



УДК 616.36-002.2

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С ПРИ АСТЕНИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ И ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

**О.А. ЕФРЕМОВА**  
**В.А. РУЖЕНКОВ**  
**М.С. МИТИН**  
**С.С. БЕЛЯЕВА**

*Белгородский государственный  
национальный исследовательский университет*

*e-mail: doctor\_ol@bk.ru*

В статье изложены данные исследования астении и вегетативной дисфункции у больных хроническим вирусным гепатитом С. Описаны диагностически наиболее значимые признаки этих состояний. Проводится сравнение качества жизни пациентов с хроническим вирусным гепатитом С при наличии астено-вегетативного синдрома и без него. Представлены изменения различных компонентов качества жизни при астении и расстройстве регуляции вегетативной системы.

Ключевые слова: астено-вегетативный синдром, астения, вегетативные расстройства, хронический вирусный гепатит С, качество жизни.

**Введение.** Вирус гепатита С достаточно широко распространен среди населения всех стран мира [1]. Неспецифические симптомы проявляются на самых ранних стадиях развития инфекции и сопутствуют формированию хронического заболевания [2].

Астения является самым частым симптомом проявления вирусного гепатита С, особенно среди женского пола [3]. Считается, что выраженность астенических расстройств не связана с возрастом, полом, гистологическими показателями печени и выраженностью холестаза [3, 4]. Астению связывают с нарушением проведения нервного импульса [5, 6].

Как правило, при вирусном гепатите развивается вегетативная дисфункция [7, 8, 9]. В настоящее время изучено влияние вегетативной нервной системы на метаболизм гепатоцитов, гемодинамику печени, работу билиарного тракта, известна роль вегетативной нервной системы при развитии портальной гипертензии [7, 8]. Выявлена связь между показателями выживаемости и вегетативной недостаточности больных при развитии цирроза печени [9].

Все чаще для исследования изменений вегетативной регуляции и влияния их на гемодинамические показатели печени применяют анализ вариабельности ритма сердца [7, 8, 10].

Продолжается поиск наиболее эффективных средств и методов коррекции астении и вегетативной дисфункции при инфекционных заболеваниях печени [11, 12].

В практической работе врача, несмотря на то, что в диагнозе можно часто увидеть «астено-вегетативный синдром» [13], при лечении больных хроническими вирусными гепатитами астенические и вегетативные факторы считаются малозначительными. Вопрос качества жизни пациентов при вирусных заболеваниях печени в последнее время привлекает внимание специалистов [14, 15], но изучен недостаточно.

Исходя из этого, особое значение приобретает изучение развития астенических состояний и расстройств регуляции вегетативного обеспечения физической и психической деятельности, так как эти изменения влияют на социальную активность у данного контингента больных.

**Целью настоящего исследования** являлось выявление распространенности астенических и вегетативных расстройств у больных хроническим вирусным гепатитом С и определение их качества жизни при астено-вегетативном синдроме.

**Материалы и методы.** Обследовано 67 пациентов мужского (n=40) и женского (n=27) пола с хроническим вирусным гепатитом С, среднего возраста 54,6±2,6 лет. Исследование проводилось в МБУЗ «Городская больница №2» г. Белгорода и на клинической базе Санкт-Петербургской государственной медицинской академии имени И.И. Мечникова.

Средний показатель тяжести состояния по Чайлд-Пью среди всех обследованных больных ХВГ составил 6,9±0,2 баллов. Декомпенсация степени А отмечалась у 39,3% пациентов, и у 60,7% пациентов выявлялась декомпенсация степени В.

Количество тромбоцитов среди больных ХВГ было ниже нормальных значений ( $170-380 \times 10^9/\text{л}$ ): у мужчин  $141,2 \pm 23,8 \times 10^9/\text{л}$  и на нижней границе нормы у женщин  $189,1 \pm 14,7 \times 10^9/\text{л}$ . Скорость оседания эритроцитов была выше нормы, как у мужчин (2-10 мм/ч)  $30,8 \pm 5,4$  мм/ч, так и у женщин (3-14 мм/ч)  $34,1 \pm 5,1$  мм/ч. Показатель аланинаминотрансферазы в крови превышал норму почти в два раза среди мужчин  $94,5 \pm 12,5$  Е/л и женщин  $58,6 \pm 9,2$  Е/л. Значение аспартатаминотрансферазы также было выше нормы в 2,5-2 раза среди



мужчин – 96,8±8,5 Е/л и женщин – 62,4±9,6 Е/л. Содержание щелочной фосфатазы в крови в несколько раз превышало нормальные значения (20-120 Е/л) среди мужчин – 183,0±13,2 и женщин – 291,4±38,4 Е/л. Общий билирубин (при норме 5-21 мкмоль/л) у больных ХВГ среди мужчин составил 21,7±1,1 мкмоль/л и среди женщин – 30,5±5,4 мкмоль/л.

