

на правах рукописи

БЕЛЯКОВА СВЕТЛАНА ВАЛЕНТИНОВНА

**СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

14.01.28. – гастроэнтерология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2019

Работа выполнена в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский Клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Белоусова Елена Александровна

Официальные оппоненты:

Минушкин Олег Николаевич - доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, кафедра гастроэнтерологии, заведующий кафедрой

Бордин Дмитрий Станиславович - доктор медицинских наук, доцент, ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова ДЗМ», отдел патологии поджелудочной железы, желчных путей и верхних отделов пищеварительного тракта, руководитель отдела

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «__»_____ 2019 г. в 13:00 на заседании Диссертационного совета Д 208.040.10 при ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр.2

С диссертацией можно ознакомиться в ЦНМБ ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119034, г. Москва, Зубовский бульвар, д.37/1 и на сайте www.sechenov.ru

Автореферат разослан «__»_____ 2019 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета,

кандидат медицинских наук, доцент

Чебышева Светлана Николаевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Хронический панкреатит — длительно протекающее воспалительное заболевание поджелудочной железы, проявляющееся её необратимыми морфологическими изменениями, которые вызывают боли и/или стойкое снижение функции (Ивашкин В.Т., Маев И.В. и др, 2017).

Хронический панкреатит (ХП) в настоящее время является одной из значимых и актуальных проблем медицины. Распространённость этого заболевания в Европе составляет 25-26,4 случаев, в России – 27,4-50 случаев на 100 тыс. населения. Заболеваемость ХП в мире составляет 1,6–23 случая, в странах Европы - 5–10 случаев на 100 тыс. населения в год (Ивашкин В.Т., Маев И.В. и др., 2014; Lévy P. et al., 2014). За последние 30 лет во всём мире отмечена тенденция к росту заболеваемости ХП более чем в 2 раза (Маев И.В. и др., 2008). В структуре заболеваемости органов желудочно-кишечного тракта указанная патология составляет от 5,1 до 9% , а в общей клинической практике - 0,2-0,6% (Mitchell R. et al., 2003, Spanier B.W. et al. 2008).

Наиболее частой причиной ХП является алкоголь (в 40-80% случаев). Более чем у 50% больных алкоголизмом наблюдаются нарушения экзокринной функции ПЖ. Чаше алкогольный ХП встречается у мужчин в возрасте 35-45 лет (Багненко С.Ф. и др., 2000; Нестеренко Ю.А. и др., 2000; Ивашкин В.Т., Маев И.В. и др., 2014, Talamini G. et al., 1999; Hayakawa T. et al., 1989; Levy P., Dominguez-Munoz et al., 2014).

Курение является дополнительным фактором риска развития ХП и потенцирует прогрессирование заболевания. У курящих ХП встречается в 2 раза чаще и развивается в более раннем возрасте, чем у некурящих (Yen S. et al., 1982; Talamini G. et al., 1999; Maisonneuve P., Lowenfels A.B. et al, 2005; Levy P., Dominguez-Munoz et al., 2014; Ивашкин В.Т., Маев И.В. и др., 2014). Желчнокаменная болезнь является причиной развития от 30 до 50% случаев острого панкреатита и 35-56% случаев ХП. Билиарнозависимый панкреатит чаще встречается у женщин (Ильченко А.А., 2003; Abdallah A.A. et al., 2007). Кроме того, выделяют наследственный ХП, аутоиммунный ХП и идиопатический ХП, частота которого составляет от 10% до 30% (Маев И.В., 2005; Baillie J., 2001; Lévy P et al., 2006). Таким образом, ХП является полиэтиологическим заболеванием.

В отдельных зарубежных исследованиях приводятся некоторые социально-демографические характеристики ХП, свидетельствующие о преобладании алкоголя и курения у мужчин с ХП и связи с ЖКБ у женщин с ХП. Средний возраст больных ХП варьирует по данным разных авторов от 48,9 до 59,4 лет (Johnson C.D. et al., 1991; Jaakkola M. et al., 1993;

Wang L.W. et al., 2009; Hirota M. et al., 2012; Frulloni L. et al., 2009). Эпидемиологические и социально-демографические данные по ХП в России не систематичны и требуют углубленного изучения.

Консервативное лечение при ХП включает несколько задач: купирование абдоминальной боли, коррекцию внешнесекреторной недостаточности ПЖ, коррекцию углеводного обмена, нормализацию трофологического статуса пациента. Ключевым фактором в успешном лечении ХП является адекватная высокодозная ферментная терапия. Правильное назначение ферментов в значительной степени определяет характер течения и прогноз заболевания (Ивашкин В.Т., Маев И.В. и др., 2017; Löhr J.M. et al., 2017; Dominguez-Munoz et al., 2006; Frulloni L. et al., 2010).

Успех лечения ХП зависит не только от адекватности рекомендаций врача, но и от приверженности больных к лечению (комплаентности). Работы по приверженности больных ХП к лечению в литературе единичны (Листишенкова Ю.В., 2010; Губергриц Н.Б., 2014).

Одним из ключевых критериев эффективности лечения является улучшение качества жизни больных, которое также зависит от адекватности назначенного лечения и комплаентности пациентов.

В свете сказанного, систематизированное изучение особенностей течения ХП в разных социально-демографических группах в России, оценка качества жизни больных и факторов, влияющих на этот показатель, является актуальной задачей, от решения которой может зависеть прогноз заболевания.

Цель исследования:

Изучить социально-демографический статус, особенности клинического течения и факторы, на него влияющие у больных хроническим панкреатитом разной этиологии.

Задачи исследования:

- 1) Изучить социально-демографические характеристики и варианты клинического течения у больных ХП разной этиологии.
- 2) Провести анализ адекватности лечения, назначаемого больным ХП врачами разных специальностей.
- 3) Оценить степень приверженности больных ХП к лечению.
- 4) Изучить качество жизни больных ХП и влияющие на него факторы.

Научная новизна:

1. Выявлены гендерные, возрастные и социальные характеристики трёх основных групп ХП – алкогольного, билиарного и идиопатического.
2. Установлены особенности клинического течения (частота основных клинических синдромов и их сочетание, частота осложнений и др.) у больных ХП разной этиологии.

3. Проведен анализ адекватности и полноценности лечения больных ХП врачами разных специальностей (гастроэнтерологами, хирургами, терапевтами) и установлена существенная разница в лечебных подходах между ними.
4. Установлена низкая приверженность больных ХП к лечению, оцененная на основании специально разработанных анкет. Выявлены причины низкой комплаентности больных ХП, зависящие как от самого пациента и источников его информации, так и от лечащего врача.
5. Изучено качество жизни у больных ХП в зависимости от различных параметров и условий лечения. Впервые установлена и оценена взаимосвязь между приверженностью больных к лечению и их качеством жизни у разных категорий больных ХП.

Научно-практическая значимость

Систематизированная оценка взаимосвязи социально-демографических факторов, клинических проявлений и приверженности к лечению позволит разработать комплекс мероприятий, направленных на повышение качества лечения, качества жизни и социальной активности больных ХП.

Результаты, свидетельствующие о несоблюдении врачами разных специальностей (терапевтами, хирургами) современных подходов к лечению ХП, должны стать основой для разработки образовательных программ для врачей разного профиля.

Разработанные для пациентов анкеты по оценке приверженности к лечению позволяют выявить группу некомплаентных больных, с которыми надо проводить образовательные мероприятия и улучшать их информированность о своем заболевании.

В итоге будет улучшено качество медицинской помощи и качество жизни пациентов с ХП, что позволит сократить затраты здравоохранения на лечение и реабилитацию данной категории больных.

