

© В.І. Русин, Є.С. Сірчак, Н.Ю. Курчак, О.М. Москаль, Х.В. Футько, 2014

УДК: 616.37-002.2:616.366-089.87:616.89]-08-036.868

В.І. РУСИН<sup>1</sup>, Є.С. СІРЧАК<sup>2</sup>, Н.Ю. КУРЧАК<sup>2</sup>, О.М. МОСКАЛЬ<sup>2</sup>, Х.В. ФУТЬКО<sup>3</sup>

Ужгородський національний університет, медичний факультет, <sup>1</sup>кафедра хірургічних хвороб; <sup>2</sup>кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб; <sup>3</sup>Закарпатський обласний онкологічний диспансер, Ужгород

## ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ПІСЛЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ НА ФОНІ ПАТОГЕНЕТИЧНО ОБҐРУНТОВАНОЇ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ

Наведено результати комплексного обстеження та лікування 96 хворих на хронічний панкреатит після холецистектомії. Доведена ефективність патогенетично обґрунтованого лікування із використанням міотропного спазмолітика, урсодезоксихолевої кислоти, замісної ферментної терапії на показники якості життя та психосоматичні зміни у хворих на хронічний панкреатит після холецистектомії.

**Ключові слова:** хронічний панкреатит, холецистектомія, якість життя, психосоматичні зміни, лікування

**Вступ.** В Україні захворювання шлунково-кишкового тракту посідають друге місце в структурі загальної захворюваності серед дорослого населення, а кількість первинних звернень з приводу цих хвороб збільшилась за останні 10 років у 3–4 рази [8].

Патологія підшлункової залози (ПЗ) займає особливе місце серед захворювань органів травлення, бо є однією з найскладніших щодо діагностики і лікування. Точних даних про розповсюдженість зовнішньосекреторної недостатності ПЗ немає, оскільки відзначається невпинний ріст захворюваності на гострий і хронічний панкреатит (ХП), жовчокам'яну хворобу, патологію великого дуоденального сосочка, цукровий діабет, що розглядаються як хвороби століття і лежать в основі її формування [8].

У світі за останні 30 років спостерігається більш ніж двохкратне зростання захворюваності на ХП. В розвинутих країнах світу патологія ПЗ "помолодшала" – даною патологією уражаються особи активного працездатного віку. Якщо раніше провідним етіологічним фактором формування ХП вважалося вживання алкоголю, то зараз одним з основних факторів визнається патологія біліарної системи [1, 5, 6]. При цьому у 15-40 % випадків холецистектомія (ХЕ) призводить до нової хвороби, яку об'єднують в загальний симптомокомплекс під назвою «постхолецистектомічний синдром», що проявляється функціональними порушеннями органів травлення (дисфункція сфінктера Одді), а також формуванням хронічного панкреатиту (ХП) [7].

Перебіг хронічного ураження ПЗ довготривалий, важко піддається корекції, закінчується важкими ускладненнями та інвалідизацією, що призводить до значних економічних витрат [5, 6]. Тривалий прогресуючий перебіг ХП, зокрема після ХЕ, неминуче веде до зниження якості життя (ЯЖ) даної категорії пацієнтів.

За визначенням ВООЗ (1999 р.), «якість життя – це ступінь сприйняття окремими людьми або

групами людей того, що їхні потреби задовільняються, а необхідні для досягнення благополуччя та самореалізації можливості представляються». З цього визначення випливає, що суть ЯЖ має переважно соціально-психологічну природу. При цьому суть «якості» полягає в оцінці людиною власної задоволеності різними аспектами свого життя, які пов'язані з рівнем його запитів. На думку іншої групи експертів ВООЗ: «якість життя – це індивідуальне співвідношення цілей людини в суспільстві, його планів і можливостей з положенням індивіда в житті суспільства в контексті культури і систем цінностей цього суспільства». Дане визначення має більш урбанізований і соціальний характер поняття якості життя [4, 9].

