

Уровень аланинаминотрансферазы (АЛТ) у пациентов с ХВГС и генотипом 1b HCV находился в пределах от 20,00 до 168,00 Ед/л (Ме = 39,00 Ед/л; 95 % ДИ: 21,72–114,34). Пациенты с генотипом 3 HCV имели значения АЛТ в диапазоне от 11,00 до 281,00 Ед/л (Ме = 64,00 Ед/л; 95 % ДИ: 45,44–199,42).

У пациентов с ХВГС и генотипом 1b HCV уровень аспартатаминотрансферазы (АСТ) варьировал от 21,00 до 97,00 Ед/л (Ме = 30,00 Ед/л; 95 % ДИ: 24,54–87,83). У пациентов с генотипом 3 HCV уровень АСТ менялся в диапазоне от 12,00 до 197,00 Ед/л (Ме = 43,00 Ед/л; 95 % ДИ: 29,64–98,94).

Среди пациентов с ХВГС и генотипом 1b HCV минимальные и умеренные изменения в печени выявлены в 3 (33,3 %) случаях, выраженные изменения и цирроз печени — в 1 (11,1 %). Фиброз печени отсутствовал у 5 (55,6 %) пациентов. Среди пациентов с генотипом 3 HCV минимальные и умеренные изменения в печени выявлены у 2 (22,2 %) пациентов, выраженные изменения и цирроз печени — у 3 (33,3 %). Фиброз печени отсутствовал у 4 (44,5 %) пациентов.

При проведении корреляционного анализа на основе критерия Кендалла установлена ассоциация генотипа 3 HCV с более высокими уровнями АЛТ ($\tau = 0,45$; 95 % ДИ: -0,16–0,67; $p = 0,01$), АСТ ($\tau = 0,40$; 95 % ДИ: -0,01–0,78; $p = 0,02$), а также с более выраженными (F3–F4) стадиями фиброза ($\tau = 0,37$; 95 % ДИ: -0,11–0,76; $p = 0,04$).

Выводы

Генотип 3 HCV определяет не только более высокую активность воспалительного процесса, но и характеризуется более выраженными фиброзными изменениями в печени у пациентов с ХВГС.

ЛИТЕРАТУРА

1. The natural history of chronic hepatitis / W. K. Seto [et. al.] // Journal of Hepatology. — 2010. — Vol. 53. — P. 444–448.
2. Баранов, А. В. Эпидемиологические и клинические особенности хронического гепатита С / А. В. Баранов, В. В. Малеев // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2008. — № 2. — С. 32–35.
3. Craxi, A. EASL Clinical Practice Guidelines: management of hepatitis C virus infection / A. Craxi // J. Hepatol. — 2011. — № 2. — P. 245–264.
4. Hepatitis C Virus Genotypes: Clinical Relevance and Therapeutic Implications / Chuan-Mo Lee [et al.] // Med. J. — 2008. — Vol. 31, № 1. — 27 p.

УДК 616.36-004-036.82

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Свенцицкая А. Л.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Большинство хронических диффузных заболеваний печени, в том числе обусловленных воздействием вируса С, являются прогрессирующими в цирроз печени (ЦП), что сопровождается нарушением качества жизни (КЖ), инвалидизацией, высоким процентом смертности среди пациентов.

ЦП занимает первое место среди причин смертности от болезней органов пищеварения (исключая опухоли). Распространенность составляет 2–3 % (на основании аутопсий), встречается в 2 раза чаще у мужчин старше 40 лет по сравнению с общей популяцией [1].

По данным ГОИКБ, в 2015 г. отмечается рост числа госпитализации пациентов с ЦП в 1,6 раза (221 пациент), по сравнению с 2013 г. (138 пациентов).

