

ДИНАМІКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ В, ПІД ВПЛИВОМ ОПТИМІЗОВАНОЇ ТЕРАПІЇ

Н.В. Чернега, М.Ф. Денисова

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ, Україна

Мета: покращити якість життя дітей із хронічним вірусним гепатитом В (ХГВ) у фазі реплікації шляхом оптимізації патогенетичної терапії.

Пацієнти та методи. Обстежено 70 хворих на ХГВ у фазі реплікації віком від 6 до 18 років. Перша група (30 хворих) отримувала стандартне лікування; друга група (20 хворих) додатково отримувала урсодезоксихолеву кислоту («Урсофалк»); третя група (20 хворих) додатково отримувала урсодезоксихолеву кислоту та препарат «Тивортин аспарат». Ефективність терапії оцінювали в динаміці лікування та в катамнезі через три місяці. Якість життя вивчали за допомогою анкет, рекомендованих ВОЗ, і спеціалізованого опитувальника гастроентерологічних хворих GSRS.

Результати. У хворих на ХГВ дітей встановлено зміни всіх компонентів фізичного здоров'я та погіршення психологічного стану. Зниження якості життя хворих на ХГВ, насамперед, відбувається внаслідок больового синдрому, який зникає при включенні в стандартну терапію урсодезоксихолевої кислоти. Включення в терапію препарату «Тивортин аспарат» покращує настрій хворої дитини, підвищує життєву активність і працездатність за рахунок стимуляції соматотропного гормону гіпофіза.

Висновки. Хронічний вірусний гепатит В у фазі реплікації у дітей з тривалим перебігом супроводжується погіршенням якості життя. Виразність порушень залежить від ступеня активності запального та інфекційного процесу, віку, статі та індивідуальних психофізіологічних особливостей дитини. Включення в схему лікування препаратів «Урсофалк» і «Тивортин аспарат» дозволяє значно покращити якість життя хворих.

Ключові слова: діти, якість життя, хронічний гепатит, лікування.

Вступ

Вірусні гепатити набули глобального розповсюдження з постійною тенденцією до росту, що пов'язане з розширенням спектра соціальних умов життя населення, здатністю реалізації шляхів передачі інфекції [1,2]. За медичною та соціальною значущістю вірусні гепатити займають одне з головних місць у гепатології. Наприклад, у Росії в 2008 р. найбільші економічні втрати від захворюваності були пов'язані з гепатитом В — 2,3 млрд руб. [3].

За оцінкою експертів, вірусний гепатит В несе серйозну загрозу для здоров'я і соціального добробуту людства, тому ВООЗ зарахувала цю проблему до числа пріоритетних в останнє десятиріччя [4,5].

Дані матеріалів наукових досліджень свідчать про значне погіршення соціальних норм життя хворих на хронічний вірусний гепатит В (ХГВ): необхідність регулярного лікування, диспансерного контролю, тривала високоефективна терапія з невеликим відсотком позитивних результатів, необхідність дотримання дієтотерапії, важливість особистої гігієни. Представлені фактори загалом знижують соціальне функціонування хворого [6].

При лікуванні хворих на ХГВ основний акцент ставиться на медикаментозну терапію [7,8], яка часто недоступна для пацієнтів (через високу вартість) і не завжди ефективна, тому захворювання, як правило, швидко прогресує і призводить до обмеження соціальних можливостей хворого. Невисока ефективність лікування значною мірою обумовлена тим, що практично не приділяється увага особистості хворого, наявності проблем психосоціального плану і не враховується його індивідуальна реакція на хворобу. Це зумовлює необхідність вивчення залежності перебігу та формування ускладнень захворювання, його медико-соціальних наслідків від психофізіо-

логічних особливостей особистості пацієнта, що впливає на якість його життя (ЯЖ).

