

2. Shaw K.M., Cummings M.H.: Revised recommendation for diabetes diagnosis and classification. *Practical Diabetes* Vol. 14, No5:1997.
3. World Health Organization Expert Committee on Diabetes mellitus Second Report, Technical Report series 646. WHO, Geneva, 1980.
4. World Health Organization Study Group on Diabetes Mellitus, Technical Report series 727. WHO, Geneva, 1985.
5. 57th Annual ADA Meeting, Boston, 21-24 June 1997: New recommended diabetes guidelines *Practical Diabetes* vol. 14, No5:142, 1997.
6. Report The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, Vol. 20, No7:1183-1197, 1997.
7. Петровски К., Богоев М.: Класификација, дијагноза и терапија на Diabetes mellitus, Едиција, „Елементарна дијабетологија 1“ Скопје, 1-19, 1996.
8. Крстевска Б.: Бременост и Diabetes mellitus. Во: „Елементарна дијабетологија – 4“ Скопје, 1-12, 1997.
9. World Health Organization Expert Committee on Diabetes Mellitus, Geneva, Technical Report Series 310, 1965.
10. McCance D.R., Hanson R.L., Pettitt D.J. Bennett P.H. Hadden D.R., Knowler W.C.: Diagnosing diabetes mellitus – do we need new criteria?. *Diabetologia* Vol. 40, No3:247-255, 1997.
11. SCRIPT no 2246 July 4th 1997 p 18:Major diabetes shake-up US

МАК. МЕД. ПРЕГЛЕД, 1997, 51, 26 – 29

КЛИНИКА ЗА НЕФРОЛОГИЈА, МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ УНИВЕРЗИТЕТ „СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЈА – СКОПЈЕ

ПСИХИЈАТРИСКИ КОМПЛИКАЦИИ И АДАПТАЦИОНИ НАРУШУВАЊА КАЈ ПАЦИЕНТИ ЛЕКУВАНИ СО ХРОНИЧНА ХЕМОДИЈАЛИЗА

PSYCHIATRIC COMPLICATIONS AND ADAPATION DISORDERS OBSERVED IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE

К. ЧАКАЛАРОСКИ¹, В. РИСТОВСКА², М. ПОЛЕНАКОВИЌ³, В. ТРАЈКОВСКИ⁴

Анализирани се психијатриските компликации и нарушувањата во адаптацијата кај болните со хронична бубрежна инсуфициенција (ХБИ), на хронична хемодијализна програма (ХДП). Главни и најчести психијатриски аберации се депресивните манифестации, додека од нарушувањата во адаптацијата се истакнуваат недоволниот „compliance“ во хигиено-диететскиот режим и „темпераментните“ релации со сопругниците и/или дијализниот тим. Понатамошната анализа на механизмите на настанување на овие нарушувања ја оправдува работата на психијатар, односно психолог, во триаголникот „пациент–фамилија–медицински дијализен персонал“.

Клучни зборови: хронична дијализа, психијатриски нарушувања

Summary

The psychiatric complications and adaptation disorders observed in patients with chronic renal failure under maintenance hemodialysis

are reviewed. The main psychiatric complications are depressive states, while special adaptation troubles are lack of compliance with food and water restriction and „temperamental“ relations with their spouses or the medical staff charged with hemodialysis. The mechanisms of some disorders are analysed and emphasis is placed on the usefulness of psychiatric and/or psychological assistance not only for the patient but also to his spouse or the medical staff.

Key words: chronic dialysis, psychiatric disorders

А. ПСИХИЈАТРИСКИ НАРУШУВАЊА

1. АНКСИОЗНО-ДЕПРЕСИВНИ МАНИФЕСТАЦИИ

Анксиозно-депресивните манифестации се најчести психијатриски компликации кај ХБИ. (1) Анксиозноста е најчесто присутна.

¹ ред. проф. д-р на мед. науки

²ас. д-р, специјалист интернист

³ред. проф. д-р на мед. науки

⁴лекар

Ретко се јавува во облик на паничен страв, а најчесто се манифестира со нарушувања на некои физиолошки функции (несоница, дија-реа, невралгии, чукање на срцето) и хипохондријални преокупации (фокусирање во процесот на дијализа, страв од одредена личност, машина или место во просторијата за дијализа).

