

УДК 616.36-004-036.868:001.53

© Є. С. СІРЧАК, В. І. РУСИН, А. П. ШЕРЕМЕТ

Ужгородський національний університет

## Безпосередня оцінка якості життя на фоні комплексного лікування у хворих на цироз печінки

YE. S. SIRCHAK, V. I. RUSYN, A. P. SHEREMET

Uzhhorod National University

### DIRECT ESTIMATION OF LIFE QUALITY ON THE BACKGROUND OF COMPLEX TREATMENT IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

Проведено визначення якості життя у 192 хворих на цироз печінки за допомогою опитувальника SF-36. Виявили значні порушення у фізичному та психічному компонентах здоров'я хворих на цироз печінки та їх безпосередню позитивну динаміку при комплексній терапії із застосуванням препарату "Гепадиф".

Determination of life quality in 192 patients with liver cirrhosis by a questionnaire SF-36 was conducted. There were found out the considerable violations in the physical and mental components of health in patients with liver cirrhosis and their direct positive dynamics at complex therapy with application of Hepadif.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Захворювання печінки є серйозною медико-соціальною проблемою, оскільки 60 % хворих із даною патологією складають особи працездатного віку. Цироз печінки (ЦП) займає четверте місце серед основних причин смертності у хворих, старших 40 років. Це зумовлено збільшенням частоти виникнення ускладнень, декомпенсованих форм даного захворювання. У пацієнтів, яким вперше встановлено діагноз ЦП, ускладнені форми складають більше 60 % [2]. Тривалий прогресуючий перебіг хронічних захворювань печінки, зокрема пов'язаний із декомпенсацією даної патології, неминуче приводить до зниження якості життя (ЯЖ) даної категорії пацієнтів.

Вперше термін "якість життя" використовується в "Annals of Internal Medicine" за 1966 рік, де J. R. Elkkinton опублікував статтю під назвою "Медицина і якість життя", присвячену проблемам трансплантаційної медицини. J. R. Elkkinton дає визначення ЯЖ як гармонії усередині людини та між людиною і навколишнім середовищем, до якої прагнуть пацієнти, лікар і все суспільство [5].

ВООЗ дає дещо інше визначення: "ЯЖ – це індивідуальне співвідношення цілей людини в суспільстві, її планів і можливостей зі становищем індивіда в житті суспільства в контексті культури і систем цінності цього суспільства". Дане визначен-

ня має більш урбанізований і соціальний характер поняття якості життя. Дослідницька група ВООЗ запропонувала розглядати питання ефективності та якості медичної допомоги з урахуванням трьох основних критеріїв: адекватності, економічності, науково-технічного рівня. При цьому під адекватністю медичної допомоги розуміють необхідність досягнення прийнятної для хворої ЯЖ [6].

Саме тому критерій ЯЖ використовують для визначення ефективності лікування в медичних програмах, для визначення переваг методу лікування при рівноцінних ефектах як медикаментозних терапевтичних дій, так і хірургічної допомоги. Поліпшення ЯЖ після проведеної терапії служить оптимальним критерієм у виборі саме такої лікувальної тактики. ЯЖ може служити показником, на основі якого можлива розробка програм, моніторинг стану здоров'я пацієнта після проведеного лікування в ранні і віддалені терміни [6].

Принципово важливою відмінністю визначення ЯЖ від клінічних та інструментальних методів, які традиційно застосовуються в медицині, є те, що оцінка стану хворого базується на його суб'єктивному сприйнятті, яке не завжди збігається з думкою лікаря і оточення. Ця особливість оцінки ЯЖ дозволяє апелювати до особи хворого. Оцінка ЯЖ самим хворим – важливий і надійний показник його загального стану. Вивчення ЯЖ надає лікарю уні-

кальну можливість подивитися очима пацієнта на його захворювання і зміни, що відбуваються в процесі медичних і психосоціальних дій. Ці дані разом із традиційним медичним висновком дозволяють скласти цілісну й об'єктивну картину стану хворого. Оскільки показники ЯЖ можуть змінюватися в часі залежно від стану, зумовленого дією багатьох ендогенних та екзогенних чинників, потрібен його постійний моніторинг і при необхідності коректування лікувальних і реабілітаційних дій [3].

