

фактор распространения инфекции, однако его роль значительно снижается в последнее время.

4. Результаты исследования убедительно показали необходимость проведения вакцинации детей в возрасте до 1 года против РВИ.

Литература

1. Жираковская Е.В. Ротавирусная инфекция у детей раннего возраста в Новосибирске. Генотипирование циркулирующих изолятов / Е.В. Жираковская, Н.А. Никифорова, Т.Г. Корсакова // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2007. – №3. – С. 32-36.
2. Zhirakovskaya E.V. Rotavirus infection in young infants in Novosibirsk. Genotyping of circulating isolates / E.V. Zhirakovskaya, N.A. Nikiforova, T.G. Korsakova // Epidemiologiya i infektsionnye bolezni. – 2007. – №3. – P. 32-36.
3. Онищенко Г.Г. Эпидемиологическое благополучие населения России / Г.Г. Онищенко // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 2013. – №1. – С. 42-51.
4. Onishchenko G.G. Epidemiological wellbeing of the population in Russia / G.G. Onishchenko // Zhurnal mikrobiologii, epidemiologii i immunobiologii. – 2013. – №1. – P. 42-51.
5. Основные направления оптимизации эпидемиологического надзора и профилактики ротавирусной инфекции / Л.В. Лялина, М.А. Данилова, А.Н. Афанасьева [и др.] // Материалы V Ежегодного Всероссийского конгресса по инфекционным болезням. – М., 2013. – С. 241.
6. Main directions of improving the epidemiological surveillance and prevention of rotavirus infection / L.V. Lyalina, M.A. Danilova, A.N. Afanasieva [et al.] // Proceedings of the V Annual All-Russian Congress on Infectious Diseases. – M., 2013. – P. 241.
7. Особенности ротавирусной инфекции в Российской Федерации в 2000 – 2010 годах / Е.А. Черепанова, О.П. Черныавская, Н.С. Морозова [и др.] // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. – 2012. – № 2 (63). – С. 38–41.
8. Peculiarities of rotavirus infection in the Russian Federation in 2000-2010 / E.A. Cherepanova, O.P. Chernyavskaya, N.S. Morozova [et al.] // Epidemiologiya i vaksino profilaktika. – 2012. – № 2 (63). – P. 38–41.
9. Подколзин А.Т. Отчет РЦКИ: Данные о циркуляции ротавирусов группы А в Российской Федерации в зимний сезон 2011 – 2012 гг. / А.Т. Подколзин, Д.Н. Петухов, О.А. Веселова // Публикация Референт-центра по мониторингу возбудителей кишечных инфекций. – 2012. – 5 с. – режим доступа: <http://www.epid-oki.ru>.
10. Podkolzin A.T. Report of the Russian Center for Enteric Infections: Data on circulation of Group A rotaviruses in the Russian Federation in winter 2011-2012 / A.T. Podkolzin, D.N. Petukhov, O.A. Veselova // Publication of the Reference Center for Monitoring Enteric Infections Agents. – 2012. – 5 p. – access mode: <http://www.epid-oki.ru>.
11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.03.2014 г. № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».
12. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of 21 March 2014 No. 125n "On approving the national schedule of preventive vaccinations and the schedule of preventive vaccinations by epidemic indicators".
13. G[P] – типы ротавируса группы А человека и их распространение в Нижнем Новгороде и Дзержинске в 1997 – 2005 гг. / Н.А. Новикова, О.Ф. Федорова, Н.В. Епифанова [и др.] // Вопросы вирусологии. – 2007. – Т. 52, №3. – С. 19-23.
14. G [P]-type human rotaviruses of Group A and their circulation in Nizhny Novgorod and Dzerzhinsk in 1997-2005 / N.A. Novikova, O.F. Fyodorova, N.F. Epifanov [et al.] // Voprosy virusologii. – 2007. – Vol. 52, №3. – P. 19-23.
15. Genome sequence of an unusual human G10P[8] rotavirus detected in Vietnam / Y. Matsushima, E. Nakajima, T.A. Nguyen [et al.] // Journal of Virology. – 2012. – V.86, № 18. – P. 10236–10237.
16. Giaquinto C. Age distribution of paediatric rotavirus gastroenteritis cases in Europe: the REVEAL study / C. Giaquinto, P. van Damme // Scandinavian Journal of Infectious Diseases. – 2010. – V. 42, № 2. – P. 142-147.
17. Rotavirus and severe childhood diarrhea / U.D. Parashar, C.J. Gibson, J.S. Bresee [et al.] // Emerging Infectious Diseases journal. – 2006. – Vol. 12, № 2. – P. 304-306.
18. Rotavirus in Asia: the value of surveillance for informing decisions about the introduction of new vaccines / J.S. Bresee, E. Hummelman, E.A.S. Nelson [et al.] // Journal of Infectious Diseases. – 2005. – V. 192 (Suppl. 1). – P. 1-5.
19. The Battle between Rotavirus and Its Host for Control of the Interferon Signaling Pathway / M.M. Arnold, A. Sen, H.B. Greenberg [et al.] // PLOS Pathogens. – 2013. – V.9. – Issue 1. – e1003064.
20. The expanding diversity of rotaviruses / N.A. Cunliffe, J.S. Bresee, J.R. Gentsch [et al.] // Lancet. – 2002. – V. 359 (9307). – P. 640-642.
21. Unexpectedly high burden of rotavirus gastroenteritis in very young infants / F. Clark, A.E. Marcello, D. Lawley [et al.] // BMC Pediatrics. – 2010. – V. 10. – P. 40.

