

Представленность тревожно-депрессивных и астенических расстройств у пациентов с энцефалопатией на фоне терминальной стадии хронической почечной недостаточности, корригируемой программным гемодиализом

Т. Е. Голубева, Т. А. Слюсарь

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Россия

РЕЗЮМЕ

Цель исследования. Изучить частоту, структуру и выраженность тревожно-депрессивных и астенических расстройств у пациентов с энцефалопатией на фоне терминальной стадии хронической почечной недостаточности (ХПН), корригируемой программным гемодиализом. **Материалы и методы.** Обследовали 124 пациента (71 мужчина и 53 женщины) в возрасте 40–70 лет с энцефалопатией в терминальной стадии ХПН, корригируемой программным гемодиализом, которые в зависимости от стажа диализа были разделены на 2 группы: стаж диализа 1–5 лет – 67 человек, более 5 лет – 57 человек. Тревожность (личностная и реактивная) регистрировалась с применением шкалы Ч.Д. Спилбергера–Ханина, депрессия – с помощью шкалы Т. Бека. Структуру и выраженность астении изучали с помощью опросника MFI 20. **Результаты.** Пациенты с энцефалопатией на фоне ХПН, корригируемой программным гемодиализом, характеризовались высокой частотой и выраженностью тревожно-депрессивных и астенических расстройств, высоким индексом полиморбидности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: энцефалопатия, астения, депрессия, тревога, хроническая болезнь почек, программный гемодиализ.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The presence of anxiety-depressive and asthenic disorders in patients with encephalopathy on the background of end-stage chronic renal failure, corrected by programmed hemodialysis

T. E. Golubeva, T. A. Slyusar

Tver State Medical University, Tver, Russia

SUMMARY

The purpose of the study. To study the frequency, structure and severity of anxiety-depressive and asthenic disorders in patients with encephalopathy on the background of end-stage chronic renal failure (CRF), corrected by programmed hemodialysis.

Materials and methods. 124 patients (71 men and 53 women) aged 40–70 years with end-stage CRF encephalopathy corrected by programmed hemodialysis were examined. Depending on the dialysis experience, they were divided into 2 groups: 67 people with 1–5 years of dialysis experience, 57 people with more than 5 years of dialysis experience. Anxiety (personal and reactive) was recorded using the C.D. Spielberger–Khanin scale, depression was recorded using the T. Beck scale. The structure and severity of asthenia were studied using the MFI-20 questionnaire.

Results. Patients with encephalopathy on the background of chronic kidney disease corrected by programmed hemodialysis were characterized by a high frequency and severity of anxiety-depressive and asthenic disorders, a high polymorbidity index.

KEYWORDS: encephalopathy, asthenia, depression, anxiety, chronic kidney disease, programmed hemodialysis.

CONFLICT OF INTERESTS. The authors declare that there is no conflict of interest.

Введение

Хроническая болезнь почек (ХБП) – это персистирующее в течение более трех месяцев поражение почек вследствие действия различных этиологических факторов, анатомической основой которого является замещение нормальных анатомических структур фиброзом, приводящим к дисфункции почек. ХБП регистрируется у 10–15 % мирового населения, что соответствует 850–900 млн человек с учетом всех стадий заболевания [1]. В странах с высоким уровнем дохода распространенность заболевания достигает 14–16 %, в развивающихся регионах этот показатель составляет 10–13 %, что, возможно, связано с различиями в диагностике заболевания и доступности медицинской помощи. Терминальная стадия ХБП (ХБП 5Д) регистрируется у 0,2 % населения, что эквивалентно 7–10 млн пациентов, нуждающихся в диализе или трансплантации почки [2].

