

Получена: 01 Марта 2024 / Принята: 18 Июня 2024 / Опубликовано online: 30 Июня 2024

DOI 10.34689/SH.2024.26.3.003

УДК 614.2:616.37-002.2

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Аскар Ж. Ахметов¹, <https://orcid.org/0000-0001-9241-5294>

Толкын А. Булегенов¹, <https://orcid.org/0000-0001-6145-9649>

Мейрбек Ж. Аймагамбетов¹, <https://orcid.org/0000-0003-4699-8200>

Назарбек Б. Омаров¹, <http://orcid.org/0000-0002-6201-8263>

Владимир Б. Колядо², <http://orcid.org/0000-0002-7496-8052>

Асель Ж. Байбусинова¹, <http://orcid.org/0000-0003-3447-6245>

Сабит М. Жусупов¹, <http://orcid.org/0000-0002-0551-126X>

Алдияр Е. Масалов¹, <https://orcid.org/0000-0003-3386-1416>

Саматбек Т. Абдрахманов¹, <https://orcid.org/0000-0002-4270-3498>

Медет Ә. Әуенов¹, <https://orcid.org/0000-0002-1809-9091>

¹ НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей, Республика Казахстан;

² ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Барнаул, Российская Федерация.

Резюме

Введение. На качество жизни (КЖ) пациентов с хроническим панкреатитом (ХП) может повлиять различные факторы, устанавливая которых можно определить пути улучшения реабилитации при данной патологии.

Цель. Изучить качество жизни больных с хроническим панкреатитом.

Материалы и методы: Дизайн исследования – проспективное поперечное исследование. Проведен социологический опрос среди 159 пациентов с ХП, пролеченных в гастроэнтерологическом отделении Университетского госпиталя Некоммерческого акционерного общества «Медицинский Университет Семей» в период с 2022 по 2023 годы. Для определения медицинских, социальных характеристик использована разработанная анкета для пациентов с панкреатитом. КЖ больных изучено с использованием опросника SF-36. Для выявления депрессии и тревожности у больных использованы опросники: шкала депрессии Бека, тест опросник Спилберга. Статистический анализ проводился с использованием программного обеспечения SPSS версии 20.0, при $p < 0,05$ результаты считались статистически значимыми.

Результаты. КЖ больных с ХП снижено как по физическому ($40,14 \pm 8,25$), так и по психологическому ($44,85 \pm 8,75$) компонентам здоровья. Низкие показатели КЖ по шкалам «ролевое физическое функционирование» ($46,04 \pm 19,23$), «ролевое эмоциональное функционирование» ($49,49 \pm 19,58$) свидетельствует о низком комфорте существования. Установлено влияние на отдельные показатели КЖ половозрастного состава, социального статуса, физической активности, обострения и длительности заболевания, наблюдения врачей, сопутствующих заболеваний и психологического статуса.

Выводы: Возраст 60 лет и старше, инвалидность, безработица, низкая физическая активность, наличие сопутствующего жирового гепатоза, желчнокаменной болезни, холецистита, ожирения, депрессии, тревожности, частые обострения и длительность заболевания больше 10 лет, отсутствие наблюдения врачей существенно снижает КЖ больных с ХП.

Ключевые слова: хронический панкреатит, качество жизни.

Abstract

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS

Askar Zh. Akhmetov¹, <https://orcid.org/0000-0001-9241-5294>

Tolkyn A. Bulegenov¹, <https://orcid.org/0000-0001-6145-9649>

Meirbek Zh. Aimagambetov¹, <https://orcid.org/0000-0003-4699-8200>

Nazarbek B. Omarov¹, <http://orcid.org/0000-0002-6201-8263>

Vladimir B. Kolyado², <http://orcid.org/0000-0002-7496-8052>

Assel Zh. Baibussinova¹, <http://orcid.org/0000-0003-3447-6245>

Sabit M. Zhusupov¹, <http://orcid.org/0000-0002-0551-126X>

Aldiyar E. Masalov¹, <https://orcid.org/0000-0003-3386-1416>

Samatbek T. Abdrakhmanov¹, <https://orcid.org/0000-0002-4270-3498>

Medet A. Auenov¹, <https://orcid.org/0000-0002-1809-9091>

¹ NCJSC "Semey Medical University" Semey, Republic of Kazakhstan;

² FSBEI of HE "Altai State Medical University" of the Ministry of Health of Russia, Barnaul, Russian Federation.

Introduction. The quality of life (QoL) of patients with chronic pancreatitis (CP) can be affected by various factors, by identifying which it is possible to determine ways to improve rehabilitation for this pathology.

Aim. To study the quality of life of patients with chronic pancreatitis.

Materials and methods. Study design: prospective cross-sectional study. A sociological survey was conducted among 159 patients with various forms of CP treated in gastroenterology department of the University Hospital of the Non-Profit Joint Stock Company "Semey Medical University" (UH NJSC "SMU") in the period 2022-2023 years. To determine medical and social characteristics, a developed questionnaire for patients with pancreatitis was used. The QoL of patients was studied using the SF-36 questionnaire. To identify levels of depression and anxiety in patient's questionnaires were used (Beck Depression Scale, Spielberg questionnaire). Statistical analysis was performed using SPSS software version 20.0, and results were considered statistically significant when $p < 0.05$.

Results. The QoL of patients with CP are reduced both in terms of physical (40.14 ± 8.25) and psychological (44.85 ± 8.75) components of health. Low QoL indicators on the scales "role physical functioning" (46.04 ± 19.23), "role emotional functioning" (49.49 ± 19.58) indicate a decrease in the index of comfortable existence. Influence of age and gender composition, social status, physical activity, exacerbation and duration of the disease, medical observation, concomitant diseases, and psychological status on certain criteria of QoL was established.

Conclusions. Age 60 years or older, disability, unemployment, low physical activity, presence of concomitant fatty hepatosis, cholelithiasis, cholecystitis, obesity, depression, anxiety, frequent exacerbations, and duration of the disease for more than 10 years, lack of medical supervision significantly reduces the QoL of patients with CP.

Keywords: chronic pancreatitis, quality of life.

Түйіндеме

СОЗЫЛМАЛЫ ПАНКРЕАТИТПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР СҮРУ САПАСЫ

Асқар Ж. Ахметов¹, <https://orcid.org/0000-0001-9241-5294>

Толқын А. Булегенов¹, <https://orcid.org/0000-0001-6145-9649>

Мейрбек Ж. Аймагамбетов¹, <https://orcid.org/0000-0003-4699-8200>

Назарбек Б. Омаров¹, <http://orcid.org/0000-0002-6201-8263>

Владимир Б. Колядо², <http://orcid.org/0000-0002-7496-8052>

Асель Ж. Байбусинова¹, <http://orcid.org/0000-0003-3447-6245>

Сабит М. Жусупов¹, <http://orcid.org/0000-0002-0551-126X>

Алдияр Е. Масалов¹, <https://orcid.org/0000-0003-3386-1416>

Саматбек Т. Абдрахманов¹, <https://orcid.org/0000-0002-4270-3498>

Медет Ә. Әуенов¹, <https://orcid.org/0000-0002-1809-9091>

¹ «Семей медицина университеті» КеАҚ, Семей қ., Қазақстан Республикасы.

