



О.І. Сергієнко, О.В. Безсонова

Харківська медична академія післядипломної освіти

Показники якості життя у хворих на хронічний гастрит та функціональну диспепсію в динаміці лікування інфекції *Helicobacter pylori*

Ключові слова

Хронічний гастрит, функціональна диспепсія, клініка, якість життя.

Хронічний гастрит (ХГ) має понад 40 % дорослого населення світу. Поширеність захворювання залежить від місця та умов проживання людей, чітко пов'язана з інфікованістю *Helicobacter pylori*. ХГ — захворювання з хронічним рецидивним перебігом, в основі якого лежать запальні і дистрофічні дисрегенераторні ураження слизової оболонки шлунка (СОШ), які супроводжуються порушенням його секреторної, моторно-евакуаторної та інкреторної функцій. Діагноз «хронічний гастрит» може бути встановленим тільки у разі виявлення ознак запалення/атрофії СОШ. Клінічні вияви ХГ є неспецифічними і можуть спостерігатися у хворих на функціональну диспепсію (ФД), виразкову хворобу та рак шлунка. У разі, якщо хворим із симптомами диспепсії не проводили біопсію для підтвердження ХГ, за кордоном зазвичай використовують термін «невиразкова диспепсія», що об'єднує диспепсію функціонального генезу і диспепсію, зумовлену «запальними» змінами слизової оболонки [7].

Відомо, що головною причиною розвитку ХГ є гелікобактерна інфекція. Здатність *H. pylori* спричиняти антральний гастрит пов'язана з властивістю мікроорганізму виробляти речовини з цитотоксичним ефектом. У подальшому патологічний процес поширюється на інші відділи шлунка; до запальних змін приєднуються дисрегенераторні і дегенеративні порушення з розвитком атрофії залоз. При атрофії, крім незворотної втрати залоз шлунка, відбувається їх заміщення

метаплазованим епітелієм або фіброзною тканиною. Процес атрофії супроводжується порушенням проліферації та апоптозу. Найбільш загрозливим патологічним процесом, з яким пов'язують *H. pylori*, є розвиток аденокарциноми. Тривають експериментальні дослідження, спрямовані на уточнення механізму впливу *H. pylori* на розвиток аденокарциноми шлунка [7].

Роль *H. pylori* у формуванні симптомів ФД є неоднозначною. Тривають її дослідження [5]. За даними N. Vakil та співавт., *H. pylori* найчастіше виявляють у пацієнтів з ФД (у 60–70 % спостережень) порівняно з особами контрольної групи відповідної статі та віку (35–40 %), але не так часто, як у хворих на пептичну виразку (95 %) [11]. Припускають, що інфекція *H. pylori* може послаблювати рухову активність шлунка, що виявляється уповільненням евакуації їжі зі шлунка у дванадцятипалу кишку [3]. Вважають, що *H. pylori* стимулює синтез соляної кислоти та пепсину, що спричиняє активацію моторики шлунка та більш швидке надходження шлункового вмісту у дванадцятипалу кишку [9]. Інші автори не виявили зв'язку між станом моторної функції шлунка та наявністю *H. pylori*: акомодация шлунка після прийому їжі у пацієнтів з ФД була порушеною незалежно від того, чи були вони інфіковані *H. pylori*, чи ні [10]. Не виявлено взаємозв'язку між інтенсивністю скарг у пацієнтів з ФД та наявністю у них *H. pylori* [1]. *H. pylori* частіше виявляють у хворих з епігастральним больовим синдромом, ніж у хворих із

постпрандіальним дистрес-синдромом [8]. Наявність ФД на відміну від ХГ не вважається чинником ризику раку шлунка.

Наявність інфекції *H. pylori* у хворих на ХГ потребує її лікування з подальшим контролем ерадикації. Такий підхід рекомендують і при виявленні інфекції *H. pylori* у хворих на ФД. Опубліковані дані, що після ліквідації *H. pylori* симптоми ФД зникають лише у 5–10 % хворих. [5]. Тому дослідження динаміки клінічних ознак у хворих на ФД, асоційовану з *H. pylori*, на тлі проведення антигелікобактерної терапії є актуальними.

