

Анализ качества жизни больных циррозом печени с портальной гипертензией после портосистемного шунтирования Ф.Г.НАЗЫРОВ, А.В.ДЕВЯТОВ, А.Х.БАБАДЖАНОВ, Л.Л.МАРДОНОВ

Analysis of quality of life of patients suffered from liver cirrhosis with portal hypertension after portosystemic shunt F.G.NAZYROV, A.V.DEVYATOV, A.Kh.BABADJANOV, L.L.MARDONOV

Республиканский специализированный центр хирургии им. академика В.Вахидова, Узбекистан, г. Ташкент

Проведен анализ качества жизни у 248 больных циррозом печени с портальной гипертензией после портосистемного шунтирования. В исследовании применен специальный вопросник, разработанный Younossi Z.M. et al. (1999) для пациентов с хроническими заболеваниями печени – The Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ). Доказано, что портосистемное шунтирование не только не ухудшает индекс качества жизни больных с угрозой кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, но и несколько улучшает это значение. В отдаленный период после шунтирования прогрессирующий патологический процесс в печени способствует развитию функциональной неполноценности гепатоцитов, что в условиях адекватной декомпрессии является основной причиной фатального исхода заболевания. Эта тенденция получена по всем параметрам оценки индекса качества жизни с постепенным ухудшением показателей по мере увеличения сроков наблюдения.

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия

On the basis of the anthropometric survey of 94 patients with acute appendicitis shows the relationship of the location Wales (typical and atypical) and somatotyp man (dolyhomorfny, mesomorphic, brahimorfny), the influence of the type of physique of a patient to the clinic of acute appendicitis. A typical clinic appendicitis was observed in patients mesomorphic type of build with media location of Wales; the persons brahimorfny type of physique most often met pelvic, medial the location of Wales and the symptoms of pelvic pathology (23,9%); the dolyhomorfny patients most often identified retrocaecalis and subhepatic the location of Wales, in 3.9% of cases was the differential diagnosis with renal colic and in 13,17% - with pathology of the liver and bile passages.

Key words: cirrhosis, portal hypertension

В современной хирургии портальной гипертензии (ПГ) портосистемное шунтирование (ПСШ) сохраняет свои приоритеты в плане профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) [4, 7, 9, 12]. Независимо от правовых норм и уровня развития хирургической службы в различных странах значимость этого вмешательства остается на высоком уровне. Если рассматривать роль ПСШ в странах, где на потоке выполняется трансплантация печени, то этот этапный вариант коррекции ПГ позволяет снизить риск развития фатальных геморрагий и, тем самым, дает возможность удлинить период ожидания донорского органа для пациентов, включенных в листы ожидания трансплантации печени [1, 8, 10, 11]. В свою очередь, в странах, где по тем или иным причинам трансплантация печени не выполняется, ПСШ является основным методом хирургического лечения ПГ [4].

В научно-клиническом плане интерес представляет анализ качества жизни больных циррозом печени (ЦП) после ПСШ. Декомпрессивный эффект ПСШ позволяет нивелировать фактор развития геморрагического синдрома, однако в условиях функционирующего шунта основной причиной неудовлетворительных

результатов является прогрессирующая гепатоцеллюлярная недостаточность на фоне ЦП [2, 5, 13, 14].

Проведен анализ качества жизни не только в общей группе больных ЦП после ПСШ, но и в зависимости от типа портальной декомпрессии, то есть после селективного шунтирования – дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА) и после различных вариантов центральных спленоренальных шунтов (ЦСРА), куда вошли спленосупраренальный анастомоз (ССРА), латеролатеральный спленоренальный анастомоз (ЛЛСРА), спленоренальный анастомоз с Н-вставкой из внутренней яремной вены справа (Н-СРА) и проксимальный спленоренальный анастомоз со спленэктомией (ПСРА).

Материалы и методы

Для оценки качества жизни использован специальный вопросник, разработанный Younossi Z.M. et al. (1999) для пациентов с хроническими заболеваниями печени – The Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ). CLDQ – это первый специальный специфический документ для оценки качества жизни, который включает 29 пунктов, распределенных по следующим 6 доменам: абдоминальные симптомы, усталость, си-

стемные симптомы, активность, эмоциональное состояние и беспокойство. Ответ респондентов включал 7 возможных вариантов: от «все время» до «никогда». С учетом того, что в нашей стране пока не выполняется трансплантация печени, последний 29 вопрос (Сколько раз в течение последних двух недель Вас беспокоила мысль о доступности печени если вам нужна будет трансплантация печени?) был исключен из вопросника. Соответственно пациенты отвечали на 28 вопросов, по которым определялась средняя сумма баллов в целом (максимум 196 баллов) и по различным вопросам в отдельных доменах (от 1 до 7 баллов). При этом чем выше показатель, тем лучше качество жизни.

