

РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Михайличенко Т.Г.¹, Герасимова О.А.², Жеребцов Ф.К.², Райхельсон К.Л.¹

¹ Кафедра гастроэнтерологии и диетологии МАПО, Санкт-Петербург

² ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий», Санкт-Петербург

В пилотной статье изучен психологический статус больных с циррозом печени вирусной этиологии в различные сроки после трансплантации печени. На основании использованных психологических методик у 10 больных, средний возраст которых составил 42 ± 7 лет, средний срок после ОТП от $11,0 \pm 6,5$ мес., выявлены повышенный уровень тревожности, нарушение социальных контактов, мнестические расстройства, особенно снижение памяти. В дальнейшем планируется изучить взаимосвязи и зависимости различных психологических аспектов личности, особенностей заболевания и лечения.

Ключевые слова: цирроз печени вирусной этиологии, трансплантация печени, оценка психического статуса, невротические расстройства, тревожность, расстройства сна, нарушение социальных контактов, мнестические расстройства

PSYCHOLOGICAL DATA RESULTS OF THE PATIENTS WITH VIRAL CIRRHOSIS AFTER LIVER TRANSPLANTATION

Mikhaylitchenko T.G.¹, Gerasimova O.A.², Zhrebtsov F.K.², Raykhelson K.L.¹

¹ Department of gastroenterology and dietary, Medical Academy of Postgraduate Education, Saint Petersburg

² Russian Scientific Center of Radiology and Surgical technologies, Saint Petersburg

In pilot article the psychological status of patients with viral cirrhosis in various terms after liver transplantation is studied. On the basis of the used psychological techniques at 10 patients which middle age 42 ± 7 years, average term after transplantation $11,0 \pm 6,5$ months. Authors revealed the raised level of uneasiness, infringement of social contacts, especially memory decrease. Further it is planned to study interrelations and dependences of various psychological aspects of the person, features of disease and treatment.

Key words: liver transplantation, mental status, neurotic frustration, uneasiness, dream frustration, infringement of social contacts

Изменения психического статуса пациентов при соматических и инфекционных болезнях всегда были объектом тщательного изучения как врачей, так и медицинских психологов. На протяжении многих лет при изучении больных вирусным гепатитом (ВГ) исследователи наблюдали разнообразные психические нарушения. В клинике, как правило, оценивают клинические и биохимические показатели функции печени. По некоторым литературным данным [1], нервно-психические расстройства, в основе которых лежит энцефалопатия, определяют тяжесть течения ВГ. На сегодняшний

день достаточно детально изучены клинико-лабораторные показатели на различных стадиях заболевания у пациентов ВГ. Исследования в психической сфере у данных больных в основном рассматривались в психопатологическом разрезе, а сведений о комплексных клинико-психологических исследований больных ВГ после трансплантации печени в литературе нами не обнаружено. В основном исследования больных ВГ после трансплантации печени [4–6] имеют медико-социальный уклон. Эти исследования направлены на изучение качества жизни пациентов и нахождение путей для быст-

Статья поступила в редакцию 26.10.09 г.

Контакты: Жеребцов Федор Константинович, к. м. н., зав. отделением лечебно-диагностической работы.

E-mail: radiology-spb@mail.ru

рейшего восстановления и возвращения больного к привычному социальному функционированию. Без сомнения, это одно из важнейших направлений, конечной целью которого является социальная реабилитация больных, в том числе имеющая под собой несомненный экономический подтекст. Другая часть исследований [7–9] направлена на определение психического статуса больных ВГ после трансплантации печени, диагностику психической патологии и ее влияния на качество жизни пациентов. В ряде исследований проводится анализ связи тяжести депрессивных расстройств с уровнем тревоги [4, 10–12] и качеством жизни. К сожалению, все эти исследования носят фрагментарный характер. Начавшиеся исследования в РНЦРХТ и на кафедре гастроэнтерологии и диетологии СПб МАПО имеют своей целью комплексное клинико-психолого-социальное изучение многогранной структуры личности больного, ее участие в восстановительном процессе. Актуальность работы обусловлена необходимостью адекватной оценки психического статуса больных с циррозом печени, которым планируется или выполнена трансплантация печени. Цирроз печени характеризуется разнообразием специфических симптомов, они зависят от этиологии, стадии заболевания и активности процесса. До 60% больных имеют яркую клиническую картину, у 20% больных цирроз протекает латентно под маской другого гастроэнтерологического заболевания, у 20% цирроз печени обнаруживается на аутопсии. Ортотопическая трансплантация печени (ОТП) является единственным радикальным методом лечения пациентов с терминальными стадиями хронических диффузных заболеваний печени (цирроз печени – ЦП). За годы, прошедшие с момента внедрения трансплантации печени в клиническую практику, в мире произведено уже около 100 000 трансплантаций печени. При этом 5-летняя выживаемость пациентов в общем составляет более 75% (при ЦП невирусной этиологии – более 80%, при опухолевом поражении – 30–40%); 40% пациентов живут 20 лет и более. При хроническом гепатите С результаты трансплантации не хуже, чем при циррозе печени невирусного генеза, несмотря на то что гепатит С очень часто рецидивирует. При хроническом гепатите В выживаемость реципиентов на 10–20% ниже, чем при невирусных болезнях. Данных о более длительных сроках выживания в настоящее время пока нет, так как первая трансплантация печени была выполнена только в 1963 г. В России первая трансплантация печени была произведена профессором А.К. Ерамишанцевым в 1990 г. Несмотря на некоторый рост числа операций в последние годы, ОТП остается достаточно редким вмешательством. В листах ожидания трансплантационных центров пациенты с ЦП вирусной этио-

