

Хронические стресс и психические расстройства у больных системной склеродермией: результаты междисциплинарного исследования

О.Ф. СЕРАВИНА¹, Т.А. ЛИСИЦЫНА², М.Н. СТАРОВОЙТОВА², О.В. ДЕСИНОВА², О.Б. КОВАЛЕВСКАЯ¹, Д.Ю. ВЕЛЬТИШЕВ¹

¹Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия; ²ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

Резюме

Цель исследования. Анализ распространенности психотравмирующих факторов и психических расстройств (ПР), а также их клинико-психопатологических и клинико-психологических особенностей для улучшения комплексной диагностики и повышения качества лечения больных системной склеродермией (ССД).

Материалы и методы. Обследовали 110 пациентов с достоверным диагнозом ССД, преимущественно женщины — 97 (88,2%), средний возраст которых составил 49,9±2,47 года, средняя длительность ССД—7,25±0,42 года. У 62 (56,4%) пациента имелась лимитированная, у 36 (32,7%) — диффузная форма ССД и у 12 (10,9%) — перекрестный синдром. У 33 (30%) пациентов было быстро прогрессирующее, у 77 (70%) — медленно прогрессирующее течение заболевания. Глюкокортикостероиды внутрь получали 99 (90%) пациентов, вошедших в исследование, цитотоксические препараты — 66 (60%), плаквенил — 33 (30%), лечение генно-инженерным биологическим препаратом ритуксимаб — 8 (7%). Все пациенты обследованы психологом и психиатром. Психопатологическая диагностика ПР проводилась в ходе полуструктурированного опроса по критериям МКБ-10. Для оценки выраженности депрессии использовали шкалу депрессии Монтгомери—Асберг, тревоги — шкалу тревоги Гамильтона. Всем пациентам проводили клинико-психологическое обследование, включающее методики оценки памяти, внимания, логического мышления и проективные методики.

Результаты. ПР выявлены у 91 (83%) пациента с ССД. Преобладали депрессивные расстройства — у 74 (67,3%): депрессии с хроническим (дистимия у 33, или 30%) и рекуррентным течением (рекуррентное депрессивное расстройство у 34, или 31%). Когнитивные нарушения различной степени выраженности диагностированы у 100% пациентов. У 44 (40%) пациентов констатировано шизотипическое расстройство. У 90% больных выявлены хронические психические травмы в детском возрасте (до 11 лет), преимущественно в виде родительской депривации. В 76,7% случаев ССД развивалась на фоне длительного ПР или же в анамнезе отмечались повторные эпизоды депрессии. Не отмечено связи ПР с полом, возрастом, длительностью и отдельными клиническими проявлениями ССД. Характер терапии ССД не влиял на частоту и спектр ПР. **Заключение.** ПР, преимущественно хронические и рекуррентные депрессии, а также когнитивные нарушения характерны для большинства больных ССД. Для пациентов с ССД характерно влияние множественных хронических стрессовых факторов, как предшествующих ССД, так и в ее динамике.

Ключевые слова: системный склероз, психические расстройства, депрессия, когнитивные нарушения, хронические психотравмирующие стрессовые факторы.

Chronic stress and mental disorders in patients with systemic scleroderma: Results of an interdisciplinary study

O.F. SERAVINA¹, T.A. LISITSYNA², M.N. STAROVOYTOVA², O.V. DESINOVA², O.B. KOVALEVSKAYA¹, D.Yu. VELTISHCHEV¹

¹Moscow Research Institute of Psychiatry, Branch, V.P. Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia; ²V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow, Russia

Aim. To analyze of the prevalence of stressful factors and mental disorders (MDs), as well as their clinical psychopathological and clinical psychological characteristics to improve the comprehensive diagnosis and treatment of systemic scleroderma (SSD).

Subjects and methods. Examinations were performed in 110 patients (predominantly women (n=97 (88.2%); mean age, 49.9±2.47 years) with a documented diagnosis of SSD (its mean duration, 7.25±0.42 years). 62 (56.4%) patients had limited SSD, 36 (32.7%) had diffuse SSD, and 12 (10.9%) had overlap syndrome. The disease was rapidly and slowly progressive in 33 (30%) and 77 (70%) patients, respectively. Oral glucocorticosteroids were used in 99 (90%) patients included in the study, cytotoxic drugs in 66 (60%), plaquenil in 33 (30%); 8 (7%) patients were treated with the biological agent rituximab. All the patients were examined by a psychologist and a psychiatrist. The psychopathological diagnosis of MD was made during a semistructured interview in accordance with the ICD-10 criteria. The Montgomery-Asberg depression and Hamilton anxiety rating scales were used to evaluate the severity of depression and anxiety, respectively. All patients underwent a clinical and psychological examination, including tests assessing memory, attention, and logical thinking, as well as projective techniques.

