



УДК 616.329-002-07-036.2-039

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

А.Г. ОПАРИН
А.А. ОПАРИН
О.Е. ШАПОВАЛОВА
Н.В. ЛАВРОВА

*Харьковская медицинская
академия последипломного
образования*

e-mail: oparin@bk.ru

В статье проведено изучение особенностей показателей качества жизни у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью с сопутствующей железодефицитной анемией. Показано, что у студентов, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, отмечается достоверное, по сравнению с нормой, снижение показателей качества жизни, причём у больных с сопутствующей железодефицитной анемией за счёт пика психического здоровья. Установлено, что между степенью тяжести клинического течения коморбидной патологии, показателями агрессии желудочного сока и снижением качества жизни отмечается чёткая корреляционная зависимость. Полученные данные свидетельствуют о роли состояния качества жизни в патогенетических механизмах формирования как гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, так и сопутствующей при ней железодефицитной анемии, и требуют дифференцированных подходов в лечении этой категории больных с учётом особенностей нарушений показателей качества жизни.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, железодефицитная анемия, качество жизни, кислотность.

За последние годы при раскрытии факторов, участвующих в механизме формирования заболеваний внутренних органов, особое внимание уделяется изучению показателей качества жизни (КЖ) пациентов [1, 3, 5, 6, 12]. Такой подход к изучению КЖ у больных не случаен, поскольку результаты субъективной оценки здоровья самим пациентом являются часто наиболее достоверными и убедительными. Так же как достаточно объективно пациенты способны отразить многие важные аспекты своего здоровья, раскрыть особенности клинических проявлений болезни и одновременно понять своё отношение к лечению и степень удовлетворенности им [16, 17, 18, 20].

Особое внимание эта проблема приобретает при обследовании и лечении больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), которая стала, по мнению международных экспертов в нынешнем тысячелетии доминирующим заболеванием пищеварительной системы [4, 5, 11, 13], с высокой степенью риска развития тяжелых осложнений и наличием сопутствующих заболеваний других органов и систем, в том числе и железодефицитной анемии (ЖДА) [2, 7, 8, 10, 14]. Учитывая вышесказанное целью нашего исследования стало изучение особенностей качества жизни при ГЭРБ с сопутствующей ЖДА.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены две группы студентов, больных только неэрозивной формой ГЭРБ в возрасте от 18 до 23 лет. Первую группу составило 45 студентов, больных ГЭРБ без сочетанной патологии. Среди них мужчин было 38 (84,4%), женщин – 7 (15,6%), средний возрастной показатель составлял $21,2 \pm 2,1$ лет. Ведущей жалобой у 39 больных (86,7%) была изжога, которая возникала несколько раз в день. У 6 больных (13,3%) она появлялась 1 раз в сутки, как правило, утром, натощак. У 6 больных (13,3%) среди жалоб превалировала отрыжка кислым, а у 3 пациентов (6,7%) этим симптомом сопровождались неприятные ощущения в области эпигастрия, которые проходили самостоятельно после отрыжки. Все эти симптомы, характерные для ГЭРБ, у большей части больных – 39 пациентов (84,4%), возникли впервые 1-2 месяца назад, у остальных 7 больных (15,6%) – около года назад. При эзофагогастродуоденоскопии (ФГДС) у всех 45 больных выявлено наличие неэрозивного эзофагита (эритема и отёк слизистой пищевода). У 28 больных, которым проводилось дополнительно рентгенологическое исследование пищевода и желудочно-кишечного тракта, результаты исследований полностью совпадали с данными ФГДС.

Кислотность желудочного сока у 42 больных (93,3%) была повышенной, у остальных 3 пациентов она оставалась на уровне здоровых студентов контрольной группы. В среднем у них уровень рН-метрии в антруме ($5,00 \pm 0,05$) и в корпусе ($0,82 \pm 0,09$) был статистически достоверно ниже, чем у лиц контрольной группы ($6,3 \pm 0,58$ и $1,41 \pm 0,07$ соответственно).



