



На правах рукописи

ДУДНИК Оксана Валентиновна

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО УЛУЧШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ В И С**

14.01.09 – Инфекционные болезни

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

– 8 АВГ 2013

Москва – 2013

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Дудник".

Работа выполнена на кафедре инфекционных болезней, эпидемиологии, военной эпидемиологии и дерматовенерологии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:
доктор медицинских наук
Орлова Светлана Николаевна

Официальные оппоненты:
заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой инфекционных болезней ГБОУ ДПО «Российская
медицинская академия последипломного образования» МЗ РФ
Беляева Наталия Михайловна

доктор медицинских наук, профессор,
ведущий научный сотрудник Федерального научно-методического центра
по профилактике и борьбе со СПИДом Роспотребнадзора
Кравченко Алексей Викторович

Ведущая организация – Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Нижегородская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита диссертации состоится 20 сентября 2013 г. в 13.30 на заседании диссертационного совета Д 208.114.01 Федерального государственного бюджетного учреждения науки «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора по адресу: 111123, г. Москва, ул. Новогиреевская, д. За.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФБУН «ЦННИ эпидемиологии» Роспотребнадзора.

Автореферат разослан «25» июля 2013 г.

Учёный секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук,
профессор

Горелов Александр Васильевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность научного исследования

Вирусные гепатиты представляют собой, как во всем мире, так и в России, глобальную, трудную и пока далекую от своего решения проблему медицинской науки и практического здравоохранения. При этом гемоконтактные гепатиты, в особенности – их хронические формы, приобретают все большую актуальность и заключают в себе медицинскую, социально-экономическую и демографическую составляющие (Онищенко Г. Г., Жербун А. Б., 2011). За последнее десятилетие вирусные гепатиты человека приобрели пандемический характер распространения, что в сочетании с длительным, дорогостоящим и далеко не всегда эффективным лечением дает этой нозологии социально значимый подход к рассмотрению (Макарова И. И., 2009; Дроздова О. М., Балыбина О. А., 2010; Шахгильян И. В., 2008).

Качество жизни – простой и надежный способ изучения состояния здоровья человека, основанный на субъективном восприятии и дающий интегрально-цифровую характеристику его физического, психологического и социального функционирования (Новик А. А., Ионова Т. И., 2007). Изучение качества жизни больных хроническими вирусными гепатитами предоставляет возможность с принципиально новых позиций оценить картину болезни и влияние течения заболевания на основные составляющие жизнедеятельности человека.

На сегодняшний день не вызывает сомнений необходимость совершенствования профилактической помощи населению, коррекции факторов риска, неблагоприятно влияющих на здоровье и связанных с образом жизни. Профилактическими могут быть не только медицинские вмешательства, но и образовательные технологии. Одной из перспективных интегрированных технологий профилактической и лечебной помощи является обучение в Школах здоровья (Беленко Л. В., 2003; Органов Р. Г., 2009; Аметов А. С., 2012). Во всем мире, особенно в развитых странах, на протяжении последних 15 лет широко развивается образование пациентов по различным направлениям.

Обучение пациентов, как один из эффективных способов профилактики осложнений, применительно к проблеме хронических гепатитов В и С не получил еще широкого распространения. Концепция обучающих технологий для больных хроническими вирусными гепатитами находится в стадии формирования, а внедряемые в течение последних лет «Школы» существуют только при крупных медицинских центрах.

В доступной нам литературе мы не нашли данных о комплексном изучении факторов, определяющих качество жизни пациентов хроническими вирусными гепатитами, а также влияние обучения в «Школе для больных хроническими гепатитами В и С» на показатели качества жизни пациентов.

Таким образом, с учетом длительного течения вирусных гепатитов В и С, изучение качества жизни таких больных в условиях областного центра и на фоне конкретной микросоциальной среды является актуальным вопросом. Предложенные на этой основе пути оптимизации качества жизни пациентов, могут способствовать повышению ответственности их за свое здоровье и здоровье окружающих, адекватному восприятию собственного заболевания и оптимальному сосуществованию с ним, предупреждению социальной изоляции и наилучшей адаптации пациентов в условиях современного общества.

Цель научного исследования – установить влияние медико-социальных факторов, системы обучения пациентов в «Школе для больных хроническими гепатитами В и С» и проводимой медикаментозной терапии на показатели качества жизни больных хроническими гепатитами В и С.

Задачи научного исследования

1. Изучить медицинские и социальные факторы, определяющие качество жизни пациентов хроническими гепатитами В и С.
2. Оценить показатели качества жизни больных хроническими вирусными гепатитами на разных этапах течения патологического процесса и в зависимости от гендерных особенностей, факторов риска, объективных клинических и лабораторно-инструментальных данных.
3. Определить влияние этиотропного и патогенетического лечения на показатели качества жизни у пациентов хроническим гепатитом С, возможности контроля болезни.
4. Определить критерии эффективности обучения в «Школе для больных хроническими гепатитами В и С», оценить влияние обучения на информированность пациентов по своему заболеванию, приверженность к данным рекомендациям и лечению, на качество жизни больных.
5. Проанализировать отношение медицинских работников отдельных профессиональных групп и населения крупного города к проблеме распространения и качества жизни пациентов хроническими вирусными гепатитами.

