

А.Е. Шкляев, Ю.В. Горбунов

**ПРИМЕНЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО
ОПРОСНИКОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ КИШЕЧНИКА**

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия Минздрава
России», кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и
гематологии, г. Ижевск, Россия.

A.E. Shklyayev, Y.V. Gorbunov

**THE USE OF SPECIFIC AND NON-SPECIFIC QUESTIONNAIRES TO
ASSESS QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL
DISORDERS OF INTESTINE**

Izhevsk state medical Academy Ministry of health of Russia, Department of
faculty therapy with the courses of endocrinology and hematology, Izhevsk,
Russia.

Резюме.

Цель: сравнительная оценка качества жизни пациентов с СРК в
процессе лечения с использованием специфического и неспецифического
опросников.

Материалы и методы: проведено динамическое исследование
качества жизни 40 пациентов СРК с помощью опросников GSRS и SF-36.

Результаты: отмечено уменьшение выраженности синдромов по
всем 6 шкалам опросника GSRS, причем через 1 - 3 недели лечения

динамика приобретала статистически достоверный характер, а общий балл достоверно улучшался уже через 1 неделю терапии. Положительная динамика была получена по двум шкалам опросника SF-36 (социальное функционирование и эмоциональное функционирование), а также по физическому и психологическому компонентам здоровья.

Выводы: показаны высокая чувствительность специфического опросника GSRS и диагностическая значимость неспецифического опросника SF-36 у больных СРК, отмечена необходимость их совместного применения.

Ключевые слова: качество жизни; синдром раздраженного кишечника.

Summary.

Objective: comparative assessment of the quality of life of IBS patients in the treatment process with the use of specific and non-specific questionnaires.

Materials and methods: a dynamic study of quality of life in 40 patients of IBS with the use of questionnaires GSRS and SF-36.

Results: marked decrease in the severity of syndromes on all 6 scales of the questionnaire GSRS, and after 1 to 3 weeks of treatment dynamics was gained statistically significant, and total score improved significantly already after 1 week of therapy. Positive dynamics was obtained on the two scales of the questionnaire SF-36 (social functioning, and emotional functioning), as well as physical and psychological components of health.

Conclusions: the high sensitivity of specific questionnaire GSRS and diagnostic significance of nonspecific SF-36 questionnaire in patients with IBS, the necessity to combine them.

Key words: quality of life; irritable bowel syndrome.

Одним из наиболее важных направлений современной медицины являются исследования в области качества жизни. Анализ качества жизни позволяет определить субъективное восприятие болезни пациентом, он также важен для решения многих вопросов, возникающих в процессе лечения [2]. В ряде исследований убедительно продемонстрировано, что качество жизни пациентов с функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта зачастую оказывается ниже, чем при тяжелой соматической патологии [8, 9, 11]. У больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК) по мере нарастания выраженности психологических расстройств показано закономерное ухудшение качества жизни [10].

Технология оценки качества жизни связана с непосредственным участием самого больного, которому предлагается заполнить специально разработанные анкеты или опросники. Разработаны общие (неспецифические) опросники, направленные на оценку здоровья в целом, независимо от патологии, и специальные (специфические), которые нацелены на отдельные системы органов или заболевания. Преимущество общих опросников заключается в возможности их использования при различных нозологиях, в разных возрастных и этнических группах с

возможностью дальнейшего сопоставления полученных результатов. Сфокусированность специфических опросников на конкретные системы органов и нозологические единицы повышает их чувствительность и позволяет отследить изменения качества жизни пациента за относительно короткий промежуток времени, давая возможность оценить эффективность проводимой терапии. Для сбора объективных данных по всем сферам жизнедеятельности и адекватной оценки изменения качества жизни в зависимости от эффективности конкретного метода лечения рекомендуется одновременное использование двух опросников – общего и специального [1]. В гастроэнтерологической практике наиболее часто используются неспецифический SF-36 и специфический GSRS [2]. Однако, в большинстве исследований применяют либо специфический, либо неспецифический опросники, не проводя сопоставлений между ними.