Имуноглобулин G среди больных с ХВГ, как показатель вовлечения иммунных факторов в повреждение печеночных клеток, был выше нормы (8,0–17,0 г/л) – 17,6±0,9 г/л.

В качестве группы сравнения было обследовано 80 практически здоровых студентов мужского (n=38) и женского (n=42) пола (средний возраст 21,8±0,3 год) 1-6 курсов медицинского факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета и Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова.

Для диагностики синдрома астении применялась субъективная шкала оценки астении MFI-20.

Для выявления синдрома вегетативной дисфункции была использована схема исследования для выявления признаков вегетативных нарушений А.М. Вейна.

С целью определения состояния системы вегетативной регуляции был использован метод анализа вариабельности сердечного ритма с помощью приборно-аппаратного комплекса «Омега».

Для оценки степени выраженности энцефалопатии применялся тест Рейтана на соединение чисел.

Исследование качества жизни проводилось с помощью опросника оценки качества жизни SF-36, разработанного J.E.Ware, адаптированного для применения в России Межнародным центром исследования качества жизни.

**Результаты и обсуждение.** При опросе больных ХВГ только 12,5% обследуемых чувствовали себя здоровыми. При применении субъективной шкалы оценки астении чувство усталости было выявлено у 63% больных ХВГ, а снижение физических возможностей у 75% опрошенных. Снижение мотивации было отмечено у 56% больных. На трудности концентрации внимания и легкое «рассеивание» мыслей указали 31% испытуемых.

Астения с помощью субъективной шкалы была выявлена у 81% больных ХВГ и у 41% здоровых студентов.

Высокий процент выявления синдрома астении в группе здоровых студентов (41%) в нашем исследовании лишь только подтверждает высокую распространенность этого расстройства в общей популяции – от 10 до 45% [13].

В группе больных ХВГ были получены следующие средние показатели шкалы MFI-20: «пониженная активность», «физическая астения» и «общая астения» превысили диагностически значимый (для выявления астении) критерий – 12,0 баллов (табл. 1). При этом средние показатели «снижения мотивации» и «психической астении» были в пределах нормы.

Таблица 1

**Средние показатели шкалы оценки астении в группах больных ХВГ и здоровых студентов**

Показатели шкалы MFI-20	Группы	
	Больные ХВГ, балл	Здоровые, балл
Пониженная активность	13,4±1,1	9,5±0,6 **
Снижение мотивации	9,9±0,7	8,0±0,5 *
Физическая астения	14,8±0,9	7,4±0,4 ***
Психическая астения	10,6±0,8	8,7±0,6 *
Общая астения	14,4±1,0	10,4±0,6 ***

Примечание: достоверность различия между группами: \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001.

Общий средний балл по субъективной шкале оценки астении у больных оказался выше (62,8±3,3), чем у здоровых студентов (43,6±2,8; p<0,01).

Схема исследования для выявления признаков вегетативных нарушений позволила выявить среди больных ХВГ следующие симптомы вегетативной дисфункции. Повышенная тревожность, раздражительность, гневливость, несдержанность и чувство беспокойства, страха, резкие смены настроения имели место у 92% обследованных пациентов. Ухудшение самочувствия при смене погоды отмечено в 80% случаев, на плохую переносимость жары и духоты предъявляли жалобы 76% респондентов. Повышенная нервно-мышечная возбудимость (склонность к мышечным спазмам – судороги) была выявлена у 60% больных ХВГ. Изменение степе-



ни потливости встречалось у 48%. О вегетососудистых кризах, мигренях, склонности к обмороку сообщали 28% респондентов.

В группе практически здоровых студентов наиболее часто из всех признаков вегетативной дисфункции выявлялся гипергидроз ладоней и стоп (53%), в то время как в группе больных ХВГ этот симптом не являлся ведущим и встречался примерно с такой же частотой (48%). Наиболее часто среди больных выявлялся симптом повышенной тревожности, раздражительности, гневливости, несдержанности, чувства беспокойства и страха – 92%, а среди здоровых студентов значительно реже (16%,  $p < 0,001$ ).