Для оцінки здоров'я хворого визначають показники якості життя (ЯЖ) [13]. Результати вивчення цих показників та їхнього взаємозв'язку з психосоціальними чинниками у хворих на ФД є досить суперечливими. Деякі автори вказують на наявність зв'язку між інтенсивністю клінічних виявів і погіршенням ЯЖ хворих [12]. За даними інших авторів, зменшення завдяки лікуванню клінічних виявів не впливало на показники ЯЖ пацієнтів з ФД, але ерадикація інфекції *H. pylori* сприяла зменшенню клінічних виявів та поліпшенню ЯЖ у хворих на ХГ [2]. У хворих на ФД у поєднанні з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою виявлено низький показник фізичної складової здоров'я, тоді як показник психічної складової здоров'я був нижчим у хворих на ФД у поєднанні із синдромом подразненої кишки [6].

Мета дослідження — оцінити показники якості життя та динаміку клінічних виявів під впливом антигелікобактерної терапії у хворих на хронічний гастрит та функціональну диспепсію.

Матеріали та методи

Під нашим спостереженням перебувало 60 пацієнтів: 30 хворих на ФД (І група) та 30 хворих на ХГ (ІІ група). У всіх них виявлено інфекцію *H. pylori*. Вік хворих варіював від 19 до 58 років, середній вік — $(35,5 \pm 2,6)$ року. Групи хворих були порівнянні за віком та співвідношенням статей. До контрольної групи увійшли 30 практично здорових осіб (донори крові).

Усім хворим проводили загальноклінічні та додаткові обстеження: езофагогастродуоденоскопію (ЕГДС) з біопсією, гістологічне дослідження біоптатів. Визначення інфекції *H. pylori* та ступеня інфікованості СОШ здійснювали за допомогою швидкого уреазного тесту. Ступінь інфікованості *H. pylori* виражали у балах. Контроль проведеного лікування проводили шляхом визначення фекального антигену *H. pylori*.

Діагноз ФД встановлювали відповідно до Римських критеріїв III. Діагноз ХГ верифіковано на

підставі результатів гістологічного дослідження біоптату СОШ.

У дослідження не включали хворих з тяжкою супутньою патологією серцево-судинної системи, органів дихання, нирок та осіб, які останнім часом приймали «Аспірин», нестероїдні протизапальні засоби та кортикостероїдні гормони.

Оцінку інтенсивності больового синдрому здійснювали за шкалою Лікерта (1 бал — симптом відсутній, 2 бали — біль спричиняє незначний неспокій, але можна не звертати на нього уваги, 3 бали — біль помірний, не порушує денної активності та сну, 4 бали — біль дуже турбує та порушує денну активність та сон, 5 балів — біль значно порушує або тимчасово робить неможливою денну активність та сон). Інші скарги оцінювали кількісно за допомогою визначення їхньої інтенсивності за візуально-аналоговою шкалою [4].

Оцінку показників ЯЖ хворих здійснювали на підставі аналізу результатів анкетування за допомогою опитувальника «SF-36». Результати оцінювали у балах за 8 шкалами, об'єднаними у дві складові: фізичного функціонування та психічного здоров'я [13].

Усім хворим проводили антигелікобактерну терапію протягом 7 діб, яка включала: інгібітор протонної помпи в стандартній дозі, кларитроміцин у дозі 500 мг двічі на добу, амоксицилін у дозі по 1000 мг двічі на добу. Аналіз клінічних виявів у хворих на ФД та ХГ проводили до проведення еридикаційної терапії та через 4 тиж після лікування. Всі хворі були поінформовані про цілі та завдання дослідження, конфіденційність інформації. Отримано письмову згоду пацієнтів на проведення досліджень.

Статистичну обробку результатів проводили стандартними математичними методами за допомогою програм Microsoft Excel.

