



В.Г. Заика¹, Н.Ю. Пшеничная², Г.Н. Остапенко¹, И.А. Демидов³

ОСОБЕННОСТИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Ростовский государственный медицинский университет,

¹Кафедра психиатрии,

²Кафедра инфекционных болезней с курсами детских инфекционных болезней и эпидемиологии ФПК и ППС,

³Кафедра внутренних болезней №2.

Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. E-mail: doc.ogn@yandex.ru

Цель: дать качественную и количественную характеристику пограничных психических расстройств у больных хроническим гепатитом С (ХГС).

Материалы и методы: исследование проведено у 72 больных ХГС со стадией фиброза F0-F3 в фазе реактивации (РНК HCV «+»). Для оценки психологического профиля личности использовали адаптированный стандартизованный многофакторный опросник для исследования личности. Для характеристики депрессии использовали шкалу Бека. С целью объективизации клинко-психопатологических симптомов была использована шкала по 3-балльной системе для количественной регистрации психических изменений.

Результаты: общая слабость и повышенная утомляемость выявлены у подавляющего большинства больных (77,8%). Частыми нарушениями при ХГС были головная боль (33,3%) и головокружение (20,8%), распространёнными явились разнообразные нарушения сна: повышенная сонливость отмечалась в 12,5%, бессонница – в 19,6%. По шкале Бека у 31,9% пациентов установлены клинические проявления субдепрессии, в 20,8% - клинически значимой депрессии. Жалобы на раздражительность высказывали 16,7% больных. У 24-х больных (33,3%) отмечалась выраженная астенизация. Из них 20 (83,3%) пациентов находились в состоянии психической дезадаптации, 14 (58,3%) больных самостоятельно прервали курс комбинированной противовирусной терапии.

Заключение: пограничное поражение психической сферы оказывает дезадаптирующее влияние на пациентов, во многом определяет клиническую картину заболевания, приверженность пациентов к лечению.

Ключевые слова: вирусный гепатит С, пограничные психические расстройства, психическая дезадаптация.

V.G. Zaika¹, N.Yu. Pshenichnaya², G.N. Ostapenko¹, I.A. Demidov³

FEATURES OF THE BORDER MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C

Rostov State Medical University,

¹Department of Psychiatry,

²Department of infectious diseases with courses of pediatric infectious diseases and epidemiology,

³Department of therapy №2.

29 Nahichevansky st., Rostov-on-Don, Russia, 344022. E-mail: doc.ogn@yandex.ru

Purpose: to give a qualitative and quantitative description of border mental disorders in patients with chronic hepatitis C (CHC).

Materials and methods: the study included 72 patients with CHC with the stage of fibrosis F0-F3 in reactivation phase (HCV RNA +). Following tests for evaluation of border mental disorders were considered: adapted standardized multifactorial questionnaire for study of psychological personality profile and Beck Depression Inventory. In order to render the clinic-psychopathological symptoms 3-point system scale was used for the quantitative recording of mental changes.

Results: the majority of the patients (77,8%) demonstrated general weakness and fatigue. Frequent violations of the CHC were headache (33,3%), vertigo (20,8%), variety of sleep disturbances: increased drowsiness (12,5%), insomnia (19,6%). According to Beck Depression Inventory 31,9% of patients showed clinical manifestations of subdepression, 20,8% - clinically significant depression. 16,7% of patients complained of irritability. 20 (83,3%) out of 24 patients with significant manifestation of the



asthenic phenomenon were in the state of mental maladjustment. 14 (58,3%), patients independently interrupted the course of combination antiviral therapy.

Summary: borderline defeat of psychic has a disadaptation effect on patients, largely determines the clinical picture of the disease and adherence to treatment.

Keywords: hepatitis C, mental disorders, psychiatric disadaptation..

