

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВТОРИЧНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

**В.А. Бычковских, О.Л. Колесников, И.И. Долгушин**  
ЧГМА, г. Челябинск

Проведено изучение реактивной тревожности, личностной тревожности, уровня депрессии, самочувствия, активности и настроения у больных пиелонефритом лиц с одной или двумя почками. Показано, что у практически здоровых женщин по сравнению с мужчинами достоверно выше уровень личностной тревожности и ниже показатель самочувствия. Наличие одной почки отрицательно влияет на психологический статус. У таких пациентов повышены уровни тревожности (как личностной, так и реактивной) и депрессии. Показатели самочувствия, активности и настроения достоверно снижены. У лиц с двумя почками изменения психологического статуса аналогичны, за исключением уровней депрессии и активности, которые не отличались от здоровых лиц.

*Ключевые слова:* пиелонефрит, психологический статус.

На современном этапе развития медицины все большее значение приобретает индивидуальный подход к пациенту и учет его психологического состояния. При этом здоровье рассматривается не только как отсутствие болезней, но также как состояние социального и психологического благополучия. В связи с этим стоит отметить, что наличие хронической патологии и связанных с ней ограничений (необходимость наблюдения у врача, проведение лечения, особенности диеты, физической активности, проблемы с самообслуживанием и т.д.) являются для человека постоянно действующим раздражителем и могут рассматриваться в качестве стрессора. В ответ на действие стресса личность формирует комплекс приемов, которые направлены на уменьшение силы стресса. Система психологической защиты обеспечивает адаптацию человека к новым условиям жизни. Однако не всегда адаптация является эффективной, иногда защитные механизмы приводят к дезадаптивным последствиям [6]. Так, психологический стресс связан с повышенным риском развития ишемической болезни сердца и гипертонией [8]. Отношение пациентов к терапии оказывает влияние на результаты лечения. Показатели тревожности и депрессии возрастают у лиц с дезадаптивным типом отношения к болезни [3].

Согласно данным литературы, хронические болезни почек значительно изменяют психологический статус пациентов. Самым частым заболеванием почек является хронический пиелонефрит, он составляет более 50 % от всех урологических заболеваний. Это является основной причиной хронической почечной недостаточности, выхода на инвалидность и необходимости гемодиализа. Показано, что длительность лечения гемодиализом отрицательно сказывается на показателях качества жизни больных: растет выраженность ограничивающего влияния болевого фактора и апатия,

повышается уровень депрессии [2]. Одним из факторов, лимитирующих качество жизни больных хронической почечной недостаточностью, является выраженность расстройств тревожного ряда (ощущение внутренней напряженности, переживания, уровень реактивной и личностной тревожности, степень тревожно-депрессивных расстройств). Этот фактор может объяснить различия в оценке качества жизни у больных с одинаковой выраженностью хронической почечной недостаточности [7]. Согласно данным И.А. Васильевой [1], уровень депрессии, возраст, продолжительность лечения на гемодиализе, личностная тревожность и астения являются независимыми предикторами суммарной субъективной оценки психического здоровья. Они оказывают негативное влияние на общий показатель психического здоровья пациентов, находящихся на гемодиализе. Однако в доступной нам литературе нет данных о психологическом статусе пациентов с единственной почкой. В связи с этим целью исследования была сравнительная оценка психологического состояния пациентов с одной или двумя почками, страдающих пиелонефритом.

**Материалы и методы.** В первую группу были включены пациенты с единственной почкой. Причины удаления почки: гнойный пиелонефрит, доброкачественная опухоль почки, гидронефроз, травма, множественные кисты почки, гипоплазия, аплазия. У некоторых пациентов отмечалась врожденная единственная почка. Во вторую группу включены пациенты с двумя почками. На момент обследования у всех людей диагностирован пиелонефрит. Третью группу составили практически здоровые люди.

При проведении работы с помощью опросника Спилбергера-Ханина определяли личностную тревожность (ЛТ) и реактивную тревожность (РТ). Согласно методике тревожность подразделяли на

низкую (до 30 баллов), среднюю (31–44 балла) и высокую (45 и более баллов). Уровень депрессии оценивали с помощью опросника Зунга. Показатель депрессии делили на следующие группы: норма (до 50 баллов), легкая депрессия (51–59 баллов), маскированная депрессия (60–69 баллов), истинная депрессия (70 и более баллов). Для самооценки состояния пациента использовали опросник САН, который позволил определить уровни самочувствия, активности и настроения [6].

Статистическую обработку результатов работы проводили с помощью пакета прикладных статистических программ «STATISTICA». Для описания переменных использованы медиана, 10 % процентиль и 90 % процентиль. В табл. 1 и 2 процентиля указаны в скобках. Для определения достоверности различий между группами применяли

непараметрические критерии Манна-Уитни, Колмогорова-Смирнова, точный критерий Фишера [4].

