© Н.Н.Петрова, Г.Ю.Дмитриева, 1998
УДК 159.9:616.61-008.64-036.12-085.38-058

Н.Н. Петрова, Г.Ю. Дмитриева

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ МЕТОДОМ ПЕРМАНЕНТНОГО ГЕМОДИАЛИЗА

N.N. Petrova, G.Yu. Dmitrieva

ATTITUDE TO ILLNESS IN PATIENTS UNDER CHRONIC HEMODIALYSIS TREATMENT

Научно-исследовательский институт нефрологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, Россия

РЕФЕРАТ

На примере пациентов, получающих перманентный гемодиализ, показаны особенности формирования внутренней картины болезни и ее влияния на адаптацию к заболеванию и лечению. Определены факторы, влияющие на психическую адаптацию и отношение к гемодиализу. Техническое совершенствование метода и повышение его эффективности могут способствовать профилактике психической дезадаптации больных и улучшению их качества жизни.

Ключевые слова: адаптация, гемодиализ, отношение к болезни.

ABSTRACT

Specific features of the attitude to their illness and its role in adaptation to the illness and treatment were investigated in patients under chronic hemodialysis taken as an example. The factors influencing the psychic adaptation and attitude to hemodialysis were found out. The technical improvement and higher effectiveness of this method can facilitate the psychic adaptation of the patients and improve their life quality.

Key words: adaptation, hemodialysis, attitude to illness.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время особую актуальность приобретают две цели лечения терминальной стадии заболевания почек: увеличить выживаемость и улучшить качество жизни пациентов, получающих заместительную терапию [3]. Для того, чтобы улучшить качество жизни, необходим соответствующий контроль симптомов и осложнений уремического синдрома, персистирующего несмотря на экстракорпоральную коррекцию, и так называемой связанной с гемодиализом (ГД) патологии, прогрессирующей во времени [2]. Несомненно, одной из задач программы заместительной терапии хронической почечной недостаточности (ХПН) является восстановление доуремического уровня биологической, психологической и социальной адаптации, достижение максимального психосоциального совершенствования и развития и, в то же время, адаптация к стрессорному влиянию терапии [1]. Конечной целью является полная медицинская и социальная реабилитация пациентов. В этом контексте изучение психического статуса больных, получающих лечение ГД, становится необходимым методом в оценке эффективности терапевтических и технических нововведений.

В задачи исследования входило выявление психопатологических изменений у больных, находящихся на ГД, а также определение факторов и оценка их роли в развитии психических расстройств; поиск адекватных индикаторов изменения психического состояния больных в процессе заместительной терапии.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 30 больных с ХПН, находящихся на лечении программным ГД в отделении хронического ГД Центра новейших технологий. Основной причиной ХПН был хронический гломерулонефрит (24 случая), в 3 случаях наблюдался хронический пиелонефрит, в 2 —

поликистоз почек и в 1 — врожденная аномалия развития почек. По половому признаку больные распределились практически в равных соотношениях (мужчин — 16, женщин — 14). Средний возраст пациентов составил 42,0±13,1 (20—63 года). Длительность лечения — 24,1±23,5 (4—96) мес. В обследование не включались больные, находящиеся во вводном периоде ГД (менее 3 мес). Лечение проводилось в стандартном режиме: 3,5—4,5 ч 3 раза в неделю с использованием бикарбонатного (50% случаев) и ацетатного диализного раствора с многократным применением диализаторов фирмы Fresenius серий E (купрофан) и F (полисульфон) с различной площадью диализной мембраны. Подготовка диализаторов к последующему применению проводилась на аппарате «Renatron», Renal System (США) по стандартной методике.

С целью количественной оценки психических параметров больных применялись шкала самооценки при депрессиях по W.W.K.Zung и шкала тревоги Тейлор. Самооценочные шкалы являются клиническими, направленными на выявление и оценку глубины эмоциональных нарушений, могут применяться для скрининга психических расстройств в общесоматической сети. Использование шкалы самооценки депрессии Зунга повышает точность диагностики депрессии в несколько раз. При выборе данной методики для настоящего исследования учитывались ее краткость, нивелирование факторов образования и уровня интеллекта.