Дослідницька група ВООЗ запропонувала розглядати питання ефективності та якості медичної допомоги з урахуванням трьох основних критеріїв: адекватності, економічності, науково-технічного рівня. При цьому, під адекватністю медичної допомоги розуміють необхідність досягнення прийнятної для хворого «якості життя» [2].

Саме тому критерій ЯЖ використовують для визначення ефективності лікування в медичних програмах, для визначення переваг методу лікування при рівноцінних ефектах як медикаментозних терапевтичних дій, так і хірургічної допомоги. Тобто покращення ЯЖ після проведеної терапії служить оптимальним критерієм у виборі саме такої лікувальної тактики. ЯЖ може служити показником, на основі якого можлива розробка програм, моніторинг стану здоров'я пацієнта після проведеного лікування в ранні і віддалені терміни [3].

Хвороба як стресова ситуація в житті пацієнта активує систему значущих відносин, вищих регуляторних механізмів, які виявляються в умовах хвороби і лікування, з одного боку, в характерних способах сприйняття переживань і оцінок, а з іншого боку – в особливостях пристосувальної поведінки. Знання і облік цих механізмів реагування на хворобу і терапію можуть підвищити ефек-

тивність останньої, сприяти вибору найбільш точно спрямованих способів лікувального впливу. Методи вивчення ЯЖ ґрунтуються на визначенні пацієнтом рівня власного добробуту в фізичних, психічних, соціальних і економічних відносинах. Всі ці компоненти можуть бути проаналізовані окремо або в цілому за допомогою різних анкет, тестів, шкал, індексів. В даний час існує ряд опитувальників (шкал), які складаються з певного переліку категорій або параметрів і включають задану кількість питань. Оцінка здійснюється за певними шкалами, або кожна відповідь оцінюється в балах. При цьому, параметр може відображати певну сторону життя пацієнта. Існуючі опитувальники можуть бути розділені на неспецифічні (загального типу), тобто використовуються незалежно від нозологічної форми, і специфічні (для осіб з певним захворюванням).

У медичній практиці широко використовується опитувальник MOS 36-item Short-form Health Survey (MOS SF-36), розроблений J.E.Ware в 1992 р. (The Health Institute, New England Medical Center, Boston, США) для узагальнення мінімальних психометричних стандартів, необхідних для групових порівнянь. При цьому опитувальник повинен був визначити загальне здоров'я, тобто ті складові здоров'я, які не є специфічними для вікових груп, певних захворювань або програм лікування. Його методика призначена для вивчення всіх компонентів ЯЖ. Для створення цього опитувальника дослідниками MOS з 40 концепцій здоров'я були відібрані тільки 8, оскільки їх вивчення показало, що вони найчастіше використовуються на практиці в популяційних дослідженнях і найчастіше змінюються під впливом захворювання та лікування. Аналіз цих 8 концепцій показав, що саме вони є складовими характеристиками здоров'я, які включають функцію і дисфункцію, стрес і благополуччя, об'єктивні і суб'єктивні оцінки, позитивні та негативні самооцінки загального стану здоров'я. «Експериментальна» версія опитувальника була створена в 1988 р., а в 1990 р. була створена «стандартна» форма опитувальника. «Стандартна» форма містить більше четвертої частини від усіх слів, які містяться в MOS версії опитувальника SF-36, і є вдосконаленими за форматом та оцінкою за системою шкал [2].

**Мета дослідження.** Визначити динаміку показників якості життя та психосоматичних змін у хворих на хронічний панкреатит після холецистектомії на фоні патогенетично обґрунтованої терапії із використанням спазмолітика, урсодезоксихолевої кислоти (УДХК) та замісної ферментної терапії.

Наукове дослідження є фрагментом держбюджетної теми № 829, ДР: 001134002361 «Механізми оптимізації діагностики та лікування захворювань гепатопанкреатобіліарної зони залежно від впливу екзо- та ендоекологічних факторів довкілля», що виконується на кафедрах хірургічних хво-

роб та пропедевтики внутрішніх хвороб медичного факультету ДВНЗ «УжНУ».

