



Качество жизни больных хроническим панкреатитом в Московской области

Белякова С.В. • Белоусова Е.А.

Белякова Светлана Валентиновна – врач-гастроэнтеролог¹
✉ 142613, Московская область, г. Орехово-Зуево, ул. Парковская, 57, Российская Федерация.
Тел.: +7 (903) 524 53 30.
E-mail: sve79@yandex.ru

Белоусова Елена Александровна – д-р мед. наук, профессор, руководитель отделения гастроэнтерологии и гепатологии²

Актуальность. Хронический панкреатит характеризуется прогрессирующим течением, постепенно приводит к недостаточности функции поджелудочной железы, может сопровождаться развитием осложнений. Разнообразные клинические проявления заболевания отрицательно влияют на качество жизни пациентов.

Цель – оценить качество жизни разных групп больных хроническим панкреатитом в Московской области: при осложненном и неосложненном течении заболевания, в зависимости от наличия или отсутствия комплаентности, а также у пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением у врачей разных специальностей.

Материал и методы. Проведено тестирование 100 больных хроническим панкреатитом, проживающих в Московской области, по опроснику «Краткая форма оценки здоровья» (Medical Outcomes Study – Short Form – MOS SF-36).

Результаты. Показатели качества жизни больных хроническим панкреатитом имеют отчетливую тенденцию к снижению по всем шкалам. Установлено, что наличие осложнений не влияет дополнительно на снижение качества жизни, показатели качества жизни по всем шкалам не отличаются принципиально друг от друга ($p > 0,05$). Уровень качества жизни оказался выше в группе пациентов, полностью приверженных лечению ($n = 28$). У некомплаентных больных ($n = 72$) статистически значимо ($p < 0,05$)

снижены следующие показатели качества жизни: ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (29 баллов), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (45 баллов), а также общее состояние здоровья (32 балла), интенсивность боли (44 балла) и социальное функционирование (51 балл). У пациентов, наблюдающихся у гастроэнтеролога, показатели качества жизни достоверно выше ($p < 0,05$) в сравнении с больными, наблюдающимися у терапевта, по следующим шкалам: ролевое физическое функционирование (56 и 29 баллов соответственно), боль (60 и 45), общее здоровье (46 и 31), жизнеспособность (48 и 32), социальное функционирование (69 и 52), эмоциональное функционирование (75 и 46). Статистически значимое снижение показателей качества жизни ($p < 0,05$) по тем же шкалам (соответственно 0, 24, 17, 22, 35, 17 баллов) отмечено у больных, вообще не наблюдающихся у врачей.

Заключение. Для улучшения качества жизни больных хроническим панкреатитом необходимо повышать знания врачей в области панкреатологии, увеличить приверженность больных лечению, расширить их охват диспансерным наблюдением, а также налаживать преемственность в лечении между стационаром и поликлиникой.

Ключевые слова: хронический панкреатит, качество жизни, приверженность лечению, комплаенс.

¹ МБУЗ «Орехово-Зуевская центральная городская больница»; 142611, Московская область, г. Орехово-Зуево, ул. Барышниковая, 13, Российская Федерация

² ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация



Хронический панкреатит – прогрессирующее заболевание поджелудочной железы, характеризующееся нарастающими и необратимыми некротическими и воспалительно-деструктивными изменениями паренхимы, приводящими к стойкому нарушению функции органа. В структуре заболеваемости органов желудочно-кишечного тракта на долю хронического панкреатита приходится от 5,1 до 9%, в общей клинической практике этот показатель колеблется в пределах 0,2–0,6%. За последние 30 лет во всем мире уровень заболеваемости хроническим панкреатитом увеличился более чем вдвое [1, 2]. Его распространенность в Европе составляет 25–26,4 случая на 100 тыс. населения, в России – 27,4–50 [3, 4, 5].

Заболевание протекает с чередованием определенных стадий, продолжительность которых варьирует. Чаще всего хронический панкреатит манифестирует эпизодами или приступами абдоминальной боли, которые постепенно учащаются, удлиняются, и в итоге боль может приобретать постоянный характер. В дальнейшем происходит нарушение функции поджелудочной железы, формируется экзокринная и эндокринная недостаточность. Заболевание также может приводить к развитию сахарного диабета, рака поджелудочной железы и нарушению трофологического статуса [6, 7, 8, 9]. Ситуация осложняется многообразием этиологических причин заболевания и недостаточной разработкой вопросов его первичной и вторичной профилактики [10, 11].

Прогрессирующее течение хронического панкреатита с нарастанием экзокринной и эндокринной недостаточности, рецидивирование болевого и диспептического синдромов, необходимость соблюдения диеты и постоянного приема ферментных препаратов неизбежно влияют на качество жизни, то есть на физическое, эмоциональное и социальное благополучие человека [12, 13, 14].

