

## ДИНАМИКА ВЫРАЖЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С АУТОИММУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

*Т.Г. Михайличенко*

В статье показаны изменения в эмоциональной сфере у больных с аутоиммунными заболеваниями печени до и после ортотопической трансплантации печени. Приводятся данные о роли тревоги в сочетании с другими эмоционально-аффективными расстройствами. Рассматривается необходимость проведения дифференциальной диагностики у данной категории больных с применением современных экспериментально-психологических методов.

*Ключевые слова:* аутоиммунные заболевания печени, цирроз, трансплантация печени, тревога, эмоциональные расстройства, нарушения сна, депрессия.

**Актуальность исследования.** Необходимость проведения комплексного клинко-психологического изучения больных с аутоиммунными заболеваниями печени (АИЗП) до и после ортотопической трансплантации печени (ОТП) продиктована практически полным отсутствием подобных исследований и одновременно – очевидной ролью эмоционально-аффективных расстройств в патогенезе и лечении этих заболеваний, в механизмах психологической адаптации личности к болезни и качества жизни больных. Изучение в динамике психоэмоциональных процессов позволит понять и объяснить стойкость расстройств и их связь с заболеванием.

К основным аутоиммунным заболеваниям печени относят аутоиммунный гепатит (АИГ), первичный билиарный цирроз (ПБЦ) и первичный склерозирующий холангит (ПСХ), также выделяют перекрестные синдромы и неклассифицированные заболевания [3]. Часто АИЗП, даже при надлежащем лечении, приводят к формированию цирроза печени с инвалидизацией и последующей смертью больного. В сравнении с другими заболеваниями, приводящими к циррозу печени (вирусные гепатиты, генетические заболевания печени, паразитарные и т.д.), АИЗП длительное время протекают бессимптомно и периодически испытываемый физический дискомфорт больные не связывают с болезнью. Прогрессирование заболевания происходит резко и проявляется в ухудшении общего состояния, пожелтении кожных покровов, выраженной слабости, некупируемом кожном зуде,

раздражительности, нарушениях сна, функций памяти и внимания. Испытываемый физический дискомфорт и изменения внешности приводят к изменениям в психосоциальном функционировании. Больные отгораживаются от внешнего мира, перестают участвовать в социальной жизни. Своевременная ОТП не только сохраняет жизнь пациенту, но и возвращает его в привычную социальную среду, к его обязанностям. По данным литературных источников, ранее проводимые психологические исследования были, главным образом, направлены на изучение качества жизни (КЖ) и определение психического статуса больных с АИЗП [7, 8]. Определение психического статуса больных, находящихся в листе ожидания ОТП, обусловлено необходимостью своевременного выявления психопатологических состояний, которые являются противопоказанием к предстоящей операции [6, 4]. В то же время, одними из первых проявлений психических нарушений в клинике АИЗП являются неврозоподобные расстройства, не достигающие уровня патологии. Психические нарушения, в известной мере, определяют степень тяжести заболевания, а также могут обусловить определенные психологические трудности в процессе ожидания трансплантации и в послеоперационном периоде.

В связи с этим **целью исследования** явилось изучение динамики выраженности психоэмоциональных расстройств у больных с АИЗП до и после ОТП.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 70 человек с диагнозом АИЗП в

стадии цирроза печени и 30 человек, перенесших ОТП, в том числе 68 женщин (97,14 % всей выборки) и 2 мужчины (2,86 %) – до ОТП; и 28 женщин (93,33 %) и 2 мужчины (6,67 %) – после ОТП. Средний возраст пациентов составил 45 ± 11,0 лет. Все больные на начало исследования находились в листе ожидания ОТП, психологическая диагностика пациентов после ОТП проводилась в период стабилизации функции трансплантата (на 30±10 сутки после ОТП).

Распределение больных по нозологическим формам указано в табл. 1.

В выборке численность больных с АИГ и ПБЦ, обследованных до ОТП примерно равна и в совокупности составляет около 2/3 выборки, а доля больных с ПСХ и перекрестными синдромами значительно меньше. Структура выборки обследованных после ОТП отличается тем, что в ней самую большую группу составляют пациенты с ПБЦ и в меньшей степени – с АИГ, ПСХ и АИГ/ПБЦ.

Основные жалобы пациентов, полученные методом направленного клинического интервью, и частота их встречаемости в выборках представлены на рис. 1.