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням знаходилось 96 хворих на ХП після ХЕ, які лікувалися у хірургічному відділенні Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака м. Ужгород, у терапевтичному відділенні лікарні з поліклінікою сектора медичного забезпечення УМВС України в Закарпатській області та перебували на амбулаторно-диспансерному спостереженні у дільничного гастроентеролога/сімейного лікаря за місцем проживання. Всі дослідження проведені за згодою пацієнтів, а методика їхнього проведення відповідала Гельсінській декларації 1975 р. та її перегляду 1983 р.

Усім хворим проведена ХЕ в середньому  $5,9 \pm 2,7$  року тому. Хворі були віком від 20 до 68 років, середній вік складав  $41,9 \pm 7,7$  року; чоловіків було 30 (31,3%), жінок – 66 (68,7%).

В контрольну групу ввійшло 20 практично здорових осіб, віком від 20 до 63 років, середній вік складав  $40,1 \pm 4,6$  року. Чоловіків було 11 (55,0%), жінок – 9 (45,0%).

Усім хворим до і після лікування виконані загальноклінічні методи дослідження. Діагноз загострення ХП виставлявся з урахуванням скарг, анамнестичних, лабораторних (загальний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові, копрологічне дослідження) та інструментальних (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (апарат Philips HDI – 1500)) методів дослідження. Для вивчення зовнішньосекреторної недостатності ПЗ, окрім копрологічного дослідження та визначення рівня амілази у сироватці крові, проводились  $^{13}\text{C}$ -змішаний тригліцеридний та  $^{13}\text{C}$ -амілазний дихальні тести.

Хворим на ХП після ХЕ (в перші два дні після надходження в стаціонар та після проведеного лікування – через 4 тижні) і добровольців із групи контролю проводилася загальна оцінка ЯЖ за допомогою опитувальника SF-36, пункти якої згруповані у вісім шкал: 1) фізичне функціонування (PF) відображає ступінь, при якому стан здоров'я дозволяє виконувати фізичні навантаження; 2) рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP), показує вплив фізичного стану на виконання повсякденних (рольових) обов'язків; 3) шкала інтенсивності болю (BP) відображає вплив болю на повсякденну активність пацієнта; 4) загальний стан здоров'я (GH) виражає уявлення хворого про власне здоров'я в даний момент; 5) життєва активність (VT) має на увазі суб'єктивне відчуття пацієнтом себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленим; 6) соціальне функціонування (SF) визначається ступенем, при якому фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування); 7) рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE), допускає оцінку ступеня, при якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсяк-

денної діяльності; 8) психічне здоров'я (МН) характеризує настрій, наявність депресії, тривоги, загальний рівень позитивних емоцій. Показники кожної шкали оцінювалися в балах від 0 до 100: вища оцінка вказувала на вищий рівень ЯЖ. Всі вищеперераховані шкали формували два показники: фізичний (1–4 шкали) і психічний (5–8 шкали) компоненти здоров'я [1].

Динаміку психосоматичних змін у хворих на ХП після ХЕ вивчали за допомогою таких тестів:

1. Шкали реактивної і особистісної тривожності Spielberg Ch.D. (1972), що призначені для ідентифікації тривоги як стану і тривожності як риси, властивості особистості. Модифікована, адаптована і стандартизована шкала Ханіна Ю.Л. в 1976 р. Встановлені орієнтовні нормативи: низький рівень тривоги – 20-30 балів, середній рівень тривоги – 31-45 балів, високий рівень – 46 балів і вище. Дана методика використовується для обстеження хворих з тривожними, депресивними і тривожно депресивними станами різного генезу.

2. Шкали депресії Бека (BDI). Опитувальник складається з 21 групи тверджень. Хворим пропонують прочитати уважно і обвести номер (0, 1, 2 або 3) твердження, яке найкращим чином відображає їх самопочуття протягом останнього тижня, включаючи день дослідження. Дозволяє охарактеризувати емоційну сферу пацієнтів.

