

Лисовская Т.В.¹, Хлынов И.Б.², Чикунова М.В.¹

Белково – энергетический статус и качество жизни больных hcv – циррозом печени класса А

1- ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России» г. Екатеринбург; 2- МАУ «Городская клиническая больница № 40», г. Екатеринбург

Lisovskaya T.V., Khlynov I. B., Chicunova M.V.

Protein-energy status and quality of life at patients HCV – related cirrhosis class A

Резюме

Целью настоящей работы явилось изучение закономерностей белково – энергетической недостаточности (БЭН) и показателей качества жизни (КЖ) у больных вирусным (HCV) циррозом печени (ЦП) класса А в процессе противовирусной терапии. Объект и методы исследования Проведено рандомизированное, проспективное, контролируемое, открытое исследование параметров БЭН и показателей КЖ 60 больных вирусным (HCV) циррозом печени класса А в процессе противовирусной терапии (ПВТ) с энтеральным питанием (ЭП) и без него. Анализировались показатели БЭН (индекс массы тела, окружность мышц плеча, кожно – жировая складка над трицепсом и альбумин сыворотки крови); качество жизни больных оценивалось методом анкетирования с применением опросника SF – 36. Результаты: У больных вирусным (HCV) ЦП класса А белково – энергетическая недостаточность встречается уже до ПВТ в 14,8% случаев. Противовирусная терапия больных HCV ЦП класса А сопровождается увеличением относительной частоты БЭН в группе до 61,5 % больных. Энтеральное питание снижает относительную частоту БЭН в процессе ПВТ до 21,4 %, $p = 0,0035$. Сниженные базовые (до лечения) показатели КЖ у больных вирусным (HCV) ЦП класса А в процессе ПВТ прогрессивно ухудшаются. Показатели «физического компонента здоровья» (SF – 36) и БЭН имеют достоверную положительную связь ($r > 0,46$, $p < 0,01$). Энтеральное питание предотвращает ухудшение «физического компонента здоровья» (SF – 36) в процессе пртивовирусной терапии, p Заключение: В процессе ПВТ больных HCV ЦП класса А усугубление БЭН требует проведения мониторинга её показателей и превентивное назначение энтерального питания.

Ключевые слова: HCV-цирроз печени, энтеральное питание, противовирусная терапия, белково-энергетическая недостаточность, качество жизни

Summary

The purpose of the present work was studying of laws, protein-energy insufficiency (PEI) and indicators of quality of life (QL) at sick virus (HCV) hepatic cirrhosis (HC) class A in the course of antiviral therapy. Object and methods of research: It is spent randomized, prospective, controllable, open research of parameters PEI and indicators QL of sixty patients with virus (HCV) by hepatic cirrhosis class A in the course of antiviral therapy (AVT) with enteral food (EF) and without it. Indicators PEI (an index of weight of a body, a circle of muscles of a shoulder, skinny – a fatty fold on triceps and albumin of blood whey) were analyzed; quality of life of patients was estimated by a method of questioning with application of questionnaire SF – 36. Results: At sick virus (HCV) HC class A protein-energy insufficiency meets already to AVT in 14,8 % of cases. Antiviral therapy sick HCV HC class A is accompanied by increase in relative frequency PEI in group to 61,5 % of patients. An enteral food reduces relative frequency PEI in the course of AVT to 21,4 %, $p = 0,0035$. Lowered base (before treatment) indicators QL at sick virus (HCV) HC class A in the course of AVT worsens. Indicators of 'a physical component of health' (SF – 36) and PEI have authentic positive communication ($r > 0,46$, $p < 0,01$). An enteral food prevents deterioration of 'a physical component of health' (SF – 36) in process of antiviral therapy. Conclusion: In the course of AVT sick HCV HC class A aggravation PEI demands carrying out of monitoring of its indicators and preventive appointment of enteral food. **Key words:** HCV related cirrhosis, enteral food, antiviral therapy, protein-energy insufficiency, quality of life

Введение

Наиболее сложной для противовирусной терапии остается категория пациентов с вирусным (HCV) циррозом печени (ЦП). В зависимости от функционально-

го класса ЦП только у 24 - 89% пациентов с ЦП в исходе хронического вирусного гепатита С удастся провести весь курс ПВТ из-за развития «нежелательных явлений» [1-3].

