

УДК 616.36-002.1-02:616.89-008.441.13]-08:616.89-008.19

СОСТОЯНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ, КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ПЕЧЕНИ

А.В. Васильев, к.м.н., доцент; В.С. Васильев, д.м.н., профессор;
М.И. Богуцкий, к.м.н., доцент; В.М. Цыркунов, д.м.н., профессор;
М.Н. Драгун

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В статье приводятся результаты изучения состояния тревожности у 843 больных с поражениями печени различной этиологии. В качестве нормы приводятся данные обследования 264 практически здоровых людей. Для оценки невротических нарушений использована шкала тревожности по Ж.Тейлор. Показано, что наличие самого заболевания является психотравмирующим фактором и степень тревожности наиболее ярко выражена в остром периоде болезни. Выявлены заметные различия в степени тревожности в группах женщин и мужчин. Различия в зависимости от нозологии более заметны при хронической патологии печени.

Ключевые слова: состояние тревожности, патология печени, вирус, алкоголь.

The article describes the results of anxiety assessment in 843 patients with liver impairments of different etiology. The findings of 264 healthy persons are given as the standard for comparison. To assess neurological disturbances Taylor Manifest Anxiety Scale was used. It is shown that the presence of the pathology itself is a psychotraumatic factor and the degree of anxiety is the most apparent in the acute stage of the disease. The distinct differences in the degree of anxiety are seen in male and female groups. The differences in the dependence from the nosology were marked more clearly in chronic liver pathology.

Key words: anxiety, liver pathology, virus, alcohol.

Введение

Многоликость факторов воздействия на организм человека при различной патологии может приводить к эмоциональной напряженности, создавая постоянное чувство тревожности [2, 6, 8]. Именно это обусловило внимание к проблеме интернистов различного профиля [1, 3, 4, 5, 9, 12, 13]. Сравнительная оценка возможностей объективизации в определении эмоционального статуса человека в норме и при патологии требует в условиях клиники использования методических подходов, несложных по выполнению, но позволяющих быстро и достаточно точно оценить сиюминутное состояние у пациентов [7, 8, 10, 11]. Полагаем, что предшествующий опыт использования шкалы тревожности (MAS) по Ж. Тейлор (1953) является вполне удовлетворяющим указанным условиям, что нашло отражение в наших публикациях [1, 2, 3, 4].

Цель – оценить состояние тревожности у больных с поражениями печени различной этиологии.

Материал и методы исследования

Для оценки общего состояния невротических нарушений у больных использована шкала тревожности по Ж. Тейлор (1953), которая позволяет контролировать степень её проявления в зависимости от остроты заболевания, состояния соматической компенсации при выздоровлении. Шкала представляет собой перечень 40 утверждений, из которых здоровому или больному сугубо самостоятельно предлагается выбрать наиболее подходящие для себя. Выделяют высокий уровень тревожности

(26-40 баллов), средний (16-25 баллов) и низкий (0-15 баллов). Результаты анализируются по указанным трем степеням с расчётом их относительной частоты в наблюдаемых группах, подвергшихся анкетированию. За норму нами взяты данные, полученные при добровольном анкетировании 264 практически здоровых людей в возрасте 17-28 лет (студенты, мужчины – 78, женщины – 186). Анкетирование у больных с гепатопатологией проводилось также на добровольных началах в динамике: при поступлении (2-3 день) и накануне выписки из стационара.

Данному обследованию в указанные периоды подвергнуто 843 пациента в возрасте старше 15 лет. Все обследованные страдали различной гепатопатологией и находились на стационарном лечении в Республиканском гепатологическом центре на базе Гродненской областной инфекционной клинической больницы. Распределение больных по нозологии и возрастным группам представлено в таблице 1.

