

© Н.П.Ванчакова, 2002
УДК [616.61-06:616.891.7]-003.96

Н.П.Ванчакова

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК И ПРОБЛЕМАМИ АДАПТАЦИИ

N.P. Vanchakova

MENTAL AND PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN PATIENTS WITH DIFFERENT DEGREES OF RENAL DISEASES AND PROBLEMS OF THEIR ADAPTATION

Кафедра психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, Россия

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, психические расстройства, психосоматические расстройства.
Key words: chronic renal failure, mental disorders, psychosomatic disorders.

ВВЕДЕНИЕ

Характер психических и психосоматических расстройств при заболеваниях почек тесно связан с вариантом патологии этого органа и почечной недостаточностью. Такие расстройства могут быть представлены тонкими психологическими реакциями на одном полюсе и грубыми психозами с расстройством сознания на другом.

Сразу необходимо отметить, что больший процент психических и психосоматических расстройств наблюдается у больных с хроническими почечными заболеваниями. У таких больных до развития хронической почечной недостаточности (ХПН) частота психических расстройств зависит от выраженности артериальной гипертензии, энцефалопатии, нефротического синдрома. После развития хронической почечной недостаточности к этим факторам добавляются уремическая интоксикация разной степени выраженности, анемия.

Ведущим патогенетическим механизмом психических и психосоматических расстройств при почечных заболеваниях является ухудшение способности к физическому функционированию. Качество физического функционирования зависит от клиренса креатинина, уровня гемоглобина и белка сыворотки крови, присутствия сопутствующих соматических расстройств, возраста больных. В число ведущих патогенетических механизмов психических и психосоматических расстройств входят психотравмирующее воздействие почечного заболевания и его прогноза, методы лечения, социальные факторы, семейная и/

или генетическая предрасположенность к психическим расстройствам. Так, у части больных с аффективными расстройствами при хронической почечной недостаточности выявляются данные о наличии аффективных колебаний до развития заболевания. В число патогенетических механизмов психических расстройств входит лечение хронической почечной недостаточности методом гемодиализа. Этот метод имеет черты, делающие это заболевание уникальным, и представляет собой специфические условия жизнедеятельности, сопряженные с необходимостью психической адаптации и высокой частотой психических расстройств [8].

Психические расстройства у больных почечными заболеваниями имеют следующие формы:

Нефрогенные психозы

1. Синдромы выключения сознания: оглушение, кома.

2. Синдромы помрачения сознания: атипичный делирий, аменция.

3. Эндоформные психозы: кататонические синдромы, эпилептиформное возбуждение, галлюцинаторно-параноидные, паранояльные синдромы.

Субпсихотические, невротические расстройства

1. Аффективные расстройства: тревожно-депрессивные, апатические депрессии, тревожные, панические расстройства.

2. Суициды.

3. Обсессивно-фобические расстройства, другие неврозоподобные расстройства.

4. Психопатологические расстройства, связанные с изнурительными синдромами: хронические боль, зуд.

5. Психопатологические расстройства как расстройства адаптации к новой форме жизни: ХПН и хронический гемодиализ (ХГ), трансплантация почки.

6. Реакции личности на болезнь.

Дефицитарные расстройства

1. Психопатизация личности, расстройства поведения.

2. Психоорганический синдром.

3. Деменция.

НЕФРОГЕННЫЕ ПСИХОЗЫ

Нефрогенные психозы были очень характерными расстройствами для почечной недостаточности до широкого введения в клиническую практику гемодиализа. Такие психозы могут возникнуть как при острой почечной недостаточности различной этиологии, так и при нарастании хронической и достижении предтерминального состояния. Развитие психотических расстройств, в особенности делирия или аменции, у больных с тяжелыми почечными заболеваниями зависит от выраженности уремического токсикоза, степени артериальной гипертензии, наличия и тяжести интеркуррентных инфекций, зависимости от алкоголя, резидуального органического поражения головного мозга. После создания центров и отделений гемодиализной терапии такие психозы стали редкостью.

Клиническая картина. При нарастании уремической интоксикации появляются кошмарные сновидения, иллюзии, дереализация, гипногические галлюцинации. Признаков двигательного возбуждения, как правило, нет, так как выражена астения в форме адинамии, замедления темпа психических процессов. Далее может развиваться расстройство сознания по типу колебания выраженности оглушения. Больные периодически теряют способность ориентироваться в ситуации, не сразу понимают вопросы. Объем внимания резко ограничен, а острота и точность восприятия снижены.