К наиболее частым «нежелательным явлениям» при проведении ПВТ относится снижение массы тела (инструкция к препарату «Пегинтрон®», «Пегасис®») и ухудшение качества жизни больных [4,5]. В исследовании М.Р. Маппс и соавт. 2001 г. снижение массы тела отмечается у 29 % пациентов, получающих терапию Пегинтерфероном и рибавирином и 20% пациентов, получающих терапию интерфероном и рибавирином. Очевидно, что снижение массы тела является достоверным проявлением нарушения белково-энергетического статуса пациентов.

Разработанные в 2006 году рекомендации по питанию Европейского общества по парентеральному и энтеральному питанию для больных с заболеваниями печени (ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition; 2006) предусматривают возможность использования для больных с БЭН энтерального питания в виде сипинга или через зонд. Однако, рекомендации, основанные на результатах эффективности терапии пяти исследований, в которые вошли 245 больных только алкогольным циррозом печени. Также в литературе нет работ, посвященных как анализу БЭН, так влиянию БЭН на КЖ в процессе ПВТ больных вирусным (HCV) ЦП класса А.

Целью настоящей работы явилось изучение закономерностей белково-энергетической недостаточности (БЭН) и показателей качества жизни (КЖ) у больных вирусным (HCV) циррозом печени (ЦП) класса А в процессе противовирусной терапии.

Материалы и методы

Проведено рандомизированное, проспективное, контролируемое, открытое исследование относительной частоты белково – энергетической недостаточности и показателей качества жизни 60 больных вирусным (HCV) ЦП класса А в процессе ПВТ больных вирусным (HCV) ЦП класса А. Методом «конвертов» больные рандомизированы в 2 группы сравнения. Первая (контрольная) группа пациентов HCV - ЦП класса А, получавшая только ПВТ была сформирована из 30 больных, 18 или 60% мужчин и 12 или 40% женщин, возраст которых составил 35 (31;46) лет. Результат лечения первой группы сравнивался со второй группой (сравнения) пациентов, которые в процессе ПВТ получали энтеральное питание. Во вторую группу вошли 30 пациентов HCV – ЦП, 18 или 60% мужчин и 12 или 40% женщин, возраст которых 40 (35;45) лет. Группа практически здоровых лиц состояла из 80 добровольцев (женщин 40 или 50%, мужчин 40 или 50%); возраст 37 (33;47) лет. Группы сравнения не имели достоверных отличий по возрасту, половому составу и по количеству баллов ФК ЦП ($p > 0,05$).

Первая группа получала основную стандартную диету (утвержденную приказом № 316 от 26.04.2006 г. Минздравсоцразвития «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения РФ от 5 августа 2003 г. № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно – профилактических учреждениях РФ») и противовирусную терапию (Пэгинтреферон альфа 2в 1,5 мг на кг веса и рибавирин 12,5 мг на кг веса). Вторая группа дополнительно получала в виде сипинга полисубстрат-

ную стандартную нутритивную смесь из расчета 0,3 г белка на кг веса пациента. Энтеральное питание назначали на 2 недели в месяц на весь период лечения.

Срок наблюдения составил 48 недель. Оценивали до лечения и каждые 12 недель от начала лечения основные показатели белково-энергетического статуса (БЭС) (индекс массы тела (ИМТ), окружность мышц плеча (ОМП), кожно – жировую складку на трицепс (КЖСТ) и альбумин), а также качество жизни больных (опросником SF – 36).

Критериями включения пациентов в исследование являлись: получение информированного согласия пациентом на участие в исследовании; верифицированный ЦП класса А по Чайлд-Пью; положительный ПЦР тест на гепатит С; возраст от 18 до 60 лет;

К критериям исключения относились: иные этиологические факторы ЦП, кроме вирусного гепатита С; тяжелая сопутствующая патология (в стадии суб – и декомпенсации); коинфекция ВИЧ; активная наркомания; ИМТ более 29,9 кг/м²; употребление алкоголя после включения в исследование.

Для определения функционального класса ЦП использовался диагностический комплекс Chaild А., модифицированный Pugh R.H (1973 г.).

