

УДК 616.33-008.6:616.342-008.22]-092.11

DOI: <https://doi.org/10.22141/2308-2097.56.2.2022.491>

Мосійчук Л.М. , Демешкіна Л.В. , Зигало Е.В. 

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

Гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба, поєднана з дисфункцією сфінктера Одді: контроль якості життя пацієнтів

For citation: Gastroenterologia. 2022;56(2):74-81. doi: 10.22141/2308-2097.56.2.2022.491

Резюме. Актуальність. Для оцінки впливу поєднаної гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) та дисфункції сфінктера Одді на якість життя (ЯЖ) пацієнтів, пов'язану зі здоров'ям (ЯЖ ПЗ), неможливо використовувати такі відомі специфічні опитувальники, як GERD Health-Related Quality of Life Questionnaire, the Quality of Life in Reflux and Dyspepsia, які пристосовані для оцінки ЯЖ лише при ГЕРХ та коморбідних захворюваннях (ГЕРХ і функціональна диспепсія). Нами не знайдено специфічного опитувальника для коморбідної патології ГЕРХ та дисфункції сфінктера Одді. **Мета:** вивчити ЯЖ ПЗ у пацієнтів із коморбідною патологією ГЕРХ і дисфункцією сфінктера Одді до і після лікування за допомогою неспецифічного опитувальника SF-36 та розробленого специфічного опитувальника для цих коморбідних захворювань. **Матеріали та методи.** Обстежено 30 пацієнтів із коморбідними захворюваннями ГЕРХ та дисфункцією сфінктера Одді. Застосовано неспецифічний опитувальник SF-36 та розроблений специфічний опитувальник для цих коморбідних захворювань. **Результати.** Було розроблено специфічний опитувальник для пацієнтів із коморбідною патологією ГЕРХ і дисфункцією сфінктера Одді і проведені його дослідження (зрозумілість запитань для пацієнтів, витрати часу на заповнення тощо). Усі пацієнти мали зниження ЯЖ ПЗ через коморбідні ГЕРХ та дисфункцію сфінктера Одді. Виявлено помірні або значні порушення активної діяльності пацієнтів та ритму життя внаслідок цих захворювань. У динаміці лікування в обстежених пацієнтів відмічалось вірогідне покращення ЯЖ ПЗ за всіма шкалами опитувальника SF-36: фізичне функціонування (PF, $(77,1 \pm 2,0)$ проти $(71,4 \pm 2,2)$), роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (RP, $(52,1 \pm 5,0)$ проти $(30,6 \pm 2,4)$), фізичний біль (BP, $(65,8 \pm 1,2)$ проти $(48,7 \pm 2,1)$), соціальне функціонування (SF, $(69,5 \pm 2,0)$ проти $(50,8 \pm 2,1)$), ментальне здоров'я (MH, $(68,5 \pm 2,1)$ проти $(49,8 \pm 1,8)$), роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (RE, $(65,2 \pm 4,7)$ проти $(35,8 \pm 3,7)$), життєздатність (VT, $(63,3 \pm 2,1)$ проти $(43,2 \pm 2,2)$), загальне здоров'я (GH, $(58,1 \pm 2,4)$ проти $(46,1 \pm 1,7)$ бала). Також відзначалось помірне або значне порушення активності і ритму життя внаслідок коморбідної патології ГЕРХ та дисфункції сфінктера Одді, однак після лікування ці вагомні показники ЯЖ ПЗ покращувалися в усіх хворих, до того ж більш позитивним ставало психоемоційне сприйняття існуючих хвороб. **Висновки.** Усі пацієнти мали зниження ЯЖ ПЗ через коморбідні захворювання ГЕРХ та дисфункцію сфінктера Одді, яка у більшості хворих покращувалася після лікування.

Ключові слова: якість життя, пов'язана зі здоров'ям; гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба; дисфункція сфінктера Одді; опитувальник

Вступ

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) дає наступне визначення здоров'я: «Здоров'я — це повне фізичне, соціальне та психофізіологічне благополуччя людини, а не просто відсутність захворювання» [1], а якість життя (ЯЖ) визначає як сприйняття людиною

свого становища в житті в контексті культури та систем цінностей, у яких вона живе, та щодо її цілей, очікувань, стандартів та проблем [2].

ВООЗ, характеризуючи якість життя, виділяє перш за все її багатосторонність та мінливість у часі. У цілому термін «якість життя» — це суб'єктивний показник задоволення людських потреб, ступінь

© 2022. The Authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, CC BY, which allows others to freely distribute the published article, with the obligatory reference to the authors of original works and original publication in this journal.

Для кореспонденції: Демешкіна Л.В., ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», пр. Слобожанський, 96, м. Дніпро, 49074, Україна, gastrodnepri@i.ua

For correspondence: L.V. Demeshkina, SI "Institute of Gastroenterology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Slobozhanskii Ave., 96, Dnipro, 49074, Ukraine, gastrodnepri@i.ua

Full list of authors information is available at the end of the article.

комфорту людини як усередині себе, так і у межах суспільства. До того ж ЯЖ хворих — це інтегральний показник, який відображає ступінь адаптації людини до хвороби і можливість виконання нею звичних функцій, що відповідають її соціально-економічному становищу [3].

У цілому ЯЖ — це комплексне поняття, на яке впливають такі фактори, як фізичне здоров'я людини, її психологічний стан, ступінь незалежності, суспільні стосунки, особисті переконання, їх залежність від особливостей навколишнього середовища тощо (рис. 1) [4, 5].