Results. MDs were detected in 91 (83%) patients with SSD. There was a preponderance of depressive disorders in 74 (67.3%) patients: chronic (dysthymia in 33 (30%) patients) and recurrent (recurrent depressive disorder in 34 (31%)) depressions. Cognitive impairment (CI) of varying severities was diagnosed in 100% of the patients. Schizotypal personality disorder was stated in 44 (40%) patients. 90% of patients were found to have chronic psychic traumas mainly as parental deprivation in childhood (in children less than 11 years of age). 76.7% of the SSD cases developed recurrent episodes of depression in the presence of long-term MD or had a history of the episodes. There was no relationship of MD to gender, age, duration of SSD and its individual

clinical manifestations. The nature of SSD treatment did not affect the frequency and spectrum of MD.

Conclusion. MDs, predominantly chronic and recurrent depression, and CI are characteristic of most SSD patients. Multiple chronic stressful factors, both previous SSD and those over time, have commonly an impact on the mental health of patients with SSD

Keywords: systemic scleroderma, mental disorders, depression, cognitive impairment, chronic stressful factors.

ДР — депрессивные расстройства
КН — когнитивные нарушения
ПР — психические расстройства
РЗ — ревматическое заболевание

СИОЗС — ингибиторы обратного захвата серотонина
СР — синдром Рейно
ССД — системная склеродермия
ШР — шизотипическое расстройство

Системная склеродермия (ССД), или системный склероз, — хроническое иммуновоспалительное ревматическое заболевание (РЗ), которое проявляется аутоиммунным воспалением и прогрессирующим фиброзом кожи и внутренних органов. Для заболевания характерны распространенные вазоспастические нарушения по типу синдрома Рейно (СР), в основе которых лежит поражение соединительной ткани с преобладанием фиброза, а также сосудистая патология по типу облитерирующего эндартериолита. ССД — многофакторное заболевание, в патогенезе которого участвуют генетические и средовые факторы [1].

Роль психотравмирующих факторов, влияющих на нейроэндокринную и нейроиммунную систему больных ССД, в настоящее время изучена недостаточно. Некоторые исследования указывают на вовлеченность оси гипоталамус—гипофиз—кора надпочечников и стрессовых гормонов в патогенез аутоиммунных РЗ [2]. Клинические исследования показывают, что большинство пациентов с ССД отмечают клинически значимые психотравмирующие события (в частности, смерть близкого человека или семейные конфликты) в течение 6—24 мес перед появлением симптомов ССД [3, 4].

Как и другие иммуновоспалительные заболевания, ССД имеет тесную клинико-патогенетическую связь с психическими расстройствами (ПР) [5]. Эта взаимосвязь, помимо наследственных факторов, обусловлена дистрессовыми механизмами, влияющими на нейроиммунную и нейроэндокринную системы. В этой связи провокация, динамика и прогноз ССД во многом зависят от влияния хронических стрессовых факторов и предшествующих ПР, поэтому их ранняя диагностика и комплексное лечение вносят существенный вклад в профилактику, становление ремиссии и снижение частоты неблагоприятных исходов заболевания.

Наибольшее внимание в исследованиях уделялось связи ССД с депрессивными расстройствами (ДР) и тревожными расстройствами (ТР). По различным данным, распространенность депрессии среди больных ССД составляет 36—81% и ТР — 29—64% [6—10]. В частности, в исследовании Т. Vaubet и соавт. [11] распространенность

расстройств настроения у больных ССД составляла 34%, при этом депрессия в анамнезе выявлена у 64% пациентов. Большая депрессия диагностирована у 19% (56% — депрессивные эпизоды в анамнезе), дистимия — у 14%, при этом у 50% этих больных отмечены эпизоды большой депрессии в анамнезе. ТР выявлены в 49% случаев (64% в анамнезе), преимущественно генерализованное ТР — в 13% (19% в анамнезе). У большинства пациентов, включенных в это исследование, ДР и ТР предшествовали появлению первых признаков ССД.

Немногочисленны и неоднозначны результаты анализа факторов, способствующих развитию ПР у больных ССД [10, 12]. В ряде исследований [11, 13, 14], установивших высокую распространенность ДР и ТР среди больных ССД, не обнаружено их связи с вовлеченностью в патологический процесс различных органов и систем, а также с тяжестью заболевания. Выявлено, что депрессия связана с плохой рефлексией и сниженной стрессовой устойчивостью в большей мере, чем с объективными медицинскими показателями тяжести болезни [6].