3. Методики визначення рівня депресії, розробленої Zung V. (1965 р.). Використовується для виявлення і кількісної оцінки вираженості депресивних розладів при різних соматичних захворюваннях. Нормативні показники шкали у здорових осіб складають менше 50 балів, 50-59 балів характеризують наявність мінімальної легкої депресії, 60-69 балів – наявність помірної депресії, 70 балів і вище вказують на важку, виражену депресію.

4. Торонтської алекситимічної шкали, призначеної для оцінки трьох основних якостей алекситимії: 1) труднощі у визначенні та описанні власних переживань; 2) складність у проведенні розбі-

жностей між почуттями і тілесними відчуттями; 3) сфокусованість більшою мірою на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях. За даними авторів методики «алекситимічний» тип особистості визначається при балах 74 і вище, «неалекситимічний» – 62 бали і нижче.

Надання медичної допомоги хворим на ХП після ХЕ проводили згідно з клінічним протоколом лікування МОЗ України та локальних протоколів. Патогенетично обґрунтоване лікування хворих на ХП після ХЕ також включало індивідуально підібрану замісну ферментну терапію (Панг-рол 10000, 20000, 25000 або 40000 фірми «Берлін-Хемі», Німеччина) 3 рази на добу; спазмолітика міотропної дії мебеверина (Мебсин ретард фірми «Synmedic», Індія) по 1 капсулі (200 мг) 2 рази на добу за 20 хвилин до їжі. Також призначали препарат урсодезоксихолевої кислоти (УДХК) (Холудексан, фірми «World Medicine»). Добову дозу підбирали індивідуально залежно від ваги тіла з розрахунку 10 мг УДХК на 1 кг ваги тіла. Термін лікування складав 4 тижні.

Аналіз і обробка результатів обстеження хворих здійснювалася за допомогою комп'ютерної програми STATISTICA (фірми StatSoft Inc, USA) з використанням параметричних та непараметричних методів оцінки отриманих результатів.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Після проведення клініко-лабораторних обстежень у всіх хворих після ХЕ верифікували діагноз ХП. З анамнезу встановили, що хворі не зловживали алкоголем. ХП формувався на тлі біліарної патології (у всіх пацієнтів була виконана ХЕ в термінах 5,9±2,7 року тому).

При дослідженні ЯЖ у хворих на ХП після ХЕ до лікування отримані дані свідчать про вірогідне його зниження ( $p < 0,05$ ) порівняно з показниками контрольної групи за всіма шкалами опитувальника SF-36. Призначення патогенетично обґрунтованої терапії хворим на ХП після ХЕ позитивно вплинуло на показники ЯЖ. Результати наведено у таблиці 1.

Таблиця 1

Динаміка показників ЯЖ у хворих на ХП після ХЕ на фоні проведеного лікування

Показник	Контрольна група (n=20)	Хворі на ХП після ХЕ (n=96)	
		до лікування	після лікування
PF	88 ± 3,6	70 ± 2,4	81 ± 1,4
RP	84 ± 1,4	47 ± 3,1 *	66 ± 2,5 **
BP	85 ± 1,9	53 ± 3,9 *	78 ± 1,7 **
GH	82 ± 2,4	57 ± 2,6 *	78 ± 2,4 **
VT	78 ± 1,9	48 ± 1,8 *	69 ± 1,7 **
SF	75 ± 1,6	60 ± 2,4	72 ± 2,2 **
RE	68 ± 2,5	41 ± 1,9*	59 ± 2,5 **
MN	74 ± 2,4	53 ± 1,6*	68 ± 1,2 **
PH	86 ± 2,5	62 ± 1,7 *	83 ± 2,8 **
MN1	75 ± 2,0	54 ± 2,2 *	70 ± 1,9

Примітка: \* –  $p < 0,05$  – між показниками у хворих на ХП після ХЕ та контрольної групи різниця вірогідна;

\*\* –  $p < 0,05$  – показники до та після лікування статистично вірогідно відрізняються.

