

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА ИЗ *PLANTAGO OVATA*

Русин В.И., Сирчак Е.С., Курчак Н.Ю.
Ужгородский национальный университет

Представлены результаты обследования и лечения 28 больных с хроническим панкреатитом после холецистэктомии. Всем больным была проведена холецистэктомия в среднем $6,5 \pm 2,4$ лет назад. У больных с хроническим панкреатитом после холецистэктомии наблюдается снижение всех компонентов качества жизни. Изучено динамику клинической симптоматики, а также показателей качества жизни до и после лечения. Установили более выраженную тенденцию до нормализации клинических симптомов, и соответственно, более выраженную позитивную динамику показателей качества жизни в группе больных, которые дополнительно принимали препарат *Plantago ovata*.

Ключевые слова: хронический панкреатит, холецистэктомия, качество жизни, лечение, семена *Plantago ovata*.

Постановка проблемы. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из распространенных заболеваний пищеварительной системы, имеет устойчивую тенденцию к росту, особенно в последние 10 лет, что приводит к значительному увеличению холецистэктомий (ХЭ). Распространенность ЖКБ в Украине составляет 694,6 случаев на 100 тыс. взрослого населения. Темп прироста за 10 лет достигает 79,2%. Количество операций на органах пищеварения и брюшной полости в 2008 в Украине составила 13,4% от общего количества оперативных вмешательств, при этом наибольшее количество – 9,5% пришлось на ХЭ, из которых 97,5% выполнены по поводу ЖКБ [1].

Анализ последних исследований и публикаций. У 25-40% больных, перенесших холецистэктомию, сохраняются или через некоторое время возобновляются абдоминальные боли и диспептические расстройства, требующие коррекции. Такое состояние обозначается как постхолецистэктомический синдром (ПХЭС). У большинства больных (до 60%) причиной жалоб служат функциональные, а у 40-50% – органические нарушения. В 1,5% случаев органические нарушения являются следствием оперативного вмешательства, но лишь 0,5% больных с постхолецистэктомическим синдромом требуют повторного хирургического лечения [3, 4].

Таким образом, в 15-40% случаев ХЭ приводит к новой болезни, которую объединяют в общий симптомокомплекс под названием «ПХЭС», что проявляется функциональными нарушениями органов пищеварения (дисфункция сфинктера Одди), а также формированием хронического панкреатита (ХП), соответственно, и к снижению качества жизни (КЖ) этих больных.

Методы изучения КЖ основываются на определении пациентом уровня своего благополучия в физических, психических, социальных и экономических отношениях. Все эти компоненты могут быть проанализированы отдельно или в целом с помощью разных анкет, тестов, шкал, индексов. В медицинской практике для изучения КЖ широко используется опросник MOS 36-item Short-form Health Survey (MOS SF-36), разработанный J.E. Ware в 1992 г. (The Health Institute, New England Medical Center, Boston, США) для обобщения минимальных психометрических стандартов, необходимых для групповых сравнений [2].

Выделение нерешенных раньше частей общей проблемы. Болезнь, как стрессовая ситуация в жизни пациента, активизирует систему значимых от-

ношений, высших регуляторных механизмов, которые оказываются в условиях болезни и лечения, с одной стороны, в характерных способах восприятия переживаний и оценок, а с другой стороны – в особенностях приспособительного поведения. Знание и учет этих механизмов реагирования на болезнь и терапию могут повысить эффективность последней, способствовать выбору наиболее точно направленных способов лечебного влияния.

Цель статьи: основной целью этой работы является изучение динамики качества жизни у больных с ХП после ХЭ на фоне комплексной терапии с использованием препарата *Plantago ovata*.

Изложение основного материала. Под нашим наблюдением находилось 28 больных с ХП после ХЭ, которые лечились в хирургической клинике и гастроэнтерологическом отделении и ЗОКБ им. А. Новака г. Ужгорода.

Среди обследованных больных с ХП после ХЭ мужчин было 8 (29%), возрастом $41,5 \pm 7,7$ лет, женщин было – 20 (71%), возрастом $46,7 \pm 4,1$ лет. Контрольную группу составили 20 фактически здоровых лиц в возрасте от 20 до 63 лет, средний возраст которых составлял $40,1 \pm 4,6$ лет.