Цель исследования: сравнительная оценка качества жизни пациентов с СРК в процессе лечения с использованием специфического и неспецифического опросников.

Материалы и методы. Обследовано и пролечено 40 человек (9 мужчин и 31 женщина), страдающих синдромом раздраженного кишечника. Диагноз верифицировался в соответствии с «Римскими критериями III». Все пациенты получали одинаковую фармакотерапию (без включения психотропных препаратов) в течение 25 дней.

Оценка выраженности клинических синдромов проводилась по специфическому опроснику GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale), который используется для характеристики патологии от верхних отделов пищеварительного тракта до кишечника. Он состоит из 15 пунктов, преобразуемых в 6 шкал отдельных синдромов: абдоминальный болевой, рефлюкс-синдром, диспепсический, диарейный, синдром запоров и общий балл. Выраженность клинических проявлений каждого синдрома определяется в баллах от 1 до 7, где 1 – отсутствие симптомов, 7 – очень сильно беспокоящие симптомы. Русскоязычная версия опросника (Международный Центр исследований качества жизни, Санкт-Петербург, 1998) признана надежной, валидной и чувствительной, рекомендована для проведения популяционных исследований качества жизни в гастроэнтерологии у жителей России [7]. Оценка качества жизни по опроснику GSRS в обследованной группе проводилась четырехкратно: исходно (до лечения), а также через 7, 14 и 21 день от начала проводимой терапии.

Для оценки составляющих здоровья, которые не являются специфичными для возрастных групп, определенных заболеваний или программ лечения (оценка общего здоровья) использовался опросник SF-36. Его русскоязычная версия (Международный Центр исследований качества жизни, Санкт-Петербург, 1998) обладает надежными психометрическими свойствами и является приемлемой для проведения

популяционных исследований качества жизни в России. Опросник содержит 36 пунктов, которые сгруппированы в восемь шкал. Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100, где 100 представляет полное здоровье. Все шкалы формируют два основных компонента здоровья: физический и психологический. Использование опросника SF-36 широко распространено при различной патологии внутренних органов: артериальной гипертензии, бронхиальной астме, ревматоидном артрите, ожирении, недифференцированной дисплазии соединительной ткани [3, 4, 5, 6]. С учетом меньшей специфичности и апробированной другими исследователями кратностью оценка качества жизни по опроснику SF-36 в обследованной группе проводилась дважды: исходно (до лечения) и через 21 день от начала проводимой терапии [2].

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с определением средних величин (M), ошибки репрезентативности ($\pm m$) и коэффициента Стьюдента (t).

Проведение исследования одобрено Комитетом по биомедицинской этике ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России» (протокол №436 от 28.04.2015 г.), пациенты подписывали информированное согласие на включение в исследование.

Результаты и обсуждение. Возраст обследованных пациентов составил от 21 до 51 года (средний возраст – $24,73 \pm 2,15$ года). При первичной диагностике СРК у большинства пациентов в клинической

картине заболевания преобладал абдоминальный болевой синдром на фоне нарушений частоты стула, консистенции кала и метеоризма, что в полной мере соответствовало «Римским критериям III». На локализацию боли в мезогастрии указывали 20 обследованных (50%), 16 (40%) - внизу живота, 3 (7,5%) отмечали боли в правом и левом фланках. Облегчение боли после дефекации наблюдалось у 26 человек (65,0%).

Связь начала заболевания со стрессом прослеживалась у 23 обследованных больных СРК (57,5%), 11 (27,5%) отмечали появление симптомов после перенесенного инфекционного заболевания и приема антибиотиков, у 7 (17,5%) возникали ухудшения после погрешностей в диете, употребления алкоголя и на фоне физической нагрузки. Продолжительность болезни составила в среднем $4,23 \pm 2,15$ лет, варьируя от 1 года до 12 лет. По формам СРК пациенты распределились следующим образом: у 22 пациентов (55,0%) преобладали запоры, у 18 (45,0%) - диарея.

