УДК 616.3
DOI: 10.56871/UTJ.2025.84.73.006

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КОМБАТАНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

© Михаил Викторович Соловьев, Вероника Евгеньевна Агеева, Анна Сергеевна Залевская

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова. 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, Российская Федерация

Контактная информация: Михаил Викторович Соловьев — к.м.н., старший преподаватель кафедры госпитальной терапии. E-mail: ageeva.veronika2001@mail.ru SPIN: 1774-3521

Для цитирования: Соловьев М.В., Агеева В.Е., Залевская А.С. Качество жизни комбатантов с сопутствующей гастроэнтерологической патологией. University Therapeutic Journal. 2025;7(2):73–83.
DOI: https://doi.org/10.56871/UTJ.2025.84.73.006

Поступила: 22.02.2025 ***Одобрена: 28.03.2025*** ***Принята к печати: 05.05.2025***

РЕЗЮМЕ. ***Введение.*** В условиях современного вооруженного конфликта основное внимание врачей сконцентрировано на диагностике и лечении хирургической патологии, при этом терапевтические проблемы, в том числе гастроэнтерологические, незаслуженно относят к второстепенным. Посттравматический стрессовый синдром развивается у большинства (до 90%) участников военных конфликтов, создавая условия для развития психических расстройств. У значительной части данные расстройства хронизируются и соматизируются, в том числе по профилю желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). ***Цель исследования*** — комплексно охарактеризовать качество жизни легкораненых комбатантов, имеющих признаки гастроэнтерологической патологии. ***Материалы и методы.*** Обследовано 40 пациентов: 20 комбатантов и 20 некомбатантов. Медиана возраста составила 34 [28; 40] года и 26 [24; 45] лет соответственно. Испытуемые сопоставимы по соматическому статусу и нозологическим характеристикам. Диагноз верифицирован посредством комплексного обследования с использованием рутинных лабораторно-инструментальных методов. В качестве инструмента оценки качества жизни использованы три опросника: SF-36, GSRS, HADS. Результаты систематизированы с использованием описательной непараметрической статистики с последующей интерпретацией. Средние значения показателей и их дисперсии представлены в виде медианы, верхнего и нижнего квартиля. Сравнение относительных величин частоты событий в двух независимых выборках проведено с помощью статистического критерия Манна–Уитни. Взаимосвязь между показателями рассчитана с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Результаты представлены в виде таблиц и диаграмм размаха, отображающих одномерное распределение вероятностей. ***Результаты.*** Выявлено, что участники контрольной группы обладали лучшим физическим состоянием, психоэмоциональным благополучием и качеством жизни, связанным со здоровьем, по сравнению с группой исследования, вследствие приобретенной комбатантами соматизированной депрессии. ***Выводы.*** Пациенты — участники вооруженного конфликта характеризуются более низким качеством жизни за счет гастроэнтерологической соматизации депрессивного состояния. Важной составляющей снижения качества жизни является недостаточный терапевтический учет соматического и психоэмоционального состояния комбатантов с функциональной и органической патологией желудочно-кишечного тракта.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: качество жизни, гастроэнтерологическая патология, функциональная патология желудочно-кишечного тракта, опросники качества жизни, SF-36, GSRS, HADS, боевой стресс

QUALITY OF LIFE OF COMBATANTS WITH CONCOMITANT GASTROENTEROLOGICAL PATHOLOGY

© Mikhail V. Soloviev, Veronika Ye. Ageeva, Anna S. Zalevskaya

Military Medical Academy named after S.M. Kirov. 6 Academician Lebedev str., Saint Petersburg 194044 Russian Federation

Contact information: Mikhail V. Soloviev — Candidate of Medical Sciences, Senior Lecturer at the Department of Hospital Therapy. E-mail: ageeva.veronika2001@mail.ru SPIN: 1774-3521

For citation: Soloviev MV, Ageeva VYe, Zalevskaya AS. Quality of life of combatants with concomitant gastroenterological pathology. University Therapeutic Journal. 2025;7(2):73–83.
DOI: https://doi.org/10.56871/UTJ.2025.84.73.006

