



VIA MEDICA

www.fn.viamedica.pl

Piotr Jagodziński^{1,2}, Monika Lichodziejewska-Niemierko^{1,2}, Bolesław Rutkowski¹¹Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego²Stacja Dializ Otrzewnowych Fresenius Nephrocare w Gdańsku

Pacjent dializowany otrzewnowo z depresją — opis przypadku i omówienie postępowania

Patient with depression treated with peritoneal dialysis — case report and reviews of case

ABSTRACT

Depression is an essential problem among patients with chronic kidney disease. It is particularly often noticed among patients suffering from end-stage renal disease (ESRD) who are being treated with renal replacement therapy. Depression worsens the quality of life and the length of life. A nephrologist's and a primary care physician's tasks should be early diagnosis and initial treatment. In case of difficult diagnostics/symptoms and unsuccessful treatment it is necessary that a patient is being given ambulatory treatment or hospital psychiatric treatment. This pa-

per describes a case of a patient with chronic kidney disease receiving peritoneal dialysis, who have revealed symptoms of depression. A proper and fast diagnosis and the applied treatment led to reduction of disease symptoms, enabled the patient to return home and significantly improved the quality of his life.

Fundamental stages of depression diagnosis and potential difficulties among this specific group of patients have also been discussed.

Forum Nefrologiczne 2013, vol. 6, no 3, 171–176

Key words: peritoneal dialysis, depression, quality of life

WSTĘP

Depresja jest istotnym problemem pogarszającym jakość życia chorych z przewlekłą chorobą nerek (CKD, *chronic kidney disease*). Szczególnie często jest obserwowana u osób ze schyłkową niewydolnością nerek (ESRD, *end-stage renal disease*) poddawanych leczeniu nerkozastępczemu. W większości doniesień odsetek ten waha się od 25% w grupie pacjentów leczonych hemodializą do około 30% wśród chorych dializowanych otrzewnowo [1–3]. Istnieją również doniesienia o znacznie częstszym występowaniu tego zaburzenia w populacji chorych z CKD. W badaniu polskich autorów opublikowanym w 2009 roku, obejmującym 206 pacjentów hemodializowanych, częstość występowania objawów de-

presyjnych oceniono na 70% [1]. Różnice te wynikają z odmiennych kryteriów i metod rozpoznawania tego zaburzenia. Kluczową kwestią jest brak specyficznego standaryzowanego narzędzia diagnostycznego, stosowanego przez ośrodki w celu wczesnego wykrycia objawów depresji u chorych z ESRD. Co więcej, wiele objawów somatycznych prezentowanych przez chorych może maskować objawy choroby psychicznej, opóźniając lub wręcz uniemożliwiając postawienie prawidłowej diagnozy. Kolejnym czynnikiem wpływającym na rozpoznanie objawów depresyjnych jest zjawisko polipragmatyzacji, często obserwowane w tej populacji pacjentów. Liczne stosowane leki, ich interakcje oraz objawy uboczne mogą nasilać lub modyfikować obraz choroby oraz wpływać na podjęcie przez lekarza decyzji o leczeniu. Jednocześnie należy

Adres do korespondencji:

dr n. med. Piotr Jagodziński
Klinika Nefrologii, Transplantologii
i Chorób Wewnętrznych
Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. Dębinki 7, 80–952 Gdańsk
tel.: 58 349 28 22
faks: 58 341 68 78
e-mail: pjagod@gumed.edu.pl

►►Rozpoznanie depresji i jej prawidłowe leczenie może nie tylko wpływać na stan psychiczny chorych, poprawiając jakość ich życia, ale również poprawić długoterminowe przeżycie oraz zredukować koszty opieki nad chorym poprzez zmniejszenie częstości i długości hospitalizacji◀◀

podkreślić, że rozpoznanie depresji i jej prawidłowe leczenie może nie tylko wpływać na stan psychiczny chorych, poprawiając jakość ich życia, ale również poprawić długoterminowe przeżycie [4] oraz zredukować koszty opieki nad chorym poprzez zmniejszenie częstości i długości hospitalizacji.

W niniejszej pracy przedstawiono opis pacjenta z przewlekłą ESRD leczonego metodą dializy otrzewnowej, omówiono także postępowanie diagnostyczne umożliwiające rozpoznanie depresji, z uwzględnieniem czynników mogących wpłynąć na rozpoznanie.