По данным рис. 1, у больных до ОТП доминируют жалобы, связанные с выраженным

физическим недомоганием, в составе которого доминирует астенический симптомокомплекс. У большинства пациентов, обследованных до ОТП, выражен кожный зуд, который, в том числе, оказывает значительное негативное влияние на сон. Нарушения сна в терминальной стадии цирроза носят стойкий, изнуряющий характер. Невыносимость физических страданий (некупируемый кожный зуд, отсутствие сна на протяжении месяцев, а иногда и лет) приводят больных к психологическим проблемам, связанным с личностным и социальным функционированием. Нарушения сна носят стойкий характер и проявляются в невозможности длительное время заснуть, частых просыпаниях (каждые 1,5–2 часа ночью), при этом больные испытывают сильную потребность во сне. Невозможность найти физический покой ни днем, ни ночью приводят к развитию раздражительности, социальной отгороженности. Нередко больные не находят понимания своих страданий даже в ближайшем окружении (особенно если заболевание имеет длительный характер), что также приводит к социальной дистанцированности и реакции на непонимание – раздражительности. Больные с нетерпением ожидают трансплантации и возлагают на неё большие надежды, которые, в первую очередь, связыва-

Таблица 1

Распределение больных по нозологическим формам

Нозологическая форма	До ОТП (абс. знач.)	До ОТП, %	После ОТП, (абс. знач.)	После ОТП, %
АИГ 1 типа	25	35,71	5	16,67
ПБЦ	27	38,57	19	63,33
ПСХ	10	14,29	2	6,67
Перекрестный синдром АИГ/ПБЦ	3	4,29	4	13,33
Перекрестный синдром АИГ/ПСХ	5	7,14	0	0
Итого	70	100	30	100

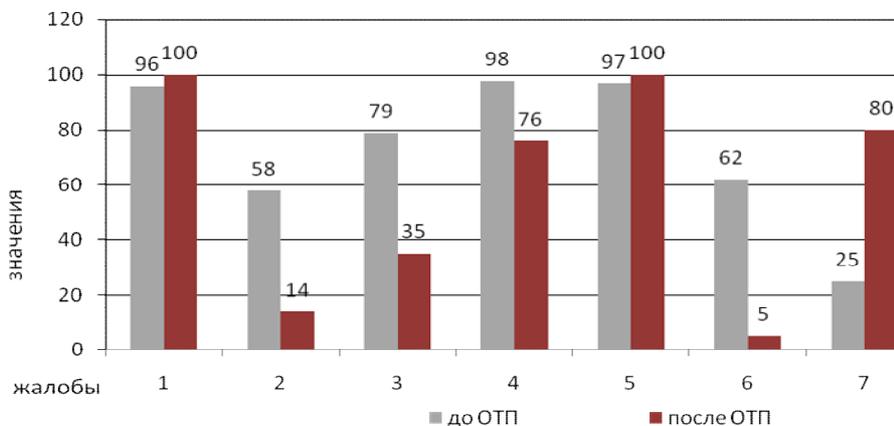


Рис. 1. Частота выявления основных жалоб у больных в группах пациентов, обследованных в период до и после ОТП. Перечень жалоб: 1 – слабость; 2 – подавленное настроение; 3 – раздражительность; 4 – нарушения сна; 5 – снижение работоспособности; 6 – кожный зуд; 7 – болевые ощущения

ют с избавлением от физических страданий. После ОТП, в первые дни по выходу из наркоза, больные сразу ощущают отсутствие кожного зуда. Длительное время после трансплантации сохраняется слабость, которая оказывает влияние на работоспособность, но это воспринимается больными как временное неудобство на пути к выздоровлению. Постепенно восстанавливается сон и стабилизируется психоэмоциональное состояние. Для пациентов до ОТП не характерны жалобы на болевые ощущения, связанные непосредственно с заболеванием, тогда как после операции эти жалобы закономерно доминируют.

При тестовом исследовании применялись следующие методики психологической диагностики:

1. «Опросник невротических расстройств симптоматический» (ОНР-СИ) («СИО») (Aleksandrowitch J.W. et al., 1981; Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2003) [2, 5];

2. «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) (Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., 2001) [1];

3. «Шкала самооценки депрессии» (Опросник В. Зунга) (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2003) [2].

Для статистической обработки использовались пакет программ Statistica – 6.0.