Также в нашем исследовании мы применили визуальные аналоговые шкалы (ВАШ), представляющие собой отрезки прямой длиной 10 см, на концах которых отмечены противоположные состояния пациента (соответствует крайним значениям шкалы Likert – «всегда» или «никогда») [3, 6]. Пациенты заполняли две шкалы, по которым оценивался индекс качества жизни, связанный с ощущением общего благополучия и со здоровьем. Оба этих показателя оценивались от 0 до 100%, при этом, чем выше показатель, тем лучше качество жизни.

Анализ качества жизни проведен у 248 больных ЦП после ПСШ, оперированных за период с 2001 по 2010 гг. ДСРА был наложен у 135 (54,4%) пациентов, ПСРА выполнен у 14 (5,6%) больных, ЛЛСРА – у 34 (13,7%), Н-СРА – у 21 (8,5%) и ССРА у 44 (17,7%) больных. Средний возраст больных на момент операции составил $28,4 \pm 4,7$ лет.

Согласно всем 28 вопросам анкеты, максимальный суммарный показатель баллов составил 196. Для сравнения показателя качества жизни у больных ЦП в группу контроля было включено 50 больных, обследованных по такому же принципу. Следует отметить, что для чистоты исследования в группу контроля были включены здоровые лица, сопоставимые по возрасту ($27,9 \pm 4,2$ лет), полу и месту жительства. Наиболее часто анкетировались родственники пациентов (братья, сестры и т.д.). Результаты анкетирования были распределены на следующие временные промежутки после ПСШ: 3, 6, 12; 3 года, 5 лет и более 5 лет.

Результаты и их обсуждение

В группе контроля средний показатель суммы баллов по всем вопросам составил $163,1 \pm 1,2$. Хронический диффузный процесс в печени обуславливал постепенное ухудшение качества жизни больных, что отражает динамика снижения общей суммы баллов в различные сроки после ПСШ. Так, в сроки до 3 месяцев после ПСШ сумма баллов по CLDQ составила $123,9 \pm 1,31$, что достоверно отличалось от группы контроля ($P < 0,001$). В дальнейшем достоверное снижение суммы баллов по отношению к предыдущему показателю отмечено в сроки до 1 года наблюдения ($116,2 \pm 1,01$, $P < 0,05$) и к периоду более 5 лет после ПСШ ($85,7 \pm 1,41$) (табл. 1).

Особый интерес представляет анализ по оценке качества жизни до и после ПСШ. Декомпрессивный эффект шунтирующих вмешательств направлен только на коррекцию осложнений ПГ и по своей сути, как и любое оперативное вмешательство, может усугубить функциональное состояние печени. Однако с другой стороны, за последние годы существенно ужесточены показания к этим вмешательствам. Наряду с оценкой риска возможного кровотечения из ВРВПЖ особое внимание уделяется состоянию остальных органов и систем, в частности, выраженности синдрома гиперспленизма, функциональному статусу гепатоцитов, неврологической симптоматике на фоне печеночной энцефалопатии и т.д. В совокупности с улучшением качества выполнения шунтов учет этих особенностей позволил значительно снизить риск специфических постшунтовых осложнений.

Мы проанализировали группу из 32 больных ЦП, у которых анализ качества жизни был проведен до и после ПСШ. При этом, все пациенты до ПСШ в течение последнего месяца перенесли эпизод кровотечения из ВРВПЖ, остановленный консервативно. Сводные результаты оценки качества жизни показали, что до шунтирования показатели оказались достоверно хуже, чем в ближайшие сроки после операции. Конечно, это обусловлено не только декомпрессивным эффектом ПСШ, но и эмоциональным или психологически позитивным состоянием пациентов, перенесших операцию. Однако, все же особое значение больные придавали и объективным признакам улучшения состояния. Регресс синдрома ПГ и его осложнений обуславливал не только снижение риска кровотечения из ВРВПЖ, что уже само по себе субъективно положительно отражается на неврологическом статусе больных, но и изменении других объективных критериев оценки собственного здоровья. В частности, умень-

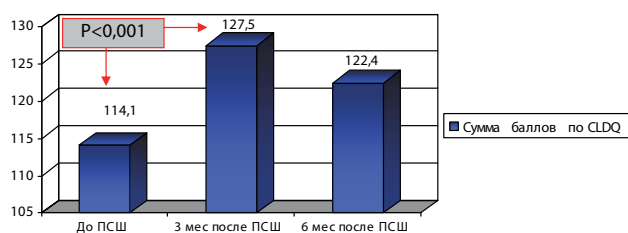


Рис. 1. Показатель качества жизни у больных циррозом печени до и после ПСШ (n=32).

