

УДК 616.7-018.2-007.17-056.7-053.2+616.89-008.441.1
<https://doi.org/10.56871/UTJ.2025.27.65.013>

КОМОРБИДНОСТЬ СИНДРОМА ЭЛЕРСА–ДАНЛОСА И ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

© *Софья Кареновна Смирнова, Северин Вячеславович Гречаный*

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2, Российская Федерация

Контактная информация: Софья Кареновна Смирнова — старший медицинский лаборант кафедры психиатрии и наркологии. E-mail: framachka@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0007-2044-5620>; SPIN: 5542-8792

Для цитирования: Смирнова С.К., Гречаный С.В. Коморбидность синдрома Элерса–Данлоса и обсессивно-компульсивного расстройства: клинический случай. *University Therapeutic Journal*. 2025;7(4):164–172. <https://doi.org/10.56871/UTJ.2025.27.65.013>.

Поступила: 14.07.2025

Одобрена: 13.08.2025

Принята к печати: 01.09.2025

РЕЗЮМЕ. Коморбидность синдрома Элерса–Данлоса с различными психиатрическими заболеваниями представляет собой актуальный научный вопрос. В частности, зарубежные авторы отмечают, что среди пациентов с данным заболеванием нередко встречаются больные обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР). Кроме того, научные данные подчеркивают влияние усталости (fatigue) на качество жизни пациентов с синдромом Элерса–Данлоса. Представленный клинический случай описывает пациента с сочетанием ОКР и синдрома Элерса–Данлоса на фоне так называемого широкого спектра фенотипа аутизма. При постановке диагноза проводилась дифференциальная диагностика с рекуррентной депрессией, расстройствами аутистического спектра, тревожно-депрессивным расстройством, ОКР и ананкастным расстройством личности, сопровождаемым астеническим синдромом. Подробный сбор детского и подросткового анамнеза, учет соматического анамнеза позволили расценить описываемые жалобы в рамках астенического и ананкастного круга, а также предположить ревматологическое состояние, в дальнейшем подтвержденное врачом-ревматологом. Назначенная психиатром терапия фокусировалась на обсессивно-компульсивной симптоматике, были назначены эсциталопрам и когнитивно-поведенческая терапия. На втором месте был поставлен астенический синдром, терапию которого осуществляли курсами нейрометаболических препаратов. Проводимые в течение полугода лечебные мероприятия привели к улучшению состояния и качества жизни. Пациент продолжает наблюдение у ревматолога и других соматических специалистов относительно сопутствующей патологии, а также продолжает психотерапию. Астенический фон традиционно рассматривался как фактор неблагоприятного течения психических расстройств, лечебной инкурабельности, поэтому выявление гетерономных симптомов, не укладывающихся в целостную картину того или иного психиатрического диагноза, является важной задачей практикующего клинициста. Вопрос коморбидности синдрома Элерса–Данлоса и различных психических заболеваний, в том числе ОКР, является малоизученным и требует дальнейшего исследования. Современные знания о ревматологической патологии (в данном случае синдроме Элерса–Данлоса) должны быть учтены при диагностике психических расстройств, что позволит целостно оценить состояние пациента, скорректировать медикаментозную терапию в правильном направлении и грамотно построить прогностическую и психообразовательную работу с пациентами.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: заболевания соединительной ткани, синдром Элерса–Данлоса, гипермобильность суставов, обсессивно-компульсивное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство личности

COMORBIDITY OF EHLERS–DANLOS SYNDROME AND OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: CLINICAL CASE

© Sofya K. Smirnova, Severin V. Grechanyi

Saint Petersburg State Pediatric Medical University, 2 Litovskaya str., Saint Petersburg 194100, Russian Federation

Contact information: Sofya K. Smirnova — senior medical laboratory assistant, Department of Psychiatry and Narcology. E-mail: framachka@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0007-2044-5620>; SPIN: 5542-8792

For citation: Smirnova S.K., Grechanyi S.V. Comorbidity of Ehlers–Danlos syndrome and obsessive-compulsive disorder: clinical case. *University Therapeutic Journal*. 2025;7(4):164–172. <https://doi.org/10.56871/UTJ.2025.27.65.013>.

