

2 (62)'2012

ISSN 1684-7903

***БУКОВИНСЬКИЙ
МЕДИЧНИЙ
ВІСНИК***

2 (62)'2012

ЧЕРНІВЦІ

<i>Козловська Х.Ю.</i> ПОКАЗНИКИ ПРОФІБРОГЕННИХ ЦИТОКІНІВ, ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ І ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2 ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ НИРОК.....	83
<i>Косілова С.Є.</i> ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ УРОГЕНІТАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ НА ГОРМОНАЛЬНУ ФУНКЦІЮ ЯЄЧНИКІВ	89
<i>Ларін О.С., Хоперія В.Г., Васько В.В.</i> ЗНАЧЕННЯ АКТИВАЦІЇ АКТ У КАНЦЕРОГЕНЕЗИ ПУХЛИН ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ	91
<i>Лучак М.В., Гнатейко О.З., Лук'яненко Н.С., Ковалів І.Б.</i> ОЦІНКА СТАНУ АНТИПРОТЕАЗНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У РЕГІОНАХ ІЗ ХІМІЧНИМ ТА РАДІАЦІЙНИМ ХАРАКТЕРОМ ЗАБРУДНЕННЯ	95
<i>Ніцович І.Р., Андрієць О.А., Семеняк А.В., Приймак С.Г., Бербець А.М.</i> КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ТЕРАПІЇ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ У ВАГІТНИХ.....	98
<i>Польова С.П., Чайківська С.І., Клічук Р.В.</i> МІСЦЕ ДОПЛЕРОМЕТРІЇ У ДІАГНОСТИЦІ ПОРУШЕНЬ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ	102
<i>Попадинець О.Г.</i> МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ У СТІНЦІ СЕЧОВОГО МІХУРА ЩУРІВ СТАРЕЧОГО ВІКУ У ВІДПОВІДЬ НА ГОСТРУ ПОВНУ ЗАТРИМКУ ВІДТОКУ СЕЧІ.....	105
<i>Ринжук Л.В., Ринжук В.Є.</i> БЕЗСИМПТОМНА БАКТЕРІУРІЯ: СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА МЕХАНІЗМИ КОЛОНІЗАЦІЇ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ.....	108
<i>Семеняк А.В.</i> ЗМІНИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ У ЖІНОК ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ВНУТРІШНІХ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ	111
<i>Склярів Є.Я., Радченко Л.М.</i> ПАРАМЕТРИ МЕТАБОЛІЗМУ ТА ОСОБЛИВОСТІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ В ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ ТА ХОЛЕЛІТІАЗОМ.....	114
<i>Струк В.І., Митченко О.В., Рожко В.І.</i> АНАЛІЗ КРОВООБІГУ СУДИН ПАРОДОНТА ОПОРНИХ ЗУБІВ ПРИ ВИБОРІ ФІКСУЮЧИХ ЕЛЕМЕНТІВ БЮГЕЛЬНИХ КОНСТРУКЦІЙ.....	117
<i>Федорук О.С., Владиченко К.А.</i> АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ДЕКАСАНУ ЯК ПРИГАЦІЙНОЇ РІДИНИ ПІСЛЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ	120
<i>Цубер В.Ю., Кадамов Ю.Ш.</i> СТРЕС-ІНДУКОВАНА ЗМІНА ВМІСТУ КОРТИЗОЛУ В РОТОВІЙ РІДИНІ МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ ЯК ПОКАЗНИК ДЕЗАДАПТАЦІЇ ОРГАНІЗМУ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТІ	123
<i>Шевчук В.В.</i> ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ, АСОЦІЙОВАНИЙ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.....	127
<i>Юзвизица О.В.</i> ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІЗ КАЛЬЦИНОЗОМ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ.....	132

НАУКОВІ ОГЛЯДИ

<i>Беліков О.Б., Гавалешко В.П., Никоряк Г.І.</i> КРИТЕРІАЛЬНІСТЬ У ВИБОРІ ЗАСОБІВ ДЛЯ ПРЕМЕДИКАЦІЇ В АМБУЛАТОРНІЙ ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА	139
<i>Владимирський А.В., Мозговой В.В., Мельничук О.М., Навчук І.В.</i> ВИЗНАЧЕННЯ КЛЮЧОВИХ АСПЕКТІВ ЕЛЕКТРОННОГО МЕНЕДЖМЕНТУ ЯК СТРАТЕГІЧНОГО НАПРЯМКУ РОЗВИТКУ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	144
<i>Глазков Э.А.</i> АДАПТАЦІЯ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ К УСЛОВИЯМ ЖИЗНИ И УЧЁБЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	149
<i>Гринь В.К., Бассов О.І., Ватутін М.Т., Воробйов А.С.</i> РОЛЬ СИСТЕМИ МАТРИКСНИХ МЕТАЛОПРОТЕІНАЗ ТА ЇХ ТКАНІННИХ ІНГІБІТОРІВ У ФОРМУВАННІ ПОСТІНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	152
<i>Иванов А.В., Опрышко В.И.</i> ОБОСНОВАНИЕ НЕЙРОМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	156