Тип отношения к болезни диагностировался с помощью методики «Тип отношения к болезни», предназначенной для исследования системы отношений больных с хроническими соматическими заболеваниями. Теоретической основой методики послужила концепция «психологии отношений» В.Н. Мясищева. Метод позволяет диагностировать сложившуюся под влиянием болезни модель отношения к заболеванию и лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству, прошлому и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит). Считается, что диагностика типов отношения к болезни предоставляет информацию, необходимую для оптимального построения реабилитационных программ.

Методика субъективного предпочтения цвета, разработанная швейцарским психологом М. Люшером, выгодно отличается от других распространенных проективных методик своей кратковременностью, возможностью осуществлять многократное обследование в динамике и при этом избегать влияния установки испытуемого на результаты обследования, используется для изучения эмоциональной сферы человека. Наряду с качественным анализом данных, в работе использовали ряд количественных показателей, в том числе коэффициент вегетативности, отражающий активную направленность психической деятельности.

В исследовании учитывали возраст, пол, диагноз, длительность заместительной терапии, коморбидные состояния, уровень гемоглобина, креатинина, фосфора, ряд параметров диализа (время сеанса, обьем ультрафильтрации, гепаринизация). Регистрировались такие технические характеристики, как вид диализного раствора и тип диализной мембраны.

В обработке данных использовали корреляционный и множественный регрессионный анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В характеристике психического состояния больных обращает на себя внимание тенденция к отклонению от аутогенной нормы (выраженность психических расстройств) по данным методики цветовых предпочтений Люшера (14,7 балла при норме до 14 баллов), психологическая готовность к активности не выражена (вегетативный коэффициент немного выше единицы — 1,1 балла). Согласно самооценке больных, депрессия клинически выражена, достигает слабой степени (50,1 балла: норма — до 50 баллов). Тревожность больных колеблется от 6 до 32 баллов (в среднем — 19,3±8,2 балла по шкале Тейлор), т. е. была в пределах нормы. Показатели тревоги находятся на среднем уровне (2,8±2,4 балла по методике Люшера) и колеблются в пределах 0—8 баллов (норма — до 6 баллов).

Полученные данные свидетельствуют о том, что тревога и депрессия в большей степени свойственны больным среднего, а не старшего возраста ($r=0,51$; $p<0,01$ и $r=0,34$; $p<0,05$), у которых причиной ХПН явился гломерулонефрит ($p<0,05$).

Плохая переносимость сеансов ГД, на что указывает тошнота, и нарушение адекватности ГД, ведущие к повышению фосфора, способствуют тревоге ($r=0,40$; $p<0,05$). В то же время, жалобы на головную боль прямо с тревожными и депрессивными расстройствами не связаны.

При использовании бикарбонатного диализующего раствора, когда переносимость сеанса гемодиализной терапии лучше по сравнению с ацетатным ГД, вероятность депрессии возрастает ($r=-0,43$; $p<0,05$).

Обнаружено, что, чем больше диурез, тем меньше выраженность депрессии ($r=-0,57$; $p<0,005$).

В свою очередь, тревожность больных способствует соблюдению режима ГД, в частности — солевой диеты ($r=-0,46$; $p<0,01$).

Из осложнений уремии способствует развитию тревожно-депрессивных расстройств эрозивный гастрит ($p<0,02$). Из прочих интеркуррентных заболеваний с возникновением тревоги и депрессии достоверно сопряжены гепатит, ИБС, сахарный диабет и инфекционные осложнения; наличие сердечной недостаточности, гипертрофии левого желудочка и гипотонии (субъективно переносится тяжелее, чем гипертензия) коррелирует с большей выраженностью депрессивных расстройств ($R=0,69$; $F=10,79$; $p<0,0001$).

Такие технические характеристики, как скорость ультрафильтрации, время диализа, вид диализатора и мембраны, как показало исследование, не играют существенной роли для развития эмоциональных расстройств.