Received: 14.07.2025

Revised: 13.08.2025

Accepted: 01.09.2025

ABSTRACT. Comorbidity of Ehlers–Danlos syndrome with various psychiatric disorders is a topical scientific issue. Some authors note that patients with this disorder often have obsessive-compulsive disorder (OCD). In addition, scientific data highlight the impact of fatigue on the quality of life of patients with Ehlers–Danlos syndrome. The presented clinical case describes a case of comorbidity of OCD and Ehlers–Danlos syndrome against the background of the so-called “broad spectrum autism phenotype”. Differential diagnostics were carried out with recurrent depression, ASD, anxiety-depressive disorder, OCD and anankastic personality disorder, accompanied by asthenic syndrome. A detailed collection of childhood and adolescent anamnesis, clinical attention to the somatic anamnesis allowed us to assess the described complaints within the asthenic and anankastic circle, and also to assume a rheumatological condition, which was later confirmed by a rheumatologist. The therapy prescribed by the psychiatrist focused on obsessive-compulsive symptoms, escitalopram and cognitive-behavioral therapy were prescribed. Asthenic syndrome was position as the second target, the therapy of which was carried out with courses of neurometabolic drugs. The therapeutic measures carried out for six months led to an improvement in the patient's condition and quality of life. The patient continues to be monitored by a rheumatologist and other somatic specialists regarding concomitant pathology, continues psychotherapy. Asthenic background has traditionally been considered as a factor in the unfavorable course of mental disorders and therapeutic incurability. Therefore, the identification of heteronomous symptoms that do not fit into the overall picture of a particular psychiatric diagnosis is an important task for a practicing clinician. The issue of comorbidity of Ehlers–Danlos syndrome and various mental illnesses, including OCD, is poorly understood and requires further research. Current knowledge of rheumatological pathology (in this case, Ehlers–Danlos syndrome) should be considered when diagnosing mental disorders, which allows for a holistic assessment of the patient's condition, correcting drug therapy, and competently constructing prognostic and psychoeducational work with patients.

KEYWORDS: connective tissue disorder, Ehlers–Danlos syndrome, joint hypermobility, obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder

ВВЕДЕНИЕ

Синдром Элерса–Данлоса (СЭД) представляет собой гетерогенную группу заболеваний соединительной ткани, включающую 14 подтипов с различными вариантами клинической картины, в центре которой чаще всего, но не обязательно, находится гипермобильность суставов [1]. Принятая с 2017 года нозологическая единица «гипермобильный синдром» упразднена, вместо нее используется описание

«гипермобильный синдром Элерса–Данлоса» (hypermobile Ehlers–Danlos syndrome) [2]. Популяционная распространенность СЭД оценивается как 1 случай на 5000 человек, однако некоторые авторы предполагают, что из-за ограниченного количества статистических данных эти показатели могут быть занижены. Также существует мнение о том, что так называемые стертые формы остаются недодиагностированными, что тоже вносит свой вклад в популяционную оценку [3].

Клиническая картина СЭД весьма разнообразна: в основном встречаются жалобы на общую гипермобильность суставов, миофасциальную боль, кожные проявления в виде легкой травмируемости, повышенной эластичности и прочих [4]. В психиатрическом аспекте СЭД представляет интерес как состояние, сопровождаемое психологическими трудностями пациентов, связанными с их дезабилитацией, с симптоматикой астено-депрессивного круга (усталость, гипо- и дистимия), а также высокой коморбидностью с психическими заболеваниями [5]. Имеются данные о коморбидности СЭД с расстройствами аутистического спектра (РАС), нарушениями развития, синдромом дефицита внимания и гиперактивности, нервной анорексией, тревожными расстройствами, аффективными расстройствами, шизофренией, а также с расстройствами личности, в частности пограничным и обсессивно-компульсивным расстройством (ОКС) [6]. Данные исследователей разнятся относительно преобладания тех или иных психических расстройств в данной группе, однако данные о высокой подверженности пациентов с СЭД этой группе нозологий статистически значимы. Отдельное положение на пересечении психиатрии и соматической медицины занимает симптом утомления (fatigue) как один из наиболее дезабилитирующих и влияющих на качество жизни [7, 8]. Согласно некоторым исследователям, этот симптом среди прочих может влиять на общее функционирование и состояние пациента больше, чем гипермобильность сама по себе [9].

Диагностика СЭД затруднена, данное заболевание рассматривается как диагноз исключения. Несмотря на достаточную изученность этого состояния среди прочих коллапсаций, диагноз бывает поставить трудно в связи с его относительной редкостью и полиморфизмом клинической картины. Для этой ситуации уместна метафора «если слышите стук копыт, ищите лошадь, а не зебру» [10]. То есть клиницист в этой ситуации, как правило, думает о более часто встречающейся патологии в ущерб менее распространенному заболеванию, такому как СЭД.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

В клинику за амбулаторной помощью обратился мужчина 22 лет, временно безработный. На момент осмотра свои жалобы описывал следующим образом: «невозможно уснуть из-за большого количества мыслей»; «не

хотелось бы жить вообще из-за постоянного чувства усталости, проблем со здоровьем, гнетущим физическим состоянием». Отмечал снижение сил и активности — «меньше читаю, рисую».