Результати та обговорення

До лікування 53 (88,3 %) хворих скаржилися на біль в епігастральній ділянці різної інтенсивності. На відчуття переповнення в шлунку після прийому звичайної кількості їжі вказували 35 (58,3 %) пацієнтів, на швидке перенасичення, яке випереджало закінчення регулярного прийому їжі, — 23 (38,8 %). У 43 (71,6 %) хворих періодично мала місце нудота після їди, у 36 (60 %) — відрижка повітрям.

У групі хворих на ФД до лікування біль в епігастральній ділянці відзначали 23 (76,6 %) особи. Пацієнти вказували на біль інтенсивністю від 1 до 4 балів, у середньому — $(2,9 \pm 0,3)$ бала. У 60 % хворих на ФД біль не мав прямого зв'язку з прийомом їжі. Відчуття переповнення в шлунку після їди мали 17 (56,6 %) пацієнтів (середнє

значення — $(4,1 \pm 0,8)$ бала), швидке перенасичення при прийомі їжі — 13 (43,3 %) (середнє значення — $(4,07 \pm 1,02)$ бала). На нудоту скаржилися 19 (63,3 %) хворих на ФД, на відрижку повітрям — 14 (46,6 %). Коефіцієнт кореляційного зв'язку між інтенсивністю болю та ступенем інфікованості СОШ *H. pylori* становив 0,28.

Серед хворих на ХГ, асоційованих з *H. pylori*, 25 (83,3 %) осіб до лікування скаржилися на біль, пов'язаний з прийомом їжі (інтенсивність болю у середньому дорівнювала $(3,2 \pm 0,4)$ бала; $p > 0,05$). Відчуття переповнення в шлунку після їди мали 10 (33,3 %) пацієнтів (середнє значення $(2,05 \pm 0,3)$ бала). Нудоту відзначали 24 (80 %) хворих, відрижку повітрям — 22 (73,3 %). Коефіцієнт кореляційного зв'язку між інтенсивністю болю та ступенем інфікованості СОШ *H. pylori* становив 0,42.

При вивченні характеристик ЯЖ виявлено, що у хворих на ХГ сумарна оцінка фізичного компонента здоров'я була нижчою на 40,3 % порівняно зі здоровими особами, психічного компонента — на 18,59 %, у пацієнтів з ФД — відповідно на 37,7 і 38,8 %. При порівнянні показників якості життя у хворих на ФД та ХГ показники фізичної складової здоров'я суттєво не відрізнялися, в той час як показники психічної складової були нижчими ($p < 0,05$) у хворих на ФД (таблиця).

Установлено, що показники фізичного функціонування у хворих на ФД та ХГ вірогідно не відрізнялися між собою та від показників здорових осіб ($p > 0,05$). Відзначено вірогідне зниження показника рольового фізичного функціонування як у хворих І групи, так і у хворих ІІ групи ($(44,3 \pm 11,64)$ і $(46,66 \pm 16,4)$ бала відповідно; $p > 0,05$) порівняно зі здоровими особами ($(84,02 \pm 4,2)$ бала; $p < 0,05$).

Виявлено нижчі показники за шкалою болю Лікєрта у хворих ІІ групи — $(38,13 \pm 5,05)$ порівняно з $(48,4 \pm 7,3)$ бала у І групі ($p < 0,05$) та $(89,0 \pm 4,08)$ бала ($p < 0,05$) у контрольній групі.

Оцінки за шкалами загального здоров'я, життєздатності та соціального функціонування у хворих І та ІІ груп були близькими та вірогідно нижчими порівняно з аналогічними показниками контрольної групи ($p < 0,05$).

