

Качество жизни больных циррозом печени в зависимости от тонуса вегетативной нервной системы

Филиппова Л.П., Белобородова Э.И., Белобородова Е.В., Алексеева А.С., Шепелева Е.Г.

Quality of life in patients with liver cirrhosis on the tone of vegetative nervous system

Filippova L.P., Beloborodova E.I., Beloborodova Ye.V., Alekseyeva A.S., Shepeleva Ye.G.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Филиппова Л.П., Белобородова Э.И., Белобородова Е.В. и др.

В настоящее время в медицине большое внимание уделяется изучению качества жизни (КЖ) пациентов. Исследуется зависимость между КЖ и течением заболевания, особенностями личности пациента. В представленном исследовании принимали участие 139 больных циррозом печени (ЦП). При помощи анкет, самостоятельно заполняемых пациентами, оценивалось КЖ в зависимости от тонуса вегетативной нервной системы. В результате наблюдения установлено, что вегетативный дисбаланс у больных циррозом печени с преобладанием парасимпатических влияний ухудшает показатели КЖ в сферах энергичности, болевых ощущений и эмоциональных реакций.

Ключевые слова: цирроз печени, качество жизни, вегетативный тонус нервной системы.

At present, medical attention is paid to the quality of life for patients. The dependence between the quality of life and the course of the disease, personality patients characteristics. In the conducted study involved 139 patients with cirrhosis of the liver. With the help of questionnaires, self-administered by patients, assessed the quality of life depending on the tone of the autonomic nervous system. As a result of supervision it is established that the vegetative disbalance at sick of a cirrhosis with prevalence of parasympathetic influences worsens indicators of quality of life in spheres of vigor, painful sensations and emotional reactions.

Key words: liver cirrhosis, the quality of life, vegetative nervous system tone.

УДК 616.36-004-06:616.839-009.1]-082.5

Введение

В медицинской практике часто недооценивается негативное влияние на больного симптоматики цирроза печени (ЦП), так как анализируется лишь частота и выраженность симптомов, а для больного решающее значение могут иметь те ограничения, которые на него накладывает болезнь [9, 16]. Вследствие этого в последние годы общепринятые подходы и методы наблюдения больных с различными заболеваниями дополнились новой методикой исследования, которая заключается в оценке качества жизни (КЖ) пациентов [2, 7, 10]. Качество жизни больных — интегральная характеристика, включающая физическое, психическое, эмоциональное и социальное здоровье, основан-

ная на субъективном восприятии. В соответствии с определением ВОЗ, «здоровье — это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека», а не просто отсутствие заболевания. В связи с тем что в последние десятилетия отмечена тенденция к увеличению продолжительности жизни больных циррозом печени, улучшение их КЖ стало одной из основных задач клиницистов [5, 6, 12, 17]. Публикации, посвященные данному вопросу, имеющие обзорный характер, рекомендуют использовать для оценки КЖ пациентов гастроэнтерологического профиля комбинацию общих и специальных опросников или общих опросников и шкал, отражающих особенности клинического течения определенной нозологической формы [4, 13, 14]. Проводятся исследования

о влиянии на КЖ больных ЦП выраженности печеночной энцефалопатии, этиологии, стадии заболевания, психологических особенностей личности [1, 8]. Во многих исследованиях было показано ухудшение КЖ у пациентов с хроническими заболеваниями печени, но при этом факторы, влияющие на него, не известны [15, 18]. Не встречались данные о влиянии вегетативной нервной системы на качество жизни больных циррозом печени.

Цель исследования — оценить качество жизни при хронических заболеваниях печени и влияние тонуса вегетативной нервной системы у больных циррозом печени на КЖ.

Материал и методы

Обследовано 283 человека. Группа больных ЦП различной этиологии состояла из 139 человек (средний возраст $49,8 \pm 11,2$ года): вирусной — 36 (26%), алкогольной — 68 (49%), сочетанной — 35 (25%) и степени тяжести по Чайлду—Пью: класс А — 50 (36,0%), класс В — 44 (31,6%), класс С — 45 (32,4%); из них 68 мужчин (48,9%) и 71 женщина (51,1%). 104 человека были включены в группу хронических гепатитов (ХГ) (средний возраст $36,2 \pm 12,9$ года), в том числе вирусной — 27 (26%), алкогольной — 51 (49%) и сочетанной — 26 (25%) этиологии, из них 54 (52%) мужчины и 50 (48%) женщин. В контрольную группу вошли 40 здоровых людей, сопоставимых по полу и возрасту.

