

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОБЛЮДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Девяттов А.В., Бабаджанов А.Х., Рузибоев С.А., Байбеков Р.Р.

ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН БЕМОЛЛАРНИНГ ПОРТТОТИЗИМ ШУНТЛАШ ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ ТАВСИЯЛАРГА РИОЯ ЭТИШИГА ҚАРАБ ЯШАШ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ

Девяттов А.В., Бабаджанов А.Х., Рузибоев С.А., Байбеков Р.Р.

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS AFTER PORTOSYSTEMIC SHUNTING DEPENDING ON COMPLIANCE OF POSTOPERATIVE RECOMMENDATIONS

Devyatov A.V., Babadjanov A.Kh., Ruziboev S.A., Baibekov R.R.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова

Мақсад: мақола жигар циррози билан беморларнинг портотизим шунтлаш операциясидан кейинги яшаш сифатини баҳолашга бағишланган. **Материал ва усуллар:** ПТШ дан кейин 490 жигар циррози бўлган беморларда ҳаёт сифатини таҳлил қилиш амалга оширилди. 385 беморларда узоқ натижалар кузатилиши мумкин. 238 та беморларда ДСРА қўлланилди, ПТШ 10 та беморда, ЛЛСРА – 48, Н-СРА – 21 ва ССРА - у 68 беморларда амалга оширилди. Операция вақтида беморларнинг ўртача ёши $29,7 \pm 0,7$ йил эди. Ҳаёт сифатини баҳолаш учун қуйидагилар қўлланилади. Younossi Z.M. et al. (1999), визуал аналог ўлчамлари (ВАШ). Рақамли материал ўзгарувчан статистика усули билан қайта ишланади. **Натижа:** ПТШдан сўнг беморларнинг омон қолиши ва уларнинг ҳаёт сифати бевосита жигарда патологик жараённинг оғирлик омилига боғлиқ эди. Рад этиш ёки тартибсиз текширув ва муайян консерватив даволинишни амалга ошириш ПТШдан кейин ҳаёт сифати индексининг сезиларли пасайишига олиб келди: жисмоний ҳолатнинг $3,4 \pm 0,2$ да камайиши $4,5 \pm 0,7$ жисмоний ҳолат бўйича $49,2 \pm 5,1\%$, $65,1 \pm 5,1\%$ гача ВАШ. **Хулоса:** ПТШдан кейин геморрагик синдромни ривожланиш хавфи бўлмаганда мунтазам равишда кўриклар ва консерватив даволаш курсларини ўтказиш принципиал аҳамият касб этиб, ПГ билан оғриган беморларда ЖЦ мунтазам текширув ва даволаш ишларини олиб бориш керак.

Калит сўзлар: жигар циррози, портал гипертензия, портотизим шунтлаш, ҳаёт сифати.

Objective: assessment of the quality of life of patients with cirrhosis after portosystemic shunting (PSS) depending on compliance with postoperative recommendations. **Material and Methods:** the quality of life analysis was carried out in 490 patients with cirrhosis of the liver after PSS. Long-term results were followed up in 385 patients. The average age of patients at the time of surgery was 29.7 ± 0.7 years. To assess the quality of life, a special questionnaire developed by Z.M. Younossi et al. (1999), visual analogue scales. **Results:** after PSS, the survival rate of patients and their quality of life directly depended on the severity of the pathological process in the liver. Refusal or irregular examination and specific conservative therapy led to a significant decrease in the quality of life index after PSS: physical decline to 3.4 ± 0.2 points versus 4.5 ± 0.7 points, on a physical condition scale to $49.2 \pm 5, 1\%$, according to - $65.1 \pm 5.1\%$. **Conclusions:** In patients with portal hypertension in the absence of a risk of developing hemorrhagic syndrome after PSS, regular follow-up examinations and conducting courses of conservative therapy for the prevention or treatment of other complications of liver cirrhosis CP are of fundamental importance.

Key words: liver cirrhosis, porto-systemic shunting, long-term results, quality of life.