Полученные данные были сгруппированы и подвергнуты статистическому анализу и представлены в таблицах по динамике болезни, нозологии, возрасту, а также у части больных с учетом особенностей медикаментозного воздействия, характер которого мог оказать влияние на состояние тревожности (преднизолон, фенobarбитал). Оценка состояния тревожности у здоровых позволила нам косвенно «снять» фоновую индивидуальную реакцию на экономические, социальные факторы воздействия у всей популяции.

Таблица 1 – Распределение обследованных больных с гепатопатологией в возрастных группах

Нозология	Возрастные группы (годы)							
	15-18	19-25	26-30	31-40	41-50	51-60	61-70	ст. 70
ОВГА (n=334)	250	45	39					
ОВГВ (n=22)		9	13					
ХВГВ (n=92)	7	21	16	14	11	20	3	
ХВГС (n=13)			7	6				
ВГ, этиология не установлена (n=53)	53							
ХВГ-цирроз (n=73)				36	17	13	7	
ЦП-вирус. этиологии (n=123)					92	18	13	
ЦП-вирусной+алког. этиологии (n=133)					97	36		

Примечание: ОВГА – острый гепатит А, ОВГВ – острый гепатит В, ХВГВ – хронический гепатит В, ХВГС – хронический гепатит С, ХВГ – хронический вирусный гепатит, ЦП – цирроз печени.

Результаты и обсуждение

В связи с тем, что анкетирование проводилось у лиц старше 15 лет и на сугубо добровольных началах, нами сопоставлены данные повозрастного распределения населения в регионе в соответствующий период, среди всех госпитализированных больных с гепатопатологией, среди госпитализированных с гепатопатологией старше 15 лет и среди анкетированных (таблица 2).

Как видно из приведенных данных, относительная частота среди госпитализированных в возрастной группе от 0 до 15 лет в 2,5 раза превышала относительную частоту данной группы в популяции здоровых, что свидетельствовало об особой её уязвимости и вовлеченности в эпидемиологический процесс. На деле оно обусловлено заметным преобладанием среди патологии больных ОГА. Вычислив из данной массы этот контингент и рассчитав относительную частоту среди других групп (без группы от 0 до 15 лет), мы получили показатели, которые фактически не отличались от частоты в идентичных возрастных группах среди анкетированных. Это даёт нам весомое доказательство в пользу репрезентативности материала, что

позволяет сделать выводы более обоснованными.

В дальнейшем анализе мы остановились на оценке степени и частоты тревожности в зависимости от пола, но без учета характера и нозологии гепатологических больных (таблица 3). Из представленных данных видно, что степень нарастания тревожности у больных при патологии печени в сравнении со здоровыми возрастает абсолютно ($P<0,001$). В разгаре болезни отмечается преобладание у женщин более высоких степеней ($P<0,001$) за счёт менее выраженной частоты средней степени тревожности ($P<0,001$). В стадии выздоровления отмечается снижение частоты высокой степени тревожности как у мужчин, так и у женщин и возрастание средне-выраженных её показателей ($P<0,01$), однако более выраженные показатели тревожности характерны для женщин ($P<0,001$). В общем однотипное изменение повышения частоты и степени высокой тревожности можно объяснить самим фактом заболевания и переживанием за своё здоровье, результатом невротических сдвигов соматического характера. Вместе с тем большая выраженность этих изменений у женщин, связана и со свойственной им большей эмоциональной уязвимостью. Следует обратить внимание на сохранение высокой степени тревоги к моменту выписки из стационара, при клиническом выздоровлении, подтвержденным клиническими и биохимическими данными. Установлено, что в этот период кажущегося соматического «благополучия» остается существенно нарушенной эмоциональная составляющая самочувствия. Не исключено, что это может иметь неопределенные последствия и неполноценную реабилитацию, быть основанием её замедления в период диспансерного наблюдения, послужить одной из причин рецидива или хронизации.