Преваленцијата на депресијата варира од 10 до 80% (во просек 25%) и се изразува со необјаслива астенија, аверзија спрема работата, нарушување во когнитивните функции, дизапетиција, општа рестрикција на активноста, разочарување и, во потешки случаи, со обид за самоубиство. (2) Обидите за самоубиство се почести одошто во општата популација и специфични во поглед на изборот на средството (отворање на А-В фистулата, консумација на забранети медикаменти, внесување артикли богати со калиум).

2. ДЕЛИРИУМ И ПСИХООРГАНСКИ СИНДРОМ

Најчести причини за делирантни состојби се самата уремија, хиперфосфатемијата, употребата на антихипертензивни (заради конфузија и психостимулација), предозирањето со психотропни лекови во услови на ХБИ, интоксикацијата со алуминиум, како и церебралната афекција која е во склоп на основната болест која довела до хронична бубрежна инсуфициенција (како, на пр., еритематодниот лупус). Од психоорганските синдроми посебно се издвојуваат дијализа дизеквилибриум синдромот (ДДС) и дијализната деменција. Во контекст на примарните невролошки оштетувања присутен е страв, нарушување на емоционалните реакции и когнитивните функции (меморија, концентрација). Дијализната деменција може да биде од метаболно, недоволно дефинирано потекло (без кортикална атрофија, како последица на субдурален хроничен хематом), или во состав на алуминиумска интоксикација. Од друга страна, се забележува дека „органските психотичари“ доста корисно се врзуваат во процесот на дијализата и со својата преокупација ја олеснуваат работата на дијализниот персонал.

3. СЕКСУАЛНА ДИСФУНКЦИЈА

Нарушувањата во сексуалниот живот се многу комплексни и изострено се манифестираат, посебно кај мажите. Тие можат да бидат од органско, психијатриско или психолошко потекло. (3) Кај мажите доаѓа до смалување на либидото со скратено траење и некавалитетна ерекција. Причините се мултипли: анемија, агресивна ултрафилтрациска дијализа, влијание на антихипертониците и труење со цинк. Не треба да се заборава дека

во брачниот живот многу е важно влијанието на анксиозно-депресивните состојби и редукцијата на сексуалната желба.

4. НАРУШЕНА ПРЕТСТАВА ЗА СЕБЕ

Хроничната бубрежна инсуфициенција и хроничната дијализа ја модифицираат телесната функција и изгледот на болниот (замор, гадење, инапетиција, бледило, слабеење...) и раѓаат комплексни чувства на самосожалување, тага за изгубеното („бубрезите се мртви“) и автоалиенација до деперсонализација (вонтелесно исчистување, перманентен трил на фистулата кој секогаш потсетува на вулнерабилност и на фактот дека „фистулата значи живот“). Такво сознавање за изменето тело придвижува архаични (инфантилни) механизми на психоодбрана кои, во случај на деперсонализација, доведуваат до феноменот на негирање, издвојување и проектирање. (4,5.)

Негирањето ја одрекува перманентната смртна опасност отстранувајќи ја тешкотијата со нејзино парадоксално потценување и со прекин на лекувањето.

Издвојувањето (clivage“) сублимира во по-двојување на идеалните (заштитнички) објекти/субјекти од „прогонувачите“ кои му овозможуваат на болниот сопствена идентификација.

Проекцијата се припишува на надворешните влијанија-движење и возбудување, чиј вистински извор всушност е болниот (опасност од одреден член на дијализниот тим, роботизација на дијализната машина надвор од човечката контрола, неповолно легло, „кошмар на дијализираните лица“).

Б. НАРУШУВАЊЕ НА АДАПТАЦИЈАТА

1. СОЦИЈАЛНО-ПРОФЕСИОНАЛНА РЕФЛЕКСИЈА

Презервација на професионалната активност е најдобар индекс на рехабилитацијата и виталноста на болниот и гаранција за успешна трансплантација на бубрег. Меѓутоа, во голем процент кај пациентите се забележува одбегнување на потешки професионални обврски, тенденција кон полесна (помалку одговорна) работа или перманентна инвалидност (скратено работно време, пензионирање), (6,7)

„Clivage“ е често присутен во професионално-фамилијарниот делокруг. Болниот максимално ја прикрива болеста (дисимулација) на работното место, додека во кругот на фамилијата го хиперболизира сопствениот хендикеп.

