



# Расстройства тревожно-депрессивного спектра у пациентов с первичным антифосфолипидным синдромом.



**<sup>1</sup>Борисова А.Б., <sup>1,3</sup>Вельтищев Д.Ю., <sup>2</sup>Лисицына Т.А., <sup>2,4</sup>Решетняк Т.М., <sup>1</sup>Серавина О.Ф., <sup>1</sup>Ковалевская О.Б.**

<sup>1</sup>Московский научно-исследовательский институт психиатрии - филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия;

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, кафедра психиатрии ФДПО, Москва, Россия

<sup>4</sup>ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, кафедра ревматологии, Москва, Россия

## *Сведения об авторах:*

Борисова Анастасия Борисовна – м.н.с. отделения психических расстройств при соматических заболеваниях

Вельтищев Дмитрий Юрьевич – руководитель отделения психических расстройств при соматических заболеваниях, профессор каф. психиатрии ФДПО РНИМУ Н.И. Пирогова

Лисицына Татьяна Андреевна – в.н.с. лаборатории сосудистой ревматологии

Решетняк Татьяна Магомедалиевна – профессор кафедры ревматологии, руководитель лаборатории сосудистой ревматологии

Серавина Ольга Феликсовна – н.с. отделения психических расстройств при соматических заболеваниях

Ковалевская Оксана Борисовна – н.с. отделения психических расстройств при соматических заболеваниях

**Контактная информация:** Борисова Анастасия Борисовна, тел 8 985 159 14 99, e-mail: desolatorius@yandex.ru

**Актуальность:** Антифосфолипидный синдром (АФС) – АФС является моделью аутоиммунного тромбоза и относится к приобретенным тромбофилиям. АФС проявляется симптомокомплексом, включающим рецидивирующие тромбозы (артериальный и/или венозный), акушерскую патологию (чаще синдром потери плода) и связанным с синтезом антифосфолипидных антител (аФЛ): антикардиолипидных антител (аКЛ) и/или волчаночного антикоагулянта (ВА), и/или антител к  $\beta$ 2-гликопротеину I (анти- $\beta$ 2-ГП I). Традиционно внимание исследователей при описании клинических симптомов АФС в большей мере сконцентрировано на неврологических нарушениях, при этом авторы, как правило, все встречающиеся при АФС неврологические и психические проявления объединяют в группу «нейропсихических», не выделяя отдельно психические расстройства (ПР), и уделяют последним гораздо меньше внимания. Распространенность и структура ПР у больных АФС недостаточно изучена, информация по данному вопросу представлена в основном в виде описания частных клинических случаев, небольших исследований с использованием опросников. Расстройства тревожно-депрессивного спектра (РТДС) часто встречаются среди пациентов с ПАФС, в связи с чем для выработки методов профилактики и диагностики необходимо определить их особенности, а также двусторонние взаимосвязи между психическим расстройством и соматическим заболеванием. Психиатры часто не учитывают сопутствующий АФС при диагностике и лечении расстройств тревожно-депрессивного спектра (РТДС), что может приводить к существенным негативным последствиям, в частности – провокации тромбозов.

**Цель исследования:** установить частоту и спектр РТДС у больных ПАФС с оценкой двусторонних взаимосвязей между психическими расстройствами и соматическим заболеванием.

**Материалы и методы:** в исследование включены 36 пациентов с достоверным диагнозом ПАФС, установленным согласно классификационным критериям 2006 г., (14 мужчин и 22 женщин) в возрасте от 25 до 64 лет (средний  $41,7 \pm 10,2$  лет). Длительность ПАФС составила 144 [102; 204] мес. Все пациенты имели позитивность по антифосфолипидным антителам (аФЛ), преимущественно – по антикардиолипиновым и антителам к  $\beta 2$ -гликопротеину-1, и получали антикоагулянты в качестве основной терапии.

РТДС диагностированы в соответствии с МКБ-10 с применением клинко-психопатологического и клинко-психологического методов.