Полагаем, что обнаруженные нами факты являются весомым доказательством необходимости обязательного включения в комплекс лечебных

Таблица 2 – Сравнительная частота возрастной группы среди популяции здоровых в регионе (статистические данные), среди госпитализированных с гепатопатологией и среди анкетированных (в %)

Сравниваемые группы	Возрастные группы								
	0-15	16-18	19-25	26-30	31-40	41-50	51-60	61-70	ст 70
Население области	16,5±0,001	8,5±0,001	7,9±0,001	7,1±0,001	14,1±0,001	16,2±0,001	10,8±0,001	9,5±0,001	9,4±0,001
Госпитализированные с гепатопатологией	41,1±1,3	21,7±1,1	5,9±0,6	4,5±0,6	4,5±0,6	15,8±0,6	4,5±0,6	1,5±0,3	0,5±0,2
Госпитализированные с гепатопатологией старше 15 лет		36,9±1,9	10,1±1,2	7,6±1,1	7,6±1,1	26,9±1,8	7,6±1,1	2,6±0,6	0,8±0,3
Анкетированные с гепатопатологией		37,6±1,6	10,1±1,0	8,9±0,9	6,6±0,8	26,2±1,4	7,9±0,9	1,9±0,5	0,8±0,3

Таблица 3 – С тепень частоты тревожности у мужчин и женщин здоровых и с гепатопатологией в динамике болезни (в %)

Степень тревожности	Здоровые (n=264)			Больные с гепатопатологией (n=843)					
				разгар болезни			выздоровление		
	средняя n=264	мужчины n=78	женщины n=186	средняя n=843	мужчины n=401	женщины n=442	средняя n=843	мужчины n=401	женщины n=442
Низкая	89,8±1,86 237	88,5±3,61 69	90,3±2,17 168	21,1±1,41 178	22,9±2,01 92	19,5±1,88 86	24,3±1,48 205	25,2±2,17 101	23,5±2,02 104
Средняя	6,8±1,55 18	7,7±3,01 6	6,5±1,8 12	37,6±1,67 317	45,2±2,48 181	30,7±2,19 136	44,5±1,71 375	53,4±2,49 214	36,4±2,29 161
Высокая	3,4±1,11 9	3,8±2,16 3	3,2±1,29 6	41,3±1,69 348	31,9±2,33 128	49,8±2,37 220	31,2±1,59 263	21,4±2,05 86	40,1±2,33 177

мероприятий психотерапевтического и, не исключено, психофармакотерапевтического воздействия в период стационарного пребывания.

Нами сделана попытка сопоставить частоту и степень тревожности в разгар заболевания в зависимости от характера нозологии у мужчин и женщин (таблица 4). Из наших данных видно, что ОГА оказывает меньшее психотравмирующее действие, чем хроническая патология. Эта тенденция отчетливо прослеживается как в отношении мужчин, так и женщин. Вместе с тем, видно, что более выраженная интенсивность тревоги отмечается все же у женщин.

При циррозе печени более выраженная тревожность отмечена при чисто вирусной его природе у мужчин в сравнении с циррозами печени смешанной этиологии (вирус+алкоголь). У женщин в обеих группах степень тревоги выражена одинаково. У мужчин при циррозе печени смешанной этиологии более низкая степень тревожности была в 2 раза чаще, чем в группе с «чисто» вирусным циррозом. Возможно, это отражает особенности деградирующего действия алкоголя у мужчин и потерей больными способности объективной самооценки своего состояния.

Особое место занимает ОГА, при котором фактически, нет полового различия в частоте степеней тревожности. Полагаем, что это можно объяснить возрастным составом больных (см. табл. 1), возрастной показатель которых среди анкетированных от 15 до 25 лет составил более 85%. Кроме этого, обращает на себя внимание группа этиоло-

гически неverifiedированных вирусных гепатитов с преобладанием мужского состава, среди которых практически все были лица призывного возраста, обследованные по направлению военных комиссариатов. У этой группы больных более чем у 50 % была высокая степень тревожности, что можно объяснить актуальностью для них самого факта заболевания, которое в какой-то степени приводит к переживанию вынужденной ситуации (служба в армии).

