

ковому у европеоидов, страдающих той же патологией. Благоприятные генотипы в обоих полиморфизмах были ассоциированы с более тяжелым поражением печени у больных хроническим гепатитом С.

ЛИТЕРАТУРА

1. Viral hepatitis: new data on hepatitis C infection / E. Szabo [et al.] // Pathol. Oncol. Res. — 2003. — № 9. — P. 215–221.
2. Абдурахманов, Д. Т. Перспективы в лечении хронического гепатита С / Д. Т. Абдурахманов // Клиническая гепатология. — 2010. — № 3. — С. 3–9.
3. Полиморфизм гена ИЛ-28В как предиктор ответа на противовирусную терапию хронического гепатита С / Т. В. Симанкова [и др.] // Клин. фармакол. тер. — 2012. — № 21 (1). — С. 17–22.
4. Diagnosis, management and treatment of hepatitis C: An update / G. G. Marc [et al.] // Hepatology. — 2009. — Vol. 49. — P. 1335–1374.
5. Potential role for Interleukin-28B genotype in treatment decision-making in recent hepatitis C virus infection / J. Grebely [et al.] // Hepatology — 2010. — Vol. 52. — P. 1216–1224.

УДК 616.36-002-036.12-036.8

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Свенцицкая А. Л.

Научный руководитель: д.м.н., доцент *Е. Л. Красавцев*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хронический вирусный гепатит С (ХВГС) является одной из актуальных проблем современного здравоохранения в связи с широкой распространенностью, высокой частотой формирования цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы [6]. Согласно последним данным, основанным на скрининговых исследованиях, которые проводились в различных странах, около 200 млн больных страдают от ХВГС, а количество инфицированных вирусом гепатита С (НСV) достигает 500 млн человек.

Осложнения ХВГС в виде трансформации этого заболевания в цирроз печени или гепатоцеллюлярную карциному обуславливают актуальность этой проблемы, а ранняя инвалидность и высокая смертность данной категории больных свидетельствуют о его медицинском и социальном значении [6].

Общепринято в качестве критериев тяжести течения заболеваний и эффективности лечения пациентов использовать данные клинического и параклинического исследования. В современной медицине понятие «качество жизни» (КЖ) логически связано с известным определением здоровья Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и трактуется как «качество жизни, связанное со здоровьем». Сам термин «качество жизни» ВОЗ определяет как «восприятие индивидами их положения в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [3].

Изучение КЖ у больных ХВГС позволяет оценивать результативность конкретного вида лечения не только с позиций врача, но и с позиций пациента, что принципиально важно, так как их взгляды часто не совпадают. Повышение показателей КЖ является стратегической задачей лечения больных с ХВГС.

Одним из широко используемых общих опросников является краткая форма Medical Outcomes Study Short Form (SF-36), разработанная J.E. Ware с соавт. в 1988 г. [1].

Опросник был нормирован для общей популяции США и репрезентативных выборок в Австралии, Франции, Италии. В США и странах Европы были проведены исследования отдельных популяций и получены результаты по нормам для здорового населения и для групп больных с различными хроническими заболеваниями (с выделением групп по полу и возрасту) [2].

Опросник «SF-36 health status survey» — состоит из 11 разделов, результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее КЖ.

Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ [5]. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие.

Количественно оцениваются следующие показатели:

1. General Health (GH) — общее состояние здоровья — оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

2. Physical Functioning (PF) — физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т. п.).

3. Role-Physical (RP) — влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности).

4. Role-Emotional (RE) — влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т. п.).

5. Social Functioning (SF) — социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).

6. Bodily Pain (BP) — интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

7. Vitality (VT) — жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным).

8. Mental Health (MH) — самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Исследование КЖ в соответствии с требованиями научного управления клинической практикой является обязательным этапом любого клинического исследования, основанного на принципах доказательной медицины.

Цель

Оценить качество жизни у пациентов, страдающих ХВГС, находящихся на лечении в Гомельской областной инфекционной больнице; сравнить результаты исследования у мужчин и женщин.

Материал и методы исследования

В ходе исследования была составлена программа сбора статистического материала, которая включала вопросы согласно поставленным задачам, данные были сгруппированы (по полу, возрасту и диагнозу), обработаны и сведены в статистические таблицы, были вычислены статистические критерии (экстенсивный показатель, среднее арифметическое взвешенное, среднее квадратичное отклонение, коэффициент вариации, медиана, параметрический показатель t-Стьюдента), результаты были представлены графически, был осуществлен их анализ, сделаны выводы.