Більшість дослідників вважають, що загальноприйняте міжнародне поняття «якість життя» базується на 9 категоріях, які формують так званий індекс якості життя, а саме: вартість життя, культура та дозвілля, економіка, навколишнє середовище, свобода, здоров'я, інфраструктура, безпека та ризик, клімат. Для підрахунку ЯЖ для кожної категорії, яка береться з офіційних даних, визначається відповідний відсоток. Так, найбільший внесок у формуванні ЯЖ мають вартість життя та економіка (20 та 15 % відповідно), які показують, скільки коштує для людини прожити згідно зі стандартними показниками життя, а також враховує національні борги. Найменший відсотковий внесок у підрахуванні ЯЖ належить навколишньому середовищу (5 %), внесок інших категорій, у тому числі категорії «здоров'я», становить по 10 %. Саме ЯЖ, пов'язана зі здоров'ям (ЯЖ ПЗ), турбує медиків і науковців усього світу і характеризує стан охорони здоров'я в кожній конкретній країні [3].

Якість життя — одна з головних складових структури здоров'я населення, на поліпшенні якого зосереджені зусилля всіх фахівців в галузі медицини. Більш того, за кордоном був введений спеціальний термін «health-related quality of life», тобто «якість життя, пов'язана зі здоров'ям», який широко використовується в науковій літературі [6].

У всьому світі, особливо в країнах Західної Європи і США, цей термін відноситься до основних в організації охорони здоров'я населення, тому підвищення

рівня ЯЖ ПЗ є метою діяльності всіх ланок медичних установ [7–9]. Саме тому на сьогодні рекомендовано при визначенні ефективності ведення хворого оцінювати результати з усіх боків, обов'язково включаючи і якість життя, пов'язану зі здоров'ям [10–12].

Нині дослідження якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, стає одним з найбільш важливих питань у терапевтичній практиці при оцінці будь-якого терапевтичного і, меншою мірою, хірургічного втручання. Це обумовлено тим, що зростає кількість хворих з хронічними невиліковними захворюваннями, коли метою терапії є зменшення або зникнення симптомів, що дозволило б пацієнтові жити протягом тривалого часу з більш високою якістю життя, з меншим дискомфортом, обумовленим хворобою, або без такого. До того ж сьогодні дослідження ЯЖ є неодмінним при виконанні більшості клінічних випробувань [13].

Увага вчених до ЯЖ виникла внаслідок сьогоdnішніх радикальних змін у медичній допомозі та нових підходів до захворювання та пацієнта. До того ж, за думкою Р.Н. Frangne, потяг до якості життя вкорінено у дуже давній філософській думці про сенс людського існування та про те, яке життя гарне для людини [14]. Однак кожна людина є індивідумом зі своїми переконаннями щодо ЯЖ. Саме тому існують складнощі щодо визначення ЯЖ. До того ж, хоч і не існує точного, прийнятого усіма вченими визначення ЯЖ, однак це не означає, що немає необхідності враховувати даний параметр у наукових дослідженнях або при лікуванні та догляді за самими пацієнтами.

Низка дослідників відзначають важливість філософського розуміння ЯЖ, тому що за допомогою рівня ЯЖ досить часто оцінюється не тяжкість хвороби, а те, як людина переносить захворювання. Так, при тривалій хворобі деякі пацієнти звикають до свого стану, тобто спостерігається адаптація, і через деякий час хворі менше звертають увагу на свої скарги та дискомфорт через існуючі обмеження у зв'язку з хворобою. Вивчення ЯЖ може показати поліпшення емоційно-психологічного, соціального і/або фізичного стану хворого, але при цьому захворювання не тільки не регресує, а може

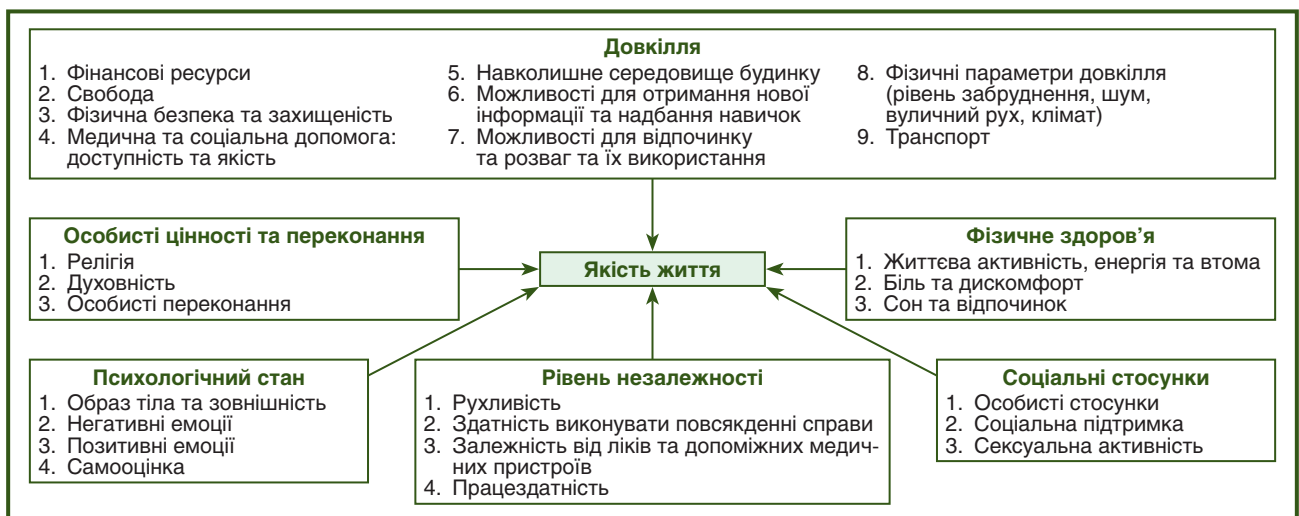


Рисунок 1 — Вплив факторів на якість життя

значно прогресувати [3].