Введение

В последнее время увеличилась заболеваемость хроническими гепатитами, ведущими этиологическими факторами которых являются гепатотропные HBV и HCV [1]. Распространение хронического гепатита С (ХГС) имеет неуклонную тенденцию к росту [2]. Высокая частота развития осложнений ведет к неблагоприятным последствиям у лиц трудоспособного возраста, страдающих ХГС [3]. В связи с этим, восстановление физического, психического и социального функционирования больных хроническими заболеваниями печени и улучшение их качества жизни приобретает медико-социальную значимость.

В последние десятилетия психотические нарушения при вирусных гепатитах изучены большим количеством специалистов [4,5]. При этом, непсихотические психические нарушения, по-прежнему, остаются за пределами активного интереса инфекционистов и терапевтов. Тем не менее, такие нарушения часто бывают одними из первых внепеченочных проявлений в клинике вирусного гепатита и сохраняются на всём протяжении болезни [6]. Психические нарушения могут в некоторой мере определять степень тяжести заболевания, а также обуславливают определённые психологические трудности при лечении таких больных. Клиническое течение ХГС сопровождается значительным патоморфозом печени, что отражается и на особенностях психического статуса, ассоциированного с этой патологией [6]. Почти не встречаются состояния помрачённого сознания и галлюцинаторно-бредовые психозы инфекционного происхождения, но преобладают психические нарушения пограничного уровня [4].

Цель исследования - дать качественную и количественную характеристику пограничных психических расстройств у больных ХГС.

Материалы и методы

Исследование проведено у 72 больных ХГС. Критериями включения пациентов в настоящее исследование были

случаи верифицированного ХГС в фазе реактивации (РНК HCV «+») со стадией фиброза F0-F3. Критериями исключения больных из исследования явились проявления печёночной энцефалопатии, психические и поведенческие нарушения вследствие употребления психоактивных веществ.

Возраст пациентов находился в пределах 26-58 лет, в среднем $35,2 \pm 2,8$ лет. Среди исследованных пациентов преобладали мужчины (57 человек - 79,2%). Длительность течения вирусной инфекции в общей группе больных была от 1 года до 17 лет, в среднем составляя $5,1 \pm 2,6$ лет.

Для оценки психологического профиля личности использовали адаптированный стандартизированный многофакторный опросник для исследования личности (СМИЛ). Данный опросник характеризует в совокупности индивидуально-типологические свойства испытуемого и устанавливает тип реагирования на болезнь. С целью объективизации клинко-психопатологических данных была использована специально разработанная шкала, предоставившая возможность унифицированной количественной регистрации психических изменений по 3-балльной системе: 0 - отсутствие, 1 - слабая, 2 - умеренная, 3 - выраженная степень симптома. Для характеристики депрессии использовали шкалу Бека.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием программного пакета для статистического анализа STATISTICA 7.0 (StatSoft, США). Для оценки влияния фактора на признак использовали дисперсионный анализ. Тесноту связи между признаками изучали с использованием рангового коэффициента корреляции Спирмена. Для классификации больных по совокупности изучаемых признаков использовали кластерный анализ.

Результаты и их обсуждение

В результате применения клинко-психопатологического метода у больных ХГС были выявлены нервно-психические симптомы, представленные в табл. 1.

Таблица 1

Частота основных нервно-психических симптомов у больных ХГС (n=72)

Жалобы	Абсолютное число	%
Слабость, вялость, повышенная утомляемость	56	77,8
Головная боль	24	33,3
Головокружение	15	20,8
Бессонница	14	19,4
Сонливость	9	12,5
Плаксивость	5	6,9
Раздражительность	12	16,7
Депрессия	27	37,5
Апатия	8	11,1
Эйфория	5	6,9
Эмоциональная лабильность	10	13,9
Страх	3	4,2



Общая слабость и повышенная утомляемость при незначительном физическом и умственном напряжении были выявлены у подавляющего большинства больных (77,8%). Средний балл ранжированной оценки слабости составил $2,2 \pm 0,04$. Отмечена достоверная прямая зависимость между степенью слабости и выраженностью анорексии ($R=0,67$, $p=0,03$), тошноты ($R=0,52$, $p=0,01$), головной боли ($R=0,34$, $p=0,046$), головокружения ($R=0,39$, $p=0,045$), боли в правом подреберье ($R=0,29$, $p=0,041$), максимальным подъёмом температуры ($R=0,37$, $p=0,035$), а также жалобами больных на снижение настроения ($R=0,27$, $p=0,02$).

