

*И. Н. Барсуков*

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ТОКСИЧЕСКИМИ И ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ПОЛИНЕВРОПАТИЯМИ

*Обсуждается опыт применения методов психодиагностики в комплексном лечении больных с эндо- и экзотоксическими поражениями нервной системы. Показано, что предложенная комплексная терапия уменьшает выраженность клинических проявлений хронической полиневропатии и приводит к повышению качества жизни во всех группах больных.*

*This article discusses the experience of applying psychodiagnostic methods in the complex treatment of patients with endo- and exotoxic nervous system damage. The results of the psychological testing showed that the proposed complex therapy reduces the severity of clinical implications of chronic polyneuropathy and increases the quality of life in all patient groups.*

**Ключевые слова:** невротические расстройства, полиневропатия, тип личности.

**Key words:** neurotic disorders, polyneuropathy, personality type.

Известно, что длительно протекающие, резистентные к терапии хронические заболевания не только снижают качество жизни, но и угрожают самой жизни больных, так как возникающие при них невротические расстройства могут приводить к отказу от продолжения лечения и возникновению суицидальных намерений [1; 11]. Среди хронических токсических поражений нервной системы самые частые и типичные — алкогольные (экзогенные) и диабетические (эндогенные) полиневропатии, которые служат моделью для изучения поражения нервной системы при хронической интоксикации [8]. Применение традиционных медикаментозных препаратов в сочетании с методами физиотерапии и электростимуляции позволяет достигать успехов в лечении алкогольных и диабетических полиневропатий [2; 5], однако сохраняющийся высокий уровень инвалидизации доказывает, что в лечении и реабилитации данной категории больных до настоящего времени не произошло настоящего качественного скачка. Пациенты с хроническими полиневропатиями нуждаются в психотерапии, для них должно предусматриваться использование психотропных препаратов [9; 12]. При этом эффективность такой комбинированной терапии в значительной мере определяется уровнем интеграции общесоматической и психиатрической помощи.

Мы оценивали тип личности и уровень невротизации больных с хроническими полиневропатиями до и после комплексной терапии с помощью психодиагностического тестирования. Закономерности развития эндо- и экзотоксических поражений нервной системы изучались у 85 пациентов со средним возрастом  $61,5 \pm 2,8$  лет на момент исследования. Среди обследованных больные с сахарным диабетом составили 22,4 %, с хронической алкогольной интоксикацией — 77,6 %. В группу сравнения вошли 77 пациентов с невротическими расстройствами, представленными кратковременными и пролонгированными депрессивными и смешанными тревожно-депрессивными состояниями в рамках расстройств адаптации [6].

Для решения поставленных задач применялось психологическое тестирование, включающее адаптированный миннесотский многофакторный метод исследования личности (ММПИ, вариант МИЛ) и тест САН (самочувствие, активность, настроение), основанный на оценке результатов анкетирования с выделением эмоционально значимых компонентов [4]. Статистическую обработку данных осуществляли методами вариационной и описательной статистики. Все значения проверены по t-критерию Стьюдента на принадлежность к генеральной совокупности. Адекватные методики выбирали с учетом общепринятых правил системного анализа при уровне вероятности более 95 % ( $p < 0,05$ ). Опрос и осмотр больных проводили по шкале неврологических симптомов NDSS до начала курса лечения и после его завершения.

Клиническое обследование состояло из классического соматического и тщательного неврологического обследования [7]. Семиотика складывалась из субъективной и объективной симптоматики. Субъективное исследование включало сбор и оценку жалоб больных, а также данные анамнеза заболевания и жизни. Анамнез составлялся путем опроса больного и ближайших родственников и по медицинской документации (карта стационарного больного) [3]. Все обследованные пациенты получали комплексную терапию — тиоктовой кислоты, мексидола и магнито-инфракрасно-лазерной терапии [10].

Оценка уровня невротических расстройств у больных с различными типами личности, проведенная по завершении лечения, свидетельствовала об уменьшении психосоматических и психовегетативных нарушений. В целом на фоне купирования болей и нарастания двигательной активности выделялись снижение аффективной напряженности, регресс астенической симптоматики — в первую очередь утомляемости, раздражительности — при меньших сдвигах в выраженности истерических реакций, нередко со сменой демонстративности поведения ипохондрическими тенденциями.

Данные изменения были более отчетливыми у больных с тревожными и нерезкими астеническими реакциями. Результаты тестирования подтвердили характерную динамику психопатологических проявлений: в группе больных с тревожными реакциями при условии достаточной эффективности лечения установлено снижение профиля МИЛ по шкалам депрессии и психастении ( $p < 0,05$ ). При этом сохранение умеренного подъема по шкале депрессии могло быть обусловлено преморбидными тревожно-мнительными чертами характера (рис. 1).

