

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Мицура В. М.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

В настоящее время качество жизни (КЖ) больного является важным, а в ряде случаев основным, критерием определения эффективности лечения в клинических исследованиях. Качество жизни является дополнительной целью лечения пациентов при заболеваниях, ограничивающих продолжительность жизни [1]. Хронический вирусный гепатит С (ХГС) — распространенное заболевание, для которого характерно длительно малосимптомное течение и развитие в ряде случаев цирроза печени и первичного рака печени, сокращающих продолжительность жизни пациентов. Поэтому изучение качества жизни больных ХГС весьма актуально. В клинической практике для определения активности ХГС используется ряд суррогатных биохимических маркеров, прежде всего, уровень аланиновой аминотрансферазы (АЛТ), который не всегда коррелирует с морфологической активностью по данным гистологического исследования биоптатов печени [2, 3].

По сравнению со здоровыми лицами, у пациентов с ХГС показатели качества жизни снижаются, у них часто обнаруживается слабость и нарушение психики [3]. Знание о своем статусе инфицированности может также повлиять на снижение показателей качества жизни [4]. У пациентов, получавших лечение препаратами альфа-интерферона с достижением стойкого вирусологического ответа, качество жизни оказалось выше, чем у пролеченных пациентов, не ответивших на лечение [5].

Цель исследования: изучить показатели качества жизни у больных ХГС в зависимости от стадии заболевания (хронический гепатит или цирроз печени), пола, сроков с момента инфицирования, а также уровнем АЛТ.

Материалы и методы

Обследовано 168 больных ХГС, находившихся на лечении в Гомельской областной инфекционной клинической больнице в 2008–2009 годах. Среди обследованных больных было 111 мужчин (66,1 %) и 57 женщин (33,9 %). Возраст колебался от 17 до 78 лет, средний возраст $43,6 \pm 1,4$ года. У 47 больных (28,0 %) ХГС был в стадии цирроза печени. Контрольную группу составили 50 человек (30 мужчин и 20 женщин), не имеющих хронических заболеваний печени, сопоставимых с основной группой по возрасту. Для изучения качества жизни применялся стандартный опросник SF-36. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование (PF), ролевая деятельность (RP), телесная боль (BP), общее здоровье (GH), жизнеспособность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное состояние (RE) и психическое здоровье (MH). Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Все шкалы формируют два показателя: физическое благополучие (ФБ) и душевное благополучие (ДБ). Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Обработка полученных результатов проводилась с помощью программы «Statistica V.6.0». Данные в таблицах представлены как Ме (25–75 %), для сравнения применялся тест Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение

Показатели качества жизни оценивались у 50 лиц контрольной группы, а также у 121 пациента с хроническим гепатитом С (группа ХГС), и у 47 пациентов в стадии цирроза печени (группа ЦПС). Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Показатели качества жизни в контрольной группе, у больных хроническим гепатитом С и циррозом печени С

Шкалы опросника	Контроль (n=50)	ХГС (n=121)	p1-2	ЦПС (n=47)	p1-3	p2-3
1. PF	95 (85–100)	90 (75–95)	0,034	60 (45–80)	<0,001	<0,001
2. RP	75 (50–100)	50 (25–100)	0,131	0 (0–25)	<0,001	<0,001
3. BP	74 (52–100)	72 (51–100)	0,116	41 (31–52)	<0,001	<0,001
4. GH	64,5 (47–80)	50 (40–65)	<0,001	35 (30–45)	<0,001	<0,001
5. VT	60 (45–75)	60 (45–70)	0,812	35 (25–55)	<0,001	<0,001
6. SF	75 (62,5–87,5)	75 (62,5–87,5)	0,961	62,5 (37,5–75)	0,002	<0,001
7. RE	67 (0–100)	67 (33–100)	0,750	33 (0–67)	0,011	0,001
8. MH	68 (48–76)	64 (52–76)	0,781	48 (32–68)	0,001	<0,001
ФБ	54,1 (50–56,7)	52,6 (47,3–56,1)	0,098	44,8 (41,2–49,5)	<0,001	<0,001
ДБ	45,4 (41,1–51,2)	46,0 (38,8–51,6)	0,677	38,5 (33,2–46,9)	<0,001	0,001

У пациентов с ХГС качество жизни страдает умеренно. Большинство показателей по шкалам опросника были ниже, чем в контрольной группе, однако статистически значимое снижение показано лишь для двух шкал: физическое функционирование (PF) и общее здоровье (GH). У пациентов с циррозом печени отмечается статистически значимое снижение всех показателей как в сравнении с группой контроля, так и при сравнении с группой ХГС ($p < 0,011$).

