

И.К.Садовская, О.А. Скугаревский, И.А. Карпов
**ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ
ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ (Предварительное
сообщение)**

Хронические парентеральные вирусные гепатиты В, С являются одной из наиболее серьезных проблем здравоохранения во всем мире, в том числе и в Республике Беларусь.

Ежегодно количество больных хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) и "носителей" вирусов гепатита увеличивается более чем на 8 тысяч человек.

Согласно имеющимся оценкам ВОЗ, в мире около 2 млрд. человек инфицировано вирусами гепатита В, С. Ежегодно от патологии, связанной с этой инфекцией, умирает около 2 млн. человек (по данным ВОЗ гепатит В занимает 9 место среди причин смерти в мире после хронических заболеваний легких, опережая СПИД). Хронический гепатит диагностируется у пациентов при сохранении картины воспаления печени без признаков улучшения и наличии маркеров вирусных гепатитов в течение 6 месяцев и более.

Вирус гепатита «С» (НСV-инфекция) является основной причиной развития цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК).

Так, при длительности НCV-инфекции более 15 лет у лиц 20-30 летнего возраста частота развития цирроза печени по данным биопсии составляет 18%, у пациентов старше 50 лет – 70% (К.-П.Майер, 1999).

Наиболее частые причины гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) в западноевропейских странах:

- хронический гепатит В (в т.ч. хронический ?-инфекция) – 22%
- хронический гепатит С – 36%

Актуальность проблемы вирусных гепатитов высокая еще и потому, что сохранение возбудителя как биологического вида и непрерывное инфицирование обеспечивается больными с хроническими ее формами. Известно, что НВV и НCV-инфекция обуславливает системность поражения макроорганизма и отражает генерализованный характер инфекции вирусами гепатита с вовлечением в патологический процесс множества органов и тканей. Так, в 7-12% случаев хронического гепатита С выявляются различные формы дисфункции щитовидной железы в виде гипотиреоза, гипертиреоза, тиреоидита Хашимото.

В сочетании с НCV-инфекцией описаны поражения органа зрения: язвенный кератит (язвы Mooren), увеит, а также поражения кожи: кожный некротизирующий васкулит с папулезными или петехиальными высыпаниями.

С хроническим гепатитом С связывают мышечную слабость, миопатический синдром, миалгии.

Учитывая особенность течения, длительность патологического процесса, клинические, биохимические, морфологические изменения печени у больных хроническими вирусными гепатитами (В и С), можно предположить, что заболевание должно сопровождаться в той или иной мере внепеченочными проявлениями, не исключая возможность вовлечения психики больного.

По мнению Д.Д.Плетнева, "...нет соматических болезней без психически из них вытекающих отклонений, как нет психических заболеваний, изолированных от соматических симптомов..."

Общеизвестно, что на поведение больного инфекционным заболеванием часто оказывает влияние само обнаружение инфекции, "заразного" заболевания, госпитализация в инфекционный стационар, изоляция от близких, чувство страха или стыда, что "он заразный и опасный для окружающих," характеризующих реакцию личности на болезнь.

Психопатологические расстройства, возникающие под влиянием соматических причин, называются соматогенными, или соматогениями (греч. Soma-тело, genos-рождение). Для соматогенных психических расстройств характерен широкий спектр от астенических (наиболее часто), аффективных расстройств до состояния помрачения сознания и хронического органического психосиндрома.

Целью исследования явилось изучение особенностей аффективных проявлений у больных хроническими вирусными гепатитами (В, С) в стадии обострения, их оценка в зависимости от степени активности патологического процесса в печени.

Для этого было обследовано 30 больных с диагнозом ХВГ (В, С) в стадии обострения (1 группа больных). Для сравнительной оценки сопутствующих психопатологических расстройств аффективного спектра у больных ХВГ (В, С) в стадии обострения в исследование была включена 2-ая группа больных (n=11) – больные острыми вирусными гепатитами (ОВГ) А, В, С в период разгара болезни. Таким образом, всего обследован 41 пациент. Контрольную группу составили лица без сопутствующей соматической и психической патологии (n=11).

Исследование проводилось на базе инфекционной клинической больницы г. Минска. У всех пациентов проведено общеклиническое обследование, заключавшееся в сборе анамнестических данных и физикальному обследованию, а также лабораторное обследование с оценкой ряда лабораторных тестов: тромбоциты периферической крови, билирубин, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП), щелочная фосфатаза (ЩФ), альбумин, протромбиновый индекс.

Критерии включения:

1. Больные хроническими вирусными гепатитами (В, С), в стадии обострения и больные ОВГ (А, В, С) в период разгара болезни.
2. Возраст 18-40 лет.
3. Информированное согласие пациентов на участие в исследовании.

Критерии исключения:

Наличие в анамнезе:

1. психических расстройств
2. соматической патологии.