В продолжении оценки влияния возраста на степень тревожности при патологии печени у мужчин и женщин в динамике болезни нами обследована группа (80 человек) лиц старше 50 лет (таблица 5). Как видно из представленных данных, в разгар заболевания отмечена высокая степень тревожности у мужчин и женщин, однако более резко это было выражено у женщин ($P < 0,001$). Это заметно на динамике частоты средней тревожности, которая чаще встречалась у мужчин ($P < 0,001$), тем самым иллюстрируя глубину психологической напряженности женщин. В стадии выздоровления у мужчин отмечался сдвиг в сторону увеличения низкой степени тревожности, в меньшей степени средней тревожности, однако высокая степень тревожности встречалась все же у 1/3 всех анкетированных. Степень тревожности у женщин, в основном, была значительно высокая – почти с обследуемых, средняя – у 1/5. Этим иллюстрируются не только влияние возраста, но и сохранение у большинства уязвимости психологического статуса у женщин, страдающих патологией печени.

Таблица 4 – Состояние тревожности у мужчин и женщин в острый период болезни в зависимости от характера гепатопатологии

Нозология и число наблюдений	Мужчины (n=401)				Женщины (n=442)			
	n	Степень тревожности			n	Степень тревожности		
		низкая	средняя	высокая		низкая	средняя	высокая
ОВГА (n=334)	107	<u>27,1±4,29</u> 29	<u>47,7±4,82</u> 51	<u>25,2±4,19</u> 27	227	<u>20,3±2,67</u> 46	<u>53,3±3,31</u> 121	<u>26,4±2,92</u> 60
ОВГВ (n=22)	10	<u>20,0±12,64</u> 2	<u>60,0±15,49</u> 6	<u>20,0±12,64</u> 2	12		<u>33,3±13,6</u> 4	<u>66,7±13,6</u> 8
ВГ неустановленной этиологии (n=53)	34	<u>14,7±6,07</u> 5	<u>29,4±7,81</u> 10	<u>55,9±8,52</u> 19	19	<u>15,8±8,37</u> 3	<u>36,8±11,06</u> 7	<u>47,4±11,45</u> 9
ХВГВ (n=92)	43	<u>13,9±5,27</u> 6	<u>27,9±6,84</u> 12	<u>58,2±7,52</u> 25	49	<u>6,1±3,42</u> 3	<u>24,5±6,14</u> 12	<u>69,4±6,58</u> 34
ХВГС (n=13)	3		<u>33,1</u> 1	<u>66,7</u> 2	10		<u>10,0</u> 1	<u>90,0</u> 9
ХВГ с исходом в ЦП (n=73)	42	<u>19,0±6,05</u> 8	<u>38,1±7,49</u> 16	<u>42,9±7,64</u> 18	31	<u>6,5±4,92</u> 2	<u>19,4±7,5</u> 6	<u>74,1±7,87</u> 23
ЦП (вирусный) (n=123)	56	<u>19,6±5,3</u> 11	<u>32,2±6,24</u> 18	<u>48,2±6,68</u> 27	67	<u>10,5±1,45</u> 7	<u>29,8±2,18</u> 20	<u>59,7±2,33</u> 40
ЦП (вирусный+алкоголь) (n=133)	106	<u>40,6±4,77</u> 43	<u>30,2±4,46</u> 32	<u>29,2±4,41</u> 31	27	<u>22,2±1,97</u> 6	<u>14,8±1,69</u> 4	<u>63,0±2,29</u> 17

Примечание: ОВГА – острый гепатит А, ОВГВ – острый гепатит В, ХВГВ – хронический гепатит В, ХВГС – хронический гепатит С, ХВГ – хронический вирусный гепатит, ЦП – цирроз печени.