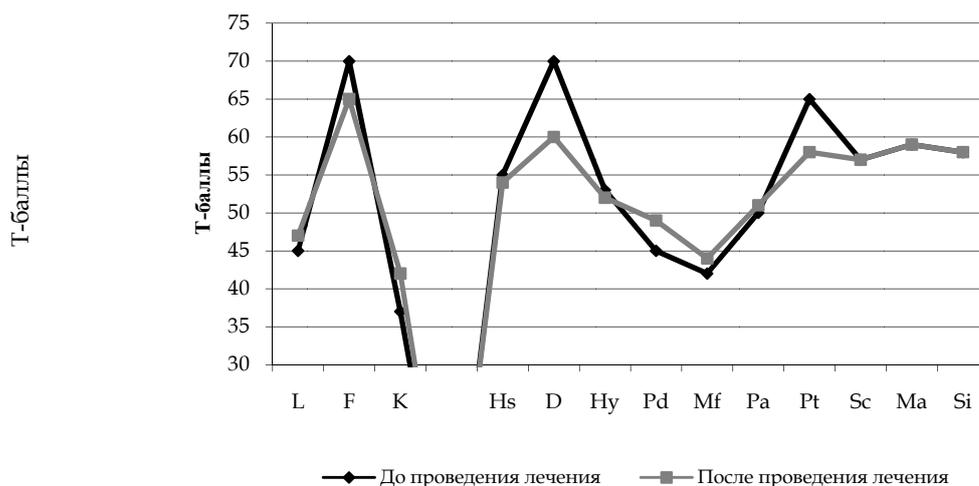


Рис. 1. Динамика показателей МИЛ в процессе лечения больных с тревожными реакциями на фоне хронической полиневропатии

Параллельно с тенденцией к нормализации личностного профиля этих больных наблюдалось изменение расположения векторов САН. При незначительном повышении «активности» и «настроения» отмечался достоверный ( $p < 0,05$ ) подъем «самочувствия», подтверждая общую направленность улучшения психоэмоционального состояния больных (рис. 2).

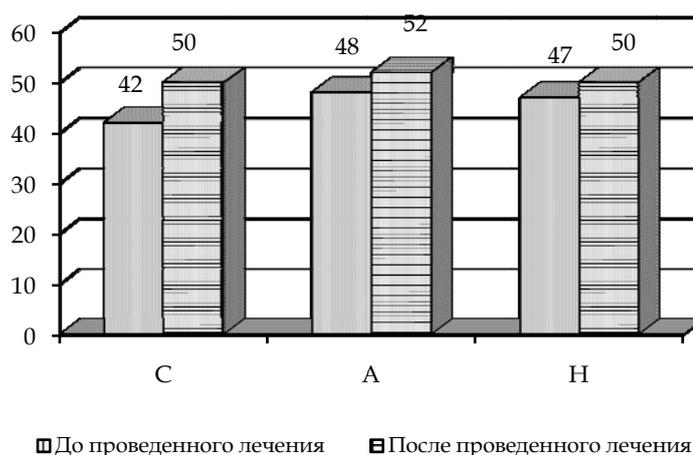


Рис. 2. Динамика показателей САН в процессе лечения больных с тревожными реакциями на фоне хронической полиневропатии

В группе пациентов с нерезкими астеническими реакциями при отсутствии существенных изменений в левой части профиля — по шкалам «невротической триады» — основные сдвиги определялись по шкалам паранойальности и гипомании ( $p < 0,05$ ). Результаты свидетельствуют о

коррекции ригидности установок, во многом индуцированным представлениями о «тяжести» заболевания, снижении эмоциональной напряженности, повышении настроения (рис. 3).



Рис. 3. Динамика показателей МИЛ в процессе лечения больных с нерезкими астеническими реакциями на фоне хронической полиневропатии. Показатели САН характеризовались нерезким и практически равномерным подъемом по всем шкалам ( $p < 0,05$ ), тем самым коррелируя с результатами личностного профиля (рис. 4).

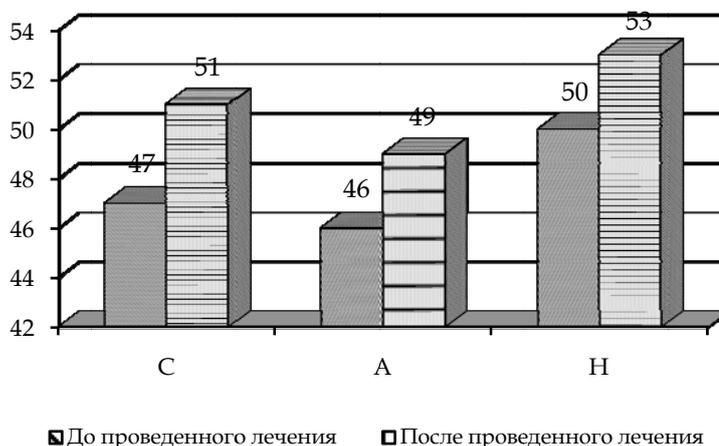


Рис. 4. Динамика показателей САН в процессе лечения больных с нерезкими астеническими реакциями на фоне хронической полиневропатии.

