

- associated%20with%20the%20coronavirus%20disease%202019%20(COVID-19).pdf. – Текст : электронный.
28. Розанов, В. А. Насущные задачи в сфере суицидальной превенции в связи с пандемией COVID-19 / В. А. Розанов // Суицидология. – 2020. – № 1. – С. 39-52.
29. Любов, Е. Б. Суицидальное поведение пожилых / Любов Е. Б., Магурдумова Л. Г., Цупрун В. Е. // Суицидология. – 2017. – № 1. – С. 3-16.
30. Vikram, T. COVID 2019-suicides: A global psychological pandemic / Vikram T. Jain A. // Brain Behav Immun. – 2020. – P.952-953.
31. Gautam, M. Current and Future Challenges in the Delivery of Mental Healthcare during COVID-19 / Gautam M. Thakrar A. // SN Compr / Clin Med. – 2020. – P.1-6.
32. Zhenyu, Li. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control / Zhenyu, Li, Jingwu, Ge // Brain Behav Immun. – 2020. – P. 916-919.
33. Hospital suicide due to non-treatment by healthcare staff fearing COVID-19 infection in Bangladesh? / Mohammed A. [et al.] // Asian J Psychiatr. – 2020. – № 11. – P.1-12.
34. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study / Lu W. [et al.] // Psychiatry Res. – 2020. – P.54-59.
35. PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: what can we expect after the COVID-19 pandemic / Carmassi C. [et al.] // Psychiatry Res. – 2020. – P. 39-42.
36. COVID-19. Практическое применение глобальной стратегии реагирования в Европейском регионе ВОЗ / Всемирная организация здравоохранения; Европейское региональное бюро. – 2020. – Url: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/2020/covid-19-operationalization-of-the-global-response-strategy-in-the-who-european-region-september-2020> (дата обращения: 29.10.2020).
37. Шеремет, А. Н. Пандемия неравенства. Социально-экономические аспекты и последствия COVID-19 // Журнал «Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования». – 2020. – № 4. – С. 136-141.
38. The Implications of COVID-19 for Mental Health and Substance Use / Panchal N. [et al.] // KKF. – 2020. – Url: <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/the-implications-of-covid-19-for-mental-health-and-substance-use/> (Дата обращения: 11.11.2020).
39. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness / Leigh-Hunt N. [et al.] // Publ. Health. – 2017. – P. 157-171.
40. The interpersonal theory of suicide / Van Orden K.A. [et al.] // Psychol Rev. – 2010. – № 2. – P. 575-600.
41. Bennardi, M., Caballero, F.F. Longitudinal Relationships between Positive Affect, Loneliness, and Suicide Ideation: Age Specific Factors in a General / Bennardi M., Caballero F.F. // Suicide Life Threat Behav. – 2019. – № 1. – P.90-103.

#### Сведения об авторах

Мурзакаев Азат Айдарович — ассистент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, врач-психиатр ОМКО СОКПБ. Адрес для переписки: murzakaevazat@gmail.com.

Есина Ольга Борисовна — канд. мед. наук, ассистент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: yesinao@mail.ru.

Сизикова Елена Алексеевна — студентка 5-го курса лечебно-профилактического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

Громова Алена Алексеевна — студентка 5-го курса педиатрического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

## АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК: ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 159.97 + 616.61, 616-05

**К.С. Обухова**<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup>Свердловская областная клиническая психиатрическая больница, г. Екатеринбург,  
Российская Федерация

<sup>2</sup>Уральский федеральный университет им. первого Президента России Б.Н. Ельцина,  
г. Екатеринбург, Российская Федерация

Статья посвящена обзору зарубежных и отечественных исследований по проблеме аффективных расстройств у пациентов, страдающих хронической болезнью почек (ХБП) на разных стадиях болезни. Представлен обзор показателей распространенности аффективных расстройств у нефрологических пациентов, особенностей клинических проявлений на разных стадиях хронической болезни почек.

**Ключевые слова:** хроническая болезнь почек, аффективные расстройства, стадии ХБП.

## AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE: REVIEW OF STUDIES

**K.S. Obukhova**<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup>Sverdlovsk Regional Clinical Psychiatric Hospital, Yekaterinburg, Russian Federation;

<sup>2</sup>Ural Federal University by the first President of Russia B.N. Yeltsin, Yekaterinburg, Russian Federation

The article is devoted to the review of foreign and domestic studies on the problem of affective disorders in patients suffering from chronic kidney disease (CKD) at different stages of the disease. An overview of the prevalence of affective disorders in nephrological patients features of clinical manifestations at different stages of chronic kidney disease.

**Keywords:** chronic kidney disease, affective disorders, stages of CKD.

## Введение

По разным данным, распространенность хронической болезни почек (ХБП) составляет 5-16 % в общей популяции населения [1]. В ежегодном докладе ВОЗ (2000 г.) отмечается, что патология почек и мочевых путей ежегодно приводит к смерти примерно 1 млн человек из 30-35 млн лиц, умирающих от всех хронических заболеваний [2]. С каждым годом увеличивается число зарегистрированных пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности, в 2002 году их количество составляло 29 тыс. человек, а к 2014 году — более 67 тыс. человек [3].