Делирий. В уремической стадии возможно развитие делирия, который может переходить в аментивную спутанность. Делирий включает симптомы физической слабости, слабо выраженное возбуждение, фрагментарные галлюцинации. По содержанию зрительные галлюцинации – обыденные и носят предметный характер. Часто к зрительным галлюцинациям присоединяются вкусовые, тактильные, обонятельные. Делирий быстро сменяется аменцией и/или выключением сознания. Во время

редких эпизодов прояснения сознания больные адинамичны, неспособны к умственному напряжению, не могут последовательно фиксировать события и их воспроизводить. Длительность делирия колеблется от нескольких часов до нескольких суток.

Аменция. Отличительной особенностью уремической аменции считается монотонность и стереотипность психопатологической картины, бедность эмоциональных проявлений и преобладание астено-депрессивных и апатических расстройств [4]. Клиническая картина аментивного синдрома включает следующие симптомы: выраженная истощаемость психических процессов, инкогерентное мышление, растерянность, недоумение, тревога, страх, неосмысленное выражение лица, стереотипные эмоциональные реакции и движения, нарушение узнавания окружающих. У пациентов развиваются нарушение аутопсихической и аллопсихической ориентировки и последующая амнезия периода психотических расстройств. Продолжительность аментивных синдромов составляет 10-20 дней. Исход аментивных расстройств различен. У больных с острой почечной недостаточностью в случае успешного проведения гемодиализа и адекватной терапии почечного заболевания преимущественно наступает хорошая ремиссия. У больных с хронической почечной недостаточностью психоз заканчивается, если проводится адекватный гемодиализ и в последующем больной переводится на хронический гемодиализ. Без гемодиализной терапии больные погибают.

Нефрогенные психозы начинаются после короткого инициального периода, включающего симптомы утомляемости, ощущение напряжения в голове с путаницей и произвольным течением мыслей, нарушений сна, кошмарные сновидения и аффективные нарушения. Возможно развитие аментивного синдрома после короткого периода оглушения и легкой спутанности сознания или короткого эпизода делирия. Аментивный или делириозный синдромы переходят в синдромы выключения сознания, далее развивается уремическая кома, могут быть судорожный синдром, коллапс и далее летальный исход. Смена синдромов происходит быстро.

Значительно реже развиваются *эндоформные нефрогенные психозы*. Их отличает нестойкость симптомов, психическая истощаемость, отсутствие прогрессивности. В клинической картине часто возникают *кататонические* синдромы (возбуждение, ступор), галлюцинаторно-пара-

ноидные синдромы. В клинике таких психозов на начальном этапе регистрируются двигательное беспокойство и феномены тревоги, страха, злобы, гнева. Это сочетается с импульсивностью и агрессивными действиями, как ауто-, так и экзо направленности, нестойкими галлюцинаторными и бредовыми симптомами. Далее может нарастать двигательное возбуждение, ограниченное пределами постели, возникают редкие судорожные реакции, появляются признаки помрачения сознания. Кататоническое возбуждение может переходить в ступор и наоборот. Длительность таких психотических состояний колеблется от 2-3 недель до 1,5-3 месяцев и зависит от эффективности лечения почечных расстройств.

Бредовые психозы чаще представлены бредом интерпретативного характера по типу бреда отношения. Они имеют нестойкий характер и сочетаются с аффективными расстройствами тревожно-депрессивного типа с выраженными соматовегетативными симптомами. На высоте психотических расстройств возможно возникновение страха, который трансформирует интерпретативный бред в чувственный. Длительность таких психозов более короткая: от нескольких дней до 2-3 недель, и связана с динамикой интоксикации.

У больных с резидуальным органическим поражением головного мозга, возникшим вследствие ранее перенесенных заболеваний, могут развиваться *эпилептиформные психозы* с клиникой дисфорий, сумеречных расстройств сознания, судорожными синдромами. Эти состояния короткие или мерцающие и тоже зависят от соматического состояния больного и тяжести уремической интоксикации.