ЦП осложняется печеночной энцефалопатией (ПЭ), которая проявляется нервно-психическими отклонениями, утяжеляющими течение основного заболевания. ПЭ представляет собой спектр нейропсихических отклонений, ассоциированных с нарушением функции печени и портосистемным венозным шунтированием, степень которых может варьировать от

сравнительно легких (рассеянность, нарушения краткосрочной памяти, тревога, дезориентация) до тяжелых (кома). В связи с этим восстановление физического, психического и социального статуса больных хроническими заболеваниями печени и улучшение их качества жизни приобретает медико-социальное значение. По данным ряда авторов, ПЭ встречается у 40–75 % таких больных, при этом у 20–35% наблюдают явную клиническую картину, проявляющуюся нарушением уровня сознания, интеллектуально-мнестической, нейропсихической и нервно-мышечной деятельности [2, 3].

Общепринято в качестве критериев тяжести течения заболеваний и эффективности лечения пациентов использовать данные клинического и параклинического исследования. В последние годы отмечена тенденция к увеличению продолжительности жизни больных хроническими заболеваниями печени, улучшение их КЖ стало одной из основных задач клиницистов. В ходе специальных исследований установлено, что врачи недооценивают негативное влияние на пациента симптоматики хронических заболеваний печени, так как анализируют лишь частоту и выраженность симптомов, а для пациента решающее значение могут иметь те ограничения, которые на него накладывает болезнь. Все это подчеркивает важность и актуальность исследования качества жизни у пациентов, больных ЦП.

Изучение качества жизни КЖ у пациентов, страдающих ЦП позволяет оценивать результативность конкретного вида лечения с позиций врача и пациента. Повышение показателей КЖ является стратегической задачей лечения пациентов с ЦП.

Хроническая патология печени сопровождается нервно-психическими отклонениями, утяжеляющими течение основного заболевания [4]. В генезе развивающейся симптоматики определенную роль наряду с печеночно-клеточной недостаточностью играет реакция личности на хронически прогрессирующее заболевание [5]. Нередко нарушения психической сферы бывают первым проявлением хронического гепатита и ЦП, сохраняются на всем протяжении заболевания и обуславливают определенные трудности при лечении таких больных. Вне поля зрения клиницистов часто остаются различные варианты отношения пациентов к своей болезни, лечению и реабилитации. Все это подчеркивает важность и актуальность своевременной и адекватной диагностики психических нарушений у пациентов, находящихся в общесоматических стационарах.

Доказано, что ПЭ, даже в легкой форме, может значительно нарушать повседневную активность пациентов. Кроме того, ПЭ ассоциируется со значительными материальными затратами. Так, в 2003 г. прямые медицинские затраты в США на лечение в медицинских учреждениях пациентов из-за прогрессирования ПЭ составили 932 млн долларов [3].

Цель

Оценить качество жизни пациентов, страдающих циррозом печени с помощью опросника «SF-36»; сравнить полученные результаты с группой пациентов с хроническим гепатитом С (ХГС) и контрольной группой практически здоровых лиц.

Материал и методы исследования

В исследовании приняло участие 220 человек в возрасте от 22 до 84 лет. Основную группу составили 60 пациентов, страдающих ЦП, средний возраст — $48,3 \pm 1,4$ лет. В группы сравнения вошли 100 пациентов с ХГС (средний возраст — $50,1 \pm 1,2$ лет) и 60 практически здоровых лиц — контрольная группа (КГ, средний возраст — $47,4 \pm 1,1$ лет). При сравнении возраста у мужчин и женщин, значения оказались статистически незначимы. Критериями исключения из группы здоровых людей стали наличие хронической патологии и новообразований в анамнезе. Диагноз ХВГС устанавливали на основании клинико-эпидемиологических, биохимических (повышение активности трансаминаз, повышение содержания билирубина в сыворотке крови), серологических (HCV Ag), вирусологических (определение РНК HCV) и сонографических (увеличение размеров печени, диффузные изменения в структуре печени) методов исследования. Диагноз ЦП устанавливали на основе клинической картины декомпенсации, а также инструментальных (ультразвуковое исследование печени) данных. У всех пациентов отсутствовали в крови маркеры гепатитов А, В и D. Были также исключены другие диффузные заболевания печени. Длительность заболевания у исследуемых пациентов с у пациентов с ЦП — от 1 года до 16 лет, ХВГС составляла от 1 года до 22 лет.

