

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського"

ДУ "Інститут урології АМН України"

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова АМН України

ДУ "Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України"

Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова АМН України

ДУ "Інститут патології крові та трансфузійної медицини АМН України"

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України

ШПИТАЛЬНА ХІРУРГІЯ

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Виходить щоквартально

Заснований у січні 1998 року

SHEE "Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky"

SE "Institute of Urology of AMS of Ukraine"

National Institute of Surgery and Transplantology by O.O. Shalimov of AMS of Ukraine

SE "Institute of Neurosurgery by Academician A.P. Romodanov of AMS of Ukraine"

National Institute of Cardiovascular Surgery by M.M. Amosov of AMS of Ukraine

SE "Institute of Blood Pathology and Transfusional Medicine of AMS of Ukraine"

National Medical Academy of Postgraduate Education by P.L. Shupik of MPH of Ukraine

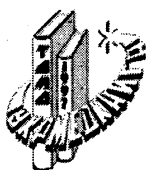
HOSPITAL SURGERY

UKRAINIAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

Published 4 times per year

Founded in January 1998

3(55)/2011



ТЕРНОПІЛЬ

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР
Л.Я.Ковальчук

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

В.В. Бігуняк (відповідальний редактор)
В.В. Бойко
Ю.І.Бондаренко
І.К. Венгер
О.Ф. Возіанов
В.Б. Гощинський
М.С. Гнатюк
І.Я. Дзюбановський (відповідальний секретар)
В.І. Дрижак
Ю.О. Зозуля
В.Й. Кімакович
О.М. Кіт
Г.В. Книшов
Ф.Г. Назиров
М.Ю. Ничитайло
В.Л. Новак
В.Ф. Саснко
Ю.С. Семенюк
В.О. Шідловський

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Х.А. Акілов (Ташкент)
М.М. Бондаренко (Дніпропетровськ)
М.М. Велигоцький (Харків)
М.М. Волобуєв (Сімферополь)
І.І. Гук (Відень)
В.В. Грубник (Одеса)
М.П. Захараш (Київ)
В.М. Короткий (Київ)
В.І. Мамчич (Київ)
І.І. Мітюк (Вінниця)
О.С. Ніконенко (Запоріжжя)
О.О. Ольшанецький (Луганськ)
М.П. Павловський (Львів)
А.П. Радзіховський (Київ)
М.І. Тутченко (Київ)
П.Д. Фомін (Київ)
В.І. Цимбалюк (Київ)
М.Г. Шевчук (Івано-Франківськ)
І.В. Ярема (Москва)

Журнал включено до Переліку № 1 наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватись результати дисертаційних робіт на здобуття наукового ступеня кандидата та доктора наук (додаток до Постанови Президії ВАК України від 9.06.99 № 1 – 05/7). Перереєстровано Президією ВАК України 8.07.2009 р. № 1 – 05/3.

Рекомендовано до видання вченою радою ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського” (протокол № 4 від 27 вересня 2011 р.).

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ №3024 від 27.01.1998 р.

Рукописи рецензуються. Редколегія залишає за собою право редагування. Редакція не несе відповідальності за достовірність фактів, власних імен та іншої інформації, використаної в публікаціях. При передруці або відтворенні повністю або частково матеріалів журналу “Шпитальна хірургія” посилання на журнал обов’язкове.

Адреса редакції: *майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001,*
медичний університет, наукова частина,
журнал “Шпитальна хірургія”.
Тел. (0352) 52-45-54, 26-81-80, 26-81-48, 26-10-20.

© ТДМУ, “Укрмедкнига”, 2011
© “Шпитальна хірургія”, 2011

Зміст

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Ковальчук Л. Я., Венгер І. К., Романюк Т. В., Чорненський М. В. Спосіб корекції клапанної недостатності глибоких вен нижньої кінцівки

Ничитайло М. Ю., Огородник П. В., Дейниченко А. Г. Ендоскопічні хірургічні втручання при хронічному панкреатиті, ускладненому псевдокістами

Запорожченко Б. С., Коритна Г. Ю., Муравйов П. Т. Застосування плазмаферезу в комплексній терапії гострого деструктивного панкреатиту

Скумс А. В., Ничитайло М. Ю., Цюра Ю. П. Прецизійна техніка панкреатодуоденальної резекції як основа профілактики панкреатичної нориці

Румянцев К. Є., Кополовель І. І., Русин В. І. Комплексний підхід у лікуванні кровотеч із варикозно розширених вен стравоходу при С-класі цирозу печінки

Лігоненко О. В., Дігтяр І. І., Лігоненко О. О. Рання біологічна ентеральна терапія у комплексному лікуванні хворих на гостру кишкову непрохідність

Кондратюк О. П. Цитологічні та мікробіологічні аспекти гострого некротизуючого панкреатиту

Чурпій І. К. Корекція печінкової недостатності у хворих на перитоніт

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Добrorодний А. В. Газовий склад артеріальної та венозної крові при експериментальному гострому респіраторному дистрес-синдромі

З ДОСВІДУ РОБОТИ

Ковальчук Л. Я., Беденюк А. Д., Угляр Т. Ю. Хірургічна тактика при діастатичних розривах товстої кишки на фоні обтураційної кишкової непрохідності

Грубник В. В., Малиновський А. В. Ретроспективний аналіз 15-річного досвіду лапароскопічної пластики гриж стравохідного отвору діафрагми

Нікішаєв В. І., Задорожній О. М., Лемко І. І. Діагностична та лікувальна ендоскопія при кровотечах із варикозно розширених вен стравоходу та шлунка

Запорожченко Б. С., Шевченко В. Г. Досвід лікування псевдокіст підшлункової залози із застосуванням комплексних міні-інвазивних технологій

Сірчак Є. С., Русин В. І., Шеремет А. П. Безпосередня оцінка якості життя на фоні комплексного лікування у хворих на цироз печінки

Спіженко Н. Ю., Бобров О. Є., Чеботарьова Т. І., Леонович А. Л., Лещенко Ю. М., Лисак В. І., Шараявський О. А., Дудка А. Ю., Лучковський С. М. Перший досвід лікування хворих із метастазами колоректального раку печінки з використанням стереотаксичного радіохірургічного комплексу "CyberKnife® G4"

Contents

ORIGINAL INVESTIGATIONS

5 Kovalchuk L. Ya., Venher I. K., Romaniuk T. V., Chornenkyi M. V. The method of correction of valve insufficiency of the deep veins of the lower extremity

8 Nychytaylo M. Yu., Ohorodnyk P. V., Deynychenko A. H. Endoscopic surgical interventions in the treatment of patients with chronic pancreatitis complicated by pseudocysts

13 Zaporozhchenko B. S., Korytna H. Yu., Murawiov P. T. The use of plasmapheresis in the complex therapy of acute destructive pancreatitis

16 Skums A. V., Nychytaylo M. Yu., Tsiura Yu. P. Precision technique of pancreatoduodenal resection as a basis of pancreatic fistula prophylaxis

20 Rumyantsev K. Ye., Kopolovets I. I., Rusyn V. I. Complex approach in treatment of bleedings from esophageal varicose veins at C-class of liver cirrhosis

26 Lihonenko O. V., Dihytar I. I., Lihonenko O. O. Early biological enteric therapy in complex treatment of patients with acute intestinal obstruction

30 Kondratiuk O. P. Cytological and microbiological aspects of acute necrotic pancreatitis

34 Churpiy I. K. Hepatic failure correction in patients with peritonitis

EXPERIMENTAL INVESTIGATIONS

38 Dobrorodnyy A. V. Gas composition in arterial and venous blood at experimental acute respiratory distress syndrome

EXPERIENCE OF WORK

41 Kovalchuk L. Ya., Bedeniuk A. D., Uhlyar T. Yu. Surgical tactics in diastatic ruptures of the colon on the background of obstructive ileus

46 Hrubnyk V. V., Malynovskyi A. V. Retrospective analysis of 15 years experience of laparoscopic repair of hiatal hernias

51 Nikishayev V. I., Zadorozhnyi O. M., Lemko I. I. Diagnostic and therapeutic endoscopy at bleeding from varices of esophagus and stomach.