Статистическая обработка проведена с использованием прикладных программ «Statistica 6.0». Нормальность распределения данных проверялась критерием согласия распределений Шапиро-Уилкса (W). Непрерывные величины были представлены в виде медианы (Me) и 25 и 75 перцентилей (25–75). Определение статистической значимости различий непрерывных величин двух независимых групп осуществлялось критерием Манна-Уитни, двух зависимых величин критерием Вилкоксона. Достоверный уровень значимости определялся при значении $p < 0,05$, а при множественных сравнения использовалась поправка Бонферони.

Результаты и обсуждение

Полное исследование в первой группе из 30 больного прошли 26 пациентов (мужчины – 14 человек, женщины – 12 человек), а во второй - 28 (16 мужчин, 12 женщин). В связи с осложнениями противовирусной терапии, из исследования выбыли 4 (13,3%) больных в первой группе и 2 (6,7%) больных во второй группе, $p = 0,61$.

Сравнительный анализ белково-энергетического статуса проводился по данным соматометрических показателей (ОМП, КЖСТ, ИМТ) отдельно у мужчин и женщин. Достоверной разницы между значениями показателей ОМП у мужчин обеих групп до лечения, через 12 и 24 недели от начала наблюдения не выявлено, соответственно $p = 0,69$ и $p = 0,13$. (табл. 1).

Максимальный отрицательный эффект от противовирусной терапии у пациентов ЦП класса А при изучении ОМП наблюдался на момент окончания противовирусной терапии (23,3 (22,0;24;0) см), $p < 0,001$. В группе пациентов получающих энтеральное питание показатель достоверно не снижался в процессе ПВТ, что привело к достоверным различиям между группами с 36 недели наблюдения, $p = 0,002$.

Таблица 1. Динамика ОМП у больных (мужчин) циррозом печени класса А в процессе ПВТ (n = 28)

	Срок наблюдения					Манна -Уитни, 2 -х сторонний, точный, p
	до лечения (1)	12 недель (2)	24 недели (3)	36 недель (4)	48 недель (5)	
	Ме (25-75) (см)					
1 группа n = 14	25,04 (24,1;25,4)	24,7 (24,1;25,1)	23,7 (22,7;24,6)	23,5 (22,1;24,1)	23,3(22,0;24,0)	p _{1,1} = 0,69 p _{2,2} = 0,42
2 группа n = 14	24,8 (24,3;25,8)	24,6 (23,8;25,8)	24,5 (23,5;25,7)	24,8 (23,8;25,7)	24,8 (23,7;25,8)	p _{1,3} = 0,13 p _{4,4} < 0,002 p _{5,5} < 0,001

Примечание. n – количество пациентов.

Таблица 2. Динамика КЖСТ у больных (мужчин) циррозом печени класса А в процессе ПВТ (n = 28)

	Срок наблюдения					Манна -Уитни, 2 -х сторонний, точный, p
	до лечения (1)	12 недель (2)	24 недели (3)	36 недель (4)	48 недель (5)	
	Ме (25-75) (мм)					
1 группа n = 14	21 (19;22)	19,5 (18;20)	18,5 (17;21)	17 (16;19)	16 (16;18)	p _{1,1} = 0,9 p _{2,2} = 0,52
2 группа n = 14	20 (19;24)	20,5 (19;23)	20,0 (18,5;23,5)	20,0 (18;22,5)	19,5 (18;23)	p _{1,3} = 0,16 p _{4,4} < 0,006 p _{5,5} < 0,001

Примечание. n – количество пациентов.

Таблица 3. Динамика ИМТ у больных (мужчин) циррозом печени класса А в процессе ПВТ (n = 28)

	Срок наблюдения					Манна -Уитни, 2 -х сторонний, точный, p
	до лечения (1)	12 недель (2)	24 недели (3)	36 недель (4)	48 недель (5)	
	Ме (25-75) (кг/м ²)					
1 группа n = 14	26,3 (25,3;26,9)	23,9 (23,1;25,3)	22,6 (22,3;23,5)	23,04 (21,9;23,5)	23,03 (21,7;23,3)	p _{1,1} = 0,27 p _{2,2} = 0,06
2 группа n = 14	25,7 (24,4;26,3)	25,8 (24,4;26,4)	25,4 (23,9;25,9)	25,3 (24,2;26,2)	24,9 (24,2;25,5)	p _{1,3} = 0,001 p _{4,4} < 0,001 p _{5,5} < 0,001