Положения, выносимые на защиту:

- 1) Хронический панкреатит разной этиологии (алкогольный, билиарный, идиопатический) имеет характерные особенности клинического течения, социально-демографического статуса и качества жизни.
- 2) Наиболее адекватную терапию при ХП, соответствующую международным и Российским стандартам и рекомендациям, назначают гастроэнтерологи. Врачи других специальностей (терапевты, хирурги), занимающиеся лечением этих больных, по большей части не следуют принятым руководствам, что сказывается на результатах лечения и качестве жизни больных.

3) Наиболее высокую приверженность к лечению имеют больные ХП, наблюдающиеся у гастроэнтеролога. Самую низкую комплаентность имеют больные алкогольным ХП, а также пациенты, не наблюдающиеся у врачей.

4) Наиболее низкое качество жизни имеют больные алкогольным ХП, некомплаентные и не наблюдающиеся регулярно у врачей пациенты. Качество жизни больных, наблюдающихся у гастроэнтеролога, достоверно выше по сравнению с наблюдающимися у терапевтов.

Апробация работы

Основные положения диссертационной работы доложены на Международном форуме «Санкт-Петербург-Гастро-2013», «Санкт-Петербург-Гастро-2014», «Санкт-Петербург-Гастро-2015»; XIX, XX, XXI, XXII и XXIII Российской Гастронеделях. Апробация прошла в ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского.

Публикации

По результатам выполненных исследований опубликовано 15 научных работ, в том числе 3 статьи в журналах, рецензируемых ВАК РФ.

Личный вклад автора

Вклад автора заключается в непосредственном участии на всех этапах исследования: постановки задач, формирования групп больных ХП, сбора жалоб, анамнеза, анализа данных амбулаторных карт и выписных эпикризов, в клиническом обследовании, оценке инструментальных и лабораторных данных, разработке специально предназначенных для исследования анкет, анкетировании больных ХП и врачей разных специальностей в Московской области, статистической обработке полученных результатов.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертация соответствует шифру научной специальности 14.01.28 – гастроэнтерология, формуле специальности и области исследований согласно пункту 13.

Внедрение результатов работы в практику

Полученные в ходе диссертационного исследования результаты внедрены в практическую деятельность ГБУЗ МО «Орехово-Зуевская ЦГБ» и гастроэнтерологического центра ГБУЗ МО «Подольская городская клиническая больница №3».

Объём и структура диссертации

Диссертация изложена на 112 страницах печатного текста. Состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, 6 разделов собственных исследований, обсуждения результатов, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 218 источников, из них 111 отечественных и 107 зарубежных. Работа иллюстрирована 33 рисунками и 37 таблицами.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучаемая популяция

Изложенные в работе данные получены при обследовании больных ХП, которые наблюдались в гастроэнтерологическом кабинете поликлиники №2 г. Орехово-Зуево (100 человек). Жители города Орехово-Зуево представляют типичную популяцию Московской области, численность взрослого населения города составляет около 100000 человек. Тип исследования: открытое, ретроспективное и проспективное, когортное.

Критерии включения - исключения

В исследуемую группу было включено 100 пациентов с ХП. Критериями включения являлись: возраст старше 18 лет, подтверждённый диагноз ХП, письменное информированное согласие пациента на участие в исследовании. Критериями исключения являлись: возраст менее 18 лет, отказ пациента участвовать в исследовании.

Диагноз хронического панкреатита был верифицирован с помощью клинических, лабораторных, лучевых, эндоскопических методов, в соответствии с существующими рекомендациями. В клинической картине ХП учитывались основные синдромы: болевой синдром, проявления экскреторной недостаточности поджелудочной железы (ЭНПЖ) и внутрисекреторной недостаточности ПЖ, а также состояние трофологического статуса пациентов. Кроме рутинных методов, использовались определение эластазы-1 в кале для оценки ЭНПЖ, при показаниях РКТ или МРТ орг. брюшной полости. Нарушения углеводного обмена оценивали по уровню гликированного гемоглобина, тесту толерантности к глюкозе.

Для решения поставленных задач и сбора информации были использованы специально разработанные анкеты. Анкета 1 заполнялась лечащим врачом (диссертантом) на основе опроса пациента и анализа его клинических данных. Анкета 2 предназначена для заполнения пациентом в соответствии с изучаемыми характеристиками и анализировалась диссертантом. Анкета 3 была предназначена для анонимного анкетирования врачей Московской области и отражала лечебные подходы врачей разных специальностей при ведении больных ХП.

Для анализа качества жизни больных использовался международный общий опросник SF-36. Статистическую обработку данных проводили с помощью компьютерного статистического пакета Statistica 6.0 (StatSoft).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ИССЛЕДУЕМОЙ ГРУППЫ

Группа больных ХП состояла из 100 человек, соотношение мужчин и женщин =32:68. Распределение больных по этиологии представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристика больных ХП по этиологии (%).

Этиология ХП	Вся группа	Мужчины	Женщины
Алкогольный	32	25*	7
Билиарный	46	4*	42
Идиопатический	13	2*	11
Дисметаболический (гиперлипидемия)	7	1	6
Обструктивный (папиллит БДС)	2	0	2

* $p < 0,05$ по сравнению с женщинами

Средний возраст начала заболевания составил $45,7 \pm 1,33$ года (21 - 82 года). У большинства пациентов заболевание начиналось в возрастном диапазоне от 30 до 60 лет (72%), основной пик заболеваемости ХП приходится на возраст 50-60 лет (27%) и 30-40 лет (25%). На рисунке 1 показано распределение больных ХП по этиологии и возрасту начала заболевания. Группу пациентов, заболевших в возрасте до 40 лет ($n=40$), составили в основном мужчины с алкогольным панкреатитом (АП) - 48%. Среди больных, заболевших в интервале 40-60 лет и в старшей возрастной группе преобладали пациенты с билиарным панкреатитом (БП) - соответственно 65% и 54%.

Средний возраст больных на момент установления диагноза ХП составил $49,1 \pm 1,38$ лет (23-83 года). Отмечено, что у большинства пациентов диагноз установлен в возрасте 50-60 лет (34%), у 24% - в возрасте 30-40 лет.

Важным фактором являются сроки установления диагноза. Было показано, что длительность симптомов с момента появления жалоб до установления диагноза ХП составила от 1 до 30 лет (Рисунок 2). У 49% больных с яркой манифестацией заболевания диагноз был установлен на протяжении первого года, у 51% сроки диагностики затягивались от 2 до 10 и более лет.

Была установлена зависимость возраста начала заболевания и сроков установления диагноза у больных с разной этиологией ХП. При АП и БП время установления диагноза практически

полностью совпадает со временем появления первых симптомов. В то же время при идиопатическом панкреатите (ИП) сроки установления диагноза существенно отстают от первых симптомов болезни в среднем на 10 лет (Рисунок 3). Можно предполагать, что течение ИП носило латентный характер

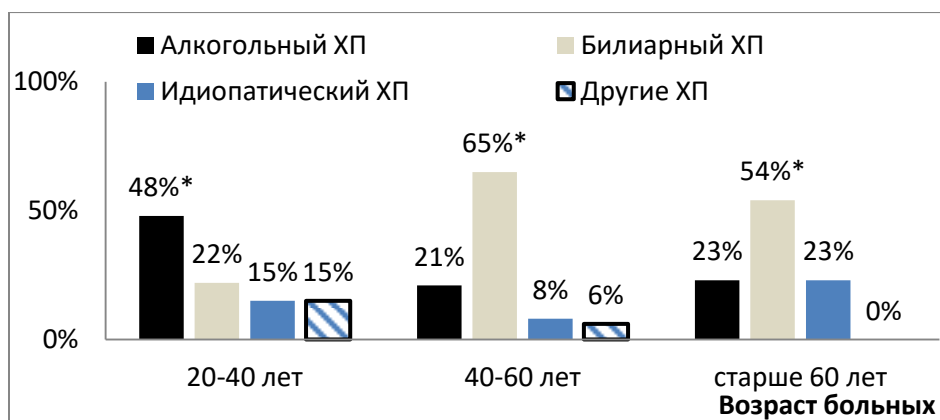


Рисунок 1 – Распределение больных ХП по этиологии в зависимости от возраста начала заболевания. * $p < 0,05$ по сравнению с ХП других этиологий.