Всем больным была проведена ХЭ в среднем $6,5 \pm 2,4$ лет назад.

Все исследования были проведены с согласия пациентов, а методика их проведения отвечала Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотра 1983 г.

Диагноз обострения ХП выставлялся с учетом жалоб, анамнестических, лабораторных (биохимический анализ крови, с акцентом на липидный профиль; копрологическое исследование) и инструментальных методов исследования (ультразвуковое исследование органов брюшной полости, аппарат Philips HDI – 1500). Для исследования внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы также больным после ХЭ проводили С13-смешанный триглицеридный и С13-амилазный дыхательные тесты.

Оказание медицинской помощи больным ХП после ХЭ проводили согласно клиническим протоколам лечения МЗ Украины от 13.06.2005 г. № 271. Базисное лечение больных с ХП после ХЭ включало назначение спазмолитиков, прокинетики, при необходимости ненаркотических анальгетиков, а также индивидуально подобранную заместительную ферментную терапию.

Сформированы две группы обследованных. В I группу вошло 16 больных ХП после ХЭ, которые дополнительно получали препарат из *Plantago*

ovata (Мукфальк®) по 1 пакету растворенного в 150 мл воды 4 раза в сутки в течение 3 недель. Интервал между приемами Мукфальк® и другими лекарственными препаратами составлял 40-60 минут. II группа (n=12) больных ХП после ХЭ Мукфальк® не получали.

Больным с ХП после ХЭ до и после лечения проводилась общая оценка КЖ с помощью опросника SF-36, пункты которой сгруппированы в восемь шкал [2]: 1. Физическое функционирование (Physical Functioning – PF); 2. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP); 3. Интенсивность боли (Bodily Pain – BP); 4. Общее состояние здоровья (General Health – GH); 5. Жизненная активность (Vitality – VT); 6. Социальное функционирование (Social Functioning – SF); 7. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional – RE); 8. Психическое здоровье (Mental Health – MH).

Физическое функционирование (PF) отображает степень при которой состояние здоровья позволяет выполнять физические нагрузки. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), показывает влияние физического состояния на выполнение повседневных (ролевых) обязанностей. Шкала интенсивности боли (BP) отображает влияние боли на повседневную активность пациента. Общее состояние здоровья (GH) выражает представление больного о собственном здоровье в данный момент. Жизненная активность (VT) имеет в виду субъективное ощущение пациентом себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Социальное функционирование (SF) определяется степенью, при которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), допускает оценку степени, при которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности. Психическое здоровье (MH) характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий уровень позитивных эмоций. Показатели каждой шкалы оценивались в баллах от 0 до 100: высшая оценка указывала на высший уровень КЖ. Все вышеперечисленные шкалы формировали два показателя: физический (1-4 шкалы) и психический (5-8 шкалы) компоненты здоровья.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием методов описательной статистики, рассчитанных с помощью программы Statsoft Statistica v.6.0.

У всех обследованных больных после ХЭ из группы наблюдали при физикальном обследовании диагностировали алиментарное ожирение I-II степеней. После проведения клинико-лабораторных обследований у больных после ХЭ верифицировали диагноз обострения ХП. Таким образом, ХП формировался на фоне билиарной патологии (у всех пациентов группы обследования была выполнена ХЭ в терминах 6,5±2,4 лет назад).

Результаты проведенных исследований указывают на изменения со стороны органов пищеварения у больных с ХП после ХЭ до лечения, а именно: склонность к поносам, полифекалии, боли разлитого, спастического характера в животе, вздутие живота, дискомфорт и ноющие боли в верхних отделах живота, тошнота, отрыжка (таблица 1).

Использование препарата из семян *Plantago ovata* в комплексной терапии больных с ХП после ХЭ способствует более эффективному уменьшению проявлений кишечной диспепсии а, также на-

блюдается более выраженное уменьшение поносов (на 50%), полифекалии (на 47,5%), метеоризма (на 43,7%) – таблица 1.