Рестрикцијата на социјалниот живот кај лицата на хронична програма на хемодијализа

се оправдува со неможноста за генерализација на диететските мерки кај здравите лица, но тоа никако не треба да се сфати како оправдување за повлекувањето и депресијата.

2. БРАЧЕН ЖИВОТ

Здравиот сопружник, посебно во почетокот на хроничната програма на хемодијализа, е „растргнат“ помеѓу наметната идентификација со болниот (обесхрабрување и разочарување, диететски ограничувања, промена на режимот на живот) и дијализната екипа која го „едуцира“ во „заштитник“ на брачниот другар. (8) Тешкотии настануваат ако болниот бил супериорна личност во бракот. Се создаваат ривалства во „триаголникот“: пациент-дијализна екипа – брачен другар, при што болниот посилено се врзува за дијализниот тим (страв за сопствениот живот), а се однесува неблагодарно кон сопружникот и покрај деградацијата на сексуалниот и социјалниот живот. (9) Дијализната екипа несвесно не му дозволува на сопружникот („на-трапникот“) да ги врати изгубените позиции во бракот и дури е спремна да го анализира критички неговото морално однесување.

Како реакција на изнесеното, често се развива т.н. „надзаштитничко однесување“ на здравиот сопружник (феномен на хиперпротекција), што најчесто ја прикрива сопствената агресивност и се финализира во наметнување на сопствената волја над болниот партнер. Работа во група со сопружниците и другите членови од фамилијата на дијализираните болни најчесто ги решава наведените проблеми. (10)

3. СПРОВЕДУВАЊЕ НА ХИГИЕНСКО-ДИЕТЕТСКИ РЕЖИМ

Квалитетот на адаптацијата на хроничната ренална афекција се огледа во респектирањето на диететските, хигиенските (посебно хидричните) рестрикции, како и во придружувањето на термините на дијализа. (4) „Compliance“-от за овие случаи (посебно хидричната рестрикција) изнесува 60-90%. Адаптацијата на новонастанатите услови на живот многу зависи од т.н. „места на екстерна контрола“, т.е. од моќта за расудување на болниот и од доведувањето во врска на контролабилните „среќни“ и „несреќни“ моменти во животот со личните постапки и „центрите за внатрешна контрола“, т.е. чувството на болниот дека е во состојба лично да ја контролира сопствената егзистенција. Во суштина, „compliance“-от зависи од 3 психички механизми на реакција:

- отстапување (повлекување) на болниот-оцена на индексот на депресивност

- негација на болеста – да се однесува како здрава личност, и покрај животната опасност („коцкање со животот“)
- провокација на околината (персоналот) за која знае дека е должна да му помогне.

„Провакотори“ се најчесто лица со слаби професионални, социјални и лични преокупации, кои низ садо-мазохистичка врска со дијализната екипа парадоксно бараат цврста, „негативистичка“ релација.

4. ОДНОСИ СО ДИЈАЛИЗНАТА ЕКИПА

Повеќето болни полесно поминуваат низ сите фази на адаптациониот синдром и рационално ја сфаќаат неопходноста и неминовноста од медицинска зависност. Меѓутоа, кај мал број болни се развиваат:

- хистериформни реакции со афективни побарувања конвергирани во различни псевдооргански оштетувања.

- опсесивни реакции со педантерија и фетишизација на процесот на хемодијализа (приклучување кон една машина, кревет, медицинска сестра, одреден дијализер, доза и време на хепаринизација),

- параноидни реакции кај нарцисоидни лица, манифестирани како горделивост, презривост, потценување и претерано барање-како „наплата“ за понижувањата претрпени во процесот на медицинската зависност.

Наведените компликации може да доведат до отворени конфликти со персоналот и до „јуначка“ агресивност која треба да се отстрани. (9,10)

В. ТЕРАПЕВТСКИ ИМПЛИКАЦИИ

Во спречувањето и лекувањето на психијатриските компликации на хроничната бубрежна афекција потребно е да се посвети внимание, и тоа не само на наметливите случаи (јасна депресија, суицидни идеи, делириум, комплетно изостанување на „compliance“), туку и на минорните промени кај добро адаптирани пациенти, во смисла на рестрикција на афективниот афинитет. Добрата психолошка подготовка на кандидатите за ренална трансплантација овозможува побезболно раскинување со нормите од дијализниот режим и прифаќање на континуирано земање имуносупресиви, како подобра и полесна алтернатива.

