



Н. Б. Губергриц

Уровень качества жизни и его динамика под влиянием лечения у больных хроническим панкреатитом

Н. Б. Губергриц, д.м.н., проф. кафедры внутренней медицины № 2¹,

Е. А. Крылова, к.м.н., с.н.с., врач-эндоскопист²

Е. Ю. Плотникова, д.м.н., проф. кафедры подготовки врачей первичного звена здравоохранения, рук. курса клинической гастроэнтерологии³



Е. А. Крылова

¹Донецкий национальный медицинский университет, г. Лиман, Донецкая обл., Украина

²ООО «Эндотехномед», г. Днепр, Украина

³ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Кемерово

Quality of life and its dynamics under influence of treatment in patients with chronic pancreatitis

N. B. Gubergriцs, E. A. Krylova, E. Yu. Plotnikova

Donetsk National Medical University, Liman, Ukraine; Endotechnomed Co., Dnipro, Ukraine; Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Резюме

У 72 больных хроническим панкреатитом изучены показатели качества жизни с помощью общего опросника SF-36 (Short Form-36, Health Status Survey) в динамике лечения. Установлено, что заболевание ухудшает качество жизни больных, влияя на все уровни жизнедеятельности: физический, эмоциональный, ролевой, психологический, социального функционирования. После лечения качество жизни больных существенно улучшалось как по показателям физического, так и социального здоровья, повышался общий тонус и физическая активность днем, улучшался сон ночью.

Ключевые слова: хронический панкреатит, качество жизни.

Summary

In 72 patients with chronic pancreatitis were studied quality of life indicators using a common questionnaire the SF-36 (Short Form-36, Health Status Survey) in the dynamics of treatment. It was established that the disease affects the quality of life of patients, affecting all levels of life: physical, emotional, role, psychological, social functioning. After treatment, the quality of life of patients significantly improved both indicators of physical and social health of patients increased the overall tone and physical activity during the day, improves sleep at night.

Key words: chronic pancreatitis, quality of life.

Хронический панкреатит (ХП) занимает в последние годы ведущие позиции среди гастроэнтерологической патологии в связи с тем, что это заболевание прогрессирует и сопровождается осложнениями, которые ведут к повышению уровня смертности, социальным и профессиональным проблемам [2, 6, 8].

Эпидемиологические исследования, которые проводятся в мире, свидетельствуют о том, что распространенность и заболеваемость ХП растет на протяжении последних десятилетий. В России и Украине за последние годы распространенность заболеваний поджелудочной железы (ПЖ) выросла более чем на 50%, а заболеваемость — более чем на 20% [2, 3, 5].

Главной целью консервативной терапии ХП является уменьшение или купирование болевого абдоминального синдрома, который значительно ухуд-

шает качество жизни (КЖ) больных ХП. Общеизвестно, что характер заболевания, как и ответ на его лечение, во многом зависят от широкого спектра индивидуальных особенностей пациента: его физиологического, психологического и эмоционального состояния.

В этой связи основной целью терапии ХП является не только купирование боли и других симптомов и предотвращение развития осложнений заболевания, но и улучшение КЖ пациентов [4, 9, 10]. Цель лечения — удлинить ремиссию заболевания и обеспечить возможность пациенту длительное время находится в обществе, снизить дискомфорт, вызванный болезнью. Одним из важнейших вопросов при оценке любого терапевтического вмешательства, особенно у больных хроническими заболеваниями, становится оценка пациентом КЖ, связанного со здоровьем.

По мнению экспертов ВОЗ, КЖ — это «восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых индивидуум живет, и в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума» [9, 10]. История научного исследования КЖ началась с 1947 года, когда американский ученый D. Karnofsky впервые предложил нефизиологические методы оценки параметров рака. Следующим значительным шагом в этом направлении считается предложенная G. Engel в 1980 году биопсихологическая модель медицины [4].