**Результаты и их обсуждение.** На первом этапе анализа результатов оценивали влияние гендерного фактора на психологический статус пациентов. Как видно из табл. 1, среди пациентов с одной почкой у женщин на 28,4 % выше личностная тревожность, а показатель самочувствия составляет только 72,6 % по сравнению с мужчинами. У больных пиелонефритом с двумя почками различий между мужчинами и женщинами не обнаружено. Среди здоровых лиц женщины характеризовались увеличенным уровнем ЛТ (подъем на 16,1 %) и сниженным уровнем активности (уменьшение на 11,7 %). Ранее при обследовании пациентов, находящихся на гемодиализе, у женщин обнаруживали повышенные уровни ЛТ и РТ [2].

Таблица 1

Психологические показатели у мужчин и женщин с патологией почек

Показатель	Мужчины	Женщины	P (муж.-жен.)
<b>Группа 1 – пациенты с одной почкой</b>			
	n = 29	n = 52	
РТ	48,0 (30,0; 57,0) P(1-3) = 0,0002	49,0 (40,0; 60,0) P(1-3) = 0,00001	
ЛТ	37,0 (28,0; 50,0) P(1-3) = 0,006	47,5 (33,0; 59,0) P(1-3) = 0,00001	0,0001
Уровень депрессии	51,0 (44,0; 57,0) P(1-3) = 0,017	52,0 (42,0; 56,0) P(1-3) = 0,009	
Самочувствие	5,3 (2,6; 6,3) P(1-3) = 0,0009	3,85 (2,8; 5,8) P(1-3) = 0,00001	0,009
Активность	5,0 (3,8; 6,8)	4,8 (3,2; 6,1)	
Настроение	5,2 (3,5; 6,3) P(1-3) = 0,041	5,15 (3,4; 6,5) P(1-3) = 0,0005	
<b>Группа 2 – пациенты с двумя почками</b>			
	n = 12	n = 18	
РТ	46,0 (34,0; 59,0) P(2-3) = 0,004	47,0 (30,0; 59,0) P(2-3) = 0,004	
ЛТ	38,0 (24,0; 50,0)	44,0 (32,0; 59,0) P(2-3) = 0,002	
Уровень депрессии	48,5 (42,0; 55,0)	51,0 (44,0; 57,0) P(2-3) = 0,042	
Самочувствие	4,9 (4,2; 5,5) P(2-3) = 0,0004	5,1 (2,5; 6,0) P(2-3) = 0,013	
Активность	5,5 (4,9; 6,3)	5,45 (4,0; 5,9)	
Настроение	5,3 (4,4; 6,1) P(2-3) = 0,043	5,6 (3,0; 6,3) P(2-3) = 0,0024	
<b>Группа 3 – практически здоровые люди</b>			
	n = 20	n = 30	
РТ	33,5 (26,0; 48,5)	35,5 (24,0; 49,5)	
ЛТ	31,0 (25,0; 41,5)	36,0 (27,0; 46,0)	0,034
Уровень депрессии	48,5 (36,5; 54,5)	47,0 (42,5; 53,0)	
Самочувствие	6,1 (4,85; 6,5)	5,90 (4,35; 6,45)	
Активность	6,0 (4,5; 6,3)	5,3 (3,65; 6,10)	0,011
Настроение	6,15 (4,45; 6,80)	6,10 (5,45; 6,85)	

Примечание. В столбце P (муж.-жен.) указана достоверность различий между мужчинами и женщинами в пределах одной группы. Обозначения P(1-2), P(1-3), P(2-3) указывают на различия между лицами одного пола, входящими в различные группы; n – количество человек в соответствующей группе.

Психологические показатели у больных с патологией почек

Показатель	Пациенты с одной почкой (группа 1)	Пациенты с двумя почками (группа 2)	Практически здоровые люди (группа 3)
n	81	30	50
РТ	49,0 (37,0; 59,0) P (1-3) = 0,0001	46,0 (32,0; 59,0) P (2-3) = 0,0004	34,5 (26,0; 49,5)
ЛТ	45,0 (31,0; 58,0) P (1-3) = 0,0001	42,5 (31,0; 52,0) P (2-3) = 0,0005	34,0 (26,0; 43,0)
Уровень депрессии	52,0 (43,0; 56,0) P (1-3) = 0,0005	49,5 (42,0; 56,5)	47,5 (40,5; 53,5)
Самочувствие	4,2 (2,8; 5,9) P (1-3) = 0,0001	5,05 (2,75; 5,8) P (1-2) < 0,025 P (2-3) = 0,0001	5,95 (4,4; 6,5)
Активность	4,8 (3,3; 6,4) P (1-3) = 0,018	5,45 (4,15; 6,05) P (1-2) < 0,025	5,45 (3,8; 6,3)
Настроение	5,2 (3,5; 6,4) P (1-3) = 0,0002	5,6 (3,7; 6,15) P (2-3) = 0,0003	6,1 (4,9; 6,85)

Примечание. P указывает уровень достоверности различий между группами, номера которых указаны в скобках.