² Ресей Федерациясының Денсаулық сақтау министрлігінің «Алтай мемлекеттік медицина университеті» ЖБ ФМББМ, Барнаул қ., Ресей Федерациясы.

Кіріспе. Созылмалы панкреатитпен ауыратын науқастар өмір сүру сапасына әсер ететін себептерді зерттеп, оңалтудың ұтымды жолдарын анықтауға болады.

Мақсаты. Созылмалы панкреатитпен ауыратын науқастардың өмір сүру сапасын зерттеу.

Зерттеу материалы және әдістері. Зерттеу дизайны – проспективті көлденең зерттеу. «Семей медицина университеті» КеАҚ университеттік госпиталінің гастроэнтерологиялық бөлімінде 2022 – 2023 ж.ж. аралығында созылмалы панкреатитпен емделген 159 науқастарға әлеуметтік сауалнама жүргізілді. Науқастардың медициналық, әлеуметтік сипаттамасын анықтау үшін арнайы сауалнама құрастырылды. Науқастардың өмір сүру сапасын бағалау үшін SF-36 сауалнамасы қолданылды. Науқастардағы күйзеліс, уайымшылдық деңгейін зерттеу үшін стандартты сауалнамалар қолданылды (Бектің күйзеліс шкаласы, Спилберг сауалнамасы). Зерттеу нәтижелерінің статистикалық сараптауы SPSS бағдарламасы 20.0 ұсынысын қолданып жүргізілді, $p < 0.05$ болғанда нәтижелер статистикалық айқын саналды.

Нәтижелері. Созылмалы панкреатитпен ауыратын науқастардың өмір сүру сапасы физикалық ($40,14 \pm 8,25$), психикалық ($44,85 \pm 8,75$) компоненттер бойынша төмендеген. Өмір сүру сапасының «рөлдік физикалық қызмет» ($46,04 \pm 19,23$), «рөлдік эмоциялық қызмет» ($49,49 \pm 19,58$) көрсеткіштері бойынша нашарлауы науқастар өмір сүруінің жайсыздығын аңғартады. Науқастардың өмір сүру сапасының жеке көрсеткіштеріне жасы, жынысы, әлеуметтік статусы, физикалық белсенділігі, аурудың өршуі және ұзақтығы, дәрігерлер бақылауы, қосымша аурулары және психологиялық статусының әсері анықталды.

Қорытынды: Созылмалы панкреатитпен ауыратын науқастардың өмір сүру сапасын 60 және одан үлкен жасы, мүгедектік, жұмыссыздық, төмен физикалық белсенділік, қосымша майлы гепатоз, өт-тас ауруы,

холецистит, семіздік, күйзеліс, уайымшылдық, аурудың жиі өршуі және 10 жылдан астам ұзақтығы, дәрігерлер бақылауында болмауы айтарлықтай нашарлатады.

Түйінді сөздер: созылмалы панкреатит, өмір сүру сапасы.

Для цитирования / For citation / Дәйексөз үшін:

Ахметов А.Ж., Булегенов Т.А., Аймагамбетов М.Ж., Омаров Н.Б., Колядо В.Б., Байбусинова А.Ж., Жусупов С.М., Масалов А.Е., Абдрахманов С.Т., Әуенов М.Ә. Качество жизни больных с хроническим панкреатитом // Наука и Здравоохранение. 2024. Т.26 (3). С. 24-33. doi 10.34689/SH.2024.26.3.003

Akhmetov A.Zh., Bulegenov T.A., Aimagambetov M.Zh., Omarov N.B., Kolyado V.B., Baibussinova A.Zh., Zhusupov S.M., Masalov A.E., Abdrakhmanov S.T., Auenov M.A. Quality of life of patients with chronic pancreatitis // Nauka i Zdravookhranenie [Science & Healthcare]. 2024. Vol.26 (3), pp. 24-33. doi 10.34689/SH.2024.26.3.003

Ахметов А.Ж., Булегенов Т.А., Аймагамбетов М.Ж., Омаров Н.Б., Колядо В.Б., Байбусинова А.Ж., Жусупов С.М., Масалов А.Е., Абдрахманов С.Т., Әуенов М.Ә. Созылмалы панкреатитпен ауыратын науқастардың өмір сүру сапасы // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2024. Т.26 (3). Б. 24-33. doi 10.34689/SH.2024.26.3.003

Введение. Хронический панкреатит (ХП) является хроническим рецидивирующим воспалительным заболеванием поджелудочной железы, поражающим от 3 до 20% населения различных стран мира [19,20,24,30]. Важная медико-социальная значимость проблемы ХП обусловлена ее широким распространением среди трудоспособного населения [11]. За последние 10 лет уровень заболеваемости среди лиц молодого возраста вырос в 4 раза. Заболевание характеризуется длительным хроническим, прогрессирующим течением, негативно влияющим на качество жизни (КЖ) пациентов и приводящим к частичной или полной утрате трудоспособности. Инвалидизация при ХП достигает 15% [8]. Особенности ХП являются: прогрессирующее течение с постепенным нарастанием экскреторной и эндокринной недостаточности, рецидивирование боли и синдрома диспепсии, наличие угрозы осложнений, при развитии которых отмечается снижение способности пациента к повседневной деятельности, необходимость соблюдения правильного образа жизни, постоянного приема лекарств, отказа от вредных привычек, боязнь ухудшения, что может приводить к появлению у пациентов тревоги и депрессии, большие материальные затраты на приобретение лекарств. Поэтому ХП характеризуется значительным нарушением КЖ и социального статуса больных [26].

Цель исследования: Изучить качество жизни больных с хроническим панкреатитом.

Дизайн исследования: проспективное поперечное исследование.

Материал и методы исследования.

Проведен социологический опрос среди 159 пациентов с ХП, пролеченных в гастроэнтерологическом отделении Университетского госпиталя Некоммерческого акционерного общества «Медицинский университет Семей» (УГ НАО «МУС») в период с 2022 по 2023 годы.

Программа, инструменты для проведения исследования были одобрены Локальным этическим комитетом (ЛЭК) НАО «МУС», протокол №4 от 20.12.2021г. От всех участников исследования было получено информированное согласие после полного разъяснения цели исследования и подтверждения конфиденциальности полученных данных. Руководство УГ НАО «МУС», где проводилось исследование ознакомлено с ходом проведения исследования и не имеет возражений о публикации данных в открытой

печати. Для определения медицинских, социальных характеристик нами разработана анкета для пациентов с панкреатитом. Валидность анкеты была оценена в пилотном исследовании на 20 пациентах с ХП. КЖ больных изучено с использованием опросника SF-36, включающего 36 вопросов, которые формируют 8 шкал: физическое функционирование (PF), ролевое физическое функционирование (RP), физическая боль (BP), общее здоровье (GH), жизненная сила (VT), социальное функционирование (SF), ролевое эмоциональное функционирование (RE) и психическое здоровье (MH). Шкалы PF, RP, BP и GH составляют физический компонент здоровья (PCH), VT, SF, RE и MH – психический компонент здоровья (MCH). Общий балл по каждой шкале варьируется от 0 до 100. Чем выше балл, тем лучше КЖ [2,27]. Для изучения наличия и уровней депрессии и тревожности у больных использованы адаптированные опросники: шкала депрессии Бека [10], тест опросник Спилберга [6].