Received: 22.02.2024 ***Revised: 28.03.2025*** ***Accepted: 05.05.2025***

ABSTRACT. ***Introduction.*** In the context of a modern military conflict, the main attention of doctors is focused on the diagnosis and treatment of surgical pathology, while therapeutic problems, including gastroenterological ones, are undeservedly considered secondary. Post-traumatic stress syndrome develops in the majority (up to 90%) of participants in military conflicts, creating conditions for the development of mental disorders. In a significant number of them, these disorders become chronic and somatized, including in the gastrointestinal tract. ***The aim*** — to comprehensively characterize the quality of life of lightly wounded combatants with signs of gastrointestinal pathology. ***Materials and methods.*** 40 patients were examined: 20 combatants and 20 non-combatants. The median age was 34 [28; 40] years and 26 [24; 45] years, respectively. The subjects were comparable in somatic status and nosological characteristics. The diagnosis was verified by a comprehensive examination using routine laboratory and instrumental methods. Three questionnaires were used as a tool for assessing the quality of life: SF-36, GSRS, HADS. The results are systematized using descriptive nonparametric statistics with subsequent interpretation. The average values of the indicators and their variances are presented as a median, upper and lower quartile. Comparison of two independent samples was carried out using the Mann-Whitney statistical criterion. The relationship between the indicators was calculated using the Spearman rank correlation coefficient. The results are presented in the form of tables and boxplots, displaying the one-dimensional probability distribution. ***Results.*** It was revealed that the participants of the control group had a better physical condition, psychoemotional well-being and health-related quality of life, compared with the study group, due to acquired subclinical somatized depression. ***Conclusions.*** Patients — combatants are characterized by a lower quality of life, due to the somatization of gastroenterological pathology against the background of depression. An important component of the decrease in quality of life is insufficient therapeutic consideration of the somatic and psycho-emotional state of combatants with functional and organic pathology of the gastrointestinal tract.

KEYWORDS: quality of life, gastroenterological pathology, functional gastrointestinal pathology, quality of life questionnaires, SF-36, GSRS, HADS, combat stress

ВВЕДЕНИЕ

Качество жизни (КЖ) — это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии и способности адаптироваться к проявлениям болезни [1]. В последние десятилетия в медицинской практике обширно используется оценка качества жизни. История исследований КЖ в медицине начинается с 1949 г. в США на примере онкологических больных. В отечественной гастроэнтерологической практике

определение качества жизни используется с 90-х годов прошлого века [1]. В современной медицинской практике получил широкое распространение термин «качество жизни, связанное со здоровьем» (Health-Related Quality of Life), который отображает параметры, связанные и не связанные с заболеванием, а также позволяет определить влияние болезни на психологическое, эмоциональное, социальное и физическое состояние больного [1]. Стандартизированные опросники, составленные при помощи психометрических методов, являются основным инструментом для оценки качества жизни. Существуют общие опросники для определения КЖ, такие как SF-36 (The Short Form Health Survey), World Health Organization's Quality of Life (WHOQoL 100), Sickness Impact Profile, Nottingham Health Profile, European Quality of Life Questionnaire (EuroQoL-5D) и специальные опросники, предназначенные для группы пациентов с определенной нозологической патологией: Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS), Arthritis Impact Measurement Scale, Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Общие опросники позволяют оценить КЖ как у здоровых, так и у пациентов с нозологически различающейся патологией. Более таксономически чувствительными являются специальные опросники КЖ для конкретных нозологических форм, но они не всегда позволяют сравнить результаты групп пациентов с различными заболеваниями. Патология желудочно-кишечного тракта, раневая болезнь и посттравматическое стрессовое расстройство состоят в сложных отношениях взаимовлияния и взаимообусловленности. Абдоминальные боли, диспепсическая симптоматика существенно ограничивают повседневную деятельность, в том числе социальную и трудовую [2, 3]. Негативная сенсорная афферентация вкупе с фрустрацией потребностей таких пациентов приводит к развитию нарушений эмоционального статуса и снижению ресурсообеспечения деятельности таких больных. Однако чаще наблюдается обратное: негативное влияние психоэмоционального состояния и острого либо хронического стресса на структуру и функции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [4], приводящее к хронизации и соматизации заболеваний [5]. При этом у части больных развиваются функциональные нарушения, у других проявляется новая либо утяжеляется течение уже имеющейся органической патологии ЖКТ [6]. Ярким примером подобной ситуации является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) у участников специальной военной операции, встречающееся в 90% случаев [7]. У значительного числа лиц с ПТСР по прошествии витальной опасности параметры функционирования компенсаторных механизмов организма не возвращаются к исходному уровню. В трудах профессоров А.А. Новицкого [8], С.Н. Шуленина [9] изложена концепция синдрома хронического эколого-профессионального перенапряжения (ХЭПП), включающая в себя полиморбидность проявлений: физическое и нервное истощение, диспептические проявления, депрессию, подавление иммунной системы и отрицательное влияние на наследственность. В условиях хронического боевого стресса происходит активация свободно-радикального окисления липидов и снижение антиоксидантной защиты организма [9], гиперкатехоламинемии, повышение синтеза эндогенного кортизола, уменьшение синтеза и тканевых эффектов инсулина, что зачастую приводит в последующем к существенной напряженности адаптивных реакций организма [8], а в ряде случаев и декомпенсации нарушений. Все вышеперечисленные факторы способствуют развитию иммунодефицита и являются основой для хронического поражения слизистой, мышечной оболочек и автономных нервных структур ЖКТ. Основными клинико-психологическими особенностями травм у участников боевых действий являются расстройства адаптации (F43) [10], тревожные и депрессивные проявления различной выраженности и стойкости, когнитивные нарушения [11, 12], что существенно снижает качество жизни таких пациентов [13].