Проведено сравнение показателей качества жизни отдельно у мужчин и женщин. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Показатели качества жизни у больных ХГС и ЦПС мужчин и женщин

Шкалы опросника	Муж. (n=111)	Жен. (n=57)	p
1. PF	90 (70–95)	70 (45–85)	<0,001
2. RP	50 (0–100)	25 (0–75)	0,017
3. BP	62 (41–84)	51 (32–80)	0,062
4. GH	47 (35–60)	45 (35–57)	0,841
5. VT	55 (40–70)	45 (35–60)	0,026
6. SF	75 (50–87,5)	75 (50–87,5)	0,171
7. RE	67 (33–100)	33 (0–67)	0,011
8. MH	64 (48–76)	56 (40–68)	0,011
ФБ	52,1 (45,4–55,9)	48,5 (42,0–53,4)	0,006
ДБ	46,0 (37,5–51,9)	41,9 (34,8–48,1)	0,041

У женщин, по сравнению с мужчинами, ниже показатели физического функционирования и ролевой деятельности, жизнеспособности, эмоционального состояния и психического здоровья, а также интегральные показатели физического и душевного благополучия. Также сравнивались показатели качества жизни в зависимости от времени с момента инфицирования. Год инфицирования считался как начало употребления наркотиков, гемотрансфузии, или иные массивные инвазивные вмешательства. При выражении времени возможного инфицирования в виде диапазона, за год инфицирования считалась середина диапазона. Из анализа исключены пациенты с циррозом печени. У 105 пациентов с ХГС было возможно определить стаж HCV-инфекции, они были разделены на 2 группы: стаж болезни до 10 лет включительно ($n=50$) и более 10 лет ($n=55$). Результаты сравнения приведены в таблице 3.

При небольших сроках от момента инфицирования (до 10 лет), показатели качества жизни практически не отличаются от контроля (за исключением более низких значений уровня общего здоровья у больных ХГС). У лиц, инфицированных более 10 лет назад, снижаются показатели физического здоровья (физическое функционирование и общее здоровье по сравнению с контрольной группой и лицами с меньшими сроками с момента инфицирования).

Таблица 3 — Показатели качества жизни у больных ХГС в зависимости от сроков с момента инфицирования

Шкалы	Контроль, (n=50)	Стаж <10 лет, (n=50)	p1-2	Стаж >10 лет, (n=55)	p1-3	p2-3
1. PF	95 (85–100)	95 (80–100)	0,674	85 (75–95)	0,013	0,048
2. RP	75 (50–100)	75 (25–100)	0,432	50 (0–100)	0,143	0,461
3. BP	74 (52–100)	72 (51–100)	0,393	72 (41–84)	0,069	0,323
4. GH	64,5 (47–80)	55 (45–67)	0,041	47 (35–57)	<0,001	0,024
5. VT	60 (45–75)	60 (55–70)	0,348	55 (35–70)	0,401	0,066
6. SF	75 (62,5–87,5)	75 (62,5–100)	0,717	75 (62,5–87,5)	0,913	0,832
7. RE	67 (0–100)	67 (0–100)	0,637	67 (33–100)	0,825	0,928
8. MH	68 (48–76)	68 (56–76)	0,804	64 (52–76)	0,739	0,478
ФБ	54,1 (50–56,7)	53,3 (48,5–55,9)	0,414	52,8 (46,4–56,8)	0,166	0,534
ДБ	45,4 (41,1–51,2)	48,3 (38,2–52,4)	0,923	45,5 (40,8–51,3)	0,802	0,773

Проведено сравнение показателей качества жизни у больных ХГС в зависимости от уровней АЛТ, как основного суррогатного маркера активности процесса. Из исследования были исключены пациенты с циррозом печени, т. к. они имеют сниженные показатели качества жизни (таблица 1) и зачастую нормальный уровень АЛТ. Пациенты с ХГС разделены на 2 группы: уровни АЛТ не превышают 1,5 верхних границы нормы (n= 28) и свыше 1,5 норм АЛТ (n=93). При сравнении всех показателей значимых различий выявлено не было ($p>0,17$), т. е. у больных ХГС с нормальными и повышенными уровнями АЛТ показатели качества жизни не различаются.

Заключение

Повышение показателей качества жизни является одной из целей лечения пациента с хроническим заболеванием. У больных ХГС, особенно на ранних сроках развития болезни (до 10 лет с момента инфицирования) качество жизни в целом не отличается от контрольной группы, на более поздних сроках снижаются параметры физического здоровья. У пациентов с циррозом печени снижены показатели и физического, и эмоционального здоровья, как по сравнению с контрольной группой, так и с пациентами с ХГС. Интересным является факт, что у мужчин снижаются показатели физического компонента здоровья, а женщины оценивали свое качество жизни ниже и в физическом, и в психологическом плане. Это следует учитывать при определении тактики лечения пациенток, проводя коррекцию психоэмоциональных нарушений. Уровень АЛТ, как суррогатный маркер активности процесса, не коррелирует с показателями качества жизни у пациентов с хроническим гепатитом С. Таким образом, изучение качества жизни у пациентов с ХГС помогает более правильно оценить состояние здоровья пациента и определить лечебную тактику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т.И. Ионова; под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. — М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. — 320 с.
2. Является ли репликация вируса гепатита С маркером степени активности инфекционного процесса? (по данным полимеразной цепной реакции и морфологического анализа биопсий печени) / Г. И. Непомнящих [и др.] // Бюллетень эксперимент. биологии и медицины. — 2003. — Т. 135, № 3. — С. 343–348.
3. Abdo, A. A. Hepatitis C and Poor Quality of Life: Is It The Virus or The Patient? / A. A. Abdo // Saudi J. Gastroenterol. — 2008. — Vol. 14, № 3. — P. 109–113.
4. Impact of Hepatitis C on Health Related Quality of Life: A Systematic Review and Quantitative Assessment / B. M. R. Spiegel [et al.] // Hepatology. — 2005. — Vol. 41. — P. 790–800.
5. The Impact of Diagnosis of Hepatitis C Virus on Quality of Life / A. J. Rodger [et al.] // Hepatology. — 1999. — Vol. 30. — P. 1299–1301.