Исследование подтвердило и расширило полученные ранее нами данные о закономерностях динамики внутренней картины болезни в условиях ГД. Наиболее распространенными среди больных на ГД в целом были сенситивный и эргопатический типы отношения к болезни. Сенситивный тип, характеризующийся повышенной чувствительностью, встретился у 40% больных, а эргопатический, связанный с «уходом от болезни в работу», — у 39% больных. По мере увеличения продолжительности лечения уменьшается выраженность анозогнозии (отрицание болезни) ($r=-0,72$; $p<0,05$). На этапе подготовки к ГД доминирует сенситивный тип (рис. 1). Часто встречаются тревожный и ипохондрический типы. В период адаптации к ГД ведущим является гармоничный тип. Доля сенситивного типа достоверно снижается. На этапе стабильного ГД на первое место выходит эргопатический тип отношения к болезни, вновь возрастает частота сенситивного типа. Вместе с тем, в процессе лечения ГД увеличивается доля эгоцентрического типа.

Больным среднего возраста свойственны ипохондрический (фиксация на болезни, преувеличение имеющихся расстройств) ($r=0,41$; $p<0,05$) и меланхолический (пессимизм в вопросах лечения) ($r=0,44$; $p<0,02$) типы отношения к болезни.

Использование бикарбонатного диализующего раствора, связанного с более хорошей переносимостью сеансов ГД, препятствует ипохондризации больных ($r=-0,47$; $p<0,01$), становлению меланхолического и эгоцентрического типов отношения ($r=-0,38$; $r=-0,41$; $p<0,05$ соответственно). Чем меньше выражен сенситивный тип отношения к болезни и лечению, тем хуже больные соблюдают режим ГД, прежде всего повышается прибавка массы тела в междиализный промежуток времени, что ведет к необходимости увеличения скорости ультрафильтрации ($r=-0,44$; $p<0,05$).

Из клинических симптомов, отражающих осложнения ХПН и ГД, наибольшее значение для формирования отношения к лечению имеет, по нашим данным, анемия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: низкий гемоглобин, сопряженный с астеническим синдромом, и язвенная болезнь способствуют формированию неврастенического (схож с клинической картиной раздражительной слабости) ($r=-0,48$; $p<0,01$ и $r=0,69$; $p<0,0001$) и параноального (с повышенной подозрительностью)