Было проведено обследование 40 больных ХГС (20 мужчин (средний возраст — $43,5 \pm 3,0$ года) и 20 женщин (средний возраст — $53,0 \pm 3,2$ года) в возрасте от 22 до 84 лет (средний возраст $48,0 \pm 3,3$ лет), находившихся на лечении и диспансерном наблюдении в Гомельской областной инфекционной больнице, в период с ноября 2014 г. по апрель 2015 г. ($p < 0,05$).

Диагноз ХГС устанавливали на основании клинико-эпидемиологических, биохимических, серологических (маркеры инфицирования HCV — HCV Ab, HCV Ab IgM, HCV Ab NS3-5, HCV Ab IgG методом иммуноферментного анализа), вирусологических (определение РНК HCV методом полимеразной цепной реакции (ПЦР)). Диагноз цирроз печени устанавливали на основе клинической картины декомпенсации, а также инструментальных (ультразвуковое исследование печени) данных. У всех пациентов отсутствовали в крови маркеры гепатитов А и D. Были также исключены другие диффузные заболевания печени.

Таким образом, у 32 (80 %) пациентов (из них — 17 (42,5 %) женщин, 15 (37,5 %) мужчин) из общего количества исследуемых был выставлен диагноз ХВГС, у 8 (20 %) пациентов — ХВГС, цирроз печени.

Качество жизни исследовалось с помощью адаптированного русифицированного специализированного опросника «SF-36v2™ Health Status Survey». Был проведен теоретический анализ и обобщение данных научно-методической литературы. Статистическую обработку полученных результатов производили при помощи пакета прикладных программ «Statistica» 6.0 (StatSoft, USA).

Результаты исследования и их обсуждение

По многим шкалам опросника уровень качества жизни женской группы оказался сниженным по сравнению с уровнем качества жизни у мужчин. Так, у женщин, RP (ролевое функционирование) и RE (эмоциональное функционирование) ниже более чем в 2 раза, и составляет $24,0 \pm 7,6$ и $23,4 \pm 5,2$ соответственно. Самым низким показателем КЖ группы мужчин стала социальная активность (SF) — $46,0 \pm 1,0$. Наиболее высоким показателем КЖ у женщин оказалась физическая активность (PF) — $78,0 \pm 5,4$.

Таблица 1 — Качество жизни у пациентов, страдающих ХВГС

Показатели шкалы SF-36	ХВГС n = 40 (в баллах)	ХВГС (у женщин) n = 20 (в баллах)	ХВГС (у мужчин) n = 20 (в баллах)
GH — общее восприятие здоровья	$50,6 \pm 2,8$	$46,0 \pm 4,0^{**}$	$55,5 \pm 3,4$
PF — физическая активность	$66,4 \pm 4,1$	$78,0 \pm 5,4^*$	$55,0 \pm 6,0$
RP — роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	$39,0 \pm 6,7$	$24,0 \pm 7,6^*$	$55,0 \pm 9,9$
RE — роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	$41,0 \pm 6,6$	$23,4 \pm 5,2^{**}$	$58,6 \pm 8,0$
SF — социальная активность	$41,3 \pm 2,1$	$35,7 \pm 3,2^{**}$	$46,0 \pm 1,0$
BP — физическая боль	$63,2 \pm 3,8$	$55,0 \pm 4,2^*$	$71,0 \pm 5,1$
VT — жизнеспособность	$49,3 \pm 3,9$	$40,0 \pm 4,9^{**}$	$59,0 \pm 5,1$
MH — психическое здоровье	$53,5 \pm 3,4$	$48,0 \pm 4,4^{**}$	$61,6 \pm 4,5$

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (по сравнению с мужчинами).

Качество жизни у пациентов с ХВГС в исследуемых группах было существенно снижено в преобладающем числе случаев по шкалам опросника SF-36. У данной группы пациентов резко уменьшаются физическая и социальная активность, падает эмоциональный статус, значительно понижаются субъективные оценки эмоционального состояния, настроения и, в целом, общего состояния здоровья. Опросник SF-36 оказался высокочувствительным инструментом для анализа снижения качества жизни у пациентов, страдающих ХВГС, и позволил количественно оценить различные его компоненты по 8 шкалам.

Выводы

Опросник «SF-36 health status survey» позволяет комплексно оценить качество жизни (в том числе социальные и психологические нарушения).