Согласно результатам исследований других авторов [15, 16] депрессия связана как с тяжестью заболевания, так и с определенными клиническими проявлениями ССД. В этой связи предполагают, что успешное купирование одышки, желудочно-кишечных симптомов, боли в суставах может способствовать смягчению ДР [16]. Однако эти же авторы показали, что выраженность депрессии у пациентов с ССД не объясняется лишь интенсивностью и длительностью соматических симптомов. Некоторые авторы [10] придерживаются мнения о тесной связи психических нарушений с выраженностью ССД. Выделены, в частности, психопатологические предикторы, определяющие тяжесть соматического состояния, включая выраженность депрессии, генерализованной тревоги, ипохондрии, повышенной соматосенсорной чувствительности, а также алекситимии.

Известно также, что не только депрессия, но и боль снижает адаптацию и социальную активность, эти факторы оказывают наибольшее влияние на качество жизни больных ССД. Показано, что эффективное лечение боли и депрессии ведет к улучшению адаптации и качества жизни больных [17].

В сравнительном исследовании больных, страдающих ССД и ревматоидным артритом, установлено, что

Сведения об авторах:

Серавина Ольга Феликсовна — н.с. отд. стрессовых расстройств

Старовойтова Майя Николаевна — с.н.с. отд. сосудистой патологии

Десинова Оксана Викторовна — н.с. отд. сосудистой патологии

Ковалевская Оксана Борисовна — н.с. отд. стрессовых расстройств

Вельтищев Дмитрий Юрьевич — рук. отд. стрессовых расстройств

Контактная информация:

Лисицына Татьяна Андреевна — в.н.с. отд. сосудистой патологии; 115522 Москва, Каширское шоссе, 34А; e-mail: talisitsyna@rambler.ru

при ССД в отличие от ревматоидного артрита менее выражены боль и усталость. При этом выявлена выраженная корреляция усталости и депрессии. В то же время у больных с диффузной формой ССД отмечены худшие показатели как соматического, так и психического здоровья в целом, включая более высокую распространенность и большую выраженность депрессии [18].

Эффективность психофармакотерапии ПР у больных ССД и ее влияние на соматические проявления заболевания практически не изучены. Имеются сообщения о влиянии ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) не только на депрессию, но и на характерные для ССД ишемические проявления в конечностях (СР) [19, 20]. В связи с этим предполагают, что антидепрессанты из группы СИОЗС снижают активацию и агрегацию эритроцитов и обладают эндотелиопротективными свойствами. Кроме того, исследования, проводимые в последние годы, свидетельствуют о возможном противовоспалительном эффекте антидепрессантов, реализуемом за счет нормализации соотношения про- и противовоспалительных цитокинов [21]. В связи с высокой распространенностью и существенным негативным влиянием ПР их диагностику и лечение рекомендуют внедрить в качестве обязательного условия качественной медицинской помощи больным, страдающим иммуновоспалительными РЗ, включая ССД.

Исследование проводилось в рамках научной программы Московского НИИ психиатрии (филиал ФМИЦПН им. В.П. Сербского) и НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой «Стрессовые факторы и психические расстройства у больных иммуновоспалительными РЗ».

Целью исследования являлся анализ распространенности психотравмирующих факторов и ПР, а также их клинико-психопатологических и клинико-психологических особенностей для улучшения комплексной диагностики и повышения качества лечения больных, страдающих ССД.

Материалы и методы

Для выполнения поставленной цели обследовали 110 пациентов с достоверным согласно классификационным критериям EULAR/ACR [22, 23] диагнозом ССД. Все пациенты обследованы в НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой в соответствии со стандартами, рекомендованными Ассоциацией ревматологов России.

Среди 110 пациентов с ССД преобладали женщины — 97 (88,2%). Средний возраст больных составил $49,9 \pm 2,47$ года, средняя длительность ССД — $7,25 \pm 0,42$ года. У 62 (56,4%) пациентов имела лимитированная, у 36 (32,7%) — диффузная форма ССД и у 12 (10,9%) — перекрестный синдром. У 33 (30%) пациентов было быстро прогрессирующее, у 77 (70%) — медленно прогрессирующее течение заболевания. Средняя степень активности ССД (по Valentini) [24] составила $1,10 \pm 0,20$ балла (см. таблицу). СР наблюдался у всех пациентов. Дигитальные язвы встречались у 36 (33%) пациентов, остеолит дистальных фаланг пальцев кистей — у 14 (13%). Интерстициальное поражение легких выявлено у 47 (43%) пациентов. Глюкокортикостероиды внутрь получали 99 (90%) пациентов, вошедших в исследование, циклофосфамид — 47 (43%), плаквенил — 33 (30%), метотрексат — 8 (7%) и селлсепт (микофенолата мофетил) в качестве базисной терапии — 11 (10%); 8 (7%) больных получали лечение генно-инженерным биологическим препаратом ритуксимаб.