Частыми нарушениями при ХГС были головная боль (33,3%) и головокружение (20,8%).

Довольно распространёнными среди пациентов с ХГС являлись разнообразные нарушения сна. Повышенная сонливость отмечалась в 12,5%, бессонница – в 19,6%. Следует отметить, что у некоторых пациентов за время болезни наблюдалась как повышенная сонливость, так и недостаточность сна (последняя возникала, как правило, во время пребывания в стационаре).

27 (37,5%) больных отмечали, что после начала болезни у них наблюдалось подавленное, «плохое» настроение, они не ощущали бодрости. В основном, они связывали это непосредственно с фактом заболевания, с нарушением жизненных планов, но иногда не могли понять, почему «ухудшилось настроение».

Выраженность жалоб на снижение настроения коррелировала с максимальным подъёмом температуры ($R=0,28$, $p=0,036$), выраженностью слабости ($R=0,27$, $p=0,044$). Наблюдалась обратная корреляция с уровнем объективно определяемой раздражительности ($R=-0,30$, $p=0,036$) и отрицательным отношением к обследованию ($R=-0,33$, $p=0,038$).

Отдельно проводилась оценка объективных гипотимических проявлений. По шкале Бека у 23 (31,9%) пациентов установлены клинические проявления субдепрессии, у 15 (20,8%) – клинически значимой депрессии. У больных ХГС с депрессией отмечалось психомоторное и мимическое угнетение, замедленность речи, присутствовали пессимизм, переоценка трудностей ситуации.

Жалобы на раздражительность высказывали 12 (16,7%) больных. Выраженность объективных признаков раздражительности была большей у больных, нарушавших лечебный режим ($F=30,2$; $p<0,001$), и коррелировала с отрицательным отношением к психологическому обследованию ($R=0,68$, $p=0,036$), уровнем эмоциональной лабильности ($R=0,32$, $p=0,045$). Отмечалась отрицательная корреляция с выраженностью жалоб на снижение настроения ($R=-0,31$, $p=0,037$).

Жалобы на раздражительность были достоверно более существенными у женщин ($F=5,12$, $p<0,01$). Эти жалобы коррелировали с выраженностью ощущения тяжести в правом подреберье ($R=0,39$, $p=0,028$).

У 10 (13,9%) больных выявлены признаки эмоциональной лабильности, усиливающиеся у пациентов с вирусной нагрузкой выше 200000 МЕ/мл. По результатам однофакторного дисперсионного анализа выраженность вирусной нагрузки ($F=4,68$, $p<0,05$) и соблюдение лечебного режима ($F=5,88$; $p<0,05$) прямо и достоверно влияли на эмоциональную лабильность, о чем свидетельствовали высокие значения критерия

Фишера F и его достоверность. Отмечалась корреляционная связь между уровнем эмоциональной лабильности и уровнем объективных признаков раздражительности ($R=0,45$, $p=0,023$). Эмоциональная лабильность обратно коррелировала с выраженностью ощущения тяжести в правом подреберье ($R=-0,35$, $p=0,05$).

Наблюдалась также различные ипохондрические проявления, чаще в виде повышенного внимания к болезненным ощущениям, результатам обследования и назначенному лечению, реже в виде многочисленных, эмоционально окрашенных и детализированных соматических жалоб; всего у 8 (11,1%) больных. Интенсивность ипохондрических проявлений коррелировала с возрастом больных ($R=0,31$, $p=0,043$).