Якість життя — дуже широке поняття, точного визначення поки що не існує [9]. ЯЖ може залежати від багатьох обставин: умов життя людини, задоволеності навчанням, працею, домашньою атмосферою, соціальним і матеріальним положенням, політичної ситуації в країні [9,10]. У медицині в це поняття включаються такі різноманітні проблеми, як клінічна симптоматологія, функціональні можливості, загальне благополуччя хворого і, перш за все, оцінка тих негативних змін, що відбулися чи можуть відбутися в результаті захворювання [11].

Вважається, що при дослідженні ЯЖ основна увага повинна приділятися оцінці індивідуального сприйняття пацієнтом своїх можливостей [12].

На думку багатьох авторів [9,13], визначення ЯЖ повинно входити в стандартний арсенал методів оцінки ефективності лікування різноманітної патології. Хронічні вірусні гепатити, цироз печінки у дорослих є однією з перших груп захворювань, що стали об'єктами для дослідження [14]. Використання спеціальних методик дозволяє об'єктивізувати суб'єктивні уявлення хворого про якість свого життя та виразити їх кількісно [9,15].

Важливо зауважити, що системне незадоволення результатами своїх дій у процесі життєдіяльності батьків, соціальних та сімейні конфлікти, неадекватні психоемоційні навантаження — все це впливає на психоемоційний стан дитини, хворої на ХГВ, викликаючи хронічне психоемоційне напруження — стрес [17]. Стрес, що супроводжується сильним психічним напруженням, змінює функціональний стан ЦНС, порушує перебіг фізіологічних процесів, призводить до психічної дизадаптації організму [16,17].

Таблиця 1

Розподіл обстежених дітей з ХГВ за віком і статтю

Захворювання	Розподіл за віком, роки			Розподіл за статтю	
	6–10	11–14	15–18	хлопчики	дівчата
Хронічний вірусний гепатит В (n=70)	15	30	25	41	29

У зв'язку з тим, що кожна відповідь на стрес супроводжується секрецією глюкокортикоїдів, що викликає широке коло метаболічних реакцій, дуже важливим є припинення відповіді на стресовий фактор після закінчення його дії [17,18, 19].

Стрес може призводити до вибіркової супресії клітинного та стимуляції гуморального імунітету, що викликає хронізацію патологічного процесу.

Доведено необхідність дослідження ЯЖ у хворих на ХГВ з вивченням психоемоційного стану хворої дитини. Покращення ЯЖ, пов'язаної зі здоров'ям (ЯЖПЗ) хворої дитини дозволить суттєво зменшити розвиток ускладнень даної патології, покращити психологічний стан хворого, перебіг захворювання, оптимізувати лікарську тактику для покращення результатів лікування.

Мета дослідження: покращити якість життя дітей з ХГВ у фазі реплікації шляхом оптимізації патогенетичної терапії.

Матеріал і методи дослідження

Обстежено 70 хворих на ХГВ у фазі реплікації віком від 6 до 18 років (табл. 1).

Аналіз вікових і статевих особливостей обстежених показав, що ХГВ частіше мав місце у дітей старшого шкільного віку, що може бути пов'язано з нейрогуморальною перебудовою організму в пубертатному або препубертатному періодах. На відміну від дорослих, хлопчики хворіють на ХГВ частіше, ніж дівчата.

Хворі діти були розподілені на три групи методом рандомізації:

- а) група I – 30 хворих на ХГВ, які отримували базисне лікування відповідно до стандартів: протівірусні ліки (рекомбінантний інтерферон α2b в дозі 9 млн МО на тиждень або ламівудин), сорбенти, антиоксиданти, седативні препарати, вітамінотерапія. Курс лікування складав 28 днів;
- б) група II – 20 хворих на ХГВ, які крім стандартної терапії отримували урсодезоксихолеву кислоту (Урсофальк) в дозі 10 мг/кг/добу, на ніч;
- в) група III – 20 хворих на ХГВ, які отримували стандартну терапію з включенням урсодезоксихолевої кислоти (урсофальк) і препарату «Тівортін аспартат» в дозі 5 мл три рази на добу. Тривалість курсу препарату «Тівортін аспартат» становила 15 днів.