У пациентов с ХБП регистрируются различные эмоциональные и астенические нарушения [3]. Согласно данным международного многоцентрового исследования GDAS (Global Dialysis Anxiety Study), общая распространенность клинически значимой тревоги среди пациентов, находящихся на гемодиализе, составляет 41,6 % [4, 5]. Результаты исследования Chen et al. [6] продемонстрировали статистически значимые различия в распространенности тревожных расстройств у пациентов, находящихся на гемодиализе, в зависимости от их возрастной и гендерной принадлежности. В возрасте 18–45 лет тревога регистрировалась у 44,3 % респондентов, старше 65 лет – у 38,1 %. Более высокий процент тревоги у молодых пациентов авторы связывают с психологическими и экономическими факторами, а также продолжительностью диализа. Распространенность

тревоги у женщин составила 48,9%, у мужчин – 34,7%. Повышенный процент тревоги у женщин по сравнению с мужчинами, по мнению авторов, связан с комплексом биологических, психологических и клинических факторов.

Распространенность депрессии у пациентов с терминальной стадией ХБП (ХБП 5Д) составляет 35–45% [7]. Согласно данным международного многоцентрового исследования GDDS (Global Dialysis Depression Study), общая распространенность клинически значимой депрессии среди пациентов, находящихся на гемодиализе, составила 38,4% [8]. Исследование Yamamoto et al. [9] выявило значимые различия в распространенности депрессии у мужчин и женщин, проходивших программный гемодиализ: у женщин частота депрессии составила 44,8%, у мужчин – 32,6%. Исследование EURO-DOPPS (European Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study) продемонстрировало значимые различия в распространенности депрессии в зависимости от параметров диализной терапии [10]. Тревожные и депрессивные расстройства занимают центральное место в структуре коморбидности пациентов с ХБП, находящихся на программном гемодиализе, оказывая значительное влияние на приверженность лечению, качество жизни и выживаемость [11].

Астения – частый симптом у пациентов с ХБП, находящихся на программном гемодиализе, связанный с уремической интоксикацией, анемией и психоэмоциональным стрессом [2]. Распространенность астении среди пациентов, находящихся на программном гемодиализе, составляет 68–94% [12]. Многоцентровое исследование GDOS (Global Dialysis Outcomes Study) с участием 5843 пациентов выявило клинически значимую астению у 78,2% респондентов, при этом тяжелая степень астении диагностирована у 34,6% [12]. Исследование EURO-DOPPS продемонстрировало зависимость распространенности астении от типа применяемой мембраны диализатора: при использовании высокопроточных мембран частота астении составила 68,9%, в группе стандартного гемодиализа – 82,4% ($p < 0,01$) [13, 14].

Патогенез этих нарушений носит мультифакторный характер. К биологическим факторам относятся уремическая интоксикация [15], анемия [16], хроническое воспаление почек с повышением уровня провоспалительных цитокинов (IL-6, TNF- α , CRP) [17], а также нарушение метаболизма нейромедиаторов (серотонина, норадреналина, дофамина) [18]. Психосоциальные факторы включают зависимость от диализной терапии, социальную изоляцию и стигматизацию пациентов, финансовые трудности [19].

Цель исследования

Изучить частоту, структуру и выраженность тревожно-депрессивных и астенических расстройств у пациентов с энцефалопатией на фоне терминальной стадии хронической почечной недостаточности, корригируемой программным гемодиализом.

Материалы и методы

Обследовали 124 пациента (71 мужчина и 53 женщины) в возрасте 40–70 лет с энцефалопатией в терминальной стадии хронической почечной недостаточности (ХПН), корригируемой программным гемодиализом (ГД), которые в зависимости от стажа диализа были разделены на 2 группы: стаж диализа 1–5 лет – 67 человек, более 5 лет – 57 человек.

Критерии включения пациентов в исследование: возраст от 40 до 70 лет, наличие терминальной стадии ХПН, подтвержденный диагноз энцефалопатии, стаж диализа от 1 года и более, информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: пациенты младше 40 лет и старше 70 лет, наличие сахарного диабета 1 или 2 типа, перенесенный инсульт, травмы головы или позвоночника, онкологические, инфекционные, психические заболевания.