Так как у больных с почечной недостаточностью часто возникает артериальная гипертензия, это привносит в клинику симптомы сосудистого характера. Больные жалуются на головные боли, головокружения, тяжелые вегетативные расстройства и обнаруживают симптомы цереброкардиального синдрома. При обследовании выявляются признаки гипертензионной энцефалопатии. У таких пациентов дисциркуляторные расстройства могут переходить в острые нарушения мозгового кровообращения с *псевдотуморозной клинической картиной*, включающей синдромы нарушенного сознания. Важно отметить, что у одного больного с хронической почечной недостаточностью на фоне консервативной терапии можно наблюдать трансформацию и переходы

выше описанных состояний в течение нескольких месяцев.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Аффективные расстройства у больных с почечными заболеваниями зависят от степени выраженности почечной недостаточности.

На начальном этапе заболевания развиваются симптомы аффективной лабильности, обусловленные глубокой *астенией*. Астенический синдром обычно имеет клинику астеноадинамического или астеновегетативного. Далее возможно развитие тревожных, астено-депрессивных, тревожно-депрессивных синдромов субпсихотического или невротического уровней.

Клиническая картина *тревожно-депрессивных* расстройств включает чувство тоски, печали, тревоги, вины, ангедонию, ранние пробуждения, утрату интереса к привычным для них занятиям, снижение социальной активности, депрессивные ассоциации, суицидные мысли, ипохондрические переживания, снижение критической оценки состояния, снижение аппетита, потерю массы тела. В их развитии принимает участие не только соматогенный фактор, но и психотравмирующее влияние тяжелого заболевания, требующего кардинального изменения образа жизни, пересмотра системы духовных ценностей.

Клиническая картина *тревожных расстройств* чаще представлена постоянной, генерализованной тревогой (длительностью не менее 3-4 месяцев). Особенностью тревоги является присутствие раздражительности, психического напряжения, двигательного беспокойства, нарушений сна, сердцебиений, соматовегетативной симптоматики, указывающей на симпатикотонию. В целом по сравнению с сосудистыми больными выраженность тревоги снижена за счет глубокой астении. На фоне тревоги возможно возникновение эпизодов более интенсивной тревоги или страха, реже простых фобий, сюжетно связанных с ситуацией хронической почечной недостаточности и хронического гемодиализа. Если клиника почечного заболевания (до развития хронической почечной недостаточности) включает приступы острых болей в форме колики или изнурительного болевого синдрома в области поясницы и феномены болезненной дизурии, то у больных могут формироваться *простые фобии* в форме страха приступа болей, страха далеко уезжать от центров медицинской помощи. Часто такие больные совсем отказываются от поездок. Кро-

ме того, они запасаются лекарствами и могут носить с собой комплект лекарств для экстренной помощи. Агорафобии и социофобии возникают редко. Опасения и страхи преимущественно касаются проведения процедуры гемодиализа, пункции артериовенозной фистулы, работы аппарата «Искусственная почка», возможных осложнений, например, коллапса и гиперкалиемии. В поведении это может выражаться контролем над действиями медперсонала, контролем над действиями лаборантов и за этапами и результатами лабораторных исследований.

Панические атаки возникают у гемодиализных больных редко (5%) и проявляются страхом внезапной смерти, потери сознания, ощущением нехватки воздуха, слабости, головокружения, сердцебиения, озноба.

Частота тревожных расстройств у гемодиализных больных зависит от наличия психотравмирующих факторов (по мере прогрессирования заболевания все большее число сторон жизни больных становится источником психотравмы), типа и выраженности реакции личности на болезнь, выраженности тревожно-мнительных черт личности.

При острой почечной недостаточности аффективные расстройства отличаются кратковременностью и выраженной напряженностью, преобладают тревога и растерянность, которые могут быстро переходить в оглушение.

При хронической почечной недостаточности аффективные расстройства носят стойкий характер. Больные с хронической почечной недостаточностью и хроническим гемодиализом отличаются большой частотой аффективных расстройств и более высокой частотой суицидов по сравнению с общей популяцией (табл. 1).

По шкале Тейлор высокая тревога выявлялась у 61% женщин и 39% мужчин [7]. По методике Спилбергера-Ханина выраженность личностной тревоги поднимается до $52,8 \pm 13,1$ баллов, а реактивной – до $48,3 \pm 12,1$ баллов [5], по шкале Гамильтона – $12,2 \pm 0,4$ баллов [1].

