

Степанов Ю.М.,  
д-р мед. наук, проф.  
Крылова Е.А.,  
канд. мед. наук,  
ст. научный сотрудник  
Демешкина Л.В.,  
канд. мед. наук,  
ст. научный сотрудник  
Институт  
гастроэнтерологии  
НАМН Украины,  
Украина

Участники конференции,  
Национального первенства  
по научной аналитике,  
Открытого Европейско-  
Азиатского первенства  
по научной аналитике

## ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

*В статье рассматриваются проблемы, связанные с качеством жизни больных хроническим панкреатитом. Разработана анкета-опросник по изучению качества жизни, связанного с этим заболеванием в динамике лечения, проведена оценка легкости восприятия и понимания пациентами вопросов разработанного специфического опросника по качеству жизни, трудоемкости (затрат времени анкетироваемым).*

**Ключевые слова:** качество жизни, связанное со здоровьем, хронический панкреатит, анкета-опросник.

*This article deals with issues connected with health-related quality of life. The specific questionnaire for patients with chronic pancreatitis was worked out. The evaluation of this questionnaire (patients' comprehensiveness, timesuming etc) was explored.*

**Keywords:** health-related quality of life, chronic pancreatitis, questionnaire.

Общепринятое международное понятие «качество жизни» базируется на 9 составляющих, каждой из которых отводится соответствующий процентный вклад: стоимости жизни – 20%, культуре и досугу – 10%, экономике – 15%, окружающей среде – 5%, свободе – 10%, здоровью – 10%, инфраструктуре в месте проживания – 10%, безопасности и риску – 10%, климату – 10% [1].

Медиков же всего мира волнует именно такая составляющая в структуре качества жизни, как здоровье населения, на улучшении которого сосредоточены усилия всех специалистов в области медицины. Более того, за рубежом был специально введен специальный термин “Health-related quality of life” в переводе «Качество жизни, связанное со здоровьем», который широко используется в научной литературе [2]. Во всем мире, особенно в странах Западной Европы и США, этот термин относится к основному в организации охраны здоровья населения, поэтому повышение его уровня является целью деятельности всех звеньев медицинских учреждений [2, 3, 4].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет качество жизни как индивидуальное соотношение положения в обществе в контексте культуры и систем ценностей данного общества с целями конкретного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неудовольствия. Эксперты ВОЗ рекомендуют при

определении эффективности ведения больного оценивать результаты со всех сторон, обязательно включая и качество жизни, связанное со здоровьем.

В настоящее время, учитывая рекомендации ВОЗ, исследование качества жизни, связанного со здоровьем, становится одним из наиболее главных вопросов в терапевтической практике при оценке любого терапевтического и, в меньшей степени, хирургического вмешательства. Это обусловлено тем, что растет количество больных с хроническими неизлечимыми заболеваниями, когда целью терапии является уменьшение или исчезновение симптомов, что позволило бы пациенту жить в течение продолжительного времени с более высоким качеством жизни, без или с меньшим дискомфортом, обусловленным болезнью.

На сегодняшний день наилучшим и наиболее известным путем получения информации относительно качества жизни, связанного со здоровьем (далее просто именуемого «качеством жизни») является опрос пациента. Для этой цели используются многочисленные опросники (шкалы, индексы и т.д.), которые подразделяются на неспецифические (общие), (например, SF-36, SF-12 Health Utilities Index 3 и др.), и специфические для конкретного заболевания [2, 5].

Общеизвестно, что использование только неспецифических опросников в изучении качества жизни в динамике лечения конкретной патологии некорректно, т.к. они не учитывают

связь выявленных изменений с интересующей исследователя патологией [2]. Например, это хорошо прослеживается в наиболее популярном общем (неспецифическом) опроснике SF-36, в котором ответы на вопросы, касающиеся «ограничений в выполнении физических нагрузок» (подняться пешком по лестнице, пройти несколько кварталов, выполнять тяжелые физические нагрузки и т.д.) могут быть обусловлены не только конкретным заболеванием, интересующим врача (например, хроническим панкреатитом), а и имеющейся сопутствующей патологией (например, перенесенным инфарктом миокарда, стенокардией, болью в суставах, позвоночнике и т.д.) [5]. Несмотря на такие недостатки, общие (неспецифические) опросники с успехом применяются для оценки здоровья в целом. Более того, их положительной стороной является отсутствие необходимости выбирать и оценивать параметры, а следовательно, у них низкий риск пропустить неожиданные побочные эффекты, которые могут быть при изучении любого нового препарата или метода лечения. В то же самое время, они не дают возможность полноценно оценить влияние конкретного метода лечения на конкретную нозологию, что является прерогативой специфических опросников. На сегодняшний день эти опросники разработаны не для всех заболеваний или по структуре не всегда устраивают исследователя по каким-то критериям [6, 7].

Таким образом, понимание всех вышеперечисленных аспектов и отсутствие соответствующего специфического опросника по хроническому панкреатиту (удобного к применению) и обусловило разработку нами специальной анкеты-опросника для изучения качества жизни больных в динамике лечения хронического панкреатита.

