

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Е.А. Иванникова, О.А. Кичерова, Л.И. Рейхерт

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тюмень, Россия

ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

E.A. Ivannikova, O.A. Kicherova, L.I. Reikherth

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

Сведения об авторах:

Иванникова Екатерина Алексеевна – врач-ординатор (ORCID iD: 0009-0005-9636-1787). Место работы и должность: ординатор кафедры неврологии с курсом нейрохирургии Института клинической медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронная почта: anseres.ost@gmail.com

Кичерова Оксана Альбертовна – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 3162-0770; Researcher ID: ADJ-6852-2022 ORCID iD: 0000-0002-7598-7757; Scopus AuthorID: 56806916100). Место работы и должность: заведующая кафедрой неврологии с курсом нейрохирургии Института клинической медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронная почта: ran1912@mail.ru

Рейхерт Людмила Ивановна – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 1703-2302; Researcher ID: NLH-6325-2023; ORCID iD: 0000-0003-4313-0836; Scopus Author ID: 6507192699). Место работы и должность: профессор кафедры неврологии с курсом нейрохирургии Института клинической медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронная почта: lir0806@gmail.com

Рассеянный склероз является прогрессирующим демиелинизирующим заболеванием, поражающим людей преимущественно молодого возраста, в основе которого лежит сочетание аутоиммунных и нейродегенеративных процессов. Заболевание характеризуется высокой распространённостью, многоочаговым поражением структур центральной нервной системы и неуклонно нарастающей инвалидизацией. Нарушения эмоционально-волевой сферы являются типичными для рассеянного склероза и значительно снижают качество жизни пациентов. Авторами представлен обзор данных литературы, посвящённых особенностям психоэмоциональных нарушений у больных рассеянным склерозом, а также методам их диагностики и коррекции.

Ключевые слова: рассеянный склероз, тревога, депрессия, суицидальный риск, сексуальная дисфункция, копинг-стратегии, лечебно-реабилитационная помощь

Рассеянный склероз (РС) – это неизлечимое прогрессирующее демиелинизирующее заболевание, в основе которого лежит комплекс аутоиммунновоспалительных и нейродегенеративных процессов, приводящих к множественному очаговому и диффузному поражению центральной нервной системы. Клиническая картина рассеянного склероза характеризуется многообразием и множественным полиморфизмом симптомов и синдромов, непредсказуемостью течения и неумолимым прогрессированием с течением болезни, приводящим к инвалидизации пациентов. По данным Международной Федерации Рассеянного Склероза на сегодняшний день около 2,8 млн человек страдают этим

заболеванием. Окончательные данные по заболеваемости в Российской Федерации разнятся. По сведениям НИИ неврологии РАН – это более 150 тыс. больных, по данным Министерства здравоохранения – более 52 тыс. Большая разница в цифрах обусловлена несовершенством системы учета и отсутствием единого регистра пациентов [1]. За последнее время отмечается тенденция к росту заболеваемости РС, что связывают не только с улучшением качества диагностики, но и с истинным увеличением количества случаев, причина которого пока не ясна.

Ещё с XIX века известно, что течение РС сопровождаются нарушениями эмоционально-волевой сферы, высших корковых функций.

К причинам нервно-психических дисфункций в настоящий момент относят не только органическое поражение нервной системы, но и психологическую реакцию больных на сам факт наличия болезни, на её клинические проявления, приводящие к ухудшению качества жизни, на необходимость в длительном регулярном парентеральном лечении [2]. Наиболее распространены такие нарушения нервно-психических функций, как тревога и депрессия. По данным разных исследователей, депрессия наблюдается у 37-54% больных с РС, приблизительно 25% из них нуждается в наблюдении у психиатра. Тревога встречается у 25–41% больных с РС, чаще у женщин, особенно на начальных стадиях заболевания [3]. Нарушения эмоционально-аффективного спектра негативно влияют на социально-психологическую адаптацию пациента, приверженность к лечению, качество его жизни. Своевременное выявление и коррекция этих нарушений является важной частью лечения и реабилитации пациентов с РС. Рекомендации о необходимости проведения консультации медицинского психолога и клинико-психологического психодиагностического обследования с целью выявления депрессии, тревожного синдрома, суицидальных наклонностей, нарушений мотивации и других эмоционально-волевых нарушений, а также для принятия решения о необходимости консультации врача-психиатра каждому пациенту старше 18 лет, проходящему реабилитационное лечение, включены в клинические рекомендации по рассеянному склерозу [4].

