ПСИХОЛОГИЯ. ПСИХИАТРИЯ. НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.12-008

Е. Е. Корсева, А. Н. Шишкин, Ю. Ю. Асанина

ПРОБЛЕМА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ МЕТОДОМ ГЕМОДИАЛИЗА

ФБГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», медицинский факультет

Активное внедрение современных технологий в методы заместительной почечной терапии (ЗПТ) существенно изменило качество и продолжительность жизни диализных пациентов. На современном этапе развития принципов интегративного подхода к проблеме болезни является общепризнанным, что при оценке тяжести заболевания и выборе методов терапии необходимо опираться не только на соматические показатели здоровья, но и на критерии психического состояния.

Все чаще используется внедрение методов психологической диагностики и психиатрического лечения, как психотерапевтического, так и психофармакологического, в ведение больных с различной соматической патологией, включая пациентов с хронической почечной недостаточностью, получающих заместительную терапию методом хронического гемодиализа [1].

Это обусловлено возрастанием частоты психических расстройств у соматических больных, ростом в популяции числа лиц пожилого и старческого возраста [2]. Проблема психосоматических расстройств у больных в клинике внутренних болезней является одной из самых актуальных и обсуждаемых.

Психосоматические расстройства — группа болезненных состояний, проявляющихся формированием общих, возникающих при взаимодействии соматических и психических факторов симптомокомплексов — соматизированных психических нарушений, психических расстройств, отражающих реакцию на соматическое заболевание. Раздел психосоматики в медицине представляют исследования (клинические, психологические, эпидемиологические, лабораторные), освещающие роль стресса в патогенезе соматических заболеваний.

Впервые этот термин применил в начале XIX в. J. Heinroth (1818), во врачебный лексикон он был введен столетие спустя. Первоначально понятием «психосоматические» объединялись заболевания, в патогенезе которых существенную роль играют неблагоприятные психотравмирующие воздействия (ишемическая болезнь сердца,

хроническая почечная недостаточность, артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма и др.). Расстройства, относимые к психосоматическим, включают не только психосоматические заболевания в традиционном, узком понимании этого термина, но и значительно более широкий круг нарушений: соматизированные расстройства, патологические психогенные реакции на соматическое заболевание [3]. К этому ряду относятся также психические расстройства, часто осложняющиеся соматической патологией (нервная анорексия, булимия, алкоголизм и др.), нарушения, осложняющие некоторые методы лечения, например депрессии и мнестические расстройства, развивающиеся после операции аортокоронарного шунтирования, аффективные тревожные и астенические состояния у больных, получающих гемодиализ [4]. О распространенности психосоматических расстройств с точностью судить трудно (показатели болезненности обычно занижены, поскольку эти больные нередко выпадают из поля зрения врачей). Тем не менее частота психосоматических расстройств достаточно высока и колеблется в населении от 15 до 50%, а в общемедицинской практике — от 30 до 57% [4]. Многообразные психосоматические расстройства объединяет общий признак — сочетание нарушений психической и соматической сферы и связанные с этим особенности медицинского обслуживания больных, которое предполагает тесное взаимодействие психиатров и врачей общего профиля, осуществляемое обычно либо в медицинских учреждениях общего типа, либо в специализированных психосоматических клиниках.

Хроническая почечная недостаточность в условиях програмного гемодиализа (ГД) сопряжена со значительной частотой психических расстройств, которые встречаются в 30–60% случаев, по данным Петровой — в 76% наблюдений [5]. Эти расстройства включают как вторичные, соматогенные нарушения, так и расстройства психогенного характера, связанные с психотравмирующим влиянием болезни.

Проблема психосоциального статуса пациентов на гемодиализе является чрезвычайно актуальной. Приблизительно 10% пациентов, госпитализируемых с терминальной хронической почечной недостаточностью, имеют расстройства психики [6]. Возможно, эта цифра занижена и частота психических отклонений у данной категории больных недооценивается.

Образ жизни диализных пациентов абсолютно не соответствует общепринятым нормам. Он связан с зависимостью от процедуры, медицинского оборудования, персонала, с ежедневно повторяющимися приемами многочисленных препаратов, воздействием и других стрессовых факторов, таких как регламентированная диета и потребляемое количество жидкости, процедура диализа, болезненное состояние, множественные потери: работы, свободы передвижения, надежды; половые дисфункции. Психологическая реакция пациента на болезненное состояние зависит от его преморбидных личностных черт, от степени поддержки со стороны родственников и друзей, а также особенностей течения основного заболевания [7].

