

## НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Хроническая болезнь почек (ХБП) является важной медико-социальной проблемой в России и во всём мире. На протяжении последнего десятилетия отмечается непрерывный рост числа урогенитальных заболеваний, в том числе, ХБП (1). Закономерным исходом ХБП является необходимость пациентов в заместительной почечной терапии (ЗПТ), основным методом которой является программный гемодиализ (пГД). Обеспеченность пациентов ЗПТ в России увеличивается (2), в связи с чем растёт и 5-летняя выживаемость отдельных групп пациентов с терминальной ХБП (3). Этот факт диктует необходимость улучшения качества жизни таких пациентов, что, безусловно, требует своевременной диагностики и лечения коморбидных состояний.

Распространённость неврологических осложнений у пациентов с ХБП варьирует от 25 до 90 % (4, 5). Наиболее частыми из них являются когнитивные нарушения, синдром беспокойных ног, уремическая полинейропатия и уремическая миопатия (5). Несмотря на столь высокий процент осложнений, число исследований по их распространённости у больных с ХБП весьма ограничено.

**Цель исследования:** изучение распространённости неврологических осложнений у пациентов, получающих программный гемодиализ.

Задачи исследования:

- Изучить распространённость субъективных жалоб и неврологической симптоматики у пациентов на пГД.
- Исследовать взаимосвязь отдельных симптомов с возрастом пациента и длительностью проведения пГД.

### Материалы и методы

Обследовано 66 пациентов, получающих пГД в профильных отделениях больниц и центрах амбулаторного диализа г. Твери и Тверской области. Критериями исключения из исследования были: возраст моложе 18 лет, сахарный диабет 1 или 2 типа, перенесённый инсульт, тяжёлые травмы головы и/или позвоночника.

Для оценки возможного нейропатического характера болевого синдрома использовалась шкала-опросник painDETECT (6).

С целью оценки степени тяжести синдрома беспокойных ног (СБН) использовалась Международная шкала тяжести СБН IRLS (7).

Для выявления астенического синдрома как основного проявления хронической энцефалопатии использовалась субъективная шкала оценки астении MFI-20 (8).

С целью диагностики ортостатической гипотензии — распространённого проявления автономной нейропатии — всем пациентам проводилось двухкратное измерение АД с интервалом 5 минут в положении лёжа и стоя.

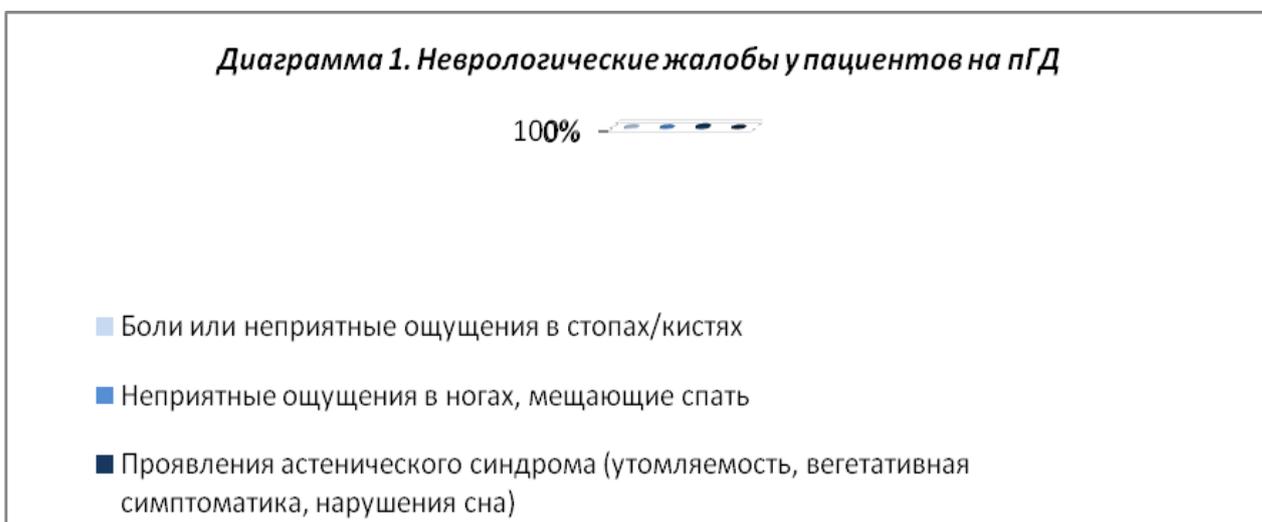
Для оценки скорости высших когнитивных функций всем пациентам проводился тест связи чисел с использованием таблицы Шульце. Количественные данные обрабатывали с помощью стандартного пакета программ SPSS 13.0 for Windows. Результаты считали достоверными при  $p < 0,05$ .

### Результаты и обсуждение

Распространённость основных жалоб, которые предъявляли пациенты с ХБП, представлена на рисунке 1. Жалобы на болевой синдром предъявляли 62 % респондентов. В возрастной группе до 44 лет истинно нейропатический характер боли (более 18 баллов по шкале painDETECT) определялся лишь у 6 % пациентов, старше 44 лет — у 12 % опрошенных. Среди пациентов, получающих пГД менее 5 лет, нейропатический характер болевого синдрома не подтвердился ни в одном случае, тогда как при длительности пГД

более 5 лет он выявлен у 22 % пациентов; связь длительности пГД с распространённостью нейропатической боли является статистически значимой ( $p < 0,05$ ). Также установлена статистически значимая взаимосвязь между длительностью пГД и выраженностью болевого синдрома — доля пациентов на пГД менее 5 лет, оценивающих силу боли более, чем в 5 баллов по визуальной аналоговой шкале боли, составляет 23 %, а при длительности пГД более 5 лет — уже 60 %. Достоверной зависимости между возрастом пациентов, распространённостью нейропатической боли и выраженностью болевого синдрома не установлено.