Основная часть

Обобщены и проанализированы данные исследовательской литературы на русском языке в электронно-поисковых системах Elibrary, Google Scholar за период 2014-2024 гг.

К факторам риска развития нарушений эмоционально-волевой сферы относят женский пол, сопутствующую вегетативную дисфункцию, заболевания щитовидной железы [5]. Заболеваемость депрессией выше у пациентов с алгическим синдромом в рамках основного заболевания, одиноких и неработающих, имеющих в анамнезе социофобии, депрессии, психотравмы в детском и подростковом (до 15 лет) возрасте. Часто развитию депрессии предшествуют проявления

тревоги, нарушения сна, астения, снижение трудоспособности. Длительность первой ремиссии у пациентов с депрессией была менее двух лет, а обострения – не реже 2–3 в год с EDSS не менее 2,5 баллов. В структуре депрессивных расстройств у пациентов с рассеянным склерозом обращает на себя внимание более высокая частота встречаемости у пациентов с вторично-прогрессирующим течением заболевания, что, вероятнее всего, отражает прямую корреляцию развития нарушений эмоционально-волевой сферы с длительностью течения заболевания, массивностью атрофического дефекта головного мозга и нарастанием уровня инвалидизации [6, 7, 8]. В свою очередь быстрое развитие депрессивного синдрома может быть интерпретировано как маркёр большого объёма очагового поражения мозга. Также имеется корреляция с расположением очагов демиелинизации перивентрикулярно в лобной доле, субкортикально в височной доле, в юстакортикальных отделах левого полушария, в инфратенториальных отделах головного мозга, в мозжечке и таламусе [9].

Не подлежит сомнению взаимосвязь между депрессивными расстройствами и хроническим болевым синдромом, однако неопределённым остаётся вопрос об их причинно-следственной связи [10]. К наиболее частым болевым синдромам у пациентов с РС относятся головные боли (преимущественно напряжённого типа), висцеральные боли без чёткой локализации, феномен Лермитта, односторонняя невралгия тройничного нерва, болезненные спазмы мышц нижних конечностей. У части пациентов (25% из выборки 160 пациентов) первично возникала депрессия, а затем, на её фоне, появлялся алгический синдром, у части (45%) депрессия развивалась на фоне хронической боли. Нарастание уже имеющихся эмоционально-аффективных расстройств создаёт предпосылки для увеличения количества и выраженности болевых эпизодов, в свою очередь усиление алгических атак сопровождается усилением депрессии и тревоги. Очевидно, эту корреляцию можно объяснить общими серотонинергическими механизмами, участвующими как в патогенезе депрессии, так и в патогенезе боли. У пациентов, оценивающих тяжесть болевого синдрома как более выраженную, бы-

ли отмечены акцентуации по истерическому и тревожному типу. Также у всех пациентов с хроническим болевым синдромом были выявлены повышенные уровни реактивной и личностной тревожности.

Предположена взаимосвязь между расстройствами эмоционально-волевой сферы и рассеянным склерозом, реализованная через ряд иммунокомпетентных клеток [11]. При наличии депрессивного расстройства даже лёгкой степени тяжести в обследовании выявляется более высокая продукция ИЛ-6, чем у пациентов без депрессии. В свою очередь у пациентов, имеющих тяжёлые депрессивные расстройства на фоне рассеянного склероза, были выявлены более высокие показатели ИЛ-1 β , ФНО- α , ИЛ-6, чем у пациентов с лёгкой степенью тяжести депрессии. Выявленные особенности цитокинового статуса пациентов с РС и тяжёлым депрессивным расстройством указывают на воспаление как на общий патогенетический механизм этих коморбидных патологий.