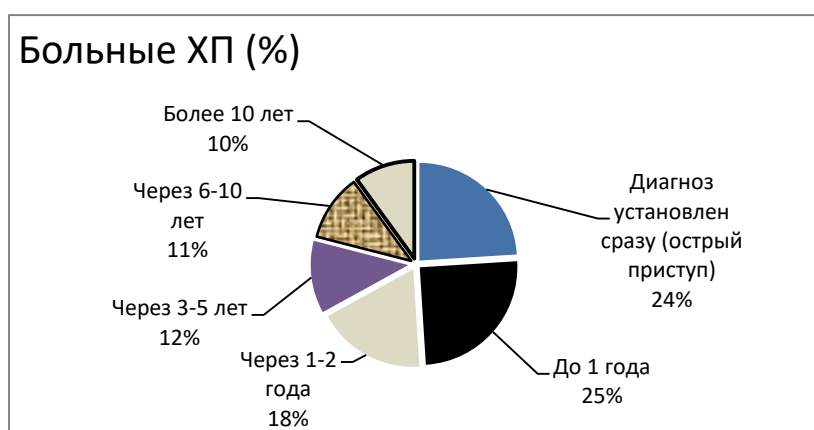


Рисунок 2 – Длительность симптомов от появления жалоб до установления диагноза ХП.

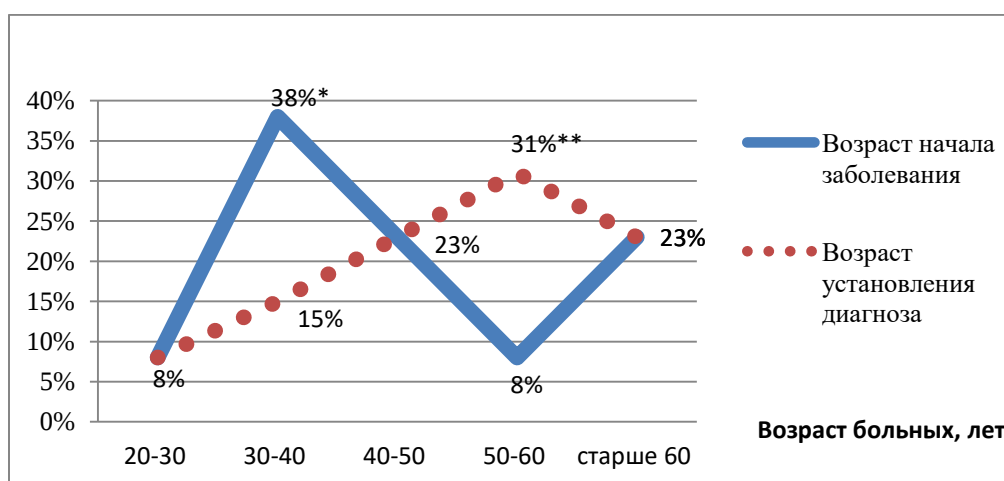


Рисунок 3 – Время начала симптомов и сроки установления диагноза при идиопатическом ХП. * $p < 0,05$ по сравнению с заболевшими в возрасте 50-60 лет, ** $p < 0,05$ по сравнению с пациентами, у которых диагноз ХП установлен в возрасте 30-40 лет

На момент проведения исследования по длительности заболевания больные распределились следующим образом (Таблица 2). Наибольшее количество больных ХП имели длительность заболевания до 10 лет.

Таблица 2 – Длительность заболевания ХП (%).

Пол	1-4 года N=39	5-10 лет N=28	11-15 лет N=15	Более 15 лет N=18
Мужчины	44	32	40	0
Женщины	56	68	60	100

Была проведено изучение причин ХП у больных с разной длительностью заболевания. Из таблицы 3 видно, что подавляющее число больных АП имеют достоверно более короткий анамнез заболевания. Частота БП не имеет достоверных статистических различий в зависимости от срока заболевания. Отмечена тенденция к увеличению частоты ИП (с 10 до 27%) и гиперлипидемического ХП (с 2,5 до 20%) у болеющих более 10 лет.

Таблица 3 – Этиология ХП у больных с разной длительностью заболевания.

	1-4 года (n=39)	5-10 лет (n=28)	11-15 лет (n=15)	Более 15 лет (n=18)
Алкогольный ХП	44%*	32%	33%	6%
Билиарный ХП	41%	68%	13%	50%
Идиопатический ХП	10%	0%	27%	27%^
Гиперлипидемический ХП	2,5%	0%	20%	17%#
Обструктивный ХП	2,5%	0%	7%	0%

* $p < 0,05$ по сравнению с болеющими более 15 лет, ^ $p < 0,05$ по сравнению с болеющими менее 10 лет, # $p < 0,05$ по сравнению с болеющими менее 10 лет.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ

По семейному положению большинство пациентов женаты/замужем (59%), разведены – 11%, вдовы и вдовцы – 21%, холосты 9%. В группе семейных пациентов около половины (46%) составляют больные с БП и около трети больных (31%) – с АП. И наоборот, среди одиноких пациентов 50% составляют больные с АП и 35% - с БП.

Среди больных ХП доля людей с высшим образованием составила 26%, со средним специальным – 45%, со средним – 29%. Среднее и среднее специальное образование имели

преимущественно больные с АП, а среди больных с высшим образованием преобладали пациенты с БП и ИП (Рисунок 4).

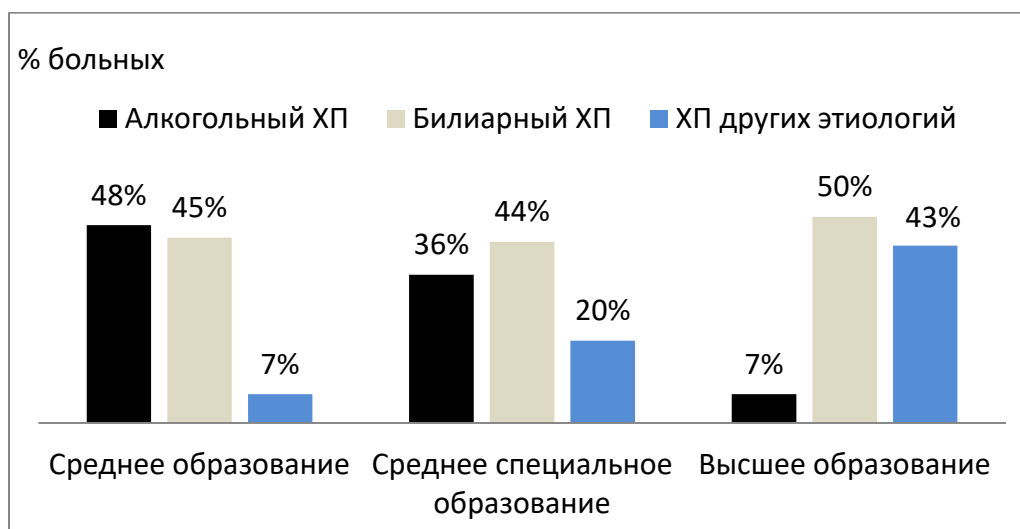


Рисунок 4 – Этиология ХП у больных с разным образованием

При анализе рода занятий установлено, что 47% пациентов работают, 37% - на пенсии, 16% не работают. Среди неработающих преобладают больные АП (62%), среди пенсионеров – БП (50%), среди работающих отчётливой разницы в частоте этиологических вариантов ХП не отмечено (45 и 36%). В целом инвалидность имеют 14% пациентов, из них по ХП всего 5 человек с алкогольным ХП.

