

пожалуй, самым критичным является то, что если человек не настроен активно участвовать в процессе лечения своего хронического заболевания, маловероятно, что инструменты мобильного здравоохранения (которые по сути являются только платформой для реализации механизмов и схем лечения) будут эффективными. Для изменения поведения и отношения к собственному здоровью необходимы такие условия, как способность, возможность и мотивация к подобным изменениям. Например, при диабете для улучшения показателя  $HbA_{1c}$  очень важны здоровое питание, физическая активность и точное соблюдение схемы лечения, но на сегодняшний день мы не знаем точно, как поддержать и эффективно мотивировать отдельного человека в этих трех направлениях с помощью мобильного приложения. Это ещё раз подтверждает, что при создании специальных приложений и планировании последующих исследований к разработке необходимо активно привлекать целевых пользователей.

#### Ограничения

В ходе обзора исследований мета-анализ не проводился в связи с неоднородностью дизайнов исследований. Кроме того, осуществлялся обзор только англоязычных публикаций, так как в русскоязычных недостаточно данных о подобных исследованиях. Разнообразие целей и дизайнов исследований усложняет процесс сравнения полученных результатов, к тому же в разных исследованиях варьирует качество обработки полученных данных и клинические исходы.

#### Заключение

Применение мобильных приложений в рамках системы мобильного здравоохранения (mHealth) позволяет улучшить клинические исходы лечения у пациентов с хроническими заболеваниями и повысить качество контроля симптомов. Необходимо проведение дальнейших исследований применения мобильных приложений и других ресурсов в системе электронного здравоохранения. Особенно важно выяснить, как подобные инструменты могут помочь преодолеть барьеры, препятствующие проведению адекватного лечения хронических

заболеваний. Дальнейшие инновации, оптимизация и тщательное изучение возможностей применения ресурсов мобильного здравоохранения могут обеспечить реальное повышение качества оказания медицинской помощи, что позволит улучшить клинические исходы.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Whitehead, L. The Effectiveness of Self-Management Mobile Phone and Tablet Apps in Long-term Condition Management / L. Whitehead, P. Seaton // J Med Internet Res. — 2016. — Vol. 16; 18(5): e97. doi: 10.2196/jmir.4883.
2. Wilkinson, A. Factors influencing the ability to self-manage diabetes for adults living with type 1 or 2 diabetes / A. Wilkinson, L. Whitehead, L. Ritchie // Int J Nurs Stud. — 2014. — Vol. 51(1). — P. 111–122. — doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.01.006. [PubMed: 23473390].
3. Battersby, M. Conceptualisation of self-management / M. Battersby, S. Lawn, R. Pols. — In: D. Kralik, B. Paterson, V. Coates, editors. Translating Chronic Illness Research Into Practice. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell. — 2010. — P. 115–201.
4. Impact of mHealth chronic disease management on treatment adherence and patient outcomes: a systematic review / S. J. Hamine // Med Internet Res. — 2015. — Vol. 17(2): e52. doi: 10.2196/jmir.3951. [PMCID: PMC4376208] [PubMed: 25803266].
5. Mobile phone messaging for facilitating self-management of long-term illnesses / T. De Jongh [et al.] // Cochrane Database Syst Rev. — 2012. — Vol. 12: CD007459. doi: 10.1002/14651858.CD007459.pub2. [PubMed: 23235644].
6. mHealth 2.0: experiences, possibilities, and perspectives / JMIR Mhealth Uhealth. — 2014. — № 2(2): e24. doi: 10.2196/mhealth.3328. [PMCID: PMC4114478] [PubMed: 25099752].
7. European Commission. Green Paper on Mobile Health (mHealth) Brussels: The Commission. — 2015. — Vol. 23.
8. Ofcom. Smartphones Are More Popular Than Laptops Among DE Households. — London, UK: Ofcom, 2015.
9. Ofcom. Among Internet Users in Our European Comparator Countries, Personal Use of Tablets Was Highest in Spain and Italy. — London, UK: Ofcom, 2015.
10. Smith, A. Smartphone Use in 2015 / A. Smith, D. Page // Washington, DC: Pew Internet & American Life Project. — 2015.
11. Zickuhr, K. Tablet ownership 2013 / K. Zickuhr. — Washington, DC: Pew Internet & American Life Project; 2013.
12. MobiThinking. Global Mobile Statistics 2014. — Part A: Mobile Subscribers; Handset Market Share; Mobile Operators. Dublin, Ireland: Afilius Technologies Ltd; 2014. May 16.
13. Семутенко, К. М. Новый подход к популяризации мужского здоровья с использованием цифровых технологий / К. М. Семутенко, И. А. Чешик, Т. М. Шаршакова // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2014. — № 1. — С. 77–82.
14. Семутенко, К. М. Основные факторы, определяющие состояние здоровья мужчин / К. М. Семутенко, И. А. Чешик, Т. М. Шаршакова // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2014. — № 2. — С. 36–46.
15. Ребко, А. А. Особенности внедрения современных информационно-коммуникационных технологий в сфере медико-социального обеспечения и профилактики заболеваний среди лиц пожилого возраста / А. А. Ребко, К. М. Семутенко // Проблемы здоровья и экологии. — 2016. — № 4(50). — С. 73–80.

