

УДК 616.33-008.17-031: 611.329+616.52]-036.868

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ И ОЖИРЕНИЕ: ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

*А. А. Качина**, *О. В. Хлынова*, *А. В. Туев*

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера, Россия

GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND OBESITY: CHARACTERISTICS OF QUALITY OF LIFE

*A. A. Kachina**, *O. V. Khllynova*, *A. V. Tuev*

Perm State Academy of Medicine named after Academician E. A. Wagner, Russia

Цель. Оценить качество жизни у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), ожирением и в случае их ассоциированного течения.

Материалы и методы. Обследовано 105 пациентов от 23 до 65 лет, которые были разделены на группы. Среди них лица с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, различными вариантами избыточной массы тела и лица с сочетанием данных патологий. У всех проведена оценка показателей качества жизни по опроснику SF-36.

Результаты. Выявлены различия в уровне качества жизни в случае изолированного и ассоциированного течения заболеваний. Полученные данные свидетельствуют о существенном взаимном отягощении влияния сочетанной патологии на качество жизни пациентов.

Выводы. Сочетанная патология оказывает особенно выраженное отрицательное влияние на психологический компонент здоровья.

Ключевые слова. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ожирение, качество жизни, опросник SF-36.

Aim. To assess the quality of life (QL) in patients with gastroesophageal reflux disease (GERD), obesity and their associated course.

Materials and methods. One hundred and five patients aged 22–65 were divided into two groups and examined. They included subjects with gastroesophageal reflux disease, those with different variants of overweight and subjects with combination of these pathologies. The quality of life indices were estimated using questionnaire SF-36.

Results. Differences in QL level in case of isolated and associated course of disease were found. The obtained data indicate a significant mutual burdening influence of associate pathology on patients' QL.

Conclusion. The associated pathology has a particularly pronounced negative effect on psychological component of health.

Key words. Gastroesophageal reflux disease, obesity: quality of life, questionnaire SF-36.

© Качина А. А., Хлынова О. В., Туев А. В., 2013

e-mail: kachina10@mail.ru

тел. 8 908 245 28 92

[Качина А. А. (*контактное лицо) – аспирант кафедры госпитальной терапии № 1; Хлынова О. В. – доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной терапии № 1; Туев А. В. – заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой госпитальной терапии № 1].

ВВЕДЕНИЕ

Важной задачей медицинской науки является не только продление жизни пациента, но и улучшение качества его жизни [10]. Качество жизни – это важный и относительно независимый интегральный показатель состояния здоровья больных, который должен изучаться наряду с другими клиническими и инструментальными данными [7].

В 1998 г. гастроэзофагеальная рефлюксовая болезнь (ГЭРБ) была отнесена к пяти состояниям, которые в наибольшей мере ухудшают качество жизни человека [15]. Интересно и то, что пациенты с ГЭРБ оценивают свое качество жизни как более низкое в сравнении даже с больными с ишемической болезнью сердца [3, 6].

В последние годы активно изучается проблема сочетанного течения различных патологий [1, 12–14], в том числе и ассоциации ГЭРБ и ожирения [4, 5, 11]. При этом сведения об оценке качества жизни у данных пациентов остаются единичными и малоизученными.

Цель работы – оценить качество жизни у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, ожирением и в случае их ассоциированного течения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование было включено 105 пациентов от 23 до 65 лет, 50% женщин и 50% мужчин (15 пациентов с изолированной ГЭРБ, 15 пациентов с ассоциацией ГЭРБ и избыточной массой тела, 15 пациентов с сочетанием ГЭРБ и ожирением 1-й степени, 15 человек с ГЭРБ и ожирением 2-й степени, 15 человек с избыточной массой тела без ГЭРБ, 15 человек с ожирением 1-й степени без ГЭРБ и 15 человек с ожирением 2-й степени без ГЭРБ). В соответствии с целью