54 Zaporozhchenko B. S., Shevchenko V. H. Experience of treatment of pseudocysts of a pancreas with application of complex miniinvasive technologies.

60 Sirchak Ye. S., Rusyn V. I., Sheremet A. P. Direct estimation of life quality on the background of complex treatment in patients with liver cirrhosis

64 Spizhenko N. Yu., Bobrov O. Ye., Chebotarova T. I., Leonovych A. L., Leshchenko Yu. M., Lysak V. I., Sharayevskiy O. A., Dudka A. Yu., Luchkovskiy S. M. First experience of treatment of patients with metastatic disease of colorectal cancer of liver using the stereotactic radiosurgical system "CyberKnife® G4"

Шапринський В. О., Продан С. М. Аналіз причин летальності при травматичних ушкодженнях печінки за даними аутопсій бюро судово-медичної експертизи

67

Бойко В. В., Логачов В. К., Береснев С. О., Головіна О. О., Андреев Г. І. Проблеми антибактеріальної терапії в клініці невідкладної хірургії

70

Нікішаєв В. І., Лазарчук В. М. Ефективність скринінгової колоноскопії

72

Іскра Н. І., Шатрова К. М., Гур'єв С. О., Кузьмін В. Ю., Новікова М. М. Порівняльна характеристика виразності фіброзу печінки у хворих на хронічний гепатит із контрактурою Дюпюїтрена за даними різних методів дослідження

75

Павлишин А. В., Шідловський В. О. Хірургічне лікування ранових дефектів у хворих на синдром стопи діабетика шляхом дермальної автопластики

78

Бенедикт В. В. Особливості хірургічної тактики у хворих на гострий поширений перитоніт в умовах супутньої патології

82

ПОВІДОМЛЕННЯ

П'ятночка І. Т., Корнага С. І., Довбуш Ю. В., Цибуляк В. Є., Білик С. О., Корнага Н. В. Пневмоперитонеум в комплексному лікуванні хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень

86

Shaprynskyi V. O., Prodan S. M. Analysis of reasons of the lethality at traumatic injuries of the liver by the results of autopsies of forensic medical examination office

Boyko V. V., Lohachov V. K., Beresniev S. O., Holovina O. O., Andreyev H. I. Problems of antibacterial therapy in clinic of urgent surgery

Nikishayev V. I., Lazarchuk V. M. Effectiveness of screening colonoscopy

Iskra N. I., Shatrova K. M., Huryev S. O., Kuzmin V. Yu., Novikova M. M. Comparative characteristic of hepatic fibrosis occurrence in the sick with chronical hepatitis with Dupuytren's contracture on the basis of different research methods

Pavlyshyn A. V., Shidlovskiy V. O. Surgical treatment of wound defects at the diabetic foot syndrome by dermal autodermaplasty

Benedykt V. V. Features of surgical tactics in patients with acute diffuse peritonitis under comorbidities

REPORTS

Pyatnochka I. T., Kornaha S. I., Dovbush Yu. V., Tsybulyak V. Ye., Bilyk S. O., Kornaha N. V. Pneumoperitoneum in complex treatment of patients with chemoresistant pulmonary tuberculosis

УДК 616.36-004-008.64:616.329-005.1]-08-035-059

© К. Є. РУМЯНЦЕВ, І. І. КОПОЛОВЕЦЬ, В. І. РУСИН

Ужгородський національний університет

Комплексний підхід у лікуванні кровотеч із варикозно розширених вен стравоходу при С-класі цирозу печінки

K. YE. RUMYANTSEV, I. I. KOPOLOVETS, V. I. RUSYN

Uzhhorod National University

COMPLEX APPROACH IN TREATMENT OF BLEEDINGS FROM ESOPHAGEAL VARICOSE VEINS AT C-CLASS OF LIVER CIRRHOSIS

Із кровотечею з ВРВ стравоходу з січня 2004 року до грудня 2010 року в Закарпатській обласній клінічній лікарні ім. А. Новака обстежено і проліковано 64 пацієнти із С-класом цирозу печінки за критеріями Child-Turcotte-Pugh. Здійснити первинну зупинку кровотечі за допомогою комплексу консервативної терапії та ендоскопічної склеротерапії (ЕС) вдалось у 39 (61 %) пацієнтів. У 25 (39 %) хворих у зв'язку із неефективністю ЕС ми застосували зонд Блейкмора-Сенгстакена. Із 64 пацієнтів у 37 (57,8 %) діагностували III ступінь енцефалопатії за критеріями West-Haven, у 27 – IV ступінь. У 3 (4,7 %) пацієнтів асцит був транзиторним, у 61 (95,3 %) – рефрактерним. З метою лікування печінкової недостатності як головного ускладнення, яке зумовлює несприятливий вислід кровотечі, у 27 пацієнтів із IV ступенем енцефалопатії застосували альбуміновий перитонеальний діаліз. У 37 пацієнтів із III ступенем печінкової енцефалопатії застосували лапароцентез із евакуацією асцитичної рідини та екстракорпоральну ультрафільтрацію асцитичної рідини з її наступною внутрішньовенною реінфузією (ЕУАВР). Всього в групі у строк спостереження до 5 діб померли 20 пацієнтів. Загальна летальність склала 31,25 %. У підгрупі з 39 пацієнтів, де ЕС була ефективною, летальність склала 23,1 %, у підгрупі, де ЕС була неефективною, – 44 %.

From January 2004 to December 2010 in the clinic of Transcarpathian Regional Clinical Hospital 64 patients with bleeding from esophageal varicose veins with C-class liver of cirrhosis by Child-Turcotte-Pugh criteria were examined and treated. The initial bleeding arrest in 39 (61 %) patients was achieved with complex medical therapy and endoscopic sclerotherapy (ES). In 25 (39 %) patients due to the inefficiency of the ES, authors used a Blakemore-Sengstaken tube. The III phase of encephalopathy by West-Haven criteria was diagnosed in 37 (57,8 %) and in 27 it was of the IV phase. In 3 (4,7 %) patients ascites was transient and in 61 (95,3 %) – refractory. In order to treat liver failure, as a major complication that causes bleeding adverse outcome in 27 patients with the IV phase of encephalopathy authors used albumine peritoneal dialysis. In 37 patients with the III phase of hepatic encephalopathy authors used paracentesis with liquid evacuation or extracorporeal ultrafiltration of ascitic liquid with its subsequent intravenous reinfusion. In the group of patients up to 5 days of observation 20 patients died. Overall mortality was 31,25 %. In the subgroup of 39 patients, where the ES was effective, mortality was 23,1 %; in the subgroup where the ES was ineffective – 44 %.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Портальна гіпертензія – симптомокомплекс, що розвивається при утрудненні кровотоку по ворітній печінковій вені.

