

Психовегетативные особенности у больных циррозом печени

Филиппова Л.П.¹, Белобородова Э.И.¹, Белобородова Е.В.¹, Алексеева А.С.², Шенелева Е.Г.¹

Psychovegetative features at sick of the cirrhosis

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

¹ Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

² ОГУЗ «Томская областная клиническая больница», г. Томск

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

Проведено комплексное клинико-инструментальное, лабораторное, психовегетативное обследование 139 больных циррозом печени различной этиологии (вирусной, алкогольной, сочетанной) и степени тяжести по Чайлз-Пью. Группа сравнения была представлена 104 больными хроническими гепатитами вирусной, алкогольной и сочетанной этиологии. Контрольная группа состояла из 30 здоровых человек, сопоставимых по полу и возрасту. У пациентов с циррозом печени, так же как у больных хроническим гепатитом, преобладали эмоционально-лабильные, невротические черты и высокая личностная тревожность. Тенденция к симпатикотонии зависела от тяжести поражения печени. Преобладание тонуса и реактивности симпатического отдела вегетативной нервной системы является компенсаторным усилением адаптивных механизмов.

Ключевые слова: вегетативная нервная система, вегетативная реактивность, вегетативный тонус, личностная тревожность, цирроз печени.

Complex kliniko-tool, laboratory, psychovegetative investigation of 139 various aetiologies sick by a cirrhosis (virus, alcoholic, mixed) is carried and severity levels on Childs-Pugh. The comparison group has been presented by 104 sick chronic hepatitises virus, alcoholic and mixed aetiologies. The control group included 30 healthy the person comparable floor and age. At sick of a cirrhosis, also as at sick of a chronic hepatitis, emotionally-labile, neurotic lines and high personal uneasiness prevailed. The tendency to sympathicotonia depended on weight of defeat of a liver. Prevalence of a tone and reactance of sympathetic department of vegetative nervous system is a compensatory strengthening of adaptive mechanisms.

Key words: vegetative nervous system, vegetative reactance, a vegetative tone, personal uneasiness, a cirrhosis.

УДК 616.36-004:616.891.4

Введение

В настоящее время отмечается рост числа хронических заболеваний печени различной этиологии во всех индустриально развитых странах, особенно среди трудоспособного населения [6, 12, 21, 22]. Цирроз печени (ЦП) входит в число шести основных причин смерти в возрасте 35—60 лет и составляет от 14 до 30 случаев на 100 тыс. населения [8]. Этиологические факторы ЦП многообразны, но ведущую роль играют алкоголь и гепатотропные вирусы. Высока частота ЦП сочетанного (алкоголь + вирус) генеза [4, 7, 8, 16]. В последние годы достигнуты значительные успехи в изучении этиологии, клиники и лечения рассматриваемой патологии. Вместе

с тем многие стороны этой проблемы все еще остаются малоизученными, в частности, это относится к функциональному состоянию вегетативной нервной системы (ВНС), которая координирует работу ЦНС и внутренних органов, регулирует все жизненные процессы в организме. Патологические состояния приводят к нарушению взаимодействия психовегетативных процессов, что ведет к измененным реакциям организма на внутренние и внешние стимулы. Изучение состояния ВНС позволит прогнозировать варианты течения заболевания и оптимизировать тактику лечения. Дисфункция ВНС является фактором, предопределяющим развитие и тяжесть многих заболеваний, особенно сердечно-сосудистой системы и желудочно-

кишечного тракта [2, 5, 6, 14, 15, 20]. Практически нет таких патологических форм, в возникновении и течении которых не играла бы роль ВНС. В одних случаях она является существенным фактором патогенеза, в других — возникает вторично в ответ на повреждение любых систем и тканей организма. Как правило, вегетативные нарушения являются вторичными, возникающими на фоне многих психических, неврологических и соматических заболеваний, что и определяет их выраженную синдромальность [5, 6, 9, 13]. Существующие методы исследования ВНС (измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений, ортоклиностатическая, глазо-сердечная и другие пробы) просты в выполнении и не требуют дополнительных затрат при их проведении. Используются также динамические исследования деятельности ВНС с помощью других методов (кардиоритмография) в норме и при патологии [3, 14, 15].

