

Связь психо-эмоционального состояния и артериального давления у пациентов на гемодиализе на фоне адекватной медикаментозной терапии

А.С. Шулаев^{1,3} (dr@anton-shulaev.ru), Н.Ю. Боровкова²

¹ ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского», Российская Федерация

² ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Российская Федерация

³ ГБУЗ НО «Борская ЦРБ» Министерства здравоохранения Нижегородской области, Российская Федерация

Psycho-emotional factors and blood pressure control in hemodialysis patients under adequate antihypertensive treatment

A.S. Shulaev^{1,3} (dr@anton-shulaev.ru), N.Yu. Borovkova²

¹ Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «National Research Lobachevsky State University of Nizhny Novgorod», Russian Federation

² Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Volga Region Research Medical University» of the Russian Ministry of Health, Russian Federation

³ State Budgetary Healthcare Institution of the Nizhny Novgorod Region «Borskaya Central District Hospital» of the Nizhny Novgorod Region Ministry of Health, Russian Federation

Актуальность. Контроль артериального давления (АД) у пациентов, получающих программный гемодиализ (ПГД), несмотря на все возможности медикаментозной терапии остается сложной задачей. Несмотря на использование терапии, у значительной части пациентов сохраняются эпизоды гипертензии или гипотензии. Одним из недооценённых факторов является **психоэмоциональное состояние**, включающее тревожность, депрессию и нарушения сна, которые способны в той или иной степени влиять на уровень АД. Исследование этих взаимосвязей имеет крайне важное клиническое значение для персонализации терапии.

Цель. Оценить влияние тревожности, депрессии и качества сна на уровень артериального давления у пациентов на программном гемодиализе, получающих адекватную гипотензивную терапию.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе отделений гемодиализа Нижегородской области. В него были включены **213 пациентов**, находящихся на программном гемодиализе, подписавших **добровольное информированное согласие** на участие в исследовании. Критериями включения являлись: наличие **терминальной почечной недостаточности**, проведение заместительной терапии **программным гемодиализом** в течение не менее 6 месяцев, стабильное состояние и регулярное посещение процедур.

Критериями невключения были: наличие **органических и функциональных заболеваний центральной нервной системы**, установленные пси-

хиатрические расстройства, а также состояния, способные существенно влиять на психоэмоциональную сферу или гемодинамику (острые воспалительные процессы, декомпенсация хронических заболеваний, злоупотребление психоактивными веществами).

Оценка психоэмоционального состояния проводилась с использованием валидизированных шкал: **HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)** – для оценки тревожности; **PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)** – для оценки депрессивной симптоматики; самооценочная шкала сна.

Также были учтены основные анамнестические аспекты: пол, возраст, уровень образования (от неполного среднего до высшего), профессиональная активность, общее количество препаратов, ежедневно потребляемых пациентом и уровень артериального давления, на основании домашнего дневника артериального давления (систолическое, диастолическое).

Статистическая обработка информации проводилась с использованием программы StatTech v. 4.8.7 (разработчик – ООО «Статтех», Россия).

Результаты и обсуждение. Описательная характеристика результатов оценки приверженности исследуемых пациентов, находящихся на ПГД: установлена зависимость психоэмоциональных показателей от уровня АД. При анализе **совокупного неблагоприятного психоэмоционального профиля** – одновременного наличия плохого сна (≥ 4 балла), депрессии (PHQ-9 >5) и тревоги (HADS >7) – выявлено, что его частота увеличивается при крайних значениях АД. Среди 213 обследованных пациентов

данный профиль наблюдался у 20% при гипотензии ($\leq 120/70$ мм рт.ст.), у 19 % при умеренной гипертензии (140-160 мм рт.ст.), и у 31% при выраженной гипертензии ($>160/100$ мм рт.ст.). Статистический анализ ($\chi^2=9,74$; $p=0,083$) показал тенденцию к зависимости частоты неблагоприятного психоэмоционального профиля от уровня АД: чем больше отклонение давления от оптимального диапазона, тем чаще наблюдается сочетание тревоги, депрессии и нарушений сна. Эти данные подтверждают, что психоэмоциональная дезадаптация сопровождается лабильностью АД и может вносить вклад в нестабильность гемодинамики у пациентов на гемодиализе, даже при адекватной фармакотерапии.