Ускладненнями портальної гіпертензії, що спричинюють смерть, є кровотеча із варикозно розширених вен та печінкова енцефалопатія. Також портальна гіпертензія призводить до формування портосистемних колатералей, найбільш клінічно значимими з яких є варикозно розширені вени (ВРВ) стравоходу та шлунка.

Від 40 до 50 % смертей від цирозу печінки зумовлені кровотечами із ВРВ [1, 3]. Частота виявлення

варикозно розширених вен (ВРВ) стравоходу у хворих на цироз печінки (ЦП) коливається від 25 до 80 %, що становить у середньому 60 % [2, 4]. Збільшення розмірів вариксів відбувається у 10–20 % хворих протягом року з моменту першого виявлення. Факторами ризику першої кровотечі є розмір ВРВ, червоні плями на їх поверхні ("cherry-red spots") та ступінь декомпенсації печінкових функцій. Хоча, оцінені ретроспективно, фактори ризику у хворих із кровотечами із ВРВ спостерігались тільки у 1/3 випадків, що не дає можливості їх чітко класифікувати [4].

У світі налічується близько 2 мільярдів людей, що є носіями вірусного гепатиту В або С, тобто

кожен третій житель планети Земля. У 40–60 % випадків вірусний гепатит В хронізується і спричинює цироз печінки, ускладнений портальною гіпертензією [2, 3].

Актуальність проблеми лікування кровотеч із варикозно розширених вен (ВРВ) стравоходу і шлунка зумовлена тим, що летальність при них сягає 30 % і вище при першій кровотечі, зростаючи до 80 % при повторних. Підхід до лікування таких пацієнтів є складним і повинен базуватися на єдиному розумінні механізмів, які приводять до формування портальної гіпертензії та розвитку кровотеч.

Дані літературних джерел щодо рандомізованих досліджень та метааналізів із первинної зупинки кровотечі із ВРВ стравоходу стверджують, що ендоскопічна склеротерапія ефективна у 90 % хворих, використання зонда Блекмора – у 80–90 % пацієнтів, застосування октреотиду – у 90–97 %, виконання TIPS – у 90 % [4, 5]. Рецидив кровотечі протягом 5 діб відбувається, відповідно, у 17–37 % хворих при використанні ендоскопічної склеротерапії, у 50 % – балонної тампонади, 25 % – октрестатину, у 30 % – при використанні TIPS [4, 5]. Також щодо ендоскопічної склеротерапії відмічається, що ендоскопічне лігування не має переваг перед нею в плані зупинки кровотечі, на відсоток зупинених кровотеч не впливають спосіб введення та вибір склерозуючої речовини [5]. Зонд Blakemore у 6–20 % відсотків хворих призводить до виникнення фатальних ускладнень, пов'язаних із неправильним його застосуванням (пролежні і медіастиніт) (Stiegmann V. G., 2006). Застосування ендоскопічної склеротерапії не має ніяких переваг перед застосуванням октреотиду в плані ефективності й економічності (Stiegmann V. G., 2006). Застосування TIPS є настільки вартісним навіть для розвинених країн, що з метою поліпшення результатів лікування і досягнення кращого економічного ефекту його використання в останній час різко обмежене: наявність асцитів, тромбопенії, гепаторенального синдрому і потреба в інтубації є відносними протипоказаннями, якщо TIPS у цих умовах все ж застосовується, то летальність сягає 60 % [1, 2, 4, 5].

Перспективним, з огляду на його патогенетичну обґрунтованість, малоінвазивним методом лікування (і профілактики рецидиву) кровотеч є методика ендоваскулярної емболізації лівої шлункової вени (ЛШВ), яка є донорською судиною відносно ВРВ стравоходу і шлунка. Проте метод не отримав широкого розповсюдження в зв'язку з відсутністю спеціальної апаратури та спеціалістів у практичній охороні здоров'я.

Отже, на сучасному етапі основним підходом до розв'язання проблеми є вирішення питань пер-

винної і вторинної профілактики кровотечі, оскільки це дешевше й ефективніше. Якщо 15 років тому більшість статей із проблем кровотеч із ВРВ були присвячені операціям деваскуляризації і портосистемного шунтування, 10 років тому – ендоскопічній склеротерапії та ендоскопічному лігуванню, то тепер про операції майже не згадують – головною темою є амбулаторне лікування і профілактика (outpatient management).

Мета роботи: розпрацювати єдиний підхід у лікуванні і профілактиці кровотеч із ВРВ стравоходу в пацієнтів із декомпенсованим цирозом печінки.

Матеріали і методи. Із кровотечею з ВРВ стравоходу з січня 2004 року до грудня 2010 року в Закарпатській обласній клінічній лікарні ім. А. Новака обстежено і проліковано 64 пацієнти із С-класом цирозу печінки за критеріями Child-Turcotte-Pugh (табл. 1).

У дослідження включали пацієнтів, яких послідовно госпіталізували з кровотечею із варикозно розширених вен стравоходу і шлунка, що розвинулась на ґрунті внутрішньопечінкової портальної гіпертензії, зумовленої цирозом печінки.

Наявність цирозу печінки підтверджували клінічними, лабораторними та ультрасонографічними критеріями.

Етіологічний чинник цирозу печінки незалежно від можливості його встановлення не враховували, оскільки прогноз виживання пацієнтів, у яких відбулась кровотеча з ВРВ стравоходу або шлунка, згідно з наявними даними проспективних рандомізованих досліджень, зумовлюється саме кровотечею і не корелює з етіологією виникнення цирозу.

Таблиця 1. Розподіл хворих із кровотечею з ВРВ стравоходу за віком і статтю

Вік	Стать		Всього
	чол.	жін.	
18–29	12	6	18 (28,1 %)
30–39	12	8	20 (31,25 %)
40–49	1	12	13 (20,3 %)
50–59	3	6	9 (14,1 %)
60–69	–	4	4 (6,25 %)
Всього	28	36	64 (100 %)

Результати досліджень та їх обговорення. Здійснити первинну зупинку кровотечі за допомогою комплексу консервативної терапії та ендоскопічної склеротерапії (ЕС) вдалось у 39 (61 %) пацієнтів. У 25 (39 %) хворих у зв'язку із неефективністю ЕС ми застосували зонд Блейкмора-Сенгстакена.

Із цих 39 хворих у строк до 5 діб кровотеча відновилась в 11 (28,2 %). У 7 з них гемостаз досягнуто повторним застосуванням ендоскопічної склеротерапії, у 4 застосували зонд Блейкмора. Після поновлення кровотечі померли 9 хворих від прогресування поліорганної недостатності. Жоден не помер від продовження кровотечі.