Тенденция к тревожно-депрессивным расстройствам у пациентов с РС заставляет думать о повышенном суицидальном риске среди данной категории больных. Считается, что частота суицидов среди пациентов с РС в два раза выше, чем в среднем в популяции [12]. Попытки суицида совершают от 1,6 до 5,8% пациентов [13]. Наиболее опасным считается период постановки диагноза, а также обострения и прогрессирование заболевания. По мере прогрессирования суицидальный риск обычно увеличивается каждые пять-семь лет течения заболевания. Основными мотивами к суицидальному поведению называют ощущение собственной неполноценности, неспособность к самообслуживанию, сексуальную дисфункцию, чувство одиночества и незначимости, потерю надежды, страх боли, переживание бессмысленности своего существования, зависть к людям без заболевания. При этом суицидальная динамика у пациентов с рассеянным склерозом развивается медленно, месяцы и даже годы. Большинство из них прямо или косвенно сообщают о своих суицидальных идеях, что открывает возможность предотвратить суицидальную попытку. Среди пациентов, имеющих и не имеющих суицидальные тенденции, нет существенной разницы в уровне образования, квалифика-

ции труда, семейном положении, жилищных условиях [14]. Однако существенное влияние оказывают взаимоотношения с близкими людьми. Обнаружена прямая корреляция: пациенты, имеющие поддерживающее окружение, крепкую доброжелательную семью, реже подвержены суицидальному риску; пациенты, которые столкнулись с дезадаптивной реакцией со стороны близких, конфликтами, разводом, пришедшимся на период заболевания, более активно высказывают суицидальные идеи. Поэтому критически важна не только своевременная диагностика и коррекция суицидальной настроенности пациента с РС, но и взаимодействие с его близким окружением. К методам выявления суицидальной активности относят клинический, клиникопсихопатологический, анамнестический [13, 14]. Для прогнозирования рисков суицида у пациентов с РС, сопровождающимся и не сопровождающимся депрессией, разработана формула, позволяющая предсказать развитие суицидального поведения с точностью до 78,01% [7]. Особо следует оценивать выраженность болевого синдрома и эффективность его контроля, так как хроническая боль является независимым фактором риска суицида [15].

Нейропсихологическую диагностику эмоциональной сферы необходимо проводить пациентам с РС уже на этапе установления диагноза [16]. Первые симптомы заболевания, как правило, неспецифичны и возникают за несколько лет до возникновения устойчивых неврологических дефицитов, позволяющих диагностировать РС. Пациенты длительное время не обращаются к врачам - неврологам. Диагностические критерии В.И. Макдональда (2017) включают в себя, в том числе, диссеминацию во времени, что также может отложить установление диагноза. В период, когда пациент находится в ожидании, на первое место по значимости для него обычно выходит неврологический дефицит, тогда как нарушения эмоциональной сферы отходят на второй план. Пациенты не связывают своё эмоциональное состояние с депрессивным расстройством. Тем не менее, при тщательном обследовании пациентов с установленным диагнозом, но ещё не начавших лечение ПИТРС, выявляются нарушения эмоционально-волевой сферы от расстройств адаптации до рекуррентной депрессии.

Далее, в первые два года от установления диагноза, пациенты учатся жить с осознанием своей болезни, погружаются в неё [17]. Находясь в состоянии неопределённости, не имея чёткого представления о будущем течении заболевания, они становятся нозоцентричными – вопросы здоровья сужаются до одного заболевания. Любые дискомфортные ощущения пациенты начинают приписывать РС, что усиливает их тревогу, а также приводит к затягиванию обращения за медицинской помощью. По мере утяжеления заболевания, нарастания балла EDSS до 3-4,5, пациент сталкивается с новыми симптомами заболевания, что вновь усиливает тревогу, страх инвалидизации, прогрессирования заболевания. Это может приводить к ипохондрии, увеличению количества обращений за медицинской помощью. При дальнейшем ухудшении состояния, EDSS>5, пациенты привыкают к своему состоянию, на первый план выходят наиболее тяжёлые для пациента симптомы, на которые он указывает, и которые в свою очередь являются причиной развития депрессивных расстройств.