Все пациенты из группы больных циррозом печени были поделены на подгруппы в зависимости от тонуса вегетативной нервной системы: 1-я — больные ЦП с преобладанием парасимпатического вегетативного тонуса (70 человек; 50,4%) и 2-я — больные циррозом печени с преобладанием симпатического вегетативного тонуса (69 человек; 49,6%). Ни у одного больного ЦП, участвующего в данном исследовании, эйтонии не выявлено. При хронических вирусных гепатитах преобладание парасимпатического вегетативного тонуса отмечено в 52% случаев (54 человека), симпатического вегетативного тонуса — в 44,2% (46 человек), эйтония наблюдалась лишь в 3,8% случаев (4 человека). У здоровых обследуемых эйтония была выявлена в 15% случаев (6 человек), парасимпатический тонус преобладал у 14 человек (35%) и симпатический тонус — у 20 человек (50%).

Диагноз выставлялся на основании анамнестических данных, результатов объективного исследования, общеклинических и биохимических показателей, характеризующих функциональное состояние печени, ультразвукового исследования органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопии, определения серологических маркеров вирусных гепатитов методом ИФА, репликативной фазы развития вируса методом обратной транскрипции — полимеразной цепной реакции. В ряде случаев проводилось патоморфологическое изучение биоптатов печени с определением индекса гистологической активности гепатита и стадии фиброза печени.

Изучение вегетативной нервной системы (ВНС) проводилось определением исходного вегетативного тонуса методами расчета вегетативного индекса Кердо (ВИК), индекса минутного объема крови (ИМО), минутного объема крови (МОК). Расчет проводился по формулам, предложенным А.М. Вейном [3]. С учетом всех показателей (ВИК, ИМО, МОК), делалось заключение о преобладании симпатических (симпатикотония), парасимпатических (ваготония) влияний либо об относительном вегетативном равновесии (эйтония).

Для изучения КЖ была использована медико-социальная анкета (МСА) Кардиологического научного центра (КНЦ) РАМН, модифицированная Я.Н. Рутгайзер [1, 9, 10]. Она направлена на оценку отношений пациента к изменениям в жизни, связанным с болезнью, в которой в соответствии со спецификой гастроэнтерологических больных включена дополнительно 11-я шкала — необходимость соблюдать диету, ограничивать прием определенных продуктов. По результатам заполнения анкеты рассчитывались два интегральных показателя: индекс выбранных шкал (ИВШ) — сумма шкал с положительным ответом и индекс качества жизни (ИКЖ) — алгебраическая сумма набранных баллов. С учетом субъективных расстройств (болей, желудочных и кишечных диспептических явлений, нарушений стула, астенических жалоб) и частоты обострений рассчитывался индекс тяжести болезни (ИТБ).

Дополнительно для оценки КЖ использовался «Ноттингемский профиль здоровья» [6, 11], который позволяет оценить шесть областей чувствования — болевые ощущения, физическую активность, сон, эмоциональные реакции, энергичность, социальную изоляцию (часть 1) и семь областей жизни — работу, домашний труд, отношения с людьми, личную жизнь, секс, хобби, отпуск (часть 2). В части 1 предусматри-

вается количественная характеристика показателей КЖ, представляющая собой взвешенную величину: сумма, равная 100, соответствует наихудшему уровню КЖ по данному параметру. В части 2 проводилась качественная оценка показателей, количество положительных и отрицательных ответов.

Статистическая обработка данных выполнялась с помощью программы Statistica 6.0 (StatSoft, США). Проверка групп на нормальность распределения признаков проведена с помощью критерия Лиллиефорса. Распределение признаков в сравниваемых группах не подчинялось законам нормального распределения ($p < 0,05$ для критерия Лиллиефорса), поэтому сравнение показателей между группами проводилось при помощи непараметрического критерия Манна—Уитни. Так как распределение признаков в сравниваемых группах не подчинялось законам нормального распределения, то описание количественных данных проводилось при помощи представления медианы Me , а также 25-го перцентиля — нижнего квартиля Q_1 и 75-го перцентиля — верхнего квартиля Q_3 . Описание качественных данных проводилось путем построения таблиц сопряженности с указанием абсолютных и относительных (%) частот встречаемости признаков. Для определения достоверности различий качественных признаков использовали анализ таблиц сопряженности (критерий χ^2 Пирсона, а также двусторонний тест Фишера в случае, если ожидаемое значение хотя бы в одной ячейке таблицы сопряженности было меньше 5). Статистически значимыми считали результаты по всем применяемым методам при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