Подобная тенденция наблюдалась на фоне противовирусной терапии при исследовании КЖСТ : статистически недостоверные отличия между группами до лечения, на 12 и 24 неделе, p = 0,9, p = 0,52, p = 0,16. Максимальное снижение КЖСТ к концу лечения (48 неделя наблюдения) в контрольной группе до 16 (16;18) мм, p < 0,001 и не достоверное изменение показателя к 48 неделе при нутритивном сопровождении до 19,5 (18;23) мм, что привело к статистически достоверным различиям между группами начиная с 36 и до 48 недели наблюдения, p < 0,006. (табл. 2).

Динамику показателей ОПМ и КЖСТ у мужчин с ЦП класса А повторил и ИМТ. До лечения и на 12 неделе наблюдения различий в контрольной группе и группе с нутритивной поддержкой не наблюдалось: p = 0,27 и p = 0,09.

Максимальное снижение ИМТ отмечено в контрольной группе на 48 неделе – 23,3 (21,7;23,3) кг/м², p < 0,001, тогда как и в группе с нутритивной поддержкой снижение было весь период наблюдения недостоверным - до 24,7 (23,3;25,1) кг/м² p = 0,55. Значительный темп снижения ИМТ в группе пациентов, получавших ПВТ без энтерального питания привел к тому, что различия в группах стали статистически достоверными с 24 недели p < 0,001. (табл. 3).

Таким образом, энтеральное питание у мужчин ЦП

класса А, получающих ПВТ способствует предотвращению прогрессирования БЭН, оцениваемой по соматометрическим показателям, вызванной противовирусными препаратами.

Динамика показателей БЭС на фоне ПВТ у женщин с ЦП класс А была следующей. Достоверной разницы между значениями ОМП у женщин в исследуемых группах до лечения и через 12 недель ПВТ не выявлено, p = 0,88 и p = 0,67. В контрольной группе динамика ОМП была однонаправленной: максимальное снижение с 23,3 (20,0; 23,9) см до лечения до 20,1 (19,6; 20,3) см на 48 неделе, p < 0,002. У пациенток, получавших энтеральное питание, было недостоверное снижение показателя весь период наблюдения, p = 0,11. Разнонаправленные тенденции изучаемого показателя в контрольной группе и группе сравнения привели к достоверным различиям между группами значений ОМП с 24 по 48 неделю, p < 0,008. (табл. 4).

Динамика таких показателей БЭС, как КЖСТ и ИМТ у женщин в контрольной группе на фоне противовирусной терапии была аналогичной ОМП: снижение весь период наблюдения с минимальным значением на 48 неделе наблюдения, КЖСТ до 17,5 (16,6;18,5) мм , p < 0,002, и снижением ИМТ до 19,3 (18,1; 19,7) кг/м², p < 0,002. В группе пациенток, получавших энтеральную поддержку КЖСТ и ИМТ достоверно весь период наблюдения не менялись, p > 0,07. (табл. 5, 6).

Таблица 4. Динамика ОМП у больных (женщины) циррозом печени класса А в процессе ПВТ (n = 26)

	Срок наблюдения					Манна -Уитни, 2 -х сторонний, точный, p
	до лечения (1)	12 недель (2)	24 недели (3)	36 недель (4)	48 недель (5)	
	Ме (25-75) (см)					
1 группа n = 12	23,3 (22,0;23,9)	21,9 (21,4;22,7)	20,5 (19,9;21,1)	20,1 (19,3;20,1)	20,1 (19,6;20,3)	p _{1,1} = 0,75 p _{2,2} = 0,76
2 группа n = 14	23,6 (21,2;24,3)	23,5 (20,5;24,3)	23,4 (20,7;23,9)	23,7 (20,2;24,0)	23,6 (20,2;24,1)	p _{1,3} = 0,008 p _{4,4} < 0,002 p _{5,5} < 0,004

Примечание. n – количество пациентов.