23% пациентов отметили, что у них в роду были случаи заболевания ХП, у большинства из них болела мать (12%), в 1-3% случаев другие родственники. Среди больных с отягощённой наследственностью преобладают пациенты с БП (в 52%).

Доля курильщиков среди больных ХП составила 31%, прекратили курить 8%, некурящих – 61%. Стаж курения в среднем составляет $23 \pm 0,92$ года (от 10 до 50 лет). Среди курильщиков чаще встречается АП (в 77%). Среди некурящих отмечена наибольшая частота БП (69% случаев) (Таблица 4).

Таблица 4 – Этиология ХП у курильщиков и некурящих.

	АП (n=32)	БП (n=46)	ХП других этиологий (n=22)
Курильщики	77%*	10%	13%
Некурящие	3%	69%*	28%

* $p < 0,05$

С учетом семейного статуса, низкого уровня образования, большой доли неработающих пациентов АП составляет наиболее проблемную группу в социальном плане.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ

В клинической картине у больных ХП преобладал болевой синдром (85% случаев) и ЭНПЖ (86% больных), нарушения углеводного обмена (НУО) зарегистрированы у 36% (Таблица 5).

Таблица 5 – Клинические синдромы у больных ХП.

Синдром	Боль	ЭНПЖ	НУО
Частота (%)	85	86	36

У половины больных с НУО встречается сахарный диабет (СД), у другой половины зарегистрировано нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) – по 18% случаев. Среди больных АП НУО встречались в 43% случаев, при этом у них достоверно чаще выявлялся СД (28%) по сравнению с НТГ (15%). У больных БП НУО зарегистрированы в 32% случаев. У них, наоборот, СД встречался достоверно реже (в 8% случаев), а НТГ отмечено у 24% больных (Рисунок 5). Среди пациентов с ИП нарушения углеводного обмена выявлены в 23% случаев, из них 33% имеют СД и 67% - НТГ.

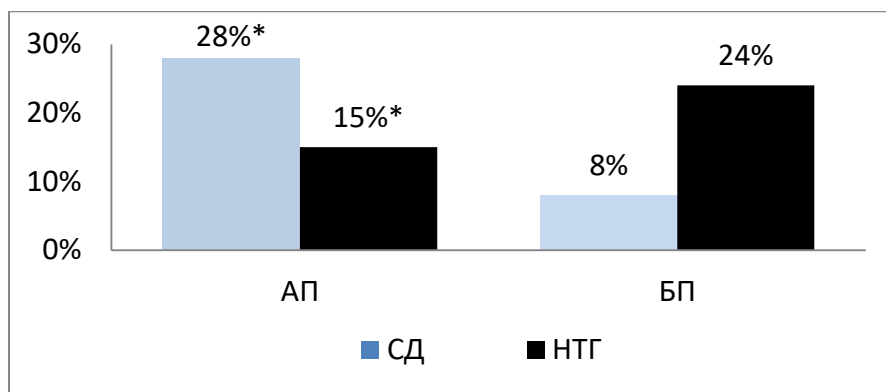


Рисунок 5 – НУО у больных ХП разной этиологии. * $p < 0,05$ по сравнению с БП

Явления трофологической недостаточности (ТН) отмечены у 23% пациентов, среди них преобладают больные с АП (Рисунок 6).

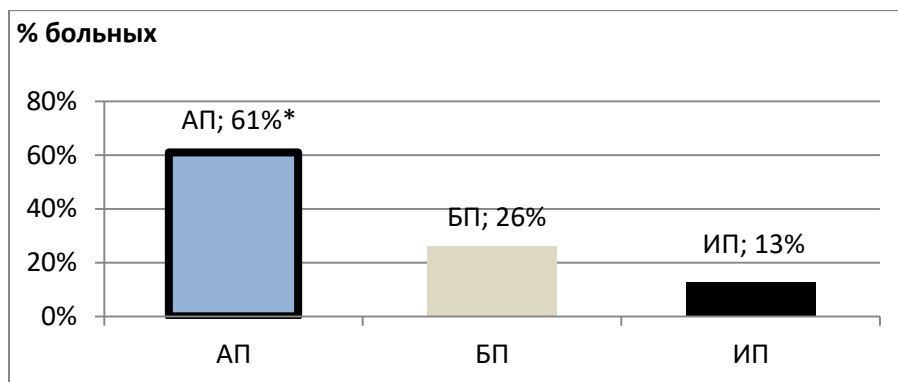


Рисунок 6 – Частота трофологической недостаточности у больных ХП разной этиологии. * $p < 0,05$ по сравнению с другими ХП

На рисунке 7 показано сочетание основных клинических синдромов у больных исследуемой группы. Наиболее часто отмечено сочетание болевого синдрома и ЭНПЖ (44%).

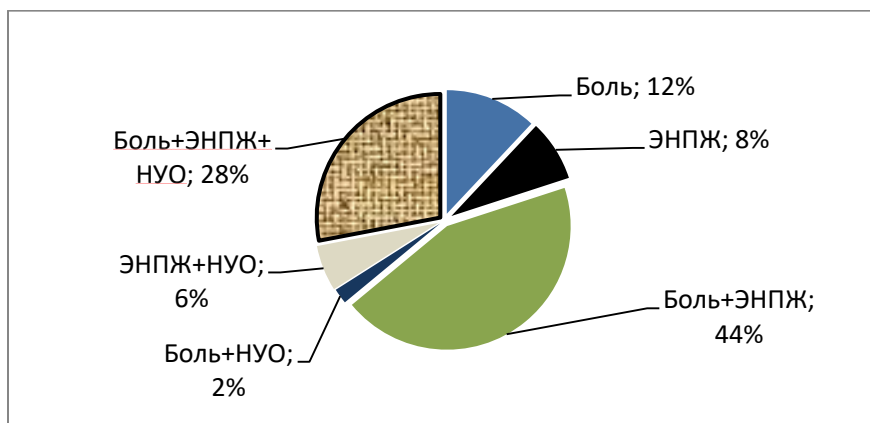


Рисунок 7 – Сочетание клинических синдромов у больных ХП

У больных с разной длительностью заболевания клинические синдромы встречались со следующей частотой (Рисунок 8). По сравнению с распространенной точкой зрения о том, что с увеличением длительности заболевания снижается частота болевого синдрома и параллельно нарастают проявления ЭНПЖ и НУО, в нашем исследовании не было отмечено снижения частоты болевого синдрома, но частота ЭНПЖ и НУО нарастали при увеличении срока заболевания.

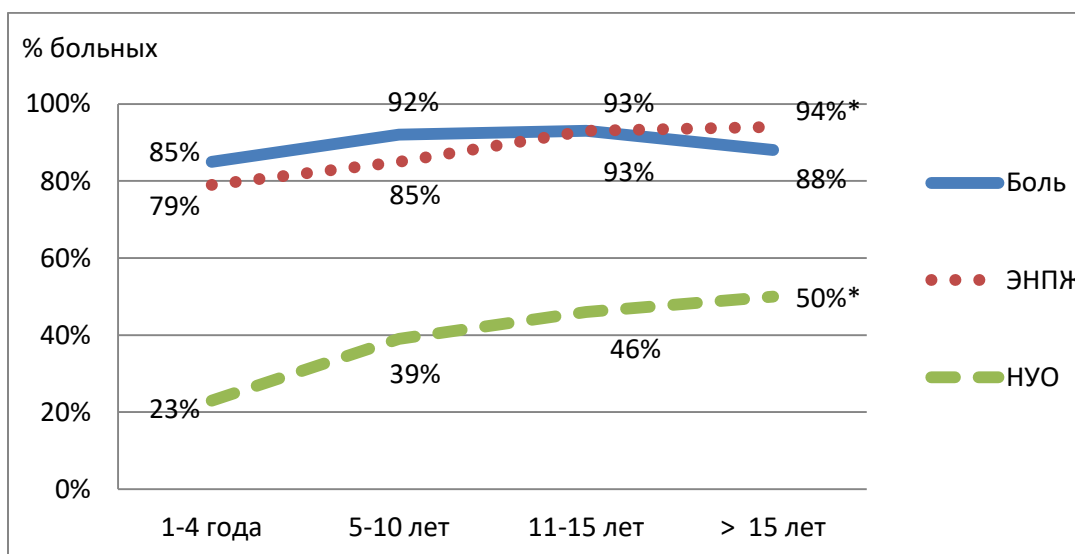


Рисунок 8 – Частота основных клинических синдромов ХП у больных с разной длительностью заболевания. * $p < 0,05$ по сравнению с длительностью заболевания до 5 лет

Было изучено сочетание основных клинических синдромов ХП у больных с разной этиологией заболевания. При АП достоверно чаще встречается сочетание болевого синдрома, ЭНПЖ и НУО (41%). При БП имеется тенденция к увеличению доли больных с сочетанием боли и ЭНПЖ (34%).

