

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА С СИНДРОМОМ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА (ПО ДАННЫМ НОВОСИБИРСКОГО РЕГИСТРА)

Кулыгина Ю.А., Осипенко М.Ф.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

INDICATORS OF LIFE QUALITY IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE SMALL INTESTINAL BACTERIAL OVERGROWTH SYNDROME (ON THE DATA OF THE NOVOSIBIRSK REGISTER)

Kulygina Yu.A., Osipenko M.F.

«Novosibirsk State Medical University», Ministry of Health of Russia

Кулыгина

Юлия Александровна

Kulygina Yulia A.

yu_blinova@mail.ru

Кулыгина Юлия Александровна — ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней

Осипенко Марина Федоровна — проф.д.м.н. зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней

Kulygina Yulia Aleksandrovna — Assistant of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases

Osipenko Marina Fedorovna — Professor, Dr. Med.Sci., Head of the department of Propaedeutics of Internal Diseases

Резюме

Цель: изучить качество жизни у пациентов с ВЗК в зависимости от наличия СИБР.

Материал и методы исследования: пациенты из регистра воспалительных заболеваний кишечника города Новосибирска у которых был проведен водородный дыхательный тест (ВДТ) на аппарате «Gastro+». Показатели КЖ определялись с помощью русифицированной версии опросника SF — 36 и IBDQ.

Результаты: у 152 пациентов с ВЗК, у которых был проведен ВДТ распространенность СИБР составила 48,0% (при язвенном колите — 45,7%, при болезни Крона — 50,7%). Было выявлено достоверно значимое снижение показателей КЖ по шкалам опросника SF — 36 и IBDQ у пациентов с ВЗК с положительным результатом ВДТ в сравнении с пациентами с отрицательным результатом ВДТ. После 2-х недельного курса приема рифаксимины произошло возрастание значений практически по всем шкалам опросников SF — 36 и IBDQ.

Заключение: Полученные данные подтверждают необходимость коррекции СИБР как самостоятельной клинической задачи, значительно влияющей на КЖ больных с ВЗК.

Ключевые слова: болезнь Крона, язвенный колит, синдром избыточного бактериального роста, качество жизни

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2017; 145 (9): 30–34

Summary

Patients with inflammatory bowel disease (IBD) are characterized by chronic recurrent course, frequent attacks, the presence of extraintestinal manifestations and the occurrence of complications, which leads to a decrease in the quality of life. One of the concomitant conditions in patients with IBD is the small intestinal bacterial overgrowth syndrome (SIBO), which has common clinical manifestations. There is practically no research on the effect of concomitant SIBO in patients with IBD on the quality of life (QOL). Therefore, the study of QOL in patients with IBD with SIBO is an important task for optimizing treatment.

Purpose: to study the quality of life in patients with IBD, depending on the presence of SIBO.

Material and methods of the study: patients from the registry of inflammatory bowel diseases in Novosibirsk who underwent a hydrogen respiratory test (HBT) on the device «Gastro+». The QOL indicators were determined using the Russian version of the SF-36 and IBDQ questionnaire.

Results: in 152 patients with IBD, in whom HBT was carried out, the prevalence of SIBO was 48.0% (with ulcerative colitis — 45.7%, with Crohn's disease — 50.7%). In the scales of the SF-36 and IBDQ questionnaire significant decrease in QOL values was revealed in patients with IBD with positive results of HBT in comparison with patients with negative results of HBT. After a 2-week course of rifaximin intake, values increased in almost all scales of the SF-36 and IBDQ questionnaires.

Conclusion: The obtained data confirm the necessity of correction of SIBO as an independent clinical task that significantly affects QOL of patients with IBD.

