

Аналіз зв'язку між ступенем фіброзу печінки та вираженістю депресивних симптомів у пацієнтів з НАЖХП

Катерина Скурат

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Ірина Коваль

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Даний текст є тезами III науково-практичної конференції з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика». Описане нижче присвячено аналізу зв'язку між ступенем враження печінкової тканини та рівне вираженості депресивної симптоматики серед пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки.

Анотація

Даний текст є тезами III науково-практичної конференції з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика». Описане нижче присвячено аналізу зв'язку між ступенем враження печінкової тканини та рівне вираженості депресивної симптоматики серед пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки.

Актуальність

Цироз є однією з головних причин смерті у всьому світі та однією з основних причин зменшення років життя з поправкою на інвалідність[1]. Хоча поширеність цирозу через гепатит С, найімовірніше, зменшиться у найближчі роки, поширеність цирозу пов'язаного зі вживанням алкоголю та, зокрема, неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) зростає [2]. НАЖХП є особливо тривожною проблемою, оскільки вона пов'язана із супутніми метаболічними захворюваннями, переважно ожирінням, діабетом другого типу, гіперліпідемією та метаболічним синдромом, частота яких помітно зростає у більшості районів світу [3-5].

НАЖХП вражає приблизно 25% населення у всьому світі, а пацієнти з НАЖХП мають більш низький показник виживання порівняно із загальною популяцією[3-6]. Слід наголосити, однак, що лише відносно невелика частка НАЖХП буде розвиватися до цирозу, тож головним прогностичним фактором є фіброз печінки. Наявність та тяжкість фіброзу передбачає не тільки розвиток цирозу, але й тривалість життя даних пацієнтів[7,8]. Епідеміологічні дослідження, що оцінюють поширеність НАЖХП у загальній популяції, базуються на оцінці вмісту жиру в печінці, що оцінюється, як правило, за допомогою ультразвукової діагностики, але інформація про поширеність фіброзу печінки серед загальної популяції дуже обмежена[9]. Ця інформація може бути корисною для розробки скринінгових стратегій для ранньої діагностики фіброзу печінки, які можуть дозволити терапевтичні втручання до розвитку цирозу.

Прогресуючі захворювання печінки також супроводжуються вираженими психологічними симптомами. Дослідження демонструють, що психологічні симптоми включають тривогу, дратівливість, депресію та підвищену астенію[10-12]. Психологічний дистрес, який залишили

без достатньої уваги та відповідних терапевтичних інтервенцій є предиктором поганого виживання, низької якості життя та підвищення відсотку інвалідності у даної категорії пацієнтів[13].

Мета

Метою дослідження було виявити, чи є зв'язок (якщо є, то чим він характеризується) між ступенем ураження (фіброзу) печінкової тканини та рівнем вираження депресивних симптомів серед пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки.

Матеріали та методи

В межах проведення наукового дослідження, а саме розробки програми медико-психологічного супроводу пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки було проведено пілотне дослідження, яке включало дослідження рівня депресії (шкала депресії Бека) та фіброзу печінки (еластографія печінкової тканини). У дослідження брали участь 77 пацієнтів: 65 пацієнтів з фіброзом F1-F3 за системою METAVIR та 12 тих, у кого фіброз був відсутнім за результатами еластографії). Для статистичного аналізу були використані Google Sheets та MedStat v.5.2.

Результати

Третя стадія фіброзу була у 13 (16,88%) пацієнтів, друга у 17 (22,08%), та перша у 35 (45,45%), пацієнтів без фіброзу було 15,58%. За шкалою депресії Бека тяжкий рівень депресії не було виявлено ні в одного з пацієнтів, помірний був у 12 (15,58%), легкий у 21 (27,27%), 44 пацієнти (57,14%) мали результати, які відповідали рівню, що вважається нормою.

Статистичний аналіз за критерієм Д'Агостіно-Пірсона перевірки розподілу на нормальність продемонстрував, що для показників фіброзу печінки за результатами еластографії розподіл не відрізняється від нормального ($\chi^2=5,7$, рівень значущості $p=0,059$), в той час як розподіл показників рівня депресії відрізняється від нормального ($\chi^2=13,9$, рівень значущості $p<0,001$).