Психическая жизнь человека представляет собой целостный многогранный процесс отражения окружающего мира во всем его многообразии. Необходимым элементом отражательной деятельности является эмоциональная сфера личности, которая понимается как комплекс внутренних психологических состояний, проявляющихся в субъективных отношениях, переживаниях и в экспрессивно-коммуникативном поведении. Эмоции — это физиологические состояния человека, отражающие субъективное отношение к происходящему, к окружающим людям и самому себе. Эмоции являются индикатором состояния: если человек страдает от какого-то заболевания, эмоциональное состояние начинает меняться, иногда приобретая патологическую окраску. Эмоциональные нарушения — группа психических нарушений, которые проявляются чрезмерным выражением естественных эмоций человека или нарушением их динамики (неустойчивостью либо тугоподвижностью) [4].

Наиболее часто специалисты в области клинической психологии и психиатрии встречаются в своей практике с такими эмоциональными нарушениями, как депрессия, тревожные состояния, агрессивность. Данные нарушения являются негативными для человека, они мешают адекватно реализовывать поставленные перед собой цели, нарушают адаптацию, снижают качество жизни и приносят страдания. Достаточно известно является факт частого сочетания депрессивных расстройств с соматическими и неврологическими заболеваниями.

Предметом многочисленных исследований различных специалистов являются тесные клиничко-патогенетические связи хронической болезни почек и аффективных расстройств, в частности депрессий и тревожно-депрессивных состояний.

## Дискуссия и обсуждение

Депрессия широко распространена у пациентов с ХБП, что подтверждает систематический обзор и метаанализ 216 исследований с участием 55982 пациентов с ХБП (в том числе находящихся на гемодиализе). Авторы обнаружили, что распространенность депрессивных симптомов при оценке с помощью скрининговых анкет составляет 26,5 %, при оценке посредством клинического интервью — 21,4% [5]. Установлено, что депрессия диагностируется у пациентов с хронической болезнью почек на разных стадиях

заболевания и затрагивает около 20 % больных еще до начала заместительной почечной терапии (ЗПТ) [6].

Эмоциональные нарушения у пациентов на начальных стадиях ХБП (1-3 стадия).

Хроническая болезнь почек является медленно протекающим заболеванием и на начальных стадиях не вызывает у пациента особенно много жалоб, почечная функция может снижаться в течение нескольких лет. На начальных стадиях заболевания почек пациенты наблюдаются чаще амбулаторно, при негативных показателях в анализах проходят консервативное лечение в стационарных отделениях. Таким пациентам необходимо регулярно проходить обследования, вносить изменения в питание и привычки. К сожалению, нарушение функции почек может протекать бессимптомно, и часто пациенты попадают в стационар после медицинского осмотра по месту работы, где обнаружилось нарушение. Вследствие непредставленности болезненных ощущений в сознании пациенты не контролируют свою болезнь, что приводит к скрытому ее прогрессированию. Эмоциональные расстройства у больных с заболеваниями почек зависят от степени выраженности нарушения функции почек. На начальных этапах болезни развиваются симптомы эмоциональной неустойчивости, обусловленные выраженной астенией, далее возможно развитие тревожных, астено-депрессивных, тревожно-депрессивных синдромов субпсихотического или невротического уровней.

Эмоциональный статус пациентов на ранних стадиях ХБП представлен депрессивными реакциями, связанными не с фактом заболевания, а с процессом госпитализации, нахождением в больнице, напряженным и тревожным ожиданием конца пребывания в стационаре. Данные реакции связаны, прежде всего, с социальными проблемами, в частности, с риском потери работы из-за частых и длительных госпитализаций, ограничений, накладываемых на условия и характер работы. Вследствие несформированности интрацептивных ощущений в сознании болезнь воспринимается скорее как ограничение на профессиональную деятельность, чем то, что приносит соматические страдания [7].

Тревожно-депрессивные расстройства представляют собой чувство тоски, тревоги, вины, ангедонию, утрату интереса к привычным занятиям, снижение социальной активности, депрессивные ассоциации относительно будущих перспектив, снижение критической оценки состояния, снижение аппетита. В развитии данных расстройств принимает участие как соматогенный фактор, так и психотравмирующее влияние хронического заболевания. Болезнь почек вносит в жизнь физическую и моральную дисгармонию, требуется смена образа жизни, дополнительная организация питания, дозирование количества нагрузок, ограничение в определении мест и способа отдыха, межличностных контактов. Со временем чувство тревоги становится всеобъемлющим, появляются раздражительность, психи-

ческое напряжение, нарушения сна и аппетита, двигательное беспокойство. Если клиника ХБП включает в себя болевой компонент в виде приступа колик, то у больных может формироваться страх на ожидании этих приступов, что влечет за собой опасение оказаться далеко от мест оказания медицинской помощи, стремление избегать активных видов спорта, что существенно снижает качество жизни.