Поступила 29.05.2017

## УДК 616.36-002+616.36-004]:616.89-008.441.44 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ И СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСКУ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Е. Л. Красавцев, А. Л. Свентицкая

Гомельский государственный медицинский университет

**Цель:** оценить качество жизни, уровень тревоги и суицидальный риск у пациентов, страдающих хроническими заболеваниями печени.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 220 человек в возрасте от 16 до 84 лет. Основную группу составили 100 пациентов, страдающих хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС). В другие группы вошли 60 пациентов с циррозом печени (ЦП) и 60 практически здоровых людей.

Качество жизни исследовалось с помощью опросника SF-36. Для оценки уровня тревоги была использована шкала, разработанная Цунгом в 1971 г. В качестве дополнительного метода оценки суицидального риска применялась Шкала оценки риска суицида.

**Результаты.** Показатели 5 из 8 шкал опросника SF-36 у пациентов с ХВГС оказались статистически значимо снижены по сравнению с показателями качества жизни практически здоровых людей. Показатель физической активности у пациентов с циррозом печени был ниже, а показатель социальной активности выше, чем у пациентов с ХВГС.

Общий уровень тревоги (УТ) был низким у пациентов с ХВГС —  $36,4 \pm 0,53$  балла, у практически здоровых —  $30,8 \pm 0,85$  ( $p < 0,01$ ). УТ у пациентов с ЦП составил  $45,0 \pm 1,7$  балла, что соответствует среднему уровню тревоги.

В контрольной группе среднее значение суицидального риска (СР) составило  $1,76 \pm 0,15$  балла. В группе пациентов с ХВГС среднее значение СР составило  $2,71 \pm 0,11$  балла, это свидетельствует о низком СР. Среднее значение СР в группе пациентов с ЦП составило  $3,39 \pm 0,09$  балла, что соответствовало среднему уровню СР.

**Заключение.** У пациентов с хроническими заболеваниями печени резко уменьшаются физическая и социальная активность, падает эмоциональный статус, значительно понижаются субъективные оценки эмоционального состояния, настроения и в целом общего состояния здоровья. У пациентов с ЦП УТ соответствовал среднему уровню тревоги. У пациентов с ЦП был выявлен средний уровень суицидального риска, у пациентов с ХВГС — низкий.