Діюча речовина препарату «Урсофальк» (д-р Фальк ФАРМА Гнбх) – урсодезоксихолева кислота – є потуж-

ним інгібітором класичного внутрішнього сигнального шляху апоптозу і призупиняє його шляхом взаємодії з рецепторами клітинних ядер. «Урсофальк», завдяки антиоксидантній, цитопротекторній, холеретичній, антихолестатичній та імуномодуючій діям, може використовуватися як препарат лікування хронічних гепатитів у дітей [20].

Препарат «Тівортін аспартат» (ЮріяФарм, Україна), діюча речовина – L-аргінін аспартат, належить до класу незамінних амінокислот та є різностороннім клітинним регулятором численних життєво важливих функцій організму. Аргінін чинить антигіпоксичну, цитопротекторну, антиоксидантну, дезінтоксикуючу, мембраностабілізуючу дії. Позитивно впливає на процеси енергозабезпечення у гепатоцитах [21].

Контрольну групу склали 30 здорових дітей віком 6–18 років, які пройшли поліклінічний медичний огляд і є соціально порівнянними з дослідженими групами хворих на ХГВ.

Ефективність оцінювалась безпосередньо за результатами лікування (28 днів лікування) та через 3 місяці.

Вивчення ЯЖ проводилося за допомогою анкет, рекомендованих ВООЗ, і спеціалізованого запитальника гастроентерологічних хворих GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale): вивчалися психологічні, соціально-екологічні, фізичні фактори, які формують показники ЯЖПЗ дитини та оцінюються в балах.

Показники анкети ЯЖПЗ в балах згруповані в 5 шкал. Показники кожної шкали варіюють від 0 до 100 балів.

Кількісно оцінювали наступні показники:

- а) фізичне функціонування (ФФ) – загальний стан хворого, інтенсивність больового синдрому, дискомфорт, апетит, нічний сон, нудота, жовтяниця;
- б) рольове фізичне функціонування (РФФ), забезпечене фізичним станом (працездатність, втомленість, пам'ять, навчання, ходьба, фізичне навантаження, залежність від медикаментів);
- в) рольове психологічне функціонування (РПФ), забезпечене психоемоційним станом (дратівливість, плаксивість, збудження, депресія, тривожність, істеричність, емоційна лабільність);
- г) суспільне життя (СЖ) – взаємовідносини з друзями, батьками, медичним персоналом, вчителями;
- д) життєва активність (ЖА) – бажання навчатися, брати участь у громадському житті, активна життєва позиція.

Таблиця 2

Показники якості життя, пов'язаної із здоров'ям, за шкалами анкети ВООЗ у дітей з ХГВ у процесі лікування

Шкала анкети ВООЗ	Значення показника в групах дітей з ХГВ у динаміці лікування						Контрольна група (n=30)
	I (n=30)		II (n=20)		III (n=20)		
	до	після	до	після	до	після	
Фізичне функціонування	(50,5±6,4)*	(63,6±7,2)*	(51,3±6,6)*	(61,4±8,3)*	(55,6±6,9)*	(79,7±9,7)**	87,3±9,4
Рольове фізичне функціонування	(48,3±6,6)*	(58,7±10,4)*	(49,7±8,5)*	(65,7±9,6)*	(47,4±11,2)*	(88,3±10,2)**	92,6±7,8
Рольове психологічне функціонування	(63,5±7,8)*	(68,4±6,1)*	(60,5±9,9)*	(70,4±7,1)*	(61,3±6,4)*	(79,3±6,3)**	83,4±4,1
Суспільне життя	(43,6±5,4)*	(54,3±5,9)*	(42,5±9,8)*	(52,7±7,4)*	(39,4±5,3)*	(72,2±8,7)**	78,2±10,3
Життєва активність	(51,6±5,8)*	(55,1±5,5)*	(50,4±8,2)*	(56,2±6,2)*	(49,8±6,1)*	(72,2±9,1)**	76,1±7,7

Примітка: * – достовірність різниці відносно показників у дітей контрольної групи (p<0,05); ** – достовірність різниці відносно показників у дітей з ХГВ у динаміці лікування (p<0,05).

