

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 4 (229) 2014

Published in cooperation with and under the patronage
of the Tbilisi State Medical University

Издается в сотрудничестве и под патронажем
Тбилисского государственного медицинского университета

გამოიცემა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტთან
თანამშრომლობითა და მისი პატრონაჟით

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
ТБИЛИСИ - НЬЮ-ЙОРК

Содержание:

Kiladze M.A., Antadze A., Chiqobava G., Kherodinashvili G., Chubinidze M. PANCREATODUODENECTOMY AS CLASSIC AND PYLORUS-PRESERVING VARIANT: SINGLE CENTER EXPERIENCE	7
Gvenetadze Z., Danelia T., Nemsadze G., Gvenetadze G. TOPICAL DIAGNOSTICS OF TRAUMATIC CONDYLAR INJURIES AND ALLOPLASTIC RECONSTRUCTION OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT HEADS.....	10
Начкепия М.А., Ахаладзе В.М., Копалиани А.Д., Беселия К.В., Симонидзе В.Г. РАННЯЯ АКТИВИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦЕ КАК МЕРА ОПТИМИЗАЦИИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ (ОБЗОР).....	15
Грабарь В.В. ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ	21
Джаши Л.М., Гогобашвили Н.Н. МЕХАНИЗМЫ АУТОИММУНИТЕТА К КОЛЛАГЕНУ I ТИПА ПРИ ПАРОДОНТИТЕ	26
Гордиенко С.А. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ НЕСЪЕМНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	29
Шалимова А.С. КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	33
Белан О.В., Шлыкова О.А., Мамонтова Т.В., Веснина Л.Э., Кайдашев И.П. ПОЛИМОРФИЗМ 12ALA ГЕНА РЕЦЕПТОРА, АКТИВИРУЮЩЕГО ПРОЛИФЕРАЦИЮ ПЕРОКСИСОМ γ_2 , ОПРЕДЕЛЯЕТ ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	40
Рябокоть Ю.Ю. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С ПРИ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СМЕШАННОЙ КРИОГЛОБУЛИНЕМИИ	48
Скрыпник И.Н., Дубровинская Т.В., Оганисян Э.В. ОПТИМИЗАЦИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ	53
Matoshvili Z., Petriashvili Sh., Archvadze A., Azaladze I. EARLY REPOLARIZATION AS A RISK FACTOR OF ATRIAL FIBRILLATION.....	59
Piralishvili G., Chavchanidze M., Gamkrelidze I., Nikolaishvili N. EVALUATION OF STATE OPIOID SUBSTITUTION TREATMENT PROGRAM IN GEORGIA	62
Крючко Т.А., Кайдашев И.П., Пилипенко О.А., Остапенко В.П., Коленко И.А. ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ РЕГУЛЯТОРНЫХ БЕЛКОВ PPAR- γ_2 НА ПРОЯВЛЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ.....	66

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С ПРИ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СМЕШАННОЙ КРИОГЛОБУЛИНЕМИИ

Рябокоть Ю.Ю.

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

Хронический гепатит С (ХГС) остается одной из наиболее актуальных проблем современной инфектологии, что обусловлено не только прогрессирующим развитием фиброза с развитием цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы, но и высокой частотой формирования внепеченочных поражений (ВПП), прежде всего смешанной криоглобулинемии (КГЕ) [12,14]. ХГС является основной причиной развития смешанной КГЕ, которая проявляется у большинства больных, при этом длительно может протекать бессимптомно, однако со временем возникают ее клинические проявления, которые в ряде случаев выходят за пределы триады Мельтцера, постоянно дополняясь новыми симптомами [6,17]. Известно, что не существует органа или системы, которые не были бы вовлечены в патологический процесс при HCV-ассоциированной смешанной КГЕ, что предопределяет прогноз заболевания в целом [15].

В медицинской литературе по сей день особое внимание уделяется оценке качества жизни (КЖ) пациента, а именно совокупности параметров, отображающих изменения течения болезни с оценкой физического состояния, психологического благополучия, социальных взаимоотношений, функциональных способностей на определенных этапах развития заболевания и лечения, основанной на субъективном восприятии самого больного [18]. Показатели КЖ позволяют обобщенно оценить степень адаптации человека к болезни, возможность выполнения обычных функций [8].