Все пациенты, включенные в исследование, обследованы психологом и психиатром отдела стрессовых расстройств Москов-

Клинико-лабораторная характеристика 110 обследованных больных ССД

| Показатель | Значение |
|--|-------------------------|
| Пол: | |
| мужской | 13 (11,8) |
| женский | 97 (88,2) |
| Средний возраст больных, годы | $49,9 \pm 2,47$ (22–67) |
| Длительность болезни, годы | $7,25 \pm 0,42$ (0–27) |
| Степень активности ССД по Valentini, баллы | $1,10 \pm 0,20$ (0–4) |
| Форма ССД: | |
| лимитированная | 62 (56,4) |
| диффузная | 36 (32,7) |
| перекрестный синдром | 12 (10,9) |
| Течение ССД: | |
| быстро прогрессирующее | 33 (30) |
| медленно прогрессирующее | 77 (70) |
| Вч-СРБ, мг/л | $3,4$ (1,8; 8,9) |

Примечание. Данные представлены в виде абсолютного числа больных (%), $M \pm m$ (минимум–максимум) или Me (25-й процентиль; 75-й процентиль). Вч-СРБ — высокочувствительный С-реактивный белок.

ского НИИ психиатрии — филиал ФМИЦПН им. В.П. Сербского. Проводили психопатологическую диагностику в ходе полуструктурированного опроса по критериям ПР МКБ-10, для оценки выраженности депрессии использовали шкалу депрессии Монтгомери–Асберг [25], тревоги — шкалу тревоги Гамильтона [26]. Особое внимание уделено выявлению психотравмирующих факторов в детском возрасте (до 11 лет), определению психотравмирующих факторов, предшествующих (в течение года) ПР и ССД.

Клинико-психологическое обследование выполняли с использованием методик оценки памяти (механической и ассоциативной), концентрации внимания и логического мышления. Батарея проективных методик (опосредованного запоминания при помощи пиктограмм [27, 28], «неоконченные предложения» [29], «исключение предметов» [30], «простые аналогии», «сложные аналогии» [31], «классификация предметов» [32] применялась для определения типа аффективности; выявления психотравмирующих факторов на основе анализа значимых ассоциаций, а также для диагностики когнитивных нарушений.

Для статистической обработки полученных данных использовали методы непараметрической статистики программы Statistica. Для описания распределения анализируемых показателей рассчитывали частоты для дискретных переменных или параметры для непрерывных, используя стандартное представление $M \pm m$, где M — среднее арифметическое, а m — статистическая погрешность его определения (среднеквадратичное отклонение среднего по группе), а также другие параметры, включая проценти. При сравнении частот между группами пользовались критерием χ^2 (для таблиц 2×2 в точном решении Фишера).

Результаты и обсуждение

ПР. Эти расстройства выявлены у 91 (83%) пациента с ССД. Среди них преобладали ДР — у 74 (67,3%). Доминировали депрессии с хроническим и рекуррентным течением — дистимия у 33 (30%) и рекуррентное ДР — у 34 (31%), у 7 (6,3%) пациентов наблюдалось расстройство адаптации с тревожно-депрессивной симптоматикой. Полученные результаты относительно частоты и спектра ДР в целом совпадают с данными литературы [6–10] и свидетельствуют об чрезвычайно высокой распространенности ДР среди больных ССД.

Работы, посвященные изучению ПР у больных ССД, в большинстве своем касаются лишь ДР и не рассматривают другие психопатологические проблемы. В связи с этим особый интерес представляет высокая доля (44 случая, или 40%) шизотипического расстройства (ШР), сопровождающегося настороженностью, нестойкими идеями отношения, неадекватными реакциями и поведением наряду с повышенной самооценкой. Кроме того, у этих больных выявлены клинически значимые нарушения логического мышления, проявлявшиеся в установлении неадекватных причинно-следственных связей с опорой на латентные признаки, а также в нарушенной рефлексии стрессовых факторов, соматического и психического здоровья. Особенностью пациентов с ШР являлась повышенная социальная активность с установлением формальных межличностных отношений. В связи с плохой способностью к анализу и предвидению негативных эффектов тех или иных жизненных ситуаций больные нередко переносили психические травмы, провоцирующие депрессию. У 26 (24%) пациентов с ШР определена сопутствующая депрессия умеренной выраженности. Несмотря на наличие симптомов аутистического спектра, продуктивной психопатологической симптоматики как в анамнезе, так и в динамике ССД не выявлено.