УДК 616.37-002:577.121.4

В.В. Шевчук

**ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ,
АСОЦІЙОВАНИЙ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ**

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. У роботі проведено аналіз якості життя у хворих на неалкогольний стеатогепатит залежно від фенотипу метаболічного синдрому за допомогою опитувальника SF-36 та виявлено, що метаболічний синдром обтяжує перебіг неалкогольного стеатогепатиту за показниками фізичного та психічного компонентів

здоров'я. Також обґрунтовано доцільність корекції виявлених порушень за допомогою додавання тивортину до базисної терапії.

Ключові слова: якість життя, неалкогольний стеатогепатит, метаболічний синдром, тивортин.

Вступ. Якість життя (ЯЖ) є інтегральним поняттям, що дозволяє провести глибокий аналіз фізіологічних, психологічних, емоційних і соціальних проблем людини, кінцевим завданням яких є досягнення ефективнішого життя пацієнтів зі збереженням ними працездатності й гарного самопочуття [3, 4]. Оцінка якості життя (ЯЖ) як інтегрального показника фізичного, соціального, емоційного та психологічного функціонування хворого стала невід'ємним елементом сучасних комплексних рандомізованих досліджень у різних галузях медицини [1, 5]. Це об'єктивний показник, заснований на суб'єктивному сприйнятті, який характеризує різницю між очікуваннями пацієнта і його досягненнями. Чим менше виражені ці відмінності, тим вища якість життя [5].

Отже, ЯЖ визнана важливою частиною комплексного аналізу нових методів діагностики, лікування, профілактики, якості лікування та надання медичної допомоги [6].

На теперішній час недостатньо проаналізовані перебіг неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) на тлі метаболічного синдрому (МС), а також збільшення тривалості життя хворих [2]. Водночас відсутні дані щодо ЯЖ у хворих із поєднаним перебігом цих поширених захворювань. Важливість цього аналізу доводить і те, що саме покращання стану здоров'я пацієнтів, регрес клінічних проявів захворювання, підвищення функціональних показників, максимальне наближення ЯЖ хворого до рівня здорової людини є основними завданнями лікування будь-якої патології.

Мета дослідження. Вивчити ЯЖ у хворих на неалкогольний стеатогепатит залежно від фенотипу метаболічного синдрому.

Матеріал і методи. Обстежено 128 хворих на неалкогольний стеатогепатит, асоційований із метаболічним синдромом. При цьому в 48 осіб (І група) наявним було класичне поєднання ознак метаболічного синдрому (артеріальна гіпертензія (АГ), дисліпідемія (ДЛП), абдомінальне ожиріння (АО), порушення толерантності до глюкози/інсулін незалежний цукровий діабет (ЦД)), у 29 осіб (ІІ група) спостерігалися АГ+ АО+ПТГ/ЦД 2-го типу без дисліпідемії, у 14 осіб (ІІІ група) НАСГ розвинувся на тлі метаболічного синдрому без ожиріння (АГ+ДЛП+ПТГ/ЦД 2-го типу), у 37

осіб (ІV група) НАСГ проходив на тлі відсутності порушення толерантності до глюкози (АГ, ДЛП, АО). Контрольну групу (V група) склали 34 практично здорових особи (ПЗО).

Згідно з принципами доказової медицини з метою проведення дослідження ефективності та порівняння запропонованих програм лікування була проведена рандомізація групи хворих на чотири групи.

Пацієнтам першої (основної) групи (група І-ІІ А) - 24 хворих на НАСГ, асоційований з класичним МС і 15 хворих на НАСГ, асоційований з МС без дисліпідемії – фенотип АГ+АО+ПТГ/ЦД 2-го типу, які отримували, крім стандартної базисної терапії, на першому етапі лікування препарат Тивортин® (L-аргініну гідрохлорид) по 100 мл в/в крапельно 1 раз на добу плюс Тивортину аспаратат® per os по 20 мл 2 рази на добу – 10 днів із подальшим прийомом Тивортину аспаратату® по 20 мл 2 рази на добу упродовж трьох місяців.

