

Ефективність східницьких мінеральних вод щодо покращення якості життя пацієнтів із хронічним панкреатитом у поєднанні з цукровим діабетом 2-го типу

Л.С. Бабінець, Г.М. Сасик

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Хронічний панкреатит (ХП) і цукровий діабет (ЦД) стають причиною значних економічних втрат для пацієнтів та їхніх сімей, а також для систем охорони здоров'я і національних економік. Якість життя (ЯЖ) пацієнтів з поєднаним перебігом ХП і ЦД є надзвичайно актуальною проблемою медичної науки і практики.

Мета дослідження: дослідити ефективність комплексної реабілітації хворих на ХП у поєднанні з ЦД із включенням до неї адеметіоніну і курсу лікування питними мінеральними водами Східницького родовища та вплив на параметри якості життя за опитувальниками SF-36 та GSRS.

Матеріали та методи. Були обстежені 60 амбулаторних пацієнтів із ХП і супутнім ЦД у фазі ремісії, яких розподілили на дві групи за програмами лікування. До 1-ї групи увійшли пацієнти, які отримували протокольне лікування (панкреатин, інгібітор протонної помпи, спазмолітик та/або прокінетик, метформін по 1000 мг двічі на день, адеметіонін (400 мг) по одній таблетці 2 рази на добу протягом 1 міс. Пацієнти 2-ї групи крім лікувальної програми 1-ї групи отримували курс питних мінеральних вод (ПМВ) за запропонованою схемою. ЯЖ визначали за загальним міжнародним опитувальником MOS SF-36 і спеціальним опитувальником GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) у динаміці лікування.

Результати. Зниження інтенсивності абдомінального болю у 1-й групі фіксували в 1,6 разу, у 2-й групі – у 2,2 разу. Частота диспепсичного синдрому вірогідно ($p < 0,001$) знизилась в обох групах: на 46,66% – у 1-й групі і на 70,00% у 2-й групі; зменшення інтенсивності диспепсії в 1,7 разу було констатовано у пацієнтів 1-ї групи, у 2-й групі диспепсичні розлади турбували пацієнтів у 2 рази менше. Отже, комплекс реабілітації із включенням курсу ПМВ був більш дієвим.

Загалом через 1 міс від початку медичної реабілітації за шкалою ЯЖ гастроентерологічного хворого GSRS сумарна інтенсивність впливу гастроентерологічних симптомів і синдрому ЯЖ пацієнтів із ХП у коморбідності з ЦД 2-го типу знизилась в 1,7 разу і 2,1 разу у 1-й і 2-й групах відповідно, що довело достовірно ($p < 0,001$) більш високу ефективність програми реабілітації з включенням курсу ПМВ за запропонованою методикою.

Заключення. Застосування пероральної форми адеметіоніну терміном 1 міс і 2-тижневого курсу питних мінеральних вод Східницького родовища за запропонованою схемою достовірно підвищило дієвість місячної протокольної програми реабілітації за динамікою фізичних і психічних параметрів якості життя опитувальника SF-36: показника рольового фізичного функціонування – на 23,6% і 16,8% відповідно; інтенсивності больового синдрому – на 44,8% і 33,4%; показника загального здоров'я – на 36,7% і 36,7%; життєвої активності – на 33,4% і 18,9% ($p < 0,001$), що дозволяє рекомендувати цю програму до впровадження у клінічну практику.

Ключові слова: якість життя пацієнтів, коморбідність хронічного панкреатиту і цукрового діабету, адеметіонін, питні мінеральні води Східницького родовища.

Efficiency of skhidnytsia' drinking mineral waters using to improve the quality of life of the patients with chronic pancreatitis in combination with diabetes mellitus

L.S. Babinets, G.M. Sasyk

Chronic pancreatitis (CP) and diabetes mellitus (DM) with their consequences cause significant economic losses to patients and their families, as well as to health systems and national economies. Quality of life (QOL) of patients with a combined course of CP and diabetes is an extremely important problem of medical science and practice.