Результати дослідження та їх обговорення

Показники ЯЖПЗ в балах за шкалами анкети ВООЗ у хворих на ХГВ до і після лікування наведені у таблиці 2. У дітей, хворих на ХГВ у фазі реплікації, до лікування достовірно знижені всі показники фізичного компоненту здоров'я: фізичне функціонування, яке обумовлене больовим синдромом різної інтенсивності, встановлено у 80% хворих, у 55,6% — жовтяниця різної інтенсивності, у 60% — порушення сну, у 73,3% — зниження апетиту, у 36,6% — дискомфорт.

Особливу увагу привертає психологічне здоров'я хворої дитини. Доведено, що хронічні захворювання мають негативний вплив на хворого, змінюючи його психоемоційний стан [16,17]. Стрес, що супроводжується сильним психічним напруженням, змінює функціональний стан ЦНС, порушує перебіг фізіологічних процесів, призводить до психічної дизадаптації організму [16,18]. Можливість організму відповідати на стрес є одним із найдавніших фізіологічних механізмів збереження життя [19,22,23], але ріст стресів призводить до зниження рівня соматичного здоров'я та настрою.

За отриманими даними, дратівливість відмічалася у 78,5%, неспокій — у 80%, епізоди депресії у дітей віком від 16 років — у 17,1%, порушення сну — у 35,7%, втрата енергії — у 40%. Привертає увагу ще один психологічний фактор — занижена самооцінка, особливо у дівчаток 17–18 років, що пов'язано, можливо, з активним статевим дозріванням. Переважна більшість хворих (67,3%), за нашими даними, недостатньо харчується — у їхньому добовому раціоні зменшена кількість м'яса, риби, сиру, фруктів, овочів.

Серед обстежених хворих 69,3% дітей мешкають у сільській місцевості, 32% — в екологічно забруднених містах і тільки 7,2% — в екологічно чистих містах; 10% проживають в умовах суттєвого екологічного навантаження, що може призводити до патологічних змін імунологічних показників.

Після проведеного курсу лікування в стаціонарі у хворих I групи покращилось фізичне функціонування, зменшились больові відчуття, підвищилась життєва активність. Але у 16,6% хворих, у яких залишилась висока віремія НВУ в крові, показники ЯЖПЗ не змінились.

II група хворих, яка отримувала стандартну терапію з включенням урсофальку, після закінчення курсу лікування мала кращу динаміку показників ЯЖПЗ порівняно з I групою хворих: встановлено покращання фізичного та рольового фізичного функціонування (дискомфорт відмічали тільки у 16,6% хворих, больовий синдром незначної інтенсивності залишився у 10%, жовтяниця у всіх хворих була відсутня), з'явилося бажання навчатись у 46,6%, поліпшилась працездатність — у 30,0% дітей.

На особливу увагу заслуговує вплив даної терапії на рольове емоційне функціонування: у 40% хворих зменшилась дратівливість, у 30% — плаксивість, у 56,6% — тривожність, у 20% — істеричність. Налагодився контакт з медичним персоналом, батьками, хворими, які лікувались у відділенні.

Усі вищеперераховані показники у хворих II групи наблизилась до рівня контрольних значень, але не нормалізувались, однак це свідчить про результативне лікування.

Найкращі результати були отримані після лікування у дітей III групи, які отримували стандартну базисну терапію з включенням препаратів «Урсофальк» та «Тіворотін аспартат».