ЦЕЛЬ

Изучение и сравнение параметров качества жизни лиц — участников локального военного конфликта, предъявляющих жалобы гастроэнтерологического профиля, и пациентов с наличием гастроэнтерологических жалоб без опыта участия в боевых действиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 40 пациентов мужского пола в возрасте 29 [25;40] лет. В условиях клинической базы кафедры госпитальной терапии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова (филиал № 5442, военный клинический госпиталь) наблюдались 20 человек

(мужчины, медиана возраста 34 [28; 40] года), проходящих реабилитацию по поводу легких ранений головы, груди, живота, конечностей, выполнявших специальные задачи в условиях локального военного конфликта. В качестве контроля обследованы 20 молодых людей (медиана возраста 26 [24; 45] лет), не принимавших участие в вооруженном конфликте. Группы были сопоставимы в отношении спектра гастроэнтерологической патологии, у обследованных лиц были исключены клинически значимые заболевания дыхательной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной, эндокринной, опорно-двигательной систем. В основную группу включены испытуемые, соответствующие следующим критериям: возраст старше 18 лет, наличие гастроэнтерологической патологии, такой как синдром раздраженного кишечника, функциональная диспепсия, функциональная абдоминальная боль, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хронический неатрофический гастрит и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в фазе ремиссии; добровольное информированное согласие на заполнение опросников. В контрольную группу включались лица в соответствии со следующими критериями: возраст старше 18 лет, отсутствие в анамнезе опыта комбатанта, добровольное информированное согласие испытуемого на заполнение опросника, наличие гастроэнтерологической патологии в анамнезе и/или жалоб гастроэнтерологического профиля. Критериями исключения из исследования служили следующие признаки: возраст младше 18 лет; хирургическое вмешательство на органах ЖКТ в анамнезе; наличие хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы (нейроциркуляторная астения, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, миокардит, кардиомиопатия), дыхательной системы (хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма), заболеваний мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит, хронический гломерулонефрит, хроническая болезнь почек), эндокринной системы (гипертиреоз, гипотиреоз, сахарный диабет), опорно-двигательного аппарата (деформирующий остеоартроз, подагра, реактивный артрит), системных заболеваний соединительной ткани (ревматоидный артрит, системная красная волчанка), кишечных инфекций (шигеллез, сальмонеллез); пациенты, тяжесть состояния которых не позволяет провести рутинные диагностические процедуры. Наличие и характер гастроэнтерологической патологии устанавливали по результатам комплексного лабораторно-инструментального обследования. Иструментом изучения качества жизни служили валидизированные в России опросники SF-36, GSRS, HADS.

Опросник SF-36 (The Short Form-36) применяется при оценке качества жизни пациентов с различной патологией. Опросник достаточно широко распространен в США и странах Европы [14]. Был переведен и апробирован Институтом клинико-фармакологических исследований в г. Санкт-Петербурге. Он содержит 36 пунктов, объединенных в 8 шкал:

1. Физическое функционирование (Physical Functioning — PF) отражает способность организма пациента к выполнению физической нагрузки различной интенсивности, характера и объема.
2. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning — RP), отображает влияние физического состояния на качественные и количественные параметры повседневной деятельности.
3. Интенсивность боли (Bodily Pain — BP) отображает степень субъективного восприятия болевых ощущений, а также их влияния на рутинную трудовую и бытовую активность пациента.
4. Общее состояние здоровья (General Health — GH) — субъективная сравнительная оценка пациентом текущего состояния собственного здоровья и вектора его изменения.
5. Жизненная активность (Vitality — VT) — субъективная оценка пациентом собственных ощущений по параметрам бодрости, энергичности, усталости.
6. Социальное функционирование (Social Functioning — SF) — отражает степень воздействия состояния здоровья пациента на коммуникацию с эмоционально значимыми контрагентами (родственниками, друзьями и пр.).
7. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional — RE), отражает влияние эмоционального статуса на временны́е затраты, объем и/или качество работы либо иной повседневной деятельности.
8. Психическое здоровье (Mental Health — MH) характеризует степень соотношения положительных и отрицательных эмоций, испытываемых пациентом, и временны́х параметров их наличия.

Показатели шкал оцениваются в диапазоне от 0 до 100%, где 100% — полное здоровье, и формируют две основные группы — физическое и психологическое благополучие. Увеличение суммарного балла и значений отдельных шкал характеризуют более высокий уровень качества жизни пациента.

