

УДК 616.89-02:616.61-78

*Е.А. Статинова, С.В. Селезнева***ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: гемодиализ, депрессия, энцефалопатия, лечение

В последние годы депрессия стала одной из актуальных проблем не только психиатрии, но и медицины в целом. По данным Всемирной организации здравоохранения заболеваемость депрессивными синдромами в настоящее время приблизилась к 5 %. Это значит, что ежегодно около 100 млн. жителей нашей планеты обнаруживают признаки депрессии и, соответственно, нуждаются в адекватной медицинской помощи. Самым серьезным событием является то, что депрессия выходит за пределы психиатрии. Это очень важно, так как только теперь до конца становится понятно ее значение в общей патологии. Начало этому событию было положено возникновением представлений о, так называемой, скрытой, маскированной или ларвированной депрессии [1, 2]. Хотя бы один депрессивный эпизод в своей жизни переживают 20-25 % женщин и 7-12 % мужчин [3]. У лиц старше 65 лет депрессивные расстройства отмечаются в 13-18 % всей популяции. Здесь важно отметить сочетание депрессивного синдрома с деменцией сосудистой или сосудисто-дегенеративной.

Депрессивные синдромы отягощают течение многих соматических заболеваний. Сведения о состоянии психоневрологических нарушений у больных при лечении гемодиализом неоднозначны. Считалось, что через год или в сроке от 3 до 5 лет после начала гемодиализа, может развиться диализная деменция [4]. У ряда больных через 2-3 года наблюдалось формирование хронической энцефалопатии со стойкой неврологической симптоматикой, амнестическим синдромом, депрессивных расстройств и нарушений когнитивных функций [5].

Наша работа посвящена улучшению качества диагностики и лечения психоневрологических расстройств у больных, находящихся на программном гемодиализе (ПГ).

Под нашим наблюдением находилось 25 больных с токсико-дисциркуляторной энцефалопатией (ТДЭ), находящихся на лечении ПГ в те-

чение от 3 месяцев до 5 лет. Средний возраст составил  $49 \pm 2,9$  года, из них мужчин – 14 чел., женщин – 11 чел.

Комплекс обследования включал в себя клиническое, биохимическое обследование, данные электроэнцефалограммы (ЭЭГ), реоэнцефалограммы (РЭГ), ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) и психологическое тестирование.

Характер и тяжесть неврологических жалоб и объективной неврологической симптоматики мы оценивали в баллах с подсчетом тяжести субъективных расстройств (ТСР) и тяжести объективных расстройств (ТОР). Выраженность депрессии и тревожности как потенциальных факторов изменения когнитивных функций изучалась с помощью шкал депрессии Гамильтона, Бека, Монтгомери-Айсберга, для оценки интеллектуально-мнестической сферы применялись тест Векслера и Мейли.

Тяжесть субъективных и объективных расстройств мы оценивали по 5-балльной системе (от 0 до 4). ТСР составила  $4,2 \pm 0,5$  баллов и была выше у женщин, чем у мужчин на 20 %.

Первую группу составили 6 пациентов с ТДЭ I стадии, находящиеся на лечении ПГ в течение 1,5-2 лет, у которых на первый план выступал астено-неврогический синдром, проявляющийся снижением фона настроения, эмоциональной лабильностью, расстройством сна, быстрой утомляемостью. При объективном обследовании наблюдалась рассеянная неврологическая симптоматика. У всех пациентов интеллект был сохранен.

14 пациентов мы относили к группе больных с ТДЭ II стадии, которые лечились ПГ в течение 2,1-5 лет. Жалобы пациентов были аналогичны жалобам пациентов первой группы, но при объективном осмотре нами выявлены следующие неврологические синдромы: пирамидная недостаточность, атактический, псевдобульбарный, эпилептиформный синдромы, центральные парезы 7 и 12 пар черепных нервов. У 85 % пациентов отмечено нарушение высших корковых

функций, связанных с памятью, процессами мышления и внимания.

У 5 больных, находящихся на ПГ 6 лет, была диагностирована ТДЭ III стадии, которая характеризовалась сочетанием неврологических синдромов (атактического, гиперкинетического, пирамидной недостаточности) с выраженными нарушениями в мнестической и других когнитивных сферах, включая речь, ориентировку, абстрактное мышление и праксис. В анамнезе у 3 пациентов отмечен ишемический инсульт в бассейне средней мозговой артерии с гемипарезом и моторной афазией.

При исследовании биоэлектрической активности мозга нами получены следующие результаты: у 8 больных преобладал низкоамплитудный нерегулярный альфа-ритм и бета-ритм. У 17 больных изменения были более выраженными, что проявлялось наличием у них волн тета и дельта-диапазона, пиков острых волн, межполушарной асимметрией.

У этой же части больных также установлено достоверное снижение кратковременной памяти по заданию «повторения цифр» (9,2 балла) как параметра чувствительного к тревоге и астении. Больные с выраженной ТДЭ (II и III ст.) воспроизводят 8-10 карт из 30 в тесте Мейли. Показатель количества правильно воспроизведенных карт снижается с ростом уровня депрессии, а также ухудшается с возрастом.