О факторах, ухудшающих КЖ больных ЦП, судили по числу выбранных ими шкал опросника «Качество жизни» КНЦ РАМН. При анализе показателей качества жизни получены результаты, свидетельствующие о достоверном ($p < 0,005$) снижении параметров по всем шкалам опросника КЖ у пациентов с ХГ и ЦП различной этиологии в отличие от обследованных контрольной группы. Больные ЦП чаще всего (в 80—90% случаев) были озабочены необходимостью длительно лечиться, принимать лекарства и ограничивать свою трудовую деятельность. В 60—70% случаев пациенты, страдающие ЦП, выбирали шкалы, касающиеся необходимости систематически соблюдать диету, ограничивать себя в выполнении физических на-

грузок и занятий умственным трудом, а также в проведении досуга, контакта с родственниками и половой жизни. Реже, в 40—50% случаев больные ЦП различной этиологии указывали, что снижение КЖ у них вызвало понижение в должности и связанное с этим снижение заработной платы. И лишь одна шкала — запрещение курения в связи с болезнью — не вызвала негативной оценки, большинство обследованных пациентов указывали, что рады этому, или отнеслись безразлично. Переживали по этому поводу менее 30% больных ЦП. У пациентов с циррозом печени достоверных различий по шкалам КЖ в зависимости от этиологии заболевания не выявлено.

По результатам заполнения опросника КЖ обследуемых в контрольной группе, группах сравнения и ЦП различной этиологии рассчитывались интегральные показатели ИВШ, ИТБ, ИКЖ (табл. 1). Данные показатели качества жизни при ЦП статистически значимо отличались от таковых в группах контроля и сравнения. Согласно полученным результатам, у больных ЦП ИКЖ равнялся $-11,0; -15,0 : -7,0$; ИВШ $1,0; 0 : 3,0$, что свидетельствует о выраженном снижении качества жизни при данной патологии. Также высокие показатели ИТБ ($9,0; 6,0 : 11,0$) наблюдались при ЦП. Таким образом, цирроз печени ухудшает качество жизни пациентов. Достоверных отличий в показателях ИВШ и ИКЖ у больных ЦП различной этиологии не наблюдалось. Лишь ИТБ у пациентов с вирусным циррозом достоверно выше ($p = 0,01$), что свидетельствует о более тяжелом течении заболевания.

Изучая показатели качества жизни с использованием «Ноттингемского профиля здоровья» (часть 1 опросника) было установлено, что состояние здоровья больных как ХГ, так и ЦП различной этиологии ухудшило количественные характеристики всех шести параметров КЖ по основным сферам жизнедеятельности человека (табл. 2). У пациентов с гепатитами и циррозами в большей степени заболевание вызвало нарушения в сфере сна, энергичности и эмоциональных реакций. Реже причинами ухудшения КЖ были болевые ощущения, снижение физической активности и социальная изоляция. Показатели по всем вышеперечисленным областям чувствования были статистически значимо выше у пациентов с ЦП, что является естественным, учитывая более тяжелое течение болезни. В зависимости от этиологии ЦП достоверные

различия с тенденцией к снижению энергичности ($p = 0,01$) и увеличению болевых ощущений ($p = 0,04$)

наблюдались у пациентов с вирусным циррозом.

Таблица 1

Интегральные показатели качества жизни у пациентов с циррозами печени различной этиологии ($M_e; Q_1; Q_3$)

Показатель	Группа			p
	Контроль (40 человек)	Сравнения (104 человека)	Цирроз печени (139 человек)	
	1	2	3	
Индекс выбранных шкал	0; 0 : 0	0; 0 : 2,0	1,0; 0 : 3,0	$p_{1-3} = 0,000; p_{2-3} = 0,004$
Индекс качества жизни	-1,0; -2,0 : -1,0	-9,0; -13,0 : -4,0	-11,0; -15,0 : -7,0	$p_{1-3} = 0,000; p_{2-3} = 0,005$
Индекс тяжести болезни	0; 0 : 0	7,0; 6,0 : 9,8	9,0; 6,0 : 11,0	$p_{1-3} = 0,000; p_{2-3} = 0,000$

