

Клинический случай резистентного генерализованного тревожного расстройства с коморбидной дистимией у ипохондричного пациента. Десятилетнее наблюдение.

Мирзаева Людмила Мухтаровна, врач невролог, психиатр, психотерапевт
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, клиника LMT-доктор, Санкт-Петербург

Представленный клинический случай примечателен не столько редкостью основного диагноза, сколько уникальностью его развития: пациент с 10-летним анамнезом генерализованного тревожного расстройства и стойкой депрессии (дистимии) продолжает систематически искать, как он считает, «новые» органические объяснения своим симптомам, несмотря на многочисленные консультации специалистов в разных странах (психиатров, неврологов, психотерапевтов и психологов), отрицательные результаты инструментальных и лабораторных исследований, а также комбинированную терапию (антидепрессанты, транквилизаторы, нормотимики и психотерапия). Наблюдается стойкая ипохондрическая фиксация на соматическом субстрате, при этом игнорируется отсутствие объективных признаков какого-либо физического заболевания, развивается страх приема антидепрессантов. Выбор биорегуляционного подхода и назначение препарата Ньюрексан позволило выйти из замкнутого круга, преодолеть страх перед приемом препаратов и облегчить побочные эффекты антидепрессанта.

Ключевые слова: генерализованное тревожное расстройство, дистимия, ипохондрия, диссомния.

Пациент К., 34 лет.

Основные жалобы: постоянная тревога, усиливающаяся ситуационно или без причины, подавленность, безрадостность, ощущение скуки, невозможность получения удовольствия от какой-либо деятельности, постоянная усталость, отсутствие энергии и сил на реализацию желаний, даже при достаточном по продолжительности сне, частые нарушения сна (затрудненное засыпание, пробуждения ночью), снижение работоспособности, нарушение концентрации внимания, навязчивые мысли, навязчивые представления о неизлечимом заболевании (в настоящее время в течение 3 месяцев мысли о заболевании бешенством), ощущение собственной неполноценности, никчемности, мысли о бесперспективности своей жизни, страх остаться одному, потерять семью, эпизодически - раздражительность, злость (особенно на маму и бабушку), которую не может высказать вслух.

Анамнез жизни.

Наследственность отягощена: бабушка по линии матери – в течение жизни обнаруживала признаки истерической психопатии. В настоящее время страдает выраженными когнитивными нарушениями с поведенческими расстройствами. Дважды демонстративно-шантажные попытки суицида в связи с отъездом дочери и внука с семьей за границу. При попытке дочери перевезти ее к себе, устраивала там скандал, манипулировала. Принимает в настоящее время по назначению психиатра мемантин и алимемазин. Бабушка по линии отца – обращалась к психиатру и лечилась психотропными препаратами в связи со стойкой диссомнией. Мать тревожная, лечилась у психотерапевта в связи с невротическим расстройством, «не отпускала далеко от себя», «в 20 лет звонила и говорила, я не могу без тебя заснуть». Один из запросов ее к психотерапевту – сепарация от своей матери и избавление от чувства вины. Отец умер, когда пациент был школьником. Участия отца в своей жизни не помнит. «У отца были проблемы с алкоголем, пил каждый день трезвый был агрессивен, после употребления

расслаблялся». Предполагает, что у отца была депрессия. Эмоций к нему не было, кроме злости.

Раннее психомоторное развитие. Рос и развивался в соответствии с возрастом, без особенностей. В школу пошел в 7 лет. Отмечает, что всегда был отвлекаемым и неусидчивым, трудно было сконцентрироваться на уроках. Однако, окончил школу на хорошо и отлично, освоил 2 иностранных языка (английский и китайский). В коллективах адаптировался легко, быстро сходился со сверстниками Рос в семье, где центром внимания была бабушка, которая принимала все решения. Вынужден был практически насильно брать уроки фортепиано у бабушки. Стиль воспитания противоречивый – от кумира семьи до эмоционального отвержения (чувствовал, что его то возвеличивали, то возникало ощущение собственной ничтожности).

Увлекается игрой на гитаре. Из поведенческих расстройств можно отметить момент, что пациент в 2015 г. взял серию займов втайне от близких. Когда решил честно признаться и продал машину, чтобы расплатиться («повел себя по-взрослому») натолкнулся на осуждение и разочарование в нем со стороны матери.

