© Н.Н.Петрова, 1997 г.
УДК 616.85:616.61-008.64-085.38

Н.Н.Петрова

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОДИАЛИЗОМ

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

РЕФЕРАТ

С целью разработки концепции психической адаптации к болезни и лечению на примере 175 больных, получающих лечение гемодиализом, изучены клинические варианты, патогенетические закономерности и особенности диагностики тревожных расстройств. Отмечена значительная частота тревоги независимо от пола больных. Особенности клинической картины тревоги определяются патопластическим влиянием психологической защиты и астении. Тревожные расстройства при лечении гемодиализом могут возникать при взаимодействии соматогенного и психогенного факторов. Специфика соматического состояния больных обусловливает низкую диагностическую значимость общепринятых соматовегетативных симптомов тревоги. Динамика тревожных расстройств может служить прогностическим показателем состояния больных в условиях гемодиализа.

ABSTRACT

The objective of this study was to create conception of psychic adaptation. The data were obtained from 230 patients with endstage renal failure, including 175 dialysis patients. Clinical types of anxiety, its pathogenesis and specifity of diagnosis were investigated. Compared to the general population, the prevalence of anxiety was observed in men as soon as in women. Clinical features of emotional disturbances are determined mainly by defense mechanisms and somatogenec asthenia. Psychological and physical factors interact. Vascular factor is of great importance. The well-known somato-vegetative symptoms of anxiety are of low diagnostic significance because of somatic influence. Sometimes somatic disturbances may be the result of anxiety. Dynamics of anxiety is associated with prognosis of somatic state.

Ключевые слова: гемодиализ, адаптация, психические расстройства, тревога, психосоматические взаимосвязи.

Key words: hemodialysis, adaptation, psychic disorders, anxiety, psychosomatic correlations.

Введение

В связи с совершенствованием техники гемодиализа (ГД) и увеличением на этом фоне продолжительности жизни больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН), актуализируется проблема их адаптации к лечению [12]. Это обусловлено тем, что в последнее время ГД стали рассматривать не только как специфический метод терапии, но и как новую искусственную форму жизни [6]. ХПН и лечение ГД дезорганизуют мир пациента путем существенных изменений, касающихся его организма, личности, семейного и социально-профессионального статуса [8]. T.Sensky [11] считает, что лечение ХПН методом ГД имеет черты, делающие это заболевание уникальным, представляет собой специфические условия жизнедеятельности, сопряженные с необходимостью психической адаптации и психиатрической заболеваемостью. ГД отличается большей частотой аффективных расстройств и более высоким уровнем суицидальности по сравнению с общей популяцией [4, 5, 10]. В литературе имеются данные о том, что тревога, депрессия, астения и нарушения сна встречаются примерно у половины диализных больных [7]. О.В.Серегина [2] описала у диализных больных реакции по типу фобических неврозов. Однако тревожные расстройства у больных с ХПН при лечении ГД целенаправленно не исследовались и их феноменология изучена недостаточно.

В ходе исследования предполагалось решить следующие задачи: изучить структуру и варианты, разработать диагностические подходы к оценке тревожных расстройств и исследовать патогенетические механизмы их возникновения у больных с ХПН в условиях лечения ГД.

Пациенты и методы

В работе представлены результаты обследования 230 больных с ХПН, в том числе 175 пациентов, находившихся в различные сроки на лечении ГД в диализном центре НИИ нефрологии Санкт-Петербургского медицинского университета. Возраст - 36,3 ± 1,2 года. Основным заболеванием, приводившим к ХПН и ГД, являлся гломерулонефрит (76,4% больных). Преобладали лица с длительностью заболевания от 6 до 15 лет (55,4% больных). Отмечена значительная длительность хронического заболевания почек в целом (14,9 ± 9,0 года) и гипертензии (8,6 ± 5,4 года). Давность ХПН составила 4,3 ± 0,4 года. Возраст начала болезни 24,7 ± 1,3 года, промежуток времени от начала заболевания до лечения ГД равнялся в среднем 9,9 ± 0,8 года. Длительность лечения ГД составила 45,2 ± 17,6 мес.