Таблица 5 – Частота степеней тревожности у лиц старше 50 лет с гепатопатологией в динамике наблюдения (в %, n)

Степень тревожности	Разгар			Выздоровление		
	n	мужчины	женщины	n	мужчины	женщины
Низкая	11	<u>16,4±4,14</u> 10	<u>5,3±2,50</u> 1	18	<u>27,9±5,01</u> 17	<u>5,3±2,50</u> 1
Средняя	20	<u>31,2±5,18</u> 19	<u>5,3±2,50</u> 1	27	<u>37,7±5,41</u> 23	<u>21,1±4,56</u> 4
Высокая	49	<u>52,4±5,58</u> 32	<u>89,4±3,44</u> 17	35	<u>34,4±5,31</u> 21	<u>73,6±4,93</u> 14
Средняя + высокая	69	<u>83,6±4,14</u> 51	<u>94,7±2,50</u> 18	62	<u>72,1±5,01</u> 44	<u>94,7±2,50</u> 18

Таблица 6 – Состояние тревожности у больных с гепатопатологией на фоне преднизолонотерапии (в %, n)

Уровень тревожности	Разгар болезни			Выздоровление		
	Независимо от пола (45)	Муж. (18)	Жен. (27)	Независимо от пола (45)	Муж. (18)	Жен. (27)
Низкая	13,3±5,06 6	11,1±4,7 2	14,8±5,3 4	13,3±5,06 6	16,7±5,5 3	11,1±4,7 3
Средняя	20,0±8,0 9	27,8±6,6 5	14,8±5,3 4	28,9±6,76 13	33,3±7,0 6	25,9±6,5 7
Высокая	66,7±7,02 30	61,1±7,3 11	70,4±6,8 19	57,8±7,36 26	50,0±7,4 9	70,0±6,8 17
Средняя + высокая	86,7±5,06 39	88,9±5,01 16	85,2±5,07 23	86,7±5,06 39	83,3±5,5 15	88,9±5,01 24

Таблица 7 – Состояние тревожности у больных с гепатопатологией на фоне применения фенобарбитала (в %, n)

Уровень тревожности	Разгар (n=37)	Выздоровление (n=37)
Низкая	29,8±7,5 11	35,1±7,84 13
Средняя	35,1±7,84 13	37,8±7,89 14
Высокая	35,1±7,84 13	27,1±7,31 10

В таблицах 6 и 7 представлены данные о динамике степени тревожности у больных, леченных преднизолоном (45 пациентов) и фенобарбиталом (37 пациентов). Как видно из представленных данных, прием стероидов и фенобарбитала не отразился на динамике уровня тревожности, препараты не оказывали антистрессорное (стероид) и седативное (фенобарбитал) действие.

Заключение

Из представленных данных можно сделать, прежде всего, вывод о том, что наличие самого заболевания является психотравмирующим фактором, проявление и интенсивность которого в виде тревожности отражается наиболее ярко в остром периоде болезни. Различия в зависимости от нозологии более заметны в случае наличия у больных хронического поражения печени, в то время как острая патология (ОГА) вызывает менее интенсивное влияние на организм больного. Это можно объяснить тем, что ОГА поражает, в основном, молодой возраст (до 25 лет), при котором компенсаторные реакции организма более надежны. После 50 лет при гепатопатологии отмечаются наиболее резкие проявления тревожности. Отмечены заметные различия в степени выраженности тревожности в группах женщин и мужчин. Женщины более уязвимы и сохранение тревожности у них остается более заметным в сравнении с мужчинами даже в периоде выздоровления. Фактически, несмотря на кажущееся полное выздоровление, общепринятые критерии его оценки (клинические, биохимические, стойкое улучшение состояния при хронической патологии) не имеют идентичного параллелизма с компенсацией тревожности. Все это убеждает нас в признании факта необходимости активной психотерапевтической помощи всем гепатологическим больным. Если учесть, что некоторые лекарственные препараты (преднизолон, фенобарбитал) не оказали существенного положительного влияния на исчезновение тревожности, то не исключается необходимость не только психо-