Эмоциональные расстройства, которые вместе с физическими патологическими проявлениями обуславливают снижение КЖ, коррелируют с тяжелым течением заболевания, повышая уровень смертности [4,7]. КЖ является не только надежным и информативным методом оценки здоровья на индивидуальном и групповом уровнях, но и значимым критерием оценки эффективности лечения [8,18].

В современной медицинской литературе представлены результаты исследования КЖ больных хирургической [2], сердечно-сосудистой [1,4] и неврологической [5] патологией. В последнее время появляются работы по изучению КЖ больных хроническими гепатитами, в том числе и на фоне химиотерапии в условиях развития онкопатологии [9,13], однако влияние развития ВПП на КЖ больных ХГС не изучено.

Цель исследования – изучение качества жизни у больных хроническим гепатитом С при смешанной криоглобулинемии разной степени выраженности.

Материал и методы. В исследование были включены 305 больных ХГС, которые находились на диспансерном учете и получали лечение в гепатологическом центре Запорожской областной инфекционной клинической больницы. Среди обследованных мужчин было 176, женщин – 129. Возраст пациентов варьировал в пределах от 19 до 60 лет. Длительность ХГС с момента этиологической расшифровки диагноза составила от 1 до 17 лет. Все пациенты были включены в исследование по случайному признаку и информированному согласию.

Спектрофотометрическим методом определяли содержание криоглобулинов в сыворотке крови методом, принцип которого состоит в вычислении разницы оптической плотности раствора сыворотки крови в буфере (рН=8,6) при температурах +4°C и +37°C выполнено в Центральной научно-исследовательской лаборатории Запорожского государственного медицинского университета.

Больные ХГС разделены на группы в зависимости от наличия и степени выраженности клинико-биохимических признаков смешанной КГЕ: I группа – 68 пациентов без клинико-биохимических признаков смешанной КГЕ; II группа – 105 больных только с биохимическими признаками смешанной КГЕ; III группа – 104 пациента с биохимическими и отдельными (выраженная общая слабость, артралгии) клиническими признаками КГЕ-синдрома; IV группа – 28 больных с биохимическими признаками смешанной КГЕ и клинической манифестацией HCV-ассоциированного геморрагического КГЕ-васкулита, артралгий, выраженной общей слабости (триады Мельтцера).

Для оценки КЖ больных ХГС и 30 здоровых лиц контрольной группы был использован общий опросник SF-36, который большинство исследователей считают наиболее апробированным и валидным [11,16]. Опросник SF-36 включает 36 вопросов, объединенных в 11 разделов, для оценки 8 сфер общего благополучия. Согласно SF-36, наиболее высокая оценка указывает на лучшее КЖ. Количественно оценивали показатели:

- 1) General Health (GH) – общее состояние здоровья - оценка собственного состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.
- 2) Physical Functioning (PF) – физическое функцио-

нирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.).

3) Role-Physical (RP) - влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности).

4) Role-Emotional (RE) - влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы и повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения).

5) Social Functioning (SF) - социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность.

6) Bodily Pain (BP) - интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне его.

7) Vitality (VT) - жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным).

8) Mental Health (MH) - самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Статистическую обработку данных исследований проводили на персональном компьютере с использованием сформированной базы данных пациентов и здоровых лиц в программе «STATISTICA® for Windows 6.0» (StatSoft Inc., № AXXR712D833214FAN5). Все специальные результаты исследования представлены в виде $Me (Q_{25} - Q_{75})$, где Me – медиана, Q_{25} – нижний квартиль, Q_{75} – верхний квартиль. Для оценки достоверности разницы использовали критерий Манна-Уитни – для количественных признаков; метод хи-квадрат (χ^2) для качественных признаков. Для оценки степени связи между признаками применяли метод ранговой корреляции с вычислением коэффициента Спирмена (r).