Так, у датському опитуванні (n = 10 000) респондентів запитували про їхню якість життя за допомогою перевіреної анкети SEQOL, у якій було більше ніж 300 питань [15]. Що вони відчували? Наскільки вони задоволені своїм життям? Наскільки вони були щасливі? Чи відчували вони, що їхні потреби задоволені? І ще багато питань, які, на думку дослідників, були важливі для ЯЖ. Результати були досить дивовижними і змусили вчених по-новому розглянути такі філософські питання: що таке якість життя, щастя та сенс життя? Що таке людина? Чи потрібна нам нова біологія? Чи є мозок осередком свідомості? Як ми розуміємо сенс життя і чи зробимо все, щоб знову стати здоровими? Які основні поняття якості життя? Вчені підкреслюють, що сенс життя — це зв'язок і розвиток. Йдеться про реалізацію кожної можливості та потенціалу в житті людини. Можливості потрібно знайти та визнати кожній людині, яка знаходить своє справжнє «я» та своє призначення у житті. Щоб перевірити, чи ці філософські питання насправді актуальні для медицини, дослідники розглянули результати пацієнтів, які навчалися філософії ЯЖ, і з'ясували з власних пілотних проєктів, що пацієнти почувалися набагато краще і бачили своє життя більш значущим, засвоївши основні поняття філософії ЯЖ та підходи щодо поліпшення філософського ставлення до життя і, як наслідок, самої ЯЖ [15].

Деякі дослідники вважають, що поліпшення особистої життєвої філософії пацієнта може бути важливою складовою медицини в цілому, і допомагаючи пацієнту взяти на себе більшу відповідальність за власне існування, можливо значно покращити ЯЖ [16]. Останніми роками багато вчених доводять важливість «відносної духовності» для поліпшення ЯЖ людей, у тому числі і пацієнтів [16]. Так, дослідниками було доведено, що «відносна духовність» асоціюється з користю для здоров'я, що позначається на всіх сферах ЯЖ. Саме тому, вважають вчені, лікарі загальної медицини та медичні установи можуть отримати користь від розуміння того, що модель духовного подолання проблем може допомогти їх пацієнтам, а отже, і їх клінічній практиці у процесі поліпшення самопочуття хворих [17]. Інші дослідники вважають, що не треба недооцінювати і роль психологічних факторів щодо впливу на

ЯЖ людей [18, 19].

Це досить цікаві та перспективні підходи до покращення ЯЖ за допомогою не тільки медичних втручань і/або психокоригуючих засобів, але й зміни ставлення людей, зокрема пацієнтів, до проблем (медичних і/або соціальних), які виникають перед ними протягом життя [16].

Так, К. Haraldstad зі співавторами вважає, що розуміння ЯЖ важливо для полегшення симптомів, догляду та реабілітації пацієнтів. Ці вчені вважають, що проблеми, які вказуються пацієнтами при дослідженні ЯЖ, можуть призвести до зміни та поліпшення лікування та догляду або можуть показати, що деякі види терапії надають невелику користь. У цілому ЯЖ також може використовуватися для визначення діапазону медичних та соціальних проблем, з якими можуть стикатися пацієнти і які можуть позначитися на результатах лікування [13].

На сьогодні найкращим і найбільш відомим шляхом отримання інформації про якість життя, пов'язану зі здоров'ям, є опитування пацієнта. З цією метою використовуються численні опитувальники (шкали, індекси тощо) (рис. 2), які діляться на неспецифічні (загальні), наприклад SF-36, SF-12 Health Utilites Index 3 тощо, і специфічні для конкретного захворювання [20–25]. На рис. 2 наведені відомі загальні опитувальники та специфічні опитувальники для захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ).

Однак специфічні опитувальники існують не для всіх захворювань ШКТ. Так, нами не знайдено специфічного опитувальника для поєднаної патології: гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) і дисфункції сфінктера Одді.

Загальновідомо, що використання тільки неспецифічних опитувальників у вивченні якості життя в динаміці лікування конкретної патології некоректне, тому що вони не враховують зв'язок виявлених змін з патологією, яка цікавить дослідника.

Наприклад, це добре простежується в найбільш популярному загальному (неспецифічному) опитувальнику SF-36 [20], у якому відповіді на питання, що стосуються «обмежень у виконанні фізичних навантажень» (піднятися пішки сходами, пройти кілька кварталів, виконувати важкі фізичні навантаження тощо),

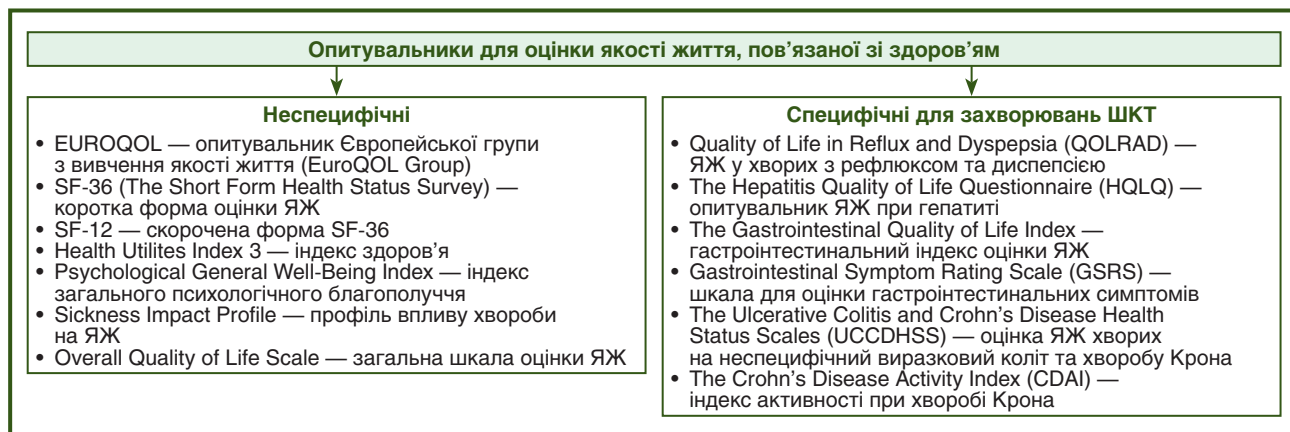


Рисунок 2 — Відомі опитувальники для оцінки якості життя, пов'язаної зі здоров'ям