В качестве специального гастроэнтерологического опросника использована шкала желудочно-кишечных симптомов GSRS, которая предназначена для оценки симптомов заболеваний гастроэнтерологических пациентов, а также их качества жизни. Данный опросник состоит из 5 разделов: AP — абдоминальная боль (3 вопроса), RS — синдром гастроэзофагеального рефлюкса (2 вопроса), IS — диспепсический синдром (4 вопроса), DS — диарейный синдром (3 вопроса), CS — синдром запора (3 вопроса). В каждом вопросе 7 вариантов ответа. Анкетирование включает в себя

Таблица 1

Нозологическая характеристика исследуемых групп

Table 1

Nosological characteristics of the study groups

Патология желудочно-кишечного тракта / Gastrointestinal pathology			Группа контроля / Control group	Группа исследования / Study group
Функционального характера / Functional in nature	Расстройства функции пищевода / Disorders of the esophagus	Функциональная изжога / Functional heartburn	5	6
		Ком в пищеводе (Globus) / Lump in the esophagus (Globus)	2	4
	Гастродуоденальные расстройства / Gastroduodenal disorders	Функциональная диспепсия / Functional dyspepsia	5	3
		Аэрофагия / Aerophagia	2	2
		Чрезмерная неспецифическая отрыжка / Excessive non-specific belching	2	3
	Расстройства функции кишечника / Bowel dysfunction	Синдром раздраженного кишечника / Irritable bowel syndrome	6	5
		Функциональный запор / Functional constipation	3	5
		Функциональная диарея / Functional diarrhea	4	4
	Расстройства центрального генеза, проявляющиеся абдоминальной болью / Disorders of central genesis manifested by abdominal pain		2	3
Органического характера / Organic in nature	Неэрозивная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / Nonerosive gastroesophageal reflux disease		4	3
	Хронический неатрофический гастрит / Chronic non-atrophic gastritis		5	6
	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки / Peptic ulcer of the duodenum		1	1

15 вопросов, определяющих самочувствие пациента в соответствии со степенью проявления симптомов: не беспокоит (1 балл), почти не беспокоит (2 балла), немного беспокоит (3 балла), умеренный дискомфорт (4 балла), значительный дискомфорт (5 баллов), сильный дискомфорт (6 баллов), очень сильный дискомфорт (7 баллов) [15]. Минимальное количество (15 баллов) характеризует отсутствие гастроинтестинальной симптоматики, вызывающей беспокойство, тогда как максимальный уровень (105 баллов) характерен для выраженного дискомфорта, связанного с субъективными проявлениями патологии ЖКТ и, как следствие, низкого качества жизни.

Ввиду высокой частоты нарушений эмоциональной сферы при патологии пищеварительного тракта в качестве инструмента оценки основных негативных психологических состояний использована госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale). Она разработана для первичного выявления тревожно-депрессивных расстройств в условиях общемедицинской практики [16] и содержит 14 вопросов, сведенных в 2 шкалы: тревоги и депрессии. Минимальное и максимальное количество баллов 0 и 21 соответственно, где значения от 0 до 7 баллов — норма, от 8 до 10 баллов — субклиническая симптоматика, 11 баллов и более — клинически выраженные нарушения.

В работе была использована описательная непараметрическая статистика с дальнейшей интерпретацией. Средние значения показателей и их дисперсии представлены в виде медианы, верхнего и нижнего квартиля. Сравнение двух независимых выборок проведено с помощью статистического критерия Манна–Уитни. Взаимосвязь между показателями рассчитана с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Результаты представлены в виде таблиц и диаграмм размаха, которые отображают одномерное распределение вероятностей.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Таксономическая характеристика патологии ЖКТ у обследованных лиц дана в соответствии с актуальными международными и отечественными классификациями (Римская IV пересмотра классификация функциональных гастроинтестинальных расстройств, Киотский консенсус по хроническому гастриту). Нозологический спектр патологии ЖКТ у обследованных лиц представлен в таблице 1.

В изученных выборках превалировали исключительно функциональные заболевания органов пищеварения (80% в группе исследования и 85% в группе контроля), в большинстве случаев сочетанные (55% в группе исследования и 65% в группе контроля), у ряда пациентов имелось сочетание органической и функциональной патологии (35% в группе исследования и 30% в группе контроля).

По данным опросника SF-36, показатели качества жизни в группе исследования были статистически значимо снижены либо имели отчетливую тенденцию к снижению по всем оцениваемым параметрам жизнедеятельности (табл. 2).

Таблица 2

Неспецифическая оценка качества жизни в исследуемых группах

Table 2

Nonspecific assessment of quality of life in the study groups

Шкалы SF-36 / SF-36 scales	Me [Q25; Q75]		U-критерий Манна–Уитни / Mann–Whitney U-test
	группа контроля / control group	группа исследования / study group	
PF	95 [95; 100]	55 [36,3; 76,5]*	0,000
RP	100 [96,3; 100]	0 [0; 43,8]*	0,000
BP	90 [80; 100]	45 [22; 57]*	0,000
GH	75 [70; 85]	42,5 [35; 55]*	0,000
VT	62,5 [45; 78,8]	45 [40; 63,8]	0,072
RE	100 [67; 100]	33 [0; 67]*	0,000
MH	68 [47; 84]	62 [40; 71]	0,081

* Статистически значимое различие с группой контроля, p <0,05. / Statistically significant difference from the control group, p <0,05.