Із 25 хворих, у яких з метою первинного гемостазу застосували зонд Блейкмора, кровотеча з ВРВ у строк до 5 діб відновилась у 20 (80 %). У 6 з 20 ефективною була ЕС, у 14 зонд Блейкмора був встановлений повторно. Із 14 пацієнтів ефективним зонд Блейкмора був тільки у 4, іншим 10 пацієнтам у зв'язку із продовженням кровотечі ми змушені були виконати лапаротомне операційне втручання. З метою зупинки кровотечі застосували модифіковану операцію проксимальної деваскуляризації шлунка та абдомінального відділу стравоходу із збереженням блукаючих нервів. У 2 пацієнтів виконали також спленектомію для більш адекватного доступу до абдомінальної частини стравоходу. Після лапаротомії померли 8 пацієнтів. Ще троє пацієнтів померли після зупинки кровотечі за допомогою зонда Блейкмора без операції. Усього померли 11 пацієнтів.

Всього в групі у строк спостереження до 5 діб померли 20 пацієнтів. Загальна летальність склала 31,25 %. У підгрупі з 39 пацієнтів, де ЕС була ефективною, летальність склала 23,1 %, у підгрупі, де ЕС була неефективною, – 44 %.

Із 64 пацієнтів у 37 (57,8 %) діагностували III ступінь енцефалопатії за критеріями West-Haven, у 27 – IV ступінь.

Всього у 3 (4,7 %) пацієнтів асцит був транзитним, у 61 (95,3 %) – рефрактерним.

З метою лікування печінкової недостатності як головного ускладнення, яке зумовлює несприятливий вислід кровотечі, у 27 пацієнтів із IV ступенем

енцефалопатії застосували альбуміновий перитонеальний діаліз.

Особливістю пацієнтів із С-класом цирозу печінки стало також те, що наявність рефрактерного асциту виступала додатковим, але істотним фактором негативного закінчення епізоду кровотечі. Наявність рефрактерного асциту зумовлювала розвиток внутрішньочеревної гіпертензії.

Як відомо, високий ВЧТ при рефрактерному асциті відтискає куполи діафрагми в грудну порожнину, збільшуючи внутрішньогрудний. Легеневі об'єми зменшуються, альвеоли відділів легень, що прилягають до діафрагми, колабують, спричинюючи ателектази. Погіршуються вентиляційно-перфузійні співвідношення, зростає легеневе шунтування, збільшується киснева вартість дихання, розвивається гіпоксемія і респіраторний ацидоз.

Крім того, ВЧГ погіршує нирковий кровотік і клубочкову фільтрацію, призводячи до оліго- й анурії. ВЧГ збіднює кровотік у всіх органах живота і заочеревинного простору, крім надниркових залоз, хоча поки що невідомо, наскільки хронічне підвищення ВЧТ у хворих із цирозом печінки й асцитом сприяє виникненню кровотечі з ВРВ стравоходу та шлунка. Достеменно відомо, що зниження серцевого викиду й олігурія, а також масивна інфузійна терапія, яка проводиться на фоні кровотечі, підсилюють секвестрацію рідини в “третій простір”, набряк кишкової стінки і внутрішньочеревну гіпертензію, замикаючи порочне коло.

Усі вищеперераховані зміни відбуваються водночас із кровотечею із ВРВ, на фоні різкого зменшення об'єму циркулюючої крові, що викликає взаємообтяження перебігу різних симптомокомплексів власне цирозу печінки.

Вимірювання ВЧТ у пацієнтів із С-класом цирозу печінки показало, що останній коливався в межах 16–25 мм рт. ст. (табл. 2).

Таблиця 2. Величина ВЧТ залежно від ступеня енцефалопатії

Ступінь енцефалопатії	Ступінь внутрішньочеревної гіпертензії, мм рт. ст.		
	I 12–15 мм рт. ст.	II 16–20 мм рт. ст.	III 21–25 мм рт. ст.
III	11	17	9
IV	1	8	18

При оцінці розподілу величин ВЧТ серед пацієнтів із різними ступенями печінкової енцефалопатії за критерієм χ^2 встановлено, що розходження розподілу ВЧТ між групою із III ст. ПЕ та групою із IV ст. є статистично достовірними ($\chi^2=13,333$, при $\chi^2_{\text{емп}}=5,993$ при $p<0,05$). Отже, ВЧГ

можна вважати істотним фактором, який зумовлює вищий ступінь ПЕ.

Тому, на нашу думку, ліквідація внутрішньочеревної гіпертензії у хворих із рефрактерним асцитом є невід'ємною складовою у лікуванні печінкової енцефалопатії.

Кровотеча й енцефалопатія різко обмежувала часовими рамками консервативне лікування асцити із дотриманням усіх стандартів, тому на перший план виходили малоінвазивні втручання, спрямовані на його ліквідацію, – лапароцентез із евакуацією асцитичної рідини та екстракорпоральна ультрафільтрація асцитичної рідини з її наступною внутрішньовенною реінфузією (ЕУАВР).

Ми застосували обидва методи лікування у 37 пацієнтів із III ступенем печінкової енцефалопатії, незважаючи на те, що у 3 із них асцит був транзиторним, тобто мав тенденцію до зменшення під впливом консервативної терапії.

Перед початком процедури у пацієнтів після пункції забирали шприцом асцитичну рідину для виконання таких досліджень:

- рівень білка в асцитичній рідині – при низькому рівні (менше 5 г/л) виконували тільки лапароцентез із евакуацією асцитичної рідини; ЕУАВР не проводили через незначні втрати білка, які компенсували введенням розчинів амінокислот та плазми;
- кількість лейкоцитів в асцитичній рідині – при наявності лейкоцитів $\geq 250 \times 10^9/\text{л}$ ЕУАВР не проводили;
- наявність атипичних клітин в асцитичній рідині – при наявності атипичних клітин ЕУАВР не проводили.

У 20 пацієнтів на фоні комплексу консервативного лікування ми здійснили лапароцентез з евакуацією асцитичної рідини. У 17 пацієнтів застосували екстракорпоральну ультрафільтрацію асцитичної рідини з її наступною внутрішньовенною реінфузією з метою ліквідації асцити і внутрішньочеревної гіпертензії.

Перед виконанням лапароцентезу або ЕУАВР під контролем УСГ в нижніх відділах черевної порожнини позначали місце наступної пункції черевної порожнини та встановлення катетера.

Лапароцентез виконували за стандартною методикою. В черевну порожнину вводили трубку, через яку одномоментно евакуювали максимально можливу кількість рідини. Під час евакуації контролювали показники гемодинаміки. З метою попередження розвитку асцит-перитоніту обов'язково призначали антибіотики. Внутрішньовенно вводили розчини декстранів і, в більшості випадків, свіжозаморожену плазму з метою підвищення онкотичного тиску плазми та запобігання швидкому рецидиву асцити.

Для ЕУАВР в асептичних умовах у нижній відділ черевної порожнини через попередньо позначене місце на передній черевній стінці вводили мультиперфорований катетер-дренаж, який через комплект діалізних магістралей під'єднували до контуру: роликосорбент апарата “штучна нирка” для обліку об'єму евакуйованої асцитичної рідини, повітровловлювач, колба з гемосорбентом, діалізатор (F-5, Fresenius), в якому був створений від'ємний тиск за допомогою другого роликосорбенту (рис. 1).