На основании показателей клинического обследования у 67% больных была установлена вторичная гипертензия, у 81% выявлена сердечно-сосудистая патология, в том числе у 24% - нарушения ритма сердца. Примерно в 80% случаев имелся гиперпаратиреоз, в 48% случаев - хронический болевой синдром. Отмечена тенденция к анемии и полинейропатии. В целом, соматическое состояние больных было удовлетворительным: соматический индекс- 135,1 ± 5,2 балла.

В основу исследования был положен симптоматико-синдромологический подход. Использованы стандартизированные социально-демографический, клинико-психопатологический, катамнестический, параклинические методы в сочетании с комплексом экспериментально-психологических методик.

В статистической обработке полученных данных использовались, в частности, линейный корреляционный, множественный регрессионный и факторный анализ.

Результаты

В процессе лечения ГД психические расстройства наблюдались в целом в 76% случаев.

Выраженность тревоги по данным самооценки больных (шкала Спилбергера - Ханина) достигала 44,6 ± 1,7 балла, т. е. в большинстве случаев не превышала среднего уровня. Тревожность как личностная характеристика также находилась в пределах среднего уровня. Однако объективно показатели тревожности по шкале Тейлор были повышены у 61% женщин и 39% мужчин.

По результатам объективного обследования тревожность больных с психическими нарушениями заметно превышала таковую в контрольной группе ($T=3,506$; $p<0,001$). Тревожность женщин была существенно выше по сравнению с мужчинами ($T=4,178$; $p<0,0001$). Связь повышенной тревожности с полом подтверждена с помощью критериев Wald - Wjlfowitz ($p<0,05$) и Mann - Whietney ($p<0,0005$).

Анализ самооценок настроения установил, что 77,2 % больных отметили раздражительность, из них 64,7% мужчин и 89,6% женщин. Тревогу отметили все больные, но частую или постоянную только 25 %, преимущественно женщины. На наличие двигательного беспокойства указывала половина больных. 84,2% больных выделили диссомнию (71,4% мужчин и 96,5% женщин). 85% больных предъявляли жалобы на сердцебиение (частое - 30% пациентов, 79% из числа обследованных мужчин и 90% женщин). Затруднение концентрации внимания встречалось редко (10% случаев, из них 4% мужчин).

Наибольшую значимость во внутренней картине болезни при наличии тревожных состояний имели расстройства сна и раздражительность (табл.1).

По данным клинического наблюдения, частота психической напряженности, беспокойства и раздражительности значительно превышала результаты самооценки (83% мужчин и 87% женщин). В 47, 5% случаев двигательное беспокойство отсутствовало. Часто регистрировались инсомнические и интрасомнические нарушения (соответственно 68,9% и 65,6%). Связь сердцебиения с тревогой была отмечена у 42,6%. Больные разного пола мало различались по частоте начальной бессонницы, беспокойства, но при этом у женщин в 2 раза чаще наблюдалась соматовегетативная симптоматика, свидетельствовавшая о симпатикотонии (58,1% и 26,7% случаев).

Соматовегетативные нарушения, свидетельствующие о повышении активности симпатического отдела вегетативной нервной системы, принято оценивать как соматические проявления тревоги. Эти симптомы у больных на ГД могут быть следствием заболеваний сердечно-сосудистой системы. Кроме того, из-за отсутствия диуреза у больных не возникают симптомы учащенного мочеиспускания как соматическое проявление тревоги. Полинейропатия и гиперпаратиреоз обусловливают возникновение мы-

