

Життєстійкість та рівень якості життя пацієнтів з НАЖХП: пілотне дослідження

Катерина Скурат

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Актуальність. Поширеність НАЖХП серед загальної популяції становить приблизно 20-30% у західних країнах та 5-18% в Азії. НАЖХП складається зі спектру захворювань печінки, починаючи від простого відкладення жиру в печінці (стеатоз; називається неалкогольною жировою печінкою або НАЖП) до стеатозу з асоційованим ураженням гепатоцитів (НАСГ). Важливо, що НАСГ, у свою чергу, може призвести до фіброзу, цирозу та, в деяких випадках, до гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК).

Мета дослідження. Мета дослідження: підвищити ефективність лікування пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки, шляхом оптимізації способу життя за допомогою психокоректуючих впливів.

Методи дослідження. Дослідження проводиться на базі гастроентологічного відділення Центру інноваційних медичних технологій Національної академії наук України. Станом на вересень 2021 року усього обстежено 23 пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки у віці від 37 до 58 років (середній вік 46,5 років), в тому числі 11 чоловіків (47,8%) та 12 жінок (52,2%). Первинне опитування та тестування пацієнтів проводиться на 1-3 день поступлення до стаціонару. В дослідженні застосовувались наступні методики: «10 слів» А. Р. Лурія, таблиці Шульте, SRRS (шкала Голмса та Рея), опитувальник життєстійкості С. Мадді, в модифікації Д.А. Леонтьєва, SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form).

Результати. У всіх опитаних пацієнтів рівень когнітивного функціонування був на задовільному рівні. Рівень як власне життєстійкості, так і її субшкал у більшості опитуваних знаходився у межах середніх. Всі респонденти без виключення мали помірний ризик розвитку захворювання у зв'язку з подіями життя, що в певній мірі викликає занепокоєння. Втім, подальші дослідження скоріш за все зможуть дати більше інформації, та можливість підтвердити чи спростувати гіпотезу, що сформулась на даному етапі дослідження. За результатами оцінки якості життя пацієнтів, трохи менше половини опитаних (47,8%) мають знижений рівень якості життя.

Висновки. Результати наведені у статті є черговим підтвердженням актуальності та необхідності проведення досліджень направлених на визначення факторів, що впливають, та засобів для покращення якості життя, та формування здорової внутрішньої картини хвороби пацієнтів, що страждають на неалкогольну жирову хворобу печінки.

Актуальність

Поширеність НАЖХП серед загальної популяції становить приблизно 20-30% у західних країнах та 5-18% в Азії [1, 2]. НАЖХП складається зі спектру захворювань печінки, починаючи від простого відкладення жиру в печінці (стеатоз; називається неалкогольною жировою печінкою або НАЖП) до стеатозу з асоційованим ураженням гепатоцитів (НАСГ). Важливо, що НАСГ, у свою чергу, може призвести до фіброзу, цирозу та, в деяких випадках, до

гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК).

Неалкогольна жирова хвороба печінки посилює соціально-економічне навантаження на пацієнтів, їхні сім'ї та систему охорони здоров'я [3, 4]. НАЖХП асоційована зі значними витратами, пов'язаними із медичним обслуговуванням, втратою достатнього рівня робочої продуктивності та/чи працездатності, а також істотно впливає на якість життя пацієнтів [3, 5, 6, 7, 8, 9].

Зазвичай увага лікаря-клініциста при НАЖХП зосереджена на менеджменті ризиків для життя пацієнта, пов'язаних із прогресуванням захворювання до цирозу та асоційованих з цим ускладнень. Відбувається це за рахунок терапії, що призводить до уповільнення захворювання, лікування ускладнень та, де це необхідно, трансплантації. Однак з'являється все більше доказів, що дане захворювання може супроводжуватися складними симптомами, що спостерігаються протягом усього перебігу захворювання, які часто мають суттєвий вплив на якість життя пацієнта (ЯЖ) [10].

Незалежно від етіології та стадії, зазвичай дана патологія супроводжується змінами в поведінці, спричиненими змінами нейромедіації в мозку, пов'язаними із захворюванням. Такі зміни в поведінці можуть включати втому, порушення настрою, втрату апетиту, порушення сну та втрату соціального інтересу [11].

В останні роки психічне здоров'я пацієнтів, в тому числі, хворих на хронічну хворобу печінки стало активно досліджуватись в зв'язку з тим, що його порушення призводить до зниження якості життя, що пов'язано з погіршенням результатів лікування, зниженням комплаєнсу та підвищенням рівня смертності [12, 13].