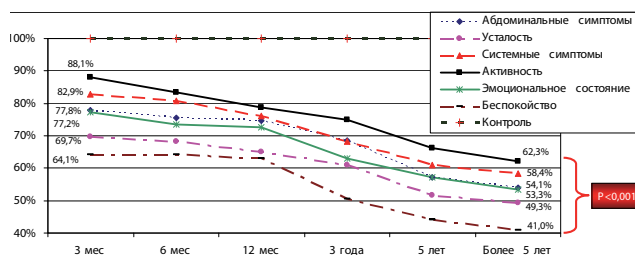


Рис. 2. Динамическая кривая показателя качества жизни по основным доменам CLDQ по отношению к контролю.

Таблица 1

Средняя сумма баллов по CLDQ в различные сроки наблюдения по отношению к контролю

Показатель	Контроль	3 мес.	6 мес.	12 мес.	3 года	5 лет	Более 5 лет
Количество больных	50	165	112	94	78	31	21
Средняя сумма баллов (М)	163,1	123,9	120,1	116,2	103,4	90,9	85,7
Стандартное отклонение	13,2	14,6	16,4	10,8	16,7	14,7	15,8
Стандартная ошибка (m)	1,20	1,31	1,41	1,01	1,47	1,34	1,41
T-критерий (P) к предыдущему показателю		<0,001	>0,05	<0,05	<0,001	<0,001	<0,05

Таблица 2

Средний балл показателя качества жизни по шкалам физического и психологического состояния у больных циррозом печени

Шкалы оценки качества жизни	Контроль	3 мес.	6 мес.	12 мес.	3 года	5 лет	Более 5 лет
Шкала физического состояния	5,9	4,6	4,5	4,3	3,9	3,4	3,2
Стандартное отклонение	0,6	0,6	0,6	0,7	0,5	0,5	0,5
Стандартная ошибка (m)	0,08	0,05	0,05	0,07	0,05	0,08	0,10
T-критерий (P) по отношению к предыдущему показателю		<0,001	>0,05	<0,05	<0,001	<0,001	>0,05
Шкала психологического состояния и субъективного восприятия своего здоровья	5,8	4,2	4,1	4,0	3,4	3,0	2,8
Стандартное отклонение	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Стандартная ошибка (m)	0,09	0,05	0,05	0,06	0,06	0,10	0,12
T-критерий (P) по отношению к предыдущему показателю		<0,001	>0,05	>0,05	<0,001	<0,01	>0,05
T-критерий (P) к шкале физического состояния		<0,001	<0,001	<0,01	<0,001	<0,01	>0,05

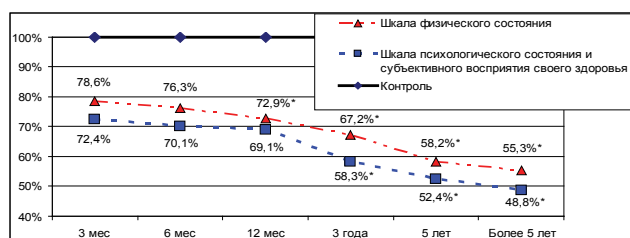


Рис. 3. Динамическая кривая показателя качества жизни у больных циррозом печени после ПСШ по шкалам физического и психологического состояния. Примечание: * - достоверность отличия ($P < 0,05$) от предыдущего показателя.

шение или исчезновение отечно-асцитического синдрома, этиологическим фактором которого являлась не только белковосинтетическая несостоятельность гепатоцитов, но и нарастающая ПГ. Также, снижение портального давления положительно сказывается на дискомфорте, связанным с синдромом спленомегалии, так как ПСШ способствует уменьшению размеров селезенки. В ряде случаев больные отмечают другие неспецифические улучшения, например в отношении диспепсических расстройств. В целом, оценка качества жизни в ближайший срок после ПСШ достоверно доказала эффективность этих вмешательств не только в плане профилактики кровотечения из ВРВПЖ, но и в субъективной оценке собственного здоровья. Тем самым, при соблюдении всех необходимых условий

по состоянию пациентов на момент операции, а также соответствующих рекомендаций после вмешательства, ПСШ позволяет сохранить уровень качества жизни больных ЦП, который в дальнейшем будет зависеть только от степени прогрессирования патологического процесса в печени. Так, если до операции средняя сумма баллов составила $114,1 \pm 1,4$, то в сроки через 3 месяца после ПСШ – $127,5 \pm 1,7$, что достоверно ($P < 0,001$) отличалось от исходного показателя (рис. 1). В свою очередь к 6 месяцам наблюдения показатель качества жизни снизился до $122,4 \pm 1,8$.

Далее рассмотрены средние баллы показателя качества жизни по основным доменам вопросника CLDQ. В сроки до 3 месяцев наблюдения наиболее низкие баллы получены по доменам: усталость – $4,0 \pm 0,03$; активность – $4,4 \pm 0,03$; эмоциональное состояние – $4,2 \pm 0,03$ и беспокойство – $4,1 \pm 0,07$. По всем указанным значениям показатели отличались от контроля с высокой степенью достоверности ($P < 0,001$). В свою очередь, снижение относительного значения среднего балла существенно не отличалось по всем доменам (равномерное снижение кривых на 20,3-25,8% от показателя в сроки до 3 месяцев наблюдения к значению в сроки более 5 лет). Однако, их истинное сопоставление по отношению к контролю было более выраженным, составив в сроки более 5 лет наблюдения всего 41,0%

к контролю по домену «беспокойство» и максимально 62,3% к контролю по домену «активность» (рис.2).