Научная новизна исследования

Впервые установлены медицинские и социальные факторы, определяющие качество жизни пациентов хроническими вирусными гепатитами: стадия заболевания, активность воспалительного процесса, давность заболевания более 5 лет, прием алкоголя, парентеральное употребление психоактивных веществ, коинфицирование вирусами гепатитов В и С, ВИЧ.

Определено, что комбинированная противовирусная терапия хронического гепатита С способствует повышению качества жизни больных, приравнивая его к качеству жизни здоровых людей.

Впервые показано, что на качество жизни пациентов влияет обучение в «Школе для больных хроническими гепатитами В и С».

Установлено, что уровень знаний как медицинских работников, так и населения крупного города недостаточен, в ряде случаев выявляется негативное отношение к больным хроническими вирусными гепатитами, что может ухудшить показатели качества жизни этих пациентов.

Практическая значимость научного исследования

Предложена программа терапевтического обучения пациентов хроническими вирусными гепатитами «Школа для больных хроническими гепатитами В и С».

Определены критерии эффективности терапевтического обучения пациентов в «Школе для больных хроническими гепатитами В и С».

Разработаны анкеты для определения объема знаний медицинских работников по хроническим гепатитам В и С, а также анкеты для оценки отношения населения крупного промышленного города к проблеме распространения хронических вирусных гепатитов.

Показано, что для выявления депрессии у пациентов хроническим гепатитом С, планирующих противовирусную терапию, можно применять шкалу Занга, а для коррекции легкого депрессивного расстройства использовать афобазол.

Положения, выносимые на защиту

1. Хронические вирусные гепатиты значительно снижают качество жизни больных, выраженность нарушений которого определяется стадией обострения заболевания, высокой и умеренной активностью воспалительного процесса, давностью заболевания более 5 лет, при-

- емом алкоголя, парентеральным употреблением психоактивных веществ, коинфицированием вирусами гепатитов В и С, ВИЧ.
2. Законченная комбинированная противовирусная терапия хронического гепатита С повышает качество жизни пациентов, приравнивая его к качеству жизни здоровых людей.
 3. Обучение в «Школе для больных хроническими гепатитами В и С» способствует улучшению показателей качества жизни, преимущественно за счет коррекции психоэмоционального состояния и увеличения социальной активности пациентов.
 4. Наблюдается стигматизация больных хроническими вирусными гепатитами со стороны медицинских работников и окружающих, что может приводить к ухудшению качества жизни данных пациентов.

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования внедрены в работу инфекционного отделения № 4 ОБУЗ «1-я городская клиническая больница» и врачей инфекционистов поликлиник № 1, 3, 8 г. Иванова, ОГУЗ Ивановской области «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», а также используется в учебном процессе на кафедрах ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России: инфекционных болезней, эпидемиологии, военной эпидемиологии и дерматовенерологии; терапии и эндокринологии института последипломного образования.

По результатам исследования оформлено рационализаторское предложение № 2483 «Способ прогнозирования течения хронических вирусных гепатитов В и С» (Иваново, 2011), выпущена памятка для пациентов хроническим гепатитом С «Противовирусная терапия хронического гепатита С» (Иваново, 2012), получен патент на изобретение № 2482786 «Способ прогнозирования течения хронических вирусных гепатитов В и С» (Иваново, 2013).

Личный вклад

Автор непосредственно участвовал на всех этапах процесса: получения исходных данных, апробация результатов исследования, их обработка и интерпретация, подготовка основных публикаций по выполненной работе.

Апробация работы

Основные положения работы доложены на I, IV и V Ежегодных Всероссийских конгрессах по инфекционным болезням (Москва, 2009,

2012, 2013), V региональной научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы инфекционной патологии на Дальнем Востоке Российской Федерации» (Хабаровск, 2012), X юбилейная телеконференции с международным участием на платформе «Альманах Научных Открытий» (Томск, 2013), научно-практических конференциях студентов и молодых ученых ИвГМА «Неделя науки» (Иваново, 2009, 2011, 2012).

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 172 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, 5 глав собственных наблюдений, заключения, выводов, практических рекомендаций и приложений. Список литературы включает 115 отечественных и 70 зарубежных источника. Иллюстрированный материал представлен 53 таблицами и 25 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Методы и объем исследования

В основу работы легли результаты комплексного обследования 205 пациентов, страдающих хроническими вирусными гепатитами (ХВГ), находившихся на лечении в 4-ом инфекционном отделении ОБУЗ «1-я городская клиническая больница» г. Иванова, а также получавших амбулаторную помощь в поликлиниках № 3 ОБУЗ «3-я городская клиническая больница» и №1 ОБУЗ «1-я городская клиническая больница» г. Иванова, в ОГУЗ Ивановской области «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» в возрасте от 18 до 66 лет. ХГВ наблюдался у 42 (20,49%) больных, ХГС – у 96 (46,83%) человек, ХГВ+С – у 27 (13,17%) пациентов и ХГС и ВИЧ-инфекция – у 40 (19,51%) обследованных. Диагноз устанавливался на основании обнаружения ДНК ВГВ или РНК ВГС и наличия маркеров (для гепатита В). Так как проведение биопсии печени пациентам, включенным в исследование, не представлялось возможным, при определении активности ХВГ мы ориентировались на косвенные признаки некрозо-воспалительного процесса – уровень АлАТ, измеренный последовательно не менее 2-х раз. В соответствии с классификацией, предложенной на Международном конгрессе гастроэнтерологов (Лос-Анджелес, 1994 г) повышение уровня АлАТ в 1 – 3 раза свидетельствовало о минимальной активности, в 3 – 10 раз – об умеренной, более чем в 10 раз – о выраженной.