Результаты исследования показали, что качество жизни у пациентов с ХВГС резко снижено, проявляясь нарушением как физических, так и психоэмоциональных возможностей, причем у женщин наиболее снижен показатель эмоционального функционирования. Эмоциональная сфера личности всегда являлась предметом пристального внимания психологов. В ситуации угрозы, опасности, обиды происходят изменения в эмоциональной сфере личности, что является предпосылкой развития стрессовых реакций, следствием которых являются тревожность, невротичность, депрессия [4]. Среди обычного населения, вероятность возникновения депрессии у женщин в два раза выше, чем у мужчин. Депрессия, как одно из проявлений эмоционального функционирования, является серьезным заболеванием, которое может стать жизнеугрожающим и полностью изменить жизнь человека. Также, влияние оказывает тот факт, что средний возраст женщин больше, чем у мужчин, и составляет $53 \pm 3,2$ (у мужчин средний возраст — $43,5 \pm 3,0$).

У мужчин, в свою очередь, снижена физическая активность, по сравнению с женщинами, и составляет $55,0 \pm 6,0$ (у женщин — $78,0 \pm 5,4$). Вероятно, на данный показатель могут влиять вредные привычки (курение и употребление алкоголя), которые наиболее распространены у мужской группы населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ware, J. E. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual / J. E. Ware, M. Kosinski, S. D. Keller // The Health Institute, New England Medical Center. — Boston, Mass, 1994. — 8 p.
2. Бримкулов, Н. Н. Применение опросника SF-36 для оценки качества жизни / Н. Н. Бримкулов, Н. Ю. Сенкевич, А. Д. Калиева // Центральноеазиатский медицинский журнал. — 1998. — № 4–5. — С. 236–241.
3. Всемирный Интернет-портал [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. — 2015. — Режим доступа: <http://apps.who.int>. — Дата доступа: 13.10.2015.
4. Ковалев, Ю. В. Депрессия, клинический аспект / Ю. В. Ковалев, О. Н. Золотухина. — М.: Медицинская книга, 2001. — 144 с.
5. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. — СПб.: Нева; М.: ОЛМА-ПРЕСС: Звездный мир, 2002. — 320 с.
6. Соринсон, С. Н. Вирусные гепатиты / С.Н. Соринсон. — СПб., 1997.

УДК 616-002.5:615.2

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА НА ЖИДКИХ И ПЛОТНЫХ ПИТАТЕЛЬНЫХ СРЕДАХ

Свидерский Д. В., Евтихов А. С., Дашкевич А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *В. Н. Бондаренко*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Развитие лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ) — грозная реальность современной эпидемиологической ситуации по этому заболеванию. Первые сигналы о неблагополучии появились в конце 60-х годов [3, 4]. Тогда эта устойчивость не превышала 3,5 % и не вызывала большой тревоги. Через 15–20 лет более 20 % выделяемых штаммов МБТ оказались устойчивыми к одному или нескольким противотуберкулезным препаратам [1].

Классические методы выявления МБТ и определения их лекарственной устойчивости во многом перестают удовлетворять запросы практического здравоохранения, прежде всего из-за длительности их определения (в течение 1–3 месяцев). Такие длительные сроки получения результатов бактериологических анализов задерживают постановку диагноза и назначения адекватной терапии, что осложняет состояние больного и является существенной проблемой.

В настоящее время серьезную альтернативу классическим методам выявления МБТ и определения чувствительности на плотных средах представляет автоматизированный бульонный метод ВАСТЕС MGIT 960. Определение МБТ и их лекарственной устойчивости с его помощью представляет собой автоматизированный вариант метода пропорций и позволяет значительно сократить сроки исследований (до 21 дня). Согласно этой методике размножающаяся микробная популяция активно поглощает кислород, высвобождая флюоресцентный компонент, который начинает светиться в ультрафиолетовом излучении. Эта новая технология позволяет проводить постоянный мониторинг уровня флюоресценции, который зависит от выраженности бактериального роста. Результаты роста культуры и определения чувствительности учитываются автоматически и выдаются в распечатке [2].

Цель

Сравнение чувствительности методов определения лекарственной устойчивости (ТЛЧ) микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам первого ряда (изониазид, рифампицин, этамбутол, стрептомицин) на жидких средах в системе ВАСТЕС MGIT 960 и плотной питательной среде Левенштейна — Йенсена.

Материал и методы исследования

В ходе проведения исследования были проанализированы результаты бактериологического исследования у 214 пациентов с подтвержденным диагнозом туберкулеза легких, по результатам бактериологической лаборатории УГОТКБ в 2013–2015 гг. Среди обследован-