Проведение психологического тестирования позволило обнаружить аффективные расстройства тревожно-депрессивного характера. Уровень депрессии по шкале Гамильтона составил от легкой (13-14 баллов) до тяжелой (более 20 баллов). Уровень депрессии по шкале Бека составлял более 21-23 баллов у 18 % больных (см. таблицу 1). По оценочной шкале депрессии Монтгомери-Айсберга уровень депрессии составлял от легкой – 15-16 баллов, до тяжелой – свыше 30 баллов (у 10 % больных).

Таблица 1

**Сравнительная характеристика психоневрологических нарушений**

Показатели	ТЭД			Контрольная группа
	I	II	III	
Уровень депрессии (балл по Беку)	12±0,6	19±0,8	24±0,5	10±0,7
Уровень депрессии (балл по Гамильтону)	14±1,2	18±2,3	25±0,7	11±0,6**
Уровень депрессии (балл по Монтгомери-Айсбергу)	17±2,1	28±0,6	33±0,4	12±0,5**
Повторение цифр (Векслер)	10,0±0,6	9,2±0,5	7,1±0,3	10,0±0,1**

**Примечание:** \*\* Различия между показателями у больных основной и контрольной групп статистически достоверны

При проведении УЗДГ у всех больных отмечено снижение линейной скорости кровотока (ЛСК) и общей скорости кровотока (ОСК) по

внутренним сонным, позвоночным и надблоковым артериям с асимметрией от 30 до 60 %, а также признаки нарушения венозного оттока.

Таблица 2

**Корреляционные связи неврологического статуса с показателями когнитивных функций и депрессивного синдрома**

Показатели неврологического статуса	Депрессивные шкалы			Когнитивные нарушения
	Бека	Гамильтона	Монтгомери-Айсберга	
ССР	↓	↓↓	↓↓	↓
ОНС	0	↓	↓↓↓	↓↓
ЛСК	↑	↓↓	↓	↓↓
ОСК	0	0	0	↓
РИ	0	0	0	↓

**Примечание:** ССР – степень субъективных неврологических расстройств; ОНС – тяжесть объективной неврологической симптоматики; РИ – реографический индекс. ↑- положительная корреляционная связь; ↓- отрицательная корреляционная связь, 0 – отсутствие корреляционной связи; один знак –  $r < 0,5$ , два знака –  $r = 0,5-0,7$ , три знака –  $r > 0,7$ .

При регистрации РЭГ выявлен ригидно-гипертонический тип кривой с венозной дисфункцией у 65 % больных. Проведены корреляци-

онные сопоставления выявленных неврологических расстройств с состоянием когнитивных функций и выраженностью депрессивного син-

дрома (см. таблицу 2).

Выявлена наиболее тесная корреляционная связь между тяжестью ОНР, ЛСК и депрессивными, и когнитивными нарушениями.

С учетом выявленных нарушений всем больным назначались ноотропы (луцетам 800-1600 мг/сутки), вазоактивные средства (сермион 30

мг/сутки) в течение 30-60 дней.

Основным препаратом выбора антидепрессантов явился ципралекс (10 мг/сутки) в течение 35-50 дней. На фоне проводимой терапии уже через 1 месяц получены достоверные положительные результаты у 85,2 % больных, что позволило значительно улучшить качество жизни этих пациентов.

*О.А. Статінова, С.В. Селезньова*

## **ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ПРОГРАМНОМУ ГЕМОДІАЛІЗІ**

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Обстежено 25 хворих з токсико-дисциркуляторною енцефалопатією як наслідок термінальної хронічної ниркової недостатності, які знаходяться на програмному гемодіалізі. Встановлені особливості психоневрологічних порушень у даної групи хворих. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.94-96)

*Н.А. Statinova, S.V. Selezneva*

## **PSYCHONEUROLOGICAL DEFLECTIONS IN THE PATIENTS WHO ARE STAYING ON THE PROGRAM HAEMODIALYZE**

Donetsk State medical university by M. Horkiy

25 patients were searched with toxicodiscirculative encephalopatia with the final chronic renal insufficiency on the program haemodialize. The peculiarities of psychoneurological deflections were put in the following group of patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.94-96)

### *Литература*

1. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение) / Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. — М.: Мед.информ. агентство, 2002. — 155 с.
2. Lewis L., Rappaport M.H. Economics of depression and cost-benefit comparisons of selective serotonin inhibitors and tricyclic antidepressants // Depression. — 1994-1995. — V. 2. — P. 3.
3. Марута Н.А. Современные депрессивные расстройства

- (клинико-психопатологические особенности, диагностика, терапия) // Укр.вісник психоневрології. — 2001. — Т.9, вип. 4. — С. 79-82.
4. Ермоленко В.М. Синдром диализной деменции: патология и клиника // Тер.арх. — 1981. — Т. 53, № 6. — С. 133-137.
  5. Руденко Т.В. Клинический вариант церебральных расстройств при хронической почечной недостаточности // Врач.дело. — 1985. - № 3. — С. 68-70.

Поступила в редакцию 20.06.2004