Key words: Crohn's disease, ulcerative colitis, small intestinal bacterial overgrowth syndrome, quality of life

Экспериментальная и Клиническая Гастроэнтерология 2017; 145 (9): 30–34

Введение

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) оказывают значительное влияние на уровень качества жизни (КЖ) пациентов [1]. Психосоциальные расстройства, связанные в том числе с болезнью, являются самостоятельным компонентом, еще больше усугубляющим клиническое течение данной патологии [2,3,4]. Во всем мире распространенность ВЗК возрастает. Для этой группы заболеваний характерно хроническое рецидивирующее течение, частые атаки, наличие внекишечных проявлений и возникновение осложнений. ВЗК поражает преимущественно лиц молодого трудоспособного возраста и очень часто приводит к стойкой потере трудоспособности [5,6]. Одним из сопутствующих состояний у больных ВЗК является синдром избыточного бактериального роста (СИБР), который может имитировать

атаку ВЗК, имея общие клинические проявления [6]. Для оценки физического, психологического и социального состояния пациентов используется оценка качества жизни (КЖ) у пациентов с различной патологией. К настоящему времени доказана важность оценки индивидуальной реакции пациентов на патологию и применяемую терапию, для чего в основном используется оценка КЖ. Существуют различные анкеты, как универсальные – используемые для оценки КЖ различных заболеваний, так и ориентируемые на конкретную патологию. В гастроэнтерологии они применяются около 30 лет [3,7,8].

Исследований по влиянию сопутствующего СИБР у больных ВЗК на КЖ практически нет. **Цель нашего исследования** – изучить КЖ у пациентов с ВЗК в зависимости от наличия СИБР.

Материал и методы исследования

Было исследовано 152 пациента с ВЗК из регистра ВЗК города Новосибирска, проходивших амбулаторное и стационарное обследование в ГБУЗ НСО ГКБ № 7, ГБУЗ НСО ГКБ № 12 в 2013–2016 годах. «База данных: Регистр хронических воспалительных заболеваний кишечника» (регистрационный номер № 20117620133 от 03.02.2017) на базе ФГБОУ ВО НГМУ и НИИ Физиологии.

Метод диагностики СИБР осуществлялся с помощью водородного дыхательного теста (ВДТ) на аппарате «Gastro+» с использованием лактулозы. Положительный результат ВДТ свидетельствует о наличии СИБР. Всем пациентам, у которых был выявлен СИБР, была назначена 2-х недельная терапия рифаксимина в суточной дозе 800 мг, после чего через 4 недели после терапии пациентам повторно проводился ВДТ. Повторно ВДТ проводился 60 (82,2 %) пациентам из 73. Не прошли рекомендуемую терапию по разным причинам и были исключены из анализа 13 пациентов (17,8 %).

Показатели КЖ определялись с помощью русифицированной версии опросника SF – 36, который включает оценку по 8 шкалам и состоит из 36 вопросов. Ответы на вопросы данного опросника отображаются в баллах, максимальное значение баллов – 100. Чем выше показатель по каждой шкале, тем лучше КЖ по этому параметру. Вопросы и шкалы оцениваются таким образом, что наибольшее значение по каждой шкале указывает на наилучшее КЖ пациента. Выделяют следующие шкалы опросника: «физическое функционирование» (ФФ), «ролевое физическое функционирование» (РФФ), «физическая боль»

(ФБ), «общее здоровье» (ОЗ), «вitalность» (В), «психическое здоровье» (ПЗ), «социальное функционирование» (СФ), «ролевое эмоциональное функционирование» (РЭФ). Четыре шкалы (физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, физическая боль и общее здоровье) отражает физическое здоровье, а четыре оставшиеся шкалы (вitalность, психическое здоровье, социальное функционирование, ролевое эмоциональное функционирование) отражает психическое здоровье.

Также использовался специфический опросник по определению КЖ пациентов ВЗК – IBDQ (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire). Опросник IBDQ состоит из 4 разделов, на каждый вопрос существует 7 вариантов ответов, за которые начисляется от 1 до 7 баллов, общая сумма баллов от 32 до 224 баллов, наивысший результат определяет лучшие показатели КЖ. Разделы опросника IBDQ разделяются на: кишечные факторы (КФ), системные факторы (СФ), социальные факторы (СФ) и эмоциональные факторы (ЭФ). Максимальное значение для кишечных симптомов составляет 70 баллов, для системных и социальных проявлений – 35, для эмоционального статуса – 84 балла (Guyatt G. et al., 1989).