Достовірно нормалізувались наступні компоненти ЯЖПЗ: фізичне функціонування, рольове фізичне та

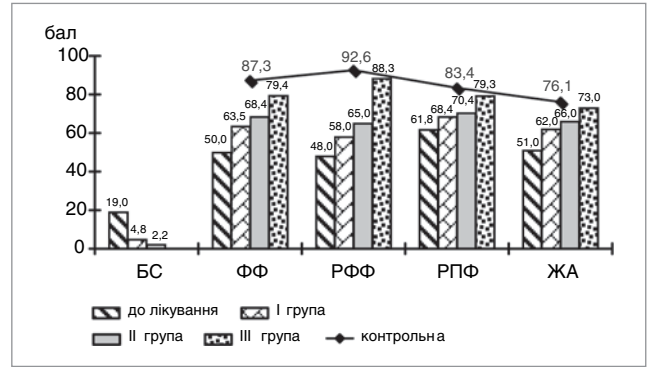


Рис. 1. Динаміка показників ЯЖПЗ (в балах) до і після лікування у дітей, хворих на ХГВ: БС — больовий синдром; ФФ — фізичне функціонування; РФФ — рольове фізичне функціонування; РПФ — рольове психологічне функціонування; ЖА — життєва активність

психологічне функціонування, відсутній больовий синдром, покращилась життєва активність. Усі вищеперераховані показники відновились до рівня контрольних значень, що свідчить про високу результативну оцінку проведеного лікування.

Важливо, що діти III групи відмічали зміни у бік покращання загального самопочуття, відновлення розумових видів діяльності, відсутності негативізму до лікування, критичного ставлення до себе як особистості; у них відновлювались доброзичливі відносини з друзями, батьками, медичним персоналом.

З власних та літературних [1,2,14] даних відомо, що у значній кількості хворих дітей з ХГВ, незважаючи на добрий ефект лікування в стаціонарі, мають місце рецидиви захворювання. Через три місяці було проведено катемнестичне спостереження. Усі хворі знаходились на режимі з обмеженим фізичним навантаженням, виключаючи заняття фізкультурою, дієтичному харчуванні (стіл № 5 за Певзнером) та отримували стандартну базисну терапію з включення інтерферону 9 млн МО на тиждень або ламівудину. Через три місяці після виписки зі стаціонару хворі були викликані для контрольного обстеження у відділенні гастроентерології ДУ «ІПАГ НАМН України».

Результати проведеного обстеження свідчать, що у 44,2% хворих, незалежно від проведеної терапії, знижені показники фізичного компоненту здоров'я: фізичне функціонування (відновились скарги на погіршення самопочуття, порушення нічного сну, зниження апетиту, дискомфорт). Больовий синдром різної інтенсивності реєструвався у 36,6% хворих I групи.

Було проаналізовано можливі чинники виникнення больового синдрому. Слід зазначити, що, зі слів батьків, усі діти, які обстежені у відділенні, дотримували дієтичні та режимних обмежень, хоч цей факт і викликає певні сумніви. Встановлено, що несприятливий психологічний клімат в родині мав місце у 52,2% хворих, несвоєчасне приймання ліків — у 15%, вживання газованих напоїв, гострої смаженої їжі — у 41,5% дітей.

У хворих II і III груп больовий синдром був відсутній.

У всіх обстежених дітей змінилось рольове фізичне функціонування (погіршилась пам'ять, працездатність, швидше наростала втома).

Особливо несприятливо змінилось рольове психологічне функціонування у всіх хворих дітей (100%), забезпечене психоемоційним станом: наростала дратівливість, часта зміна емоційного стану, знижувався рівень незалежності особи.

