

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ НА НИРКОВО-ЗАМІСНІЙ ТЕРАПІЇ

©С. Т. Рустамян, І. П. Катеренчук

Полтавський державний медичний університет

РЕЗЮМЕ. Мета – проаналізувати вплив немедикаментозного лікування, арт-терапії, на рівень тривожно-депресивних розладів у хворих, що перебувають на нирково-замісній терапії (НЗТ).

Матеріал і методи. Дослідження проводилося на базі центру нефрології та діалізу Комунального підприємства «Полтавська обласна клінічна лікарня імені М. В. Скліфосовського Полтавської обласної ради». У дослідженні взяли участь 114 хворих, з яких 44 – пацієнти, що перебувають на програмному гемодіалізі, 21 – на перитонеальному та 49 пацієнтів, які склали контрольну групу, мали з ХХН I–II стадій. Із 114 пацієнтів лише 42 пацієнти дали згоду на проведення специфічного немедикаментозного лікування. Інші 72 пацієнти були у групі спостереження. Дослідження тривало протягом року. Хворим проводили повторне анкетування для визначення тривоги/депресії, якості життя, яке також було проведено на початку дослідження. Методом немедикаментозного лікування був різновид арт-терапії – ізо-терапія. Для визначення показників тривоги та депресії використовували опитувальник HADS, а для визначення показників якості життя – анкету SF-36.

Результати. При повторному огляді пацієнтів виявлено, що показники САТ та ДАТ у хворих, яким проводили арт-терапію, були достовірно нижчими, ніж у тих, яким така терапія не проводилась, $p < 0,05$ у групах ГД1, ГД2, ПД1 та ПД2. Достовірна значима різниця виявлена і при порівнянні показників тривоги та депресії на початку дослідження та через рік. Так, наприклад, у ГД1 на початку дослідження рівень тривоги становив $9,2 \pm 0,9$, а вже через рік – $6,2 \pm 1,2$. Подібні дані спостерігаються також і в групах ГД2, ПД1 та ПД2 і при порівнянні показників депресії в даних групах. При дослідженні показників якості життя середні показники демонструють позитивний вплив арт-терапії через рік спостереження. Особливе місце в показниках ЯЖ посідають загальне та ментальне здоров'я. У нашому дослідженні саме ці показники продемонстрували статистично значиму різницю у внутрішній структурі кожної із досліджуваних груп через рік спостереження, $p < 0,05$.

Висновки. У пацієнтів, яким у комплексне лікування включали арт-терапію, через 12 місяців від початку терапії відзначали статистично достовірне зниження показників тривожності та депресії, покращення показників якості життя. Одночасно у пацієнтів, які перебували на НЗТ виявили статистично достовірне зниження як систолічного, так і діастолічного артеріального тиску, що, безумовно, зменшувало ступінь кардіоваскулярного ризику.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: нирково-замісна терапія; тривога; депресія; якість життя; арт-терапія.

Вступ. Термінальна стадія ниркової недостатності є кінцевою стадією хронічної хвороби нирок, що характеризується полісиндромністю з різноманітними симптомами, які можуть суттєво вплинути на якість життя (ЯЖ) [1]. Для подовження життя хворого основним методом лікування термінальної стадії ниркової недостатності є нирково-замісна терапія (НЗТ). Як програмний, так і перитонеальний гемодіаліз є складними та тривалими методами лікування, які вимагають від пацієнтів постійного контролю за своїм фізичним здоров'ям, психологічним станом. Лікування термінальної стадії ниркової недостатності передбачає багатогранний і складний режим лікування, включаючи дотримання сеансів діалізу, прийом медикаментозних засобів, обмеження рідини та дієтотерапію [2]. Недотримання таких схем може підвищити ризик смертності – пропуск одного сеансу діалізу щомісяця збільшує ризик смерті на 30 % [3]. Пацієнти, які перебувають на НЗТ, мають нижчу якість життя, пов'язану зі здоров'ям, ніж загальна популяція [4]. Низький рівень ЯЖ асоціюється з підвищенням захворюваності та смертності у пацієнтів, які перебувають на НЗТ [5]. Паці-