Повышение настроения во время пребывания в стационаре наблюдалось у 5 (6,9% больных) в легко выраженной форме. Такие больные выглядели оживлёнными и не жаловались на самочувствие. Они тяготились пребыванием в стационаре, однако, в целом, адекватно оценивали состояние собственного здоровья и придерживались советов врачей.

Большинство обследованных больных проявляло положительное отношение к психологическому обследованию, но 17 (23,6%) из них характеризовались различной степенью отрицательного отношения.

Степень отрицательного отношения к психологическому обследованию коррелировала с возрастом больных ($R=0,35$, $p=0,034$), объективными признаками раздражительности ($R=0,40$, $p=0,037$). Выявлена обратная корреляция со степенью выраженности тяжести в правом подреберье ($R=-0,29$, $p=0,033$) и с уровнем жалоб на снижение настроения ($R=-0,37$, $p=0,035$).

При оценке психической адаптации по адаптированному стандартизированному многофакторному опроснику для исследования личности (СМИЛ) формирование невротического типа личности выявлено у 27 (37,5%) больных с доминированием ипохондрических, депрессивных и/или истерических проявлений, параноидального типа – у 19 (26,4%) пациентов. У 24 (33,3%) больных формировалась «невротическая триада» с превышением всех трех показателей по шкалам ипохондрии, депрессии, истерии выше 50-ти Т-баллов. Больных с превышением Т-баллов по первым трем шкалам опросника СМИЛ выше 50, высокой реактивной тревожностью и субдепрессией относили к пациентам с психической дезадаптацией. Количество больных ХГС с признаками психической дезадаптацией составило 24 (33,3%). Используя коэффициент ранговой корреляции Спирмена была выявлена умеренная связь психической дезадаптации с субъективными соматическими проявлениями, характерными для больных ХГС: синдромом желудочной диспепсии ($R=0,57$, $p<0,001$), кишечной диспепсии ($R=0,42$, $p<0,001$), вегетативными проявлениями – тахикардией, повышенной потливостью ($R=0,51$, $p<0,001$).

С целью выделения дискретных клинических групп больных в зависимости от наличия пограничных психических расстройств и их выраженности был проведён кластерный анализ в пространстве всех исследованных симптомов. Наиболее информативной с точки зрения содержательной интерпретации оказалась двухкластерная модель (табл. 2).



Частота основных нервно-психических нарушений у больных ХГС, разделенных на два кластера

	Кластер 1 (n=43)		Кластер 2 (n=29)	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Слабость, вялость, повышенная утомляемость	29	67,4	27	93,1
Головная боль	3	7,0	21	72,4
Головокружение	4	9,3	11	37,9
Бессонница	2	4,7	12	41,4
Сонливость	3	7,0	6	20,7
Плаксивость	1	2,3	4	13,8
Раздражительность	3	7,0	9	31,0
Депрессия	3	7,0	24	82,8
Апатия	2	4,7	6	20,7
Эйфория	4	9,3	1	3,4
Эмоциональная лабильность	2	4,7	8	27,6
Страх	1	2,3	2	6,9

Принадлежность к 1-му кластеру соответствует незначительной выраженности явлений астении, в то время как 2-й кластер определяет группу больных с заметным наличием расстройств астенического плана. Как свидетельствуют результаты кластерного анализа, выраженность проявлений астенического симптомокомплекса в целом сопровождается существенным ухудшением субъективной оценки пациентами состояния собственного здоровья.

Оценка влияния на принадлежность к выделенным кластерам характеристик острого периода вирусного гепатита показала, что среди больных с заметной выраженностью астенических явлений (2-й кластер) достоверно чаще встречались больные с вирусной нагрузкой свыше 200000 МЕ/мл ($p < 0,05$).