Критерии включения пациентов в исследование:

- пациенты с хроническим панкреатитом в возрасте 18 лет и старше;
- добровольное информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения пациентов из исследования:

- пациенты с хроническим панкреатитом в возрасте до 18 лет;
- отказ пациента от участия в исследовании;
- критическое состояние больных (острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения);
- больные со злокачественным процессом III-IV стадий.

При статистическом анализе для проверки групп на нормальность распределения был использован критерий Колмогорова-Смирнова. Определяли следующие показатели: среднее арифметическое (M), стандартная ошибка ($\pm m$), стандартное отклонение (SD). Для количественных переменных применены: t - критерий Стьюдента - для сравнения 2 независимых групп, однофакторный дисперсионный анализ – для сравнения 3 и более групп. Статистический анализ проводился с использованием программного обеспечения SPSS версии 20.0, при $p < 0,05$ результаты считались статистически значимыми.

Результаты исследования.

Медицинская, социальная и психологическая характеристика больных с ХП представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Медицинская, социальная и психологическая характеристика больных с хроническим панкреатитом.

(Table 1. Medical, social and psychological characteristics of patients with chronic pancreatitis).

Социальная и психологическая характеристика больных (N=159)			Медицинская характеристика больных (N=159)		
Показатели		N (%)	Показатели		N (%)
Пол	Мужчины	27 (17,0%)	Сопутствующие заболевания		
	Женщины	132 (83,0%)	Жировой гепатоз	106 (66,7%)	
Возраст (лет, M ±m)	55±15,5 лет		ЖКБ, холецистит	129 (81,1%)	
Место жительства	Город	109 (68,6%)	Гастрит с ДГР	90 (56,6%)	
	Село	50 (31,4%)	Сахарный диабет	17 (10,7%)	
Социальный статус	Студент	1 (0,6%)	Хронический колит	12 (7,5%)	
	Рабочий	37 (23,3%)	Ожирение	47 (29,6%)	
	Служащий	44 (27,7%)	АГ, ИБС	62 (39,0%)	
	Пенсионер	47 (29,5%)	Амбулаторное лечение в год	1 раз	43 (27,0%)
	Безработный	23 (14,5%)		2 раза	13 (8,2%)
	Инвалид	7 (4,4%)		3 раза	6 (3,8%)
Образование	Неполное среднее	3 (1,9 %)	Нет	97 (61,0%)	
	Среднее	30 (18,9 %)	Стационарное лечение в год	1 раз	124 (78,0%)
	Среднее специальное	69 (43,4 %)		2 раза	32 (20,1%)
	Высшее	57 (35,8 %)		3 раза	3 (1,9%)
Курение	12 (7,5%)		Длительность заболевания	До 1 года	61 (38,4%)
Употребление алкоголя	47 (29,6 %)			1-3 года	35 (22,0%)
Занятия спортом	35 (22,0%)			4-7 лет	44 (27,7%)
Семейное положение	Женат (замужем)	128 (80,5%)		8-10 лет	8 (5,0%)
	Не женат/(не замужем)	31 (19,5%)	Более 10 лет	11 (6,9%)	
Жилищные условия	Квартира	72 (45,3%)	Наблюдение ВОП	56 (35,2%)	
	Частный дом	83 (52,2%)			
	Общежитие	4 (2,5%)			
Депрессия	47 (29,6%)				
Тревожность	137 (86,2%)				

В исследовании преобладали женщины – 83,0%. Средний возраст пациентов - 55±15,5 лет. Проживали в городе - 68,6%. В благоустроенной квартире проживали 45,3%, в частном доме - 52,2% респондентов. По социальному статусу преобладали пенсионеры - 29,5%, служащие - 27,7%, рабочие - 23,3%. Не работали 14,5% респондентов. Большинство пациентов имели среднее специальное (43,4%), высшее образование (35,8%). Среди респондентов курили 7,5%, употребляли спиртные напитки - 29,6%. Занимались спортом 22,0%. Большинство были женаты (замужем) – 80,5%.

Умеренная и выраженная депрессия выявлены у 29,6%, тревожность – 86,2% респондентов.

Среди респондентов установлены сопутствующие заболевания: жировой гепатоз - 66,7%, желчно-каменная болезнь (ЖКБ), холецистит - 81,1%, гастрит с дуоденогастральным рефлюксом (ДГР) - 56,6%, ожирение - 29,6%, сахарный диабет (СД) – 10,7%, хронический колит – 7,5%, артериальная гипертензия (АГ) с ишемической болезнью сердца (ИБС) - 39,0% респондентов.

В большинстве случаев больные не получали амбулаторного лечения (61,0%). Респондентам чаще оказано однократное амбулаторное лечение в год (27,0%). Основная доля пациентов получали стационарное лечение 1 раз в год (78,0%). По длительности заболевания преобладали респонденты,

страдающие до 1 года - 38,4% и 4-7 лет - 27,7%. У врача общей практики (ВОП) наблюдались 35,2% пациентов.

При изучении КЖ респонденты набрали наивысшие баллы по шкалам PF - 65,71±17,11, SF - 66,31±22,62 балла, что соответствует КЖ выше среднего уровня. По шкале MN пациенты набрали 61,25±14,94 баллов, что соответствует среднему уровню комфортного психологического состояния. Баллы по шкалам VT и GH составило 54,56±16,45 и 52,75±16,28 соответственно. Установлено снижение КЖ по шкале RE - 49,49±39,58. Самые низкие оценки были обнаружены по шкале RP - 46,04±19,23, что соответствуют уровню комфорта ниже среднего. Следует отметить снижение КЖ пациентов как по РСН (40,14±8,25), так и по МСН (44,85±8,75). Установлено снижение КЖ больных с ХП по сравнению с популяционными показателями [1] по следующим шкалам: PF на 11,1%, RP на 12,2%, BP на 12,5%, RE на 11,4% (рисунок 1).

Показатели КЖ больных с ХП в зависимости от социальной и психологической характеристики представлены в таблице 2. Установлено, что у женщин показатели КЖ ниже, чем у мужчин по шкалам PF, RP, BP, RE. Однако по шкалам SF и MN отмечается лучшие показатели у женщин по сравнению с мужчинами (p<0,01).

КЖ респондентов в возрасте до 60 лет было лучше по показателям RP, RE по сравнению с лицами в возрасте 60 лет и старше (p<0,01).