Диагноз ВИЧ-инфекция ставился в соответствии с классификацией В. И. Покровского (2001 г.).

Для более детального изучения анамнеза заболевания с целью определения путей передачи ХВГ и наличия неблагоприятных факторов пациенту предлагалось заполнить анкету, разработанную нами.

В исследовании изучались результаты общеклинических методов лабораторной и инструментальной диагностики.

Для исследования качества жизни (КЖ) больных ХВГ применяли 2 опросника – MOS – SF-36 (Medical Outcomes Study – Short Form) и GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale). Для оценки наличия и выраженности симптомов депрессии до начала и на фоне противовирусной терапии (ПВТ) мы использовали шкалу Занга для самооценки депрессии (Zung Self-Rating Depression Scale).

В ходе исследования мы провели 50 «Школ для больных ХГВ и С». Перед проведением «Школы», а затем после окончания второго занятия больным была предложена анкета, разработанная нами, которая позволила сравнить объем знаний пациентов по своему заболеванию. Анкета включала вопросы по путям передачи и клиническим симптомам, а также о влиянии диеты и вредных для здоровья факторов на течение ХВГ, ПВТ и имела бальную интерпретацию.

После проведения «Школы» мы предложили нашим пациентам ответить на вопросы анкеты для определения приверженности пациентов к соблюдению рекомендаций, данных в «Школе для больных ХГВ и С», отношения к проведению ПВТ, качества обучения.

Для медицинских сестер и врачей различных специальностей медицинских учреждений г. Иванова и студентов V и VI курсов ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России была разработана анкета, позволяющая определить отношение медицинских работников к проблеме ХВГ, больным, страдающим ХГВ и С.

Для населения г. Иванова была также предложена анкета, определяющая некоторые аспекты проблемы ХВГ.

При математической обработке данных применялись методы непараметрической и параметрической статистики. Математическая обработка данных проводилась при помощи программ Microsoft Excel и StatSoft Statistica v.6.0. В случае нормального распределения признака в выборке, результаты представлялись в виде средней арифметической и ее стандартной ошибки ($M \pm m$). Выявление взаимосвязи между изучаемыми параметрами осуществлялось путем расчета коэффициента парной и точечно-бисериальной корреляции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе проведения исследования были выявлены медицинские и социальные факторы, определяющие качество жизни пациентов ХВГ. При изучении анамнеза заболевания мы установили, что более тяжелое течение наблюдается у пациентов мужского пола при ХГС. Давность заболевания более 5 лет, злоупотребление алкоголем и никотиновая зависимость, частое нарушение рекомендованной диеты при заболеваниях печени являются прогностически неблагоприятными факторами как для ХГВ, так и для ХГС. Среди пациентов с минимальной активностью ХГС не встречались больные, употребляющие парентеральные психоактивные вещества, а в группе умеренной и выраженной активности ХГС таких оказалась треть – 28 (29,17%) человек. Мы установили, что достоверно чаще при 1-ом генотипе ВГС у пациентов имела место умеренно выраженная и выраженная степень активности ХВГ ($\chi^2 = 5,96$, при $p < 0,015$), а при 3-м генотипе – минимальная активность ($\chi^2 = 5,66$, при $p < 0,016$). Стоит отметить, что микст-инфекция ВГ В и С, а также ко-инфекция ВИЧ способствует более тяжелому течению заболевания, но эти пациенты имели в анамнезе большое количество факторов (никотиновая и алкогольная зависимость, употребление психоактивных веществ парентерально, не соблюдение диеты), которые усугубляли течение ХВГ.

Мы установили, что КЖ больных ХВГ снижено, как по физическому, так и по психологическому компонентам здоровья, при этом достоверных отличий между показателями пациентов ХГВ и ХГС не было отмечено. Больные ХВГ чаще всего предъявляли жалобы на абдоминальную боль и диспепсический синдром, реже регистрировался рефлюкс-синдром.

Как показал анализ, КЖ больных зависит от стадии заболевания: на стадии обострения ХГВ и ХГС у пациентов определяются более низкие, чем на стадии ремиссии, показатели КЖ (по опроснику SF-36) и большее число жалоб со стороны ЖКТ (по опроснику GSRS).

Изучив корреляционные взаимоотношения между уровнем повышения АЛАТ, степенью активности патологического процесса и КЖ этих пациентов, мы выявили, что у больных с умеренной активностью ХГВ физическая активность значительнее ограничивается состоянием их здоровья, а также имеет место более выраженное ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное эмоциональным состоянием. Жалобы со стороны ЖКТ пациенты с минимальной и умеренной активностью ХГВ предъявляли с одинаковой частотой.