исследования при подборе пациентов определялись следующие критерии включения: больные с доказанными диагнозами ГЭРБ и ожирения; возраст – от 18 до 65 лет; добровольное согласие на участие в программе обследования (согласно положениям Хельсинкской декларации 1996 г. (пересмотр)). Критерии исключения: хронические заболевания внутренних органов в стадии обострения (декомпенсации), включая хроническую сердечную, почечную, дыхательную и печеночную недостаточности; беременность; лактация. При обследовании пациентов использовали общеклинический метод диагностики, анкетирование для выявления особенностей клиники и анамнеза по ГЭРБ и ожирению, антропометрическое обследование с вычислением индекса массы тела (ИМТ), объема талии (ОТ) и объема бедра (ОБ) для определения степени ожирения и его типа. Для оценки ИМТ применялись следующие критерии: менее 18,5 – дефицит массы тела; 18,5–24,5 – нормальная масса; 25,0–29,9 – избыточная масса тела; 30,0–34,5 – ожирение 1-й степени, 35,0–39,9 – ожирение 2-й степени; более 40 – ожирение 3-й степени. Для верификации диагноза ГЭРБ и определения ее эндоскопической формы проводилась эзофагогастродуоденоскопия с использованием гибких эндоскопов.

Оценка качества жизни осуществлялась с помощью русифицированного опросника SF-36. Его российская версия обладает надежными психометрическими свойствами и приемлема для проведения популяционных исследований качества жизни в России. SF-36 является общим опросником и может быть использован для оценки качества жизни здоровых и больных различными заболеваниями [9]. Он отражает общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияет состояние здоровья [2]. SF-36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных на восьми шкалах: физическое функционирова-

ние (physical functioning – PF), ролевая деятельность (role-physical functioning – RP), интенсивность боли (bodily pain – BP), состояние общего здоровья (general health – GH), жизненная активность (vitality – VT), социальное функционирование (social functioning – SF), эмоциональное состояние (role-emotional – RE) и психическое здоровье (mental health – MH). Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале [8]. Из них формируют два параметра: психологический и физический компоненты здоровья.

Также анализу подвергаются следующие величины: показатель физического компонента здоровья (PH), который включает: физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; общее состояние здоровья; психологический компонент здоровья (MH), включающий следующие параметры: психическое здоровье; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; социальное функционирование; жизненную активность.

Ролевое физическое функционирование – шкала, которая показывает роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, отражает степень, в которой здоровье лимитирует выполнение работы или повседневных обязанностей: чем выше показатель, тем меньше, по мнению пациента, проблемы со здоровьем ограничивают его повседневную деятельность. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием здоровья.

Шкала симптомов (BP) оценивает интенсивность болевого синдрома (для больных ГЭРБ – изжоги) и его влияние на способность заниматься нормальной деятельностью, включая работу по дому и вне его в течение последнего месяца: чем выше по-

казатель, тем меньше, по мнению пациента, болевых ощущений он испытывал. Низкие значения шкалы свидетельствуют о том, что симптомы значительно ограничивают физическую активность обследуемого.

Общее состояние здоровья (GH) оценивает состояние здоровья в настоящий момент, перспективы лечения и сопротивляемость болезни: чем выше показатель, тем лучше состояние здоровья респондента.

Шкала жизнеспособности (VT) подразумевает оценку ощущения пациентом себя полным сил и энергии. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении обследуемых, снижении их жизненной активности.

Шкала социального функционирования (SF) оценивает удовлетворенность уровнем социальной активности (общением, проведением времени с друзьями, семьей, в коллективе) и отражает степень, в которой физическое или эмоциональное состояние пациента его ограничивает: чем выше показатель, тем выше социальная активность за последние 4 недели. Низкие баллы соответствуют значительному ограничению социальных контактов, снижению уровня общения в связи с ухудшением здоровья.

Ролевое эмоциональное функционирование (RE) предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой обычной повседневной деятельности, включая большие затраты времени на их выполнение, уменьшение объема сделанной работы, снижение ее качества: чем выше показатель, тем меньше эмоциональное состояние ограничивает повседневную активность респондента.