Средняя выраженность депрессии по шкале Монгтомери—Асберг составила $21,5 \pm 1,92$ балла (от 5 до 36 баллов). У 70% пациентов депрессия имела умеренную выраженность, легкая депрессия наблюдалась у 20%, выраженная — у 10%. В структуре депрессии, как правило, имелась тревога, средняя оценка по шкале тревоги Гамильтона составила $24,3 \pm 0,70$ балла (от 19 до 32 баллов). Доминировали пациенты с умеренной выраженностью тревоги (56,6%), выраженная тревога наблюдалась реже (43,4%). Кроме того, для депрессий у больных ССД характерен астенический синдром в виде физической и психической истощаемости на фоне стабильного ощущения усталости. У 60% пациентов выявлена выраженная хроническая усталость.

Как отмечалось ранее, особенностью больных ССД являлись когнитивные нарушения (КН), включающие расстройства памяти, внимания и логического мышления. В зависимости от степени выраженности диагностированы легкие (33,3%), умеренные (23,3%) и выраженные (43,3%) нарушения. В структуре КН преобладали нарушения логического мышления — у 88 (80%) пациентов и ассоциативной памяти — у 92 (83,6%), реже выявлялись нарушения концентрации внимания у 47 (43%), механической памяти у 33 (30%) и планирования у 29 (26,3%) (см. рисунок). Критическое отношение к психическому состоянию нарушено у 85 (77%) пациентов. Для 55 (50%) больных ССД характерна завышенная самооценка и неспособность адекватно оценить свое психическое и соматическое здоровье. Переживания по поводу своей внешности испытывал лишь 41 (37%) пациент.

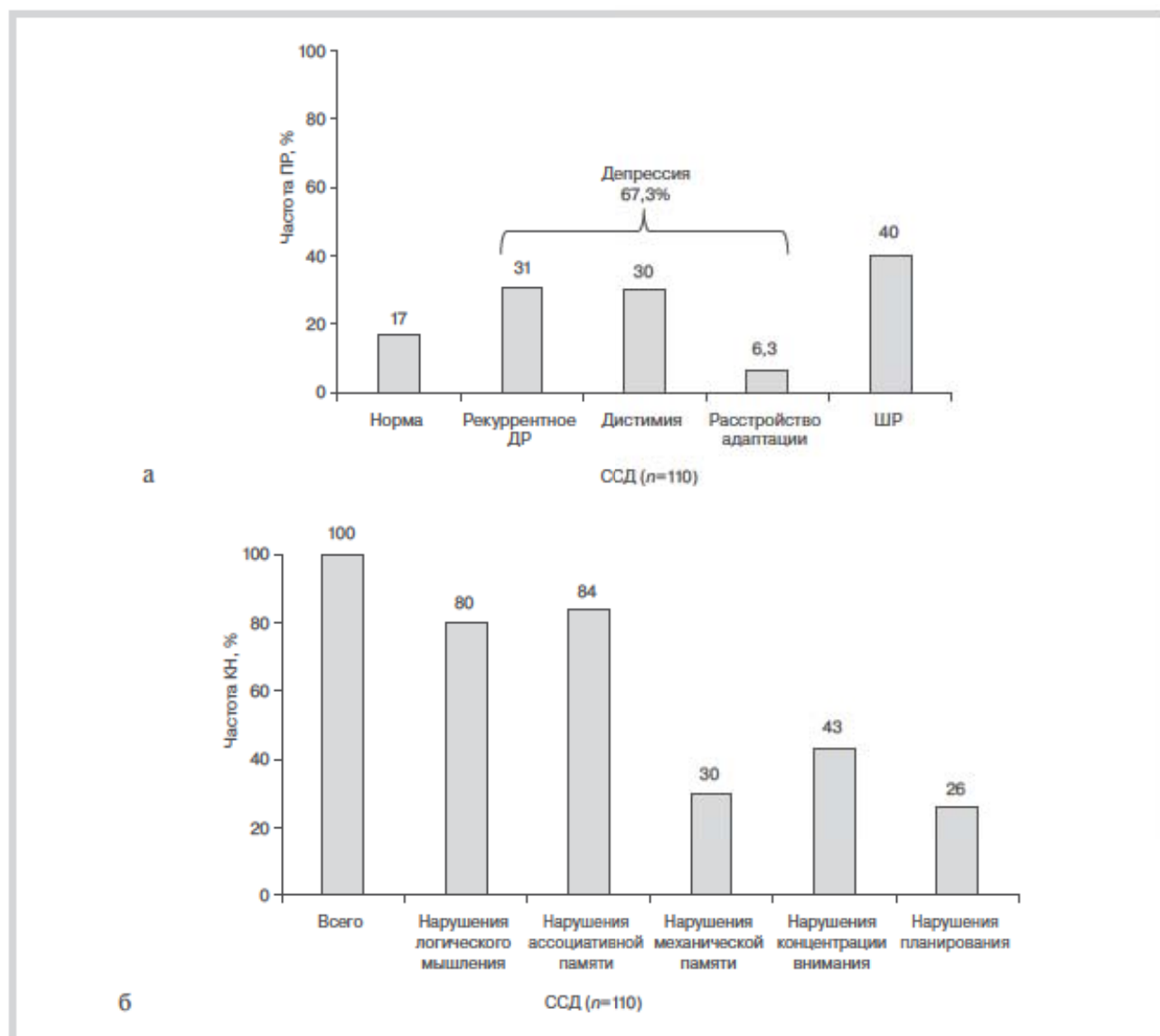
Длительность ПР составляла от 0,6 до 58 лет, в среднем $18,5 \pm 3,48$ года, что в 2,5 раза превышало среднюю длительность ССД ($7,25 \pm 1,28$ года). В 76,7% случаев ССД развивалась на фоне длительного ПР или же в анамнезе отмечались повторные эпизоды депрессии, что совпадает с результатами Т. Vaubet и соавт. [11].

