

## Аналіз досліджень якості життя у хворих на хронічні дифузні запальні захворювання печінки

*Ю.М. Степанов, Е.В. Зигало*

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Дніпропетровськ)

Показники якості життя (ЯЖ) узагальнено відображають ступінь адаптації людини до хвороби та можливість виконання звичних функцій, що відповідають її соціально-економічному стану [1, 2]. Актуальність оцінки ЯЖ при різних захворюваннях була усвідомлена лише в останні роки ХХ сторіччя [3]. Зазвичай, при проведенні лікування, лікар оцінює клінічні, інструментальні та лабораторні дані, не приділяючи достатньої уваги великій кількості психологічних та емоційних проблем, що виникли в результаті хвороби. Адже об'єктивне зменшення патологічних симптомів не завжди супроводжується покращенням фізичного та психоемоційного стану пацієнтів [4, 5]. Оцінка ЯЖ як інтегрального показника фізичного, соціального, емоційного та психологічного стану хворого стала невід'ємним елементом сучасних комплексних рандомізованих досліджень у різних галузях медицини [6, 7]. У пацієнтів з хронічними прогресуючими захворюваннями всі показники здоров'я можуть бути порушені, у тому числі й у хворих на хронічний гепатит та цироз печінки. ЯЖ хворих на хронічні дифузні запальні захворювання печінки значно знижена та негативно корелює зі ступенем важкості хвороби й віком пацієнтів та не залежить від нозологічної форми [8]. Дані досліджень ЯЖ хворих з різними формами ураження печінки суперечливі. В ряді досліджень визначалось зниження ЯЖ серед хворих вірусними гепатитами як в цілому так і при хронічному гепатиті С зокрема, у т.ч. за даними анкети SF-36. При цьому, гендерна різниця відсутня при підвищеній емоційній напрузі пацієнтів. Іншими дослідниками доведено, що такі показники, як фізичне та психічне здоров'я, біль та соціальні функції серед чоловіків вищі, ніж у жінок і не

корелюють з рівнем аланінової трансамінази й рівнем віремії [9]. Прогрес печінкового захворювання, старіння, приналежність до жіночої статі, низький соціально-економічний статус і фінансові проблеми значно знижують ЯЖ у хворих на вірусний цироз печінки [10].

Мета дослідження. Вивчити показники ЯЖ у хворих на хронічні дифузні запальні захворювання печінки (ХДЗЗП) у стадійній прогресії: хронічний гепатит, асоційований з вірусом гепатиту С → цироз печінки, асоційований з вірусом С без ускладнень → цироз печінки, асоційований з вірусом гепатиту С з асцитом та печінковою енцефалопатією.

Матеріали та методи дослідження. Для вирішення поставленої мети проводилось опитування за допомогою загального опитувальника Medical Outcomes Study Short Form (SF-36), який розроблено J.E.Ware із співавт. в 1988 г. [6]. Анкета SF-36 включає 36 питань, які відображують 8 концепцій (шкал) здоров'я: фізичну працездатність (шкала PF), соціальну активність (шкала SF), ступінь обмеження фізичної працездатності та соціальної активності (шкали RP та RE), психічне здоров'я (шкала MH), енергійність або втомлюваність (шкала VT), біль (шкала BP), загальну оцінку здоров'я та його зміни протягом останнього року (шкала GH). Опитувальник SF-36 забезпечує кількісне визначення ЯЖ по вищезазначеним шкалам. При цьому показники в змозі коливатись від 0 до 100 балів. Чим вище значення показника, тим краще оцінка по вибраній шкалі.

Обстежено 41 пацієнта віком від 27 до 71 ( $44,07 \pm 1,37$ ) років, що знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділенні захворювань печінки та підшлункової залози ДУ "Інститут гастроентерології АМН України". Хворі були поділені на 2 групи в залежності від глибини морфологічних змін ураження печінки. I група складалась із 20 (48,8%) хворих на хронічний гепатит, асоційований з вірусом гепатиту С (ХГС), II – із 21 (51,2%) хворого на цироз печінки, асоційований з вірусом гепатиту С (ЦПС), з них 12 (57,1%) хворих віднесені до функціонального класу В за Чайльд-П'ю (за наявністю асцита та печінкової енцефалопатії). З огляду на те, що у хворих на ЦПС не спостерігали наявних ознак печінкової енцефалопатії, було проведено додаткове психометричне дослідження (тест зв'язування чисел Рейтера), що допомогло виявити латентну печінкову енцефалопатію (ПЕ).