Исследованию качества жизни при многих хронических заболеваниях придается большое значение. Сегодня не существует единого общепринятого определения качества жизни, как и методики его оценки. Согласно дефиниции Всемирной организации здравоохранения, здоровье – это не просто отсутствие заболевания, но состояние полного физического, социального и психологического благополучия, а качество жизни – восприятие индивидуумами своего положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей той среды, в которой они живут, в неразрывной связи с их целями, ожиданиями,

стандартами и заботами [15, 16]. Таким образом, будучи одной из важных составляющих в структуре состояния здоровья, качество жизни представляет собой интегральную характеристику физического, психологического и социального функционирования человека, основанную на субъективном восприятии.

Исследование качества жизни – надежный и простой метод оценки общего благополучия человека. Изучаться может состояние здоровья населения как в популяции в целом, так и в отдельных социальных группах [17, 18, 19, 20]. В клинических исследованиях наиболее широкое распространение получил общий опросник качества жизни «Краткая форма оценки здоровья» (Medical Outcomes Study – Short Form – MOS SF-36) и его варианты. Полученные по данным опроса результаты можно трактовать как качество жизни, связанное со здоровьем, а также проводить по ним сравнительный анализ групп [21, 22].

Среди множества факторов, влияющих на качество жизни при хроническом панкреатите, выделим следующие:

- обязательное соблюдение диеты;
- необходимость постоянного приема лекарственных препаратов;
- рецидивирование болевого синдрома;
- боязнь ухудшения состояния, что может приводить к появлению тревоги и депрессии;
- наличие угрозы осложнений, а при их развитии – снижение способности пациента к повседневной деятельности;
- материальные затраты на приобретение лекарств.

Оценка качества жизни показывает, как пациент переносит свое заболевание, насколько он адаптирован к нему физически, психически и социально. Сравнение показателей качества жизни в разных группах больных позволяет выявить влияние отдельных факторов на восприятие пациентом своей болезни. Так, в исследовании, проведенном М.В. Черногоровой и соавт. в Московской области, проанализировано качество жизни больных с такими гастроэнтерологическими заболеваниями, как хронический панкреатит, язвенная болезнь, синдром раздраженного кишечника. Установлено, что больные, получающие адекватное лечение в условиях гастроэнтерологического кабинета поликлиники, имеют лучшие показатели качества жизни, несмотря на более тяжелое течение заболевания, в сравнении с пациентами, лечившимися у терапевта [23]. В работе Е.И. Кашкиной и соавт. показано, что качество жизни больных с хроническим



Распределение больных хроническим панкреатитом по этиологическому фактору

Хронический панкреатит	Количество больных, %
Билиарный	46
Алкогольный	32
Гиперлипидемический	7
Обструктивный (папиллит)	2
Идиопатический	13

билиарнозависимым панкреатитом в значительной мере ассоциировано с приверженностью пациентов лечению, а также с длительностью заболевания и количеством его обострений [24].

Большинство исследований при хроническом панкреатите посвящены анализу клинического течения, диагностике и методам лечения заболевания, но не менее важно выявить факторы, влияющие на степень психологического комфорта и социальную активность больных хроническим панкреатитом, что и отражают показатели качества жизни этих пациентов.

Цель настоящего исследования – оценка качества жизни разных групп больных хроническим панкреатитом в Московской области: при

осложненном и неосложненном течении заболевания, в зависимости от наличия/отсутствия комплаентности, а также у пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением у врачей разных специальностей.

Материал и методы

Было проведено тестирование больных хроническим панкреатитом, проживающих в Московской области, по опроснику MOS SF-36. Для статистической обработки результатов использовали стандартные программы статистики. Статистически значимыми считали отклонения при $p < 0,05$.

Группа больных хроническим панкреатитом состояла из 100 человек, мужчин было 32, женщин – 68. По этиологии заболевания пациенты распределялись так, как показано в таблице.

Осложнения хронического панкреатита были отмечены у 37%; соответственно, 63% пациентов имели неосложненное течение болезни. Согласно результатам проведенного ранее анкетирования, 28% полностью соблюдали режим терапии, 72% оказались либо частично, либо полностью некомплаентными [25]. Отсутствие приверженности лечению фиксировалось, если пациенты по разным причинам нарушали регулярность и длительность приема препаратов, произвольно снижали дозы или заменяли назначенные средства другими, менее эффективными, но более

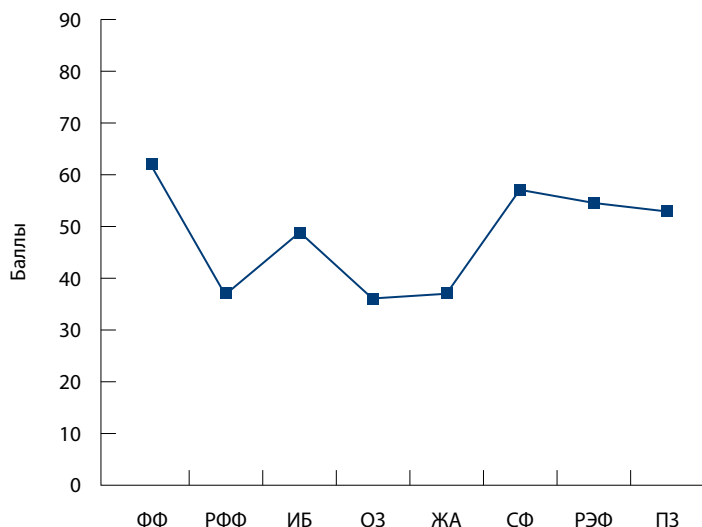


Рис. 1. Качество жизни больных хроническим панкреатитом (n = 100), оцененное по опроснику MOS SF-36; ФФ – «физическое функционирование»; РФФ – «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием»; ИБ – «интенсивность боли»; ОЗ – «общее состояние здоровья»; ЖА – «жизненная активность»; СФ – «социальное функционирование»; РЭФ – «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием»; ПЗ – «психическое здоровье»