Результати численних досліджень показали, що НАЖХП часто поєднуються з супутньою психіатричною патологією, зокрема з розладами настрою (депресивними та тривожними розладами), розладами особистості, сну та іншими поведінковими та когнітивними порушеннями [14, 15, 16].

Мета дослідження

Мета дослідження: визначити стан когнітивної сфери, стресостійкості, рівня якості життя та життєстійкості пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки.

Завдання та характеристики дослідження

Дослідження направлене на виявлення взаємозв'язку соціально-психологічних та індивідуально-психологічних характеристик пацієнтів і ефективності комплексного підходу при лікуванні неалкогольної жирової хвороби печінки.

Критеріями включення в дослідження були наступні:

- Згода пацієнта на участь в проведенні дослідження.
- Вік ≥ 18 та ≤ 70 років.
- Неалкогольна жирова хвороба печінки.

Критерії виключення:

- Відсутність згоди пацієнта на участь в проведенні дослідження.
- Вік менше ніж 18 та понад 70 років.
- Зловживання алкоголем.
- Прийом ПАР.

- Вірусні гепатити В та С.
- Хвороба Вільсона.
- Аутоімунні захворювання печінки.

Дослідження проводиться на базі гастроентологічного відділення Центру інноваційних медичних технологій Національної академії наук України. Станом на вересень 2021 року усього обстежено 23 пацієнти з неалкогольною жировою хворобою печінки віком від 37 до 58 років (середній вік 46,5 років), в тому числі 11 чоловіків (47,8%) та 12 жінок (52,2%). Первинне опитування та тестування пацієнтів проводиться на 1-3 день поступлення до стаціонару.

Методи дослідження та обґрунтування їх вибору

В дослідженні застосовувались наступні методики:

- Опитування пацієнтів за допомогою «10 слів» О.Р. Лурія.
- Тестування з використанням таблиць Шульте.
- Опитування із застосуванням SRRS (шкала Голмса та Рея).
- Заповнення пацієнтами опитувальника життестійкості С. Мадді, в модифікації Д.А. Леонтьєва.
- Заповнення пацієнтами короткого опитувальника MOS SF-36.

Експериментально-психологічний розподіл був орієнтований на визначення рівня когнітивного функціонування пацієнта з неалкогольною жировою хворобою печінки та його індивідуально-психологічних особливостей – особистісних детермінантів стресо- та життестійкості та рівня якості життя.

Таким чином, у розробленому нами експериментально-психологічному обстеженні пацієнтів з НАЖХП було враховувано клінічні та індивідуально-психологічні особливості хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки, включаючи всю необхідну інформацію для дослідження рівня когнітивного функціонування та якості життя пацієнтів, та наслідків для перебігу та прогнозу захворювання.

Результати

Станом на вересень 2021 року усього обстежено 23 пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки віком від 37 до 58 років (середній вік 46,5 років), молодшими за 40 років було 4 пацієнти (17,4%), віком від 40 до 50 – 10 пацієнтів (43,5%), старшими за 50 – 9 (39,1%). Статевий розподіл був наступним: 12 (52,2%) пацієнтів було жіночої статі, та 11 (47,8%) – чоловічої (Табл. 1).

Характеристика	Показники	Абсолютні значення	Відносно загальної кількості опитаних
Стать	Жіноча	12	52.17%
	Чоловіча	11	47.83%
Вік	<40	4	17.39%
	40-50	10	43.48%
	>50	9	39.13%

Таблиця 1. Соціально-демографічні дані

Проведення методики «10 слів О.Р. Лурія» дало наступні результати:

- Всі 23 пацієнти змогли відтворити необхідні 10 слів у рамках відведених спроб для запам'ятовування;

- За годину після первинного опитування 6 пацієнтів (26,1%) змогли відтворити 8 слів;
- 7 пацієнтів (30,4%) згадали 9 слів;
- 10 пацієнтів (43,5%) згадали усі слова, що були названі у першій частині проведеного дослідження

Методика	Кількість слів, що була відтворена	Абсолютна кількість опитаних	Відносна кількість опитаних
10 слів О.Р. Лурія	8	6	26.09%
	9	7	30.43%
	10	10	43.48%

Таблиця 2. Результати дослідження коротко- та довготривалої пам'яті

Дані результати дають змогу стверджувати, що як короткотривала, так і довготривала пам'ять всіх опитаних працює на задовільному рівні. Отже, не було виявлено значущого впливу наявності НАЖХП на функцію пам'яті у обстежених пацієнтів. Втім, було виявлено тенденцію до зв'язку відносного погіршення показників з віком пацієнтів.