У всех пациентов оценивалась соматическая отягощенность с вычислением индекса полиморбидности – ИПМ (количество заболеваний, выявляемых у одного пациента) [20]. Диагноз и стадии энцефалопатии устанавливались неврологом по результатам клинико-неврологического, нейропсихологического и инструментального (МРТ головного мозга) обследований пациентов. Тревожность (личностная и реактивная) регистрировалась с применением шкалы Ч. Д. Спилбергера – Ханина [21], депрессия – с помощью шкалы Т. Бека [22]. Степень выраженности и структуру астении выявляли с помощью опросника MFI-20 (Multidimensional Fatigue Inventory-20) [23].

Количественные данные обрабатывали с помощью базы данных таблиц Excel, статистических тестов (критерий χ^2 , t-критерий Стьюдента для сравнения средних значений двух групп), критерий Манна – Уитни, корреляционного анализа. Результаты считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

У пациентов с энцефалопатией на фоне терминальной стадии хронической почечной недостаточности, находящихся на программном гемодиализе, был выявлен высокий индекс полиморбидности (7,0). Патология почек регистрировалась у всех пациентов, получавших программный гемодиализ. Распространенность нефрогенных осложнений, таких как анемия, составила 90,0%, гиперпаратиреоза – 71,7%, уремической гастроэнтеропатии – 66,7%, они не имели статистически значимых гендерных различий. Данные состояния являются системными маркерами уремии и требуют стандартизированного подхода к лечению независимо от пола. Гипертоническая болезнь 3-й стадии статистически значимо чаще регистрировалась у пациентов мужского пола (70,6%) по сравнению с женщинами (42,3%, $p = 0,027$), деформирующий остеоартроз чаще диагностировали у женщин (50,0%), чем у мужчин (29,4%, $p = 0,042$), ретинопатия сетчатки достоверно чаще встречалась у мужчин (23,5%), чем у женщин (3,8%, $p = 0,033$). В ходе анализа данных была выявлена группа заболеваний, частота которых статистически значимо

Таблица 1

Выраженность и структура тревожно-депрессивных и астенических расстройств у пациентов с энцефалопатией на фоне терминальной стадии хронической почечной недостаточности с различным стажем гемодиализа (баллы, М±m)

Показатели	Стаж гемодиализа (ГД)					
	ГД 1–5 лет			ГД более 5 лет		
	м (n=36)	ж (n=31)	группа в целом (n=67)	м (n=35)	ж (n=22)	группа в целом (n=57)
Тревога						
– реактивная	36,8±1,4	37,4±2,1	37,1±2,0	42,6±1,6	43,9±1,2	43,8±1,6
– личностная	34,7±1,5	32,5±1,2	33,7±1,4	39,8±1,5	41,6±1,3°	40,9±1,7*
Депрессия	11,3±1,2	11,2±1,8	11,2±1,5	18,9±1,5°	21,6±2,0°	20,8±1,2*
Астения						
– сниженная мотивация	13,5±0,5	12,6±0,4	12,8±0,6	14,3±0,4	14,6±0,6	14,4±0,8
– пониженная активность	14,1±0,5	13,7±0,5	13,9±0,6	16,0±0,6	16,5±0,7	16,4±0,7
– психическая астения	12,2±0,8	12,0±0,6	12,1±0,8	14,5±0,8	14,2±0,7°	14,4±0,8
– физическая астения	16,6±0,6	16,9±0,4	16,8±0,4	17,7±0,5	17,9±0,8	17,8±0,8
– общая астения	17,5±0,4	16,4±0,4	17,4±0,8	18,2±0,4	18,9±0,7°	18,6±0,9

Примечание. Здесь и в следующей таблице: * – различия между группами (* – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$); ° – различия между женщинами и мужчинами (° – $p < 0,05$; °° – $p < 0,01$).