Для больных с хронической почечной недо-

статочностью, находящихся на хроническом гемодиализе, характерна прямая зависимость между тяжестью соматического состояния и развитием аффективных расстройств. В то же время на фоне улучшения самочувствия у больных может актуализироваться психотравмирующее влияние заболевания и социальных факторов, усиливается реакция личности на болезнь и лечение гемодиализом. Технические характеристики гемодиализа, такие как скорость ультрафильтрации, время диализа, вид диализатора и мембраны не влияют на частоту развития аффективных расстройств. Имеется прямая связь между длительностью диализа и тяжестью аффективных расстройств. Наиболее выражены аффективные расстройства и личностная дезадаптация у больных, получающих консервативную терапию хронической почечной недостаточности на терминальной стадии. Перевод на гемодиализ снимает эти вопросы, но является началом новой жизни, зависимой от аппаратов. Однако имеются ситуации, в которых возврат на лечение гемодиализом вследствие отторжения пересаженной почки приводит к развитию тревожно-депрессивных расстройств.

Из соматических факторов на частоту аффективных расстройств влияют:

тревога, обсессивно-фобические расстройства: наличие аритмии, длительность и выраженность артериальной гипертензии, анемии, показатель общего белка крови, содержание α_2 и β -глобулинов в крови, мочевины крови, креатинина крови;

депрессия: уровень гематокрита, креатинина, мочевины в сыворотке крови;

астения: возраст, соблюдение режима гемодиализа, анемия.

На значимость сосудистого фактора в происхождении тревоги у гемодиализных больных указывает то, что коррекция гипертензии ведет к уменьшению тревоги и двигательного беспокойства [2].

Развитие депрессивных и тревожных расстройств влияет на выживаемость пациентов, так как больные без тревоги и без депрессии крайне редко нарушают режим, и у них ослабляется негативное влияние сосудистого фактора и других феноменов, обусловленных симпатикотонией.

ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Психоорганический синдром формируется постепенно и зависит от давности заболевания, наличия и длительности артериальной гипер-

Таблица 1

Частота аффективных расстройств у больных хронической почечной недостаточностью, получающих хронический гемодиализ

Вид расстройства	Частота встречаемости
Астения	30%
Депрессия (клинич. выражен.)	38%
Депрессия (пограничная)	40%
Тревога	50%
Обсессивно-фобические расстройства	20%

тензии, частоты обострений заболевания, степени токсикоза, длительности эпизодов нарушенного сознания вследствие токсикоза. Психоорганический синдром при почечных заболеваниях отличается выраженной астенией. При экспериментально-психологическом исследовании у таких больных выявляется замедление темпа мышления, сужение круга интересов, преобладание конкретных понятий над понятиями обобщающего характера, уменьшение объема внимания, снижение памяти. На электроэнцефалограммах обнаруживаются признаки поражения глубоких структур мозга, дисфункция срединных структур, таламических и гипоталамических. Нередко выявляется пароксизмальная активность в лимбических и ретикулярных структурах. Перечисленные зоны патологической активности объясняют разнообразие пароксизмальных расстройств, которые могут быть представлены не только генерализованными судорожными припадками, но и аффективными и вегетативными пароксизмами [4].

Психоорганический синдром встречается у 13% больных с длительным хроническим гемодиализом и в большей степени проявляется дезадаптивными реакциями, в которых выражен дисфорический или апатический компонент [1].

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ДЛИТЕЛЬНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Хронический гемодиализ при хронической почечной недостаточности является особой специфической формой жизни, обеспечиваемой аппаратурой. Число больных с такой формой жизни растет, появляются пациенты с большой длительностью такой формы жизни, которая в отдельных наблюдениях приближается к сроку жизни без гемодиализа. Все это формирует свой круг психосоматических и патопсихологических проблем.

Внутренняя картина болезни. Как известно, отношение к болезни зависит не только от врожденных особенностей, но и от этапа заболевания, характера лечения, качества лечения, присутствия в клинике изнурительных или тяжелых симптомов. Динамика типов отношения к болезни больных с хронической почечной недостаточностью и хроническим гемодиализом отражает постепенную психическую адаптацию больных к лечению [6]. На этапе подготовки к гемодиализу чаще выявляется сенситивный тип отношения к болезни. В период адаптации к

гемодиализу чаще выявляется гармоничный тип отношения к болезни. На этапе стабильного гемодиализа у большего числа больных регистрируется эргопатический тип отношения к болезни. В целом преимущественно с близкой частотой у больных с хронической почечной недостаточностью и хроническим гемодиализом встречаются сенситивный (40%) и эргопатический (40%) типы отношения к болезни. Другие типы отношения к болезни встречаются значительно реже.