**Ключевые слова:** гепатит С, цирроз печени, качество жизни, уровень тревоги, суицидальный риск.

## QUALITY OF LIFE, LEVEL OF ANXIETY AND SUICIDAL RISK IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C AND LIVER CIRRHOSIS

*E. L. Krasavtsev, A. L. Sventitskaya*

**Gomel State Medical University**

**Aim:** to assess the quality of life, level of anxiety and suicidal risk in patients with chronic liver diseases.

**Material and methods.** 220 people aged 16–84 took part in the study. The main group consisted of 100 patients suffering from chronic viral hepatitis C (CVHC). Other groups included 60 patients with liver cirrhosis (LC) and 60 practically healthy people. The quality of life was assessed using the SF-36 questionnaire. To assess the level of anxiety, we used the scale developed by Zung in 1971. As an additional method of assessment of suicidal risk The Sad Persons Scale was used.

**Results.** The parameters of 5 out of 8 scales of the SF-36 questionnaire in the patients with CVHC appeared to be statistically considerably lower in comparison with the parameters of quality of life in practically healthy people. The parameter of physical activity was lower and the parameter of social activity was higher in the patients with liver cirrhosis than in the patients with CVHC.

The general level of anxiety in the patients with CVHC was low —  $36.4 \pm 0.53$  points, in practically healthy people —  $30.8 \pm 0.85$  ( $p < 0.01$ ). The level of anxiety in the patients with liver cirrhosis was  $45.0 \pm 1.7$  points, which corresponded to the average level of anxiety.

The average value of suicidal risk (SR) in the control group was  $1.76 \pm 0.15$  points. The average value of SR in the group of the patients with CVHC was  $2.71 \pm 0.11$  points, which indicates a low level of SR. The average value of SR in the group of the patients with LC was  $3.39 \pm 0.09$  points, which corresponded to the average level of SR.

**Conclusion.** Patients with chronic liver diseases observe dramatically decreasing physical and social activity, emotional status, subjective assessment of emotional state, mood and, on the whole, general state of health. The average level of anxiety in the patients with liver cirrhosis corresponded to the average level of anxiety. The patients with liver cirrhosis revealed average level of suicidal risk, which was low in the patients with chronic viral hepatitis C.

**Key words:** hepatitis C, liver cirrhosis, quality of life, level of anxiety, suicidal risk.

### **Введение**

Хронический вирусный гепатит С (ХВГС) является одной из актуальных проблем современного здравоохранения в связи с широкой распространенностью, высокой частотой формирования цирроза печени (ЦП) и гепатоцеллюлярной карциномы. Ранняя инвалидность и высокая смертность данной категории больных свидетельствуют о медицинском и социальном значении патологии [1]. Согласно данным, основанным на скрининговых исследованиях, которые проводились в различных странах, около 200 млн. пациентов страдают от ХВГС, а

количество инфицированных вирусом гепатита С (HCV) достигает 500 млн. человек [1].

Общепринято в качестве критериев тяжести течения заболеваний и эффективности лечения пациентов использовать данные клинического и параклинического исследования. В современной медицине понятие «качество жизни» (КЖ) логически связано с известным определением здоровья Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и трактуется как «качество жизни, связанное со здоровьем». Сам термин «качество жизни» ВОЗ определяет как «восприятие индивидами их положения в

контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [2].

Хроническая патология печени осложняется печеночной энцефалопатией, которая проявляется нервно-психическими отклонениями, утяжеляющими течение основного заболевания. В связи с этим восстановление физического, психического и социального статуса больных хроническими заболеваниями печени и улучшение их качества жизни приобретает медико-социальное значение.

Изучение КЖ у пациентов с ХВГС позволяет оценивать результативность конкретного вида лечения не только с позиций врача, но и с позиций пациента, что принципиально важно, так как их взгляды часто не совпадают. Повышение показателей КЖ является стратегической задачей лечения пациентов с ХГС [3].

Тревожные расстройства представляют собой самую распространенную группу среди всех психических и поведенческих расстройств современного человека. Эти нарушения обнаруживаются у каждого десятого пациента врача общей практики, то есть заметно чаще, чем, например, сахарный диабет или бронхиальная астма. В общей медицинской практике тревога является главной жалобой у 10–15 % амбулаторных и 10 % стационарных пациентов [4].