При проведенні дослідження уваги пацієнтів використовуючи таблиці Шульте було визначено наступні показники:

- Ефективність роботи;
- Ступінь працездатності;
- Психічна стійкість.

Ефективність роботи опитаних знаходилася у межах від 3 до 5 балів (24-43 с). Результат 12 пацієнтів (52,2%) склав менше 30 с (5 балів), 5 пацієнтів та 6 (21,7% та 26,1%) отримали 4 та 3 бали відповідно.

Рівень ступеня працездатності 17 пацієнтів (73,9%) був менше 1, тим часом як у 6 (26,1%) він був більше за 1.

Показник психічної стійкості 21 пацієнта (91,3%) склав менше 1, у решти показник перевищував одиницю.

Таким чином, переважна більшість пацієнтів з НАЖХП продемонструвала достатньо високий рівень психічної стійкості (91,3%) та ступень працездатності (73,9%). Втім, ¼ пацієнтів досліджуваної групи мала невисокий ступінь працездатності і майже ½ пацієнтів з НАЖХП показала тенденцію до зниження загальної ефективності роботи.

Можна дійти висновку, що у пацієнтів з НАЖХП попри відсутність значущих порушень пам'яті, психічної стійкості та розумової працездатності наявна тенденція до зниження ефективності виконання завдань, що потребує подальших досліджень.

Характеристика уваги	Показники	Абсолютні значення	Відносно загальної кількості опитаних
Ефективність роботи	3	7	30.43%
	4	5	21.74%
	5	11	47.83%
Ступінь працездатності	>1	6	26.09%
	<1	17	73.91%
Психічна стійкість	>1	2	8.70%
	<1	21	91.30%

Таблиця 3. Результати дослідження уваги

За шкалою стресу Холмса та Рея (SRRS) 100% опитаних потрапили у групу з помірним ризиком розвитку захворювань (діапазон відповідей 150-299 балів). Є велика вірогідність того, що подібні результати обумовлені соціально-демографічною ситуацією на момент дослідження – кожні декілька тижнів змінюються карантинні дозволи та обмеження, пандемія, робочі та сімейні зміни у зв'язку з цією ситуацією. Це лише гіпотеза, необхідно проводити додаткові дослідження для визначення факторів, що вплинули на дані результати.

За опитувальником життєстійкості ніхто з пацієнтів з НАЖХП не продемонстрував її високий рівень, але понад 80% обстежених відповідали показникам середнього рівня життєстійкості. Загальне зниження рівня життєстійкості відбувалось насамперед за рахунок субшкали залученості, що свідчить про тенденцію до зниження соціальної активності пацієнтів з НАЖХП. Причому, на тлі збалансованого локус-контролю пацієнти з НАЖХП демонструють тенденцію до пасивного сприйняття ситуації, наслідком якого може бути певний опір до формування терапевтичного альянсу, який передбачає активну позицію пацієнта в лікувально-діагностичному процесі.

Результати тесту життєстійкості Мадді представлені у [таблиці 4](#), нижче:

Показник	Результат	Абсолютна кількість опитаних	Відносна кількість опитаних
Життєстійкість	Середня	19	82.61%
	Знижена	4	17.39%
Залученість	Знижена	5	21.74%
	Середня	15	65.22%
	Висока	3	13.04%
Контроль	Середній	17	73.91%
	Високий	3	13.04%
	Низький	3	13.04%
Прийняття ризику	Високий	3	13.04%
	Середній	18	78.26%
	Низький	2	8.70%

Таблиця 4. Результати тесту життєстійкості Мадді

За опитувальником MOS SF-36 Medical Outcomes Study Short Form рівень якості життя 12 пацієнтів (52,2%) визначається як середній, та 11 (47,8%) як знижений. Отже, майже половина пацієнтів з НАЖХП не досягає навіть середнього рівня якості життя. Також не було визначено жодного пацієнта з високим рівнем якості життя.

Поєднання тенденцій до зниження ефективності виконання завдань, зниження соціальної залученості, пасивного сприйняття ситуації та зниження якості життя пацієнтів з НАЖХП свідчить про потенційні труднощі та ймовірний опір до формування терапевтичного альянсу, який передбачає активну позицію пацієнта в лікувально-діагностичному процесі.