Сенситивный тип отношения к болезни наиболее благоприятно сказывается на соматическом состоянии больных. С таким типом отношения к болезни пациенты лучше соблюдают режим гемодиализа, контролируют режим питания, прибавки веса в междиализный промежуток времени.

Появление в клинической картине заболевания осложнений: анемии, желудочных и дуоденальных язв, способствуют формированию неврастенического типа отношения к болезни и лечению. Тип отношения к болезни не только отражает успешность адаптации больного к болезни и лечению, но и в значительной степени влияет на нее, определяя, в частности, развитие психических расстройств. Чрезмерная чувствительность, озабоченность своим состоянием, пессимизм в оценке перспектив лечения при сенситивном, неврастеническом, меланхолическом типах отношения к болезни служат почвой для формирования психических расстройств.

Особенности личности больных хронической почечной недостаточностью, получающих хронический гемодиализ. Изучение личности с помощью методики ММРІ отметило повышение показателей по шкалам психастении, паранояльности, депрессии, истерии. При этом у одного больного одновременно фиксировался подъем по нескольким шкалам. Анализ конфликтных ситуаций и поведения больных дает основание говорить о нарастании агрессивности, присутствии склонности к обвинению окружающих в развитии конфликтных ситуаций, некритичного отношения к своему поведению и повышенной требовательности к окружающим [7]. В то же время имеется группа пациентов, у которых свойственная больным на гемодиализе агрессивность может сочетаться со стремлением к рациональному разрешению проблем. Такая совокупность психологических характеристик способствует дезактуализации чувства неполноценности и не препятствует

адекватному поведению во фрустрирующей ситуации. Этот профиль личности и стиль поведения характерен для большей части больных в период адекватного гемодиализа, и суммарный показатель их социальной адаптации близок к норме.

Исследование уровня *невротизации* установило, что невроти́зация была в 4 раза выше у мужчин, чем у женщин. Оказалось, что ситуация хронической почечной недостаточности и хронического гемодиализа стирает половые различия в частоте возникновения невротических расстройств [2]. Женщины перестают быть лидерами по этой характеристике. В результате складывается противоречивая ситуация. Повышение качества жизни подразумевает сохранение социальной активности пациентов. Но сохранение социальной активности больных с хронической почечной недостаточностью, получающих хронический гемодиализ, осуществляется за счет механизмов, увеличивающих их невроти́зацию. Последнее, несомненно, составляет трудную проблему выбора при проведении психотерапии.

Психопатизация личности встречается у 10-15 % больных хронической почечной недостаточностью и хроническим гемодиализом и имеет связь с длительностью гемодиализа, характером социального окружения, признаками резидуального органического поражения головного мозга, алкогольной зависимостью. Такие больные часто проявляют вербальную и поведенческую агрессию, грубо нарушают пищевой режим, периодичность сеансов гемодиализа, капризны, употребляют алкоголь, наркотики, совершают кражи. Эти больные становятся очень трудной группой не только по медицинским критериям, но и социальным [3].

Психологические конфликты у больных с ХПН, получающих гемодиализ. Для больных с хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении гемодиализом, типично существование широкого спектра конфликтов, обусловленных нарушением нескольких компонентов системы внутриличностных отношений. Ведущее место в этих переживаниях занимает соматическая озабоченность и выраженная тревожность. Выраженность соматической озабоченности имела обратную корреляцию с социальной адаптацией. У больных с ХПН и ГД имеют место как невротические, так и психосоматические конфликты. *Психосоматический конфликт* у таких больных представлен противоборством стремления к независимости, с од-

ной стороны, и потребностью в зависимости, в помощи и опеке, так как они тяжело больны и не могут обходиться без этого. В структуре этого конфликта лежит и столкновение между социально принятыми нормами и нарастающей тенденцией к агрессивному поведению. *Невротический конфликт* у таких больных представлен конфликтом между уровнем притязаний и возможностями, конфликтом между их потребностями, измененными болезнью, и требованиями окружающей среды.

Наиболее интенсивно эти конфликты проявляются в системах «жизненные цели», «страхи и опасения», «чувство вины». Меньше внутриличностные конфликты отражаются в отношениях с друзьями, знакомыми, сотрудниками и подчиненными. Изучение их жизненного стиля выявило, что более 70% дают положительную оценку сферам «досуг», «семья», «секс». Источником конфликтов «сфера общения» является только для 14% больных.