**УРСОФАЛЬК® суспензия –
лекарственная форма
урсодезоксихолевой кислоты,
созданная для детей**



- **Большие капсулы
трудно проглотить**
- **Трудно подобрать
оптимальную дозу**



- **Приятная на вкус**
- **Нет проблем при приеме**
- **Четкий подбор дозы
по массе тела**



 **Alpen Pharma Group**
www.dralfarma.de
DR. FALK. PHARMA GmbH Представительство "АльпенФарма АГ"
 Leinenwebers 5 04075 Kries, Пуща-Ворна, ул. Лесная, 30-А,
Postfach 6529 тел. (044) 401 81 03, 401 81 04, 401 84 31
79041 Freiburg факс. (044) 401 81 01
Germany www.alpenpharma.us www.alpenpharma.com

Важливо, що у 38,7% обстежених хворих старше 15 років вперше реєстрували рівень особистісної тривоги, у 13,5% — депресивний та істеричний компонент. У цих хворих також знижена життєва активність (діти відмовлялись від участі у суспільному житті школи, хотіли займатись спортом, мати повноцінне фізичне навантаження). Для дівчат і юнаків найбільш важливі параметри ЯЖПЗ були різними: для дівчат — необхідність постійного лікування, для юнаків — обмеження фізичного навантаження, сексуального аспекту.

Таким чином, у хворих на ХГВ дітей, за результатами оцінки ЯЖПЗ, встановлено зміни усіх компонентів фізичного здоров'я та погіршення психологічного стану. Зниження ЯЖПЗ хворих на ХГВ передусім відбувається внаслідок больового синдрому, який, можливо, обумовлений патологічними змінами біліарного тракту. Больовий синдром зникає при включенні в стандартну терапію урсодезоксихолевої кислоти — «Урсофалька».

За даними літератури [22], наявність психоемоційних розладів у хворих на ХГВ, можливо, обумовлена змінами в ЦНС, головного мозку. Порушення функції печінки при вірусному гепатиті викликає зміни сегментарних периферичних вегетативних апаратів, лімбіко-ретиккулярного комплексу, що проявляється емоційними, вегетативними розладами [23]. Вегето-судинні зміни в динаміці більшості патологічних станів впливають на функцію ЦНС, психічний статус, що, в свою чергу, погіршує ЯЖПЗ.

Включення в стандартну базисну терапію для лікування хворих на ХГВ препарату «Тівортін аспарат» покращує настрій хворої дитини, підвищує життєву активність і працездатність за рахунок стимуляції соматотропного гормону гіпофізу, що сприяє покращенню ЯЖПЗ у цих хворих.

За час проведення досліджень не було зареєстровано побічних ефектів, пов'язаних з прийомом препаратів «Урсофальк» та «Тівортін аспарат». Отримані результати дозволяють рекомендувати включення цих препаратів в комплексну патогенетичну терапію ХГВ у дітей.

Відсутність позитивної динаміки в показниках ЯЖПЗ у хворих дітей на основі катамнестичних досліджень може бути пов'язана з коротким терапевтичним курсом і вимагає індивідуалізованого підходу до визначення термінів лікування цими препаратами.

Отримані дані щодо змін психологічного статусу дитини, хворої на ХГВ, на фоні оптимізованої патогенетичної терапії зумовлюють необхідність спостереження цих хворих психологом.