По прогнозам ВОЗ, к 2020 г. тревога и депрессия будут занимать 2-е место после ишемической болезни сердца (ИБС) среди основных заболеваний, приводящих к инвалидности [5]. Чрезмерная тревожность является распространенным эмоциональным расстройством у взрослых. Чаще всего это расстройство возникает на фоне бытовых проблем и ситуаций, которые сопровождаются неопределенностью (состояние здоровья, неприятности на работе, ожидание важных событий). Основным инструментом для оценки уровня тревоги являются опросники.

После установления диагноза ХВГС человек сталкивается с множеством социальных и психологических проблем, которые снижают качество жизни пациентов и их родственников. В рутинной практике скрининг на наличие вышеуказанных состояний проводится нечасто. Одной из важнейших клинических проблем противовирусной терапии (ПВТ) ХВГС является возникновение тревоги и депрессии, которые определяют степень комплаенса пациентов, его полноценность, завершенность и успешность [6]. При назначении соответствующего лечения пациентам с ХВГС необходимо провести исходную оценку психического состояния, поскольку ПВТ может вызвать и обострить депрессию.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, суицид входит в число 20 наи-

более распространенных причин смерти для всех возрастных групп, а для лиц в возрасте 15–44 лет — в тройку ведущих причин смертности [7]. Оценка вероятности совершения суицида затрудняется тем, что распространенность факторов риска суицида (психологические, социальные, экономические, культурные, ситуационные и др.) достаточно высока в общей популяции, однако данные факторы неспецифические, и некоторые лица, совершившие суицид, не относились ни к одной из известных групп риска. Тем не менее в сфере оказания психиатрической помощи «весомость» факторов риска значительно возрастает. Так, известно, что около 90 % всех лиц, совершивших суицид либо попытку суицида, страдали психическими расстройствами [8].

Существующие инструменты скрининговой диагностики направлены на выявление лиц, относящихся к группе повышенного риска суицида, и составлены таким образом, что склонны переоценивать вероятность суицидального поведения индивида в будущем. Кроме того, скрининговые шкалы зачастую разрабатываются на основе научных исследований, субъектами которых являются лица, совершившие попытки самоубийства (парасуицид), либо отмечающие суицидальное мышление, при этом профиль факторов риска у таких лиц может значительно отличаться от такового у индивидов, умерших вследствие суицида, а количество проспективных исследований в этой области чрезвычайно мало [9].

#### **Цель работы**

Оценить качество жизни, уровень тревоги и суицидальный риск у пациентов, страдающих хроническими заболеваниями печени.

#### **Материалы и методы**

В исследовании приняли участие 220 человек в возрасте от 16 до 84 лет. Основную группу составили 100 пациентов, страдающих ХВГС, средний возраст которых составил  $48,3 \pm 1,4$  года. В другие группы вошли 60 пациентов с ЦП (средний возраст —  $50,1 \pm 1,2$  года) и 60 практически здоровых людей — контрольная группа (КГ, средний возраст —  $47,4 \pm 1,1$  года). При сравнении возраста у мужчин и женщин значения оказались статистически незначимы. Критериями исключения из группы здоровых людей стали наличие хронической патологии и новообразований в анамнезе. Диагноз ХВГС устанавливали на основании клинико-эпидемиологических, биохимических (повышение активности трансаминаз, повышение содержания билирубина в сыворотке крови), серологических (определение антител к вирусу гепатита С), вирусологических (определение РНК HCV) и сонографических (увеличение размеров печени, диффузные изменения в ее структуре)

методов исследования. Диагноз ЦП устанавливали на основе клинической и лабораторной картины декомпенсации, а также инструментальных (ультразвуковое исследование печени) данных. У всех пациентов отсутствовали в крови маркеры гепатитов А, В и D. Были также исключены лица с другими диффузными заболеваниями печени. Длительность заболевания у исследуемых пациентов с ХВГС составляла от 1 года до 22 лет, у пациентов с ЦП — от 1 года до 16 лет.