### Результаты

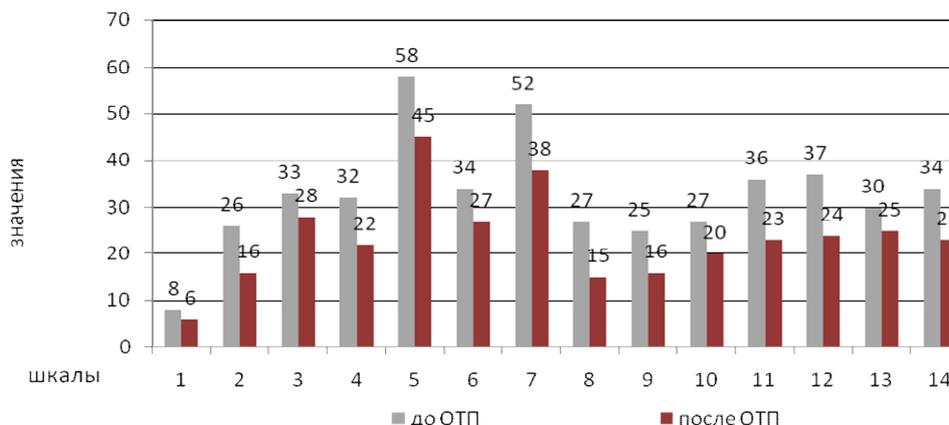
В результате проведенного исследования с помощью симптоматического опросника ОНР-СИ выявлены особенности структуры эмоциональных расстройств пациентов, об-

следованных до и после ОТП. Результаты исследования представлены на рис. 2.

Согласно данным обследования по методике ОНР-СИ, высокий уровень невротоподобных расстройств наблюдался у пациентов с АИЗП в период до ОТП ( $7,79 \pm 1,23$ ). Чем выше этот показатель, тем более эмоционально пациенты переживают свое актуальное состояние. У больных с АИЗП в период до ОТП уровень выраженности невротоподобных состояний достоверно превышал показатели по сравнению с их уровнем у пациентов после трансплантации. На первом месте по интенсивности выраженности находятся расстройства сна ( $58 \pm 11,4$  баллов до ОТП и  $45 \pm 5,4$  балла после ОТП,  $p < 0,05$ ), далее астенические расстройства ( $52 \pm 9,3$  балла против  $38 \pm 6,2$  балла,  $p < 0,01$ ), ипохондрические расстройства ( $37 \pm 9,8$  балла против  $24 \pm 10,1$  балла,  $p < 0,01$ ) и нарушения социальных контактов ( $36 \pm 5,4$  балла против  $23 \pm 4,4$  балла,  $p < 0,01$ ).

Структура ситуативной и личностной тревожности, изученная с помощью методики ИТТ, представлена на рис. 3.

У пациентов с АИЗП до выполнения ОТП значительно превышены показатели личностной тревожности по шкалам: астенический и фобический компоненты (8 и 8 станайна соответственно), тревожная оценка перспективы (8 станайна), общий показатель личностной тревожности (8 станайна). После операции ОТП высоким остается лишь показатель по шкале «астенический компонент личностной тревожности» (7 станайна). Таким образом, у



**Рис. 2. Выраженность невротоподобных расстройств в группах больных АИЗП до и после ОТП (в баллах по шкалам методики ОНР-СИ):**

Наименование шкал методики ОНР-СИ: 1 – общий уровень невротичности; 2 – тревожно-фобические расстройства; 3 – депрессивные расстройства; 4 – аффективная напряженность; 5 – расстройства сна; 6 – аффективная лабильность; 7 – астенические расстройства; 8 – сексуальные расстройства; 9 – дереализационные расстройства; 10 – obsессивные расстройства; 11 – нарушения социальных контактов; 12 – ипохондрические расстройства; 13 – ананкастические расстройства; 14 – соматовегетативные расстройства