The objective: to investigate the effectiveness of comprehensive rehabilitation of patients with chronic pancreatitis with concomitant diabetes mellitus with the inclusion of ademethionine and a course of treatment with drinking mineral waters of Skhidnytsia deposit on the impact on quality of life parameters according to SF-36 and GSRS questionnaires.

Materials and methods. We examined 60 outpatients with CP and concomitant diabetes in remission, who were divided into two groups according to treatment programs: 1 group received protocol treatment (pancreatin, proton pump inhibitor, antispasmodic and/or prokinetic, metformin 1000 mg twice a day, ademethionine (400 mg) one tablet 2 times a day for one month, group 2 – in addition to the program of group 1, received a course of drinking mineral water (DMV) according to the proposed scheme. QL was determined by the general international questionnaire MOS SF-36 and special questionnaire GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) in the dynamics of treatment.

Results. The decrease in the intensity of abdominal pain in group 1 was 1.6 times, and in group 2 – 2.2 times. The frequency of dyspeptic syndrome probably decreased ($p < 0.001$) in both groups: by 46.66% – in group 1 and by 70.00% – in group 2; a 1.7 – fold decrease in the intensity of dyspepsia was observed in patients of group 1 and in group 2 – dyspeptic disorders bothered patients 2 times less. Thus, the rehabilitation complex with the inclusion of the DMV course was more effective.

In general, one month after the start of medical rehabilitation on the QOL scale of gastroenterological patient GSRS, the total intensity of gastrointestinal symptoms and syndromes on QOL of patients with CP in comorbidity with diabetes mellitus decreased 1.7 times and 2.1 times in groups 1 and 2, respectively, which proved significantly ($p < 0,001$) higher efficiency of the rehabilitation program with the inclusion of the course of DMV according to the proposed method.

Conclusion. The use of oral form of ademethionine per 1 month and a 2-week course of drinking mineral waters of the Skhidnytsia deposit according to the proposed scheme significantly increased the effectiveness of the monthly protocol rehabilitation program on the dynamics of physical and mental parameters of quality of life questionnaire SF-36: role physical functioning – by 23.6% and 16.8% respectively; pain intensity – by 44.8% and 33.4%; general health indicators – by 36.7% and 36.7%; vital activity – by 33.4% and 18.9% ($p < 0.001$), which allows us to recommend this program for implementation in clinical practice.

Keywords: quality of life of patients, comorbidity of chronic pancreatitis and diabetes mellitus, ademethionine, drinking mineral waters of Skhidnytsia deposit.

Эффективность сходнических минеральных вод по улучшению качества жизни пациентов с хроническим панкреатитом в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа

Л.С. Бабинец, Г.М. Сасик

Хронический панкреатит (ХП) и сахарный диабет (СД) становятся причиной значительных экономических потерь для пациентов и их семей, а также для систем здравоохранения и национальных экономик. Качество жизни (КЖ) пациентов с сочетанным течением ХП и СД является чрезвычайно актуальной проблемой медицинской науки и практики.

Цель исследования: изучить эффективность комплексной реабилитации больных ХП с сопутствующим СД с включением в нее адеметионина и курса лечения питьевыми минеральными водами Сходнического месторождения по влиянию на параметры качества жизни по опроснику SF-36 и GSRs.

Материалы и методы. Были обследованы 60 амбулаторных пациентов с ХП и сопутствующим СД в фазе ремиссии, которых разделили на две группы по программам лечения. В 1-ю группу вошли пациенты, которые получали протокольное лечение (панкреатин, ингибитор протонной помпы, спазмолитик и/или прокинетики, метформин по 1000 мг два раза в день, адеметионин (400 мг) по одной таблетке 2 раза в сутки в течение 1 мес. Пациенты 2-й группы кроме лечебной программы 1-й группы получали курс питьевых минеральных вод (ПМВ) по предложенной схеме. КЖ определяли по общему международному опроснику MOS SF-36 и специальному опроснику GSRs (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) в динамике лечения.