*Цель работы:* изучить качество жизни в динамике лечения у больных с хроническим панкреатитом с помощью самостоятельно разработанного специфического опросника.

*Материалы и методы исследования:* Под наблюдением находилось 40 больных с хроническим панкреатитом, сочетанным с разной гастроэнтерологической патологией, которые находились на стационарном лечении в ГУ «ИГ НАМН Украины». В течение 20-25 дней больные получали комплексное лечение, обязательно включающее ферменты та глутаргин (per os в стандартных дозировках). Оценка качества жизни проводилась до и после лечения с помощью разработанного специфического опросника для оценки качества жизни и эффективности лечения больных на хронический панкреатит.

Разработанный опросник содержал вопросы по поводу влияния данного заболевания на качество жизни в целом и отдельные вопросы про жалобы (боль в левом подреберье, опоясывающий боль, вздутие живота и др.), обусловленные хроническим панкреатитом. Также больные самостоятельно оценивали в разработанном специфическом опроснике насколько им мешают жалобы, обусловленные хроническим панкреатитом в повседневной жизни, как они эмоционально воспринимают свою болезнь (ответы варьировали от «спокойного» отношения к болезни до «значительно эмоционально беспокоит»).

После успешного заполнения анкеты-опросника всех больных с хроническим панкреатитом просили дать информацию:

1. Сколько времени они потратили, отвечая на вопросы данной анкеты-опросника (выбор: а) ≤ 10 минут; б) 11-15 минут; в) 16-20 минут; г) более 20 минут; д) затрудняюсь ответить, а также, если возможно, с

конкретизацией точного количества минут, потраченных на ответы)

2. Сложно ли им было отвечать на вопросы (если ответ был «нет» больной переходил к вопросу № 3, если пациент выбирал ответ «да», то просилось конкретизировать почему и предлагались варианты ответов:

- а) не привык к анкетированию;
- б) плохо понимал вопросы [т.к. очень сложные вопросы; по жизни или с возрастом плохо с концентрацией, поэтому с трудом вникал в суть вопросов; быстрая утомляемость при чтении чего-либо; другое (с просьбой конкретизировать)];
- в) плохо было читать из-за плохого зрения

3. По мнению анкетированного, справится ли среднестатистический житель Украины и постсоветского пространства с ответами на вопросы разработанной анкеты-опросника по качеству жизни (предлагаемый выбор ответов «да» и «нет»).

Цель предлагаемых вопросов была оценка легкости восприятия и понимания пациентами вопросов разработанного специфического опросника по качеству жизни, трудоемкости (затрат времени анкетированым).

Все полученные данные статистически обрабатывались в программе Microsoft Office Excel.

*Результаты:* Обследовано 40 больных с хроническим панкреатитом, среди которых 11 (27,5%) пациентов были женщины и 29 (72,5%) – мужчины. Средний возраст больных составил (44,3±1,2) года.

Результаты исследования относительно жалоб больных в динамике лечения приведены на рис. 1.

Как видно на рис. 1, по данным опроса пациентов наблюдается положительная динамика. Так, значительно выраженную боль до лечения отмечали 27,5% проанкетированных, умеренно выраженную – 55,0%, незначительно выраженную – 12,5%. После лечения больные отмечали боль лишь умеренно (32,5%) и незначительно выраженную (42,5%), у остальных пациентов болевой синдром отсутствовал.

Значительно меньше стали беспокоить вздутие и урчание в животе (см. рис. 1).

Эти факты нашли отображение и в том, насколько жалобы больных хроническим панкреатитом, по их собственному мнению, мешают их повседневному стилю жизни (активности в течение дня), т.е. ухудшают их качество жизни (рис. 2).

Как видно на рис. 2, после лечения лишь 5,0 % больных после лечения указали на значительное негативное влияние хронического панкреатита на качество жизни по сравнению с 37,5% до лечения. Значительно увеличился процент больных, которые считали, что жалобы и проявления данной патологии не ухудшали или незначительно ухудшали качество жизни: с 7,5 до 15,0% и с 30,0% до 42,5%, соответственно.

В то же самое время, в отношении эмоционального восприятия своей болезни пациентами ситуация улучшилась, однако не так значительно (рис. 3).

Как видно на рис. 3, сильное эмоциональное беспокойство по поводу своего хронического панкреатита отмечали 12,5% проанкетированных до лечения против 10,0% после

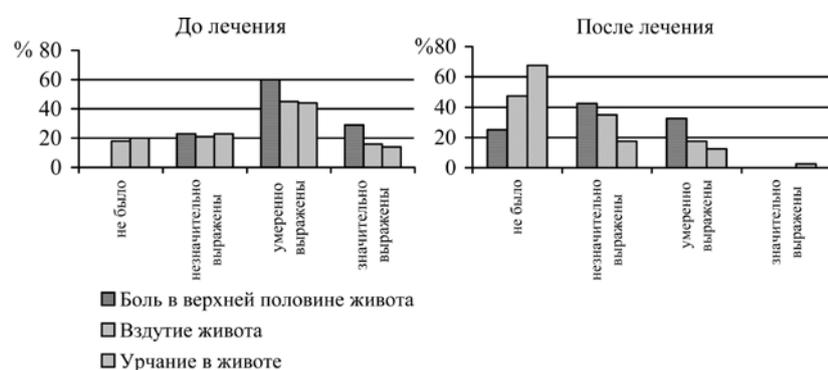


Рис. 1. Изменение частоты и выраженности жалоб больных хроническим панкреатитом в процессе лечения (в %)