Хроническая патология печени сопровождается нервно-психическими отклонениями, утяжеляющими течение основного заболевания [13]. В генезе развивающейся симптоматики определенную роль наряду с печеночно-клеточной недостаточностью играет реакция личности на хронически прогрессирующее заболевание [10, 17]. Нередко нарушения психической сферы бывают первым проявлением хронического гепатита и цирроза печени, сохраняются на всем протяжении заболевания и обуславливают определенные трудности при лечении таких больных. Вне поля зрения клиницистов часто остаются различные варианты отношения пациентов к своей болезни, лечению и реабилитации. Все это подчеркивает важность и актуальность своевременной и адекватной диагностики психических нарушений у больных, находящихся в общесоматических стационарах [1, 11].

Цель исследования — изучить психовегетативные нарушения у больных циррозом печени в зависимости от степени тяжести заболевания.

Материал и методы

Обследовано 139 больных ЦП (68 мужчин и 71 женщина, средний возраст $(49,8 \pm 11,2)$ года) различной этиологии (вирусной — 36 (26%), алкогольной — 68 (49%), сочетанной — 35 (25%) пациентов) и степени тяжести по Чайлз-Пью: класс А — 50 (36,0%), класс В — 44 (31,6%), класс С — 45 (32,4%) больных. Группа сравнения состояла из 104 больных хроническими гепа-

титами (ХГ) вирусной (27 (26%) пациентов), алкогольной (51 (49%)) и сочетанной (26 (25%) больных) этиологии. Контрольная группа была сформирована из 30 здоровых людей, сопоставимых по полу и возрасту.

Диагноз «ЦП» и «ХГ» выставлялся на основании анамнестических данных, результатов объективного исследования, общеклинических и биохимических показателей, характеризующих функциональное состояние печени, а также 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.

Для выявления психологических особенностей пациентов использовались адаптированный стандартизированный многофакторный опросник для исследования личности (СМИЛ), тест самооценки уровня личностной и реактивной тревожности Спилберга—Ханина [19].

Изучение ВНС проводилось определением исходного вегетативного тонуса методами расчета вегетативного индекса Кердо (ВИК), индекса минутного объема (ИМО) крови, минутного объема крови (МОК), вегетативной реактивности при помощи глазо-сердечного рефлекса (Даньини—Ашнера) и вегетативного обеспечения деятельности по ортостатической пробе.

Рассчитывали исходный вегетативный тонус по формулам:

$$\text{ВИК} = (1 - \text{ДАД}/\text{ЧСС}) \cdot 100,$$

где ДАД — диастолическое артериальное давление; ЧСС — частота сердечных сокращений за 1 мин. При индексе, равном нулю, имеет место вегетативное равновесие, если показатель положительный, то преобладает симпатический тонус, а при отрицательных значениях преобладает парасимпатический;

$$\text{ИМО} = (\text{ПД}_ф \cdot \text{ЧСС}_ф) / (\text{ПД}_н \cdot \text{ЧСС}_н),$$

где ПД — пульсовое артериальное давление, в числителе указываются полученные результаты ПД и ЧСС, а в знаменателе — показатели, соответствующие возрастным и половым нормам для ПД и ЧСС (Кассирский И.А., 1971). В норме ИМО примерно равняется 1. При повышении симпатического тонуса значение ИМО

увеличивается до 1,5—1,8, а при повышении парасимпатического тонуса значение ИМО снижается до 0,7;

$$\text{МОК} = (91 + \text{ПД}/2 - 0,6 \cdot \text{ДАД} - 0,6 \cdot \text{В}) \cdot \text{ЧСС},$$

где 91 и 0,6 — поправочные коэффициенты; В — возраст в годах. В норме МОК составляет 4,4 л, при повышении симпатического тонуса этот показатель повышается, а в случае если преобладает парасимпатический тонус, то МОК снижается. Учитывая все показатели (ВИК, ИМО, МОК), можно сделать заключение о преобладании симпатических (симпатикотония) или парасимпатических (ваготония) влияний либо относительно вегетативном равновесии (эйтония).