Оцінка ЯЖ проводилась за допомогою української версії опитувальника Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOS SF-36), який хворі заповнювали власноруч. Опитувальник SF-36 [5] складається з 36 питань, розподілених на 8 шкал: фізичне функціонування (ФФ), рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (РФ), інтенсивність болю (ІБ), загальний стан здоров'я (ЗЗ), життєва активність (ЖА), соціальне функціонування (СФ), рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (РЕ) та психічне здоров'я (ПЗ). Результати отримують у вигляді оцінок у балах за 8 шкалами та двома категоріями (фізичний компонент здоров'я (ФКЗ) та психічний (ПКЗ)). Показники кожної шкали варіюють від 1 до 100, де 100 представляє повне здоров'я [6].

Статистичний аналіз отриманих даних проводився з використанням програми Statistica 6,0. Дані оцінок за шкалою SF-36 представлені згідно з методичними вказівками до підрахунку даного опитувальника.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналізуючи показники ЯЖ, встановлено (табл. 1), що фізичне функціонування у хворих на НАСГ, поєднаний з ПТГ складає $85,71 \pm 0,86$ бала, перевищуючи відповідний рівень його у хворих на НАСГ, поєднаний із класичним МС ($48,35 \pm 2,30$ бала) та у хворих на НАСГ, поєдна-

Таблиця 1

Показники якості життя у хворих на неалкогольний стеатогепатит, асоційований із метаболічним синдромом за опитувальником SF-36 (M±m)

Показники	НАСГ+ класичний МС (I група) n=48	НАСГ+АГ+АО+ПТГ/ЦД 2-го типу (II група) n=29	НАСГ+АГ+ДЛП+ПТГ/ЦД 2-го типу (III група) n=14	НАСГ+АГ+ДЛП+АО (IV група) n=37	ПЗО n=34
фізичне функціонування	48,35±2,30 */**/**	51,31±2,01 */**	68,32±1,61 */**	85,71±0,86*	98,00±1,12
рольове функціонування, обумовлене фізичним станом	16,18±3,29 */**/**	23,57±1,34 */**	49,37±2,95*	46,87±4,13*	92,00±3,80
інтенсивність болю	60,52±1,76 */**/**	65,67±3,28 */**	76,63±2,08 */**	80,57±3,55*	100
загальний стан здоров'я	28,35±0,96 */**/**	28,11±0,96 */**	38,39±1,56 */**	45,97±1,07*	88,10±2,60
життєва активність	23,22±1,98 */**/**	36,00±1,98 *	46,61±1,00 *	44,05±1,65*	70,50±1,54
соціальне функціонування	48,96±2,96 */**/**	60,45±1,98 */**	72,07±1,00 */**	86,94±1,73*	98,75±0,86
рольове функціонування, обумовлене емоційним станом	32,61±3,74 */**/**	40,87±2,35 */**	59,90±4,98*	59,00±5,30*	78,67±5,97
психічне здоров'я	33,02±2,04 */**/**	44,53±1,94	51,53±1,17 */**	58,67±1,46*	76,80±1,30
Інтегральні показники якості життя					
Фізичний компонент здоров'я	33,02±2,04 */**/**	36,72±1,59*	44,78±0,55*	46,04±0,52*	60,39±0,58
Психічний компонент здоров'я	31,81±1,16 */**/**	30,15±0,99*	43,10±0,95*	41,15±0,83*	51,10±0,87

Примітка.* зміни достовірні порівняно з показниками у ПЗО (p<0,05);** зміни достовірні порівняно з показниками у хворих на НАСГ без ПТГ (p<0,05); *** зміни достовірні порівняно з показниками у хворих на НАСГ+Європейський МС (p<0,05)

ний із «Європейським варіантом» МС (68,32±1,61 бала), водночас воно є нижчим від показників у групі практично здорових осіб (98,00±1,12 бала). Зниження показника ФФ відбувається за рахунок зниження фізичної сили та активності в обстежених пацієнтів.

Повсякденна життєдіяльність (РФ) також страждала у групах обстежених пацієнтів і склала 46,87±4,13 бала, 49,37±2,95 бала та 16,18±3,29 бала у групах I, III та IV відповідно на протипагу показникам у практично здорових осіб (92,00±3,8 бала, p<0,05). Отже, НАСГ імовірно утруднює виконання повсякденних справ хворими, особливо за поєднання з класичним МС.

