

Л. І. ГУМЕНЮК, О. Ю. ГУБСЬКА, А. А. КУЗЬМІНЕЦЬ (Київ)

## ЗМІНИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ХВОРИХ НА ПАТОЛОГІЮ ПЕЧІНКИ

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця <gumeniukliubov@bigmir.net>

*В статті проведений порівняльний аналіз когнітивних функцій та психоемоційного стану 30 пацієнтів з патологією печінки. Розподіл за нозологіями печінки був наступний: 41,67 % цироз печінки класу С, 29,17 % – хронічний гепатит з цитолітичним і холестатичним синдромами в комплексі; 20,83 % – хронічний гепатит з помірним цитолітичним синдромом; 8,33 % – хворі на хронічний гепатит з вираженим цитолітичним синдромом. Отримані результати відображають більш високу, IV ступінь ПЕ та найбільш виражену, IV ступінь депресивних розладів в групі пацієнтів з ЦП класу С 20,83 %. В меншій ступені вираженості ПЕ (II–III ступінь) та депресія (I–III ступінь) відмічено серед груп пацієнтів на хронічний гепатит з помірним цитолітичним синдромом та хронічним гепатитом з цитолітичним і холестатичним синдромом в комплексі, становить 4,17 % відповідно кожен, що підтверджує вплив дисметаболических процесів на психоемоційний стан та якість життя пацієнтів.*

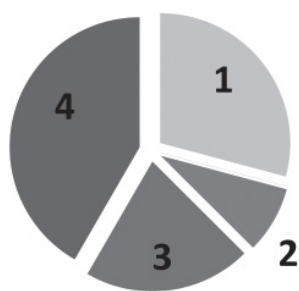
**Ключові слова:** психічне здоров'я, когнітивні порушення, печінкова енцефалопатія.

**Вступ.** Актуальність проблеми психічного здоров'я у сучасному світі обумовлена низкою факторів, що здатні впливати на формування психоемоційного стану пацієнта, особливо в клініці внутрішніх хвороб, оскільки такі психічні хвороби (стани), як депресія, деменція, шизофренія нерідко мають соматичні підстави, обумовлені патологією внутрішніх органів, що зумовлює порушення біохімічних процесів котрі в свою чергу призводять до порушення мозкових структур.

Нашої уваги привернула на себе широко розповсюджена в усьому світі та зокрема в Україні патологія печінки. Як відомо, різноманітні ураження печінки часто стають причинами суттєвих змін в психоемоційному та психічному стані пацієнтів. А саме, зумовлена печінковою патологією енцефалопатія, на певному етапі розвитку, призводить до порушення емоційного стану, мислення пацієнта і та ін. [1].

**Мета статті** – опублікувати дані самостійного вивчення впливу хронічної дифузної патології печінки на психоемоційний стан та психічне здоров'я пацієнтів.

**Теоретична частина.** Розглянемо деякі особливості впливу патології печінки на психоемоційний стан пацієнтів. Отже, при хронічному гепатиті (ХГ) і, особливо, при цирозі печінки (ЦП) унаслідок дисметаболических та інших функціональних порушень може розвинутихся ураження структур нервової системи, та, як наслідок, порушення психоемоційної сфери [2]. В джерелах літератури описані різноманітні зміни, які супроводжують складні патогенетичні механізми ураження печінки та їх наслідки, наявність та виразність проявів котрих залежить як від тяжкості ураження печінки, тривалості захворювання, так і від наявності супутньої патології, яка часто супроводжує гепатопатії, в комплексі [3]. Печінкова енцефалопатія (ПЕ) є частим та складним з точки зору патогенезу та відповідних можливостей корекції ускладненням гострих та хронічних дифузних захворювань печінки (ХДЗП) з несприятливим прогнозом. Вона закономірно ускладнює розвиток ЦП не залежно від етіології, причому у більшості хворих (50–70 %) має місце латентна ПЕ без виражених нейропсихічних порушень [4, 5]. Згідно аналізу даних літератури різних іноземних джерел порушення психоемоційної сфери при патології печінки відмічається у 53–57 % хворих, що клінічно маніфестує проявом депресивних симптомів, когнітивними розладами різного ступеню тяжкості, котрі включають поведінкові, соціальні, логічного мислення та розлади пам'яті [6]. У 37–58 % хворих спостерігається комплексність проявів депресивних симптомів разом з когнітивними розладами різного ступеню тяжкості, що корелюють зі ступенем тяжкості патології печінки [7]. Тому вивчення психоемоційного стану хворих на



**Рис. 1.** Результати розподілу хворих відповідно патологічного стану ( $n = 30$ ):

1 – хронічний гепатит з цитолізом та холестазом (29,17 %); 2 – хронічний гепатит з вираженим цитолітичним синдромом (8,33 %); 3 – хронічний гепатит з помірним цитолізом (20,83 %); 4 – цироз печінки, клас С (41,67 %)

патологію печінки з метою своєчасної корекції є важливим та завжди актуальним.