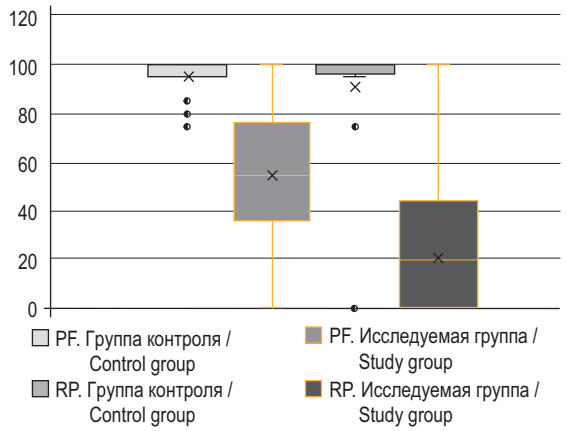


Рис. 1. Сравнение качества жизни комбатантов и некомбатантов по параметрам физического (PF) и ролевого функционирования (RP)

Fig. 1. Comparison of quality of life of combatants and non-combatants in terms of physical (PF) and role functioning (RP)

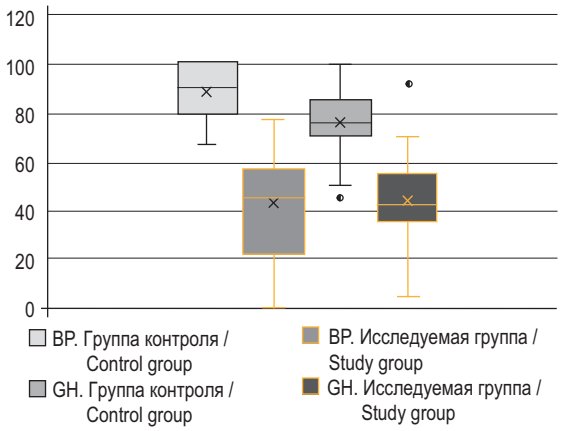


Рис. 2. Сравнение качества жизни в исследуемых группах по интенсивности боли (BP) и общему состоянию здоровья (GH)

Fig. 2. Comparison of quality of life in the study groups by pain intensity (BP) and general health (GH)

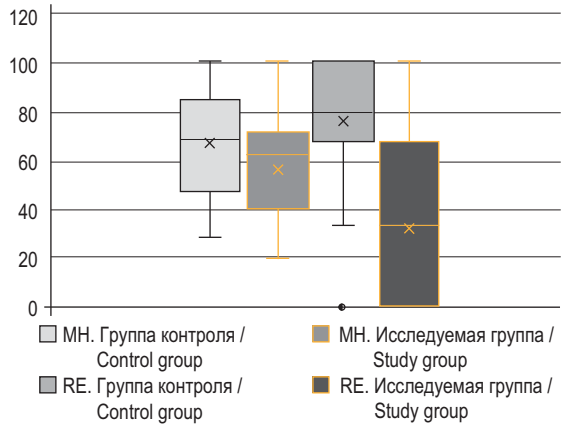


Рис. 3. Сравнение качества жизни в основной и контрольной группах по параметрам психического здоровья (MH) и ролевого функционирования (RE)

Fig. 3. Comparison of quality of life in the study and control groups in terms of mental health (MH) and role functioning (RE) parameters

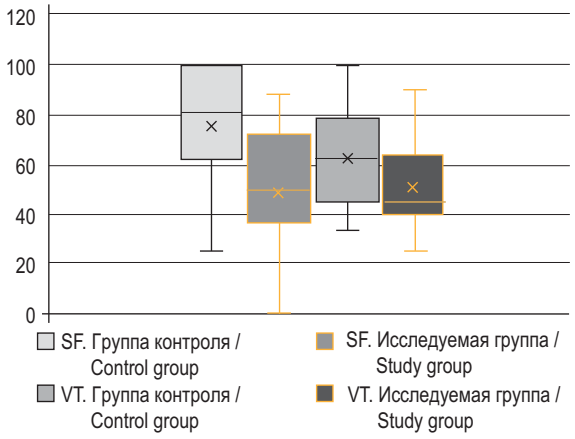


Рис. 4. Сравнение качества жизни в исследуемых группах по уровню социального функционирования (SF) и жизненной активности (VT)

Fig. 4. Comparison of quality of life in the study groups according to the level of social functioning (SF) and vital activity (VT)

Результаты сравнения групп по параметрам физического компонента здоровья приведены на рисунках 1 и 2.

Обращают на себя внимание как резкое, практически двукратное, снижение субъективно воспринимаемых физических возможностей и многократное уменьшение ролевого многообразия, фактически сводимого к минимально необходимому, так и выраженная дисперсия по данному показателю в группе исследования по сравнению с минимальным разбросом значений в группе контроля, обусловленная, вероятно, индивидуальными особенностями комбатантов.

Выраженность висцеральной боли в группе исследования воспринималась как более высокая, а общая оценка здоровья — как более низкая, несмотря на сходный спектр нозологий в изученных выборках.

Результаты сравнения групп по психологическим компонентам здоровья отражены на рисунках 3 и 4.