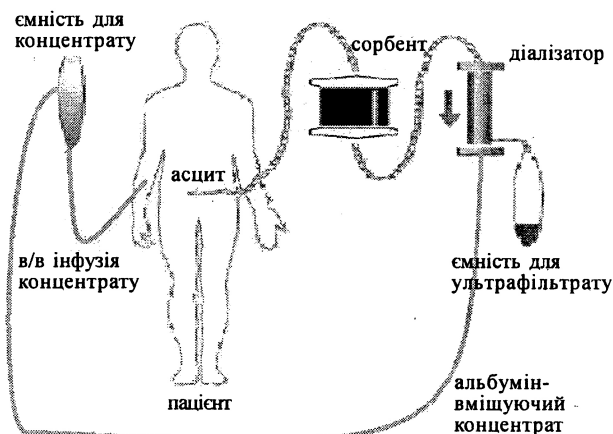


Рис. 1. Схема проведення екстракорпоральної ультрафільтрації асцитичної рідини із її наступною реінфузією.

Асцитичну рідину, після сорбції та видалення надлишку води, збирали у заздалегідь приготовані стерильні флакони. За один сеанс намагались евакуювати максимальну кількість асцитичної рідини, із якої після ультрафільтрації отримували 2–3 л концентрату – фактично розчину власного альбуміну.

Під час проведення ультрафільтрації із сорбцією здійснювали внутрішньовенну краплинну реінфузію очищеної асцитичної рідини у кількості близько 1000 мл із метою підтримання онкотичного тиску, решту рідини заморожували в морозильнику і в подальшому вводили хворим після розморожування упродовж наступних 2–3 днів.

З метою оцінки впливу ЕУАВР на функцію печінки ми провели оцінку динаміки деяких лабораторних показників до та після лікування (табл. 3).

Таблиця 3. Динаміка деяких показників сироватки крові пацієнтів до та після ЕУАВР

Параметр	До початку лікування	Терміни часу лікування (доба)		
		1	3	5
Загальний білірубін (мкмоль/л)	94,38±35,88	89,9±35,60	80,46±33,7	65,38±29,0
Креатинін (мкмоль/л)	99,4±19,6	89,6±18,70	78,3±18,3	67,19±19,4
Сечовина (ммоль/л)	7,4±4,6	5,31±1,50	5,01±1,0	4,9±1,07
Протромбіновий індекс (%)	39,6±3,3	40,2±2,4	39,5±2,7	39,2±2,6
АЛТ (ммоль/год · л)	3,92±1,07	3,11±0,68	2,94±0,85	1,66±0,37
АСТ (ммоль/год · л)	4,4±1,15	4,3±0,55	2,71±1,07	2,08±0,71

У більшості клінічних випадків, коли причиною печінкової недостатності був цироз печінки, використовувалася власна асцитична рідина пацієнта, змішана з альбуміном для заповнення діалізного контуру. Ця технологічна деталь мала велике значення, оскільки тут передбачене використання власного біологічного середовища організму і частково застосовується альбумін самого пацієнта.

У 27 хворих із печінковою енцефалопатією IV ступеня методом вибору в лікуванні був альбуміновий перитонеальний діаліз. АПД – методика лікування гострої і хронічної печінкової недостатності, розроблена в хірургічній клініці Ужгородського національного університету (рис. 2). Ключовим моментом цієї технології є перенос через очереви́ну, як високопроникну діалізну мембрану, токсинів, що мають спорідненість з альбуміном, із крові на акцептор. Акцептором виступає донорський людський альбумін, який циркулює в замкнутому контурі. Водорозчинні низькомолекулярні

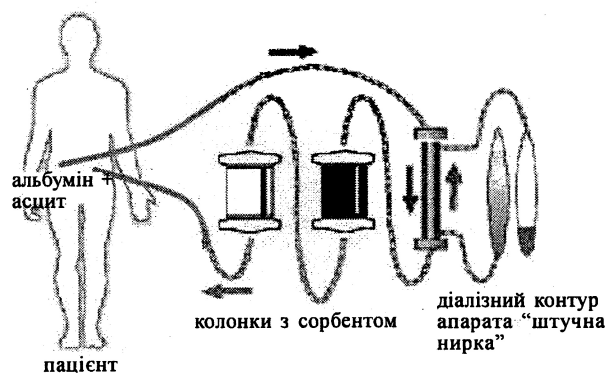


Рис. 2. Схема проведення альбумінового перитонеального діалізу.

речовини виділяються по градієнту концентрації, як при діалізі.

З метою оцінки впливу ЕУАВР на функцію печінки ми провели оцінку динаміки деяких лабораторних показників до та після лікування (табл. 4).

Таблиця 4. Динаміка деяких показників сироватки крові пацієнтів до та після ЕУАВР

Параметр	До початку лікування	Терміни часу лікування (доба)		
		1	3	5
Загальний білірубін (мкмоль/л)	218,25±223,5*	202,13±206,9	156,37±164,3*	133,25±143,1*
Креатинін (мкмоль/л)	214,5±162,13*	202,88±124,3*	169,5±72,8*	133,13±48,15
Сечовина (ммоль/л)	18,38±1,63*	16,63±1,5*	10,38±1,03	8,13±0,9
Протромбіновий індекс (%)	38,9±1,4	37,9±1,4	38,5±1,4	39,2±2,6
АЛТ (ммоль/год · л)	4,25±0,48	4,11±0,17	2,89±0,55	2,31±0,5
АСТ (ммоль/год · л)	6,6±1,52	5,77±1,12	4,74±0,93	3,13±0,54*

Із 20 пацієнтів, у яких застосували лапароцентез із евакуацією асцитичної рідини, померли 8 пацієнтів. Летальність у підгрупі склала 40 %. Із 17 пацієнтів, в яких з метою лікування застосували ЕУАВР, померли 2, летальність у підгрупі склала 11,8 %. У підгрупі, де застосували АПД, померли 7 пацієнтів із 27, що склало 25,9 %.

За критерієм Фішера проаналізовано відмінність показника рецидиву кровотечі в пацієнтів у підгрупі, де ефективною в плані первинної зупинки кровотечі була ЕС, та у підгрупі, де змушені були застосувати зонд Блейкмора – у підгрупі із неефективністю ЕС показник рецидивування кровотечі достовірно ($\phi_{\text{емп}}^* = 4,274$, при $\phi_{0,05}^* = 1,64$) відрізнявся від такого у підгрупі з ефективною ЕС і був вищим у 2,8 раза.

Летальність у підгрупі пацієнтів із ефективною ЕС достовірно ($\phi_{\text{емп}}^* = 1,749$, при $\phi_{0,05}^* = 1,64$) відрізнялась від такої у підгрупі з використанням зонда Блейкмора і була меншою в 1,9 раза.

Летальність у підгрупі пацієнтів, в яких застосували ЕУАВР, достовірно ($\phi_{\text{емп}}^* = 2,025$, при

$\phi_{0,05}^* = 1,64$) відрізнялась від такої у підгрупі з використанням звичайного лапароцентезу і була меншою у 3,4 раза.