Сравнительный анализ качества жизни по шкалам физического состояния (домены: абдоминальные симптомы, усталость, системные симптомы, активность), психологического состояния и субъективного восприятия своего здоровья (домены: эмоциональное состояние, беспокойство) показал, что прогрессивное ухудшение качества жизни больных после ПСШ происходит к 3-5 годам наблюдения ($P < 0,001$), а в более поздние сроки средний балл по указанным шкалам достоверно не отличался от предыдущего значения. В свою очередь, оказалось, что фактор психологической нагрузки имеет более принципиальное значение для больных ЦП, чем фактор физического состояния. Так, уже в сроки 3 месяца после ПСШ показатели по этим шкалам достоверно отличались в сторону меньшего значения по шкале психологического статуса ($4,6 \pm 0,05$ балла против $4,2 \pm 0,05$, $P < 0,001$). В дальнейшем отсутствие достоверной разницы определено только в сроки более пяти лет наблюдения ($3,2 \pm 0,1$ против $2,8 \pm 0,12$) (табл. 2).

Психологический статус у пациентов с хронической диффузной патологией печени напрямую зависит от функциональной активности гепатоцитов. Прогрессирующий цирротический процесс нарушает все функции печени, из которых одной из основных является детоксикационная. Наиболее частым осложнением ЦП, достигающим 60-90%, является печеночная энцефалопатия (ПЭ), основным этиологическим фактором которой является нарушение детоксикации аммиака в печени. Следует отметить, что именно прогрессирование этого осложнения на фоне других клинических проявлений печеночной недостаточности, при декомпенсации функции печени приводит к развитию печеночной комы, летальность от которой достигает 90%. То есть другими словами, в условиях отсутствия риска развития геморрагического синдрома именно прогрессирующая печеночная недостаточность с энцефалопатией является основной причиной фатального исхода. Отсюда и более выраженные изменения качества жизни по шкале психологического состояния, так как латентная форма энцефалопатии является наиболее ранним проявлением нарастающей печеночной недостаточности, а появление ее клинических признаков, связанных, прежде всего, с неврологическим статусом на фоне аммиачной интоксикации, говорит о значительном снижении функции печени. Эти особенности требуют не только тщательного дооперационного обследования больных с выявлением степени выраженности ПЭ, но и проведения специфических консервативных мероприятий. Если рассмотреть уровень качества жизни больных ЦП после ПСШ по шкалам физического и психологического состояния по отношению к контролю (рис. 3), то отчетливая тенденция к его снижению определяется на всех этапах после операции. При этом показатель по шкале

психологического состояния уже в сроки к 3 месяцам после ПСШ был достоверно ниже, чем значение по шкале физического состояния.

Параллельно анкетированию по вопроснику CLDQ проводилось исследование по упрощенному способу определения качества жизни по ВАШ. Если в группе контроля индекс качества жизни по ВАШ общего благополучия (ИКЖОБ) составил $82,4 \pm 2,8\%$ (из максимальных 100%), то у больных ЦП после ПСШ в сроки до 3 месяцев наблюдения это значение составило $71,2 \pm 5,1\%$ ($P < 0,001$), а к срокам более 5 лет снизилось до $49,7 \pm 7,4\%$. Индекс качества жизни по ВАШ здоровья в контроле составил $78,3 \pm 3,1\%$, тогда как при ЦП – $64,5 \pm 4,7\%$ ($P < 0,001$) в сроки до 3 месяцев после ПСШ и только $42,6 \pm 4,8\%$ в сроки более 5 лет наблюдения.

Для оценки качества жизни больных в зависимости типа портальной декомпрессии мы распределили больных, прослеженных в отдаленном периоде, на две группы. В первую включено 135 пациентов, которым выполнено селективное ПСШ – ДСРА. Во вторую группу включено 113 больных после центральных вариантов ПСШ (ЛЛСРА – 34; ССРА – 44; Н-СРА – 21 и ПСРА – 14).

Независимо от типа шунтирования отмечается ухудшение показателя качества жизни в отдаленные сроки. Так, при селективной декомпрессии средний балл по всем вопросам CLDQ составил $4,3 \pm 0,04$ в сроки 3 месяца после операции и только $3,0 \pm 0,06$ балла в сроки более 5 лет наблюдения; после центральной декомпрессии $4,6 \pm 0,06$ – $3,1 \pm 0,05$ балла. Фактически по всем периодам отмечено достоверное снижение уровня качества жизни. При этом следует отметить, что после ДСРА средний балл в сроки до 3 и 6 месяцев наблюдения оказался достоверно меньшим ($P < 0,001$), чем после центральных анастомозов. Это можно объяснить тем, что селективная декомпрессия в эти сроки может не привести к адекватной разгрузке портального бассейна, что может сопровождаться не только медленным регрессом ВРВПЖ и синдрома спленомегалии, но и такими осложнениями как транзиторный асцит или даже кровотечение из ВРВПЖ на фоне функционирующего шунта. Однако уже в сроки до года после ПСШ эта тенденция полностью нивелировалась и показатели качества жизни выровнялись (табл. 3).