Сравнение групп комбатантов и некомбатантов продемонстрировало отсутствие значимых различий эмоционального восприятия состояния собственного здоровья в исследуемых выборках при наличии тенденции к преобладанию отрицательных эмоций в первой

группе, что может быть объяснено значимой ролью негативного информационного фона и вовлечением некомбатантов в текущую информационную повестку политических событий через механизмы второй сигнальной системы с интернализацией переживаний. Однако недостаточная степень фактической вовлеченности в современный вооруженный конфликт обеспечила достаточно высокий уровень ролевого функционирования в группе контроля, а отсутствие возможности волевого контроля над происходящими процессами в группе участников локального военного конфликта — значимое снижение данного показателя в первой группе.

Группа исследования, объективно ограниченная в возможности влияния на ситуацию, приведшую к изменению состояния их здоровья, демонстрировала значимое по сравнению с контролем уменьшение социальной активности и тенденцию к снижению жизненной активности.

Сравнение показателей эмоционального состояния комбатантов и некомбатантов приведено в таблице 3.

Уровень депрессии у лиц группы исследования превышал таковой в группе контроля и достигал субклинической выраженности. Показатель тревоги у лиц основной группы демонстрировал статистически незначимую тенденцию к повышению по сравнению с группой контроля, оставаясь в пределах референсного диапазона.

Следует отметить, что выраженность депрессивных изменений в группе исследования значимо превышая таковую в группе контроля, характеризовалась значительной дисперсией, что, вероятно, свидетельствует о важности индивидуальных психологических характеристик личности в формировании собственного эмоционального отношения к условиям существования при наличии болезненных проявлений.

Характеристика качества жизни, ассоциированного с гастроинтестинальным заболеванием, приведена в таблице 4.

Субъективная тяжесть гастроэнтерологической симптоматики в группе исследования превышала таковую в группе контроля более чем на треть как по суммарному баллу, так и

Таблица 3

Показатели эмоциональной сферы у лиц основной и контрольной групп

Table 3

Indicators of the emotional sphere in persons of the main and control groups

Показатели / Indicators	Me [Q25; Q75]		U-критерий Манна–Уитни / Mann–Whitney U-test
	группа контроля / control group	группа исследования / study group	
Тревога / Anxiety	4,5 [3,3; 7]	6,5 [3,3; 8]	0,242
Депрессия / Depression	3[2; 4]	8 [4,3; 12]*	0,001

* Статистически значимое различие с группой контроля, p <0,05. / Statistically significant difference from the control group, p <0,05.

Таблица 4

Показатели качества жизни гастроэнтерологических больных комбатантов и некомбатантов

Table 4

Indicators of the quality of life of gastroenterological patients of combatants and non-combatants

Показатели / Indicators	Me [Q25; Q75]		U-критерий Манна–Уитни / Mann–Whitney U-test
	группа контроля / control group	группа исследования / study group	
AP	3,5 [3; 6]	6 [3,5; 8,75]*	0,049
RS	3 [2; 5]	4 [2; 8]	0,211
IS	5 [4; 8,25]	9 [5; 14,5]*	0,035
DS	3 [3; 4]	4 [3; 6,75]	0,068
CS	3 [3; 5,75]	3,5 [3; 6,5]	0,383
Общий балл	21 [17,5; 24,75]	31,5 [23; 38]*	0,012

* Статистически значимое различие с группой контроля, p <0,05. / Statistically significant difference from the control group, p <0,05.

по шкалам абдоминальной боли и выраженности диспепсического синдрома. Прочие показатели в группе исследования демонстрировали сходную тенденцию, но были статистически незначимы, что можно объяснить малым объемом выборки. Значимых различий по показателям, характеризующим субъективное восприятие моторно-эвакуаторных нарушений гастроэзофагеального и кишечного сегмента пищеварительного тракта, получено не было, при этом следует отметить меньшую дисперсию показателей и тенденцию к меньшей выраженности субъективного восприятия нарушений функции кишечника в контрольной группе. При этом выраженность восприятия абдоминальной боли и диспепсических проявлений в группе исследования отчетливо и статистически значимо превышали таковые в группе контроля, что негативно сказалось и на общей оценке благополучия желудочно-кишечного тракта у обследуемых комбатантов.

Группы исследования и контроля имели особенности спектра ассоциаций показателей неспецифической, гастроэнтерологической и эмоциональной оценки качества жизни (табл. 5). В частности, в группе исследования уровень тревоги коррелировал с уровнем оценки общего состояния здоровья и социального функционирования (обратная связь умеренной силы), в то время как депрессия характеризовалась умеренной обратной связью, помимо вышеуказанных показателей, с выраженностью телесной боли, жизненной активности и психического здоровья ($p < 0,05$). В отличие от основной группы в контрольной группе тревога значимо негативно ассоциирована с телесной болью (связь умеренной силы) и уровнем психического здоровья (связь умеренной силы), а ассоциации уровня депрессии ограничиваются социальным функционированием и ментальным здоровьем (обратные связи малой и умеренной силы соответственно). Неожиданной является прямая корреляционная связь умеренной силы между субъективным восприятием выраженности диарейного синдрома и общим состоянием здоровья в группе исследования при отсутствии таковой в группе контроля, что может быть объяснено преимущественно функциональным характером послабления стула, отражающим повышение тонуса парасимпатической нервной системы как более анаболически ориентированной. Отрицательные корреляции диспепсического синдрома с ролевым функционированием, обусловленным физическим состоянием, жизненной активностью и умственным здоровьем, отсутствующие в группе исследования и наличествующие в группе контроля, могут быть объяснены более активной жизненной позицией и социальной вовлеченностью последних. Аналогичной может быть причина ассоциации рефлюксного синдрома и социального функционирования, а также ментального здоровья в контрольной группе (обратные связи умеренной силы). Сложно объяснить наличие