Качество жизни исследовалось с помощью краткой формы адаптированного русифицированного специализированного опросника Medical Outcomes Study Short Form (SF-36), разработанного J. E. Ware с соавт. в 1988 г. [10, 11]. Исследование КЖ в соответствии с требованиями научного управления клинической практикой является обязательным этапом любого клинического исследования, основанного на принципах доказательной медицины [12].

Для оценки уровня тревоги (УТ) была использована шкала, разработанная Цунгом в 1971 г. (ZARS), которая обладает всеми преимуществами шкал самооценки: информация

поступает непосредственно от пациента, заполнение шкалы требует мало времени, а сама процедура оценки очень проста и может проводиться при любых медицинских ситуациях [5].

Основным инструментом оценки суицидального риска (СР) являлось клиническое интервью с пациентом, информация, полученная от третьих лиц и из медицинской документации. В качестве дополнительного метода оценки СР в психиатрической практике широко используется Шкала Оценки Риска Суицида (The Sad Persons Scale; ШОРС в русскоязычной транскрипции) [7, 13].

Были использованы методы параметрической (t-критерий Стьюдента) и непараметрической статистики (критерий  $\chi^2$ ). Статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи пакета прикладных программ «Statistica», 6.0 (StatSoft, USA).

#### Результаты и обсуждение

Показатели оценки КЖ с помощью шкал SF-36 у пациентов, страдающих ХВГС, ЦП, и практически здоровых людей представлены в таблице 1.

Таблица 1 — КЖ у пациентов, страдающих ХВГС, ЦП, и практически здоровых людей

Показатели шкалы SF-36	Пациенты с ХВГС, n = 100 (в баллах)	Пациенты с ЦП, n = 60 (в баллах)	КГ, n = 60 (в баллах)
GH — Общее восприятие здоровья	50,7 ± 1,7, p < 0,05*	45,4 ± 1,5, p < 0,05**	61,5 ± 1,7
PF — Физическая активность	66,5 ± 2,7, p < 0,05*	53,2 ± 2,2, p < 0,05**	83,8 ± 1,6
RP — Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	38,6 ± 4,2, p < 0,05**	39 ± 4,4, p < 0,05**	67,6 ± 1,8
RE — Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	39,6 ± 4,1, p < 0,05**	44,9 ± 4,8, p < 0,05**	64,3 ± 2,1
SF — Социальная активность	40,8 ± 1,4, p < 0,05*	49,8 ± 1,1, p < 0,05**	44,3 ± 1,8
BP — Физическая боль	62,8 ± 2,4, p < 0,05**	65,4 ± 2,3, p < 0,05**	74,2 ± 1,4
VT — Жизнеспособность	48,8 ± 2,5, p < 0,05*	57,8 ± 2,0, p < 0,05**	76,1 ± 0,94
MH — Психическое здоровье	55,6 ± 2,2, p < 0,05*	57,6 ± 1,9, p < 0,05**	77,7 ± 1,5

\* — По сравнению с пациентами с ЦП и КГ; \*\* — по сравнению с КГ

У пациентов основной группы 5 из 8 показателей шкалы SF-36 оказались снижены по сравнению с показателями КЖ в КГ.

Самым низким (38,6 ± 4,2 балла) в группе пациентов с ХВГС стал показатель роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности (Role-Physical, RP). Наиболее высоким показателем КЖ в группе пациентов с ХВГС оказалась физическая активность (Physical Functioning, PF), отражающая степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок — 66,5 ± 2,7 балла; данный по-

казатель достигает максимальной отметки и в контрольной группе (83,8 ± 1,6 балла, p < 0,01).