Статистическая обработка данных производилась с помощью программы IBM® SPSS® Statistics 23. Обработка показателей КЖ проводилась при помощи специальных алгоритмов, а также стандартного пакета программного обеспечения SPSS. Результаты рассчитывались в виде среднего показателя ± ошибка среднего.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 152 пациентов, включенных в исследование с установленным диагнозом ВЗК, 81 (53.3 %) пациент страдал язвенным колитом (ЯК) и 71 (46.7 %) – болезнью Крона (БК). Было выявлено практически равное соотношение мужчин и женщин: с ЯК – 42 (51.9 %) женщины и 39 (48.1 %) мужчин, с БК – 38 (53.5 %) женщин и 33 (46.5 %) мужчин. Средний возраст среди пациентов с ЯК составил 41.3 ± 13.50 лет, среди пациентов с БК составил 40.1 ± 13.85 лет.

СИБР был выявлен у 73 пациентов, что составило 48 %. При этом была выявлена более высокая частота встречаемости СИБР у пациентов с БК – 50.7 % случаев ($n=36$) по сравнению с пациентами с ЯК – 45.7 % случаев ($n=37$) ($p = 0.626$).

Были проанализированы показатели КЖ у пациентов с ВЗК в зависимости от положительного и отрицательного результата ВДТ. Полученные данные по всем шкалам SF – 36 представлены в таблице 1.

У пациентов с положительным результатом ВДТ, показатели шкал SF – 36, отражающих как физическое, так и психическое здоровье достоверно ниже по сравнению с пациентами с отрицательным результатом ВДТ. По шкалам «вitalность» и «социальное функционирование» различий выявлено не было.

У пациентов с БК по сравнению с пациентами с ЯК показатели SF – 36 с положительным результатом ВДТ были достоверно ниже по шкалам «физическая боль» 53.9 ± 3.57 против 42.4 ± 4.07 ($p = 0.020$). Полагаем, что это объясняется различиями в клинических проявлениях больных БК и ЯК. Так у пациентов с БК преобладает болевой абдоминальный синдром, что подтверждается достоверно значимым снижением показателей КЖ по шкалам «физическая боль» по сравнению с больными ЯК в том числе и с отрицательным результатом ВДТ 34.0 ± 4.25 против 13.4 ± 2.41 ($p < 0.001$). В литературе также сообщаются данные, что у пациентов с БК показатели КЖ ниже, чем у пациентов с ЯК [9].

Увеличение частоты симптома «плаксивость» у пациентов с ВЗК с положительным результатом ВДТ зависит от снижения показателей КЖ по шкалам опросника SF – 36 «социальное функционирование» ($p = 0.001^{**}$), а также по шкалам «физическая боль» ($p = 0.037^{*}$) и «психическое здоровье» ($p = 0.056$), что свидетельствует о снижении социальной активности у пациентов с ВЗК в связи с болезнью. Также были выявлены более низкие показатели КЖ при наличии симптома «абдоминального вздутия». Это касалось таких шкал как «физическая боль» ($p = 0.052$), «общее здоровье» ($p = 0.055$), «ролевое эмоциональное функционирование» ($p = 0.015^{*}$) и «ролевое физическое функционирование» ($p = 0.081$). Статистически незначимо было снижено КЖ у больных с «метеоризмом». Частота диареи у пациентов в этой группе выше среди пациентов с более низкими показателями КЖ по шкалам «ролевое физическое функционирование» ($p = 0.073$) и «психическое здоровье» ($p = 0.056$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что именно диарея, вздутие и метеоризм значительно влияют на КЖ больных с ВЗК, ограничивая уровень социальной активности, вынуждая

обращаться за медицинской помощью и приводя к утрате трудоспособности.

