

# ВПЛИВ “ЕСЕНЦІАЛЄ ФОРТЕ Н” ТА КВЕРЦЕТИНУ НА ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Захарук Х.М., Петрик І.В., Гашок В.В., Телекі Я.М.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

**Ключові слова:** якість життя, хронічне обструктивне захворювання легень, хронічний панкреатит, лікування.

**Вступ.** Якість життя (ЯЖ) – це ступінь комфортності людини, як усередині себе, так і в рамках свого суспільства [3]. Така оцінка повністю залежить від фізичного і психоемоційного стану, рівня незалежності, суспільного становища, впливу навколишнього середовища і особистих уявлень індивідуума. В основі ефективності лікування хворих незалежно від патології лежить покращання показників якості життя. Через те його оцінюванню в останні роки приділяється ретельна увага [5].

**Метою** дослідження стало вивчення ролі зв'язку індивідуальних особливостей хворого з перебігом хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) на тлі супутнього хронічного панкреатиту (ХП) та вплив комплексного лікування із додаванням есенціальних фосфоліпідів та біофлавоноїдів на досліджувані показники.

**Матеріали і методи.** Дослідження проведені у 56 хворих на ХОЗЛ В-С груп, у яких ступінь обструкції відповідав GOLD 1–2 з низьким ризиком і більш вираженою симптоматикою (В), а також GOLD 3 з високим ризиком, але менш вираженою симптоматикою (С), – I група, 60 хворих на ХОЗЛ з відповідною характеристикою груп із супутнім ХП (II група) та 19 практично здорових осіб в якості референтної групи. Для вивчення якості життя ви-

користано створену та адаптовану за міжнародною процедурою українську версію опитувальника MOS SF-36 (Medical Outcome Study Short Form-36) [4].

Для судження про результати хворих на ХОЗЛ із супутнім ХП згідно з отриманим лікуванням розподілено на три групи: IA (n=20) – група порівняння, пацієнти якої отримували базисне лікування згідно з Наказом МОЗ України №128 від 19 березня 2007 р., IB (n=22) – особам цієї групи до базисних препаратів залучено “Есенціалє форте Н” по 2 капсули тричі на добу впродовж 1 місяця, хворі IB (n=18) групи додатково вживали кверцетин у дозі 1,0 г 3 рази на добу впродовж 14 днів.

Статистична обробка отриманих даних виконувалася на персональному комп'ютері “ViewSonic” з використанням стандартних пакетів програм Microsoft Excel та за допомогою комп'ютерних програм “BioStat”, Statistica for Windows версії 6.0 (Stat Soft inc., США). Враховувалися: середня арифметична величина (M), її помилка (m), критерій Ст'юдента (t), можливість (p) із забезпеченням вірогідності не менше ніж 95%.

**Результати та їх обговорення.** Встановлено, що показник фізичного функціонування був вірогідно нижчим у хворих із супутнім ураженням ПЗ на 40,8 % (p<0,05) (табл.1). Низькі показники за цією шкалою вказують, що

Таблиця 1.

Показники якості життя у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень із супутнім хронічним панкреатитом за даними опитувальника MOS SF-36, у балах (M±m)

Показник	Групи спостереження			Д%
	Здорові	ХОЗЛ	ХОЗЛ+ХП	
PF – фізичне функціонування	96,36±1,52	55,41±3,44*	39,35±4,32*/**	40,8
RP – вплив фізичного стану на рольове функціонування	90,9±6,1	38,75±7,11*	16,24±3,89 */**	138,61
BP – інтенсивність болю	92,52±3,37	58,61±3,17*	52,69±4,24*	11,23
GH – загальний стан здоров'я	70,45±3,99	44,9±1,63*	40,16±1,86*	11,81
VT – життєва активність	64,55±2,89	34,63±2,88*	25,48±2,59*	35,92
SF – соціальне функціонування	87,5±5,59	58,44±2,34*	55,65±3,57*	5,01
RE – вплив емоційного стану на рольове функціонування	87,88±9,29	35,83±6,99*	31,18±7,72*	14,91
MH – оцінка психічного здоров'я	68,73±3,88	47,81±2,52*	40,43±2,57*/**	18,25
PCS – фізичний компонент здоров'я	55,51±1,25	40,63±1,23*	33,72±1,43*/**	20,49
MCS – психічний компонент здоров'я	48,23±2,94	36,22±1,41*	34,87±1,49*	3,87