У медичній практиці широко використовується *опитувальник MOS 36-Item Short-Form Health Survey (MOS SF-36)*, розроблений J. E. Ware у 1992 р. Його методика призначена для вивчення всіх компонентів ЯЖ. Для створення цього опитувальника дослідниками MOS із 40 концепцій здоров'я були відібрані тільки 8, оскільки їх вивчення показало, що вони найчастіше використовуються на практиці в популяційних дослідженнях і найчастіше змінюються під впливом захворювання і лікування. Аналіз цих 8 концепцій показав, що саме вони є складовими характеристиками здоров'я, які включають функцію і дисфункцію, стрес і благополуччя, об'єктивні й суб'єктивні оцінки, позитивні і негативні самооцінки загального стану здоров'я. Російськими дослідниками Міжнародного центру дослідження ЯЖ в 1998 р. була створена російськомовна версія опитувальника SF-36, яка володіє надійними психометричними властивостями, є загальним опитувальником здоров'я і може бути використана для оцінки ЯЖ здорових і хворих на різні соматичні захворювання [3].

**Мета роботи:** оцінити безпосередні результати впливу комплексної терапії на якість життя хворих на цироз печінки.

**Матеріали і методи.** Під нашим спостереженням перебували 192 хворих на ЦП, які лікувалися у хірургічній клініці, відділенні анестезіології та інтенсивної терапії і гастроентерології ЗОКЛ ім. Андрія Новака м. Ужгорода.

Серед обстежених хворих на ЦП чоловіків було 108 (56 %), вік – (50,1±7,2) року, жінок – 84 (44 %), вік – (48,2±4,4) року. Контрольну групу склали 20 фактично здорових осіб у віці від 19 до 56 років, середній вік яких складав (38,2±1,8) року. Серед них чоловіків було 11 (55 %), жінок – 9 (45 %).

Діагноз ЦП встановлювали з урахуванням скарг, анамнестичних, лабораторних (біохімічний аналіз крові, визначення маркерів вірусів гепатиту В і С) та інструментальних методів дослідження (УЗД органів черевної порожнини, ФЕГДС верхніх відділів шлунково-кишкового тракту).

Хворі на ЦП, крім дієтичного харчування (стіл № 5 за М. І. Певзнером), отримували базисне ліку-

вання із застосуванням гепатопротекторів, дезінтоксикаційної та вітамінотерапії, сечогінних засобів, β-адреноблокаторів та лактулози. Як гепатопротектор хворим на ЦП призначили комбінований препарат “Гепадиф”, по 1 флакону, розчиненому в 200 мл 5 % розчину глюкози внутрішньовенно краплинно протягом 7 діб, із подальшим переходом на пероральне приймання препарату по 2 капсули 3 рази на добу протягом 3-х тижнів.

Серед всіх хворих на ЦП (у перші два дні після прийняття в стаціонар) і добровольців із групи контролю проводилася загальна оцінка ЯЖ, пов'язаної із здоров'ям за російськомовною версією опитувальника SF-36, пункти якої згруповані у 8 шкал: 1 – фізичне функціонування (Physical Functioning – PF) відображає ступінь при якому стан здоров'я дозволяє виконувати фізичні навантаження; 2 – рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning – RP), показує вплив фізичного стану на виконання повсякденних (рольових) обов'язків; 3 – шкала інтенсивності болю (Bodily Pain – BP) відображає вплив болю на повсякденну активність пацієнта; 4 – загальний стан здоров'я (General Health – GH) виражає уявлення хворого про власне здоров'я в даний момент; 5 – життєва активність (Vitality – VT) має на увазі суб'єктивне відчуття пацієнтом себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленим; 6 – соціальне функціонування (Social Functioning – SF) визначається ступенем, при якому фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування); 7 – рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (Role-Emotional – RE), припускає оцінку ступеня, при якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності; 8 – психічне здоров'я (Mental Health – MH) характеризує настрій, наявність депресії, тривоги, загальний рівень позитивних емоцій. Показники кожної шкали оцінювалися в балах від 0 до 100: вища оцінка вказувала на вищий рівень ЯЖ. Всі вищеперераховані шкали формували 2 показники: фізичний (1–4 шкали) і психічний (5–8 шкали) компоненти здоров'я [3].

Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням параметричних (вибіркове середнє, середньоквадратичне відхилення) методів описової статистики, розрахованих за допомогою програми StatSoft Statistica v.6.0.