До лікування виявили низькі середні показники фізичного функціонування (PF) –  $70 \pm 2,4$  бала, що мало тенденцію до збільшення після лікування до  $81 \pm 1,4$  бала. Показники рольового фізичного функціонування (RP) збільшились після лікування до  $66 \pm 2,5$  бала; загального стану здоров'я (GH) – до  $78 \pm 2,4$  бала; життєвої активності (VT) – до  $69 \pm 1,7$  бала; соціального функціонування (SF) – до  $72 \pm 2,2$  бала; рольового емоційного функціонування (RE) – до  $59 \pm 2,5$  бала; психічного здоров'я (MH) – до  $68 \pm 1,2$  бала і статистично вірогідно відрізнялись від таких до лікування –  $p < 0,05$ . При цьому, середні

значення інтегрованого показника фізичного компонента здоров'я (PH) у хворих з ХП після ХЕ на фоні проведеної терапії наблизились до показників контрольної групи ( $83 \pm 2,8$  бала та  $86 \pm 2,5$  бала відповідно). Таку ж тенденцію встановили і при визначенні середнього значення інтегрованого показника психічного компонента здоров'я (MH1), а саме його збільшення до  $70 \pm 1,9$  бала.

Проведення патогенетично обґрунтованого лікування також позитивно вплинуло на показники психосоматичного стану у хворих на ХП після ХЕ (табл. 2).

Таблиця 2

Динаміка показників психосоматичного стану у хворих на ХП після ХЕ на фоні проведеного лікування

Показник	Хворі на ХП після ХЕ (n=96)	
	до лікування	після лікування
Шкали реактивної і особистісної тривожності Ч.Д.Спілберга і Ю.Л.Ханіна		
- ситуаційна тривожність	78 %	91 %
- особиста тривожність	22 %	9 %
Шкали депресії Бека (BDI)		
- без депресії	25 %	54 %
- легка депресія	12 %	30 %
- помірна депресія	31 %	8 %
- виражена депресія	8 %	2 %
- важка депресія	24 %	6 %
Методика диференціальної діагностики станів Зунг		
- легка депресія	50 %	12,5 %
- без депресії	33 %	51 %
- маскована депресія	17 %	36,5 %
Торонтська Алекситимічна шкала		
- група ризику	58 %	22 %
- неалекситимічний тип	26 %	72 %
- алекситимічний тип	16 %	6 %

До проведеного лікування за результатами шкали самооцінки Ч.Д.Спілберга і Ю.Л.Ханіна встановили, що у хворих на ХП після ХЕ спостерігається більш виражена ситуаційна тривожність (78 %), ніж особиста тривожність (22 %).

Результати шкали депресії Бека (BDI) виявили наявність переважно помірної (31 %) та важкої депресії (24 %) у хворих на ХП після ХЕ. Спостерігали більшість відповідей на питання, що характеризують соматичні прояви депресії (№№ 16, 18, 19).

До проведеного лікування за допомогою методики Зунг також встановили наявність легкої депресії у половини хворих на ХП після ХЕ, а маскована депресія спостерігалася у 17 % випадків.

Результати торонтської алекситимічної шкали показали, що 58 % обстежених хворих на ХП після ХЕ є групою ризику щодо алекситимії, а в 16 % пацієнтів спостерігаються явні прояви алекситимії.

Проведена комплексна терапія із використанням замісної ферментної терапії, препарату УДХК

та міотропного спазмолітика, крім позитивного впливу на показники ЯЖ, також позитивно вплинуло на показники психоемоційного статусу у хворих на ХП після ХЕ. Після проведеного лікування встановили зменшення проявів депресії за результатами шкали Бека (до 54 % випадків), а також за результатами методики диференціальної діагностики станів Зунг (до 51 % випадків). Показники торонтської алекситимічної шкали вказують на те, що корекція зовнішньосекреторної недостатності ПЗ, проведення спазмолітичної терапії сприяє зменшенню проявів алекситимії та збільшенню кількості неалекситимічного типу хворих на ХП після ХЕ.