Таблица 5. Динамика КЖСТ у больных (женщины) циррозом печени класса А в процессе ПВТ (n = 26)

	Срок наблюдения					Манна -Уитни, 2 -х сторонний, точный, p
	до леч. (1)	12 недель (2)	24 недели (3)	36 недель (4)	48 недель (5)	
	Ме (25-75) (мм)					
1 группа n = 12	21 (20,5;23)	20,5 (19;22)	19,5 (18;20,5)	18 (17;19)	17,5 (16,5;18,5)	p _{1,1} = 0,17 p _{2,2} = 0,88
2 группа n = 14	20 (19,5;22)	21 (19;22)	20 (19;22,5)	20 (19,5;22)	20 (20;22,5)	p _{1,3} = 0,15 p _{4,4} < 0,001 p _{5,5} < 0,001

Примечание. n – количество пациентов.

Таблица 6. Динамика ИМТ у больных (женщины) циррозом печени класса А в процессе ПВТ (n = 26)

	Срок наблюдения					Манна -Уитни, 2 -х сторонний, точный, p
	до лечения (1)	12 недель (2)	24 недели (3)	36 недель (4)	48 недель (5)	
	Ме (25-75) (кг/м ²)					
1 группа n = 12	22,8 (22,2;23,9)	21,9 (20,9;22,4)	20,6 (19,9;20,9)	19,5 (19,1;20,3)	19,3 (18,1;19,7)	p _{1,1} = 0,19 p _{2,2} = 0,34
2 группа n = 14	22,4 (20,8;24,2)	22,05 (20,7;24,0)	22,4 (20,8;24,1)	22,7 (20,6;23,8)	22,7 (21,0;23,8)	p _{1,3} = 0,008 p _{4,4} < 0,001 p _{5,5} < 0,001

Примечание. n – количество пациентов.

Сравнительный анализ динамики соматометрических маркеров БЭС у женщин в процессе ПВТ показал, что использование противовирусных препаратов приводит к отрицательной динамике ОМП, КЖСТ и ИМТ. Однако, добавление к терапии энтерального питания способно предотвратить формирующуюся в процессе ПВТ белково -энергетическую недостаточность.

Анализ данных концентрации альбумина сыворотки крови на стартовой позиции (до лечения) и через 12 недель терапии не выявил отличий между группами, p = 0,97 и p=0,059 соответственно. В контрольной группе на фоне ПВТ показатель максимально снизился к 24 неделе до 38,1 (36,4;40,1) г/л, p < 0,003 и сохранялся без существенных изменений до 48 недели. В группе пациен-

тов, получавших нутритивную поддержку до 24 недели терапии достоверной динамики показателя не было, p = 0,18, а начиная с 36 и до 48 недели показатель альбумина достоверно вырос до 41,7 (40,5;42,9) г/л. Различия между группами были статистически достоверны, начиная с 24 недели и до окончания исследования, < 0,001. (табл. 7).

Таким образом, показатель висцерального пула белка (альбумин сыворотки), как и соматометрические показатели, так же подтвердил положительное влияние энтерального питания на БЭС у больных вирусным ЦП класса А в процессе ПВТ.

Изучение относительной частоты БЭН в группах сравнения выявило, что в первой (контрольной) группе и второй группе до лечения исследуемый синдром встре-

Таблица 7. Динамика концентрации альбумина у больных циррозом печени класса А в процессе ПВТ (n = 54)

	Срок наблюдения					Манна -Уитни, 2 -х сторонний, точный, p
	до лечения (1)	12 недель (2)	24 недели (3)	36 недель (4)	48 недель (5)	
	Ме (25-75) (г/л)					
1 группа n = 26	40,1 (36,7;42,4)	38,5 (35,1;41,1)	38,1 (36,4;40,1)	39,1 (36,4;40,1)	39,2 (36,4;40,2)	p _{1,1} = 0,96 p _{2,2} < 0,014
2 группа n = 28	40,3 (39,2;41,1)	40,6 (39,1;41,2)	40,8 (39,5;41,9)	41,4 (40,5;42,5)	41,7 (40,5;42,9)	p _{1,3} < 0,001 p _{4,4} < 0,001 p _{5,5} < 0,001

Примечание. n – количество пациентов.