Во вторую группу больных ГЭРБ с сопутствующей ЖДА входило 52 больных, из них мужчин - 45 (86,5%), женщин - 7 (13,5%), средний возраст которых составил $21,4 \pm 2,1$ лет, то есть был таким же как и в группе сравнения. В клинической картине наиболее частой жалобой ГЭРБ была отрыжка воздухом - у 40 пациентов (76,9%), у 5 больных (9,6%) – регургитация, изжогу отмечали всего лишь 7 больных (13,5%). У половины больных параллельно ведущим в клинике было чувство тяжести, вздутия и переполнения желудка после еды. Среди этой основной группы больных ГЭРБ была выявлена впервые у 32 студентов (61,5%), у остальных 20 пациентов год назад.

Кислотность желудочного сока среди больных этой группы была повышена у 22 больных (42,3%), у остальных 30 пациентов она оставалась на уровне нормы или даже ниже её. В среднем уровень кислотности в корпусе ($1,41 \pm 0,09$) и антруме ($6,1 \pm 0,07$) был достоверно выше ($p < 0,05$) чем в первой группе без сочетанной патологии и мало отличался от нормы ($p > 0,5$).

При эзофагогастродуоденоскопии у всех 52 пациентов обнаружен неэрозивный эзофагит с наличием эритемы и отека слизистой пищевода. Более того, все пациенты этой группы, наряду с указанными симптомами, характерными для ГЭРБ, отмечали нарастающую слабость, быструю утомляемость и появление изменений в анализе крови – снижение уровня гемоглобина от 85 до 105 г/л (в среднем до $101,1 \pm 2,44$ г/л при норме $129,3 \pm 1,15$ г/л), цветного показателя – 0,67 до 0,80 (в среднем до $0,74 \pm 0,04$, при норме $0,96 \pm 0,07$), а так же снижение содержания сывороточного железа от 7,5 до 9,8 мкмоль/л (до $9,42 \pm 0,15$ мкмоль/л при норме $19,2 \pm 1,86$ мкмоль/л).

Все эти клинико-лабораторные данные позволили диагностировать у этой группы больных ГЭРБ наличие сопутствующей ЖДА. Больных с эрозивной формой ГЭРБ с наличием других заболеваний внутренних органов, включая систему пищеварения, в исследование не включали.

Оценку КЖ проводили, используя унифицированный опросник SF-36, который включал оценку шкалы физического здоровья: ролевого физического функционирования (RP), физического функционирования (PF), шкалы боли (BR) и общего здоровья (GH), а так же шкалы психологического здоровья: ролевого эмоционального функционирования (RE), шкалы жизнеспособности (VT), психического здоровья (MH) и социального функционирования (SF). Показатели каждой шкалы варьировали от 0 до 100 баллов, где 100 баллов – уровень полного здоровья. Опросники заполнялись пациентами самостоятельно.

За норму изучаемых показателей были приняты средние данные, полученные у 20 здоровых лиц того же возраста и пола, которые были включены в группу контроля. Статистическую обработку полученных результатов проводили на персональном компьютере «Statistical for Windows»: оценивали средние значения (M), их ошибки (n). Статистический анализ различий между группами больных проведен с помощью t-критерия Стьюдента, достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследований и их обсуждение. При исследовании КЖ больных ГЭРБ с сочетанной ЖДА (2-я группа) и больных ГЭРБ без сопутствующей патологии (1-я группа) нами установлено, что у больных обеих групп их показатели были снижены (см. табл.) и по сравнению с контрольной группой здоровых студентов по всем шкалам опросника SF-36 разница была статистически достоверной ($p < 0,001$).

Таблица

Средние показатели КЖ у больных ГЭРБ с сопутствующей ЖДА и без сочетанной патологии и у здоровых лиц контрольной группы

Шкалы КЖ	Больные ГЭРБ		Здоровые лица контрольной группы; n=20	P – степень достоверности
	Без сочетанной патологии	С сопутствующей ЖДА		
Физическое функционирование (PF)	$50,6 \pm 3,7$	$47,3 \pm 3,9$	$84,5 \pm 4,0$	$P^1 < 0,001$ $P^2 < 0,001$ $P^3 > 0,05$
Ролевое физическое функционирование (RP)	$42,6 \pm 3,1$	$40,1 \pm 4,2$	$71,4 \pm 3,0$	$P^1 < 0,001$ $P^2 < 0,001$ $P^3 > 0,05$
Интенсивность боли (BR)	$47,1 \pm 3,2$	$45,2 \pm 4,0$	$76,3 \pm 4,0$	$P^1 < 0,001$ $P^2 < 0,001$ $P^3 > 0,05$
Общее здоровье (GH)	$42,5 \pm 3,9$	$40,1 \pm 3,8$	$74,0 \pm 4,1$	$P^1 < 0,001$ $P^2 < 0,001$