Повторне визначення ЯЖ проводили при виписуванні хворих зі стаціонару (в середньому 20–24 дні лікування), оцінюючи безпосередню динаміку та ефективність проведеної комплексної терапії у хворих на ЦП.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Після проведення клініко-лабораторних обстежень

хворих на ЦП поділили за класами тяжкості за Child-Pugh, враховуючи рівень білірубину, альбуміну, протромбінового індексу та наявність або відсутність асцитів і печінкової енцефалопатії [1, 4]. До класу А ввійшли 63 (33 %) хворих (стадія компенсації), до класу В – 70 (36 %) пацієнтів (стадія субкомпенсації), до класу С – 59 (31 %) хворих (стадія декомпенсації).

При дослідженні були одержані дані про достовірне зниження ЯЖ у хворих на ЦП порівняно із здоровими людьми за всіма шкалами опитувальника SF-36. Виявили достовірно низькі середні показники фізичного функціонування (PF) – (72±4,6) бала у групі хворих на ЦП порівняно з контрольною групою – 87±3,2 (p<0,05), рольового фізичного функціонування (RP) – (44±5,2) бала порівняно з контрольною групою – 85±1,7 (p<0,01), шкали інтенсивності болю (BP) – (42±3,4) бала порівняно з контрольною групою – 89±2,4 (p<0,01), загального стану здоров'я

(GH) – (41±2,2) бала порівняно з контрольною групою – 84±3,1 (p<0,01), життєвої активності (VT) – (44±2,6) бала порівняно з контрольною групою – 77±1,4 (p<0,01), соціального функціонування (SF) – (52±1,8) бала порівняно з контрольною групою – 76±1,5 (p<0,05), рольового емоційного функціонування (RE) – (33±3,2) бала порівняно з контрольною групою – 67±2,8 (p<0,01), психічного здоров'я (MH) – (44±3,4) бала порівняно з контрольною групою – 72±3,2 (p<0,01) (табл. 1).

Інтегровані показники фізичного і психічного компонентів здоров'я у хворих на ЦП порівняно з показниками контрольної групи також були достовірно нижчими. Отже, середні значення інтегрованого показника фізичного компонента здоров'я (PH) у хворих на ЦП становили (51±5,2) бала порівняно з (87±2,1) бала у контрольній групі (p<0,05), а психічного компонента здоров'я (MH1) – (45±3,6) бала порівняно з (74±1,8) бала у контрольній групі (p<0,01) (табл. 1).

Таблиця 1. Показники ЯЖ у хворих на ЦП та контрольній групі до лікування

Показники	Контрольна група (n=20)	Хворі на ЦП (n=192)
PF	87±3,2	72±4,6*
RP	85±1,7	44±5,2**
BP	89±2,4	42±3,4**
GH	84±3,1	41±2,2**
VT	77±1,4	44±2,6**
SF	76±1,5	52±1,8*
RE	67±2,8	33±3,2**
MH	72±3,2	44±3,4**
PH	87±2,1	51±5,2*
MH1	74±1,8	45±3,6**

Примітка. Між показниками у хворих на ЦП та контрольній групі виявлена достовірна різниця: \* – p<0,05; \*\* – p<0,01.

Також були встановлені відмінності у ЯЖ серед хворих на ЦП залежно від тяжкості захворювання за класами Child-Pugh. Отже, були відмічені достовірні відмінності в показниках шкали рольового фізичного функціонування (RP) хворих на ЦП класів А, В та С (p<0,05), а також для узагальненого показника фізичного компонента здоров'я (PH) між цими ж категоріями хворих (p<0,05). Крім того, спостерігали достовірну різницю в показниках шкали інтенсивності болю (BP) серед пацієнтів за класами Child-Pugh (p<0,05), шкали життєвої активності (VT) серед хворих класів В і С за Child-Pugh (p<0,05), соціального функціонування (SF) серед хворих класу С за Child-Pugh (p<0,05), а також узагальненого показника психічного компонента здоров'я серед хворих класів В і С за Child-Pugh (p<0,05) (табл. 2).

Після проведеного комплексного курсу лікування із застосуванням гепатопротектора "Гепадиф" за

даними анкетування встановили позитивну динаміку ЯЖ у хворих на ЦП. Про це свідчать збільшення інтегрованих показників фізичного і психічного компонентів здоров'я. Середні значення інтегрованого показника фізичного компонента здоров'я (PH) у хворих на ЦП класу А за Child-Pugh збільшились до (64±2,0) з (56±2,0) бала; класу В – до (56±3,6) з (51±5,2) бала; класу С – до (48±3,6) з (45±2,7) бала. Відповідна позитивна динаміка в показниках спостерігалась і при визначенні психічного компонента здоров'я (MH1): у хворих на ЦП класу А за Child-Pugh бали збільшились до (57±1,8) з (49±3,2) бала; класу В – до (49±5,0) з (46±2,6) бала; класу С – до (44±1,7) з (41±1,4) бала (табл. 2).

