

## ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ РАБЕПРАЗОЛОМ

Маев И. В., Самсонов А. А., Одинцова А. Н., Голубев Н. Н., Яблунская Г. И.

Московский государственный медико-стоматологический университет

### РЕЗЮМЕ

В статье представлены результаты изучения динамики показателей качества жизни 100 больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне терапии ингибитором протонной помпы (ИПП) рабепразолом. Степень выраженности клинических проявлений оценивалась с помощью шкалы Лайкерта, оценку качества жизни больных проводили с помощью опросников SF-36, GSRS, психоэмоциональную составляющую здоровья пациентов анализировали по личностному опроснику института имени В. М. Бехтерева. Использование рабепразола уже через 4 недели применения позволяет не только эффективно купировать симптоматику рефлюксной болезни, но и достоверно улучшить показатели качества жизни пациентов.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; качество жизни; рабепразол.

### SUMMARY

The present article represents findings of quality of life index dynamics for 100 patients with gastroesophageal reflux disease under pressure of proton pump inhibitor therapy. The degree of clinical evidence was measured by Likert scale, quality of life appraisal was made on the bases of SF-36, GSRS checklists, psychoemotional component of patients' health was analyzed with the help of the V. M. Bekhterev Institute personal enquirer. Treatment with Rabeprazole helps efficiently jugulate reflux disease symptoms and accurately improve quality of life index.

**Keywords:** gastroesophageal reflux disease; quality of life; Rabeprazole.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) в настоящее время занимает лидирующее положение среди всей патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта, являясь одним из самых актуальных и широко изучаемых вопросов современной гастроэнтерологии [2; 4; 5; 8]. В связи с увеличивающейся в последние годы распространенностью заболевания на 6-й Европейской гастроэнтерологической неделе в Бирмингеме (1997) XXI век был объявлен веком ГЭРБ [2; 3; 5].

Решающее значение в формировании одной из современных концепций ГЭРБ сыграла Генвальская конференция 1997 года, на которой впервые базисным стало представление о нарушении качества жизни больных с данной патологией [1; 3].

Интерес к понятию качества жизни в мировой медицинской практике прослеживается давно. Еще С. П. Боткин в середине XIX века сформулировал свой известный постулат: «... лечить больного, а не болезнь...» [6; 7]. Осознание смысла этого вы-

сказывания и его дальнейшее развитие произошло лишь в конце XX века, но уже в современной интерпретации в виде исследования качества жизни больного [1; 7; 9].

Общепризнанным считается, что КЖ — это многомерное понятие, отражающее влияние заболевания и лечения на все составляющие благополучного существования и здоровья пациентов и дающее представление о физическом, психологическом и социальном функционировании больного [6; 7].

Спектр возможных нарушений благополучного существования пациента может быть очень разнообразным: от беспокойства и плохого настроения, снижения жизненной активности до появления ряда серьезных социальных и психологических проблем, порой влекущих за собой утрату работоспособности. В этой связи в современной медицине наряду с широко применяемыми методами оценки симптомов хронических заболеваний приоритетным становится и исследование КЖ этих больных [1; 7; 9].