Осложнения ХП отмечены в 37%, распределялись они следующим образом (Таблица 6). Наиболее часто регистрировалось образование кист и псевдокист. При этом 28% из группы имели одно осложнение, у 9% зарегистрировано несколько осложнений.

Таблица 6 – Частота развития отдельных осложнений ХП

Осложнение ХП	% больных
Механическая желтуха	8%
Перитонит	11%
Свищи	5%
Кисты, псевдокисты	23%*
Тромбозы	2%

* $p < 0,05$ по сравнению с частотой других осложнений

Наибольшее количество осложнений отмечено у мужчин, в группе больных АП, а также у курильщиков (Таблица 7).

Таблица 7 – Количество осложнённых форм у больных ХП.

Различия по этиологии		
Этиология	Осложненных форм	P
АП (n=32)	69%*	<0,05
БП (n=46)	39%	
Различия по полу		
Мужчины (n=32)	59%*	<0,05
Женщины (n=68)	35%	
По статусу курения		
Курильщики (n=39)	57%*	<0,05
Некурящие (n=61)	34%	

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ К ЛЕЧЕНИЮ

Приверженность больных к лечению (комплаентность) при ХП является важным фактором, во многом определяющим его эффективность. Для оценки комплаентности были использованы специально разработанные анкеты.

О необходимости отказа от алкоголя знают 94% больных ХП, из больных АП – 100%. В соответствии с ответами, данными пациентами на вопросы анкет, после установления диагноза:

- отрицают употребление алкоголя – 56% больных;
- употребляют эпизодически – 39%;

- употребляют, «как раньше» – 5%.

Из таблицы 8 видно, что среди больных АП наибольшее количество пациентов продолжает употреблять алкоголь, «как раньше», по сравнению с ХП других этиологий.

Таблица 8 – Употребление алкоголя больными ХП разной этиологии после установления диагноза.

Употребление алкоголя	АП (n=32)	БП (n=46)	ИП (n=13)
Отрицают	53%	63%	54%
Эпизодически	34%	35%	46%
«Как раньше»	13%	2%	0%

В лечебные схемы у больных ХП входили ферментные препараты, спазмолитики, анальгетики, в ряде случаев ИПП, холинолитики. По результатам опроса:

- полностью соблюдают рекомендации врача по лекарственной терапии менее трети пациентов (28%);
- частично соблюдают – 70%;
- не соблюдают – 2%.

Анализ приверженности проводили на примере лечения ферментными препаратами, поскольку они являются основной группой лекарственных средств (Таблица 9). Многие больные нарушали рекомендации сразу по нескольким пунктам.

Таблица 9 – Соблюдение рекомендаций по приёму ферментных препаратов больными ХП.

Принимают препараты в рекомендованном режиме	28%
Снижают дозу самостоятельно	45%
Меняют микросферы на таблетки	27%
Уменьшают длительность приёма	54%
Уменьшают кратность приёма	24%

Для адекватного лечения ХП очень важен постоянный приём ферментных средств, включая периоды ремиссии, когда препараты используются в качестве заместительной и противорецидивной терапии. Из 54% больных, самостоятельно уменьшающих длительность приёма ферментных препаратов, отказываются от приёма ферментов при отсутствии жалоб 16%, нерегулярно принимают препараты 38%. В таблице 10 отражены причины неправильного приёма ферментных препаратов. По нашим данным, 24% больных не соблюдали режим приёма лекарств по нескольким пунктам сразу.

Таблица 10 – Причины несоблюдения рекомендаций врача по приёму ферментных препаратов.

Материальные трудности	47%
Улучшение самочувствия	41%
Не поняли рекомендаций врача	5%
Боязнь «привыкания»	2%
«Много лекарств»	6%
Забыл	4%

Рисунок 9 демонстрирует долю приверженных к лечению больных в зависимости от этиологии ХП. Из диаграммы видно, что при АП и БП доля полностью комплаентных больных достаточно низкая (16 и 24% соответственно). Достоверно более высокая частота приверженности к лечению отмечена у больных ИП.

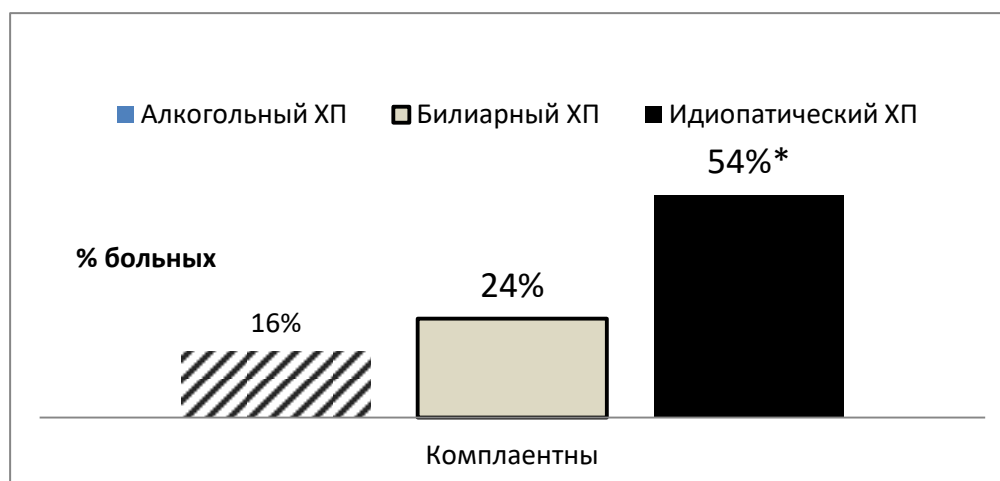


Рисунок 9 – COMPLAINTNESS OF PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS OF DIFFERENT ETIOLOGY. * $p < 0,05$ по сравнению с другими этиологиями

Разницы в частоте приверженности к лечению между мужчинами и женщинами не отмечено (25% и 28% соответственно).

Из 100 пациентов состояли на диспансерном учёте у гастроэнтеролога 40 человек, у терапевтов – 50 человек, совсем не наблюдались у врачей 10 человек. По результатам анкетирования было установлено, что доля комплаентных пациентов, наблюдающихся у гастроэнтеролога, существенно выше (60%) по сравнению с теми, которые наблюдаются у участковых терапевтов (Таблица 11). Все пациенты, не находящиеся под диспансерным наблюдением, были некомплаентными.

Таблица 11 – Комплаентность больных ХП, наблюдающихся у врачей разных специальностей.

	Комплаентны
Наблюдение у гастроэнтеролога (n=40)	60%*
Наблюдение у терапевта (n=50)	8%
Не наблюдаются у врачей (n=10)	0%

*p<0,05

Также при анкетировании пациентов был оценен уровень знания больных о своем заболевании. Выяснено, что 79% осведомлены о необходимости непрерывного лечения их заболевания, 16% считают, что достаточно периодического лечения, 5% уверены, что ХП можно вылечить. Данные опроса показали, что 20% больных занимаются самолечением: самостоятельно принимают травы, БАДы и др.