Результати дослідження. У хворих на ЦПС якість життя за шкалами RP, BP та SF була достовірно зниженою у 2 та 3 рази відповідно, ніж у хворих на ХГС, що представлено в табл. 1. Також, із представленої таблиці видно, що зниження рівня ЯЖ у хворих на ХГС спостерігалось у сферах фізичної, емоційної та психологічної діяльності. Відмічалось, також виражене зниження показників загального сприйняття здоров'я (GH), енергійності і життєздатності (VT) та психічного здоров'я (MH). Можливо це пов'язано з тим, що у більшості досліджених нами хворих на ХГС превалював астено-вегетативний синдром та виявлялась депресивна симптоматика.

Соціальна активність (за шкалою SF) хворих на ХГС виявилась на нормальному рівні, що свідчить про те, що емоційна та фізична здатність спілкуватися з іншими не порушена. Зниження майже у 2 рази бальної оцінки фізичної та емоційної здатності займатися професійною роботою та фізичними навантаженнями (за шкалами PF, RP та RE) призводить до значно зниженої суб'єктивної оцінки свого емоційного здоров'я у пацієнтів на ХГС, що може у подальшому поставити під загрозу психічне здоров'я пацієнтів.

Таблиця 1 – Якість життя пацієнтів на хронічні дифузні запальні захворювання печінки за даними опитувальника SF-36.

Шкала	ЦПС (n=21)	ХГС (n=20)	Контрольна група
PF - фізичне функціонування	52,91±6,29*	46,68±5,68**	94,5±7,86
RP - роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності	22,62±6,43*#	40,00±7,35**	81,95±17,83
BP - фізичний біль	32,50±5,69*~	60,17±6,06	64,2±20,24
SF - соціальна активність	21,60±6,43*~	62,50±6,97	60,21±19,6

## Продовження таблиці 1.

Шкала	ЦПС (n=21)	ХГС (n=20)	Контрольна група
GH - загальне сприйняття здоров'я	44,57±5,45*	45,80±4,78**	65,06±15,28
RE - золь емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності	30,16±7,60*	41,67±7,21**	77,29±17,86
VT - життєздатність	37,14±5,08*	42,00±5,71**	62,44±20,31
MH - психічне здоров'я	40,95±5,09*	30,00±6,18**	70,2±17,97

Примітки:

1. \* –  $p < 0,001$  – при порівнянні між хворими на ЦПС та контролем;
2. \*\* –  $p < 0,001$  – при порівнянні між хворими на ХГС та контролем;
3. # –  $p < 0,001$  – при порівнянні між хворими на ЦПС та ХГС;
4. ~ –  $p < 0,05$  – при порівнянні між хворими на ЦПС та ХГС.

Відсутність больового синдрому або його слабовиразність у більшості хворих на ХГС відобразило порівняно високий показник за шкалою болі ( $60,17 \pm 6,06$ ) балів, тому ми провели кореляційний аналіз показників соціальної активності (шкала SF), фізичного й емоційного функціонування (шкали F, RP та RE) та ступенем активності запального процесу у печінці (рівень аланінової трансамінази (АЛТ) (рис. 1).

Наведений рисунок демонструє достовірну негативну кореляцію між рівнем АЛТ й такими показниками ЯЖ, як фізичне й емоційне функціонування, що свідчить про те, що у хворих на ХГС погіршення якості життя супроводжується виразністю синдрому цитолізу. Соціальна активність при цьому знижується, що й підтверджує негативна кореляція між шкалою SF та рівнем АЛТ.