**Клинко-психопатологический:**

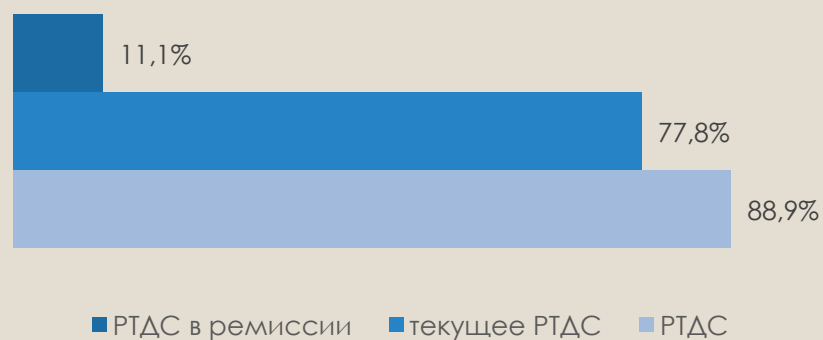
- Полуструктурированное интервью
- Шкала депрессии Монгомери-Асберг (MADRS) Montgomery SA, Asberg MA, 1979
- Шкала тревоги Гамильтона (HAM-A) Hamilton M, 1959

**Клинко-психологический:**

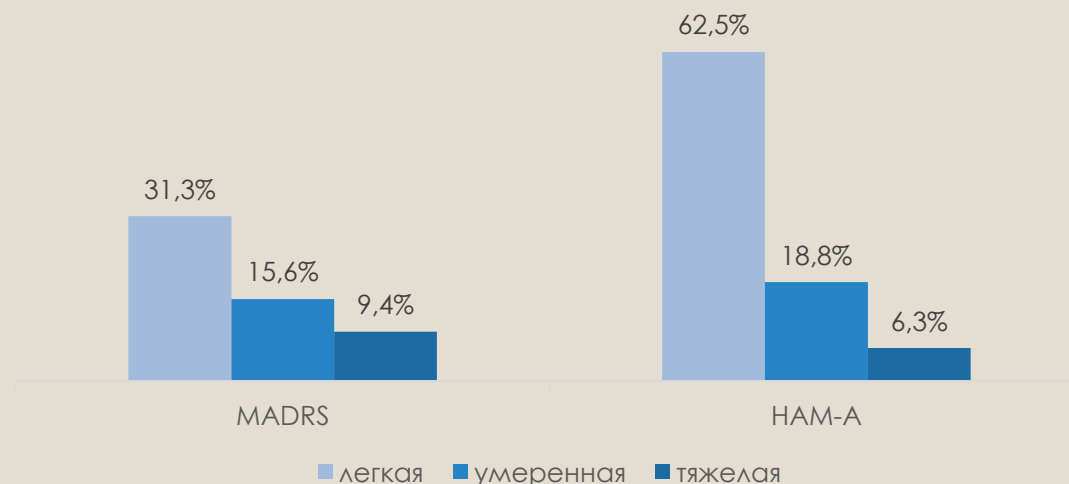
- Методика «пиктограммы»
- Методика «дом, дерево, человек»
- Методика «5й лишний»
- Методика «классификация»

**Результаты и их обсуждение:** РТДС выявлены у 32 (88,9%) больных (у 28 (77,8%) текущее РТДС, депрессивные эпизоды в анамнезе в рамках рекуррентного депрессивного расстройства или единичного депрессивного эпизода – у 4х (11,1%) пациентов). На момент осмотра преобладало текущее рекуррентное депрессивное расстройство (13 (46,4%)) и дистимия (10 (35,7%)). Генерализованное тревожное расстройство выявлено у 3 (10,7%) больных, единичный депрессивный эпизод у 1 (3,57%), биполярное аффективное расстройство у 1 (3,57%). Средняя выраженность депрессии по MADRS составляла  $16,1 \pm 9,16$  балла. Легкая выраженность депрессии выявлена у 10 из 32 (31,3%) пациентов с РТДС, умеренная - у 5 (15,6%), выраженная - у 3 (9,38%). Средняя выраженность тревоги по HAM-A  $13,5 \pm 6,62$  баллов. Легкая выраженность тревоги отмечена у 20 (62,5%) пациентов, умеренная - у 6 (18,8%), выраженная - у 2 (6,25%).