Показник ІБ у групі I становив 80,57±3,55 бала, у групі III - 76,63±2,08 бала та у групі IV - 77,59±1,67 бала. Це свідчить про те, що біль не спричиняє особливого дискомфорту у хворих на НАСГ, поєднаний із МС.

Загальний стан свого здоров'я хворі I групи оцінили значно нижче (28,35±0,96 бала, p<0,05), ніж хворі групи IV (45,97±1,07 бала), групи III (38,39±1,56 бала) та практично здорові особи (88,10±2,6 бала).

Життєва активність виявилась зниженою порівняно з ПЗО (70,5±1,54 бала) у всіх групах

хворих, і склала 44,05±1,65 бала, 46,61±1,00 бала та 23,22±1,98 бала у IV, III та I групах відповідно, що відображає суб'єктивні відчуття опитуваного щодо енергійності та жвавості упродовж останніх чотирьох тижнів та вказує на найнижчий рівень життєвої активності у хворих I групи.

Соціальне функціонування (обмеження соціальної активності хворого захворюванням щодо можливості зустрічей із рідними, друзями) складає 86,94±1,73 бала – у групі IV, 72,07±1,00 бала – у групі III, 48,96±2,96 бала – у групі I та 98,75±0,86 бала – у групі ПЗО (p<0,05). Отже, поєднання НАСГ та класичного МС найістотніше обмежує соціальну активність людини.

Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом, склало 32,61±3,74 бала за НАСГ, асоційованого з класичним МС, 59,00±5,30 бала за НАСГ, асоційованого з «європейським варіантом» МС, 59,90±4,98 за НАСГ, асоційованого з ПТГ та 76,67±5,97 бала – у групі ПЗО (p<0,05). Емоційна сфера відіграє важливу роль у житті людини і впливає на виконання нею повсякденних справ.

Подібні відмінності спостерігалися при оцінці показника психічного здоров'я, що в групі IV склав 58,67±1,46 бала, у групі III – 51,53±1,17, у групі I – 33,02±2,04 бала та в ПЗО – 74,8±1,3 ба-

Таблиця 2

Показники якості життя у хворих на неалкогольний стеатогепатит, асоційований із метаболічним синдромом за опитувальником SF-36 у динаміці лікування (M±m)

Показники	Групи обстежених								V група (n=34)
	I-IIA група (n=39)		I-IB група (n=38)		III-IVA група (n=26)		III-IVB група (n=25)		
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	
Фізичне функціонування	48,35± 3,67	56,4± 3,10 **/**/**	48,95± 2,30	50,47± 2,81 **/**/**	68,32± 1,61	78,3± 3,20 **/**/**	68,45 ±1,67	71,23± 2,26 **/**/**	98,00± 1,12
Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом	16,76± 3,29	22,12± 3,80 **/**/**	16,18± 2,54	19,11± 2,82 **/**/**	49,37± 2,95	56,4± 3,70 */ **/**/**	49,57 ±2,67	53,4± 3,67 **/**/**	92,0 ±3,80
Інтенсивність болю	78,0± 2,17	85,4±3,21 **/**/**	77,59± 1,67	80,4± 1,29 **/**/**	76,47± 2,34	83,83 ±2,42 **/**/**	76,63 ±2,08	79,82± 4,40 **/**/**	100
Загальний стан здоров'я	28,35± 0,96	35,54±2,90 **/**/**	28,78± 2,16	30,5± 1,92 **/**/**	38,39± 1,56	46,62 ±4,80 **/**/**	38,39 ±1,56	43,54± 2,38 **/**/**	88,10± 2,60
Життєва активність	23,22± 1,98	34,25± 2,70 **/**/**	23,98± 1,54	30,23± 1,78 **/**/**	46,63± 1,45	55,5± 3,60 */ **/**/**	46,61 ±2,01	49,12± 2,60 **/**/**	70,50± 1,54
Соціальне функціонування	48,67± 2,06	56,5± 3,10 **/**/**	48,96± 2,96	52,45± 1,12 **/**/**	72,07± 1,45	83,81 ± 4,90 */ **/**/**	72,34 ±1,00	76,54± 2,56 **/**/**	98,75± 0,86
Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом	32,69± 2,14	43,3± 2,40 **/**/**	32,61± 3,74	38,32± 3,42 **/**/**	59,54± 4,98	68,4± 3,60 */ **/**/**	59,90 ±3,78	62,32± 2,60 **/**/**	78,67± 5,97
Психічне здоров'я	33,92± 3,21	45,8± 3,70 **/**/**	33,02± 2,04	36,98± 2,73 **/**/**	51,53± 2,18	59,13 ±3,80 **/**/**	51,60 ±1,17	54,12± 2,40 **/**/**	76,80± 1,30
Інтегральні показники якості життя									
Фізичний компонент здоров'я	36,42± 0,85 **/**/**	46,52± 2,19 **/**/**	36,82± 1,55 **/**/**	40,53± 2,32 */ **/**/**	44,78± 1,59*	52,3± 2,85 */ **/**/**	44,99 ± 0,55*	48,11± 1,81 **/**/**	60,39± 0,58
Психічний компонент здоров'я	31,81± 2,17 **/**/**	42,92± 1,92 **/**/**	31,62± 1,16 **/**/**	36,59± 1,59 */ **/**/**	43,19± 0,95*	54,61 ± 2,37 */ **/**/**	43,10 ± 2,12*	49,62± 1,39 */ **/**/**	51,10± 0,87