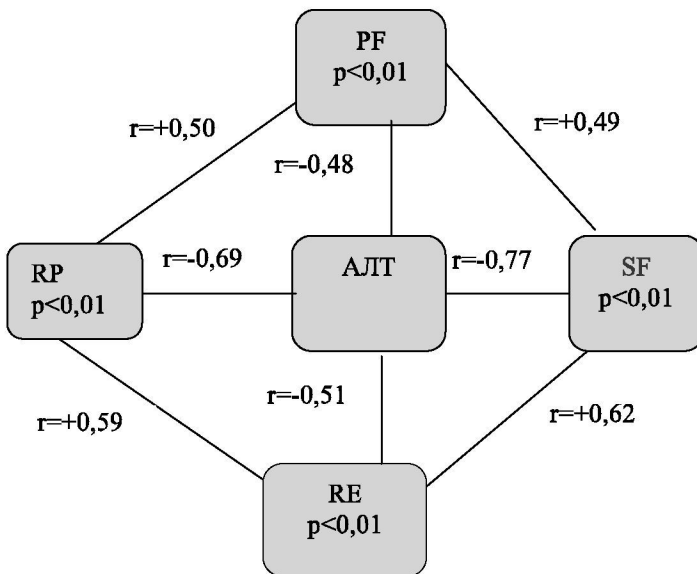


Рисунок 1 - Кореляції між показниками ЯЖ та рівнем АЛТ у хворих на хронічний гепатит С.

Таким чином, якість життя пацієнтів з ХГС була суттєво знижена майже по всім шкалам опитувальника SF-36. На тлі збереженої і соціальної активності у них різко зменшується фізична активність, падає емоційний тонус, значно знижується суб'єктивна оцінка емоційного стану, настрою та, в цілому, загального стану здоров'я.

У хворих на ЦПС показник фізичної активності PF був у 1,5 рази менше (в порівнянні з контрольною групою), а показник RP, який характеризує обмеження повсякденної діяльності у зв'язку зі станом здоров'я зменшився в 3 рази (p<0,001), що характеризує підвищення ролі фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності. Інтенсивність болю була вираженою у пацієнтів на ЦПС в два рази більше, ніж у здорових осіб ((32,50±5,69) балів) (p<0,01).

Різке зниження показника соціальної активності свідчить про суттєву редукцію соціальних контактів у хворих на ЦПС. Значно вираженою в обмеженні життєдіяльності була й роль емоційних проблем: показник RE у пацієнтів на ЦПС був нижчим в 2 рази ніж у здорових осіб на тлі обмеженого стану здоров'я ( $p < 0,001$ ). На цьому фоні відмічалось виражене зниження показника загального сприйняття здоров'я (GH), енергійності і життєздатності (VT) та психічного здоров'я (MH). Наявність больового синдрому майже у 76,2% хворих на ЦПС знайшло своє відображення у вірогідному зниженні балів за шкалою болю до ( $32,50 \pm 5,69$ ) ( $p < 0,001$ ). Це призвело до фізичної обмеженості виконувати свою професійну роботу та до зниження соціальної активності.

Ми зробили порівняльний аналіз ЯЖ у хворих на ЦПС без ускладнень та з ускладненнями у вигляді асцита та печінкової енцефалопатії.

За допомогою опитувальника SF-36 отримані наступні дані (рис. 2, рис. 3).

Бал

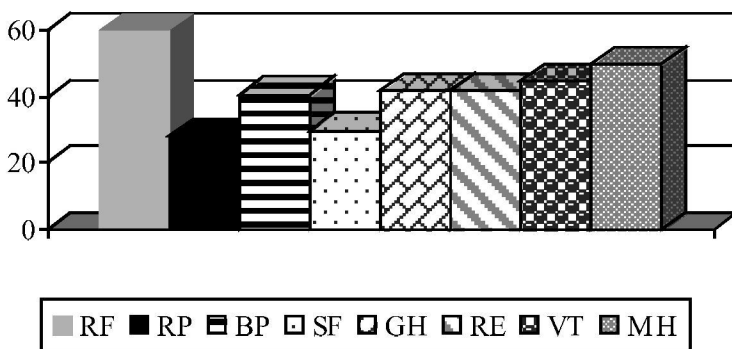


Рисунок 2 – Оцінка якості життя у хворих на цироз печінки без ускладнень.

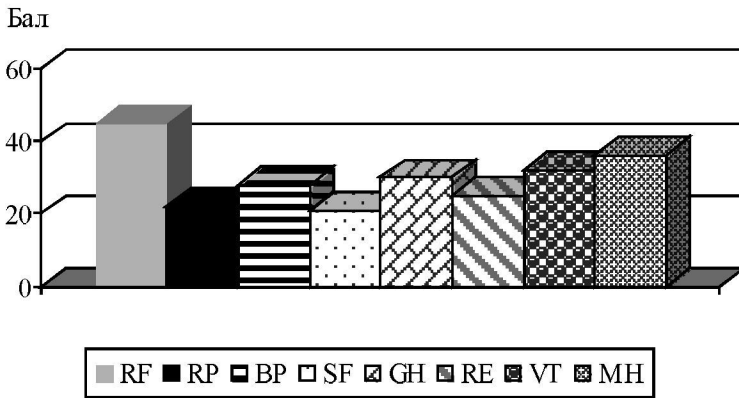


Рисунок 3 – Оцінка якості життя у хворих на цироз печінки, ускладнений асцитом та печінковою енцефалопатією.