В настоящее время во всех индустриально развитых странах отмечается неуклонный рост хронических заболеваний печени (ХЗП) различной этиологии, особенно среди трудоспособного населения [3]. Интерес к изучению осложнений заболеваний печени, в частности печеночной энцефалопатии (ПЭ), обусловлен широким ее распространением, сложностью диагностики, отсутствием дифференцированных подходов к лечению и весомой ролью этого нарушения в формировании фатальных исходов [2,6]. Нервно-психические нарушения при ПЭ встречаются более чем у половины пациентов с циррозом печени (ЦП), при этом в большинстве случаев они потенциально обратимы [1].

В клинической практике в основном проводится диагностика и коррекция клинически выраженной эн-

цефалопатии, развившейся на фоне цирроза печени. Частота встречаемости психомоторных нарушений среди больных хроническими гепатитами, а также распространенность и методы коррекции минимальной ПЭ до конца не изучены [4]. В то же время распознавание минимальной ПЭ имеет большое значение, поскольку она вызывает не только ухудшение психоэмоционального и нейрофизиологического состояния пациентов, но и серьезно ограничивает их трудоспособность, вплоть до инвалидизации [6]. Становится все более очевидным, что выявление и устранение минимальной ПЭ, наряду с базисной терапией поражений печени, является одной из основных задач врача-клинициста.

До настоящего времени комплексного подхода к диагностике ПЭ, включающего исследования психо-

логических характеристик личности больных, не разработано, а именно оценка личностных особенностей пациентов, их взаимосвязи с течением заболевания помогает решить такую социальную проблему, как адаптация в обществе данной группы больных [5].

В связи с этим необходимо продолжение исследований, направленных на изучение клинико-лабораторных изменений при ПЭ, так как особенности клинического течения энцефалопатии в зависимости от нозологической формы ХЗП не изучены, специалисты продолжают спорить о существовании корреляций между биохимическими параметрами и наличием церебральной дисфункции, а также эффективностью ее лечения [1].

Таким образом, проблема печеночной энцефалопатии у пациентов с поражениями печени до конца не решена, а разработка адекватной тактики фармако-терапии данного вида патологии, которая с высокой клинической эффективностью одновременно должна позитивно воздействовать на состояние психоэмоциональной сферы и в конечном итоге улучшать качество жизни больных является одним из актуальных направлений современной медицины.

Материал и методы

Портосистемное шунтирование (ПСШ) представляет собой паллиативное вмешательство, направленное на коррекцию портальной гипертензии (ПГ). Основной его целью является профилактика кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ), особое значение в послеоперационном периоде отводится динамическим контрольным осмотрам и регулярным курсам консервативной терапии, которые для больных циррозом печени в зависимости от активации патологического процесса проводятся не реже 2-х раз в год.

Для оценки качества жизни использован специальный вопросник, разработанный Z.M. Younossi и соавт. (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, Системные симптомы, Активность, Эмоциональное состояние и Беспокойство. Ответ респондентов включал 7 возможных вариантов: от «все время» до «никогда». С учетом того, что в нашей стране трансплантация печени пока не выполняется, 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 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»). 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 490 больных ЦП после ПСШ. Из всей выборки пациентов доля прослеженных отдаленных результатов составила 78,6% (385 больных). Следует еще раз отметить, что анализу были подвергнуты только пациенты с диффузным заболеванием печени (ЦП), а больные с внепеченочными формами ПГ из исследования исключались. ДСРА был наложен у 238 (61,8%) пациентов, ПСРА выполнен у 10 (2,6%) больных, ЛЛСРА у 48 (12,5%), Н-СРА у 21 (5,5%), ССРА у 68 (17,7%). Средний возраст больных на момент операции – $29,7 \pm 0,7$ года.

Результаты

С учетом основной патологии как качество, так и продолжительность жизни больных ЦП после ПСШ на фоне адекватно функционирующего шунта в основном зависит 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 является тотальное разобщение гастроэзофагеального коллектора.