**Примітки:** \* – вірогідність відмінностей порівняно з показниками у здорових осіб при p<0,05; \*\* – показники I та II груп відрізняються вірогідно (p<0,001-0,05); Д% – різниця показників між групами хворих.

хворі II групи спроможні виконати менше фізичне навантаження, порівнюючи з I групою та практично здоровими особами ( $p < 0,05$ ).

Оцінюючи рольове фізичне функціонування (суб'єктивна оцінка респондентом ступеня обмеження своєї повсякденної діяльності, зумовлено проблемами здоров'я за останні 4 тижні) у хворих за супутнього ураження ПЗ виявило значне обмеження життєдіяльності внаслідок фізичних проблем: показники I та II груп різняться між собою у 2,3 рази ( $p < 0,05$ ).

Показник болю (B) та його вплив на спроможність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу вдома та за його межами, був зниженим у пацієнтів обох груп, проте у II групі він був нижчим порівняно з I групою на 11,23% ( $p < 0,05$ ). Низькі показники за цією шкалою засвідчують, що абдомінальний біль, який був у незначній частині обстежених II групи, а здебільшого, у вигляді диспепсичного синдрому як "еквіваленту" больового синдрому, значно обмежили активність пацієнтів із ХОЗЛ та ХП.

Діагностовано, що загальний стан свого здоров'я хворі I та II груп оцінили нижче (у 1,6 та 1,8 рази), ніж здорові ( $p < 0,05$ ). Проте між собою показники хворих не відрізнялись. Це націлює на думку, що хворі низько оцінюють своє здоров'я в цілому, однак тенденція до погіршення показника все ж спостерігається у II групі.

Показник життєздатності як суб'єктивна оцінка респондентом свого життєвого тону в зіставленні з аналогічним показником у здорових ( $p < 0,05-0,001$ ) та хворих I і II групи був зниженим (у 1,9 та у 2,5 рази). Низькі показники свідчать про зниження життєвої активності та втому пацієнтів.

Показник соціальної активності (СА) визначає, у якій мірі фізичний чи емоційний стан обмежує СА, спілкування з друзями, колегами по роботі, рідними за останні чотири тижні [2]. Отримані дані засвідчують помірну тенденцію (у 1,1 рази) до обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування у зв'язку з погіршенням фізичного і емоційного стану у хворих на ХОЗЛ із супутнім ХП порівняно із групою без супутнього ураження ПЗ.

З'ясовано, що показник ролі емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (суб'єктивна оцінка хворим ступеня обмеження своєї буденної діяльності, зумовленої емоційними проблемами за останні чотири тижні) знижувався у хворих на ХОЗЛ із супутнім ХП ( $p < 0,05$ ) за рахунок депресивного та іпохондричного синдромів, проте міжгрупової вірогідної відмінності не виявлено ( $p > 0,05$ ). Аналізуючи анкети здорових осіб встановлено, що РЕ у 73,7% випадків знаходились у бальному інтервалі від 61 до 100. Саме це засвідчує відсутність стресової ролі емоційних проблем у групі ПЗО.

Фізичний компонент здоров'я як інтегральний показник, що складається з чотирьох перших складових, виявився значно зниженим як у хворих на ХОЗЛ, так і у хворих на ХОЗЛ за супутнього ураження ПЗ, проте вірогідна міжгрупова відмінність ( $p < 0,05$ ) підтверджувала значний вплив супутньої патології на цей показник у II групі. Отже, неяскрава клінічна картина може знижувати якість життя у хворих II групи та акцентує увагу на необхідності ретельного обстеження хворих з метою недопущення загострення супутнього захворювання.