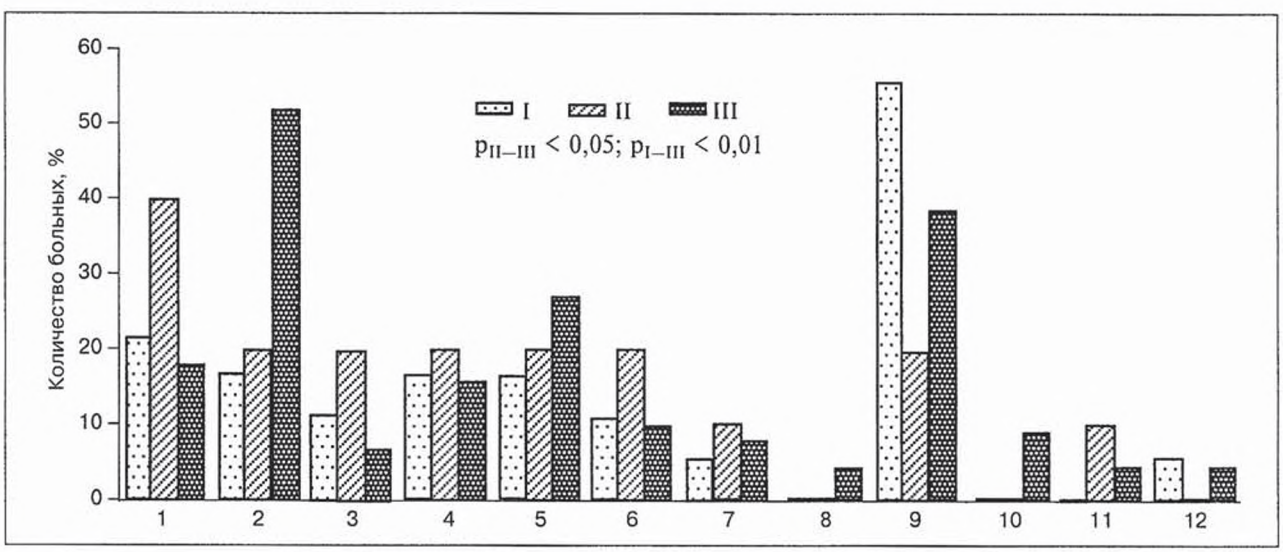

Рис. 1. Частота типов отношения к болезни у больных на различных этапах ГД.

I — этап подготовки к ГД; II — адаптация к ГД; III — стабильный ГД. Типы отношения к болезни: 1 — гармоничный; 2 — эргопатический; 3 — анозогностический; 4 — тревожный; 5 — ипохондрический; 6 — неврастенический; 7 — меланхолический; 8 — апатический; 9 — сенситивный; 10 — эгоцентрический; 11 — параноальный; 12 — дисфорический.

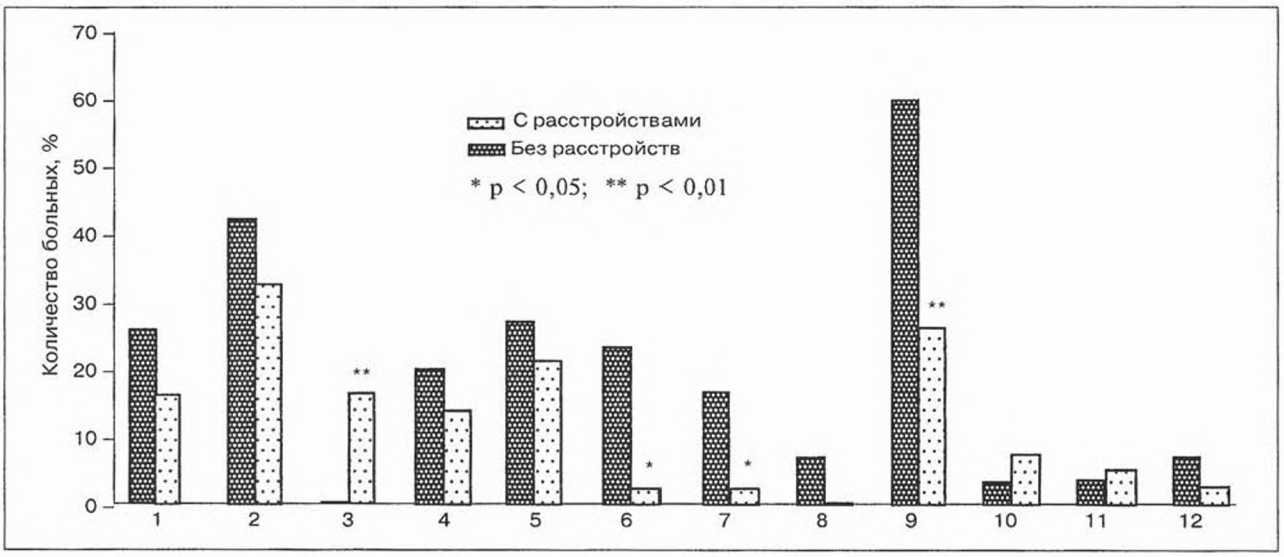

Рис. 2. Распределение больных по типам отношения к болезни в зависимости от наличия психических расстройств.
1—12 — типы отношения к болезни, см. рис. 1.

($r=-0,38$; $p<0,05$) типов; с язвенной болезнью связан дисфорический (злобно-раздражительный) тип ($p<0,0001$). Повышенное содержание фосфора (гиперпаратиреоз) и анемия ведут к снижению трудовой активности больных, уменьшению эргопатического отношения к болезни ($r=-0,56$; $p<0,01$ и $r=-0,38$; $p<0,05$). Озноб вызывает меланхолическое и апатическое (безразличие) отношение к болезни ($p<0,03$).