Отже, медико-психологічна допомога пацієнтів з НАЖХП має бути спрямована на підвищення мотивації до формування терапевтичного альянсу, долучення пацієнтів до активної участі в лікуванні, насамперед до адаптивних змін способу життя контролю симптомів та дотриманню лікарських рекомендацій

Висновки

За результатами пілотного дослідження не було виявлено значущого впливу наявності НАЖХП на функцію пам'яті у обстежених пацієнтів. Втім, було виявлено тенденцію до зв'язку відносного погіршення показників з віком пацієнтів. Переважна більшість пацієнтів з НАЖХП

продемонструвала достатньо високий рівень психічної стійкості (91,3%) та ступень працездатності (73,9%). Втім, $\frac{1}{4}$ пацієнтів досліджуваної групи мала невисокий ступінь працездатності і майже $\frac{1}{2}$ пацієнтів з НАЖХП показала тенденцію до зниження загальної ефективності роботи. Отже, у пацієнтів з НАЖХП попри відсутність значущих порушень пам'яті, психічної стійкості та розумової працездатності наявна тенденція до зниження ефективності виконання завдань, що потребує подальших досліджень

За шкалою стресу Холмса та Рея всі обстежені особи потрапили у групу з помірною стресостійкістю та помірним ризиком розвитку захворювань (діапазон відповідей 150-299 балів), що могло бути певним чином обумовлено актуальною соціально-економічною ситуацією навколо пандемії COVID-19.

За опитувальником життестійкості понад $\frac{4}{5}$ обстежених відповідали показникам не вище середнього рівня життестійкості. Загальне зниження рівня життестійкості відбувалось насамперед за рахунок субшкали залученості, що свідчить про тенденцію до зниження соціальної активності пацієнтів з НАЖХП. Причому, на тлі збалансованого локус-контролю пацієнти з НАЖХП демонструють тенденцію до пасивного сприйняття ситуації, наслідком якого може бути певний опір до формування терапевтичного альянсу, який передбачає активну позицію пацієнта в лікувально-діагностичному процесі.

За опитувальником MOS SF-36 майже $\frac{1}{2}$ пацієнтів з НАЖХП не досягає навіть середнього рівня якості життя. Також не було визначено жодного пацієнта з високим рівнем якості життя.

Поєднання тенденцій до зниження ефективності виконання завдань, зниження соціальної залученості, пасивного сприйняття ситуації та зниження якості життя пацієнтів з НАЖХП свідчить про потенційні труднощі та ймовірний опір до формування терапевтичного альянсу, який передбачає активну позицію пацієнта в лікувально-діагностичному процесі.

Отже, медико-психологічна допомога пацієнтів з НАЖХП має бути спрямована на підвищення мотивації до формування терапевтичного альянсу, долучення пацієнтів до активної участі в лікуванні, насамперед до адаптивних змін способу життя контролю симптомів та дотриманню лікарських рекомендацій

Дана інформація є черговим підтвердженням актуальності та необхідності проведення досліджень направлених на визначення факторів, що впливають, та засобів для покращення якості життя, та формування здорової внутрішньої картини хвороби пацієнтів, що страждають на неалкогольну жирову хворобу печінки.

Посилання

1. An K, Jallo N, Menzies V, Kinser P, Robins JL, Starkweather A. Integrative Review of Co-Occurring Symptoms Across Etiologies of Chronic Liver Disease and Implications for Symptom Management Research and Practice. *J Nurs Scholarsh.* 2015;47(4):310-7. DOI: <https://doi.org/10.1111/jnu.12146> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26077958/>
2. Benedict M, Zhang X. Non-alcoholic fatty liver disease: An expanded review. *World J Hepatol.* 2017;9(16):715-32. DOI: <https://doi.org/10.4254/wjh.v9.i16.715> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28652891/>
3. Scalone L, Fagioli S, Ciampichini R, et al. The societal burden of chronic liver diseases: results from the COME study. *BMJ Open Gastroenterol.* 2015;2(1):25. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgast-2014-000025> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26462277/>
4. Wong LL, Fisher HF, Stocken DD, et al. The Impact of Autoimmune Hepatitis and its Treatment on Health Utility. *Hepatology.* 2018;68(4):1487-97. DOI: <https://doi.org/10.1002/hep.30031> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29663477/>