OPIS PRZYPADKU

Pacjent w wieku 43 lat o ustabilizowanej sytuacji rodzinnej, prowadzący własną działalność gospodarczą, obciążony nadciśnieniem tętniczym, w kwietniu 2010 roku został przyjęty do Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku w celu diagnostyki białkomoczu, krwinkomoczu oraz podwyższonych parametrów niewydolności nerek (stężenie kreatyniny 1,7 mg/dl) stwierdzonych przez lekarza rodzinnego w miejscu zamieszkania. Przy przyjęciu stwierdzono znacznie podwyższone stężenie kreatyniny (3,7 mg/dl) oraz znaczny białkomocz (dobowa utrata białka 8,0 g/d.). W klinice na podstawie wykonanej biopsji nerki w powiązaniu z całością obrazu klinicznego rozpoznano CKD na podłożu nefropatii IgA i podjęto próbę leczenia pulsami steroidowymi. Chory otrzymał 3 bolusy metyloprednizolonu w łącznej dawce 1,5 g, a następnie zalecono prednizon w dawce 1 mg/kg mc./dobę. Mimo zastosowanego leczenia u chorego obserwowano szybko postępujące pogorszenie funkcji nerek, wymagające kwalifikacji do leczenia nerkozastępczego. Na podstawie informacji uzyskanych w trakcie szkolenia przeddializacyjnego prowadzonego w klinice chory w porozumieniu z rodziną wybrał leczenie nerkozastępcze metodą dializy otrzewnowej. Ze względu na kliniczne cechy mocznicy we wrześniu 2010 roku założono cewnik Tenckhoffa, a tydzień później rozpoczęto regularne wymiany dializacyjne — początkowo metodą automatycznej dializy otrzewnowej (ADO), a następnie zmieniono metodę na ciągłą ambulatoryjną dializę otrzewnową (CADO) w schemacie 4 × 2500 ml/dobę. Dwa tygodnie po opuszczeniu kliniki chory trafił na Kliniczny Oddział Ratunkowy z objawami hipotonii oraz z wywiadem urazu głowy, którego doznał 3 dni wcześniej, najprawdopodobniej w wyniku krótkotrwałej utraty

świadomości. Dodatkowo pacjent zgłaszał znaczne osłabienie, obniżony nastrój oraz zaburzenia snu. W czasie hospitalizacji wykluczono przyczynę neurologiczną objawów, uznając odwodnienie za źródło obniżonego ciśnienia tętniczego. Chory prezentował pogorszenie samopoczucia trwające od tygodnia, obniżenie nastroju, zmniejszenie oraz poczucie beznadziejności. Wyrażał liczne obawy o przyszłość swoją oraz rodziny. Był płacziwy, rozkojarzony, z trudem wykonywał wymiany dializacyjne. Rodzina informowała o braku zainteresowania chorego sprawami życia codziennego oraz o pojawieniu się zaburzeń snu, które nie występowały w przeszłości. Z powodu prezentowanych objawów chorego konsultowano z psychiatrą, który stwierdził zwolniony napęd psychoruchowy, zwolniony tok myślenia, stępały afekt i znacznie obniżony nastrój przy jasnej świadomości i pełnej orientacji. Nie stwierdzono objawów wytwórczych oraz zamiarów i myśli samobójczych. Ostatecznie postawiono rozpoznanie zespołu depresyjnego o umiarkowanym nasileniu. Choremu zalecono stosowanie sertraliny w dawce początkowej 25 mg/dobę oraz alprazolamu 0,5 mg na noc. Przy dobrej tolerancji leku dawkę sertraliny zwiększono do dawki podtrzymującej 50 mg/dobę i taką dawkę zalecono choremu przy wypisie z kliniki. Ponadto zalecono stałe leczenie w poradni zdrowia psychicznego w miejscu zamieszkania. Poprawa stanu psychicznego chorego nastąpiła po około 2 miesiącach. Początkowo ustąpiły problemy ze snem, zmniejszyły się objawy lękowe, co umożliwiło odstawienie alprazolamu. Pacjent kontynuował leczenie sertralina przez 2 lata, pozostając pod stałą opieką poradni zdrowia psychicznego. W tym okresie kontynuował pracę zawodową, łącząc ją z wykonywaniem wymian dializacyjnych, oraz aktywnie uczestniczył w przygotowaniu do zgłoszenia na listę biorców przeszczepu nerki. Po wykonaniu wymaganych badań diagnostycznych został zgłoszony na listę oczekujących na przeszczepienie. Pomimo komplikacji rodzinnych (rozwód) pacjent pozostawał w dobrym stanie psychicznym, z okresowymi krótkimi incydentami pogorszenia nastroju niewymagającymi zmiany leczenia. Po ustabilizowaniu sytuacji osobistej nastąpiła poprawa stanu psychicznego umożliwiająca odstawienie sertraliny. Pacjent nadal pozostaje pod opieką ośrodka autorów dializy otrzewnowej i oczekuje na przeszczepienie nerki.