При этом следует учитывать, что это касалось исследования по среднему показателю по всем 28 вопросам, тогда как анализ по 6 доменам вопросника CLDQ показал более детальную картину. Так, по первым четырем доменам, включающим 16 из 28 вопросов, выявлено несколько лучшее качество жизни после центральных шунтов, но опять же только до 6 месяцев после операции. В более поздние сроки показатели либо выровнялись, либо были лучше в группе ДСРА.

В отличие от центрального шунтирования после ДСРА по 5 и 6 доменам были получены большие значения показателя качества жизни. Так, по домену «эмо-

**Средний балл по всем вопросам CLDQ
в различные сроки наблюдения после селективного и центрального ПСШ**

Показатель	3 мес	6 мес	12 мес	3 года	5 лет	Более 5 лет
Селективная декомпрессия						
Количество больных	101	64	54	47	18	12
Средний балл по всем вопросам (M)	4,3	4,2	4,2	3,7	3,2	3,1
Стандартное отклонение	0,5	0,5	0,6	0,4	0,7	0,7
Стандартная ошибка (m)	0,04	0,05	0,05	0,03	0,06	0,06
T-критерий (P) по отношению к предыдущему показателю	<0,001*	>0,05	>0,05	<0,001	<0,001	<0,05
Центральная декомпрессия						
Количество больных	64	48	40	31	13	9
Средний балл по всем вопросам (M)	4,6	4,4	4,2	3,6	3,2	3,0
Стандартное отклонение	0,6	0,6	0,5	0,7	0,6	0,5
Стандартная ошибка (m)	0,04	0,05	0,06	0,06	0,05	0,05
T-критерий (P) по отношению к предыдущему показателю	<0,001*	<0,01	<0,05	<0,001	<0,001	>0,05
T-критерий (P) по отношению к группе сравнения	<0,001	<0,001	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Примечание: * - достоверность отличия от показателя в контроле.

циональное состояние» после ДСРА средний балл составил $4,4 \pm 0,04$, а после центрального ПСШ – $4,1 \pm 0,02$ ($P < 0,001$), по домену «беспокойство» – $4,2 \pm 0,06$ против $4,0 \pm 0,08$ баллов ($P < 0,001$), что свидетельствовало о более выраженных изменениях в психологическом статусе.

Именно эти вопросы отражали более высокую вероятность риска развития или прогрессирования ПЭ на фоне центральной декомпрессии. Следовательно, тип декомпрессии имеет значение для соответствующей шкалы вопросника CLDQ. Так, по шкале физического состояния селективная декомпрессия отличалась меньшим значением качества жизни, составив $4,5 \pm 0,05$ балла против $4,7 \pm 0,03$ ($P < 0,001$) в сроки до 3 месяцев. В дальнейшем это преимущество центральной декомпрессии нивелировалось и к одному году наблюдения показатели оказывались фактически равнозначными. Наиболее наглядно эту тенденцию отображает график сравнительной динамической кривой между двумя группами по отношению к контролю (100%), где после центрального ПСШ исходное значение составило $80,9 \pm 4,2\%$, а после селективного $76,5 \pm 4,7\%$ (рис. 4), тогда как 1 первому году после операции эти линии фактически сливаются, составляя в сроки более 5 лет $55,5 \pm 5,4\%$ против $55,1 \pm 5,9\%$.

В свою очередь, по шкале психологического состояния и субъективного восприятия своего здоровья выявлена противоположная картина с более высокими значениями у больных ЦП после ДСРА – $4,3 \pm 0,05$ против $4,0 \pm 0,05$ баллов. Однако, в отличие от шкалы физического состояния, по психологическому статусу тенденции к выравниванию показателя качества жизни не выявлено. По всем контрольным точкам уровень качества жизни после ДСРА по шкале психологическо-

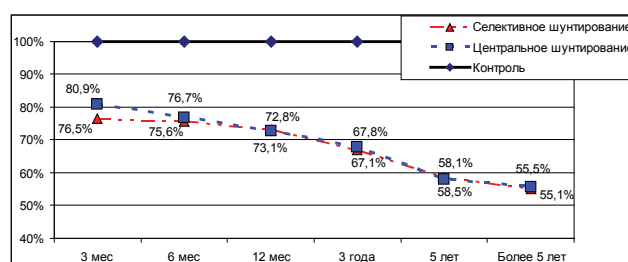


Рис. 4. Динамическая кривая показателя качества жизни у больных циррозом печени после ПСШ по шкале физического состояния.