О.С. Иванова, С.С. Максимова, А.А. Донская, С.И. Семенов ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

УДК 616.36 – 002:612.003.004.12

С помощью опросника ВОЗЖ-100 было изучено качество жизни больных хроническим вирусным гепатитом и циррозом печени. Установлено, что хронический вирусный гепатит наиболее сильно снижает качество жизни по духовной сфере, тогда как у больных циррозом печени были низкие показатели качества жизни по всем сферам (физической, психической, социальной и духовной).

Ключевые слова: качество жизни, ВОЗЖ-100, хронический вирусный гепатит, цирроз печени.

The WHO-100 questionnaire helps on researching the quality of life of the hepatitis and cirrhosis patients. It is stated that chronic hepatitis viruses reduce the quality of life in to spiritual sphere, but the quality of life of cirrhosis patients was lower in all spheres (physical, mental, social and spiritual).

Keywords: quality of life, the WHOQoL-100 questionnaire, chronic hepatitis viruses, cirrhosis.

Введение. Качество жизни – это оценочная категория жизни человека,

Медицинский институт СФУ им. М.К. Аммосова: **ИВАНОВА Ольга Сергеевна** – врач-интерн ФПОВ, elegantikgirl@gmail.com, **ДОНСКАЯ Ара Андреевна** – д.м.н., зав. курсом ФПОВ, aradon@yandex.ru; НИИ здоровья СВФУ им. М.К. Аммосова: **МАКСИМОВА Светлана Семеновна** – с.н.с., svetlana.maksimo@mail.ru, **СЕМЕНОВ Сергей Иннокентьевич** – д.м.н., в.н.с., insemenov@yandex.ru.

обобщённо характеризующая параметры всех составляющих его жизни – жизненного потенциала, жизнедеятельности и условий жизнедеятельности (инструментов, ресурсов и среды) – по отношению к некоторому объективному или субъективному эталону [3]. Индекс качества жизни учитывает следующие показатели: состояние здравоохранения и образования, продолжительность жизни, занятость населения, его покупательную способность и доступ к политической жизни

[2]. В 2004 г. Президент России впервые определил качество жизни как целевой критерий социально-экономического развития России [1]. В последующие годы в выступлениях первых лиц государства неоднократно подчёркивалась важность ориентации социально-экономической политики на повышение качества жизни населения. Качество жизни определяется прежде всего возможностями человека (или социума) осуществлять жизненные процессы – жизненным потенциалом.

