

УДК 616.36 – 002.12: 616 – 072.85

*А. В. Канищев***МЕЖОВІ ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ**

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Ключові слова: вірусні гепатити; психічні зміни та розлади

Останні десятиріччя були відзначені значними відкриттями та розробками в галузі вірусних гепатитів (ВГ): впровадження методів імуноферментного аналізу, препаратів інтерферону; досить широкий розмах імунізації проти гепатиту В. Можливо, саме ці досягнення обумовили деяке зниження інтересу дослідників до вивчення клінічних проявів цих захворювань. Але навіть на такому тлі здається незрозумілою майже повна відсутність сучасних досліджень психологічних та поведінкових змін, що присутні у хворих на ВГ.

В літературі минулих часів досліджень за цією темою було чимало. При цьому психіатри вивчали, як правило, психотичні порушення при ВГ [1, 8, 9]. Їх описання найчастіше мали характер окремих спостережень та випадків. За деяким винятком [2, 4, 5], непсихотичні психічні порушення майже зникали з поля зору клініцистів.

Значна частина досліджень проводилась лікарями-інфекціоністами та терапевтами [6, 7]. В їх дослідженнях досить чітко відображена прак-

тична сторона проблеми; але різна методологічна спрямованість дослідників призвела до значних розбіжностей в наявних літературних даних.

Окрім того, за останній час поряд із патоморфозом інфекційних захворювань значного патоморфозу зазнали супроводжуючі їх психічні порушення. Майже не зустрічаються стани затьмареної свідомості та галюцинаторно-маячні психози суто інфекційного походження; натомість переважають психічні порушення межового рівня.

Проте, такі розлади часто бувають одними з перших проявів в клініці ВГ та зберігаються на всьому протязі хвороби [6]. Психічні порушення можуть деякою мірою визначати ступінь тяжкості захворювання, а також обумовлювати певні психологічні труднощі при лікуванні цих хворих.

Все вищезгадане обумовило необхідність даного дослідження, спрямованого на визначення якісної та кількісної характеристики межових психічних розладів у хворих на вірусні гепатити А та В (ВГА та ВГВ).

Матеріал та методи дослідження

Було проведено обстеження 56 хворих на ВГА та ВГВ, які знаходились на стаціонарному лікуванні в обласній клінічній інфекційній лікарні м. Харкова. Всі хворі були молодого віку (в середньому $24,3 \pm 0,8$ років). Серед них 39 були хворі на ВГА (22 – в легкій, 17 – в середньотяжкій формі), решта 17 – хворі на ВГВ (7 – в легкій формі, 10 – в середньотяжкій). В усіх випадках діагноз був підтверджений клініко-лабораторними даними. Всі хворі на ВГ одержували так зване базисне лікування в залежності від тяжкості перебігу хвороби. До групи дослідження не були включені хворі з проявами печінкової енцефалопатії; ті, що страждали на ВГ з тенденцією до затяжного перебігу, на інші гострі та хронічні внутрішні захворювання, а також пацієнти із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин.

Основним методом дослідження був клініко-психопатологічний. Окрім розпитування хворих та

спостереження за їх поведінкою, також враховувались відомості, одержані від лікарів-інфекціоністів та від середнього медичного персоналу. Для об'єктивізації клініко-психопатологічних даних було використано спеціально розроблену шкалу, яка надала можливість уніфікованої кількісної реєстрації психічних змін за 2-бальною системою. Також підлягали квантифікованій реєстрації основні соматичні прояви вірусних гепатитів. Слід зазначити, що, оскільки більшість хворих поступала до стаціонару вже на початку жовтяничного періоду хвороби, відомості про психічні порушення в продромальному (переджовтяничному) періоді одержувались в основному анамнестично.

Для статистичної обробки даних дослідження було застосовано обчислювання дисперсійного відношення (F) та рангової кореляції Спірмена (с).

Результати досліджень та їх обговорення

Одними з провідних психопатологічних проявів у цих хворих були симптоми астеничного кола, що проявлялися, передусім, розладами самопочуття, сну, а також вегетативними порушеннями.

Загальна слабкість та підвищена втомлюваність при незначному фізичному та розумовому напруженні відмічались у переважної більшості хворих (82,1%). Як правило, такі явища спостерігались в переджовтняничному періоді захворювання; в більшості випадків вони зникали вже в перші дні знаходження в стаціонарі. Слід відмітити, що явища помітної слабкості спостерігались у деяких хворих лише на протязі 2 – 3 днів. Ці хворі одразу не повідомляли про наявність підвищеної втомлюваності, але потім пригадували, що в ті дні не ходили на роботу і були змушені майже весь час знаходитись в ліжку.

