

© Л.М. Пасієшвілі, А.Б. Андруша, 2011

УДК 616.348.002-036.12-009.7:616.711-007.17]-036.8

Л.М. ПАСІЄШВІЛІ, А.Б. АНДРУША

Харківський національний медичний університет, факультет післядипломної освіти, кафедра загальної практики-сімейної медицини, Харків

**ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ОРГАНІЧНОЮ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЯМИ КИШКИ НА ТЛІ ОСТЕОХОНДРОЗУ ХРЕБТА**

В статті наведені результати проведеного порівняльного аналізу якості життя пацієнтів з органічною (хронічний коліт) та функціональною (синдром подразненого кишечника) патологією кишківника, яка перебігає на тлі остеохондрозу хребта. Обстежено 67 пацієнтів із хронічною патологією кишківника на тлі ОХ. Якість життя пацієнтів визначали за допомогою загального опитувальника SF-36 та спеціального для гастроентерологічної патології опитувальника GSRS. У обстежених хворих виявлялося значне зниження показників якості життя за всіма шкалами як неспецифічного, так і специфічного опитувальників, що вказує на «внесок» як хронічного коліту й синдрому подразненого кишечника, так і остеохондрозу в погіршення якості життя хворих з даною патологією. Показано, що поєднання хвороб кишківника та остеохондрозу хребта негативно впливає на психологічний компонент здоров'я, обмежує соціальні контакти, знижує рівень спілкування, збільшує тривожні переживання і рівень депресії. Погіршення компонентів психологічного здоров'я більш виражено в групі хворих із синдромом подразненого кишечника та остеохондрозом, ніж у пацієнтів з органічною патологією кишківника та остеохондрозом.

**Ключові слова:** хронічний коліт, синдром подразненого кишечника, остеохондроз хребта, якість життя

**Вступ.** Кінець ХХ століття ознаменувався відродженням підходу до оцінки хворого, а не хвороби у вигляді концепції дослідження якості життя. Поняття «якість життя» покладено в основу нової парадигми розуміння хвороби та визначення ефективності методів лікування. У сучасній медицині поширився термін «якість життя, пов'язана зі здоров'ям» [3,4,8]. Це той термін, який оцінює не стільки хворобу, скільки хворого. Визначення поняття «якість життя» пов'язане з дефініцією здоров'я, даної експертами ВООЗ: «Здоров'я – це повне фізичне, соціальне і психологічне благополуччя людини, а не просто відсутність захворювання». Останні роки вивчення якості життя у всьому світі представляє одну з актуальних проблем у медицині. Відповідно до нової концепції клінічної медицини якість життя (ЯЖ) хворого є або головною, або додатковою, або єдиною метою лікування [1]. Оцінка ЯЖ особливо важлива при хронічних захворюваннях, що вимагають тривалої терапії, до яких відносяться як остеохондроз хребта (ОХ), так і синдром подразненого кишечника (СПК) та хронічний коліт (ХК). Високе медико-соціальне значення СПК та ХК визначається їх значним внеском у патологію людей соціально активного віку, великими витратами на діагностику і лікування, зниженням якості життя і працездатності.

Погіршення якості життя у хворих з ОХ та хронічною патологією кишківника пов'язане не тільки з больовим синдромом (абдомінальним, вертебральним), моторно-евакуаторними порушеннями, але і з розвитком психологічних розладів. ЯЖ хворих з ХК і особливо зі СПК визначається не тільки соматичними, але й, більшою мірою, психологічними факторами, враховуючи «делікатний» характер скарг при даній патології.

На попередніх етапах дослідження були виявлені певні відмінності в клінічному перебігу ХК

або СПК на тлі ОХ. Поєднаний перебіг ХК та СПК характеризувався формуванням наступних синдромів: абдомінального, синдрому кишкової диспепсії, моторно-евакуаторних розладів, астеноневротичного, вертебрального та синдрому вегетативно-трофічних розладів. Було виділено 3 основні варіанти СПК (за класифікацією E.Webera, R.Mc.Calium, 1992): варіант із перевагою діареї (41,1% хворих), закрепа (23,6%) чи з перевагою болю в животі та метеоризмом (35,3%). Основними клінічними проявами ОХ були вертебральний синдром (біль у хребті, болочість при пальпації остистих відростків та паравертебральних точок, напруження довгих м'язів спини) та синдром вегетативно-трофічних розладів. Поширений ОХ виявили у 58,3% хворих, ОХ попереково-клубового відділу – у 22,4%. Інструментальні дослідження хребта виявили такі зміни: спондилоартроз, деформуючий спондиліоз, кіфоз, лордоз, сколіоз, *spina bifida*, стеноз хребтового каналу, нестабільність хребця та спондилітез.