Вторым фактором являются процессуально-результативные характеристики жизнедеятельности по отношению к имеющимся у людей потребностям, интересам, ценностям и целям. Третьим фактором качества жизни выступают внешние возможности, т.е. свойства окружающей среды, объектов и субъектов. Они должны быть такими, чтобы жизненные функции первой направленности могли осуществляться безусловно, а функции второй – имели бы значимую вероятность достижения целей для людей, которые хотят это сделать и готовы приложить для этого необходимые усилия [4].

Цель исследования: оценить качество жизни (КЖ) у больных с хроническим вирусным гепатитом (ХВГ) и циррозом печени (ЦП).

Материал и методы. Методом исследования был выбран опросник ВОЗКЖ-100 – многомерный инструмент, позволяющий получить как оценку качества жизни респондента в целом, так и частные оценки по отдельным сферам и субсферам его жизни. С помощью опросника ВОЗКЖ-100 было анкетировано 15 больных, страдающих ХВГ и ЦП. Диагноз ХВГ был подтвержден обнаружением HBsAg, a-HBcor IgG, a-HDV, a-HCV, а также методом полимеразной цепной реакции. Длительность заболевания с момента установления диагноза составила от 6 месяцев до 6 лет. Диагноз цирроза печени был подтвержден методом ЭГДС и УЗИ ОБП. Для сравнения средних баллов между группами применялся непараметрический тест Манна-Уитни в пакете Biostat. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования выявлено, что КЖ больных ЦП было ниже как по всем показателям сфер опросника ВОЗКЖ-100, так и при подсчете итоговой суммарной оценки по сравнению с больными ВГ. Субъективная оценка больными циррозом печени своего состояния здоровья и КЖ была на 4,2 балла ниже, чем у больных ВГ ($p < 0,05$).

Как видно на рис.1,

снижение показателей КЖ у больных ЦП было зарегистрировано на уровне физического благополучия, в которое входят: физическая боль и дискомфорт; жизненная активность, энергия и усталость; сон и отдых ($p < 0,05$). Снижение показателей КЖ в данной сфере обусловлено тяжестью течения и наличием осложнений, которые значительно ухудшают физическое состояние больного.

Выраженное снижение показателей КЖ было зарегистрировано на уровне физиологического благополучия больных ЦП, включающем в себя: положительные эмоции; мышление; обучаемость; память; концентрацию; самооценку; оценку внешности; отрицательные эмоции (рис.2). Такое снижение обусловлено тяжелой интоксикацией организма, которая возникает в результате недостаточной очистки крови. Тем самым у больного снижается жизненный потенциал.

Снижение показателей КЖ наблюдалось и на уровне независимости больных ЦП, включающей в себя степень подвижности; способность выполнять повседневные дела; зависимость от лекарств, а также способность к работе (рис.3).

Также немалые различия наблюдались в показателях сферы социальных взаимоотношений респондентов, включающих внутреннюю оценку личных отношений и практической социальной поддержки, а также сексуальной активности (рис.4). Установление диагноза ЦП, информирование пациента и его родственников о тяжести и возможных исходах заболевания негативным образом сказываются на характере личных взаимоотношений, приводя в ряде случаев к эмоциональному отчуждению пациентов, отсутствию понимания и поддержки со стороны близких и даже иногда – к разрыву отношений.

Показатели духовной сферы (отношение к религии и личные убеждения) КЖ больных ЦП были на 1,4 балла выше, чем у больных ВГ (рис.5). На наш взгляд, чем выше степень тяжести болезни у больных, тем чаще они обращаются к религии.

Итоговая суммарная оценка КЖ больных ЦП была на 17,0 балла ниже, чем у больных ВГ ($p < 0,05$).

Нами также были вычислены среднегрупповые оценки КЖ у больных ЦП и ВГ. Особенно низкие групповые оценки КЖ (оценка по шкале «плохо»)

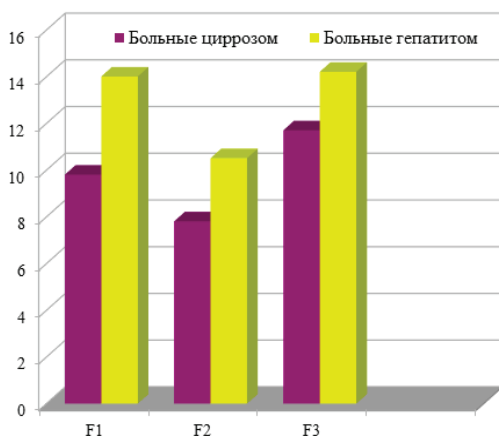


Рис. 1. Сравнительная гистограмма субсфер F1-F3 КЖ больных гепатитом и циррозом печени