Вищенаведені рисунки показали, що у хворих на ЦПС з ускладненнями у вигляді асцити та ПЕ найбільше зниження визначено за шкалами, які складають як фізичний компонент здоров'я (шкали RP, BP), так і психічний компонент (шкали RE, SF, VT), що суб'єктивно проявлялось обмеженістю у повсякденній діяльності, які обумовлені фізичним та емоційними станами, стомленістю та зниженням енергійності, обмеженням активності через больовий синдром і взагалі значною незадовільністю загальним рівнем свого здоров'я.

Таким чином, у хворих на ЦПС з ускладненнями спостерігали значне зниження ЯЖ у вигляді значного погіршення фізичного, емоційного, соціального та психічного стану здоров'я, ніж у хворих на ЦПС без ускладнень.

При проведенні регресивного аналізу було визначено основні показники клініко-інструментального та біохімічного обстеження (що дозволило віднести 12 хворих на ЦПС до функціонального класу В за Чайльд-П'ю), які достовірно корелювали з показниками, що характеризували якість життя пацієнтів (табл. 2).

Таблиця 2 – Коефіцієнти кореляції між показниками та оцінками стану здоров'я і їх достовірність при проведенні регресивного аналізу у хворих на ЦПС (функціональний клас В за Чайлд- П'ю).

Показник	PF	RP	BP	SF	GH	VT	MH
Стать	0,23					0,14	
Вік		-0,30					
Індекс маси тіла	-0,29		-0,60				
Наявність ПЕ		-0,45	-0,50		-0,15	-0,24	
Наявність асцити	-0,33		-0,25	-0,34	-0,16		-0,2
Сума грошей, які пацієнт витрачає на лікування						0,17	
Тривалість хвороби			-0,32				
Рівень альбуміну		0,18					
Рівень білірубіну				-0,50			-0,31

Показник фізичної активності пацієнтів достовірно та незалежно корелював зі статтю (у чоловіків фізична активність була вищою), індексом маси тіла (чим більшим був індекс, тим більші обмеження у фізичній активності), наявністю ознак печінкової енцефалопатії (при наявності цих ознак як на момент обстеження, так і в анамнезі, фізична активність була меншою), наявністю асцита (при його наявності фізична активність була меншою).

Показник RP достовірно корелював з віком (чим він був більшим, тим більше фізичний стан обмежував можливість виконувати роботу), рівнем альбуміну (чим нижчим був рівень



альбуміну, тим більше фізичні обмеження мав пацієнт при виконанні повсякденної роботи). Окрім того, на величину цього показника значно впливала наявність печінкової енцефалопатії.

Больові відчуття були пов'язані з тривалістю захворювання (чим вона була більшою, тим частіше болі обмежували активність пацієнта), індексом маси тіла, наявністю асцитів. Оцінка GH частіше була заниженою в пацієнтів з ознаками печінкової енцефалопатії, наявністю асцитів. Відчуття пацієнтом повноти життя залежало від статі (у чоловіків оцінка була вищою). Окрім того, чим більше коштів міг пацієнт витратити на придбання медикаментів, тим більшою була оцінка відчуття сповнення сил та енергії. Відчуття тривоги, депресивні стани за шкалою МН найчастіше спостерігали у пацієнтів з низьким рівнем альбуміна та високим рівнем білірубіна.

#### Висновки.

1. Якість життя пацієнтів на ХДЗЗП суттєво знижена по всім шкалам опитувальника SF-36: різко зменшуються фізична і соціальна активність, падає емоційний тонус, значно знижується суб'єктивна оцінка емоційного стану, настрою та, в цілому, загального стану здоров'я.

2. Зниження ЯЖ у пацієнтів на цироз печінки С насамперед обумовлене больовим синдромом, що значно обмежує соціальну активність, тоді як значне погіршення фізичного, емоційного та психічного функціонування у хворих на хронічний гепатит С обумовлене превалюванням астено-вегетативного синдрому та депресивної симптоматики.