Таблица 1
Динамика клинических симптомов у больных с ХП после ХЭ

Симптомы	Обследованные больные			
	I группа (n=16)		II группа (n=12)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Болевой синдром:	81,2%	25,0% **	83,3%	33,3% *
Симптомы кишечной диспепсии:				
Нарушения стула:				
- поносы	62,5%	12,5% **	75,0%	25,0% *
- запоры	12,5%	-	8,3%	8,3%
- запоры, что чередуются поносами	25,0%	6,3% *	16,7%	8,3% *
- полифекалия	43,8%	6,3% **	41,7%	25,0% *
- чувство неполной дефекации	62,5%	18,8% **	66,7%	41,7%
Метеоризм	75,0%	18,8% **	75,0%	33,3% *
Симптомы билиарной диспепсии				
Тошнота	43,8%	12,5% *	41,7%	16,7% *
Рвота	25,0%	-	25,0%	8,3%
Отрыжка горьким	12,5%	-	16,7%	-
Горечь во рту	31,3%	6,25	33,3%	16,7%

Примечание: между показателями у больных с ХП после ХЭ до и после лечения обнаружена достоверная разница:

* – $p < 0,05$

Мукофальк® обладает уникальными свойствами, поэтому его можно назначать как при поносах, так и при диарейных синдроме. В первом случае прием препарата приводит к размягчению каловых масс, что способствует более быстрой его эвакуации из кишечника. Также обладает выраженными адсорбирующими свойствами, что следует учитывать у больных с диарейным синдром.

Это свойство препарата у обследованных нами больных с ХП после ХЭ с алиментарным ожирением I-II ст. также следует учитывать с целью коррекции нарушенного липидного обмена. В I группе больных на фоне лечения наблюдали снижение уровня общего холестерина сыворотки крови с $8,78 \pm 0,12$ ммоль/л до $6,01 \pm 0,26$ ммоль/л, тогда как во II группе – только с $8,56 \pm 0,31$ ммоль/л до $7,25 \pm 0,12$ ммоль/л. Мукофальк® обладает выраженным гиполипидемическим эффектом, связывает и выводит с организма токсические желчные кислоты, холестерин.

Позитивная динамика клинической симптоматики, соответственно приводило к улучшению КЖ у данных пациентов. При исследовании КЖ, нами получены данные, что свидетельствуют про достоверное его снижение у больных с ХП ($p < 0,05$) по сравнению со здоровыми людьми по всем шкалам опросника SF-36 до лечения (табл. 2). Обнаружили низкие средние показатели физического функционирования (PF) – $71 \pm 3,2$ баллов, ролевого физического функционирования (RP) – $48 \pm 3,7$ баллов, шкалы интенсивности боли (BP) – $51 \pm 3,2$ баллов, общего состояния здоровья (GH) – $58 \pm 2,4$ баллов, жизненной активности (VT) – $42 \pm 1,4$ баллов, социального функционирования (SF) – $62 \pm 3,6$ баллов, ролевого эмоционального функционирования (RE) – $44 \pm 2,7$ баллов, психического здоровья (MH) – $50 \pm 1,9$ баллов.

Динамика показателей качества жизни у больных с ХП после ХЭ

Показатели	Контрольная группа (n=20)	Обследованные больные			
		I группа (n=16)		II группа (n=12)	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
PF	88 ± 3,6	71 ± 3,6	83 ± 1,1	71 ± 3,2	61 ± 3,1
RP	84 ± 1,4	49 ± 3,1 *	79 ± 3,5 ^	46 ± 4,1 *	53 ± 4,4
BP	85 ± 1,9	56 ± 2,1*	66 ± 2,5	54 ± 3,3 *	56 ± 1,7
GH	82 ± 2,4	55 ± 2,2 *	77 ± 3,2 ^	57 ± 2,1 *	72 ± 3,3 ^
VT	78 ± 1,9	43 ± 1,6 *	59 ± 2,9	44 ± 1,9 *	50 ± 2,7
SF	75 ± 1,6	62 ± 3,1	71 ± 3,1	61 ± 2,1	69 ± 2,6
RE	68 ± 2,5	47 ± 2,0	55 ± 2,1	48 ± 2,5	47 ± 1,4
MH	74 ± 2,4	53 ± 1,2	68 ± 2,9	52 ± 2,0	59 ± 2,3
PH	86 ± 2,5	57 ± 3,1 *	76 ± 1,4 ^	58 ± 3,1 *	67 ± 2,0
MH1	75 ± 2,0	52 ± 1,7 *	75 ± 3,6 ^	54 ± 1,8 *	65 ± 2,2