Оцінюючи психологічний компонент здоров'я виявили практично таку ж тенденцію до зниження у групі хворих на ХОЗЛ із супутнім ХП, що підтверджує тісний взаємозв'язок психологічного статусу та клінічної картини у таких хворих.

Таким чином, у хворих на ХОЗЛ із супутнім хронічним панкреатитом спостерігається зниження ЯЖ за рахунок компонентів як фізичного, так і психічного статусу. Отримані дані означають зменшення спроможності хворих до фізичного навантаження, обмеження у своїй буденній діяльності на тлі зростання больових відчуттів, які супроводжуються зниженням життєвої активності, втому пацієнтів, обмеженням спілкування з друзями, рідними, колегами по роботі, що, в свою чергу, визначає появу депресивних, тривожних хвилювань та психічного неблагополуччя і знижує якість життя.

Аналіз якості життя за даними опитувальника MOS SF-36 представлений в табл.2.

Таблиця 2.

**Динаміка показників якості життя за даними опитувальника MOS SF-36 (Medical Outcome Study Short Form-36) під впливом лікування Есенціалс форте Н та кверцетинном, (M±m)**

Показники	Групи спостереження						
	Практично здорові особи, n=19	IA, n=20		IB, n=22		IB, n=18	
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
1	2	3	4	5	6	7	8
PF – фізичне функціонування	96,36±1,52	41,4±5,73	47,57±2,4	39,65±4,37	57,29±1,8*/**	38,96±1,52	52,4±4,2*
RP – вплив фізичного стану на рольове функціонування	90,9±6,1	15,64±3,21	19,65±1,6	16,2±2,42	26,5±1,8*/**	16,89±3,51	24,5±2,6
BP – інтенсивність болю	92,52±3,37	52,85±4,21	60,72±2,2	53,23±4,74	76,75±5,4*/**	51,99±3,15	65,8±4,6
GH – загальний стан здоров'я	70,45±3,99	41,85±3,32	48,07±3,2	39,64±1,63	59,4±3,2*	38,99±3,82	52,8±3,6
VT – життєва активність	64,55±2,89	26,25±3,35	33,73±1,4	25,09±2,07	44,8±2,8*/**	25,1±2,61	39,6±3,3*
SF – соціальне функціонування	87,5±5,59	54,51±3,80	65,08±4,2	56,35±2,43	74,6±3,8*	56,09±1,86	69,5±3,9*

1	2	3	4	5	6	7	8
RE – вплив емоційного стану на рольове функціонування	87,88±9,29	31,67±9,34	39,71±2,8	31,43±3,72	48,55±2,2*	30,44±4,69	42,6±3,1
MH – оцінка психічного здоров'я	68,73±3,88	40,4±2,42	48,53±3,6	39,43±1,25	54,64±2,7*	41,45±1,42	52,4±3,2
PCS – фізичний компонент здоров'я	55,51±1,25	33,43±1,51	38,9±3,2	34,85±1,6	49,8±1,4**/**	33,86±2,1	43,9±2,5*
MCS – психічний компонент здоров'я	48,23±2,94	35,38±1,56	40,4±1,4	34,4±1,8	43,8±2,2*	35,15±2,1	41,6±1,6

Примітки: \* – зміна показника в процесі лікування вірогідна ( $p < 0,001-0,05$ ); \*\* – показники ІА та ІБ груп відрізняються вірогідно ( $p < 0,001-0,05$ ).

Загальний стан здоров'я у хворих ІА групи відносно показників до лікування покращився на 14,9%, хворі ІБ групи відзначили покращання відповідного показника на 49,8% ( $p < 0,05$ ), у ІВ групі – на 35,4%, фізичний компонент здоров'я у групах покращився на 16,4%, 42,9% ( $p < 0,05$ ), та 18,3% відповідно ( $p < 0,05$ ), показник психічного компоненту здоров'я у хворих зріс на 13,9%, 27,3% та 18,3%, відповідно ( $p < 0,05$ ).

