

влияние на развитие зависимости у подростков / Е. А. Климович, А. В. Копытов, Н. В. Михеенко // Медицинский журнал. – 2018. – № 1. – С. 88–92.

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНЫМ АСЦИТОМ

*Лемешевская З.П., Кизюкевич О.Е.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** Как известно, цирроз печени (ЦП) – это диффузный процесс, характеризующийся фиброзом и перестройкой нормальной архитектоники печени, приводящей к образованию структурно аномальных узлов, сопровождающийся нарушением сосудистой системы печени с формированием артериовенозных и порто-венозных анастомозов. Увеличение кровотока в воротной вене повышает трансмуральное давление в варикозно-расширенных венах пищевода. Это увеличение происходит во всех венах – и в воротной, и в коллатералях. Но количество крови, поступающей в печень, при этом уменьшается. Когда количество портальной крови, притекающей к печени, уменьшается в связи с развитием коллатерального кровообращения, усиливается роль печёночной артерии. Печень уменьшается в объёме, снижается способность её к регенерации. Вероятно, это происходит вследствие недостаточного поступления гепатотропных факторов, в том числе инсулина и глюкагона, вырабатываемых поджелудочной железой.

Органический субстрат портальной гипертензии и чрезмерная лимфопродукция в связи с затруднением венозного оттока из печени, занимают центральное место в генезе одного из главных проявлений внутрипеченочного портального блока – асцита. Кроме того, развитие асцита при ЦП свидетельствует, помимо портальной гипертензии, и о печёчно-клеточной недостаточности.

Синдром портальной гипертензии, как осложнение заболеваний печени и сосудов портальной системы, при формировании варикозного расширения вен пищевода и угрозы смертельного кровотечения, приобретает первостепенную роль в прогнозе для жизни пациента, и ставит на 1 место лечебные мероприятия, направленные на профилактику и остановку пищеводно-желудочного кровотечения. Принципы лечения ЦП заключаются в лечении и контроле возникших у пациента осложнений, одним из которых является асцит [1]. Трансъюгулярное внутрипеченочное порто-системное шунтирование – более простой метод лечения и вызывает меньше осложнений, чем хирургическое наложение порто-системного шунта.

В экономически развитых странах ЦП печени входит в одну из основных причин смерти в возрасте от 35 до 60 лет, поэтому поиск решений для контроля данного состояния является актуальным.

**Цель исследования** – изучить качество жизни пациентов с

декомпенсированным ЦП печени и его изменение после процедуры трансъюгулярного внутрипеченочного порто-системного шунтирования.

**Материалы и методы исследования.** Наблюдали 42 пациента с диагнозом ЦП печени в стадии декомпенсации (класс С по Чайлд-Пью), из них 11 человек имели вирусной этиологии заболевание печени, 31 алкогольной согласно протоколам диагностики и лечения гастроэнтерологических заболеваний МЗ РБ (зафиксировано употребление алкоголя в дозах, превышающих режим низкого риска в сочетании с признаками алкогольного поражения печени: повышение МСV; повышение активности ГГТП; отношение АсАТ/АлАТ>2; индекс ANI>0, или употребление алкоголя в дозах, создающих опасность для здоровья (более 2 стандартных доз алкоголя в день для женщин и 4 доз – для мужчин)).

По гендерному принципу пациенты были представлены 16 мужчинами и 26 женщинами, возраст пациентов составил 54 (27:61) года.

Всем пациентам проводили общеклинические лабораторные и инструментальные исследования согласно протоколам.

Качество жизни определялось с помощью Short Form Medical Outcomes Study (SF-36) при поступлении всем пациентам и через 1 и 3 года пациентам после шунтирующих операций. Использовался опросник SF-36 и его онлайн-калькулятор. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни.

Данные представлены в виде Me (25:75). Достоверность рассчитана с помощью непараметрических статистических методов, за минимально достоверный уровень принята вероятность нулевой гипотезы  $p<0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Проведен анализ по каждой шкале, входящей в опросник SF-36. Наиболее значимые отличия получили по следующим шкалам.

По шкале физическое функционирование (Physical Functioning – PF), показатель составил 31 (19:47), общее состояние здоровья (General Health – GH) – оценка пациентом своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения было значительно снижено по сравнению с данными в популяции [2,3]: до 22 (15:39),  $p<0,0001$ .

Жизненная активность (Vitality – VT) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным составила 28 (17:34),  $p<0,05$ .

Из 42 пациентов с ЦП и рефрактерным асцитом 9 пациентам была проведена операция трансъюгулярное внутрипеченочное порто-системное шунтирование. Всех пациентов данной подгруппы разделили на 2 части: с абсолютно рефрактерным асцитом (нет эффекта от 400 мг спиронолактона и 160 мг фуросемида) – 5 человек, и относительно рефрактерным асцитом

(невозможно назначить максимальные дозы мочегонных препаратов, так как у пациента появляются побочные эффекты (например, энцефалопатия, обострение подагры, коллапсы и др.)) – 4 человека. Пациенты, которым провели трансъюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование по этиологии цирроза были представлены вирусными и алкогольными (в анамнезе отказались от употребления алкоголя длительностью «сухого периода» более года).

Провели оценку качества жизни до проведения шунтирования и через 1 и 3 года после вмешательства. В группе с абсолютно рефрактерным асцитом и показатели качества жизни улучшились через год, но статистически значимо ухудшились к 3 – годам: пациентам в течение года понадобилась трансплантация печени в 70% случаев,  $p < 0,002$ . Пациентам с относительно рефрактерным асцитом пересадка понадобилась в 10% случаев, и качество жизни согласно SF-36, достоверно улучшалось на 1-й год и через 3,  $p < 0,0001$ .

Через год у пациентов с относительным рефрактерным асцитом после шунтирования степень тяжести ЦП С по Чайлд-Пью сменилась на В и А,  $p < 0,001$ . Улучшились значения шкалы Physical Functioning,  $p < 0,04$ , General Health  $p < 0,0001$ .

**Выводы.** Внутривенное портосистемное шунтирование позволяет значительно улучшить качество жизни пациентов с декомпенсированным ЦП печени. У пациентов с относительно рефрактерным асцитом рекомендовано выполнять шунтирование, так как в 90% качество жизни улучшается, и пациенты отодвигаются в очереди на трансплантацию печени даже через 3 года.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Заболевания печени. Портосистемное шунтирование / [Электронный ресурс]. – 2016. – Режим доступа: <http://physiomed.com.ua> – Дата доступа: 28.05.18.
2. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ») / В.Н. Амирджанова [и др.] // Журнал Научно-практическая ревматология. – 2008. – № 1. – С.36-48.
3. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова // М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2002. – 314 с.

### ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ АСЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

*Лемешевская З.П.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), цирроз печени – это диффузный процесс,