

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Д.А. Лиознов, С.Л. Николаенко, О.В. Горчакова, А.Г. Дьячков
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Quality of life of young patients with chronic hepatitis C

D.A. Lioznov, S.L. Nikolaenko, O.V. Gorchakova, A.G. Diachkov
Saint-Petersburg State medical University named by akad. I.P. Pavlov, Saint-Petersburg

Резюме. *Возрастные особенности затрудняют оказание медицинской помощи больным молодого возраста. В проведенном исследовании продемонстрированы возрастные различия в качестве жизни больных ХГС. У лиц молодого возраста более выражены нарушения социального и психологического компонентов качества жизни по сравнению с больными старше 30 лет.*

Полученные данные позволяют рекомендовать привлечение специалистов по социальной работе и психологов к оказанию комплексной помощи больным этой возрастной категории.

Ключевые слова: *хронический гепатит С, качество жизни, больные молодого возраста.*

Введение

Широкое распространение хронических вирусных инфекций, вовлечение в эпидемический процесс лиц молодого возраста определяют эту медико-социальную проблему как одну из главных угроз национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации [1, 2, 6]. В настоящее время улучшение доступа населения к профилактике, диагностике и лечению, как и обеспечение максимального охвата больных диспансерным наблюдением отнесены к важнейшим государственным задачам по противодействию эпидемии хронических вирусных инфекций. В связи с этим оказание медицинской помощи молодым людям, сохранение работоспособности и увеличение продолжительности их жизни, улучшение ее качества и формирование возможностей для личностной реализации, создания семьи и рождения здоровых детей является одной из основных целей приоритетного национального проекта «Здоровье» [3–5].

Возрастные психологические особенности и проблемы, возникшие после установления диагноза хронического вирусного гепатита, значительно

Abstract. *Age characteristics make it difficult to provide medical care to patients of young age. The study has demonstrated age-related differences in the quality of life in patients with HCV. In young adults are more pronounced disturbances of social and psychological components of quality of life compared with patients older than 30 years.*

The data obtained allow recommending the involvement of specialists in social work and psychologists to provide comprehensive care to patients of this age group.

Key words: *chronic hepatitis C, quality of life, young adults and adolescents.*

затрудняют оказание медицинской помощи больным этой возрастной группы. Трудности оказания медицинской помощи больным молодого возраста обусловлены негативизмом молодых людей, недисциплинированностью, несоблюдением амбулаторного режима, сложностью госпитализации их в стационар, нежеланием проходить диспансерное наблюдение, невыполнением предписаний врача [7–12].

При оказании помощи больным молодого возраста очевидна необходимость особого подхода, учитывающего не только клинические аспекты заболевания, но и возрастные поведенческие и психологические особенности личности [13].

Цель исследования — оценить показатели качества жизни лиц молодого возраста, больных хроническим гепатитом С (ХГС).

Материалы и методы

У 170 больных хроническим гепатитом С провели оценку качества жизни с помощью опросника SF-36. Опросник SF-36 (Health Status Survey) отно-

сится к неспецифическим инструментам и широко распространен при проведении исследований качества жизни. Опросник состоит из 36 пунктов, сгруппированных в восемь шкал. Результаты представляются в виде оценок в баллах по шкалам. Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100, где 100 представляет полное здоровье. Более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни.

Шкалы опросника SF-36:

1. Физическое функционирование (Physical Functioning – PF) отражает степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.).

2. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP), – влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей).

3. Интенсивность боли (Bodily pain – BP) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

4. Общее состояние здоровья (General Health – GH) – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

5. Жизненная активность (Vitality – VT) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным.

6. Социальное функционирование (Social Functioning – SF) определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).

7. Ролевое функционирование (Role-Emotional – RE), обусловленное эмоциональным состоянием, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.).

8. Психическое здоровье (Mental Health – MH) характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций.