Также были проанализированы показатели КЖ у пациентов с ВЗК в зависимости от положительного результата ВДТ при помощи русифицированной версии опросника IBDQ. Данные представлены в таблице 2.

Наши данные показывают более высокие показатели КЖ у пациентов с ВЗК с отрицательным результатом ВДТ для ЯК – 184.1 и БК – 179.1. В группе пациентов с ВЗК с положительным результатом ВДТ общий средний балл значительно ниже и составляет 135.0 и 130.3 для ЯК и БК соответственно. Однако в исследовании, опубликованном в 2016 году, средний бал показателей КЖ по опроснику IBDQ у пациентов с ЯК выше, чем у пациентов с БК и составляет 171.0 и 149.7 соответственно и был явно ниже, чем по результатам нашей оценки. Самый худший вариант в данном исследовании 65 баллов был у пациента с БК, а самый лучший 224 – у пациента с ЯК [4].

Показатели всех факторов опросника IBDQ достоверно ниже у пациентов с ВЗК с положительным результатом ВДТ, чем у пациентов без признаков СИБР.

Наиболее значимо было снижение КЖ при наличии диареи (шкала «кишечные факторы») ($p = 0.001$) и вздутия ($p = 0.051$). «Системные факторы» показателей качества жизни опросника IBDQ имели наиболее низкие значения при наличии таких симптомов как вздутие ($p = 0.006$), плаксивость ($p = 0.002$), абдоминальная боль ($p = 0.014$), дискомфорт в животе ($p = 0.015$), а также раздражительности ($p = 0.033$). Снижение показателей по шкалам «эмоциональные факторы» было наиболее значимым при наличии плаксивости ($p = 0.009$), вздутия ($p = 0.020$), абдоминальной боли ($p = 0.066$) и раздражительности ($p = 0.093$). Дискомфорт абдоминальный ($p = 0.004$), абдоминальная боль ($p = 0.035^{*}$) и вздутие ($p = 0.015^{*}$) так же статистически значимо снижали показатели КЖ по шкалам «социальные факторы».

Как видно из анализа влияния различных клинических симптомов на КЖ больных ВЗК согласно опроснику IBDQ, наиболее значимое негативное влияние оказывали вздутие, абдоминальная боль и дискомфорт, слабость и раздражительность.

Симптомы ВЗК и СИБР очень схожи и зачастую, такие симптомы СИБР как вздутие, диарея, абдоминальные боли, могут имитировать острую атаку ВЗК, что приводит к неоправданной эскалации терапии. Нами была выявлена связь более низких показателей КЖ по опросникам SF – 36 и IBDQ у пациентов с ВЗК с наличием положительного результата ВДТ с данными симптомами.

Изучение оценки КЖ у пациентов с ВЗК должно использоваться для динамического наблюдения за состоянием больных, что позволяет оценивать состояние основных сфер жизнедеятельности (физической, психологической, эмоциональной и социальной) в отличие от терапевтической эффективности, которая оценивается с помощью клинических, лабораторных и инструментальных

Показатели SF – 36	ВДТ «+»			ВДТ «-»			p
	ВЗК(n=73)	БК (n=36)	ЯК (n=37)	ВЗК(n=79)	БК(n=35)	ЯК(n=44)	
ФФ	50.6±2.71	48.9±3.66	52.2±4.02	77.7±2.44	75.1±3.84	79.8±3.14	< 0.001**
РФФ	16.8±3.08	16.7±4.34	16.9±4.23	65.5±3.75	62.1±6.00	68.2±4.77	< 0.001**
ФБ	48.1±2.77	53.9±3.57	42.4±4.07	22.5±2.57	34.0±4.25	13.4±2.41	< 0.001**
ОЗ	60.3±1.01	59.2±1.41	61.5±1.45	53.6±0.97	54.0±1.33	53.3±1.39	< 0.001**
В	60.5±0.75	61.0±0.97	60.0±1.13	58.9±0.90	58.7±1.31	59.1±1.23	0.214
ПЗ	61.5±1.18	60.2±1.39	62.8±1.88	66.0±0.96	66.0±1.60	66.0±1.17	0.001**
СФ	49.3±0.90	48.4±1.58	50.1±0.92	48.2±0.82	47.5±1.26	48.8±1.08	0.323
РЭФ	32.9±4.44	34.2±6.30	31.6±6.33	80.2±3.87	76.3±6.34	83.4±4.79	< 0.001**

Таблица 1.
Показатели КЖ по шкалам опросника SF – 36 у пациентов с ВЗК в зависимости от результата ВДТ.