Психологическое здоровье (MH) характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, оценивает общий показатель положительных эмоций: чем выше показатель, тем больше времени пациенты чувствовали себя спокойными, умиротворенными в течение последнего месяца. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных,

Средние показатели качества жизни по шкалам у пациентов с ГЭРБ, ожирением и их синтропией

Группа	PF	RP	BP	GH	MH	RE	SF	VT
1-я (n=15)	77,5± 5,12	56,25± 5,78	46,25± 2,46	46,25± 2,84	49,0± 1,98	67,0± 2,48	59,38± 2,46	50,0± 2,64
2-я (n=45)	73,33±4,15	48,33± 3,12	37,07± 2,48	54,8± 2,63	53,07± 2,15	53,47± 1,96	44,27± 2,67	45,0± 2,87
3-я (n=45)	66,67±6,45	33,34± 2,13	–	45,22± 2,45	45,33± 2,45	37,11± 2,19	50,11± 3,15	42,22± 1,63
Достоверность различий	$p_{1-2}=0,05$ $p_{1-3}=0,02$ $p_{2-3}=0,01$	$p_{1-2}=0,04$ $p_{1-3}=0,01$ $p_{2-3}=0,01$	$p_{1-2}=0,05$	$p_{1-2}=0,03$ $p_{1-3}=0,07$ $p_{2-3}=0,03$	$p_{1-2}=0,07$ $p_{1-3}=0,03$ $p_{2-3}=0,02$	$p_{1-2}=0,03$ $p_{1-3}=0,002$ $p_{2-3}=0,01$	$p_{1-2}=0,002$ $p_{1-3}=0,04$ $p_{2-3}=0,03$	$p_{1-2}=0,04$ $p_{1-3}=0,01$ $p_{2-3}=0,04$

тревожных состояний, психологическом неблагоприятии.

Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере Intel Pentium Core2 DUO с использованием программы Statistica 6.0. Все значения представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – среднее значение; σ – среднее квадратичное отклонение. Для изучения характера распределения признаков был применен критерий χ^2 . Для установления различия между выборками использовались U -критерий Манна–Уитни (Mann–Whitney). Нулевая гипотеза отвергалась при значении уровня статистической значимости $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У пациентов с изолированным течением ГЭРБ был выявлен самый высокий уровень интенсивности симптомов (BP): изжога, боль, но при этом значение величины социального функционирования (SF) было максимальным по сравнению с другими группами ($p < 0,05$) (табл. 1). Эти данные свидетельствуют в целом об удовлетворенности социальной активностью, при этом симптомы протекающего заболевания ее не усугубляют, что также подтверждает значимо высокий показатель RF – физического функционирования больного в повседневной деятельности ($p < 0,05$).

В группе больных с измененной массой тела (избыточная масса тела, ожирение 1-й, 2-й степени) оказались самыми низкими уровни большинства шкал оценки качества жизни: уровни физического функционирования (PF), ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием личности (RP), общего состояния здоровья (GH), психического здоровья (MH), жизненной активности (VT), а также ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE) (см. табл. 1). При этом различия этих показателей явились статистически значимыми при сравнении с другими группами ($p < 0,05$).

Выявленные различия, безусловно, зависят от симптомов самих заболеваний (ГЭРБ или ожирение), что по-разному сказывается на качестве жизни больных данных групп. При этом показатели качества жизни по величинам GH (общее состояние здоровья в настоящий момент, на которое влияют осознание перспектив лечения и возможности «сопротивляемости» пациента болезни) и MH (психическое здоровье, характеризующееся настроением, эмоциональным фоном, наличием психических расстройств в виде депрессии или тревоги) были самыми высокими и статистически значимыми ($p < 0,05$). Таким образом, складывается впечатление, что сочетанная патология не всегда связана с представлением о низком качестве жизни.