Соответственно в условиях функционирующего анастомоза и хронически прогрессирующего цирротического процесса качество жизни будет зависеть от тяжести клинических проявлений гепатоцеллюлярной недостаточности, поэтому мы проанализировали этот фактор в зависимости от качества соблюдения пациентами послеоперационных рекомендаций.

Как по шкале физического состояния, так и по шкале психологического состояния и субъективного восприятия своего здоровья в группе больных, регулярно соблюдающих рекомендации, показатели качества жизни были значительно лучше ($p < 0,001$ по всем доменам вопросника CLDQ). К 3-му месяцу наблюдения по физическому состоянию средний балл составил $4,7 \pm 0,7$ против $4,4 \pm 0,5$. В более поздние сроки, до 12 месяцев показатели качества жизни у пациентов, соблюдающих рекомендации достоверно не изменялись, тогда как в группе сравнения по всем периодам показатели достоверно ухудшались, составив к 3-му году наблюдения всего $3,4 \pm 0,2$ балла против $4,5 \pm 0,7$ балла. В другие сроки пациентов с нерегулярной консервативной терапией мы не наблюдали (табл. 1). Шкала психологического состояния и субъективного восприятия своего здоровья также отражала тенденцию к низкому качеству жизни у больных, не обращавшихся на контрольный ос-

мотор или не получающих специфическую терапию. К 3-му месяцу наблюдения по физическому состоянию средний балл составил $4,1 \pm 0,8$ против $4,3 \pm 0,5$ ($p < 0,001$) в группе сравнения.

Таблица 1

Средний балл показателя качества жизни по шкалам физического и психологического состояния при строгом соблюдении послеоперационных терапевтических рекомендаций

Шкала оценки качества жизни	Контроль	3 мес.	6 мес.	12 мес.	3 года	5 лет	Более 5 лет
Регулярные контрольный осмотр и консервативная терапия							
Число больных	50	133	86	76	64	31	21
Шкала физического состояния	5,9	4,7	4,8	4,7	4,5	3,4	3,2
стандартное отклонение	0,6	0,7	0,5	0,6	0,7	0,5	0,5
стандартная ошибка (m)	0,08	0,06	0,04	0,05	0,06	0,08	0,10
Т-критерий (p) по отношению к предыдущему показателю		<0,001	>0,05	>0,05	<0,05	<0,001	>0,05
Шкала психологического состояния и субъективного восприятия своего здоровья	5,8	4,3	4,2	4,2	3,9	3,0	2,8
стандартное отклонение	0,7	0,5	0,6	0,5	0,7	0,6	0,6
стандартная ошибка (m)	0,09	0,04	0,05	0,04	0,06	0,10	0,12
Т-критерий (p) по отношению к предыдущему показателю		<0,001	>0,05	>0,05	<0,001	<0,001	>0,05
Не регулярное обращение в рекомендуемые сроки или отказ от консервативной терапии							
Число больных	50	32	26	18	14		
Шкала физического состояния	5,9	4,4	4,1	3,8	3,4		
стандартное отклонение	0,6	0,5	0,6	0,6	0,2		
стандартная ошибка (m)	0,08	0,03	0,05	0,06	0,04		
Т-критерий (p) по отношению к предыдущему показателю		<0,001	<0,001	<0,01	<0,001		
Т-критерий (p) по отношению к группе сравнения		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		
Шкала психологического состояния и субъективного восприятия своего здоровья	5,8	4,1	3,9	3,8	2,9		
стандартное отклонение	0,7	0,8	0,5	0,8	0,5		
стандартная ошибка (m)	0,09	0,06	0,05	0,09	0,07		
Т-критерий (p) по отношению к предыдущему показателю		<0,001	<0,05	>0,05	<0,001		
Т-критерий (p) по отношению к группе сравнения		<0,01	<0,01	>0,05	<0,001		

В более поздние сроки, до 12 месяцев показатели качества жизни по этой шкале у пациентов, соблюдающих рекомендации, также достоверно не изменялись, тогда как в группе сравнения по всем периодам показатели достоверно ухудшались, составив к 3-м годам наблюдения всего $2,9 \pm 0,5$ балла против $3,9 \pm 0,7$ балла.