єнти, що отримують гемодіаліз чи перитонеальний діаліз, також мають вищий рівень тривоги та депресії, приблизно 20–50 % пацієнтів відчувають депресію та/або тривожність, які є незалежними предикторами смертності в групі пацієнтів, що лікуються методами програмного чи перитонеального діалізу [6–8]. В свою чергу, багатьма дослідженнями доведено, що тривожно-депресивні розлади (ТДР) негативно впливають на прихильність до лікування, можуть призвести до її зниження, неадаптивної поведінки щодо здоров'я, самоушкодження та підвищення ризику суїциду [9]. ТДР також можуть вплинути на фізичне здоров'я пацієнтів, які отримують програмний чи перитонеальний діаліз, оскільки симптоми ТДР мають значний зв'язок із працездатністю [10, 11]. Таким чином, симптоми як тривоги, так і депресії мають потенційний вплив на фізичне самопочуття пацієнтів, які перебувають на НЗТ.

Інший тісний взаємозв'язок існує між ЯЖ, тривогою та депресією у пацієнтів, які перебувають на НЗТ. Перехресне багатоцентрове дослідження, проведене в Малайзії, виявило, що депресія, тривожність і стрес значно корелюють з ЯЖ [12].

Клінічна тривога та/чи депресія по-різному впливають на якість життя, включаючи настрій та мотивацію. Як описано раніше, ТДР можуть призвести до низької прихильності до лікування, що збільшує значущість та прояви симптомів. Симптоми, які відчують пацієнти з термінальною стадією захворювання нирок, впливають на психологічний стан хворого і посилюють симптоми ТДР. Зв'язок між ЯЖ, тривогою та депресією переплетений, але тривога та депресія залишаються недостатньо діагностованими та недостатньо лікованими у пацієнтів, які перебувають на НЗТ. Однією з головних причин такої складної динаміки є перекриття тривоги, депресії уремічним станом [13]. Багато симптомів депресії та тривоги, такі як анорексія, порушення сну, сексуальна дисфункція, підвищена втома, зниження працездатності та інші ідентичні симптомам уремії, що ускладнює диференціювання тривоги чи депресії від клінічної картини термінальної стадії захворювання нирок. Таким чином, ЯЖ, тривожність і депресію не можна розглядати окремо один від одного під час догляду за пацієнтами, які перебувають на НЗТ. Підвищення прихильності до лікування, показників якості життя методами немедикаментозного лікування – одні із ключових моментів лікування та стабілізації психологічного стану хворих, що перебувають на НЗТ.

Мета – проаналізувати вплив немедикаментозного лікування, арт-терапії, на рівень тривожно-депресивних розладів у хворих, що перебувають на НЗТ.

Матеріал і методи дослідження. Дослідження проводилося на базі центру нефрології та діалізу Комунального підприємства «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради». У дослідженні взяли участь 114 хворих, з яких 44 пацієнти, що перебувають на програмному гемодіалізі, 21 – перитонеальному та 49, які склали контрольну групу – пацієнти з ХХН I-II стадій. У свою чергу група програмного гемодіалізу була поділена на дві підгрупи: 20 хворих (ГД1) з діабетичною нефропатією, 24 – з іншими захворюваннями (ГД2). Група з перитонеального діалізу також була поділена на дві підгрупи: 6 хворих – з ДН (ПД1), 15 – без ДН (ПД2). Контрольну групу також було поділено на дві підгрупи: 26 хворих з ДН (КГ1), та 23 – без ДН (КГ2). Із 114 пацієнтів лише 42 дали згоду на проведення специфічного немедикаментозного лікування. Інші 72 пацієнти склали групу спостереження.