При ХГС достоверные различия в показателях КЖ у пациентов с минимальной и умеренной активностью патологического процесса были получены по физическому компоненту здоровья, а между пациентами с минимальной и высокой активностью ХГС помимо сохранения различий по физическому компоненту присоединились и компоненты, отражающие психологическую сторону здоровья. У больных ХГС по опроснику GSRS имело место нарастание показателей по всем шкалам опросника по мере повышения активности воспалительного процесса.

Изучение КЖ больных ХВГ в разных возрастных группах показало, что достоверно ($p\leq 0,05$) более низкие показатели наблюдаются как у пациентов ХГВ, так и ХГС в старшей возрастной группе – более 50 лет, чем у пациентов от 18 до 29 лет по физическому компоненту здоровья, а жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта предъявляли с одинаковой частотой пациенты из разных возрастных групп. Возраст пациентов не определяет страдание психологического компонента здоровья при ХВГ, а наличие физических ограничений в старшей возрастной группе связано с возрастными изменениями, нежели с наличием ХВГ.

У больных ХГВ с давностью заболевания более 5 лет наблюдались достоверно ($p\leq 0,05$) низкие показатели по всем шкалам опросника SF-36, объединенных в физический компонент здоровья, а у пациентов ХГС – как по физическому, так и по психологическому компонентам здоровья. По опроснику GSRS достоверно высокие показатели имели все пациенты с давностью инфицирования более 5 лет. Таким образом, с увеличением давности заболевания ухудшается физическое и психоэмоциональное состояние пациентов, появляются признаки желудочно-кишечной дисфункции.

Изучая КЖ больных в зависимости от пола мы не получили достоверных отличий в показателях мужчин и женщин. Но стоит отметить, что по опроснику SF-36 при ХГВ более высокие показатели наблюдались у мужчин по физическому компоненту здоровья, а по психологическому компоненту небольшое преимущество имели женщины. При ХГС все показатели шкал опросника были выше у женщин. По опроснику GSRS также не было получено достоверных отличий, но мы отметили, что чаще жалобы со стороны ЖКТ предъявляли мужчины, страдающие ХГС. Это можно объяснить частым наличием у мужчин неблагоприятных факторов (злоупотребление алкоголем, курение, приемом психоактивных веществ).

В нашем исследовании 1-ый генотип HCV наблюдался у 48 (54,55%) больных, 3-й генотип HCV – у 40 (40,45%) пациентов. Полученные нами данные свидетельствовали о более низком КЖ пациентов с 1-ым генотипом HCV. По опроснику SF-36 достоверно выше ($p\leq 0,05$)

были показатели у пациентов с 3-им генотипом шкал физической активности, ролевого функционирования, обусловленного физическими эмоциональным состоянием, жизненной активности, психического здоровья. У пациентов с 1-ым генотипом HCV по опроснику GSRS достоверно выше оказались показатели шкал абдоминальной боли, рефлюкс-синдрома, диспепсического синдрома и по шкале суммарного измерения.

Ухудшение КЖ из-за наличия хронического заболевания произошло у всех пациентов, вне зависимости от их образования.

Изучив гендерные, социальные и клинические особенности больных, мы проанализировали данные показателей КЖ в зависимости от наличия вредных для здоровья факторов.

Оказалось, что никотиновая зависимость у пациентов ХГВ и ХГС не влияет на показатели КЖ больных, согласно опроснику SF-36, но обуславливает большее число жалоб на наличие абдоминальной боли, диспепсического и рефлюкс-синдрома, а также синдрома запоров.

Факт употребления алкоголя был отмечен у 16 (38,09%) пациентов ХГВ и 37 (38,54%) больных ХГС. Согласно опроснику SF-36 достоверно более низкие показатели КЖ наблюдались у пациентов с алкогольной зависимостью. Употребление алкоголя при ХВГ приводит к ограничению физической активности пациентов, к более низкой оценке состояния своего здоровья, снижению жизненной активности и ухудшению эмоционального состояния. По всем шкалам опросника GSRS более высокие показатели, указывающие на большее количество симптомов, связанных с нарушениями со стороны ЖКТ, имели место у больных, употребляющих алкоголь.

В анамнезе у трети пациентов ХГС было парентеральное употребление психоактивных веществ. При анализе данных опросников мы определили у них более низкие показатели КЖ (шкалы ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, интенсивности боли, жизненной активности и социальной активности) и большее число жалоб на наличие желудочно-кишечной дисфункции (шкалы рефлюкс-синдрома; абдоминального, диарейного и диспепсического синдромов).

В исследовании приняли участие 27 пациентов ХГВ+С. Сравнив показатели их КЖ (по опроснику SF-36) с показателями КЖ больных ХГВ и ХГС, мы определили, что у пациентов с микст-гепатитами КЖ страдает в большей степени, при этом достоверно отличные результаты между больными ХГВ+С и ХГС были получены по шкалам ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, интенсивности боли,

социального функционирования и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, а с ХГВ лишь по шкале социальное функционирование. Мы регистрировали достоверно больше различных показателей, характеризующих КЖ, между больными микст-гепатитами и ХГС.