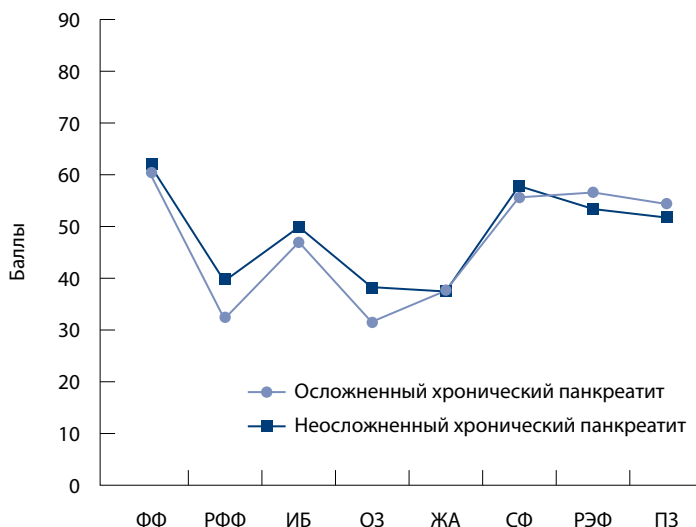


Рис. 2. Качество жизни больных в зависимости от тяжести течения хронического панкреатита, оцененное по опроснику MOS SF-36; ФФ – «физическое функционирование»; РФФ – «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием»; ИБ – «интенсивность боли»; ОЗ – «общее состояние здоровья»; ЖА – «жизненная активность»; СФ – «социальное функционирование»; РЭФ – «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием»; ПЗ – «психическое здоровье»



дешевыми (например, вместо ферментных препаратов в виде микрогранул, минимикрогранул или микротаблеток применяли таблетированные формы). Характерно, что многие больные нарушали врачебные рекомендации сразу по нескольким пунктам. У специалиста-гастроэнтеролога наблюдались 40% больных хроническим панкреатитом, состояли на диспансерном учете у терапевтов 50%, не наблюдались у врачей 10%.

Результаты и обсуждение

При расчете показателей качества жизни в целом отмечена отчетливая тенденция к их снижению как по физическому, так и по психологическому компонентам здоровья: 37 баллов в обоих случаях. Наиболее низкие показатели отмечены по шкале ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, общего состояния здоровья, жизненной активности, а также по шкале интенсивности боли (рис. 1). Это означает, что больным хроническим панкреатитом трудно дается выполнение своей работы, как и различных повседневных дел в силу плохого физического самочувствия. Пациенты также достаточно низко оценивают свой уровень здоровья и не видят перспектив дальнейшего лечения, часто чувствуют себя усталыми и обессиленными. Во многих случаях боль выступает фактором, нарушающим их повседневную деятельность.

При сравнительном анализе качества жизни больных с осложненным и неосложненным течением хронического панкреатита статистически значимых различий выявлено не было ($p > 0,05$ по всем шкалам) (рис. 2). Следовательно, при любом течении болезни качество жизни больных хроническим панкреатитом низкое, что объяснимо, учитывая прогрессирующий характер заболевания, разнообразие клинических проявлений и нарастающую недостаточность функции поджелудочной железы.

Далее был проведен сравнительный анализ качества жизни больных хроническим панкреатитом, полностью соблюдающих режим терапии и выполняющих все рекомендации врача ($n = 28$), и некомплаентных пациентов ($n = 72$). По всем шкалам опросника MOS SF-36 уровень качества жизни оказался выше в группе комплаентных больных, при этом статистически значимые различия ($p < 0,05$) получены по следующим шкалам: ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (60 и 29 баллов соответственно), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (81 и 45), общее состояние здоровья (46 и 32), интенсивность

боли (63 и 44), социальное функционирование (74 и 51) (рис. 3). Самые высокие показатели, близкие к 80 баллам, были установлены по параметрам ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, и социальное функционирование.