Гемодіалізі хворим проводили стандартний бікарбонатний гемодіаліз три рази на тиждень по 4 години. Середня тривалість лікування програмним гемодіалізом склала (6,1±6,3) років. Середня тривалість лікування методом перито-

неального діалізу склала (3,2±2,6) років. Середній вік гемодіалітичних хворих склав (48,1±10,9) років, причому в ГД1 (51,3±8,9) років, в ГД2 – (48,1±12,8) років. Середній вік перитонеальних хворих склав (50,1±13,1) років, причому в ПД1 (51,7±17,4), в ПД2 (49,2±11,3) років. Середній вік хворих у контрольній групі склав (48,7±16,9) років, причому в КГ1 середній вік склав (57,4±9,5) років, а в КГ2 – (38,6±17,3) відповідно.

Повторний огляд хворих, який проводили через 12 місяців після первинного огляду, включав загальний огляд хворого, вимірювання артеріального тиску. Хворим проводили повторне анкетування для визначення тривоги/депресії, якості життя, яке також було проведено на початку дослідження.

Завданням нашого дослідження було виявити вплив арт-терапії на ступінь тривожно-депресивних розладів, для чого 42 пацієнтам перед початком дослідження проведено анкетування щодо вибору різновидів арт-терапії. Метою анкетування було виключити будь-які тригерні фактори, які могли б в тій чи іншій мірі погіршити стан хворого. Як варіант арт-терапії використовували ізо-терапію, яка передбачала використання художніх картин, позначених окремими номерами. Робота з картинками дозволяла пацієнтам зосереджуватися на малюванні. Арт-терапія з картинками займала 3 години на тиждень.

Для виявлення ознак ТДР використовувалася госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), що складається з двох шкал: тривоги та депресії, кожна з яких містить 7 запитань. Критеріями ступеня тривоги та депресії були: до 7 балів – відсутність проявів тривоги/депресії; 8–10 – субклінічно виражені ознаки тривоги та/чи депресії; більше 10 балів – клінічно виражена тривожність та/чи депресія.

Для оцінки показників ЯЖ використовували загальноприйнятту анкету SF-36, що складається з 11 запитань, що, в свою чергу, об'єднуються у вісім шкал: фізичне функціонування, рольове функціонування, обумовлене фізичним станом, інтенсивність болю, загальний стан здоров'я, життєва активність, соціальне функціонування, рольове функціонування, обумовлене емоційним станом, психічне здоров'я.

Статистична обробка даних виконана за допомогою програм Microsoft Excel 2010. Вірогідність відмінностей між порівнюваними групами визначали за допомогою параметричного критерію Стьюдента.

Результати й обговорення. При повторному огляді пацієнтів виявлено, що показники САТ та ДАТ у хворих, яким проводили арт-терапію, були достовірно нижчими, ніж у тих, яким така терапія не проводилась (табл. 1).

Таблиця 1. Середні показники САТ та ДАТ у пацієнтів дослідних та контрольних груп в/поза дослідженні через 12 місяців спостереження