Оценка психического состояния проводилась с помощью госпитальной шкалы самооценки тяжести депрессии и тревоги (Zigmond A., Snaith R., 1983).

Госпитальная шкала самооценки представлена двумя шкалами:

А - тревога, Д- депрессия. Каждая из шкал имеет определённую оценку в баллах. Учитывается суммарный показатель по каждой шкале (А, Д). Исходя из этого, выделяют 3 области значений:

0-7 баллов - норма; 8-10 баллов - субклинически выраженная депрессия/тревога; 11 баллов и более - клинически выраженная депрессия/тревога.

Методы статистического анализа:

-оценка достоверности различий количественного показателя по критерию t (Стьюдента-Фишера)

Результаты исследования: В первой группе больных (n=30) аффективные расстройства в виде тревоги и депрессии выявлены у 18 пациентов, что составляет 60 % от общего числа обследованных (при условии, что все больные 1 группы, на момент обследования, не получали психотропных препаратов).

По структуре психопатологическая симптоматика распределилась следующим образом: тревожность выявлена у 16 больных (88,9%), депрессия- у 6 больных (33,3%).

Во второй группе (n=11) у 1 больного выявлена тревога и у 1 больного- депрессия. Результаты, полученные при обследовании контрольной группы(n=11), аналогичны результатам обследования второй группы: у 1 больного выявлена тревога и у 1 больного- депрессивные проявления.

Результаты обследования представлены в Таблице 1

Таблица 1 Частота тревожно- депрессивных проявлений у больных ХВГ (В, С) в стадии обострения, больных ОВГ (А, В, С) в период разгара болезни

Критерии оценки	Количество больных					
	ХВГ (В, С)		ОВГ (А, В, С)		Контрольная группа	
	M±m	%	M±m	%	M±m	%
Всего обследовано	(n=30)* 7,1±1,96	100,0	(n=11) 4,3±1,09	100,0	(n=11) 4,0±1,77	100,0
Выявлены аффективные проявления	(n=18)* 8,8±1,80	60,0	(n=2) 6,0±5,65	18,1	(n=2) 7,0±5,65	18,1

Примечание: различия статистически достоверны $p < 0,05^*$

Результаты психометрического исследования: анализ данных, полученных в результате обследования больных ХВГ (В, С) в стадии обострения и больных ОВГ в период разгара болезни показал, что у больных ХВГ (В, С) по сравнению с контрольной группой эмоциональные проявления носят значительно чаще депрессивный и тревожный оттенки. У больных ОВГ (А, В, С) в период разгара болезни по сравнению с контрольной группой частота изученных аффективных проявлений одинакова. Различия статистически достоверны при оценке выраженности тревоги у больных ХВГ в стадии обострения с больными ОВГ в период разгара ($p < 0,002$) и больных ХВГ (В, С) с контрольной группой ($p < 0,004$).

У больных ХВГ (В, С) в стадии обострения и у больных ОВГ (А, В, С) в период разгара были выявлены значимые отличия как в отношении частоты (в 60% и 18,1% соответственно), так и по структуре аффективных проявлений.

Имела место попытка проанализировать особенности аффективных проявлений в сопоставлении с активностью патологического процесса в печени у больных ХВГ (В, С), в стадии обострения.

Степень активности процесса определялась по клиническим и биохимическим критериям: наличие и выраженность интоксикационного синдрома, диспептического, холестатического, воспалительного, болевого, геморрагического синдромов, уровню сывороточных трансаминаз: - легкое течение - трехкратное увеличение; среднетяжелое - до 10-кратного увеличения; тяжелое - >10-кратного увеличения. Неизменным условием у всех больных было серологическое выявление маркеров вирусного гепатита: HBsAg, anti-HCV.

Исходя из этого, все больные были условно разделены на 3 клинические группы: 1-ую группу составили 18 больных ХВГ (В, С) с установленной клинико - биохимически минимальной степенью активности, во 2-ую клиническую группу вошло 10 больных с клинико - биохимически умеренной степенью активности патологического процесса, в 3-ю группу - 2 больных с клинико - биохимически высокой степенью активности.

Из 18 больных ХВГ (В, С) с клинико-биохимически минимальной степени активности у 11 больных выявлены значимые (по результатам оценки шкалы) сопутствующие тревожно- депрессивные проявления.

Из 10 больных ХВГ (В, С) клинико-биохимической умеренной степени активности (значимые по оценке шкалы) рассматриваемые психопатологические расстройства выявлены у 5 человек.

У всех больных ХВГ (В, С) высокой клинико-биохимической степени активности выявлены сопутствующие тревожно- депрессивные проявления. (Таб. 2)

Таблица 2. Активность патологического процесса у больных ХВГ, в стадии обострения и частота сопутствующих тревожных и депрессивных проявлений.

