

организме было выявлено на стадии цирроза печени. Доминирование генотипа 1, вероятно, связано, с одной стороны, с особенностями путей передачи, а с другой, – со скоростью трансформации хронического гепатита в цирроз. Отсутствие желтухи, нормальная или низкая цитолитическая активность еще раз подтверждают необходимость скринингового обследования на маркеры ВГС.

Sukhoruk A.A., Esaulenko E.V.

NATURAL HISTORY OF LIVER CIRRHOSIS DUE TO CHRONIC HEPATITIS C

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Saint-Petersburg, Russian
Federation

A number of patients with liver cirrhosis in the outcome of chronic hepatitis C is significant and continues to increase every year. The first detection of hepatitis C virus antibodies at the stage of cirrhosis, absence of jaundice, normal or low cytolytic activity confirms the need for screening markers of hepatitis C virus once again. Dominance of genotype 1 is probably associated with features of transmission routes on the one hand, and with the speed of transformation of chronic hepatitis to cirrhosis on the other.

Хурса Р.В., Месникова И.Л., Яковлева Е.В.

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) – полиэтиологичное хроническое заболевание, требующее длительного амбулаторного лечения и наблюдения, а, следовательно, и надежных объективных способов оценки эффективности проводимого лечения.

Цель – оценить эффективность амбулаторного лечения НАЖБП по показателям качества жизни (КЖ).

Материал и методы. В амбулаторных условиях проведено открытое проспективное обследование 30 пациентов возрасте до 65 лет на протяжении 6 недель. Все пациенты обследованы клинически (анамнез с использованием опросника AUDIT,

физикальное обследование), лабораторно – исследование сыворотки крови на маркеры вирусных гепатитов, УЗИ органов брюшной полости. В качестве «гепатопротектора» в комплексном лечении использовалась урсодезоксихолевая кислота (холудексан в дозе 600 мг/сут). Дважды (в начале и в конце наблюдения) проведены общие анализы крови и мочи, биохимические анализы крови с исследованием функциональных печеночных тестов. Трижды за период наблюдения (исходно, через 3 недели и через 6 недель) анализировались: выраженность диспепсических проявлений с полуколичественной оценкой от 0 баллов (нет жалоб) до 3 баллов (сильно выражены, постоянные); качество жизни (КЖ) по валидированной нами русскоязычной версии общего опросника RAND-36, включающего 36 вопросов, разделяемых при анализе на 9 шкал: PF (физическое функционирование), RP (ролевые ограничения, обусловленные проблемами физического здоровья), RE (ролевые ограничения, обусловленные личными или эмоциональными проблемами), EF (энергичность/усталость), EW (эмоциональное самочувствие), SF (социальное функционирование), BP (телесная боль), GH (общее восприятие здоровья) и NN (сравнение самочувствия с предыдущим годом).

Для оценки результатов использованы параметрические и непараметрические методы медицинской статистики (в зависимости от вида распределения величин), различия между параметрами считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Завершили исследование 27 пациентов. Среди них преобладали женщины, длительность заболевания НАЖБП составляла от 2,5 месяцев до 22 лет. Нормальный индекс массы тела имели только 4 пациента, у остальных была избыточная масса тела (13 чел.) или ожирение (10 чел.). В качестве неблагоприятных факторов большинство работающих пациентов отметили производственные: чрезмерное психоэмоциональное напряжение, командировки, работа в ночную смену (59,3%, 16 чел.).

Выраженных диспепсических симптомов, болей или дискомфорта в правом подреберье, что соответствовало бы 3 баллам, не было ни у кого из группы. Имевшиеся у части пациентов проявления такого рода были умеренными или слабо выраженными, чаще всего эпизодическими.

Общие анализы крови и мочи пациентов находились в пределах принятых норм как в начале исследования, так и в конце. Исходные биохимические показатели у большинства пациентов характеризовались незначительным повышением холестерина, активности ферментов АлАТ, АсАТ, Г-ГГТ. При этом у 6 пациентов уровень общего холестерина был в пределах нормы; активность ферментов АлАТ и АсАТ также соответствовала норме у большинства из группы (17 и 19 чел., соответственно). Активность «маркеров холестаза» варьировала в пределах 24,3-474 Ед/л для Г-ГГТ и 64,0-387,0 Ед/л для ЩФ, при этом у большинства пациентов соответствовала норме или слегка превышала ее.