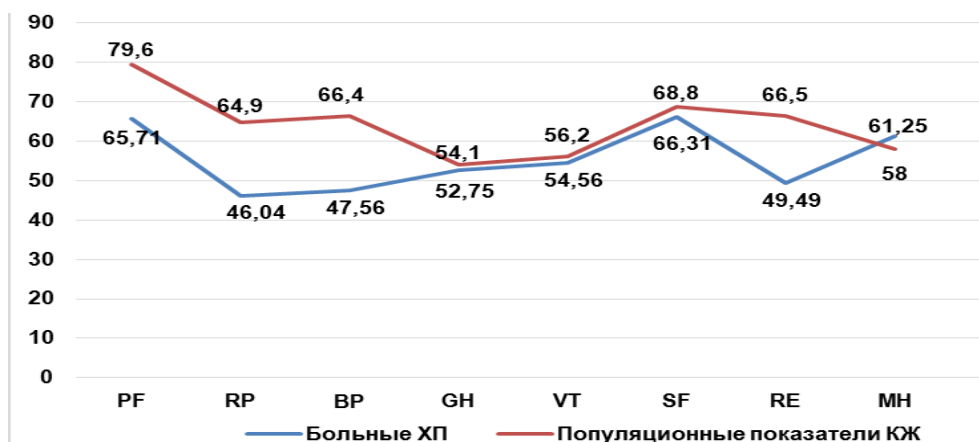


Рисунок 1. Качество жизни больных с хроническим панкреатитом.

(Figure 1. Quality of life of patients with chronic pancreatitis).

КЖ пациентов, проживающих в городе, было низким по шкале GH по сравнению с сельскими жителями ($p < 0,01$). У пациентов, проживающих в благоустроенных квартирах КЖ лучше по показателям RP, VT, MN по сравнению лицами, проживающих в частном секторе ($p < 0,01$). Следует отметить, что у респондентов с средним и высшим образованиями КЖ по шкале BP ниже, по сравнению пациентами неполным и средне-специальным образованием ($p < 0,01$).

По социальному положению у пенсионеров КЖ снижено по шкалам RP, BP и RE, у инвалидов – PF, RP, GH, RE, у безработных – RP, BP, VT, RE ($p < 0,01$). По результатам исследования значимых различий по показателям КЖ между женатыми (замужними) и не женатыми (не замужними) респондентами не выявлено ($p > 0,05$). Установлено, что КЖ респондентов, регулярно занимающихся спортом, лучше по сравнению с лицами, не занимающихся спортом, по следующим шкалам опросника SF-36: BP, GH, VT, RE ($p < 0,01$).

Статистических значимых различий по показателям КЖ у пациентов с ХП, употребляющих и не употребляющих спиртные напитки, а также по курению не установлено ($p > 0,05$).

КЖ пациентов с умеренной и выраженной депрессией снижено по показателям PF, RP, RE, по сравнению с лицами без признаков депрессии ($p < 0,01$). Среди пациентов средним и высоким показателями тревожности отмечается снижение КЖ по шкалам RP, BP, RE. Аналогичные данные установлены по уровням как личностной, так и реактивной тревожности ($p < 0,01$). КЖ пациентов с ХП с сопутствующими заболеваниями снижены по следующим шкалам: жировой гепатоз – RP, BP, RE; ЖКБ, холецистит – RP, BP, GH, RE; хронический гастрит с ДГР – RP, BP, GH, RE; СД – BP, GH; хронический колит – PF, RP, BP, GH, VT, RE; ожирение – RP, BP, GH, RE; АГ, ИБС – RP, BP, GH, RE ($p < 0,01$) (таблица 3)

Выявлено, что наиболее высокие показатели КЖ имеют респонденты, получившие амбулаторное лечение 1 и более раз в год, по сравнению с пациентами, не получившими аналогичную помощь, по шкалам PF, RP, RE ($p < 0,01$). КЖ больных, пролеченных

в стационаре более 1 раза в год, снижено практически по всем шкалам SF – 36, по сравнению с пациентами, пролеченных в стационаре 1 раз в год ($p < 0,01$). Аналогичные данные установлены касательно длительности заболевания, т.е. длительность заболевания отрицательно отражается на показателях КЖ ($p < 0,01$). КЖ респондентов, наблюдавшихся у ВОП, было лучшее по показателям RP и RE, по сравнению с пациентами, не обращавшимися в поликлинику ($p < 0,01$).

Обсуждение результатов. Нами установлено снижение КЖ больных с ХП как по физическому ($40,14 \pm 8,25$), так и по психологическому ($44,85 \pm 8,75$) компонентам здоровья. Низкие показатели КЖ по шкале RE ($49,49 \pm 39,58$) свидетельствует о снижении индекса комфортного существования на фоне ухудшения эмоционального состояния. Самые низкие показатели КЖ по шкале RP ($46,04 \pm 39,23$) соответствуют уровню комфорта ниже среднего. Наши данные сопоставимы с результатами исследования Ямликхановой А.Ю., где установлено снижение КЖ больных с ХП по шкалам RP и RE по сравнению с популяционными показателями [13]. В исследовании Wehler M. (2004) снижение КЖ больных с ХП было отмечено для RP (-5%), RE (-15%) и GH (-19%) опросника SF-36, по сравнению с показателями КЖ в немецкой популяции [28,29].

В исследовании Machado J.D. средние баллы по шкале PCN и MCN КЖ больных с ХП составили $36,7 \pm 11,7$ и $42,4 \pm 12,2$, соответственно. Отрицательное влияние на баллы PCN отмечено за счет постоянной легкой и умеренной боли с эпизодами сильной боли (10 баллов), постоянной легкой и умеренной боли (5,2), инвалидности, связанной с болью / безработица (5,1), курения (2,9 балла) и сопутствующих заболеваний. Отрицательное влияние на показатели MCN было связано с постоянной болью (6,8–6,9 балла), курением (3,9 балла) и инвалидностью/безработицей, связанной с болью (2,4 балла). У женщин инвалидность/безработица привела к дополнительному снижению показателя MCN на 3,7 балла. Этиология, длительность заболевания, сахарный диабет (СД), эндокринная недостаточность и предыдущие вмешательства на поджелудочной железе не повлияли на КЖ ($p > 0,05$) [21].

Таблица 2.

Качество жизни больных с хроническим панкреатитом в зависимости от социальной и психологической характеристики (M±SD).

(Table 2. Quality of life of patients with chronic pancreatitis depending on social and psychological characteristics (M±SD).