Групи	Показник			
	САТ, мм рт. ст.	достовірність	ДАТ, мм рт. ст.	достовірність
ГД1, М±m, p	151,0±9,7		95,8±6,2	
ГД1 ¹ , М±m, p	141,3±3,0	p ₁ <0,05	88,3±1,9	p ₁ <0,05
ГД1 ² , М±m, p	154,8±3,2	p ₂ <0,05; p ₃ >0,05	96,8±2,6	p ₂ <0,05; p ₃ >0,05
ГД2, М±m, p	153,0±7,8		96,3±7,7	
ГД2 ¹ , М±m, p	143,2±3,3	p ₁ <0,05	88,1±1,9	p ₁ <0,05
ГД2 ² , М±m, p	154,0±4,0	p ₂ <0,05; p ₃ >0,05	97,2±3,0	p ₂ <0,05; p ₃ >0,05
ПД1, М±m, p	146,0±7,3		91,8±5,5	
ПД1 ¹ , М±m, p	139,2±2,5	p ₁ <0,05	88,3±0,6	p ₁ <0,05
ПД1 ² , М±m, p	151,0±5,1	p ₂ <0,05; p ₃ >0,05	93,6±1,1	p ₂ <0,05; p ₃ >0,05
ПД2, М±m, p	153,0±10,6		92,8 ±3,9	
ПД2 ¹ , М±m, p	141,0±1,3	p ₁ <0,05	88,8±1,3	p ₁ <0,05
ПД2 ² , М±m, p	152,0±4,1	p ₂ <0,05; p ₃ >0,05	94,2±2,0	p ₂ <0,05; p ₃ >0,05
КГ1, М±m, p	124,0±9,9		77,7±4,8	
КГ1 ¹ , М±m, p	121,3±2,5	p ₁ >0,05	75,4±1,9	p ₁ >0,05
КГ1 ² , М±m, p	123,0±4,0	p ₂ >0,05; p ₃ >0,05	76,2±2,4	p ₂ >0,05; p ₃ >0,05
КГ2, М±m, p	120,0±5,8		74,2±5,3	
КГ2 ¹ , М±m, p	119,4±2,8	p ₁ >0,05	73,6±2,9	p ₁ >0,05
КГ2 ² , М±m, p	124,0±3,1	p ₂ >0,05; p ₃ >0,05	76,0±2,2	p ₂ >0,05; p ₃ >0,05

Примітка. Показник ¹ – демонструє результат через 12 місяців у групах, що брали участь в арт-терапії, ² – результат через 12 місяців у хворих, що не брали участь в арт-терапії. p₁ – достовірність у групах, що брали участь в арт-терапії, p₂ – достовірність між групами з арт-терапією та без; p₃ – достовірність у групах, яким не проводили арт-терапії.

Повторно хворі проходили анкетування за госпітальною шкалою тривоги та депресії. З 42 пацієнтів, яким проводилась арт-терапія на початку дослідження, 35 пацієнтів мали ознаки ТДР (табл. 2).

Таблиця 2. Показники тривоги та депресії в обстежених хворих

Показник	Групи, М±m					
	ГД1,	ГД2,	ПД1,	ПД2,	КГ1,	КГ2,
Показник тривоги при первинному обстеженні	9,2±0,9	8,5±0,5	8,7±0,5	8,5±0,5	6,7±2,4	6,7±1,3
Через 12 місяців	6,2±1,2	6,5±1,3	5,3±0,5	5,6±1,5	4,9±1,7	3,8±0,8
Достовірність, p	p<0,05	p>0,05	p<0,05	p<0,05	p>0,05	p<0,05
Показник депресії при первинному обстеженні	7,5±1,6	8,4±0,5	7,3±0,6	7,6±0,8	5,4±0,5	5,7±0,4
Через 12 місяців	6,4±1,5	6,1±0,8	5,3±0,5	5,1±0,4	4,8±0,4	4,9±0,3
Достовірність, p	p>0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p>0,05	p>0,05

Як видно з таблиці 2, достовірно значима різниця простежується у всіх групах, окрім КГ1, але середні показники показують ефективний результат.

При дослідженні показників якості життя середні показники демонструють позитивний вплив арт-терапії через рік спостереження. Особливе міс-

це в показниках ЯЖ посідають загальне здоров'я (General Health – GH) та ментальне здоров'я (Mental Health – MH). У нашому дослідженні саме ці показники продемонстрували статистичну значиму різницю у внутрішній структурі кожної із досліджуваних груп через рік спостереження, p<0,05 (табл. 3).