Показатели IBDQ	ВДТ «+»			ВДТ «-»			p
	ВЗК (n=73)	БК (n=36)	ЯК (n=37)	ВЗК (n=79)	БК (n=35)	ЯК (n=44)	
КФ	40.6±0.82	41.4±1.30	40.1±1.03	57.8±0.76	55.9±1.12	59.3±0.98	< 0.001**
СФ	19.4±0.5	18.4±0.83	20.4±0.53	26.4±0.38	25.6±0.7	27.0±0.36	< 0.001**
ЭФ	50.5±1.02	49.6±1.56	51.5±1.34	67.6±0.96	67.7±1.65	67.5±1.14	< 0.001**
СФ	22.0±0.6	20.9±0.8	23.0±0.85	30.1±0.44	29.9±0.66	30.3±0.6	< 0.001**
Общий результат	132.6±2.56	130.3±3.92	135.0±3.3	181.9±2.25	179.1±3.84	184.1±2.65	< 0.001**

Таблица 2.
Показатели КЖ по шкалам опросника IBDQ у пациентов с ВЗК в зависимости от результата ВДТ.

Показатели SF – 36	До коррекции СИБР			После коррекции СИБР		
	ВЗК(n=60)	БК (n=31)	ЯК(n=29)	ВЗК(n=60)	БК (n=31)	ЯК(n=29)
ФФ	50.5±2.98	51.5±4.03	49.5±4.48	71.3±2.38	65.7±3.66	77.4±2.61
РФФ	15.4±2.98	17.0±4.55	13.8±3.84	50.0±4.37	43.6±5.79	56.9±6.44
ФБ	48.3±3.24	55.2±3.93	41.0±4.95	29.3±2.68	40.7±3.50	17.2±2.67
ОЗ	61.0±1.12	60.2±1.56	61.9±1.61	56.4±1.21	53.3±1.39	55.7±2.01
В	61.0±0.77	61.5±0.99	60.5±1.20	62.8±0.77	59.1±1.23	62.9±1.30
ПЗ	60.9±1.33	60.3±1.54	61.7±2.24	66.1±1.0	66.0±1.17	67.0±1.30
СФ	49.9±1.0	49.0±1.66	50.8±0.80	46.4±1.0	48.8±1.08	47.1±1.6
РЭФ	28.9±4.52	32.2±6.65	25.4±6.13	67.3±4.38	83.4±4.77	75.9±5.95

Таблица 3.
Динамика показателей КЖ по шкалам опросника SF – 36 до и после коррекции СИБР.

Показатели IBDQ	До лечения			После лечения		
	ВЗК(n=60)	БК(n=31)	ЯК(n=29)	ВЗК(n=60)	БК(n=31)	ЯК(n=29)
КФ	40.8±0.85	41.7±1.2	39.4±1.17	52.7±0.95	51.6±1.43	54.0±1.2
СФ	19.2±0.57	18.3±0.95	20.1±0.55	24.5±0.54	23.0±0.83	26.1±0.56
ЭФ	49.6±1.11	49.1±1.66	50.1±1.5	61.2±1.15	58.9±1.77	63.7±1.32
СФ	21.5±0.65	20.9±0.91	22.2±0.94	26.5±0.62	25.2±0.93	28.0±0.73
Общий результат	130.9±2.78	130.0±4.19	131.8±3.66	164.9±2.99	158.5±4.53	171.8±3.50

Таблица 4.
Динамика показателей КЖ по шкалам опросника IBDQ до и после коррекции СИБР

результатов обследования. Показатели КЖ целесообразно использовать в оценке новых схем терапии и различных реабилитационных программ у пациентов с ВЗК.