При анализе профиля МИЛ пациентов с астеноипохондрическим синдромом, типичным для поражения психической составляющей, наблюдалось общее снижение показателей по всем шкалам. Выраженное падение исходного пика по шкале ипохондрии ( $p < 0,05$ ) и умеренное по шкале психастении и депрессии указывало на снижение уровня тревоги пациентов о своем здоровье, потребности контролировать характер болезненных проявлений (рис. 5).

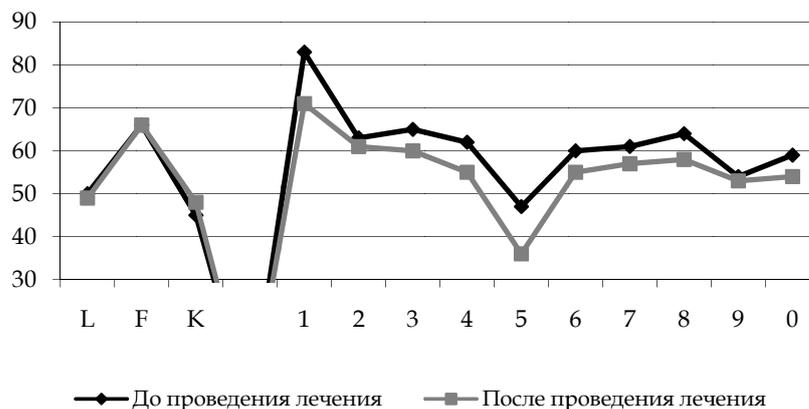


Рис. 5. Динамика показателей МИЛ в процессе лечения больных с поражением психической составляющей (при астеноипохондрическом синдроме) на фоне хронической полиневропатии

Положительные сдвиги были подтверждены также достоверным ( $p < 0,05$ ) повышением всех показателей САН с достаточно высокими показателями «настроения» (рис. 6).

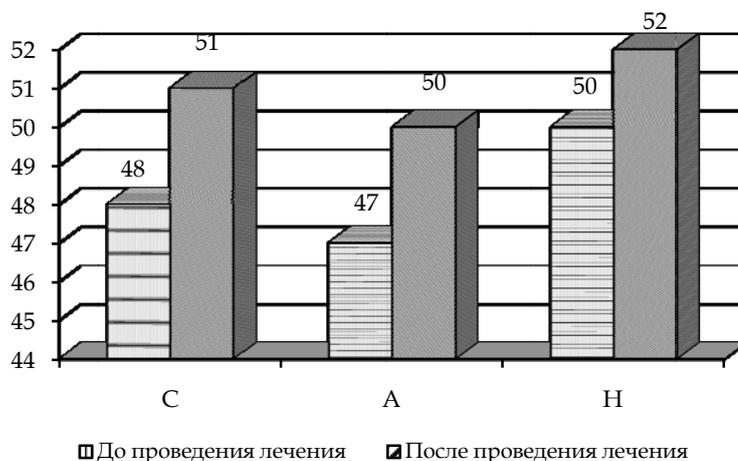


Рис. 6. Динамика показателей САН в процессе лечения больных с поражением психической составляющей (при астеноипохондрическом синдроме) на фоне хронической полиневропатии

В группе больных с истерическими реакциями в результате лечения прослеживалось отчетливое изменение профиля МИЛ, однако при этом снижение выраженности «конверсионной пятерки» сопровождалось преобладанием шкалы ипохондрии, отражая склонность к фиксированию своего внимания на самочувствии (рис. 7).

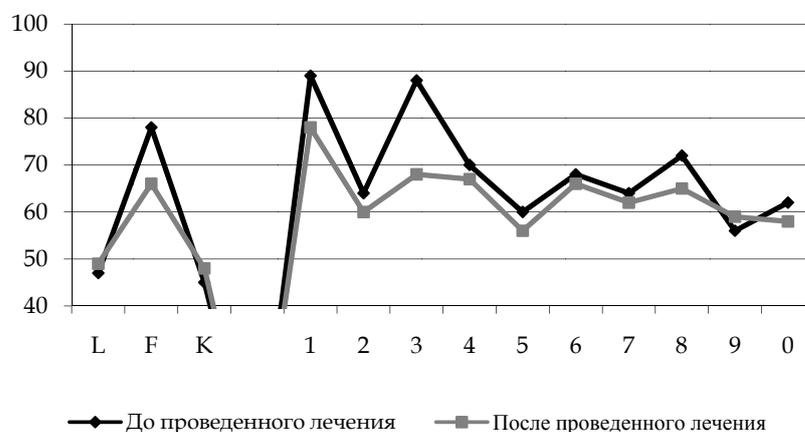


Рис. 7. Динамика показателей МИЛ в процессе лечения больных с поражением психической составляющей (при истерическом синдроме) на фоне хронической полиневропатии

Указанные сдвиги коррелировали ( $p < 0,05$ ) с нерезким подъемом показателей САН при сохранении их характерного расположения (рис. 8).