КЖ является интегральным показателем, который отражает степень адаптации человека к болезни и возможность выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому положению. Важно понимать, что с помощью КЖ

оценивается не степень нарушений, а то, как человек переносит заболевание. Так, при патологии, которая протекает длительно, некоторые пациенты привыкают к своему состоянию, и изучение КЖ может показать улучшение эмоционально-психологического, социального и физического статуса пациента, но при этом заболевание не регрессирует и даже может значительно прогрессировать. Таким образом, многие специалисты считают функциональное состояние индикатором КЖ, однако его следует рассматривать только как способность индивидуума теперь выполнять задачи или функции, которые должны иметь конкретный результат.

В настоящее время активно изучаются возможности использования показателей КЖ в следующих направлениях: как дополнительный критерий при подборе индивидуальной схемы лечения; для определения степени тяжести состояния больного; для оценки результатов лечения; с целью всестороннего клинического анализа новых препаратов. Кроме того, параметры КЖ могут быть особенно информативными при изучении эффективности мероприятий по первичной или вторичной профилактике.

Методы изучения КЖ основаны на определении пациентом уровня своего благополучия в физических, психических, социальных и экономических отношениях. Все эти компоненты могут быть проанализированы отдельно или в целом с помощью различных анкет, тестов, шкал, индексов.

Существующие опросники могут быть разделены на неспецифические (общего типа), то есть применяемые независимо от нозологической формы, и специфические (для лиц с определенным заболеванием). Преимущество общих опросников состоит в том, что их валидность установлена для различных нозологий; это позволяет проводить сравнительную оценку влияния различных медицинских программ на КЖ как отдельных субъектов, так и всей популяции. Недостатком является неадекватная чувствительность к изменениям состояния здоровья в рамках конкретного заболевания. Большинство авторов считают, что предпочтение следует отдавать специфическим опросникам, причем они должны быть

стандартизированы для применения в многоцентровых исследованиях и для сопоставления результатов различных испытаний. Однако в связи с региональными особенностями социального, психологического и экономического статуса требуется их адаптация или разработка новых методик оценки КЖ.

Наиболее важной и интересной функцией опросника является возможность анализа эффективности лечения. При этом следует помнить, что субъективная оценка пациентом самочувствия (КЖ) ни в коем случае не заменяет объективных данных.

В качестве золотого стандарта используется опросник SF-36, который применяется более 10 лет ведущими университетами мира. Опросник включает восемь шкал: определение физического функционирования (ФФ), ролевого физического функционирования (РФФ), физической боли (Б), общего здоровья (ОЗ), жизнеспособности (Ж), социального функционирования (СФ), ролевого эмоционального функционирования (РЭФ) и психического здоровья (ПЗ). Опросник SF-36 обеспечивает дифференцированный подход к оценке составляющих КЖ в зависимости от пола и возраста [1, 4, 10, 13].

ФФ определяет возможность выполнения различных физических нагрузок — от минимальной (самообслуживание) до максимальной (длительная ходьба, бег, занятия спортом без ограничений). РФФ отражает способность к выполнению типичной для возраста и социального статуса определенной работы (профессиональные обязанности, домашнее хозяйство). По опроснику определяют фактор физической боли, который может вызывать ограничение обычной активности пациента. Шкала ОЗ оценивает субъективное восприятие состояния предыдущего, настоящего и позволяет определить его перспективы.

Шкала жизнеспособности отражает ощущение внутренней энергии, отсутствие усталости, желание энергичных действий. Социальный аспект определяет способность к развитию, полноценному общению (семья, близкие, коллеги и др.). РЭФ отражает эмоциональный статус больного, влияние эмоций на повседневные занятия, отношения с окружающими. Оценива-

ется наличие или отсутствие проблем на работе и в сфере привычной деятельности. Шкала ПЗ выявляет степень невротизации, склонность к депрессивным состояниям, ощущение счастья, умиротворения, душевного покоя. Ответы на вопросы кодируют в баллах от 0 до 100. Большое количество баллов соответствует более высокому уровню КЖ. Физический компонент здоровья оценивают по шкалам ФФ, РФ, Б, ОЗ; психический — ЖЗ, СФ, ЭР, ПЗ. Учет КЖ позволит добиться лучших результатов лечения больных, целью которого является сохранение и укрепление здоровья в условиях психоэмоционального и социального благополучия.