С переходом на лечение гемодиализом здоровье становится главной жизненной ценностью для 84% больных. А на этапе консервативного лечения только у 22% пациентов. На фоне лечения гемодиализом в большей степени фрустрирована потребность социального достижения. Типична высокая конфликтность в области жизненных целей, которая имеет прямую корреляцию с частотой депрессивных расстройств. Чаше, чем в норме, встречается тип реакции с фиксацией на удовлетворении потребностей. Не характерна фиксация на препятствии, более характерны реакции самозащиты, стремление к рациональному выходу из конфликтной ситуации.

Трансформация системы жизненных ценностей, актуальность поиска смысла жизни, необходимость приспособления к новым условиям жизни, искусственно созданным при лечении гемодиализом, воздействие на психику больных специфических психотравмирующих факторов, связанных с гемодиализом, ведет к активизации психологической защиты.

Механизмы психологической защиты. Как известно, механизмы психологической защиты и личностные особенности взаимосвязаны. Эта же тенденция характерна для больных хронической почечной недостаточностью, получающих хронический гемодиализ. В целом, у больных с хронической почечной недостаточностью и хроническим гемодиализом встречается широкий спектр механизмов психологической защиты. Наиболее существенные различия касаются сравнения групп женщин и мужчин. Женщины чаще

применяют не эффективные механизмы: регрессию, гиперкомпенсацию, проекцию (перенос на окружающих собственных негативных чувств и представлений). Такая личностная характеристика как тревожность сочетается с напряжением всех механизмов психологической защиты, за исключением вытеснения и отрицания, которые как раз являются наиболее эффективными в отношении профилактики психогенных расстройств в специфических условиях лечения гемодиализом. Таким образом, женщины с повышенной тревожностью особенно предрасположены к психогенным расстройствам в условиях хронического гемодиализа.

Копинг-стратегии. В целом частота дезадаптивных и адаптивных стратегий близкая. Это указывает на декомпенсацию, т.к. в норме доминируют адаптивные стратегии. Из адаптивных стратегий в поведенческой сфере преобладали сотрудничество (37%), обращение к поддержке (30%), альтруизм (25%), обращение за помощью (17%), в когнитивной сфере – сохранение самообладания (72%), проблемный анализ (60%), установление собственных ценностей (56%), в эмоциональной сфере – оптимизм (72%). Перечисленные копинг-стратегии позволяют вовлекать больных в организацию лечения, помогают соблюдать режим гемодиализа, терапевтические рекомендации. Из дезадаптивных стратегий наиболее часто использовались отвлечение, избегание, смирение, религиозность, растерянность, подавление эмоций. Дезадаптивные копинг-стратегии приводят к психологической изоляции больного, сепарации от проблем болезни, лечения гемодиализом, и негативно отражаются на соблюдении лечебного режима. У мужчин адаптивные стратегии в поведении наблюдаются чаще, чем у женщин (два к одному). В то же время женщины чаще используют адаптивные стратегии в когнитивной и эмоциональной сферах копинг-поведения. Этим объясняется более низкий уровень невротизации женщин и большая социальная сохранность мужчин.

Изнурительные симптомы у больных с хронической почечной недостаточностью и хроническим гемодиализом и их влияние на психическое состояние. В число изнурительных симптомов при хронической почечной недостаточности и хроническом гемодиализе включают артериальную гипертензию, расстройства сна, боль, зуд. Считается, что боль и зуд обусловлены дистрофическими процессами, типичным примером которых является остеопороз. Эти симптомы

плохо поддаются коррекции в результате процедуры гемодиализа и применения обезболивающих средств. Так как период жизни больных с терминальной хронической почечной недостаточностью прогрессивно удлиняется благодаря совершенствованию методов гемодиализа ($34,4 \pm 18,4$ месяца или от 1 до 120), то и период жизни с болью, зудом тоже увеличивается, и это оказывает сильное влияние на психическое состояние пациентов. Локализация боли очень обширна, легче отграничить зоны, в которых боли не возникают. Это низ живота, внутренняя поверхность бедер, лицо, уши. Зуд чаще локализуется в области нижних конечностей, спины, реже бывает диффузным. Интенсивность боли и зуда высокая. По аналоговой шкале боли она колеблется в зоне от 4 до 7 баллов. По шкале зуда в зоне от 3 до 5 баллов. У больных с синдромами боли имеются выраженные расстройства сна, которые включают как нарушения, типичные для тревоги (затрудненное засыпание и частые пробуждения), так и для депрессии (ранние пробуждения и мучительное самочувствие после пробуждения).