терапевтической помощи, но и использование комбинирования ее видов. Отмеченный нами факт «кажущегося» улучшения состояния больных мужчин, страдающих циррозом печени смешанной природы (вирус+алкоголь), скорее всего, объясняется развитием состояния снижения контроля над своим здоровьем и ущербную самооценку состояния в связи с алкогольной деградацией (хроническая субклиническая энцефалопатия). Думается, что работа в избранном нами направлении должна быть продолжена с исследованием других показателей, отражающих состояния эмоционально-волевых характеристик личности, включая самоконтроль, компенсацию тревожности, самооценку функционального и эмоционального состояния.

Литература

1. Васильев, А.В. Инфекционные болезни. Медико-социальные и медико-психологические проблемы / А.В. Васильев, В.С. Васильев. – Гродно: Изд-во ГрГМУ, 2001. – 101 с.
2. Васильев, А.В. Эколого-эпидемиологическое благополучие, как одно из условий психологического здоровья населения / А.В. Васильев, В.С. Васильев // Эколого-профилактические проблемы здоровья населения: материалы Междунар. науч.-практ. конф. – Гродно, 2002. – С. 174-178.
3. Васильев, А.В. Феномен тревожности у гепатологических больных: этиологические, возрастные, половые и терапевтические аспекты / А.В. Васильев [и др.]; // Актуальные вопросы психического здоровья: материалы Междунар. конф., посвящ. 10-летию каф. медицинской психологии и психотерапии ГрГМУ. – Гродно, 2005. – С. 27-29.
4. Васильев, В.С. Синдром тревоги в оценке психологического статуса гепатологических больных / В.С. Васильев [и др.]; // Актуальные вопросы гепатологии: тезисы докл. 4-го симпозиума гепатологов Беларуси. – Гродно, 2000. – С. 157.
5. Васильев, В.С. Объективизация оценки психического статуса больных при вирусных гепатитах и смежных гепатопатиях / В.С. Васильев [и др.]; // Инфекционные болезни: диагностика, лечение, профилактика: тезисы докл. VI Российско-Итальянской науч. конф. – Санкт-Петербург, 2000. – С. 43-44.
6. Wasiliev, W. Psychologiczne aspekty kierowania pielegniarkami / W. Wasiliev, H. Pieciewicz, M. Piatkiewicz // Radzenia sobie i pomoc innym w zdrowiu i chorobie – Kolobrzeg, 1996, s. 104.
7. Вассерман, Л.И. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: методические рекомендации / Л.И. Вассерман [и др.]. – Л., 1987. – 23 с.
8. Губачёв, Ю.М. Эмоциональный стресс в условиях норм и патологии человека. / Ю.М. Губачёв, Б.В. Иовлев, Б.Д. Карварский. – Л., 1976. – 223 с.
9. Драгун, О.В. Лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с учетом соматических и психологических факторов: дис. канд. мед. наук.: 14.00.05 / О.В. Драгун – Витебск, 1995. – 158 л.
10. Конончук, Н.В. Профилактика эмоционального стресса / Н.В. Конончук, В.К. Мягер // Эмоциональный стресс и пограничные нервно-психические расстройства. – Л., 1977. – С. 140-146.
11. Нокаридзе, В.Г. Методы исследования характера личности. / В.Г. Нокаридзе. – Тбилиси, 1989. – 156 с.
12. Станько, Э.П. Ранние психоорганические расстройства у больных хроническими заболеваниями печени алкогольного генеза: дис. канд. мед. наук.: 14.00.18 / Э.П. Станько. – Гродно, 2003. – 120 л.
13. Субайхи, Т.Х. Психологическое тестирование и оценка качества жизни больных псориазом / Т.Х. Субайхи // Здоровоохранение. – 2006. – № 12. – С. 66-67.

Поступила 17.09.07