Средний балл «схемы» в группе больных ХВГ оказался выше ( $32,8 \pm 2,2$ ), чем в группе здоровых студентов ( $9,4 \pm 1,0$ ;  $p < 0,001$ ). При этом он превышает значимый для диагностики уровень в 25,0 баллов, что свидетельствует о наличии синдрома вегетативной дисфункции.

У 76% обследованных больных ХВГ был выявлен синдром вегетативной дисфункции. В группе здоровых студентов СВД отмечался только в 5% случаев. При этом средний балл среди больных ХВГ с СВД оказался равным  $37,3 \pm 1,9$ , а среди здоровых студентов с СВД  $26,0 \pm 0,0$ .

Сочетание астении и синдрома вегетативной дисфункции было выявлено у 56% больных ХВГ, в 13% случаев выявлялся только СВД, в 24% – только астения и в 6% ни астения, ни СВД выявлены не были.

При исследовании вегетативного гомеостаза в группе больных ХВГ при проведении анализа вариабельности ритма сердца (ПАК «Омега») были выявлены следующие признаки дисфункции. Ригидность сердечного ритма ( $AMo = 58 \pm 4$ ), значительное нарушение соотношения симпатического и парасимпатического отделов ( $IBP = 791 \pm 143$ ) со снижением влияния парасимпатической системы на ритм сердца ( $BP = 0,14 \pm 0,01$ ) и повышением симпатических влияний. Также на смещение вегетативного баланса в сторону преобладания симпатического отдела указывал средний вегетативный показатель ритма ( $0,18 \pm 0,02$ ). Индекс напряжения регуляторных систем, который отражает степень централизации управления сердечным ритмом, был в группе больных ХВГ достаточно высоким ( $595 \pm 121$ ). В группе здоровых студентов выявлена несколько большая подвижность ритма ( $AMo = 25 \pm 1$ ), чем в норме. Остальные показатели были в пределах нормальных значений.

Между индексом напряжения регуляторных систем (ПАК «Омега») и общим баллом схемы для выявления вегетативных нарушений установлена корреляция средней силы ( $r = 0,65$ ;  $p < 0,05$ ). Более выраженные вегетативные расстройства сопровождаются большим напряжением системы регуляции.

В группе больных ХВГ нарушения вегетативного гомеостаза выявлялись в 87% случаев (индекс напряжения превышал нормальные показатели), лишь только у 13% отмечалась нормальная вегетативная регуляция (в состоянии покоя).

Корреляционная связь между общим баллом схемы для выявления вегетативных нарушений и общим баллом шкалы оценки астении оказалась слабой ( $r = 0,27$ ;  $p < 0,05$ ). Взаимосвязь была выше между общим баллом «схемы» и отдельными показателями шкалы MFI-20: «общей астении» ( $r = 0,43$ ;  $p < 0,001$ ), «снижения активности» ( $r = 0,33$ ;  $p < 0,001$ ) и «физической астении» ( $r = 0,31$ ;  $p < 0,001$ ).

Качество жизни больных ХВГ, в зависимости от наличия или отсутствия астено-вегетативного синдрома, имело свои особенности. Данные показателей опросника SF-36 в группах больных с астено-вегетативным синдромом и без него и группой здоровых студентов без астено-вегетативного синдрома представлены в табл. 2.

Таблица 2

**Средние показатели опросника SF-36 в группах больных ХВГ с А-ВС и без него и группе здоровых студентов без А-ВС**

Средние показатели	Группы		
	Больные ХВГ с А-ВС	Больные ХВГ без А-ВС	Здоровые без А-ВС
Физическое функционирование	$67,5 \pm 3,9$	$83,5 \pm 4,5$ *	$96,3 \pm 0,9$ *
Ролевое функционирование	$57,4 \pm 5,2$	$76,9 \pm 8,7$	$68,8 \pm 6,3$
Физическая боль	$38,5 \pm 3,1$	$47,7 \pm 12,0$	$70,4 \pm 3,9$ ***
Общее здоровье	$30,7 \pm 2,9$	$36,9 \pm 7,7$	$72,8 \pm 2,5$ ***
Жизнеспособность	$35,9 \pm 3,4$	$53,5 \pm 4,9$ *	$57,1 \pm 3,4$ *
Социальное функционирование	$65,9 \pm 3,7$	$56,7 \pm 6,7$	$79,0 \pm 4,2$ *
Эмоциональное функционирование	$88,2 \pm 4,9$	$89,0 \pm 13,8$	$83,3 \pm 3,6$
Психологическое здоровье	$47,5 \pm 2,7$	$68,0 \pm 3,4$ **	$63,6 \pm 3,1$ **

Примечание: достоверность различия между группами: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .



Опросник SF-36 позволяет определить и оценить физический и психический компоненты здоровья (табл. 3).

Таблица 3

**Средние показатели «физического» и «психического» компонентов здоровья опросника SF-36 в группах больных ХВГ с А-ВС и без него и группе здоровых студентов без А-ВС**

Средние показатели	Группы		
	Больные ХВГ с А-ВС	Больные ХВГ без А-ВС	Здоровые без А-ВС
Физический компонент здоровья	36,9±1,6	42,2±1,2 *	51,5±1,1 **
Психический компонент здоровья	49,5±0,1	49,9±0,2	45,7±1,6

Примечание: достоверность различия между группами: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

В целом различия затрагивали «физический компонент здоровья», в то время как «психический компонент» в группах не отличался. Показатели «общее здоровье», «физическая боль» и «физическое функционирование» более низкие в группах пациентов, чем в группе здоровых студентов. Кроме этого, было выявлено снижение социальных функций. Не выявлено различий в ролевой и эмоциональной сферах больных ХВГ и здоровых людей.

Качество жизни пациентов при наличии астено-вегетативного синдрома по ряду показателей – «физическое функционирование», «жизнеспособность» и «психическое здоровье» ниже, чем при его отсутствии.

При повышении среднего балла «схемы» наблюдалось снижение «психического компонента здоровья» – показателя качества жизни вопросника SF-36 ( $r = -0,67$ ;  $p < 0,05$ ), при этом связь с «физическим компонентом здоровья» была очень слабая ( $r = -0,04$ ;  $p < 0,05$ ).

Между общим баллом субъективной шкалы оценки астении и показателями качества жизни вопросника SF-36: «физический компонент здоровья» ( $r = -0,70$ ;  $p < 0,05$ ) и «психический компонент здоровья» ( $r = -0,3$ ;  $p < 0,05$ ) были выявлены отрицательные корреляционные связи средней силы.

Схема выявления вегетативных нарушений отражает в большей степени изменение «психических» показателей качества жизни вопросника SF-36, в то время как субъективная шкала оценки астении – «физические» показатели качества жизни. В предыдущем исследовании была выявлена положительная связь психической и вегетативной дисфункций среди больных ХВГ С [16].

Средний показатель выполнения теста Рейтана на соединение чисел составил  $107 \pm 4,7$  секунд. Энцефалопатия (ЭП) I степени была выявлена у 24% пациентов с ХВГ, ЭП II степени – у 66% обследованных и ЭП III степени – у 10% больных.

Между показателем теста Рейтана и показателем «психический компонент здоровья» вопросника SF-36 была выявлена сильная корреляционная положительная связь ( $r = 0,76$ ;  $p < 0,05$ ), при этом корреляция между временем выполнения теста и «физическим компонентом здоровья» вопросника SF-36 оказалась отрицательной средней силы ( $r = -0,41$ ;  $p < 0,05$ ).

Это может указывать на то, что больные ХВГ с более выраженным признаком энцефалопатии реже расценивают психическую дисфункцию как отклонение от нормы, но при этом отмечают ухудшение физических показателей здоровья.

**Выводы.**

1. Астения среди больных ХВГ широко распространена и встречается с частотой 81%.
2. Синдром вегетативной дисфункции при осмотре с помощью схемы для выявления вегетативных нарушений среди больных ХВГ выявлялся с частотой 76%, при использовании метода анализа variability ритма сердца (ПАК «Омега») вегетативные расстройства выявлялись с частотой 87%.
3. Астено-вегетативный синдром был диагностирован у 56% больных ХВГ.
4. Существует связь между астеническим состоянием и вегетативными нарушениями у больных ХВГ: чем более выражены вегетативные расстройства, тем сильнее проявляется астения. Учитывая взаимосвязь явлений, астенический синдром и синдром вегетативной дисфункции могут рассматриваться у данной категории больных совместно, как астено-вегетативный синдром.
5. Качество жизни больных ХВГ с астено-вегетативным синдромом ниже, чем больных ХВГ без астено-вегетативного синдрома.