Таблиця 3. Показники якості життя у дослідних та контрольних групах

Показник	Групи					
	ГД1	ГД2	ПД1	ПД2	КГ1	КГ2
Фізичне функціонування (PF), M±m	59,0±15,3	54,2±7,7	55,1±6,3	53,7±6,1	81,9±6,6	98,0±4,5
PF ¹ , M±m	65,7±3,4	63,5±6,9	71,6±2,9	61,7±5,1	85,4±2,6	99,1±2,0
PF ² , M±m	51,1±12,1	51,5±4,2	51,6±2,9	51,1±4,8	79,0±4,3	95,1±2,1
Рольове фізичне функціонування (RP), M±m	66,0±29,6	66,7±19,0	54,2±7,4	51,0±6,0	100,0	91,0±19,3
RP ¹ , M±m	75,0±20,4	67,8±12,1	61,6±5,8	56,7±2,5	100,0	94,5±7,5
RP ² , M±m	59,6±29,8	60,3±15,4	53,3±7,6	47,8±3,6	100,0	83,1±13,2
Інтенсивність болю (BP), M±m	54,3±13,9	55,8±11,9	68,1±6,6	59,7±8,6	93,2±8,0	95,0±7,5
BP ¹ , M±m	51,4±10,0	58,8±5,3	77,3±5,8	71,3±4,8	97,1±6,4	97,1±6,4
BP ² , M±m	46,9±10,4	51,4±2,6	70,0±6,9	54,2±4,4	93,6±8,1	92,4±4,2
Загальне здоров'я (GH), M±m	19,0±10,5	18,3±7,3	34,8±3,8	30,6±4,6	48,9±3,4	56,0±7,2
GH ¹ , M±m	29,3±4,5	32,1±3,9	46,6±2,9	43,3±2,6	57,4±5,2	70,1±2,5
GH ² , M±m	12,7±4,8	15,0±2,5	33,3±2,9	27,2±2,6	49,3±3,7	59,1±8,1
Достовірність, p	p _{1,2} <0,05	p _{1,2} <0,05	p _{1,2} <0,05	p _{1,2} <0,05	p _{1,2} >0,05	p _{1,2} >0,05
Життєва активність (VT), M±m	31,0±13,1	32,5±11,5	55,7±3,2	57,7±7,0	87,3±5,1	81,0±16,3
VT ¹ , M±m	49,3±5,3	47,8±5,6	71,6±2,7	64,2±4,9	90,9±3,0	88,6±3,9
VT ² , M±m	24,2±8,6	27,4±6,8	53,3±2,9	60,6±3,9	87,0±5,2	84,0±4,1
Соціальне функціонування (SF), M±m	64,0±19,9	55,9±17,2	67,2±6,2	61,9±9,9	99,5±2,3	100,0
SF ¹ , M±m	73,4±17,0	64,2±13,3	71,1±6,8	67,0±6,2	98,9±3,6	100,0
SF ² , M±m	53,0±10,6	46,5±5,6	67,0±6,9	58,4±10,9	99,2±3,0	100,0
Рольове емоційне функціонування (RE), M±m	67,0±39,1	36,0±33,9	55,4±16,9	52,8±16,7	100,0	97,0±13,9
RE ¹ , M±m	75,8±25,4	56,5±16,1	55,3±19,1	60,5±13,5	100,0	96,9±10,2
RE ² , M±m	53,6±39,8	19,4±16,7	44,0±19,0	44,0±16,5	100,0	92,6±5,7
Ментальне здоров'я (MH), M±m	38,0±16,8	53,7±11,3	60,1±3,2	58,9±3,5	79,0±3,2	83,0±1,9
MH ¹ , M±m	57,1±8,5	67,4±5,8	70,6±2,3	68,7±1,6	82,5±2,6	88,3±4,1
MH ² , M±m	27,0±3,7	48,5±9,0	57,3±2,3	56,9±1,7	78,6±2,8	81,0±2,4
Достовірність, p	p _{1,2} <0,05	p _{1,2} <0,05	p _{1,2} <0,05	p _{1,2} <0,05	p _{1,2} >0,05	p _{1,2} >0,05

Примітка. Показник¹ – демонструє результат через 12 місяців у групах, що брали участь в арт-терапії, ² – результат через 12 місяців у хворих, що не брали участь в арт-терапії, p_{1,2} – достовірність між групами пацієнтів з та без арт-терапії.