Оценка КЖ выявила существенное его ухудшение у больных ХП и самое главное — ухудшение КЖ у молодых пациентов более выраженное, чем у пожилых с очевидными экономическими последствиями для общества [4, 7, 12, 13]. Среди различных клинических симптомов, связанных с ХП, только боли удалось существенно повлиять на все восемь шкал SF-36, тем самым подтвердив, что боль является показателем, на который нужно воздействовать, чтобы улучшить КЖ больных ХП. В некоторых исследованиях используется сокращенная версия опросника SF-36 — SF-12, которая состоит из 12 вопросов и является хорошей альтернативой SF-36 для оценки КЖ больных ХП [11].

Цель исследования: оценить уровень КЖ и его динамику под влиянием лечения у больных ХП с использованием опросника SF-36.

Материалы и методы

У пациентов с ХП до и после лечения для оценки КЖ проводили опрос с помощью российской версии опросника SF-36, которая была разработана исследователями Межнационального центра исследования качества жизни (МЦИКЖ, г. Санкт-Петербург) и усовершенствована по формату и процедуре шкалирования [4]. Кроме того, для оценки эффективности лечения дополнительно применяли разработанный нами опросник (табл. 1).

Обследованы 72 больных ХП, которые делились на группы согласно Марсельско-Римской классификации

Таблица 1

Опросник, разработанный для определения эффективности лечения больных ХП

Показатель	До лечения	После лечения
1	2	3
1. Боль в верхней половине живота	Не было боли Была → { а) незначительная; б) умеренная; в) выраженная	Нет боли Есть → { а) незначительная; б) умеренная; в) выраженная
2. Вздутие живота	Не было Было → { а) незначительное; б) умеренное; в) выраженное	Нет Есть → { а) незначительное; б) умеренное; в) выраженное
3. Урчание в животе	Не было Было → { а) незначительное; б) умеренное; в) выраженное	Нет Есть → { а) незначительное; б) умеренное; в) выраженное
4. Другие жалобы (обусловленные ХП), если были. Если не было, перейдите к следующему пункту	Конкретизируйте _____ Охарактеризуйте их в целом как: а) незначительные; б) умеренные; в) значительные	Конкретизируйте _____ Охарактеризуйте их в целом как: а) незначительные; б) умеренные; в) значительные
5. Оцените, насколько Ваши жалобы, связанные с ХП, нарушают (мешают) Ваш обычный образ жизни	Не было жалоб _____ Были жалобы и проявления ХП (охарактеризуйте их выраженность): <input type="checkbox"/> не выражены и можно на них не обращать внимания; <input type="checkbox"/> незначительно нарушают активность в течение дня; <input type="checkbox"/> умеренно нарушают активность в течение дня; <input type="checkbox"/> значительно нарушают активность в течение дня	Нет жалоб _____ Есть жалобы и проявления ХП (охарактеризуйте их выраженность): <input type="checkbox"/> не выражены и можно на них не обращать внимания; <input type="checkbox"/> незначительно нарушают активность в течение дня; <input type="checkbox"/> умеренно нарушают активность в течение дня; <input type="checkbox"/> значительно нарушают активность в течение дня
6. Как Вы эмоционально воспринимаете свою болезнь — ХП? Подчеркните ответ, что наиболее отвечает в колонках до и после лечения	Не беспокоит эмоционально _____ Беспокоит эмоционально: а) незначительно; б) умеренно; в) значительно	Не беспокоит эмоционально _____ Беспокоит эмоционально: а) незначительно; б) умеренно; в) значительно
7. Как ХП влияет на качество Вашей жизни?	Не влияет (не ухудшает) Ухудшает: а) незначительно; б) умеренно; в) значительно	Не влияет (= не ухудшает) Ухудшает: а) незначительно; б) умеренно; в) значительно

(1986): I группу составили 11 больных (15,3%) обструктивной формой ХП, II — 15 пациентов (20,8%) кальцифицирующей, III — 27 больных (37,5%) фиброзно-паренхиматозной, IV — 19 пациентов (26,4%) с ХП, осложненным псевдокистой. Среди пациентов 13 (18,1%) были женщины и 59 (81,9%) — мужчины. Средний возраст пациентов — $(45,9 \pm 1,9)$ лет. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с основной группой.