Больные с анозогнозией склонны к нарушению режима, на что указывает прямой параллелизм между ее наличием и содержанием натрия, отражающего употребление соли ($r=0,73$; $p<0,05$). Выявлено, что у больных с психическими нарушениями достоверно чаще по сравнению с больными без расстройств встречаются сенситивный, неврастенический и меланхолический варианты отношения к болезни (рис. 2).

Жалобы на головную боль во время сеанса предъявляют, как правило, больные с гармоничным отношением к болезни ($r=0,39$; $p<0,05$), а не пациенты с тревожным, ипохондрическим или меланхолическим типами ($p<0,05$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Наличие сопутствующей патологии может способствовать ухудшению психического состояния больных на ГД. У больных с частично сохраненной функцией почек тревожно-депрессивные расстройства выражены меньше. Меньшую выраженность депрессии у больных с сохранным диурезом представляется возможным объяснить большей субъективной психологической свободой и независимостью больных от аппарата «искусственная почка». Существует вероятность депрессивных расстройств на фоне адекватного ГД. Очевидно это связано с действием различных патогенетических факторов (психогенных и соматогенных) в развитии аффективных расстройств в условиях лечения ГД.

Эти результаты согласуются с ранее полученными нами данными об отсутствии прямого параллелизма между тяжестью состояния и развитием аффективных расстройств. На фоне улучшения самочувствия актуализируются психотравмирующие факторы, личностная реакция на болезнь и лечение ГД могут усиливаться.

Превалирование на начальных этапах ГД гармоничного типа отношения к болезни объясняется, видимо, тем, что начало лечения вселяет в больных надежду на благополучный исход вследствие положительной динамики их соматического состояния, нивелировки симптомов уремии. Увеличение в процессе лечения ГД доли эгоцентрического типа соответствует появлению у больных на ГД повышенной требовательности к окружающим в сочетании с недостаточной критичностью к себе. Нарастание эргопатического отношения к болезни отражает успешность психической адаптации к лечению ГД. 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 и меланхолическом вариантах отношения служат почвой для формирования психических расстройств.

Технические характеристики ГД играют определенную роль в формировании внутренней картины болезни.

Полученные данные об отсутствии прямой зависимости жалоб на головную боль в процессе сеанса ГД от наличия аффективных нарушений косвенно свидетельствуют в пользу их органической природы (наличие, например, дизэквилибриум-синдрома), что требует терапевтической корреции этих расстройств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Адекватный ГД способствует формированию гармоничной внутренней картины болезни. Хорошее самочувствие больных, их полноценная физическая активность препятствуют становлению сенситивного, тревожного, меланхолического, дисфорического типов отношения к болезни. Сенситивный тип отношения к болезни связан с соблюдением лечебного режима.

Для внутренней картины болезни в условиях ГД характерно преобладание интрапсихических форм реагирования с преобладанием сенситивности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Gokal R. Quality of life in patients on replacement therapy of chronicle renal failure // Kidney Int.—1993.—Vol. 43, Suppl. 40. — P. 23—27.

2. Ivanovich P., Majais T. Organ replacement therapy // Artif. Organs.—1994.—Vol. 18.—P. 104—105.

3. Moreno F. Quality of life in dialysis patients. Spanish multicentre study // Nephrol. Dial. Transplant.—1996.—Vol. 11, Suppl. 2.—P. 125—129.

Вышла в свет монография *В.А. Воинова*
«Эфферентная терапия. Мембранный плазмаферез». —
СПб.: Эскулап, 1997.—144 с.

В первой части книги приводятся патогенетические обоснования эфферентной терапии и показания к ней при различных видах острых и хронических заболеваний. Вторая — содержит описание разных видов мембранного плазмафереза с первым отечественным плазмофильтром ПФМ производства АО «Оптика» (Санкт-Петербург).
Книга предназначена для специалистов эфферентной терапии и врачей других специальностей.