В психиатрическом аспекте больной предъявлял жалобы, по результатам дальнейшего осмотра квалифицированные как симптомы обсессивно-компульсивного круга. Говорил, что ненавидит «трогать грязные ручки, поручни в метро — когда приходится, использую по пять-шесть влажных салфеток, чтобы руки вымыть», «нужно почувствовать скрип, тогда кожа чистая». Также сообщил, что «не могу выйти на улицу, если одежда между собой не сочетается»; отмечая, что сам по себе процесс подбора цвета в одежде и в творчестве приносит удовольствие — «это самая приятная часть в рисовании, успокаивает» (больной серьезно занимается рисованием). Сообщил, что «любит уборку, наводить порядок». В тех случаях, если какое-то время живет с родителями, «правильно убраться не удастся, потому что это зона ответственности матери». Кроме того, выявились симптомы дерматилломании — «могу все лицо расковырять... если буду выдавливать прыщи, то не остановиться».

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Данных об отягощенной наследственности психическими заболеваниями нет. Родился в г. Хабаровск. От четвертой беременности, четвертый ребенок в семье. Перинатальный анамнез был осложнен психоэмоциональным стрессом у матери. При рождении была выявлена полидактилия, была проведена операция по удалению шестых пальцев на руках. Воспитывался, со слов больного, «в основном няней» до 11 лет. Семейные отношения между родителями, а также между братьями и сестрами оценивает как напряженные. Логопедическое дошкольное образовательное учреждение посещал с 3 лет — «ставили букву “р”». С детства отличался недостаточной откликаемостью на обращения, просьбы, если при этом был сильно чем-то увлечен. Например, никогда не отвечал, когда к нему обращались, если строил лего. Отмечалась склонность к фантазированию, лежа в кровати нередко сочинял сценарии сказок, ярко представляя их у себя в голове. В школу пошел с семи лет. Был малообщительным со сверстниками, недостаточно зрелым и серьезным в общении. Отмечалась склонность к языкам

(выучил английский, учил японский и польский) и математике. Однако больших высот в математике не достиг. С его слов, в этом виновата учительница, которая отбила «желание учиться высшей математике, потому что преподавала бессистемно». Из спортивных увлечений занимался акробатикой. Круг общения в основном был представлен небольшим количеством друзей, с которыми знакомился в интернете. Хотел поступать в медицинский университет, но «под давлением родителей» поступил в колледж на техническую профессию. После трех лет обучения ушел из колледжа из-за, с одной стороны, тревоги в связи с процессом обучения, с другой — из-за несоответствия требованиям к здоровью для данной профессии. После отчисления переехал в г. Санкт-Петербург, так как большинство его знакомых из Интернета жили здесь, попробовал «начать новую жизнь». На данный момент готовится к пересдаче ЕГЭ для поступления в медицинский университет. Временно вернулся в родной город и устроился на работу для подготовки к экзаменам.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В детском возрасте был часто болеющим ребенком. Несколько раз падал «с переломами кистей, в том числе лучевой кости». Страдал хроническим отитом, были жалобы на тиннит («звон в ушах»). Диагностированы астигматизм, гипермиотропия в скрытом виде, но долгое время очков не носил. С восьми лет поставлен диагноз хронического гастродуоденита. Описывалась гипермобильность в нескольких суставах (коленный, суставы пальцев). Ортопедом был выявлен гиперлордоз, получал физикальную терапию. В 2022 году, в возрасте 21 года, был пациентом ортодонта в связи остеоартритом верхнечелюстного сустава.

С детства также отмечалась рассеянность внимания. Например, с трудом мог отыскать необходимый предмет, находящийся среди других предметов (так называемая предметная слепота). Трудности в учебе связывал с низкой способностью к концентрации, например, на уроке «слышал все и сразу».