Висновки. 1. У пацієнтів, яким у комплексне лікування включали арт-терапію, через 12 місяців від її початку відзначали статистично достовірне зниження показників тривожності та депресії, покращення показників якості життя.

2. Одночасно у пацієнтів, які перебували на НЗТ, виявили статистично достовірне зниження як систолічного, так і діастолічного артеріального тиску, що, безумовно, зменшувало ступінь кардіо-васкулярного ризику.

Перспективи подальших досліджень.

Оскільки пацієнти, які перебувають на НЗТ, приймають велику кількість ліків для контролю ускладнень, які виникають при термінальній стадії ниркової недостатності, буде доречним застосування в практиці лікування даних пацієнтів ефективних немедикаментозних методів корекції тривоги і депресії, які покращують якість життя.

1. Symptoms and their recognition in adult haemodialysis patients: interactions with quality of life / R. Raj, K. D. K. Ahuja, M. Frandsen, M. Jose // *Nephrology*. – 2017. – No. 22. – P. 228–33. DOI: 10.1111/nep.12754.
2. Quality of life, depression, adherence to treatment and illness perception of patients on haemodialysis / M. M. Nabolsi, L. Wardam, J. O. Al-Halabi // *Int. J. Nurs. Pract.* – 2015. – No. 21. – P. 1–10. DOI: 10.1111/ijn.12205.
3. Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens / K. Denhaerynck, D. Manhaeve, F. Dobbels, D. Garzoni, C. Nolte, S. De Geest // *Am. J. Crit. Care.* – 2007. – No. 16. – P. 222–235.
4. Understanding what influences the health-related quality of life of hemodialysis patients: a collaborative study in England and Ireland / A. C. Lowney, H. T. Myles, K. Bristowe [et al.] // *J. Pain Symptom Manag.* – 2015. – No. 50. – P. 778–785. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2015.07.010.
5. Change in quality of life and one-year mortality risk in maintenance dialysis patients / S. Liebman, N-C. Li, E. Lacson // *Qual. Life Res.* – 2016. – No. 25. – P. 2295–2306. DOI: 10.1007/s11136-016-1257-y.
6. Depression, quality of life, and body composition in patients with end-stage renal disease: a cohort study / A. Barros, B. E. da Costa, C. C. Mottin, D. O. D'Avila // *Rev. Bras. Psiquiatr.* – 2016. – No. 38. – P. 301–306. DOI: 10.1590/1516-4446-2015-1681.
7. Anxiety–Depression of Dialysis Patients and Their Caregivers / G. Gerogianni, M. Polikandrioti, F. Babatsikou [et al.] // *Medicina (Kaunas)*. – 2019. – No. 55 (5). – P. 168. DOI: 10.3390/medicina55050168.
8. The Effect of Depression in Chronic Hemodialysis Patients on Inpatient Hospitalization Outcomes / L. Chan, S. L. Tummalapalli, R. Ferrandino [et al.] // *Blood Purif.* – 2017. – No. 43. – P. 226–234. DOI: <https://doi.org/10.1159/000452750>.
9. Prevalence of depression in maintenance hemodialysis patients and its correlation with adherence to medications / S. Ossareh, S. Tabrizian, M. Zebarjadi // *Iran J. Kidney Dis.* – 2014. – No. 8. – P. 467–475.
10. Association of depressive and anxiety symptoms with adverse events in Dutch chronic kidney disease patients: a prospective cohort study / W. L. Loosman, M. A. Rottier, A. Honig, C. E. H. Siegert // *BMC Nephrol.* – 2015. – No. 16. – P. 1–8. DOI: 10.1186/s12882-015-0149-7.
11. The effect of depression and anxiety on the performance status of end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis / E. E. Rajan, S. Subramanian // *Saudi J. Kidney Dis. Transplant.* – 2016. – No. 27. – P. 331. DOI: 10.4103/1319-2442.178555.
12. Depression, anxiety and stress among patients with dialysis and the association with quality of life / M. A. Bujang, R. Musa, W. J. Liu [et al.] // *Asian J. Psychiatr.* – 2015. – No. 18. – P. 49–52. DOI: 10.1016/j.ajp.2015.10.004.
13. Understanding what influences the health-related quality of life of hemodialysis patients: a collaborative study in England and Ireland / A. C. Lowney, H. T. Myles, K. Bristowe [et al.] // *J. Pain Symptom Manag.* – 2015. – No. 50. – P. 778–785. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2015.07.010.
14. Implementing an arts-based intervention for patients with end-stage kidney disease whilst receiving haemodialysis: a feasibility study protocol / C. Carswell, J. Reid, I. Walsh, H. McAneney, H. Noble // *Pilot Feasibility Stud.* – 2019. – No. 5. – P. 1. DOI: 10.1186/s40814-018-0389-y.
15. Anxiety in patients treated with hemodialysis / S. D. Cohen, D. Cukor, P. L. Kimmel // *Clin. J. Am. Soc. Nephrol.* – 2016. – No. 11. – P. 2250–2255. DOI: 10.2215/CJN.02590316.