Летальність у підгрупі пацієнтів, до яких застосували ЕУАВР, була у 2,2 раза вищою, ніж у підгрупі з АПД, але ця відмінність не була достовірною. Також недостовірно відрізнялась летальність у підгрупі з АПД та у підгрупі з простим лапароцентезом, у підгрупі з АПД вона була у 1,5 раза нижчою.

Аналізуючи отримані результати, слід зауважити, що застосування методу ЕУАВР здійснює позитивний вплив не тільки на внутрішньочеревний тиск, як очікувалось, а й на інші, нами не встановлені, чинники декомпенсації печінкової функції, достовірно зменшуючи летальність у такого важкого контингенту хворих.

Враховуючи те, що АПД застосували в пацієнтів із найглибшою енцефалопатією, тобто таких, які клінічно були значно тяжчими порівняно з іншими підгрупами, то відсутність достовірних відмінностей у показниках летальності свідчить про надзвичайний позитивний ефект – показники летальності у

пацієнтів із ПЕ IV застосуванням цього методу вдалось наблизити до таких із ПЕ II (в них застосували лапароцентез).

Висновки. 1. Прогностичними факторами летального висліду кровотечі з ВРВ стравоходу в пацієнтів із декомпенованим цирозом печінки є: не-ефективність ендоскопічної склеротерапії як засобу первинного гемостазу та рецидив кровотечі у перші 5 діб.

2. Застосування етапного лікування з використанням екстракорпоральних методів дозволяє значно покращити результати лікування, зменшити летальність.

Перспективи подальших досліджень. Потребує подальшого вивчення вплив ЕУАВР та АПД на механізми розвитку печінкової енцефалопатії з можливою розробкою нових екстракорпоральних методів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Декомпенований цироз печінки / [Русин В. І., Сипливий В. О., Русин А. В. та ін.]. – Ужгород : “БЕТА – Закарпаття”, 2006. – 232 с.
2. Портальная гипертензия и её осложнения / [Бойко В. В., Никишаев В. И., Русин В. И. и др.]; под общ. ред. В. В. Бойка. – Харьков : ФОП Мартиняк, 2008. – 335 с.
3. Сучасні діагностичні та лікувальні підходи до печінкової недостатності / [Русин В. І., Авдєєв В. В., Румянцев К. Є. та ін.]. – Ужгород : Карпати, 2011. – 360 с.
4. Звягинцева Т. Д. Хронические диффузные заболевания печени: патогенетические подходы к лечению / Т. Д. Звягинцева, С. В. Глушенко // Здоров'я України. – 2010. – № 1. – С. 46–47.
5. De Franchis R. Revising consensus in portal hypertension: Report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension / R. de Franchis // J. Hepatol. – 2010. – Vol. 6. – P. 1010–1016.
6. Sanyal A. J. Portal hypertension and its complications / A. J. Sanyal, J. Bosch, A. Blei, V. Arroyo // Gastroenterology. – 2008. – Vol. 134, № 6. – P. 1715–1728.

Отримано 10.06.11

© Є. С. СІРЧАК, В. І. РУСИН, А. П. ШЕРЕМЕТ

Ужгородський національний університет

Безпосередня оцінка якості життя на фоні комплексного лікування у хворих на цироз печінки

YE. S. SIRCHAK, V. I. RUSYN, A. P. SHEREMET

Uzhhorod National University

DIRECT ESTIMATION OF LIFE QUALITY ON THE BACKGROUND OF COMPLEX TREATMENT IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

Проведено визначення якості життя у 192 хворих на цироз печінки за допомогою опитувальника SF-36. Виявили значні порушення у фізичному та психічному компонентах здоров'я хворих на цироз печінки та їх безпосередню позитивну динаміку при комплексній терапії із застосуванням препарату "Гепадиф".

Determination of life quality in 192 patients with liver cirrhosis by a questionnaire SF-36 was conducted. There were found out the considerable violations in the physical and mental components of health in patients with liver cirrhosis and their direct positive dynamics at complex therapy with application of Hepadif.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Захворювання печінки є серйозною медико-соціальною проблемою, оскільки 60 % хворих із даною патологією складають особи працездатного віку. Цироз печінки (ЦП) займає четверте місце серед основних причин смертності у хворих, старших 40 років. Це зумовлено збільшенням частоти виникнення ускладнень, декомпенсованих форм даного захворювання. У пацієнтів, яким вперше встановлено діагноз ЦП, ускладнені форми складають більше 60 % [2]. Тривалий прогресуючий перебіг хронічних захворювань печінки, зокрема пов'язаний із декомпенсацією даної патології, неминуче приводить до зниження якості життя (ЯЖ) даної категорії пацієнтів.

Вперше термін "якість життя" використовується в "Annals of Internal Medicine" за 1966 рік, де J. R. Elkkinton опублікував статтю під назвою "Медицина і якість життя", присвячену проблемам трансплантаційної медицини. J. R. Elkkinton дає визначення ЯЖ як гармонії усередині людини та між людиною і навколишнім середовищем, до якої прагнуть пацієнти, лікар і все суспільство [5].

ВООЗ дає дещо інше визначення: "ЯЖ – це індивідуальне співвідношення цілей людини в суспільстві, її планів і можливостей зі становищем індивіда в житті суспільства в контексті культури і систем цінності цього суспільства". Дане визначен-

ня має більш урбанізований і соціальний характер поняття якості життя. Дослідницька група ВООЗ запропонувала розглядати питання ефективності та якості медичної допомоги з урахуванням трьох основних критеріїв: адекватності, економічності, науково-технічного рівня. При цьому під адекватністю медичної допомоги розуміють необхідність досягнення прийнятної для хворої ЯЖ [6].

Саме тому критерій ЯЖ використовують для визначення ефективності лікування в медичних програмах, для визначення переваг методу лікування при рівноцінних ефектах як медикаментозних терапевтичних дій, так і хірургічної допомоги. Поліпшення ЯЖ після проведеної терапії служить оптимальним критерієм у виборі саме такої лікувальної тактики. ЯЖ може служити показником, на основі якого можлива розробка програм, моніторинг стану здоров'я пацієнта після проведеного лікування в ранні і віддалені терміни [6].

Принципово важливою відмінністю визначення ЯЖ від клінічних та інструментальних методів, які традиційно застосовуються в медицині, є те, що оцінка стану хворого базується на його суб'єктивному сприйнятті, яке не завжди збігається з думкою лікаря і оточення. Ця особливість оцінки ЯЖ дозволяє апелювати до особи хворого. Оцінка ЯЖ самим хворим – важливий і надійний показник його загального стану. Вивчення ЯЖ надає лікарю уні-

кальну можливість подивитися очима пацієнта на його захворювання і зміни, що відбуваються в процесі медичних і психосоціальних дій. Ці дані разом із традиційним медичним висновком дозволяють скласти цілісну й об'єктивну картину стану хворого. Оскільки показники ЯЖ можуть змінюватися в часі залежно від стану, зумовленого дією багатьох ендогенних та екзогенних чинників, потрібен його постійний моніторинг і при необхідності коректування лікувальних і реабілітаційних дій [3].