Депрессия является независимым фактором риска госпитализаций и смерти как у пациентов, получающих диализ, так и у пациентов на ранних стадиях [9, 17]. Психиатрические расстройства в популяции с ХБП были связаны со значительным снижением общего качества жизни, быстрым прогрессированием до терминальной почечной недостаточности (ТПН), а также более высоким риском госпитализации и смерти [8, 9, 10, 17]. О частоте встречаемости панических атак у пациентов с ХБП как в зарубежных, так и в отечественных источниках не упоминается.

Эмоциональные нарушения у пациентов, находящихся на терминальной стадии (4-5 стадия) и получающих лечение гемодиализом носят более стойкий характер. С началом диализа появляется «привязанность» к месту проведения лечения, к аппарату «искусственная почка», полная зависимость жизненного уклада вплоть до смены места жительства ближе к проведению процедуры, не говоря про установление инвалидности, в некоторых случаях потерю постоянного места работы. Пациенты, описывая свои переживания, сравнивают себя с жертвой лечения: вместо того чтобы помогать, оно доставляет больше трудностей, вызывает чувство беспомощности, депрессию, даже обиду [11]. Иначе говоря, резко снижается качество жизни таких пациентов. По сравнению с общей популяцией населения увеличивается риск суицидального поведения. Пациенты с терминальной стадией почечной недостаточности, находящиеся на гемодиализе, имели повышенный риск суицида, более того, пациенты, которые первоначально прошли диализ в течение 0-3 месяцев, имели значительно повышенный риск самоубийства [12].

Для больных с хронической почечной недостаточностью характерна прямая зависимость между тяжестью соматического состояния и развитием аффективных расстройств. К депрессивному состоянию присоединяется агрессивность, враждебность, чувство разочарования [7, 15]. Это может быть связано как с раздражительностью на фоне астении вследствие влияния уремии на психику, так и с эмоциональной реакцией на факт осознания заболевания, его тяжести и хронизации, на вынужденную смену привычного образа жизни. Пациенты отмечают негативное ожидание относительно межличностных отношений, отмечают свою эстетическую неполноценность, связанную с фистулами на видимых местах, присутствует осознание того, что «Я не такой, как они, здоровые» [7, 13, 14, 16]. В то же время на фоне улучшения самочувствия в связи со снижением интоксикационного воздействия

на психику у больных может актуализироваться психотравмирующее влияние заболевания и социальных факторов, усиливается реакция личности на болезнь и лечение гемодиализом. С медицинской точки зрения кажется очевидным и однозначным, что операция по трансплантации почки может существенно повысить качество жизни, но это не является таковым с психологической точки зрения. Отношение к операции по трансплантации почки существенно влияет на эмоциональное состояние пациента. Хирурги-трансплантологи и координаторы по вопросам трансплантологии отмечают случаи, когда страх, беспокойство, возмущение у пациентов настолько сильны, что заставляют их, получив звонок из центра пересадки, находить различные причины для невозможности в данный момент приехать на операцию, что является рационализацией бессознательных импульсов [1]. В первую очередь, это страх перед оперативным вмешательством, некоторые боятся последствий операции, ее неудачного исхода, возможного отторжения, а иные боятся отказаться от уже сложившегося уклада жизни. В ряде случаев трансплантированный орган воспринимается реципиентами как «инородное тело», что опосредованно выражается в актуализации интрапсихических конфликтов, депрессии, в несоблюдении режима послеоперационного лечения, в нарушении комплаенса [18]. Трансплантация органов обуславливает формирование «новой психологической реальности», к которой личности предстоит адаптироваться. После трансплантации донорского органа вместе с соматическим восстановлением происходит процесс психологической адаптации, то есть когнитивной и эмоциональной интеграции донорского органа в «новый» образ тела.

### Выводы

Исходя из вышесказанного, можно сделать следующие выводы. Эмоциональные нарушения у пациентов с хронической болезнью почек возникают на протяжении всего заболевания — с момента постановки диагноза до трансплантации почки. Если на начальных этапах источником негативных эмоций становятся изменения в профессиональном статусе, риск потери работы, необходимость и длительность госпитализации, то с прогрессированием ХБП тревожные и депрессивные состояния становятся следствием полного изменения образа жизни, зависимости от аппаратов. Пациентам на гемодиализе приходится выстраивать всю жизнь вокруг данной процедуры. У пациентов с ХБП увеличивается суицидальный риск. К депрессивному состоянию присоединяются агрессивность, враждебность, чувство беспомощности. Отношение к операции по трансплантации почки существенно влияет на эмоциональное состояние пациента. Глубокая депрессия может привести к отказу от лечения, к рискам отторжения уже пересаженного органа. Трансплантация органа, «инородного тела» требует психологической адаптации.