Отже, у хворих на ХП після ХЕ спостерігається виражений рівень депресії, рівень вегетативної лабільності, рівень алекситимії, рівень тривожності. У обстеженій групі хворих на ХП після ХЕ виявлені вірогідно низькі показники ЯЖ та психоемоційного стану в порівнянні із контрольною групою. Отримані результати свідчать про те, що фізичний та емоційний стан у хворих на ХП після ХЕ значно обмежують обсяг

виконання повсякденної роботи і соціально значущої активності. Обстежені пацієнти схильні відчувати себе хворобливими, знесиленими, схильними до депресії, тривоги і переживання інших негативних емоцій в вірогідно більшою мірою, ніж здорові люди, а також негативно оцінювати перспективи власного лікування. Адекватна терапія, спрямована на усунення різних патогенетичних механізмів формування клінічних проявів ХП після ХЕ, також лежить в основі корекції психосоматичних змін та призводить до значного покращення якості життя у даного контингенту пацієнтів.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Будзяк И.Я. Ферментная терапия хронического панкреатита с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы / И.Я. Будзяк // Гастроэнтерология. — 2013. — № 2 (48). — С. 59—63.
2. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. — СПб.: Издательский Дом «Нева». — М.: «ОЛМА-ПРЕССА» Звездный мир, 2002. — 320 с.
3. Полювяная М.Ю. Оценка качества жизни психически больных / М.Ю. Полювяная // Архив психиатрии. — 2002. — № 2. — С. 5—9.
4. Соловьёв А.Г. Оценка качества жизни больных хроническим алкоголизмом / А.Г. Соловьёв, П. И. Сидоров, И.А. Кирпич // Независимый психиатрический журнал. — 2000. — № 3. — С. 37—42.
5. Степанов Ю.М. Хронічний панкреатит: біліарний механізм, чинники та перебіг / Ю.М. Степанов, Н.Г. Заїченко // Запорожский медицинский журнал. — 2012. — № 1 (70). — С. 46—50.
6. Хронический панкреатит: [учебное пособие] / И.В. Маев, А.Н. Казюлин, Д.Т. Дичева, Ю.А. Кучерявый. — М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2007. — 80 с.
7. Шевченко Б.Ф. Дифференциальный подход к органосохраняющим операциям в лечении желчнокаменной болезни / Б.Ф. Шевченко, А.М. Бабий // Гастроэнтерология. — 2013. — С. 95—101.
8. Щербиніна М.Б. Біліарна патологія: камінь спотикання на рівній дорозі сучасної гастроентрології? / М.Б. Щербиніна, І.Ю. Скирда, А.М. Буренко // Здоров'я України. — 2010. — Тематичний номер (Лютий). — С. 18—19.
9. Scott D.L. Quality of life measures: use and abuse / D.L. Scott, T. Garrood // Pract. Res. Clin. Rheumatol. — 2000. — Vol. 14, № 4. — P. 663—687.

V.I. RUSIN<sup>1</sup>, Ye.S. SIRCHAK<sup>2</sup>, N.Yu. KURCHAK<sup>2</sup>, O.M. MOSKAL<sup>2</sup>, H.V. FUTKO<sup>3</sup>

*Uzhhorod National University, Faculty of Medicine; <sup>1</sup>Department of Surgical diseases, <sup>2</sup>Department of Propaedeutics; <sup>3</sup>Transcarpathian Regional Oncology Center; Uzhhorod*

#### DYNAMICS OF QUALITY OF LIFE AND PSYCHOSOMATIC CHANGES AT PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS AFTER CHOLECYSTECTOMY IN BACKGROUND PATHOGENETICALLY SUBSTANTIATED COMPLEX THERAPY

The results of a complex examination and treatment of 96 patients with chronic pancreatitis after cholecystectomy are presented. Efficiency of pathogenetically based treatment using myotropic spomolityk, ursodeoxycholic acid, substitution fermetly therapy on the quality of life and psychosomatic changes in patients with chronic pancreatitis after cholecystectomy are established.

**Key words:** chronic pancreatitis, cholecystectomy, quality of life, psychosomatic changes, treatment

Стаття надійшла до редакції: 29.03.2014