Через 4 тиж після ерадикаційної терапії інфекції *H. pylori* не виявлено у 98,3 % хворих (у 30 хворих на ФД та у 29 хворих на ХГ). При аналізі клінічних виявів після лікування в обстежених групах установлено, що у групі хворих на ФД больові вияви зникли у 9 (30 %) пацієнтів, тоді як у 17 хворих (56,6 %) зберігалися скарги на біль. Середня інтенсивність болю зменшилася до $(2,1 \pm 0,2)$ бала порівняно з показником до лікування ($p > 0,05$). Відчуття швидкого перенасичення зберігалось у 13 (43,3 %) хворих (середнє значення — $(2,7 \pm 0,7)$ бала), відчуття переповнення у шлунку після їди — у 17 (56,6 %) (середнє значення — $(2,9 \pm 0,4)$ бала). Нудота періодично спостерігалась у 13 (43,3 %) хворих, відрижка повітрям — у 14 (46,6 %).

У групі хворих на ХГ больові вияви зникли у 19 (63,3 %) осіб. 11 (36,6 %) хворих відзначали періодичний біль незначної інтенсивності (середня інтенсивність болю — $(1,2 \pm 0,3)$ бала; $p < 0,05$). Відчуття переповнення після їди зрідка відчували 6 (20 %) пацієнтів, при цьому хворі вказували на меншу вираженість ознаки порівняно з показником до лікування ($p < 0,05$). Нудота спостерігалась у 6 (20 %) хворих, відрижка повітрям — у 8 (26,6 %).

Отримані дані свідчать, що перебіг ХГ та ФД у *H. pylori*-позитивних пацієнтів супроводжується схожими клінічними виявами та зниженням показників ЯЖ, що збігається з результатами інших авторів [6]. У хворих на ФД у спектрі клінічних виявів переважали симптоми, пов'язані з прийомом їжі, та спостерігалось більш значне зниження показника, який характеризує психічну складову здоров'я. Ерадикація *H. pylori* супроводжувалася вірогідним зменшенням вираженості клінічних виявів у хворих на ХГ, тоді як у хворих на ФД позитивна динаміка була не такою вираженою. У 56,6 % хворих на ФД після проведення лікування інфекції *H. pylori* зберігалися біль у животі та симптоми, пов'язані з прийомом їжі. Таку тенденцію відзначили й інші автори [5]. Імовірно, що інфекція *H. pylori* може провокувати виникнення клінічних виявів у хворих на ФД. Поряд з цим збереження клінічних ознак після ерадикації інфекції

Таблиця. Показники якості життя хворих на хронічний гастрит та функціональну диспепсію ($M \pm m$)

Компонент здоров'я	І група (n = 30)	ІІ група (n = 30)	Група контролю (n = 30)
Фізичний	$53,63 \pm 1,57^*$	$51,43 \pm 2,06^*$	$86,2 \pm 0,8$
Психічний	$44,96 \pm 3,74^*$	$59,83 \pm 2,91^{**}$	$73,5 \pm 1,6$

Примітка. * Вірогідність різниці щодо групи контролю ($p < 0,05$).

** Вірогідність різниці щодо І групи ($p < 0,05$).

H. pylori свідчить про існування незалежних від *H. pylori* патофізіологічних механізмів ФД. Можна припустити, що клінічні вияви у хворих на ФД пов'язані зі станом вісцеральної чутливості шлунка, що потребує додаткових досліджень.

Висновки

Перебіг ХГ та ФД у *H. pylori*-позитивних пацієнтів супроводжується схожими клінічними виявами та зниженням показників ЯЖ.

У хворих на ХГ виявлено прямий характер зв'язку між інтенсивністю болю у животі та ступенем інфікованості *H. pylori* СОШ. У спектрі клінічних виявів у хворих на ФД порівняно з хворими на ХГ переважали симптоми, пов'язані з їдою, — відчуття переповнення у шлунку та швидке перенасичення при прийомі їжі.

Ерадикація інфекції *H. pylori* не забезпечує зникнення клінічних виявів у 56,6 % хворих на ФД, що вказує на існування незалежних від *H. pylori* механізмів їх формування.

Перспективним напрямом подальших досліджень є вивчення стану вісцеральної чутливості шлунка у хворих на ФД.

Перспективним напрямом подальших досліджень є вивчення стану вісцеральної чутливості шлунка у хворих на ФД.