У обследованных имелась следующая сопутствующая патология: функциональные расстройства желудка и желчевыводящих путей (12 человек), бронхиальная астма вне обострения (1), артериальная гипертензия (2), хронический фарингит вне обострения (2), пролапс митрального клапана (3).

В процессе лечения у всех обследованных больных наблюдалась положительная динамика клинической картины по данным анамнеза и

объективного исследования. Анализ специфических результатов лечения проводился по синдромам, выделенным в опроснике GSRС (табл. 1).

Таблица 1.
Динамика показателей опросника GSRС у обследованных (M±m)

Синдромы	Периоды обследования			
	Исходно	Через 1 нед.	Через 2 нед.	Через 3 нед.
Абдоминальная боль	3,12±0,15	2,71±0,17	2,03±0,13*	1,75±0,09*
Рефлюкс-синдром	1,99±0,11	1,76±0,09	1,51±0,08*	1,38±0,08*
Диарейный синдром	1,91±0,13	1,71±0,10	1,52±0,10*	1,21±0,10*
Диспепсический синдром	2,68±0,09	2,26±0,10*	1,94±0,09*	1,70±0,09*
Синдром запоров	2,22±0,12	2,30±0,12	1,92±0,09	1,57±0,09*
Общий балл	11,92±0,10	10,80±0,09*	8,92±0,10*	7,61±0,08*

*Примечание: * – достоверность различий с исходным уровнем.*

Абдоминальный болевой синдром является ведущим в клинике большинства заболеваний желудочно-кишечного тракта. Исходно он имелся у всех обследованных пациентов с СРК. В процессе лечения отмечено уменьшение интенсивности боли, причем через 2 недели от начала лечения положительная динамика болевого синдрома приобретала статистически достоверный характер. Темп уменьшения выраженности боли сохранялся и далее на фоне продолжающейся терапии.

Рефлюкс-синдром в пищеварительной системе в основном захватывает верхние отделы желудочно-кишечного тракта. Вопросы, направленные на его оценку включали выявление изжоги, отрыжки и тошноты у обследованных пациентов. Уменьшение выраженности

рефлюкс-синдрома принимало достоверный характер через 2 недели от начала терапии и продолжалось на протяжении всего курса лечения. Положительная динамика данного синдрома, очевидно, связана с воздействием проводимой терапии на общие для верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта механизмы моторных нарушений.

Исследование диарейного синдрома у пациентов включало в себя вопросы, направленные на выявление учащения стула, неоформленности кала и потребности безотлагательно опорожнить кишечник. На протяжении всего курса лечения у пациентов с СРК наблюдалась положительная динамика диарейного синдрома, причем через 2 недели от начала терапии и далее изменения были статистически значимыми. Купирование данного синдрома, безусловно, вносит существенный вклад в улучшение качества жизни больных, страдающих СРК с поносами.

С целью исследования диспепсического синдрома в опросник GSRS включены вопросы, уточняющие наличие урчания, вздутия, отрыжки воздухом, отхождения газов через кишечник. Составляющие данного синдрома претерпели наиболее раннюю достоверную положительную динамику среди всех оцениваемых патологических признаков. Уже через 1 неделю от начала проводимого лечения отмечалось статистически значимое уменьшение их выраженности, которое продолжалось на протяжении всего курса терапии. Очевидно, столь выраженная динамика диспепсического синдрома на фоне эффективного лечения отражает как

его значимость для пациентов с СРК, так и достаточно высокую специфическую чувствительность использованного опросника.

В синдром запоров в рамках использованного опросника включались вопросы, направленные на выявление запоров, жесткого кала, ощущения неполного опорожнения кишечника. Следует отметить, что часть пациентов из исходно имевших симптомы запоров указывали на их усиление на второй неделе лечения, однако данная динамика была недостоверной, и в последующем наблюдалось уменьшение выраженности симптомов, а через 3 недели от начала терапии, которая не изменялась, приобрело достоверный характер.