Окончил ВУЗ (специальность – экономист - мировая экономика и международный менеджмент). Работу менял неоднократно, в первые недели всегда бывал доволен трудоустройством, находил положительные моменты по сравнению с прежней работой, уже через несколько недель-месяцев концентрировался только на плохом, начинал страдать от того, что работа не приносит удовлетворения, злился на начальство, критиковал сотрудников.

Женат в течение 12 лет, имеет сына 4-х лет. Жена длительное время проходила лечение у психотерапевта. Обратилась в связи с хронической головной болью, которая всегда развивалась при общении с матерью и бабушкой пациента и со своей матерью. Отношения в семье характеризует как хорошие, а после прохождения супругой психотерапии как очень хорошие.

В течение длительного времени курит. В настоящее время употребляет табак сублингвально. Отмечает, что не может отказаться, считает себя зависимым. К алкоголю относится с опаской, т.к. отец злоупотреблял алкоголем.

Из перенесенных заболеваний: В 2021 г невралгия лицевого нерва, лечился в неврологическом отделении СЗГМУ им. И. И. Мечникова, г. Санкт-Петербург.

Анамнез заболевания.

Впервые обратился за помощью в ноябре 2016 г. Считает себя больным с начала 2016 г, когда во время проживания в Китае, куда поехал вместе с женой (она получила грант), на фоне неудовлетворенности работой появилась тревога, «было невыносимо ходить на работу, на выходных хотелось ныть, плакать, крушить...». С лета 2016 - приступы слабости, головокружений, головные боли, с осени 2016 – панические атаки (приступы учащенного дыхания, сердцебиения, ощущение нехватки воздуха, физической слабости, страх смерти). Стал фиксироваться на дате смерти бабушки и отца, т.к. они оба умерли в ноябре с интервалом в 4 года – в 2008 г. отец и в 2012 г. дед. Решил, что тяжело болен и в ноябре 2016 г. – его черед. Прошел тщательное обследование в Китае, вернулся в Россию, т.к. боялся находиться далеко от Родины, обратился к терапевту и неврологу, выполнил все возможные обследования и МРТ головного мозга, патологии выявлено не было. Обратился к психотерапевту, но не принял ее методы терапии, быстро прекратил

посещение сеансов. Осенью 2017 г. обратился к психиатру, вызвавшему доверие (рекомендован профессором).

Был установлен диагноз: «Тревожное расстройство с паническими атаками». Назначены эсциталопрам и гидроксизин (под контролем ЭКГ). Состояние значительно улучшилось в течение месяца. Однако на первый план стали выходить личностная тревожность, нарушение взаимоотношений с матерью и бабушкой, постоянное чувство вины, неудовлетворенность работой. Начал проходить психотерапевтическое лечение (КПТ, личностно-ориентированная психотерапия). Постепенно стал отмечать, что эсциталопрам (особенно после самостоятельного снижения дозы) утрачивает свой эффект, жаловался на тревожность, ощущение пустоты, злости, невозможность сосредоточиться. В 2020 г. Эсциталопрам был заменен на Дулоксетин, затем к терапии (в связи с застреваемостью, придирчивостью к деталям, эпилептоидными включениями, аффективной неустойчивостью) был добавлен нормотимик антиконвульсант Ламотриджин. Отмечал улучшение состояния. Сдал успешно языковой экзамен, к которому готовился много месяцев, подготовил документы для отъезда за границу, предварительно изучив, какая страна оптимально подходит для комфортного проживания. Решился (вместе с женой) стать отцом. Осенью 2021 г. у пациента родился сын. Сообщил, что готов отказаться от лекарств и продолжать психотерапию. Медикаментозное лечение постепенно отменено. В течение полугода состояние было стабильным, однако сохранялись ситуационная тревожность, ощущение внутренней пустоты, старался разбирать свое состояние на психотерапевтических сессиях. В 2022 г. возникли резкие перемены в жизни - отъезд за границу. Не справлялся с тревогой, отметил, что присоединилась тревога за сына. Отказался возобновить прием дулоксетина с ламотриджином, т.к. ретроспективно оценил, что «полного выздоровления все равно не было», чувствовал, что мало энергии, эпизодически ощущал себя «высосанным, выжатым как лимон». Попросил назначить что-то по сильнее. Назначен венлафаксин и алпразолам с хорошим эффектом (значительное послабление симптоматики). Однако после отмены алпразолама отмечал нарушения сна. После улучшения психического состояния попросил порекомендовать ему другого психотерапевта, с которым мог бы общаться онлайн. Причины - отъезд в Израиль, куда переехала к тому времени мать пациента (вместо планируемой Канады), запрос на более глубокую «проработку» (методом психоанализа). Проживая в Израиле также обратился к психиатру, где ему была рекомендована замена венлафаксина на эсциталопрам. После значительного ухудшения вновь обратился за помощью к врачу, лечившему его предыдущие годы. Эсциталопрам был вновь заменен на венлафаксин, обострение купировалось. Результатами удовлетворен не был. При переезде в Канаду, затем Португалию неоднократно обращался к психиатрам и неврологам, предпринимались попытки лечения различными антидепрессантами, нейролептиками и транквилизаторами, состояние неуклонно ухудшалось, вновь возвращались на венлафаксин, который переносил плохо. В 2024 г. после замены венлафаксина на бупропион состояние резко ухудшилось, на высоте тревоги появились транзиторные параноидные включения - после обеда с семьей в кафе пришли мысли в голову, что его с семьей «отравят, подсыпят мышьяк или антифриз в борщ». Позвонил другу и попросил его выйти на связь вечером, боялся, что все умрут. Сказал, что если не ответит по телефону, связываться с его матерью. Отметил временное послабление тревоги на фоне