Степень активности процесса	Общ. число обследованных больных	Выявленные сопутствующие аффективные проявления	
	М±m	М±m	%
Минимальная (1-я группа)	(n=18)* 7,3±1,58	(n=11)* 8,9±0,99	61,1
Умеренная (2-я группа)	(n=10) 7,2±5,46	(n=5) 10,2±4,56	50,0
Высокая (3-я группа)	(n=2) 5,0±12,72	(n=2) 5,0±12,72	100,0

Примечание: $p < 0,05^*$

Различия между клиническими группами в отношении наблюдаемых сопутствующих аффективных проявлений статистически не достоверны ($p > 0,05$).

Следующий этап исследования - оценка характера сопутствующих эмоциональных проявлений у больных ХВГ (В, С) в зависимости от степени активности патологического процесса в печени.

Из 18 больных ХВГ (В, С) клинко-биохимической минимальной степени активности, тревожный регистр реагирования (без сопутствующего депрессивного аффекта) выявлен у 9 больных, депрессивный характер (без тревожного компонента)- у 1 больного, сочетание тревожного и депрессивного аффекта одновременно выявлялось у 1 больного

Из 10 больных ХВГ (В, С) клинко-биохимической умеренной степени активности, тревожность определяла эмоциональные проявления у 3 больных, тревожно- депрессивный(сочетанный) аффект - у 2 больных

Из 2 больных ХВГ (В, С) высокой клинко-биохимической степени активности у 1 больного выявлен депрессивный оттенок переживаний, у 1 больного – сочетанный тревожно- депрессивный. (Таб. 3)

Таблица 3 Характеристика сопутствующих тревожно- депрессивных проявлений в зависимости от клинко-биохимической активности патологического процесса у больных ХВГ (В, С).

Степень активности процесса	Обследовано больных	Тревожный аффект		Депрессивный аффект	Тревожно-депрессивный аффект
	M±m	M±m	%	M±m.	M±m.
Минимальная	(n=18)* 7,3±1,58	(n=9)* 8,83±1,8	50,0	(n=1)	(n=1)
Умеренная	(n=10) 7,2±5,46	(n=3) 7,45±4,9	30,0	(n=0)	(n=2)
Высокая	(n=2) 5,0±12,72	(n=0)	-	(n=1)	(n=1)

Примечание: $p < 0,05^*$

Анализ данных, полученных в результате предварительного психометрического обследования, показал, что имеется тенденция увеличения частоты тревожного регистра реагирования у больных ХВГ (В, С) клинко-биохимически минимальной степени активности, частота депрессивных проявлений у больных ХВГ (В, С) существенно не различалась между группами, выделенными по степени активности патологического процесса. Данное исследование требует дальнейшего продолжения для возможности экстраполяции данных на генеральную совокупность.

Выводы:

- 1.ХВГ (В, С) в стадии обострения имеют тенденцию сопровождаться более высокими показателями развития таких расстройств аффективной сферы, как тревога и депрессия, чем при ОВГ (А, В, С) и у здоровых лиц.
2. Частота и характер выявленных сопутствующих аффективных проявлений у больных ХВГ (В, С) в стадии обострения зависит, по-видимому, от степени активности патологического процесса в печени.
3. Необходимо налаживание более тесной преемственности и взаимодействия между специалистами различных профилей для своевременной диагностики

психопатологических расстройств у больных вирусными гепатитами для оказания им квалифицированной психологической помощи.

Литература:

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства//Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1993. – с. 225-237.
2. Бачериков Н.Е., Михайлова К.В. Соматогенные психические расстройства//Клиническая психиатрия/ Под ред. проф. Н.Е. Бачерикова. – К.:Здоровья, 1989. – с. 242-254.
3. Евсегнеев Р.А. Психиатрия для врача общей практики. – Минск: Беларусь, 2001. – 426 с.
4. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Учебное пособие по медицинской психологии. М.; Медицина, 1976. – с. 57-80.
5. Лакосина Н.Д. Эмоциональные расстройства//Психиатрия: Учебник/ Под ред. М.В. Коркиной, Н.Д. Лакосиной, А.Е. Личко. – М.: Медицина, 1995. – с. 100-115.
6. Липкина Н.Н. Психические расстройства у больных язвенной болезнью 12-перстной кишки и их интегративная терапия//Автореферат. — Минск,2002. - с. 1-13.
7. Плетнев Д.Д. К вопросу о соматической "циклотимии". - М.: Медицина, 1989. с. 73-76.
8. Радченко В.Г., Шабров А.В., Нечаев В.В. Хронические заболевания печени// Серия "Мир медицины" – СПб.: Издательство "Лань", 2000. – с.60-65
9. Семенов В.М. Курс лекций по инфекционным болезням человека: Учебное пособие. – Витебск, издательство БГМУ, 2001. - с. 295-326.