логии составляют около 25% от всех пациентов и занимают особое место, так как трансплантация печени, являясь единственным радикальным методом лечения ЦП, не является методом лечения вирусной инфекции, имеющей в организме внепеченочные резервуары. Наличие цирроза печени у пациентов с ВГ являетсяотягчающим обстоятельством в процессе принятия болезни больным. Сам факт наличия ВГ является фрустрирующим фактором, влияющим на все сферы жизнедеятельности больного, и ярко проявляется в психической сфере. При проведении психологической диагностики следует учитывать наличие энцефалопатии у данной группы больных. Сложность психологических тестов для выявления энцефалопатии заключается в недостаточности применения только психологических диагностических методов исследования, которые могут показать лишь поверхностный уровень нарушений в психической сфере.

Целью работы на начальном этапе явилось изучение влияния на ведущее заболевание неврозоподобной симптоматики в сочетании с тревогой и реакцией пациентов на болезнь, наличие нарушений в сфере внимания, мышления, памяти.

Задачи исследования:

- 1) определить уровень выраженности неврозоподобной симптоматики у больных ВГ после трансплантации печени;
- 2) определить уровень личностной тревожности и ситуативной тревоги;
- 3) выявить преобладающие типы реагирования на болезнь в исследуемой группе;
- 4) определить уровень познавательных, мнестических, мыслительных функций.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Для диагностики неврозоподобной симптоматики у больных с ЦП был использован «Опросник невротических расстройств – симптоматический» (ОНР-СИ).
2. Для диагностики типов отношения к болезни была использована методика «ТОБОЛ», позволяющая диагностировать преобладающие типы отношения к болезни и выявлять степень их выраженности в связи с оценкой адаптивных или дезадаптивных тенденций в связи с заболеванием, при этом учитываются когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты отношения к болезни (ВКБ) [2].
3. Для подробного изучения особенностей тревожных переживаний была использована методика «Интегративный тест тревожности (ИТТ)» [3].
4. Для выявления энцефалопатии и ее влияния на психические характеристики памяти, внимания

и мышления были подобраны диагностические методы исследования этих функций.

Диагностические методы исследования внимания

- А. Счет по Крепелину.
- Б. Отыскивание чисел по таблицам Шульте.
- В. Методика на избирательность Мюнстерберга.
- Г. На концентрацию внимания «лабиринт».

Диагностические методы исследования памяти

- А. Шкала памяти по Векслеру – 7 субтестов.
- Диагностические методы исследования нарушения мышления*

- А. Исключение лишнего.
- Б. Незаконченный рассказ.
- В. Обобщение.
- Г. Аналогии.
- Д. Выделение главных характеристик.

В исследование включены больные после трансплантации печени на различных сроках после операции, цирроз печени у которых имел вирусную природу. От пациентов получено согласие на проведение психологического исследования. Комплексное исследование началось в апреле 2009 года и рассчитано на несколько лет. В исследовании приняли участие 10 больных (7 женщин, 3 мужчин) после трансплантации печени с диагнозом «цирроз печени вирусной этиологии» (исход хронического вирусного гепатита В или С), средний срок после операции $1,2 \pm 0,9$ года.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст больных 42 ± 7 лет. Высшее образование – у 60% больных (6 человек), среднее специальное – 40% (4 человека). На момент исследования замужем (женаты) – 80% (8 человек), не

замужем – 20% (2 человека). Длительность послеоперационного периода в данной группе составляет: менее 3 месяцев – 40% (4 человека), до 1 года – 40% (4 человека), более 1 года – 20% (2 человека).