Наиболее наглядно эту тенденцию отражает динамическая кривая по отношению качества жизни больных ЦП после ПСШ к контролю. Так, по шка-

ле физического состояния в сроки до 3-х месяцев наблюдения разница по отношению к контролю в группах сравнения составила 5,5%, однако к 3-м годам наблюдения этот показатель вырос до 19,5% ($76,9 \pm 4,9\%$ против $57,4 \pm 5,3\%$). Как видно из рисунка 1, значительное снижение качества жизни, связанное с прогрессированием патологического процесса у больных, соблюдающих рекомендации, выявлено после 3-х лет наблюдения.

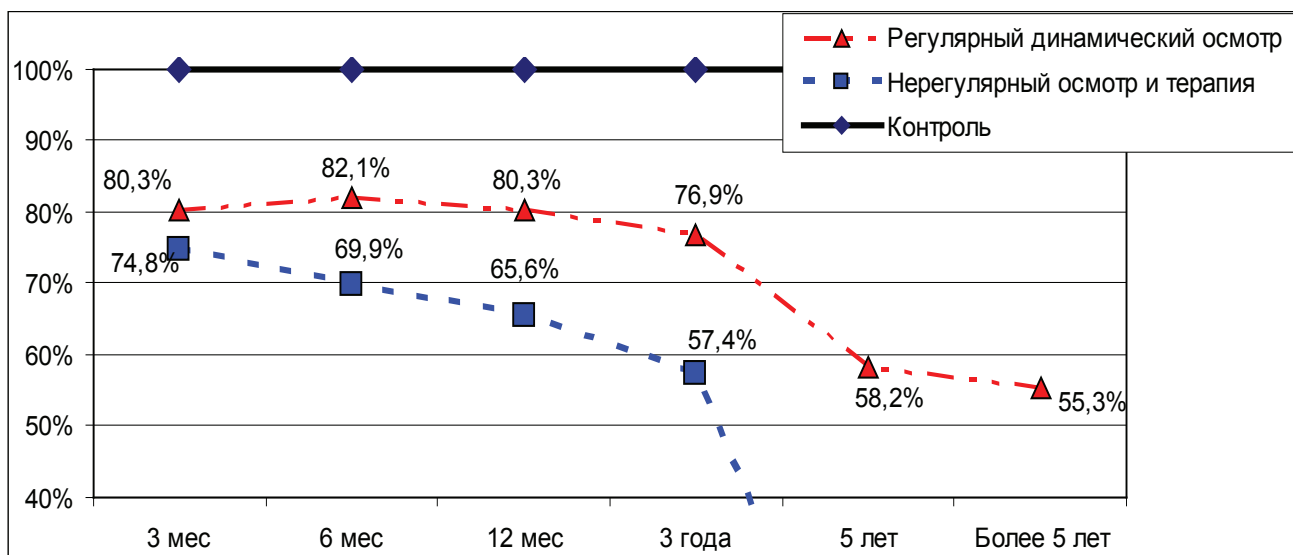


Рис. 1. Динамическая кривая показателя качества жизни при соблюдении и несоблюдении рекомендаций после ПСШ по шкале физического состояния.

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 консерва-

тивной терапии. При исходном значении по отношению к контролю соответственно $74,2 \pm 3,9$ и $70,5 \pm 4,4$ % качество жизни к 3-му году наблюдения снизилось до $67,3 \pm 4,7$ % при регулярном лечении и до $49,2 \pm 5,1$ % – при несоблюдении рекомендаций (рис. 2).