В исследование также были включены 40 пациентов ХГС в сочетании с ВИЧ-инфекцией. При сопоставлении данных КЖ этих пациентов с показателями КЖ больных микст-гепатитами, оказалось, что все шкалы опросника SF-36 более снижены у пациентов с ВИЧ-инфекцией (достоверно по шкалам ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием и психического здоровья). Наличие ВИЧ-инфекции является определяющим фактором, ухудшающим показатели КЖ. Преобладает страдание психологического компонента здоровья, по сравнению с пациентами с моногепатитами. Психологические проблемы и связанные с ними невротические и психосоматические нарушения, характерные для пациентов ХГС, ко-инфицированных ВИЧ, требуют психологической поддержки как одного из компонентов лечения.

В ходе исследования мы установили факторы, ухудшающие КЖ пациентов, при которых наблюдалась достоверно значимые отличия в группах наблюдения и проанализировали степень их влияния на физический и психологический компоненты здоровья.

Мы ранжировали факторы (по совокупности данных) по степени их влияния на низкие показатели КЖ (рис. 1). При этом данные больных ХГВ и ХГС немного отличались. Оказалось, что при ХГВ ведущим фактором, влияющим на физический компонент здоровья, было злоупотребление алкоголем, а при ХГС – употребление психоактивных веществ парентерально. А стадия обострения заболевания была лидирующим показателем, определяющим психологическую сторону здоровья как у пациентов ХГВ, так и ХГС. На последнем месте был фактор возраста (старше 50 лет) по физическому компоненту, а по психологическому – злоупотребление алкоголем.

С учетом факторов риска мы выделили благоприятные факторы, которые способны сохранять КЖ больных на среднем и высоком уровне. К таким факторам можно отнести: минимальную активность воспалительного процесса, длительное нахождение заболевания в стадии ремиссии, отказ от употребления алкоголя и психоактивных веществ, малый срок инфицирования, 3-й генотип HCV, молодой возраст.



Рисунок 1. Неблагоприятные факторы, определяющие низкое качество жизни больных хроническими гепатитами В и С по убыванию

Изучив факторы, которые являются определяющими для КЖ больных, мы задумались о возможностях улучшения показателей КЖ. Для этого можно использовать медикаментозные методы лечения и профилактические программы.

44 пациента ХГС, включенных в исследование, получили комбинированную противовирусную терапию, которая включала интерферон альфа-2б человеческий рекомбинантный (препарат «Альтевир» ЗАО «Фармстандарт», РФ) и рибавирин.

Основную группу составили мужчины, в возрасте от 20 до 44 лет, с умеренной активностью ХГС. Преобладал 3-ий генотип HCV. По окончании ПВТ 43 пациента имели неопределяемый уровень РНК ВГС. После проведенного лечения под наблюдением находилось 38 человек, устойчивый вирусологический ответ был достигнут 27 (71,05%) пациентами. Развитие побочных эффектов: гриппоподобный синдром, лейкопения, тромбоцитопения, анемия, депрессия, выпадение волос, снижение массы тела у наблюдавшихся пациентов не потребовало отмены препаратов или уменьшения их дозы.

Большая часть пациентов (93,18%) при проведении ПВТ имела признаки легкого депрессивного расстройства. Для первичной оценки наличия и степени выраженности депрессии мы использовали шкалу Занга для самооценки депрессии. Окончательный диагноз депрессии устанавливали врач-психотерапевт.

До проведения ПВТ у 15 (34,09%) больных имела место легкая степень депрессии (средний балл по шкале Занга – $34,56 \pm 4,78$). Для коррекции депрессии применили препарат афобазол. На 4-ой неделе ПВТ симптомы депрессии наблюдались у 21 (47,73%) пациента, средний балл по шкале Занга составил $40,34 \pm 4,97$. Всем пациентам, имевшим признаки депрессии, был назначен или продолжен прием препарата афобазол. На 12-ой неделе терапии признаки депрессии (по-прежнему легкой степени) имели 16 (36,36%) пациентов, средний балл по шкале Занга – $29,56 \pm 4,78$. При этом ни один пациент, у которого наблюдались признаки депрессии на 4-ой неделе терапии, не сохранил их до 12 недели ПВТ. На 24-ой неделе ПВТ признаки легкой депрессии наблюдались у 1 (4,76%) пациента, средний балл по шкале Занга – $19,73 \pm 4,32$. По завершении ПВТ депрессии у больных не наблюдалось, средний балл по шкале Занга составил $15,45 \pm 2,89$.

Сравнив КЖ пациентов до и после проведения комбинированной ПВТ, мы установили, что показатели всех шкал опросника SF-36 оказались достоверно ($p \leq 0,05$) выше у пациентов, получивших лечение, как по физическому, так и по психологическому компонентам здоровья. Согласно опроснику GSRS, у больных до проведения ПВТ определялись некоторые гастроэнтерологические проблемы, однако, они были незначительные: выявлялись диспепсический синдром и абдоминальной боли. После

проведенного лечения имело место достоверное снижение показателей по всем шкалам опросника GSRS.

ПВТ ХГС замедляет прогрессирование заболевания, улучшает состояние больных, способствует нормализации клинико-лабораторных показателей, повышает КЖ пациентов. КЖ больных после ПВТ становится равным КЖ здоровых людей.

24 пациента ХГС, участвующих в исследовании не получали комбинированную ПВТ, из-за экономических проблем, наличия противопоказаний к проведению ПВТ. Для патогенетической терапии этих больных был выбран препарат «Фосфоглив» (ЗАО «Фармстандарт», РФ). Препарат применялся длительное время (более 6 месяцев). Группу контроля составили 28 больных ХГС, не получавших фосфоглив.