Как и в работах других авторов [6], результаты исследования не подтвердили связи ПР с полом, возрастом, длительностью ССД. Среди пациентов с депрессией лимитированная форма ССД встречалась несколько чаще, чем среди пациентов без ПР (65 и 40% соответственно; $p=0,18$), однако медленно прогрессирующее течение заболевания преобладало как в группе с сопутствующей депрессией, так и в группе без нее (75 и 60% соответственно). Пациенты с депрессией не отличались от пациентов без ДР по частоте отдельных проявлений ССД — СР (выявлялся у всех пациентов), склеродактилии (90 и 80% соответственно), склередымы (15 и 20%), остеолиза (15 и 20%), дигитальных язв (30 и 40%). Интерстициальное поражение легких встречалось у пациентов с ДР несколько реже (35 и 60%). Характер терапии ССД не влиял на частоту и спектр ПР. Отмечены некоторые особенности клинической картины ССД в зависимости от типа аффективности. Так, дигитальные язвы (50 и 29%) и остеолиз дистальных фаланг (25 и 12,5%) пальцев кистей встречались почти в 2 раза чаще у пациентов с тревожным типом аффективности при сравнении с больными с апатическим типом.

Психотравмирующие факторы. У 90% больных выявлены хронические психические травмы в детском возрасте (до 11 лет), преимущественно в виде родительской депривации, у 37 (33,6%) больных ССД отмечались множественные детские психические травмы. В настоящее время значение детских психических травм как фактора, способствующего формированию стрессовой чувствительности с повышенным риском развития депрессивных и иммуновоспалительных заболеваний во взрослом возрасте, признана многими исследователями. Длительный негативный эффект объясняют токсическим действием хронического выброса стрессовых гормонов, оказывающих влияние на нейрогенез в центральной нервной системе, в частности рост гиппокампа, отвечающего за долговременную память и ее связь с эмоциями [33].

Клинически значимые психотравмирующие факторы предшествовали в 70% ПР у больных ССД, вошедших в исследование, что совпадает с результатами работ других исследователей [3, 4]. В анамнезе выявлены стрессовые реакции с постепенным развитием депрессивной симптоматики. Развитию симптомов ССД также предшествовали множественные психические травмы и длительные стрессовые события у 92 (83,6%) пациентов. Наиболее часто встречались утрата близкого человека, длительный семейный конфликт, развод, насилие. У 84 (76,4%) пациентов хроническая неразрешенная психическая травма сопутствовала развитию ССД. Множественные последовательно повторяющиеся психотравмы до дебюта и на фоне ССД характерны для 91 (83%) больного.

Аффективность и восприятие травмирующих факторов. Тревожную, тоскливую и апатическую аффективность определяли с применением проективных психологических методик. Доминировала апатическая аффективность (77%), определяющая восприятие травмирующих факторов и психопатологическую структуру депрессии [34]. В частности, диагностированы преимущественно тревожно-апатические и тоскливо-апатические депрессии. Следует отметить, что только при апатической аффективности наблюдалось ШР, сопровождающееся расстройством логического мышления.



Частота и структура ПР (а) и КН (б) у 110 обследованных больных ССД.

При апатической аффективности отмечена сниженная стрессовая устойчивость, во многом обусловленная сужением восприятия и КР: нарушение рефлексии, опора на латентные признаки и затруднение в установлении причинно-следственных связей, что, как правило, приводило к неправильной оценке травмирующей ситуации и ее последствий. В 6% случаях наблюдалась тоскливая и в 17% — тревожная аффективность. При этих вариантах аффективности ПР диагностированы лишь в единичных случаях.