### Литература

1. Абдурахманов, Д.Т. Хронический вирусный гепатит: пособие для врачей [текст] / Д.Т. Абдурахманов. – М. : 4ТЕ Арт. – 2011. – 32 с.
2. Канищев, А.В. Астенические нарушения у больных вирусными гепатитами в периоде поздней реконвалесценции [текст] / А.В. Канищев, Н.О. Никитина // *Врачебная практика*. – 2003. – № 5. – С. 43-45.
3. Poynard, T. Fatigue in patients with chronic hepatitis C [text] / T. Poynard, P. Cacoub, V. Ratzin et al. // *J. Viral Hepat.* – 2002. – №9. – P. 295-303.
4. Goldblatt, J. The true impact of fatigue in primary biliary cirrhosis: a population study [text] / J. Goldblatt, P.J. Taylor, T. Lipman et al. // *Gastroenterology*. – 2002. – №122. – P. 1235-1241.
5. Swain, M.G. Fatigue in liver disease: pathophysiology and clinical management [text] / M.G. Swain // *Can. J. Gastroenterol.* – 2006. – №20. – P. 181-188.
6. Tiniakos, D.G. Innervation of the liver: morphology and function [text] / D.G. Tiniakos, J.A. Lee, A.D. Burt // *Liver*. – 1996. – №16. – P. 151-160.
7. Hendrickse, M.T. Natural history of autonomic neuropathy in chronic liver disease [text] / M.T. Hendrickse, P.J. Thuluvath, D.R. Triger // *Lancet*. – 1992. – №339. – P. 1462-1464.
8. Oliver, M.I. Autonomic dysfunction in patients with non-alcoholic chronic liver disease [text] / M.I. Oliver, R. Miralles, J. Rubies-Prat et al. // *J. Hepatol.* – 1997. – №26. – P. 1242-1248.
9. Trevisani, F. Autonomic dysfunction and hyperdynamic circulation in cirrhosis with ascites [text] / F. Trevisani, G. Sica, P. Mainqua et al. // *Hepatology*. – 1999. – №30. – P. 1387-1392.
10. Newton, J.L. A predictive model for fatigue and its etiologic associations in primary biliary cirrhosis [text] / J.L. Newton, J. Pairman, K. Sutcliffe et al. // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* – 2008. – №6. P. 228-233.
11. Berg-Emons, R. Fatigue is a major problem after liver transplantation (review) [text] / R. Berg-Emons, B. Ginneken, M. Wijffels et al. // *Can. J. Gastroenterol.* – 2006. – №20. – P. 339-343.
12. White, C.P. Complementary and alternative medicine use by patients chronically infected with hepatitis C virus [text] / C.P. White [et al.] // *Can. J. Gastroenterol.* – 2007. – №21(9). – P. 589-595.
13. Аведисова, А.С. Оценка диагностики и терапии астенических расстройств по результатам анкетирования врачей общей практики [текст] / А.С. Аведисова, Д.В. Ястребов // *Журнал неврологии и психиатрии*. – 2010. – №2. – С. 56-60.
14. Неронов, В.А. Исследование качества жизни у больных вирусными гепатитами [текст] / В.А. Неронов // *Курский науч.-практ. вест. человек и его здоровье*. – 2009. – №3. – С. 110-120.
15. Новик, А.А. Концепция и стратегия исследования качества жизни в гастроэнтерологии [текст] / А.А. Новик, Т.И. Ионова, Н.Л. Денисов // *Терапевтический архив*. – 2003. – № 10. – С. 42-46.
16. Митин, М.С. Астено-вегетативный синдром у больных хроническим вирусным гепатитом С [текст] / М.С. Митин, О.А. Ефремова, В.А. Руженков, Е.Е. Ярошенко // *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия медицина*. – 2011. – № 16 (111). – С. 120-124.

## QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS "C" IN ASTHENIA AND AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM DYSFUNCTION

**O.A. EFREMOVA**  
**V.A. RUZHENKOV**  
**M.S. MITIN**  
**S.S. BELYEVA**

*Belgorod National  
 Reserch University*

*e-mail: doctor\_ol@bk.ru*

The article presents research data of asthenia and autonomic dysfunction in patients with chronic viral hepatitis "C". It describes the most significant symptoms of these conditions. A comparison of quality of life in patients with chronic viral hepatitis "C" in the presence of asthenic-vegetative syndrome without it. It summarizes the changes in the various components of quality of life in fatigue and dysfunction of the autonomic nervous system.

Keywords: asthenic-vegetative syndrome, an asthenia, vegetative disorders, chronic viral hepatitis C, quality of a life.