По 7 из 8 шкал опросника общий уровень КЖ пациентов с ЦП был снижен (p < 0,05) по сравнению с уровнем КЖ в КГ (кроме показателя социальной активности (Social Functioning, SF). Наиболее высоким показателем КЖ в группе пациентов с ЦП оказалась интенсивность боли (BP) — 65,4 ± 2,3 балла. Показатель PF у пациентов с ЦП ниже (53,2 ± 2,2 балла, p < 0,01), чем у пациентов с ХВГС (66,5 ± 2,7 балла). Показатель SF у пациентов с ЦП был вы-

ше, чем у пациентов с ХВГС ( $40,8 \pm 1,4$  балла) и составил  $49,8 \pm 1,1$  балла,  $p < 0,05$ . Остальные показатели шкалы SF-36 у пациентов с ЦП по сравнению с соответствующими показателями у пациентов с ХВГС статистически не отличались.

При сравнении показателей шкал SF-36 у мужчин и женщин с ХВГС по многим шкалам опросника были выявлены различия, в других группах таких различий не наблюдалось (таблица 2). Так, у женщин RP (ролевое функционирование) и RE (эмоциональное функционирование) ниже более чем в 2 раза, чем у мужчин.

Самым низким показателем КЖ у мужчин стала социальная активность (SF) —  $46,1 \pm 0,9$  балла. Наиболее высоким показателем КЖ у женщин оказалась физическая активность (PF) —  $78 \pm 5,4$  балла. У мужчин, в свою очередь, этот показатель ниже ( $p < 0,05$ ), чем у женщин и составляет  $55 \pm 6$  балла. Вероятно, на данный показатель могут влиять вредные привычки (ку-

рение и употребление алкоголя), которые наиболее распространены среди мужчин.

Тревожные расстройства являются главной жалобой у 10–15 % амбулаторных и 10 % стационарных пациентов [4]. Общий УТ у пациентов с ХВГС —  $36,4 \pm 0,53$  балла, у пациентов КГ —  $30,8 \pm 0,85$  ( $p < 0,01$ ). Частота клинически значимой тревоги в КГ была несколько ниже, чем в группе пациентов с ХВГС, однако показатели пациентов обеих исследуемых групп находятся в пределах низкого УТ. У пациентов с ЦП УТ составил  $45 \pm 1,7$  балла (средний уровень тревоги).

Согласно шкале самооценки тревоги Цунга, у 23 % пациентов с ХВГС отмечался средний уровень тревоги, у остальных 77 % — низкий, у 36,7 % пациентов с ЦП был низкий УТ, у 60 % — средний, у 3,3 % — высокий, в КГ — у 6,7 % был определен средний УТ, у 93,3 % — низкий (таблица 3).

Таблица 2 — КЖ у мужчин и женщин с ХВГС

Показатели шкалы SF-36	ХВГС (женщины), n = 47 (в баллах)	ХВГС (мужчины), n = 53 (в баллах)
GH — Общее восприятие здоровья	$45,7 \pm 4,0^{**}$	$55,5 \pm 3,4$
PF — Физическая активность	$78 \pm 5,4^*$	$55 \pm 6$
RP — Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	$24 \pm 7,6^*$	$55 \pm 9,9$
RE — Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	$23,4 \pm 5,2^{**}$	$58,6 \pm 8$
SF — Социальная активность	$35,7 \pm 3,2^{**}$	$46,1 \pm 0,9$
BP — Физическая боль	$55 \pm 4,2^*$	$71 \pm 5,1$
VT — Жизнеспособность	$40 \pm 4,9^{**}$	$59 \pm 5,3$
MH — Психическое здоровье	$48 \pm 4,4^{**}$	$61,6 \pm 4,5$

\* —  $p < 0,05$ ; \*\* —  $p < 0,01$

Таблица 3 — Показатели УТ пациентов исследуемых групп

Уровень тревоги	Пациенты с ХВГС, n = 100			Пациенты с ЦП, n = 60			КГ, n = 60		
	баллы	n	уд. вес, %	баллы	n	уд. вес, %	баллы	n	уд. вес, %
Низкий	$36,4 \pm 0,53$	77 <sup>1;2</sup>	77	$45 \pm 1,7$	22 <sup>3</sup>	36,7	$30,8 \pm 0,85$	56	93,3
Средний		23 <sup>4;5</sup>	23		36 <sup>5</sup>	60		4	6,7
Высокий		—	—		2	3,3		—	—