3. У хворих на ЦПС з наявністю асцитів та печінкової енцефалопатії спостерігається достовірно значне погіршення фізичного, емоційного, соціального та психічного стану здоров'я, ніж у хворих на ЦПС без ускладнень.

1. *Новик А.А.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине / *А.А. Новик, Т.И. Ионова.* - М. : ОЛМА Медиа Групп, 2007. - 320 с.
2. Long-term outcome after stroke: evaluating health-related quality of life using utility measurements / *C Haacke, A Althaus, A Spottke [et al.]* // *Stroke.* – 2006. – № 37. – P. 193–198.

3. Factors influencing stroke survivors' quality of life during subacute recovery / *DS Nichols-Larsen, PC Clark, A Zeringue [at al.] // Stroke.* – 2005. – № 36. – P. 1480–1484.
4. Predictive variables on disability and quality of life in stroke outpatients undergoing rehabilitation / *I. Aprile, D.B. Piazzini, C. Bertolini [at al.] // Neurol Sci.* – 2006. – № 27. – P. 40–46.
5. Functional status and health-related quality of life during inpatient stroke rehabilitation / *S. Madden, W. Hopman, S Bagg [at al.] // Am J Phys Med Rehabil.* – 2006. – № 85. – P. 831– 838.
6. *Clarke P.* Quality of life following stroke: negotiating disability, identity and resources / *P. Clarke, S. Black // J of Applied Gerontology.* – 2005. – № 24. – P. 319–336
7. *Hopman W.* Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation / *W. Hopman, J. Verner // Stroke.* – 2003. – №34. – P. 801–805.
8. *Кремень Н.В.* Качество жизни и психологические особенности больных с хроническим поражением печени / *Н.В. Кремень, С.Г. Агаева, Л.Н. Александрова // Фармакотерапевтический альманах.* – 2009. – № 3. – С. 69–76.
9. *Романцов М.Г.* Патогенетически обоснованная, с оценкой качества жизни, расчётом риска исхода заболевания, терапия больных вирусным гепатитом С (клинический обзор) / *М.Г. Романцов, Т.В.Сологуб, Л.Г. Горячева // Антибиотики и химиотерапия.* – 2010. – Т.55, №3-4. – С. 3–13.
10. *Серенко К.А.* Анализ исследований качества жизни больных хроническим гепатитом С / *К.А. Серенко, Д.Т. Абдурахманов, В.М. Алексеева // Здоровоохранение сегодня.* – 2010. – Т.1. – С. 67–79.

## ANALYSIS OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH DIFFUSE LIVER DISEASE

Yu.M. Stepanov, E.V. Zygalo

SI “Institute of Gastroenterology of NAMS of Ukraine”  
(Dnipropetrovsk)

Quality of life (QoL) have been studied using the SF-36 in 20 (48.8%) patients with chronic hepatitis C and in 21 (51.2%) patients with cirrhosis of the liver associated with virus C.

12 (57.8%) patients with cirrhosis had complicated with ascites and hepatic encephalopathy. QoL of patients with diffuse liver disease was decreased significantly in all scales of SF-36questionnaire. Complications of chronic hepatitis (ascites and hepatic encephalopathy) significantly impaired the state of physical, emotional, mental and social health.

УДК 616.33-002-085.243+615.243

## Эффективность использования Итоприда гидрохлорида для коррекции нарушений двигательной функции желудка у больных с перекрёстным синдромом функциональной диспепсией и неэрозивной рефлюксной болезнью

*Н.В. Харченко, Д.Т. Джанелидзе*

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика (Киев)

Актуальность проблемы. В современной гастроэнтерологии большое внимание уделяется нарушениям двигательной функции желудка. Это связано с тем, что, по данным различных исследований, расстройства моторики желудка могут выступать важным патогенетическим фактором развития многих гастроэнтерологических заболеваний или же могут возникать вторично на фоне длительного течения ряда других заболеваний [1].

Нарушения двигательной функции желудка лежат в основе возникновения ряда диспепсических жалоб, часто встречающихся при различных гастроэнтерологических заболеваниях. Так, расстройства аккомодации желудка обуславливают появление такого симптома как раннее насыщение. Ослабление моторики