Таблица 2

Частота тревожно-депрессивных и астенических расстройств у пациентов с энцефалопатией на фоне терминальной стадии хронической почечной недостаточности с различным стажем гемодиализа (%)

Показатели	Стаж гемодиализа (ГД)					
	ГД 1–5 лет			ГД более 5 лет		
	м (n=36)	ж (n=31)	группа в целом (n=67)	м (n=35)	ж (n=22)	группа в целом (n=57)
Тревога реактивная						
– низкая	8,3	0	4,5	0	4,6	1,8
– умеренная	52,8	51,0	52,2	40,0	59,1	42,3
– высокая	8,3	22,5	14,9	31,4°	28,7	29,9*
личностная						
– низкая	8,3	0	4,5	2,9	4,5	3,5
– умеренная	48,3	60,7	54,2	54,2	52,8	52,6
– высокая	10,5	19,3	13,4	17,1	22,7	20,1
Депрессия						
– легкая	41,7	19,4	30,9	25,7	31,8	28,8
– умеренная	16,7	29,0	22,9	48,6°	50,0°	49,3*
– тяжелая	8,3	12,9	10,6	11,4	9,1	10,2
Астения						
– легкая	41,7	80,7	69,3	28,6	22,7	25,7*
– умеренная	16,7	9,6	13,2	51,4°	59,1°	55,3*
– выраженная	0	0	0	11,4	18,2	15,5

не зависела от гендерной принадлежности пациентов: хроническая сердечная недостаточность регистрировалась у 38,2% мужчин и у 23,1% женщин, минерально-костные нарушения – соответственно у 67,6 и у 53,8%, дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника – у 32,4 и у 50,0%.

Анализ частоты тревожных, депрессивных и астенических расстройств в зависимости от стажа диализа выявил, что у пациентов со стажем диализа более 5 лет отмечалось преобладание умеренного и высокого уровня реактивной тревоги, депрессии и астении по сравнению с лицами со стажем диализа 1–5 лет.

Выраженность и структура тревожно-депрессивных и астенических расстройств у пациентов представлена в таблице 1.

При анализе показателей установлено, что пациенты, находящиеся на ГД более 5 лет, имеют достоверно более высокие уровни личностной тревоги и депрессии по сравнению с пациентами со стажем диализа 1–5 лет. Сравнение показателей у мужчин и женщин в группе пациентов с длительностью диализа более 5 лет выявил достоверные различия по уровню личностной тревоги, что свидетельствует о том, что при длительном нахождении на диализе у женщин формируются более выраженные тревожные черты личности по сравнению с мужчинами. По показателям депрессии мужчины и женщины со стажем диализа более 5 лет достоверно отличались от групп, обследованных со стажем диализа 1–5 лет. Показатели общей астении и всех субшкал опросника в обеих группах были высокими. Достоверные различия между группами регистрировались у женщин: уровни общей и психической астении у женщин со стажем более 5 лет были выше, чем у женщин со стажем диализа 1–5 лет. У 48,4% пациентов наблюдалось одновременное наличие всех трех состояний, что формирует взаимно отягощающий «порочный круг». Симптомы тревоги и депрессии усугубляют проявления астении, а выраженная астения лишает пациентов психических ресурсов для преодоления тревоги и депрессии [19].

Результаты исследования частоты тревоги, депрессии и астении представлены в таблице 2.

Тревога регистрировалась у 71,6% лиц со стажем диализа 1–5 лет и у 73,9% лиц со стажем диализа более 5 лет. У пациентов со стажем диализа более 5 лет достоверно чаще регистрировался высокий уровень реактивной тревоги по группе в целом и у мужчин (табл. 2).

Депрессия регистрировалась у 64,0% лиц со стажем диализа 1–5 лет и у 88,3% лиц со стажем диализа более 5 лет. У пациентов со стажем диализа более 5 лет достоверно чаще выявлялась депрессия умеренной степени выраженности по группе в целом, а также в группах обследованных женщин и мужчин. Астенические нарушения регистрировались у 82,5% пациентов со стажем диализа 1–5 лет и у 96,5% пациентов со стажем диализа более 5 лет. У пациентов со стажем диализа более 5 лет достоверно чаще выявлялась астения умеренной степени выраженности по группе в целом, а также в группах мужчин и женщин. Выраженная астения регистрировалась у пациентов со стажем диализа более 5 лет (у 15,5%).