Результаты. Снижение интенсивности абдоминальной боли в 1-й группе фиксировали в 1,6 раза, во 2-й группе – в 2,2 раза. Частота диспепсического синдрома достоверно ($p < 0,001$) снизилась в обеих группах: на 46,66% – в 1-й группе и на 70,00% – во 2-й группе; уменьшение интенсивности диспепсии в 1,7 раза было констатировано у пациентов 1-й группы, а во 2-й группе диспепсические расстройства беспокоили пациентов в 2 раза меньше. Таким образом, комплекс реабилитации с включением курса ПМВ был более действенным.

Через 1 мес от начала медицинской реабилитации по шкале КЖ GSRs суммарная интенсивность воздействия гастроэнтерологических симптомов на КЖ пациентов с ХП в коморбидности с СД 2-го типа снизилась в 1,7 раза и 2,1 раза в 1-й и 2-й группах соответственно, что показало достоверно ($p < 0,001$) более высокую эффективность программы реабилитации с включением курса ПМВ по предложенной методике.

Заключение. Применение пероральной формы адеметионина в течение 1 мес и 2-недельного курса питьевых минеральных вод Сходнического месторождения по предложенной схеме достоверно повысило действенность месячной протокольной программы реабилитации по динамике физических и психических параметров качества жизни опросника SF-36: показателя ролевого физического функционирования – на 23,6% и 16,8% соответственно; интенсивности болевого синдрома – на 44,8% и 33,4%; показателя общего здоровья – 36,7% и 36,7%; жизненной активности – на 33,4% и 18,9% ($p < 0,001$), что позволяет рекомендовать эту программу к внедрению в клиническую практику.

Ключевые слова: качество жизни пациентов, коморбидное течение хронического панкреатита и сахарного диабета, адеметионин, питьевые минеральные воды Сходнического месторождения.

Захворювання підшлункової залози (ПЗ) за останніми епідеміологічними даними посідають третє місце серед усієї патології травного тракту (ТТ) [3]. Відзначається чітка тенденція до збільшення кількості хронічного панкреатиту (ХП) в усьому світі: у загальній структурі захворювань ТТ ХП становить 5,1–9,0% на 100 тис. населення, а в загальній клінічній практиці – 0,2–0,6% [9]. Останніми роками (J.E. Dominguez-Munoz і співавт., 2014) панкреатологи Європи засвідчують зростання загальної поширеності ХП до 49,3 випадків, а захворюваності – до 5,5% на 100 тис. населення. За даними P. Levy та співавт. (2014), у Франції щорічна захворюваність на ХП становить 7,8%, а щорічна поширеність – 120–143 на 100 тис. населення.

Науковці і практики вважають сучасну епідеміологію ХП значно гіршою порівняно з іншими хворобами: і поширеність, і захворюваність на ХП станом на сьогодні у світі недооцінюються [3, 12]. У 15–20% випадків хворі на ХП помирають від ускладнень, що виникають під час загострень панкреатиту, інші – внаслідок вторинних порушень травлення та інфекційних ускладнень, що робить ХП значущою медико-соціальною проблемою [3]. В Україні за останні три десятиліття захворюваність на панкреатит зросла більш ніж удвічі. При цьому епідеміологічні показники щодо ХП у нашій країні у 3–4 рази гірші, ніж в Європі, і поширеність хвороби продовжує зростати (Ю.М. Степанов, 2018; Ю.О. Філіппов, 2016) [9]. За даними НДІ гастроентерології НАМН України, в Україні налічується близько 1 млн хворих на ХП [3].