Примітка. * – відмінності вірогідні (p<0,05) між показниками I-IIA та V, I-IB та V, III-IVA та V, III-IVB та V груп; ** – відмінності вірогідні (p<0,05) до та після лікування

ла. Найістотніше зниження показників психічного здоров'я у хворих на НАСГ, асоційованого з класичним МС, може зумовлюватися схильністю до депресії, тривоги, хвилювання.

Інтегральні показники ФКЗ та ПКЗ статистично вірогідно (p<0,05) різнилися у всіх чотирьох групах обстежених та свідчили про найгірший

стан фізичного та психічного компонента здоров'я у групі з поєднанням НАСГ та класичного МС (рис.).

Згідно з даними опитувальника SF-36 виявлено найвищі інтегральні показники фізичного компонента здоров'я та психічного компонента здоров'я у хворих, які додатково до базисної те-

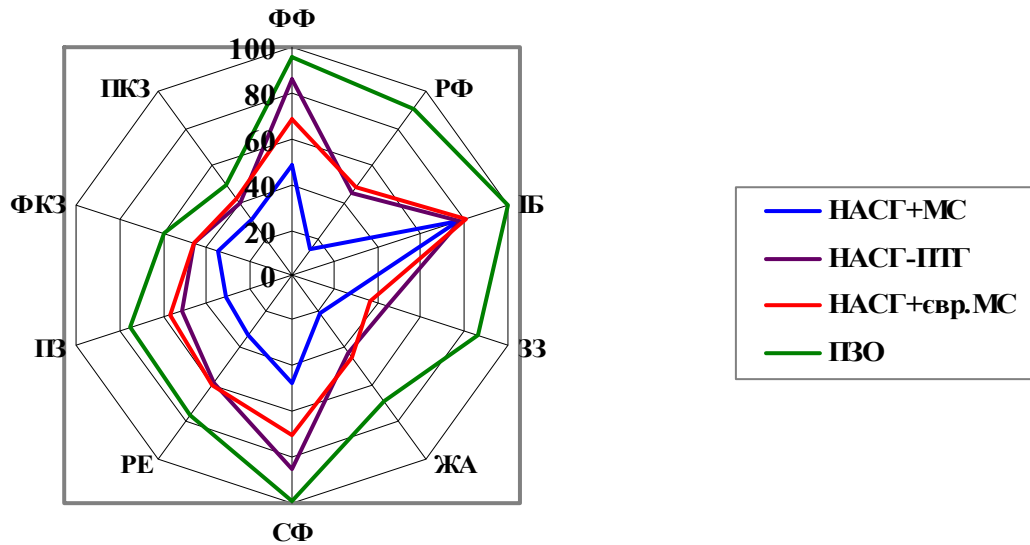


Рис. Показники якості життя у хворих на неалкогольний стеатогепатит, асоційований із метаболічним синдромом, згідно з опитувальником SF-36

рапії отримували Тивортин парентерально та Тивортину аспартат перорально.