Таблица 2

Показатели качества жизни «Ноттингемского профиля здоровья» (часть 1) у больных ЦП различной этиологии и степени тяжести ($M_e; Q_1; Q_3$)

Показатель	Группа			p
	Контроль (40 человек)	Сравнения (104 человека)	Цирроз печени (139 человек)	
	1	2	3	
Энергичность	0; 0 : 0	24,0; 0 : 63,2	24,0; 24,0 : 100,0	$p_{1-3} = 0,000; p_{2-3} = 0,000$
Болевые ощущения	0; 0 : 0	0; 0 : 28,5	19,0; 0 : 48,5	$p_{1-3} = 0,000; p_{2-3} = 0,000$
Эмоциональные реакции	0; 0 : 0	10,9; 0 : 33,1	32,2; 9,3 : 60,2	$p_{1-3} = 0,000; p_{2-3} = 0,000$
Сон	0; 0 : 0	21,5; 12,5 : 64,4	49,9; 17,0 : 76,9	$p_{1-3} = 0,000; p_{2-3} = 0,000$
Социальная изоляция	0; 0 : 0	17,7; 0 : 35,3	22,5; 0 : 44,5	$p_{1-3} = 0,000; p_{2-3} = 0,003$
Физическая активность	0; 0 : 0	10,8; 0 : 21,9	22,0; 0 : 41,9	$p_{1-3} = 0,000; p_{2-3} = 0,000$

Исследуя показатели КЖ «Ноттингемского профиля здоровья» (часть 2 опросника), было установлено влияние болезни на основные стороны повседневной жизни пациентов. В 70—85% случаев отмечалось влияние состояния здоровья больных ХГ и ЦП на трудовую деятельность, участие в общественной жизни, полноценный отдых и половую жизнь; в 50—60% наблюдений — на ведение домашнего хозяйства, любимые занятия и взаимоотношения в семье. В зависимости от этиологии ЦП достоверно ($p < 0,05$) отмечалось влияние заболевания у пациентов с алкогольным ЦП на трудовую деятельность, а у больных с вирусным ЦП на взаимоотношения в семье.

Изучалось влияние вегетативного тонуса нервной системы на показатели качества жизни больных циррозом печени различной этиологии и степени тяжести. Достоверных различий влияния парасимпатического и симпатического тонуса нервной системы на показатели качества жизни не выявлено, за исключением параметра «ограничение занятий физкультурой», к которому негативное отношение было преимущественно у пациентов с преобладанием симпатического тонуса ($p = 0,006$). Однако при изучении основных интегральных показателей этого теста (ИКЖ, ИВШ, ИТБ)

было статистически значимо ($p = 0,035$) выявлено снижение ИКЖ в группе ЦП с преобладанием парасимпатического тонуса.

При изучении показателей качества жизни с использованием «Ноттингемского профиля здоровья» (часть 1 опросника) было установлено, что состояние здоровья больных ЦП различной этиологии с преобладанием парасимпатического тонуса ухудшило характеристики по трем параметрам КЖ основных сфер жизнедеятельности человека: энергичность, болевые ощущения, эмоциональные реакции (табл. 3). При преобладании симпатического тонуса больше страдает сфера сна. Достоверных различий в сферах социальной изоляции и физической активности в зависимости от вегетативного тонуса больных ЦП не выявлено.

При исследовании групп пациентов с парасимпатическим и симпатическим тонусом вегетативной нервной системы по половому признаку были выявлены следующие изменения (табл. 4). Достоверно хуже оценивают свое качество жизни по основным сферам женщины как в группе симпатического тонуса, так и в группе парасимпатического тонуса. Отмечены более высокие показатели у женщин в группе с преоблада-

нием парасимпатического тонуса. Таким образом, у женщин, страдающих циррозом печени различной этиологии и степени тяжести, преобладание парасимпатического тонуса ВНС ухудшает качество жизни. У

мужчин статистически значимых различий по показателям КЖ в зависимости от вегетативного тонуса не выявлено.

