

5. Краснов, В. Н. Научно-практическая программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» / В. Н. Краснов // Социальная и клиническая психиатрия. — 1999. — № 9(4). — С. 5–9.

6. Социально-демографические характеристики и качество жизни больных с аффективными и соматоформными расстройствами в общей медицинской сети. Аффективные и шизоаффективные расстройства / Н. Г. Незнанов [и др.] // Собрание главных психиатров, наркологов и руководителей учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. — М.: МЗ РФ, 2003. — С. 73–74.

7. Семке, В. Я. Превентивная психиатрия / В. Я. Семке. — Томск: Изд-во Томского университета, 1999.

8. Депрессии у соматических больных / А. Б. Смулевич [и др.]. — М., 1997.

9. Смулевич, А. Б. Депрессии в общей медицине / А. Б. Смулевич. — М.: Медицинское информационное агентство, 2001.

УДК 616.36-002.2-036.12-036.82

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Красавцев Е. Л., Свентицкая А. Л.

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 (ЦП) и гепатоцеллюлярной карциномы [1, 4]. Ранняя инвалидность и высокая смертность данной категории больных свидетельствуют о его медицинском и социальном значении [1, 4].

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» [2].

Хроническая патология печени осложняется печеночной энцефалопатией, которая проявляется нервно-психическими отклонениями, утяжеляющими течение основного заболевания. В связи с этим восстановление физического, психического и социального статуса больных хроническими заболеваниями печени и улучшение их качества жизни приобретает медико-социальное значение.

Изучение КЖ у пациентов с 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 пациентов с ХГС.

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. [3, 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) [4].

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. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100 баллами, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие [3, 1].

Цель

Оценить качество жизни у пациентов, страдающих ХВГС с помощью опросника Medical Outcomes Study Short Form (SF-36); сравнить полученные результаты исследования с показателями в группах пациентов с ЦП и практически здоровых людей.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 110 человек в возрасте от 16 до 84 лет. Основную группу составили 50 пациентов, страдающих ХВГС, средний возраст которых — $48,7 \pm 2,4$ года. В группы сравнения вошли 30 пациентов с ЦП (средний возраст — $51,6 \pm 1,9$ года) и 30 практически здоровых людей (средний возраст — $47,8 \pm 1,6$ года). Критериями исключения из группы здоровых людей стали наличие хронической патологии и новообразований в анамнезе. Различий паспортного возраста между исследуемыми группами не было.

Длительность заболевания у исследуемых пациентов с ХВГС составляла от 1 года до 19 лет (средняя длительность — $2,8 \pm 0,8$ года).

Качество жизни исследовалось с помощью адаптированного русифицированного специализированного опросника «SF-36 v2TM Health Status Survey». Статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи пакета прикладных программ «Statistica», 6.0 (StatSoft, USA).

Результаты исследования и их обсуждение

7 из 8 показателей шкалы опросника в основной группе оказались снижены ($p < 0,01$) по сравнению с показателями КЖ в группе практически здоровых людей (кроме показателя социального функционирования (Social Functioning, SF) (таблица 1). Самым низким показателем КЖ в основной группе по сравнению с группой практически здоровых людей стало влияние физического состояния на ролевое функционирование (Role-Physical, RP), в баллах — $38,8 \pm 6,9$ ($p = 0,0006$).

Таблица 1 — Качество жизни у пациентов, страдающих ХВГС, ЦП, и практически здоровых людей

№ п/п	Показатели шкалы SF-36	Основная группа, n = 50 (в баллах)	Пациенты с ЦП, n = 30 (в баллах)	Практически здоровые люди, n = 30, (в баллах)
1	GH — Общее восприятие здоровья	$50,2 \pm 2,9^*$	$45,4 \pm 2,2$	$61,9 \pm 2,4$
2	PF — Физическая активность	$67,3 \pm 4,6^*$	$53,3 \pm 3,2^{**}$	$84,1 \pm 2,3$
3	RP — Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	$38,8 \pm 6,9^*$	$39,6 \pm 6,3$	$67,7 \pm 2,5$
4	RE — Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	$39,6 \pm 6,9^*$	$45,1 \pm 6,9$	$64,8 \pm 3,0$
5	SF — Социальная активность	$40,6 \pm 2,2$	$49,8 \pm 1,6^{**}$	$44,4 \pm 1,3$
6	BP — Физическая боль	$62,7 \pm 3,9^*$	$65,6 \pm 3,4$	$74,6 \pm 2,0$
7	VT — Жизнеспособность	$48,8 \pm 4,0^*$	$57,9 \pm 2,8$	$76,5 \pm 1,2$
8	MH — Психическое здоровье	$55,5 \pm 3,7^*$	$57,6 \pm 2,7$	$78,3 \pm 2,0$

* — $p < 0,01$ (по сравнению с группой практически здоровых людей); ** — $p < 0,05$ (по сравнению с основной группой)

При сравнении показателей мужчин и женщин основной группы по многим шкалам опросника были выявлены различия (таблица 2), в других группах таких различий не наблюдалось.