При сравнении различных групп было показано, что наличие одной почки значительно влияет на психологические показатели всех пациентов. Как у женщин, так и мужчин по сравнению с группой практически здоровых лиц были повышены ЛТ, РТ, уровень депрессии. Показатели активности, самочувствия и настроения были статистически достоверно ниже у больных с одной почкой.

В случае наличия двух почек сдвиги были менее выражены и отличались у пациентов разного пола (см. табл. 1). У женщин ситуация напоминала таковую в группе с одной почкой: статистически достоверное увеличение ЛТ, РТ, показателя депрессии и уменьшение самочувствия и настроения (показатель активности не изменялся). У мужчин изменения меньше выражены: увеличена РТ, снижены самочувствие и настроение.

Учитывая одинаковую направленность изменений у женщин и мужчин, решили оценить сдвиги психологических показателей в целых группах, без учета деления на мужчин и женщин. Как видно из табл. 2, реактивная тревожность увеличена у больных пиелонефритом, имеющих как одну, так и две почки, практически одинаково. Аналогичная ситуация обнаружена в отношении ЛТ – её повышение составило 32,4 и 25,0 % соответственно, различия между группами больных людей отсутствуют. Хорошо известно, что умеренный уровень тревожности является нормальным и обеспечивает адекватную реакцию организма на различные внешние раздражители. Низкая тревожность способствует формированию малоответственного поведения, что также может приводить к снижению социальной значимости личности. Высокая тревожность приводит к избыточной напряженности организма, поскольку внешние и внутренние сигналы необоснованно воспринимаются как опасные

или потенциально опасные, что вызывает постоянную активацию защитных механизмов. Такой человек постоянно ощущает угрозу (здоровью, социальному положению, семье и т.д.), поэтому постоянно находится в состоянии стресса. Согласно литературным данным, повышенная тревожность вызывает эндокринные изменения, характерные для стресса, и сопровождается, в частности, увеличением уровня глюкокортикоидных гормонов и катехоламинов [5]. В результате фаза повышенной резистентности может смениться фазой истощения и стресс превращается в элемент патогенеза различных неинфекционных заболеваний.

Чтобы выяснить, что обеспечивает увеличение медианы РТ и ЛТ, провели разделение пациентов по уровню тревожности. Как указано в табл. 3, среди практически здоровых лиц большую часть (50,0 %) составили люди с умеренной реактивной тревожностью. В группах с пиелонефритом таких оказалось гораздо меньше: 29,6 % среди больных с одной почкой и 30% среди пациентов с двумя почками. Обратная ситуация отмечена в отношении лиц с высокой РТ. Их доля статистически значимо возросла: с 16,0 % в группе сравнения до 65,4 % и 60,0 % у больных с одной и двумя почками соответственно. При этом основную роль играл факт наличия болезни, так как различий между группами больных людей не обнаружено.

Ситуация с личностной тревожностью была аналогичной (табл. 4). Можно отметить следующую особенность: доля лиц с умеренной ЛТ проявляла тенденцию к увеличению по сравнению с РТ как среди здоровых людей, так и среди пациентов с пиелонефритом. Более важным является достоверное увеличение относительного числа лиц с высокой ЛТ: у больных с одной почкой – на 42,6 %, среди больных с двумя почками – на 32,0 %. Меж-

Таблица 3

Распределение обследованных людей по уровням реактивной тревожности

Уровень РТ	Пациенты с одной почкой (группа 1)	Пациенты с двумя почками (группа 2)	Практически здоровые люди (группа 3)
Низкая (до 30 баллов)	4 (4,94 %)	3 (10,00 %)	17 (34,00 %)
Средняя (31–44 баллов)	24 (29,63 %)	9 (30,00 %)	25 (50,00 %)
Высокая (45 и более баллов)	53 (65,43 %) P(1-3) = 0,0001	18 (60,00 %) P(2-3) = 0,0001	8 (16,00 %)
Всего	81 (100 %)	30 (100,0 %)	50 (100,0 %)

Таблица 4

Распределение обследованных людей по уровням личностной тревожности

Уровень ЛТ	Пациенты с одной почкой (группа 1)	Пациенты с двумя почками (группа 2)	Практически здоровые люди (группа 3)
Низкая (до 30 баллов)	7 (8,64 %)	3 (10,00 %)	15 (30,00 %)
Средняя (31–44 баллов)	33 (40,74 %)	15 (50,00 %)	31 (62,00 %)
Высокая (45 и более баллов)	41 (50,62 %) P(1-3) = 0,0001	12 (40,00 %) P(1-3) = 0,0001	4 (8,00 %)
Всего	81 (100 %)	30 (100 %)	50 (100 %)

