

ВПЛИВ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА МЕТОДИ ЇЇ КОРЕКЦІЇ

Г.В. Осьогло, С.М. Прокопчук, О.С. Зубрицький

*Українська військово-медична академія МО України, Київ
Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ» МО України, Київ*

Ключові слова: функціональна диспепсія, військовослужбовці, якість життя, лікування.

Останніми роками у структурі гастроентерологічної патології спостерігається чітка тенденція до більшого поширення функціональних хвороб травного каналу [1, 7, 8]. Перші позиції займає функціональна диспепсія (ФД), коли істотно погіршується якість життя пацієнтів, а ступінь цих порушень часто вищий, ніж при органічному захворюванні органів травлення. Варто зауважити, що в Україні діагноз ФД на відміну від інших країн встановлюють зрідка. Якщо в пацієнта під час обстеження не виявляють хвороби, що належить до групи органічної диспепсії (виразкова хвороба, ГЕРХ, пухлина шлунка), то йому нерідко діагностують хронічний гастрит без гістологічної оцінки гастробіоптату. Такий підхід не може задовольняти військового медика, оскільки цей діагноз обмежує ступінь придатності окремих груп військовослужбовців до виконання їхніх функціональних обов'язків.

Вивчення якості життя (ЯЖ), пов'язаної зі здоров'ям, істотно доповнює традиційну методологію обстеження хворого і є чутливим інструментом, що розкриває суб'єктивне сприйняття хворим стану свого здоров'я. Дослідження ЯЖ дає змогу вивчати вплив різних хронічних хвороб на особистість, забезпечує послідовність ведення пацієнта, спрощує експертизу нових підходів до лікування хронічної патології та підвищує ефективність амбулаторно-диспансерного спостереження [2]. На сьогодні існує багато опитувальників, які можна використовувати в гастроентерологічній практиці. Найпопулярніші — MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), Sickness Impact Profil (SIP), Nottingham Health Profil (NHP), візуально-аналогова шкала болю (VASP), Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) та інші [2, 3].

Враховуючи етіопатогенетичні механізми виникнення основних симптомів при ФД виправданим є застосування антисекреторних препаратів різних груп, антигелікобактерних комплексів (за наявності *H. pylori*-асоційованої ФД) та прокінетичних

засобів [1, 5, 8]. При виразкоподібному варіанті ФД на тлі гіперпродукції хлористоводневої кислоти і гіперчутливості шлунка доцільніше використовувати антисекреторні засоби: блокатори протонної помпи (омепразол, лансопризол, пантопризол, езомепразол, рабепразол) та блокатори H_2 -рецепторів гістаміну (фамотидин, нізатидин, роксатидин) [5, 7]. При дискінетичному варіанті, коли головними патогенетичними чинниками патологічної симптоматики є порушення моторики верхніх відділів травного каналу, ліпше використовувати прокінетичні засоби різних груп (домперидон, метоклопрамід, еглоніл, ітоприд) [1, 6, 8, 10, 11]. При неспецифічному варіанті ФД показана комбінована терапія прокінетичними та антисекреторними препаратами [4]. При *H. pylori*-асоційованій ФД рекомендують проведення стандартної антигелікобактерної терапії [4, 5, 7—9].

Ми маємо досвід ефективного застосування комбінованого препарату «Лімзер» (виробник «Мега Лайфсайенс ЛТД») у пацієнтів з різними варіантами ФД. 1 капсула «Лімзера» містить 20 мг омепразолу в кишково-розчинних гранулах та 30 мг домперидону в гранулах пролонгованої дії. Препарат призначають при ФД по 1 капсулі вранці за 15—20 хв до їди разово протягом 2—4 тиж. Омепразол у кишково-розчинній капсулі сприяє ефективному пригніченню хлористоводневої кислоти в короткі терміни, гранули домперидону пролонгованої дії забезпечують безперервний і тривалий прокінетичний ефект, а разовий прийом препарату поліпшує комплаєнтність пацієнта.

Мета роботи — вивчення клінічної ефективності і впливу на якість життя комплексного препарату «Лімзер» та його поєднання з методами апаратної фізіотерапії при функціональній диспепсії у військовослужбовців.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстежено 28 хворих чоловіків з ФД віком ($33 \pm 3,8$) року. Проводили анкетування для з'ясу-

вання наявності, тривалості й типу ФД. Вираженість симптомів ФД оцінювали за шкалою Likert. Для виявлення морфологічних критеріїв хронічного гастриту і встановлення ступеня контамінації *H. pylori* швидким уреазним тестом виконували фіброгастроудоденоскопію (ФГДС) з біопсією. Усі пацієнти проходили тест з водним навантаженням. Для вивчення динаміки кислототвірної функції проводили експрес-гастро-рН-моніторингування за методикою В.М. Чернобрового. Згідно зі стандартом обстеження, хворим було призначено ультрасонографічне дослідження органів черевної порожнини, клінічний та біохімічний аналізи крові. Показники якості життя оцінювали за шкалою MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36).