Заключение

ПР, преимущественно хронические и рекуррентные депрессии, а также КН характерны для большинства больных ССД. В структуре КН больных ССД преобладают нарушения логического мышления и ассоциативной памяти. Прослежена связь дебюта и обострений ССД со стрессовыми факторами у большинства пациентов. Для

пациентов с ССД характерно влияние множественных хронических стрессовых факторов как предшествующих ССД, так и в ее динамике. Не выявлено связи ПР и их выраженности с активностью, степенью тяжести, характером терапии РЗ. Отмечены некоторые особенности клинической картины ССД у пациентов с тревожным и апатическим типом аффективности.

Для больных ССД характерны ДР, спровоцированные хроническими психотравмирующими факторами, не связанными по своему содержанию с ССД и часто предшествующими соматическому заболеванию. Кроме того, для больных ССД с доминирующей апатической аффективностью характерны КН, прежде всего нарушения логического мышления, нередко проявляющиеся в структуре ШП. Такие особенности предрасполагают к снижению устойчивости к стрессу, нарушению больными схем назначенного лечения и в связи с этим ухудшению прогноза ПР и хронического соматического заболевания. Своевременная комплексная диагностика и лечение де-

прессий и ШР с учетом особенностей КН способствуют успешному лечению больных ССД. Ввиду высокой распространенности ПР у больных ССД и их существенного негативного влияния на провокацию соматического заболевания, эффективность терапии и прогноз, лечение

пациентов необходимо проводить на принципах партнерства ревматолога, психиатра и медицинского психолога.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ревматология: клинические рекомендации*. Под ред. акад. РАМН Е.Л. Насонова. 2-е изд. испр. и доп. М.: ГЕОТАР-Медиа; 2010:523-557.
2. Cutolo M, Straub RH. Stress as a risk factor in the pathogenesis of rheumatoid arthritis. *Neuroimmunomodulation*. 2006;13(5-6):277-282.
doi:10.1159/000104855
3. Chen Y, Huang JZ, Qiang Y, Wang J, Han MM. Investigation of stressful life events in patients with systemic sclerosis. *J Zhejiang Univ Sci B*. 2008;9(11):853-856.
doi:10.1631/jzus.B0820069
4. Vasilie M, Valesini G, Ricciari V. Acute Stress: Is it a Risk Factor for the Development of Systemic Sclerosis? *Ann Rheum Dis*. 2015;74:1137.
doi:10.1136/annrheumdis-2015-eular.6067
5. Лисицына Т.А., Вельтищев Д.Ю., Краснов В.Н., Насонов Е.Л. Клинико-патогенетические взаимосвязи иммуно-воспалительных ревматических заболеваний и психических расстройств. *Клиническая медицина*. 2014;92(1):12-20.
6. Roca RP, Wigley FM, White B. Depressive symptoms associated with scleroderma. *Arthritis Rheum*. 1996;39(6):1035-1040.
doi:10.1002/art.1780390623
7. Waheed A, Hameed K, Khan AM, Syed JA, Mirza AI. The burden of anxiety and depression among patients with chronic rheumatologic disorders at a tertiary care hospital clinic in Karachi, Pakistan. *J Pak Med Assoc*. 2006;56(5):243-246.
8. Thoms BD, Hudson M, Taillefer SS, Baron M. Prevalence and clinical correlates of symptoms of depression in patients with systemic sclerosis. *Arthritis & Rheum*. 2008;59(4):504-509.
doi:10.1002/art.23524
9. Mozzetta A, Antinone V, Alfani S, Neri P, Foglio Bonda PG, Pasquini P, Puddu P, Picardi A. Mental health in patients with systemic sclerosis: a controlled investigation. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008;22(3):336-340.
doi:10.1111/j.1468-3083.2007.02426.x
10. Mura G, Krishna M Bhat, Pisano A, Licci G, Carta M. Psychiatric Symptoms and Quality of Life in Systemic Sclerosis. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 2012;8(1):30-35.
doi:10.2174/1745017901208010030
11. Baubet T., Ranque B, Taïeb O, Bérezné A, Bricou O, Mehallel S, Moroni Ch, Belin C, Pagnoux Ch, Moro M, Guillevin L, Mouthon L. Mood and anxiety disorders in systemic sclerosis patients. *Presse Med*. 2011;40:e111-e119.
doi:10.1016/j.lpm.2010.09.019
12. Baubet T, Brunet M, Garcia De La Peña-Lefebvre P, Taïeb O, Moro MR, Guillevin L, Mouthon L. Psychiatric manifestations of systemic sclerosis. *Ann Med Interne*. 2002;153(4):237-341.
13. Matsuura E, Ohta A, Kanegae F, Haruda Y, Ushiyama O, Koarada S, Togashi R, Tada Y, Suzuki N, Nagasawa K. Frequency and analysis of factors closely associated with the development of depressive symptoms in patients with scleroderma. *J Rheumatol*. 2003;30:1782-1787.
14. Beretta L, Astori S, Ferrario E, Caronni M, Raimondi M, Scorza R. Determinants of depression in 111 Italian patients with systemic sclerosis. *Reumatismo*. 2006;58(3):219-225.
doi:10.4081/reumatismo.2006.219
15. Thoms BD, Taillefer SS, Hudson M, Baron M. Depression in patients with systemic sclerosis: A systematic review of the evidence. *Arthritis Rheum*. 2007;57(6):1089-1097.
doi:10.1002/art.22910
16. Thoms BD, Fuss S, Hudson M, Schieir O, Taillefer SS, Fogel J, Ford DE, Baron M. High rates of depressive symptoms among patients with systemic sclerosis are not explained by differential reporting of somatic symptoms. *Arthritis Rheum*. 2008;59(3):431-437.
doi:10.1002/art.23328
17. Benrud-Larson LM, Haythornthwaite JA, Heinberg LJ, Boling Ch, Reed J, White B, Wigley FM. The impact of pain and symptoms of depression in scleroderma. *Pain*. 2002;95(3):267-275.
doi:10.1016/s0304-3959(01)00409-2
18. Danieli E, Airò P, Bettoni L, Cinquini M, Antonioli Ch.M., Cavazzana I, Franceschini F, Cattaneo R. Health-related quality of life measured by the Short Form 36 (SF-36) in systemic sclerosis: correlations with indexes of disease activity and severity, disability, and depressive symptoms. *Clin Rheumatol*. 2005;24:48-54.
doi:10.1007/s10067-004-0970-z
19. Bell C, Coupland N, Creamer P. Digital infarction in a patient with Raynaud's phenomenon associated with treatment with a specific serotonin reuptake inhibitor. A case report. *Angiology*. 1996;47:901-903.
doi:10.1177/000331979604700909
20. Coleiro B, Marshall SE, Denton CP, Howell K, Blann A, Welsh KI, Black CM. Treatment of Raynaud's phenomenon with the selective serotonin reuptake inhibitor fluoxetine. *Rheumatology Oxford*. 2001;40(9):1038-1043.
doi:10.1093/rheumatology/40.9.1038
21. Hannestad J, Della Gioia N, Bloch M. The Effect of Antidepressant Medication Treatment on Serum Levels of Inflammatory Cytokines: A Meta-Analysis. *Neuropsychopharmacology*. 2011;36(12):2452-2459.
doi:10.1038/npp.2011.132
22. Masi AT. Subcommittee for scleroderma criteria of the American Rheumatism Association Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee. Preliminary criteria for the classification of systemic sclerosis (scleroderma). *Arthritis Rheum*. 1980;23(5):581-590.
doi:10.1002/art.1780230510
23. Jordan S, Maurer B, Toniolo M, Michel B, Distler O. Performance of the new EULAR /ACR classification criteria for systemic sclerosis in clinical practice. *Ann Rheum Dis*. 2013;72(Suppl.3):60.
doi:10.1136/annrheumdis-2013-eular.239
24. Valentini G, Silman AJ, Veale D. Assessment of disease activity. *Clin Exp Rheumatol*. 2003;21(3,Suppl.29):S39-S41.