DYSKUSJA

Wystąpienie depresji jest często związane z pojawieniem się w życiu chorego trudnego,

nierzadko traumatycznego doznania, w wyniku czego dochodzi rozwoju zaburzeń afektywnych. Czynniki wyzwalającymi zespół depresyjny u opisywanego chorego były konieczność rozpoczęcia leczenia nerkozastępczego oraz związane z tym zmiany w jego życiu. Aktywny dotychczas mężczyzna, bez poczucia choroby, stanął przed koniecznością wykonywania regularnych wymian dializacyjnych w warunkach domowych. Spowodowało to dezorganizację dnia pracy, stanowiło dodatkowe obciążenie w wypełnionym obowiązkami życiu pacjenta, dodatkowo znacząco obniżyło jego samoocenę, stając się źródłem stresu.

Ze względu na nasilenie objawów choroby, ich nagły początek, rozpoznanie depresji w prezentowanym przypadku nie stanowiło większego problemu diagnostycznego. Zastosowanie się chorego do zaleceń zespołu terapeutycznego, zrozumienie problemów leżących u podłoża choroby i pełna współpraca pacjenta i rodziny zaowocowały skutecznym leczeniem.

Kluczowe dla losów chorego z depresją jest prawidłowe rozpoznanie choroby. Umożliwia to zastosowanie odpowiedniego leczenia, skierowanie pacjenta do poradni specjalistycznej i warunkuje sukces terapeutyczny. Rozpoznanie depresji przez lekarza specjalności innej niż psychiatra nie jest jednak proste. W dużej pracy podsumowującej 40 lat doświadczeń w rozpoznawaniu i leczeniu depresji u osób z chorobami nowotworowymi przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych oceniono, że tylko w połowie przypadków depresji lekarz rodzinny był w stanie postawić prawidłowe rozpoznanie. Co więcej, tylko w 37% przypadków rozpoznanie depresji skutkowało wdrożeniem leczenia lub skierowaniem chorego do poradni zdrowia psychicznego [5].

JAK ROZPOZNAĆ DEPRESJĘ U CHORYCH DIALIZOWANYCH?

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10, *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems 10th Revision*) w rozdziale poświęconym zagadnieniom zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania podaje kryteria rozpoznania epizodu depresyjnego. Do jego rozpoznania konieczne jest wystąpienie 2 z 3 objawów wymienionych w tabeli 1 oraz ich utrzymywanie się przez co najmniej 2 tygodnie. Do często spotykanych objawów dodatkowych należą: osłabienie koncentracji

Tabela 1. Objawy stanowiące podstawę rozpoznania epizodu depresyjnego według klasyfikacji ICD-10

Obniżony nastrój (smutek, przygnębienie, rozpacz, zubożenie — podlegające małym wahaniom z dnia na dzień, zwykle niezależne od bieżących wydarzeń)
Utrata zainteresowań i zdolności do odczuwania przyjemności
Zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i ograniczenia aktywności

i uwagi, niska samoocena i mała wiara w siebie, poczucie winy i małej wartości, pesymistyczna wizja przyszłości, myśli, tendencje i próby samobójcze, zaburzenia snu, a także zmniejszony apetyt oraz obniżenie popędu płciowego.

W codziennej praktyce nefrologicznej, która obejmuje opiekę nad chorymi dializowanymi, wymienione objawy spotyka się stosunkowo często. Niektóre z nich, jak zmniejszony apetyt, zmęczenie, spadek tolerancji wysiłku, pojawiają się w obrazie klinicznym ESRD. Lekarze, a także pacjenci są często przekonani, że wiele objawów prezentowanych przez chorego ma swoje uzasadnienie w chorobie somatycznej, co z jednej strony skłania pacjenta do odwołania zgłaszania zaburzeń afektywnych, a z drugiej — opóźnia postawienie prawidłowej diagnozy.