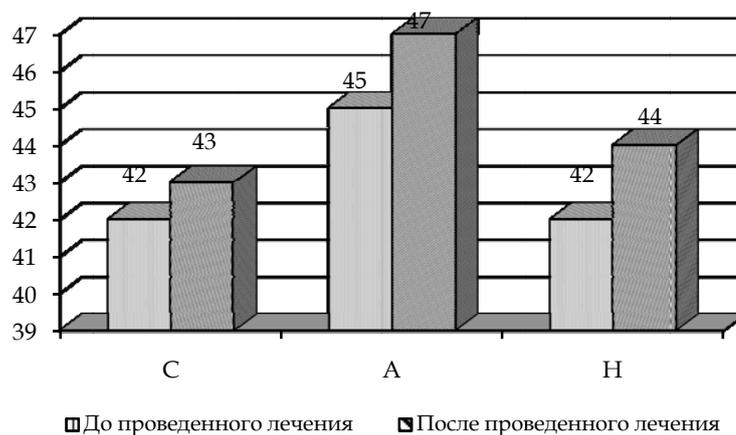


Рис. 8. Динамика показателей САН в процессе лечения больных с поражением психической составляющей (при истерическом синдроме) на фоне хронической полиневропатии

В целом результаты проведенного исследования свидетельствовали о сходстве изменений в психическом статусе больных как основной, так и контрольной групп. Эти изменения обусловлены значимостью в формировании нервно-психических расстройств не только хронического полиневротического синдрома, но и личностных особенностей больных, нередко снижающих эффективность лечения.

Подводя итоги лечения, мы увидели положительную динамику, выражающуюся в снижении уровня невротических расстройств во всех группах больных. На основе приведенных данных можно заключить, что предложенная нами комплексная терапия уменьшает выраженность клинических проявлений хронической полиневропатии и у больных сахарным диабетом, и у страдающих хроническим алкоголизмом. При коррекции неврологических нарушений, вызванных экзо- и эндогенными интоксикациями, необходимо учитывать патогенетические механизмы, клиническую картину, психологические аспекты (тип личности и уровень невротических расстройств), а также дифференцировать подход к подбору широкого арсенала терапевтических средств с акцентом на препараты антиоксидантного действия. Все это имеет большое медицинское и социальное значение в плане реабилитации такой категории больных, а психологическое тестирование может быть рекомендовано к применению в клинической практике с целью объективизации результатов проведенного лечения.

#### Список литературы

1. Александровский Ю.А. Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение. М., 2004.
2. Аметов А.С., Строков И.А., Самигуллин Р.Р. Антиоксидантная терапия диабетической полиневропатии // Русский медицинский журнал. 2005. Т. 13, №6. С. 339–343.
3. Ангельчева О.И. Алкогольная полиневропатия // Неврологический журнал. 2006. Т. 1. С. 51–55.
4. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. М., 2002.
5. Жулев Н.М., Осетров Б.А., Жулев С.Н. Невропатии. СПб., 2005.
6. Лебединский М.С. Очерки психотерапии. М., 1971.
7. Левин О.С. Полиневропатии: клиническое руководство. М., 2006.
8. Хорст В.М. Метаболические и токсические нейропатии // Международный медицинский журнал. 2001. №5. С. 446–449.
9. Чернышова Т.Е., Гурьева И.В. и др. Диабетическая нейропатия (патогенез, диагностика, лечение). М., 2005.
10. Ametov A.S., Barinov A.N., Dyck P. The sensory symptoms of diabetic polyneuropathy are improved with alpha-lipoic acid // Diabetic care. 2003. №26. P. 770–776.
11. Galer B.S., Gianas A., Jensen M.P. Painful diabetic polyneuropathy: epidemiology, pain description, and quality of life // Diabetes Res. Clin. Pract. 2000. Vol. 47. №2. P. 123–128.
12. Wong Man-Chun, Chung J.W.Y., Wong T.K.S. Effects of treatments for symptoms of painful diabetic neuropathy: systematic review // B.M.J. 2007. Vol. 335. P. 87–97.

#### Об авторе

Игорь Николаевич Барсуков – канд. мед. наук, Российский государственный университет им. И. Канта, e-mail: inbarsukov@mail.ru

### **About author**

Dr. Igor Barsukov, Associate Professor, Immanuel Kant State University of Russia e-mail:  
inbarsukov@mail.ru