Таблица 8. Качество жизни больных вирусным ЦП класса А до начала ПВТ

Показатель ЮЖ (баллы)	Группа больных ЦП Класса А (n = 54) (1)	Группа здоровых (n = 80) (2)	Достоверность различий (критерий Вилкоксона), p
	Me (25-75)		
Физическое функционирование	75 (70;75)	80 (75;85)	$p_{1,2} < 0,001$
Роловое (физическое) функционирование	75 (75;75) 69,9 ± 12,3	75 (75;75) 78,1 ± 13,4	$p_{1,2} < 0,005$
Интенсивность боли	64 (59;70)	70 (59;70)	$p_{1,2} = 0,29$
Общее состояние здоровья	52 (47;65)	65 (52;65)	$p_{1,2} < 0,001$
Жизненная активность	55 (45;60)	60 (55;65)	$p_{1,2} < 0,001$
Социальное функционирование	63 (63;88)	75 (63;88)	$p_{1,2} = 0,55$
Роловое (эмоциональное) функционирование	67 (67;67)	67 (67;67)	$p_{1,2} = 0,58$
Психическое здоровье	60 (48;64)	64 (58;68)	$p_{1,2} < 0,012$

Примечание. n – количество пациентов.

чался в 15,4 % и 17,8%, соответственно, $p = 0,41$. Сравнительный анализ относительной частоты БЭН после ПВТ показал, что энтеральное питание, позволяет снизить относительную частоту развития белково – энергетической недостаточности к концу лечения (21,4 %), по сравнению с группой больных, получавших ПВТ без ЭП (61,5 %), $p = 0,0035$

Проанализированы показатели качества жизни 54 – х больных ЦП класса А, прошедших полный курс ПВТ. Такие показатели, как «физическое функционирование», «ролевое физическое функционирование», «общее состояние здоровья», «жизненная активность» и «психологическое здоровье», до начала противовирусной терапии, были достоверно ниже, чем в группе практически здоровых (80 человек, возраст 39 (33;47) лет), $p < 0,001$.

В то же время, показатели «интенсивность боли», «социальное функционирование» и «ролевое эмоциональное функционирование» в группе больных ЦП класса А достоверно не отличались до начала противовирусной терапии от группы практически здоровых лиц, $p > 0,05$. (табл. 8).

Дальнейший сравнительный анализ компонентов КЖ у больных, получавших ПВТ (первая, контрольная группа) и ПВТ с нутритивной поддержкой (2 группа), выявил различную динамику изучаемых показателей на фоне лечения.

В процессе противовирусной терапии в 1-ой группе сравнения все показатели качества жизни достоверно снижались. Такие параметры, как «физическое функционирование» и «ролевое физическое функционирование»: с 75 (70;75) и 75 (75;75) баллов, соответственно, до лечения снизились к 48 неделе до 60 (55;65) и 50 (25;50) баллов, соответственно, $p < 0,001$. «Интенсивность боли» и «общее состояние здоровья»: с 64 (59;70) и 52 (47;65) баллов до лечения уменьшились к 48 неделе до 60 (55;65) и 50 (25;50) баллов, соответственно, $p < 0,002$. Показатели «психическое здоровье» («жизненная активность», «социальное функционирование», «ролевое эмоциональное функционирование», «психологическое здоровье») также достоверно снижались в процессе противовирусной терапии, $p < 0,003$. (табл. 9).

Таблица 9. Качество жизни больных ЦП класса А в процессе ПВТ, n= 26

Показатель КЖ (баллы)	Срок наблюдения Me (25-75)					Достоверность различий (критерий Вилкоксона), p
	До лечения	12 нед.	24 нед.	36 нед.	48 нед.	
	Физическое функционирование	75 (70;75)	65 (60;75)	60 (55;70)	60 (55;65)	
Роловое (физ.) функционирование	75 (75;75)	50 (50;75)	50 (50;75)	50 (50;50)	50 (25;50)	$p_{1,2} < 0,002$ $p_{1,3} < 0,001$ $p_{1,4} < 0,001$ $p_{1,5} < 0,001$
Интенсивность боли	64 (59;70)	64 (59;64)	64 (59;64)	64 (59;64)	64 (59;64)	$p_{1,2} < 0,002$ $p_{1,3} < 0,002$ $p_{1,4} < 0,002$ $p_{1,5} < 0,002$
Общее состояние здоровья	52 (47;65)	47 (47;52)	47 (42;52)	47 (42;52)	47 (47;52)	$p_{1,2} < 0,004$ $p_{1,3} < 0,003$ $p_{1,4} < 0,003$ $p_{1,5} < 0,003$