Jednak nie każdy objaw wymieniony wcześniej, a zgłaszany przez chorego, upoważnia do rozpoznania depresji. Ważnym elementem jest rozróżnienie dwóch stanów: stanu depresyjnego oraz przygnębienia. Należy podkreślić, że podstawowym kryterium różnicującym jest tutaj kryterium czasu oraz brak występowania dobowych wahań nastroju w przypadku przygnębienia. Stany przygnębienia trwają przeważnie krótko i mają zwykle konkretną przyczynę. Obniżenie nastroju jest słabiej wyrażone i zazwyczaj nie obserwuje się typowych dla depresji zaburzeń snu (spłycenie snu i wczesne budzenie się). Z praktycznego punktu widzenia należy przyjąć, że depresję rozpoznaje się, gdy u chorego przez okres 2 tygodni obniżony nastrój utrzymuje się przez co najmniej 50% czasu aktywności (z wyłączeniem czasu snu), a przygnębienie jest tak duże, że pacjent nie jest w stanie samodzielnie go opanować i uzewnętrznia to w swoim zachowaniu.

Jedną z przyczyn trudności w rozpoznawaniu depresji, szczególnie w grupie chorych z chorobami przewlekłymi, jest fakt obecności tak zwanych masek depresyjnych, dających obraz depresji maskowanej, zwanej również depresją poronną lub subdepresją. Obraz kliniczny depresji maskowanej może się znacząco różnić od klasycznego opisywanego wcześniej. W tych

▶▶ Kluczowe dla losów chorego z depresją jest prawidłowe rozpoznanie choroby. Umożliwia to zastosowanie odpowiedniego leczenia, skierowanie pacjenta do poradni specjalistycznej i warunkuje sukces terapeutyczny ◀◀

▶▶W przypadku gdy skargi pacjenta na objawy somatyczne powtarzają się, a nie ma podstaw klinicznych do powiązania dolegliwości z chorobą somatyczną, zawsze należy brać pod uwagę możliwość rozpoznania depresji◀◀

Tabela 2. „Maski” somatyczne depresji

Bezsenna noc
Zmęczenie
Bóle głowy (często o charakterze napięciowym, opasujące, nierzadko bóle tyłu głowy i karku)
Bóle kręgosłupa (zwykle dotyczące kręgosłupa lędźwiowego)
Dolegliwości bólowe typu rwy kulszowej
Bóle w jamie brzusznej
Utrata apetytu, chudnięcie
Zaparcia
Świąd lub pieczenie skóry
Dolegliwości żołądkowo-jelitowe
Bóle lub dyskomfort w klatce piersiowej, kołatanie serca
Duszność (bez obiektywnych przyczyn, czasem z hiperwentylacją)

stanach obniżenie podstawowego nastroju (smutek, przygnębienie lub zubożenie) może nie być zauważane przez pacjenta, również badanie psychiatryczne takich zaburzeń nie wykazuje. Na pierwszy plan wysuwają się różne dolegliwości somatyczne, często o znacznym nasileniu, przesłaniając objawy depresyjne. Objawy te niejednokrotnie należą do obrazu choroby somatycznej, na którą chory cierpi, co powoduje, że lekarze uznają te dolegliwości za uzasadnione, nie rozważając zaburzeń depresyjnych jako ich źródła. „Maski” somatyczne depresji przedstawiono w tabeli 2. Według praktyki klinicznej oraz obserwacji wielu autorów do najczęstszych „masek” somatycznych depresji należą:

- bezsenność;
- zmęczenie;
- bóle głowy — często o charakterze napięciowym, opasujące, nierzadko bóle tyłu głowy i karku;
- bóle kręgosłupa — zwykle dotyczące kręgosłupa lędźwiowego.

Wszystkie wymienione czynniki znacząco komplikują rozpoznanie depresji u chorego obciążonego chorobą przewlekłą, w tym przewlekłą ESRD. Jak wspomniano, kluczowym elementem rozpoznania stanu depresyjnego jest wywiad. Jednak już sam wygląd pacjenta, jego zachowanie, sposób mówienia mogą wskazywać na obecność zaburzeń afektywnych. W tabeli 3 podano za Majkowiczem [6] praktyczne wskazówki dotyczące wstępnej diagnozy chorego z depresją.