К малоизучаемым симптомам у больных РС относится нарушение сексуальной функции. Между тем, этот аспект болезни определяется как один из субъективно значимых мотивов в основе суицидального поведения [7, 13, 14]. Сексуальная дисфункция встречается в приблизительно равной степени как у мужчин, так и у женщин, и проявляется снижением возбуждения, аноргазмией, нарушением эякуляторной функции, диспареунией [18]. К причинам этих симптомов, кроме непосредственного неврологического дефицита, относят психоэмоциональные и когнитивные нарушения. Очевидна прямая корреляция между ухудшением течения эмоционально-аффективных расстройств и сексуальной дисфункцией.

Тесно ассоциированы с сексуальной дисфункцией нарушения мочеиспускания [13, 14]. В целом, нарушения мочеполовой системы тяжело переживаются пациентами. С одной стороны, неспособность контролировать мочеиспускание приводит к усилению самоизоляции, снижению самооценки, ухудшению эмоционального состояния, с другой – увеличивает потребность в уходе, что может быть провокатором конфликтов. Для оценки

влияния нарушений мочеиспускания на качество жизни пациентов с рассеянным склерозом предлагается опросник SF-Qualiveen, переведённый на русский язык [19].

Пациенты с РС по-разному неосознанно выбирают разные стратегии совладания с переживаниями, как адаптивные, так и дезадаптивные [20]. Выявлена практическая разница между мужчинами и женщинами: первые более направлены на когнитивно - ориентированный копинг, вторые – на социально-ориентированный. С возрастом и увеличением продолжительности течения РС, отмечается тенденция к уменьшению потребности пациентов выбирать дезадаптивную копинг-стратегию «избегание проблем» [21]. Также установлено, что эту стратегию реже выбирают пациенты, у которых первым проявлением рассеянного склероза был ретробулбарный неврит. Они чаще обращаются к стратегии «поиск социальной поддержки». У пациентов, более приверженных к лечению и считающих недопустимым пропуск инъекций ПИТРС несколько раз в месяц, чаще выявлялась наиболее адаптивная копинг-стратегия «разрешение проблем».

С учётом вышеизложенного, целесообразной видится не только медикаментозная, но психотерапевтическая коррекция эмоционально-аффективных расстройств. В сравнительном анализе комбинированное лечение антидепрессантами и психотерапией показало более высокую эффективность при тревожном, депрессивном, алгическом синдромах, а также улучшении качества жизни [10, 22]. К принципам и задачам психотерапевтического лечения пациентов с РС относят непрерывность, этапность, доступность, комплексность, системность, интегративность и дифференцированность [23]. С учётом длительности течения заболевания, наличия периодов ухудшения и ремиссий, психологическая помощь не может быть эпизодической. Принцип непрерывности гласит о том, что психологическое сопровождение должно быть постоянным, на всех этапах лечения с момента установления диагноза. Психотерапевтическое лечение должно быть доступно каждому пациенту с РС. Принцип комплексности заключается в создании мультидисциплинарной бригады специалистов, в которую будут входить невролог, медицинский психо-

лог, психиатр, терапевт, медицинская сестра и др. Системный подход предполагает обязательное включение родственников, членов семьи и близких людей пациента в процесс реабилитации и лечения.

Интегративность заключается в гармоничном встраивании психотерапевтического лечения в действующую систему лечебно-реабилитационной помощи. Принцип дифференцированности подразумевает индивидуальный подход к каждому пациенту. Персонализированный подход в медико-психологическом сопровождении основан на оценке клинического состояния пациента, его клинико-психологического профиля, задач и ожидаемых результатов [24]. По итогам оценки для каждого пациента составляется индивидуальный маршрут с конкретными программами и психологическими методами.

Отдельные исследования в качестве дополнительных методов реабилитации и коррекции психоэмоциональных расстройств показывают эффективность акупунктурных методов лечения [25], метода формирования и активаций искусственных стабильных функциональных связей (АСФС) [26], инпо-

терапии [27], метода ритмической транскраниальной магнитной стимуляции с последующими тренировками на стабильной платформе с использованием биологической обратной связи [28]. Лучшие результаты достигаются в комплексном реабилитационном лечении, основанном на междисциплинарном подходе [22, 29, 30].