Змінна	К-кість	Медіана	I квартиль	III квартиль	Мінімум	Максимум	Пох. медіани	Лів.(95% BI)	Прав.(95% BI)
Рівень фіброзу	77	1	1	2	0	3	0.1356	0	2
Рівень депресії	77	11	6	17	1	26	0.9897	8	14

Table 1. Таблиця 1 Представлення даних

Виходячи з того, що за показниками рівня депресії розподіл відрізняється від нормального, для проведення перевірки значущості кореляційного зв'язку для двох вибірок було використано коефіцієнт кореляції Кендалла. За результатами перевірки було виявлено кореляційний зв'язок, $\tau>0$ ($\tau=0,674$), на рівні значущості $p<0,01$, що свідчить про позитивний зв'язок середньої сили [Table 1](#).

Висновки

Результати даного дослідження демонструють наявність зв'язку між рівнем ураження печінкової тканини та ступенем вираженості депресивних симптомів. Як було описано вище, для пацієнтів з гепатологічною патологією загалом, та з неалкогольною жировою хворобою печінки зокрема, характерні не тільки депресія, але й тривожні стани, підвищений рівень

дратівливості та астенії. Втім майже усі дані, на які є змога спиратися були отримані у дослідженнях, що проводилися в США, та країнах Азії. Це наштовхує на думки про необхідність проведення подальших досліджень, для виявлення релевантної для жителів України інформації.

Розуміння того, які саме психологічні симптоми, так в якій мірі асоційовані з гепатологічною патологією зможе дати фундамент для подальшої розробки програми комплексного супроводу пацієнтів мультидисциплінарною командою для підвищення рівня комплаєнсу пацієнтів, зменшення кількості днів стаціонарного та амбулаторного лікування, та підвищення як тривалості, так і якості життя.

Посилання

1. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;385(9963):117-71. doi:10.1016/S0140-6736(14)61682-2
2. Younossi Z, Henry L. Contribution of alcoholic and non-alcoholic fatty liver disease to the burden of liver-related morbidity and mortality. *Gastroenterology* 2016;150:1778-85. DOI:<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.03.005>
3. Chalasani N, Younossi Z, Lavine JE, et al. The diagnosis and management of nonalcoholic fatty liver disease: Practice guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*. 2018;67(1):328-57. doi:10.1002/hep.29367
4. European Association for the Study of the Liver (EASL); European Association for the Study of Diabetes (EASD); European Association for the Study of Obesity (EASO). EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease. *J Hepatol*. 2016;64(6):1388-402. doi:10.1016/j.jhep.2015.11.004
5. Younossi ZM, Koenig AB, Abdelatif D, Fazel Y, Henry L, Wymer M. Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease-Meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes. *Hepatology*. 2016;64(1):73-84. doi:10.1002/hep.28431
6. Satapathy SK, Sanyal AJ. Epidemiology and Natural History of Nonalcoholic Fatty Liver Disease. *Semin Liver Dis*. 2015;35(3):221-35. doi:10.1055/s-0035-1562943
7. Angulo P, Kleiner DE, Dam-Larsen S, et al. Liver Fibrosis, but No Other Histologic Features, Is Associated With Long-term Outcomes of Patients With Nonalcoholic Fatty Liver Disease. *Gastroenterology*. 2015;149(2):389-97. doi:10.1053/j.gastro.2015.04.043
8. Dulai PS, Singh S, Patel J, et al. Increased risk of mortality by fibrosis stage in nonalcoholic fatty liver disease: Systematic review and meta-analysis. *Hepatology*. 2017;65(5):1557-65. doi:10.1002/hep.29085
9. Ginès P, Graupera I, Lammert F, et al. Screening for liver fibrosis in the general population: a call for action. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2016;1(3):256-60. doi:10.1016/S2468-1253(16)30081-4
10. Lang CA, Conrad S, Garrett L, et al. Symptom prevalence and clustering of symptoms in people living with chronic hepatitis C infection. *J Pain Symptom Manage*. 2006;31(4):335-44. doi:10.1016/j.jpainsymman.2005.08.016
11. Potosek J, Curry M, Buss M, Chittenden E. Integration of palliative care in end-stage liver disease and liver transplantation. *J Palliat Med*. 2014;17(11):1271-7. doi:10.1089/jpm.2013.0167
12. Coggins CC, Curtiss CP. Assessment and management of delirium: a focus on hepatic encephalopathy. *Palliat Support Care*. 2013;11(4):341-52. doi:10.1017/S1478951512000600
13. Dwight MM, Kowdley KV, Russo JE, Ciechanowski PS, Larson AM, Katon WJ. Depression, fatigue, and functional disability in patients with chronic hepatitis C. *J Psychosom Res*. 2000;49(5):311-7. doi:10.1016/s0022-3999(00)00155-0