REFERENCES

1. Raj, R., Ahuja, K.D.K., Frandsen, M., & Jose, M. (2017). Symptoms and their recognition in adult haemodialysis patients: interactions with quality of life. *Nephrology*, 22, 228-233. DOI: 10.1111/nep.12754.
2. Nabolsi, M.M., Wardam, L., & Al-Halabi, J.O. (2015). Quality of life, depression, adherence to treatment and illness perception of patients on haemodialysis. *Int. J. Nurs. Pract.*, 21, 1-10. DOI: 10.1111/ijn.12205.
3. Denhaerynck, K., Manhaeve, D., Dobbels, F., Garzoni, D., Nolte, C., & De Geest, S. (2007). Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. *Am. J. Crit. Care.*, 16, 222-235.
4. Lowney, A.C., Myles, H.T., Bristowe, K., Lowney, E.L., Shepherd, K., & Murphy, M. (2015). Understanding what influences the health-related quality of life of hemodialysis patients: a collaborative study in England and Ireland. *J. Pain Symptom Manag.*, 50, 778-785. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2015.07.010.
5. Liebman, S., Li, N-C., & Lacson, E. (2016). Change in quality of life and one-year mortality risk in maintenance dialysis patients. *Qual. Life Res.*, 25, 2295-2306. DOI: 10.1007/s11136-016-1257-y.
6. Barros, A., da Costa, B.E., Mottin, C.C., & D'Avila, D.O. (2016). Depression, quality of life, and body composition in patients with end-stage renal disease: a cohort study. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 38, 301-306. DOI: 10.1590/1516-4446-2015-1681.
7. Gerogianni, G., Polikandrioti, M., Babatsikou, F., Zyga, S., Alikari, V., & Vasilopoulos, G. (2019). Anxiety-Depression of Dialysis Patients and Their Caregivers. *Medicina (Kaunas)*, 55(5), 168. DOI: 10.3390/medicina55050168.
8. Chan, L., Tummalapalli, S.L., Ferrandino, R., Poojary, P., Saha, A., & Chauhan, K. (2017). The Effect of Depression in Chronic Hemodialysis Patients on Inpatient Hospitalization Outcomes. *Blood Purif.*, 43, 226-234. DOI: 10.1159/000452750.
9. Ossareh, S., Tabrizian, S., & Zebarjadi, M. (2014). Prevalence of depression in maintenance hemodialysis patients and its correlation with adherence to medications. *Iran J. Kidney Dis.*, 8, 467-475.
10. Loosman, W.L., Rottier, M.A., Honig, A., & Siegert, C.E.H. (2015). Association of depressive and anxiety symptoms with adverse events in Dutch chronic kidney disease patients: a prospective cohort study. *BMC Nephrol.*, 16, 1-8. DOI: 10.1186/s12882-015-0149-7.

