

Е.М. Выговская

НЕВРОЗОПОДОБНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького, Украина

Ключевые слова : хроническая почечная недостаточность, гемодиализ, неврозоподобные расстройства

В последние годы резко возрос интерес к проблемам психического здоровья при хронических соматических заболеваниях [6, 7, 9, 11]. При этом наиболее общепринятым является представление о существовании континуума соматопсихических и психосоматических соотношений, взаимно обуславливающих динамику и степень тяжести как основного соматического, так и симптоматического нервно-психического расстройства [2].

Вследствие увеличения продолжительности жизни больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) при лечении гемодиализом (ГД) приобрела актуальность проблема их психической адаптации к этому методу лечения [13, 18, 19]. Активно изучается влияние симптоматических нервно-психических расстройств на частоту суицидов, качество и продолжительность жизни в условиях лечения ГД. В настоящее время отсутствует общепринятая точка зрения об этиопатогенетических механизмах этих расстройств у больных с ХПН. Более ранние исследования свидетельствуют о прямом па-

раллелизме между степенью интоксикации и их развитием [10]. По современным данным однозначной зависимости между тяжестью соматического состояния и частотой возникновения психических расстройств нет [11,13].

Если ранее при заболеваниях почек акцент делался на описании проявлений экзогенно-органических нервно-психических расстройств [10], то в настоящее время чаще подчеркивается значение психогенных механизмов их патогенеза [12]. Психотравмирующее влияние оказывают вынужденное длительное нахождение в стационаре, постоянная зависимость от аппаратного лечения, нарушение социальных связей, снижение уровня благосостояния, снижение качества жизни в целом.

Данное исследование, направленное на количественную оценку нервно-психических расстройств у больных с ХПН, находящихся на ГД, предусматривает также дифференцированную оценку соотношения соматогенных и психогенных механизмов в их возникновении и последующей динамике.

Материалы и методы исследования

В отделении экстракорпорального гемодиализа и трансплантации почки было обследовано 69 больных, находившихся на стационарном лечении (29 женщин и 40 мужчин) в возрасте от 15 до 60 лет. На момент обследования у всех больных была диагностирована терминальная стадия хронической почечной недостаточности, они находились на лечении экстракорпоральным гемодиализом (2 раза в неделю, продолжительностью 4-6 часов).

Причиной развития ХПН у 55 больных (81 %) явился хронический гломерулонефрит, у 8 больных (10 %) - поликистоз почек, у 6-ти (9 %) - хронический пиелонефрит. Все больные на момент исследования имели группу инвалидности.

Длительность заболевания: 19 чел. (28 %) - с детского возраста, 5 (8%) – около 2-х месяцев, 15 (20 %) - 1-3 года, 30 (44 %) - свыше 3-х лет.

Клинико-динамическая оценка психического состояния больных с ХПН проводилась в соответствии с критериями состояний непатологической и патологической дезадаптации [1]. Общее количество обследованных пациентов позволило применить параметрические методы статистики [8].

Исследование нервно-психических расстройств проводилось в ходе стандартизированного клинического опроса, а также с применением симптоматического опросника Aleksandro-wicz J.W. [3, 8, 17], адаптированного Ленинградс-

ким психо-неврологическим научно-исследовательским институтом им. В. М. Бехтерева. Его описательная часть позволяет оценить выраженность симптоматики по 19 клиническим шкалам. Применялся опросник нервно-психической дезадаптации психоневрологического НИИ им. В. М. Бехтерева (ОНПД), который позволяет выявить различ-

ные варианты психической дезадаптации, включая как доклинические (непатологические) формы, так и клинически выраженные расстройства. Оценка когнитивной сферы проводилась с помощью экспериментально-психологических методик («корректурная проба», таблицы Шульте, «запоминание 10 слов» и метод пиктограмм) [14, 15].

Полученные результаты и их обсуждение

Количественный анализ выраженности психических расстройств позволил выделить 2 группы больных:

1. больных с субклиническими нервно-психическими расстройствами (СКР) - 26 чел. (38%),

2. больных с клинически выраженными (неврозоподобными) расстройствами (КНР) - 43 чел. (62%).

У больных с ХПН с доклиническими нервно-психическими расстройствами отмечались некоторое внутреннее напряжение, гиперреактивность, обидчивость, внутренний дискомфорт, не имеющие четкой синдромальной завершенности, и не воспринимающиеся самими больными как болезненные признаки. По данным опросника Е. Александровича практически по всем шкалам средние показатели у этих больных были достоверно выше ($p < 0,001$) нормативных данных (4), что свидетельствует о диффузности этих расстройств.