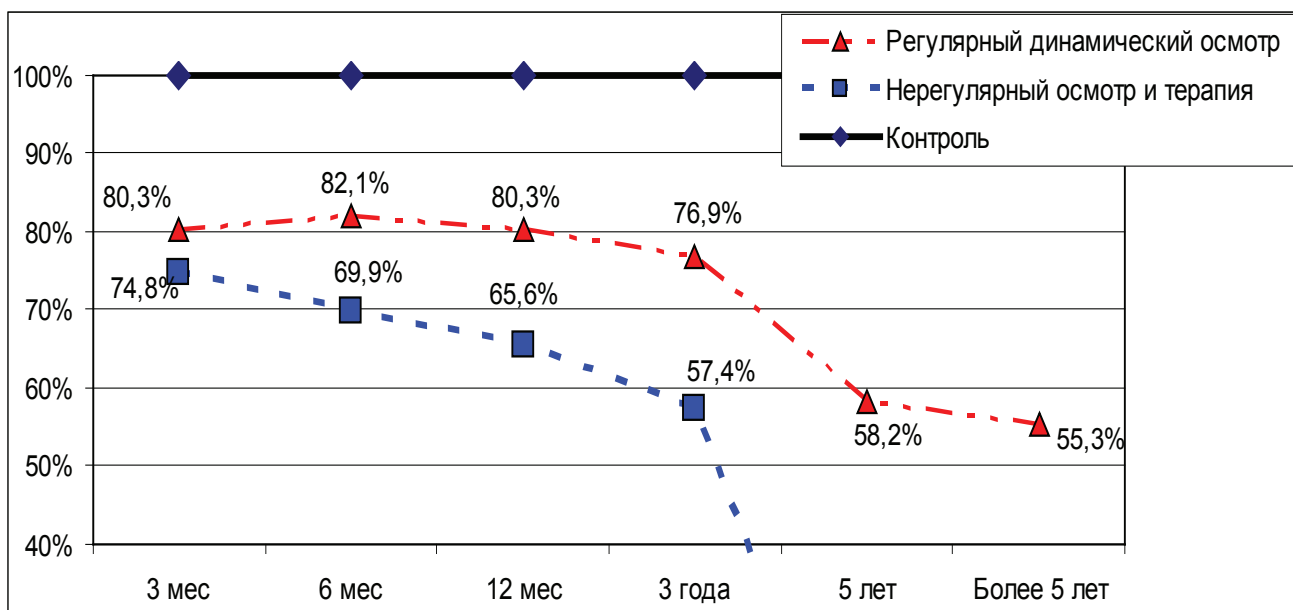


Рис. 2. Динамическая кривая показателя качества жизни при соблюдении и несоблюдении рекомендаций после ПСШ по шкале психологического состояния.

При анализе по ВАШ общего благополучия и здоровья также выявлено значительное снижение качества жизни при несоблюдении рекомендаций. Так, в сроки до 3-х месяцев наблюдения индекс качества жизни по ВАШ общего благополучия у больных, соблюдающих рекомендации, составил $75,2 \pm 4,6$ %, тогда как в группе сравнения – только $67,2 \pm 5,6$ % по отношению к максимуму (100%). Прогрессивное ухудшение показателя зарегистрировано только к 3-му году наблюдения в группе соблюдающих рекомендации – $69,3 \pm 5,4$ %. В группе пациентов с нерегу-

лярными курсами консервативной терапии показатель качества жизни достоверно снижался на всех периодах наблюдения ($p < 0,05-0,001$). Аналогичная тенденция наблюдалась при определении индекса качества жизни по ВАШ здоровья, составив в сроки до 3-х месяцев $61,6 \pm 5,0$ % и только $53,2 \pm 5,1$ % по отношению к максимуму к 3-му году наблюдения ($p < 0,05-0,001$). Во всех периодах наблюдения индекс качества жизни был хуже с высокой степенью значимости у больных, не соблюдавших рекомендации ($p < 0,001$) (табл. 2).