Попри достатню кількість досліджень вітчизняних і зарубіжних вчених, дотепер залишаються нез'ясованими питання діагностики, лікування та реабілітації хворих на ХП із супутнім цукровим діабетом (ЦД), який є глобальною проблемою людства [1, 11]. В Україні відбувається збільшення кількості хворих на ЦД, яка перевищує позначку 2 млн осіб. У світі ЦД набув стану пандемії, адже за оцінками експертів, вже в 2014 році у світі на ЦД страждали 422 млн дорослих осіб порівняно із 108 млн у 1980 році. Глобальний рівень захворюваності на ЦД майже подвоївся з 1980 року: 4,77% до 8,5% серед дорос-

лих, а згідно із прогнозами ВООЗ до 2030 року ЦД стане сьомою за значущістю причиною смерті у всьому світі. Тому як ЦД, так і ХП стають причиною значних економічних втрат для пацієнтів та їхніх сімей, а також для систем охорони здоров'я і національних економік [5, 7]. Якість життя (ЯЖ) пацієнтів з поєднаним перебігом ХП і ЦД є надзвичайно актуальною проблемою медичної науки і практики [1, 2, 11].

ВООЗ рекомендує розуміти ЯЖ як суб'єктивне співвідношення становища індивідуума в суспільстві (з урахуванням культури та систем цінностей цього суспільства) з цілями даного індивідуума, його планами, можливостями і ступенем загальної невлаштованості. Це інтегральна характеристика фізичного, психологічного та соціального функціонування хворого на підставі суб'єктивного сприйняття. Іншими словами, ЯЖ – ступінь комфортності людини як усередині себе, так і в рамках свого суспільства, це ступінь розбіжності між сподіваннями та досягненнями людини [7, 10].

У медицині застосовується термін «якість життя, що пов'язана зі здоров'ям» (в англійській літературі – «health-related quality of life»), під яким розуміють ступінь благополуччя та задоволення тими сторонами життя, на які впливає хвороба та її лікування. Вперше термін «ЯЖ» згадується у літературі у 1920 році, але засновником досліджень ЯЖ у медицині вважають Д.А. Karnovsky, який досліджував деякі складові ЯЖ пацієнтів із саркоїдозом у 1947 році. Для досліджень ЯЖ використовують загальні і спеціальні опитувальники, яких зареєстровано понад 1 тис. [5].

Одним із найбільш популярних під час проведення медичних і соціально-економічних досліджень є загальний опитувальник SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status (SF-36)), який був розроблений у Центрі Вивчення Медичних Результатів (США) у 1992 році Jonh E. Ware і Cathy Donald Sherbourne. Його популярність обумовлена тим, що він дає змогу оцінити ЯЖ респондентів з різними нозологіями і порівнювати цей показник зі здоровими, дозволяє опрацьовувати респондентів з 14 років. Адаптація SF-36 на українську мову за процедурою міжнародного

Динаміка ЯЖ і клінічних симптомів пацієнтів із коморбідністю ХП і ЦД2 під впливом програм реабілітації (у кількості пацієнтів з наявним симптомом і шкалою GSRS)

Клінічна ознака		Група дослідження			
		1-а група (ПЛ), n=30		2-а група (ПЛ+ПМВ), n=30	
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Абдомінальний біль	кількість пацієнтів, n	23 (76,67) ¹	8 (26,67)**	24 (80,00)	5 (16,67)**#
	інтенсивність, бали	4,28±0,09 ²	2,88±0,07**	4,34±0,08	2,02±0,09****
Диспепсія	кількість пацієнтів, n	28 (93,33)	14 (46,67)**	27 (90,00)	6 (20,00)**#
	інтенсивність, бали	4,49±0,12	2,64±0,06**	4,43±0,10	2,21±0,03**#
Рефлюкс	кількість пацієнтів	7 (23,33)	6 (20,00)	4 (13,33)	4 (13,33)
	інтенсивність, бали	2,23±0,08	1,62±0,12*	2,21±0,09	1,46±0,10*
Пронос	кількість пацієнтів, n	15 (50,00)	7 (23,33)**	14 (46,67)	2 (6,67)**#
	інтенсивність, бали	4,26±0,11	2,50±0,09**	4,30±0,09	1,41±0,08****
Закреп	кількість пацієнтів, n	8 (26,67)	4 (13,33)**	9 (30,00)	3 (10,00)**
	інтенсивність, бали	2,34±0,06	1,65±0,12*	2,30±0,07	1,22±0,09**#
Сумарний показник балів		3,52±0,15	2,26±0,09**	3,52±0,16	1,66±0,12****