Полученные показатели симптоматических шкал позволяют, вместе с тем, сделать заключение и о достаточно значимых клинических различиях в сравниваемых группах. В группе больных с расстройствами клинического уровня достоверно выше показатели по шкале депрессии ($p < 0,01$), по шкале нарушения сна ($p < 0,001$); психастенических расстройств ($p < 0,05$); нарушения вегетативных реакций ($p < 0,001$); конверсионных нарушений ($p < 0,001$) и нарушения двигательных функций ($p < 0,001$) (табл. 1).

У больных ХПН с клинически выраженными непсихотическими нервно-психическими расстройствами ведущими синдромами были: астено-депрессивный (24 чел.), истерический (6 чел.), астено-ипохондрический (6 чел.), астенообсессивный (7 чел.).

Астеническая симптоматика являлась стержневой и проявлялась у всех больных. Астения наблюдалась в двух формах: гиперстенической и гипостенической. У больных с гиперстеническими проявлениями отмечалась крайняя раздра-

жительность, повышенная возбудимость, эмоциональная лабильность, гневливость, раздражительная слабость. По мере прогрессирования и утяжеления соматического заболевания гиперстенический синдром сменялся гипостеническими проявлениями с характерной вялостью, слабостью, повышенной физической и психической утомляемостью, быстрым истощением психических процессов, гипотимией. Нередко в психическом состоянии больных гиперстенические и гипостенические симптомы присутствовали одновременно. «Чистый» астенический синдром встречался очень редко, чаще в сочетании с вегетативными проявлениями: лабильностью пульса и АД, головными болями, потливостью.

Почти постоянно в структуру астенического синдрома входили депрессивные расстройства в форме тоскливости, подавленности и тревоги. У многих больных отмечалась угнетенность, потеря веры в себя, свои силы, пессимизм, предчувствие неизбежных неудач, ригидность мышления. Часто депрессивные проявления нарастали или усиливались на фоне достаточно хорошего соматического состояния при дополнительном воздействии неблагоприятных психогенных факторов.

В клинической картине истерического симптомокомплекса преобладали ощущения недомогания, чувство недостатка воздуха или одышка, чувство кома в горле, возникавшие в трудных и неприятных ситуациях, кратковременная обездвиженность, периодически возникающая немота (особенно при волнении).

Для больных с астено-ипохондрическим синдромом были характерны постоянная концентрация внимания на телесных функциях, чрезмерное опасение за свое здоровье, неопределенные блуждающие боли. Вместе с тем, отмечались астенические (постоянное чувство усталости, рассеянность) и вегетативные расстройства.

Больные с астено-обсессивным синдромом отличались недостатком самостоятельности, неуверенностью в себе, жизненной «неумелостью» и педантичностью. Как и у всех осталь-

ных больных отмечались астенические проявления (ухудшение памяти, трудности в концентрации, сосредоточении внимания, нехватка силы или энергии) в сочетании с вегетативными расстройствами.

У всех больных были различные проявления нарушений сна, среди которых встречались кошмары, трудности засыпания, частое пробуждение ночью, бессонница, чувство сонливости в течение дня.

Таблица 1

Сравнительная характеристика показателей симптоматических шкал опросника Александровича у больных с ХПН с клинически выраженными и субклиническими нервно-психическими расстройствами

Симтоматические шкалы нарушений	Больные с клиническими расстройствами n = 43	Больные с субклиническими признаками n=26	Достоверность отличий
страх и фобии	14 ± 2.22	10.46 ± 2.25	-
депрессия	25.9 ± 1.85	18.33 ± 1.91	p < 0.01
тревога	25.3 ± 1.34	22 ± 2.35	-
нарушения сна	22.5 ± 0.66	16.13 ± 1.87	p < 0.001
эмоциональная нестабильность	22.6 ± 1.62	20.73 ± 2.30	-
неврастенические расстройства	24.2 ± 1.69	17.42 ± 2.11	p < 0.02
сексуальные расстройства	14.54 ± 1.91	11.06 ± 1.87	-
дереализация	15.5 ± 1.79	14.6 ± 1.80	-
навязчивости	14.2 ± 1.72	10.66 ± 2.99	-
трудности в общении	22.04 ± 3.49	16.53 ± 3.22	-
ипохондрические расстройства	20.70 ± 1.13	13.46 ± 2.56	p < 0.01
психастенические	14.66 ± 1.45	10.73 ± 1.52	p < 0.05
напряжение	15 ± 1.91	12.66 ± 1.67	-
алкоголизм	3.91 ± 1.49	1.6 ± 0.52	-
нарушения пищеварения	17.45 ± 2.20	15.13 ± 1.96	-
вегетативно-сосудистые	38.83 ± 3.15	25.93 ± 2.41	p < 0.001
двигательные нарушения	29.38 ± 3.74	12.06 ± 1.65	p < 0.001
истерические расстройства	21.70 ± 1.74	12.06 ± 1.40	p < 0.001
другая симптоматика	9.04 ± 0.61	8.66 ± 1.27	-

Таким образом, при переходе от субклинического к клинически выраженному уровню непсихотических нервно-психических расстройств у больных с ХПН происходит не только статистически достоверное количественное увеличение выраженности стержневого астено-депрессивного симптомокомплекса, но и по-

явление клинического полиморфизма за счет истерического, психастенического и ипохондрического радикалов.