Трудно недооценить важность уровня социальной реабилитации в жизни диализного пациента. Выявлена достоверная корреляция между такими показателями, как уровень социальной поддержки, доходом семьи [8], коморбидными заболеваниями и неподатливостью лечению (в англоязычной литературе обозначается *non-compliance*) [9], в настоящее время изучается вопрос о взаимосвязи психосоциальных, демографических и медицинских факторов, включая качество жизни больных с неподатливостью лечению [10]. Сложности с трудоустройством и реабилитацией также

представляют проблему для больного, особенно это относится к популяции пожилых больных [11].

Наиболее важными психологическими проблемами, выявляемыми у диализных пациентов, являются депрессия, деменция, неподатливость лечению, лекарственная и алкогольная зависимости, тревога и расстройство персонализации, половой функции. Иногда у пациентов с ТСПН выявляются психотические расстройства [8]. Проблемой может стать и отсутствие сотрудничества со стороны пациентов и родственников. Наиболее значимой проблемой становится проблема депрессии, так как при недиагностированных случаях, а также когда не начато своевременное лечение, она может прогрессировать вплоть до отказа от диализного лечения или суицида [12].

В условиях лечения методом гемодиализа депрессия — наиболее частое психическое отклонение у пациентов, чаще всего является реакцией на действительную, угрожающую или воображаемую утрату. Проявлениями депрессии являются: персистирующее угнетенное состояние, снижение самооценки, ощущение беспомощности.

В клинической картине преобладают различные варианты депрессивного синдрома: депрессивно-деперсонализационный, астено-депрессивный, тревожно-депрессивный, депрессивно-ипохондрический синдромы [13]. Типичный меланхолический синдром включает психомоторную заторможенность, снижение аппетита и потерю веса, свидетельствует о наличии соматического (витального, меланхолического) компонента депрессии у диализных больных. Эти симптомы указывают на возможность наличия эндогенного характера в клинике депрессивных расстройств при лечении хроническим гемодиализом.

Клинически очерченная депрессия (в соответствии с критериями МКБ-10) наблюдается в 38% случаев, при этом слабая степень депрессии отмечена у 27,8%, а умеренная — у 9,8% больных. Еще 40% больных имеют депрессивные расстройства пограничного уровня [5].

В клинической картине депрессии доминирует ангедония — утрата способности получать удовольствие от жизни, снижение социальной активности и сужение круга интересов, в сочетании с чувством подавленности с оттенком тоски или тревоги. Выраженное чувство утраты энергетического потенциала (анергия) у больных, получающих лечение хроническим гемодиализом, также может быть следствием депрессии.

Депрессивные идеи отражают переживания «прикованности» к аппарату «искусственная почка», «зависимости». Деперсонализационные расстройства проявляются в ощущении нарушения целостности организма при лечении хроническим гемодиализом. Сниженное настроение нередко характеризуется чувством безысходности, крушения планов, отсутствия перспектив.

Когнитивная дисфункция при депрессии не достигает у диализных больных степени «депрессивной псевдодеменции». Отмечаются снижение способности к концентрации внимания и произвольному воспроизведению. Важно грамотно дифференцировать симптоматику уремии и депрессивных расстройств.

Примерно 1 из 500 диализных пациентов кончает жизнь самоубийством. Гораздо большее количество больных совершают одну попытку и более. Несоблюдение диеты, рекомендаций врача, нарушение диализной программы (сокращение времени диализа, пропуски процедуры) может также рассматриваться как суицидальные намерения, осознанные или неосознанные. Частота суицидных тенденций в рамках депрессивных расстройств — 15% [14].

Имеют место суицидальные высказывания о бессмысленности, бесперспективности и усталости от жизни, здоровье становится главной жизненной ценностью для больных (84% случаев) [14]. Направленность на сохранение здоровья доминирует в структуре мотивации больных при том, что перспектив выздоровления нет. Наличие суицидальных тенденций сопряжено с агрессией, в том числе с конфликтными отношениями с медицинским персоналом, систематическим нарушением режима гемодиализа и, как следствие, наличием осложнений.