Считает себя больным с 16 лет, когда впервые возникли «подавленное состояние» и суицидальные мысли — «спал по 11–12 часов», «не хотел жить», «когда ложился спать, перед сном крутились навязчивые тревожные мысли о будущем, о жизни, о здоровье». Это совпало с ухудшением семейной ситуации

в связи с употреблением матерью алкоголя. Начал курить, чтобы сбросить эмоциональное напряжение. Раз 12 пытался бросить, но, с его слов, «было тяжело отказывать себе в своих привычках». В тот же период наблюдалась непреодолимая тяга к кофеинсодержащим напиткам. От их приема ощущал положительный эффект, купировались слабость и усталость. Мог выпить по 3–4 банки энергетического напитка за день. Тяжело переносил возникающие в колледже трудности, периоды подавленности нередко были затяжными, без просветлений между эпизодами. Постоянно пребывал в тревожном напряжении.

В ноябре 2023 года впервые обратился к психиатру в частную клинику с жалобами на проблемы с концентрацией внимания, усталость, сниженное настроение, навязчивые тревожные мысли о будущем и о здоровье. Беспокоил также звон в ушах. Отмечал хронические мышечные боли, боль в плечевом суставе. Состояние было расценено врачом-психиатром как «широкий спектр фенотипа аутизма» (broader autism phenotype). Был назначен флувоксамин в дозе 40 мг в течение четырех месяцев. Отмечалась нестойкая положительная динамика, немного купировались тревожные переживания. Одновременно проходил когнитивно-поведенческую терапию с психотерапевтом.

В связи с недостаточным эффектом лечебных мер в 2025 году обратился в клинику.

КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Психический статус при осмотре: в ясном сознании, правильно ориентирован в месте, времени, собственной личности. Одет аккуратно, со вкусом. Одежда подобрана по цвету. Зайдя в кабинет, вежливо поздоровался, аккуратно разложил вещи. При беседе с врачом проявляет инициативу, подробно раскрывает переживания, но зрительный контакт ограничен, нередко отводит взор. Мимика выразительная.

При изложении жалоб излишне подробен, склонен к монологу. Легко уходит в сторону от основной темы разговора. С его точки зрения, это необходимо для более детального изложения жалоб. Высказывает опасение, что его неправильно поймут. Объективных признаков депрессии («витальной тоски») не выявляется. Может улыбнуться, адекватно ответить на шутку. Быстро истощается в разговоре, после получаса беседы отвлекаемость увеличивается, просит напоминать

содержание предыдущих вопросов. Часть высказываний носит ипохондрический характер, однако беспокойство за здоровье имеет реальную основу (состояние верхнечелюстного сустава, хронические боли в плечевом поясе, ощущение усталости). Но тяжесть жалоб явно преувеличена и вызывает «чувство безнадежности». Мышление обычного темпа. Ассоциации несколько поверхностные. Внимание легко переключаемое, что не нарушает способности последовательно излагать анамнез и по большей части отвечать на вопросы. Память без ощутимых нарушений. Бредовых, сверхценных идей не выявляется. Галлюцинирующим не представляется, обманы восприятия отрицает. Аппетит снижен. Беспокоит «долгий, не меньше 9 часов» сон. Интеллектуально-мнестически соответствует возрасту.

Сомато-неврологически: выше среднего роста, худой, астенического телосложения, отмечается гипермобильность («перегибы») коленного, локтевого суставов, суставов фаланг пальцев, гиперэластичность кожи.

При физикальном осмотре обнаруживаются гипермобильность в плечевом, коленном суставе, суставах пальцев обеих рук, гиперэластичность кожи.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ

По результатам беседы было установлено, что в клинической картине на первый план выступала обсессивно-компульсивная симптоматика, сопровождаемая астеническим и тревожным синдромом.

Было проведено физикальное обследование с целью установления признаков гипермобильности суставов и прочих диагностических признаков. По результатам осмотра была рекомендована консультация ревматолога и генетика.

По результатам консультации генетика, были проведены следующие обследования, предоставленные пациентом:

Генетическая потребность в коллагене. Коллаген типа I, альфа 1 COL1A1: Sp1-polymorphism (G2046T) G/T, обнаружена гетерозиготная мутация. Коллаген тип I, альфа 1 COL1A1: G1997T G/G, мутация не обнаружена. Коллаген тип I, альфа 1 COL1A1: 1663Ins/DelT Ins/Del, обнаружена гетерозиготная мутация.

Генетические исследования: Выделение ДНК из крови, заключение генетика. Коллаген тип III альфа 1 COL3A1: G2092A (Ala698Thr;

A698T) G/G, мутация не обнаружена. Коллаген тип V альфа 1 COL5A1: C2267T (BsUI-polymorphism) C/C, мутация не обнаружена.