Таким образом, клиническая картина заболевания была достаточно скудной, что затрудняло объективную оценку эффективности лечения, основывалась только на традиционных клинических и лабораторных показателях.

Исходные показатели КЖ находились в пределах 50-75 баллов по 9 шкалам (таблица) при максимально возможном значении 100 баллов для каждой шкалы (более высокий балл соответствует лучшему состоянию здоровья).

Таблица. – Динамика качества жизни пациентов в процессе лечения, баллы, $M \pm m$ или Me (25%; 75%)

Шкалы КЖ	Исходно	Через 3 недели	Через 6 недель
PF	75,0 (45,0; 90,0)	75,0 (50,0; 90,0)	77,5 (55,0; 95,0)*
RP	75,0 (25,0; 100,0)	75,0 (25,0; 100,0)	75,0 (25,0; 100,0)
RE	66,6 (33,0; 100,0)	100,0 (33,3; 100,0) *	100,0 (66,6; 100,0)*
EF	57,6 \pm 3,8	61,4 \pm 3,3*	62,4 \pm 3,6*
EW	63,2 \pm 3,4	67,1 \pm 3,1*	68,0 \pm 3,1*
SF	75,0 (62,5; 87,5)	75,0 (62,5; 87,5)	87,5 (75,0; 100,0)*
BP	57,5 (45,0; 90,0)	67,5 (45,0; 100,0)	77,5 (45,0; 100,0)*
GH	53,0 \pm 3,1	54,8 \pm 3,3	56,2 \pm 3,5
HN	50,0 (25,0; 50,0)	50,0 (25,0; 50,0)	50,0 (25,0; 50,0)

Примечание-* - $p < 0,05$ при сравнении с исходным

К концу наблюдения большинство пациентов отметили улучшение общего самочувствия, хотя незначительные диспепсические проявления и дискомфорт в правом подреберье сохранились у 2 пациентов. Отмечено также достоверное снижение активности ферментов ЩФ, Г-ГГТ, АлАТ, АсАТ ($p < 0,05$) у тех пациентов, у которых они были повышены.

Изменения параметров КЖ в процессе лечения представлены в таблице, из которой следует, что уже к концу 3-й недели лечения произошли статистически значимые улучшения КЖ по шкалам RE (ролевые ограничения, обусловленные личными или эмоциональными проблемами), EF (энергичность/усталость) и EW (эмоциональное самочувствие). К концу периода наблюдения к этим положительным сдвигам добавилось улучшение и по шкалам PF (физическое функционирование), SF (социальное функционирование) и VP (телесная боль). То есть лечение благотворно сказалось на КЖ – показателе, который, несмотря на кажущуюся «субъективность», признан объективным интегральным критерием состояния здоровья.

Заключение. Таким образом, исследование КЖ, использованное нами в процессе динамического наблюдения и лечения пациентов с НАЖБП, продемонстрировало объективную (статистически значимую) положительную динамику. НАЖБП, как хроническое заболевание со скудной симптоматикой, требующее длительного амбулаторного лечения и наблюдения, является показанием к использованию приведенных таких оценочных критериев наряду с традиционными клинико-биохимическими показателями. Для реализации данного метода не требуется специального оборудования и материальных затрат. Более того, НАЖБП относится к категории хронических болезней, при которых улучшение КЖ является одной из основных целей лечения.

LIFE QUALITY AS A CRITERION OF THERAPY EFFICIENCY USED IN NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE

Khursa R.V, Mesnikova I.L., Yakovleva E.V.

Belarusian State Medical University, Minsk, the Republic of Belarus

An open prospective study was made in 30 patients with NAFLD. Efficiency of treatment by cholestyramine during 6 weeks was assessed not only by clinical and by biochemical parameters, but also by a life quality investigation. The treatment has led to improvement of clinical semiology, functional hepatic tests, and of life quality on the majority of scales. Life quality is the important aim of NAFLD treatment and the objective criterion of therapy efficiency.