25. Montgomery SA, Asberg MA. New depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979;134:382-389. doi:10.1192/bjp.134.4.382
26. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32(1):50-55. doi:10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x
27. Лурия А.Р. *Высшие корковые функции человека*. М.; 1962.
28. Драгунская Л.С. Изучение признаков депрессивных состояний методом «Пиктограммы». *Экспериментальные исследования в патопсихологии*. М.; 1976:167-174.
29. Ковина Т.Е., Колеченко А.К., Агафонова И.Н. *Коммуникативная культура и ее экспертиза*. Ком. по образованию Санкт-Петербурга, С.-Петерб. ун-т пед. мастерства. СПб.: Б. и., 1996.
30. Зейгарник Б.В. *Нарушения мышления у психически больных*. М.; 1958.
31. Рубинштейн С.Я. *Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике*. М.: 2004.
32. Зейгарник Б.В. *Патология мышления*. М., 1962.
33. Heim C, Nemeroff C. The Role of Childhood Trauma in the Neurobiology of Mood and Anxiety Disorders: Preclinical and Clinical Studies. *Biol Psychiatry*. 2001;49(12):1023-1039. doi:10.1016/s0006-3223(01)01157-x
34. Вельтищев Д.Ю., Марченко А.С., Серавина О.Ф., Ковалевская О.Б., Лисицына Т.А. Аффективно-стрессовая модель депрессии: практическое внедрение в ревматологической практике. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2009;11(5):17-22.

Поступила 22.12.16