Закключение: при молекулярно-генетическом исследовании выявлены аллельные варианты генов COL1A1: Sp1-polymorphism (G2046T), COL1A1: 1663Ins/DelT Ins/Del в гетерозиготном состоянии, ассоциированные с риском развития остеопороза.

Пациентом было предоставлено заключение врача-ревматолога, вынесенное по результатам обследований: синдром Элерса–Данлоса. Недифференцированный артрит.

В данном случае диагностической трудностью стало объективное подтверждение данных анамнеза (невозможность проверить некоторые данные детской карты в связи с ее недоступностью). Другой затрудняющий диагностику аспект — отсутствие патогномичных генетических паттернов для гипермобильного варианта СЭД: он является диагнозом исключения и ставится по совокупности клинических данных.

ДИАГНОСТИКА

При постановке диагноза проводилась дифференциальная диагностика с рекуррентной депрессией, РАС, тревожно-депрессивным расстройством, ОКР и ананкастным расстройством личности, сопровождаемым астеническим синдромом. Исходя из данных анамнеза, несмотря на то, что декомпенсационные процессы стали выражено беспокоить пациента в подростковом возрасте, особенности поведения можно наблюдать еще с детского возраста. Эти особенности коррелируют со статусом соматического здоровья. Длительность и динамика жалоб пациента на сниженное настроение, его реактивный характер говорят о том, что следует расценивать данное состояние скорее как проявление декомпенсации личностного расстройства, чем как эндогенно-аффективную симптоматику. Таким же образом следует расценить и проявления тревоги: пациентом в первую очередь подчеркиваются разнообразные навязчивые мысли, вызывающие эти переживания. При этом нельзя игнорировать жалобы пациента на затруднения в учебе, работе, бытовой жизни, связанные с упадком сил и быстрой истощаемостью. Их следует рассматривать в контексте общесоматического состояния, оценивать как астенические, а не депрессивные, и атрибутировать эти проявления именно СЭД. Диагностическую и академическую

трудность вызывает вопрос казуации или коморбидности, но с точки зрения психиатрического диагноза следует провести черту между гипотимией эндогенной и реактивной.

Таким образом, был установлен следующий диагноз.

Основной диагноз. Ананкастное расстройство личности. Обсессивно-компульсивное расстройство с преобладанием навязчивых мыслей. Обсессивно-компульсивный синдром. Астенический синдром. Тревожный синдром.

Сопутствующий диагноз. Синдром Элерса–Данлоса. Недифференцированный артрит. Хронический гастродуоденит. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рефлюкс-эзофагит. Гипотония кардии. Нестабильность шейного и поясничного отделов позвоночника. Рецидивирующие вывих и подвывих височно-нижнечелюстного сустава. Астигматизм. Гипермиотропия.

Предложенная ранее формулировка «широкий аутистический фенотип» в ходе обследования не нашла своего подтверждения. Данный термин применим к случаям субклинического характера аутистических проявлений [11] и в полной мере не имеет отношения к рассматриваемому пациенту. Однако учитывая известную по литературным данным коморбидность РАС и СЭД, данное предположение не может быть полностью опровергнуто, а служит основанием для дальнейшего динамического наблюдения.

ЛЕЧЕБНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Полный перечень медикаментозного и немедикаментозного лечения за весь период наблюдения составил:

- 1) эсциталопрама по 10 мг в сутки с постепенным увеличением дозы до 20 мг в сутки — для купирования обсессивно-компульсивной симптоматики (согласно «Клиническим рекомендациям по терапии обсессивно-компульсивных расстройств»);
- 2) тофизопам по 50 мг в сутки — для профилактики тревожных переживаний в период наращивания дозы эсциталопрама (согласно «Клиническим рекомендациям по терапии обсессивно-компульсивных расстройств»);
- 3) гопантеновая кислота по 500 мг в сутки курсом на 1 месяц — для купирования коморбидной астенической симптоматики;
- 4) аминоксенолмасляная кислота по 250 мг в сутки курсом 30 дней;

- 5) индивидуальная когнитивно-поведенческая терапия (согласно «Клиническим рекомендациям по терапии обсессивно-компульсивных расстройств»).

Динамика состояния пациента на фоне проводимого лечения: для динамического наблюдения за состоянием пациента и оценки результатов терапии было организовано 4 посещения (через 2 нед, через 1,5 и 6 мес).

Осмотр через 2 недели от начала терапии. Пациент наблюдал у себя снижение частоты обсессий (боязнь грязи, в частности, пользования общественными туалетами) и тяги к компульсиям (мытью рук, прикосновению к лицу). Тревожный синдром отчасти купировался, чаще отмечалось бодрое настроение.