Результаты и их обсуждение. Анализ проведенных исследований выявил, что у больных ХГС при отсутствии клинических проявлений КГЕ-синдрома (пациенты I и II групп) параметры, отражающие влияние физического (RP) и эмоционального (RE) состояния на ролевое функционирование не отличались от аналогичных показателей здоровых людей ($p > 0,05$), что свидетельствует о сохранении способности этих пациентов к выполнению будничной и профессиональной деятельности, включая затрату времени, объем выполненной работы и ее качество. Однако у пациентов этих групп показатели социального функционирования (SF), жизнеспособности (VT), наличия болевых ощущений (BP), физического функционирования (PF), самооценки психического здоровья, характеризующей настроение

(MH), оказались достоверно ниже, чем у здоровых людей, что в конечном итоге отразилось на снижении оценки пациентами I и II групп общего состояния своего здоровья (GH) (таблица 1).

Наиболее значимое снижение показателей КЖ у больных ХГС зафиксировано при манифестации клинических признаков КГЕ-синдрома. У больных III и IV групп параметр, отражающий интенсивность боли и влияние ее на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне его (BP); показатель влияния физического состояния на ролевое функционирование (RP); параметр физического функционирования, отражающего степень, лимитирующую выполнение физических нагрузок, таких как ходьба, подъем по лестнице, перенос тяжестей (PF), и, соответственно, показатель оценки общего состояния здоровья на момент обследования (GH) были достоверно ниже не только по сравнению со здоровыми лицами, но и по сравнению с больными ХГС I и II групп. Следует отметить, что у больных IV группы при наличии у всех пациентов клинической манифестации геморрагического КГЕ-васкулита, проявившегося наличием на коже нижних конечностей множественных геморрагических элементов сыпи в сочетании с выраженной общей слабостью, наличием артралгий и, соответственно, формированием триады Мельцера показатель RE, отражающий влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагающее оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, был достоверно ниже не только по сравнению со здоровыми людьми, но и по сравнению с больными ХГС II группы (таблица 1).

Клинический анализ выявил, что у больных ХГС III и IV групп зафиксировано наличие широкого спектра других ВПП. Следует отметить, что НCV-ассоциированное поражение почек развилось только у больных с клинико-биохимическими признаками КГЕ-синдрома, а частота развития гломерулонефрита была выше у больных с клинической манифестацией геморрагического КГЕ-васкулита ($\chi^2=3,69$, $p < 0,05$), чем у пациентов III группы. Кроме того, у пациентов III и IV групп зафиксирован ряд ВПП, которые не регистрировались среди больных ХГС I и II групп, в том числе сенсорная полинейропатия, синдром Рейно, В-клеточная неходжкинская лимфома, фиброзирующий альвеолит. У больных ХГС III группы чаще, чем у пациентов II группы, регистрировался сухой синдром ($\chi^2=15,38$, $p < 0,01$) и красный плоский лишай ($\chi^2=3,74$, $p < 0,05$), а у пациентов IV группы чаще, чем у больных II группы регистрировались сухой синдром ($\chi^2=5,46$, $p < 0,05$) и поздняя кожная порфирия ($\chi^2=3,84$, $p < 0,05$). При этом степень выраженности смешанной КГЕ не влияла на частоту развития НCV-ассоциированного поражения щитовидной железы (таблица 2).

Таблица 1 Показатели КЖ больных ХГС в зависимости от степени выраженности смешанной КГЕ, Ме ($Q_{25} - Q_{75}$)

Показатель	Здоровые лица (n=30)	Больные ХГС (n=305)			
		I группа (n=68)	II группа (n=105)	III группа (n=104)	IV группа (n=28)
GH	80,0 (75,0-85,0)	55,0 (46,0 – 67,0) *	60,0 (45,0 – 67,0) *	53,5 (40,0 – 60,0) * ** ***	45,0 (27,5 – 58,5) * ** ***
PF	95,0 (95,0 – 100,0)	95,0 (85,0 – 100,0) *	90,0 (75,0 – 100,0) *	80,0 (60,0 – 90,0) * ** ***	72,5 (60,0 – 90,0) * ** ***
RP	95,0 (90,0 – 95,0)	75,0 (25,0 – 100,0)	100 (25,0 – 100,0)	25,0 (0 – 75,0) * ** ***	25,0 (0 – 87,5) * ** ***
RE	75,0 (75,0 – 80,0)	67,0 (34,0 – 100,0)	100,0 (34,0 – 100,0)	67,0 (0 – 100) *	67,0 (0 – 67,0) * ** ***
SF	85,0 (85,0 – 90,0)	50,0 (38,0 – 50,0) *	50,0 (38,0 – 50,0) *	50,0 (38,0 – 50,0) *	50,0 (38,0 – 50,0) *
BP	95,0 (90,0 – 95,0)	74,0 (62,0 – 100,0) *	80,0 (52,0 – 100,0) *	57,0 (41,0 – 84,0) * ** ***	53,0 (41,0 – 84,0) * ** ***
VT	85,0 (80,0 – 90,0)	58,0 (45,0 – 70,0) *	60,0 (50,0 – 75,0) *	50,0 (30,0 – 65,0) * ** ***	57,5 (45,0 – 65,0) *
MH	80,0 (80,0 – 85,0)	66,0 (54,0 – 72,0) *	64,0 (48,0 – 76,0) *	56,0 (44,0 – 68,0) *	68 (50,0 – 76) *