По методике ОНР-СИ выявлены доминирующие расстройства: расстройства сна, астенические расстройства, ипохондрические расстройства, нарушения социальных контактов. В табл. 1 представлены усредненные данные оценки ситуативной тревоги и личностной тревожности в группе в станайнах по методике ИТТ. Результаты диагностики по методике ТОБОЛ демонстрирует табл. 2. Выявлены нарушения в сферах памяти, внимания. Нарушения функции мышления не выявлено.

Первые результаты исследования при помощи методики ОНР-СИ выявляют у больных высокий уровень невротичности (7 баллов). Симптоматика представлена разнообразными невротоподобными проявлениями. Перечислить все нарушения, встречающиеся у данной категории больных, не представляется возможным, поэтому авторы рассмотрели максимально значимые.

У больных изученной группы преобладают расстройства сна – кошмарные сновидения пугающего характера, трудности засыпания. Часто встречаются пробуждения среди ночи с последующим трудным засыпанием, прерывистый сон, в некоторых случаях больные отмечали бессонницу. Длительность нарушения сна не зависит от длительности заболевания. Больные отмечали нарушения сна задолго до фактического начала заболевания, считая это естественным, присущим им состоянием. Подавляющее большинство больных, несмотря на беспокоящее их отсутствие нормального сна, не обращались к специалистам по поводу этого дис-

Таблица 2

Средние величины шкальных оценок по методике ТОБОЛ

Тип отношения к болезни	Исследуемая группа (М ± m)
Гармоничный	6,2 ± 13,86
Эргопатический	27,2 ± 3,38
Анозогнозический	6,6 ± 8,59
Тревожный	8,0 ± 8,28
Ипохондрический	14,6 ± 5,50
Неврастенический	6,2 ± 3,03
Меланхолический	4,2 ± 4,92
Апатический	4,4 ± 2,88
Сенситивный	15,8 ± 6,76
Эгоцентрический	7,4 ± 3,85
Паранойальный	7,6 ± 2,07
Дисфорический	5,6 ± 4,83

Таблица 1

Оценка ситуативной тревоги и личностной тревожности в группе (в станайнах)

Шкалы	Ситуативная тревога	Личностная тревожность
Эмоциональный дискомфорт	4,6 ± 3,58	8 ± 1,41
Астенический компонент	4,8 ± 3,63	8,2 ± 0,84
Фобический компонент	5,4 ± 3,58	8,4 ± 1,34
Тревожная оценка перспектив	6,2 ± 3,03	8,4 ± 1,34
Социальная защита	5,4 ± 1,95	7,2 ± 1,30
Общий показатель	5,4 ± 4,02	8,4 ± 1,34

комфорта, считая это состояние не требующим внимания специалистов.

По убыванию значимости также обнаружены: нарушения астенического круга, ипохондрические расстройства, нарушения социальных контактов.

Для нарушений астенического круга характерна быстрая утомляемость при выполнении различной деятельности, требующей приложения усилий, при этом нередко раздражительная слабость, постоянное чувство усталости, снижение побуждений к деятельности, в отдельных случаях – снижение быстроты мышления и ухудшение памяти. Ипохондрические расстройства характеризуются повышенным беспокойством по поводу проведенной пересадки и возможных рецидивов заболевания из-за недостатка информации о возможных осложнениях. Отмечается повышенная фиксация на функционировании различных органов. Больные испытывают реальный страх, связанный с новым прогрессированием ВГ, который может повлечь развитие цирроза, или с отторжением трансплантата.

При нарушении социальных контактов больные отмечали снижение удовлетворения от общения. Больные связывали дистанцирование от привычного социального окружения с переоценкой ценностей, произошедшей у них после операции. Именно этот момент времени (после трансплантации) они считают решающим в своей жизни. Привычные ранее социальные роли кажутся им неважными, а их привычное окружение не может в полной мере разделить их новое состояние. Здесь речь идет не о полном нежелании вступать в общение с кем-либо, а о внутреннем, глубоко личностном, психологическом переосмыслении жизненных целей. Более детально этот аспект планируется изучить позднее.