приема алпрозолама. Прошел обследование в поисках причины своего плохого состояния (рис. 1,2, 3). Анализы в пределах референсных значений.

Análises	Resultados	Valores de Referência	Resultados anteriores
Hematologia			
Maturação Megaloblástica			
Vitamina B12 (Quimiluminescência)	572.0 pg/ml	211.0 - 911.0	
Ácido Fólico (Quimiluminescência)	9.4 ng/ml	> 5.4	
Metabolismo do Ferro			
Ferritina (Quimiluminescência)	83.3 ng/ml	30.0 - 340.0	
		Valores de Referência segundo NOC nº 30/2015 DGS:	
		Ferropénia Absoluta no Adulto Ferritina: <30 ng/mL	
		Ferropénia Funcional no Adulto Ferritina: 30 - 50 ng/mL	
		Ferropénia na Gravidez Ferritina: <70 ng/mL	
		Ferropénia na Insuficiência Cardíaca Ferritina: <100 ng/mL Ferritina: 100 - 300 ng/mL [com Saturação de Transferrina <20%]	
		Ferropénia na Dç. Inflamatória Intestinal Activa Ferritina: <100 ng/mL [com Saturação de Transferrina <20%]	
		[Ref. Bibliográfica: NOC nº 30/2015. "Abordagem, Diagnóstico e Tratamento da no adulto". WHO. "Serum ferritin concentrations for the assessment of iron and iron deficiency in populations. <i>Vitamin and Mineral Nutrition System</i> ", Geneva, 2011]	
<i>ferropénia</i>			
<i>status</i>			
<i>Information</i>			
Capacidade Total Fixação Ferro (C.T.F.F.)	379 µg/dl	291 - 430	

Рис.1. Анализ крови 2024 г., Португалия

Análises	Resultados	Valores de Referência
Hematologia		
Metabolismo do Ferro		
Transferrina (Imunoturbidimetria reforçada com PEG)	265.2 mg/dL	215.0 - 365.0
Siderémia (Ferene)	100 µg/dl	65 - 175
Índice Saturação da Transferrina (Ferene / Turbidimetria)	26 %	20 - 50
Patologia Química		
Proteínas		
Proteína C Reactiva (Imunoturbidimetria reforçada com látex)	0.11 mg/dL	0.05 - 1.00
Biomarcadores Oncológicos		
Factor de Necrose Tumoral (TNF) (Ensaio Imunoenzimático)	7.00 pg/ml	< 12.40
Interleucinas (Quimiluminescência)		
Interleucina 1-Beta [IL-1(b)]	<0.40 pg/ml	< 13.60
Interleucina 6 [IL-6]	<2.00 pg/ml	< 5.90
Vitaminas		
Vitamina B1 (Tiamina) (Cromatografia Líquida de Alta Definição)	7.00 µg/dl	2.80 - 8.50
Eixo Hipófiso-Tiroideu		
Tireoestimulina (TSH) (Quimiluminescência)	1.448 mIUl	0.350 - 5.500
Tiroxina Livre (FT4) (Quimiluminescência)	1.21 ng/dl	0.80 - 1.76
Triiodotironina Livre (FT3) (Quimiluminescência)	3.76 pg/ml	2.30 - 4.20