Хворим з СПК, на відміну від пацієнтів з ХК, були притаманні такі клінічні особливості: зв'язок болю з емоційним навантаженням, відсутність скарг уночі, резистентність до терапії та відсутність прогресування хвороби з роками, частіше реєструвались невротичні прояви (мігреноподібний біль, почуття нестачі повітря та ін.). Упродовж року безперервне існування кишкових скарг до 3 місяців відзначали всі хворі з СПК на тлі ОХ, тоді як даний показник у групі хворих з ХК на тлі ОХ був у межах 0,5-1 місяця. На прогресування симптомів з роками вказували 63,6% хворих ХК та 17,6% пацієнтів з СПК на тлі ОХ. 23,5% пацієнтів першої та 15,5% хворих другої груп відзначали зв'язок між загостренням патології хребта та появою абдомінального болю і кишкової диспепсії. Диспепсія може визначатися як вияв екстраверте-

брального абдомінальгічного синдрому ОХ. Залучення в патологічний процес вегетативної нервової системи, яке часто спостерігається при дегенеративно-дистрофічному процесі в хребті, може призводити до порушення моторно-евакуаторної функції кишківника, що посилює прояви СПК або ХК і створює хибне коло, коли супутня патологія підсилює прояви основного захворювання.

Враховуючи наявність клінічних відмінностей у перебігу органічної та функціональної патології кишківника на тлі остеохондрозу хребта, припускається наявність розбіжностей щодо впливу на якість життя у даних груп пацієнтів.

**Мета дослідження.** Порівняти якість життя пацієнтів з органічною (ХК) та функціональною (СПК) патологією кишківника, яка перебігає на тлі остеохондрозу хребта (ОХ).

**Матеріали та методи.** Обстежено 67 пацієнтів з хронічною патологією кишківника на тлі ОХ. Хворі були розподілені на дві групи: до I увійшли 34 пацієнти з СПК в поєднанні з ОХ, до II – 33 осіб із ХК на тлі ОХ. Діагнози ХК та СПК встановлювали на підставі критеріїв діагностики відповідної нозології (наказ № 271 МОЗ України від 13.06.05, Римські критерії III) [7]. Для оцінки ЯЖ використовуються загальні та специфічні опитувальники. Загальні опитувальники застосовуються при будь-якому патологічному стані, дозволяють порівнювати ЯЖ при різних захворюваннях, але не оцінювати специфічні для конкретної патології аспекти [5,6]. Специфічні опитувальники малочутливі в оцінці впливу супутньої патології. Тому для достовірності результатів ми використовували одночасно як специфічний, так і неспецифічний опитувальники.

ЯЖ обстежуваних пацієнтів визначали за допомогою загального опитувальника Medical Outcomes Study 36-Item (Mos SF-36), в якому 36 пунктів згруповані у 8 шкал. Показники кожної шкали варіюють між 0 і 100 балами, де 100 балів представляє повне здоров'я. Всі шкали формують два показники: душевне та фізичне благополуччя. Кількісно оцінювалися такі показники: 1) фізичне функціонування, що відбиває ступінь, в якому фізичний стан обмежує виконання фізичних навантажень (ходьба, підйом сходами і т.п.), 2) рольове функціонування, обумовлене фізичним станом – вплив фізичного стану на повсякденну діяльність (роботу, повсякденні обов'язки), 3) інтенсивність болю, 4) загальний стан здоров'я – оцінка хворим свого стану здоров'я в даний момент і перспектив лікування; 5) життєва активність; 6) соціальне функціонування; 7) рольове функціонування, обумовлене емоційним станом; шкала передбачає оцінку ступеня, в якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності; 8) психічне здоров'я, характеризує настрій, наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій. Фізичний компонент здоров'я відображають шкали з 1 по 4, а психологічний компонент – з

5 по 8. Для оцінки вираженості гастроентерологічної симптоматики і ЯЖ використовувалася російська версія спеціального опитувальника Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRs), що містить 15 питань, згрупованих у 5 шкал: абдомінальний біль, рефлюкс-синдром, закреп, діарея, диспепсія. Показники шкал коливаються від 1 до 7, більш високі значення відповідають більш вираженим симптомам та більш низькому ЯЖ. Статистична обробка результатів дослідження проводилася за допомогою статистичних пакетів «MS Excel» for Windows, «Statistica 6.0». Достовірність відмінностей оцінювалася за t-критерієм Стьюдента [2].