Заключение

В настоящем исследовании показана высокая распространенность и выраженность эмоциональных нарушений (тревоги и депрессии) и астенических расстройств у пациентов с энцефалопатией на фоне терминальной стадии хронической почечной недостаточности, корригируемой

программным гемодиализом, что обусловлено комплексным взаимодействием биологических, психологических и социальных факторов. Стаж лечения является значимым фактором – у пациентов со стажем гемодиализа более 5 лет нарушения эмоциональной сферы и астения чаще регистрируются и более выражены, чем у пациентов с меньшим стажем гемодиализа.

Расстройства тревожно-депрессивного спектра являются одними из частых форм коморбидных заболеваний при хронической ишемии головного мозга [24, 25], негативно влияя на течение и прогноз заболевания. Показано, что хроническая сосудистая недостаточность головного мозга может оказывать самостоятельное влияние на развитие аффективных нарушений [26]. Развитие этих расстройств при энцефалопатии связывают с дисфункцией срединных структур мозга, являющихся территорией смежного кровоснабжения и поэтому страдающих в первую очередь при хронической гипоперфузии мозга, а также негативным влиянием биологических (соматическая патология) и психогенных факторов на уровень мозговой активации, физическую и психическую активность человека [27, 28]. Большую склонность женщин к эмоциональным нарушениям объясняют колебаниями гормонального фона и высокой стрессодоступностью [29, 30].

Установлено, что хроническая болезнь почек является одной из причин развития церебральной микроангиопатии [31]. Развитие хронических цереброваскулярных расстройств у пациентов, находящихся на программном ГД, может быть обусловлено негативным реноваскулярным влиянием терминальной стадии хронической болезни почек, необходимостью проведения ГД и связанными с ним факторами цереброваскулярного риска [32]. Клинически манифестные хронические цереброваскулярные расстройства выявляются более чем у 80 % пациентов, длительное время находящихся на лечении программным ГД. Установлено, что неблагоприятное прогностическое значение для развития хронической ишемии мозга имеют наличие неконтролируемой артериальной гипертензии, интрадиализной гипертензии, диализной вегетативной полиневропатии (кардиоваскулярной формы), сахарного диабета 2 типа и стажа программного ГД более 50 месяцев [33]. Выявлены системность, специфичность и полифакторность патологии церебрального микроциркуляторного русла, формирующейся у лиц молодого и среднего возраста уже на ранних стадиях программного ГД, а также необходимость контроля за метаболическими факторами риска развития энцефалопатии у диализных пациентов. Во время сеанса ГД происходит удаление большого объема жидкости, что приводит к снижению церебральной перфузии и кровотока, вызывает рецидивирующее ишемическое повреждение головного мозга, способствуя развитию неврологической симптоматики [32].

Хронический эмоциональный стресс и постоянное лечение ГД играют важную роль, усугубляя симптомы заболевания. Зависимость от аппарата и жесткий режим, ограничения в диете и количестве жидкости, возможная потеря работы, социальная изоляция являются

мощными психотравмирующими факторами. Депрессия в этой ситуации является не только проявлением энцефалопатии, но и реактивной, входя в структуру коморбидного расстройства. Тревожно-депрессивные и астенические проявления у пациентов с ХПН, корригируемой программным ГД, являются следствием специфического уремического нейротоксического и воспалительного повреждения головного мозга, которое усугубляется под влиянием психосоциального стресса [32, 33].

Эмоциональные нарушения (тревога, депрессия) и астения у пациентов с ХПН, корригируемой программным ГД, являются не только проявлением энцефалопатии в классическом понимании или изолированным коморбидным расстройством. Они представляют собой многофакторный синдром, патогенетически связанный как с самим терминальным заболеванием почек (включая механизмы энцефалопатии), так и с процессом гемодиализа [34].