Висновки

1. Хронічний вірусний гепатит В у фазі реплікації у дітей з тривалим перебігом супроводжується погіршенням якості життя.
2. Виразність порушень залежить від ступеня активності запального та інфекційного процесу ХГВ, віку, статі та індивідуальних психофізіологічних особливостей дитини.
3. Больові відчуття у хворих з реплікативною формою ХГВ обумовлені залученням у патологічний процес біліарного тракту.
4. Включення в схему лікування ХГВ у дітей препаратів «Урсофальк» та «Тівортін аспарат» дозволяє значно покращити якість життя хворої дитини.
5. Отримані дані свідчать про необхідність вивчення показників якості життя у даного контингенту, що дозволить оцінити ефективність реабілітаційних заходів та за необхідності розробити індивідуалізований підхід до лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Соринсон С. Н. Вирусные гепатиты / С. Н. Соринсон. — СПб. : Теза, 1998. — 325 с.
2. Серова В. В. Хронический вирусный гепатит / В. В. Серова, З. Г. Апрошко. — М. : Медицина, 2004. — 384 с.
3. Шаханина И. Л. Вирусные гепатиты в России: официальная статистика и экономические потери / И. Л. Шаханина, О. И. Радуту // Вакцинация. — 2008. — № 6. — С. 2—3.
4. Онищенко Г. Г. XXI век без вирусных гепатитов / Г. Г. Онищенко // Медицина для всех. — 2000. — Т. 13, № 2. — С. 1—3.
5. Rizetto M. Viral hepatitis in the third millennium / M. Rizetto // Res. Virol. — 1998. — Vol. 149. — P. 251—256.
6. Калинин А. В. Оценка качества жизни больных с инфекционной патологией / А. В. Калинин, В. А. Ивасис, Л. Ф. Скляр // Исследование качества жизни в медицине : материалы конференции. — СПб., 2000. — С. 61—62.
7. Лобзин Ю. В. Руководство по инфекционным болезням / Ю. В. Лобзин. — СПб. : Фолиант, 2000. — 936 с.
8. Новик А. А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионов, П. Кайд. — СПб., 2000. — 140 с.
9. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. — СПб. : Нева; М. : Олма-Пресс, 2002. — 315 с.
10. Aaronson N. K. Quality of life assessment in clinical trials: methodologic issues / N. K. Aaronson // Control. Clin. Trials. — 1989. — Vol. 10. — P. 195—208.
11. Kosmidis P. Quality of life as a new end point / P. Kosmidis // Chest. — 1996. — Vol. 109. — P. 110—112.
12. Аронов Д. М. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Д. М. Аронов, В. П. Зайцев // Кардиология. — 2002. — № 5. — С. 92—95.
13. Яновский Г. В. Качество жизни у больных с заболеваниями системы кровообращения / Г. В. Яновский // Укр. кард. журн. — 2005. — № 1. — С. 16—20.
14. Жаворонок С. В. Клинико-прогностические особенности хронических заболеваний печени в зависимости от циркуляции маркеров инфицирования вирусами В,С,Д / С. В. Жаворонок // Съезд врач. инф. в г. Суздаль. — М. Киров, 1992. — Т.1. — С. 225—227.
15. Калинин А. В. Оценка качества жизни больных с инфекционной патологией / А. В. Калинин, В. А. Иванис // Исследование

- качества жизни в медицине : мат. конф. — СПб., 2008. — С. 61—62.
16. Spitzer W. O. Measuring the quality of life in cancer patients: a concise QL index for use by physicians / W. O. Spitzer, A. J. Dobson, J. Hall // J. Chronic Dis. — 1981. — Vol. 34. — P. 585—597.
 17. Меерсон Ф. З. Адаптация к стрессовым ситуациям и физическим нагрузкам / Ф. З. Меерсон, М. Г. Пшенникова. — М. : Медицина, 1988. — 255 с.
 18. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология / В. Д. Менделевич. — М. : МЕ Дирес, 2001. — 558 с.
 19. Васильев В. Н. Здоровье и стресс / В. Н. Васильев. — М. : Знание, 1991. — 158 с.
 20. Надинская М. Ф. Исследование применения урсодезоксихолевой кислоты в гепатологии с позиции медицины, основанной на научных доказательствах / М. Ф. Надинская // Consilium medicum. — 2003. — № 5(6). — P. 318—322.
 21. Аргинин в медицинской практике / Степанов Ю. М., Кононов И. Н., Журбина А. И., Филиппова А. Ю. // Журн. АМН України. — 2004. — Т. 10, № 1, — С. 340—352.
 22. Lockwood C. J. Stress-associated preterm delivery: the role of corticotrophin-releasing hormone / C. J. Lockwood // Am. J. Obstetr. Gynec. — 1999. — Vol. 180, № 1. — P. 264—266.
 23. Jessop D. S. Stimulatory and inhibitory regulators of the hypothalamopituitary — adrenocortical axis / D. S. Jessop // Clinical endocrinology and metabolism. — 1999. — Vol. 4. — P. 491—502.