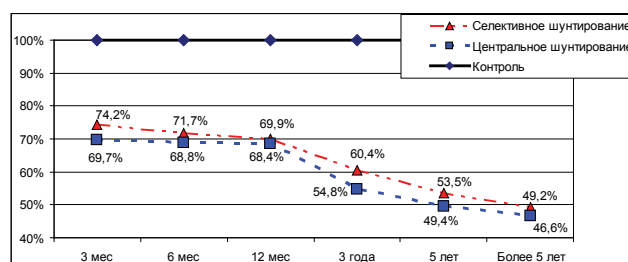


Рис. 5. Динамическая кривая показателя качества жизни у больных циррозом печени после ПСШ по шкале психологического состояния.

го состояния был выше такового после центрального шунтирования и, несмотря на незначительную относительную разницу между группами сравнения по отношению к контролю ($74,2 \pm 3,8\%$ против $69,7 \pm 4,1\%$ – 3 месяца и $49,2 \pm 5,7\%$ против $46,6 \pm 5,3\%$ – в сроки более 5 лет наблюдения), эти показатели достоверно отличались, свидетельствуя о менее выраженном проявлении синдрома ПЭ после селективной декомпрессии (рис. 5).

Сравнительный анализ качества жизни по ВАШ поле селективного и центрального шунтирования показал, что по шкале общего благополучия в сроки к 3

месяцам наблюдения показатели фактически не различались, составив $71,8 \pm 5,4\%$ и $70,6 \pm 4,8\%$. В более поздние сроки уровень качества жизни оказался достоверно выше после ДСРА ($P < 0,05 - 0,001$), составив в сроки более 5 лет наблюдения $51,3 \pm 6,9\%$ против $48,1 \pm 7,9\%$ по отношению к максимуму (100%). По шкале здоровья показатель в группе после центральных ПСШ исходно был выше – $66,6 \pm 4,5\%$ против $62,4 \pm 4,9\%$, однако уже в сроки к 6 месяцам картина стала прямо противоположной и уже значение качества жизни после ДСРА было выше ($63,7 \pm 3,3\%$ против $61,9 \pm 3,1\%$, $P < 0,001$).

Учитывая, что ПСШ является паллиативным вмешательством, направленным на коррекцию ПГ, и его основной целью является профилактика кровотечений из ВРВПЖ, особое значение в послеоперационном периоде отводится динамическим контрольным осмотрам и регулярным курсам консервативной терапии, которые для больных ЦП, в зависимости от активации патологического процесса, должны проводиться минимум 2 раза в год.

В нашем исследовании из 248 пациентов 90 (36,3%) либо не обращались на регулярный контрольный осмотр, либо не соблюдали данные после операции рекомендации. С учетом основной патологии, как качество, так и продолжительность жизни больных ЦП после ПСШ на фоне адекватно функционирующего шунта, в основном зависят от функционального резерва печени, состояние которого должно поддерживаться медикаментозными мероприятиями, направленными на коррекцию основных функций печени. Исключение составляют больные, у которых после ПСШ отмечается тромбоз шунта и рецидив кровотечения, на фоне которого быстро прогрессирует печеночная недостаточность. Этим пациентам, помимо курса специфической интенсивной терапии, после остановки кровотечения и короткого периода реабилитации, при стабильном состоянии, требуется повторное вмешательство. Операцией выбора в данных ситуациях являлось тотальное разобщение гастроэзофагеального коллектора.

Как по шкале физического состояния, так и по шкале психологического состояния в группе больных, регулярно соблюдающих рекомендации, показатели качества жизни были значительно лучше ($P < 0,001$ по всем доменам вопросника CLDQ). К 3 месяцам наблюдения по физическому состоянию средний балл составил $4,7 \pm 0,06$ против $4,4 \pm 0,03$. В более поздние сроки до 12 месяцев показатели качества жизни достоверно не изменялись у пациентов, соблюдающих рекомендации, тогда как в группе сравнения по всем периодам показатели достоверно ухудшались, составив к 3 годам наблюдения всего $3,4 \pm 0,04$ балла против $4,5 \pm 0,06$. В другие сроки пациентов с нерегулярной консервативной терапией мы не наблюдали.

Шкала психологического состояния и субъективного восприятия своего здоровья также отражала тенденцию к низкому качеству жизни у больных, не обращавшихся на контрольный осмотр или не получа-

ющих специфическую терапию. К 3 месяцам наблюдения по физическому состоянию средний балл составил $4,1 \pm 0,06$ против $4,3 \pm 0,04$ ($P < 0,001$) в группе сравнения. В более поздние сроки до 12 месяцев показатели качества жизни по этой шкале также достоверно не изменялись у пациентов, соблюдающих рекомендации, тогда как в группе сравнения по всем периодам показатели достоверно ухудшались, составив к 3 годам наблюдения всего $2,9 \pm 0,07$ балла против $3,9 \pm 0,06$.