Таким чином, у хворих на ЦП спостерігаються достовірно нижчі показники ЯЖ порівняно із здоровими людьми. Отримані результати свідчать про те, що фізичний та емоційний стан у хворих на

Таблиця 2. Динаміка показників якості життя у хворих на цироз печінки до та після лікування залежно від тяжкості захворювання за Child-Pugh

Показники	Хворі на ЦП до лікування			Хворі на ЦП після лікування		
	клас А	клас В	клас С	клас А	клас В	клас С
PF	77±3,2	73±5,2	68±3,6	80±2,4	76±3,6*	69±2,5
RP	52±4,3	43±4,4^	40±2,5^	59±1,6*	49±2,2*	42±1,9
BP	51±2,6	44±4,4	38±4,4	61±1,8*	47±2,4*	41±1,9*
GH	51±1,8	46±3,0^	39±4,4^	60±2,0*	48±2,0	40±6,4
VT	55±3,5	47±1,6^	39±5,6^	62±3,6*	49±1,8	41±4,8
SF	58±2,6	54±2,5	47±3,1^	68±5,1*	57±2,0*	47±3,3
RE	39±3,6	34±4,8	28±3,3	44±4,2	38±3,3	29±5,5
MH	50±2,0	46±5,2	40±4,0	59±2,2*	48±4,4	41±4,8
PH	56±2,0	51±5,2^	45±2,7^	64±2,0*	56±3,6*	48±3,6*
MH1	49±3,2	46±2,6^	41±1,4^	57±1,8*	49±5,0	44±1,7

Примітка. Виявлена статистично достовірна різниця між показниками у хворих на ЦП між класами А, В та С до лікування: ^ –  $p < 0,05$ ; виявлена статистично достовірна різниця після лікування у хворих на ЦП відповідного класу за Child-Pugh до лікування: \* –  $p < 0,05$ .

ЦП, а також інтенсивність болю значно обмежують фізичні навантаження, об'єм виконання повсякденної роботи і соціально значущої активності даної категорії пацієнтів. Крім того, пацієнти на ЦП схильні відчувати себе хворобливими, знесиленими, схильними до депресії, тривоги і переживання інших негативних емоцій достовірно більшою мірою, ніж здорові люди, а також негативно оцінювати перспективи власного лікування, що найімовірніше пов'язано із субклінічними, прихованими симптомами печінкової енцефалопатії, а

це має місце майже у кожного хворого на цироз печінки.

**Висновки.** Комбінована терапія із використанням гепатопротектора “Гепадиф” у хворих на цироз печінки має безпосередній позитивний вплив на якість життя, що проявляється збільшенням інтегрованих показників фізичного і психічного компонентів здоров'я на фоні нормалізації клініко-лабораторних ознак цитолітичного, холестатичного синдромів та проявів печінкової енцефалопатії.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Декомпенсований цироз печінки / [Русин В. І., Сипливий В. О., Русин А. В. та ін.]. – Ужгород, 2006. – 229 с.
2. Звягинцева Т. Д. Хронические диффузные заболевания печени: патогенетические подходы к лечению / Т. Д. Звягинцева, С. В. Глущенко. – Здоров'я України. – 2010. – № 1. – С. 46–47.
3. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – СПб. : Издательский Дом “Нева”; М. : “ОЛМА-ПРЕССА” Звездный мир, 2002. – 320 с.
4. Сучасні діагностичні та лікувальні підходи до печінкової недостатності / [Русин В. І., Авдєєв В. В., Румянцев К. Є. та ін.]. – Ужгород, 2011. – 376 с.
5. Elkkinton J. R. Medicine and the quality of life / J. R. Elkkinton // Annals of Internal Medicine. – 1966. – Vol. 64. – P. 711–714.
6. Scott D. L. Quality of life measures: use and abuse / D. L. Scott, T. Garrood // Pract. Res. Clin. Rheumatol. – 2000. – Vol. 14, № 4. – P. 663–687.

Отримано 03.06.11