У медичній практиці широко використовується *опитувальник MOS 36-Item Short-Form Health Survey (MOS SF-36)*, розроблений J. E. Ware у 1992 р. Його методика призначена для вивчення всіх компонентів ЯЖ. Для створення цього опитувальника дослідниками MOS із 40 концепцій здоров'я були відібрані тільки 8, оскільки їх вивчення показало, що вони найчастіше використовуються на практиці в популяційних дослідженнях і найчастіше змінюються під впливом захворювання і лікування. Аналіз цих 8 концепцій показав, що саме вони є складовими характеристиками здоров'я, які включають функцію і дисфункцію, стрес і благополуччя, об'єктивні й суб'єктивні оцінки, позитивні і негативні самооцінки загального стану здоров'я. Російськими дослідниками Міжнародного центру дослідження ЯЖ в 1998 р. була створена російськомовна версія опитувальника SF-36, яка володіє надійними психометричними властивостями, є загальним опитувальником здоров'я і може бути використана для оцінки ЯЖ здорових і хворих на різні соматичні захворювання [3].

Мета роботи: оцінити безпосередні результати впливу комплексної терапії на якість життя хворих на цироз печінки.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням перебували 192 хворих на ЦП, які лікувалися у хірургічній клініці, відділенні анестезіології та інтенсивної терапії і гастроентерології ЗОКЛ ім. Андрія Новака м. Ужгорода.

Серед обстежених хворих на ЦП чоловіків було 108 (56 %), вік – $(50,1 \pm 7,2)$ року, жінок – 84 (44 %), вік – $(48,2 \pm 4,4)$ року. Контрольну групу склали 20 фактично здорових осіб у віці від 19 до 56 років, середній вік яких складав $(38,2 \pm 1,8)$ року. Серед них чоловіків було 11 (55 %), жінок – 9 (45 %).

Діагноз ЦП встановлювали з урахуванням скарг, анамнестичних, лабораторних (біохімічний аналіз крові, визначення маркерів вірусів гепатиту В і С) та інструментальних методів дослідження (УЗД органів черевної порожнини, ФЕГДС верхніх відділів шлунково-кишкового тракту).

Хворі на ЦП, крім дієтичного харчування (стіл № 5 за М. І. Певзнером), отримували базисне ліку-

вання із застосуванням гепатопротекторів, дезінтоксикаційної та вітамінотерапії, сечогінних засобів, β -адреноблокаторів та лактулози. Як гепатопротектор хворим на ЦП призначили комбінований препарат "Гепадиф", по 1 флакону, розчиненому в 200 мл 5 % розчину глюкози внутрішньовенно краплинно протягом 7 діб, із подальшим переходом на пероральне приймання препарату по 2 капсули 3 рази на добу протягом 3-х тижнів.

Серед всіх хворих на ЦП (у перші два дні після прийняття в стаціонар) і добровольців із групи контролю проводилася загальна оцінка ЯЖ, пов'язаної із здоров'ям за російськомовною версією опитувальника SF-36, пункти якої згруповані у 8 шкал: 1 – фізичне функціонування (Physical Functioning – PF) відображає ступінь при якому стан здоров'я дозволяє виконувати фізичні навантаження; 2 – рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning – RP), показує вплив фізичного стану на виконання повсякденних (рольових) обов'язків; 3 – шкала інтенсивності болю (Bodily Pain – BP) відображає вплив болю на повсякденну активність пацієнта; 4 – загальний стан здоров'я (General Health – GH) виражає уявлення хворого про власне здоров'я в даний момент; 5 – життєва активність (Vitality – VT) має на увазі суб'єктивне відчуття пацієнтом себе повним сил і енергії або, навпаки, знеситим; 6 – соціальне функціонування (Social Functioning – SF) визначається ступенем, при якому фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування); 7 – рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (Role-Emotional – RE), припускає оцінку ступеня, при якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності; 8 – психічне здоров'я (Mental Health – MH) характеризує настрій, наявність депресії, тривоги, загальний рівень позитивних емоцій. Показники кожної шкали оцінювалися в балах від 0 до 100: вища оцінка вказувала на вищий рівень ЯЖ. Всі вищеперераховані шкали формували 2 показники: фізичний (1–4 шкали) і психічний (5–8 шкали) компоненти здоров'я [3].

Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням параметричних (вибіркове середнє, середньоквадратичне відхилення) методів описової статистики, розрахованих за допомогою програми StatSoft Statistica v.6.0.

Повторне визначення ЯЖ проводили при виписуванні хворих зі стаціонару (в середньому 20–24 дні лікування), оцінюючи безпосередню динаміку та ефективність проведеної комплексної терапії у хворих на ЦП.

Результати досліджень та їх обговорення. Після проведення клініко-лабораторних обстежень

хворих на ЦП поділили за класами тяжкості за Child-Pugh, враховуючи рівень білірубину, альбуміну, протромбінового індексу та наявність або відсутність асцитів і печінкової енцефалопатії [1, 4]. До класу А увійшли 63 (33 %) хворих (стадія компенсації), до класу В – 70 (36 %) пацієнтів (стадія субкомпенсації), до класу С – 59 (31 %) хворих (стадія декомпенсації).

При дослідженні були одержані дані про достовірне зниження ЯЖ у хворих на ЦП порівняно із здоровими людьми за всіма шкалами опитувальника SF-36. Виявили достовірно низькі середні показники фізичного функціонування (PF) – $(72 \pm 4,6)$ бала у групі хворих на ЦП порівняно з контрольною групою – $87 \pm 3,2$ ($p < 0,05$), рольового фізичного функціонування (RP) – $(44 \pm 5,2)$ бала порівняно з контрольною групою – $85 \pm 1,7$ ($p < 0,01$), шкали інтенсивності болю (BP) – $(42 \pm 3,4)$ бала порівняно з контрольною групою – $89 \pm 2,4$ ($p < 0,01$), загального стану здоров'я

(GH) – $(41 \pm 2,2)$ бала порівняно з контрольною групою – $84 \pm 3,1$ ($p < 0,01$), життєвої активності (VT) – $(44 \pm 2,6)$ бала порівняно з контрольною групою – $77 \pm 1,4$ ($p < 0,01$), соціального функціонування (SF) – $(52 \pm 1,8)$ бала порівняно з контрольною групою – $76 \pm 1,5$ ($p < 0,05$), рольового емоційного функціонування (RE) – $(33 \pm 3,2)$ бала порівняно з контрольною групою – $67 \pm 2,8$ ($p < 0,01$), психічного здоров'я (MH) – $(44 \pm 3,4)$ бала порівняно з контрольною групою – $72 \pm 3,2$ ($p < 0,01$) (табл. 1).

Інтегровані показники фізичного і психічного компонентів здоров'я у хворих на ЦП порівняно з показниками контрольної групи також були достовірно нижчими. Отже, середні значення інтегрованого показника фізичного компонента здоров'я (PH) у хворих на ЦП становили $(51 \pm 5,2)$ бала порівняно з $(87 \pm 2,1)$ бала у контрольній групі ($p < 0,05$), а психічного компонента здоров'я (MH1) – $(45 \pm 3,6)$ бала порівняно з $(74 \pm 1,8)$ бала у контрольній групі ($p < 0,01$) (табл. 1).