Середні бали вираженості слабкості не відрізнялись достовірно в залежності від тяжкості хвороби. Але в групі хворих із середньотяжким перебігом більша вираженість слабкості та втомлюваності була зафіксована у хворих на ВГА ($F = 4,48$; $p < 0,05$). Зазначено, що існує вірогідна пряма залежність між вираженістю слабкості та вираженістю анорексії ($c=0,67$), нудоти ($c=0,52$), головного болю ($c=0,34$), запаморочення ($c=0,39$), болю в правому підребір'ї ($c=0,29$), максимальним підйомом температури ($c=0,37$), а також із скаргами хворих на зниження настрою ($c=0,27$).

Частими порушеннями при вірусних гепатитах були головний біль та запаморочення, які виникали в 33,9% та 21,4% відповідно.

Досить поширеними були різноманітні порушення сну. Підвищена сонливість (у 12,5%) частіше відмічалась в переджовтняничному періоді захворювання; недостатній сон (у 19,6%) – в жовтняничному періоді. Слід відмітити, що в деяких пацієнтів на протязі хвороби відзначались як підвищена сонливість, так і недостатність сну (остання виникала, як правило, під час знаходження в стаціонарі).

37,5% хворих відмічали, що на протязі деякого часу одразу після початку хвороби у них був дещо пригнічений, “паганий” настрій, відсутність бадьорості. Звичайно вони пов'язували це із самим фактом захворювання, із порушенням життєвих планів; але інколи відмічали, що не розуміли, чому “зіпсувався настрій”. В переважній більшості випадків ці скарги зникали на початку жовтняничного періоду.

Вираженість скарг на зниження настрою корелювала із максимальним підйомом темпе-

ратури ($c=0,28$), вираженістю слабкості ($c=0,27$). Відзначалась зворотна кореляція із рівнем об'єктивно визначаємої дратівливості ($c=-0,30$) та із рівнем негативного відношення до обстеження ($c=-0,33$). Також звертає на себе увагу зворотна кореляція між скаргами на знижений настрій та максимальним рівнем білірубіну в сироватці крові: загального ($c=-0,33$), прямого ($c=-0,33$) та непрямого ($c=-0,30$), а також максимальним рівнем аланінамінотрансферази ($c=-0,33$).

Окремо проводилась оцінка об'єктивних гіпотімічних проявів. Відзначалися лише слабо виражені ознаки субдепресії – у 14,3% хворих. У них було легке психомоторне та мімичне пригнічення, уповільнення мовлення. Особливістю таких станів була слабка оформленість змістовного ідеаторного компонента: були практично відсутні песимізм, думки самозвинувачення та самозневажання, переоцінювання труднощів ситуації; не було тенденції бачити все в похмурому світлі. Слід особливо відмітити, що такі хворі далеко не завжди перед'являли скарги на зниження настрою. Частіше вони вважали свій настрій нормальним і лише при детальному розпитуванні визнавали, що відчувають якусь байдужість та млявість. Характерно, що пацієнти звичайно зберігали здатність спілкуватися із сусідами по палаті, із родичами; не виявляли недоглядів в самообслуговуванні. По мірі подальшого перебігу хвороби, після нормалізації загального стану та лабораторних показників, у хворих наступала майже повна нормалізація настрою.

Треба зазначити, що рівень скарг на зниження настрою абсолютно не відрізнявся в залежності від наявності об'єктивних ознак депресії: $0,625 \pm 0,263$ балів у хворих із наявністю таких ознак, $0,625 \pm 0,102$ балів у решти хворих.

Об'єктивні ознаки дратівливості (що були у 8,9% хворих) також не були пов'язані із відповідними скаргами пацієнтів (у 16,9%): $c=-0,15$.

Об'єктивно визначаємі ознаки дратівливості були присутні лише у хворих із середньотяжким перебігом гепатитів ($p < 0,05$). Окрім того, в групі хворих із середньотяжким перебігом такі ознаки частіше відзначались у хворих на ВГВ ($F = 5,63$; $p < 0,05$). Вираженість об'єктивних ознак дратівливості була більшою у хворих, які порушували лікувальний режим: $F = 28,3$; $p < 0,001$; корелювала із негативним відношенням до психологічного обстеження ($c=0,72$), рівнем емоційної лабільності ($c=0,30$). Відзначалась не-

гативна кореляція із вираженістю скарг на зниження настрою ($c=-0,30$).

Скарги на дратівливість були достовірно більш вираженими у жінок ($F = 2,75$; $p<0,01$). Ці скарги корелювали із вираженістю болю в правому підреб'ї ($c=0,31$).