Показатель качества жизни по ВАШ общего благополучия и здоровья при соблюдении и несоблюдении рекомендаций после ПСШ

Показатель, %	3 мес.	6 мес.	12 мес.	3 года	5 лет	Более 5 лет
Контроль (ИКЖОБ)	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4	82,4
Контроль (ИКЖЗ)	78,3	78,3	78,3	78,3	78,3	78,3
Регулярные контрольный осмотр и консервативная терапия						
Индекс качества жизни по ВАШ общего благополучия	75,2	74,1	73,2	69,3	54,1	49,7
стандартное отклонение	4,6	4,9	5,6	5,4	7,1	7,4
стандартная ошибка (m)	0,41	0,46	0,51	0,49	0,62	0,65
Т-критерий (p) по отношению к предыдущему показателю	<0,001*	>0,05	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001
Индекс качества жизни по ВАШ здоровья	67,4	66,5	66,1	63,4	51,4	42,6
стандартное отклонение	4,4	2,9	3,2	3,7	4,5	4,8
стандартная ошибка (m)	0,37	0,19	0,26	0,31	0,51	0,53
Т-критерий (p) по отношению к предыдущему показателю	<0,001*	<0,05	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001
Нерегулярное обращение в рекомендуемые сроки						
Индекс качества жизни по ВАШ общего благополучия	67,2	67,7	61,6	55,7		
стандартное отклонение	5,6	3,5	6,8	6,0		
стандартная ошибка (m)	0,54	0,34	0,51	0,61		
Т-критерий (p) по отношению к предыдущему показателю	<0,001*	<0,05	<0,001	<0,001		
Т-критерий (p) по отношению к группе сравнения	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		
Индекс качества жизни по ВАШ здоровья	61,6	59,1	58,7	51,0		
стандартное отклонение	5,0	3,5	4,4	5,1		
стандартная ошибка (m)	0,51	0,63	0,68	0,67		
Т-критерий (p) по отношению к предыдущему показателю	<0,001*	<0,01	<0,05	<0,001		
Т-критерий (p) по отношению к группе сравнения	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		

Примечание. * - достоверность отличий от контроля.

Если рассматривать полученные показатели по отношению к контролю (показатель у здоровых людей, принятый за 100%), то индекс качества жизни по ВАШ общего благополучия составил $91,3 \pm 2,3\%$ в группе пациентов, соблюдающих рекомендации,

против $81,6 \pm 3,5\%$ у больных с нерегулярным контрольным обследованием и консервативным лечением. В более поздние сроки тенденция к снижению нарастает в значительной степени при не соблюдении рекомендаций (рис. 3).

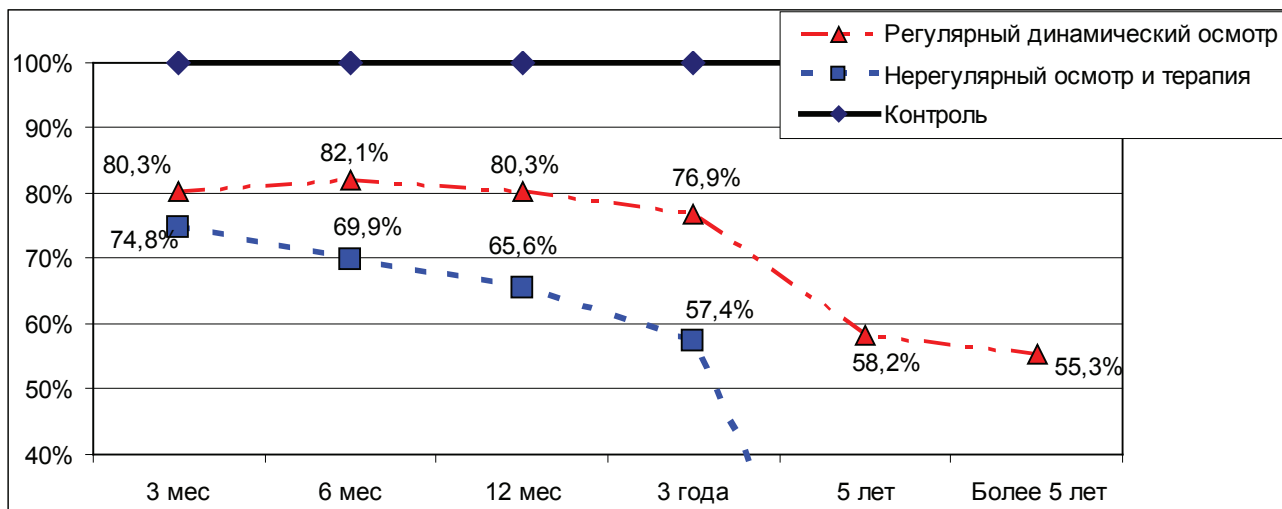


Рис. 3. Сравнительные кривые относительного показателя качества жизни по ВАШ общего благополучия при соблюдении и несоблюдении рекомендаций после ПСШ.