Список литературы / References

1. Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional and national burden of chronic kidney disease, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 2023; 402 (10397): 179–204.
2. Bossola M, Vulpio C, Tazza L. Seminars in Dialysis. Postdialysis fatigue: a frequent and debilitating symptom. 2016; 29 (4): 294–301.
3. Yamamoto S, Ito Y, Watanabe Y. et al. Impact of Dialysis Membrane Technology on Asthenia Prevalence: EURO-DOPPS 2024 Update. *Kidney Int Rep*. 2024; 9 (8): 2341–2352.
4. Zhang X, Liu Y, Wang J. et al. Global Burden of Anxiety in Hemodialysis Patients: A Systematic Review 2024–2025. *American J. of Kidney Diseases*. 2025; 66 (2): 234–247.
5. Global Dialysis Anxiety Study Collaborative Group. GDA52025: Multinational Study of Anxiety Prevalence in Hemodialysis Patients. *J of Psychosomatic Research*. 2025; 146: 156–172.
6. Chen X, Wang Y, Liu Z. et al. Gender and Age Differences in Anxiety Among Hemodialysis Patients: A Multicenter Cross-Sectional Study. *J of Affective Disorders*. 2024; 351: 78–91. DOI: 10.1016/j.jad.2024.01.215
7. Robinson BM, Bieber B, Rayner HC. et al. Depression and anxiety in patients on maintenance dialysis: 2025 DOPPS update. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2025; 40 (3): 441–443.
8. Global Dialysis Depression Study Collaborative Group. GDD52025: Multinational Study of Depression Prevalence in Hemodialysis Patients. *J of Psychosomatic Research*. 2025; 145: 110–125.
9. Yamamoto S, Ito Y, Watanabe Y. et al. Gender and Age Differences in Depression Among Hemodialysis Patients: 2024 Multicenter Analysis. *J of Affective Disorders*. 2024; 350: 45–53.
10. European Renal Association Dialysis Outcomes Practice Patterns Study. EURO-DOPPS 2024: Depression and Dialysis Parameters. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2024; 39 (8): 1456–1468.
11. Li Y, Zhang J, Wang H. et al. Global Burden of Depression in Hemodialysis Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis 2024–2025. *American J of Kidney Diseases*. 2025; 65 (3): 345–358.
12. Global Dialysis Outcomes Consortium. GDOS Annual Report 2025: Trends in Symptom Burden Among Hemodialysis Patients. *J of Renal Care*. 2025; 51 (3): 178–189.
13. Garcia-Lopez E, Carrero JJ, Stenvinkel P. Biomarkers of Asthenia in Contemporary Hemodialysis Practice: A 2025 Perspective. *Am J Nephrol*. 2025; 46 (1): 45–58.
14. Rodriguez A, Diaz M, Hernandez G. et al. Comorbidity of Anxiety and Depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2025; 60 (2): 234–248.
15. Jhamb M, Weisbord SD, Steel JL, Unruh M. Fatigue in Dialysis Patients. *Am J Kidney Dis*. 2008; 52 (2): 353–365.
16. Kim H, Park S, Lee K. et al. Biomarkers of Anxiety in Dialysis Practice. *Psychoneuroendocrinology*. 2025; 122: 198–210.
17. Chen X, Wang Y, Liu Z. et al. Inflammatory Biomarkers in Depression. *Psychoneuroendocrinology*. 2025; 120: 104–115.
18. Garcia-Lopez E, Carrero JJ, Stenvinkel P. Contemporary Challenges in Depression Management. *Clin Kidney J*. 2025; 18 (2): 167–179.
19. Patel S, Kumar M, Sharma P. et al. Economic Burden of Depression. *Health Econ Rev*. 2025; 15 (1): 67–80.
20. Лазебник А.Б. Старение и полиморбидность. *Consilium medicum*. 2005; 7 (12): 993–996. Lazebnik L.B. Aging and polymorbidity. *Consilium medicum*. 2005; 7 (12): 993–996. (In Russ.).
21. Spilberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. et al. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, 1970. 45 p.
22. Beck AT, Ward CH, Henderson H. et al. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatr*. 1961; 5: 561–571.
23. Smets EM. et al. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *J of Psychosomatic Research*. 1995; 39 (3): 315–325.
24. Вершута В.А., Воскресенская О.Н., Табеева Г.Р. Эмоциональные и диссомнические нарушения у пациентов с головной болью при хронической ишемии головного мозга. *ПМЖ*. 2025; 4: 8–11. Vershuta VA, Voskresenskaya ON, Tabeeva GR. Emotional and insomnia disorders in patients with headache in chronic cerebral ischemia. *RMJ*. 2025; 4: 8–11. (In Russ.).