**Диаграмма 1. Неврологические жалобы у пациентов на пГД**



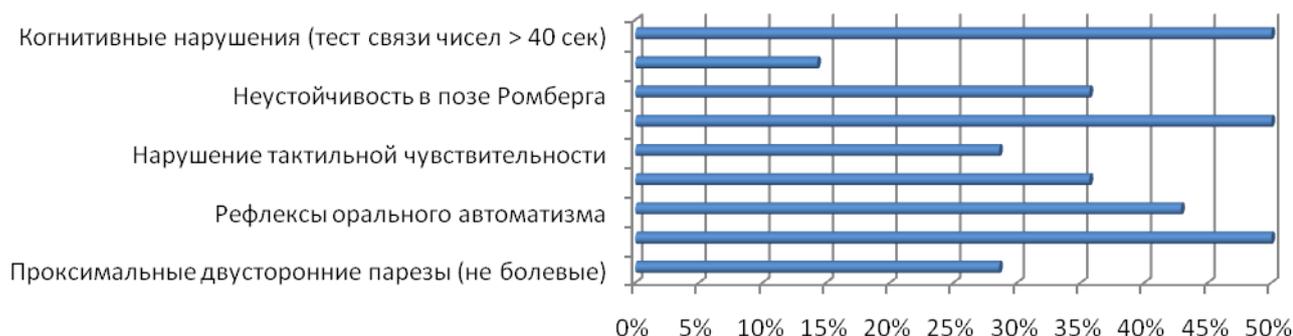
Синдром беспокойных ног (СБН) — состояние, характеризующееся неприятными ощущениями в нижних конечностях, которые появляются в покое, вынуждают больного совершать облегчающие их движения и часто приводят к нарушению сна. Такие ощущения испытывали 52 % опрошенных. Опрос по шкале IRLS показал наибольшую распространённость СБН умеренной степени тяжести (11-20 баллов). Он чаще встречался у пациентов моложе 44 лет (55 % респондентов против 45 % в старшей возрастной группы) и получающих пГД менее 5 лет (58 % и 42 % соответственно), однако статистически значимая взаимосвязь между вышеописанными признаками отсутствует ( $p > 0,05$ ).

Жалобы, характерные для астенического синдрома, отмечали все опрошенные пациенты. Тестирование по шкале MFI-20 показало выраженную астению у 79 % респондентов. Достоверной взаимосвязи между возрастом, длительностью пГД и выраженностью астении не установлено.

Патологическую слабость в проксимальных отделах ног, характерную для миопатии, отмечали 41 % пациентов. Распространённость этого осложнения также не связана с возрастом пациентов и длительностью пГД.

Спектр неврологических нарушений, выявленных при объективном осмотре пациентов, представлен на рисунке 2. Наиболее часто в неврологическом статусе выявлялись: неуверенность при выполнении координаторных проб, изменение сухожильных рефлексов, когнитивные нарушения, рефлексы орального автоматизма, нарушение болевой чувствительности на конечностях и др.

**Диаграмма 2. Объективная неврологическая симптоматика у пациентов на пГД**



### Выводы

1. Среди жалоб у пациентов, получавших пГД, преобладают различные компоненты астенического синдрома и хронический болевой синдром. Распространённость отдельных объективных неврологических симптомов у пациентов, получающих пГД в Тверской области, варьирует от 14 до 50 %.
2. Выраженная астения, не коррелирующая с возрастом и продолжительностью пГД, определяется у 79 % пациентов. Выраженность и распространённость нейропатической боли достоверно связана с возрастом пациента и продолжительностью пГД.
3. Синдром беспокойных ног (наиболее часто — умеренной тяжести) одинаково распространён в различных возрастных группах пациентов и не связан с продолжительностью пГД.

### Литература

1. Официальные данные Федеральной службы государственной статистики, 14.12.2015 г:  
[http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#)
2. Бикбов Б. Т., Томилина Н. А. Заместительная терапия терминальной почечной недостаточности в Российской Федерации в 1998–2013 гг. (Отчет по данным Российского регистра заместительной почечной терапии. Часть первая)/Нефрология и диализ. — 2015, прил. к Т.17, №3. — С.8  
<http://www.nephro.ru/index.php?r=site/contentView&id=12>
3. Бикбов Б. Т., Томилина Н. А. Заместительная терапия хронической почечной недостаточности в Российской Федерации в 1998–2011 гг. (Отчет по данным Российского регистра заместительной почечной терапии. Часть первая)/Нефрология и диализ. — 2014, прил. к Т.16, №1. — С. 104.  
<http://www.nephro.ru/index.php?r=site/contentView&id=12>
4. Arun V. Krishnan, Matthew C. Kiernan Neurological Complications of Chronic Kidney Disease; CME Released: 09/01/2009 <http://www.medscape.org/viewarticle/707972>
5. Novak M., Winkelmann J. W., Unruh M. Restless Legs Syndrome in Patients With Chronic Kidney Disease. Seminars in Nephrology. 2015 Jul; 35 (4):347-58  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26355253#>
6. Интернет-ресурс  
<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxvcG VubmV1cm98Z3g6NDE5Mjk0NzVjZDJjYTc5Mg>
7. Интернет-ресурс <http://ehinacea.ru/uslugi/mielin/diseases/sbn/>
8. Интернет-ресурс <http://memini.ru/tests/24782/>