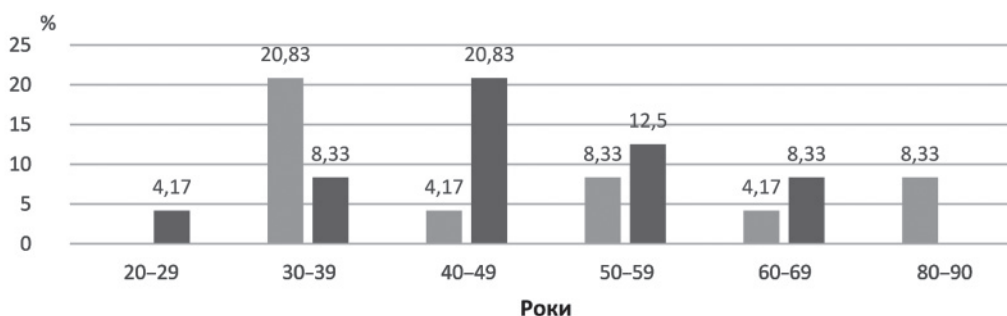
**Методологія.** Предметом дослідження були когнітивні функції та психоемоційний стан пацієнтів на ХГ та ЦП в субкомпенсованій чи декомпенсованій стадіях. За матеріал дослідження взяті хворі на ХДЗП, серед яких 41,67 % ЦП класу С згідно Чайльд – Пью (ЦП класу С); 29,17 % ХГ з холеста-тичним та цитолітичним синдромами в комплексі (ХГ ЦХС); 20,83 % ХГ з помірним цитолітичним синдромом (ХГ ПЦС) і 8,33 % ХГ з вираженим цитолітичним синдромом (ХГ ВЦС) (рис. 1).

Нами вивчалась кореляція порушень когнітивних функцій та психоемоційного стану серед пацієнтів на патологію печінки, а також зв'язок з клініко-лабораторними показниками та ступенем ураження печінки, такими, як вік; стать; рівень АлАТ, АсАТ, ЛФ, білірубін прямий і не прямий. Оцінка вираженості цитолітичного синдрому здійснювалась відповідно класифікації: помірний цитолітичний синдром розцінювався при підвищенні АлАТ та АсАТ в 5–10 разів від верхньої границі норми (0,68 та 0,45

відповідно) і понад 10 разів як виражений. Хворі розподілялись згідно вікової категорії в діапазоні 20–90 років, характеру ХДЗП і за статтю.

Дослідження когнітивних функцій проводилось за допомогою двох тестів-опитувальників: MMSE (Mini-mental state examination), що дозволяє оцінити когнітивні розлади на підставі комплексної оцінки різних когнітивних аспектів, а саме: орієнтування в часі і просторі, уваги, пам'яті, здатності до лічби, мови і праксису, координаційних функцій, та МоСа-тест (Монреальський когнітивний тест), що дозволяє проаналізувати такі когнітивні аспекти, як: альтернативний зв'язок, зорово-конструктивні навички, пам'ять, увага, вербальні функції, абстракція, орієнтування. Психоемоційний стан хворих оцінювали за допомогою шкал Бека, 21 категорія симптомів котрих відповідає специфічним проявам/симптомам депресії. Для оцінювання якості життя використовували опитувальник SF-36, згрупований у восьми шкал: фізична, рольова, соціальна діяльність, тілесний біль, загальне здоров'я, життєдіяльність, емоційний стан, психічне здоров'я. Комбінація результатів оцінки усіх шкал об'єктивно дає можливість додатково оцінити душевне та фізичне благополуччя.

Обстежені пацієнти заповнювали анкети з послідовним по-факторним оцінюванням результатів та розрахунком індивідуального показника досліджуваного, що відображалось у балах, інтерпретація котрих здійснювалась відповідно умов обраних тестів. Показники досліджень підраховувались за допомогою програми Statistica, результати представлені у вигляді діаграм і графіків.