примечания: * - различия достоверны по сравнению со здоровыми людьми ($p=0,00001 - 0,04$);

** - по сравнению с больными ХГС I группы ($p=0,00002 - 0,04$);

*** - по сравнению с больными ХГС II группы ($p=0,0009 - 0,049$)

Таблица 2. Частота выявления ВПП у больных ХГС в зависимости от степени выраженности смешанной КГЕ

Признак	Больные ХГС (n=305)			
	I группа (n=68)	II группа (n=105)	III группа (n=104)	IV группа (n=28)
выраженная общая слабость	-	-	104 (100 %) *	28 (100 %) *
артралгии	-	-	84 (80,8 %) *	27 (96,4 %) **
гемморагический васкулит	-	-	-	28 (100 %)
триада Мельцера	-	-	-	27 (96,7 %)
поражение почек	-	-	10 (9,6 %)	5 (17,9 %) **
сенсорная полинейропатия	-	-	3 (2,9 %)	1 (3,6 %)
синдром Рейно	-	-	3 (2,9 %)	2 (7,1 %)
сухой синдром	2 (2,9 %)	7 (6,7 %)	28 (26,9 %) *	6 (21,4 %) *
поздняя кожная порфирия	-	1 (0,9 %)	3 (2,9 %)	2 (7,1 %) *
красный плоский лишай	1 (1,5 %)	1 (0,9 %)	6 (5,8 %) *	-
фиброзирующий альвеолит	-	-	-	1 (3,6 %)
неходжкинская лимфома	-	-	3 (2,9 %)	1 (3,6 %)
тиреопатия	8 (11,8 %)	14 (13,3 %)	20 (19,2 %)	6 (21,4 %)

примечания: * - различия достоверны ($p<0,05-0,01$) по сравнению с больными ХГС II группы;

** - по сравнению с больными III группы ($p<0,05-0,01$)

Выявленное наиболее выраженное снижение показателей КЖ у больных ХГС при клинической манифестации КГЕ-синдрома свидетельствует о взаимосвязи степени выраженности смешанной КГЕ и КЖ больных ХГС и подтверждает, что клинические проявления КГЕ-синдрома, сопровождающиеся наиболее выраженным снижением показателей КЖ, возникали на фоне высокого количественного содержания смешанных

криоглобулинов. Так, показатель содержания смешанных криоглобулинов у больных III группы составил 4,1 (3,7 – 4,7) опт.ед, у пациентов IV группы – 5,0 (4,1 – 5,3) опт.ед и, соответственно, был выше, чем у больных ХГС II группы – 3,8 (3,2 – 4,1) опт.ед ($p=0,0001-0,0003$). Кроме того, у больных IV группы показатель содержания смешанных криоглобулинов в сыворотке крови был выше ($p=0,0003$), чем у больных ХГС III группы.

Выявленную закономерность подтверждали также отрицательные коррелятивные связи между количественным содержанием смешанных криоглобулинов в сыворотке крови и показателями GH ($r = -0,37$, $p < 0,05$), PF ($r = -0,45$, $p < 0,05$) и RP ($r = -0,36$, $p < 0,05$).