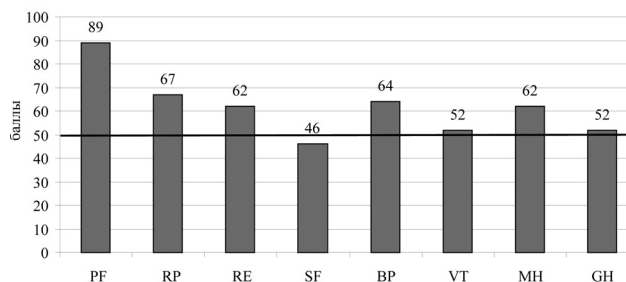
Шкалы группируются в два показателя: «физический компонент здоровья» (Physical health – PH) и «психологический компонент здоровья» (Mental Health – MH). Показатель физического компонента здоровья состоит из шкал «физическое функционирование», «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием», «интенсивность боли», «общее состояние здоровья». Показатель психологического компонента здоровья состоит из шкал «психическое здоровье», «ролевое функционирование, обусловленное эмо-

циональным состоянием», «социальное функционирование», «жизненная активность». При этом психологический компонент можно расценивать как социально-психический, т.к. он определяется по шкалам ролевого и социального функционирования, связанного с эмоциональным состоянием.

Результаты и обсуждение

Возраст обследованных больных был от 17 до 56 лет ($M = 25,2$; $SD = 6,1$), мужчины составили 69%. Давность установления диагноза хронического гепатита С составила от 1 года до 6 лет. Генотипирование вируса гепатита С провели 133 больным. Наиболее часто выявлялись генотип 3a (58 человек, 44%) и генотип 1b (44 человек, 33%), значительно реже – генотипы 2 и 4 (6% и 1% соответственно), у троих пациентов выявлено сочетание генотипа 1b с генотипом 2 или 3a.

Снижение показателей качества жизни ниже нормального 50-бального порогового уровня отмечали лишь по шкале социального функционирования ($M = 46$; $SD = 13$) (рис.). Обращает на себя внимание критическое снижение таких показателей, как жизненная активность (VT ; $M = 52$; $SD = 10$) и общее состояние здоровья (GH ; $M = 52$; $SD = 14$). Низкие показатели общего здоровья и жизненной активности указывают на астенизацию больных, что влечёт за собой их социальную дезадаптацию. Это положение подтверждается снижением у большинства больных хроническим гепатитом С показателя социального функционирования.



PF – физическое функционирование; RP – ролевое функционирование; RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; SF – социальное функционирование; BP – интенсивность боли; VT – жизненная активность; MH – психическое здоровье; GH – общее состояние здоровья

Рис. Показатели качества жизни больных хроническим ГС (по опроснику SF-36)

Была проанализирована зависимость показателей шкал SF-36 от возраста. Шкалы SF-36 были распределены на 2 группы для анализа. Первая группа – это шкалы, распределение данных по которым не соответствовало нормальному: физическое функционирование, ролевое функциони-

рование, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, социальное функционирование, интенсивность боли, общее состояние здоровья, жизненная активность. Для этих показателей были построены таблицы сопряженности и применен точный критерий Фишера. Вторая группа шкал: показатели, для которых выполнялись условия нормальности распределения и гомогенности дисперсий: психическое здоровье, психологический и физический компоненты здоровья. Для выявления различий по этим показателям применялся дисперсионный анализ. В свою очередь, для определения возрастных различий использовали 2 способа распределения респондентов в группы по возрастному признаку. В первом случае в одну подгруппу включили лиц в возрасте от 17 до 29 лет ($n = 139$), в другую подгруппу – пациентов 30 лет и старше ($n = 31$). Во втором случае первую подгруппу составили респонденты в возрасте от 17 до 25 лет ($n = 111$), вторую подгруппу – 26 лет и старше ($n = 59$).

Как показано в таблице, при возрастной группировке по первому способу были выявлены достоверные различия между группами по показателям интенсивности боли ($p = 0,033$) и психологического компонента здоровья ($p = 0,047$). При группировке по второму способу – значимые различия между группами по показателю социального функционирования ($p = 0,031$).

Таблица

Результаты сравнительного изучения шкал SF-36 в зависимости от возраста больных ХВГ (M; (SD))

Шкалы SF-36	Группа 1		Группа 2	
	от 17 до 29 лет ($n = 139$)	30 лет и старше ($n = 31$)	от 17 до 25 лет ($n = 111$)	26 лет и старше ($n = 59$)
Интенсивность боли	66,8 (29,4)	53,4 (33,3)	–	–
	$p = 0,033$			
Психологический компонент здоровья	38,8 (6,3)	41,2 (5,6)	–	–
	$p = 0,047$			
Социальное функционирование	–	–	45,8 (12,4)	47,3 (13,6)
			$p = 0,031$	

Таким образом, исследование выявило возрастные различия в качестве жизни больных ХГС. Несмотря на незначительный стаж заболевания, у больных молодого возраста более выражены нарушения социального и психологического компонентов качества жизни.