**Рис. 2.** Співвідношення обстежуваних відповідно статі та вікової категорії ( $n = 30$ ):

■ – жінки; ■ – чоловіки

**Результати та їх аналіз.** Наше дослідження проведено на кафедрі терапії, інфекційних хвороб та дерматовенерології Інституту післядипломної освіти НМУ імені О.О. Богомольця та на базі імунотерапевтичного відділення Київської міської клінічної лікарні № 1, з включенням 30 хворих з ХДЗП, а саме, хворих на ЦП та ХГ в стадії субкомпенсації чи декомпенсації. Співвідношення обстежуваних відповідно статі та вікової категорії подане на рис. 2.

В результаті проведеного аналізу нами встановлено зв'язок прогресування захворювання зі змінами когнітивних функцій та психоемоційного стану пацієнтів (рис. 3).

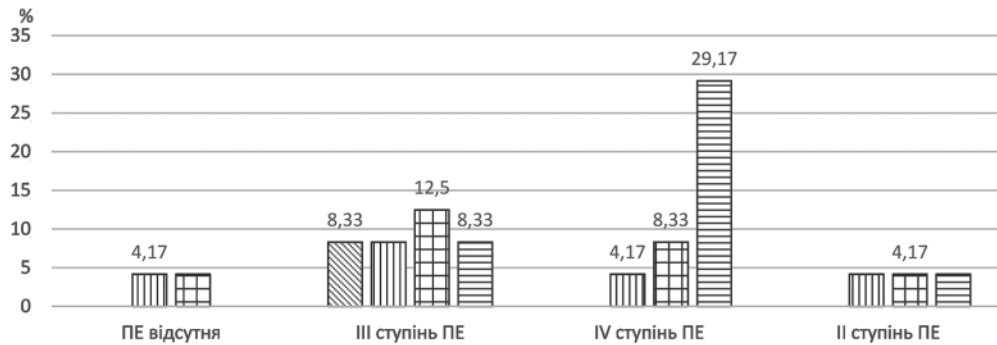


Рис. 3. Частота вираженості печінкової енцефалопатії за групами ( $n = 30$ ):

▨ – хронічний гепатит з вираженим цитолізом; ▤ – хронічний гепатит з помірним цитолізом; ▧ – хронічний гепатит з цитолізом та холестаазом; ▩ – цироз печінки, клас С

Як видно з даних поданих на рис. 3, при тяжкій стадії PE характерним є превалювання ЦП класу С (29,17 %), і значний відсоток припадає на хворих з ХГЦХС (8,33 %), найнижчі показники вираженості PE виявлені при ХГПЦС (4,17 %). Встановлено, що для III стадії PE більш виражені значення притаманні хворим з ХГ ЦХС (12,5 %), серед усіх ХДЗП, а для таких станів, як ЦП класу С, ХГ ВЦС також відмічались прояви PE даної стадійності, але в меншій вираженості (8,33 %). II стадію PE в обстежуваних хворих спостерігали рідше. Важливим є і той факт, що серед пацієнтів на ХГ ЦХС та хворих на ХГ ПЦС припадає по (4,17 %) із відсутньою PE. Для хворих на ХГ ВЦС характерним є значне ушкодження нервової системи, тому PE одразу відмічається з III ступеню (8,33 %), й залишається стабільно стійкою без подальшого прогресування. Звертає на себе і той факт, що в жодній категорії обстежуваних I стадія PE виявлена не була, що, можливо, пов'язано з мінімальним ступенем вираженості дисметаболічних порушень.

Результати вивчення депресивних симптомів подані на рис. 4.