Наиболее наглядно эту тенденцию отражает динамическая кривая по отношению качества жизни больных ЦП после ПСШ к контролю. Так, по шкале физического состояния в сроки до 3 месяцев наблюдения разница по отношению к контролю в группах сравнения составила 5,5%, однако к 3 годам наблюдения этот показатель вырос до 19,5% ($76,9 \pm 4,9\%$ против $57,4 \pm 5,3\%$). График также отражает, что значительное снижение качества жизни, связанное с прогрессированием патологического процесса у больных, соблюдающих рекомендации, выявлено после 3 лет наблюдения (рис. 6).

Динамическая кривая показателя качества жизни при соблюдении и несоблюдении рекомендаций после ПСШ по шкале психологического состояния также доказывает необходимость регулярных контрольных осмотров и проведения курсов консервативной терапии. При исходном значении по отношению к контролю $74,2 \pm 3,9\%$ и $70,5 \pm 4,4\%$, соответственно, качество жизни к 3 годам наблюдения снизилось до $67,3 \pm 4,7\%$ при регулярном лечении и до $49,2 \pm 5,1\%$ при несоблюдении рекомендаций (рис. 7). Анализ по ВАШ общего благополучия и здоровья также доказал значительное снижение качества жизни при не соблюдении рекомендаций. Так, в сроки до 3 месяцев наблюдения индекс качества жизни по ВАШ общего благополучия у больных, соблюдающих рекомендации, соста-

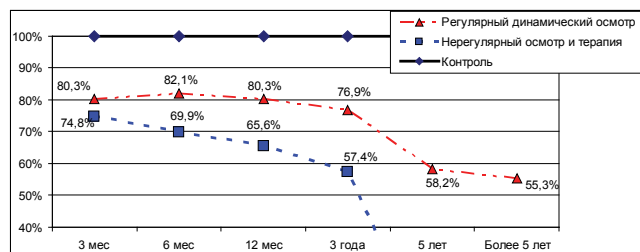


Рис. 6. Динамическая кривая показателя качества жизни при соблюдении и несоблюдении рекомендаций после ПСШ по шкале физического состояния.

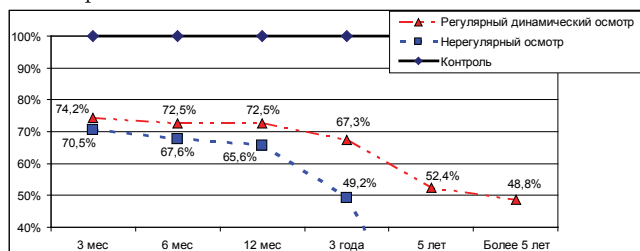


Рис. 7. Динамическая кривая показателя качества жизни при соблюдении и несоблюдении рекомендаций после ПСШ по шкале психологического состояния.

вил $75,2 \pm 4,6\%$, тогда как в группе сравнения только $67,2 \pm 5,6\%$ по отношению к максимуму (100%). Прогрессивное ухудшение показателя отмечено только к 3 годам наблюдения в группе, соблюдающих рекомендации – $69,3 \pm 5,4\%$. В группе пациентов с нерегулярными курсами консервативной терапии показатель качества жизни достоверно снижался на всех периодах наблюдения ($P < 0,05-0,001$). Аналогичная тенденция выявлена при определении индекса качества жизни по ВАШ здоровья, составив в сроки до 3 месяцев $61,6 \pm 5,0\%$ и только $53,2 \pm 5,1\%$ по отношению к максимуму к 3 годам наблюдения ($P < 0,05-0,001$). Во всех периодах наблюдения индекс качества жизни был хуже с высокой степенью значимости у больных, не соблюдавших рекомендации ($P < 0,001$).

Исследование качества жизни больных ЦП с ПГ после ПСШ доказало, что на фоне эффективной декомпрессии портального бассейна и соответственно профилактики кровотечений из ВРВПЖ, ПСШ, как паллиативная операция при ЦП, не только не ухудшает индекс качества жизни больных с угрозой геморрагического синдрома, но и несколько улучшает это значение. Однако, прогрессирующий патологический процесс в печени способствует развитию функциональной неполноценности гепатоцитов, что в условиях адекватной декомпрессии является основной причиной фатального исхода заболевания. Эта тенденция получена по всем параметрам анализа индекса качества жизни по вопроснику CLDQ и ВАШ общего благополучия и здоровья.