По данным анкетирования также были выявлены источники информации больных ХП о своём заболевании. Первые сведения о ХП все пациенты получают от врача, и, частично (в 2-7% случаев) из других источников: из популярной и специальной литературы, из интернета, от других людей. В дальнейшем 20% больных сведениями о своём заболевании более не интересуется. Большая часть пациентов (63%) продолжает получать информацию из бесед с врачами, остальные используют разные источники.

Как показали результаты опроса, обучением пациентов с ХП в основном занимаются гастроэнтерологи (86%). Участковые терапевты и врачи стационаров уделяют этому вопросу недостаточно внимания (16% и 17% соответственно).

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Было анонимно анкетировано 100 поликлинических врачей Московской области (МО). Из них 20% составили гастроэнтерологи, 10% - хирурги, 70% - терапевты и врачи общей практики.

Оценена частота назначения препаратов разных групп врачами разных специальностей. Поскольку ферментные препараты являются ключевыми средствами лечения ХП, то детальный анализ был проведен именно по этой группе препаратов. Было рассмотрено преимущественное назначение различных поколений ферментов при ХП по группам. Гастроэнтерологи в большинстве случаев назначают ферментные препараты в виде микротаблеток и минимикросфер, что 2,5 раза чаще, чем аналогичные назначения у терапевтов и хирургов.

Хирурги преимущественно используют таблетированные ферментные препараты, терапевты применяют их в половине случаев (Рисунок 10).

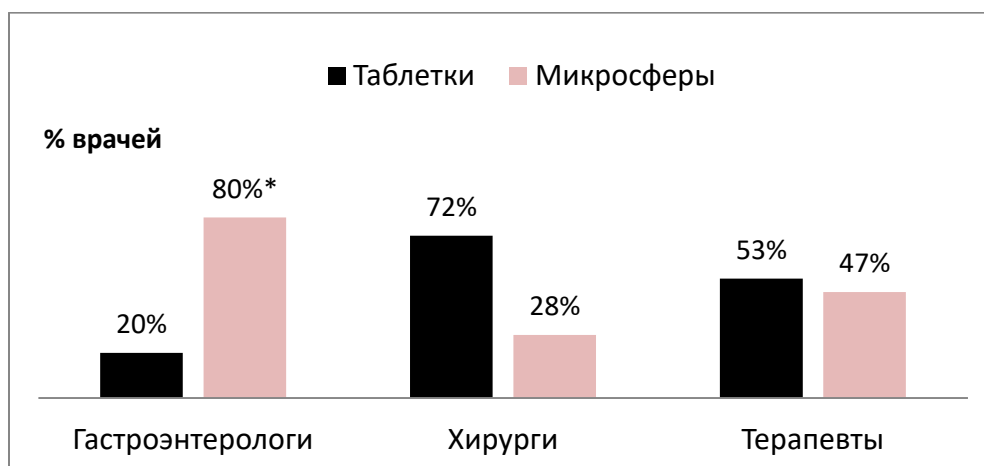


Рисунок 10 – Назначение различных поколений ферментных препаратов при ХП врачами разных специальностей. *p<0,05 по сравнению с врачами других специальностей.

Антисекреторные средства, спазмолитики и холинолитики являются адъювантными препаратами в лечении ХП и часто используются в клинической практике. Среди препаратов с антисекреторным действием хирурги в 42% случаев отдают предпочтение Н2-блокаторам, хотя эти препараты обладают менее выраженным антисекреторным эффектом, чем ингибиторы протонной помпы (ИПП).

При назначении регуляторов моторики и спазмолитиков хирурги в большинстве случаев (73%), терапевты в 44% случаев используют преимущественно старые, менее эффективные препараты, такие как дротаверин и папаверин, в то время как у гастроэнтерологов преобладает назначение современных селективных спазмолитиков, таких как мебеверин (66% случаев).

Большинство хирургов (78%) и примерно половина терапевтов (46%) используют из холинолитиков в основном неселективные препараты атропиновой группы, имеющие большую частоту побочных эффектов. Гастроэнтерологи преимущественно (в 82% случаев) назначают современные М-3 холинолитики с минимальными побочными эффектами (гиосцина бутилбромид).

Поддерживающую терапию при ХП назначают все гастроэнтерологи (100%), большинство хирургов (80%) и чуть более половины терапевтов (68%).

Анализировались три основных положения, которые необходимо соблюдать по отношению к поддерживающей терапии:

1. Использование современных высокоэффективных ферментных препаратов в виде минимикросфер и микротаблеток;

2. Использование адекватных (высоких) доз ферментов для поддерживающей терапии: не менее 25000-50000 ЕД липазы с каждым приёмом пищи;

3. Постоянный пожизненный приём ферментных препаратов.

Результаты анкетирования отражены в таблице 12. Обращает на себя внимание, что высокодозную ферментную терапию современными препаратами в виде минимикросфер и микротаблеток чаще применяют гастроэнтерологи (60%). Хирурги в большинстве случаев назначают таблетированные ферменты (37,5%). Терапевты используют современные ферментные средства менее, чем у половины больных ХП, и, чаще всего, это низкие дозы ферментов (10000 Ед липазы на приём пищи). По результатам анкетирования были выявлены случаи назначения терапевтами и хирургами ряда препаратов «off lable», таких как эссенциальные фосфолипиды, препараты силимарина, лоперамида, холинолитиков для длительного приёма. У гастроэнтерологов таких назначений отмечено не было.

Таблица 12 – Назначение ферментных препаратов для поддержания ремиссии ХП врачами разных специальностей.

Ферментные препараты						Другие препараты (off lable)
	микросферы- 25000 Ед	микросферы- 10000 Ед	Таблетки	микросферы + таблетки	«по требованию»	
Гастроэнтерологи	60%	5%	0%	25%	10%	0%
Хирурги	12,5%	12,5%	37,5%	12,5%	12,5%	12,5%
Терапевты	10%	30%	21%	23%	11%	5%

Таким образом, установлено, что в целом наиболее адекватную терапию ХП проводят врачи-гастроэнтерологи, но не в 100% случаев; врачи других специальностей у подавляющего большинства больных используют недостаточно эффективные средства, не соответствующие современным рекомендациям.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

При тестировании группы больных ХП были получены следующие результаты: показатели КЖ пациентов с ХП имеют отчётливую тенденцию к снижению как по физическому, так и по психологическому компонентам здоровья (соответственно 37,18 и 37,02) (Рисунок 11).

При сравнительном анализе КЖ больных с осложнёнными (37%) и неосложнёнными (63%) формами ХП достоверных различий выявлено не было. Сравнение показателей КЖ в зависимости от этиологии ХП проведено в группах АП и БП (соответственно 32% и 46%

больных). Показатели КЖ в группе АП по некоторым шкалам достоверно ниже, чем среди больных БП и чем во всей группе пациентов в целом (Рисунок 12).