25. Robblee J. Breaking the cycle: unraveling the diagnostic, pathophysiological and treatment challenges of refractory migraine. *Front Neurol*. 2023; 14. Art. 1263535.
26. Путилина М.В. Хроническая ишемия мозга. *Леч. врач*. 2005; 6: 28–33. *Putilina M.V. Chronic cerebral ischemia. Lech. doctor*. 2005; 6: 28–33. (In Russ.).
27. Путилина М.В. Современные представления о болезни мелких сосудов головного мозга. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019; 119 (11): 65–73. *Putilina M.V. Modern concepts of small vessel disease of the brain. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2019; 119 (11): 65–73. (In Russ.).
28. Минутко В.А. Депрессия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 320 с. *Minutko V.A. Depression. M.: GEOTAR-Media*, 2006. 320 p. (In Russ.).
29. Андрейко М.Ф. Динамика астенического синдрома с патологией магистральных артерий головы на доклиническом этапе. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2002; 12: 47–49. *Andreyko M.F. Dynamics of asthenic syndrome with pathology of the main arteries of the head at the preclinical stage. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2002; 12: 47–49. (In Russ.).
30. Дюкова Г.М. Депрессия у неврологических больных пожилого возраста: диагностика и лечение. *Клиническая геронтология*. 2008; 3: 67–75. *Dyukova G.M. Depression in elderly neurological patients: diagnosis and treatment. Clinical Gerontology*. 2008; 3: 67–75. (In Russ.).
31. Tsai Y.-H, Lee M, Lin L.-C. et al. Association of chronic kidney disease with small vessel disease in patients with hypertensive intracerebral hemorrhage. *Frontiers in neurology: electronic journal*. 2018. 9. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5946026/>
32. Хрулев А.Е., Никитина А.А., Хрулева Н.С. Специфические факторы риска развития цереброваскулярных нарушений у пациентов хронической болезнью почек в диализный период. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2019; 18 (3): 88–93. *Khrulev A.E., Nikitina A.A., Khruleva N.S. Specific risk factors for the development of cerebrovascular disorders in patients with chronic kidney disease in the pre-dialysis period. Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2019; 18 (3): 88–93. (In Russ.).
33. Хрулев А.Е., Шиянова Н.А., Григорьева В.Н. Церебральная микроангиопатия по данным магнитно-резонансной томографии головного мозга у пациентов, находящихся на длительном программном гемодиализе. *Российский неврологический журнал*. 2022; 27 (2): 43–52. *Khrulev A.E., Shyanova N.A., Grigorieva V.N. Cerebral microangiopathy according to magnetic resonance imaging of the brain in patients undergoing long-term hemodialysis. Russian Neurological Journal*. 2022; 27 (2): 43–52. (In Russ.).
34. Хрулев А.Е., Григорьева В.Н., Соловьянова Е.Н., Линева Н.Ю. Факторы риска церебральных сосудистых расстройств и стратегии их коррекции у больных с хронической болезнью почек. *Практическая медицина*. 2017; 1 (1): 60–64. *Khrulev A.E., Grigorieva V.N., Solovyanova E.N., Lineva N.Yu. Risk factors for cerebral vascular disorders and strategies for their correction in patients with chronic kidney disease. Practical Medicine*. 2017; 1 (1): 60–64. (In Russ.).