Раздражительность и слезливость относятся к так называемым дополнительным симптомам депрессии и могут маскировать ее основные проявления.

Преобладание депрессивной симптоматики над выраженностью астении, что не типично для чисто соматогенной депрессии, свидетельствует об участии психотравмирующих факторов в развитии психических расстройств у диализных пациентов [15].

Наряду с депрессией, тревога занимает заметное место в клинике психических расстройств при лечении ГД (около 50% случаев). Частота тревожных расстройств велика как у женщин, так и у мужчин (соответственно 87% и 83%) [13]. В большинстве случаев это немотивированная тревога в виде тревожного ожидания, опасений, напряженности, сопровождающаяся невыраженным двигательным беспокойством рук. У 20% больных наблюдается формирование фобического синдрома, из них у 8% больных отмечены фобии: клаустро-, агора-, кардио- и танатофобии. У 5% больных отмечены приступы паники. Отмечена отчетливая повторяемость приступов и наличие тревожного их ожидания в межприступный период. Типична сомато-вегетативная симптоматика, свидетельствующая о симпатикотонии (58,1% и 26,7% случаев). Тревожные расстройства заметно ухудшают социальную адаптацию больных [16].

У 42,6% пациентов ГД имеется связь нарушений сердечного ритма с тревогой [13]. Возникновение депрессии на фоне осложнения ГД в виде гиперпаратиреоза, когда нарушается система регуляции обмена кальция, может свидетельствовать в пользу патогенетической роли систем вторичной регуляции в ее развитии. С другой стороны, выраженные клинические проявления нарушения кальциевого обмена могут обусловить развитие депрессивной реакции.

В патогенезе депрессивных расстройств важную роль играет адекватность проводимого диализа. Выраженность личностного реагирования уменьшается на фоне утяжеления соматического состояния гемодиализных больных, а риск психогении возрастает при соматическом благополучии.

Соматические осложнения депрессивных проявлений не редки и проявляются расстройством сна (86%), сопровождают как эмоциональные, так и астенические расстройства [17]. В их патогенезе принимают участие психогенные и соматогенные факторы, прежде всего наличие боли. Диссомния характеризуется, преимущественно, нарушениями сна в середине ночи и ранними пробуждениями, на 2 часа раньше обычного времени.

У 15% больных на гемодиализе отмечено развитие минимальной мозговой дисфункции, или астенического варианта психоорганического синдрома в виде умеренного снижения внимания, кратковременной памяти, аналитико-синтетических способностей, зрительно-моторной координации в сочетании с повышенной истощаемостью и раздражительностью. Ведущая роль в формировании органического поражения головного мозга принадлежит сосудистому, гипоксическому фактору [5]. Также имеют значение метаболические нарушения и содержание белка в рационе больных. В ряде

случаев снижение интеллектуально-мнестических функций обусловлено преходящими факторами (наличие астении и тревоги).

Влияние сосудистого фактора на психическое состояние больных с ХПН на гемодиализе выражается в повышении тревожности как стабильной личностной характеристики у 61% женщин и 39% мужчин [13]. С учетом того, что тревожность рассматривается как базальная личностная характеристика, предрасполагающая к возникновению дезадаптации, больные с сосудистой патологией представляют собой группу риска в плане развития психических расстройств на фоне психотравмирующих ситуаций.

Стресс-факторы при лечении ГД следующие: неопределенность перспектив, непосредственная угроза жизни, утрата социального положения, изменение образа тела, фрустрация (блокирование реализации) актуальных потребностей, утрата сексуальной потенции, хронический болевой синдром, зависимость от неконтролируемых факторов (работа оборудования). Значимость психотравм определяет, что психология больных зависит от соотношения зависимости и свободы в условиях лечения гемодиализом.

Современный подход в медицине предполагает, что в основе реабилитации должно лежать обращение к личности пациента. Около двух третей диализных пациентов не возвращается к работе, которой были заняты до развития терминальной стадии почечной недостаточности. Способность вернуться к активной трудовой деятельности во многом зависит от тяжести заболевания, своевременности начала диализного лечения [18]. Физическая активность — также важный аспект реабилитации. Для предупреждения и разрешения психических проблем важно использование комплексного подхода, который включает качественную диализную помощь, а также психологическую адаптацию.