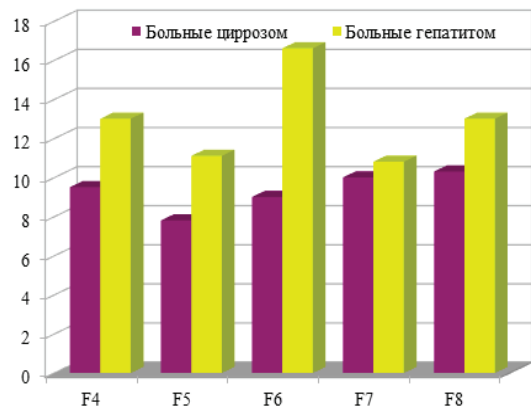


Рис. 2. Сравнительная гистограмма субсфер F4-F8 КЖ больных гепатитом и циррозом печени

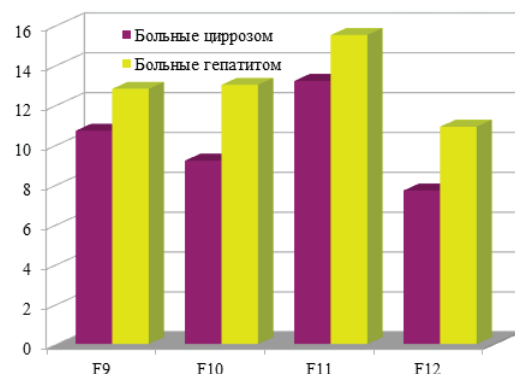


Рис. 3. Сравнительная гистограмма субсфер F9-F12 КЖ больных гепатитом и циррозом печени

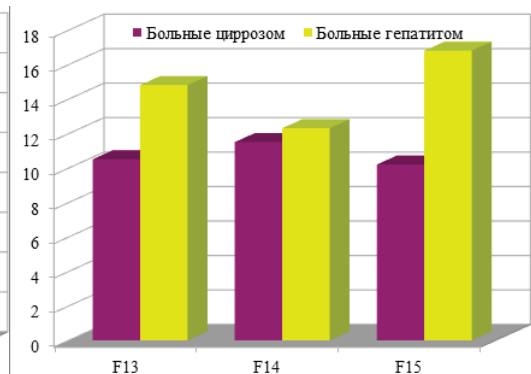


Рис. 4. Сравнительная гистограмма субсфер F13-F15 КЖ больных гепатитом и циррозом печени



Рис. 5. Сравнительная гистограмма субсферы F24 КЖ больных гепатитом и циррозом печени

у больных ВГ были по следующим субсферам: жизненная активность, энергия, усталость, оценка внешности, зависимость от лекарств, способность к работе, духовность, религия, личные убеждения (табл.1).

У больных ЦП самая низкая групповая оценка КЖ (оценка по шкале «очень плохо») была в сфере зависимости от лекарств. Оценки по шкале «плохо» были по следующим субсферам: физическая боль и дис-

комфорт, жизненная активность, энергия, усталость, положительные эмоции, мышление, обучаемость, память и концентрация, самооценка, оценка внешности, способность выполнять повседневные дела, способность к работе, личные отношения, сексуальная активность, физическая безопасность и защищенность, окружающая среда (дома), медицинская и социальная помощь, возможности для приобретения новой информации, транспорт, духовность, религия, личные убеждения (табл.2).