Таблица 5

Результаты корреляционного анализа показателей шкал опросников SF-36, GSRS и HADS

Table 5

Results of correlation analysis of indicators of the scales of the SF-36, GSRS and HADS questionnaires

Группа / Group	Шкалы опросников / Questionnaire scales						
Группа исследования / Study group	SF-36	HADS-A	HADS-D	GSRS-DS	GSRS-IS	GSRS-RS	GSRS-FullScore
	BP	–0,39	–0,55*	0	0,07	–0,36	–0,04
	GH	–0,51*	–0,5*	0,58*	0,44	0,39	0,45*
	VT	–0,33	–0,55*	0,35	0,00	0,11	0,01
	SF	–0,66*	–0,53*	0,34	0,17	–0,04	0,24
	MH	–0,29	–0,59*	0,39	0,28	0,28	0,35
Группа контроля / Control group	RP	–0,44	–0,33	0,26	–0,48*	–0,03	–0,25
	BP	–0,49*	–0,31	–0,05	–0,12	–0,20	–0,11
	VT	–0,31	–0,42	0,05	–0,50*	–0,44	–0,51*
	SF	–0,41	–0,23*	0,05	–0,37	–0,59*	–0,28
	MH	–0,53*	–0,39*	0,05	–0,49*	–0,56*	–0,36

* Статистически значимое различие с группой контроля, $p < 0,05$. / Statistically significant difference from the control group, $p < 0,05$.

положительного сочетания высоких показателей гастроэнтерологического неблагополучия и общего здоровья в группе исследования иными причинами, нежели нарушением функционирования центральной нервной системы у комбатантов при наличии предсказуемой ассоциации гастроэнтерологического неблагополучия и снижения жизненной активности у лиц контрольной группы.

Анализируя полученные результаты, можно заключить, что пациенты основной группы чаще испытывают более выраженные желудочно-кишечные симптомы аффективной направленности, такие как диспепсия и абдоминальные боли, по сравнению с контрольной группой, в то время как фактически присутствующие моторно-эвакуаторные нарушения влияют на качество жизни комбатантов и некомбатантов в целом одинаково. Корреляционный анализ демонстрирует умеренную либо слабую сопряженность между клинической симптоматикой и групповой дифференциацией. В целом участники контрольной группы обладали лучшим физическим состоянием, психоэмоциональным благополучием и качеством жизни, связанным со здоровьем, по сравнению с пациентами группы исследования, вероятно, вследствие приобретенной субклинической соматизированной депрессии. Полученные результаты указывают на необходимость более глубокого изучения психоэмоционального состояния комбатантов и многопрофильного подхода к лечению пациентов, что может позволить предупредить хронизацию заболеваний и привести к повышению качества жизни участников боевых действий.

ВЫВОДЫ

1. Пациенты-комбатанты характеризуются более низким качеством жизни по основным параметрам в сравнении с некомбатантами.

2. Значимой составляющей данного снижения являются недооценка роли и отсутствие коррекции депрессивных изменений психоэмоциональной сферы участников вооруженных конфликтов, в ряде случаев отягощающих субъективное восприятие гастроинтестинальной симптоматики, манифестирующей наличествующую функциональную и органическую патологию желудочно-кишечного тракта.

3. Детализация нозологической структуры заболеваний пищеварительного тракта, их целенаправленная коррекция, а также модификация психоэмоциональной сферы раненых-комбатантов представляются важными факторами повышения качества жизни таких пациентов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие пациентов на публикацию медицинских данных.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patient for publication of relevant medical information within the manuscript.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исайкина М.А. Комплексная оценка тяжести течения, коморбидности и психологических особенностей у пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона. Автореф. дис. … канд. мед. наук. М.; 2020.
2. Кулыгина Ю.А., Осипенко М.Ф. Качество жизни больных с воспалительными заболеваниями кишечника и синдромом раздраженного кишечника: что общего? Эффективная фармакотерапия. 2023;19(8):50–54.
3. Black C.J. Drossman D.A. Talley N.J. et al. Functional gastrointestinal disorders: advances in understanding and management. Lancet. 2020;396(10263):1664–1674.