Таблица 1

Частота симптомов тревоги у больных на ГД по данным самооценки

Признак	Частота встречаемости симптомов (%)			
	никогда	иногда	часто	почти всегда
1. Сердцебиение:				
мужчины	20,7	62,1	13,8	3,4
женщины	12,9	51,7	35,5	6,4
всего	16,7	55,0	25,0	5,0
2. Ясность мышления:				
мужчины	0	3,4	24,1	72,4
женщины	0	16,1	26,8	54,8
всего	0	10,0	25,0	63,3
3. Чувство беспокойства, неусидчивость:				
мужчины	37,9	44,8	10,3	6,9
женщины	12,9	58,0	19,3	12,9
всего	25,0	51,7	15,0	10,0
4. Раздражительность:				
мужчины	35,7	32,1	28,6	3,6
женщины	24,1	48,3	34,5	6,9
всего	29,8	40,3	31,6	5,3
5. Диссомния:				
мужчины	33,3	23,3	40,0	3,3
женщины	9,7	32,2	45,1	12,9
всего	21,3	27,9	42,6	8,2

шечного напряжения и болей в отдельных группах мышц. Повышение содержания натрия и мочевины в крови может вызывать сухость во рту.

Структура тревожных расстройств определяется тремя симптомокомплексами (табл.2). Ведущее значение имеют симптомы эмоционального и двигательного беспокойства в сочетании с вегетативными нарушениями (чувство нехватки воздуха, внутренней дрожи, тремор) и бессонницей в середине ночи. Обнаруживается тесная взаимосвязь следующих тревожных и депрессивных симптомов: подавленность, чувство беспокойства, раздражительность и слезливость (табл.3).

В условиях лечения ГД наиболее типичной была следующая картина тревожного синдрома.

Практически во всех случаях тревожных расстройств наблюдалась устойчивая генерализованная тревога длительностью не менее 3-4 мес, не ограниченная конкретными обстоятельствами, т. е. так называемая "свободноплавающая". На этом фоне возникали эпизоды более интенсивной тревоги и простые фобии (9% случаев), в которых отражалось психотравмирующее воздействие почечного заболевания и зависимость от ГД.

Опасения и страхи больных касались проведения процедуры ГД, пункции артериовенозной фистулы, работы аппарата "Искусственная почка", возможных осложнений, например, коллапса и гиперкалиемии. Поведенчески это могло проявляться в контроле лабораторных показателей, необоснованном стремлении к госпитализации. Таким образом, для больных на ГД типична изолированная фобия, связанная с ситуацией сеанса ГД. Помимо этого встречались агорафобии, выражавшиеся в страхе пребывания одному дома и на улице, передвижения в транспорте. Отмечались элементы социальных фобий, связанных с депрессивными идеями самоуничижения, низкой самооценкой. Это приводило к ограничению социальных контактов, нарушению межперсонального взаимодействия. В ряде случаев навязчивый характер носило нарушение водного режима ГД.

Приступы паники, как эпизодическая пароксизмальная тревога, возникали только у 5% больных, не имели ситуационной обусловленности, по длительности не превышали одного часа. Клиническая картина отличалась редуцированностью и выражалась в страхе внезапной смерти, ощущении нехватки воздуха, потери сознания, головокружении, слабости, сердце-

Таблица 2

Характеристика тревожных расстройств у больных на ГД по результатам факторного анализа

Состав фактора и его удельный вес	Факторная нагрузка признака
Фактор 1. 23,7%:	
диссомния	0,63
вегетативные симптомы	0,62
беспокойство	0,69
интрасомнические расстройства	0,45
Фактор 2. 12,1%:	
инсомнические расстройства	0,62
Фактор 3. 12,1%:	
чувство психической напряженности	0,75

Таблица 3

Взаимосвязь тревоги и депрессии у больных на ГД по результатам факторного анализа

Состав фактора "расстройства настроения"	Факторная нагрузка признака
Подавленность	0,70
Слезливость	0,45
Тревога	0,48
Раздражительность	0,35

биении и ознобе. Паническая реакция являлась характерной чертой агорафобии и часто сочеталась с навязчивыми опасениями.