Присоединение к клинической картине заболевания хронической боли и зуда приводит к тому, что больные начинают чаще использовать дезадаптивные стратегии совладающего поведения (табл.2).

По сравнению с больными без боли и зуда они значительно более депрессивны и более тревожны. Если сравнить аффективные расстройства у больных с болями и у больных с зудом, то становится явным, что больные с зудом более депрессивны, а больные с болью тревожно-депрессивны. Важно отметить, что зуд ассоциируется со средними показателями аффективных расстройств, а боль с высокими.

Таблица 2

Частота дезадаптивных стратегий совладающего поведения у больных с ХПН в зависимости от наличия боли и зуда

Копинг-стратегии	Боль и зуд	Без боли и зуда
Поведенческая сфера		
Компенсация	33%	0%
Отступление	26%	10%
Когнитивная сфера		
Растерянность	46%	20%
Игнорирование	60%	30%
Эмоциональная сфера		
Протест	33%	10%
Агрессивность	13%	0%
Покорность	26%	0%

ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ПОЧЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В лечении нефрогенных психозов ведущее место занимает детоксикационная терапия и как наиболее эффективный метод – гемодиализ. В классических показаниях к гемодиализу указывается, что его противопоказанием являются болезнь Альцгеймера, мультиинфарктное поражение головного мозга, опухоли головного мозга. Так как метод гемодиализа позволяет купировать тяжелые психические расстройства у больных с почечными заболеваниями, сегодня гемодиализ включен в меры экстренной помощи таким больным, но вопрос применения его решается у постели каждого конкретного пациента. Применение психофармакологических препаратов при острых психотических состояниях мало перспективно, может только на какое-то время сделать больного более управляемым в условиях отделения, подготовки к гемодиализу. Фармакокинетика психотропных препаратов при хронической почечной недостаточности изменена.

В периодической литературе имеются указания на применение антидепрессантов, транквилизаторов, нейролептиков у больных, получающих гемодиализ. Выбор препарата в таких рекомендациях традиционно ориентирован на психопатологический синдром. Как правило, не ставится цель оптимизировать терапию так, чтобы убрать и изнурительные симптомы.

Так как анальгетики у таких больных мало эффективны, то с анальгетическими целями чаще используется широкий спектр противовоспалительных препаратов, в том числе гормоны. Но эти препараты тоже далеко не всегда могут уменьшить или купировать изнурительные синдромы.

В связи с высокой частотой аффективных расстройств и опасностью суицидов у больных хронической почечной недостаточностью, получающих хронический гемодиализ, особый интерес в последние годы приобрело изучение эффективности разных групп антидепрессантов у таких больных. Есть данные, которые подтверждают хорошую эффективность антидепрессантов низко селективного типа в отношении всего комплекса расстройств: депрессия, тревога, боль, зуд, расстройства сна. Сегодня препаратом первого выбора для таких больных стал четырехциклический антидепрессант леривон [5, 9, 10]. На фоне применения антидепрессантов больные становятся спокойнее, чаще про-

являют адаптивный тип поведения, лучше спят, снижается интенсивность или полностью проходят изнурительные синдромы, исчезают депрессивные ассоциации и суицидные мысли.

Применение транквилизаторов бензодиазепинового ряда имеет ряд интересных характеристик. У больных хронической почечной недостаточностью и хроническим гемодиализом слабо проявляется гипотензивное действие этих препаратов, хотя выражено миорелаксирующее действие, антитревожное и как следствие – улучшение поведения и облегчение засыпания, уменьшение тревожных пробуждений. У больных гипертонической болезнью выражены ангиолитическое и гипотензивное действия. Именно поэтому введение реланиума и динамика артериального давления позволяет дифференцировать больных с артериальной гипертензией, обусловленной почечным заболеванием (но не на диализе), от больных с гипертонической болезнью. При гипертонической болезни введение реланиума приводит не только к уменьшению тревожных расстройств, но и к снижению артериального давления. Высокая аддиктивность транквилизаторов и развитие вялости и мышечной слабости на фоне их приема ограничивают их применение у больных с хронической почечной недостаточностью и хроническим гемодиализом. Преимущественно они выгодны в острых или экстренных ситуациях.

