

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© ГРИЩЕНКО Е.Г., НИКОЛАЕВА Н.Н., ЖУК Е.А., ПЕТРОВА М.М., НИКОЛАЕВА Л.В., БАЙКОВА О.А., ЧУПАХИНА В.А., ТОПОЛЬСКАЯ Н.В. — 2012
УДК 616.3 76.29.34

ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У МУЖЧИН ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ КОНСТИТУЦИИ

Елена Георгиевна Грищенко, Нона Николаевна Николаева, Екатерина Александровна Жук, Марина Михайловна Петрова, Людмила Викторовна Николаева, Ольга Анатольевна Байкова, Вера Александровна Чупахина, Наталья Викторовна Топольская

(Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор — д.м.н., проф. И.П.Артюхов, кафедра терапии ИПО, зав. — д.м.н., проф. Ю.И. Гринштейн)

Резюме. Проведено комплексное обследование 104 мужчин в возрасте 18-35 лет, страдающих хроническим гепатитом С различных конституциональных групп, до и во время проведения комбинированной противовирусной терапии. Установлено, что на изменения отдельных показателей физического или психического здоровья пациентов во время проведения противовирусной терапии оказывает влияние тип физической конституции.

Ключевые слова: соматотип, хронический гепатит С, качество жизни.

THE DYNAMICS OF PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL HEALTH IN MEN WITH CHRONIC HEPATITIS C VIRUS INFECTION DEPENDING ON THE TYPE OF PHYSICAL CONSTITUTION

E.G. Grishchenko, N.N. Nicolaeva, E.A. Zhuk, M.M. Petrova, L.V. Nicolaeva, V.A. Chupahina, N.V. Topolskaya
(Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voyno-Yasensky)

Summary. 104 men aged 18 to 35 years suffering from hepatitis C virus infection (HCV) in reactivation stage were undergone complex examination including somatotype evaluation before and during combine antiviral therapy. It has been established that the dynamics of physical and psychological health in men with chronic hepatitis C virus infection during combine antiviral therapy depends on the type of physical constitution.

Key words: somatotype, chronic hepatitis C, life quality.

Многообразие клинических форм и вариантов хронического гепатита С (ХГС), его малосимптомное, прогрессирующее течение [1,2], отсутствие специфической клинической симптоматики существенно затрудняет работу по диагностике, лечению больных, поскольку лишают врача информативных клинических критериев. Это, в ряде случаев, приводит к неоправданному игнорированию жалоб и субъективных ощущений пациента, фетишизации лабораторных данных. Вместе с тем, простым и надежным методом изучения состояния здоровья человека, основанном на субъективном восприятии и дающим интегрально-цифровую характеристику его физического, психологического и социального функционирования является оценка качества жизни (КЖ) [4, 5, 6]. КЖ является одним из важных интегральных показателей ранних и отдаленных результатов лечения, независимым предиктором отмены противовирусной терапии (ПВТ). Среди современных работ, исследования, посвященные изучению КЖ у пациентов с ХГС немногочисленны, а имеющиеся в них сведения противоречивы [7]. Если принять за основу классическое определение конституции как генетически детерминированного способа реагирования в ответ на внешние и внутренние изменения [3], следует предположить, что соматотип может являться одним из предикторов снижения КЖ у пациентов с ХГС как до, так и на фоне ПВТ.

Цель работы: мониторинг КЖ у молодых мужчин с ХГС различных соматотипов до и во время проведения ПВТ.

Материалы и методы

Исследование проведено в рамках комплексной темы (номер госрегистрации 01200709660), на базе гастроэнтерологического отделения и гастроэнтерологического центра МУЗ ГКБ №20 и одобрено этическим комитетом КрасГМУ. Все больные подписывали форму добровольного информированного согласия на участие.