Таким образом, больные хроническим панкреатитом, выполняющие все рекомендации врача, постоянно принимающие высокие дозы ферментных препаратов в виде microspheres и микротаблеток, придерживающиеся диеты и исключившие прием алкоголя, имеют лучшее самочувствие, могут более полно и качественно выполнять свою работу и будничные дела. И это касается не только их физического самочувствия, но и эмоционального состояния. Некомплаентные больные тратят на выполнение работы больше времени, могут делать ее в меньшем объеме или менее качественно в силу своего худшего физического и эмоционального самочувствия. Комплаентные пациенты более высоко оценивают состояние своего здоровья в целом и имеют надежды на благоприятные перспективы лечения. У них также выше уровень социальной активности, то есть болезнь в меньшей степени мешает им проводить время с друзьями, с семьей. У некомплаентных больных, напротив, общение с людьми ограничено по причине заболевания. У пациентов, придерживающихся врачебных рекомендаций, ниже степень влияния болевого синдрома на их повседневную деятельность как на работе, так и дома. Восприятие собственного здоровья у комплаентных больных лучше, чем в группе некомплаентных.

Что касается сопоставления показателей качества жизни больных хроническим панкреатитом, состоящих на диспансерном учете у врачей разных специальностей, с таковыми у пациентов, не наблюдающихся у врача постоянно, наиболее высокий уровень качества жизни по всем шкалам отмечен в группе больных, наблюдающихся у гастроэнтеролога, а самые низкие показатели зарегистрированы у тех пациентов, которые не наблюдаются у врачей вовсе (рис. 4). Статистически значимые отличия ($p < 0,05$) между группами больных, наблюдающихся у гастроэнтеролога и у терапевтов выявлены по шкалам: ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (соответственно 56 и 29 баллов), интенсивность боли (60 и 45), общее состояние здоровья (46 и 31), жизненная активность (48 и 32), социальное функционирование (69 и 52), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (75 и 46). Уровня стати-

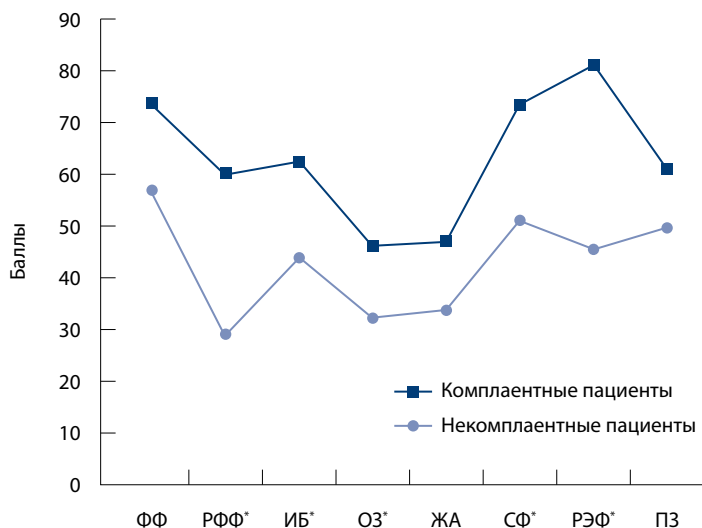
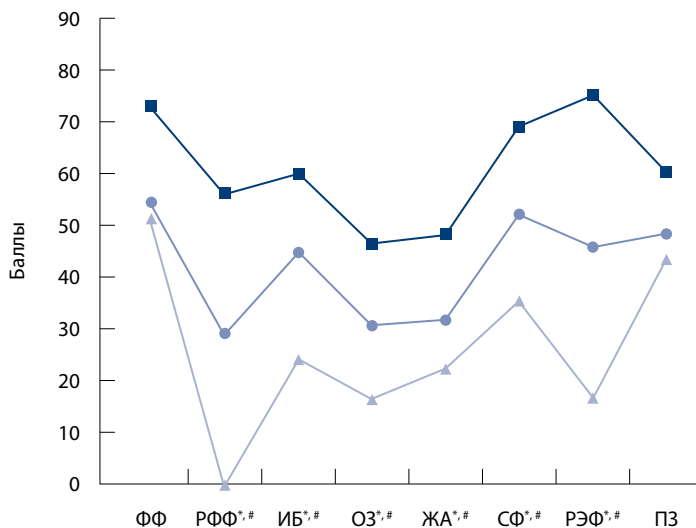


Рис. 3. Качество жизни больных хроническим панкреатитом в зависимости от наличия/отсутствия комплаентности, оцененное по опроснику MOS SF-36; ФФ – «физическое функционирование»; РФФ – «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием»; ИБ – «интенсивность боли»; ОЗ – «общее состояние здоровья»; ЖА – «жизненная активность»; СФ – «социальное функционирование»; РЭФ – «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием»; ПЗ – «психическое здоровье»; * межгрупповые различия статистически значимы ($p < 0,05$)



■ Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога ● Диспансерное наблюдение у терапевта ▲ Отсутствие диспансерного наблюдения

Рис. 4. Качество жизни больных хроническим панкреатитом, находящихся под диспансерным наблюдением у врачей разных специальностей, оцененное по опроснику MOS SF-36; * статистически значимые различия между группами больных, наблюдающихся и не наблюдающихся у врачей ($p < 0,05$), # статистически значимые различия между группами больных, наблюдающихся у гастроэнтеролога и терапевтов ($p < 0,05$)