Рис.2 Анализ крови 2024 г. (продолжение), Португалия

Análises	Resultados	Valores de Referência
Patologia Química		
Patologia Química		
Triiodotironina Reverse (rT3) (soro) (Radioimunoensaio)	0.29 ng/ml	0.17 - 0.44
Imunologia		
Doenças Auto-ímmunes		
Anticorpos Antitiroideus (Quimiluminescência)		
Ac. Anti-Tiroglobulina (Anti-TG)	<5.0 UI/ml	5.0 - 100.0
Ac. Anti-Tiroperoxidase (anti-microsomas)	3.1 UI/ml	1.0 - 16.0

Рис.3. Анализ крови на гормоны щитовидной железы, 2024 г., Португалия

Разными врачами высказаны диагностические предположения о шизофрении, обсессивно-компульсивном расстройстве и синдроме дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). По назначению врача-психиатра (в Португалии) принимал агомелатин 25 мг с временным эффектом, амисульпирид 50 мг утром, в первый день отметил улучшение, на второй и последующие дни – резкое ухудшение состояния.

Осенью 2024 г. вновь обратился за помощью к своему психиатру в Санкт-Петербурге (Россия).

Учитывая необходимость проведения дальнейшего диагностического поиска и дифференциальной диагностики, рекомендовано проведение расширенного

психодиагностического обследования у клинического психолога. Результаты обследования:

Исследование мнестической функции. Память. Кривая запоминания по методике 10 слов имеет следующий вид: 7-8-10. В ретенции воспроизводится 7 слов. В методике «Пиктограммы» правильно воспроизводится 15 из 16 слов и 1 близкое по смыслу. Обобщая, объём долговременной и кратковременной памяти достаточный. Высокий уровень опосредованной памяти указывает на поддержание процессов памяти процессами мышления. Внимание и умственная работоспособность. Кривая работоспособности таблиц Шульте 38-38-28-31-20. Тенденции к истощаемости не выявляется. Отмечается неустойчивость процессов внимания.

Мышление. Обобщая, значимых нарушений мышления не обнаружено.

Эмоционально-личностная сфера. По шкале Бека испытуемый набрал 14 баллов, что соответствует легкой депрессии (*субдепрессии*). Баллы распределены неравномерно, со значительным преимуществом по субшкале соматических проявлений.

При исследовании личности с помощью методики ММРІ отмечается преобладание тревожных и депрессивных переживаний, фиксированность на собственной несостоятельности, постоянное обдумывание собственных проблем по типу «умственной жвачки». Снижение активности и общей продуктивности деятельности, пессимистичная оценка будущего и перспектив, пассивная личностная позиция, выраженная склонность к интрапунитивным реакциям на ситуацию фрустрации, склонность к самообвинениям. Показатели оценочных шкал свидетельствуют о достаточной откровенности обследуемого, о критической оценке собственных затруднений, об отказе от реализации своих намерений, что сопровождается снижением настроения. Ведущими в данном профиле являются шкалы «Депрессии», «Тревоги», «Ипохондрии». Согласно профилю, в структуре личности присутствуют тревожно-сенситивные черты: неуверенность в себе, склонность к самообвинению, ранимость, чувствительность, тревожность в отношении мелких житейских проблем, тревога за судьбу близких. Высокие значения по шкале «Эмоциональная лабильность» (80Т) отражают вегето-эмоциональную неустойчивость и предрасположенность к конверсионным расстройствам. Профиль характерен для клинической картины тревожно-депрессивного состояния с ипохондрическими включениями.

Согласно данным методики «Я-структурный тест Аммона» может отмечаться рассогласованность эмоционального опыта, дисбаланс внутреннего и внешнего, мыслей и чувств, эмоций и действий, нарушение переживания чувства времени, недифференцированность восприятия и описания различных психических состояний, дефицит способности к продуктивной психической концентрации. Функциональная недостаточность внутренней границы проявляется в нарушении взаимодействия с неосознаваемыми процессами, которое отражает отсутствие достаточного интрапсихического барьера. В поведении характерны импульсивность, слабость эмоционального контроля, склонность к экзальтированным состояниям, переполненность разнообразными чувствами, плохая регуляция телесных процессов. Высокие баллы по шкале «дефицитарная агрессия» при низких баллах конструктивной шкалы могут отражать трудности в установлении межличностных контактов, теплых человеческих отношений, снижение предметной активности, сужение круга интересов, избегание каких-либо конфронтаций, склонность жертвовать своими интересами. В эмоциональной сфере

на первый план выступают чувства собственного бессилия, ненужности, ощущения пустоты и одиночества, покинутости и скуки. Нарушена способность к контролю межличностной дистанции, недостаточная согласованность эмоционального опыта, связанного с объектными взаимодействиями, трудности в расширении и интеграции новых впечатлений.