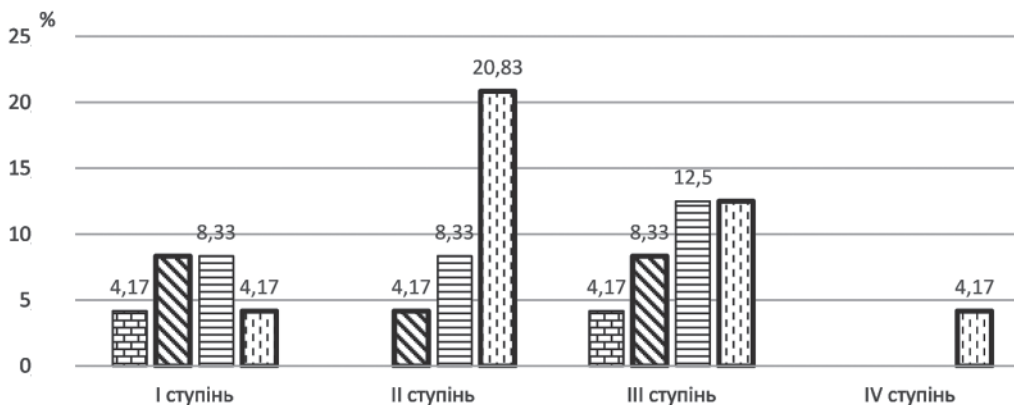
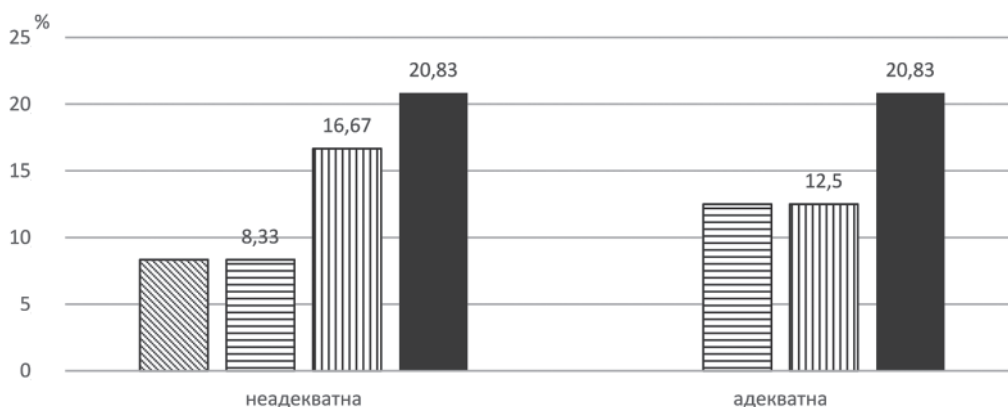


Рис. 4. Частота проявів депресії в залежності від ступеню вираженості ( $n = 30$ ):

▨ – хронічний гепатит з вираженим цитолізом; ▤ – хронічний гепатит з помірним цитолізом; ▧ – хронічний гепатит з цитолізом та холестаазом; ▩ – цироз печінки, клас С

Із даних, відображених на рис. 4, можна відмітити, що саме пацієнти на ЦП класу С мають найвищі ризики розвитку депресивних симптомів різного ступеню проявів. Так при II ступені депресії ми відмітили пікові значення (20,83 %) в групі пацієнтів на ЦП класу С. Для пацієнтів з ХГ ЦХС характерними виявились дещо нижчі ризики розвитку депресивних симптомів у порівнянні з пацієнтами в групі ЦП класу С: так, в III стадії депресії відмічаємо максимальні значення (12,5 %), але на відміну від групи пацієнтів з ЦП класу С без подальшого прогресування. Найнижчі ризики розвитку депресивних симптомів ми виявили в групі пацієнтів на ХГ ВЦС (4,17 %). Звертає на себе увагу той факт, що прояви депресії при даній патології починаються вже з I стадії депресії з послідуочим різким прогресуванням.

Результати вивчення суб'єктивного стану пацієнтів за власною оцінкою стану здоров'я подані на рис. 5.



**Рис. 5.** Частота виявлення не адекватного сприйняття стану власного здоров'я в групах пацієнтів на ХДЗП ( $n = 30$ ):

▨ – хронічний гепатит з вираженим цитолізом; ▤ – хронічний гепатит з помірним цитолізом; ▥ – хронічний гепатит з цитолізом та холестаазом; ■ – цироз печінки, клас С

На рис. 5 чітко видно, що більша частина дослідних груп пацієнтів з ХДЗП відмічає неадекватне сприйняття стану власного здоров'я, також важливо зазначити що серед таких пацієнтів більшість з цитолітичним синдромом різного ступеню компенсації, що засвідчує значний вплив дисметаболических процесів на психоемоційну сферу пацієнтів з патологією печінки.

**Висновки.** 1. Найвираженіші когнітивні порушення відмічаються при ЦП класу С (29,17 %), а I ступінь ПЕ майже не зустрічається в жодній з досліджуваних груп хворих. 2. Найвищі показники розвитку депресивних симптомів спостерігаються при ЦП класу С з максимальними показниками (20,83 %) у II стадії вираженості депресії. 3. Найбільші показники порушення адекватного сприйняття стану власного здоров'я встановлені у хворих на ЦП класу С (20,83 %) і ХГ з цитолітичним та холестатичним синдромами в комплексі (16,67 %), що може пояснюватись глибокими органічними ураженнями печінки.