**Результати досліджень та їх обговорення.** Аналізуючи дані тестування хворих з ХК/СПК на тлі ОХ за допомогою спеціального опитувальника GSRs видно, що провідне місце в клініці захворювання займають діарея/закреп та синдром болю в животі. Ці синдроми слід розглядати як основний фактор, що знижує якість життя у пацієнтів з СПК / ХК на тлі ОХ. Максимально високі показники, які співставлялися ( $p > 0,05$ ) у пацієнтів обох груп, реєструвалися за шкалою діареї, що свідчить про суттєве порушення якості життя цих хворих. Середній бал по зазначеній шкалі склав  $5,1 \pm 0,45$  для пацієнтів 1 групи й  $4,6 \pm 0,52$  для пацієнтів 2 групи. Підвищення показників за шкалою болю в животі та закрепу в обох групах обстежених хворих було менш значним. Найменше вираженими були диспепсичний і рефлюкс-синдроми, які також негативно відбиваються на якості життя хворих. Сумарний бал за шкалою сумарного визначення (середнє арифметичне значення показників усіх шкал) опитувальника GSRs було  $2,51 \pm 0,31$  і  $2,5 \pm 0,34$  відповідно у пацієнтів з функціональною і органічною патологіями кишківника на тлі ОХ (рис. 1).

Результати проведеного дослідження за допомогою анкети показали, що ЯЖ пацієнтів із СПК та ОХ в порівнянні з ХК і ОХ було статистично значуще нижче за шкалами, які оцінюватимуть психологічний компонент здоров'я ( $p < 0,05$ ). Серед хворих СПК і ОХ найбільш низькі показники відзначалися за такими шкалами, як рольове фізичне та соціальне функціонування, що вказує на те, що повсякденна діяльність хворого обмежується клінічними проявами СПК, які супроводжувались негативним емоційним забарвленням. Низький бал за шкалою «життєздатність» ( $35,2 \pm 8,3$  бала) свідчить про різкий занепад сил і енергії, відсутність спонукань і достатнього фізичного потенціалу для адекватного виконання повсякденної роботи, що пов'язано з наявністю двох одночасно існуючих захворювань. ЯЖ при СПК, що перебігає на тлі ОХ, знижено як через частоту та виразність симптомів, так і через негативне емоційне забарвлення, яке вони викликають, що підтверджується низьким балом за шкалою «рольове емоційне функціонування» ( $33,3 \pm 4,8$  бала). Значення фізичного компонента здоров'я за шкалами фізичного функ-

ціонування та інтенсивності болю у хворих СПК на тлі ОХ і пацієнтів із ХК у поєднанні з ОХ не були вірогідно розбіжними ( $p > 0,1$ ). В той час віро-

гідно погіршувалась якість життя у хворих на СПК у поєднанні з ОХ за шкалами загальне здоров'я та рольове фізичне функціонування ( $p < 0,05$ ) (табл. 1).

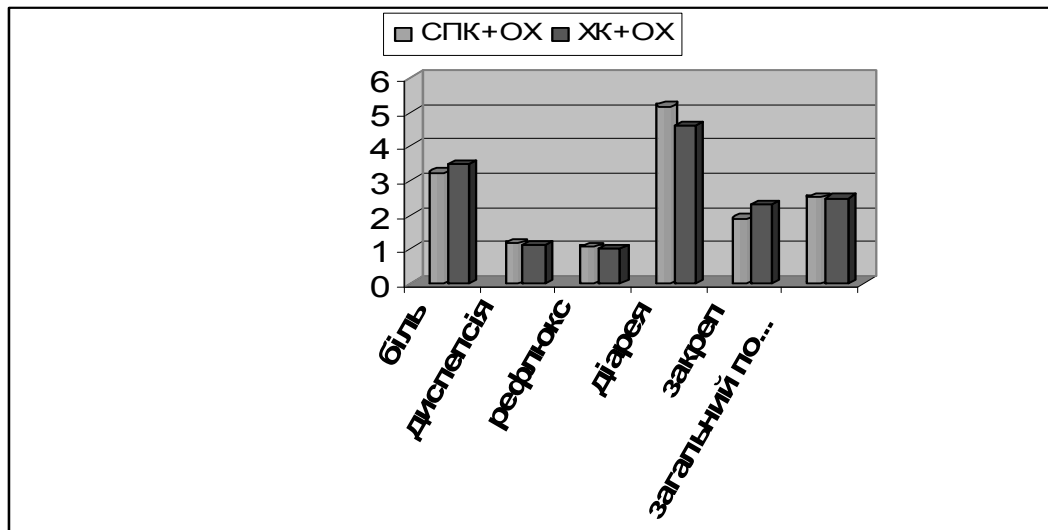


Рис. 1. Показники якості життя за опитувальником GRSRS у хворих на ХК/СПК у поєднанні з ОХ.