У 12,5% хворих відмічались ознаки емоційної лабільності. Вони були достовірно більшими у хворих із середньотяжким перебігом хвороби ($F = 4,68$; $p<0,05$); у хворих, які порушували лікувальний режим ($F = 5,88$; $p<0,05$). Відзначений кореляційний зв'язок рівня емоційної лабільності із рівнем об'єктивних ознак дратівливості ($c=0,45$). Емоційна лабільність зворотно корелювала із вираженістю болю в правому підреб'ї ($c=-0,33$).

Спостерігались також різноманітні іпохондричні прояви – частіше в вигляді підвищеної уваги до хворобливих відчуттів, жовтяниці, результатів обстеження та призначеного лікування, рідше – в вигляді численних, емоційно забарвлених та деталізованих соматичних скарг; всього – у 10,7% хворих. Відзначено, що інтенсивність іпохондричних проявів корелювала із віком хворих ($c=0,36$).

Підвищення настрою під час перебування в стаціонарі спостерігалось у 8,9% хворих; у всіх – лише в легко вираженій формі. Такі хворі виглядали дещо поживавленими, веселими. Скарг на самопочуття вони не перед'являли і спонтанно висловлювали лише приємні спогади. Вони вважали за тягар перебування в стаціонарі, однак в цілому адекватно оцінювали стан власного здоров'я і дотримувались порад лікаря.

Більшість обстежених хворих виявляла позитивне відношення до психологічного обстеження; але в деяких хворих відзначалися різні ступені негативного відношення.

Ступінь негативного відношення до психологічного обстеження корелював із віком хворих ($c=0,34$), об'єктивними ознаками дратівливості ($c=0,72$). Була відзначена зворотна кореляція із ступенем вираженості болю в правому підреб'ї ($c=-0,30$) та із рівнем скарг на зниження настрою ($c=-0,33$).

Рівень негативного відношення до психологічного обстеження був вищим у хворих, що порушували рекомендації лікаря щодо дієти та режиму: $F = 4,70$; $p<0,05$.

Таких хворих, що виявляли порушення лікувального режиму, було 3 (5,4%). Вони епізодично вживали продукти, заборонені дієтичними рекомендаціями; хоча після одного-двох зауважень таких порушень у них більше не відмічалось. Всі ці пацієнти були хворими на ВГВ

із середньотяжким перебігом, і знаходились вони в стаціонарі на протязі вірогідно більшого терміну, ніж інші хворі ($37,3\pm 2,0$ діб; решта хворих – $23,6\pm 1,1$ діб; $F = 8,32$; $p<0,01$).

Отже, як виявило дослідження, у жодного з 56 обстежених хворих психічні порушення не досягали ступеня клінічно оформлених станів і обмежувались в своєму розвитку рівнем синдромально незавершених, доклінічних розладів.

Нами не спостерігались виражені депресивні прояви, описані в літературі [3 – 5]. Не було відмічено також описаних в минулому помітних гіпоманіакальних станів [4, 5]. Незначні гіпертімічні прояви, які інколи зустрічались в клініці ВГ, не мали особливої небезпеки в плані формування неадекватного відношення до лікування.

Зв'язок із типом гепатиту та тяжкістю його перебігу виявлений лише для деяких межових психопатологічних симптомів. Так, було встановлено, що дратівливість та емоційна лабільність є більш вираженими при середньотяжкому перебізі гепатитів. Окрім того, в групі хворих із середньотяжким перебігом гепатитів суттєво вищий рівень дратівливості спостерігався у хворих на ВГВ; навпаки, слабкість та підвищена втомлюваність були більш помітними у хворих на ВГА. Таким чином, при ВГА відносно гостріший перебіг обумовлює вищу питому вагу власне астенічних явищ.

Достовірну залежність решти симптомів від типу або тяжкості перебігу гепатитів встановити не вдалось. Однак, аналіз кореляційних зв'язків виявляє ряд деталей щодо значення окремих психопатологічних ознак в загальній характеристиці поведінки хворих.

Хоча такі явища, як дратівливість та емоційна лабільність були більш помітними при середньотяжкому перебізі хвороби, вони корелювали із вираженістю негативного відношення до психологічного обстеження та частотою порушень лікувального режиму. Отже, наявність дратівливості та емоційної лабільності свідчить про бажання хворого продемонструвати свою "стійкість" перед захворюванням, бажання впоратись із хворобою без сторонньої допомоги, "самотужки", що при значній вираженості призводить до позиції "ігнорування" хвороби.

Скарги хворих на зниження настрою, а також скарги на дратівливість не мали достовірного зв'язку із відповідними об'єктивними проявами. Але вони були пов'язані із рівнем власне астенічних явищ (слабкості, запаморочення) та із вираженістю соматичних проявів хвороби (біль, підвищення температури). Виходячи із структу-

ри кореляційних зв'язків можна припустити, що такі скарги скоріше свідчать про суб'єктивне занепокоєння хворого станом власного здоров'я, уважливий аналіз своїх відчуттів, поважне відношення до лікування (особливо при наявності скарг на зниження настрою). Враховуючи зворотну кореляцію скарг на зниження настрою та біохімічних показників порушення функцій печінки (білірубін та його фракції, аланінамінотрансфераза), можна думати, що нижча питома вага цих скарг у хворих з більш тяжким станом обумовлена зниженням рівню когнитивної диференційованості внаслідок гострішого перебігу хвороби.