				$P^3 > 0,05$
Жизнеспособность (VT)	52,4±3,0	38,6±3,6	80,5±3,2	$P^1 < 0,001$ $P^2 < 0,001$ $P^3 < 0,05$
Социальное функционирование (SF)	54,9±4,0	42,3±3,8	81,4±4,2	$P^1 < 0,001$ $P^2 < 0,001$ $P^3 < 0,05$
Рольное эмоциональное функционирование (RF)	55,7±3,8	37,8±3,6	78,6±3,1	$P^1 < 0,001$ $P^2 < 0,001$ $P^3 < 0,05$
Психическое здоровье (MH)	51,9±3,3	35,6±3,2	75,1±3,7	$P^1 < 0,001$ $P^2 < 0,001$ $P^3 < 0,05$

Примечание: p^1 - степень достоверности разницы между больными без сопутствующей патологии и нормой; p^2 - между больными ГЭРБ с сопутствующей патологией; p^3 - между больными первой и второй группы.

Более того, нами установлено, что у больных ГЭРБ с сочетанной патологией (2-я группа) показатели КЖ находились на более низком уровне не только по сравнению с группой здоровых лиц (нормой), но и средними показателями первой группы больных ГЭРБ без сопутствующей патологии. Причём, если по шкалам физического здоровья (физическое функционирование, рольное физическое функционирование, интенсивность боли, общее здоровье) разница эта была статистически недостоверной ($p \geq 0,05$), то по шкалам психосоматического здоровья (ролевого эмоционального функционирования, шкалы жизнеспособности, психического здоровья и социального функционирования) показатели КЖ у группы больных с сопутствующей анемией были статистически достоверно ниже, чем у больных ГЭРБ без сочетанной патологии.

У больных первой группы установлена чёткая корреляционная зависимость между тяжестью течения ГЭРБ, степенью снижения показателей качества жизни и повышением агрессии желудочного сока. В то время, как у пациентов второй группы отмечается чёткая корреляционная зависимость между степенью выраженности признаков анемии и снижением показателей КЖ, причём за счёт шкал психического здоровья. Полученные данные свидетельствуют о роли состояния качества жизни в механизмах формирования, как ГЭРБ, так и ЖДА и требуют дальнейшего изучения.

Выводы:

1. У студентов больных ГЭРБ статистически достоверно снижаются показатели КЖ, глубина снижения которых, особенно в спектре оценки психического здоровья, статистически достоверно увеличивается при появлении у них сопутствующей ЖДА.
2. Между степенью тяжести клинического течения ГЭРБ и ЖДА, показателями агрессии желудочного сока и снижением качества жизни установлена чёткая корреляционная зависимость.
3. При проведении лечебно-реабилитационных мероприятий больных ГЭРБ и особенно в случаях наличия сопутствующей ЖДА, необходимо учитывать глубину и особенность изменения спектра КЖ пациента.

Литература

1. Ганюкова Н.Г., Поспелова Т.И., Солдатова Г.С. Качество жизни больных с бронхиальной астмой, ассоциированной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. // Биология, клиническая медицина. — 2007. — Т.5, №2. — С. 8-12.
2. Джулай Г.С., Секарева Е.В., Курицын В.М., Джулай Т.Е. клиничко-патогенетические варианты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: факторы риска и предикторы. // Терапевтический архив. — 2013. — №2. — С. 8-12.
3. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Современный подход к терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни во врачебной практике. // Рос. мед. журнал. — 2003. — №2. — С. 43-48.
4. Лазебник Л.Б., Бордин Д.С., Машарова А.Н. Факторы, влияющие на эффективность лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни ингибиторами протонной помпы. // Терапевтический архив. — 2012. — №2. — С. 16-31.
5. Маев И.В., Самсонов А.А., Бусарова Г.А., Мотузова Е.В., Голубев Н.Н. Клинико-экономический анализ поддерживающей антисекреторной терапии и динамика показателей качества жизни при неэрозивной рефлюксной болезни. // Клин. перспективы гастроэнтерологии, гепатологии и капрологии. — 2007. — №3. — С. 40-45.
6. Маев И.В., Юренев Г.Л., Бусарова Г.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. // РЖГТК. — 2012. — №5. — С. 13-23.