Сравнительные кривые относительного показателя качества жизни по ВАШ здоровья при соблюдении и несоблюдении рекомендаций после ПСШ также отражали указанную тенденцию. Так, в сро-

ки до 3-х месяцев индекс качества жизни составил соответственно $86,1 \pm 3,2$ и $78,7 \pm 3,6\%$ ($p < 0,001$), к 3-му году наблюдения — $81,0 \pm 4,5\%$ и только $65,1 \pm 5,1\%$ ($p < 0,001$) (рис. 4).

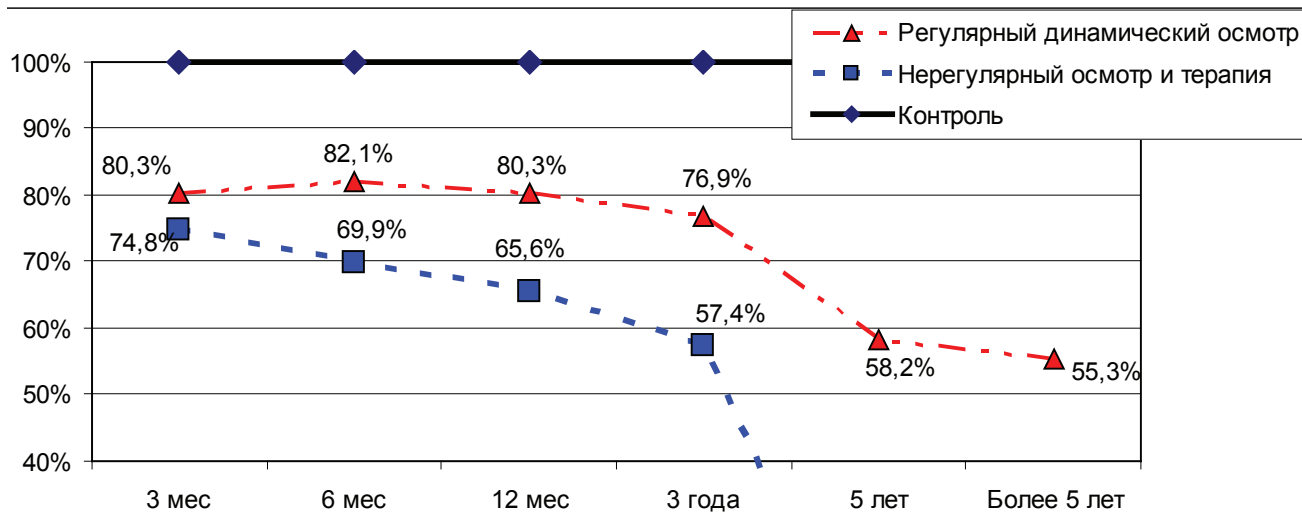


Рис. 4. Сравнительные кривые относительного показателя качества жизни по ВАШ здоровья при соблюдении и несоблюдении рекомендаций после ПСШ.

Таким образом, у больных с ПГ в условиях отсутствия риска развития геморрагического синдрома после ПСШ принципиальное значение имеет регулярные контрольный осмотр и проведение курсов консервативной терапии для профилактики или лечения других осложнений ЦП, что доказывает выявленный уровень индекса качества жизни с абсолютным преобладанием ($p < 0,001$) как по шкалам вопросника CLDQ, так и по ВАШ общего благополучия и здоровья в группе больных, соблюдающих послеоперационные рекомендации.