стической значимости ($p < 0,05$) достигли также различия между группами пациентов, наблюдающихся и не наблюдающихся у врачей, по следующим шкалам: ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (соответственно 43 и 0 баллов), боль (53 и 24), общее состояние здоровья (39 и 17), жизненная активность (40 и 22), социальное функционирование (61 и 35), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (61 и 17). Полученные данные позволяют сделать простой вывод: наблюдение у врача-специалиста помогает пациенту с хроническим панкреатитом адаптироваться к своей болезни, оптимизировать образ жизни. Эти пациенты знают, что всегда могут обратиться с возникшими вопросами и проблемами к специалисту, который своевременно окажет помощь и даст совет. Именно поэтому у них выше субъективная оценка уровня здоровья и больше надежд на благоприятное течение заболевания. Кроме того, такие пациенты чаще чувствуют себя бодрыми, более активными как в физическом, так и в эмоциональном плане, менее ограниченными в общении с людьми и в выполнении своей работы по сравнению с теми больными, которые пренебрегают наблюдением врача.

Наиболее высокие показатели качества жизни зарегистрированы у больных, наблюдающихся

у гастроэнтеролога, по сравнению с теми пациентами, которые состоят на диспансерном учете у врачей-терапевтов. Это можно объяснить тем, что гастроэнтерологи назначают более адекватную терапию хронического панкреатита в амбулаторных условиях, о чем, в частности, свидетельствуют результаты исследования, проведенного в Московской области [26]. Были получены данные, согласно которым ферментные препараты в виде минимикросфер и микро таблеток гастроэнтерологи назначают в 80% случаев, тогда как терапевты используют эти современные средства лишь в 47%. В соответствии с Российскими клиническими рекомендациями, микро таблетки и минимикросферы, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, значительно эффективнее таблетированных препаратов при лечении стеатореи [2]. Гастроэнтерологи значительно чаще используют ингибиторы протонной помпы последних поколений, холинолитики направленного действия, современные селективные спазмолитики и регуляторы моторики. Поддерживающую терапию при ремиссии хронического панкреатита гастроэнтерологи назначают в 100% случаев, и преимущественно (в 60% случаев) используют для этого высокодозную терапию ферментными препаратами в виде минимикросфер и микро таблеток, что соответствует рекомендациям



Российской гастроэнтерологической ассоциации [2]. Терапевты же проводят поддерживающую терапию лишь у 68% больных хроническим панкреатитом, используя при этом преимущественно низкие дозы ферментов, а также таблетированные средства. Высокодозную ферментную терапию микроструктурированными препаратами проводят лишь 10% врачей-терапевтов.

Те пациенты, которые пренебрегают наблюдением у врачей, как правило, не получают адекватной поддерживающей терапии, зачастую они принимают лекарства только в периоды обострений. Многие из них получают лечение только во время нахождения в стационаре с обострением заболевания, а после выписки выпадают из поля зрения врачей, обычно до следующего обострения. Это указывает на необходимость преемственности ведения больных хроническим панкреатитом между стационаром и поликлиникой, так как не наблюдающиеся у врачей пациенты имеют наиболее низкий уровень качества жизни среди всей группы больных хроническим панкреатитом.

Качество жизни представляется важным показателем, говорящим о физическом и психологическом комфорте больного. На наш взгляд, нам удалось выявить интересные тенденции, характеризующие влияние некоторых факторов на качество жизни больных хроническим панкреатитом. Можно констатировать: несмотря на общую тенденцию к снижению показателей качества жизни во всей группе больных хроническим панкреатитом, имеются статистически значимые различия, определяющиеся степенью приверженности больных лечению и адекватностью ведения врачами этой категории больных. Пациенты, правильно принимающие грамотно назначенную терапию, имеют более высокие показатели уровня качества жизни даже в тех случаях, когда у них имеются осложнения хронического панкреатита.

Эти пациенты лучше ощущают себя и физически, и психологически, благодаря чему качественнее выполняют свою работу, могут поддерживать уровень общения без ограничений, а также более оптимистично смотрят в будущее.

В этой связи большое значение имеет не только адекватное назначение терапии при хроническом панкреатите, но и приверженность больных лечению, для обеспечения которой важно понимание пациентом сути своего заболевания, получение знаний о нем. К сожалению, не все пациенты осведомлены о необходимости пролонгированного лечения хронического панкреатита. Именно поэтому так важен контакт больного с врачом, от которого можно получить правильную информацию о своем заболевании. Этому способствует диспансерное наблюдение пациентов с хроническим панкреатитом, а также преемственность их ведения между стационаром и поликлиникой.