Примечание. <sup>1</sup> $p < 0,001$  (по сравнению с пациентами с ЦП); <sup>2</sup> $p < 0,02$  (по сравнению с КГ); <sup>3</sup> $p < 0,001$  (по сравнению с КГ); <sup>4</sup> $p < 0,001$  (по сравнению с пациентами с ЦП); <sup>5</sup> $p < 0,001$  (по сравнению с КГ)

УТ у пациентов с ХВГС и ЦП в возрасте до 40 лет и старше 40 лет статистически значимо не отличался ( $p > 0,05$ ). У пациентов КГ в возрасте до 40 лет показатель УТ составил  $35,5 \pm 1,1$  балла, старше 40 лет —  $30,3 \pm 0,9$  балла ( $p < 0,05$ ).

Распространенность факторов риска суицида (психологические, социальные, экономические, культурные, ситуационные и др.) достаточно высока в общей популяции, еще большую роль они играют при наличии хронических заболеваний. В группе пациентов с ХВГС среднее значение СР составило  $2,71 \pm 0,11$  балла, это свидетельствует о низком СР. 12 (40 %) пациентов имели средний СР, у 60 % был выявлен низкий СР.

Среднее значение суицидального риска в группе пациентов с ЦП составило  $3,39 \pm 0,09$  балла. Данный показатель соответствует среднему СР. В группе обследуемых с ЦП у 7 (11,7 %) мужчин был выявлен высокий СР, 48 (80 %) пациентов имели средний СР, у остальных (5 человек, 8,3 %) был низкий СР.

В контрольной группе среднее значение СР составило  $1,76 \pm 0,15$  балла ( $p < 0,05$  при сравнении с пациентами с ХВГС). У 4 пациентов (13,3 %, 3 мужчины и 1 женщина) был определен средний риск суицида, у остальных (86,7 %) — низкий.

**Заключение**

У пациентов с хроническими заболеваниями печени резко уменьшаются физическая и социаль-

ная активность, падает эмоциональный статус, значительно понижаются субъективные оценки эмоционального состояния, настроения и в целом общего состояния здоровья, причем у женщин наиболее снижены показатели ролевого функционирования и эмоционального функционирования. Наиболее высоким у женщин оказался показатель физической активности, что может быть связано с меньшей распространенностью у них вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем).

Частота клинически значимой тревоги в КГ была несколько ниже, чем в группе пациентов с ХВГС, однако показатели пациентов обеих исследуемых групп находятся в пределах низкого УТ. У пациентов с ЦП выявлен средний уровень тревоги.

У пациентов с ЦП был выявлен средний уровень суицидального риска, у пациентов с ХВГС — низкий, что подчеркивает важность медицинской и социальной реабилитации пациентов с ХВГС как профилактической меры, направленной на снижение частоты трансформации хронического гепатита в цирроз.