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В, ПОД ВЛИЯНИЕМ ОПТИМИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Н.В. Чернега, М.Ф. Денисова

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев

Цель: улучшить качество жизни детей с хроническим вирусным гепатитом В (ХГВ) в фазе репликации путем оптимизации патогенетической терапии.

Пациенты и методы. Обследовано 70 больных ХГВ в фазе репликации в возрасте от 6 до 18 лет. Первая группа (30 больных) получала стандартное лечение; вторая группа (20 больных) дополнительно получала урсодезоксихолевую кислоту («Урсофальк»); третья группа (20 больных) дополнительно получала урсодезоксихолевую кислоту и препарат «Тивортин аспартат». Эффективность терапии оценивали в динамике лечения и в катамнезе через три месяца. Качество жизни изучали при помощи анкет, рекомендованных ВОЗ, и специализированного вопросника гастроэнтерологических больных GSRS.

Результаты. У больных ХГВ детей установлены изменения всех компонентов физического здоровья и ухудшение психологического состояния. Снижение качества жизни больных ХГВ, прежде всего, происходит вследствие болевого синдрома, который исчезает при включении в стандартную терапию урсодезоксихолевой кислоты. Включение в терапию препарата «Тивортин аспартат» улучшает настроение больного ребенка, повышает жизненную активность и трудоспособность за счет стимуляции соматотропного гормона гипофиза.

Выводы. Хронический вирусный гепатит В в фазе репликации у детей с длительным течением сопровождается ухудшением качества жизни. Выраженность нарушений зависит от степени активности воспалительного и инфекционного процесса, возраста, пола и индивидуальных психофизиологических особенностей ребенка. Включение в схему лечения препаратов «Урсофальк» и «Тивортин аспартат» позволяет значительно улучшить качество жизни больных.

Ключевые слова: дети, качество жизни, хронический вирусный гепатит В, лечение.

DYNAMICS IN THE QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS B UNDER THE INFLUENCE OF OPTIMIZED THERAPY

N.V. Chernega, M.F. Denisova

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology, NAMS of Ukraine», Kiev

Objective: to improve the quality of life of children with chronic hepatitis B (CHB) in the replication phase through optimization of pathogenetic therapy.

Patients and methods. A total of 70 patients with CHB in the replication phase in the age from 6 to 18 years were under observation. The first group (30 patients) received standard treatment; the second group (20 patients) additionally received ursodeoxycholic acid («Ursofalk»); and the third group (20 patients) additionally received ursodeoxycholic acid and «Tivortin aspartate» preparation. The effectiveness of treatment was evaluated during the treatment and in catamnesis after three months. Quality of life was studied by means of questionnaires recommended by WHO and specialized questionnaire for gastroenterological patients GSRS.

Results. In patients with CHB are found changes of all components of physical health and psychological state deterioration. Reduced quality of life in patients with CHB first of all caused by the pain syndrome that is disappearing at the time of adding of ursodeoxycholic acid to standard therapy. The inclusion of «Tivortin aspartate» to the therapy improves mood sick child, increases vitality and work ability due to the stimulation of pituitary growth hormone.

Conclusions. In children with chronic viral hepatitis B in the replication phase with long flow is accompanied by deterioration of quality of life. The severity of disorders depends on the degree of activity of inflammatory and infectious processes, age, gender and individual psycho-physiological characteristics of the child. Adding to the treatment regimen of «Ursofalk» and «Tivortin aspartate» preparations allow significantly improving the quality of life of patients.

Key words: children, quality of life, chronic viral hepatitis B, treatment.

Сведения об авторах:

Чернега Наталия Викторовна — канд. мед. н., ведущий науч. сотр. отделения болезней печени и органов пищеварения ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, ул. Майбороды, 8, тел. 483-62-36

Денисова Маргарита Федоровна — д-р мед. н., проф., руководитель отделения болезней печени и органов пищеварения ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, ул. Майбороды, 8, тел. 483-62-32

Статья поступила в редакцию 30.08.2013 г.