Осмотр через 1,5 месяца от начала терапии. Динамика стабильная. Однако купирование обсессий и компульсий неполное. Сохраняются фоновая слабость, истощаемость, невысокая работоспособность, повышенная отвлекаемость в работе, бытовая неорганизованность, существенно отражающиеся на плохом самочувствии пациента. В связи с высоким удельным весом описанных выше астенических жалоб, сохраняющихся при настоящем осмотре и имеющихся, как выяснилось в ходе дополнительного обследования, объективную причину в виде генетически детерминированной коллагенопатии, к базисной терапии было присоединено нейрометаболическое лекарственное средство. Назначена гопантеновая кислота.

Немаловажную роль здесь сыграли анамнестические сведения о выявленной при рождении полидактилии, установленный факт гипермобильности суставов при выполнении спортивных упражнений, определившей успешность в занятии акробатикой, указания на частую травматизацию, хронический отит с тиннитом в детстве, астигматизм и гипермиотропию, гиперлордоз, остеоартрит верхнечелюстного сустава.

Осмотр через полгода от начала терапии. Явления навязчивостей практически дезактуализировались. Повысилась работоспособность, увеличилась продуктивность при выполнении бытовых и профессиональных задач. Отмечает, что стало «легче гулять с собакой, приходить на работу вовремя». Поддерживает порядок. Хватает сил продолжительно находиться в компании друзей.

Выраженность компульсивной симптоматики снизилась, стало меньше тянуть пользоваться салфетками. Тяга к чистоте в доме, порядку в вещах (симметричному располо-

жению предметов, подбора одежды по цвету и др.) принципиально осталась, но уже не доставляет прежнего беспокойства и перманентной озабоченности. Появилось некоторое ощущение контроля над ритуалами. Настроение в худшую сторону колебалось непродолжительно и лишь под влиянием реальных стрессовых факторов.

Предоставление пациенту полной информации о причинах его страданий, лечебных и режимных ограничениях в связи с установленной генетической патологией способствовало более полному пониманию своего текущего состояния и реалистичности оценки своих возможностей.

Из-за нестабильного материального положения денег на психотерапию не всегда хватало, поэтому рекомендация пройти когнитивно-поведенческую терапию оставалась актуальной на протяжении всего периода наблюдения.

На последнем приеме была подтверждена необходимость продолжения непрерывного приема эсциталопрама и курсами гопантеновой кислоты.

ОБСУЖДЕНИЕ

Данный клинический случай ярко демонстрирует важность выявления сопутствующей соматической, в том числе генетически обусловленной, патологии у пациентов с первичными психиатрическими жалобами.

Обнаруженная при комплексном обследовании (психопатологическом, соматическом, генетическом) патология соединительной ткани не является случайной находкой.

По данным некоторых источников, коморбидность ОКР и СЭД неслучайна и закономерна. Так, среди ревматологических пациентов с синдромом гипермобильного типа обнаружено 10,6% случаев ОКР, 21,0% расстройств личности и 38,0% аффективных расстройств [12].

Анализ представленных литературных источников свидетельствует, что одним из облигатных симптомов заболевания из группы коллагенозов является астеническая симптоматика [7], меняющая характер течения основного психического расстройства, определяющая его затяжной, устойчивый и резистентный к терапии характер, в том числе традиционными фармакологическими средствами. Следовательно, астенический фон является мишенью для самостоятельной терапии, что подтвердил представленный клинический случай.

Все сказанное отмечено на примере нашего клинического случая. Своевременное

назначение нейрометаболической терапии не только купировало фоновые проявления соматогенной астении, но и, как следует из оценки динамики пациента, усилило эффективность фармакологического действия базисной терапии (адыювантный эффект).

У наблюдаемого нами пациента обсессивно-компульсивные жалобы довольно тесно переплетались с переживанием недостатка физических сил, истощаемости, доходящей нередко до уровня бытовой беспомощности, ощущения напрасности усилий и переживание в связи с этим отчаяния и др. Все это драматически отражалось на настроении, самочувствии и самооценке пациента, которые в конечном счете играют ключевую роль в возникновении и поддержании симптомов навязчивых страхов и защитных ритуалов при ОКР.

Астенический фон традиционно рассматривался как фактор неблагоприятного течения психических расстройств, лечебной инкурабельности, поэтому выявление гетерономных симптомов, не укладывающихся в целостную картину того или иного психиатрического диагноза, является важной задачей практикующего клинициста.