5. Orr JG, Homer T, Ternent L, et al. Health related quality of life in people with advanced chronic liver disease. *J Hepatol.* 2014;61(5):1158-65. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2014.06.034> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25010259/>
6. McLernon DJ, Dillon J, Donnan PT. Health-state utilities in liver disease: a systematic review. *Med Decis Making.* 2008;28(4):582-92. DOI: <https://doi.org/10.1177/0272989x08315240> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18424560/>
7. Mells GF, Pells G, Newton JL, et al. Impact of primary biliary cirrhosis on perceived quality of life: the UK-PBC national study. *Hepatology.* 2013;58(1):273-83. DOI: <https://doi.org/10.1002/hep.26365> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23471852/>
8. Schramm C, Wahl I, Weiler-Normann C, et al. Health-related quality of life, depression, and anxiety in patients with autoimmune hepatitis. *J Hepatol.* 2014;60(3):618-24. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2013.10.035> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24240053/>
9. Sayiner M, Stepanova M, Pham H, Noor B, Walters M, Younossi ZM, et al. Assessment of health utilities and quality of life in patients with non-alcoholic fatty liver disease. *BMJ Open Gastroenterol.* 2016;3(1):106. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgast-2016-000106> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27648297/>
10. Swain MG, Jones DEJ. Fatigue in chronic liver disease: New insights and therapeutic approaches. *Liver Int.* 2018;39(1):6-19. DOI: [10.1111/liv.13919](https://doi.org/10.1111/liv.13919) PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29935104/>
11. D'Mello C, Swain MG. Liver-brain interactions in inflammatory liver diseases: implications for fatigue and mood disorders. *Brain Behav Immun.* 2014;35:9-20. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2013.10.009> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24140301/>
12. Häuser W, Holtmann G, Grandt D. Determinants of health-related quality of life in patients with chronic liver diseases. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2004;2(2):157–63. DOI: [https://doi.org/10.1016/s1542-3565\(03\)00315-x](https://doi.org/10.1016/s1542-3565(03)00315-x) PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15017621/>
13. Miotto EC, Campanholo KR, Machado MA, Benute GG, Lucia MC, Fráguas R, et al. Cognitive performance and mood in patients on the waiting list for liver transplantation and their relation to the model for end-stage liver disease. *Arq Neuropsiquiatr.* 2010;68(1):62–6. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0004-282x2010000100014> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20339655/>
14. Bianchi G, Marchesini G, Nicolino F, et al. Psychological status and depression in patients with liver cirrhosis. *Dig Liver Dis.* 2005;37(8):593–600. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dld.2005.01.020> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15869912/>
15. Orrù GM, Pariente CM. Depression and liver diseases. *Dig Liver Dis.* 2005;37(8):564–5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dld.2005.04.003> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15914103/>
16. Aghanwa HS, Ndububa D. Specific psychiatric morbidity in liver cirrhosis in a Nigerian general hospital setting. *Gen Hosp Psychiatry.* 2002;24(6):436–41. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0163-8343\(02\)00206-2](https://doi.org/10.1016/s0163-8343(02)00206-2) PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12490347/>
17. Altepeter T, Adams R, Buchanan WL, Buck P. Luria Memory Words Test and Wechsler Memory Scale: comparison of utility in discriminating neurologically impaired from controls. *Journal of clinical psychology,* 1990;46(2):190-3.
18. Chernobai AD, Fedotova Yu. Methods for diagnosing the properties of perception, attention and memory. Vladivostok: MSUN; 2005. URL: https://msun.ru/upload/folders/edu_lit/kaf/psihology/029.pdf
19. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res.* 1967;11(2):213–8. PMID: 6059863. doi:10.1016/0022-3999(67)90010-4
20. Rahe RH, Arthur RJ. Life change and illness studies: past history and future directions. *J Human Stress.* 1978;4(1):3–15. PMID: 346993. doi:10.1080/0097840X.1978.9934972
21. Rahe RH, Mahan JL Jr, Arthur RJ. Prediction of near-future health change from subjects'



- preceding life changes. *J Psychosom Res.* 1970;14(4):401-6. PMID: 5495261.
doi:10.1016/0022-3999(70)90008-5
22. Rahe RH, Biersner RJ, Ryman DH, Arthur RJ. Psychosocial predictors of illness behavior and failure in stressful training. *J Health Soc Behav.* 1972;13(4): 393-7. PMID 4648894.
doi:10.2307/2136831
23. Komaroff AL, Masuda M, Holmes TH. The social readjustment rating scale: a comparative study of Negro, Mexican and white Americans. *J Psychosom Res.* 1968;12(2):121-8. PMID: 5685294. doi:10.1016/0022-3999(68)90018-4
24. Masuda M, Holmes TH. The Social Readjustment Rating Scale: a cross-cultural study of Japanese and Americans. *J Psychosom Res.* 1967;11(2):227-37. PMID: 6059865.
doi:10.1016/0022-3999(67)90012-8
25. Woon TH; Masuda M; Wagner NN, Holmes TH. The Social Readjustment Rating Scale: A Cross-Cultural Study of Malaysians and Americans. *Journal of Cross-Cultural Psychology.* 1971;2(4):373-86. doi:10.1177/002202217100200407
26. Chaban OS, Khaustova OO. *Practical psychosomatics: diagnostic scales, textbook.* Kyiv: MedKnyha; 2021:149-51.