можуть бути обумовлені не тільки конкретним захворюванням, що цікавить лікаря, а й наявністю супутньої патології (наприклад, перенесеним інфарктом міокарда, стенокардією, болем у суглобах, хребті тощо). Незважаючи на такі недоліки, загальні (неспецифічні) опитувальники з успіхом застосовуються для оцінки здоров'я в цілому. Більш того, їх позитивною стороною є відсутність необхідності вибирати і оцінювати параметри, тому при їх застосуванні ризик пропустити несподівані побічні ефекти, які можуть мати місце при вивченні будь-якого нового препарату або методу лікування, є низьким. У той же час вони не дають можливість повноцінно оцінити вплив конкретного методу лікування на конкретну нозологію, що є прерогативою специфічних опитувальників.

Таким чином, на сьогодні специфічні опитувальники розроблені не для всіх захворювань або структур і не завжди задовольняють дослідників за усіма критеріями, тому що існують коморбідні захворювання, які необхідно досліджувати. Так, через те, що необхідно було оцінити вплив коморбідної патології (ГЕРХ та дисфункція сфінктера Одді), ми не могли використовувати такі відомі специфічні опитувальники, як GERD Health-Related Quality of Life (GERD-HRQL) Questionnaire, Quality of Life in Reflux and Dyspepsia (QOLRAD) та ін. Розуміння всіх вищенаведених аспектів та відсутність відповідного специфічного, зручного для застосування опитувальника для ГЕРХ, поєднаної з дисфункцією сфінктера Одді, зумовило розробку нами спеціального опитувальника для вивчення якості життя хворих у динаміці лікування даної патології.

Мета роботи: вивчити якість життя в динаміці лікування у хворих на ГЕРХ, поєднану з дисфункцією сфінктера Одді, за допомогою неспецифічного опитувальника SF-36 та самостійно розробленого специфічного опитувальника для цієї коморбідної патології.

Матеріали та методи

Під наглядом перебувало 30 хворих на ГЕРХ, поєднану з дисфункцією сфінктера Одді, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у ДУ «ІГ НАМН України». Під час знаходження у стаціонарі (протягом 15–18 днів) вони отримували комплексне лікування, яке включало інгібітори протонної помпи, прокінетики, антациди, препарати урсодезоксихолевої кислоти та інші (*per os* у стандартних дозах).

Для аналізу якості життя був використаний загальний опитувальник SF-36, який відображає 9 концепцій (шкал) здоров'я: фізичну працездатність, соціальну активність, ступінь обмеження фізичної працездатності та соціальної активності, психічне здоров'я, енергійність або втомлюваність, біль, загальну оцінку здоров'я та його зміни протягом останнього року з додатковим введенням блоків запитань для специфічності.

Опитувальник SF-36 забезпечує кількісне визначення (від 0 до 100 балів) ЯЖ за вищезазначеними шкалами без урахування, яка саме патологія і/або ситуація впливає на стан здоров'я. Чим вищим було значення показника за конкретною шкалою, тим кращою була оцінка за даною шкалою [20]. Контрольну групу стано-

вили 68 практично здорових осіб [26].

Для більш диференційованого аналізу ЯЖ у досліджених пацієнтів нами був розроблений і застосовувався власний специфічний опитувальник.

Розроблений специфічний опитувальник вміщував запитання стосовно існуючих скарг у пацієнта (печії, болю/тяжкості у правому підребер'ї, болю за грудиною, відрижки, гіркоти у роті, нудоти), які обумовлені коморбідною патологією ГЕРХ та дисфункцією сфінктера Одді, та їх впливу на ЯЖ. Пацієнти самостійно оцінювали, наскільки їм заважають вищенаведені скарги у повсякденному житті, за 5-бальною системою, де 0 — скарги немає, 1 — скарга невиражена і не потребує уваги, 2 — скарга має місце, але незначно порушує звичний ритм життя, 3 — скарга помірно порушує активність протягом дня, 4 — скарга значно порушує активність та ритм життя. Крім того, пацієнти визначали, наскільки ці скарги заважають вживати улюблену їжу і напої, а також своє емоційне сприйняття цих захворювань від «спокійного ставлення» до «значно емоційно турбує» [3].

Після успішного заповнення опитувальника всіх хворих просили письмово надати інформацію у додатковій анкеті: скільки часу вони витратили, відповідаючи на запитання даної анкети-опитувальника, про зрозумілість запитань опитувальника, а також думку анкетованих, чи може впоратися середньостатистичний пацієнт з відповідями на запитання розробленого специфічного опитувальника для оцінки якості життя у хворих з ГЕРХ та дисфункцією сфінктера Одді. Таким чином, метою додаткової анкети була оцінка легкості сприйняття і розуміння пацієнтами розробленого специфічного опитувальника, а також трудомісткості (витрат часу для анкетування).

Усі вихідні дані з метою оптимізації математичної обробки вводилися у базу даних Microsoft Excel. Різниця вважалася вірогідною, якщо досягнутий рівень значущості (p) був нижчим за 0,05. Кореляційний аналіз виконували за Пірсоном та Спірменом [26].

Результати та обговорення

Обстежено 30 хворих на ГЕРХ, поєднану з дисфункцією сфінктера Одді, серед яких 21 (70,0 %) пацієнт був жіночої і 9 (30,0 %) — чоловічої статі. Середній вік хворих становив $(46,5 \pm 1,8)$ року.