Таблица 2

**Средние показатели качества жизни по шкалам у пациентов с ГЭРБ
и различными степенями ожирения**

Подгруппа	PF	RP	BP	GH	MH	RE	SF	VT
1-я (n=15)	78,75±2,30	68,75±2,54	32,0± 2,14	51,25± 2,45	67,0±2,05	75,0±1,98	43,75±2,08	52,5±2,46
2-я (n=15)	65,38±3,12	43,75±1,56	41,75±2,56	55,25± 2,09	48,0±1,98	41,75±2,08	43,88±2,45	41,88±2,34
3-я (n=15)	66,67±2,45	33,33±2,56	31,33±3,01	58,33± 1,89	48,0±2,16	56,0±3,01	46,0±2,56	43,33±3,33
4-я (n=15)	82,5±1,56	80,0±2,46	–	55,0± 2,19	34,0± 2,85	50,0±2,45	50,0±3,05	35,0±2,89
5-я (n=15)	57,5±1,98	50,0±2,12	–	50,0± 2,08	70,0±2,18	50,0± 2,19	44,0±2,12	42,5±2,15
6-я (n=15)	34,0±2,03	20,0± 2,48	–	47,4±3,0	40,0± 2,56	26,8±2,54	32,6±2,46	35,0±2,12
Достоверность различий	$p_{1-4}=0,04$ $p_{2-5}=0,02$ $p_{3-6}=0,001$	$p_{1-4}=0,04$ $p_{2-5}=0,04$ $p_{3-6}=0,04$	$p_{1-2}=0,03$ $p_{1-3}=0,08$ $p_{2-3}=0,03$	$p_{1-4}=0,04$ $p_{2-5}=0,03$ $p_{3-6}=0,01$	$p_{1-4}=0,002$ $p_{2-5}=0,001$ $p_{3-6}=0,02$	$p_{1-4}=0,001$ $p_{2-5}=0,02$ $p_{3-6}=0,001$	$p_{1-4}=0,03$ $p_{2-5}=0,07$ $p_{3-6}=0,002$	$p_{1-4}=0,001$ $p_{2-5}=0,04$ $p_{3-6}=0,003$

В связи с выдвинутой гипотезой был проведен более детальный анализ показателей качества жизни у больных в различных подгруппах, где отдельно были представлены пациенты с сочетанием ГЭРБ и измененной массой тела в зависимости от уровня ИМТ (степени ожирения) (табл. 2).

Оценка показателей качества жизни у лиц с избыточной массой тела (группа 4) свидетельствует о более высоком уровне величин физического (PF) и социального функционирования (SF), значение которых резко снижается, если к избыточной массе тела присоединяется ГЭРБ (группа 1) ($p < 0,05$). При этом показатели состояния психологического здоровья (MH) и эмоционального функционирования (RE), как и жизнеспособности (VT), находятся на более низком уровне у лиц 4-й группы (избыточная масса тела без ГЭРБ) ($p < 0,05$).

У обследованных с увеличением массы тела (подгруппы 5-я и 6-я – ожирение 1-й и 2-й степени без ГЭРБ), как показало анкетирование, происходит снижение показателей физической ролевой деятельности (RP), общего состояния здоровья (GH), психического здоровья (MH), эмоционального функционирования (RE). Различия этих величин по сравнению с 4-й группой (лица с избыточной массой тела без ГЭРБ) статистически значимы ($p < 0,05$).

Такая же тенденция выявлена во 2-й и 3-й подгруппах (ГЭРБ+ожирение 1-й и 2-й степени). При этом, несмотря на то что сочетанная патология приводит к усугублению физического и психического статуса пациентов, следует отметить некоторое повышение социального функционирования (SF), что может свидетельствовать о своеобразной адаптации больных к их патологическим состояниям.

Детальный сравнительный анализ показывает, что в группе пациентов, у которых ГЭРБ сочетается с избыточной массой тела, по сравнению с подгруппами больных, у которых наблюдалось сочетание течения ГЭРБ и ожирения 1-й, 2-й степени, выявлены более высокие уровни пяти из восьми шкал оценки: жизненной активности (VT), психического здоровья (MH), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE), ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP), физического функционирования (PF) ($p < 0,05$). При сравнении лиц, у которых ГЭРБ сочетается с ожирением 1-й и 2-й степени оказалось, что при наличии ожирения 1-й степени определялись самые низкие уровни физического функционирования (PF) и жизненной активности (VT). Очевидно, это может быть обусловлено тем, что при начальном прогрессировании ожирения пациент ощущает снижение уровня качества

своей жизни, но затем начинает более нейтрально относиться к своему новому состоянию и при развитии ожирения 2-й степени частично восстанавливает свой исходный уровень качества жизни.