Среди больных с заметной выраженностью астенических явлений (2-й кластер) 20 (69%) пациентов находились в состоянии психической дезадаптации, 14 (48,3%) пациентов самостоятельно прервали курс комбинированной противовирусной терапии. Среди пациентов, относящихся к 1-му кластеру число пациентов с психической адаптацией составило 4 (9,3%), а количество больных, прервавших курс комбинированной противовирусной терапии – 2 (4,7%). Критерий хи-квадрат Пирсона между отказом от комбинированной противовирусной терапии психической дезадаптацией составил 21,5 при $p < 0,001$.

Вирусные гепатиты являются одними из наиболее распространенных на сегодняшний день инфекционных заболеваний. В мире насчитывается более 500 млн. человек, инфицированных вирусом гепатита С. Поскольку ХГС долгое время протекает бессимптомно, предполагается существование еще более значительной части популяции людей, имеющей скрытое заболевание. Вирусные гепатиты коморбидны с различными психическими расстройствами. Распространенность психических расстройств среди больных ХГС составляет, по данным разных авторов, от 37 до 83% [7-9]. Прогресс в области терапии хронических заболеваний печени неминуемо отразился и на психопатологических проявлениях, развивающихся

у таких больных. Патоморфоз психических нарушений привел к тому, что на передний план вышли расстройства непсихотического уровня [10]. Большинство исследователей указывают на то, что непсихотические нарушения всегда имеют место в клинике ХГС, даже если последние протекают без осложнений [11]. Такие нарушения не считаются специфическими, но обнаруживается типичная психопатологическая симптоматика. Есть данные [12], что психические расстройства наблюдаются у больных со сниженной функциональной способностью печени, идут параллельно со степенью тяжести ХГС и бесследно исчезают после восстановления функции печени. По другому мнению [13], изменения психической деятельности являются не осложнениями течения болезни, а характерной составной частью клинической симптоматики ХГС; параллелизм между степенью желтухи и тяжестью нарушений психики отсутствует, при этом у ряда больных эти соотношения являются обратными. Отмечается возможность развития психических расстройств уже после исчезновения желтухи и нормализации печеночных функций [12,13].

Изучение пограничных психических расстройств у больных ХГС и выявление их частоты и выраженности приводит к формированию вопроса, каким же образом должна осуществляться консультативная психологическая помощь в инфекционном стационаре? По нашему мнению, в стационарах со значительным количеством больных с этим заболеванием существует необходимость во внедрении штатной должности психотерапевта, поскольку при осуществлении плановой медицинской помощи пациентам с ХГС врач сталкивается с преимущественно доклиническими расстройствами психической сферы, необходимостью применения психотерапевтических способов коррекции этих расстройств. Основной частью консультативной работы психотерапевта должны быть советы и рекомендации врачам-инфекционистам относительно построения тактики ведения «проблемных» в психологическом плане больных. В тех случаях, когда имеющиеся поведенческие реакции содержательно



связаны с ХГС и с ситуацией лечения (например, повышенное беспокойство из-за возможных последствий или наоборот, отказ от лечения при возникновении психотических состояний), обязательно должны проводиться психокоррекционные мероприятия. Консультативная помощь психотерапевта в таком случае должна осуществляться по принципу надзора (супервизии).

В ситуации, когда психическое расстройство (прежде всего, нарушения невротического уровня) носит характер сопутствующей психоневрологической патологии, психотерапевт, психиатр должен работать с больным непосредственно. Но и в таких случаях терапевтической задачей консультанта должно быть не столько лечение собственно психического расстройства и тем более не долгосрочные психотерапевтические мероприятия, а помощь больному в завершении важнейшего на данный момент лечения инфекционного заболевания и противостояние препятствиям, которые на этом пути могут быть вызваны психологическими и поведенческими нарушениями.

Таким образом, следует подчеркнуть основную цель психокоррекционных мероприятий в инфекционных отделениях - максимальное содействие лечению основного (инфекционного) заболевания, первоочередное выявление и коррекция именно тех расстройств, которые ставят

под угрозу адекватность позиции больного в отношении лечения и соблюдения диетических и режимных ограничений.