В последние годы отмечается повышенный интерес исследователей к оценке КЖ у больных хроническими вирусными гепатитами и поиску факторов, влияющих на ее состояние. По данным Дудник О.В. [3], наиболее значимыми показателями, определяющими КЖ у больных хроническими вирусными гепатитами, является прием алкоголя, ко-инфицирование другими вирусами, парентеральное употребление психоактивных веществ. Другими исследователями [10], по результатам оценки КЖ на основе опросника SF-36 сделан вывод, что у больных ХГС, в основном, страдает физический и ментальный статус, независимо от возраста, пола, материального положения, места жительства и уровня образования, что позволило авторам рекомендовать до начала медикаментозного лечения этих пациентов проведение терапии, направленной на психосоциологическую поддержку для улучшения восприятия уровня своего здоровья.

Выводы:

1. У больных хроническим гепатитом С при отсутствии смешанной криоглобулинемии и наличии только ее биохимических признаков, параметры, отражающие влияние физического и эмоционального состояния на ролевое функционирование, не отличаются от показателей здоровых лиц, что свидетельствует о сохранении способности к выполнению будничной и профессиональной деятельности, включая затрату времени, объем выполненной работы и ее качество. Однако показатели социального функционирования, самооценка психического здоровья, характеризующая настроение и общее состояние своего здоровья ниже, чем у здоровых людей.
2. Рост показателей количественного содержания смешанных криоглобулинов приводит к манифестации клинических признаков HCV-ассоциированного криоглобулинемического синдрома с последующим развитием геморрагического васкулита, формированием триады Мельцера, присоединением других внепеченочных проявлений и сопровождается снижением оценки пациентами общего состояния их здоровья за счет ухудшения влияния физического состояния на ролевое функционирование, снижения физического функционирования, отражающего степень, в которой здоровье лимитирует выполнение обычных физических нагрузок, а также снижения уровня эмоционального состояния, предполагающее оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы и другой повседневной деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурсиков А.В., Тетерин Ю.С., Петрова О.В. Типы отношения к болезни, качество жизни и приверженность к лечению в дебюте гипертонической болезни. Клиническая медицина 2007; 8: 44-46.
2. Ганжий В.В., Танцура П.Ю. Качество жизни пациентов с торофическими язвами различного генеза до и после аутодермопластики. Запорожский мед. журнал 2010; 1: 7-9.
3. Дудник О.В. Качество жизни и возможность его улучшения у больных хроническими гепатитами В и С. Автореф. дис...канд. мед.наук. М.: 2013: 22.
4. Ибатов А.Д. Особенности течения ишемической болезни и качество жизни больных с различным уровнем тревожных нарушений. Тер. архив 2007; 12: 35-38.
5. Левин О.С., Сагова М.М., Голубева Л.В. Качество жизни больных дисциркуляторной энцефалопатией с умеренными когнитивными расстройствами. Российский мед журнал 2006; 3: 25-28.
6. Мальков П.Г., Данилова Н.В., Москвина Л.В. Внепеченочные осложнения хронического вирусного гепатита С. Успехи современного естествознания 2008; 11: 36-42.
7. Сидорчук Л.П., Дроздовська Г.В., Никифорчук Г.М. Якість життя і тривожність хворих на есенціальну гіпертензію, зміни під впливом лікування. Одеський медичний журнал 2007; 2: 43-47.
8. Симоненко В.Б., Стеклов В.И. Качество жизни у кардиологических больных. Клиническая медицина 2007; 3: 11-15.
9. Abdo A.A. Hepatitis C and poor quality of life is it the virus or the patients? Saudi Journal Gastroenterol. 2008; 14: 109-113.
10. Afaf Abd ElAziz Basal, Kamel E., Nafady H. Studying the quality of life of chronic hepatitis C patients and the associated factors. Journal of American Science 2011; 7: 649-655.
11. Corcoran W., Durham C.F. Quality of life as an outcome-based evaluation of coronary artery bypass graft critical paths using the SF-36. Qual. Manag. Helth. Care 2000; 8: 72-81.
12. Donald Mebust. Mixed cryoglobulinemia: an unusual presentation of hepatitis C. The Permanente Journal 2013; 17: 112-113.
13. Farrell C., Brearley S.G. The impact of chemotherapy-related nausea on patients' nutritional status, psychological distress and quality life. Support Care Cancer 2013; 21: 59-66.
14. Marcellin P., Asselah T. Viral hepatitis: impressive advances but still a long way to eradication of the disease. Liver International. 2014; 34, Suppl.1: 1-3.
15. Mei-Hsuan Lee, Hwai-I. Yang, Sheng-Nan Lu et al. Chronic hepatitis C virus infection increases mortality from hepatic and extrahepatic diseases: a community-based long-term prospective study. The Journal of infectious diseases 2013; 206: 469-477.