При исследовании глазо-сердечного рефлекса происходит замедление ЧСС. Нормальная вегетативная реактивность наблюдается при замедлении ЧСС на 6—12 ударов. Более выраженное замедление ЧСС соответствует повышенной вегетативной реактивности (преобладают парасимпатические реакции). Если отмечается замедление ЧСС менее чем на 6 ударов, то определяется пониженная вегетативная реактивность. Отсутствие замедления или учащение ЧСС говорит об извращенной вегетативной реактивности (преобладают симпатические реакции). При исследовании вегетативной реактивности необходимо оценивать исходный вегетативный тонус, от которого зависит ответ организма на действие стрессора. Если исходный уровень резко изменен, то вегетативная реактивность, соответственно, тоже будет изменяться [6].

Под вегетативным обеспечением деятельности понимают способность поддерживать оптимальный уровень функционирования органов и систем организма адекватно форме, интенсивности и длительности деятельности. При проведении ортостатической пробы возбудимость центров симпатической иннервации определялась по степени учащения пульса (СУП) или по приросту пульса (ПП) на первой минуте после смены положения тела. СУП выражается в процентах по отношению к исходному пульсу [6]. Возбудимость центров симпатической иннервации нормальная: слабая (до 9,1), средняя (9,2—18,4), живая (18,5—27,7). Возбудимость центров симпатической иннервации повышенная: слабая (27,8—36,9), заметная (37,0—46,2), значительная (46,3—55,4), резкая (55,5—64,6), очень резкая (64,7 и более).

Оценка состояния ВНС позволяет установить возможности приспособительных реакций организма, контролировать состояние регуляторных процессов сердечно-сосудистой системы при ряде патологических состояний и действии лекарственных средств, провести математическую обработку данных.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 6.0 (StatSoft, США). Проверка групп на нормальность распределения признаков осуществлялась с помощью критерия Лиллиефорса. Распределение признаков в сравниваемых группах не подчинялось законам нормального распределения ($p < 0,05$ для критерия Лиллиефорса), поэтому для сравнения показателей между группами применяли непараметрический критерий 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 . Статистически значимыми считались результаты по всем применяемым методам при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Обследованные пациенты предъявляли жалобы, на основании которых были выделены болевой, диспептический и астеновегетативный синдромы. Статистически значимых различий в частоте встречаемости описанных клинических синдромов между группами больных ЦП в зависимости от степени тяжести не выявлено. Так, болевой синдром при ЦП класса А выражался в основном тяжестью в правом подреберье (90% случаев), при ЦП класса В и С — болью в правом и левом подреберье (55%), в эпигастральной области (40% случаев). Достаточно часто у больных ЦП наблюдался диспептический синдром в виде желудочной и кишечной диспепсии. С наиболее высокими показателями встречаемости были жалобы на непереносимость жирной пищи, горечь во рту и тошноту (до 80%), а также на снижение аппетита, изжогу и метеоризм (до 60% случаев). Частота встречаемости этих жалоб увеличивалась с утяжелением заболевания. Такие проявления астенического синдрома, как общая слабость, снижение работоспособности, нарушение сна, были отмечены почти у всех пациентов с циррозом независимо от тяжести

заболевания. Раздражительность, тревожность, подавленное состояние встречались в 60—80% случаев у больных ЦП класса В и С. Дисрегуляция со стороны вегетативной нервной системы выражалась жалобами на головную боль, гипергидроз ладоней, ощущение сердцебиения и нехватки воздуха, которые также чаще наблюдались у больных ЦП класса В и С (50—60%) в отличие от больных ЦП класса А.

Синдром желтухи был выявлен у 93 пациентов с ЦП, частота встречаемости которого увеличивалась в зависимости от тяжести заболевания: при ЦП класса А — у 19 (38%), при ЦП класса В — у 32 (73%) и ЦП класса С — у 42 (93%) больных. Данный синдром является показателем активности процесса и на стадии цирроза может быть отражением печеночной недостаточности. Гепатомегалия при ЦП класса С отмечалась у 30 (67%) больных, при ЦП класса В — у 27 (61%), при ЦП класса А — у 25 (50%) пациентов. Характерным проявлением цирроза считается геморрагический синдром, который наблюдался у 40 (89%) больных при ЦП класса С, 20 (45%) больных при ЦП класса В и 16 (32%) больных при ЦП класса А. Данный синдром имеет сложный генез: он может быть проявлением паренхиматозной печеночной недостаточности и декомпенсации по сосудистому типу с развитием син-

дрома гиперспленизма. Характерными признаками декомпенсации ЦП по сосудистому типу выступают спленомегалия и наличие варикозно расширенных вен пищевода, которые чаще встречались при ЦП класса С (41 пациент — 91%). Отечно-асцитический синдром как характерный признак декомпенсации ЦП, и синдром энцефалопатии, являющейся одним из проявлений печеночной недостаточности, также соответствовали классу тяжести цирроза печени.