Анализ клинической картины заболевания и показателей больных ХП осуществляли в динамике — до начала и после проведенного лечения. Исследования проводились с соблюдением основных положений об этических принципах проведения научных медицинских исследований с участием человека (1964–2000). Карта исследований и форма информированного согласия пациента одобрены комиссией по вопросам биомедицинской этики ГУ «Институт

гастроэнтерологии» НАМН Украины. Статистическая обработка полученных данных выполнялась с использованием стандартных пакетов программ Microsoft Excel и программ для обработки анкеты SF-36 и Statistica for Windows.

Результаты исследования

При сравнении показателей КЖ больных ХП с группой здоровых людей установлено, что заболевание ухудшает КЖ больных, воздействуя на все уровни жизнедеятельности: физический, эмоциональный, ролевой, психологический, социального функционирования. Установлено, что ФФ у больных ХП составляло $61,97 \pm 2,90$ балла, что значительно ниже, чем у группы здоровых лиц ($98,50 \pm 1,06$ балла) ($p < 0,05$). Низкие показатели по этой шкале указывают на то, что физическая активность у пациентов значительно ограничена состоянием их здоровья. Анализ РФФ показал, что этот показатель равнялся $21,15 \pm 4,18$ балла, соответственно

в контрольной группе — $86,3 \pm 12,3$ балла ($p < 0,05$). Высшему показателю соответствуют меньшие ограничения в повседневной жизнедеятельности за счет физических проблем.

Фактор физической боли (Б) составил $43,43 \pm 3,14$ балла у больных ХП, у здоровых — $86,4 \pm 7,30$ балла ($p < 0,05$) и отражал его влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу дома и за его пределами. Низкие показатели по этой шкале говорят о том, что боль значительно ограничивает активность больных ХП.

ОЗ больные ХП оценили ниже, чем практически здоровые: $46,23 \pm 2,10$ и $75,4 \pm 5,90$ балла соответственно ($p < 0,05$). Комплексная оценка физического компонента здоровья, который находит отражение в ФФ, РФФ, Б и ОЗ, показала, что он составлял $43,20 \pm 8,41$ балла, что достоверно ниже, чем в группе здоровых — $86,65 \pm 4,72$ балла.

Жизнеспособность (Ж) как субъективная оценка респондентом своего

Таблица 2
Характеристика КЖ больных ХП по группам (в баллах)

Показатель	Группа			
	I (n = 11) M ± m	II (n = 15) M ± m	III (n = 27) M ± m	IV (n = 19) M ± m
ФФ	67,5 ± 6,8	65,9 ± 6,4	53,5 ± 4,7	71,9 ± 5,2 χ
РФФ	13,6 ± 7,8	15,0 ± 7,2	15,7 ± 5,7	39,5 ± 10,4*
Б	38,3 ± 5,0	37,4 ± 5,9	39,5 ± 4,3	53,3 ± 5,6#
ОЗ	45,5 ± 3,1	49,3 ± 4,8	42,6 ± 3,1	49,3 ± 4,1
Ж	45,9 ± 5,8	41,7 ± 4,1	36,5 ± 4,2	46,8 ± 5,0
СФ	51,1 ± 9,5	44,2 ± 4,5	44,0 ± 4,9	68,2 ± 5,8 \times
РЭФ	30,3 ± 12,3	28,9 ± 8,5	38,3 ± 7,9	42,1 ± 10,2
ПЗ	48,0 ± 4,9	49,1 ± 4,8	43,3 ± 4,9	53,3 ± 4,6

Примечания: χ — достоверность разницы показателей IV и III групп ($p = 0,006$); * — достоверность разницы показателей IV с I ($p = 0,028$), II ($p = 0,024$), III ($p = 0,027$) группами; # — достоверность разницы показателей IV с I ($p = 0,03$), II ($p = 0,002$), III ($p = 0,001$) группами; \times — достоверность разницы показателей IV группы с II ($p = 0,002$), III ($p = 0,001$) группами.

жизненного тонуса (энергия, желание энергичных действий и др.) за последние четыре недели, ощущение себя полным сил и энергии или, наоборот, обессиленным, у больных ХП снижена до $42,08 \pm 2,62$ балла по сравнению с аналогичным показателем у практически здоровых лиц — $69,30 \pm 5,04$ балла ($p < 0,05$).