Заключение

Проведенное нами в Московской области исследование показало, что тенденция к снижению качества жизни при хроническом панкреатите отмечается среди некомплаентных пациентов, а также больных, не наблюдающихся у врачей. Наиболее высокий уровень качества жизни зарегистрирован у больных хроническим панкреатитом, находящихся под диспансерным наблюдением у врача-гастроэнтеролога, в сравнении с теми, которые наблюдаются у терапевтов. С нашей точки зрения, нужно вести работу в следующих направлениях: повышение знаний врачей в области панкреатологии и обучение пациентов. Не менее важным моментом представляется налаживание взаимодействия между врачами стационаров и поликлиник, то есть преемственность в лечении, поскольку это позволит существенно повлиять на его эффективность. ☺

Литература

1. Маев ИВ, Казюлин АН, Кучерявый ЮА. Хронический панкреатит. М.: Медицина; 2005. 504 с.
2. Ивашкин ВТ, Маев ИВ, Охлобыстин АВ, Кучерявый ЮА, Трухманов АС, Шептулин АА, Шифрин ОС, Лапина ТЛ, Осипенко МФ, Симаненков ВИ, Хлынов ИБ, Алексеенко СА, Алексеева ОП, Чикунова МВ. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению хронического панкреатита. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2014;24(4):70–97.
3. Lévy P, Domínguez-Muñoz E, Imrie C, Löhr M, Maisonneuve P. Epidemiology of chronic pancreatitis: burden of the disease and consequences. United European Gastroenterol J. 2014;2(5):345–54. doi: 10.1177/2050640614548208.
4. Mitchell RM, Byrne MF, Baillie J. Pancreatitis. Lancet. 2003;361(9367):1447–55.
5. Баранов АА, Климанская ЕВ, Римарчук ГВ, ред. Детская гастроэнтерология: избранные главы. М.: Научный центр здоровья детей РАМН; 2002. 592 с.
6. Lowenfels AB, Maisonneuve P, Cavallini G, Ammann RW, Lankisch PG, Andersen JR, Dimagno EP, Andrén-Sandberg A, Domellöf L. Pancreatitis and the risk of pancreatic cancer. International Pancreatitis Study Group. N Engl J Med. 1993;328(20):1433–7.
7. Malka D, Hammel P, Sauvanet A, Rufat P, O'Toole D, Bardet P, Belghiti J, Bernades P, Ruszniewski P, Lévy P. Risk factors for diabetes mellitus in chronic pancreatitis. Gastroenterology. 2000;119(5):1324–32.
8. Ammann RW. Natural history of chronic pancreatitis. Dig Surg. 1994;11:267–74.