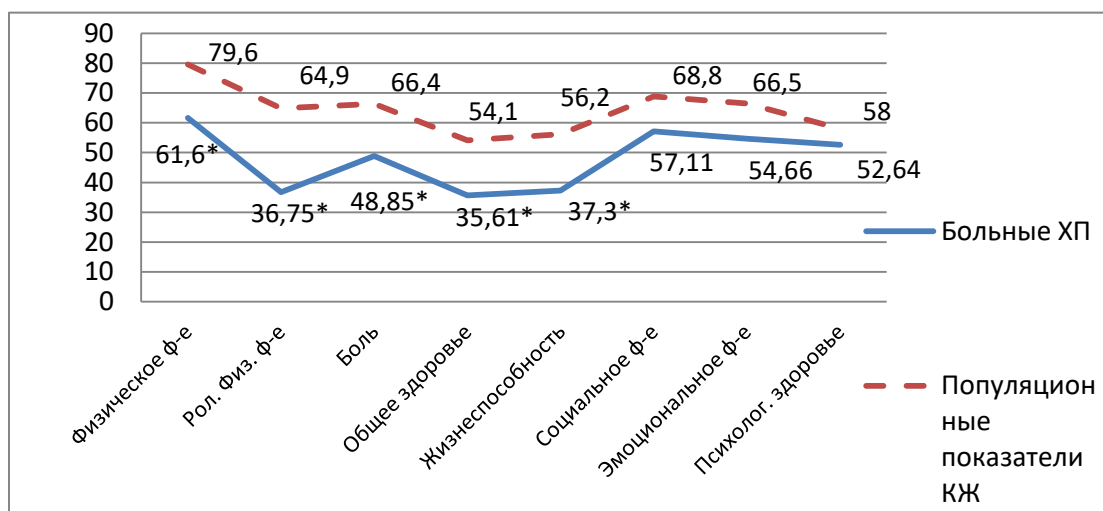


Рисунок 11 – Качество жизни больных ХП. * $p < 0,05$ по сравнению с популяционными показателями

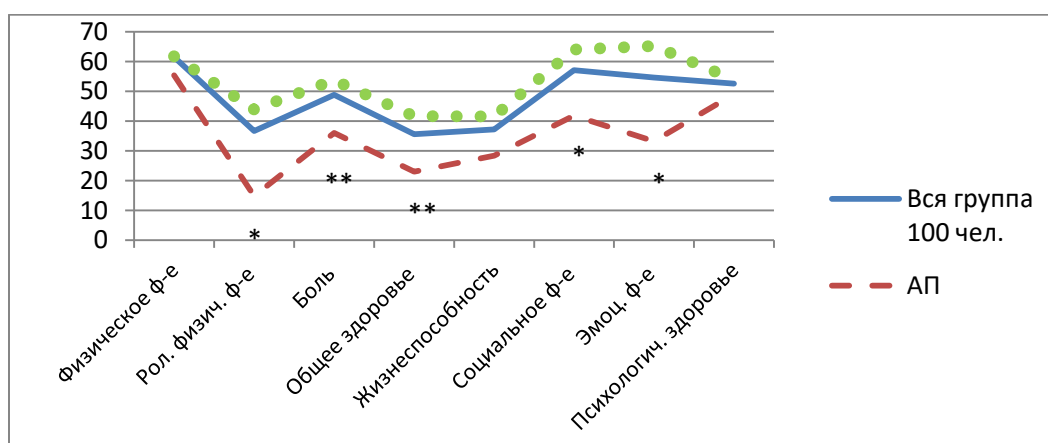


Рисунок 12 – Качество жизни больных ХП в зависимости от этиологии. * $p < 0,05$ по сравнению с БП и всей группой, ** $p < 0,05$ по сравнению с БП

Был проведён сравнительный анализ КЖ больных ХП, выполняющих все рекомендации врача (28%) и некомплаентных пациентов (72%). По всем шкалам уровень КЖ оказался выше у группы больных, приверженных к лечению (Рисунок 13). Показатели КЖ комплаентных пациентов не имеют статистически достоверных различий с популяционными показателями.

Были проанализированы показатели КЖ больных ХП, состоящих на диспансерном учёте у врачей разных специальностей и не наблюдающихся у врача (рисунок 14). Показатели КЖ больных, наблюдающихся у гастроэнтеролога, достоверно выше по ряду шкал по сравнению с теми пациентами, которые у врачей не наблюдаются или наблюдаются у терапевтов (Рисунок 14). Показатели КЖ пациентов, наблюдающихся у гастроэнтеролога, не имеют достоверных статистических различий с соответствующими популяционными показателями. Это можно

объяснить тем, что гастроэнтерологи назначают более адекватную терапию ХП в амбулаторных условиях, о чём свидетельствуют результаты проведённого нами анкетирования врачей поликлиник Московской области.

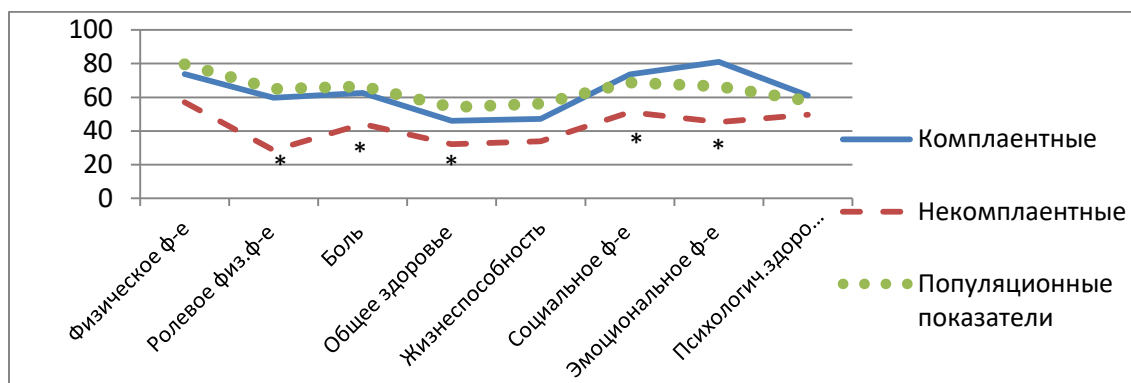


Рисунок 13 – Качество жизни комплаентных и некомплаентных больных ХП. * $p < 0,05$

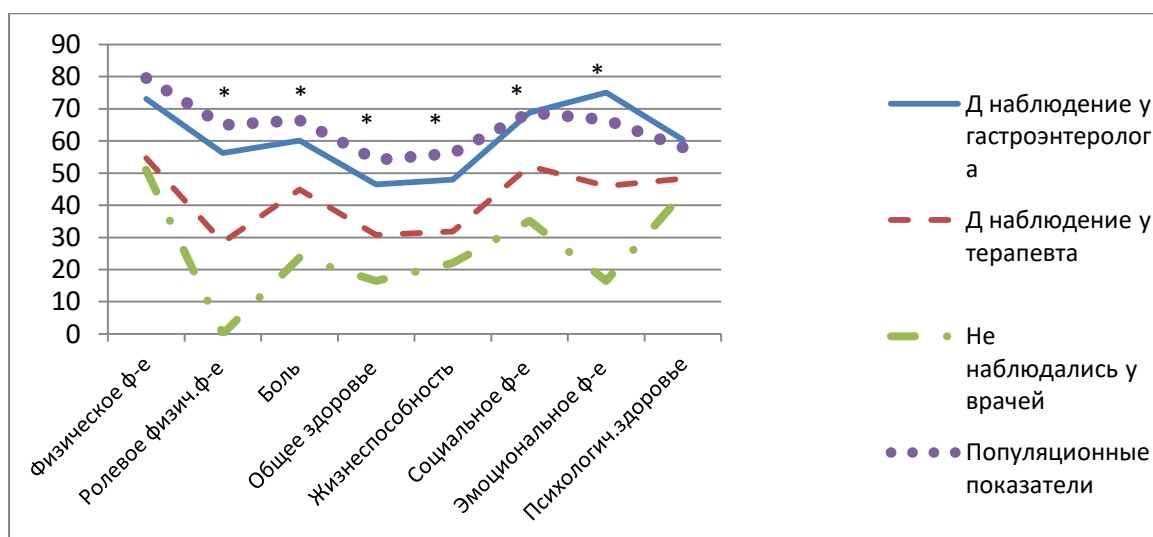


Рисунок 14 – Качество жизни больных ХП, находящихся под диспансерным наблюдением у врачей разных специальностей. * $p < 0,05$ по сравнению с больными, наблюдающимися у терапевтов и не наблюдающихся у врачей

Таким образом, если в группе больных с ИП наибольшие трудности вызывает ранняя диагностика заболевания, то среди пациентов с АП наиболее сложными проблемами являются: борьба с факторами риска (курение, продолжение приёма алкоголя), низкая приверженность больных к лечению, что требует улучшения их информированности о своем заболевании, увеличения охвата диспансерным наблюдением.

