

Место психотропной терапии в комплексном лечении пациентов с хроническим вирусным гепатитом С, проспективное наблюдение

Н.П.Чернусь

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, Москва

Вопрос сохранения психологического здоровья у больных с ХГС, в настоящее время, приобретает особую значимость и социальную направленность. Одной из причин такой настороженности является высокая встречаемость у этих пациентов - депрессии или тревоги, в качестве первичной личностной реакции на заболевание: от 34 до 53% по данным Janke E.A., McGraw S с соавт., 2008. Это значительно превышает аналогичные показатели у пациентов с СРК (Никитина А.О., 2008; Lotakul M, Saipanish R, 2009), у которых облигатным является наличие невротических расстройств, проявляющиеся синдромом соматоформной вегетативной дисфункции. Выявленная депрессия или тревога у пациента с ХГС является противопоказанием к ИФТ. В таких случаях назначаются эссенциальные фосфолипиды (ЭФЛ), имеющие в своей основе глицирризиновую кислоту (1,3), которые не только повышают вероятность ответа на ИНФ – терапию, но также достоверно уменьшают риск развития ГЦК у этих больных (2). Однако, даже проведенная ИФТ не дает полного спокойствия пациенту с ХГС, т.к. результат лечения не всегда предсказуем.

Так, по данным Shindo M., с соавт., 1992; Saracco G, с соавт., 1993 и Castillo I., с соавт., 1994 ремиссия ХГС по биохимическим и гистологическим маркерам может сохраняться в течение длительного времени, хотя при этом может сопровождаться невысоким уровнем РНК ХГС в крови. И наоборот, несмотря на отрицательные результаты ПЦР после лечения (обычно сохраняющиеся недолго), может развиваться рецидив (5).

Цель. Изучить место и длительность психотропной терапии в формировании психосоматической адаптации и компенсации к заболеванию у больных с ХГС.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находятся 9 пациентов (мужчин – 5, женщин – 4; в возрасте от 38 до 62 лет) с ХГС, в течение 1,6 лет; у которых, при выявлении ХГС, имелись два противопоказания для ИФТ: повышенное содержание Нв: $161 \pm 1,08$ г/л и депрессия, подтвержденная психометрическим исследованием. При ПЦР диагностике: генотип 1-го типа определялся у 4 (44%), второго – у 2 (22%) и третьего – у 3 (36%) человек.

В среднем вирусная нагрузка составила более 2 00 тыс. копий и расценивалась, как высокая; биохимические показатели крови, такие как АсАТ и АлАТ превышали норму в 5,5 и 4,5 раза; ГГТП: в 2,6 раз; трансферритин – в 2 раза; ферритин: – в 2,2раза; у всех пациентов исследовался ген гемохроматоза (С282У/Н63D) были получены отрицательные результаты; ФИБРО МАКС ТЕСТ составил 3,52 (норма = 0). По эластографии: степень фиброза определялась как F3-4 ст.

Психодиагностическое обследование включало в себя тест ММРІ, Госпитальную шкалу тревоги и депрессии, опросник CES-D.

Фоновая терапия проводилась отечественным препаратом фосфоглив (обладающим гепатопротективным эффектом и влияющим на величину вирусной нагрузки, за счет глицирризина, входящего в состав препарата): лечение начинали с в/в введения препарата по 5,0 г × 2 раза/неделю, в течение 12 недель, далее пациент переводился на капсульную форму препарата – 2 капсулы 3 раза в день, в целом курс лечения составил 36±4 недели, который проводился два раза без перерыва. В настоящее время лечение не закончено, ведется динамическое наблюдение за пациентами. Психосоматическая адаптация на первом этапе создавалась психотропными препаратами: пиразидолом (в дозе 25 мг три раза в день) – для коррекции депрессии; афобазолом (в дозе 10 мг три раза в день) – тревоги. Длительность приема препарата обуславливалась психоэмоциональным состоянием пациента и проводилась под контролем психометрического тестирования; на втором этапе – проводилась реконструктивно – личностная психотерапия. Маркерами контроля

токсичности психотропных препаратов являлась динамика биохимических показатели (γГТП, АлАТ и АсАТ) с и без приема психотропных препаратов.

Результаты и их обсуждение

По данным теста ММРІ у пациентов с ХГС определялась тревожная депрессия: имелось повышение профиля на второй шкале ($T_2 = 64,2 \pm 1,5$), с умеренным снижением на девятой ($T_9 = 31 \pm 4,3$) и повышением на нулевой шкалах ($T_0 = 70,0 \pm 5,2$); такая форма профиля указывала о высоком уровне тревоги, сочетающиеся с явлениями депрессии. В жалобах больных превалировала тревога за состояние своего здоровья, страх, повышенная раздражительность и в то же время не было желаний, перестали испытывали удовольствие от жизни, отмечали снижение активности, легко возникало чувство вины. На фоне лечения пиразидолом отмечалось достоверное снижение профиля по основным шкалам 2 [до $T_2 = 49,5 \pm 2,5$ балла; против $T_2 = 64,2 \pm 1,5$; $p < 0,0001$] и 7 [до $T_7 = 48,0 \pm 3,0$; против $T_7 = 70,0 \pm 5,2$; $p < 0,0001$] и повышение по 9 шкале [до $T_9 = 52,3 \pm 3,3$, против $T_9 = 31 \pm 4,3$, $p < 0,0001$] по тесту ММРІ, что отражало снижение уровня депрессивных расстройств и уменьшение тревоги, свидетельствуя о достижении психологической адаптации пациентов. Положительная динамика подтверждалась тестом CES-D: $9,6 \pm 2,5$ балла (при норме <5 баллов) против $29 \pm 3,2$ баллов; у 6 больных (67%) через 2,5 месяца на фоне приема пиразидола, у 3-х – к 4 месяцу. Психотропная терапия не ухудшила биохимические маркеры гепатита, а, наоборот, отмечалась медленная положительная динамика и к концу первого этапа лечения (к 9-му месяцу) на фоне те-