Частота специфических осложнений после селективной и центральной декомпрессии портальной системы имеет свои особенности. Так, при центральных вариантах шунтирования преобладает спектр печеночных осложнений (недостаточность, ПЭ). В свою очередь, на фоне селективной декомпрессии с возмож-

ным ближайшим высоким остаточным портальным давлением отмечается преобладание отечно-асцитического синдрома, а также развитие геморрагического синдрома даже при функционально способном шунте. При этом к 6-12 месяцам после ДСРА как правило гемодинамическая перестройка в воротной системе приводит к нарастанию степени декомпрессии, нивелируя частоту специфических для этого типа шунтирования осложнений. Соответственно этому, индекс качества жизни в целом оказался несколько выше в группе больных с центральным типом шунтирования, однако при анализе по шкалам вопросника CLDQ, было отмечено, что это касается только доменов, относящихся к шкале физического состояния и не отражает функциональный статус гепатоцитов при ЦП после ПСШ. Соответственно, по доменам психологического состояния индекс качества жизни оказался максимально лучшим после селективного шунтирования, что также подчеркивает первостепенное влияние функциональной неполноценности гепатоцитов, за счет прогрессирующей ПЭ, на психологический статус больного после центрального ПСШ.

Декомпрессивный эффект ПСШ не должен повлиять на функциональное состояние печени, что достигается не только селективной декомпрессией, но и при помощи парциальных центральных шунтов. В свою очередь, для больных ЦП даже в условиях компенсированного течения требуются регулярные контрольные обследования и проведение курсов консервативной терапии. После ПСШ как выживаемость больных, так и качество их жизни напрямую зависят от фактора тяжести патологического процесса в печени. Наши исследования доказали, что отказ или нерегулярное обследование и проведение специфической консервативной терапии обуславливает значительное снижение индекса качества жизни после ПСШ.

Список литературы

1. *Андрейцева О.И.* Возможности ортотопической трансплантации печени при лечении больных с терминальными поражениями печени. *Consilium medicum* 2004; 6: 6: 27-33.
2. *Буеверов А.О., Маевская М.В.* Особенности течения и подходы к терапии различных вариантов печеночной энцефалопатии. *Трудный пациент* 2006; 10.
3. *Кубанова А.А., Мартынов А.А.* Концепция и определение качества жизни больных в дерматовенерологии. *Вестник Дерматовенерологии* 2004; 4: 16-19.
4. *Назыров Ф.Г., Деятов А.В.* Развитие хирургии портальной гипертензии в Узбекистане. *Medical express* 2009; 4; 6-7.
5. *Радченко В.Г., Романова Н.В.* Сравнительное исследование качества жизни у пациентов с хроническими заболеваниями печени. Актуальные вопросы внутренних болезней: Материалы VI ежегодной итоговой конференции кафедры внутренних болезней МПФ с курсом терапии и нефрологии ФПК ГОУВПО СПбГМА им. И. И. Мечникова. СПб, 2005; 117-119.
6. *Созинова Ю.М.* Показатели качества жизни, связанного со здоровьем у больных хроническими вирусными гепатитами В и С: дис... канд. мед. наук. Казань 2005; 150.
7. *Шерлок Ш., Дули Дж.* Заболевания печени и желчных путей. М.: ГЭОТАР-МЕД 2002; 148-149.
8. *Bell C.L., Jeyarajah D.R.* Management of the cirrhotic patient that needs surgery. *Curr. Treat Options Gastroenterol.*, 2005; Dec; 8(6): 473-80.
9. *Gregory Fitz J. Feldman: Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*, 7th ed. 2002; 1543-9.
10. *Jain A., Reyes J., Kashyap R. et al.* Long-term survival after liver transplantation in 4000 consecutive patients at a single center. *Ann. Surg.* 2000; 232; 4; 490-500.
11. *Klupp J, Kohler S, Pascher A, Neuhaus P.* Liver transplantation as ultimate tool to treat portal hypertension. *Dig Dis.*, 2005; 23(1): 65-71.
12. *Rubio Gonzalez EE, Moreno Planas JM, Jimenez Garrido MC et al.* Results of liver transplantation in patients with previous portosystemic shunts. *Transplant Proc.*, 2005; Apr; 37(3): 1491-2.

-
13. *Sozen H, Karakayali H, Moray G et al.* Analysis of postsurgical complications in 75 living liver transplantation donors. *J. Gastrointest Surg.*, 2006. May; 10(5): p. 646-51.
14. *Sundaram V., Shaikh Obaid S.* Hepatic encephalopathy: pathophysiology and emerging therapies. *The Medical clinics of North America.* 2009; Jul; vol 93 (issue 4): 819-36.

Поступила 15.02.2012 г.

Информация об авторах

1. Назыров Феруз Гафурович – д.м.н., проф., директор Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В.Вахидова, г. Ташкент, Узбекистан
2. Девятов Андрей Васильевич – д.м.н., проф., главный научный сотрудник отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В.Вахидова, г. Ташкент, Узбекистан
3. Бабаджанов Азам Хасанович – к.м.н., ст. научный сотрудник отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В.Вахидова, г. Ташкент, Узбекистан; e-mail: azam746@mail.ru
4. Мардонов Лазиз Лапасович – аспирант отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В.Вахидова, г. Ташкент, Узбекистан