В исследование включены данные 124 мужчин в возрасте 18-35 лет, 104 из них имели ХГС в фазе реакти-

вации с минимальной степенью активности, 20 — здоровые мужчины аналогичного возраста составили контрольную группу. Средний возраст пациентов ХГС — $27,24 \pm 5,36$ года, в контрольной группе — $25,85 \pm 1,31$ года. Результаты лабораторных исследований у обследованных соответствовали критериям включения и по всем показателям не имели достоверной разницы в анализируемых группах. У большей части пациентов ГС (62,5%, n=20), МС (64%, n=16) и НС (75%, n=15) выявлялись 2 и 3 генотипы HCV.

Критериями включения явились: мужской пол, молодой возраст, наличие хронического гепатита С умеренной степени активности. Включение в исследование лиц юношеского и первого зрелого периода связано с тем, что в эти сроки уже закончилось формирование функциональных систем организма, и еще нет выраженного негативного влияния патологических состояний.

Критерии исключения: пациенты с признаками цирроза печени, болезнью Вильсона-Коновалова, аутоиммунными заболеваниями, употребляющие алкоголь и наркотики, депрессией тяжелой степени, декомпенсированными заболеваниями внутренних органов.

До включения в протокол исследования всем пациентам проводилась верификация диагноза в соответствии с международной классификацией ХГ (Лос-Анджелес, 1994). Оценивалась стадия (наличие в крови RNA-HCV методом количественной и качественной ПЦР с обратной транскрипцией RNA-HCV в комплементарную ДНК), степень вирусной нагрузки, определялся генотип HCV (Amplify-Sens H), степень активности патологического процесса (уровень АСТ и АЛТ, морфологические данные с определением индекса гистологической активности по R.G. Knodell, 1981), функциональное состояние печени (концентрация билирубина, мочевины, альбуминов, ПТВ), изучалась соматотипическая принадлежность пациентов и КЖ. Соматотипическая идентификация осуществлялась по методике В.В. Бунака (1931) в модификации В.П. Чтецова с соавт. (1979). Определяли четыре типа телосложения мужчин: грудной (ГС), му-

скульный (МС), брюшной (БС) и неопределенный (НС). КЖ оценивалось с помощью общего опросника MOS SF — 36. Определение КЖ проводилось по шкалам физическое функционирование (ФФ), ролевое ограничение вследствие физических проблем (РФФ), физические боли (ФБ), восприятие общего состояния здоровья (ОЗ), жизнеспособность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) и психическое здоровье (ПЗ). Первые четыре шкалы в сумме представляют физическую составляющую, шкалы с пятой по восьмую — психическую составляющую здоровья. ПВТ проводилась согласно современному стандарту (ПЕГ-ИФН-а2b 1,5 мкг/кг подкожно 1 раз в неделю и Рибавирин более 10,6 мг/кг/сут сроком на 24-48 недель).

Статистическая обработка полученных результатов проведена по программе «Statistica for Windows», версия 5.0. Для сравнения параметрических показателей статистического анализа использовали t-критерий Стьюдента и критерий хи-квадрат, в случае отклонения от нормального распределения выборок — критерий Вилкоксона-Мана-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Первичная оценка КЖ по результатам SF-36, проведенная до начала ПВТ, свидетельствует, что у подавляющего большинства пациентов с ХГС различной соматотипической принадлежности показатели КЖ, характеризующие физическую составляющую, а именно «РФФ», «Б», «ОЗ», «Ж» были статистически значимо хуже чем аналогичные показатели контрольной группы ($p < 0,05$) в среднем на 19 баллов (табл. 1).

В ГС, БС и МС снижались и некоторые показатели, характеризующие психическую составляющую здоровья. Так в ГС и БС показатели КЖ по шкале «СФ», в МС — по шкале «РЭФ» были на 15 баллов статистически значимо ниже аналогичных показателей группы контроля. Исключением явились лица неопределенного соматотипа, где по шкале «Ж» показатели КЖ практически не отличались от таковых у здоровых лиц (63,75 баллов и 70 баллов соответственно). Необходимо отметить, что достоверно более низкие значения по шкале «РЭФ» наблюдались у больных МС (по сравнению с пациентами ГС и НС, $p < 0,05$), самые высокие показатели КЖ по всем шкалам (кроме ФФ, ОЗ, СФ) — у лиц НС.