Podjeżdżając zaburzenia depresyjne, podczas zbierania wywiadu należy również skupić się na czynnikach zwiększających praw-

Tabela 3. Wskazówki przydatne przy wstępnej diagnozie depresji związane z informacjami, które można uzyskać od pacjenta (źródło [6])

Skargi zgłaszane przez pacjenta
Poczucie stałego zmęczenia, ociężałości
Niechęć do pracy i wykonywania codziennych czynności
Brak satysfakcji z życia, niechęć do życia
Gorsza pamięć, trudności ze skupieniem uwagi przy lekturze, oglądaniu telewizji
Ciągłe martwienie się (o dzisiaj, o jutro)
Poczucie wewnętrznego napięcia, niepokoju
Unikanie kolegów, znajomych
Płytki sen, wczesne budzenie się
Złe samopoczucie rano
Brak apetytu, chudnięcie
Zaparcia, wysychanie błon śluzowych jamy ustnej
Bóle (głowy, kręgosłupa, uogólnione bóle mięśniowe)

dopodobieństwo wystąpienia depresji, w tym zebrać informacje dotyczące występowania epizodów depresji w przeszłości. U ponad połowy chorych epizody depresyjne się powtarzają, a wystąpienie dwóch epizodów w przeszłości zwiększa ryzyko ponownego o 80%. Pozostałe czynniki zwiększające prawdopodobieństwo rozpoznania depresji przedstawiono w tabeli 4 [7].

Podsumowując rolę wywiadu w rozpoznaniu depresji, należy podkreślić, że w przypadku gdy skargi pacjenta na objawy somatyczne się powtarzają, a nie ma podstaw klinicznych do powiązania dolegliwości z chorobą somatyczną, zawsze należy brać pod uwagę możliwość rozpoznania depresji, szczególnie jeśli objawom somatycznym towarzyszą zaburzenia snu, pogorszenie nastroju i nadmierna męczliwość.

Następnym etapem rozpoznania zespołu depresyjnego jest badanie przedmiotowe. Uwagę zwraca ogólny wygląd chorego — często widoczne są zaniedbania higieniczne i brak dbałości o wygląd. Pacjenci zwykle unikają kontaktu wzrokowego, często z pochyloną głową patrzą w dół, a ich mimika i gestykulacje są znacznie ograniczone. Ruchy ciała są przeważnie spowolnione, choć w przypadku współistniejących zaburzeń lękowych można zaobserwować nadmierne podniecenie, z częstymi zmianami pozycji ciała. Mowa chorego jest powolna, a głos monotony, z charakterystycznym brakiem spontanicznych wypowiedzi.

W badaniu przedmiotowym chorego z depresją nie jest spodziewane znalezienie odchyleń, jednak element ten jest niezwykle ważny, gdyż pojawienie się nowych zmian lub zaostrzenie już istniejących chorób somatycz-

Tabela 4. Dane z wywiadu zwiększające prawdopodobieństwo rozpoznania depresji (źródło [7])

Występowanie zaburzeń depresyjnych u bliskich krewnych
Próby samobójcze, samobójstwa w rodzinie
Wystąpienie w ciągu ostatniego roku stresujących wydarzeń życiowych i brak wsparcia społecznego lub niewystarczające wsparcie
Nadużywanie alkoholu
Nadużywanie substancji psychoaktywnych
Przyjmowanie niektórych leków: cymetydyny, hormonów steroidowych, środków antykoncepcyjnych, beta-adrenolityków, alfa-adrenolityków, metoklopramidu, preparatów naporstnicy, leków uspokajających i nasennych, leków neurologicznych (amanatadyna, baklofen, bromokryptyna, fenytoina, lewodopa, karbamazepina), leków przeciwzapalnych i przeciwbólowych (fenacetyna, ibuprofen, indometacyna, pentazocyna, opiaty), antybiotyków (ampicylina, sulfametoksazol, cykloseryna, gryzeofulwina, streptomycyna, tetracyklina, sulfonamidy), leków przeciwnowotworowych (azatiopryna, bleomycyna, mitramycyna, winkrystyna, trymetoprym, C-asparaginaza, 6-azaurydyna) i innych (acetazolamid, salbutamol, disulfiram, heptadyna, metysergid)

nych wpływa na stan psychiczny chorych. Charakterystyczne dla chorych z depresją wahania masy ciała w grupie pacjentów z CKD nie mają tak dużego znaczenia. Jednak stała utrata masy ciała obserwowana podczas kolejnych wizyt, szczególnie bez uchwytnej przyczyny somatycznej, może być dla lekarza sygnałem świadczącym o możliwości pojawienia się zaburzeń depresyjnych. Jest to szczególnie ważne w grupie chorych dializowanych otrzewnowo, u których często obserwuje się systematyczny przyrost masy ciała w trakcie terapii [8].