Показатели	Шкалы опросника SF - 36									
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PCN	MCH
Пол										
Мужчины	72,2±23,3*	54,8±21,7*	55,3±24,6*	54,7±16,82	53,5±20,74	54,7±25,5*	54,3±23,5*	52,1±15,5*	44,1±6,76	43,4±8,82
Женщины	60,6±21,3*	44,2±22,1*	45,9±25,5*	52,3±16,2	54,7±15,51	66,6±22,1*	48,5±21,5*	61,8±14,8*	39,33±8,31	45,1±8,73
Возраст										
До 60 лет	64,80±24,61	54,19±22,1*	49,9±26,88	53,6±14,95	53,6±15,69	67,5±21,5	60,1±21,2*	58,83±13,24	41,47±8,32	44,40±7,54
60 лет и старше	59,93±29,46	36,18±23,72*	44,6±23,60	51,65±17,8	55,62±17,38	64,9±24,0	36,7±22,9*	64,2±16,39	38,52±7,91	45,4±10,03
Образование										
Неполное	60,0±18,0	66,67±57,7	55,67±16,8*	46,67±11,5	51,67±25,6	75,0±25,0	66,7±21,7	62,67±18,9	44,1±7,7	46,6±15,2
Среднее	57,33 ±23,8	38,5±24,3	44,53±26,4*	54,8±16,5	52,67±19,2	65,8±22,5	46,6±24,6	59,13±16,4	38,5±9,2	45,7±10,4
Средне-специальное	69,44±24,4	49,49±23,7	49,23±25,5	53,23±16,4	56,09±13,8	67,85±18,4	50,22±21,6	61,56±15,5	40,76±7,0	44,91±8,5
Высшее	65,91±29,4	44,74±36,2	46,70±25,7*	51,40±16,4	53,86±17,6	64,3±27,2	49,2±25,7	61,91±13,6	40,1±9,1	44,2±8,0
Социальный статус										
Рабочий	69,62±21,3	58,24±22,6	55,22±22,4	69,62±21,3	57,57±16,6	68,2±16,0	62,1±21,2	62,54±16,2	42,9±7,3	44,8±8,8
Служащий	67,05±28,6	52,13±42,6	46,2±27,9	67,05±28,6	53,62±17,9	68,6±22,8	58,5±22,2	61,53±14,7	41,1±8,44	45,2±8,08
Пенсионер	66,91±24,4	31,49±25,2*	42,68±25,4*	66,92±23,4	56,92±16,6	64,1±25,8	36,2±24,9*	64,43±13,9	37,1±7,67	46,1±9,92
Безработный	59,35±26,4	45,65±23,9*	46,13±24,9*	59,35±26,4	46,09±13,4*	63,6±24,4	44,9±25,5*	51,83±12,7	40,6±8,62	41,7±7,61
Инвалид	47,86±21,2*	46,43±21,6*	50,86±21,9	47,86±21,2*	54,29±11,7	64,2±24,4	42,8±22,8*	63,43±15,4	36,1±10,2	46,5±5,5
Занятие спортом										
Да	67,57±28,2	52,14±26,6	54,77±26,2*	58,23±14,9*	59,29±18,6*	66,4±23,2	52,6±25,1*	63,2±19,5	42,1±7,3	46,5±10,5
Нет	65,19±23,3	44,31±25,9	45,52±25,0*	51,19±16,4*	53,23±15,6*	66,3±20,5	48,6±24,8*	60,70±13,4	39,6±8,4	44,4±8,16
Употребление алкоголя										
Употребляет	60,11±24,13	44,36±23,57	50,23±24,31	51,77±16,87	55,53±17,0	65,3±25,39	54,51±24,1	58,08±13,42	41,61±8,67	43,73±7,6
Не употребляет	59,44±22,5	46,74±23,8	46,44±26,0	53,16±16,09	54,15±16,27	66,73±21,5	47,39±22,1	62,58±15,4	39,5±8,03	45,3±9,18
Курение										
Курит	63,75±22,2	62,92±25,0	48,25±23,96	53,83±20,28	54,2±14,59	67,7±21,62	63,8±24,84	63,2±15,48	42,1±7,55	47,1±10,36
Не курит	62,2±27,1	43,84±23,1*	47,5±25,5	52,66±16,0	54,59±16,6	66,7±22,8	48,32±29,5	61,1±14,9	39,98±8,31	44,67±8,62
Депрессия										
Да	49,67±17,9*	39,78±21,5*	46,87±24,9	46,37±17,04	47,63±16,96	53,84±27,1	41,3±21,9*	53,56±16,99	39,32±8,44	44,30±10,27
Нет	68,16±22,9*	48,58±19,4*	47,84±25,85	51,27±15,79	53,71±16,24	67,31±20,6	52,8±19,2*	60,31±13,99	40,47±8,18	45,06±8,08
Тревожность										
Да	54,10±19,31	42,68±22,7*	43,21±25,1*	52,83±15,9	51,45±16,7	50,9±23,3	43,3±19,8*	51,38±15,23	40,05±8,2	42,96±8,89
Нет	63,09±21,43	53,3±23,9*	49,81±29,1*	57,19±19,0	57,23±15,03	69,04±17,9	51,8±24,9*	61,38±13,13	43,72±8,76	44,07±7,89

* - значимость достоверно p<0.01.

Таблица 3.

Качество жизни больных с хроническим панкреатитом в зависимости от медицинской характеристики (M±SD)

(Table 3. Quality of life of patients with chronic pancreatitis depending on medical characteristics (M±SD)).

Показатели	Шкалы опросника SF - 36										
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PCN	MCH	
Сопутствующие заболевания											
Жировой гепатоз	66,3±55,1	44,72±38,9*	45,81±25,6*	52,41±16,6	56,46±15,7	65,97±22,9	48,15±39,7*	61,1±15,2	39,74±8,1		45,06±9,2
ЖКБ	65,9±51,1	47,64±39,2*	47,96±24,7*	47,54±15,8*	55,16±16,9	67,49±21,8	47,22±22,3*	62,24±15,4	40,0±7,6		45,44±9,1
Гастрит с ДГР	61,2±27,5	46,0±38,6*	48,26±26,4*	48,0±16,3*	53,94±16,1	64,14±22,7	46,23±23,9*	60,97±14,5	40,44±7,98		44,39±8,7
Сахарный диабет	59,4±27,7	54,41±37,7	49,35±23,2*	47,41±15,4*	59,12±15,4	70,59±18,7	60,77±39,5	59,78±12,8	40,53±7,97		47,01±8,8
Хронический колит	44,4±28,3*	22,92±8,3*	37,5±29,7*	46,67±16,3*	50,0±10,0*	65,63±24,5	22,18±32,8*	56,0±7,2	36,58±10,7		43,59±6,6
Ожирение	70,2±77,1	45,43±41,0*	47,21±26,5*	51,13±17,8*	56,28±16,4	70,45±19,8	50,33±38,6*	63,15±13,9	39,67±8,3		47,39±9,34
АГ, ИБС	60,5±28,1	41,21±40,4*	43,89±24,4*	50,08±16,3*	54,44±13,9	65,1±20,0	44,06±38,5*	62,29±13,3	39,45±8,2		45,09±8,9
Амбулаторное лечение в год											
1 раз	78,51±21,4	56,39±26,6	56,86±25,3	53,67±16,7	53,72±16,7	66,54±22,8	60,44±28,7	59,53±15,1	45,49±7,9		45,12±8,2
2 раза	53,07±30,6	58,46±33,3	51,23±28,1	52,3±11,3	58,46±9,43	66,34±26,7	48,69±31,9	60,30±12,4	44,1±7,8		44,40±6,65
3 раза	59,16±31,1	53,33±30,8	51,66±23,2	52,33±9,95	58,33±12,1	54,16±18,8	52,2±27,2	62,00±13,1	43,79±11,0		42,27±9,91
Не получает	42,13±28,6*	43,24±31,8*	48,36±25,4	43,04±16,9	54,17±17,4	52,95±22,3	46,43±29,7*	45,09±15,4	39,94±8,28		38,99±9,21
Стационарное лечение в год											
1 раз	68,45±29,1	45,52±26,1	47,83±24,1	53,48±16,3	54,03±16,5	66,07±21,8	48,68±29,6	61,05±14,7	40,75±7,9		44,58±8,72
2 раза	58,12±27,0	50,78±26,2	47,93±29,3	51,87±14,9	58,59±15,3	69,14±25,0	56,22±31,2	62,25±16,7	38,81±8,64		46,48±8,97
3 раза	33,33±20,8*	16,66±28,9*	32,0±45,4*	31,66±20,2*	33,33±11,5*	45,83±28,9*	11,1±19,2*	58,66±4,61	28,74±9,69*		38,35±2,79*
Длительность заболевания											
До 1 года	72,18±22,2	47,04±31,7	51,13±27,2	57,9±17,1	57,21±16,2	66,17±21,2	51,43±30,5	63,36±16,5	41,23±8,29		45,54±8,74
1-3 года	62,71±26,4	47,85±31,3	39,51±25,7	48,14±17,0	48,71±13,2	62,14±23,9	49,51±32,3	57,65±12,4	38,21±9,18		42,63±5,64
4-7 лет	61,02±26,8	48,86±32,4	51,06±23,2	50,86±13,7	56,47±18,5	70,60±22,1	53,34±31,6	62,36±14,8	40,13±7,49		46,43±10,1
8-10 лет	58,75±25,2	53,12±31,4	45,75±20,1	52,12±15,0	58,12±11,3	76,56±21,6	45,81±29,6	62,50±17,1	42,48±7,47		47,47±9,44
Больше 10 лет	52,5±24,3	20,1±32,1*	40,6±25,9*	48,0±13,9*	48,0±18,6*	53,7±26,4	30,0±28,3*	51,62±11,1*	38,29±8,67		38,98±8,8
Наблюдение врача общей практики											
да	64,1±24,1	54,8±31,9*	63,0±21,0	52,7±15,2	52,6±15,5	63,0±21,0	59,9±30,7*	63,6±14,6	44,6±7,6		43,5±8,1
нет	61,6±26,8	42,3±27,8*	56,0±21,3	52,2±15,6	53,5±15,2	55,0±21,3	45,0±28,8*	60,2±13,8	39,9±8,2		41,0±8,1