У больных с хронической почечной недостаточностью и хроническим гемодиализом чаще применяются следующие нейролептики: сонпакс, хлорпротиксен, тиаприд, эглонил, флюонксол, малые дозы галоперидола. Обусловлено это тем, что острые психотические состояния лучше купируются процедурой гемодиализа, а нейролептики применяются для коррекции расстройств субпсихотического или невротического уровня (тревога, страх, раздражительность, паранойяльные синдромы, расстройства поведения). Важно отметить, что нейролептики, обладающие вегетостабилизирующим влиянием или подавляющие симпатикотонию, могут уменьшать или полностью подавлять симптомы боли и зуда. Но эти эффекты в такой сложной группе больных исследованы недостаточно.

Психотерапия. В связи с тем, что чаще психические расстройства возникают у больных с хроническими почечными заболеваниями на этапе грозного прогноза, то задачи психотерапии у таких больных очень сходны с задачами психотерапии у других групп больных с заболеваниями, угрожающими жизни. Центральны-

ми проблемами психотерапии являются определение роли пациента в болезни и лечении, постановка цели (что есть выздоровление, зачем жить), преодоление страха смерти, преодоление своих затаенных обид, которые мешают больному занимать активную позицию, обучение приемам расслабления и преодоления тягостных состояний, тяжелых изнурительных симптомов, например боли.

Актуальными задачами психотерапии у больных с хронической почечной недостаточностью и хроническим гемодиализом являются обучение релаксации в момент подключения аппарата гемодиализа, повышение мотивации соблюдения режима, диетических требований, контролю водной нагрузки, подготовка к трансплантации почки. Достичь перечисленных целей возможно за счет коррекции копинг-стратегий, расширения арсенала методов психологической защиты, снижения актуальности или нейтрализации внутри личностных конфликтов. Столь сложные и многоплановые задачи являются основанием для использования разных психотерапевтических методик. Факторами, определяющими выбор метода, являются профессиональные навыки и специализация врача.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Ванчакова Н.П., Рыбакова К.В. Комплексная оценка психического состояния и стратегий совладающего поведе-

ния больных хронической почечной недостаточностью, осложнившейся синдромами боли и зуда в условиях гемодиализа. Психологические и психиатрические проблемы клинической медицины // Сб. научн. трудов.. посв. 100-летию кафедры психиатрии и наркологии СПбГМУ. - СПб.: Из-во НИИХ СПбГУ, 2000. - С. 138-139.

2. Ванчакова Н.П., Скворцов Н.Л. Транквилизаторы в комплексном лечении артериальной гипертензии. // Врачебное дело. - 1988. - № 8. - С. 48-50

3. Ванчакова Н.П., Рыбакова К.В., Смирнов А.В. Нарушения поведения и негативные эмоции у больных с ХПН, получающих гемодиализ. // Нефрология. - 2000. - Т. 4, № 2. - С. 92.

4. Наку А.Г., Герман Г.Н. Психические расстройства при заболеваниях почек. - Кишинев: Штиинца, 1981. - С. - 160.

5. Петрова Н.Н., Ванчакова Н.П. К вопросу о возникновении тревожных расстройств у больных в условиях лечения гемодиализом. // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - 1998. - № 1. - С. 42-43.

6. Петрова Н.Н., Дмитриева Г.Ю. Внутренняя картина болезни у пациентов, получающих лечение методом перманентного гемодиализа. // Нефрология. - 1998. - Т. 2, № 1. - С. 84-88.

7. Петрова Н.Н., Васильева И.А. Психологический портрет больных, находящихся на лечении методом перманентного гемодиализа. // Нефрология. - 1998. - Т. 2, № 3. - С. 84-91.

8. Sensky T. Psychosomatic aspects of end stage renal failure // Review Psychotherap. Psychosom. - 1993. - Vol. 59, № 2. - P. 56-68.

9. Vanchakova N.P., Ignatov J.D., Rybakova K.V., Smirnov A.V. Neurotic symptoms level and strategy for coping in patients with the end-stage renal disease pain, itching under chronic haemodialysis. // Pain in Europe. III Advances in pain research and therapy. 4 Congress of the European federation of IASP Chapters. Nice, France 26-29 Sept. - 2000. P. 340.

10. Vanchakova N.P., Ignatov J.D., Rybakova K.V. Treatment of chronic pain syndrome with various antidepressants in patients with terminal renal disease under chronic haemodialysis. // Abstracts. 10th World Congress on pain. August 17-22, 2002, San Diego, California, USA. IASP press. - P. 414.

Поступила в редакцию 09.09.2002 г.