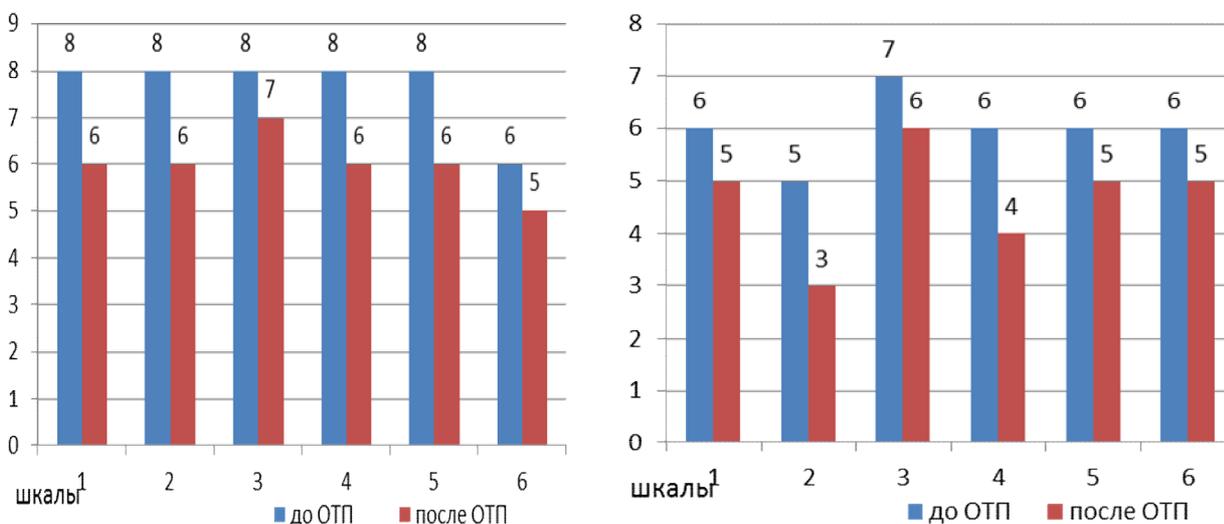
больных с АИЗП тревожность достигает своего пика в состоянии до ОТП, а сохранение ее астенического компонента вполне может быть объяснено последствиями достаточно травматической хирургической операции.

Для пациентов с АИЗП в период до ОТП характерны тревожные переживания ситуаций, астенизирующих психику пациентов с астеническим компонентом ситуативной тревоги 7 станайна. По другим шкалам методики ИТТ показатели не превышали нормативных значений. Ситуация выписки из стационара с функционирующим трансплантатом не вызывала тревоги у больных после ОТП, о чем свидетельствуют низкие значения по шкалам ситуативной тревоги.

Согласно результатам исследования по шкале депрессии В. Зунга, у больных в предоперационный период, начинающийся с момента включения их в лист ожидания, выявлялось сниженное настроение (показатели по шкале депрессии  $52,14 \pm 1,7$ ), которое квалифицируется с позиции норм методики как субдепрессия. После выполнения операции

ОТП депрессивный фон у этих пациентов не определялся (значения показателя  $41,23 \pm 2,3$ , см. табл. 2).

**Обсуждение результатов исследования.** Полученные результаты свидетельствуют, что больные до выполнения операции ОТП испытывают не только обусловленные тяжестью заболевания физические страдания, но и психологический дискомфорт. На фоне развития цирротических изменений печени и в процессе ожидания ОТП формируются различные неврозоподобные расстройства. На развитие неврозоподобной симптоматики оказывает влияние высокий уровень тревожности, являющийся личностно-типологической характеристикой больных с АИЗП. Такая тревожность формирует соответствующий тип реагирования на болезнь. Полученные в нашем исследовании данные позволяют предположить наличие связи личностной тревожности с физическим компонентом болезни у больных АИЗП, особенно связи их с кожным зудом, имеющим во многом психогенную природу. Следует отметить, что несмотря на



**Рис. 3. Выраженность уровня тревоги и тревожности в группах больных АИЗП до и после ОТП (в станайнах):** Обозначение шкал личностной (левый график) и ситуативной (правый график) тревожности: 1 – общий показатель; 2 – эмоциональный дискомфорт; 3 – астенический компонент; 4 – фобический компонент; 5 – тревожная оценка перспективы; 6 – социальная защита. Область нормативных значений уровня тревожности – 4–6 баллов

**Таблица 2**  
Уровень выраженности депрессии у больных АИЗП в период до и после ОТП (в баллах по методике В. Зунга)

Ситуация обследования. Нозология	В период до ОТП	В период после ОТП	Достоверность различий (значение p)
АИЗП	$52,14 \pm 1,7$	$41,23 \pm 2,3$	$<0,05$

тяжесть физического страдания больных с АИЗП, в период до ОТП уровень депрессии не достигает уровня клинически оформленного аффективного расстройства. Мысли о суициде не носят «стартового характера», а являются результатом рассуждений о еще одном гипотетическом варианте избавления от мучений. При этом следует предполагать, что у поставленных в «лист ожидания» пациентов возникающая вследствие этого сильная мотивация к выздоровлению, жажда жизни являются преградой к осуществлению самоубийства. Даже находясь в терминальной стадии заболевания, больные надеются, что включение в «лист ожидания» позволит им дожидаться операции и, в целом, вероятности ремиссии. По выходе из наркоза после операции ОТП больные ощущают позитивные перемены в своём физическом и психологическом состояниях, связанные с отсутствием кожного зуда, чувством эйфории и надеждами на будущее после перенесенных трудностей.