Установлен ряд патогенетических закономерностей возникновения тревожных расстройств при лечении ГД. Обнаружена взаимосвязь повышенной тревожности и развития тревоги и психотравмирующих факторов (R=0,32 и R=0,14; p<0,01)

Таким образом, возникновение психогенных тревожных расстройств наиболее вероятны у больных с тревожно-мнительными чертами характера.

Выраженность личностной реакции на болезнь и лечение меньше при неадекватном ГД (r=-0,48 и r=-0,37; p<0,05 соответственно).

Установлены особенности действия психотравмирующих факторов в зависимости от этапа лечения ХПН.

Данные проективной методики незаконченных предложений указывают на определенные различия в сферах отношений этих больных. У больных, получающих консервативное лечение, больше выражены опасения, не связанные с болезнью. Так, беспокойство по поводу мнения окружающих актуально для 40% этих больных и лишь для 10% больных на ГД. У последних на первый план выступают опасения за будущее в связи с болезнью (соответственно 65% и 43%). С переходом к активным методам лечения ХПН неуверенность в завтрашнем дне, неясность перспектив становится основным психотравмирующим фактором. Особую актуальность эти переживания приобретают на этапе подготовки и адаптации к ГД, что обусловливает большую выраженность тревожных расстройств в этот период. На этапе стабильного ГД актуализируется страх одиночества у женщин. Одиночество значимо для 36% пациентов ГД женского и только для 5% мужского пола. На этапе консервативной терапии актуальность этой проблемы одинакова для обоих полов. Наличие страхов и опасений у больных на ГД связано с нарушениями в сферах отношений с сотрудниками, с семьей, в половой сфере, в отношении к себе и будущему (r=0,26; p<0,05).

Как показало исследование, наличие аритмий у диализных больных не всегда является следствием соматических расстройств. Отсутствует зависимость между аритмией и соматическим индексом как по субъективным (R=0,075; p=0,6), так и по объективным данным (R=0,09; p=0,6). Не выявлена четкая взаимосвязь наличия сердцебиений по самооценке больных и объективной сердечно-сосудистой патологии (R=0,037; p=0,8). В то же время, отмечена прямая зависимость между тревожными расстройствами и нарушениями сердечного ритма (R=0,407; p<0,002).

Повышенная тревожность, наличие тревожных расстройств сопряжены с большими длительностью (R=0,51; p<0,05), выраженностью гипертензии (R=0,42; p<0,05) и анемии (r=-0,36; p<0,05). Коррекция гипертензии ведет к уменьшению выраженности эмоционального и двигательного беспокойства (r=0,29; p<0,05).

Имеется связь между высоким уровнем тревоги и показателем общего белка крови (r=0,28; p<0,05), что является важным показателем, связанным с выживаемостью больных на ГД.

Не обнаружена зависимость выраженности тревоги и тревожности от типа диализующего раствора.

Обсуждение

Полученные данные о частоте психических расстройств несколько превышают литературные (30 - 60% случаев) [9]. Возможно, это связано с более точной диагностикой, обусловленной применением психопатологических критериев, комплексностью исследования. Частота тревожных расстройств на ГД велика как у женщин, так и у мужчин, что существенно отличает их от общей популяции, в которой частота тревоги на протяжении жизни у женщин в 2 раза выше [1].

Расхождение результатов самооценки и объективного обследования больных представляется возможным объяснить влиянием характерных для диализных больных механизмами

психологической защиты, среди которых преобладают отрицание, проекция и гиперкомпенсация, а также неадаптированностью психологических методик к данному контингенту больных. Симптомы тревоги не достигали уровня и выразительности, свойственных психиатрическим больным, вследствие патопластического влияния соматогенной астении (30% случаев). Специфика соматического состояния больных на ГД снижает диагностическую значимость многих общепринятых симптомов тревоги. Возможно возникновение соматовегетативных симптомов у больных на ГД в рамках тревожных расстройств. В развитии тревоги при лечении ГД участвуют соматогенный и психогенный механизмы. По мере прогрессирования ХПН все большее число сторон жизни больных становится источником психотравм. На этапе консервативного лечения усиливающийся соматогенный фактор снижает стресс-устойчивость и способствует включению психогенных механизмов. Уменьшение соматогенного фактора за счет адекватного ГД приводит к снижению тревоги, но не исчезновению ее, так как сохраняются психогенные механизмы. Взаимосвязь тревоги с длительностью гемодинамических нарушений и изменений белковых фракций крови позволяет использовать этот симптом как прогностический критерий.