Проведенное исследование подтвердило важность своевременной диагностики и коррекции психоэмоциональных нарушений у пациентов с хроническими заболеваниями печени, а также необходимость изучения индивидуальных особенностей и психических отклонений, которые могут выступать в роли факторов, провоцирующих рискованное поведение у пациентов данной категории.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Хронический вирусный гепатит: прошлое, настоящее и будущее / В. В. Нечаев [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2013. — № 3. — С. 4–8.
2. Оценка качества жизни больных шизофренией при проведении поддерживающей терапии: метод. рекомендации / сост. В. Л. Козловский, С. Ю. Масловский. — СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2011. — 22 с.
3. Мицура, В. М. Качество жизни пациентов с хронической HCV-инфекцией / В. М. Мицура // Проблемы здоровья и экологии. — 2010. — № 3. — С. 25–30.
4. Евсегнеев, Р. А. Психиатрия для врача общей практики / Р. А. Евсегнеев. — Минск: Беларусь, 2001. — С. 87–125.
5. Шкала самооценки тревоги Цунга [Электронный ресурс] / Энциклопедия психодиагностики PsyLab.info. — Режим доступа: [http://psylab.info/Шкала\\_самооценки\\_тревоги\\_Цунга](http://psylab.info/Шкала_самооценки_тревоги_Цунга). — Дата доступа: 28.03.2017.
6. Bourat, L. Attempted suicide during treatment of chronic viral hepatitis C with interferon / L. Bourat, D. Larrey, H. Michel // Gastroenterol. Clin. Biol. — 1995. — № 19 (12). — P. 1063.
7. Ласый, Е. В. Оценка суицидального риска и профилактики суицидального поведения. Инструкция по применению (для врачей-психиатров, психотерапевтов, наркологов, психологов здравоохранения) / Е. В. Ласый, И. И. Хвостова. — Минск, 2009.
8. Assessment and treatment of suicide risk in bipolar disorders / M. Pompili [et al.] // Exp. Rev. Neurother. — 2009. — Vol. 9 (1). — P. 109–136.
9. Daigle, M. S. MMPI inmate profiles: suicide completers, suicide attempters, and non-suicidal controls / M. S. Daigle // Behav. Scien. Law. — 2004. — Vol. 22 (6). — P. 833–842.
10. Ware, J. E. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual / J. E. Ware, M. Kosinski, S. D. Keller // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. — 1994. — 8 p.
11. Бримкулов, Н. Н. Применение опросника SF-36 для оценки качества жизни / Н. Н. Бримкулов, Н. Ю. Сенкевич, А. Д. Калиева // Центральноеазиатский медицинский журнал. — 1998. — № 4–5. — С. 236–241.
12. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. — СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС» Звездный мир, 2002. — 320 с.
13. Juhnke, G. E. SAD PERSONS scale review / G. E. Juhnke // Meas. Eval. Couns. Devel. — 1994. — Vol. 27. — P. 325–328.

Поступила 06.04.2017

УДК 616.441-089:616-036.82

### СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ В ПОЗДНЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

В. В. Похожай<sup>1</sup>, А. В. Величко<sup>2</sup>, З. А. Дундаров<sup>1</sup>, С. Л. Зыблев<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Гомельский государственный медицинский университет

<sup>2</sup>Республиканский научно-практический центр

радиационной медицины и экологии человека, г. Гомель, Республика Беларусь

Целью исследования стал анализ качества жизни пациентов с первичным гиперпаратиреозом в до- и послеоперационном периодах. Исследовано 90 пациентов, которые в зависимости от типа паратиреоидэктомии были разделены на 3 группы. Опрос проводился с помощью краткого опросника качества жизни (SF-36) до операции и в позднем послеоперационном периоде. Полученные данные свидетельствуют, что показатели качества жизни в послеоперационном периоде повышаются во всех группах пациентов, однако наиболее высокие значения отмечают пациенты, прооперированные из мини-доступа.

Ключевые слова: первичный гиперпаратиреоз, паратиреоидэктомия, мини-доступ, доступ по Кохеру.

### THE COMPARATIVE ANALYSIS OF LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH PRIMARY HYPERTHYROIDISM IN THE LATE POSTOPERATIONAL PERIOD

V. V. Pokhozhai<sup>1</sup>, A. V. Velichko<sup>2</sup>, Z. A. Dundarov<sup>1</sup>, S. L. Zyblev<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gomel State Medical University,

<sup>2</sup>Republican Research Center for Radiation Medicine and Human Ecology, Gomel, Belarus

The aim of the study was to analyze life quality of patients with primary hyperparathyroidism in the pre- and postoperational periods. 90 patients were examined and they were divided into 3 groups depending on the type of parathyroidectomy. The survey was done by means of the short questionnaire of life quality (SF-36) before the sur-