Выводы

Тревожно-депрессивные расстройства являются важной и зачастую неотъемлемой частью клинической картины РС, ухудшающей качество жизни пациентов. Своевременная диагностика и коррекция психоэмоциональных нарушений позитивно влияет на социально-психологическую адаптацию пациента, приверженность к лечению, а также позволяет предупредить суицидальное поведение. Необходимо непрерывное психотерапевтическое сопровождение пациентов с рассеянным склерозом с момента постановки диагноза. Максимальная эффективность коррекции эмоционально-аффективных расстройств и реабилитации достигается при индивидуальном, комплексном, мультидисциплинарном подходе.

Литература / References:

- Бойнова И.В., Самарина Д.В., Каторова А.В., Токарева Н.Г. Клинико-эпидемиологические особенности рассеянного склероза в Российской Федерации. *Современные проблемы науки и образования*. 2022; 5. [Boynova IV, Samarina DV, Katorova AV, Tokareva NG. Clinical and epidemiological features of multiple sclerosis in the Russian Federation. *Modern problems of science and education*. 2022; 5.] (In Russ)
- Лукина Е.В., Чернышева О.А., Елисеева В.А. Особенности психоэмоциональных расстройств у больных рассеянным склерозом в разных клинико-демографических группах. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2018; 14 (1): 151–153. [Lukina EV, Chernysheva OA, Eliseeva VA. Features of psychoemotional disorders in patients with multiple sclerosis in different clinical and demographic groups. *Saratov Scientific and Medical Journal*. 2018; 14 (1): 151–153.] (In Russ)
- Соколова Л.И., Радзиховская Н.С. Влияние психоэмоциональных и когнитивных нарушений на сексуальную функцию у больных с рассеянным склерозом. *Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа*. 2014; 3 (23): 65–74. [Sokolova LI, Radzikhovskaya NS. The influence of psychoemotional and cognitive impairments on sexual function in patients with multiple sclerosis. *Neurology and neurosurgery. Eastern Europe*. 2014; 3 (23): 65–74.] (In Russ)
- Клинические рекомендации "Рассеянный склероз". 2022. Режим доступа [Clinical guidelines for Multiple sclerosis. 2022. Access mode]: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/739_1
- Синицына К.В., Синицын В.В. Прогностическая значимость факторов риска депрессивных расстройств у больных рассеянным склерозом. *Вестник Ивановской медицинской академии*. 2016; 21 (2): 63–64. [Sinityna KV, Sinityn VV. Prognostic significance of risk factors for depressive disorders in patients with multiple sclerosis. *Bulletin of the Ivanovo Medical Academy*. 2016; 21 (2): 63–64.] (In Russ)
- Кичерова О.А., Рейхерт Л.И., Вербах Т.Э., Деева М.В., Макарова Д.В. Особенности депрессивных нарушений у больных с различными формами рассеянного склероза. *Современные проблемы науки и образования*. 2022; 3: 116. [Kicherova OA, Reichert LI, Verbakh TE, Deeva MV, Makarova DV. Features of depressive disorders in patients with various forms of multiple sclerosis. *Modern problems of science and education*. 2022; 3: 116.] (In Russ)
- Рейхерт Л.И., Кичерова О.А. Прогнозирование суицидального риска у пациентов с рассеянным склерозом. *Академический журнал Западной Сибири*. 2021; 17 (1): 40–43. [Reichert LI, Kicherova OA. Predicting suicide risk in patients with multiple sclerosis. *Academic Journal of West Siberia*. 2021; 17 (1): 40–43.] (In Russ)
- Зарубина Н.В., Спирин Н.Н. Динамика развития депрессивных нарушений у больных с рассеянным склерозом. *Евразийский Союз Ученых (ЕСУ)*. 2020; 7 (76): 31–38. [Zarubina NV, Spirin NN. Dynamics of depressive disorders in patients with multiple sclerosis. *The Eurasian Union of Scientists (EUU)*. 2020; 7 (76): 31–38.] (In Russ)
- Зарубина Н.В. Распространенность депрессивных расстройств у больных рассеянным склерозом с очагами демиелинизации. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2024; 2 (123): 32–40. [Zarubina NV. The