Литература

1. *Daugirdas J. T., Blake P. G., Todd S.* Ing. Handbook of Dialysis. 2003. P. 459–465.
2. *Rahman F. P., Sehgal A. R., Smith M. C.* Interdialytic weight gain, compliance with dialysis regimen, and age are independent predictors of blood pressure in hemodialysis patients // *Am J Kidney Dis.* 2000. Feb. Vol. 35(2). P. 257–265.
3. *Rozembaum E. A., Pliskin J. S., Barnoon S., Chaimovitz C.* Comparative study of costs and quality of life of CAPD and hemodialysis patients in Israel // *Israel J Med Sci.* 1985. Vol. 21. P. 335–339.
4. *Patrick D. L., Erickson P.* Health related status and Health Policy // *Allocating Resources to Health Care.* Oxford: Oxford University Press, 1993.
5. *Петрова Н. Н., Баранецкая В. Н., Кабаков А. Б. и др.* Корбидность психической и соматической патологии в условиях лечения гемодиализом // *Нефрология.* 2003. Т. 7, № 2–3. С. 218–227.
6. *Fujisawa M., Ichikawa Y., Yoshiya K. et al.* Assessment of health-related quality of life in renal transplant and hemodialysis patients using the SF-36 health survey // *Urology.* 2000. Aug 1. Vol. 56(2). P. 201–206.
7. *Kimmel P. L., Peterson R. A., Weihs K. L., Simmens S. J.* Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients // *Kidney Int.* 1998. Jul. Vol. 54(1). P. 245–254.
8. *Pang S. K., Ip W. Y., Chang A. M.* Psychosocial correlates of fluid compliance among Chinese haemodialysis patients // *J Adv Nurs.* 2001. Sep. Vol. 35(5). P. 691–698.
9. *Рябов С. И., Петрова Н. Н., Васильева И. А.* Качество жизни больных, находящихся на лечении гемодиализом // *Клиническая медицина.* 1996. № 8. С. 29–31.
10. *Земченков А. Ю., Кондуров С. В., Гаврик С. Л. и др.* Качество жизни пациентов с хронической почечной недостаточностью, корригируемой заместительной терапией // *Нефрология и диализ.* 1999. Т. 1, № 2–3. С. 118–127.

11. *Merkus M. P., Jager K. J., Dekker F. W. et al.* Quality of life in patients on chronic dialysis: self-assessment 3 months after the start of treatment // *Am J Kidney Dis.* 1997. Apr. Vol. 29(4). P. 584–592.
12. *Laidlaw J. K., Beeken J. E., Whitney F. W., Reyes A. A.* Contracting with outpatient hemodialysis patients to improve adherence to treatment // *ANNA J.* 1999. Feb. Vol. 26, N 1. P. 37–40.
13. *Петрова Н. Н., Ванчакова Н. П.* К вопросу о возникновении тревожных расстройств у больных в условиях лечения гемодиализом // *Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева.* 1998. № 1. С. 42–43.
14. *Петрова Н. Н., Ванчакова Н. П.* Личность и витальная угроза // *Нефрология.* 2003. Т. 7, № 1–2. С. 21–27.
15. *Stuart N. J.* The effect of an educational patient compliance program on serum phosphate levels in patients receiving hemodialysis // *J Ren Nutr.* 2000. Apr. Vol. 10(2). P. 80–84.
16. *Simmons R. G., Anderson C. R., Abress L. K.* Quality of life and rehabilitation differences among four ESRD therapy groups // *Scand J Urolo Nephrol.* 1990. Supp 131. P. 7–22.
17. *Вассерман Л. И., Ерышев О. В., Клубова Е. Б. и др.* Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для врачей и психологов. СПб., 1998. С. 48.
18. *Муздыбаев К.* Психология ответственности. Л., 1983.
19. *Laidlaw J. K., Beeken J. E., Whitney F. W., Reyes A. A.* Contracting with outpatient hemodialysis patients to improve adherence to treatment // *ANNA J.* 1999. Feb. Vol. 26, N 1. P. 37–40.

Статья поступила в редакцию 7 декабря 2011 г.