Через 3 месяца лечения на фоне ПВТ (рис. 1) в ГС, МС и НС произошло статистически значимое снижение показателей КЖ, характеризующих как физическую, так и психическую компоненту. Вместе с тем, большему негативному влиянию подверглось психическое здоровье. Так, средние значения психической компоненты по 4 доменам SF-36 в ГС, МС, НС снизились на 15,45, 16,12 и 24,25 балла соответственно. В сравнении физическая составляющая в анализируемых группах уменьшилась на 8, 12 и 8 баллов соответственно. Исключением явились лица БС, где на фоне лечения снижение показателей КЖ было незначительным: физическая компонента в среднем уменьшилась на 7 баллов, психическая — на 6,15. Существенно более низкие значения КЖ по всем основным шкалам имели лица мускульного соматотипа ($p < 0,05$), статистически значимо более высокие — лица неопределенного соматотипа. По шкалам «З», «СФ» параметры КЖ у представителей МС практически совпали с аналогичными данными в ГС.

К 6 месяцам лечения (рис. 2) у больных МС происходило незначительное повышение показателей КЖ, характеризующих физическую составляющую здоровья (ФФ, РФФ, Б, ОЗ), а также «Ж» и «СФ» ($p > 0,05$). По шкале «ПЗ» отмечалось еще более выраженное снижение

Показатели качества жизни по результатам SF-36 у больных ХГС в зависимости от соматотипа до начала ПВТ, М±m, баллы (критерий Манна-Уитни)

№	Шкалы	Контр. группа (n=20)	Мускульный (n=25)	Грудной (n=32)	Брюшной (n=27)	Неопределенный (n=20)
		1	2	3	4	5
1	ФФ	91,25±2,4	85,71±3,87	87,03±2,64	82,22±3,32 P1*	81,66±4,37
2	РФФ	86,25±4,95	59,52±6,75 P1*	59,84±8,87 P1**	65,74±6,55 P1**	68,05±9,21 P1**
3	Б	92,85±3,47	70,80±4,89 P1***	67,46±5,0 P1***	75,38±4,53 P1**	77,22±4,28 P1**
4	ОЗ	79,2±2,74	52,95±3,63 P1***	55,71±3,11 P1***	53,18±3,83 P1***	55,5±4,34 P1***
5	Ж	70±2,76	55,95±4,09 P1**	60,78±2,34 P1**	52,70±3,62 P1**	63,75±2,81
6	СФ	85,42±4,08	76,72±3,88	68,56±4,24 P1***	65,98±4,28 P1***	76,41±2,83
7	РЭФ	78,31±6,52	55,50±8,40 P1,3,5**	75,70±5,81	58,75±8,59	87,01±4,78
8	ПЗ	70,2±3,43	62,61±3,69	66,5±2,57	58,55±4,06 P1**	69,33±3,02

Примечание: P1,2,3,4 — статистическая значимость различий с соответствующими графами.

** — $P < 0,05$; *** — $P < 0,001$. ФФ — физическое функционирование, РФФ — ролевые ограничения вследствие физических проблем, Б — физические боли, ОЗ — восприятия общего состояния здоровья, Ж — энергичность/жизнеспособность, СФ — социальное функционирование, РЭФ — ролевые ограничения вследствие эмоциональных проблем, ПЗ — психическое здоровье.

параметров КЖ. У лиц ГС и БС изменения показателей физического и психического здоровья отсутствовали и регистрировались на уровне «12 недель наблюдения».