Поэтому, с нашей точки зрения, нужно вести работу в следующих направлениях: повышение знаний врачей в области панкреатологии и обучение пациентов с целью повышения их приверженности к лечению, что повлияет на его эффективность и улучшит КЖ больных.

ВЫВОДЫ:

1. Выявлены характерные клинико-демографические особенности ХП разной этиологии.
 - Группа больных алкогольным ХП характеризуется преобладанием молодых (до 40 лет) мужчин (48%), в большинстве курильщиков (77%), неработающих (62%), не имеющих семьи (50%), с низким уровнем образования (48%). Клиника алкогольного ХП характеризуется манифестным началом (50%), более коротким анамнезом болезни, более высокой частотой осложнений (69%), СД (28%) и трофологической недостаточности (61%). Все случаи инвалидизации по причине ХП (5%) отмечены только у больных алкогольным ХП.
 - Группа больных билиарным ХП характеризуется преобладанием женщин, заболевших преимущественно в возрасте после 40 лет (65%), в большинстве некурящих (69%), семейных (46%), имеющих отягощенную наследственность по ЖКБ (52%). Клиника билиарного ХП характеризуется манифестным началом заболевания, более длительным анамнезом болезни, более высокой частотой неосложненных форм (65%), более редкой по сравнению с алкогольным ХП частотой СД и трофологической недостаточности. Случаев инвалидности по причине билиарного ХП зарегистрировано не было.
 - . Группа больных идиопатическим ХП характеризуется преобладанием женщин разного возраста, в большинстве некурящих (85%), с высоким уровнем образования (43%). Клиника идиопатического ХП характеризуется латентным началом заболевания, поздней диагностикой, длительным анамнезом болезни, преимущественно неосложненного течения (92%), редким развитием СД и трофологической недостаточности.
2. Адекватность лечебных назначений, включая поддерживающую терапию, и их соответствие современным подходам в амбулаторных условиях различаются у врачей разных специальностей (гастроэнтерологов, терапевтов, хирургов). Частота назначений наиболее эффективных препаратов гастроэнтерологами достигает 80%, терапевтами и хирургами 47% и 28% соответственно.
3. Привержены к лечению всего 28% больных ХП, остальные частично или полностью некомплаентны. Приверженность к лечению в значительной степени зависит от информированности пациентов о своем заболевании и от специальности лечащего врача; наиболее комплаентны больные, постоянно наблюдающиеся у гастроэнтеролога (60%), по сравнению с наблюдающимися у терапевтов (8%). Не наблюдающиеся у врачей пациенты в 100% случаев не привержены к лечению. Самая низкая приверженность к лечению отмечена у больных алкогольным ХП (16%), самая высокая – у больных идиопатическим ХП (54%).
4. КЖ больных ХП зависит от ряда факторов: от этиологии (самое низкое КЖ при алкогольном ХП); от степени приверженности к лечению (у комплаентных больных КЖ

достоверно выше по большинству шкал); от специальности наблюдающего врача (наиболее высокие показатели КЖ у больных, наблюдающихся у гастроэнтеролога), самое низкое КЖ отмечено у больных, пренебрегающих наблюдением у врачей.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

- С целью повышения качества жизни больных ХП необходимо увеличить их приверженность к лечению. Для этого рекомендуется обучение больных, улучшение их информированности о своем заболевании, увеличение охвата диспансерным наблюдением, преемственность ведения этих больных между стационаром и поликлиникой.
- Для определения приверженности больных ХП к лечению целесообразно использовать разработанные анкеты. При выявлении низкой комплаентности больных нужно дополнительно обучать.
- Необходимо проводить обучение врачей амбулаторно-поликлинического звена в области панкреатологии.
- Особого внимания со стороны врача требуют больные АП, которые в большинстве имеют более тяжелое и осложненное течение болезни, наибольшее количество факторов риска прогрессирования ХП, низкую продолжительность жизни, а также наименее привержены к лечению. Также, врачам следует более внимательно относиться к симптомам латентного панкреатита, чтобы сократить сроки диагностики заболевания.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. **Белякова С.В.,** Белоусова Е.А. Оценка качества лечения хронического панкреатита. // Материалы конференции «Санкт-Петербург-Гастро-2013», М5.
2. **Белякова С.В.,** Белоусова Е.А. Оценка качества амбулаторного лечения больных хроническим панкреатитом в Московской области. / Материалы 19 Российской Гастроэнтерологической недели // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии, № 5, 2013, Прилож. № 42. – С. 45.
3. **Белякова С.В.,** Белоусова Е.А. Характеристика больных хроническим панкреатитом и их приверженность к лечению. // Материалы 40 научной сессии ЦНИИГ, Москва, 2014г. – С. 092.
4. **Белякова С.В.,** Белоусова Е.А. Адекватность лечения больных хроническим панкреатитом в условиях поликлиники. // Материалы 40 научной сессии ЦНИИГ, Москва, 2014г. – С. 093.
5. **Белякова С.В.,** Белоусова Е.А. Этиологическая и клиническая характеристика больных хроническим панкреатитом в Московской области и их приверженность к лечению. //

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, выпуск 105, №5, 2014, Материалы конференции «Санкт-Петербург-Гастро-2014».

6. **Белякова С.В.,** Белоусова Е.А. Комплаенс больных хроническим панкреатитом в Московской области. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии, № 5, 2014, Прилож. № 44 Материалы 20 Российской Гастроэнтерологической недели, С. 50.

7. **Белякова С.В.,** Белоусова Е.А. Оценка качества амбулаторного лечения хронического панкреатита в Московской области. // **Медицинский совет**, №13, 2014 – С. 46-48.

8. **Белякова С.В.,** Белоусова Е.А. Приверженность к лечению больных хроническим панкреатитом в Московской области. / **Альманах клинической медицины**, № 33, 2014 – С. 64-70.

9. **Белякова С.В.,** Белоусова Е.А. Комплаентность больных хроническим панкреатитом в Московской области. // Материалы 41 научной сессии ЦНИИГ, Москва, 2015г.

10. **Белякова С.В.,** Белоусова Е.А. Качество жизни больных хроническим панкреатитом в Московской области. / **Альманах клинической медицины**, № 40, 2015, С. 64-71.

11. **Белякова С.В.,** Белоусова Е.А. Что может влиять на качество жизни больных хроническим панкреатитом. / Материалы 21 Российской Гастроэнтерологической недели, // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии, № 5, 2015, Прилож. № 46 – С. 53.

12. **Белякова С.В.,** Белоусова Е.А. Соотношение клинических синдромов хронического панкреатита в зависимости от длительности заболевания. / Материалы 18 Международного медицинского Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург-Гастро-2016»,// Гастроэнтерология Санкт-Петербурга, №1-2, 2016 – М. 5.

13. **Белякова С.В.,** Белоусова Е.А. Характерные особенности алкогольного и билиарного хронического панкреатита в Московской области. / Материалы 22 Российской Гастроэнтерологической недели, // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии, № 5, том 26, 2016, Прилож. № 48. – С. 46.

14. **Белякова С.В.,** Белоусова Е.А. Влияние наблюдения врачами разных специальностей на приверженность к лечению и качество жизни больных хроническим панкреатитом. / и Материалы 23 Российской Гастроэнтерологической недели, // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии, № 5, том 27, 2017, Прилож. № 50. – С. 45.

15. **Белякова С.В.,** Белоусова Е.А. Сроки установления диагноза при хроническом панкреатите разной этиологии. / Материалы 24 Российской Гастроэнтерологической недели, Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии, № 5, том 28, 2018, Прилож. № 52 – С. 42