Синдром цитолиза определялся у большинства пациентов (в 80% случаев), независимо от тяжести ЦП по Чайлз-Пью. Гепатодепрессивный (регистрировался при снижении уровня альбуминов и ПТИ) статистически значимо ($p = 0,005$) чаще встречался при ЦП класса С. Синдром холестаза и иммуновоспалительный статистически значимо ($p = 0,005$) чаще наблюдались у пациентов с ЦП класса А в отличие от больных ЦП класса В и С.

При анализе усредненного (по Т-баллам) личностного профиля СМИЛ (табл. 1) у пациентов основной группы (ЦП класса А, В и С по Чайлз-Пью) и группы сравнения (хронические гепатиты) выявились статистически значимые различия ($p < 0,0001$) эмоциональных реакций и нарушений психологического статуса в сравнении с обследованными группы контроля.

Таблица 1
Показатели психологического теста СМИЛ у здоровых лиц и пациентов с хроническим гепатитом и циррозом печени (Ме (Q₁ : Q₃))

Шкала	Группа					p
	контроля (n = 30)	сравнения (n = 104)	цирроза печени			
			Класс А (n = 50)	Класс В (n = 44)	Класс С (n = 45)	
1	2	3	4	5		
Ипохондрия	37,0 (30,9 : 43,4)	51,4 (43,7 : 60,8)	53,7 (47,1 : 60,3)	51,6 (47,1 : 55,5)	51,5 (43,9 : 60,5)	$p_{1-(2-5)} < 0,0001$
Депрессия	41,1 (31,3 : 46,5)	52,8 (46,4 : 60,9)	57,1 (43,4 : 68,9)	55,9 (46,1 : 58,9)	59,4 (52,2 : 70,2)	$p_{1-(2-5)} < 0,0001$ $p_{2-3} = 0,0384$ $p_{2-5} = 0,0013$ $p_{4-5} = 0,05$
Истерия	41,9 (36,5 : 48,9)	51,6 (43,5 : 58,9)	57,4 (48,8 : 65,7)	54,2 (46,6 : 61,2)	57,3 (51,1 : 67,5)	$p_{1-(2-5)} < 0,0001$ $p_{2-3} = 0,0010$ $p_{2-5} = 0,0006$
Психопатия	30,2 (27,7 : 36,7)	46,5 (36,1 : 55,8)	50,9 (42,3 : 61,8)	45,4 (37,3 : 52,1)	47,2 (37,4 : 54,8)	$p_{1-(2-5)} < 0,0001$ $p_{2-3} = 0,0763$
Паронояльность	39,8 (32,6 : 44,1)	52,2 (43,7 : 60,3)	55,2 (44,1 : 60,2)	57,0 (49,8 : 67,1)	59,0 (52,2 : 67,1)	$p_{1-(2-5)} < 0,0001$ $p_{2-4} = 0,0153$ $p_{2-5} = 0,0046$ $p_{3-5} = 0,05$
Психастения	17,2 (0,6 : 41,6)	41,0 (31,7 : 51,5)	42,7 (34,8 : 55,7)	38,7 (31,9 : 51,8)	36,2 (25,8 : 47,8)	$p_{1-(2-5)} < 0,0001$ $p_{2-5} = 0,0369$ $p_{3-5} = 0,06$
Шизоидность	23,1	43,9	47,3	41,3	41,4	$p_{1-(2-5)} < 0,0001$

	8,9 : 42,0)	(36,2 : 55,3)	(34,8 : 60,2)	(30,8 : 52,9)	(27,1 : 52,9)	$p_{3-5} = 0,07$
Гипомания	35,4 (26,7 : 44,5)	47,4 (38,3 : 56,4)	49,8 (42,5 : 57,2)	48,7 (41,9 : 54,8)	50,1 (41,9 : 57,2)	$p_{1-(2-5)} < 0,0001$