Таблица 2 — Качество жизни у пациентов различного пола, страдающих ХВГС

№ п/п	Показатели шкалы SF-36	ХВГС (у женщин), n = 28 (в баллах)	ХВГС (у мужчин), n=22 (в баллах)
1	GH — Общее восприятие здоровья	$45,7 \pm 4,0^{**}$	$55,5 \pm 3,1$
2	PF — Физическая активность	$77,1 \pm 5,4^*$	$54,4 \pm 5,3$
3	RP — Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	$24,0 \pm 7,4^*$	$53,0 \pm 9,1$
4	RE — Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	$23,1 \pm 5,2^{**}$	$56,5 \pm 6,9$
5	SF — Социальная активность	$34,5 \pm 3,2^{**}$	$46,0 \pm 1,0$
6	BP — Физическая боль	$54,2 \pm 4,2^*$	$71,0 \pm 5,1$
7	VT — Жизнеспособность	$39,4 \pm 4,4^{**}$	$58,1 \pm 4,8$
8	MH — Психическое здоровье	$48,8 \pm 4,1^{**}$	$61,9 \pm 4,2$

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

Так, у женщин RP (ролевое функционирование) и RE (эмоциональное функционирование) ниже более чем в 2 раза, чем у мужчин и составляет $24,0 \pm 7,4$ и $23,1 \pm 5,2$ балла соответственно. Самым низким показателем КЖ у мужчин стала социальная активность (SF) — $46,0 \pm 1,0$ балла. Наиболее высоким показателем КЖ у женщин оказалась физическая активность (PF) — $77,1 \pm 5,4$ балла. У мужчин, в свою очередь, снижена физическая активность по сравнению с женщинами и составляет $54,4 \pm 5,3$ балла. Вероятно, на данный показатель могут влиять вредные привычки (курение и употребление алкоголя), которые наиболее распространены среди мужской группы населения.

Выводы

Качество жизни у пациентов с ХВГС было существенно снижено в преобладающем числе случаев по шкалам опросника SF-36. У данной группы пациентов резко уменьшается физическая и социальная активность, падает эмоциональный статус, значительно понижаются субъективные оценки эмоционального состояния, настроения и в целом — общего состояния здоровья, причем у женщин наиболее снижены показатели ролевого функционирования и 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 [5, 3]. У мужчин, в свою очередь, снижена физическая активность. Показатель физической активности у пациентов с ЦП ниже, а социальной активности — выше, чем у пациентов с ХВГС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хронический вирусный гепатит: прошлое, настоящее и будущее / В. В. Нечаев [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2013. — № 3. — С. 4–8.
2. Всемирный Интернет-портал [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. — 2015. — Режим доступа: <http://apps.who.int>. — Дата доступа: 13.10.2015.
3. 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.
4. 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.
5. Ковалев, Ю. В. Депрессия, клинический аспект / Ю. В. Ковалев, О. Н. Золотухина. — М.: Медицинская книга, 2001. — 144 с.

УДК 616.314-089.819.843-77-083

ОСОБЕННОСТИ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА В ОБЛАСТИ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ

Луцкая И. К., Андреева В. А., Зиновенко О. Г.

**Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь**

Срок службы имплантатов в значительной степени зависит от состояния гигиены полости рта.

Индивидуальная гигиена. Некоторые средства самостоятельного ухода для пациентов с имплантатами могут существенно облегчить удаление налета. Основным средством самостоятельной гигиены является мягкая зубная щетка, причем это может быть как ручная, так и механическая [1]. Маленькая головка зубной щетки может облегчить доступ к язычной и небной поверхностям протеза. Дополнительно необходимо использовать вторую зубную щетку с одним или двумя рядами щетины для очистки шейки имплантата или поднутрений протеза.

Налет в межзубных промежутках может быть удален с помощью обычной зубной нити (флоссы, суперфлоссы), шнурка, нейлоновой нити, монопучковой щетки или других