С целью уточнения степени выраженности нарушений познавательной деятельности были изучены особенности памяти, внимания и мышления у больных сравниваемых групп.

Средние значения показателей по методике запоминания 10 слов.

Порядковый номер воспроизведения	Средние значения		Достоверность различий КНР и СКР
	КНР n = 43	СКР n = 26	
1	6.4±0.47	6.6±0.37	p > 0.01
2	7.1±0.48	7.9±0.63	p > 0.01
3	7.9±0.34	8.9±0.4	p < 0.01
4	8.2±0.41	9.6±0.3	p < 0.05
5	8.6±0.34	9.8±0.33	p < 0.02
чЗ1	6.8±0.42	8.4±0.4	p < 0.02

При исследовании памяти с помощью методики запоминания 10 слов в сравниваемых группах больных с ХПН установлены статистические различия в запоминании (табл.2). При воспроизведении после первого и второго предъявлений статистически достоверных различий не выявлено, начиная с третьего предъявления отмечались достоверные различия за счет снижения запоминания у больных с клинически выраженными расстройствами, по сравнению с больными с субклиническими расстройствами. После четвертого и пятого предъявлений наблюдалось статистически достоверное снижение запоминания в клинической и в субклинической группах пациентов. Имеет место более выра-

женное снижение долговременной памяти ($p < 0,02$) у лиц с ХПН с клинически выраженными расстройствами.

Таким образом, при переходе от субклинически к клинически выраженному уровню расстройств отмечается нарастание нарушений памяти.

Исследование внимания, проведенное при помощи методики «Корректирующая проба», выявило отсутствие достоверных различий между исследуемыми группами больных с ХПН по показателям распределения и устойчивости внимания, однако объем внимания был достоверно ниже по сравнению с нормативными показателями (для группы клинически выраженных расстройств - $p < 0,01$, субклинических - $p < 0,05$).

Таблица 3

Характеристика выбираемых образов пиктограмм у больных сравниваемых групп.

Группа	Образы							
	Ат	К	М	ГС	Ст	Адекв"+	Ориг"-	Индив
КНР n=43	31	45	18	6	25	72	3	7
СКР n=26	47	36	11	6	23	69	7	8

Ат —атрибутивные образы, К —конкретные, М —метафорические, ГС —графические, Ст —стандартные.

Сопоставление показателей продуктивности опосредованного запоминания по методу пиктограмм с показателями по методике запоминания 10 слов существенных различий не выявило.

Для исследования операционального мышле-

ния был проведен анализ выбираемых больными образов по Б.Г.Херсонскому [15]. Результаты представлены в таблице 3.

Среди выбираемых больными образами преобладают атрибутивные и конкретные. В груп-

пе больных с субклиническими расстройствами число атрибутивных образов достоверно больше ($p < 0,05$), чем конкретных (что соответствует показателям здоровых лиц). У больных с клинически выраженными расстройствами число атрибутивных образов снижается за счет увеличения конкретных, но остается в пределах, характерных для лиц без снижения операционального мышления.

По остальным показателям различий в сравниваемых группах больных не наблюдалось. Размеры рисунков - без существенных особенностей. Стабильность графических характеристик и упорядоченность композиции пиктограмм удовлетворительна. Высокий показатель адекватности рисунков. Частота встречаемости стандартных образов соответствует литературным данным [14, 15]. Стереотипия выражена за счет повторения изображений человеческих фигур, прямые персеверации отсутствуют. Число индивидуально значимых образов невелико, как и число «шоковых» реакций. Однако сам факт их наличия наряду с частой критикой тестирования, склонностью к спонтанным высказываниям по ходу исследования могут рассматриваться как проявления нарушений эмоционального функционирования.

Суммируя данные исследования познавательных функций, следует отметить, что в обеих группах нарушения носят неглубокий характер, преимущественно в виде выраженной астенической симптоматики (сужения объема внимания и нарушений воспроизведения) при отсутствии типичных для экзогенно-органического регистр-

синдрома (по В.М.Блейхеру) проявлений.

Таким образом, в структуре нервно-психических расстройств у больных с ХПН, находящихся на ГД, преобладают неврозоподобные нарушения в сочетании с многочисленными вегетативными дисфункциями и диссомнией. При переходе от субклинических к клинически выраженным расстройствам происходит достоверное повышение выраженности проявлений осевого астено-депрессивного симптомокомплекса, в т.ч. за счет клинического полиморфизма. При отсутствии грубых нарушений когнитивной сферы нарастает выраженность затруднений познавательной деятельности при переходе от субклинических к клинически-выраженным нервно-психическим расстройствам.

Параллелизм между выраженностью нарушений когнитивных функций и массивностью эмоциональных и вегетативных расстройств свидетельствует, по нашему мнению, о сочетанном влиянии соматогенных и психогенных факторов в возникновении нервно-психических расстройств у больных с ХПН, находящихся на лечении ГД. Клинически эти нарушения можно отнести к рубрике МКБ-10 F06 [5].

Следует подчеркнуть, что отсутствие грубых органических изменений в головном мозге создает предпосылки для достаточно эффективной коррекции нервно-психических расстройств непсихотического уровня и позволяет успешно осуществлять профилактику осложнений как соматического, так и нервно-психического характера.

Е.М.Виговська

НЕВРОЗОПОДІБНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ЛІКУВАННІ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНИМ ГЕМОДІАЛІЗОМ

Донецький державний медичний університет

За допомогою опитувальників Александровича, ОНПД, експериментально-психологічних методик обстежені 69 хворих, які знаходяться на лікуванні гемодіалізом. Досліджені особливості неврозоподібних проявів, когнітивних процесів на клінічному та субклінічному рівнях. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 47-52)

Е.М. Vigovskaya

NEUROSOLIKE DISTRESSES FOR ILL WITH BY CHRONIC RENAL FAILURE LOCATED ON TREATMENT BY A HAEMODIALYSIS

Donetsk State Medical University

The experimentally - psychologic technique was inspected 69 ill, with CRF, on treatment HD, with the help of a questionnaire Aleksandrovich, QNPD. The features of neurosolike developments, weep cognitive of processes on clinical and subclinical levels were investigated (studied). (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 47-52)

Литература

1. Абрамов В.А., Кутько И.И., Напреенко А.К. и др. Диагностика состояний психической дезадаптации : Метод. рекомендации. - Донецк, 1992.- 19с.
2. Бачериков Н.Е., Воронцов М.В., Петрюк П.П. и др. Эмоциональный стресс в этиологии и патогенезе психических и психосоматических заболеваний. - Харьков, 1995. - 276с.
3. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика личности. - Киев, 1989, - с.93-96.
4. Бурцев А.К. Невротические расстройства у работников ВЦ (эпидемиология, клиника, динамика, ранняя диагностика и профилактика). Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. - Харьков. - 1997. - с.195.
5. Бурцев А.К. Соматогенные психические расстройства. // Курс лекций по медицинской психологии и психиатрии под ред. В.А.Абрамова. - Донецк, 1998. - с.194-204.
6. Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии. -М., Крон-Пресс, 1997. - с.291-295.
7. Гройсман А.Л. Медицинская психология. - М., 1997. - с.221-227.
8. Иванов Ю.И., Погорелюк О.Н. Статистическая обработка результатов медико-биологических исследований на микрокалькуляторах по программам. - М., 1990, - с.224.
9. Исаев Д.М. Психосоматическая медицина детского возраста. - С-Пб, 1996, - с.233-312.
10. Наку А.Г., Герман Г.Н. Психические расстройства при заболеваниях почек. - Кишинев, 1981. - 180с.
11. Петрова Н.Н. Аффективно-личностные расстройства у больных с хронической почечной недостаточностью при лечении гемодиализом (обзор клинических и клинико-психологических исследований). // Обозрение психиатрии и мед.психологии им.В.М.Бехтерева. - С-Пб, 1995 (3-4), - с.34-42.
12. Петрова Н.Н., Васильева И.А., Козлов В.В. Психогенные расстройства у больных при лечении гемодиализом. // Терапевтический архив. - М., Медицина, 1992. - N12, т.64. - с.88-91.
13. Петрова Н.Н., Волков М.М. Психосоматические аспекты адаптации больных к лечению гемодиализом. // Терапевтический архив. - С-Пб, ГМУ, 1997. - т.64, N4. - с.66-69.
14. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. - М., 1970. - 214с.
15. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике психических заболеваний. - Киев, 1988. - 103с.
16. Цивилько М.А. Динамика психических нарушений у больных хронической почечной недостаточностью в условиях гемодиализной терапии. // Актуальные вопросы патоморфоза психических заболеваний. - Свердловск, 1986. - с.36-44.
17. Aleksandrowicz I.W. // Psychopatologia Nervic. - Kharkov, 1983. - p.198.
18. Biorvell H., Hylander B. // J.intern. Med. - 1989.- Vol.226, N 5 - p.319-324.
19. Montagnac R., Defert P., Schillinger F. // Nephrologic. - 1992. - Vol. 13, N4 - p.145-149.

Поступила в редакцию 12.02.2000