Выводы. Результаты исследования показывают, что контроль артериального давления у пациентов на гемодиализе определяется не только фармакологическим воздействием, но и уровнем психоэмоциональной адаптации. Сочетание тревожности, депрессии и нарушений сна является предиктором нестабильной гемодинамики и требует включения психоэмоционального скрининга в рутинное наблюдение пациентов гемодиализа. Комплексный подход – медикаментозная коррекция в сочетании с оценкой сна и эмоционального состояния – позволяет повысить эффективность лечения и стабилизировать АД у пациентов на ПГД.

DOI: 10.28996/2618-9801-2025-4-486-487

Иммуносорбция в комплексном подходе к лечению острого клеточного отторжения у реципиента трансплантата почки: клинический случай

Щекатуров С.В.¹ (shchekaturov.sv@med.ru), Зокоев А.К.^{1,2}, Вьюнкова Ю.Н.¹, Марченко Т.В.¹, Куракина Ж.И.¹

¹ ФГБНУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского, Москва

² ГБУЗ Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения РСО-Алания, Владикавказ

Immunoadsorption in a comprehensive approach to individual severe antibody acute kidney allograft rejection: a case report

Shchekaturov S.V.¹ (shchekaturov.sv@med.ru), Zokoev A.K.^{1,2}, Vyunkova Yu.N.¹, Marchenko T.V.¹, Kurakina Zh.I.¹

¹ Russian Scientific Center of Surgery, Moscow

² Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of North Ossetia-Alania, Vladikavkaz

Цель работы. Описание варианта успешного лечения острого антительного отторжения с использованием иммунсорбции у реципиента после трансплантации почки в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Женщина 38 лет, вес 52 кг, рост 165 см. Диагноз: хроническая болезнь почек 5 стадии в исходе хронического гломерулонефрита, диализ с 28.12.2023 г. Донор – сестра, 27 лет. Совместимость по ABO: реципиент A(II) Rh(+); донор A(II) Rh(+). HLA фенотип реципиента: A11;11 B51;52 DR4;15. HLA фенотип донора: A11;24 B52;55 DR13;15. Cross Match: отрицательный. Анти-HLA антитела I кл. 4100 MFI, II кл. 7664 MFI, не донор-специфические. Трансплантация левой донорской почки в правую подвздошную ямку 06.03.2024. Сосудистая реконструкция: один артериальный анастомоз (общая подвздошная арт.), один венозный анастомоз (наружная подвздошная вена). Урологическая реконструкция: пиелoureteroанастомоз. Функция трансплантата первичная, диурез в 1-е сутки 14000 мл, субоптимизация креа-

тинина в первые сутки. Индукционная терапия метил-преднизолоном и базиликсимабом. Поддерживающая иммуносупрессивная терапия такролимусом с 0 суток, микофенолатом мофетиллом с 3-х суток, преднизолоном с 1-х суток. В послеоперационном периоде на 20-е сутки: некупируемые отеки, протеинурия 600 мг/сут., белково-креатининовый индекс 0,6, креатинин 128 мкмоль/л, СКФ (СКД-EPI) 47,8 мл/мин/1,73 м². По результатам выполненной пункционной биопсии трансплантата: признаки острого клеточного и антительного отторжения смешанное 2a (C4d отрицательно). Назначенная терапия до получения результата иммуногистохимического исследования и анализа крови на анти-HLA антитела: анти-Т лимфоцитарный иммуноглобулин (тимоглобулин) 1,5 мг/кг. Лечение после получения результата ИГХ и антител: иммунсорбция (использован гемофильтрационный аппарат INFOMED с использованием сорбционных колонок Иммуно-Адсопак), иммуноглобулин человека нормальный (G) в дозе 1 г/кг и ритуксимаб. Суммарно выполнено 5 сеансов иммунсорбции по стандартной методике