Примітки. ¹ – у дужках подано дані у відсотках;

Достовірність різниць показників стосовно таких до лікування: * – p<0,05; ** – p<0,001;

Достовірність різниць показників стосовно таких у пацієнтів 2-ї групи: # – p<0,05; ** – p<0,001;

² – бали подано у вигляді M±m.

центру з вивчення якості життя IQOLA (The International Quality of Life Assessment, Бостон, США) була проведена у 1998–2001 рр. [9, 10].

Оскільки опитувальник SF-36 може вірогідно відображати стан фізичного і психічного здоров'я хворих на ХП і ЦД з певними ускладненнями, базуючись на глибокому аналізі фізіологічних, психологічних, емоційних і соціальних проблем, його інтегральний показник може бути орієнтиром для відображення ефективності запропонованої терапії [5, 7]. Саме тому вважається актуальним проведення дослідження ефективності включення до комплексного лікування хворих на ХП у коморбідності з ЦД 2-го типу (ЦД2) гепатотропного препарату адеметіонін і курсу терапії питними мінеральними водами (ПМВ) Східницького родовища за запропонованою методикою.

Мета дослідження: дослідити ефективність комплексної реабілітації хворих на ХП у поєднанні з ЦД із включенням до неї адеметіоніну і курсу лікування питними мінеральними водами Східницького родовища та вплив на параметри якості життя за опитувальниками SF-36 та GSRS.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Були обстежені 60 пацієнтів з ХП і супутнім ЦД, яких спостерігали в центрі первинної медико-санітарної допомоги м. Тернополя і на курсовому санаторному лікуванні на курорті «Східниця». Середній вік пацієнтів становив 52,86±0,83 року; середня тривалість захворювання – 10,96±0,39 року.

Пацієнтів розподілили на дві групи за програмами лікування. До 1-ї групи (ПЛ) увійшли 30 хворих, які отримували протокольне лікування (ПЛ): панкреатин в адекватній дозі (25–40 тис. ОД), інгібітор протонної помпи (пантопрозол по 40 мг), спазмолітик (мебеверин) та/або прокінетик (мотиліум), метформін по 1000 мг двічі на день, адеметіонін (400 мг) по одній таблетці 2 рази на добу за 30–60 хв до вживання їжі, утримуючи під язиком не менше 15–20 хв до повного розчинення, курсом 1 міс.

До 2-ї групи (ПЛ+ПМВ) увійшли 30 пацієнтів, які окрім ПЛ і адеметіоніну отримували ПМВ за описаною нижче ме-

тодікою. Слабомінералізовану ПМВ «Нафтуса» (джерело № 18), яка підсилює виділення підшлункового соку з активністю в ньому панкреатичних ферментів і нормалізує лужно-кислу рівновагу при ЦД2, призначали в обмеженому дозуванні по 100–150 мл, підігрітою до 37–40 °С, три рази на добу за 60 хв до їди. У разі супутньої артеріальної гіпертензії «Нафтуса» призначали з обережністю, краще МВ джерела № 10 (вона дещо слабша, діє більш ніжно) в аналогічному режимі. За наявності супутніх проблем з нирками (наявність піску у нирках) додатково призначали також ПМВ джерела № 1 за 30 хв після їди по 150 мл (пізніше – 200 мл). Через 60 хв після їди додатково призначали середньомінералізовану ПМВ джерела 2С (содова) з високим вмістом гідрокарбонатів, що гальмують секрецію ПЗ, по 150 мл (пізніше – 200 мл). Цей курс під контролем лікаря застосовували протягом 14 днів з оцінюванням стану пацієнтів до початку і після закінчення лікування [4, 8].