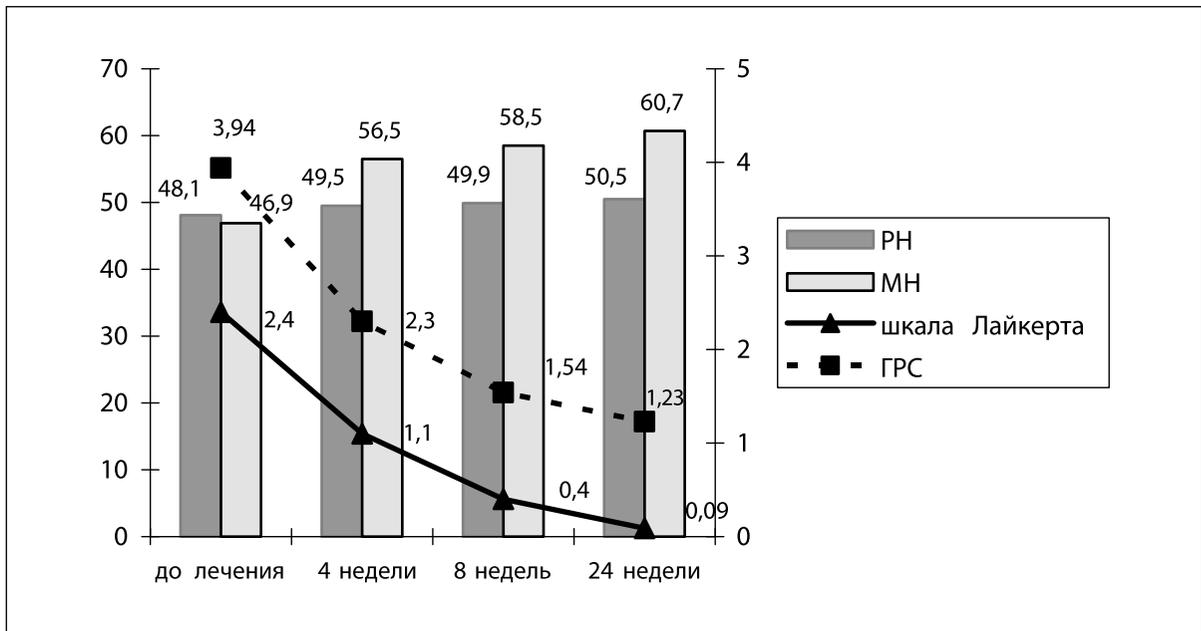


Рис. 1. Динамика показателей качества жизни у пациентов I группы на фоне терапии препаратом рабепразол

В настоящей статье представлены результаты изучения влияния гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на качество жизни пациентов.

Целью проводимого исследования были анализ исходного уровня показателей качества жизни больных с разными клинко-эндоскопическими формами ГЭРБ (эзофагит 0-й, 1-й, 2-й степени по классификации Savary — Miller в модификации Carisson, 1996 год) и их динамическая оценка на фоне лечения препаратом рабепразол (ИПП).

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование было включено 100 пациентов с ГЭРБ, из них 55 человек (I группа) — с неэрозивной рефлюксной болезнью (0-я степень по эндоскопической классификации Savary — Miller) и 45 человек (II группа) — с рефлюкс-эзофагитом 1-й, 2-й степени (по классификации Savary — Miller), отвечающих следующим критериям включения/невключения:

**Критерии включения:** пациенты мужского и женского пола в возрасте от 18 до 65 лет, давшие информированное согласие на участие в исследовании; перенесшие как минимум 2 эпизода обострения заболевания в течение последних 12 месяцев (включая текущий) и отмечающие изжогу как основной симптом заболевания; пациенты с 0-й, 1-й и 2-й степенями рефлюкс-эзофагита, подтвержденные данными ЭГДС.

**Критерии неключения:** клинически значимые сопутствующие заболевания, требующие активного лечения и способные потенциально повлиять на результаты исследования; обострение язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки; воспалительные или инфекционные заболевания

тонкой и толстой кишки; онкологические заболевания пищевода и желудка; хирургические вмешательства на органах желудочно-кишечного тракта; стриктуры пищевода, стеноз привратника; повышенная чувствительность или аллергия к ИПП; прием ИПП в течение последних 30 дней до включения в исследование и препаратов с перекрестным ИПП метаболизмом (НПВС, диазепам, варфарин и др.); злоупотребление алкоголем и наркозависимость; женщины в период беременности и лактации.

Степень выраженности клинических проявлений оценивалась с помощью шкалы Лайкерта. Применялась оценка симптомов в баллах: 0 — отсутствие жалоб; 1 — невыраженные жалобы; 2 — умеренно выраженные жалобы, которые не могут быть замечены пациентом, но не нарушающие при этом его привычный ритм жизни; 3 — жалобы, интенсивность которых способна негативно влиять на привычную активность пациента; 4 — жалобы, значительно нарушающие привычный образ жизни больного.

Оценку качества жизни (КЖ) больных ГЭРБ проводили с помощью общего опросника SF-36 и специализированного гастроэнтерологического опросника GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale). Психосоциальную составляющую здоровья пациентов анализировали по личностному опроснику, разработанному в НИИ психоневрологии имени В. М. Бехтерева.

Пациентам I группы рабепразол назначался в суточной дозе 10 мг, больным II группы — по 20 мг в сутки. Длительность терапии и наблюдения за больными в обеих группах составила 24 недели.

Обследуемые самостоятельно заполняли опросники, отвечая на заданные вопросы, на тех этапах