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

11. Rajan, E.E., & Subramanian, S. (2016). The effect of depression and anxiety on the performance status of end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis. *Saudi J. Kidney Dis. Transplant.*, 27, 331. DOI: 10.4103/1319-2442.178555.
12. Bujang, M.A., Musa, R., Liu, W.J., Chew, T.F., Lim, C.T.S., & Morad, Z. (2015). Depression, anxiety and stress among patients with dialysis and the association with quality of life. *Asian J. Psychiatr.*, 18, 49-52. DOI: 10.1016/j.ajp.2015.10.004.
13. Lowney, A.C., Myles, H.T., Bristowe, K., Lowney, E.L., Shepherd, K., & Murphy, M. (2015). Understanding what influences the health-related quality of life of hemodialysis patients: a collaborative study in England and Ireland. *J. Pain Symptom. Manag.*, 50, 778-785. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2015.07.010.
14. Carswell, C., Reid, J., Walsh, I., McAnaney, H., & Noble H. (2019). Implementing an arts-based intervention for patients with end-stage kidney disease whilst receiving haemodialysis: a feasibility study protocol. *Pilot Feasibility Stud.*, 5, 1. DOI: 10.1186/s40814-018-0389-y.
15. Cohen, S.D., Cukor, D., & Kimmel, P.L. (2016). Anxiety in patients treated with hemodialysis. *Clin. J. Am. Soc. Nephrol.*, 11, 2250-2255. DOI: 10.2215/CJN.02590316.

NON-MEDICINAL APPROACH TO THE TREATMENT OF ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS UNDER KIDNEY REPLACEMENT THERAPY

©S. T. Rustamian, I. P. Katerenchuk

Poltava State Medical University

SUMMARY. The aim – to analyze the impact of non-drug treatment, art therapy on the level of anxiety and depressive disorders in patients with RRT.

Materials and Methods. The study was conducted on the basis of the Center for Nephrology and Dialysis of the Public Enterprise "Poltava Regional Clinical Hospital. M.V. Sklifosovsky Poltava Regional Council". The study involved 114 patients, of whom 44 were on programmed hemodialysis, 21 – peritoneal and 49, who were in the control group – patients with stage I-II CKD. Of the 114 patients, only 42 agreed to receive specific non-drug treatment. The other 72 patients were in the observation group. The study was conducted during the year. Patients were re-surveyed to determine anxiety/depression, quality of life, which was also conducted at the beginning of the study. The method of non-drug treatment was a kind of art therapy iso-therapy. The HADS questionnaire was used to determine anxiety and depression, and the SF-36 questionnaire was used to determine quality of life.

Results. Re-examination of patients revealed that the rates of SBP and DBP in patients who underwent art therapy were significantly lower than in those who did not receive such therapy, $p < 0.05$ in groups HD1, HD2, PD1 and PD2. Significant differences were found when comparing anxiety and depression at the beginning of the study and after a year. For example, in HD1 at the beginning of the study the level of anxiety was 9.2 ± 0.9 , and a year later – 6.2 ± 1.2 . Similar data are also observed in the groups HD2, PD1 and PD2 and when comparing the indicators of depression in these groups. In the study of quality of life indicators, the average indicators show a positive effect of art therapy after a year of observation. General health and mental health have a special place in the indicators of QOL. In our study, these indicators showed a statistically significant difference in the internal structure of each of the studied groups after a year of observation, $p < 0.05$.

Conclusions. In patients who included art therapy in the complex treatment, 12 months after the start of therapy there was a statistically significant decrease in anxiety and depression, improvement in quality of life. At the same time, patients who were on RRT showed a statistically significant decrease in both systolic and diastolic blood pressure, which, of course, reduced the degree of cardiovascular risk.

KEY WORDS: renal replacement therapy; anxiety; depression; quality of life; art therapy.

Отримано 21.04.2022

Електронна адреса для листування: satenik.rustamyan.92@gmail.com