Декомпрессивный эффект ПСШ в лучшем исходе оперативного вмешательства не должен повли-

ять на функциональное состояние печени, что достигается не только селективной декомпрессией, но и с помощью 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 их качество жизни напрямую зависит 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.

ни после ПСШ. Следует отметить, что в большинстве случаев первичное обращение к врачу больных ЦП происходит при развитии осложнений, в частности отечно-асцитического, геморрагического синдромов и ПЭ, что может значительно затруднить как лечение осложнений, так и поддержание компенсированной функции печени. С учетом того, что отечно-асцитический и геморрагический синдромы могут корригироваться декомпрессивными вмешательствами, то тяжесть течения ПЭ после ПСШ может усугубиться и обязательно должна корригироваться специфическими консервативными мероприятиями. Особое значение должно отводиться диагностическим возможностям по выявлению синдрома ПЭ. Именно это осложнение отличается наибольшей трудностью в диагностике, так как развитие клинических признаков ПЭ свидетельствует о значительном снижении функции гепатоцитов. Соответственно для больных ЦП, особенно при планировании ПСШ, принципиальное значение имеет своевременное выявление степени тяжести ПЭ, особенно ее латентной формы, чем будет посвящен следующий этап нашего исследования.

Литература

1. Моисеева Е.О. Современные клинические и инструментальные методы диагностики печеночной энцефалопатии // Вестн. Смоленской мед. акад. – 2010. – №1. – С. 78-83.
2. Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х. и др. Эффективность эндоскопических вмешательств у больных циррозом печени // Анналы хир. гепатол. – 2017. – Т. 22, №2. – С. 45-53.
3. Orloff M.J., Hye R.J., Wheeler H.O. et al. Randomized trials of endoscopic therapy and transjugular intrahepatic portosystemic shunt versus portacaval shunt for emergency and elective treatment of bleeding gastric varices in cirrhosis // Surgery. – 2015. – Vol. 157, №6. – P. 1028-1045.
4. Reuter B., Walter K., Bissonnette J. et al. Assessment of the Spectrum of Hepatic Encephalopathy: A Multi-Center Study // Liver Transpl. – 2018. – Vol. 19.
5. Ridola L., Cardinale V., Riggio O. The burden of minimal hepatic encephalopathy: from diagnosis to therapeutic strategies // Ann. Gastroenterol. – 2018. – Vol. 31, №2. – P. 151-164.
6. Simón-Talero M. et al. Association Between Portosystemic Shunts and Increased Complications and Mortality in Patients With Cirrhosis // Gastroenterology. – 2018. – Vol. 20.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОБЛЮДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Рузибоев С.А., Байбеков Р.Р.

Цель: оценка качества жизни больных циррозом печени после портосистемного шунтирования (ПСШ) в зависимости от соблюдения послеоперационных рекомендаций. **Материал и методы:** анализ качества жизни проведен у 490 больных циррозом печени после ПСШ. Отдаленные результаты прослежены у 385 больных. Средний возраст больных на момент операции составил $29,7 \pm 0,7$ лет. Для оценки качества жизни использовали специальный вопросник, разработанный Z.M. Younossi и соавт. (1999), визуальные аналоговые шкалы. **Результаты:** после ПСШ выживаемость больных и качество их жизни напрямую зависели от тяжести патологического процесса в печени. Отказ или нерегулярное обследование и проведение специфической консервативной терапии обуславливало значительное снижение индекса качества жизни после ПСШ: снижение физического состояния до $3,4 \pm 0,2$ балла против $4,5 \pm 0,7$ балла, по шкале физического состояния до $49,2 \pm 5,1\%$, по ВАШ – $65,1 \pm 5,1\%$. **Выводы:** у больных с портальной гипертензией в условиях отсутствия риска развития геморрагического синдрома после ПСШ принципиальное значение имеет регулярные контрольный осмотр и проведение курсов консервативной терапии для профилактики или лечения других осложнений ЦП.

Ключевые слова: цирроз печени, портосистемное шунтирование, отдаленные результаты, качество жизни.