Таблиця 1

Показники якості життя за шкалами неспецифічного опитувальника SF у балах ( $M \pm m$ )

Шкали опитувальника SF	Пацієнти з патологією кишківника та ОХ	
	СПК+ОХ, n=34	ХК+ОХ, n=33
Фізичне функціонування	80,5±7,7	85,8±6,4
Рольове фізичне функціонування	25,3±5,8*	50,1±6,9
Інтенсивність болю	40,4±7,0	30,8±6,3
Загальне здоров'я	35,6±6,2*	65,1±7,1
Життєздатність	35,2±8,3*	65,1±7,2
Соціальне функціонування	25,1±4,5*	62,5±6,4
Рольове функціонування, зумовлене емоційним здоров'ям	33,3±4,8*	66,7±5,1
Психологічне здоров'я	36,2±4,2*	64,1±4,6

Примітка: розбіжності вірогідні ( $p < 0,05$ ) порівняно з аналогічними показником у групі хворих на ХК+ОХ.

**Висновки.** У хворих із СПК і ХК, що перебігають на тлі ОХ, виявляється значне зниження показників якості життя за всіма шкалами як неспецифічного опитувальника SF-36, так і специфічного для патології шлунково-кишкового тракту опитувальника GRSRS, що вказує на «внесок» як ХК, СПК, так і ОХ в погіршення ЯЖ хворих з даною поєднаною патологією. Кожне із захворювань є досить серйозним і потребує тривалої і вартісної терапії і в плані порушення ЯЖ та працездатності пацієнтів.

Органічна (ХК) або функціональна патологія кишківника (СПК) на тлі ОХ посилює порушення

ЯЖ хворих, негативно впливає на психологічний компонент здоров'я і робить значний внесок в обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування, збільшення тривожних переживань і рівня депресії. Погіршення емоційного стану та інших компонентів психологічного здоров'я більш виражено в групі хворих з СПК і ОХ, ніж у пацієнтів із ХК на тлі ОХ.

**Перспектива подальших розробок.** Цікавим є проведення моніторингу стану здоров'я та якості життя пацієнта після проведення відповідного лікування в ранні та віддалені терміни.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Амирджанова В. Н. Методология оценки качества жизни в практике ревматолога / В. Н. Амирджанова, Г. М. Койлубаева // Научно—практическая ревматология. — 2003. — №2. — С. 72—76.
2. Лапач С. Н. Статистические методы в медико—биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, В.А.Чубенко, П. Н. Бабич. — К: Морион, 2000. — 315 с.

3. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова — СПб.: Издательский Дом «Нева», М.: «ОЛМА—ПРЕСС» Звездный мир, 2002. — 320 с.
4. Новик А.А. Качество жизни больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки России. Исследование качества жизни в медицине./ А.А. Новик, Т.И. Ионова, В.А. Шуваев, А.В. Киштович. — СПб., 2000. — С. 97 — 98.
5. Ягеньський А.В. Оцінка якості життя в сучасній медичній практиці / А. В. Ягеньський, І. М. Січкарук // Внутрішня медицина. — 2007. — Т. 3, № 3. — С. 57—62..
6. Bowling A. Measuring disease. A review of disease—specific quality of life measurement scales. — Philadelphia: Open University Press, 1996. Kind P. // Quality of Life and Pharmaco—economics in Clinical Trials. 2th ed. / Ed. Spiker. — Philadelphia: Lippincott — Raven Publishers, 1996. — P. 191—201.
7. Drossman D. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process / D. Drossman // Gastroenterology. — 2006. — № 130. — P. 1377—1390.
8. Geusens P. Osteoporosis. / P. Geusens, J. Dequeker. — 1991. — Ciba-Geigy. — p. 242.

**Стаття надійшла до редакції 30.03.2011**

L.M. PASYESHVILI, A.B. ANDRUSHA

Kharkiv National Medical University, Department of Postgraduate Education, General Practice- Family Medicine Department, Kharkiv

**QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ORGANIC AND FUNCTIONAL BOWEL PATHOLOGY ACCOMPANIED BY SPINAL OSTEOCHONDROSIS**

Aim—compare quality of life for patients with organic (chronic colitis) and functional (irritable bowel syndrome) intestinal pathology accompanied by osteochondrosis of the spine (OS). We examined 67 patients with chronic intestinal pathology accompanied by OS. Quality of life determined by the total SF-36 questionnaire and a special questionnaire for gastroenterological pathology GSRS. We revealed a significant reduction in quality of life for all scales of both nonspecific and specific questionnaires, which indicates the "contribution" as chronic colitis, irritable bowel syndrome, and OS in the deterioration of quality of life of patients with this pathology. The combination of bowel disease and OS affects the psychological component of health, limited social contacts, reduces communication increases the level of anxiety and feelings of depression. The deterioration of the components of psychological health more pronounced in the group of patients with irritable bowel syndrom accompanied by OS than in patients with organic bowel pathology and OS.

**Key words:** chronic colitis, irritable bowel syndrome, osteochondrosis, quality of life