9. Thuluvath PJ, Imperio D, Nair S, Cameron JL. Chronic pancreatitis. Long-term pain relief with or without surgery, cancer risk, and mortality. *J Clin Gastroenterol.* 2003;36(2):159–65.
10. Калинин АВ, Логинов АФ, Хазанов АИ, ред. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение. Руководство для врачей. М.: МЕДпресс-информ; 2013. 848 с.
11. Waljee AK, Dimagno MJ, Wu BU, Schoenfeld PS, Conwell DL. Systematic review: pancreatic enzyme treatment of malabsorption associated with chronic pancreatitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2009;29(3):235–46. doi: 10.1111/j.1365-2036.2008.03885.x.
12. Talamini G, Bassi C, Butturini G, Falconi M, Casetti L, Gumbs AA, Carrara S, Fantin A, Pederzoli P. Outcome and quality of life in chronic pancreatitis. *JOP.* 2001;2(4):117–23.
13. Armbrecht U. Chronic pancreatitis: weight loss and poor physical performance – experience from a specialized rehabilitation centre. *Rehabilitation (Stuttg).* 2001;40(6):332–6.
14. Lévy P, Barthet M, Mollard BR, Amouretti M, Marion-Audibert AM, Dyard F. Estimation of the prevalence and incidence of chronic pancreatitis and its complications. *Gastroenterol Clin Biol.* 2006;30(6–7):838–44.
15. World Health Organization. “WHO Definition of Health”, citing the Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100). Available from: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
16. What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment. *World Health Forum.* 1996;17(4):354–6.
17. Шишкова ЮА, Мотовилин ОГ, Суркова ЕВ, Майоров АЮ. Качество жизни при сахарном диабете: определение понятия, современные подходы к оценке, инструменты для исследования. *Сахарный диабет.* 2011;(3):70–5.
18. Snoek FJ. Quality of life: a closer look at measuring patients' well-being. *Diabetes Spectrum.* 2000;13:24–8.
19. Вассерман ЛИ, Трифонова ЕА. Дискуссионные вопросы концептуализации и методологии исследования качества жизни в медицине. *Сибирский психологический журнал.* 2007;(26):112–9.
20. Ware JE, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated; 2000.
21. Савченко ТН, Головина ГМ. Субъективное качество жизни: подходы, методы оценки, прикладные исследования. М.: Издательство Института психологии РАН; 2006. 168 с.
22. Новик АА, Ионова ТИ. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: ОЛМА Медиа Групп; 2007. 320 с.
23. Черногорова МВ, Белоусова ЕА, Гуров АН. Сравнительная характеристика качества лечения и качества жизни гастроэнтерологических больных в условиях наблюдения гастроэнтерологом и терапевтом. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* 2004;(3):89–96.
24. Кашкина ЕИ, Листишенкова ЮВ. Взаимосвязь клинического течения хронического билиарнозависимого панкреатита с показателями качества жизни и приверженности пациентов к поддерживающей терапии. *Саратовский научно-медицинский журнал.* 2009;5(2):203–7.
25. Белякова СВ, Белоусова ЕА. Приверженность к лечению больных хроническим панкреатитом в Московской области. *Альманах клинической медицины.* 2014;33:64–70.
26. Белякова СВ, Белоусова ЕА. Оценка качества амбулаторного лечения хронического панкреатита в Московской области. *Медицинский совет.* 2014;(13):46–8.
1. Maev IV, Kazyulin AN, Kucheryavyy YuA. Khronicheskiy pankreatit [Chronic Pancreatitis]. Moscow: Meditsina; 2005. 504 p. (in Russian).
2. Ivashkin VT, Maev IV, Okhlobystin AV, Kucheryavyy YuA, Trukhmanov AS, Sheptulin AA, Shifrin OS, Lapina TL, Osipenko MF, Simanenkov VI, Khlynov IB, Alekseenko SA, Alekseeva OP, Chikunova MV. Rekomendatsii Rossiyskoy gastroenterologicheskoy assotsiatsii po diagnostike i lecheniyu khronicheskogo pankreatita [Guidelines of the Russian gastroenterological association on diagnostics and treatment of a chronic pancreatitis]. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology.* 2014;24(4):70–97 (in Russian).
3. Lévy P, Domínguez-Muñoz E, Imrie C, Löhr M, Maisonneuve P. Epidemiology of chronic pancreatitis: burden of the disease and consequences. *United European Gastroenterol J.* 2014;2(5):345–54. doi: 10.1177/2050640614548208.
4. Mitchell RM, Byrne MF, Baillie J. Pancreatitis. *Lancet.* 2003;361(9367):1447–55.
5. Baranov AA, Klimanskaya EV, Rimarchuk GV, editors. Detskaya gastroenterologiya: izbrannye glavy [Pediatric gastroenterology: selected chapters]. Moscow: Scientific Centre of Children Health of RAMS; 2002. 592 p. (in Russian).
6. Lowenfels AB, Maisonneuve P, Cavallini G, Ammann RW, Lankisch PG, Andersen JR, Dimagno EP, Andrén-Sandberg A, Domellöf L. Pancreatitis and the risk of pancreatic cancer. *International Pancreatitis Study Group. N Engl J Med.* 1993;328(20):1433–7.
7. Malka D, Hammel P, Sauvanet A, Rufat P, O'Toole D, Bardet P, Belghiti J, Bernades P, Ruszniewski P, Lévy P. Risk factors for diabetes mellitus in chronic pancreatitis. *Gastroenterology.* 2000;119(5):1324–32.
8. Ammann RW. Natural history of chronic pancreatitis. *Dig Surg.* 1994;11:267–74.
9. Thuluvath PJ, Imperio D, Nair S, Cameron JL. Chronic pancreatitis. Long-term pain relief with or without surgery, cancer risk, and mortality. *J Clin Gastroenterol.* 2003;36(2):159–65.
10. Kalinin AV, Loginov AF, Khazanov AI, editors. Gastroenterologiya i gepatologiya: diagnostika i lechenie. Rukovodstvo dlya vrachey [Gastroenterology and hepatology: diagnostics and treatment. A physician's manual]. Moscow: MEDpress-inform; 2013. 848 p. (in Russian).
11. Waljee AK, Dimagno MJ, Wu BU, Schoenfeld PS, Conwell DL. Systematic review: pancreatic enzyme treatment of malabsorption associated with chronic pancreatitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2009;29(3):235–46. doi: 10.1111/j.1365-2036.2008.03885.x.
12. Talamini G, Bassi C, Butturini G, Falconi M, Casetti L, Gumbs AA, Carrara S, Fantin A, Pederzoli P. Outcome and quality of life in chronic pancreatitis. *JOP.* 2001;2(4):117–23.
13. Armbrecht U. Chronic pancreatitis: weight loss and poor physical performance – experience from a specialized rehabilitation centre. *Rehabilitation (Stuttg).* 2001;40(6):332–6.
14. Lévy P, Barthet M, Mollard BR, Amouretti M, Marion-Audibert AM, Dyard F. Estimation of the prevalence and incidence of chronic pancreatitis and its complications. *Gastroenterol Clin Biol.* 2006;30(6–7):838–44.
15. World Health Organization. “WHO Definition of Health”, citing the Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100). Available from: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
16. What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment. *World Health Forum.* 1996;17(4):354–6.
17. Shishkova YuA, Motovilina OG, Surkova EV, Mayorov AYU. Kachestvo zhizni pri sakharnom diabete: opredelenie ponyatiya, sovremennye podkhody k otsenke, instrumenty dlya issledovaniya [Quality of life in patients with diabetes mellitus: definitions, modern research approaches, tool for evaluation]. *Diabetes mellitus.* 2011;(3):70–5 (in Russian).
18. Snoek FJ. Quality of life: a closer look at measuring patients' well-being. *Diabetes Spectrum.* 2000;13:24–8.