Результати лікування хворих за показниками якості життя, які вивчалися за допомогою опитувальника SF-36, наведені у табл. 1.

Як видно з табл. 1, відмічається вірогідне покращення якості життя в динаміці лікування в обстежених хворих за всіма шкалами: PF — $(77,1 \pm 2,0)$ проти $(71,4 \pm 2,2)$, RP — $(52,1 \pm 5,0)$ проти $(30,6 \pm 2,4)$, BP — $(65,8 \pm 1,2)$ проти $(48,7 \pm 2,1)$, SF — $(69,5 \pm 2,0)$ проти $(50,8 \pm 2,1)$, MH — $(68,5 \pm 2,1)$ проти $(49,8 \pm 1,8)$, RE — $(65,2 \pm 4,7)$ проти $(35,8 \pm 3,7)$, VT — $(63,3 \pm 2,1)$ проти $(43,2 \pm 2,2)$, GH — $(58,1 \pm 2,4)$ проти $(46,1 \pm 1,7)$ бала. Таким чином, за всіма шкалами у хворих після лікування відмічалось покращення: показники SF-36 стали нормальними або наблизилися до норми. Слід підкреслити, що за деякими шкалами (SF та RE) рівень

став навіть вищим, ніж у практично здорових осіб, за іншими шкалами хоч і була відмічена позитивна динаміка у процесі лікування, але рівень ЯЖ залишався значно нижчим від норми. Саме тому хворим було рекомендовано лікування продовжити в амбулаторних умовах.

Результати дослідження скарг хворих у динаміці лікування схематично наведені на рис. 3.

Як видно на рис. 3, за даними опитування пацієнтів, спостерігається позитивна динаміка. Так, значно виражену печію до лікування відзначали 70,0 % анкетованих, незначно виражену — 23,3 %, помірно вира-

жену — 6,7 %. Після лікування хворі відзначали лише помірну печію — 10,0 % і незначно виражену — 6,7 %, у інших пацієнтів печії не було.

Вищенаведені скарги, безумовно, обмежували можливість пацієнта вживати свою улюблену їжу і напої (рис. 4).

Як видно на рис. 4, якщо до початку лікування у 60,0 % хворих щодня з'являлися вищенаведені скарги після вживання улюбленої їжі, то після лікування цей показник становив лише 26,7 %.

У той же час у динаміці лікування збільшилася кількість хворих (з 10,0 до 50,0 %), які могли вживати улю-

Таблиця 1 — Показники якості життя хворих у динаміці лікування

Показник якості життя	Усі хворі (n = 30)		Практично здорові особи (n = 68)
	до лікування	після лікування	
Фізичне функціонування (PF)	71,4 ± 2,2	77,1 ± 2,0*	84,9 ± 1,4
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (RP)	30,6 ± 2,4	52,1 ± 5,0*	68,2 ± 1,1
Фізичний біль (BP)	48,7 ± 2,1	65,8 ± 1,2*	76,5 ± 1,5
Соціальне функціонування (SF)	50,8 ± 2,1	69,5 ± 2,0*	48,3 ± 1,7
Ментальне здоров'я (MH)	49,8 ± 1,8	68,5 ± 2,1*	65,8 ± 1,7
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (RE)	35,8 ± 3,7	65,2 ± 4,7*	55,2 ± 1,8
Життєздатність (VT)	43,2 ± 2,2	63,3 ± 2,1	63,6 ± 1,8
Загальне здоров'я (GH)	46,1 ± 1,7	58,1 ± 2,4	64,8 ± 1,5

Примітка. * — $P < 0,05$, порівняння до і після лікування у межах конкретної групи.

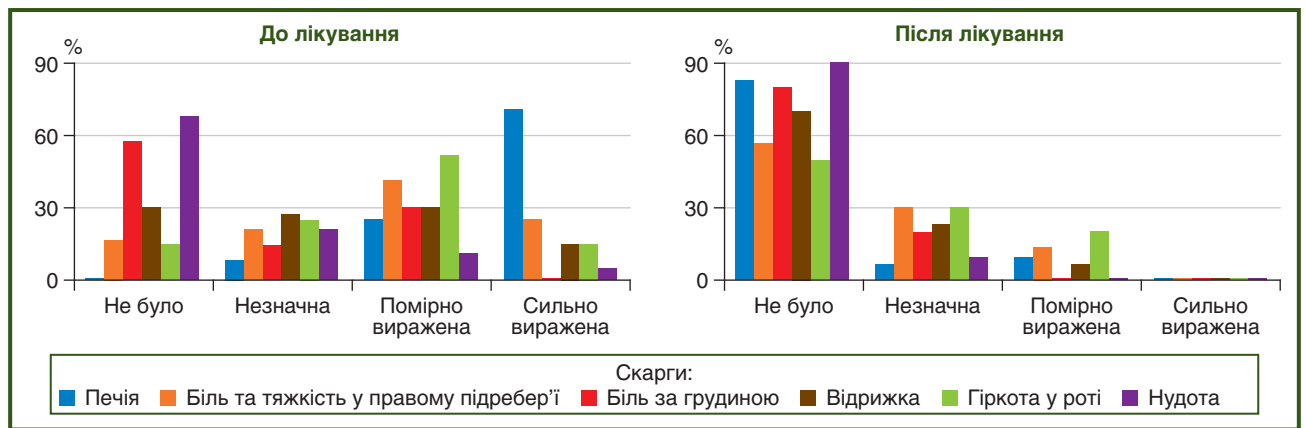


Рисунок 3 — Зміна частоти і вираженості скарг обстежених хворих у процесі лікування (у відсотках)