Различий показателей КЖ по всем шкалам опросников SF – 36 и IBDQ между пациентами с ВЗК с положительным и отрицательным результатом ВДТ по полу, росту, весу и ИМТ нами выявлено не было. Однако, в некоторых исследованиях была выявлена связь гендерных различий и показателей КЖ у пациентов с ВЗК, что, вероятно, отражает разное поведение мужчин и женщин и в период обострения, и на фоне применяемой терапии. Так в период обострения ВЗК у мужчин показатели КЖ по шкалам, оценивающим социальную сферу, выше, чем у женщин, что связано с их большим ухудшением физического и эмоционального

состояния [2,10]. Также более низкие показатели КЖ встречаются в старшей возрастной группе чаще, чем у лиц в молодой возрастной группе от 25 до 44 лет. Авторы объясняют это активной жизненной позицией более молодых людей, которые концентрируют свое внимание на полном излечении, чтобы иметь достойное место в обществе, что коррелирует с высокой комплаентностью этой группы больных [2,3,7].

Также не было выявлено различий показателей КЖ в группах пациентов с ВЗК с положительным и отрицательным результатом теста в зависимости от тяжести течения ВЗК, длительности заболевания, характера терапии, наличия стероидозависимости и стероидрезистентности. В ряде исследований показано, что длительный прием кортикостероидов снижает показатели КЖ у пациентов с ВЗК [2],

а прием биологической терапии приводит к улучшению показателей КЖ [1,2,10]. Однако мы такой закономерности не обнаружили.

После курса терапии по результатам повторно ВДТ СИБР был выявлен лишь у 12 пациентов (20,0 %) ($p < 0.001$).

Были проанализированы показатели КЖ у пациентов с ВЗК после проведения курса терапии СИБР при помощи русифицированной версии опросников SF – 36 и IBDQ.

Анализ показателей КЖ у пациентов прошедших курс терапии, у которых был проведен повторно ВДТ, продемонстрировал достоверное повышение показателей по шкалам, отражающим физическое здоровье: по шкале «физическое функционирование» с 50.5 ± 2.98 до 71.3 ± 2.38 баллов (среднее значение изменений 20.8 ± 2.43 ; CI 15.98–25.69; $r = 0.610$, $p < 0.001$), «ролевое физическое функционирование» с 15.4 ± 2.98 до 50.0 ± 4.37 баллов (среднее значение изменений 34.6 ± 4.0 ; CI 26.60–42.57; $r = 0.462$, $p < 0.001$), «физической боли» с 48.3 ± 3.24 до 29.3 ± 2.68 баллов (среднее значение изменений 19.0 ± 2.5 ; CI 13.97–24.00; $r = 0.658$, $p < 0.001$). Выросли показатели КЖ, отражающие эмоциональное состояние: «ролевое эмоциональное функционирование» с 28.9 ± 35.03 до 67.3 ± 33.94

баллов (среднее значение изменений 38.4 ± 4.61 ; CI 29.16–47.63; $r = 0.463$; $p < 0.001$) и «психическое здоровье» с 60.9 ± 10.29 до 66.1 ± 7.72 (среднее значение изменений 5.1 ± 1.33 ; CI 2.48–7.81; $r = 0.372$; $p = 0.003$), отражающей эмоциональное состояние больных, повышение социальной активности по сравнению с периодом до курса терапии СИБР (таблица 3).