Таблица 5

Распределение обследованных людей по уровням депрессии

Уровень депрессии	Пациенты с одной почкой (группа 1)	Пациенты с двумя почками (группа 2)	Практически здоровые люди (группа 3)
Норма (до 50 баллов)	30 (37,04 %)	16 (53,33 %)	35 (70,00 %)
Легкая (51–59 баллов)	49 (60,49 %) P(1-3) = 0,0006	14 (46,67 %)	15 (30,00 %)
Маскированная (60–69 баллов)	2 (2,47 %)	0	0
Истинная (70 и более баллов)	0	0	0
Всего	81 (100 %)	30 (100 %)	50 (100 %)

Примечание. В скобках указано относительное количество пациентов в процентах от общего числа человек в группе. Использован точный критерий Фишера.

ду группами больных людей достоверных различий не выявлено.

Таким образом, возрастание показателей РТ и ЛТ у больных пиелонефритом обусловлено не перераспределением тревожности в рамках группы с умеренной тревожностью (т.е. 31–44 балла), а истинным возрастанием числа людей с высокой тревожностью. Этот момент можно рассматривать как неблагоприятный, поскольку длительное существование высокого уровня РТ и ЛТ способствует формированию различной неинфекционной патологии.

Уровень депрессии не очень сильно (в 1,09 раза), но статистически значимо повышался только у пациентов с одной почкой (см. табл. 2). Таким образом, в отличие от тревожности, депрессия формируется именно на фоне наличия одной почки. После распределения обследованных людей по группам в зависимости от уровня депрессии было обнаружено отсутствие лиц с маскированной или истинной депрессией (табл. 5). Доля лиц, имеющих легкую депрессию, достоверно выше среди пациентов с одной почкой на 30,5 %.

Результаты самообследования пациентов указывают, что наличие пиелонефрита вызывает снижение показателя самочувствия (в 1,42 раза у пациентов с одной почкой и в 1,18 раза у пациентов с двумя почками). Также статистически достоверно уменьшился показатель настроения: в 1,17 и 1,09 раза соответственно. При этом уровень активности претерпел изменения только у пациентов с одной почкой и составил 88,1 % от показателей практически здоровых людей. Наличие одной почки, в свою очередь, оказало воздействие на результаты теста САН. Как видно из табл. 5, достоверные различия между группами больных пиелонефритом зафиксированы в отношении самочувствия и активности. Эти показатели были ниже у больных с одной почкой на 0,85 балла и 0,65 балла соответственно.

Полученные данные указывают, что наличие хронического пиелонефрита значительно изменяет психологический статус пациентов. Эти сдвиги более выражены у пациентов с одной почкой. Результаты исследования указывают на целесообразность создания программы психологической

поддержки для пациентов с хроническим пиелонефритом, особенно при наличии одной почки. Помощь квалифицированного специалиста будет способствовать нормализации психологического статуса, улучшит качество жизни больных и может способствовать как более положительному отношению к лечению, так и улучшению соматического состояния больных.

### *Литература*

1. Васильева, И.А. Качество жизни больных на хроническом гемодиализе // *И.А. Васильева // Нефрология*. – 2005. – Т. 9, № 3. – С. 48–54.

2. Васильева, И.А. Качество жизни в оценке эффективности лечения гемодиализом / И.А. Васильева, Н.Н. Петрова, Г.Ю. Тимоховская // *Нефрология*. – 2001. – Т. 5, № 3. – С. 42–45.

3. Васильева, И.А. Отношение к болезни пациентов на хроническом диализе / И.А. Васильева // *Нефрология*. – 2005. – Т. 9, № 2. – С. 53–60.

4. Вуколов, Э.А. *Основы статистического анализа. Практикум по статистическим методам и исследованию операций с использованием пакетов STATISTICA и EXCEL* / Э.А. Вуколов. – М.: Форум: ИНФРА-М, 2004. – 464 с.

5. Панин, Л.Е. *Биохимические механизмы стресса* / Л.Е. Панин. – Новосибирск: Наука, Сибирское отд., 1983. – 232 с.

6. Петрова, Н.Н. *Психология для медицинских специальностей*. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 320 с.

7. Ткалич, Л.М. Факторы, влияющие на качество жизни больных с хронической почечной недостаточностью / Л.М. Ткалич, Л.И. Зибницкая, Е.В. Калужина и др. // *Нефрология*. – 2006. – Т. 10, № 1. – С. 40–44.

8. Denollet, J. *DS14: Standard Assessment of Negative Affectivity, Social Inhibition, and Type D Personality* / J. Denollet // *Psychosomatic Medicine*. – 2005. – V. 67. – P. 89–97.

*Поступила в редакцию 12 декабря 2008 г.*