Badania dodatkowe odgrywają podobną rolę jak badanie przedmiotowe. Nie stanowią one podstawy rozpoznania, jednak wykryte w nich nieprawidłowości mogą być cenną wskazówką diagnostyczną. U pacjentów stacji dializ, niezależnie od sposobu leczenia nerkozastępczego, w regularnych odstępach czasu wykonuje się badania laboratoryjne obejmujące podstawowe testy pozwalające monitorować stan chorego. Badania te w większości pokrywają się z listą badań zalecanych u chorych z rozpoznaniem depresji. Zdaniem autorów niniejszej pracy, rutynowe badania należy jednak poszerzyć o ocenę funkcji gruczołu tarczowego, gdyż nieprawidłowości w zakresie wydzielania hormonów tarczycy, a szczególnie niedoczynność tego gruczołu, mogą prowadzić do depresji.

Ważnym etapem diagnostycznym u pacjenta, u którego podejrzewa się bądź rozpoznano depresję, są konsultacje specjalistyczne. Mają one szczególne znaczenie u osób starszych, a także u pacjentów z nasilającymi się objawami depresyjnymi pomimo wdrożonego leczenia. Autorzy tego artykułu proponują, aby u takich chorych rozważyć konsultację neurologiczną z ewentualną diagnostyką obrazową (EEG, TK, NMR), a także konsultację okulistyczną (badanie dna oka). Mają one na celu wykluczenie procesu organicznego w central-

nym układzie nerwowym, a zwłaszcza rozrostu nowotworowego.

Kolejnym proponowanym etapem diagnostyki chorego z depresją jest wykonanie testów przesiewowych. Dużym atutem większości z nich jest możliwość ich wypełnienia przez chorego bez konieczności angażowania personelu medycznego. Popularnymi i często stosowanymi testami są: skala depresji Becka (BDI, *Beck Depression Inventory*), skala sepresji Zunga czy polecana szczególnie dla populacji osób starszych Geriatryczna Skala Oceny Depresji. Opracowane przez dr. Sławomira Murawca wskazówki dotyczące stawiania diagnozy i podejmowania decyzji o leczeniu depresji dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej mogą być narzędziem przydatnym również dla nefrologów [9]. Wszystkie wymienione narzędzia składają się z formularzy zawierających serie pytań zamkniętych, a każdej z odpowiedzi przypisuje się wartość punktową. Uzyskana suma punktów pozwala na ocenę nie tylko obecności zaburzeń depresyjnych, ale także ich ciężkości. Należy podkreślić, że stosowanie badań przesiewowych powinno być uzupełnieniem całości procesu diagnostycznego, a nie podstawą rozpoznania. W cytowanej już na wstępie pracy autorów z ośrodka lubelskiego, gdzie oceniano występowanie depresji wśród chorych leczonych dializami wyłącznie na podstawie BDI, częstość występowania tego zaburzenia wynosiła 70%. W świetle dostępnych danych z piśmiennictwa wartość ta wydaje się znacznie zawyżona. Rutynowe korzystanie z badań przesiewowych jest jednak w ocenie autorów niniejszej pracy ważnym elementem diagnostycznym, a ich wyniki mogą skłonić zespół terapeutyczny do pogłębionej oceny stanu chorego.

Wszystkie wymienione etapy procesu diagnostycznego mają na celu nie tylko stwierdzenie obecności zaburzeń depresyjnych, ale także ocenę ich ciężkości. Pozwala to na

zaplanowanie i wdrożenie odpowiedniego postępowania leczniczego. Celem niniejszej pracy nie jest omawianie szczegółowo postępowania u pacjentów leczonych nerkozastępczo ze stwierdzonymi zaburzeniami depresyjnymi. Zainteresowanych autorzy odsyłają do doskonałego artykułu poświęconego temu zagadnieniu zamieszczonego w niniejszym numerze „Forum Nefrologicznego”. Na zakończenie autorzy podkreślają, że większość łagodnych zaburzeń depresyjnych może być z powodzeniem leczona przez lekarza specjalności „niepsychiatrycznej”, w tym lekarza stacji dializ, który ma praktycznie codzienny kontakt z chorym. Część chorych wymaga jednak pogłębionej diagnostyki i powinni być kierowani do specjalisty psychiatry, a w szczególnych sytuacjach także na psychiatryczne leczenie szpitalne. Do specjalisty psychiatry należy skierować pacjenta w przypadku:

- niedawnej próby samobójczej;
- stwierdzenia myśli i tendencji samobójczych;
- współistnienia depresji z inną chorobą psychiczną;

- braku reakcji na zastosowane leczenie przeciwdepresyjne;
- stwierdzenia nasilonych działań niepożądanych leków;
- niepewnego rozpoznania, gdy istnieją wątpliwości diagnostyczne.

Chorych z ciężkim epizodem depresyjnym ze współistniejącymi objawami psychiatrycznymi, takimi jak halucynacje, urojenia, a także pacjentów z nasilonymi myślami i tendencjami samobójczymi należy natychmiast skierować na leczenie szpitalne.

PODSUMOWANIE

Depresja występuje często wśród chorych z PChN. Jej obecność pogarsza jakość życia i przeżycie chorych. Do zadań nefrologa oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej powinny należeć wczesne rozpoznawanie i początkowe leczenie. W przypadku ciężkich objawów i nieskuteczności leczenia konieczne jest ambulatoryjne lub szpitalne leczenie psychiatryczne.

STRESZCZENIE

Depresja jest istotnym problemem u chorych z przewlekłą chorobą nerek. Szczególnie często jest obserwowana u osób ze schyłkową niewydolnością nerek (ESRD) poddawanych leczeniu nerkozastępczemu. Jej obecność pogarsza jakość życia i przeżycie chorych. Do zadań nefrologa oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej powinno należeć wczesne rozpoznawanie i początkowe leczenie. W razie ciężkich objawów i nieskuteczności leczenia konieczne jest ambulatoryjne lub szpitalne leczenie psychiatryczne. W pracy opisano przypa-

dek chorego z przewlekłą niewydolnością nerek dializowanego otrzewnowo z objawami depresji. Prawidłowe i szybkie rozpoznanie oraz wdrożone leczenie doprowadziły do redukcji objawów chorobowych, umożliwiły powrót chorego do domu i znacząco poprawiły jakość życia.

Omówiono również podstawowe etapy rozpoznania depresji oraz potencjalne trudności w tej specyficznej grupie chorych.

Forum Nefrologiczne 2013, tom 6, nr 3, 171–176

Słowa kluczowe: dializa otrzewnowa, depresja, problemy psychiczne chorych dializowanych, depresja u chorych dializowanych

Piśmiennictwo

1. Książek P., Makara-Studzinska M., Zaluska A. i wsp. Uwarunkowania rozwoju depresji u pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek leczonych hemodializami. *Przegl. Lek.* 2009; 66: 1036–1039.
2. Cilan H., Sipahioglu M.H., Oguzhan N. i wsp. Association between depression, nutritional status, and inflammatory markers in peritoneal dialysis patients. *Ren. Fail.* 2009; 35: 17–22.
3. Makara-Studzinska M., Książek P., Kossak A. i wsp. Rozpoznanie zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek. *Psychiatr. Pol.* 2011; 45: 187–195.
4. Einwohner R., Bernardini J., Fried L. i wsp. The effect of depressive symptoms on survival in peritoneal dialysis patients. *Perit. Dial. Int.* 2004; 24: 256–263.
5. Mitchell A.J., Vahabzadeh A., Maruder K. Screening for distress and depression in cancer settings: 10 lessons from 40 years of primary-care research. *Psychooncology* 2011; 20: 572–584.
6. Majkovicz M., Zdun-Ryżewska A. Rozpoznawanie i leczenie depresji w sytuacji choroby somatycznej. *Medycyna Paliatywna* 2012; 2: 75–79.
7. <http://www.docedu.klrwp.pl>
8. Henriques V.T., Martinez E.Z., Divino-Filho J.C. i wsp. Increase in BMI over time is associated with fluid overload and signs of wasting in incident peritoneal dialysis patients. *J. Ren. Nutr.* 2013; 23: e51–e57.
9. <http://www.zotral.pl>