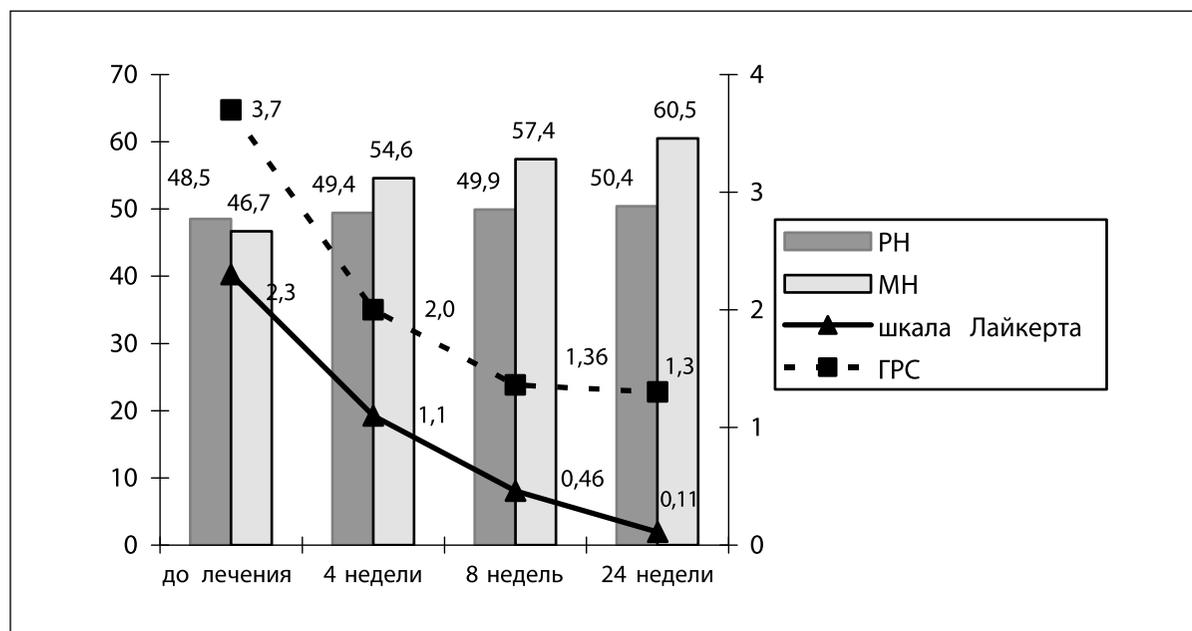


Рис. 2. Динамика показателей качества жизни у пациентов II группы на фоне терапии препаратом рабепразол

исследования, которые были определены с учетом фазы заболевания и лечения: до начала терапии в фазу выраженных клинических проявлений заболевания, через 4, 8 и 24 недели на фоне проводимой терапии.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Ведущей жалобой пациентов обеих групп в 100% случаев была изжога. Интенсивность ее оценивалась по шкале Лайкерта и являлась основным критерием эффективности проводимой терапии.

У обследуемых I группы выраженность изжоги в начале исследования в среднем составляла  $2,4 \pm 0,6$  балла, что соответствовало умеренной степени интенсивности симптома. Спустя 4 недели терапии рабепразолом симптом изжоги оценивался в среднем в  $1,1 \pm 0,6$  балла ( $p < 0,001$ ), при этом у 12,7% пациентов наблюдалось ее полное исчезновение. Через 8 недель лечения стойкая клиническая ремиссия заболевания отмечалась у 61,9% больных, а через 24 недели терапии — у 89% пациентов, при этом у оставшихся 11% выраженность изжоги оценивалась в 1 балл.

Пациенты II группы до применения рабепразола оценивали интенсивность изжоги в среднем в  $2,3 \pm 0,5$  балла по шкале Лайкерта. Через 4 недели антисекреторной терапии наблюдалось достоверное ( $p < 0,001$ ) уменьшение выраженности симптома, в среднем до  $1,1 \pm 0,8$  балла, при этом полное купирование изжоги наблюдалось у 26,7% обследуемых. Спустя 8 недель после начала лечения у 60% больных жалобы на изжогу полностью отсутствовали. Через 24 недели наблюдения клиническая ремиссия заболевания

была достигнута у 88,9% обследуемых, при этом у оставшихся 11,1% пациентов выраженность симптома оценивалась в 1 балл.

Анализ качества жизни по опроснику SF-36 до лечения выявил снижение показателей по всем шкалам у пациентов обеих групп. При определении коэффициента Пирсона была выявлена тесная отрицательная корреляционная связь между выраженностью изжоги по шкале Лайкерта и интегральными показателями качества жизни опросника SF-36, составляющих физический (PH) и психологический компоненты (МН) здоровья:  $r = -0,71$ ,  $p < 0,001$  и  $r = -0,73$ ,  $p < 0,01$  соответственно у пациентов I группы (рис. 1) и  $r = -0,55$ ,  $p < 0,05$  и  $r = -0,79$ ,  $p < 0,001$  соответственно у пациентов II группы (рис. 2). Таким образом, большая степень выраженности изжоги соответствовала более низким показателям качества жизни.