Діагноз ХП верифікували на підставі протоколу № 638 від 10.09.2014 р., а ЦД – згідно з протоколом № 1118 від 21.12.2012 р. [3, 6].

Для визначення ЯЖ пацієнтів використовували динамічне анкетування пацієнтів за допомогою загального опитувальника MOS SF-36 J.E. Ware, 1992 [7, 10]. Опитувальник SF-36 дозволяє оцінити фізичний (фізичне функціонування, ролі фізичне функціонування, інтенсивність болю, загальне здоров'я) та психологічний (життєва активність, соціальне функціонування, емоційне функціонування, психологічне здоров'я) компоненти здоров'я від 10% до 100% за допомогою 36 запитань.

Для оцінювання симптомів ХП і ЯЖ використовували адаптовану версію спеціального опитувальника GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale), перекладену з англійської Міжнародним центром оцінки ЯЖ у 1998 році. Опитувальник GSRS – 15 запитань, які характеризують інтенсивність абдомінального больового синдрому, рефлюкс-синдрому, закреп, діареї, диспепсичного синдрому за шкалою від 1 до 7 балів. Більш високий бал відповідає більшій вираженості клінічних симптомів [9].

**Динаміка ЯЖ пацієнтів з коморбідним перебігом ХП і ЦД2
під впливом досліджуваних програм реабілітації за опитувальником SF-36**

Шкала SF-36	1-а група (ПЛ), n=30		2-а група (ПЛ+ПМВ), n=30	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Фізичне функціонування	87,3±7,6	93,3±5,6	85,9±9,1	92,9±7,6
Рольове фізичне функціонування	62,3±5,9	79,3±4,1**	66,8±5,2	90,1±6,4***
Біль	43,2±6,1	77,6±5,1**	45,9±5,3	90,7±5,3***
Загальне здоров'я	38,9±6,9	61,2±5,5**	36,8±6,7	73,5±5,2***
Життєва активність	34,5±3,3	53,4±3,9**	36,1±5,2	69,2±6,5***
Соціальне функціонування	55,1±5,1	74,3±5,4**	58,3±6,6	81,2±4,8**
Рольове емоційне функціонування	42,7 ± 6,9	68,1 ± 7,5**	48,3 ± 7,2	72,3 ± 6,1**
Психологічне здоров'я	36,8±6,4	65,8±5,9**	40,2±7,1	66,1±6,8**

Примітки. Різниця показників достовірна при порівнянні з такими до лікування: * – $p<0,05$; ** – $p<0,001$;
Різниця показників достовірна при порівнянні з такими у пацієнтів 1-ї групи: * – $p<0,05$; ** – $p<0,001$.

Статистику опрацювали за допомогою «Microsoft Excel» і «Statistica-6.0». Визначали середні арифметичні величини (М) із середньою квадратичною похибкою (m). Перевірка гіпотез про достовірність різниці двох середніх (р) виконувалася за допомогою U-критерія Манна-Уїтні. Результати вважали достовірними при рівні їхньої статистичної значущості $p<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У ході дослідження ефективності програм реабілітації пацієнтів із коморбідністю ХП і ЦД2 оцінювали результати анкетування за шкалами ЯЖ і деякі клінічні симптоми. Місячний курс реабілітації сприяв покращенню самопочуття і зменшенню інтенсивності клінічних симптомів у пацієнтів обох груп. Це підтверджувалося результатами опитування, виконаного з використанням спеціального опитувальника GSRS (табл. 1).