4. Золото Е.В., Айкашев С.А. Влияние стресса на организм человека. Вестник скорой помощи. 2022;3(1):10–18.
5. Зуйкова А.А., Потёмина Т.Е., Перешеин А.В. и др. Развитие психосоматической патологии после воздействия боевого стресса. Российский остеопатический журнал. 2018;3-4:71–77.
6. Плотникова Е.Ю. Грачева Т.Ю. Москвина Я.В. Влияние психосоматических факторов на течение заболеваний органов пищеварения. РМЖ. 2017;10:754–759.
7. Боярчук А.В. Исследование морально-политического и психологического состояния военнослужащих с учетом проведения СВО. Теоретические и практические аспекты развития современной науки: теория, методология, практика. Сборник научных статей по материалам XIV Международной научно-практической конференции. 2024:156–163.
8. Новицкий А.А. Синдром хронического эколого-профессионального перенапряжения и проблемы сохранения здоровья личного состава в процессе военно-профессиональной деятельности. Актуальные вопросы сердечно-сосудистой хирургии. 1994:8–18.
9. Шуленин С.Н. Неязвенные заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки у военнослужащих в условиях локальных вооруженных конфликтов. Автореф. дис… д-ра мед. наук. СПб.; 1997.
10. Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика. М.: Наука; 1981.
11. Васильева Л.С., Сливницына Н.В., Шевченко О.И. и др. Клинико-психологические особенности сочетанной травмы участников военных действий. Политравма. 2024;2:55–61.
12. Vyas K., Murphy D., Greenberg N. Cognitive biases in military personnel with and without PTSD: a systematic review. J Ment Health. 2023.
13. Пальцев А.И., Торгашов М.Н., Попова О.С. Патология желудочно-кишечного тракта и абдоминальные боли у ветеранов боевых действий. Терапевтический архив. 2013;85(2):36-42.
14. Ware JE. Jr., Sherbourne C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992;30(6):473–83.
15. Каткова А.В., Мишланов В.Ю. Сравнительная оценка эффективности вопросника GSRS и гастроэнтерологического модуля системы «электронная поликлиника». Современные проблемы науки и образования. 2019.
16. Wu Y., Levis B., Sun Y. et al. Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale Depression subscale (HADS-D) to screen for major depression: systematic review and individual participant data meta-analysis. BMJ. 2021.

REFERENCES

1. Isaykina M.A. Comprehensive assessment of the severity of the course, comorbidity and psychological characteristics in patients with ulcerative colitis and Crohn's disease. PhD thesis. Moscow; 2020. (In Russian).
2. Kulygina Yu.A., Osipenko M.F. Quality of life of patients with inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome: what do they have in common? Effective pharmacotherapy. 2023;19(8):50–54. (In Russian).
3. Black C.J., Drossman D.A., Talley N.J. et al. Functional gastrointestinal disorders: advances in understanding and management. Lancet. 2020;396(10263):1664–1674.
4. Zoloto Ye.V., Aykashev S.A. The impact of stress on the human body. Vestnik skoroy pomoshchi. 2022;3(1):10–18. (In Russian).
5. Zuikova A.A., Potemina T.E., Pereshein A.A. et al. Development of psychosomatic disorders after suffering combat stress. Russian Osteopathic Journal. 2018;3-4:71–77. (In Russian).
6. Plotnikova E.Yu., Gracheva T.Yu., Moskvina Ya.V. Influence of psychosomatic factors on the course of the digestive system diseases. RMJ. 2017;10:754–759. (In Russian).
7. Boyarchuk A.V. Study of the moral, political and psychological state of military personnel taking into account the implementation of the SVO. Vestnik nauki. 2024;156–163. (In Russian).
8. Novitskiy A.A. Syndrome of chronic ecological-professional overstrain and problems of maintaining health of personnel in the process of military-professional activity. 1994:8–18. (In Russian).
9. Shulenin S.N. Non-ulcer diseases of the stomach and duodenum in military personnel in local armed conflicts. PhD thesis. Saint Petersburg; 1997. (In Russian).
10. Meyerson F.Z. Adaptation, stress and prevention. Moscow: Nauka; 1981. (In Russian).
11. Vasil'yeva L.S., Slivnitsyna N.V., Shevchenko O.I. et al. Clinical and psychological features of combined trauma of participants in military operations. Polytrauma. 2024;2:55–61. (In Russian).
12. Vyas K., Murphy D. Greenberg N. Cognitive biases in military personnel with and without PTSD: a systematic review. J Ment Health. 2023.
13. Pal'tsev A.I., Torgashov M.N., Popova O.S. Gastrointestinal diseases and abdominal pain in combat veterans. Therapeutic Archive. 2013;85(2):36-42. (In Russian).
14. Ware JE Jr., Sherbourne C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992;30(6):473–83.
15. Katkova A.V., Mishlanov V.U. Comparative assessment of the effectiveness of the GSRS questionnaire and the gastroenterological module of the electronic polyclinic system. Modern problems of science and education. 2019. (In Russian).
16. Wu Y., Levis B., Sun Y. et al. Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale Depression subscale (HADS-D) to screen for major depression: systematic review and individual participant data meta-analysis. BMJ. 2021.