостей поєданого перебігу хронічного панкреатиту (ХП) з метаболічним синдромом (МС), порушень ліпідного та вуглеводного обміну та ефективності застосування омега-3 поліненасичених жирних кислот (ПНЖК) обстежено 84 хворих. Результати дослідження свідчать про позитивний вплив омега-3 ПНЖК на показники ліпідного обміну (вірогідно знизився рівень триацилгліцеридів (ТГ), холестерину ліпо-

протеїдів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЦ)) та вуглеводного обміну (вірогідно знизився індекс НОМА – IR) у хворих на хронічний панкреатит в поєднанні з метаболічним синдромом. Пропонується новий спосіб корекції порушень метаболізму в осіб із ХП при поєднанні його з МС.

**Ключові слова:** хронічний панкреатит, метаболічний синдром, дисліпідемія, омега-3 ПНЖК.

**Вступ.** За останні роки ріст захворюваності на хронічний панкреатит, а також тяжкі його ускладнення, що мають серйозні соціальні наслідки, пов'язують із супутнім метаболічним синдромом [1, 3, 4, 12]. Функціональний стан підшлункової залози має значну питому вагу в розвитку основних складових метаболічного синдрому (гіперінсулінемія, інсулінорезистентності, порушення толерантності до глюкози) і, навпаки, існуючі метаболічні зміни (ожиріння, атерогенна дисліпідемія) призводять до порушення ендокринної та екзокринної функцій підшлункової залози [11]. У наявних наукових публікаціях ми не знайшли інформації щодо порушень метаболізму у хворих на ХП у поєднанні з МС. На сьогоднішній день є переконливі докази застосування препаратів омега-3 ПНЖК у різних галузях медицини [2, 7].

**Мета дослідження.** Вивчити клінічну ефективність омега-3 ПНЖК у комплексному лікуванні ХП у поєднанні з МС на основі дослідження динаміки показників ліпідного та вуглеводного обміну.

**Матеріал і методи.** Обстежено 84 хворих на ХП у поєднанні з МС. Обстежені були пацієнтами спеціалізованого гастроентерологічного відділення МКЛ №1 м. Івано-Франківська. Серед пацієнтів було 30 (35,7 %) чоловіків і 54 (64,2 %) жінки. Вік обстежених коливався від 20 до 61

року і в середньому становив  $48,3 \pm 4,1$  року. Хворі, які підлягали обстеженню, були рандомізовані за віком і статтю. Всім пацієнтам, включеним у дослідження, після ознайомлення і підписання ними інформованої згоди проводилося загальноклінічне та лабораторно-інструментальне обстеження.

Діагноз ХП верифіковано за даними клінічного (скарги, анамнез, фізикальні дані) та лабораторно-інструментального обстеження згідно з наказом МОЗ України №271 від 13.06.2005. Діагноз МС верифіковано згідно з рекомендаціями Всесвітньої федерації з вивчення цукрового діабету (IDF) [8, 9]. Стан ліпідного обміну оцінювали на основі визначення рівня в сироватці крові загального холестерину (ЗХС), ТГ, холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) фотокolorиметричним способом за допомогою набору реактивів фірми «LASCHEMA» (Чехія) методом Златікс-Зака [10]. Визначення вмісту ХС ЛПНЦ (ммоль/л) проводили, використовуючи формулу:  $\text{ХС ЛПНЦ} = \text{ЗХС} - (\text{ХС ЛПДНЦ} + \text{ХС ЛПВЩ})$ . Рівень ХС ЛПДНЦ (ммоль/л) визначали за співвідношенням  $(\text{ТГ} * 2,29) / 5$ , за умови, що концентрація ТГ не перевищувала 4,5 ммоль/л [6]. Для більш точного відображення сприятливих і несприятливих поєдань різних показників ліпідного обміну стосовно ризику розвитку атеросклерозу розраховували індекс атерогенності