Повышение усредненных показателей психологического теста СМИЛ (более 50Т-баллов), наблюдаемых у больных циррозом и гепатитом, определяется некоторыми авторами как актуальное психическое состояние, характеризующее реакцию пациента на болезнь [14]. Это касалось в равной мере как шкал невротической триады (ипохондрия, депрессия, истерия), определяющих психологический портрет хронического больного и тип реагирования на болезнь, так и остальных шкал профиля СМИЛ, несущих информацию о более глубоких психологических изменениях личности. В исследуемых группах повышение параметров теста СМИЛ, отражающих выраженность определенных тенденций в актуальном психическом состоянии, наблюдалось по отдельным шкалам: ипохондрия, депрессия, истерия и паранойальность. Следует отметить, что у пациентов в группе цирроза преобладали депрессивные реакции, тогда как в группе хронических гепатитов — реакции тревоги и эмоциональной лабильности. Была выявлена взаимосвязь тяжести цирроза печени по классам Чайлз-Пью с психологическим статусом пациентов.

Высокая личностная и реактивная тревожность у пациентов с ЦП в отличие от представителей контрольной группы и группы сравнения подтверждалась с помощью теста самооценки уровня личностной и реактивной тревожности Спилберга—Ханина (табл. 2). Следует отметить, что у пациентов с ЦП независимо от тяжести течения заболевания (класса ЦП) отмечался повышенный уровень как реактивной, так и

личностной тревожности. Полученные данные свидетельствуют о наличии невротических расстройств, эмоциональных и психосоматических нарушений у пациентов с циррозом печени.

Таким образом, психологический портрет больного ЦП получился следующий: эмоционально лабильный, стремится к демонстрации болезни и ищет сочувствия, склонный к ипохондрии, фиксации на пессимистических мыслях о своей болезни или убежденности в ошибочности диагностики, наличия другого заболевания, эгоистичный, тревожный, неудовлетворенный собой и своими возможностями.

На любой эндогенный или экзогенный раздражитель в живом организме возникает реакция, являющаяся по сути защитно-приспособительной. Указанные изменения находят отражения в показателях оценки вегетативной нервной системы, являясь сигналом о нарушении адаптивных свойств организма.

При исследовании у пациентов с ЦП тонуса ВНС (по данным вегетативного индекса Кердо) установлена взаимосвязь вегетативных показателей сердечно-сосудистой системы со степенью тяжести цирроза (табл. 3). ВИК у больных ЦП класса А имеет отрицательное значение, что говорит о преобладании парасимпатического тонуса. С утяжелением заболевания (класса ЦП по Чайлз-Пью) показатель ВИК приобретает положительное значение, что свидетельствует о преобладании симпатического тонуса. Данные различия статистически значимы ($p < 0,05$). По показателям ИМО и МОК прослеживается та же закономерность:

Таблица 2

Показатели реактивной и личностной тревожности у здоровых и пациентов с хроническим гепатитом и циррозом печени ($Me (Q_1 : Q_3)$)

Показатель	Группа					p
	контроля (n = 30)	сравнения (n = 104)	цирроза печени			
			Класс А (n = 50)	Класс В (n = 44)	Класс С (n = 45)	
	1	2	3	4	5	
Реактивная тревожность	19,6 (14 : 25)	27 (22 : 32)	33 (29 : 42)	35 (29 : 43)	38 (32 : 43)	$p_{1-(2-5)} < 0,0001$ $p_{2-3} = 0,0003$ $p_{2-4} = 0,0093$ $p_{2-5} < 0,0001$ $p_{3-5} = 0,0176$ $p_{3-4} = 0,6328$ $p_{4-5} = 0,1266$
Личностная тревожность	34,5 (29,5 : 37)	41 (35 : 50)	49 (45 : 55)	51 (47 : 57)	50,7 (45 : 57)	$p_{1-(2-5)} < 0,0001$ $p_{2-3} < 0,0001$ $p_{2-4} < 0,0001$