Жизненная активность	55 (45;60)	45 (40;55)	40 (35;50)	40 (35;50)	40 (35;45)	$p_{1,2} < 0,001$ $p_{1,3} < 0,001$ $p_{1,4} < 0,001$ $p_{1,5} < 0,001$
Социальное функционирование	69 (63;88)	63 (50;63)	50 (38;50)	44 (38;50)	38 (38;50)	$p_{1,2} < 0,001$ $p_{1,3} < 0,001$ $p_{1,4} < 0,001$ $p_{1,5} < 0,001$
Рольевое (эмоц.) функционирование	67 (67;67)	67 (33;67)	33 (33;67)	33 (33;33)	33 (33;67)	$p_{1,2} < 0,001$ $p_{1,3} < 0,001$ $p_{1,4} < 0,001$ $p_{1,5} < 0,001$
Психическое здоровье	60 (48;64)	52 (44;52)	52 (44;52)	48 (44;52)	48 (44;56)	$p_{1,2} < 0,002$ $p_{1,3} < 0,002$ $p_{1,4} < 0,002$ $p_{1,5} < 0,003$

Примечание. n – количество пациентов.

Таблица 10. Качество жизни больных ЦП класса А в процессе нутритивного сопровождения противовирусной терапии, n=28

Показатель КЖ (баллы)	Срок наблюдения					Достоверность различий (критерий Вилкоксона), p
	Ме (25–75)					
	До лечен.	12 нед.	24 нед.	36 нед.	48 нед.	
Физическое функционирование	75 (70;80)	72,5 (65;75)	75 (70;80)	75 (70;80)	75 (70;80)	$p_{1,2} < 0,001$ $p_{1,3} = 0,09$ $p_{1,4} = 0,06$ $p_{1,5} = 0,42$
Рольевое (физическое) функционирование	75 (50;75)	50 (50;75)	75 (50;75)	75 (63;75)	75 (63;75)	$p_{1,2} < 0,002$ $p_{1,3} = 0,17$ $p_{1,4} = 0,7$ $p_{1,5} = 0,3$
Интенсивность боли	64 (59;70)	64 (64;64)	59 (59;64)	59 (59;70)	59 (59;70)	$P > 0,05$
Общее состояние здоровья	52 (47;65)	52 (47;52)	52 (47;58)	52 (47;65)	52 (52;65)	$p_{1,2} = 0,02$ $p_{1,3} = 0,21$ $p_{1,4} = 0,81$ $p_{1,5} = 0,021$
Жизненная активность	55 (47;55)	45 (42;48)	45 (43; 50)	45 (43;50)	45 (45;50)	$p_{1,2} < 0,001$ $p_{1,3} < 0,001$ $p_{1,4} < 0,001$ $p_{1,5} < 0,001$
Социальное функционирование	63 (63;75)	63 (50;63)	50 (50;63)	50 (50;63)	50 (50;63)	$p_{1,2} < 0,001$ $p_{1,3} < 0,001$ $p_{1,4} < 0,001$ $p_{1,5} < 0,001$
Рольевое (эмоциональное) функционирование	67 (67;67)	33 (33;67)	33 (33;33)	33 (17;33)	33 (33;67)	$p_{1,2} < 0,001$ $p_{1,3} < 0,001$ $p_{1,4} < 0,001$ $p_{1,5} < 0,001$
Психическое здоровье	60 (50;64)	58 (48;64)	58 (48;62)	48 (44;52)	48 (44;52)	$p_{1,2} = 0,011$ $p_{1,3} < 0,001$ $p_{1,4} < 0,001$ $p_{1,5} < 0,001$

Примечание. n – количество пациентов.

В группе пациентов вирусным ЦП класса А, получавших наряду с ПВТ нутритивную поддержку, наблюдалось снижение показателей «физического функционирования» и «ролевого физического функционирования» к 12 неделе наблюдения до 72,5 (65;75) и 50 (50;75) баллов, соответственно, $p < 0,002$. Однако, с 24 до 48 недели наблюдения данные показатели увеличились до 75 (70;80) и 75 (63;75) баллов и достоверно не отличались от значений до лечения, $p > 0,05$. Показатели «интенсивность боли» и «общее состояние здоровья» в процессе всего наблюдения не имели достоверной динамики, $p > 0,05$.