Были использован метод параметрической (t-критерий Стьюдента) статистики. Статистическую обработку полученных результатов производили при помощи пакета прикладных программ «Statistica» 6.0 (StatSoft, USA).

В данной работе был использован такой метод опроса, как анкетирование — психологический вербально-коммуникативный метод, в котором в качестве средства для сбора сведений от респондента используется специально оформленный да список вопросов — анкета. Анкетирование в психологии используется с целью получения психологической информации, а социологические и демографические данные играют лишь вспомогательную роль. Анкетирование позволяет наиболее четко следовать намеченному плану исследования, так как процедура «вопрос-ответ» строго регламентирована. При помощи метода анкетирования можно с наименьшими затратами получить высокий уровень массовости исследования [6]. Особенностью этого метода можно назвать его анонимность (личность респондента не фиксируется, фиксируются лишь его ответы).

Качество жизни исследовалось с помощью краткой формы адаптированного русифицированного специализированного опросника «Medical Outcomes Study Short Form», где 36 — это количество вопросов (SF-36), разработанная J. E. Ware с соавт. в 1988 г. [7].

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 [8].

Исследование КЖ в соответствии с требованиями научного управления клинической практикой является обязательным этапом любого клинического исследования, основанного на принципах доказательной медицины [8].

Результаты исследования и их обсуждение

По 6 из 8 показателей шкалы «SF-36v2TM Health Status Survey» уровень КЖ пациентов с ЦП был выше — ($p < 0,05$) по сравнению с уровнем КЖ пациентов с ХГС (кроме показателей общего восприятия здоровья (General Health, GH) и физической активности (Physical Functioning, PF) (таблица 1).

Таблица 1 — Качество жизни у пациентов, страдающих циррозом печени, хроническим гепатитом С и практически здоровых лиц

Показатели шкалы SF-36	Пациенты с ЦП, n = 60 (в баллах)	Пациенты с ХГС, n = 100 (в баллах)	КГ, n = 60 (в баллах)	Значения p
GH — Общее восприятие здоровья	45,4 ± 1,5	50,7 ± 1,7	61,5 ± 1,7	p < 0,05*
PF — Физическая активность	53,2 ± 2,2	66,5 ± 2,7	83,8 ± 1,6	p < 0,05*
RP — Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	39 ± 4,4	38,6 ± 4,2	67,6 ± 1,8	p < 0,05***
RE — Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	44,9 ± 4,8	39,6 ± 4,1	64,3 ± 2,1	p < 0,05***
SF — Социальная активность	49,8 ± 1,1	40,8 ± 1,4	44,3 ± 1,8	p < 0,05*
BP — Физическая боль	65,4 ± 2,3	62,8 ± 2,4	74,2 ± 1,4	p < 0,05***
VT — Жизнеспособность	57,8 ± 2,0	48,8 ± 2,5	76,1 ± 0,94	p < 0,05*
MH — Психическое здоровье	57,6 ± 1,9	55,6 ± 2,2	77,7 ± 1,5	p < 0,05*

Примечание: * p — значения статистически значимые при сравнении пациентов, страдающих ЦП и пациентами с ХГС, пациентов с ЦП и КГ, пациентов, страдающих ХГС и КГ; ** p — значения статистически значимые при сравнении пациентов, страдающих ЦП и пациентов КГ.

Самым низким, в группе пациентов с ЦП, стал показатель роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности (Role-Physical, RP), в баллах — 39 ± 4,4, по сравнению с группой пациентов с ХГС и КГ ($p > 0,05$ и $p < 0,05$, соответственно). Наиболее высоким показателем КЖ группы пациентов с ЦП оказалась интенсивность физической боли (BP) — 65,4 ± 2,3 баллов, по сравнению с КГ ($p < 0,05$).