Першу групу становили 15 пацієнтів з неспецифічною диспепсією, яким було призначено монотерапію «Лімзером» по 1 капсулі вранці за 15–20 хв до їди разово протягом 4 тиж. До II групи увійшли 13 хворих з неспецифічною диспепсією, котрим, окрім лікування «Лімзером», проводили електросонотерапію на апараті «Ескулап-МедТеко» через день, курсом 10 процедур, що чергували з інформаційно-хвильовою терапією на надчеревну ділянку апаратом «ІХТ-Поріг» через день, курсом 10 процедур. До контрольної групи увійшли 20 практично здорових осіб.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХНЕ ОБГОВОРЕННЯ

У 20 (71 %) із 28 обстежених на тлі запропонованої терапії простежувалася позитивна динаміка клінічних виявів. На поліпшення самопочуття вказали 10 (67 %) з 15 пацієнтів I групи та 10 (77 %) з 13 хворих II групи. Зменшилася вираженість основних виявів хвороби за шкалою Likert в обох групах, а у випадках комбінування медикаментозного лікування та апаратної фізіотерапії у пацієнтів II групи простежувалася тенденція до істотнішого зменшення клінічної симптоматики у вигляді послаблення відчуття переповнення шлунка після їди з 4,1 до 1,3 бала, відчуття тяжкості — з 4,2 до 1,4 бала, здуття в надчеревній ділянці — з 3,4 до 1,2 бала, нудоти — з 2,5 до 1 бала, болю в надчеревній ділянці — з 3,6 до 1 бала та печії — з 2,8 до 1 бала

(таблиця). Аналіз тесту з водним навантаженням виявив статистично значимі знижені показники об'єму випитої рідини ((680 ± 140) проти (1150 ± 95) мл у добровольців, $p < 0,01$) в обох групах до лікування. По закінченні терапії в усіх пацієнтів простежувалася позитивна динаміка у вигляді зростання тестового показника. Так, у хворих I групи величина водного тесту сягнула (970 ± 96) проти (670 ± 144) мл ($p < 0,05$) до лікування. У пацієнтів II групи цей показник становив (975 ± 99) проти (690 ± 136) мл ($p < 0,05$). Вірогідних відмінностей щодо водного тесту між хворими обох груп в ході лікування не виявлено.

Експрес-гастро-рН-моніторингування показало вірогідне підвищення на тлі застосування «Лімзера» показників внутрішньошлункового рівня рН: рН (X) у I групі до лікування становив $1,22 \pm 0,18$, а після вживання «Лімзера» підвищувався до $4,7 \pm 0,44$, $p < 0,05$; Ме рН до лікування — $1,18 \pm 0,13$, на тлі терапії — $4,63 \pm 0,43$, $p < 0,05$; Мо рН зростає з $1,25 \pm 0,16$ до $4,75 \pm 0,49$, $p < 0,05$. У II групі рН (X) до лікування дорівнювала $1,20 \pm 0,15$, а завдяки дії «Лімзера» підвищувалася до $4,68 \pm 0,47$, $p < 0,05$; Ме рН до лікування — $1,15 \pm 0,14$, на тлі терапії — $4,62 \pm 0,41$, $p < 0,05$; Мо рН зростає з $1,25 \pm 0,19$ до $4,76 \pm 0,42$, $p < 0,05$. Вірогідних відмінностей у показниках рН між хворими двох груп під час лікування не виявлено.

Одночасно з клініко-інструментальними і лабораторними показниками оцінювали якість життя пацієнтів під впливом запропонованої терапії за допомогою шкали MOS SF-36 через 4 тиж від початку лікування. Зважали на динаміку ЯЖ в обох групах за шкалою фізичного функціонування, рольового фізичного функціонування, «шкалою болю», загального здоров'я, життєздатності, соціального функціонування, рольового емоційного функціонування та психічного здоров'я. Аналіз добутих даних свідчить про зниження якості життя військовослужбовців з неспецифічною ФД за шкалами рольового фізичного функціонування, болю, загального здоров'я, життєздатності, соціального функціонування, рольового емоційного функціонування та психічного здоров'я. Загалом