### Выводы

1. Клинико-психологический анализ жалоб больных с АИЗП позволяет выделить расстройства эмоциональной сферы в качестве ведущих маркеров, отражающих особенности реагирования пациентов на ситуацию хронического стресса болезни, угрожающей самому существованию пациента. Высокий уровень выраженности невротоподобных расстройств характерен для таких больных в период ожидания операции ОТП в случае включения их в «лист ожиданий». После проведения операции ОТП невротоподобные расстройства носят умеренный характер.

2. У больных с аутоиммунными заболеваниями печени личностная (диспозициональная) тревожность проявляется более отчетливо по сравнению с ситуативной (реактивной) тревогой. Выраженный компонент личностной тревожности оказывает влияние на психоэмоциональную сферу личности таких больных, а также на их физическое состояние в период до и после проведения операции ОТП. После проведения такой операции уровень тревоги достоверно снижается по сравнению с аналогичными показателями, полученными в период ожидания такой операции.

3. Для больных, включенных в «лист ожидания», в предоперационный период, свя-

занный с ожиданием трансплантации печени, характерен сниженный фон настроения, квалифицируемый как «субдепрессия». После проведения операции ОТП дальнейшего снижения фона настроения не наблюдается, а его уровень несколько повышается.

4. У больных до проведения операции ОТП эмоционально-аффективные расстройства носят преимущественно соматогенный характер, что проявляется прежде всего в специфике жалоб больного, которые обусловлены характером и тяжестью заболевания. После выполнения трансплантации печени таким больным на первый план клинико-психологического статуса этих пациентов выходят их личностные особенности больных, обусловленные динамикой заболевания и его лечения.

### Литература

1. Бизюк, А.П. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): метод. рекомендации / А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев. – СПб., 2001.

2. Вассерман, Л.И. Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение / Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. – СПб., 2003. – 736 с.

3. Лейшнер, У. Аутоиммунные заболевания печени и перекрестный синдром / У. Лейшнер. – М.: Анахарсис, 2005. – 176 с.

4. Depression in patients with primary biliary cirrhosis and primary sclerosing cholangitis / E. van Os, W.W. van den Broek, Mulder PG, et al. // J. Hepatol. – 2007. – V. 46, N. 6. – P. 92–994.

5. Kwestionariusze objawowe «S»I«O»-narzedzia sluzace do diagnozy i opisu zaburzen nerwicowych / J.W. Aleksandrowicz et al. // Psychoterapia. – Krakow, 1981. – S. 11–27.

6. Patients with primary biliary cirrhosis do not show post-exercise depression of cortical excitability / G. Cerri, C.A. Cocchi, M. Montagna et al. // Clin Neurophysiol. – 2010. – V. 121, N. 8. – P. 1321–1328.

7. Quality of life in patients with primary biliary cirrhosis / R.E. Poupon, Y. Chrétien, O. Chazouillères et al. // Hepatology. – 2004. – V. 40, N. 2. – P. 489–494.

8. Trzepacz, P.T. A psychiatric study of 247 liver transplantation candidates / P.T. Trzepacz, R. Brenner, D. Van Thiel // Psychosomatics. – 1989. – V. 30. – P. 147–153.

Михайличенко Татьяна Геннадьевна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник группы «Трансплантации», ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий», г. Санкт-Петербург, mikhaylichenko@list.ru

---

## DYNAMICS OF INTENSITY OF EMOTIONALLY AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH AUTOIMMUNE HEPATIC DISEASES BEFORE AND AFTER HEPATIC TRANSPLANTATION

*T.G. Mikhaylitchenko*

The article shows changes in the emotional sphere in patients with autoimmune hepatic diseases before and after orthotopic hepatic transplantation. It cites data about the role of anxiety in combination with other emotionally affective disorders. It considers the necessity of differential diagnostics in this category of patients using modern experimentally psychological methods.

*Keywords: autoimmune hepatic diseases, cirrhosis, hepatic transplantation, anxiety, emotional disorders, disturbed sleep, depression.*

**Tatyana G. Mikhaylitchenko**, Candidate of Psychology Science, Senior Research Associate of Transplantation Group, FSI Russian Scientific Center of Radiology and Surgical Technologies, St. Petersburg, mikhaylichenko@list.ru

*Поступила в редакцию 1 февраля 2013 г.*