Слід відмітити особливий вплив на психічний стан пацієнтів такого соматичного симптому, як біль або відчуття дискомфорту в правому підребр'ї ("в печінці"). Він корелював із рівнем

слабкості, скарг хворого на дратівливість; зворотню корелював із рівнем емоційної лабільності та рівнем негативного відношення до обстеження. Таким чином, вираженість цього симптому суттєво визначала занепокоєння хворого, його потребу в допомозі, прагнення до лікування. Навпаки, при його відсутності, відношення пацієнта до хвороби частіше наближалось до вищезгаданої "ігноруючої" позиції.

Отже, спостереження за межовими психічними порушеннями у хворих на ВГ повинно орієнтувати лікаря-інфекціоніста в плані визначення адекватної психологічної тактики при лікуванні цих хворих. Окрім того, облік цих порушень має бути досить суворим та об'єктивним, оскільки їх наявність неодмінно впливає на складний процес оцінки лікарем загального стану пацієнта та тяжкості перебігу хвороби.

А. В. Канищев

ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Статья посвящена изучению и анализу пограничных психических изменений и расстройств у больных вирусными гепатитами А и В. Исследование основано на результатах клинико-психопатологического обследования 56 больных вирусными гепатитами, дополненного применением специально разработанной объективизационной методики. Приведены подробные, статистически подтвержденные данные о частоте встречаемости и качественной структуре выявленных психических нарушений. Во всех наблюдавшихся случаях психические изменения являлись синдромально незавершенными, доклиническими; ни разу не встречались выраженные депрессивные и гипоманиакальные состояния, описанные в литературе прошлых лет. Выявлено, что существуют психопатологические симптомы, зависящие от соматического состояния больных, а также симптомы, наличие и выраженность которых определяется характером отношения больного к болезни и к лечению. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2000. - № 1 (7). - С. 79-82)

A. V. Kanishchev

BORDERLINE BEHAVIORAL DISORDERS IN PATIENTS WITH VIRAL HEPATITIS

Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education

The paper deals with description and analysis of borderline behavioral disorders in patients with viral hepatitis A and B. The investigations are based on the results of psychopathological examination which was done on 56 hospitalized patients with viral hepatitis. Clinical data were verified by assessment of special quantitative scale. Detailed, statistically verified information about frequency and qualitative structure of behavioral disorders is given. In all cases syndromic structure of behavioral changes was uncompleted, and remained at preclinical level. Clinically significant depressive and hypomaniacal states, which have been documented in the previous studies, never occurred in our investigations. Estimated, that there were psychopathological symptoms depending on the patient's physical state; and there were ones depending on the patient's attitude toward illness and treatment. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 79-82)

Література

1. Афанасьев Д.В. Холемические психозы // Клиническая медицина. - 1939. - Т. 17, № 12. - С. 28 - 36.
2. Горячев К. С. Особенности астенического синдрома в продромальном периоде заболевания вирусным гепатитом // Вопросы социальной и клинической психоневрологии. - М., 1977. - С. 24 - 26.
3. Молохов А. Н. О церебральных расстройствах при эпидемическом гепатите (болезни Боткина). // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1958. - Т. 58, в. 3. - С. 264 - 268.
4. Невзорова Т.А. Психопатология в клинике внутренних болезней и неотложная помощь. - М.: Медгиз, 1958. - 224 с.
5. Невзорова Т.А., Коканбаева Р.Ф. О психических изменениях при болезни Боткина (эпидемическом гепатите) //

Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1955. - Т. 55, № 8. - С. 561 - 565.

6. Угрюмов Б.Л., Андрейчин М.А. Астенический синдром при вирусном гепатите // Врачебное дело. - 1979. - № 2. - С. 106 - 110.

7. Эфендиев Т.М. О невро-психических расстройствах при болезни Боткина // Терапевтический архив. - 1956. - Т. 28, № 8. - С. 71 - 72.

8. Франк Д.Б. Изменения психики при желтухе // Врачебное дело. - 1921. - № 16-21. - С. 257 - 261.

9. Zacharski L.R., Litin E.M., Mulder D.W., Cain J.C. Acute, Fatal Hepatic Failure Presenting with Psychiatric Symptoms // American Journal of Psychiatry. - 1970. - Vol. 127, № 3. - P. 382 - 386.

Поступила в редакцию 16.08.2000г.