Известно, что для больных с ХПН типичны значительная частота гипертензии и раннее прогрессирование атеросклеротического поражения сосудов, в том числе головного мозга [3]. Церебральный атеросклероз, при котором изменяются многие константы гомеостаза (реологические свойства крови, микроциркуляция, перекисное окисление липидов), может стать как непосредственной патогенетической основой тревожных расстройств, так и оказывать патопластическое влияние на эти нарушения. Вышесказанное подчеркивает значимость сосудистого фактора в генезе тревожных расстройств у больных, находящихся на лечении ГД. Развитие тревожных расстройств влияет на выживаемость больных на фоне ГД, а их нивелирование отражает эффективность лечения.

Заключение

С учетом разнообразия клинической картины и многофакторности развития тревожных расстройств в условиях лечения ГД, их диагностику целесообразно осуществлять с использованием предлагаемой многоосевой системы: 1 - клинически очерченный симптомокомплекс; 2 - личностные особенности больных; 3 - наличие и тяжесть сопутствующих соматических осложнений; 4 - актуальные психотравмирующие факторы; 5 - общая оценка функционирования.

Значительная частота тревоги у больных на ГД, участие психогенных механизмов в ее патогенезе делает актуальным включение психотерапии в рутинные методы курации этих больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение тревожных расстройств: руководство для врачей/Ред.Т.Дж.Маклинн, Г.Л.Метканф.- М., 1989.-119 с.
2. Серегина О.В. Психотерапия при лечении больной, страдающей хронической почечной недостаточностью// Журн. невропатол. и психиатр.-1991.-Т.91, N2.-С.91-93.
3. Смирнов А.В. Частота клинических проявлений атеросклероза у больных на гемодиализе//Нефрология: Рабочее совещание нефрологов Северо-Запада России 16 мая 1995 г.- СПб., 1995.- С.45-48.
4. Bjorvell H., Hylander B. Functional status and personality in patients on chronic dialysis // J. Intern. Med. - 1989. - Vol. 226, N5. - P.319-324.
5. Chowanec G.D., Binic Y.M. End-stage renal disease and the marital dyad: an empirical investigation//Soc.Sci.Med.-1989.-Vol.28, N9.-P.971-983.
6. Feichtenberger K. Dialysis-in spite of it say yes to life// Osterreich. Krankenphlegezeitschrift.-1992.-Vol 25., N1.-P.32-36.
7. Holley J.L., Nespor S., Rault R. Characterizing sleep disorders in chronic hemodialysis patients // ASA 10.1991 abstr., 37 th annu. meet. Apr.25-27, 1991.- Chicago, 1991.-P.66.
8. Montagnac R., Defert P., Schillinger F. Psychological impact of periodic hemodialysis in the adult (editorial) // Nephrol. - 1992. - Vol.13, N4. - P. 145 - 149.
9. Morris P., Jones B. Life satisfaction across treatment methods for patients with end-stage renal faileue// Med.J.Aust.1989.-Vol. 150, N4.-P.428-432.
10. Numan I.M., Barclind K.S., Lubin B. Correlates of depression in chronic dialysis patients: morbidity and mortality // Res.Nurs.Health. -1981.-N4.- P.698-705.
11. Sensky T. Psychosomatic aspects of end - stage renal failure. Rewiew // Psychotherap. Psychosom. - 1993. - Vol.59, N2. - P. 56 - 68.
12. Witorzenc M. Psychopathologic picture of patients displaying resignation reactions during repeated dialysis treatment// Psychiatria Polska.-1992.-Vol.26, N1.- P. 104-109