Це можна пояснити наявністю есенціальних фосфоліпідів у складі препарату, які, як відомо, входять до складу мембран, а також сурфактанту, який підтримує поверхневий натяг альвеол, створюючи умови одночасного функціонування альвеол різного діаметру, інактивує кініни, які потрапляють у кровоносне русло внаслідок запального процесу. Внаслідок гальмування фіброгенезу та протизапальних цитокінів, захисту мембран від пошкодження, покращання реологічних властивостей крові, мікроциркуляції, зменшення агрегації тромбоцитів та еритроцитів, забезпечення антиоксидантних властивостей мембран, зменшення толерантності до харчового навантаження та жирової дистрофії ПЗ “Есенціале форте Н” чинить свій позитивний клінічний ефект [1], який, у першу чергу, проявлявся зменшенням проявів диспепсичного синдрому у 19 (86,4%) осіб ІБ групи та 11 (55,0%) групи порівняння (ІА). На тлі кверцетину позитивну динаміку спостерігали у 12 (66,7%) обстежених. Раніше зникали нудота, гіркота в роті. Динаміка клінічних синдромів у хворих ІА та ІБ

груп відрізнялася з випередженням в останній на 3-4 дні. Між ІА та ІБ різниця становила 1-2 дні.

**Висновки.** Отож, додавання як “Есенціале форте Н”, так і кверцетину зумовило покращання синдромологічної картини та якості життя. Слід зазначати, що ефективнішим у цьому плані виявився препарат, який містить есенціальні фосфоліпіди.

Рецензент: д.мед.н., професор Лизогуб В.Г.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Губергриц Н.Б. Эффективность Эссенциале Н при лечении обострений хронического алкогольного панкреатита / Н.Б. Губергриц, Ю.А. Загоренко // Современная гастроэнтерология. – 2003. – №2 (12). – С. 29-34.
2. Кирилюк К.В. Роль изучения качества жизни для оценки влияния психосоматических факторов при хронической обструктивной болезни легких / К.В. Кирилюк // Сибирский мед. журн. – 2008. – №5. – С. 67-69.
3. Крюк М. А. Качество жизни больных хроническим панкреатитом в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и ожирением / М. А. Крюк // Клиническая та экспериментальная патология. – 2008. – № 3. – С. 74-77.
4. Феценко Ю.І. Процедура адаптації міжнародного опитувальника оцінки якості життя MOS SF-36 в Україні. Досвід застосування у хворих бронхіальною астмою / Ю.І. Феценко, Ю.М. Мостовий, Ю.В. Бабійчук // Укр. пульм. журн. – 2002. – №3. – С. 9-11.
5. Христич Т.М. Якість життя у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень із супутнім хронічним панкреатитом / Т.М. Христич, Я.М. Телекі, С.Л. Марунчик, Н.Г. Мацюляк // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. – Випуск 18. – Книга 2. – Київ, 2009. – С. 129-133.

#### ВЛИЯНИЕ “ЭСSENЦИАЛЕ ФОРТЕ Н” И КВЕРЦЕТИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Захарук К.Н., Петрык И.В., Гашок В.В., Телеки Я.М.  
Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

**Резюме.** Проведено исследование качества жизни у больных ХОБЛ при наличии сопутствующей патологии – хронического панкреатита (ХП). Анализировано влияние комплексного лечения с включением эссенциальных фосфолипидов и биофлавоноидов на показатели качества жизни больных с сочетанной патологией.

**Ключевые слова:** качество жизни, ХОБЛ, ХП.

#### INFLUENCE OF “ESSENTIALE FORTE N” AND QUERCETIN ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE COMBINED WITH CHRONIC PANCREATITIS

K. Zaharuk, I. Petryk, V. Gashok, Ja. Teleki  
Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

**Summary.** A study of the quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease in the presence of chronic pancreatitis was performed. The impact of integrated treatment with essential phospholipids and bioflavonoids on the quality of life of patients with comorbidity was analyzed.

**Key words:** quality of life, COPD, CP.