Медикаментната интервенција во наведените секундарни психички оштетувања се исцрпува со примената на бензодиазепини, три/квадрициклични антидепресиви, соли на литиумот (300-600 mg/ден) и неантидепресивни

психостимулатори. Наведените лекови е пожелно да се елиминираат преку жолчката и да бидат дијализабилни (корисност од одредувањето на плазматската концентрација).

Бензодиазепините се лекови на избор кај уремичните болни.

Литиум се дава во потешки случаи на манично-депресивна реакција, додека антидепресиви во практиката се даваат во јасни случаи на депресија со суицидални тенденции, во состојби на демотивација и кај микстни сексуални нарушувања. Кај сексуалните дисфункции индицирани се неантидепресивни психостимулатори, како и психостимулатори со вазоактивен ефект (Phenozolon, Adrafinil, Pirsudanol). (11)

Литература

1. Consoli S M. Troubles psychiatriques des insuffisant renaux chroniques. Rev Prat (Paris) 1990; 40(7):640-43
2. Abram HS et al. Suicidal behavior in chronic dialysis patients. Am Jour Psychiatr 127; 1971:1199-1202
3. Oberley T D. Sexual problems in kidney patients. Dial Transplant vol. 9; 1980:906-08
4. Abram AS. Psychiatric reflections on adaptation to repetitive dialysis. Kid Int vol 6; 1974:67-72
5. Towne S. Alexander L. Psychological correlates of emotional adjustment in hemodialysis patients. Dial Transplant vol 9; 1980.
6. Davenport U: Role of the social worker in self-dialysis programs. Dial Transplant vol 10, 1977.
7. Reichsman F et al. Psychosocial aspects of maintenance hemodialysis; chapter 21
8. Finkelstein FO et al. Assesment of marital relationships of hemodialysis patients, Am Journ Med Scien, vol 1;1976:273
9. Freudenberg M. The stuff burnout syndrom in alternative institutions, Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 12, Spring 1975; 270-283.
10. Patin J. Consoli SM. Un group de conjoints des dialyses. Infrom Psychiatr 1984; 60:625-30.
11. Forycki Z, Martens F, Halhofer ST, Ibe K. Transquilizers, analgetics and antidepressants in patients treated with hemodialysis. Blood Purification 1985; 3:109-119

Методи

МАК. МЕД. ПРЕГЛЕД, 1997, 51, 29 - 33

ЦЕНТАР НА ВОЕНОЗДРАВСТВЕНИТЕ УСТАНОВИ, ВОЕНА БОЛНИЦА, ОДДЕЛЕНИЕ ЗА РАДИОЛОГИЈА - СКОПЈЕ

ДВОЈНО КОНТРАСТНА ТЕХНИКА ЗА РЕНДГЕНСКО ИСПИТУВАЊЕ НА КОЛОНОТ ВО ХИПОТОНИЈА

ВАСИЛЧО СПИРОВ

Акцентот во радиологијата во последните декади е врз контролата на квалитетот и прикажувањето на повеќе детали, што во гастроинтестиналната радиологија е постигнато со употреба на двојно контрастни техники, каде што фармаколошките препарати се суштествени за висококвалитетни испитувања.

Целта на оваа студија е да се направи обид за проверка на вредноста на рутинирано користеното модифицирано двојно контрастно испитување со бариумова клизма, со помош на релаксанти на мазната мускулатура во радиодијагностицирањето на цревата.

Беа извршено 650 испитувања со двојно контрастна бариумова клизма, според моди-

фикацијата на WELLIN, со или без глукагон, за да се спореди неговиот ефект врз квалитетот на дијагностицирањето. Овој инцидентален примерок од пациенти, на некој начин веќе селектирани, беше искористен за да се формираат две одделни хомологни групи од по 30 пациенти.

Резултатите беа тестирани со КОЛМО-ГОРОВ-СМИРНОВ-иот тест за два примерока, кој е осетлив за разликите во дистрибуцијата кај двата примерока. На овој начин, алтернативната хипотеза беше потврдена, што значи дека наодите зависат од модификацијата на користената двојно контрастна техника со помош на спазмолитик.