У больных НС к этому сроку произошло повышение некоторых показателей физического здоровья (ФФ, Б, ОЗ), которые по своим значениям соответствовали периоду «до лечения» и были статистически значимо выше показателей в ГС и МС ($P < 0,05$). Лица МС на 24 неделе терапии имели самые низкие значения КЖ, характеризующие психическую составляющую. У пред-

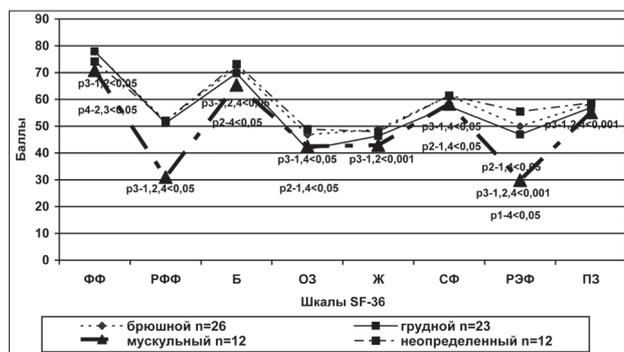


Рис. 1. Сравнительные данные КЖ по опроснику SF-36 у больных ХГС различных соматотипов через 12 недель после начала ПВТ, в баллах.

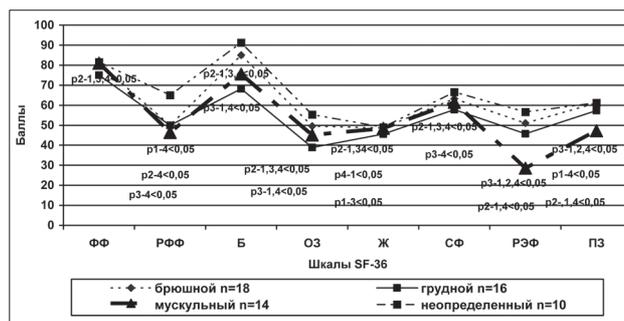


Рис. 2. Сравнительные данные КЖ по опроснику SF-36 у больных ХГС различных соматотипов через 24 недели после начала ПВТ, в баллах.

ставителей ГС регистрировались статистически значимо низкие показатели по шкалам «Б», «ОЗ», «Ж», «СФ».

Таким образом, хроническая инфекция HCV отрицательно влияет на показатели КЖ у пациентов различных соматотипов. Изменения отдельных компонент КЖ индивидуальны с более резким понижением физической или психической составляющей здоровья. У подавляющего большинства пациентов МС, ГС и НС на фоне противовирусного лечения к 12 неделям наблюдения отмечалось статистически значимое снижение как физических, так и психических параметров качества жизни в среднем на 15-20 баллов. Самые низкие значения по всем шкалам (за исключением соци-

ального функционирования и восприятия общего состояния здоровья) наблюдались у больных МС ($p < 0,05$). По шкалам «восприятия общего состояния здоровья» и «социальное функционирование» параметры КЖ у лиц МС практически совпадали с аналогичными показателями лиц ГС. К 24 неделе противовирусной терапии самые низкие показатели КЖ по шкалам, характеризующим психическую составляющую здоровья — «ролевые ограничения вследствие эмоциональных проблем», «психическое здоровье» ($p < 0,05$) сохранялись у больных МС, по шкалам, характеризующим физическую (физические боли и восприятия общего состояния здоровья) составляющую здоровья ($p < 0,05$) — у лиц ГС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.В., Малеев В.В. Эпидемиологические и клинические особенности хронического гепатита С // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2008. — №2. — С. 32-34.

2. Рахманова А.Г., Неверов В.А., Кирпичникова Г.И. и др. Вирусные гепатиты (этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика и терапия). — Кольцово: Вектор-Бест, 2003. — 60 с.

3. Корнетов Н.А., Николаев В.Г. Биомедицинская и клиническая антропология для современных медицинских наук // Актуальные вопросы биомедицинской и клинической антропологии: матер. конф. — Красноярск, 1997. — С.1-7.

4. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине. — М.: ГЭОТАР-Мед, 2004. — 304 с.

5. Heidarzadeh A., Yousefi-Mashhour M., Mansour-Ghanaei F., et al. Quality of life in chronic hepatitis B and C patients // J. of Hepatitis. — 2007. — V.7. — P. 67-72.