Список літератури

1. Ивашкин В.Т., Тухманов А.С., Маев И.В. Физиологические основы моторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.— 2007.— № 5.— С. 4—10.
2. Bektas M., Soykan I., Altan M. et al. The effect of *Helicobacter pylori* eradication on dyspeptic symptoms, acid reflux and quality of life in patients with functional dyspepsia // Eur. J. Int. Med.— 2009.— Vol. 4, N 20.— P. 419—423.
3. Camilleri M., Bharucha A. Drawing a blank in functional dyspepsia? // Gastroenterology.— 2006.— Vol. 130.— P. 593—606.
4. Dawes J. Do Data Characteristics Change According to the number of scale points used? An experiment using 5-point, 7-point and 10-point scales // Int. J. Market Research.— 2008.— Vol. 50, N 1.— P. 61—77.
5. Gisbert J.P. et al. Lack of benefit of treating *Helicobacter pylori* infection in patients with functional dyspepsia. Randomized one-year follow-up study // Hepatogastroenterology.— 2004.— Vol. 51.— P. 303—308.
6. Kaji M., Fujiwara Y., Shiba M. et al. Prevalence of overlaps between GERD, FD and IBS and impact on health-related quality of life // Gastroenterol. Hepatol.— 2010.— Vol. 25, N 6.— P. 1151—1156.
7. Kinoshita Y., Chiba T. Characteristics of Japanese patients with chronic gastritis and comparison with functional dyspepsia defined by ROME III criteria: based on the large-scale survey, FUTURE Study // Int. Med.— 2011.— Vol. 50, N 20.— P. 2269—2276.
8. Moayyedi P., Soo S., Deeks J. et al. Eradication of *Helicobacter pylori* for non-ulcer dyspepsia // Hepatogastroenterology.— 2004.— Vol. 51.— P. 303—308.
9. Talley N. Functional nausea and vomiting // Aust. Fam. Physician.— 2007.— Vol. 36.— P. 694—697.
10. Thumshirn M. Pathophysiology of functional dyspepsia // Gut.— 2002.— Vol. 51.— P. 63—66.
11. Vakil N. Dyspepsia, peptic ulcer, and *H. pylori*: a remembrance of things past // Gastroenterology.— 2010.— Vol. 105, N 3.— P. 572—574.
12. Wahass S., Khalil V., Qurain A. et al. The impact of functional dyspepsia on health-related quality of life in Saudi patients // Gastroenterol.— 2006.— Vol. 3, N 12.— P. 123—129.
13. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. conceptual framework and item selection // Med. Care.— 1992.— Vol. 30 (6).— 473—483.

Е.И. Сергиенко, О.В. Бессонова

Показатели качества жизни у больных с хроническим гастритом и функциональной диспепсией в динамике лечения инфекции *Helicobacter pylori*

Представлены результаты изучения клинических проявлений и показателей качества жизни у инфицированных *H. pylori* больных с хроническим гастритом и функциональной диспепсией в динамике лечения инфекции *H. pylori*. Показано, что проведение антихеликобактерной терапии у больных с хроническим гастритом сопровождалось более выраженной позитивной динамикой клинических проявлений по сравнению с больными с функциональной диспепсией.

O.I. Serghyenko, O.V. Bezsonova

Quality of life of patients with chronic gastritis and functional dyspepsia in the dynamics of *Helicobacter pylori* infection treatment

The article presents of investigation of clinical manifestations and quality of life of patients with chronic gastritis and functional dyspepsia in the dynamics of helicobacter pylori infection treatment. It has been shown that antihelocobacter therapy of patients with functional dyspepsia was accompanied with more pronounced positive dynamics of clinical manifestations than in subjects with chronic gastritis.

Контактна інформація

Сергієнко Олена Іванівна, д. мед. н., проф. кафедри
62461, Харківська обл., м. Південне, вул. К. Лібкнехта, 15

Стаття надійшла до редакції 20 лютого 2012 р.