Результаты исследования ограничены отсутствием данных об отдаленном анамнезе пациента, в частности малым периодом наблюдения для окончательного решения вопроса о наличии/отсутствии в дополнение к описанным симптомам ОКР субклинических симптомов аутистического спектра.

ВЫВОДЫ

Таким образом, современные знания о ревматологической патологии (в данном случае СЭД) должны быть учтены при диагностике психических расстройств, что позволит целостно оценить состояние пациента, скорректировать медикаментозную терапию в правильном направлении и грамотно построить прогностическую и психообразовательную работу с пациентами. Оказание помощи больным с коморбидными психиатрическими и ревматологическими диагнозами должно строиться на своевременной информированности о заболевании и получении, кроме прочего, психологической и психотерапевтической поддержки.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, про-

ведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие пациента на публикацию медицинских данных.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding. This study was not supported by any external sources of funding.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patient for publication of relevant medical information within the manuscript.

ЛИТЕРАТУРА

1. Stein T., Collins S., St Louis J. The prevalence of hypermobile Ehlers–Danlos syndrome at a gender-affirming primary care clinic. *SAGE Open Med.* 2025;13. <https://doi.org/10.1177/20503121251315021>.
2. Isaev M.R., Batalin V.A., Galin P.Yu., Batalina M.V., Yorov N., Mironchev O.V., Nikonova E.N., Atashova D.M., Napol'nova A.V., Artem'eva A.V., Ovcharova K.I., Zenina I.A. On some hypermobility spectrum disorders among young people. *Orenburg Medical Herald.* 2021;9(35):25–30. EDN: HHIIRZ.
3. Baleva L.S., Zotova S.A., Semyachkina A.N., Nikolaeva E.A., Bondarenko N.A., Sipyagina A.E. Ehlers–Danlos syndrome in children from radocontaminated territory. *Almanac of Clinical Medicine.* 2006;10:3–9. EDN: HZKRMX.
4. Clark N.L., Johnson M., Rangan A., Kottam L., Swainston K. The biopsychosocial impact of hypermobility spectrum disorders in adults: a scoping review. *Rheumatol Int.* 2023;43(6):985–1014. <https://doi.org/10.1007/s00296-023-05298-2>.
5. Slepian P.M., Axenova K., McCarthy M., Siegal R., Gobin K., Weinrib A., Buryk-Iggers S., Santa Mina D., McGillis L., Mittal N., Katz J., Clarke H. Rates of mental health concerns among individuals assessed at the GoodHope Ehlers–Danlos Syndrome Clinic. *Orphanet J Rare Dis.* 2025;20(1):75. <https://doi.org/10.1186/s13023-025-03550-5>.
6. Ishiguro H., Yagasaki H., Horiuchi Y. Ehlers–Danlos Syndrome in the Field of Psychiatry: A Review. *Front Psychiatry.* 2022;12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.803898>.
7. Sokol O.E., Biggs E.E., Berger A.S., Simons L.E., Bhandari R.P. The Relationship Between Fatigue, Pain Interference, Pain-Related Distress, and Avoidance in Pediatric Hypermobile Ehlers–Danlos Syndrome. *Children.* 2025;12(2):170. <https://doi.org/10.3390/children12020170>.
8. Udugampolage N., Taurino J., Bassotti A., Pini A., Caruso R., Callus E. et al. Exploring fatigue in Marfan and hypermobile Ehlers–Danlos syndromes: an analytical cross-sectional study in two Italian healthcare centres. *BMJ Open.* 2025;15(1):e087298. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-087298>.
9. Rocchetti M., Bassotti A., Corradi J., Damiani S., Pasta G., Annunziata S. et al. Is the Pain Just Physical? The Role of Psychological Distress, Quality of Life, and Autistic Traits in Ehlers–Danlos Syndrome, an Internet-Based Survey in Italy. *Healthcare (Basel).* 2021;9(11):1472. <https://doi.org/10.3390/healthcare9111472>.
10. Gensemer C., Burks R., Kautz S., Judge D.P., Lavallee M., Norris R.A. Hypermobile Ehlers–Danlos syndromes: Complex phenotypes, challenging diagnoses, and poorly understood causes. *Dev Dyn.* 2021;250(3):318–344. <https://doi.org/10.1002/dvdy.220>.
11. Sucksmith E., Roth I., Hoekstra R.A. Autistic traits below the clinical threshold: re-examining the broader autism phenotype in the 21st century. *Neuropsychol Rev.* 2011;21(4):360–389. <https://doi.org/10.1007/s11065-011-9183-9>.
12. Pasquini M., Celletti C., Berardelli I., Roselli V., Mastroeni S., Castori M. et al. Unexpected association between joint hypermobility syndrome/Ehlers–Danlos syndrome hypermobility type and obsessive-compulsive personality disorder. *Rheumatol Int.* 2014;34(5):631–636. <https://doi.org/10.1007/s00296-013-2901-2>.