рации фосфоглимом: показатели АсАТ и АлАТ улучшились до 3,5-х норм против исходного превышения нормы в 5,5 и 4,5 раз, $p < 0,001$; ГГТП: превышали норму в 1,6 против 2,6 раз, $p < 0,001$; показатели трансферритина и ферритина – нормализовались.

Начало второго курса терапии фосфоглимом характеризовалось переводом наших пациентов на индивидуальную личностно-ориентированную психотерапию. Состояние пациентов постепенно стабилизировалось до значительного улучшения. К концу второго этапа показатели АсАТ и АлАТ продолжали улучшаться и превышали норму только в 2,3 раза против 3,5 раза, $p < 0,001$; и ГГТП до 1,4 раз против 1,6 раз, $p < 0,05$, по сравнению с аналогичными результатами полученными после первого курса лечения. Показатели трансферритина и ферритина оставались в пределах нормы. Средний показатель вирусемии РНК ХГС в Ig уменьшился с $4,8 \pm 1,3$ до $2,8 \pm 0,8$, $p < 0,001$. Однако, данные результаты требуют дальнейшего наблюдения и изучения, т.к. «...у пациентов с ХГС может регистрироваться неустойчивая вирусемия» по данным Lotakul M, Saipanish R, 2009; Bruchfeld A, Lindahl с соавт., 2002. По данным эластографии 1 (11%) пациент прошел из стадии F_{3,4} в стадию F₃. Таким образом, по критериям успешного лечения ХГС у всех наших больных имеется положительная динамика.

Итак, все наши пациенты узнали о своем заболевании случайно. И, заболевание, как выяснилось, у них находилось в активной фазе, т.к. уже имелись биохимические и морфологические изменения в печени. Первичная реакция личности на заболевание была шоковая, проявившиеся депрессивными реакциями в

эмоциональной сфере личности. Фактически, начало заболевания или обострение ХГС можно рассматривать как фазу психосоматической дезадаптации у пациентов. Проводимая психотропная терапия на первом этапе уменьшила выраженность сенситивного (чувственно-го) компонента внутренней картины болезни у личности. Так как в этот период болезни у пациента было суженое мышление, в достаточно выраженной форме, проявляющиеся в негативном мышлении и страхом пред смертью. Психотропная терапия подготовила пациентов к восприятию информации, переосмыслению создавшейся ситуации, к изменению внутренней картины заболевания, и как результат, сформировалась психосоматическая адаптация и компенсация к заболеванию. Однако, адаптация и компенсация сформировалась неполная. Неполнота эта заключается в том, что у этих пациентов, с нарастанием органической дефективности печени, суживается её адаптационный коридор. Клинически это проявляется в том, что минимальные стрессорные воздействия могут вызывать выраженные дезадаптационные процессы в висцеральной системе – печени, проявляющиеся ухудшением биохимических маркеров гепатита. Что мы и наблюдали у наших пациентов (колебания биохимических показателей в сторону их ухудшения при длительном пропуске психотерапевтических сессий или утяжеления психического состояния, обусловленного внешними факторами), поэтому точечные и/или курсовые приемы афобазола или пиразидола, в зависимости от реакции тревоги или депрессии периодически назначались нашим пациентам. Обнаружение данного феномена имеет практическое значение – важность психотропной и адаптационной те-

рапии у больных с ХГС не уменьшается, а напротив, возрастает.

Выводы

Итак, нормализация психоэмоционального состояния способствует формированию психосоматической адаптации и компенсации у пациентов с ХГС к заболеванию и повышает эффективность лечения фосфогливом и в тоже время постоянный прием и проведение схем лечения фосфогливом также снижает тревогу у пациентов.

Список литературы

1. **Никитин И.Г.** Гепатопротектор: мифы и реальные возможности // Фарматека. 2007;13:14-8.
2. **Сторожаков Г.И., Байкова Е.И., Никитин И.Г и др.** Теоритические и практические аспекты применения глицирризина // Клин. перспект. гастроэнтерологии и гепатологии. 2003. 1:35-9.
3. **Biour M, Jaillon P** Drug-induced hepatic diseases // Patbol Biol (Paris). 1999. 47: 928-37.
4. **Shindo M., Di Bisceglie A.M., Hoofnagle J.H.** Long-term follow-up of patients with chronic hepatitis C treated with alpha-interferon // Hepatology 1992,15:1013-6.
5. **de Medina M., Schiff E.R.** Hepatitis C: diagnostic assays. Semin Liver Dis 1995;15:33-40.