КЖ пациентов, получивших патогенетическое лечение, улучшилось по сравнению с больными, не получавшими этот препарат, при этом достоверно выше были шкалы опросника SF-36: физической и социальной активности, а также по опроснику GSRS снизилось количество жалоб со стороны ЖКТ. Но стоит отметить, что показатели КЖ не достигли значений здоровых людей (табл. 1, 2).

Таблица 1

Качество жизни больных хроническим гепатитом С, получающих препарат фосфоглив и пациентов, прошедших противовирусную терапию (опросник SF-36)

№	Параметры по шкале SF-36	Оценка в баллах	
		Пациенты, принимавшие фосфоглив (n=24)	Пациенты, получившие ПВТ (n=44)
1	PF – физическая активность	83,91±4,92	97,20±5,84
2	RP – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	74,87±5,93*	94,44±5,91*
3	BP – интенсивность боли	78,74±3,29*	95,74±4,38*
4	GH – общее восприятие здоровья	64,96±3,78*	84,44±5,40*
5	VT – жизнеспособность	67,61±2,73*	83,22±3,99*
6	SF – социальная активность	64,26±4,24*	78,56±5,91*
7	RE – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	69,09±2,37*	93,30±5,40*
8	MH – психическое здоровье	68,65±4,51*	88,30±4,78*

* показатели достоверны, при $p \leq 0,05$

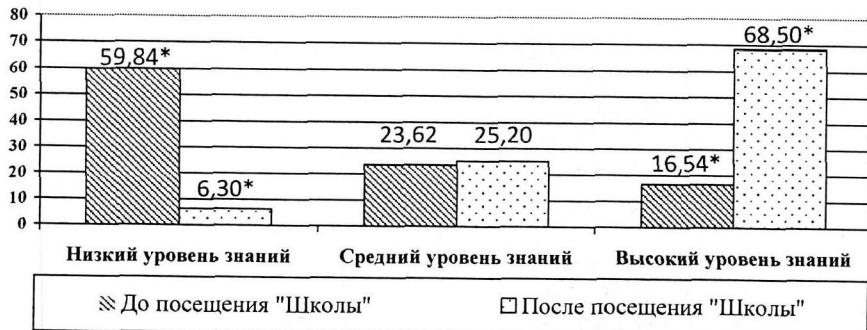
Таблица 2

Качество жизни больных хроническим гепатитом С, получающих препарат фосфоглив и пациентов, прошедших противовирусную терапию (опросник GSRS)

№	Параметры по шкале GSRS	Оценка в баллах	
		Пациенты, принимавшие фосфоглив (n=24)	Пациенты, получившие ПВТ (n=44)
1	Абдоминальная боль	2,45±0,44	2,22±0,11
2	Рефлюкс-синдром	3,62±0,33	3,15±0,08
3	Диарейный синдром	3,82±0,52	3,00±0,03
4	Диспептический синдром	5,36±0,60*	4,44±0,08*
5	Синдром запоров	3,82±0,23	3,00±0,03
6	Шкала суммарного измерения	20,89±1,11	16,55±1,16

* показатели достоверны, при $p \leq 0,05$

В ходе проведенного исследования мы провели 50 «Школ» для 200 человек. Для оценки эффективности обучения использовали анкетирование, в котором участвовали 127 пациентов. До посещения «Школы» в большинстве случаев (59,84%) больные имели низкий уровень знаний по своему заболеванию. Посещение «Школы» способствовало повышению уровня знаний больных (рис. 2).



* различия частот достоверны, при $p \leq 0,05$

Рисунок 2. Уровень знаний респондентов по вопросам о хронических вирусных гепатитах до и после проведения «Школы»

Мы установили, что средний и высокий уровень знаний больных достоверно ($\chi^2=8,52$, при $p\leq 0,05$) увеличился.

Как оказалось, занятия в «Школе» повышают приверженность пациентов к соблюдению правильного режима труда и отдыха, диеты, отказу от вредных привычек, а также к необходимости прохождения плановых медицинских осмотров.

Изучив КЖ пациентов до и после посещения «Школы для больных хроническими гепатитами В и С», определили, что показатели КЖ, объединенные в психологический компонент здоровья, у пациентов после посещения занятий достоверно повышаются, что может быть связано с повышением знаний больных и, как следствие, более четкого понимания сути проблемы, а также улучшением образа жизни, осознанием возможностей современной ПВТ и целенаправленной подготовкой к ней. Однако показатели физического компонента здоровья, хотя и повышаются, но не достигают показателей КЖ здоровых людей.

Обучая пациентов ХГВ и ХГС, мы задались вопросом об уровне знаний медицинских работников, в том числе студентов вуза, по проблеме ХВГ. Медицинские работники являются группой риска заражения ВГ и отношением медицинского персонала к больному во многом определяется его КЖ, ведь 83,41% пациентов чувствуют негатив со стороны медицинских работников, когда раскрывают свой диагноз.