- prevalence of depressive disorders in patients with multiple sclerosis with foci of demyelination. *Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*. 2024; 2 (123): 32-40.] (In Russ)
10. Синицына К.В. Роль психотерапии и фармакотерапии в реабилитации больных рассеянным склерозом с аллергическими синдромами. *Вестник Ивановской медицинской академии*. 2014; 19 (2): 29-32. [Sinityna KV. The role of psychotherapy and pharmacotherapy in the rehabilitation of patients with multiple sclerosis and allergic syndromes. *Bulletin of the Ivanovo Medical Academy*. 2014; 19 (2): 29-32.] (In Russ)
 11. Гольдина И.А., Гольдин Б.Г., Маркова Е.В., Козлов В.А. Параметры цитокинового статуса у больных рассеянным склерозом с коморбидным депрессивным расстройством. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2020; 1 (106): 5-13. [Goldina IA, Goldin BG, Markova EV, Kozlov VA. Cytokine status parameters in patients with multiple sclerosis with comorbid depressive disorder. *Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*. 2020; 1 (106): 5-13.] (In Russ)
 12. Кутлубаев М.А. Суицидальное поведение при неврологических заболеваниях: частота, predisposing факторы, подходы к профилактике. *Неврологический журнал*. 2016; 21 (3): 124-130. [Kutlubaev MA. Suicidal behavior in neurological diseases: frequency, predisposing factors, approaches to prevention. *Neurological Journal*. 2016; 21 (3): 124-130.] (In Russ)
 13. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Пономарева Т.Г., Скрябин Е.Г., Брагин А.В., Ананьева О.В. Соматическая патология среди факторов суицидального риска. Сообщение II. *Суицидология*. 2018; 9 (4): 85-108. [Zotov PB, Lyubov EB, Ponomareva TG, Scriabin EG, Bragin AV, Ananyeva OV. Somatic pathology among suicidal risk factors. Message II. *Suicidology*. 2018; 9 (4): 85-108.] (In Russ) DOI: 10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-85-108
 14. Куценко Н.И. Некоторые социальнопсихологические характеристики больных рассеянным склерозом с повышенной суицидальной готовностью. *Тюменский медицинский журнал*. 2014; 16 (1): 9-11. [Kutsenko N.I. Some socio-psychological characteristics of patients with multiple sclerosis with increased suicidal readiness. *Tyumen Medical Journal*. 2014; 16 (1): 9-11.] (In Russ)
 15. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Фёдоров Н.М., Бычков В.Г., Фадеева А.И., Гарагашев Г.Г., Коровин К.В. Хроническая боль среди факторов суицидального риска. *Суицидология*. 2019; 10 (2): 99-115. [Zotov PB, Lyubov EB, Fedorov NM, Bychkov VG, Fadeeva AI, Garagashev GG, Korovin KV. Chronic pain among suicidal risk factors. *Suicidology*. 2019; 10 (2): 99-115.] (In Russ) DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-99-115
 16. Зарубина Н.В. Выявление аффективных нарушений в период установления диагноза «рассеянный склероз». *Доктор.Ру*. 2023; 22 (6): 35-39. [Zarubina NV. Identification of affective disorders during the diagnosis of multiple sclerosis. *Doctor.Ru*. 2023; 22 (6): 35-39.] (In Russ) DOI: 10.31550/1727-2378-2023-22-6-35-39
 17. Нелюбина А.С., Мерзлякова А.М. Особенности категоризации телесных ощущений, связанных с болезнью при рассеянном склерозе. *Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование»*. 2023; 1: 86-103. [Nelyubina AS, Merzlyakova AM. Features of categorization of bodily sensations associated with the disease in multiple sclerosis. *Bulletin of the Russian State University of Economics. The series "Psychology. Pedagogy. Education"*. 2023; 1: 86-103.] (In Russ) DOI: 10.28995/2073-6398-2023-1-86-103
 18. Соколова Л.И., Радзиховская Н.С. Влияние психоэмоциональных и когнитивных нарушений на сексуальную функцию у больных с рассеянным склерозом. *Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа*. 2014; 3 (23): 65-74. [Sokolova L.I., Radzikhovskaya N.S. The influence of psychoemotional and cognitive impairments on sexual function in patients with multiple sclerosis. *Neurology and neurosurgery. Eastern Europe*. 2014; 3 (23): 65-74.] (In Russ)
 19. Филиппова Е.С., Баженов И.В., Зырянов А.В., Борзун И.В., Москвина Е.Ю., Морозова А.А., Буксман А.И. оценка качества жизни, связанного с нарушениями мочеиспускания, у больных рассеянным склерозом: перевод и валидизация русскоязычной версии опросника SF-Qualiveen. *Уральский медицинский журнал*. 2019; 3 (171): 39-49. [Filippova ES, Bazhenov IV, Zyryanov AV, Borzunov IV, Moskvina EYu, Morozova AA, Buksman AI. Assessment of the quality of life associated with urinary disorders in patients with multiple sclerosis: translation and validation of the Russian version of the SF-Qualiveen questionnaire. *Ural Medical Journal*. 2019; 3 (171): 39-49.] (In Russ)
 20. Николаев Е.Л., Васильева Н.В., Голенков А.В. Клинико-психологические особенности совладания (копинга) у больных рассеянным склерозом. *Практическая медицина*. 2015; 5 (90): 59-62. [Nikolaev EL, Vasilyeva NV, Golenkov AV. Clinical and psychological features of coping in patients with multiple sclerosis. *Practical medicine*. 2015; 5 (90): 59-62.] (In Russ)
 21. Красильникова Ю.А., Байдина Т.В., Трушников Т.Н. Копинг-стратегии у пациентов с рассеянным склерозом. *International scientific and practical conference world science*. 2015; 4 (4): 33-35. [Krasilnikova YuA, Baydina TV, Trushnikov TN. Coping strategies in patients with multiple sclerosis. *International scientific and practical conference world science*. 2015; 4 (4): 33-35.] (In Russ)
 22. Синицына К.В. Сравнительная характеристика эффективности методов лечения депрессии больных рассеянным склерозом в амбулаторно-поликлинических условиях общей медицинской сети. *Практическая медицина*. 2015; 5 (90): 23-26. [Sinityna KV. Comparative characteristics of the effectiveness of methods of treating depression in patients with multiple sclerosis in outpatient settings of the general medical network. *Practical medicine*. 2015; 5 (90): 23-26.] (In Russ)
 23. Николаев Е.Л., Караваева Т.А., Васильева Н.В. Медико-психологическое сопровождение больных рассеянным склерозом: основные принципы и задачи. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2018; 1: 120-124. [Nikolaev EL, Karavaeva TA, Vasilyeva NV. Medical and psychological support for patients with multiple sclerosis: basic principles and objectives. Review of *Psychiatry and Medical Psychology named after V.M. Bekhterev*. 2018; 1: 120-124.] (In Russ)
 24. Николаев Е.Л., Караваева Т.А., Васильева Н.В., Чехлатый Е.И. Персонализированный подход в медико-психологическом сопровождении больных с рассеянным склерозом. *Вестник психотерапии*. 2018; 65 (70): 86-97. [Nikolaev EL, Karavaeva TA, Vasilyeva NV, Chehlaty E. Personalized approach in medical and psychological support of patients with multiple sclerosis. *Bulletin of Psychotherapy*. 2018; 65 (70): 86-97.] (In Russ)
 25. Чупрына Г.Н. Особенности психопатологических нарушений у пациентов с рассеянным склерозом. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2016; 3 (25): 329-336. [Chupryna G.N. Features of psychopathological disorders in patients with multiple sclerosis. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2016; 3 (25): 329-336.] (In Russ)

26. Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А. О коррекции психического состояния немедикаментозным способом при рассеянном склерозе. *Клиническая и специальная психология*. 2019; 8 (1): 177-188. [Reznikova TN, Seliverstova NA. On the correction of mental state by non-drug method in multiple sclerosis. *Clinical and special psychology*. 2019; 8 (1): 177-188.] (In Russ)
27. Ахмадеева Л.Р., Гизатуллин Р.Р., Гизатуллин Р.Х., Никитина Н.А. Иппотерапия с тяжелой формой рассеянного склероза: клинический случай. *West Kazakhstan Medical Journal*. 2021; 3 (63): 158-162. [Akhmadeeva LR, Gizatullin RR, Gizatullin RH, Nikitina NA. Hippotherapy with severe multiple sclerosis: a clinical case. *West Kazakhstan Medical Journal*. 2021; 3 (63): 158-162.] (In Russ)
28. Буняк А.Г., Лихачев С.А., Забродец Г.В., Можейко М.П., Дымковская М.Н. Оценка эффективности использования ритмической транскраниальной магнитной стимуляции в сочетании с тренировками с биологической обратной связью и дифференцированной нейропсихологической коррекцией у пациентов с прогрессирующим рассеянным склерозом. *Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа*. 2023; 13 (2): 187-202. [Bunyak AG, Likhachev SA, Zabrodets GV, Mozheyko MP, Dymkovskaya MN. Evaluation of the effectiveness of using rhythmic transcranial magnetic stimulation in combination with biological feedback training and differentiated neuropsychological correction in patients with progressive multiple sclerosis. *Neurology and neurosurgery. Eastern Europe*. 2023; 13 (2): 187-202.] (In Russ)
29. Синицына К.В., Худяков А.В., Синицын В.В. Междисциплинарный подход к реабилитации больных рассеянным склерозом и депрессивными расстройствами. *Вестник Ивановской медицинской академии*. 2017; 22 (2): 62-63. [Sinitsyna KV, Khudyakov AV, Sinitsyn VV. Interdisciplinary approach to rehabilitation of patients with multiple sclerosis and depressive disorders. *Bulletin of the Ivanovo Medical Academy*. 2017; 22 (2): 62-63.] (In Russ)
30. Менг А.А., Кичерова К.П., Нусс Э.В. Депрессивные нарушения при рассеянном склерозе. *Здравоохранение Чувашии*. 2024; 1: 26-37. [Meng AA, Kicherova KP, Nuss EV. Depressive disorders in multiple sclerosis. *Healthcare of Chuvashia*. 2024; 1: 26-37.] (In Russ)

ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

E.A. Ivannikova, O.A. Kicherova, L.I. Reikherth Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

Abstract:

Multiple sclerosis is a progressive demyelinating disease that affects mainly young people and is mostly caused by a combination of autoimmune and neurodegenerative processes. The disease is characterized by high prevalence, multifocal lesions of the central nervous system structures and steadily increasing disability. Emotional-volitional disorders are typical for multiple sclerosis and significantly reduce the quality of life of patients. The authors present a review of literature data on the characteristics of psycho-emotional disorders in patients with multiple sclerosis, as well as methods for their diagnosis and correction.

Keywords: multiple sclerosis, anxiety, depression, suicidal risk, sexual dysfunction, coping strategies, treatment and rehabilitation care

Вклад авторов:

Е.А. Иванникова: написание текста рукописи;
О.А. Кичерова: разработка дизайна исследования, написание текста рукописи;
Л.И. Рейхерт: редактирование текста рукописи.
Authors' contributions:
E.A. Ivannikova: writing the text of the manuscript;
O.A. Kicherova: development of research design, writing the text of the manuscript;
L.I. Reikherth: editing of the text of the manuscript.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.
Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 09.01.2025. Принята к публикации / Accepted for publication: 31.01.2025.

Для цитирования: Иванникова Е.А., Кичерова О.А., Рейхерт Л.И. Тревожно-депрессивные расстройства и качество жизни у больных рассеянным склерозом. *Академический журнал Западной Сибири*. 2025; 21 (1): 13-19.
DOI: 10.32878/sibir.25-21-01(106)-13-19

For citation: Ivannikova E.A., Kicherova O.A., Reikherth L.I. Anxiety-depressive disorders and quality of life in patients with multiple sclerosis. *Academic Journal of West Siberia*. 2025; 21 (1): 13-19. (In Russ)
DOI: 10.32878/sibir.25-21-01(106)-13-19