$p_{2-5} < 0,0001$
 $p_{3-5} = 0,2404$
 $p_{3-4} = 0,4455$
 $p_{4-5} = 0,5874$

Таблица 3

Показатели вегетативного тонуса у здоровых лиц и пациентов с хроническим гепатитом и циррозом печени (Me (Q₁ : Q₃))

Показатель	Группа					p
	контроля (n = 30)	сравнения (n = 104)	цирроза печени			
			Класс А (n = 50)	Класс В (n = 44)	Класс С (n = 45)	
1	2	3	4	5		
ВИК	1,1 (-5 : 7)	-3,5 (-8 : 4)	-6,5 (-15 : 3)	2,5 (-3 : 8)	9,6 (5 : 17)	$p_{3-5} = 0,001$ $p_{3-4} = 0,054$ $p_{4-5} = 0,001$ $p_{2-5} = 0,001$
ИМО	1,0 (0,91 : 1,12)	0,92 (0,78 : 1,12)	0,87 (0,73 : 0,97)	0,96 (0,78 : 1,01)	1,03 (0,85 : 1,28)	$p_{3-5} = 0,261$ $p_{3-4} = 0,783$ $p_{4-5} = 0,672$
МОК, л	4,2 (3,8 : 4,7)	4,1 (3,2 : 4,4)	3,3 (2,2 : 3,9)	4,3 (3,8 : 4,6)	4,7 (4,1 : 4,9)	$p_{3-5} = 0,001$ $p_{3-4} = 0,048$ $p_{1-3} = 0,079$

при ЦП класса А и В ИМО меньше 1,0 и МОК меньше 4,4 л, что свидетельствует о преобладании парасимпатического тонуса, при ЦП класса С ИМО больше 1,0 и МОК больше 4,4 л, что говорит о преобладании симпатического тонуса. В контрольной группе исходный вегетативный тонус был ближе к эйтонии, а в группе сравнения — к умеренной ваготонии.

Вегетативная реактивность, характеризующая направленность и степень изменения показателей, отражающих состояние ВНС в момент перехода из одного состояния в другое, позволяет определить доминирующий тип вегетативной реакции на стресс. Реактивность по симпатическому типу преобладает в группе больных ЦП класса С ($p < 0,05$), по парасимпатическому типу в группе больных ЦП класса А и В ($p < 0,05—0,01$). Нормальный тип реактивности был зарегистрирован у обследованных контрольной группы. У пациентов группы сравнения в половине случаев отмечалась нормальная вегетативная реактивность, остальные ответные реакции встречались практически поровну: 24% — парасимпатическая, 26% — симпатическая.

При оценке вегетативного обеспечения деятельности в группе больных ЦП наблюдалась повышенная возбудимость (СУП $22,85 \pm 12,25$), без достоверных различий между классами цирроза (СУП при классе А $28,19 \pm 13,18$, при классе В $27,84 \pm 11,48$, при классе С $27,48 \pm 12,5$), но данные показатели статистически

значимо отличались от группы контроля и сравнения ($p < 0,05$).

Полученные результаты показывают, что существует ряд различий в вегетативном обеспечении деятельности у больных циррозом с различной степенью тяжести заболевания, у пациентов с гепатитами и у здоровых лиц. Проведенное исследование указывает на тенденцию к симпатикотонии у пациентов с более тяжелым течением заболевания. Преимущественное преобладание тонуса, реактивности и обеспечения деятельности симпатического отдела ВНС является компенсаторным усилением адаптивных механизмов и указывает на стремление организма к сохранению гомеостаза. Таким образом, исследование психовегетативного состояния пациентов является одним из необходимых условий в прогнозировании тяжести поражения печени.

Выводы

1. Психологические особенности пациентов при различных классах цирроза печени характеризуются эмоционально-лабильными, невротическими чертами и высокой личностной тревожностью.

2. С повышением класса цирроза печени становятся более выраженными депрессивные и паранойяльные черты личности.

3. Показатели вегетативного тонуса у больных циррозом печени с повышением класса по Чайлз-Пью смещаются в сторону усиления симпатических влияний.

4. Вегетативная реактивность по симпатическому типу характерна для цирроза печени класса С, по парасимпатическому типу — для классов А и В.

5. При исследовании вегетативного обеспечения деятельности выявлена повышенная возбудимость независимо от класса цирроза печени.