* - значимость достоверно $p < 0.01$.

В исследовании Григорьевой И.Н. выявлено снижение КЖ больных ХП по следующим шкалам опросника SF-36 по сравнению со здоровыми лицами: PF снижено на 28%, RP на 84%, BP на 42%, GH на 23%, VT на 16 %, SF на 10%, RE на 81%, MH на 2% [4].

По данным Беляковой С.В., показатели КЖ пациентов с ХП имеют тенденцию к снижению по физическому и психологическому компонентам здоровья (соответственно 37,18 и 37,02). Наибольшее снижение КЖ установлено по шкале RP-36,78, GH-35,61, VT-37,3, BP-48,85. Больные ХП из-за плохого физического состояния затрудняются выполнять ежедневные работы, быстро устают, не верят в эффективность лечения и низко оценивают состояния своего здоровья [1].

Нами установлено, что у женщин показатели КЖ ниже, чем у мужчин по шкале PF, RP, BP, RE. Однако по шкалам SF и MH отмечаются лучшие показатели у женщин по сравнению с мужчинами ($p < 0,01$). По данным Листищенковой Ю.В. при хроническом билиарном панкреатите (ХБП) показатели КЖ по шкале боли у женщин выше, чем у мужчин. При длительности заболевания до 1 года они составляли $29,1 \pm 1,3$ у женщин и $24,5 \pm 0,9$ у мужчин; при течении болезни более 7 лет $50,3 \pm 1,1$ и $42,9 \pm 0,8$ соответственно ($p < 0,05$). Женщины на поздних сроках заболевания социально приспосабливаются лучше, чем мужчины [7].

Многие исследования посвящены изучению влияния употребления алкоголя на КЖ больных ХП [5,15]. В ряде эпидемиологических исследований выявлено снижение физического компонента КЖ у пьющих больных ХП [15]. У пьющих больных ХП показатели КЖ по шкале GH, SF были ниже, чем у непьющих больных [4]. КЖ больных ХП, злоупотребляющих алкоголем, было снижено по шкалам SF, MH и RE по сравнению с общей популяцией [17]. По данным Reszetow J. КЖ при билиарном панкреатите было лучше по шкалам SF и RE, чем при алкогольном панкреатите [25].

Курение считается фактором риска ХП, влияющим на КЖ больных [5,15]. Курение оказывает отрицательное влияние на КЖ при ХП, чем сопутствующий СД или ЖКБ [15]. Среди курящих больных ХП выявлено достоверно лучшее КЖ по шкале GH по сравнению с некурящими больными. Однако у курящих худшее КЖ по шкалам PF и SF, чем у некурящих больных ХП [4].

Нами не выявлено значимых различий по показателям КЖ больных ХП, употребляющих и не употребляющих алкоголь, как по частоте приема, так и по объему выпитого алкоголя за прием, а также по курению, включая количество выкуриваемых сигарет за сутки ($p > 0,05$).

Среди больных ХП сопутствующими ЖКБ, холециститом КЖ было снижено по показателям RP, BP, GH, RE ($p < 0,01$). Полученные результаты совпадают с результатами других исследователей. КЖ больных с ЖКБ было снижено по шкалам PF, RP, BP, GH, RE. При изучении КЖ больных ЖКБ в сочетании с метаболическим синдромом (МС) и без него авторами выявлено, что у женщин с ЖКБ в сочетании с МС КЖ было хуже по шкалам PF, RP, BP, GH, RE, чем при ЖКБ без МС [4].

КЖ больных с сопутствующим ожирением было снижено по следующим шкалам SF-36: RP, BP, GH, RE ($p < 0,01$). Однако результаты проведенных исследований неоднозначны. Развитие ожирения сопровождается ухудшением КЖ по физическому здоровью, и в меньшей степени по социальному и психологическому здоровью [14,18,22]. По результатам других авторов у больных с ожирением КЖ снижено по психологическому компоненту здоровья на фоне повышенной тревожности, депрессии, чем у больных без ожирения [16,23].

На КЖ больных ХП могут повлиять интенсивность симптомов, обострение заболевания. Нами выявлено худшее КЖ больных, пролеченных в стационаре более 1 раза в год, чем у больных, пролеченных в стационаре 1 раз в год ($p < 0,01$). Полученные результаты обусловлены частыми обострениями и тяжестью течения заболевания. Аналогичные данные установлены касательно длительности заболевания, т.е. длительность заболевания отрицательно отражается на показателях КЖ.

Листищенковой Ю.В. установлена зависимость между частотой обострения ХБП в течение года и шкалой GH ($r = 0,51$, $p < 0,05$). Частота обострений коррелирует со шкалами RP и RE ($r = 0,52$ и $r = 0,52$ соответственно, $p < 0,05$). Установлено отрицательное влияние абдоминальной боли на GH ($r = 0,60$, $p < 0,05$). КЖ больных ХБП с увеличением длительности заболевания существенно снижается по шкалам PF, RP, SF и RE. Автор отмечает, что больные с длительностью заболевания более 7 лет ограничены в выполнении своей работы. Ухудшение физических и эмоциональных показателей в поздние сроки заболевания снижает социальную активность, способствует прогрессированию социально-психологической дезадаптации больных [7].