До лікування прояви клінічних симптомів в обох групах були співставними ($p>0,05$). Під впливом ПЛ спостерігали достовірне ($p<0,001$) зменшення частоти абдомінального болювого синдрому на 50,00%, тоді як включення до ПЛ курсу східницьких ПМВ сприяло достовірному ($p<0,05$) більш значному зниженню частоти болю і дискомфорту в животі (на 63,33%). Зниження інтенсивності абдомінального болю у 1-й групі фіксували в 1,6 разу, у 2-й групі – у 2,2 разу. Частота диспепсичного синдрому вірогідно ($p<0,001$) знизилась в обох групах: на 46,66% – у 1-й групі і на 70,00% у 2-й групі; зменшення інтенсивності диспепсії в 1,7 разу було констатовано у пацієнтів 1-ї групи, у 2-й групі диспепсичні розлади турбували пацієнтів у 2 рази менше. Отже, комплекс реабілітації з включенням курсу ПМВ був більш дієвим. Суттєво не змінилася в обох групах кількість пацієнтів, яких турбував рефлюкс, проте відзначено тенденцію до зниження його інтенсивності: в 1,4 разу і в 1,5 разу відповідно у пацієнтів 1-ї і 2-ї груп ($p<0,05$).

Спостерігали виражену позитивну динаміку синдрому діареї у пацієнтів обох груп: кількість пацієнтів, яких турбували проноси, зменшилась на 26,67% у 1-й групі і на 40,00% у 2-й групі; зниження частоти та інтенсивності проносу у 1-й групі фіксували в 1,7 разу, у 2 групі – у 3,1 разу. Кількість хворих, яких турбували закрепи, знизилась на 13,14% у 1-й групі і на 20,00% у 2-й групі; інтенсивність закрепів знизилась у 1-й групі в 1,4 разу, у 2-й групі – в 1,9 разу.

Загалом через 1 міс від початку медичної реабілітації за шкалою ЯЖ гастроентерологічного хворого GSRS сумарна інтенсивність впливу гастроентерологічних симптомів і синдро-

нів ЯЖ пацієнтів із ХП у коморбідності з ЦД2 знизилась в 1,7 разу і 2,1 разу у 1-ї і 2-ї групах відповідно, що довело достовірно ($p<0,001$) більш високу ефективність програми реабілітації з включенням курсу ПМВ за запропонованою методикою.

Для комплексної оцінки ЯЖ під впливом порівнюваних програм реабілітації у табл. 2 наведено динаміку показників опитувальника MOS SF-36.

В обох групах пацієнтів констатували достовірне покращення ЯЖ під впливом програм комплексної реабілітації за шкалами фізичного і психічного компонентів. Достовірно покращився показник рольового фізичного функціонування – на 16,8% у 1-ї групі і 23,6% у 2-ї групі. Одночасно зменшилась інтенсивність болювого синдрому у пацієнтів 1-ї і 2-ї груп на 33,4% і 44,8% відповідно. Показник загального здоров'я після лікування був достовірно ($p<0,05$) вищим у пацієнтів, які додатково пролікувались ПМВ: зріс на 22,3% і 36,7% у 1-ї і 2-ї групах пацієнтів відповідно. Встановлено підвищення життєвої активності у пацієнтів 1-ї і 2-ї груп на 18,9% і 33,4% відповідно ($p<0,001$).

ВИСНОВКИ

1. Комплексна програма реабілітації пацієнтів з хронічним панкреатитом у поєднанні з цукровим діабетом 2-го типу з використанням курсу лікування питними мінеральними водами Східницького родовища за запропонованою схемою була більш ефективною за динамікою зниження сумарного бала шкал міжнародного опитувальника гастроентерологічного хворого GSRS порівняно з такою під впливом протокольного лікування – відповідно у 2,1 і 1,7 разу ($p<0,001$).