Динамика общего балла опросника GSRS у обследованных больных СРК была однонаправлено положительной и имела достоверный характер уже через 1 неделю от начала лечения. Столь ранняя достоверная динамика общего балла связана с достаточно высокой специфичностью его компонентов, отражающих влияние основных клинических проявлений СРК на качество жизни пациентов. Максимальные по величине благоприятные изменения общего балла произошли после 2 недели терапии, свидетельствуя об адекватности лечебного воздействия на пациентов обследованной группы и подтверждая специфичность опросника GSRS для патологии желудочно-кишечного тракта.

Оценка качества жизни по опроснику SF-36 проводилась дважды: исходно и по окончании курса лечения пациентов с СРК (табл. 2). Анализ

полученных результатов демонстрирует достоверную положительную динамику по двум шкалам (социальное функционирование и эмоциональное функционирование), а также по физическому и психологическому компонентам здоровья.

Таблица 2.
Динамика показателей опросника SF-36 у обследованных (M±m)

Показатели	Период исследования	
	До лечения	После лечения
Физическое функционирование	88,62±2,12	90,04±2,16
Рольное функционирование	65,13±2,68	71,93±2,75
Интенсивность боли	69,93±3,41	74,31±3,49
Общее состояние здоровья	59,14±3,82	61,18±3,27
Жизненная активность	47,53±2,15	51,35±1,92
Социальное функционирование	57,65±3,23	71,14±3,00*
Эмоциональное функционирование	34,52±2,71	46,18±2,81*
Психологическое здоровье	48,82±3,13	52,76±3,52
Физический компонент здоровья	50,81±0,59	53,11±0,61*
Психологический компонент здоровья	32,87±1,19	36,79±1,13*

*Примечание: * – достоверность различий с исходным уровнем.*

Увеличение показателя эмоционального функционирования отражает уменьшение негативного влияния эмоционального состояния пациентов с СРК на их повседневную деятельность, что ведет к улучшению взаимоотношений с друзьями, родственниками, коллегами по работе и с другими коллективами (увеличение показателя социального функционирования) и вполне вписывается в биопсихосоциальную концепцию развития СРК. По остальным шкалам опросника SF-36 (физическое функционирование, рольное функционирование, интенсивность боли, общее состояние здоровья, жизненная активность, психологическое здоровье) и физическому компоненту здоровья отмечена

тенденция к улучшению показателей, не достигающая уровня достоверности.

Динамика исследованных показателей подтверждает улучшение качества жизни пациентов с СРК, получавших курсовую терапию. Особенно важным представляется позитивное изменение восприятия болезни (по шкалам социального и эмоционального функционирования опросника SF-36), что достоверно увеличивает психологический компонент здоровья. Произошедшее улучшение качества жизни, безусловно, связано с эффективным купированием гастроэнтерологических проявлений СРК (по данным опросника GSRS) в процессе лечения.

Выводы:

1. При оценке качества жизни пациентов с СРК в процессе лечения специфический опросник GSRS демонстрирует более достоверную динамику оцениваемых показателей, чем неспецифический опросник SF-36.

2. Использование неспецифического опросника SF-36 для оценки качества жизни пациентов с СРК в процессе лечения позволяет уточнить динамику интегральных показателей здоровья, которые отсутствуют в специфическом опроснике GSRS.

3. Для оценки качества жизни больных СРК рекомендуется сочетанное применение специфического (GSRS) и неспецифического (SF-

36) опросников, которые могут служить дополнительными критериями эффективности лечения.

Литература:

1. Афанасьева Е.В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем. Качественная клиническая практика. 2010; 1: 36-38.
2. Барышникова Н., Белоусова Л., Петренко В. и др. Оценка качества жизни гастроэнтерологических больных. Врач. 2013; 7: 62-65.
3. Бердникова Л.В., Добротина И.С., Боровков Н.Н. Влияние артериальной гипертензии на качество жизни больных бронхиальной астмой. Архивъ внутренней медицины. 2012; 2(4): 71-75.
4. Гульнева М.Ю., Носков С.М., Носкова Т.С. и др. Качество жизни и микробиоценоз кишечника больных ревматоидным артритом. Архивъ внутренней медицины. 2014; 4(18): 17-20.
5. Каратаева О.В., Панова Е.И., Цыпленкова Н.С. и др. Влияние ожирения на качество жизни у мужчин трудоспособного возраста с артериальной гипертензией. Архивъ внутренней медицины. 2015; 1(21): 41-45.
6. Кононова Н.Ю., Иванова И.Л., Чернышова Т.Е. Анализ показателей качества жизни у пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани. Архивъ внутренней медицины. 2015; 3(23): 23-25.

7. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Спб.: Нева, 2002; 298 с.
8. Andrews E.B. et al. Prevalence and Demographics of Irritable Bowel Syndrome: Results from a Large Web-Based Survey. *Al. Pharmacol. Ther.* 2005; 22 (10): 935–42.
9. Brandt L.N. et al. American College of Gastroenterology Functional Gastrointestinal Disorders Task Force. An Evidence Based Approach to the Management of Chronic Constipation in North America. *Am. J. Gastroenterol.* 2005; 100: 1–21.
10. Coffin B. et al. Relationship between severity of symptoms and quality of life in 858 patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterol. Clin. Biol.* 2004; 28 (1): 11-5.
11. Fink P., Rosendal M. Recent Developments in the Understanding and Management of Functional Somatic Symptoms in Primary Care. *Curr. Opin. Psychiatry.* 2008; 21 (2): 182-8.

Literature:

1. Afanasyeva E.V. The evaluation of life quality associated with health. *Qualitative clinical practice*. 2010; 1: 36-38.
2. Baryshnikova N., Belousova L., Petrenko V. et al. Assessment of quality of life in gastroenterology patients. 2013; 7: 62-65.
3. Berdnikova L.V., Dobrotina I.S., Borovkov N.N. The influence of hypertension on quality of life of patients with bronchial asthma. *Archives of internal medicine*. 2012; 2(4): 71-75.
4. Gulneva M.Y., Noskov S.M., Noskova T.S. et al. The quality of life and the microbiocenosis of patients with rheumatoid arthritis. *Archives of internal medicine*. 2014; 4(18): 17-20.
5. Karatayeva O.V., Panova E.I., Tsyplenkova N.S. et al. The impact of obesity on quality of life among men of able-bodied age with arterial hypertension. *Archives of internal medicine*. 2015; 1(21): 41-45.
6. Kononova N.Yu., Ivanova I.L., Chernyshova T.E. Analysis of the quality of life in patients with undifferentiated connective tissue dysplasia. *Archives of internal medicine*. 2015; 3(23): 23-25.
7. Novik A.A., Ionova T.I. Guide to the study of quality of life in medicine. SPb.: Neva, 2002; 298 p.
8. Andrews E.B. et al. Prevalence and Demographics of Irritable Bowel Syndrome: Results from a Large Web-Based Survey. *Al. Pharmacol. Ther.* 2005; 22 (10): 935-42.

9. Brandt L.N. et al. American College of Gastroenterology Functional Gastrointestinal Disorders Task Force. An Evidence Based Approach to the Management of Chronic Constipation in North America. *Am. J. Gastroenterol.* 2005; 100: 1-21.

10. Coffin B. et al. Relationship between severity of symptoms and quality of life in 858 patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterol. Clin. Biol.* 2004; 28 (1): 11-5.

11. Fink P., Rosendal M. Recent Developments in the Understanding and Management of Functional Somatic Symptoms in Primary Care. *Curr. Opin. Psychiatry.* 2008; 21 (2): 182-8.

Сведения об авторах

Шкляев Алексей Евгеньевич (для переписки) – профессор кафедры факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России», д.м.н., доцент, 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, e-mail: shklyaevaleksey@gmail.com, телефон: 8-3412-91-82-97, факс: 8-3412-65-81-67.

Горбунов Юрий Викторович – заведующий кафедрой факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии ГБОУ ВПО ИГМА Минздрава России, д.м.н., профессор, e-mail: gorbunov@igma.udm.ru, телефон: 8-3412-52-62-01, факс: 8-3412-65-81-67.