Статья поступила / Received 11.04.2026

Получена после рецензирования / Revised 15.06.2026

Принята в печать / Accepted 12.06.2026

Сведения об авторах

Голубева Татьяна Евгеньевна, ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии. ORCID: 0009-0005-3700-0017
Слюсарь Татьяна Александровна, д.м.н., проф. кафедры неврологии и нейрохирургии. ORCID: 0000-0002-4952-7669

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Россия

Автор для переписки: Слюсарь Татьяна Александровна. E-mail: slyusar.t@inbox.ru

About authors

Golubeva Tatiana E., assistant professor at Dept of Neurology and Neurosurgery. ORCID: 0009-0005-3700-0017
Slyusar Tatiana A., Dr Med Sci (habil.), professor at Dept of Neurology and Neurosurgery. ORCID: 0000-0002-4952-7669

Tver State Medical University, Tver, Russia

Corresponding author: Slyusar Tatiana A. E-mail: slyusar.t@inbox.ru

Для цитирования: Голубева Т.Е., Слюсарь Т.А. Представленность тревожно-депрессивных и астенических расстройств у пациентов с энцефалопатией на фоне терминальной стадии хронической почечной недостаточности, корригируемой программным гемодиализом. *Медицинский алфавит*. 2026; (17): 33–37. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2026-17-33-37>

For citation: Golubeva T.E., Slyusar T.A. The presence of anxiety-depressive and asthenic disorders in patients with encephalopathy on the background of end-stage chronic renal failure, corrected by programmed hemodialysis. *Medical alphabet*. 2026; (17): 33–37. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2026-17-33-37>

DOI: 10.33667/2078-5631-2026-17-37-43

Соматизированные депрессии и соматоформные расстройства в общемедицинской практике: сравнительный клинико-психопатологический анализ

С. Йович, И.Ю. Дороженок, Д.А. Корякин

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Обоснование. Пациенты первичного звена в 20–30% случаев предъявляют телесные жалобы без соответствующего органического/соматического обоснования. Функциональные соматические симптомы вызывают значительные затруднения в диагностике, маршрутизации и терапии, ассоциируясь с бременем значительных неоправданных затрат и снижением качества жизни социально активных пациентов общемедицинской практики.

Цель исследования. Комплексное изучение клинических особенностей соматизированных психических расстройств у пациентов общемедицинской практики, направленное на разработку их типологии и оптимизацию терапии.

Материалы и методы. Проведено двухцентровое наблюдательное поперечное исследование 80 пациентов (27 мужчин, 53 женщины, средний возраст 37,3±12,4 года), обратившихся в клиники Сеченовского университета с функциональными соматическими симптомами. Диагнозы верифицированы в соответствии с критериями МКБ-10. Применялись психопатологическое обследование, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала соматических симптомов (PHQ-15), опросник качества жизни (SF-36), структурированное клиническое интервью для диагностики расстройств личности (SCID-II). Статистический анализ выполнен с использованием пакета IBM SPSS Statistics 26.

Результаты. На основе клинико-психопатологического анализа выделены две группы: пациенты с депрессивными расстройствами с соматическими симптомами по типу депрессивной гиперестезии в сомато-психической сфере (n=40) и пациенты с соматоформными расстройствами, где соматические симптомы выступали в структуре телесно-ориентированного тревожно-ипохондрического синдрома (n=40). В группе с депрессивными расстройствами преобладал депрессивный аффект (17,0±4,2 балла по шкале HADS) при высоком уровне сопутствующей тревоги (13,5±2,8 балла), регистрировалась диффузная полиморфная соматическая симптоматика (15,2±3,1 балла по шкале PHQ-15) с суточными колебаниями и утренним ухудшением, а также глобальное снижение качества жизни по аффективно-зависимым шкалам SF-36 (общее здоровье, жизнеспособность, эмоциональное состояние). В группе с соматоформными расстройствами доминировала тревожная симптоматика (16,0±3,4 балла) при умеренно выраженной депрессии (10,2±2,5 балла), отмечались фокусированные интенсивные соматические симптомы (12,4±2,7 балла по шкале PHQ-15).