Показатель СФ, который определяет, в какой мере физическое или эмоциональное состояние ограничивает общение с друзьями, коллегами по работе, родными, составил $48,0 \pm 3,29$ балла у больных ХП и $80,0 \pm 8,60$ балла ($p < 0,05$) у здоровых. Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния у больных ХП.

Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭФ) — это субъективная оценка больным степени ограничения своей будничной деятельности, обусловленной эмоциональными проблемами. Этот показатель был значительно сниженным у пациентов ХП — $32,82 \pm 4,93$ против $81,70 \pm 14,80$ балла у практически здоровых лиц ($p < 0,05$).

Снижались также показатели ПЗ у больных ХП по сравнению со здоровыми — $49,23 \pm 2,81$ против $70,20 \pm 6,30$ балла ($p < 0,05$) соответственно. Низкие показатели говорят о наличии депрессивных, тревожных волнений, психического неблагополучия у больных ХП.

Комплексная оценка психического компонента здоровья, который составляют Ж, СФ, РЭФ, ПЗ, показала, что

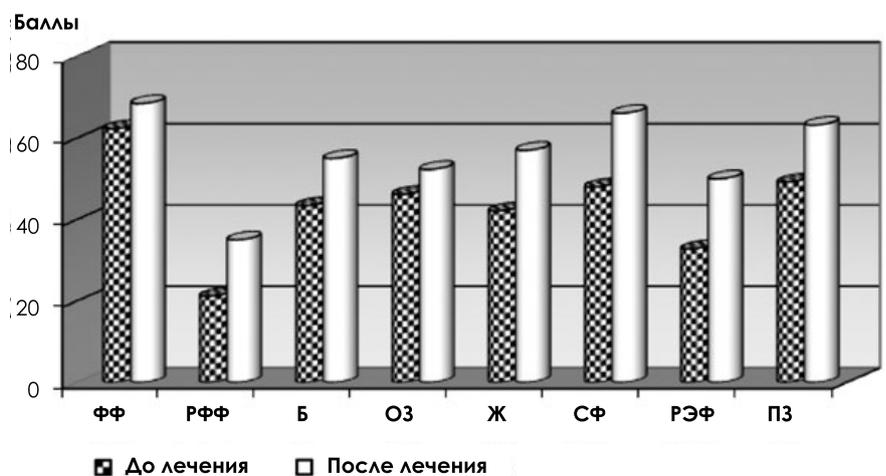


Рисунок 1. Показатели качества жизни больных ХП в динамике лечения.

он значительно ниже по сравнению с группой здоровых — $43,03 \pm 3,74$ против $75,30 \pm 3,23$ балла ($p < 0,05$).

Анализ в группах больных различными формами ХП показал, что КЖ по физическому компоненту здоровья, который составляют ФФ, РФФ, Б и СЗ, было достоверно ниже во всех группах больных ($41,2 \pm 11,1$; $41,9 \pm 10,7$; $37,8 \pm 8,0$; $53,5 \pm 6,8$ балла соответственно), чем в группе здоровых ($86,65 \pm 4,72$) ($p < 0,05$) и не имело достоверных различий между группами (табл. 2).

Аналогичная ситуация определялась в группах больных и по психическому компоненту здоровья (Ж, СФ, РЭФ, ПЗ) — он был значительно ниже по сравнению с группой здоровых — $43,8 \pm 4,6$; $41,0 \pm 4,3$; $40,5 \pm 1,9$; $52,6 \pm 5,7$ балла соответственно против $75,30 \pm 3,23$ балла ($p < 0,05$) и не имел достоверных различий между группами. Лишь по отдельным показателям (ФФ, РФФ,

Б, СФ) установлен более высокий уровень качества жизни у больных IV группы, что объяснялось менее длительным анамнезом заболевания.

После лечения КЖ больных, которое мы изучали с применением опросника SF-36 и разработанного нами опросника, улучшилось. Показатели КЖ больных ХП после лечения представлены на рис. 1.