Полученные данные позволяют рекомендовать привлечение специалистов по социальной работе и психологов к оказанию комплексной помощи больным этой возрастной категории.

Выводы

1. Для подростков и лиц молодого возраста, больных хроническим гепатитом С, было характерно менее выраженное проявление физической боли и ее влияние на повседневную деятельность по сравнению с больными старшего возраста.

2. У лиц молодого возраста выявлены более значимые нарушения со стороны социального функционирования и психологического компонента здоровья.

3. Учитывая, что психологический компонент определяется по шкалам ролевого и социального функционирования, связанного с эмоциональным состоянием пациента, можно судить о более выраженных нарушениях социально-психической составляющей качества жизни больных молодого возраста.

Литература

1. Антонова, Т.В. Проблемы хронических вирусных инфекций у подростков / Т.В. Антонова // ВИЧ/СПИД: терапия, профилактика, ведение больных : мат. III междунар. семинара. – СПб., 2003. – С. 1–10.
2. Антонова, Т.В. Вирусные гепатиты у подростков: трудные пациенты / Т.В. Антонова, Д.А. Лиознов // Практическая медицина. – 2006. – Т.18, № 4. – Р. 24–25.
3. Батаршев, А.В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности: практическое руководство по психологической диагностике / А.В. Батаршев. – СПб.: Речь, 2005. – С. 91–98.
4. Жданов, К.В. Социально-психологическая дезадаптация у больных хроническим вирусным гепатитом С / К.В. Жданов, Д.А. Гусев, С.Н. Каминская // Вирусные гепатиты – проблемы эпидемиологии, диагностики, лечения и профилактики : мат. VI Всероссийской научно-практической конференции. – М., 2005. – С. 106–107.
5. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2008 году : государственный доклад. – М., 2009. – 467 с.
6. О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года; указ Президента РФ, 12 мая 2009, №537 // Российская газета. – 2009. – № 4912.
7. Потехина, Н.Н. Проблемы в оказании первичной медицинской помощи подросткам и молодежи по результатам анкетирования врачей участковой службы / Н.Н. Потехина, М.Г. Дьячкова // Поликлиника. – 2007. – № 4 – С. 35–37.
8. Adolescent friendly health services : an impact model to evaluate their effectiveness and cost. – WHO, 2002.
9. Bridging the gaps: health care for adolescents: Intercollegiate Adolescent working party report. – Royal College of Paediatrics and Child Health, 2003. – 60 p.
10. Global consultation on adolescent health services a consensus statement. – WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development, 2001.
11. Society for Adolescent Medicine. Access to health care for adolescents and young adults: position paper of the Society

for Adolescent Medicine // J. Adolesc. Health. — 2004. — V. 35, № 2. — P. 342–344.

12. Tylee, A. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? / A. Tylee [et al.] // Lancet. — 2007. — V. 369, « 9572. — P. 1565–1573.

13. Barker, G. Young people, social support and help-seeking / G. Barker, A. Olukoya, P. Aggleton // Int. J. Adolesc. Med. Health. — 2005. — V. 17, № 4. — P. 315–335.

Авторский коллектив:

Лиознов Дмитрий Анатольевич — заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ВИЧ-медицины Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова, д.м.н., доцент; тел.: (812)499-70-58; e-mail: infection@spmu.rssi.ru; dlioznov@yandex.ru;

Николаенко Светлана Леонидовна — старший научный сотрудник лаборатории хронических вирусных инфекций НИЦ при кафедре инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ВИЧ-медицины Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова, к.м.н.; тел.: (812)499-70-58; e-mail: infection@spmu.rssi.ru; NikolaenkoS@yandex.ru;

Горчакова Ольга Владимировна — научный сотрудник лаборатории хронических вирусных инфекций НИЦ при кафедре инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ВИЧ-медицины Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова, к.м.н.; тел.: (812)499-70-58; e-mail: infection@spmu.rssi.ru; gorchakova-spmu@yandex.ru;

Дьячков Андрей Георгиевич — научный сотрудник лаборатории хронических вирусных инфекций НИЦ при кафедре инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ВИЧ-медицины Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова; тел.: +7(812)499-70-58; e-mail: cd4@inbox.ru