Полученные данные при помощи методики ИТТ (в табл. 1 представлены усредненные данные оценки ситуативной тревоги и личностной тревожности в группе в станайнах) показывают, что в момент исследования больные изучаемой группы незначительно проявляли тревогу и беспокойство (норма 4–6 станайнов). Сказанное подтверждается низким показателем по шкале эмоционального дискомфорта ($4,6 \pm 3,58$), что указывает на отсутствие самого аффективного компонента ситуативной тревоги. Эмоциональное состояние больных ровное, спокойное, без всплесков и колебаний аффекта. Следует отметить, что в общей структуре ситуативной тревоги в группе эмоциональный дискомфорт имеет наименьшую выраженность, что может указывать на состояние эмоционального комфорта при исследовании. Шкальное значение астенического компонента ($4,0 \pm 3,63$) указывает на высокий уровень работоспособности ввиду отсутствия предшествующего эмоционального напряжения на момент исследования. Тем самым состояние усталости,

утомления не оказывает существенного влияния на аффективное состояние больных.

Таким образом, подобное соотношение может быть использовано как диагностический маркер у таких больных. Уровень тревоги в актуальной стрессовой ситуации возрастает, перекрывая своим переживанием значимое в прошлом состояние астении, что не говорит об отсутствии последней. Здесь можно предполагать переход одного переживания своего состояния в другое, наиболее важное для данных больных в период болезни.

Фобический компонент ситуативной тревоги, среднее значение которого равно $5,4 \pm 3,58$ станайна, указывает на наличие страхов, опасений и т. п. Учитывая жизненный опыт данных пациентов, наличие заболевания, можно предположить наличие сформированных опасений относительно ряда ситуаций, которые воспринимаются как опасные.

Показатель тревожной оценки перспектив, выражающий наличие тревожных мыслей о будущем, в том числе в связи с наличием заболевания, равен $6,2 \pm 3,03$ станайна в группе. В общей структуре ситуативной тревоги в группе данный компонент является ведущим, что указывает на готовность больных реагировать тревожными переживаниями на конкретные ситуации, которые провоцируют у них тревогу.

Социальная защита, выражающая уровень тревожности в межличностных отношениях, принимает значение $5,4 \pm 1,95$ станайна в группе. Повышенный уровень тревожной оценки перспективы проявляется и на межличностном общении, больные не ощущают стабильности в своем нынешнем физическом состоянии, имеют дефицит информации по поводу прогноза заболевания, что в свою очередь влияет на коммуникативную сферу. Вышесказанное интегрируется общим показателем ситуативной тревоги ($5,4 \pm 4,02$), который попадает в верхнюю область средненормативного диапазона.

По результатам многих исследований, уровень личностной тревожности как личностно-типологической характеристики характеризует восприятие и оценку ситуаций с точки зрения их опасности для жизнедеятельности человека [6, 9, 13]. У больных исследуемой группы отмечен высокий уровень личностной тревожности: $8,4 \pm 1,34$ станайна. Больные склонны к проявлению тревожных реакций на широкий спектр ситуаций, которые сами по себе могут быть относительно безопасными.

Наиболее выраженными являются фобический компонент ($8,4 \pm 1,34$), тревожная оценка перспективы ($8,4 \pm 1,34$), астенический компонент ($8,2 \pm 0,84$), эмоциональный дискомфорт тревожности ($8 \pm 1,41$). Больные в изучаемой группе испытывают большой эмоциональный дискомфорт тревожных переживаний, воспринимая большой спектр раз-

личных ситуаций как потенциально опасный. Они испытывают большое эмоциональное напряжение на протяжении длительного времени. Страхи и опасения больных носят вполне четкий оформленный характер, что вместе с выраженным эмоциональным компонентом тревоги создает предпосылку для дезадаптации больных.

Тревожные мысли о будущем вносят существенный вклад в общий уровень тревоги. Больные беспокоятся относительно возможных неблагоприятных событий в своей жизни и их негативных последствий. Беспокойства, связанные с социальным функционированием, не являются доминирующими в группе ($7,2 \pm 1,30$ станайна), этот показатель обеспечивает оптимальное межличностное взаимодействие и также является высоким. Социальные отношения являются важными и значимыми в структуре тревожных переживаний обследуемых больных. Больные могут использовать межличностные отношения как необходимый ресурс. В то же время при высоком уровне фобического компонента в группе, с учетом клинической картины заболевания, можно сделать вывод, что сам факт болезни и ее возможные последствия определяют содержание страхов и опасений больных.