Наиболее высоким показателем КЖ группы пациентов с ХВГС оказался показатель физической активности (Physical Functioning, PF), отражающий степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок — $66,5 \pm 2,7$ балла; данный показатель достигает своей максимальной отметки и в контрольной группе ($83,8 \pm 1,6$ балла), $p < 0,05$.

Показатель роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (Role Emotional, RE) у пациентов с ЦП был выше, чем у пациентов с ХГС ($39,6 \pm 4,1$ балла) и составил $44,9 \pm 4,8$ балла, $p > 0,05$. Показатель социальной активности (Social Functioning, SF) у пациентов с ЦП был выше, чем у пациентов с ХВГС ($40,8 \pm 1,4$ балла) и составил $49,8 \pm 1,1$ балла, $p < 0,05$. Остальные показатели шкалы «SF-36v2TM Health Status Survey» у пациентов с ЦП, по сравнению с соответствующими показателями у пациентов с ХГС, статистически не отличались.

Значение общего состояния здоровья (General Health, GH) у пациентов с ЦП класса тяжести А составляет $35,85 \pm 3,4$, у пациентов с ЦП класса тяжести В — $51,6 \pm 2,32$ ($p < 0,05$). Значение показателя физического функционирования (Role-Physical, RP) у пациентов с ЦП класса тяжести А — $21,43 \pm 10,1$, у пациентов с ЦП класса тяжести В — $53,3 \pm 7,7$ ($p < 0,05$). Значение показателя психического здоровья (Mental Health, MH) у пациентов с ЦП класса тяжести А — $50,8 \pm 3,2$, у пациентов с ЦП класса тяжести В — $61,9 \pm 3,9$ ($p < 0,05$).

Выводы

Хронические заболевания печени, представителями которых являются ЦП и ХГС приводят к снижению качества жизни в связи с ухудшением ряда физических и психологических показателей жизни пациентов, что было подтверждено результатами опросника «SF-36» по изучению качества жизни.

У пациентов с хроническими заболеваниями печени резко уменьшаются физическая и социальная активность, падает эмоциональный статус, значительно понижаются субъективные оценки эмоционального состояния, настроения и, в целом, общего состояния здоровья. 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 [6].

Показатель физической активности у пациентов с ЦП ниже, а показатель социальной активности был выше, чем у пациентов с ХВГС.

Определение качества жизни позволяет прогнозировать развитие побочных реакций при использовании интерфероновых схем терапии. Данный вывод позволяет не назначать интерфероновые схемы лечения исследуемым группам пациентов с возможностью перехода на ингибиторы прямого действия.

Опросник «SF-36v2TM Health Status Survey» оказался высокочувствительным инструментом для анализа снижения качества жизни у пациентов, страдающих ХВГС, и позволил количественно оценить различные его компоненты по 8 шкалам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Силивончик, Н. Н. Цирроз печени / Н. Н. Силивончик. — 2-е изд., испр. и доп. — Минск: Технопринт, 2001. — 224 с.
2. Development of a clinical hepatic encephalopathy staging scale / J. Cordoba [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2007. — Vol. 26. — P. 859–867.
3. Poordad, F. F. Review article: the burden of hepatic encephalopathy / F. F. Poordad // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2007. — Vol. 25 (suppl. 1). — P. 3–9.
4. Мищенко, В. А. Клиника, патогенез и лечение неврологических нарушений при хронических заболеваниях печени: дис. ... д-ра мед. наук. / В. А. Мищенко. — Л., 1991. — 355 с.
5. Карпинчик, Н. Ф. Медико-психологическое исследование больных с хроническими гепатитами и циррозами печени: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. Ф. Карпинчик. — Л., 1989. — 20 с.
6. Дружинин, В. Н. Экспериментальная психология / В. Н. Дружинин. — СПб.: Питер, 2000. — 320 с.
7. 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.
8. 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.
9. Ковалев, Ю. В. Депрессия, клинический аспект / Ю. В. Ковалев, О. Н. Золотухина. — М.: Медицинская книга, 2001. — 144 с.