*Висловлюємо вдячність відділенню клінічної імунотерапії Київського міського імунологічного центру (Київська міська клінічна лікарня №1).*

#### Список літератури

1. Malaguarnera M., Di Fazio I., Restuccia S. et al. Interferon alpha-induced depression in chronic hepatitis C patients: comparison between different types of interferon alpha // *Neuropsychobiology*. – 2008. – Vol. 37. – P.93–97.
2. Rall C.J., Dienstag J.L. Epidemiology of hepatitis C virus infection // *Semin Gastrointest Dis.* – 2004. – N. 6. – P. 3–12.
3. Schreiber G. B., Busch M. P., Kleinman S. H., Korelitz J. J. The risk of transfusion-transmitted viral infections // *N. Engl. J. Med.* – 2012. – Vol. 334. – P. 1685–1690.
4. Seela S., Sheela H., Boyer J. L. Autoimmune hepatitis type 1: Safety and efficacy of prolonged medical therapy // *Liver Int.* – 2005. – Vol. 25. – P. 734–739.

5. Singh N., Gayowski T., Wagener M. M., Marino I. R. Vulnerability to psychologic distress and depression in patients with end-stage liver disease due to hepatitis C virus // Clin. Transplant. – 2012. – Vol. 11. – P. 406–411.
6. World Health Organization. Hepatitis C: Fact sheet N 164, Revised June 2013. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/index.html>.
7. World Health Organization. Hepatitis C: Fact sheet N 164, Revised June 2014. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/index.html>.

### ИЗМЕНЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ПЕЧЕНИ

*Л. И. Гумениук, Е. Ю. Губская, А. А. Кузьминец (Киев)*

В статье проведён сравнительный анализ когнитивных функций и психоэмоционального состояния у 30 больных с патологией печени. Раздел по нозологиям заболеваний печени был следующий: 41,67 % цирроз печени класса С, 29,17 % хронический гепатит с цитолитическим и холестатическим синдромами в комплексе, 20,83 % хронический гепатит с умеренным цитолитическим синдромом и 8,33 % больных хроническим гепатитом с выраженным цитолитическим синдромом. Полученные результаты отображают более высокую (IV) степень ПЕ и наиболее выраженную (IV) степень депрессивных расстройств в группе пациентов с циррозом печени класса С 20,83 %. В меньшей степени выраженности ПЕ (II–III степень) и депрессия (I–III степень) отмечены у больных хроническим гепатитом с умеренным цитолитическим синдромом и хроническим гепатитом с цитолитическим и холестатическим синдромами в комплексе, составляет 4,17 % соответственно каждый, что подтверждает влияние дисметаболических процессов на психоэмоциональное состояние и качество жизни пациентов.

**Ключевые слова:** психическое здоровье, когнитивные нарушения, печёночная энцефалопатия.

### CHANGES IN THE PSYCHOEMOTIONAL STATE AND MENTAL HEALTH OF PATIENTS UNDER THE INFLUENCE OF LIVER PATHOLOGY

*L. I. Gumeniuk, O. Yu. Gubska, A. A. Kuzminets (Kyiv, Ukraine)*

Bogomolets National Medical University

Benchmarking study of Cognitive function and psychoemotional state of 30 hepatopathy patients. The distribution according to the nosologies of liver disease was the following: 41,67 % of the above-mentioned patients had class C cirrhosis of the liver; 29,17 % of them had chronic hepatitis with cytolytic symptom and cholestasis altogether 20,83 % had chronic hepatitis with moderate cytolytic symptom and 8,33 % had cytolytic hepatitis with significant cytolytic symptom. From the results it is concluded that higher percent (20,83 %) of the patients with class C cirrhosis of the liver suffer from fourth extent of disease hepatic encephalopathy and significant fourth extent of depressive disorder. Patients with chronic hepatitis with moderate cytolytic symptom and chronic hepatitis with cytolytic symptom and cholestasis altogether (4,17 % each) suffer to a smaller extent from second or third extent of disease hepatic encephalopathy and first-second and third extent of depressive disorder, which confirms the influence of dismetabolic processes on the psychoemotional state and quality of life.

**Key words:** mental health, cognitive functions, hepatic encephalopathy.

*Н. В. КОЛЯДЕНКО<sup>1</sup>, Д. В. МАЛЬЦЕВ<sup>2</sup>, Х. С. ЖИВАГО<sup>2</sup>, Л. О. ФЕДОСОВА<sup>1</sup> (Київ)*

### ЕТИОПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМ РЕТТА

<sup>1</sup>Міжрегіональна академія управління персоналом; <sup>2</sup>Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця <nina-k@ukr.net>

*Мета роботи – презентація результатів вивчення реабілітаційного потенціалу хворих із синдромом Ретта і його етіопатогенетичних основ. Методологія дослідження*