Таблица 1

Распределение среднегрупповых оценок КЖ больных вирусным гепатитом

Субсферы ВОЗКЖ-100	Средние групповые оценки	Оценка по шкале
Физическая боль и дискомфорт	14,0	Хорошо
Жизненная активность, энергия, усталость	10,5	Плохо
Сон и отдых	14,2	Хорошо
Положительные эмоции	13	Средне
Мышление, обучаемость, память и концентрация	11,1	Средне
Самооценка	16,6	Хорошо
Внешность	10,8	Плохо
Отрицательные эмоции	11	Средне
Подвижность	12,8	Средне
Способность выполнять повседневные дела	13	Средне
Зависимость от лекарств	8,5	Плохо
Способность к работе	10,9	Плохо
Личные отношения	14,8	Хорошо
Практическая социальная поддержка	12,3	Средне
Сексуальная активность	16,8	Хорошо
Физическая безопасность и защищенность	11	Средне
Окружающая среда (дома)	12,2	Средне
Финансовые ресурсы	11,5	Средне
Медицинская и социальная помощь	13,8	Средне
Возможности для приобретения новой информации	13,4	Средне
Возможности для отдыха и развлечений	12,4	Средне
Окружающая среда (вокруг)	13,8	Средне
Транспорт	13	Средне
Духовность, религия, личные убеждения	9,3	Плохо

Таблица 2

Распределение среднегрупповых оценок КЖ больных циррозом печени по субсферам

Субсферы ВОЗКЖ-100	Средние групповые оценки	Оценка по шкале
Физическая боль и дискомфорт	9,8	Плохо
Жизненная активность, энергия, усталость	7,8	Плохо
Сон и отдых	11,7	Средне
Положительные эмоции	9,5	Плохо
Мышление, обучаемость, память и концентрация	7,8	Плохо
Самооценка	9	Плохо
Внешность	10	Плохо
Отрицательные эмоции	10,7	Средне
Подвижность	10,7	Средне
Способность выполнять повседневные дела	9,2	Плохо
Зависимость от лекарств	5,8	Очень плохо
Способность к работе	7,7	Плохо
Личные отношения	10,5	Плохо
Практическая социальная поддержка	11,5	Средне
Сексуальная активность	10,2	Плохо
Физическая безопасность и защищенность	9,7	Плохо
Окружающая среда (дома)	8	Плохо
Финансовые ресурсы	12,2	Средне
Медицинская и социальная помощь	9	Плохо
Возможности для приобретения новой информации	9,5	Плохо
Возможности для отдыха и развлечений	11	Средне
Окружающая среда (вокруг)	13	Средне
Транспорт	10,7	Плохо
Духовность, религия, личные убеждения	10,7	Плохо

Заключение. Хронический вирусный гепатит и цирроз печени значительно снижают качество жизни больных не только в плане физического и физиологического благополучия, но и в сферах социального взаимоотношения, отношения к окружающей среде и уровне независимости. Следовательно, реабилитационные мероприятия должны быть не только медицинской, но также психологической и социокультурной направленности. Опросник ВОЗКЖ-100 можно применять как дополнительный инструмент для оценки тяжести болезни, а также эффективности проведенных лечебных и реабилитационных мероприятий.

Работа проведена в рамках базовой части государственного задания Минобрнауки РФ №3095.

Литература

1. Выступление Президента РФ на встрече с членами Правительства, руководством Федерального собрания и членами президиума Госсовета 05.09.05. [Официальный сайт Президента РФ]. URL: <http://www.kremlin.ru/text/appears/2005/09/93296.shtml> (дата обращения: 24.04.2011).
2. Горелова Н.А. Политика расходов и качество жизни населения / под ред. Н.А. Горелова. – СПб., 2003. – 101 с.
3. Задесенец Е.Е. Методология измерения и оценки качества жизни населения России / Е.Е. Задесенец, Г.М. Зараковский, И.В. Пеннов // Мир измерений. URL: 2010 <http://ria-stk.ru/mi/adetail.phpID=37667> (дата обращения: 10.06.2011).
4. Задесенец Е.Е. The methodology of dimensions and quality of life of the Russians / E.E. Zadesenets, G.M. Zarakovsky, I.V. Penovs // The world of dimensions. URL: 2010 <http://ria-stk.ru/mi/adetail.phpID=37667> (date: 10.06.2011).
5. Российская газета. Федер. вып. – 2009. – № 5038 (214).
6. The Russian newspaper. Feder.pub. – 2009. – № 5038 (214).