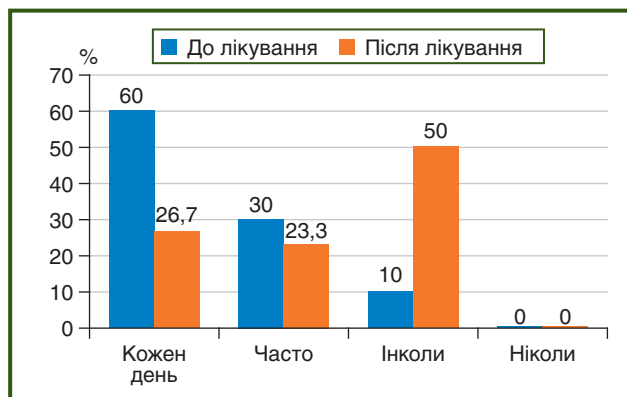


Рисунок 4 — Неможливість вживання улюбленої їжі через появу скарг

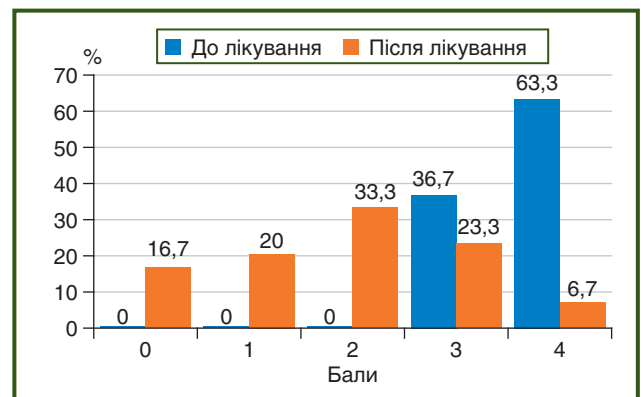


Рисунок 5 — Вплив перебігу захворювання на активність та ритм життя пацієнтів (у балах)

блену їжу без появи скарг.

Ці факти впливали і на ЯЖ хворих з ГЕРХ, поєднаною з дисфункцією сфінктера Одді. Дані про ЯЖ, на думку самих пацієнтів, наведені на рис. 5.

Як видно на рис. 5, усі пацієнти відмічали досить значний вплив перебігу хвороб на ритм життя, вибравши 4 та 5 балів, що трактувалося як помірне або значне порушення активності і ритму життя. У той же час після лікування лише 6,7 % пацієнтів вказали на значний негативний вплив порівняно з 63,3 % до лікування. Значно збільшилася частка хворих, які вважали, що скарги і прояви даної патології не погіршували (0 балів) або незначно погіршували ЯЖ (1 бал): з 0 до 16,7 % і з 0 до 20,0 % відповідно.

Водночас ситуація щодо емоційного сприйняття своєї хвороби пацієнтами також покращилася, але не так значно (рис. 6).

На рис. 6 продемонстровано, що сильне емоційне занепокоєння з приводу ГЕРХ та дисфункції сфінктера Одді зазначали 33,3 % хворих до лікування проти 10,0 % після лікування, помірне і незначне занепокоєння — 50,0 проти 30,0 % і 16,7 проти 36,7 % відповідно. Спокійно, тобто без особливих емоційних переживань, сприймали ці коморбідні захворювання 6,7 % обстежених до лікування проти 23,3 % після лікування. Таким чином, у процесі лікування поліпшується емоційне сприйняття хворими своїх захворювань.

Більшість хворих ($n = 25$; 83,3 %) на заповнення розробленого специфічного опитувальника витратили не більше 10 хвилин, у деяких хворих ($n = 3$; 10,0 %) на відповіді пішло 11–15 хвилин, 16–20 хвилин витратили 2 особи (6,7 %), жоден з анкетованих не відповідав більше ніж 20 хвилин. Не всі пацієнти змогли конкретизувати більш точний час, витрачений на заповнення даного опитувальника, а ті, які це зробили, у середньому витратили ($7,2 \pm 2,1$) хвилини. Це свідчить про те, що запропонований специфічний опитувальник для хворого з коморбідною патологією ГЕРХ та дисфункцією сфінктера Одді нетрудомісткий для заповнення. До того ж 29 (96,7 %) хворих відзначили, що їм нескладно було відповідати на запитання, і тільки 1 (3,3 %) пацієнт вибрав відповідь «не звик до анкетування» як фактор, що характеризує складність даного дослідження. У той же час усі хворі (100 %) вважають, що середньостатистичний пацієнт впорається з відповідями на запитання.

На нашу думку, це досить хороші показники для розробленого специфічного опитувальника щодо ЯЖ ПЗ для пацієнтів з коморбідною патологією ГЕРХ і дисфункцією сфінктера Одді, що свідчить про можливі перспективи його використання в клінічній практиці.

Висновки

1. У пацієнтів з ГЕРХ відмічалось у динаміці лікування вірогідне покращення ЯЖ ПЗ за всіма шкалами SF-36: PF — ($77,1 \pm 2,0$) проти ($71,4 \pm 2,2$), RP — ($52,1 \pm 5,0$) проти ($30,6 \pm 2,4$), BP — ($65,8 \pm 1,2$) проти ($48,7 \pm 2,1$), SF — ($69,5 \pm 2,0$) проти ($50,8 \pm 2,1$), MH — ($68,5 \pm 2,1$) проти ($49,8 \pm 1,8$), RE — ($65,2 \pm 4,7$) проти