Примечание: между показателями у больных с ХП после ХЭ и контрольной группы обнаружена достоверная разница:

* – $p < 0,05$;

между показателями у больных с ХП после ХЭ до и после лечения обнаружена достоверная разница: ^ – $p < 0,05$

Интегрированные показатели физического и психического компонентов здоровья у больных с ХП по сравнению с показателями контрольной группы также были достоверно понижены (таблица 2).

На фоне комплексной терапии у больных с ХП после ХЭ наблюдали более выраженную позитивную динамику показателей КЖ за результатами шкалы SF-36 во II группе пациентов (таблица 2).

Итак, проведенные исследования позволяют утверждать, что комплексная терапия больных с ХП после ХЭ с использованием препарата растительного происхождения (семена *Plantago ovata*) – Мукофальк® способствует более выраженной позитивной динамике клинических симптомов, что в свою очередь, способствует к более выраженной динамике показате-

лей КЖ. Мукофальк® также целесообразно включать в схемы лечения больных с ожирением для нормализации уровня холестерина в сыворотке крови.

Выводы. 1. У больных с ХП после ХЭ наблюдается снижение всех компонентов КЖ.

2. Использование Мукофальк® в комплексной терапии больных с ХП после ХЭ является эффективным, безопасным средством для нормализации клинической симптоматики, что лежит в основе повышения КЖ данных пациентов.

Предложения: дальнейшее исследование динамики показателей качества жизни у больных с хроническим панкреатитом после холецистэктомии для своевременного назначения патогенетически обоснованного лечения.

Список литературы:

1. Губергриц Н.Б. Холецистэктомия и сфинктер Одди: как достигнуть консенсуса? / [Н.Б. Губергриц, Г.М. Лукашевич, О.А. Голубова, П.Г. Фоменко]. – Сучасна гастроентерологія. – 2013. – № 1(69). – С. 55-65.
2. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕССА» Звездный мир, 2002. – 320 с.
3. Шевченко Б.Ф. Дифференциальный подход к органосохраняющим операциям в лечении желчнокаменной болезни // Б.Ф. Шевченко, Бабий А.М. – Гастроентерологія. – 2013. – С. 95-101.
4. Madacsy L. Characterization of functional biliary pain and dyspeptic symptoms in patients with sphincter of Oddi dysfunction: effect of papillotomy // L. Madacsy, R. Fejes, G. Kurucsai. – World J. Gastroenterol. – 2006. – № 12(42). – P. 6850-6856.

Русин В.І., Сірчак Є.С., Курчак Н.Ю.

Ужгородський національний університет

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ПІСЛЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ НА ФОНІ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ПРЕПАРАТУ ІЗ *PLANTAGO OVATA*

Анотація

Представлено результати обстеження та лікування 28 хворих з хронічним панкреатитом після холецистектомії. Всім хворим була проведена холецистектомія в середньому 6,5±2,4 років тому. У хворих з хронічним панкреатитом після холецистектомії спостерігається зниження всіх компонентів якості життя. Вивчено динаміку клінічної симптоматики, а також показників якості життя до і після лікування. Встановили більш виражену тенденцію до нормалізації клінічних симптомів, і відповідно, більш виражену позитивну динаміку показників якості життя в групі хворих, які додатково приймали препарат *Plantago ovata*.

Ключові слова: хронічний панкреатит, холецистектомія, якість життя, лікування, насіння *Plantago ovata*.