Так, в результате лечения достоверно повышались показатели физического компонента здоровья — $52,3 \pm 6,7$ против $43,2 \pm 8,4$ балла до лечения ($p < 0,05$). Улучшение КЖ по физическому компоненту происходило за счет достоверного улучшения показателя ОЗ: $52,9 \pm 3,5$ против $46,2 \pm 2,1$ балла до лечения ($p < 0,05$). По другим шкалам (РФФ, ФФ, Б) отмечалась тенденция к улучшению КЖ больных, но достоверных различий показателей не выявлено.

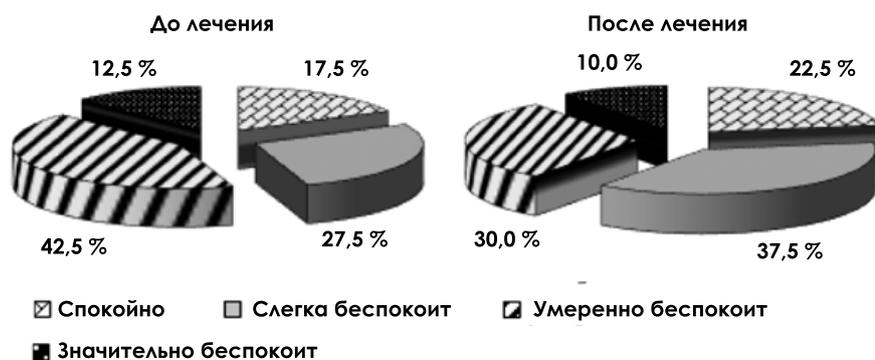


Рисунок 2. Эмоциональное восприятие своей болезни пациентами.

Показатель ПЗ также достоверно повысился: $57,5 \pm 4,9$ против $43,0 \pm 3,7$ балла до лечения ($p < 0,05$). Улучшение КЖ по психологическому компоненту происходило за счет достоверного улучшения показателей Ж, СФ, ПЗ: $57,0 \pm 4,0$ против $42,1 \pm 2,6$ балла до лечения ($p < 0,05$), $66,1 \pm 4,5$ против $48,0 \pm 3,3$ балла до лечения ($p < 0,05$), $63,2 \pm 3,5$ против $49,2 \pm 2,8$ балла до лечения ($p < 0,05$) соответственно. По шкале РЭФ отмечалась тенденция к улучшению КЖ больных, но достоверных различий показателей не выявлено. Анализ показателей в группах больных различными формами ХП показал, что КЖ после лечения не имело достоверных отличий по группам больных.

Также мы проанализировали субъективную оценку больными уровня здоровья по сравнению с прошлым годом. Так, если до лечения уровень здоровья по сравнению с прошлым годом оценивался больными в среднем на $34,6 \pm 3,9$ балла, то после лечения он вырос в 2,1 раза и составил $74,1 \pm 5,1$ балла ($p < 0,0001$).

Нами был разработан и использован специфический опросник для исследования КЖ, которое обусловлено наличием именно ХП. Он содержал вопрос о влиянии заболевания на КЖ пациента в целом и вопросы о жалобах (боль в левом подреберье, опоясывающая боль, вздутие живота и др.), обусловленных наличием ХП. Также больные самостоятельно оценивали, насколько им мешают жалобы, связанные с ХП, в повседневной жизни, как эмоционально они воспринимают свою болезнь (ответы варьировали от «спокойно» до «значительно эмоционально беспокоит»). Анализ данных опроса показал, что в процессе лечения наблюдается по-

ложительная динамика. Так, значительно выраженная боль до лечения была у 27,5% проанкетированных больных, умеренно выраженная — у 55,0%, незначительно выраженная — у 12,5%. После лечения пациенты отмечали лишь умеренно выраженную боль у 32,5% больных и у 42,5% — значительную, у остальных боли не было. Аналогично значительно меньше стали беспокоить вздутие и урчание в животе.

Все эти факты нашли отражение и в том, насколько жалобы больных ХП мешают их повседневному образу жизни и ухудшают КЖ. Так, после лечения только 5,0% больных отметили значительное негативное влияние заболевания на КЖ против 37,5% до начала лечения. Процент пациентов, у которых заболевание не ухудшало или незначительно ухудшало КЖ, вырос с 7,5 до 15,0% и с 30,0 до 42,5% соответственно.