6. Серенко К.А., Абдурахманов Д.Т., Алексеева В.М. Анализ качества жизни больных хроническим гепатитом С // Здоровоохранение сегодня. — 2010. — Т.1. — С.1-5.

7. Younossi Z., Kallman J., Kincaid J. The effects of HCV infection and management on health-related quality of life // Hepatology. — 2007. — V. 45. — P. 806 — 816.

Информация об авторах: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1, e-mail: Impressac@gmail.com, тел. (391) 264-29-95; Грищенко Елена Георгиевна — д.м.н., профессор, Николаева Нона Николаевна — к.м.н. профессор, Петрова Марина Михайловна — д.м.н., профессор, проректор по НИР, e-mail: stk99@yandex.ru; Жук Екатерина Александровна — к.м.н., врач-гастроэнтеролог, e-mail: ea-zhuk@yandex.ru; Николаева Людмила Викторовна — к.м.н., доцент; Байкова Ольга Анатольевна — к.м.н., доцент; Чупахина Вера Александровна — к.м.н., доцент; Топольская Наталья Викторовна — к.м.н., доцент.

© ЕНИСЕЕВА Е.С., ЕЖИКЕЕВА С.Д., ТЕН М.Н., ВЛАСЮК Т.П., РЕУТ Ю.А. — 2012

УДК: 616.1

ОЦЕНКА УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА У ЖЕНЩИН С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Елена Сергеевна Енисеева¹, Светлана Дмитриевна Ежикеева², Марина Николаевна Тен², Татьяна Петровна Власюк², Юлия Александровна Реут²

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В.Малов, кафедра госпитальной терапии, зав. — д.м.н., проф. Г.М.Орлова; ²ГУЗ Иркутская областная клиническая больница, гл. врач — к.м.н. П.Е. Дудин)

Резюме. Выявлено повышение уровня гомоцистеина и активности фактора Виллебранда у 39 женщин с перенесенным инфарктом миокарда в сравнении с группой женщин без инфаркта в анамнезе, не отличающейся по традиционным факторам риска за исключением курения. Степень гипергомоцистеинемии была умеренной и средней.

Ключевые слова: гомоцистеин, фактор Виллебранда, инфаркт миокарда, женщины.

ESTIMATION OF LEVEL OF HOMOCYSTEINE IN WOMEN WITH HISTORY OF MYOCARDIAL INFARCTION

E.S. Eniseeva¹, S.D. Ezikeeva², M.N. Ten², T.P. Vlasuk², J.A. Reut²
(¹Irkutsk State Medical University, ²Irkutsk State Regional Clinical Hospital)

Summary. The research has shown the higher plasma levels of homocysteine and von Willebrand factor in women with history of myocardial infarction. Elevation of homocysteine was mild and moderate and nobody had severe hyperhomocysteinemia.

Key words: Homocystein, von Willebrand factor, myocardial infarction, women.

В настоящее время наряду с традиционными факторами риска ИБС, такими как артериальная гипертензия, гиперлипидемия, курение, ожирение, сахарный диабет большое внимание уделяется роли гомоцистеина в увеличении риска развития ИБС и острых коронарных событий [2,8,9,14].

Гомоцистеин — это серосодержащая аминокислота, образующаяся в процессе обмена метионина и цистеина. Получаемый с пищей в составе белка метионин метаболизируется с образованием S-аденозилгомоцистеина,

который в результате гидролиза превращается в гомоцистеин. В процессе метаболизма гомоцистеина важную роль играют витамины В₆, В₁₂ и фолиевая кислота. Нарушение превращения гомоцистеина в метионин и цистеин приводит к повышению его уровня в плазме крови и выделению с мочой. В норме уровень гомоцистеина в плазме крови составляет 5-15 мкмоль/л. У женщин с сохраненной менструальной функцией уровень гомоцистеина ниже, чем у женщин в менопаузе и у мужчин [11].