КЖ респондентов, наблюдавшихся у ВОП по месту жительства, было лучше по показателям RP и RE, по сравнению с пациентами, не обращавшихся в поликлинику ($p < 0,01$). Аналогичные результаты получены другими исследователями, которые установили высокий уровень КЖ больных, наблюдавшихся у гастроэнтеролога, а самые низкие показатели отмечены у пациентов, которые не наблюдались у врачей. Значимые отличия выявлены по шкалам RP, BP, GH, VT, SF, RE. Наблюдение у врача помогает пациенту адаптироваться к своей болезни, выработать правильный образ жизни. Больные, пренебрегающие наблюдением врачей, не получают поддерживающую терапию, в основном лечатся в стационаре, а после выписки пропадают из поля зрения врачей [1].

Хронические заболевания пищеварительной системы часто сопровождаются эмоциональными расстройствами, без своевременной коррекции которых трудно добиться положительных результатов лечения [3,9].

В нашем исследовании умеренная и выраженная депрессия выявлены у 29,6%, различной степени личностная и реактивная тревожность – у 86,2% респондентов. У пациентов с депрессией установлено снижение КЖ по показателям PF, RP, RE, по сравнению с лицами без признаков депрессии ($p < 0,01$). У пациентов с средним и высоким показателями

тревожности выявлено снижение КЖ по шкалам RP, BP, RE. Аналогичные данные установлены и по уровням личностной и реактивной тревожности ($p < 0,01$).

По данным *Юрьевой Л.Н.* среди больных ХП умеренная реактивная тревожность выявлена у 32,1%, умеренная личностная тревожность – в 29,8% случаев. Уровень личностной (85,0%) и реактивной (73,3%) тревожности были высокими. Выраженность личностной тревожности была выше реактивной. У большинства (56,5%) больных с ХП выявлены клинические признаки астено-невротического (13,8%), тревожно-депрессивного (35,1%), генерализованного тревожного расстройства (7,6%). Нарушения в психическом здоровье выявлены у 65,0% больных с ХП. Выявлены низкие показатели КЖ при ХП по шкалам RP, BP и RE [12].

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейших исследований КЖ при ХП, поскольку данные КЖ вместе с традиционным медицинским заключением, позволяют определить объективную картину болезни, пути улучшения реабилитации больных.

Выводы. КЖ больных ХП снижено как по физическому ($40,14 \pm 8,25$), так и по психологическому ($44,85 \pm 8,75$) компонентам здоровья. Низкие показатели КЖ больных с ХП по шкалам RP, RE свидетельствуют о низком комфорте существования. Возраст 60 лет и старше, инвалидность, безработица, низкая физическая активность, сопутствующий жировой гепатоз, ЖКБ, холецистит, ожирение, депрессия, тревожность, частые обострения и длительность заболевания больше 10 лет, отсутствие наблюдения врачей снижает КЖ больных ХП. Выявленные особенности КЖ больных ХП следует учитывать при организации комплексных реабилитационных мероприятий.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: Сторонними организациями финансирования не осуществлялось.

Сведения о публикации: Авторы заявляют, что ни один из блоков данной статьи не был опубликован в открытой печати и не находится на рассмотрении в других издательствах.

Литература:

1. *Белякова С.В.* Социально – демографическая и клиническая характеристика больных с хроническим панкреатитом в Московской области. Дисс. канд. мед. наук. – Москва, 2019. – 147 с.
2. *Бримкулов Н.Н., Сенкевич Н.Ю., Калиева А.Д.* Применение опросника SF-36 для оценки качества жизни. Центральное-азиатский медицинский журнал. 1998. № 4.5. С. 236-241.
3. *Вертоградова О.П., Степанов И.Л., Максимова Н.М. и др.* Клинико-патогенетические аспекты типологии депрессий. Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 3. С.5–10.
4. *Григорьева И.Н., Щербакова Л.В., Романова Т.И., Ямликханова А.Ю., Логвиненко Е.В.* Качество жизни у пациентов с желчнокаменной болезнью, панкреатитом и метаболическим синдромом: сравнительные исследования. Медицинский алфавит. 2016. Т.3.- №24. С. 34-39.

5. *Ивашкин В.Т., Маев И.В., Охлобыстин А.В. и др.* Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению хронического панкреатита. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2014. Т.24, №4. С.70–97.

6. *Карелин А.А.* Большая энциклопедия психологических тестов. М.: Эксмо, 2005. 160 с.

7. *Листишенкова Ю.В.* Клинико – прогностические аспекты качества жизни и приверженность к лечению больных с хроническим билиарным панкреатитом. Дисс. канд. мед. наук. – Саратов, 2010. – 146 с.

8. *Маев И.В., Кучерявый Ю.А., Андреев Д.Н., Дичева Д.Т., Гуртовенко И.Ю., Баева Т.А.* Хронический панкреатит: новые подходы к диагностике и лечению: учебно-методическое пособие для врачей. Москва: ФКУЗ «ГКГ МВД России», 2014. 32 с.

9. *Смулевич А.Б.* Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: МИА, 2003. – 432 с.

10. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. - СПб: Питер, 2001.

11. *Тарасенко С.В., Рахмаев Т.С., Песков О.Д. и др.* Классификационные критерии хронического панкреатита // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. 2016. № 1. С. 91–97.

12. *Юрьева Л.Н., Шевченко Ю.Н.* Реабилитация больных панкреатитом с непсихотическими психическими расстройствами // Scientific Journal «Science Rise» №5/4(10)2015. С 41-47.

13. *Ямликханова А.Ю.* Основные факторы риска и качество жизни больных с острым и хроническим панкреатитом. Дисс.канд.мед.наук.–Новосибирск,2010.–165с.

14. *Abu Hilal M., Armstrong T.* The impact of obesity on the course and outcome of acute pancreatitis // *Obes. Surg.* 2008;18(3):326-328.

15. *Amann S. T., Yadav D., Barmada M. M., O'Connell M.* Physical and mental quality of life in chronic pancreatitis: a case-control study from the North American Pancreatitis Study 2 cohort // *Pancreas.* 2013. Vol. 42. P. 293–300.

16. *Carpiniello B., Pinna F., Pillai G., et al.* Psychiatric comorbidity and quality of life in obese patients. Results from a case-control study // *Int. J. Psychiatry Med.* 2009.39(1):63-78.)

17. *Cinquepalmi L., Boni L., Dionigi G., et al.* Long-term results and quality of life of patients undergoing sequential surgical treatment for severe acute pancreatitis complicated by infected pancreatic necrosis // *Surg. Infect (Larchmt).*2006.7.Suppl.2:S113-116.

18. *De Waele B., Vanmierlo B., Van Nieuwenhove Y., Delvaux G.* Impact of body overweight and class I, II and III obesity on the outcome of acute biliary pancreatitis // *Pancreas.* 2006.32(4):343-345.

19. *Garg P, Tandon R.* Survey on chronic pancreatitis in the Asia-Pacific region. *J Gastroenterol Hepatol.* 2004;19(9):998-1004. PubMed PMID: 15304116.