Доминирующим типом отношения к болезни (методика ТОБОЛ) является эргопатический тип ($27,2 \pm 3,38$). Можно говорить о том, что больные выбирают тактику «ухода от болезни в работу». Отношение к работе может носить сверхценный характер. Трудовая деятельность занимает большее место в жизни пациента, чем до болезни. Эта особенность может быть связана с подтверждением своей востребованности, нежелания ощущать себя больным. При видимом адаптивном смысле эргопатического типа отношения к болезни у больных может возникнуть избирательное отношение к обследованию, лечению и иллюзии полного выздоровления на фоне удовлетворительного физического самочувствия и успехов на рабочем месте. Учитывая особенность заболевания, прогноз которого напрямую связан с соблюдением необходимых медицинских рекомендаций, мы можем столкнуться с дезадаптивным поведением, повлекшим за собой серьезные последствия для пациента.

Определяя проблемные зоны при описании энцефалопатии (при помощи психологической диагностики) у данной группы больных, следует отметить, что у них выражены мнестические (память) расстройства и нарушения регулирования психической активности (внимание), грубых нарушений мышления не выявляется. При исследовании мнестических расстройств обнаруживается нарушение логической памяти. При исследовании регулирования психической активности выявляются следующие особенности: истощаемость и низкая концентрация

внимания. При предварительном анализе полученных психологических результатов была обнаружена связь между длительностью послеоперационного периода и результатами психологического исследования. Так, у больных в послеоперационном периоде до 1 года в показателях исследования памяти и внимания обнаруживаются незначительные изменения, тогда как у пациентов в послеоперационном периоде до 3 месяцев диагностируются выраженные изменения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У больных после трансплантации печени обнаружена повышенная тревожность, имеющая различные проявления. Выявлен высокий уровень невротичности, представленный разнообразной невротоподобной симптоматикой. После операции, несмотря на удовлетворительную функцию трансплантата, сохраняются мнестические расстройства (память, внимание), которые обычно рассматриваются в рамках энцефалопатии. Для окончательных выводов и выявления различных зависимостей необходимо продолжение исследования и включение новых реципиентов, перенесших трансплантацию печени по поводу цирроза печени вирусной этиологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Михайлова А. М. Клиника и течение неврологических нарушений при инфекционном гепатите // Врачебное дело. 1971. № 3. С. 145–148.
2. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Усовершенствованная методика для психологической диагностики отношения к болезни (ТОБОЛ): Пособие для врачей. СПб., 2002.
3. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): Методические рекомендации. СПб., 2001.
4. Skotzko C., Stowe J., Wright C. et al. Approaching a consensus: Psychosocial support services for solid organ transplantation programs // Prog. Transplant. 2001. Vol. 11. P. 163–168.
5. Bohachick P., Reeder S., Taylor M. et al. Psychosocial impact of heart transplantation on spouses // Clin. Nurs. Res. 2001. Vol. 10. P. 16–28.
6. Twillman R., Manetto C., Wellisch D. et al. The Transplant Evaluation Rating Scale. A revision of the psychosocial levels system for evaluating organ transplant candidates // Psychosomatics. 1993. Vol. 34. P. 144–153.
7. Chacko R., Harper R., Gotto J. et al. Psychiatric interview and psychometric predictors of cardiac transplant survival // Am. J. Psychiatry. 1996. Vol. 15. P. 1607–1612.
8. Coffman K., Crone C. Transplantation in patients with histories of psychotic disorder // Psychosomatics. 1999. Vol. 40. P. 139.

9. *DiMatteo M., Lepper H., Croghan T.* Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence // *Arch. Intern. Med.* 2000. Vol. 160. P. 2101–2107.
10. *Marchesini G., Bianchi G., Amodio P. et al.* The Italian Study Group for quality of life in cirrhosis. Factors associated with poor health-related quality of life of patients with cirrhosis // *Gastroenterology*. 2001. Vol. 120. P. 170–178.
11. *Pumilia C.* Psychological impact of the physician-patient relationship on compliance: A case study and clinical strategies // *Prog Transplant*. 2002. Vol. 12. P. 10–16.
12. *Fukunishi I., Sugawara Y., Takayama T. et al.* Association between pretransplant psychological assessments and posttransplant psychiatric disorders in living-related transplantation // *Psychosomatics*. 2002. Vol. 43. P. 49–54.
13. *Ferenci P., Lockwood A., Mullen K. et al.* Hepatic encephalopathy—definition, nomenclature, diagnosis, and quantification: Final report of the working party at the 11th World Congresses of Gastroenterology, Vienna // *Hepatology*. 1998. Vol. 35. P. 716–721.