В анкетировании приняли участие 98 медицинских сестер и врачей, 106 студентов V и VI курсов ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России. Социологический опрос показал, что большинству медицинских работников приходится оказывать помощь больным ХГВ и С в условиях нехватки знаний, касающихся ВГ, а также игнорирования необходимых средств защиты, существует стигматизация больных, а 18,5% медицинских работников негативно относятся к больным ХГВ и С. Больше трети медработников не задумывается о возможности собственного инфицирования и регулярно не обследуются на ВГ В и С.

Также мы изучили отношение населения г. Иванова (всего 254 человека в возрасте от 18 до 69 лет) к распространению парентеральных ВГ и больным ХВГ, так как КЖ пациентов напрямую зависит от отношения к его заболеванию окружающих людей. Как показал опрос больных ХВГ, в большинстве случаев (73,17%) они скрывают свой диагноз от близких и окружающих их людей.

Анализ анкет показал, что наибольшую вероятность заражения ХВГ наши респонденты связывают с беспорядочными половыми связями и наркоманией. Большую настороженность в отношении заражения вирусными гепатитами высказали респонденты с высшим образованием. При этом ни один человек из старшей возрастной группы (старше 50 лет) не отметил возможность заражения социально благополучных лиц.

При оценке уровня знаний респондентов по клиническим симптомам ХВГ мы получили прямую зависимость между уровнем знаний больных и их образованием (чем выше образование, тем больше правильных ответов). О возможности собственного инфицирования парентеральными ВГ задумывались большая часть респондентов, чаще в возрасте до 50 лет. Треть опрошенных оставили строчку для ответа пустой или написали – «ничего» на вопрос анкеты: что вы делаете, чтобы не заразиться ХВГ. При оценке отношения респондентов к больным ХВГ оказалось, что мужчины более толерантны, нежели женщины. В то же время нетерпимее к пациентам с ВГ оказались респонденты старше 50 лет. Как показал анализ, отношение респондентов к больным ХВГ не зависло от их образования и семейного положения.

Таким образом, в ходе проведенного нами исследования было установлено, что КЖ пациентов ХГВ и С снижено, по сравнению с показателями КЖ здоровых людей, оно определяется стадией и активностью патологического процесса и зависит от ряда социально-эпидемиологических факторов: давности заболевания, наличия вредных привычек, стигматизации окружающих, прежде всего медицинских работников, и корректируется проведением медикаментозной терапии, прежде всего противовирусной, которая способствует элиминации возбудителя, замедлению течения патологического процесса и профилактической работы – посещением «Школы для больных хроническими гепатитами В и С».

ВЫВОДЫ

1. Наиболее значимыми медицинскими факторами, определяющими качество жизни пациентов хроническими вирусными гепатитами, являются стадия заболевания и активность воспалительного процесса, наличие факторов прогрессирования заболевания (давность заболевания более 5 лет, прием алкоголя, парентеральное употребление психоактивных веществ, ко-инфицирование вирусами гепатитов В и С, ВИЧ); социальным фактором стало негативное отношение

медицинских работников и окружающих к больным хроническими вирусными гепатитами.

2. У больных хроническими гепатитами В и С выявлено ухудшение основных показателей качества жизни на стадии обострения заболевания, при умеренной и высокой активности воспалительного процесса и при наличии факторов прогрессирования заболевания. Гендерные показатели не влияют на качество жизни больных с хроническими вирусными гепатитами.
3. Законченная противовирусная терапия способствует элиминации вируса и улучшению клинико-лабораторных показателей, что приводит к повышению качества жизни больных хроническим гепатитом С.
4. Длительная (более 6 месяцев) патогенетическая терапия у больных хроническими вирусными гепатитами незначительно улучшает показатели их качества жизни и не позволяет добиться контроля над инфекцией.
5. Обучение пациентов в «Школе для больных хроническими гепатитами В и С» способствует повышению их качества жизни, преимущественно за счет коррекции психоэмоционального состояния и увеличения социальной активности пациентов, в результате повышения информированности пациентов о заболевании, приверженности к выполнению врачебных рекомендаций по регулярному обследованию и проведению лечению.
6. Существует стигматизация больных хроническими вирусными гепатитами со стороны медицинских работников и населения, что может ухудшать показатели качества жизни данных пациентов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для мониторирования течения хронических вирусных гепатитов и оценки эффективности проводимой терапии необходимо использовать изучение качества жизни.
2. Для оценки прогноза течения заболевания можно использовать «Карту прогнозирования течения хронических гепатитов В и С».
3. Внедрение образовательных программ способствует улучшению качества жизни больных хроническими гепатитами В и С; для профилактики прогрессирующего течения хронических вирусных гепатитов следует использовать образовательную программу для пациентов «Школа для больных хроническими гепатитами В и С».