Таблиця. Динаміка клінічних виявів ФД за шкалою Likert у процесі лікування, бали

Симптом	I група (n = 15)		II група (n = 13)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Відчуття переповнення після їди	3,9	1,4	4,1	1,3
Тяжкість у надчеревній ділянці	4,2	1,6	4,2	1,4
Здуття в надчеревній ділянці	3,3	1,2	3,4	1,2
Біль у надчеревній ділянці	3,5	1,1	3,6	1
Печія	2,9	1	2,8	1
Нудота	2,4	1	2,5	1

Примітка. Оцінка клінічних виявів згідно зі шкалою Likert за бальною системою: 1 бал — не турбує (симптому немає), 2 бали — спричиняє незначний неспокій (можна не звертати уваги, якщо не думати про це), 3 бали — помірно непокоїть (не вдається не помічати, але не порушує денної активності чи сну), 4 бали — дуже непокоїть (порушує денну активність чи сон), 5 балів — дуже турбує (значно порушує/тимчасово робить неможливою денну активність чи сон, потребує відпочинку).

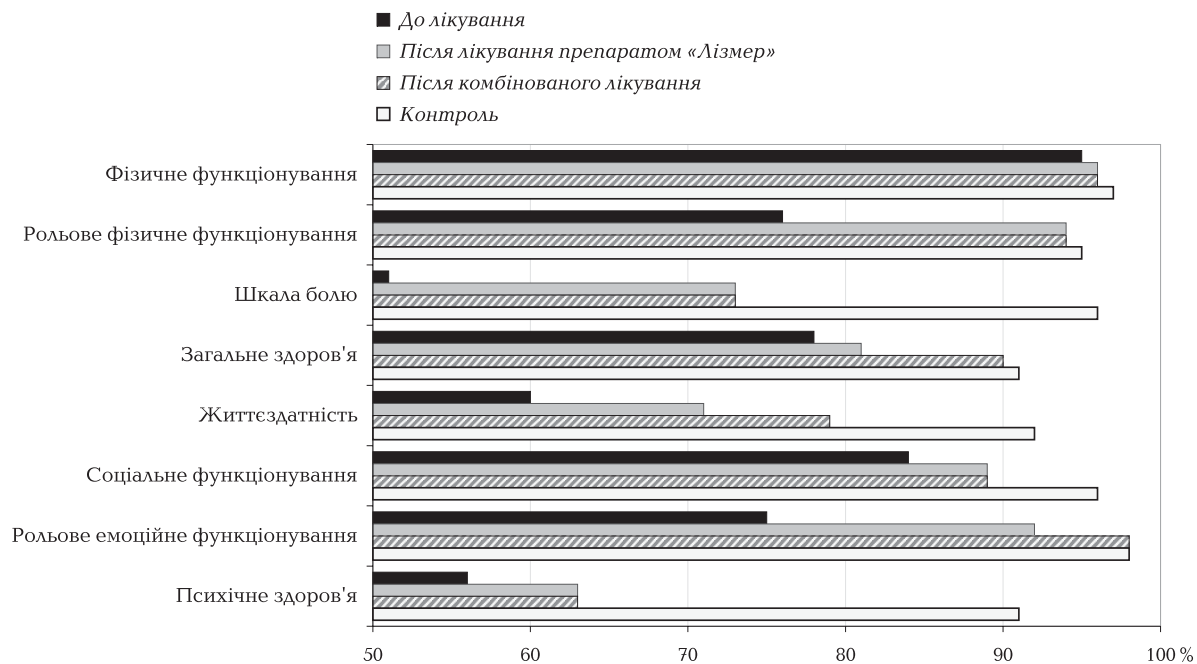


Рисунок. Якість життя за шкалою MOS SF-36 до та після комбінованого лікування та монотерапії препаратом «Лізер»

під впливом «Лізера» в I групі хворих вірогідно підвищувалися показники ЯЖ за шкалою рольового фізичного функціонування з $(75,8 \pm 3,4)$ бала до лікування до $(94,2 \pm 2,8)$ бала через 4 тиж від початку терапії, $p < 0,05$. Середнє значення ЯЖ за «шкалою болю» зросло під дією «Лізера» з $(51,2 \pm 4,9)$ до $(72,6 \pm 4,7)$ бала, $p < 0,05$. Спостерігалось поліпшення ЯЖ за шкалою рольового емоційного функціонування зі зростанням середнього показника по групі з $(75,3 \pm 3,9)$ до $(92,2 \pm 5,1)$ бала, $p < 0,05$ (рисунок). У випадках комбінування «Лізера» та методів апаратної фізіотерапії у II клінічній групі простежувалась тенденція до кращої оцінки свого стану пацієнтами. У них істотніше збільшувався середній показник ЯЖ за шкалою загального здоров'я — з $(76,3 \pm 3,4)$ до $(89,7 \pm 6,4)$ бала ($p < 0,05$), підвищувалась життєздатність — з $(60,1 \pm 2,9)$ до $(78,5 \pm 5,9)$ бала ($p < 0,05$), та зростає показник шкали рольового емоційного функціонування — з $(74,1 \pm 4,1)$ до $(97,8 \pm 5,4)$ бала