7. Скрипник М.Т., Емельянова Н.Ю. Взаимосвязь стоматологических и фаринголаринготрахеальных проявлений у пациентов с ГЭРБ. //Сучасна гастроентерологія. —2009. — №1(45). — С. 18-20.
8. Степанов Ю.М., Буддяк І.Я., Косянска С.З. Шляхи оптимізації лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. //Сучасна гастроентерологія. — 2012. —№2(64). —С. 109-113.
9. Ткач С.М. Естественное течение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и роль эзомепразола в предупреждении её прогрессирования. //Сучасна гастроентерологія. — 2011.— №3(59).—С. 70-77.
10. Томаш О.В., Руденко Н.Н. Гастроэзофагеальная рефлюксовая болезнь традиционный взгляд и новые подходы к лечению. //Сучасна гастроентерологія. — 2009. — №3(47). — С. 98-106.
11. Фадеенко Г.Д., Кушнир І.Э., Бабак М.О. Эндоскопические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. // Сучасна гастроентерологія. — 2008. — №5 (43). — С. 12-16.
12. Чучалин А.Г., Белевский Б.А., Черняк Б.А. Качество жизни больных обструктивной болезнью лёгких в России: результаты многоцентрового популяционного исследования «ИКАР-ХОБЛ». // Пульмонология. — 2005. — №1. — С. 93-102.
13. Шварц Ю.Г., Суворова С.А., Козлов И.В., Пархонюк Е.В. Анемия и гастроэзофагеальная рефлюксовая болезнь у больных ишемической болезнью сердца. // Клиническая медицина. — 2012. — №9. — С. 47-49.
14. Шербина М.Б., Закаревская Е.В., Скоромед Т.А. Новые стратегии в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. // Сучасна гастроентерологія. — 2010. — №4(54). — С. 83-89.
15. Becher A., Dent J. Systematic review: Ageing and gastro-esophageal reflux disease symptoms, esophageal function and reflux esophagitis. // Aliment Pharmacol. Ther. — 2011. — 33(4). — P. 442-454.
16. Eslik G.D., Talley N.J. Gastroesophageal Reflux Disease (G.E.R.D.) : Risk Factors and Jmpaot on Quality of life. A. Population-based study. // Clin. Gastroenterology. — 2008. — 3(Epubahead of print).
17. Curtis J.R., Patrick D. L. The assessment of health status 15, among patients with COPD. // Eur. Respir. J. — 2003. — 21(suppl.41). — P. 36-45.
18. Jeong J.J., Clion M.G., Cho Y.S. Chronic gastrointestinal symptoms and quality of life in the Korean population. // World J. Gastroenterol. — 2008. — 14(41). — P. 6388-6394.
19. Savarino E., Zentilin P., Marabotto E. Overweight is a risk factor for both erosive and non-erosive reflux disease. // Digest Liver Disease. — 2011. — 43(12). — P. 940-945.
20. Wahlgvist P., Karlsson M., Johnson D. Relations-Hip between symptom load of gastro-esophageal reflux disease and health related quality of life, work productivity, resource aliment. // Pharmacology Ther. — 2008. — 27(10). — P. 960-970.

FEATURES OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE WITH IRON DEFICIENCY ANEMIA

A.G.OPARIN
A.A.OPARIN
O.E.SHAPOVALOVA
N.V.LAVROVA

*Kharkiv Medical Academy
of Postgraduate Education*

e-mail: oparin@bk.ru

The article deals with the study of the peculiarities of quality of life parameters in patients with gastroesophageal reflux disease with concomitant iron deficiency anaemia. It is proved that students suffering from gastroesophageal reflux disease, compared with the norm, have significant lowering in the quality of life. Moreover, patients with concomitant iron-deficiency anemia it is so due to the scales of their mental health. It is established that between the severity of clinical course of comorbid pathology indicators aggression of gastric juice and diminished quality of life there is a clear correlation dependence. The data obtained indicate that the role of the quality of life in pathogenetic mechanisms of formation as gastroesophageal reflux disease and concomitant with its iron deficiency anemia, and require differentiated approaches in treatment of this category of patients with consideration of the peculiarities of violations of the quality of life.

Key words: gastroesophageal reflux disease, iron deficiency anemia, quality of life, acidity.