Распространенность РТДС



Выраженность депрессии и тревоги



**Результаты и их обсуждение:** При проведении одномерного корреляционного анализа установлено, что выраженность депрессии (MADRS) и тревоги (HAM-A) зависели от продолжительности ПАФС ( $R=0,5$ ,  $p<0,05$  и  $R=0,49$ ,  $p<0,05$ , соответственно): длительность ПАФС у пациентов с выраженной депрессией была статистически значимо больше по сравнению с пациентами без депрессии ( $332\pm79,9$  мес. против  $125,3\pm75,6$  мес.,  $p<0,001$ ) и пациентами с легко выраженными симптомами депрессии ( $332\pm79,9$  мес. против  $137,6\pm90,9$  мес.,  $p=0,007$ ), а у пациентов с умеренно выраженной депрессией - по сравнению с пациентами без депрессии ( $304,8\pm236,8$  мес. против  $125,3\pm75,6$  мес.,  $p=0,011$ ). Продолжительность ПАФС была статистически значимо больше у пациентов с умеренно выраженной тревогой по сравнению с пациентами без симптомов тревоги ( $264\pm224,1$  мес. против  $86,9\pm57,1$  мес.,  $p=0,05$ ) и с легко выраженной тревогой ( $264\pm224,1$  мес. против  $169,6\pm100,3$  мес.,  $p=0,02$ ). Выраженность депрессии (по шкале MADRS) и тревоги (по шкале HAM-A) также имела прямую зависимость от возраста пациентов ( $R=0,33$ ,  $p<0,05$  и  $R=0,46$ ,  $p<0,05$ , соответственно).

Выраженность депрессии (MADRS)	Продолжительность ПАФС
Отсутствие депрессии	$125,3\pm75,6$ мес.
Легкая выраженность	$137,6\pm90,9$ мес.
Умеренная выраженность	$304,8\pm236,8$ мес.
Тяжелая депрессия	$332\pm79,9$ мес.

Выраженность тревоги (HAM-A)	Продолжительность ПАФС
Отсутствие тревоги	$86,9\pm57,1$ мес.
Легкая выраженность	$169,6\pm100,3$ мес.
Умеренная выраженность	$264\pm224,1$ мес.
Выраженная тревога	$240\pm203,6$ мес.

Статистически значимых различий по частоте различных клинических проявлений ПАФС у больных с и без РТДС выявлено не было, что, вероятно, могло быть связано с малочисленностью групп. Однако, стоит отметить, что острые и преходящие нарушения мозгового кровообращения (ОНМК/ ПНМК) (17 (53,1%)), тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) (4 (12,5%)) и сетчатое ливедо (10 (31,3%)) выявлялись только у больных с РТДС, в то время как венозные тромбозы (20 (62,5%) против 3 (7,5%),  $OR=1,69$ , 95%ДИ 0,16-18,2,  $p>0,05$ ) и эписиндром (5 (15,6%) против 1 (2,5%),  $OR=1,67$ , 95%ДИ 0,14-19,4,  $p>0,05$ ) встречались в 1,7 раза реже, по сравнению с больными без РТДС. Кроме того, тройная позитивность по аФЛ была более характерна для пациентов без РТДС (4 (100%) против 18 (56,3%),  $p=0,12$ ), а гипокомплементемия – для больных с РТДС (4 (12,5%) против 0,  $p=0,61$ ).

**Выводы:** выявлена прямая умеренная корреляция выраженности депрессии (по шкале MADRS) и тревоги (по шкале HAM-A) с возрастом больных и продолжительностью ПАФС. РТДС статистически не значимо чаще выявляются у пациентов, имеющих сетчатое ливедо, перенесших ОНМК/ПНМК или тромбоз эмболию легочной артерии, у которых выявлено снижение С3, С4-компонентов комплемента. Не отмечено ассоциации РТДС с аФЛ.