Анализ динамики данных опросника SF-36 пациентов I и II групп показал, что уже через 4 недели приема рабепразола отмечалось достоверное улучшение показателей по всем шкалам ( $p < 0,05$ ) по сравнению с исходными данными. Через 24 недели постоянной антисекреторной терапии наряду с улучшением клинической картины заболевания отмечалось устойчивое повышение значений всех составляющих качества жизни опросника.

Результаты данных специального гастроэнтерологического опросника GSRS в начале исследования также выявили существенное снижение качества жизни обследуемых пациентов в обеих группах.

Так, в I группе больных наиболее высокие значения и соответственно низкие показатели качества жизни отмечались по шкале гастроэзофагеального

рефлюксного синдрома (ГРС) и в среднем составляли  $3,94 \pm 0,7$  балла, у пациентов II группы —  $3,7 \pm 1,0$  балла, что достоверно коррелировало с выраженностью изжоги по шкале Лайкерта —  $r = 0,68$  ( $p < 0,05$ ) в I группе и  $r = 0,58$  ( $p < 0,001$ ) во II группе и со значениями интегральных показателей психологического и физического компонентов здоровья опросника SF-36 —  $r = -0,52$  и  $r = -0,41$  ( $p < 0,05$ ) соответственно в I группе и  $r = -0,67$  ( $p < 0,01$ ) и  $r = -0,81$  ( $p < 0,001$ ) соответственно во II группе.

На фоне проводимой терапии уже через 4 недели наблюдения в обеих группах больных отмечалось достоверное ( $p < 0,05$ ) улучшение показателей по шкале рефлюксного синдрома:  $2,3 \pm 0,6$  и  $2,0 \pm 0,7$  балла соответственно в I и во II группах. Через 24 недели лечения среднее значение по данной шкале составило  $1,23 \pm 0,3$  балла в I группе (рис. 1) и  $1,3 \pm 0,3$  балла во II группе обследуемых (рис. 2), что достоверно ( $p < 0,05$ ) коррелировало с показателями шкалы Лайкерта и опросника SF-36.

У 69% обследуемых I группы и у 33,3% пациентов II группы в начале исследования, в период выраженной клинической симптоматики, наблюдалась легкая форма депрессивного состояния,

не требующая медикаментозной коррекции: суммы полученных баллов в среднем по личностному опроснику института имени В. М. Бехтерева составляли  $52,7 \pm 5,4$  и  $51,0 \pm 6,0$  соответственно. Уже через месяц приема рабепразола эмоциональное состояние больных в обеих группах достоверно ( $p < 0,05$ ) улучшилось по сравнению с исходными данными и в среднем его уровень оценивался в  $45,5 \pm 4,1$  и  $39,4 \pm 2,83$  балла в I и II группах соответственно, что соответствовало положительной динамике по показателям всех используемых в исследовании опросников.

Таким образом, ГЭРБ оказывает существенное негативное влияние на качество жизни больных независимо от ее клинко-эндоскопической формы. Применение ИППП последнего поколения (рабепразола) позволяет наряду с купированием клинических проявлений заболевания улучшить психоэмоциональное состояние пациентов и в итоге повысить уровень качества их жизни. В этой связи динамическое изучение показателей качества жизни больных ГЭРБ приобретает значение одного из основных критериев в оценке эффективности проводимой антисекреторной терапии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бондаренко О. Ю., Захарова Н. В., Ивашкин В. Т. и др. Влияние терапии омепразолом на качество жизни больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью//Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2005. — № 5. — Т. 15. — С. 22–29.
2. Ивашкин В. Т., Трухманов А. С. Современный подход к терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни во врачебной практике//РМЖ. — 2003. — № 2. — С. 43–48.
3. Латина Т. Л. Изжога: распространенность, клиническое значение, ведение пациентов//Фарматека. — 2003. — № 10. — С. 10–14.
4. Маев И. В., Балашова Н. Н., Бусарова Г. А. Использование ингибиторов протонной помпы в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни//Клин. мед. — 2003. — № 9. — С. 54–58.
5. Маев И. В., Кучерявый Ю. А. Достижения в диагностике и лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни//Фарматека. — 2007. — № 2. — С. 49–52.
6. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — М., 2007. — С. 314.
7. Новик А. А., Ионова Т. И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. — СПб.: Элби, 1999. — 140 с.
8. Amindra S. A. Medical Therapy for Gastroesophageal Reflux Disease//Mayo Clin. Proc. — 2001. — Vol. 76. — P. 102–106.
9. Dent J., Brun J., Fendric A. M. et al. An evidence-based appraisal of reflux disease management — the Genval Workshop Report//Gut. — 1999. — Vol. 44, Suppl. 2. — S. 1–16.