Таблица 3

Показатели качества жизни «Ноттингемского профиля здоровья» (часть 1) у больных ЦП различной этиологии и степени тяжести в зависимости от преобладания тонуса вегетативной нервной системы ($Me; Q_1; Q_3$)

Показатель	Пациенты с преобладанием		p
	симпатического тонуса (69 человек)	парасимпатического тонуса (70 человек)	
	1	2	
Энергичность	24,0; 24,0 : 89,9	40,7; 18,0 : 100,0	$p_{1-2} = 0,204$
Болевые ощущения	15,8; 0 : 47,3	29,9; 5,8 : 59,5	$p_{1-2} = 0,663$
Эмоциональные реакции	21,0; 7,2 : 52,1	36,3; 13,6 : 70,3	$p_{1-2} = 0,029$
Сон	55,4; 12,5 : 76,9	49,9; 27,9 : 76,9	$p_{1-2} = 0,763$
Социальная изоляция	20,1; 0 : 44,5	22,5; 0 : 47,7	$p_{1-2} = 0,863$
Физическая активность	22,0; 0 : 34,4	22,0; 8,1 : 42,9	$p_{1-2} = 0,479$

Таблица 4

Показатели качества жизни «Ноттингемского профиля здоровья» (часть 1) у больных ЦП различной этиологии и степени тяжести в зависимости от преобладания тонуса вегетативной нервной системы и пола ($Me; Q_1; Q_3$)

Показатель	Пациенты с преобладанием				p
	симпатического тонуса		парасимпатического тонуса		
	Мужчины (36 человек)	Женщины (33 человека)	Мужчины (32 человека)	Женщины (38 человек)	
	1	2	3	4	
Энергичность	24,0; 0 : 62,0	62,0; 24,0 : 100,0	24,0; 0 : 100,0	100,0; 24,0 : 100,0	$p_{1-2} = 0,021; p_{2-4} = 0,634$ $p_{1-3} = 0,865; p_{3-4} = 0,017$
Болевые ощущения	5,8; 0 : 31,8	27,6; 5,8 : 48,2	5,8; 0 : 21,7	47,0; 24,7 : 91,0	$p_{1-2} = 0,037; p_{2-4} = 0,012$ $p_{1-3} = 0,906; p_{3-4} = 0,000$
Эмоциональные реакции	9,8; 0 : 52,1	32,1; 9,8 : 51,3	15,0; 0 : 48,7	54,6; 29,7 : 81,0	$p_{1-2} = 0,214; p_{2-4} = 0,002$ $p_{1-3} = 0,734; p_{3-4} = 0,000$
Сон	39,4; 12,5 : 76,9	64,4; 16,4 : 76,9	28,4; 12,5 : 55,4	70,6; 32,5 : 78,8	$p_{1-2} = 0,586; p_{2-4} = 0,572$ $p_{1-3} = 0,628; p_{3-4} = 0,001$
Социальная изоляция	20,1; 0 : 56,4	21,3; 0 : 44,1	22,3; 0 : 35,5	22,5; 0 : 63,0	$p_{1-2} = 0,568; p_{2-4} = 0,534$ $p_{1-3} = 0,693; p_{3-4} = 0,518$
Физическая активность	21,8; 0 : 37,2	27,4; 10,9 : 34,5	10,8; 0 : 24,6	41,9; 22,0 : 56,6	$p_{1-2} = 0,179; p_{2-4} = 0,044$ $p_{1-3} = 0,435; p_{3-4} = 0,000$

Изучая показатели качества жизни с использованием «Ноттингемского профиля здоровья» (часть 2 опросника), было установлено, что для больных ЦП с преобладанием парасимпатического и симпатического тонуса нервной системы сохраняется общая закономерность, характерная для больных ЦП. Чаще пациенты указывали, что их состояние здоровья оказало влияние на трудовую деятельность, общественную жизнь и полноценный отдых, реже на половую жизнь. Пациенты с преобладанием симпатического тонуса реже отмечали, что их состояние здоровья отразилось на работе, общественной, домашней, половой жизни, любимых занятиях и полноценном отдыхе.

Выводы

1. Качество жизни у больных циррозом печени, оцениваемое по интегральным показателям, более низкое, чем при хронических гепатитах вне зависимости от их этиологии.

2. Качество жизни у больных циррозом печени снижается по мере преобладания парасимпатического тонуса нервной системы в сферах энергичности, болевых ощущений, эмоциональных реакций.

3. Снижение параметров качества жизни коррелирует с половой принадлежностью больных циррозом печени. Женщины хуже оценивают свое качество жизни по основным сферам жизнедеятельности. У женщин, больных циррозом печени, у которых преобладает парасимпатический тонус, выявлены наиболее низкие показатели качества жизни.