4. Изучение качества жизни может служить одним из критериев оценки эффективности обучения пациентов. Для определения изменения показателей качества жизни рекомендуется использовать в исследовании два вида опросников общий (SF-36) и специализированный (GSRS). Для контроля над процессом усвоения информации, получаемой на занятиях в «Школе для больных хроническими гепатитами В и С», следует использовать анкету для оценки базисных знаний больных о хронических вирусных гепатитах до и после обучения.
5. До начала комбинированной противовирусной терапии хронического гепатита С для определения наличия и степени выраженности депрессии можно использовать шкалу Занга. Коррекция депрессии, развившейся на фоне проводимой противовирусной терапии, возможна с использованием препарата афобазол.
6. Необходимо развивать толерантное отношение к больным хроническими вирусными гепатитами у медицинского персонала, родственников и населения через обучающие семинары для медицинских работников, средства массовой информации для повышения КЖ пациентов, страдающих хроническими вирусными гепатитами.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

В журналах, поименованных в перечне ВАК РФ

1. Дудник О. В., Орлова С. Н. Отношение медицинского персонала, в том числе студентов старших курсов медицинского вуза, к проблеме распространения хронических вирусных гепатитов В и С // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2012. – № 6. – С. 7–11.
2. Орлова С. Н., Дудник О. В. Влияние обучения в Школе для больных с хроническими вирусными гепатитами на качество жизни пациентов // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2013. – Т. 18, № 1. – С. 5–9.
3. Орлова С. Н., Дудник О. В. Влияние социально-эпидемиологических и клинических факторов на качество жизни больных с хроническими вирусными гепатитами // Медицинский Альманах. – 2013. – №1 (25). – С. 48–51.

В других изданиях

4. Дудник О. В. Вирусный гепатит А – эпидемиология, клиника, диагностика, профилактика (по материалам ГКБ №1 г. Иваново) // Областной фестиваль «Молодые ученые – развитию Ивановской области» : материалы научно-практической конференции студентов и молодых ученых ИвГМА. – Иваново, 2009. – С. 92.
5. Клинико-эпидемиологическая характеристика вирусного гепатита А (по материалам МУЗ 1 ГКБ г. Иваново) / Дудник О. В., Федоровых Л. П., Философова М. С. и др. // Проблемы и перспективы современной науки : сборник научных трудов. – 2009. – Т. 2, № 1. – С. 41–43.
6. Роль вакцинации в профилактике вирусного гепатита А, по материалам 1-й ГКБ г. Иваново / Чернобровый В. Ф., Федоровых Л. П., Орлова С. Н., Дудник О. В. и др. // I Ежегодный Всероссийский конгресс по инфекционным болезням : материалы конгресса – М., 2009. – Т. 7, прил. № 1. – С. 229.
7. Дудник О. В. Факторы, способствующие прогрессирующему течению хронических вирусных гепатитов В и С // Областной фестиваль «Молодые ученые – развитию Ивановской области» : материалы 91-й научно-практической конференции студентов и молодых ученых ИвГМА. – Иваново, 2011. – С. 105.
8. Дудник О. В., Орлова С. Н., Федоровых Л. П. Качество жизни пациентов, получающих противовирусную терапию по поводу хронического вирусного гепатита С // IV Ежегодный Всероссийский конгресс по инфекционным болезням : материалы конгресса – М., 2012. – Т. 10, прил. № 1. – С. 127–128.
9. Дудник О. В., Орлова С. Н., Федоровых Л. П. Эффективность противовирусной терапии у больных хроническими вирусными гепатитами С // IV Ежегодный Всероссийский конгресс по инфекционным болезням : материалы конгресса – М., 2012. – Т. 10, прил. № 1. – С. 127–128.
10. Использование Школы для больных с хроническими вирусными гепатитами В и С для профилактики осложнений и тяжелых форм течения заболеваний / Дудник О. В., Орлова С. Н., Федоровых Л. П. и др. // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. – 2012. – № 21. – С. 95–100.
11. Факторы, влияющие на качество жизни больных с хроническими вирусными гепатитами / Дудник О. В., Орлова С. Н., Щуренков А. П. и др. // Актуальные проблемы современной науки : материалы трудов

- участников 10-й международной телеконференции. – Томск, 2013. – Т.2, № 1. – С. 39–41.
12. Дудник О. В., Орлова С. Н., Басханова М. В. Профилактика нежелательных побочных эффектов при проведении противовирусной терапии у пациентов с хроническим гепатитом С // V Ежегодный Всероссийский конгресс по инфекционным болезням : материалы конгресса – М., 2013. – Т. 11, прил. № 1. – С. 133.
13. Дудник О. В., Орлова С. Н. Отношение населения города Иваново к проблеме распространения парентеральных вирусных гепатитов // V Ежегодный Всероссийский конгресс по инфекционным болезням: материалы конгресса – М., 2013. – Т. 11, прил. № 1. – С. 132.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

GSRS	gastrointestinal symptom rating scale (шкала для определения желудочно-кишечных симптомов)
HCV	hepatitis C virus (вирус гепатита С)
SF-36	short form – 36 (шкала для оценки качества жизни – сокращенная форма)
АлАТ	аланинаминотрансфераза
ВГ	вирусный гепатит
ЖКТ	желудочно-кишечный тракт
КЖ	качество жизни
ПВТ	противовирусная терапия
ПЦР	полимеразная цепная реакция
ХВГ	хронический вирусный гепатит
ХГВ	хронический гепатит В
ХГС	хронический гепатит С

ДУДНИК Оксана Валентиновна

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО УЛУЧШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ В И С**

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Подписано в печать 15.07.2013. Формат 60×84 $1/16$.
Печ. л. 1,5. Усл. печ. л. 1,4. Тираж 75 экз.
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России.
153012, г. Иваново, Шереметевский пр-т, 8.