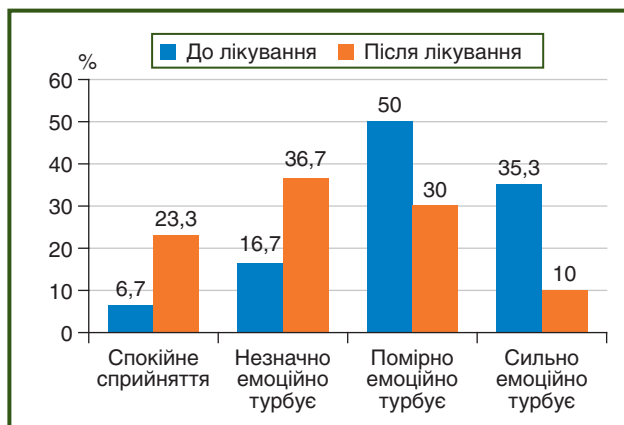


Рисунок 6 — Емоційне сприйняття своєї хвороби пацієнтами за результатами розробленої специфічної анкети-опитувальника

($35,8 \pm 3,7$), VT — ($63,3 \pm 2,1$) проти ($43,2 \pm 2,2$), GH — ($58,1 \pm 2,4$) проти ($46,1 \pm 1,7$) бала. Також відзначалося помірне або значне порушення активності і ритму життя внаслідок коморбідної патології ГЕРХ та дисфункції сфінктера Одді, однак після лікування ці вагомні показники ЯЖ ПЗ покращувалися в усіх хворих, до того ж більш позитивним ставало психоемоційне сприйняття існуючих хвороб.

2. Розроблений специфічний опитувальник якості життя, який заповнюється хворими самостійно, дозволяє оцінити ЯЖ ПЗ у хворих з поєднаною патологією ГЕРХ і дисфункцією сфінктера Одді, нескладний у застосуванні, доступний для розуміння, потребує невеликої кількості часу на заповнення (у середньому $7,2 \pm 2,1$ хвилини) і може бути рекомендований до застосування як окремо, так і разом з будь-яким загальним (неспецифічним) опитувальником.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Інформація про фінансування. Робота виконується відповідно до плану наукових досліджень Державної установи «Інститут гастроентерології НАМН України». Усі пацієнти підписали інформовану згоду на участь у цьому дослідженні.

Внесок авторів у роботу над статтею. Демешкіна Л.В. — аналіз отриманих результатів, написання статті; Зигало Е.В. — редагування літературних джерел, написання резюме; Мосійчук Л.М. — концепція та дизайн дослідження, редагування тексту.

References

1. WHO. WHOQOL: Measuring quality of life. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol> Accessed: Sep 29, 2021.
2. WHOQOL: Measuring Quality of Life. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol>. Assessed: September 29, 2021.
3. Stepanov YuM, Mosiychuk LM, Krylova OO, et al. Improvement of methods for studying the quality of life in patients with chronic pancreatitis and GERD, combined with sphincter dysfunction Oddi recommendations. Kyiv; 2014. 20 p.

4. Asanova AA. Quality of life associated with health of patients with depressive disorders. *Bulletin of psychiatry and psychopharmacotherapy*. 2008;14(2):82-85. (in Russian).
5. Health-related quality of life (HRQOL) assessment for achondroplasia. Available from: <https://www.beyondachondroplasia.org/en/news/news-all/social/159-assessing-health-related-quality-of-life-hrqol-in-achondroplasia>.
6. Glise H, Wiklund I. Health-related quality of life and gastrointestinal disease. *J Gastroenterol Hepatol*. 2002 Feb;17 Suppl:S72-84. doi: 10.1046/j.1440-1746.17.s1.6.x.
7. Evsina OV. health related quality of life is an important indicator of a patient's health (literature review). *Personality in a changing world: health, adaptation, development*. 2013;(1):119-133. (in Russian).
8. Ponomarenko VM, Apanasenko GL, Chebanenko NI. Methodical approach to study of the quality of life of the population in conjunction with the camp of health. *Bulletin of social hygiene and organization of health protection of Ukraine*. 2002;(3):74-77.
9. Antipenko EN, Kogut NN. Quality of life and self-reported health. *Medical news*. 1997;(2):20-21.
10. Karimi M, Brazier J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*. 2016 Jul;34(7):645-9. doi: 10.1007/s40273-016-0389-9.
11. Porcu S, Mandas A. How to evaluate Quality of Life. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2019 Mar 29;89(1). doi: 10.4081/monaldi.2019.1033.
12. Yin S, Njai R, Barker L, Siegel PZ, Liao Y. Summarizing health-related quality of life (HRQOL): development and testing of a one-factor model. *Popul Health Metr*. 2016 Jul 11;14:22. doi: 10.1186/s12963-016-0091-3.
13. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, et al; LIVSFORSK network. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res*. 2019 Oct;28(10):2641-2650. doi: 10.1007/s11136-019-02214-9.
14. Frangne PH. Approche philosophique de la qualité de vie [Philosophical approach to quality of life]. *Soins Gerontol*. 2019 Sep-Oct;24(139):12-18. French. doi: 10.1016/j.sger.2019.07.003.
15. Ventegodt S, Andersen NJ, Merrick J. Quality of life philosophy I. Quality of life, happiness, and meaning in life. *Scientific-WorldJournal*. 2003 Dec 1;3:1164-75. doi: 10.1100/tsw.2003.102.
16. Counted V, Possamai A, Meade T. Relational spirituality and quality of life 2007 to 2017: an integrative research review. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(1):75. doi: 10.1186/s12955-018-0895-x.
17. Panzini RG, Mosqueiro BP, Zimpel RR, Bandeira DR, Rocha NS, Fleck MP. Quality-of-life and spirituality. *Int Rev Psychiatry*. 2017 Jun;29(3):263-282. doi: 10.1080/09540261.2017.1285553.
18. Van Groenestijn AC, Kruitwagen-van Reenen ET, Visser-Meily JM, van den Berg LH, Schröder CD. Associations between psychological factors and health-related quality of life and global quality of life in patients with ALS: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14(1):107. doi: 10.1186/s12955-016-0507-6.
19. Polis S, Fernandez R. Impact of physical and psychological factors on health-related quality of life in adult patients with liver cirrhosis: a systematic review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2015;13(1):39-51. doi: 10.11124/jbisrir-2015-1987.
20. Ware JE. The SF-36 Health Survey. In: Spilker B. *Quality of life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. pp. 337-345.
21. Chan Y, Ching JY, Cheung CM, et al. Development and validation of a disease-specific quality of life questionnaire for gastro-oesophageal reflux disease: the GERD-QOL questionnaire. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010;31(3):452-60. doi: 10.1111/j.1365-2036.2009.04187.x.
22. Hancıerlioğlu S, Yıldırım Y, Bor S. Validity and reliability of the Quality of Life in Reflux and Dyspepsia (QoLRAD) questionnaire in patients with gastroesophageal reflux disease for the Turkish population. *Turk J Gastroenterol*. 2019 Jun;30(6):511-516. doi: 10.5152/tjg.2019.18689.
23. Afanasyeva EV. Assessment of health-related quality of life. *Quality Clinical Practice*. 2010;(1):36-38. (in Russian).
24. Lobanov YuF, Skudarnov EV, Strozenko LA, Prokudina MP, Karakasekova MK, Pechkina KG. Quality of life as a problem in healthcare: current trends. *International Journal of Applied and Fundamental Research*. 2018;(5 Pt1):235-239.
25. Mouli VP, Ahuja V. Questionnaire based gastroesophageal reflux disease (GERD) assessment scales. *Indian J Gastroenterol*. 2011 May;30(3):108-17. doi: 10.1007/s12664-011-0105-9.
26. Cheganov AV, Shevchenko VV. Experience of Polisorb using in patients with viral liver cirrhosis. *Doctor*. 2010;(2):54-56.
27. Mamaev AN. *Fundamentals of Medical Statistics. M: Practical Medicine*; 2011. 128 p. (In Russian).