REFERENCES

1. Stein T., Collins S., St Louis J. The prevalence of hypermobile Ehlers–Danlos syndrome at a gender-affirming primary care clinic. *SAGE Open Med.* 2025;13. <https://doi.org/10.1177/20503121251315021>.
2. Isaev M.R., Batalin V.A., Galin P.Yu., Batalina M.V., Yorov N., Mironchev O.V., Nikonova E.N., Atashova D.M., Napol'nova A.V., Artem'eva A.V., Ovcharova K.I., Zenina I.A. On some hypermobility spectrum

- disorders among young people. *Orenburg Medical Herald*. 2021;9(35):25–30. EDN: HHIIRZ.
3. Baleva L.S., Zotova S.A., Semyachkina A.N., Nikolaeva E.A., Bondarenko N.A., Sipyagina A.E. Ehlers–Danlos syndrome in children from radocontaminated territory. *Almanac of Clinical Medicine*. 2006;10:3–9. EDN: HZKRMX.
 4. Clark N.L., Johnson M., Rangan A., Kottam L., Swainston K. The biopsychosocial impact of hypermobility spectrum disorders in adults: a scoping review. *Rheumatol Int*. 2023;43(6):985–1014. <https://doi.org/10.1007/s00296-023-05298-2>.
 5. Slepian P.M., Axenova K., McCarthy M., Siegal R., Gobin K., Weinrib A., Buryk-Iggers S., Santa Mina D., McGillis L., Mittal N., Katz J., Clarke H. Rates of mental health concerns among individuals assessed at the GoodHope Ehlers–Danlos Syndrome Clinic. *Orphanet J Rare Dis*. 2025;20(1):75. <https://doi.org/10.1186/s13023-025-03550-5>.
 6. Ishiguro H., Yagasaki H., Horiuchi Y. Ehlers–Danlos Syndrome in the Field of Psychiatry: A Review. *Front Psychiatry*. 2022;12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.803898>.
 7. Sokol O.E., Biggs E.E., Berger A.S., Simons L.E., Bhandari R.P. The Relationship Between Fatigue, Pain Interference, Pain-Related Distress, and Avoidance in Pediatric Hypermobility Ehlers–Danlos Syndrome. *Children*. 2025;12(2):170. <https://doi.org/10.3390/children12020170>.
 8. Udugampolage N., Taurino J., Bassotti A., Pini A., Caruso R., Callus E. et al. Exploring fatigue in Marfan and hypermobile Ehlers–Danlos syndromes: an analytical cross-sectional study in two Italian healthcare centres. *BMJ Open*. 2025;15(1):e087298. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-087298>.
 9. Rocchetti M., Bassotti A., Corradi J., Damiani S., Pasta G., Annunziata S. et al. Is the Pain Just Physical? The Role of Psychological Distress, Quality of Life, and Autistic Traits in Ehlers–Danlos Syndrome, an Internet-Based Survey in Italy. *Healthcare (Basel)*. 2021;9(11):1472. <https://doi.org/10.3390/healthcare9111472>.
 10. Gensemer C., Burks R., Kautz S., Judge D.P., Lavallee M., Norris R.A. Hypermobility Ehlers–Danlos syndromes: Complex phenotypes, challenging diagnoses, and poorly understood causes. *Dev Dyn*. 2021;250(3):318–344. <https://doi.org/10.1002/dvdy.220>.
 11. Sucksmith E., Roth I., Hoekstra R.A. Autistic traits below the clinical threshold: re-examining the broader autism phenotype in the 21st century. *Neuropsychol Rev*. 2011;21(4):360–389. <https://doi.org/10.1007/s11065-011-9183-9>.
 12. Pasquini M., Celletti C., Berardelli I., Roselli V., Mastroeni S., Castori M. et al. Unexpected association between joint hypermobility syndrome/Ehlers–Danlos syndrome hypermobility type and obsessive-compulsive personality disorder. *Rheumatol Int*. 2014;34(5):631–636. <https://doi.org/10.1007/s00296-013-2901-2>.