16. Mihaila V., Enachescu D., Davila C. General Population Norms for Romania using the Short Form 36 Health Survey (SF-36). *QL News Letter* 2001; 26: 17-18.
17. Sene D., Lima N. Hepatitis C virus-associated extrahepatic manifestations: a review. *Metabolic Brain Disease* 2004; 19: 357-381.
18. Smith J.J., Guest M.G., Greenhalgh R.M. Measuring the quality of life in patient with ulcers. *Journal Vasc. Surg.* 2000; 31: 642-649.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C AT DIFFERENT DEGREES OF EXPRESSION OF MIXED CRYOGLOBULINEMIA

Ryabokon Yu.

Zaporozhye State Medical University, Zaporozhye, Ukraine

The article investigates the quality of life of 305 patients with chronic hepatitis C. It was revealed that in the absence of mixed cryoglobulinemia but in the presence of its biochemical signs the effect of physical conditions and emotional state on role functioning don't differ from those of the healthy people. However indicators of social functioning, self-rating of mental health and the general state of health are decreased. Increase of the quantitative maintenance of the mixed cryoglobulins in blood serum of patients with chronic hepatitis C leads to clinical manifestations of the HCV-related cryoglobulinemia syndrome accompanied by the decrease of self assessment of health by patients due to the deterioration of influence of a physical conditions and emotional state on role functioning.

Keywords: chronic hepatitis C, mixed cryoglobulinemia, quality of life.

РЕЗЮМЕ

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С ПРИ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СМЕШАННОЙ КРИОГЛОБУЛИНЕМИИ

Рябокоть Ю.Ю.

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

В статье представлены материалы, полученные в процессе обследования 305 больных хроническим гепатитом С. Показано, что у больных хроническим

гепатитом С при отсутствии смешанной криоглобулинемии и наличии только ее биохимических признаков параметры, отражающие влияние физического и эмоционального состояния на ролевое функционирование, не отличаются от таковых у здоровых лиц. Однако показатели социального функционирования, самооценка психического здоровья и общего состояния здоровья понижены.

Рост показателей количественного содержания смешанных криоглобулинов в сыворотке крови больных хроническим гепатитом С приводит к манифестации клинических признаков HCV-ассоциированного криоглобулинемического синдрома и сопровождается снижением оценки пациентами общего состояния здоровья за счет ухудшения влияния физического и эмоционального состояния на ролевое функционирование.

რეზიუმე

ქრონიკული C ჰეპატიტით დაავადებულთა ცხოვრების ხარისხი შერეული კრიოგლობულინემიის სხვადასხვა გამოხატვის პირობებში

ი. რიაბოკონი

ზაპოროჟიეს სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, ზაპოროჟიე, უკრაინა

სტატიაში წარმოდგენილია ქრონიკული C ჰეპატიტით დაავადებული 305 ავადმყოფის გამოკვლევის პროცესში მიღებული შედეგები. ასახულია, რომ ქრონიკული C ჰეპატიტით დაავადებულთა თვის შერეული კრიოგლობულინემიის და მისი ბიოქიმიური ნიშნების არსებობის შემთხვევაში როლურ ფუნქციონირებაზე ფიზიკური და ემოციური მდგომარეობის ზეგავლენის ამსახველი პარამეტრები ჯანმრთელი ადამიანების მანვენებლებისაგან არ განსხვავდება, ხოლო სოციალური ფუნქციონირების მანვენებლები, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ზოგადი მდგომარეობის თვითშეფასება დაქვეითებულია.

ქრონიკული C ჰეპატიტით დაავადებულთა სისხლის შრატში შერეული კრიოგლობულინემიის რაოდენობის ზრდა იწვევს HCV-სთან ასოცირებული კრიოგლობულინემიური სინდრომის კლინიკური ნიშნების მანიფესტაციას, რასაც თან ახლავს პაციენტების მიერ საკუთარი ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობის დაბალი შეფასება ფიზიკური და ემოციური მდგომარეობის ნეგატიური ზეგავლენის გამო როლურ ფუნქციონირებაზე.