После курса приема рифаксимины произошло достоверное увеличение показателей по всем шкалам опросника IBDQ. Полученные данные представлены в таблице 4. Для шкал «кишечные факторы» с 40.8 ± 0.85 до 52.7 ± 0.95 (среднее значение изменений 12.2 ± 0.77 ; CI 10.63–13.70; $r = 0.643$, $p < 0.001$), «системные факторы» с 19.2 ± 0.57 до 24.5 ± 0.54 (среднее значение изменений 5.3 ± 0.42 ; CI 4.46–6.14; $r = 0.715$, $p < 0.001$), «эмоциональные факторы» с 49.6 ± 1.11 до 61.2 ± 1.15 (среднее значение изменений 11.6 ± 0.94 ; CI 9.70–13.47; $r = 0.657$, $p < 0.001$) и «социальные факторы» с 21.5 ± 0.65 до 26.5 ± 0.62 (среднее значение изменений 5.0 ± 0.44 ; CI 4.11–5.86; $r = 0.761$, $p < 0.001$).

Таким образом, исследование показателей КЖ при помощи опросников SF – 36 и IBDQ у больных ВЗК и сопутствующей СИБР после 2-х недельного курса приема рифаксимины показало возрастание значений практически по всем шкалам.

Выводы

Проведенное исследование выявило достоверно значимое снижение показателей КЖ по шкалам опросника SF – 36 и IBDQ у пациентов с ВЗК с положительным результатом ВДТ в сравнении с пациентами с отрицательным результатом ВДТ. Наиболее низкие значения КЖ были ассоциированы с симптомами диареи, вздутия, метеоризма, плаксивости

и раздражительности. После 2-х недельного приема рифаксимины для коррекции СИБР достоверно значимо возросли показатели КЖ по шкалам опросников SF – 36 и IBDQ. Полученные данные подтверждают необходимость коррекции СИБР как самостоятельной клинической задачи, значительно влияющей на КЖ больных ВЗК.

Литература

- Holdam A. S., Bager P., Dahlerup J. F. Biological therapy increases the health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease in a clinical setting. *Scand J Gastroenterol*, 2016, vol. 51, no. 6, pp. 706–711.
- Голышева С. В., Григорьева Г. А. Качество жизни как критерий эффективности ведения больных неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона. *Врач*, 2005, no. 7, pp. 15–17.
- Голышева С. В., Успенская Ю. Б., Григорьева Г. А. Качество жизни больных с воспалительными заболеваниями кишечника. *Гастроэнтерология*, 2004, no. 1, pp. 96–97.
- Alowais F. A., Alferayan Y. A., Aljehani R. M. Inflammatory Bowel Disease and Quality of Life in King Abdulaziz Medical City. *Open Journal of Gastroenterology*, 2016, no. 6, pp. 11–16.
- Осипенко М. Ф., Валуцких Е. Ю., Светлова И. О., Кулыгина Ю. А., Скалинская М. И., Бикбулатова Е. А., Краснер Я. А. Регистр воспалительных заболеваний кишечника в г. Новосибирске: итоги – 2016. *Сибирский Научный Медицинский Журнал*, 2016, том 37, номер 1, с. 61–67.
- Кулыгина Ю. А., Осипенко М. Ф., Скалинская М. И., Пальчунова К. Д. Распространенность синдрома избыточного бактериального роста и ассоциированные факторы с ним у больных с воспалительными заболеваниями кишечника (по данным новосибирского регистра). *Терапевтический Архив*, 2017, том 89, том, с. 15–19.
- Irvine E. J., Feagan B., Rochon J. et al. Quality of life: a valid and reliable measure of outcome for clinical trials in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*, 1994, vol. 106, pp. 287–296.
- Turnbull G. K., Vallis T. M. Quality of life in inflammatory bowel disease: the interaction of disease activity with psychosocial function. *Am. J. Gastroenterology*, 1995, vol. 90, pp. 1450–1454.
- Perrin J. M., Kuhlthau K., Chughtai A., Romm D. et al. Measuring Quality of Life in Pediatric Patients With Inflammatory Bowel Disease: Psychometric and Clinical Characteristics. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 2008, vol. 46, no. 2, pp. 164–171.
- Kniazev O. V., Boldyreva O. N., Parfenov A. I., Efremov L. I. et al. Quality of life in inflammatory bowel disease patients. *Eksp. Klin. Gastroenterol.*, 2011, vol. 9, pp. 18–25.