лечения, умеренное и незначительное беспокойство – 42,5% против 30,0% и 27,5% против 37,5%, соответственно. Спокойно, без особых эмоциональных переживаний воспринимали свою болезнь 17,5% обследованных до лечения против 22,5% после лечения. Таким образом, в процессе лечения улучшается эмоциональное восприятие больными своего заболевания: уменьшается или исчезает беспокойство у большинства пациентов.

Большинство больных ( $n = 25$ ; 62,5%) на заполнение разработанной анкеты-опросника по качеству жизни затрачивали не более 10 минут, у некоторых больных ( $n = 13$ ; 32,5%) на ответы уходило 11-15 минут, 16-20 минут потратили ( $n = 2$ ; 5,0%), ни один из анкетированных не отвечал более 20 минут. Не все больные смогли конкретизировать более точное время, потраченное на заполнение опросника по качеству жизни, а те, которые это сделали, затратили ( $12,2 \pm 3,6$ ) минут. Данная информация свидетельствует о том, что предлагаемый вариант опросника для больного с хроническим панкреатитом нетрудоемкий для заполнения. К тому же, 37 (92,5%) отметили, что им несложно было отвечать на вопросы, а 3 (7,5%) больных, которым было сложно, подчеркнули «плохое зрение и плохо было читать», «не привык к анкетированию», как факторы, определившие эту сложность. В то же время все больные считают, что среднестатистический житель Украины и постсоветского пространства справится с ответами на вопросы анкеты. По нашему мнению, это довольно хорошие показатели для разработанной специфической анкеты по качеству жизни, что свидетельствует о хороших перспективах по ее использованию.

**Вывод:** Разработанная специфическая анкета-опросник, которая заполняется больными самостоятельно, позволяет оценить динамику жалоб, качества жизни пациентов, эмоциональное восприятие своего заболевания – хронического панкреатита. несложна в заполнении, доступна к пониманию, занимает небольшое количество времени (в среднем  $12,2 \pm 3,6$



Рис. 2. Влияние течения заболевания на обычный ритм жизни больного

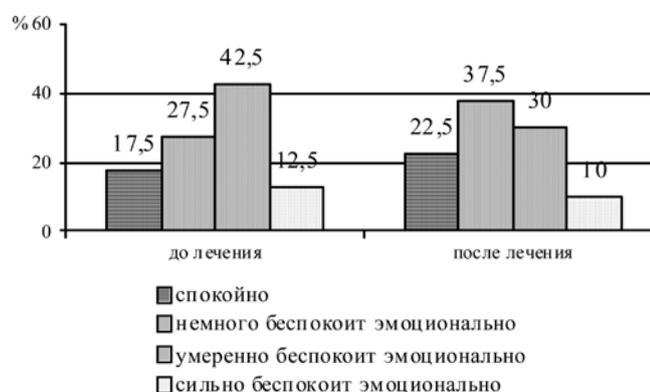


Рис. 3. Эмоциональное восприятие своей болезни больными хроническим панкреатитом по результатам разработанной специфической анкеты-опросника

минут) и может быть рекомендована к использованию отдельно или наряду с любым общим (неспецифическим) опросником.

#### Литература:

1. Международный индекс качества жизни [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <<http://internationalliving.com/2010/12/quality-of-life-index-2011-where-the-numbers-come-from>>
2. Hans Glise, Ingela Wiklund. Health-related quality of life and gastrointestinal disease// J. Gastroent. and Hepatology. – 2002.- Suppl. 14. – S. 72-84.
3. Пономаренко В.М. Методичні підходи до вивчення якості життя населення у взаємозв'язку зі станом здоров'я// В.М. Пономаренко, Г.Л. Апанасенко, Н.І. Чебаненко // Вісник

соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2002. – № 3. – 74-77.

4. Антипенко Е.Н. Качество жизни и самооценка здоровья / Е.Н. Антипенко, Н.Н. Когут // Мед. вести. – 1997. – №2. – С. 20-21.

5. Ware JE The SF-36 Health Survey. – In: Spilker B, ed. Quality of life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials, 2nd edn. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996; 337-45.

6. Pezzilli R. The Quality of Life in Chronic Pancreatitis: The Clinical Point of View / R. Pezzilli, L. Fantini, L. Calculli // J Pancreas. – 2006. – 7(1 Suppl.). – P. 113-116.

7. Fitzsimmons D. Symptoms and quality of life in chronic pancreatitis assessed by structured interview and the EORTC QLQ-C30 and QLQ-PAN26 / D. Fitzsimmons, S. Kahl, Butturini G, van Wyk M [et al.] // Am. J. Gastroenterol. – 2005. – V. 100. – P. 918-26.