Отримано/Received 02.02.2022

Рецензовано/Revised 20.02.2022

Прийнято до друку/Accepted 10.03.2022 ■

Information about authors

L.M. Mosychuk, PhD, the Head of Department of surgery of the organs of digestive system, State Institution "Institute of Gastroenterology of the National Academy of Sciences Ukraine", Dnipro, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0001-9296-9473>

L.V. Demeshkina, PhD, Senior Researcher of the Department of the Diseases of Stomach and Duodenum, Dietetics and Clinical Nutrition, State Institution "Institute of Gastroenterology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Dnipro, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0002-7301-1857>

E.V. Zyhala, PhD, Senior Researcher of the Department of miniinvasive endoscopic interventions and instrumental diagnostics, State Institution "Institute of Gastroenterology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Dnipro, Ukraine; <http://orcid.org/0000-0001-5026-0992>

Conflicts of interests. Authors declare the absence of any conflicts of interests and own financial interest that might be construed to influence the results or interpretation of the manuscript.

Information about funding. The work is performed in accordance with the research plan of State Institution "Institute of Gastroenterology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine". All patients signed an informed consent to participate in this study.

Contribution of authors. Demeshkina L.V. — analysis of the results, writing the article; Zigalo E.V. — reference editing, resume; Mosychuk L.M. — research concept and design, the

text editing.

L.M. Mosiychuk, L.V. Demeshkina, E.V. Zigalo

SI "Institute of Gastroenterology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Dnipro, Ukraine

Gastroesophageal reflux disease combined with Oddi sphincter dysfunction: control of health-related quality of life in patients

Abstract. Background. Due to the need to assess the impact of comorbid pathology (GERD and Oddi sphincter dysfunction), it is not possible to use such well-known specific questionnaires as the GERD Health-Related Quality of Life Questionnaire, the Quality of Life in Reflux and Dyspepsia and others. The purpose: to study Health-Related Quality of Life (HRQoL) before and after treatment in patients with GERD, combined with dysfunction of the sphincter of Oddi, using Short Form Health Status Survey (SF-36) and the self-developed specific questionnaire. **Materials and methods.** 30 patients with comorbid diseases GERD and Oddi's sphincter dysfunction were studied. SF-36 and the self-developed specific questionnaire were used. **Results.** The specific questionnaire for patients with gastroesophageal reflux disease combined with Sphincter of Oddi dysfunction was worked out. The evaluation of the questionnaire (patients comprehensiveness of questions, timesuming etc.) was explored. Using SF-36, it was significant improvement of HRQoL for all scales after treatment compared

with initial data: physical functioning (PF, $77,1 \pm 2,0$) versus ($71,4 \pm 2,2$)), role-physical functioning (RP, $52,1 \pm 5,0$) versus ($30,6 \pm 2,4$)), bodily pain (BP, $65,8 \pm 1,2$) versus ($48,7 \pm 2,1$)), social functioning (SF, $69,5 \pm 2,0$) versus ($50,8 \pm 2,1$)), mental health (MH, $68,5 \pm 2,1$) versus ($49,8 \pm 1,8$)), role emotional (RE, $65,2 \pm 4,7$) versus ($35,8 \pm 3,7$)), vitality (VT, $63,3 \pm 2,1$) versus ($43,2 \pm 2,2$)), general health (GH, $58,1 \pm 2,4$) versus ($46,1 \pm 1,7$) points). All patients had decreased HRQoL due to comorbid GERD and sphincter dysfunction Oddi. Moderate or significant disorders of activity and rhythm of life due to these diseases was revealed, but after treatment there was an improvement in significant HRQoL in all patients, in addition to psycho-emotional perception of their diseases became more positive. **Conclusions.** All patients had decreased HRQoL due to comorbid GERD and sphincter dysfunction Oddi, and it improved after treatment in most of patients. **Keywords:** health-related quality of life; gastroesophageal reflux disease; sphincter of Oddi dysfunction; questionnaire