Следует указать, что в случае возникновения психотических расстройств у больных психотерапевт может своевременно их распознать и поставить вопрос о необходимости госпитализации больных в психиатрический стационар.

Таким образом, необходимость обеспечения в инфекционных отделениях психологической и психотерапевтической помощи профессионального уровня является очевидной.

Выводы

1. Пограничное поражение психической сферы оказывает дезадаптирующее влияние на пациентов, во многом определяет клиническую картину заболевания, приверженность пациентов к лечению.
2. Диагностика психосоматических расстройств возможна при использовании психологических тестов и позволяет инфекционисту выделить категорию больных, нуждающихся в специализированной психиатрической помощи еще на этапе планирования комбинированной противовирусной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дудник О. В., Орлова С. Н., Федоровых Л. П. Использование Школы для больных с хроническими вирусными гепатитами В и С для профилактики осложнений и тяжелых форм течения заболеваний // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. – 2012. – № 21. – С. 95-100.
2. Веди́на Л. А., Ястребова О.Н. Диагностика гепатита С: «неопределенный» результат // Справ. зав. КДЛ. – 2013. – № 2. – С. 37-47.
3. Ряженев В. В., Емченко И.В. Прогнозирование клинических исходов у пациентов с хроническим гепатитом С при различных стратегиях противовирусной терапии // Клин. фармакология и терапия. – 2013. – № 1. – С. 34-38.
4. Григорович М.С., Злоказова М.В., Мариничева Л.П., Мамаева М.А. Психосоматические аспекты инфекционной патологии человека. // Инфекционные болезни. -2007. -Т.5. -№2. - С.56-61.
5. Никоноров А.А., Никулина М.А. Роль уровня тревожности в формировании психогенного стресса у больных с острыми вирусными гепатитами В и стресс- индуцированного нарушения структурно-функционального состояния биомембран // Интеллект. Инновации. Инвестиции. -2010.- №1. – С.80-84.
6. Жук Е.А., Грищенко Е.Г., Николаева Н.Н., Петрова М.М. Сома topсихический статус у мужчин с хроническим гепатитом С на фоне проведения комбинированной противовирусной терапии. // Сибирский медицинский журнал.-2009. –Т.86.- №3.-С.53-56.
7. Dieperink E., Willenbring M., Ho S.B. Neuropsychiatric symptoms associated with hepatitis C and interferon alpha: a review // Am. J. Psychiatry. – 2000. – Vol. 157. – P. 867-876.
8. Giunta B., Somboonwit C., Nikolic W.V. et al. Psychiatric implications of hepatitis-C infection // Crit. Rev. Neurobiol. – 2007. – Vol. 19, N 2-3. – P. 79-118.
9. Hilsabeck R.C., Hassanein T.I., Carlson M.D. et al. Cognitive functioning and psychiatric symptomatology in patients with chronic hepatitis C // J. Int. Neuropsychol. Soc. – 2003. –Vol. 9. – P. 847-854.
10. Kraus M.R., Schafer A., Csef H. et al. Emotional state, coping styles, and somatic variables in patients with chronic hepatitis C // Psychosomatics. – 2000. – Vol. 41. – P. 377-384.
11. Yovtcheva S.P., Rifai M.A., Moles J.K. et al. Psychiatric comorbidity among hepatitis C-positive patients // Psychosomatics. – 2001. – Vol. 42. – P. 411-415.
12. Невзорова Т.А., Коканбаева Р.Ф. О психических изменениях при болезни Боткина (эпидемическом гепатите) // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1955. – Т. 55, вып. 8. – С. 561-565.
13. Молохов А. Н. О церебральных расстройствах при эпидемическом гепатите (болезни Боткина) // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1958. – Т. 58, вып. 3. – С. 264-268.

ПОСТУПИЛА 20.04.2014