Таблиця 1. Показники ЯЖ у хворих на ЦП та контрольній групі до лікування

Показники	Контрольна група (n=20)	Хворі на ЦП (n=192)
PF	$87 \pm 3,2$	$72 \pm 4,6^*$
RP	$85 \pm 1,7$	$44 \pm 5,2^{**}$
BP	$89 \pm 2,4$	$42 \pm 3,4^{**}$
GH	$84 \pm 3,1$	$41 \pm 2,2^{**}$
VT	$77 \pm 1,4$	$44 \pm 2,6^{**}$
SF	$76 \pm 1,5$	$52 \pm 1,8^*$
RE	$67 \pm 2,8$	$33 \pm 3,2^{**}$
MH	$72 \pm 3,2$	$44 \pm 3,4^{**}$
PH	$87 \pm 2,1$	$51 \pm 5,2^*$
MH1	$74 \pm 1,8$	$45 \pm 3,6^{**}$

Примітка. Між показниками у хворих на ЦП та контрольної групи виявлена достовірна різниця: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$.

Також були встановлені відмінності у ЯЖ серед хворих на ЦП залежно від тяжкості захворювання за класами Child-Pugh. Отже, були відмічені достовірні відмінності в показниках шкали рольового фізичного функціонування (RP) хворих на ЦП класів А, В та С ($p < 0,05$), а також для узагальненого показника фізичного компонента здоров'я (PH) між цими ж категоріями хворих ($p < 0,05$). Крім того, спостерігали достовірну різницю в показниках шкали інтенсивності болю (BP) серед пацієнтів за класами Child-Pugh ($p < 0,05$), шкали життєвої активності (VT) серед хворих класів В і С за Child-Pugh ($p < 0,05$), соціального функціонування (SF) серед хворих класу С за Child-Pugh ($p < 0,05$), а також узагальненого показника психічного компонента здоров'я серед хворих класів В і С за Child-Pugh ($p < 0,05$) (табл. 2).

Після проведеного комплексного курсу лікування із застосуванням гепатопротектора "Гепадиф" за

даними анкетування встановили позитивну динаміку ЯЖ у хворих на ЦП. Про це свідчать збільшення інтегрованих показників фізичного і психічного компонентів здоров'я. Середні значення інтегрованого показника фізичного компонента здоров'я (PH) у хворих на ЦП класу А за Child-Pugh збільшились до $(64 \pm 2,0)$ з $(56 \pm 2,0)$ бала; класу В – до $(56 \pm 3,6)$ з $(51 \pm 5,2)$ бала; класу С – до $(48 \pm 3,6)$ з $(45 \pm 2,7)$ бала. Відповідна позитивна динаміка в показниках спостерігалась і при визначенні психічного компонента здоров'я (MH1): у хворих на ЦП класу А за Child-Pugh бали збільшились до $(57 \pm 1,8)$ з $(49 \pm 3,2)$ бала; класу В – до $(49 \pm 5,0)$ з $(46 \pm 2,6)$ бала; класу С – до $(44 \pm 1,7)$ з $(41 \pm 1,4)$ бала (табл. 2).

Таким чином, у хворих на ЦП спостерігаються достовірно нижчі показники ЯЖ порівняно із здоровими людьми. Отримані результати свідчать про те, що фізичний та емоційний стан у хворих на

Таблиця 2. Динаміка показників якості життя у хворих на цироз печінки до та після лікування залежно від тяжкості захворювання за Child-Pugh

Показники	Хворі на ЦП до лікування			Хворі на ЦП після лікування		
	клас А	клас В	клас С	клас А	клас В	клас С
PF	77±3,2	73±5,2	68±3,6	80±2,4	76±3,6*	69±2,5
RP	52±4,3	43±4,4^	40±2,5^	59±1,6*	49±2,2*	42±1,9
BP	51±2,6	44±4,4	38±4,4	61±1,8*	47±2,4*	41±1,9*
GH	51±1,8	46±3,0^	39±4,4^	60±2,0*	48±2,0	40±6,4
VT	55±3,5	47±1,6^	39±5,6^	62±3,6*	49±1,8	41±4,8
SF	58±2,6	54±2,5	47±3,1^	68±5,1*	57±2,0*	47±3,3
RE	39±3,6	34±4,8	28±3,3	44±4,2	38±3,3	29±5,5
MN	50±2,0	46±5,2	40±4,0	59±2,2*	48±4,4	41±4,8
PH	56±2,0	51±5,2^	45±2,7^	64±2,0*	56±3,6*	48±3,6*
MN1	49±3,2	46±2,6^	41±1,4^	57±1,8*	49±5,0	44±1,7

Примітка. Виявлена статистично достовірна різниця між показниками у хворих на ЦП між класами А, В та С до лікування: ^ – $p < 0,05$; виявлена статистично достовірна різниця після лікування у хворих на ЦП відповідного класу за Child-Pugh до лікування: * – $p < 0,05$.

ЦП, а також інтенсивність болю значно обмежують фізичні навантаження, об'єм виконання повсякденної роботи і соціально значущої активності даної категорії пацієнтів. Крім того, пацієнти на ЦП схильні відчувати себе хворобливими, знесиленими, схильними до депресії, тривоги і переживання інших негативних емоцій достовірно більшою мірою, ніж здорові люди, а також негативно оцінювати перспективи власного лікування, що найімовірніше пов'язано із субклінічними, прихованими симптомами печінкової енцефалопатії, а

це має місце майже у кожного хворого на цироз печінки.

Висновки. Комбінована терапія із використанням гепатопротектора “Гепадиф” у хворих на цироз печінки має безпосередній позитивний вплив на якість життя, що проявляється збільшенням інтегрованих показників фізичного і психічного компонентів здоров'я на фоні нормалізації клініко-лабораторних ознак цитолітичного, холестатичного синдромів та проявів печінкової енцефалопатії.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Декомпенсований цироз печінки / [Русин В. І., Сипливий В. О., Русин А. В. та ін.]. – Ужгород, 2006. – 229 с.
2. Звягинцева Т. Д. Хронические диффузные заболевания печени: патогенетические подходы к лечению / Т. Д. Звягинцева, С. В. Глушенко. – Здоров'я України. – 2010. – № 1. – С. 46–47.
3. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – СПб.: Издательский Дом “Нева”; М.: “ОЛМА-ПРЕССА” Звездный мир, 2002. – 320 с.
4. Сучасні діагностичні та лікувальні підходи до печінкової недостатності / [Русин В. І., Авдєєв В. В., Румянцев К. Є. та ін.]. – Ужгород, 2011. – 376 с.
5. Elkkinton J. R. Medicine and the quality of life / J. R. Elkkinton // Annals of Internal Medicine. – 1966. – Vol. 64. – P. 711–714.
6. Scott D. L. Quality of life measures: use and abuse / D. L. Scott, T. Garrood // Pract. Res. Clin. Rheumatol. – 2000. – Vol. 14, № 4. – P. 663–687.

Отримано 03.06.11