($p < 0,05$; див. рисунок). Результати дають підстави стверджувати, що ЯЖ військовослужбовців з ФД поліпшується на тлі застосування «Лізера» та методів апаратної фізіотерапії.

ВИСНОВКИ

При ФД знижується ЯЖ військовослужбовців за більшістю шкал опитувальника MOS SF-36.

Під впливом препарату «Лізер» зменшуються клінічні вияви ФД, покращується якість життя хворих, підвищуються показники водного тесту, що свідчить про зниження гіперчутливості шлунка, вірогідно зростають показники внутрішньошлункового рівня рН, що підтверджує достатній кислотоінгібуючий ефект препарату.

Додаткове призначення електросонотерапії та інформаційно-хвильової терапії хворим з ФД сприяє більш вираженому зменшенню клінічних симптомів захворювання та підвищенню ЯЖ таких пацієнтів за окремими параметрами.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабак О.Я., Чекман І.С., Степанов Ю.М. та ін. Функціональна диспепсія: сучасний погляд на етіологію, патогенез, діагностику та лікування // Сучасна гастроентерол.— 2006.— № 4.— С. 102—105.
2. Кудряшова І.В. Ранняя диагностика хронического панкреатита с позиции использования ультразвуковой томографии и индекса качества жизни: Учебно-методические рекомендации.— Смоленск, 2003.— 21 с.
3. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине.— СПб: Издательский Дом «Нева»; М.: «Олма-пресс» Звездный мир, 2002.— 320 с.

4. Скворцов В.В., Тумаренко А.В., Огинцов В.В. и др. Диагностика и лечение функциональной (неязвенной) диспепсии // Лечащий врач.— 2008.— № 6. <http://www.lvrach.ru/2008/06/5391805/>. www.gastroscan.ru/doctor/skvor01.htm — 35к.
5. Старостин Б.Д. Поддерживающая терапия функциональной диспепсии // Consilium Medicum.— 2004.— Т. 6, № 3.— С. 7—10.
6. Степанов Ю.М., Бугзак И.Я. Использование «Мосида МТ» (мосаприда) при патологии пищеварительного канала // Сучасна гастроентерол.— 2008.— № 3 (41).— С. 64—70.
7. Ткач С.М. Ведение больных с диспепсией: какая стратегия предпочтительна для Украины? // Здоровье Украины.— 2006 (ноябрь).

8. Шептулин А.А. Современные представления о патогенезе, диагностике и лечении синдрома функциональной диспепсии // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.— 2003.— № 1.— С. 19—24.

9. Delaney B. C., Wilson S., Rodlfe A. et al. Randomized controlled trial of Helicobacter pylori testing and endoscopy for dyspepsia in primary care // BMJ.— 2001.— Vol. 322.— P. 898—902.

10. Holtmann G., Talley N.J., T. Liebrechts et al. A placebo-controlled trial of itopride in functional dyspepsia // N. Engl. J. Med.— 2006.— Vol. 354.— P. 832—840.

11. Tack J. New therapeutic targets for FD: what, how and whom? Functional dyspepsia: current evidence and cutting edge outcomes.— Abstract book.— Monreal, 2005.— P. 22—24.

ВЛИЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ И МЕТОДЫ ЕЕ КОРРЕКЦИИ

Г.В. Осёдло, С.Н. Прокопчук, О.С. Зубрицкий

В статье проанализированы современные подходы к диагностике и лечению функциональной диспепсии, рассматриваются пути повышения качества жизни таких пациентов. По результатам собственных исследований обоснован высокий терапевтический эффект «Лимзера» при неспецифическом варианте функциональной диспепсии. Показано положительное влияние препарата на уменьшение клинических проявлений заболевания, повышение качества жизни согласно опроснику MOS SF-36, показателей водного теста, свидетельствующих о снижении гиперчувствительности желудка и возрастание показателей интрагастрального уровня рН, что свидетельствует о достаточном кислотоингибирующем эффекте препарата. Дополнительное применение методов аппаратной физиотерапии способствует более выраженному уменьшению клинической симптоматики и повышению качества жизни.