4. У мужчин, больных циррозом печени, различий по показателям качества жизни в зависимости от вегетативного тонуса не выявлено.

Литература

1. *Алексеева А.С.* Клинико-морфологические проявления хронических гепатитов и циррозов печени различной этиологии во взаимосвязи с психологическим профилем и качеством жизни пациентов: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 2010. 42 с.
2. *Вейн А.М.* Идеи «нервизма» в гастроэнтерологии // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1997. № 3. С. 38—45.
3. *Вейн А.М., Вознесенская Т.Г.* Заболевания вегетативной нервной системы. М.: Медицина, 1991. 624 с.
4. *Григорьева Г.А., Баранова О.Г., Положинцева Е.В.* Психологические аспекты и новые направления в гастроэнтерологии. Смоленск, 1991. С. 10—13.
5. *Григорьева И.Н., Романова Т.И.* Методологические аспекты исследования качества жизни в современной медицине // Клинико-эпидемиологические и этноэкологические проблемы заболеваний органов пищеварения. Красноярск, 2005. С. 364—371.
6. *Левитан Б.Н., Колчина В.П., Дедов А.В.* Проблема выживаемости и причины летальности при циррозах печени по результатам длительного проспективного наблюдения // Южно-рус. мед. журн. 1999. № 2. С. 76—78.
7. *Новик А.А., Ионова Т.И.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине 2-е издание / под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. 320 с.
8. *Орлов В.А., Гиляровский С.Р.* Проблемы изучения качества жизни в современной медицине. М.: Б. и., 1992. 80 с.
9. *Романова Н.В.* Клинико-лабораторные особенности, психологические аспекты личности и уровень качества жизни у пациентов с печеночной энцефалопатией на фоне хронических заболеваний печени: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2007. 24 с.
10. *Рутгайзер Я.М., Михайлов А.Г.* Возможности оценки качества жизни больных в гастроэнтерологической практике // Клинич. медицина. 1999. Т. 77, № 3. С. 35—38.
11. *Сенкевиц Н.Ю., Белявская А.С.* Качество жизни — предмет научных исследований в пульмонологии // Терапевт. арх. 2000. Т. 72, № 2. С. 35—38.
12. *Сыркин А.Л., Печорина Е.А., Дрианицина С.В.* Определение качества жизни у больных ишемической болезнью сердца — стабильной стенокардией напряжения // Клинич. медицина. 1998. № 6. С. 52—57.
13. *Хазанов А.И.* Из полувекowego опыта наблюдения за больными циррозом печени // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 1998. Т. 8, № 2. С. 50—56.
14. *Brown R.S.* Strategies and pitfalls in quality of life research // Hepatol. 2000. V. 29. P. 59—62.
15. *Cohen R.D.* Validation of health related quality of life research // Hepatol. 2000. V. 29. P. 7—8.
16. *Koff R.S.* Impaired health-related quality of life in chronic hepatitis C: the how, but not the why // Hepatol. 1999. V. 29. P. 277—279.
17. *McCull E.* Best practice in symptom assessment: a review // Gut. 2004. № 53. (Suppl. 1). P. 49—54.
18. *Sanyal A.J., Koff R.S.* Methodologies in outcomes research // Hepatol. 1999. V. 29. P. 1—2.
19. *Younossi Z.M.* Chronic liver disease and health related quality of life // Gastroenterol. 2001. V. 120. P. 305—307.

Поступила в редакцию 10.11.2011 г.

Утверждена к печати 30.05.2012 г.

Сведения об авторах

Л.П. Филиппова — заочный аспирант кафедры терапии ФПК и ППС СибГМУ (г. Томск), врач-терапевт ФКУЗ МСЧ МВД России по Томской обл.

Э.И. Белобородова — заслуженный деятель науки РФ, д-р мед. наук, профессор кафедры терапии ФПК и ППС СибГМУ (г. Томск).

Е.В. Белобородова — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой терапии ФПК и ППС СибГМУ (г. Томск).

А.С. Алексеева — канд. мед. наук, зам. глав. врача по терапии ОГБУЗ «Томская областная клиническая больница» (г. Томск).

Е.Г. Шепелева — канд. мед. наук, ассистент кафедры терапии ФПК и ППС СибГМУ (г. Томск).

Для корреспонденции

Филиппова Людмила Павловна, тел. 8-913-841-4273; e-mail: ludfil@rambler.ru