Слід зазначити, що найбільш виражене покращання показників ФС та ПС після лікування спостерігалось в I-ІІА, III-IVА групі (табл.2). Зокрема, у пацієнтів I-ІІА групи після лікування ФС складав $46,52 \pm 2,19$ у.о. [$42,2-57,6$], що вірогідно ($p < 0,05$) вище на 14,8 %, ніж у I-ІІБ групі ($40,53 \pm 2,32$ у.о. [$36,5-44,3$]). А в пацієнтів групи III-IVА був на 18,3 % вищим, ніж у III-IVБ групі ($48,11 \pm 1,81$ у.о. [$44,6-50,2$]). Встановлено, що найбільше зростання ПС також визначалося в пацієнтів I-ІІА, III-IVА груп і було вірогідно ($p < 0,05$) вище, ніж у пацієнтів I-ІІБ, III-IVБ груп відповідно.

Висновки

1. Метаболічний синдром обтяжує перебіг неалкогольного стеатогепатиту, що відображається в низьких балах інтегральних показників якості життя – фізичного та психічного компонентів здоров'я за опитувальником SF-36. Найбільш виражені зміни виявлено за наявності класичного метаболічного синдрому, поєднаного з неалкогольним стеатогепатитом.

2. Оскільки опитувальник SF-36 достовірно відображає стан фізичного та психічного здоров'я людини, базуючись на глибокому аналізі фізіологічних, психологічних, емоційних і соціальних проблем людини, він може бути орієнтиром для корекції базисної терапії хворих на неалкогольний стеатогепатит, асоційований із метаболічним синдромом, будь-якого віку.

Перспективи подальших досліджень. Додільно вивчити вплив запропонованого лікування

на патогенетичні ланки поєднаного перебігу неалкогольного стеатогепатиту та метаболічного синдрому.

Література

1. Clarke P. Quality of life following stroke: negotiating disability, identity and resources / P. Clarke, S.E. Black // J. of Applied Gerontology. – 2005. – Vol. 24, № 4. – P. 319-336.
2. Колесникова Е.В. Эндокринные заболевания и патология органов пищеварения / Е.В. Колесникова // Мистецтво лікування. – 2006. – № 8. – С. 71-75.
3. Маньковський Б.М. Вчасна діагностика цукрового діабету: результати дослідження Діа Скрин 50 / Б.М. Маньковський, О.С. Ларін // Клін. ендокринолог. та ендокрин. хірургія. – 2007. – № 1 (18). – С. 42-48.
4. Одинець Т.А. Вплив гідрокінезотерапії на якість життя жінок 55-65 років після радикальної мастектомії / Т.А. Одинець // Фізична активність, здоров'я і спорт. – 2011. – № 1 (3). – С. 64-69.
5. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ») / В.Н. Амирджанова, Д.В. Горячев, Н.И. Коршунов [и др.] // Науч.-практ. ревматол. – 2008. – № 1. – С. 36-48.
6. Ягеньский А.В. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці / А.В. Ягеньский, І.М. Січкарук // Внутр. мед. – 2007. – № 3 (3). – С. 21-24.

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ,
АССОЦИИРОВАННЫМ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ*****В.В. Шевчук***

Резюме. В работе проведен анализ качества жизни у больных с неалкогольным стеатогепатитом в зависимости от фенотипа метаболического синдрома с помощью опросника SF-36, и обнаружено, что метаболический синдром отягощает течение неалкогольного стеатогепатита по показателям физического и психического компонентов здоровья. Также обоснована целесообразность коррекции выявленных нарушений с помощью добавления тивортинна к базисному лечению.

Ключевые слова: качество жизни, неалкогольный стеатогепатит, метаболический синдром, тивортин.

**QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH NONALCOHOLIC STEATOHEPATITIS
ASSOCIATED WITH METABOLIC SYNDROME*****V.V. Shevchuk***

Abstract. The paper analyzes the quality of life in patients with nonalcoholic steatohepatitis, depending on the phenotype of metabolic syndrome, using the questionnaire SF-36. It has been found that metabolic syndrome aggravates the course of nonalcoholic steatohepatitis according to the indexes of the physical and mental health components. The expediency of resolving the disturbances detected by means of adding Tivortin to the basic therapy has been substantiated.

Key words: quality of life, nonalcoholic steatohepatitis, metabolic syndrome, tivortyn.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. О.І. Волошин

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 2 (62). – P. 127-131

Надійшла до редакції 20.03.2012 року

© В.В. Шевчук, 2012

Науково-практична конференція**«Актуальні питання
клінічної медицини»****14 листопада 2012 року
м. Житомир**

Адреса оргкомітету:

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
МОЗ України
вул. Пирогова, 56
м. Вінниця, 21018
тел. (0432) 67-16-53