Rusin V.I., Sirchak Ye.S., Kurchak N.Yu.
Uzhhorod National University

DYNAMICS OF INDEXES OF QUALITY OF LIFE AT PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS AFTER CHOLECYSTECTOMI ON BACKGROUND OF COMPLEX THERAPY WITH THE USE OF PREPARATION FROM PLANTAGO OVATA

Summary

The results of inspection and treatment at 28 patients with a chronic pancreatitis after cholecystectomy are presented. All patients underwent cholecystectomy on average $6,5 \pm 2,4$ years ago. In patients with chronic pancreatitis after cholecystectomy a decrease all components in the quality of life. The dynamics of clinical symptoms, and also indexes of quality of life before and after treatment are studied. Set more expressed tendency to normalization of clinical symptoms, and accordingly, more expressed positive dynamics of indexes of quality of life in the group of patients which accepted preparation of *Plantago ovata* additionally.

Keywords: chronic pancreatitis, cholecystectomy, quality of life, psychosomatic changes, treatment, seed of *Plantago ovata*.

УДК 001.894.2:001.895:616-089.163:616-089.168.1:616-039.77

МЕТОД ГЛИБОКОГО МАГНІТНО-ПОЛЬОВОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЗНЕБОЛЮВАННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ТРАВМ ОБЛИЧЧЯ У ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНИЙ ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД. ВАРІАНТИ МОЖЛИВОГО ЗАСТОСУВАННЯ

Чернев М.В.

Центральна стоматологічна поліклініка Міністерства оборони України

Чернев О.В.

Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
Міністерства охорони здоров'я України

Огарко І.В.

ТОВ «Ом-Стом»

Андрієвська Т.А.

Учениця гімназії № 109 імені Т.Г. Шевченка

У статті викладено результати досліджень щодо одночасного застосування проникаючих магнітних полів та медикаментозних препаратів під час знеболювання та лікування травм обличчя за рахунок застосування розробленої конструкції маски індивідуальної захисної з магнітами. Наведено варіанти можливого застосування методу глибокого магнітно-польового медикаментозного знеболювання та лікування травм обличчя у перед або післяопераційний періоди.

Ключові слова: проникаючі магнітні поля, глибоке магнітно-польове медикаментозне знеболювання, глибоке магнітно-польове медикаментозне лікування, травми обличчя, передопераційний або післяопераційний періоди.

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. Сучасна медицина застосовує широкий спектр методів для знеболювання та лікування травм обличчя у разі виникнення больових відчуттів (захворювань) Тимофеев А.А. [1, с. 116-183], Кононенко Ю.Г. [2, с. 100-117].

Однак реалізація відомих методів вимагає витрачання часу. Внаслідок застосування медикаментозних препаратів організм може виникати до знеболюючих препаратів, що знижує ефективність впливу медикаментозних препаратів у період виражених й тривалих больових синдромів. Це є актуальною проблемою.

Тому, пошук методів інтенсивної терапії під час знеболювання та лікування травм обличчя з одночасним захистом обличчя є актуальним науково-технічним завданням.

Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми, на які посилається автор. Методи медикаментозного знеболювання та лікування травм обличчя викладені у широкому колі публікацій, зокрема Тимофеев А.А. [1, с. 116-183], Кононенко Ю.Г. [2, с. 100-117]. Засто-

суються методи, які передбачають застосування масок [5-6]. Однак, під час реалізація цих методів можуть виникати побічні ефекти.

Виниклі проблеми вимагають розроблення методів підвищення ефективності застосування медикаментозних (знеболювальних, лікувальних) препаратів в інтересах прискорення одужування хворих пацієнтів.

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми, яким присвячується стаття. Аспекти одночасного захисту обличчя та магнітно-польового медикаментозного знеболювання та лікування травм обличчя (одночасні захист обличчя та застосування знеболювальних препаратів з проникаючими магнітними полями) залишаються недостатньо розкритими.

Одним із напрямів підвищення ефективності знеболювання та лікування травм обличчя є застосування магнітних полів, оскільки дослідження свідчать про позитивну динаміку лікування під час комплексного застосування магнітних полів [3, с. 67-77], [4, с. 57-123].

Формулювання цілей статті (постановка завдання). Метою статті є викладення розробленого методу магнітно-польового знеболювання та ліку-