20. *Maruyama K, Otsuki M.* Incidence of alcoholic pancreatitis in Japanese alcoholics: survey of male sobriety association members in Japan. *Pancreas.* 2007.34(1):63-65. PubMed PMID: 17198184

21. *Machicado J.D., Amann S.T., Anderson M.A. et al.* Quality of Life in Chronic Pancreatitis is Determined by Constant Pain, Disability/Unemployment, Current Smoking,

and Associated Co-Morbidities // Am. J. Gastroenterol. 2017.112(4):633.

22. Mond J.M., Baune B.T. Overweight, medical comorbidity and health-related quality of life in a community sample of women and men // Obesity (Silver Spring). 2009.17(8):1627-1634.

23. Pender J.R., Pories W.J. Epidemiology of obesity in the United States // Gastroenterol Clin North Am. 2005. 4(1):1-7.

24. Pezzilli R., Morselli Labate A.M., Fantini L. et al. Quality of life and clinical indicators for chronic pancreatitis patients in a 2-year followup study. Pancreas. 2007. 34:191-196. PubMed PMID: 17312457

25. Reszetow J., Hac S., Dobrowolski S., et al. Biliary versus alcohol-related infected pancreatic necrosis: similarities and differences in the follow-up // Pancreas. 2007. 35(3):267-272.

26. Talamini G., Bassi C., Butturini G. et al. Outcome and quality of life in chronic pancreatitis. JOP. 2001. №2. P.117-123.

27. Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 physical and mental health summury scales: user's manual. Boston (MA):The Health Institute, New England Medical Center, 1994, 211p.

28. Wehler M., Reulbach U., Nichterlein R., et al. Health-related quality of life in chronic pancreatitis: a psychometric assessment. Scand. J. Gastroenterol. 2003;38:1083 - 1089.

29. Wehler M., Nichterlein R., Fischer B., et al. Factors associated with health related quality of life in chronic pancreatitis. Am J Gastroenterol. 2004;99(1):138-146.

30. Yadav D, Lowenfels A. The epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer. Gastroenterology. 2013. 144(6):1252-1261. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2013.01.068>

References:[1-13]

1. Belyakova S.V. *Sotsial'no – demograficheskaya i klinicheskaya kharakteristika bol'nykh s khronicheskim pankreatitom v Moskovskoy oblasti* [Socio-demographic and clinical characteristics of patients with chronic pancreatitis in the Moscow region]. Kand. dissert. – Moskva, 2019. – 147 p. [in Russian]

2. Brimkulov N.N., Senkevich N.Ju., Kalieva A.D. *Primenenie oprosnika SF-36 dlya otsenki kachestva zhizni* [Application of the SF-36 questionnaire to assess quality of life]. *Tsentr'al'no-aziatskii meditsinskii zhurnal* [Central Asian Medical Journal]. 1998. №4.5. pp.236-241. [in Russian]

3. Vertogradova O.P., Stepanov I.L., Maksimova N.M. i dr. *Kliniko-patogeneticheskiye aspekty tipologii depressiy* [Clinical and pathogenetic aspects of the typology of depression]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and clinical psychiatry]. 2012. T.22, № 3. pp.5-10. [in Russian]

4. Grigor'eva I.N., Shherbakova L.V., Romanova T.I., Jamlikhanova A.Ju., Logvinenko E.V. *Kachestvo zhizni u*

patsientov s zhelchnokamennoi bolezniju, pankreatitom i metabolicheskim sindromom: sravnitel'nye issledovaniya [Quality of life in patients with cholelithiasis, pancreatitis and metabolic syndrome: comparative studies]. *Meditsinskii alfavit* [Medical alphabet]. 2016. T.3 №24. pp. 34-39. [in Russian]

5. Ivashkin V.T., Mayev I.V., Okhlobystin A.V. I dr. *Rekomendatsii Rossiyskoy gastroenterologicheskoy assotsiatsii po diagnostike i lecheniyu khronicheskogo pankreatita* [Recommendations of the Russian Gastroenterological Association for the diagnosis and treatment of chronic pancreatitis]. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii i koloproktologii* [Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology and coloproctology]. 2014. T.24, №4. pp. 70-97. [in Russian]

6. Karelin A.A. *Bol'shaya entsiklopediya psikhologicheskikh testov* [Large encyclopedia of psychological tests.]. M.: Jeksmo, 2005. 160p. [in Russian]

7. Listishenkova YU.V. *Kliniko – prognosticheskiye aspekty kachestva zhizni i priverzhennost' k lecheniyu bol'nykh s khronicheskim biliarnym pankreatitom* [Clinical and prognostic aspects of quality of life and adherence to treatment in patients with chronic biliary pancreatitis]. Kand dissert.. Saratov, 2010. – 146 p. [in Russian]

8. Mayev I. V., Kucheryavyy YU. A., Andreyev D. N., Dicheva D. T., Gurtovenko I. YU., Bayeva T.A. *Khronicheskiy pankreatit: novyye podkhody k diagnostike i lecheniyu: uchebno-metodicheskoye posobiye dlya vrachey* [Chronic pancreatitis: new approaches to diagnosis and treatment: an educational manual for doctors]. Moscow: FKUZ "GKG MIA of Russia", 2014. 32 p. [in Russian]

9. Smulevich A.B. *Depressii pri somaticheskikh i psikhicheskikh zabolevaniyakh* [Depression in somatic and mental illnesses]. M.: MIA, 2003. 432 p. [in Russian]

10. Tarabrina N.V. *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa* [Workshop on the psychology of post-traumatic stress. - SPb:Piter, 2001. [in Russian]

11. Tarasenko S.V., Rakhmayev T.S., Peskov O.D. i dr. *Klassifikatsionnyye kriterii khronicheskogo pankreatita* [Classification criteria for chronic pancreatitis]. *Ros. med.-biol. vestn. im. akad. I.P. Pavlova* [Ros.med.biol.vestn.acad. I.P. Pavlova]. 2016. №1. pp. 91-97. [in Russian]

12. Yur'yeva L.N., Shevchenko YU.N. *Reabilitatsiya bol'nykh pankreatitom s nepsikhoticheskimi psikhicheskimi rasstroystvami* [Rehabilitation of patients with pancreatitis with non-psychotic mental disorders]. Scientific Journal «Science Rise». №5/4(10)2015. pp 41-47 [Scientific Journal «Science Rise"]. [in Russian]

13. Yamlikhanova A.YU. *Osnovnyye faktory riska i kachestvo zhizni bol'nykh s ostrym i khronicheskim pankreatitom* [Main risk factors and quality of life of patients with acute and chronic pancreatitis]. Kand. Dissert. Novosibirsk, 2010. – 165 p. [in Russian]

Контактная информация:

Ахметов Аскар Жуманович, PhD докторант 3 года обучения по специальности 8D10101 - "Общественное здравоохранение», НАО "Медицинский университет Семей". г. Семей, Республика Казахстан.

Почтовый индекс: Республика Казахстан, 071400, г. Семей, ул.Абая, д.103.

E-mail: oskar2202@mail.ru

Телефон: +77055276501