19. Vasserman LI, Trifonova EA. Diskussionnye voprosy kontseptualizatsii i metodologii issledovaniya kachestva zhizni v meditsine [Disputable issues of the concept and methodology to study quality of life in medicine]. *Sibirskiy psikhologicheskiy zhurnal*. 2007;(26):112–9 (in Russian).
20. Ware JE, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated; 2000.
21. Savchenko TN, Golovina GM. Sub'ektivnoe kachestvo zhizni: podkhody, metody otsenki, prikladnye issledovaniya [Subjective quality of life: approaches, methods of assessment, applied studies]. Moscow: Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences; 2006. 168 p. (in Russian).
22. Novik AA, Ionova TI. Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine [The manual on quality of life assessment in medicine]. Moscow: OLMA Media Grupp; 2007. 320 p. (in Russian).
23. Chernogorova MV, Belousova EA, Gurov AN. Sravnitel'naya kharakteristika kachestva lecheniya i kachestva zhizni gastroenterologicheskikh bol'nykh v usloviyakh nablyudeniya gastroenterologom i terapevtom [Comparative characteristics of quality of treatment and quality of life of gastroenterological patients who are regularly seen by a gastroenterologist and by an internist]. *Ekspierimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya*. 2004;(3):89–96 (in Russian).
24. Kashkina EI, Listishenkova YuV. Vzaimosvyaz' klinicheskogo techeniya khronicheskogo biliarnozavisimogo pankreatita s pokazatelyami kachestva zhizni i priverzhennosti patsientov k podderzhivayushchey terapii [Chronic biliary pancreatitis clinical course interrelation with quality of life and patients dependence on supporting therapy indices]. *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2009;5(2):203–7 (in Russian).
25. Belyakova SV, Belousova EA. Priverzhennost' k lecheniyu bol'nykh khronicheskim pankreatitom v Moskovskoy oblasti [Treatment compliance among patients with chronic pancreatitis in the Moscow Region]. *Al'manakh klinicheskoy meditsiny*. 2014;33:64–70 (in Russian).
26. Belyakova SV, Belousova EA. Otsenka kachestva ambulatornogo lecheniya khronicheskogo pankreatita v Moskovskoy oblasti [Assessment of quality of out-patient management of chronic pancreatitis in the Moscow Region]. *Meditinskiiy sovet*. 2014;(13):46–8 (in Russian).

Quality of life in patients with chronic pancreatitis in the Moscow Region

Belyakova S.V. • Belousova E.A.

Rationale: Chronic pancreatitis is characterized by progression with gradual insufficiency of pancreas and can be associated with complications. Various clinical signs and symptoms of the disease may affect patient's quality of life.

Aim: To assess quality of life in various groups of patients with chronic pancreatitis, living in the Moscow Region, who have uncomplicated and complicated course of the disease, depending on their compliance level, compared to that in patients regularly seen by doctors of other specialties.

Materials and methods: One hundred patients with chronic pancreatitis living in the Moscow Region completed the Medical Outcomes Study – Short Form (MOS SF-36) questionnaire.

Results: In chronic pancreatitis patients, there was a clear decrease in quality of life parameters on all subscales. It was found that the presence of any complications did not contribute to deterioration of quality of life, with no significant difference in quality of life parameters in any subscale ($p > 0.05$). Quality of life was better in the patients who were fully adherent to their treatment ($n = 28$). In non-compliant patients ($n = 72$), there

was a significant decrease ($p < 0.05$) of the following quality of life parameters: physical role functioning (29 points), emotional role functioning (45 points), as well as general health (32 points), pain intensity (44 points) and social functioning (51 point). Patients who were regularly seen by a gastroenterologist, had better quality of life ($p < 0.05$), compared to those seen by an internist, on the following subscales: physical role functioning (56 and 29 points, respectively), pain (60 and 45), general health (46 and 31), vitality (48 and 32), social functioning (69 and 52), emotional functioning (75 and 46). In patients who had not been regularly seen by any doctor, there was a statistically significant decrease in quality of life ($p < 0.05$) on the same subscales (0, 24, 17, 22, 35, 17 points, respectively).

Conclusion: To improve quality of life in patients with chronic pancreatitis, it is necessary to increase the level of doctor's knowledge in pancreatology, to improve patient adherence to treatment, to ensure regular visit to doctors, as well as to establish the continuity of treatment from an in-patient to an out-patient unit.

Key words: chronic pancreatitis, quality of life, adherence, compliance.

Belyakova Svetlana Valentinovna – Gastroenterologist¹

✉ 57 Parkovskaya ul., Orekhovo-Zuevo, Moskovskaya oblast', 142613, Russian Federation.
Tel.: +7 (903) 524 53 30. E-mail: sve79@yandex.ru

Belousova Elena Aleksandrovna – MD, PhD, Professor, Head of Department of Gastroenterology and Hepatology²

¹ Orekhovo-Zuevo Central City Hospital; 13 Baryshnikova ul., Orekhovo-Zuevo, Moskovskaya oblast', 142611, Russian Federation

² Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI); 61/2 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation