

© И.А.Васильева, Н.Н.Петрова, 2001
УДК 616.892:616.61-008.64-085.38-073.27

И.А.Васильева, Н.Н.Петрова

НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ ГЕМОДИАЛИЗОМ

I.A.Vasilieva, N.N.Petrova

A COGNITIVE DEFICIT AND PSYCHOSOCIAL CHARACTERISTICS OF HEMODIALYSIS PATIENTS

Научно-исследовательский институт нефрологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, кафедра психиатрии и неврологии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета, Россия

РЕФЕРАТ

Полученные данные подтверждают результаты наших предыдущих исследований о преобладании у больных, находящихся на лечении перманентным гемодиализом, астенического варианта психоорганического синдрома. Когнитивная дисфункция снижает качество жизни больных, негативно отражается на поведенческой стратегии пациентов в ситуации стресса.

Ключевые слова: гемодиализ, качество жизни, когнитивные функции, копинг.

ABSTRACT

The data obtained confirm the results of our previous research that a cognitive deficit in permanent hemodialysis patients is expressed by minimal brain dysfunction. The cognitive dysfunction decreases the patient's quality of life and exerts a negative influence on their behavior in stress situations.

Key words: hemodialysis, quality of life, cognitive function, coping.

ВВЕДЕНИЕ

Сведения о состоянии интеллектуально-мнестических функций при лечении гемодиализом (ГД) неоднозначны. Первоначально считалось, что уже через год или в сроки от 3 до 5 лет после начала ГД может развиваться диализная деменция [1]. Примерно через 3,5 года лечения у 7% больных наблюдалось формирование хронической энцефалопатии со стойкой неврологической симптоматикой, амнестическим синдромом, конкретностью мышления, снижением интересов, эмоциональной неустойчивостью. Клиническая картина диализной деменции также включала нарушение речи в виде замедленности, трудности называния предметов, снижение способности к концентрации внимания, моторные нарушения, психотические расстройства [3]. По образному выражению E.C.Smith, «диализная деменция — болезнь медицинского прогресса» [6].

Наряду с этим было высказано мнение, что больные при лечении ГД задерживались на первой стадии уремической энцефалопатии. M.D.Greenberg [4] охарактеризовал ее раздражительностью, утомляемостью, расстройствами

кратковременной памяти, концентрации внимания. По мнению автора, эти нарушения могли наблюдаться и при адекватном ГД.

Данные N.Pliskin и соавт. [5] и результаты собственных исследований [2] свидетельствуют о достаточной интеллектуальной сохранности больных при современном техническом уровне лечения ГД. В то же время представляется возможным констатировать наличие у значительного числа пациентов астенического варианта психоорганического синдрома, или, как принято называть в зарубежной литературе, минимальной мозговой дисфункции.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния состояния когнитивных функций на психосоциальные характеристики как факторы адаптации пациентов к ГД.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 15 больных с клиническими признаками энцефалопатии (возраст $60,7 \pm 2,9$ года), находящихся на лечении методом перманентного гемодиализа (ГД) в течение $83,3 \pm 12,7$ мес.

Использованы экспериментально-психологические методы, направленные на оценку интеллектуально-мнестической сферы: субтесты «кодирование» и «повторение цифр» теста Векслера (WAIS), тест Бентона. Выраженность депрессии, тревоги и астении как потенциальных факторов изменения когнитивных функций изучалась с помощью шкал депрессии Зунга и Гамильтона, интегративного теста тревожности (ИТТ) и методики «Уровень невротической астении» (УНА). Копинг-поведение, включающее различные стратегии совладания со стрессом, оценивали с помощью методики Хейма (1988). Качество жизни больных определяли на основе опросника SF-36 Health Status Survey.

Из осложнений ГД отмечено наличие в анамнезе острого нарушения мозгового кровообращения — у 7%, сердечной недостаточности — у 33%. Трансплантация почки имела место у 33% обследованных. Уровень артериального давления составил, в среднем, $137,5 \pm 5,6$ мм рт. ст. Показатель адекватности $ГД-КТ/V=1,27 \pm 0,2$.

Полученные данные обработаны статистически с применением критерия Стьюдента, линейного корреляционного анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Основные результаты исследования представлены в таблице. Уровень депрессии, согласно самооценке пациентов, превышает нормативные данные ($50,1 \pm 2,6$ балла по шкале Зунга). Это согласуется с результатами обследования по клинической оценочной шкале Гамильтона, показатель депрессии по которой составил $11,43 \pm 1,36$ балла, что соответствует

пограничному состоянию — невротическому уровню депрессии.

Общая ситуативная тревога, в среднем, по группе низкая — 3,6 балла. Общая тревожность (устойчивая характеристика личности) находится на верхней границе нормы (6 баллов, при норме 4–6 баллов). Однако такой парциальный показатель личностной тревожности по ИТТ, как астенический компонент тревожности, повышен. Это соответствует значительной выраженности астенического синдрома по УНА (28,2 балла у обследованных 64,5 балла у здоровых). В то же время, по уровню астении больные, получающие ГД, ближе к здоровым, чем, например, к больным с неврозами, у которых показатель астении составляет 70 баллов.

Установлено достоверное снижение кратковременной памяти по заданию «повторение цифр» (9,1 балла) как параметра, чувствительного к астении, тревоге, наличию атеросклероза. Больные с органическим поражением головного мозга, как правило, воспроизводят не более 4–5 карт из 10 в тесте Бентона. Среднее значение суммарного показателя верно воспроизведенных карт (8 из 10) и количество ошибок (2,8) (с учетом возраста) соответствуют среднему уровню интеллекта. Исходя из показателя правильно воспроизведенных карт, установлено: у 33% больных интеллект выше среднего уровня, у 26% — среднего уровня, у 33% — низкий и у 7% — пограничный со слабоумием. Наиболее характерные для больных ошибки — по типу деформации и локализации (искаженное воспроизведение формы фигуры и ее расположения на листе), что соответствует типичному распределению ошибок в общей популяции.

Показатель количества правильно воспроизведенных карт снижается по мере роста уровня депрессии ($r=-0,59$; $p<0,01$).

Показатели объема кратковременной памяти лучше у больных, перенесших в прошлом аллотрансплантацию почки ($r=0,56$; $p<0,01$). В то же время, результаты обследования по субтесту «кодирование» теста Векслера, направленного на оценку способности к концентрации, распределению и переключению внимания, восприятия, зрительно-моторной координации и скорости формирования нового навыка, у пациентов, перенесших аллотрансплантацию, хуже ($r=-0,69$; $p<0,01$).

Характеристика психической сферы больных, получающих ГД

Показатель	Значение показателя в группе больных	Нормативное значение показателя	Достоверность различий
	$\bar{x} \pm m$	$\bar{x} \pm m$	p
Повторение цифр (Векслер)	$9,1 \pm 0,6$	$10,0 \pm 0,7$	$<0,05$
Количество правильно воспроизведенных карт (Бентон)	$8,0 \pm 0,8$	$8,5 \pm 0,7$	$>0,1$
Количество ошибок (Бентон)	$2,8 \pm 0,3$	$3,0 \pm 0,4$	$>0,1$
Личностная тревожность общая (ИТТ)	$6,0 \pm 0,6$	$5,2 \pm 0,5$	$<0,1$
Эмоциональный дискомфорт (ИТТ)	$5,6 \pm 0,5$	$5,3 \pm 0,5$	$>0,1$
Астенический компонент тревожности (ИТТ)	$7,3 \pm 0,3$	$5,0 \pm 0,6$	$<0,01$
Фобический компонент (ИТТ)	$5,1 \pm 0,6$	$5,2 \pm 0,7$	$>0,1$
Тревожная оценка перспектив (ИТТ)	$5,6 \pm 0,5$	$4,9 \pm 0,6$	$>0,1$
Социальные реакции защиты (ИТТ)	$4,4 \pm 0,6$	$5,0 \pm 0,5$	$>0,1$
Ситуативная тревога общая (ИТТ)	$3,6 \pm 0,6$	$4,9 \pm 0,5$	$<0,05$
Астения (балл по УНА)	$28,2 \pm 6,5$	$64,5 \pm 5,0$	$<0,001$
Уровень депрессии (Зунг)	$50,1 \pm 2,6$	$40,4 \pm 2,3$	$<0,01$

Параметры зрительно-моторной координации, способности к концентрации внимания снижены при наличии астении ($r=-0,43$; $p<0,05$).

Показатели кратковременной памяти у больных ухудшаются с возрастом ($r=-0,40$; $p<0,05$).

Установлено, что у больных с большей сохранностью когнитивных функций субъективная удовлетворенность качеством жизни выше по ряду параметров, а именно, по физическому состоянию ($p<0,05$), степени, в которой оно ограничивает способность к функционированию (выполнению будничной деятельности) ($p<0,05$) и, наиболее отчетливо, по психической составляющей качества жизни ($p<0,01$).

Из параметров, имеющих значение для состояния когнитивных функций, определенное негативное влияние на качество жизни оказывают длительность лечения ГД ($p<0,01$), перенесенное в прошлом нарушение мозгового кровообращения ($p<0,05$) и гипертензия ($p<0,01$).

Неудачная аллотрансплантация негативно отражается на способности к физическому функционированию ($p<0,05$), но при этом у этих пациентов на ГД выше оценка качества жизни по эмоциональной составляющей ($p<0,01$) и степени, в которой физическое состояние ограничивает уровень функционирования ($p<0,01$).

При изучении копинг-механизмов, как способов преодоления стресса, получены следующие результаты. У больных с психоорганическим синдромом обнаружено преобладание неконструктивных стратегий совладания со стрессом в поведенческой сфере (60% случаев). Конструктивные и относительно конструктивные варианты копинга в поведенческой сфере встречаются с одинаковой частотой (по 20%).

Когнитивная сфера отличается некоторым преобладанием конструктивных механизмов копинга — 47%. Неконструктивные варианты отмечены только у 33% больных.

Отчетливо преобладают конструктивные способы эмоционального реагирования в сложной ситуации (60%). Частота неконструктивных механизмов в эмоциональной сфере составляет 27% случаев.

Поведенческая сфера обследованных больных отличается доминированием неконструктивного, сопряженного с выраженной пассивностью копинг-механизма в виде «активного избегания» (47%). Второе по частоте место занимает также нежелательный пассивный копинг — «отвлечение» (20%). Для этих больных не характерны «альтруизм» и «конструктивная активность», рассматриваемые как наиболее адаптивные варианты копинг-поведения. Также не встречается «компенсация», предполагаю-

щая определенную активность в доступных сферах.

В когнитивной сфере значительная частота конструктивных механизмов копинга связана с преобладанием «сохранения апломба», выражающегося в сохранении самообладания и самоконтроля в стрессовой ситуации (33%). Этот вариант совладания с трудностями принято считать достаточно эффективным.

Сохраняется свойственный пациентам ГД в целом «оптимизм» в эмоциональной сфере совладания (53%).

Наличие депрессии негативно отражается на эффективности копинг-поведения, о чем свидетельствует уменьшение частоты использования конструктивных вариантов совладания со стрессом у больных с депрессивными расстройствами ($r=-0,39$; $p<0,05$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, полученные данные подтверждают результаты наших более ранних исследований о превалировании у больных, находящихся на лечении ГД, астенического варианта психоорганического синдрома.

У больных, перенесших трансплантацию почки, относительно хуже показатели по заданиям, связанным с временными ограничениями, чувствительным к астении. Когнитивные функции больных заметно ухудшаются с возрастом независимо от качества ГД.

Более высокие показатели эмоциональной составляющей качества жизни у больных на ГД, перенесших неудачную трансплантацию почки, возможно, косвенно отражают отсутствие завышенных ожиданий от аллотрансплантации в дальнейшем и формирование более позитивного отношения больных к ГД, большее принятие последнего. Больные без опыта трансплантации склонны идеализировать ее возможности. С относительно более положительной установкой в отношении ГД после опыта неудачной пересадки почки связана и более позитивная оценка больными своих физических возможностей.

Отличительной особенностью поведенческой сферы копинга у больных с диализной энцефалопатией является выраженная пассивность в отношении существующих проблем. Учитывая сочетание преобладающих в различных сферах копинг-поведения механизмов, можно предположить, что описанные особенности реагирования в ситуации болезни могут обуславливать определенную анозогнозию в отношении болезни и вызывать нарушение лечебного режима. Эффективность копинг-механизма «сохранения апломба» в специфических условиях соматогенной витальной угрозы при лечении ГД представляется весьма относитель-

ной, так как исключает использование активно-го копинг-поведения в виде стремления к поиску внешней поддержки и обращения (за помощью). Лечение депрессии может быть фактором повышения способности пациентов на ГД преодолевать трудные стрессовые ситуации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, когнитивная дисфункция существенно снижает качество жизни больных при лечении ГД. Наличие когнитивного снижения явно негативно отражается преимущественно на поведенческой стратегии больных в ситуации стресса, ведет к качественной перестройке когнитивной сферы копинга, что, несомненно, не может не сказываться на адекватности психической адаптации к болезни и лечению. В связи с этим, представляется целесообразной психологическая коррекция копинга в плане актуализации таких вариантов, как «проблемный анализ» и «сотрудничество» в сочета-

нии с лечением энцефалопатии с целью улучшения когнитивных способностей больных.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Ермоленко В.М. Синдром диализной деменции: патогенез и клиника // Тер. арх.—1981.—Т. 53, № 6.—С. 133–137.
2. Петрова Н.Н., Васильева И.А. Особенности интеллектуально-мнестических функций у больных, находящихся на лечении хроническим гемодиализом // Клин. мед.—1991.—Т. 69, № 10.—С. 80–82.
3. Руденко Т.В. Клинический вариант церебральных расстройств при хронической почечной недостаточности // Врач. дело.—1985.—№ 3.—С. 68–70.
4. Greenberg M.D. Brain damage in hemodialysis patients // Dial. Transplant.—1978.—Vol. 7, № 3.—P. 238–242.
5. Pliskin N.H., Yurk H.M., Ho L.T., Umans J.G. Neurocognitive functions in chronic hemodialysis patients // Kidney International.—1996.—Vol. 49, № 5.—P. 1435–1440.
6. Smith E.C., Mahurkar S.D., Mamdani B.H. Diagnosing dialysis dementia // Dial. Transplant.—1978.—Vol. 7, № 12.—P. 1264–1274.

Поступила в редакцию 29.06.2000 г.