Литература

1. *Бабкин Д.И.* Психические нарушения у больных диффузными заболеваниями печени: дис. ... канд. мед. наук. М., 2001. 150 с.
2. *Белобородова Э.И., Александрова А.Ю.* Психовегетативные нарушения у больных хроническим некалькулезным холециститом в сочетании с хроническим описторхозом // *Клинич. медицина.* 2006. № 9. С. 44—47.
3. *Березный Е.А., Рубин А.М.* Практическая кардиоритмография. СПб.: НИП «Нео», 1999. 144 с.
4. *Блюгер А.Ф., Новицкий И.Н.* Практическая гепатология. Рига: Звайгзне, 1994. 405 с.
5. *Вейн А.М.* Идеи «нервизма» в гастроэнтерологии // *Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* 1997. № 3. С. 38—45.
6. *Вейн А.М., Вознесенская Т.Г.* Заболевания вегетативной нервной системы. М.: Медицина, 1991. 624 с.
7. *Григорьев П.Я., Яковенко Э.П.* Клиническая гастроэнтерология. М.: МИА, 2001. 647 с.
8. *Ивашкин В.Т.* Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей / под ред. В.Т. Ивашкина. 2-е изд. М.: Изд. дом «М-Вести», 2005. 536 с.
9. *Ильмухина Л.В.* Клинико-лабораторные особенности хронического гепатита В у лиц старше 50 лет: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2009. 20 с.
10. *Карпинчик Н.Ф.* Медико-психологическое исследование больных с хроническими гепатитами и циррозами печени: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1989. 20 с.
11. *Корнетов Н.А.* Депрессивные расстройства в гастроэнтерологической практике: через психосоматический дуализм к распознаванию и терапии // *Сиб. журн. гастроэнтерологии и гепатологии.* 1999. № 8. С. 39—43.
12. *Майер К.П.* Гепатит и последствия гепатита: практич. руководство: пер. с нем. 2-е изд., переаб. и доп. М.: ГОЭТАР-МЕД, 2004. 720 с.
13. *Мищенко В.А.* Клиника, патогенез и лечение неврологических нарушений при хронических заболеваниях печени: дис. ... д-ра мед. наук. Л., 1991. 355 с.
14. *Плотникова Е.Ю.* Дискинезии желчевыводящих путей у лиц молодого возраста, варианты течения, психовегетативные особенности: дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2002. 147 с.
15. *Плотникова Е.Ю., Белобородова Э.И.* Психовегетативные особенности у больных с дискинезией желчевыводящих путей // *Клинич. медицина.* 2003. № 8. С. 48—52.
16. *Подымова С.Д., Блюгер А.Ф.* Болезни печени: руководство для врачей. М.: Медицина, 1984. 480 с.
17. *Ревенюк Е.Н., Завилянская Л.И.* Психотерапия в комплексном лечении заболеваний печени и желчевыводящих путей // *Вопр. мед. деонтологии и психотерапии.* Тамбов, 1974. С. 266—269.
18. *Садовникова И.И.* Циррозы печени: вопросы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения // *Рус. мед. журн.* 2003. Т. 5, № 2. С. 37—39.
19. *Собчик Л.Н.* Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. М.: Изд-во ВНИИТЭМР, 1990. 76 с.
20. *Сорокоумова А.Ф.* Нейровегетативные и психоэмоциональные нарушения при гастродуоденитах и язвенной болезни у детей и обоснование тактики лечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Красноярск, 1992. 26 с.
21. *Хазанов А.И.* Из полувекowego опыта наблюдения за больными циррозом печени // *Рус. журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии.* 1998. Т. 8, № 2. С. 50—56.
22. *Dam-Larsen S., Franzmann M., Andersen I.V. et al.* Long-term prognosis of fatty liver: risk of chronic liver disease and death // *Gut.* 2004. V. 53. P. 750—755.

Поступила в редакцию 22.03.2011 г.

Утверждена к печати 20.09.2011 г.

Сведения об авторах

Л.П. Филиппова — аспирант кафедры терапии ФПК и ППС СибГМУ (г. Томск).

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 — д-р мед. наук, зам. гл. врача по терапии ОГУЗ ОКБ (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