Выводы

1. У пациентов с ГЭРБ и нормальной массой тела весовыми показателями, снижающими их качество жизни, являются изжога и болевой синдром, а также степень их интенсивности, тогда как у лиц с изолированным ожирением степень эмоционального состояния и ролевая эмоциональная деятельность определяют низкое качество их жизни.

2. В случае ассоциированного течения ГЭРБ и ожирения (особенно 1-й степени) уровень качества жизни ниже, чем у пациентов с изолированным течением заболеваний, причем страдает в основном психологический компонент здоровья. При этом у пациентов с ГЭРБ и избыточной массой тела сохраняются относительно более высокие показатели здоровья и качества жизни.

3. Представленные аргументы свидетельствуют о существенном взаимном отягощении влияния сочетанной патологии на качество жизни пациентов. Установлено особенно выраженное отрицательное влияние на психологический компонент здоровья.

Библиографический список

1. *Белялов Ф.И.* Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности. Изд. 7-е, перераб. и доп. Иркутск: РИО ИГИУВа 2011; 283.
2. *Бокерия Л.А., Аракелян В.С., Тутов Е.Г.* Понятие «качество жизни» и методы его оценки. Бюллетень НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН 2005; 1: 23–29.
3. *Гриневич В.Б., Саблин О.А.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и ее внепищеводные проявления: современные представления о диагностике и лечении. СПб.: Береста 2004; 10–25.
4. *Звенигородская Л.А., Бондаренко Е.Ю., Чурикова А.А.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у больных с ожирением (клиника, диагностика, лечение): метод. рекомендации. М. 2011; 14.
5. *Звенигородская Л.А., Бондаренко Е.Ю., Хомерики С.Г.* Клинико-морфологические особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов с абдоминальным ожирением. Consilium medicum 2012; 12 (8): 5–9.
6. *Касумов Н.А.* Рефлюкс-эзофагит: современное состояние проблемы. Хирургия 2007; 4: 62–65.
7. Лекции по фундаментальной и клинической онкологии / ред. В. М. Моисеенко, А. Ф. Урманчеева, К. П. Хансон. СПб. 2004; 703.
8. *Марцияш А.А.* «Качество жизни» в практике клинициста. Медицина в Кузбассе 2006; 9: 9.
9. *Новик А.А., Ионова Т.И.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине / под ред. Ю. Л. Шевченко. 2-е изд. М.: ОЛМА-ПРЕСС 2007; 313.
10. *Орлов В.А., Гиляревский С.Р.* Проблемы изучения качества жизни в современной медицине: обзорная информация. М. 1992; 66.
11. *Ткач С.М.* Гастроэнтерологические последствия избыточной массы тела и ожирения. Здоровье Украины 2007; 20 (1): 54–55.
12. *Туев А.В., Китаева Е.А., Хлынова О.В.* Особенности суточного профиля артериального давления у пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией, ассоциированной с кислотозависимыми

- заболеваниями. Российский кардиологический журнал 2010; 86 (5): 4–7.
13. Туев А. В., Хлынова О. В., Кокаровцева Л. В. Структурно-функциональное ремоделирование сердца у больных с сочетанием гипертонической и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Пермский медицинский журнал 2008; 5 (XXV): 65–70.
14. Хлынова О. В., Туев А. В., Кокаровцева Л. В., Китаева Е. А. Структурно-функциональное состояние миокарда у больных артериальной гипертензией, ассоциированной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Уральский медицинский журнал 2010; 10 (75): 37–41.
15. Revicki D.A., Wood M., Maton P.N. The impact of gastroesophageal reflux disease on health-related quality of life. Am. J. Med. 1998; 104: 252–258.

Материал поступил в редакцию 28.12.2012