Невыраженные жалобы, на которые можно не обращать внимания, отметили 32,5% проанкетированных до лечения против 52,4% после лечения. Умеренные жалобы и проявления ХП, которые не могут быть не замечены, но не нарушают привычный ритм жизни, отметили до лечения 35,0% больных ХП против 42,5% пациентов после лечения. В то же время значительные проблемы и жалобы, которые значительно нарушают активность и ритм жизни пациента в течение суток, отметили 32,5% проанкетированных до и 5,0% после лечения. Таким образом, установлена положительная динамика в жалобах, их самооценке пациентами и их влиянии на повседневный стиль жизни.

По эмоциональному восприятию пациентами заболевания ситуация улучшилась, но не так значительно (рис. 2). Так, ХП эмоционально зна-

чительно беспокоил 12,5% пациентов до лечения против 10,0% после лечения, умеренно — 42,5 и 30,0%, слегка — 27,5 и 37,5% соответственно, а 17,5% больных до лечения относились к своему заболеванию эмоционально спокойно, после лечения этот показатель вырос до 22,5%.

Таким образом, после лечения существенно улучшалось КЖ больных как по показателям физического, так и социального здоровья; у больных повышались общий тонус и физическая активность днем, улучшался сон ночью. Исследование КЖ больных ХП является актуальной задачей и представляет научный и практический интерес и может быть использовано для оценки эффективности заболевания.

Список литературы

1. Бримкулов Н. Н., Сенкевич Н. Ю., Калиева А. Д. Применение опросника SF-36 для оценки качества жизни // Центральноазиатский медицинский журнал. — 1998. — № 4-5. — С. 236-241.
2. Губергриц Н. Б., Христич Т. Н. Клиническая панкреатология. — Донецк: ООО «Лебедь», 2013. — 236 с.
3. Коваль В. Ю., Архий Е. И., Болдижар О. О. Особенности хронических панкреатитов в Закарпатье // Гастроэнтерология. — 2013. — № 3 (49). — С. 3-12
4. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — М.: Олма-Медиа групп. — 2007. — 320 с.
5. Хатьков И. Е. Российский консенсус по диагностике и лечению хронического панкреатита / Хатьков И. Е., Маев И. В., Абдулхаков С. Р. и др. // Терапевтический архив. — 2017. — Т. 89. № 2. — С. 105-113.
6. Ito T., H. Ishiguro, H. Ohara et al. Evidence-based clinical practice guidelines for chronic pancreatitis 2015 // J. Gastroenterol. — 2016. — Vol. 51 (2). — P. 85-92.
7. Jonsdottir T., Aspelund T., Jonsdottir H. et al. The relationship between chronic pain pattern, interference with life and health-related quality of life in a nationwide community sample. // Pain Manag Nurs. — 2014. — Vol. 15. — P. 641-51.
8. Machicado J. D., Chari S. T., Timmons L., Tang G. et al. A population-based evaluation of the natural history of chronic pancreatitis // Pancreatology. — 2018. — Vol. 18, No 1. — P. 39-45.
9. Machicado J. D., Amann S. T., Anderson M. A., Abberbock J. 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. — Vol. 112 (4). P. 633-642. doi:10.1038/ajg.2017.42.
10. Pezzilli R., Fantini L., Calculli L. The Quality of Life in Chronic Pancreatitis: The Clinical Point of View // J. Pancreas (Online). — 2006. — Vol. 7 (1 Suppl.). — P. 113-116.
11. Pezzilli R., Morselli-Labate A. M., Frulloni L., et al. The quality of life in patients with chronic pancreatitis evaluated using the SF-12 questionnaire: a comparative study with the SF-36 questionnaire. // Dig Liver Dis. — 2006. — Vol. 38. — P. 109-15.
12. Wehler M., Reulbach U., Nichterlein R. et al. Health-related quality of life in chronic pancreatitis: a psychometric assessment // Scand. J. Gastroenterol. — 2003. — Vol. 38. — P. 1083-9.
13. Wilcox CM, Yadav D, Ye T, et al. Chronic pancreatitis pain pattern and severity are independent of abdominal imaging findings. // Clin Gastroenterol Hepatol. — 2015. — Vol. 13. — P. 552-60.