Показатели «психологического компонента здоровья» («жизненная активность», «социальное функциони-

рование», «ролевое эмоциональное функционирование», «психическое здоровье») в контрольной группе достоверно снизились к 12 неделе наблюдения, $p < 0,001$, и сохранялись на низком уровне, по сравнению со значением до лечения, $p < 0,001$, табл. 10

Сравнительный анализ показателей КЖ между группами не выявил достоверных различий по показателям «интенсивность боли», «ролевое эмоциональное функционирование» и «психологическое здоровье» на всех этапах наблюдения, $p > 0,05$.

Повышение значений КЖ в группе пациентов, получавших нутритивную поддержку по сравнению с 1-ой группой сравнения, выявлено по показателю «физиче-

ское функционирование» на 24 – 48 неделе, $p < 0,001$; по показателям «ролевое физическое функционирование» и «социальная функция» на 36 - 48 неделе, $p < 0,003$; по показателям «общее здоровье» и «жизненная активность» на 48 неделе, $p < 0,006$.

Интересные результаты получены при непараметрическом корреляционном анализе Спирмана показателей БЭС и КЖ, доказывающие роль БЭН в снижении КЖ больных вирусным (HCV) ЦП. Обнаружена положительная корреляционная связь основных показателей физического компонента здоровья «физического функционирования» и «ролевого физического функционирования» с ИМТ и ОМП. Так, показатель «физического функционирования» достоверно и положительно коррелировал с ИМТ и ОМП: $r = 0,48$ ($p < 0,01$) и $r = 0,61$ ($p < 0,01$), соответственно. Показатель «ролевого физического функционирования» имел корреляционную связь с ИМТ и ОМП: $r = 0,46$ ($p < 0,01$) и $r = 0,55$ ($p < 0,01$), соответственно.

Не установлена достоверная связь параметров БЭС как с «интенсивностью боли», «общим состоянием здоровья», так и показателями «психологического компонентов здоровья» КЖ в процессе ПВТ больных вирусным (HCV) ЦП класса А, $p > 0,05$.

Выводы

Противовирусная терапия приводит к достоверному снижению основных показателей БЭС и КЖ у больных вирусным (HCV) ЦП класса А весь период лечения (48 недель), $p < 0,003$.

Энтеральное питание в процессе ПВТ ЦП класса А предотвращает развитие как БЭН (по показателю ИМТ, ОМП, КЖСТ, альбумин сыворотки), $p < 0,008$, так и снижение показателей «физического компонента здоровья» (SF -36) КЖ, $p < 0,006$. ■

Лисовская Т.В. – д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней, эндокринологии и клинической фармакологии ГБОУ ВПО «УГМА Минздрава России», заместитель главного врача по науке МАУ «ГКБ № 40», г. Екатеринбург; Хлынов И.Б. – к.м.н., заведующий Городским гастроэнтерологическим центром МАУ ГКБ № 40, г. Екатеринбург; Чикунова М.В. – к.м.н., ассистент кафедры внутренних болезней, эндокринологии и клинической фармакологии ГБОУ ВПО «УГМА Минздрава России», г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку - Хлынов Игорь Борисович, тел. 89028737171; hlinov@gkb40.ur.ru

Литература:

1. Davis G.L., Wong J.V., McHutchison J.V., et al. Early virological response to treatment with peginterferon alfa-2b plus ribavirin in patients with chronic hepatitis C. *Hepatology* 2003; 38: 645-652.
2. Everson G.T. Treatment of hepatitis C in the patient with decompensated cirrhosis. *Clinical gastroenterology and hepatology* 2005; 3 (suppl.2): 106-112
3. Amarapurkar D.N., Patel N.D., Kamani P. Antiviral therapy of decompensated cirrhosis due to hepatitis C viral infection. *Tropical gastroenterology* 2005; 26: 119-122.
4. Dan A.A., Martin L.M., Crone C. et al. Depression, anemia and health-related quality of life in chronic hepatitis C. *Journal of hepatology* 2006; 44: 491-498.
5. Hunt C.M., Dominicz J.A., Bute V.P. et al. The effects of interferon alfa treatment of chronic hepatitis C on health-related quality of life. *Digestive diseases and sciences* 1997; 42: 2482-2486.