2. Застосування пероральної форми адеметіоніну терміном 1 міс і двотижневого курсу питних мінеральних вод Східницького родовища за запропонованою схемою достовірно підвищило дієвість місячної протокольної програми реабілітації за динамікою фізичних і психічних параметрів якості життя опитувальника SF-36: показника рольового фізичного функціонування – на 23,6% і 16,8% відповідно; інтенсивності болювого синдрому – на 44,8% і 33,4%; показника загального здоров'я – на 36,7% і 36,7%; життєвої активності – на 33,4% і 18,9% ($p<0,001$), що дозволяє рекомендувати дану програму до впровадження у клінічну практику.

У перспективі подальших досліджень плануємо проаналізувати дієвість включення рефлексотерапії до комплексної реабілітації пацієнтів із коморбідним перебігом хронічного панкреатиту і цукрового діабету 2-го типу.

Сведения об авторах

Бабинец Лилия Степановна – Кафедра первичной медико-санитарной помощи и общей практики-семейной медицины Тернопольского национального медицинского университета имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины», 46001, г. Тернополь, площадь Воли, 1; тел.: (067) 352-07-43. E-mail: lilyababinets@gmail.com

Сасик Галина Михайловна – Кафедра первичной медико-санитарной помощи и общей практики-семейной медицины Тернопольского национального медицинского университета имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины, 46001, г. Тернополь, площадь Воли, 1; тел.: (067) 370-60-03

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Глобальний доклад по диабету. World Health Organization, 2016; режим доступу www.who.int/diabetes/global-report
2. Гриб В.А. Якість життя хворих на цукровий діабет 2 типу, ускладнений поліневропатією / В.А. Гриб // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, вип. 3. – С. 13–19.
3. Губергіц Н.Б. Клическая панкреатология / Н.Б. Губергіц, Т.М. Христин. - Донецк: ООО «Лебедь», 2013. – С. 236.
4. Іван Шимонько. Трускавець і Східниця. Курорти передгір'я Карпат. - Дрогобич: видавець Святослав Сурма, 2009. – 260 с.
5. Оцінка якості життя у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями / О.М. Барна, О.О. Аліфер, А.М. Новицька, Я.В. Корост // Ліки України. – 2015. – № 4. – С. 9–12.
6. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / за ред. Ю.М. Москового. – 19-те вид. доп. і перероб. – Вінниця, 2019. – 1011 с.
7. Ткаченко В.І. Оцінка якості життя пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу / В.І. Ткаченко // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. – 2014. – Вип. 23(3). – С. 151–157. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpsnparo_2014_23\(3\)_21](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpsnparo_2014_23(3)_21).
8. Фролков В.К., Бобровницький І.П., Балакин С.А., Данилов О.И. Энтероинсулярная ось, метаболический синдром и минеральные воды // Матер. Всероссийского форума «Здравница 2010». – М., 2010. – С. 161–162.
9. Шкала SF-36 для оцінки впливу цукрового діабету на якість життя хворих на хронічний панкреатит/ У.М. Захарчук, Л.С. Бабінець, Л.І. Складанюк та ін. // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2014. – № 1. – С. 157.
10. Якість життя та прихильність до лікування в клініці внутрішніх хвороб: навч. посіб. / уклад.: В.І. Кривенко, І.С. Качан, С.П. Пахомова, О.П. Федорова, М.Ю. Колесник, І.В. Непрядкіна, Т.Ю. Грінченко. – Запоріжжя, 2015. – 80 с.
11. Meier J.J. Functional assessment of pancreatic b-cell area in humans /J.J. Meier, B.A. Menge, T.G. Breuer and &/. Diabetes 2009. – P. 595–603.
12. Schrader H. Determinants of glucose control in patients with chronic pancreatitis /H. Schrader, B.A. Menge, C. Zeidler, P.R. Ritter, and oth. // Diabetologia 2010. – P. 43–47.

Статья поступила в редакцию 25.05.2020