Данные, полученные с помощью методик «Стратегии совладающего поведения». Было установлено преобладание стратегии поиска социальной поддержки. Возможно, испытуемый оценивает свои личностные ресурсы как недостаточные, имеет тенденцию к переживанию чувства беспомощности и несостоятельности, что определяет повышенную потребность в поддержке со стороны окружающих. Была также отмечена склонность в затруднительных ситуациях уходить от решения проблемы (стратегия избегания), попытки снизить тревогу путем активных, не всегда продуманных действий (стратегия конфронтации), недостаточное использование стратегии рационального анализа и планирования разрешения проблемы, а также стратегии субъективного снижения значимости (дистанцирования) и позитивного переосмысления ситуации (положительной переоценки), которая указывает на предрасположенность к нарушению психосоциального функционирования, к формированию гипернозогностических реакций разной аффективной модальности.

Пациент представлен на клинический разбор с психиатрами, психотерапевтами, психологами и неврологами.

Психический статус: Сознание ясное. Выглядит аккуратным, ухоженным. Во время беседы держится доброжелательно. Ориентирован в месте, времени и собственной личности всесторонне. Контакт доступен, на вопросы отвечает по существу. Мышление в обычном темпе, без очевидных структурных нарушений. Тревожен, напряжен. Считает, что врачи что-то серьезное пропускают. Сообщил, что обращался за помощью к искусственному интеллекту, который «также считает, что у него может быть какое-то недиагностированное возможно аутоиммунное заболевание, явно что-то упущено – не может быть, чтобы после 7 лет психотерапии и десятков вариантов лекарств состояние оставалось таким же». «Перебрал кучу гипотез – думал также о нейровоспалении, однако после многочисленных обследований, когда не увидел воспалительных изменений переключился на генетику – выявил при обследовании мутации MTHFR и PAI-1 (со слов), которые могут влиять на энергию, свертываемость крови и баланс нейромедиаторов». Обеспокоен разным мнением врачей и диагнозами, которые ему устанавливались - от СДВГ до шизофрении. Отметил эффект только от алпразолама («без него вообще тревога невыносимая»). Длительность удержания контакта с большим количеством врачей не коррелировала с персистирующими жалобами пациента на усталость и невозможность сосредоточиться. Заявляет о настрое на подбор медикаментозной терапии и психотерапию. Принял план назначения вортиоксетина как одного из современных и ранее не использовавшихся антидепрессантов с радостью («я как раз о нем и думал»). Острой психопродуктивной симптоматики, опасных тенденций не выявлено.

Обсуждение. Чрезмерное, неконтролируемое и необоснованное беспокойство (тревога) по поводу различных вещей, длительностью более 6 месяцев, является признаком психического заболевания тревожного спектра, известного как генерализованное тревожное расстройство (ГТР). Генетические исследования подтверждают наследственную природу и высокую вероятность наличия ГТР, если кто-то

еще в семье страдает тем или иным тревожным расстройством. Люди с ГТР часто чрезмерно обеспокоены повседневными делами, такими как здоровье, имущество, смерть, семья, проблемы с отношениями или трудности с трудоустройством¹.

Учитывая такие симптомы, как тревога и склонность к навязчивым сомнениям и страхам, а также высказанное предположение о наличии обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР), рассмотрим симптомы данного заболевания. ОКР - это психическое расстройство, характеризующееся навязчивыми и мучительными мыслями (обсессиями) и повторяющимися действиями и ритуалами (компульсиями), направленными на временное облегчение дискомфорта. Сами симптомы ОКР вызывают значительный стресс и тревогу и могут оказывать разрушительное воздействие на повседневную жизнь человека. У пациента отсутствуют ритуалы, а тревога возникает вне навязчивых мыслей, что позволяет нам исключить данное заболевание².

Тревога часто мешает повседневной жизни, приводит к усталости и раздражительности, может сочетаться с депрессивными эпизодами или затяжной субдепрессивной симптоматикой. Из расстройств депрессивного регистра стоит отметить хроническую (персистирующую) депрессию – дистимию. Дистимия характеризуется симптомами, которые могут казаться незначительными или объясняться жизненными трудностями, т.к. по выраженности они мягче, чем при большом депрессивном эпизоде. Ключевым критерием диагностики является сохранение этих симптомов в течение длительного времени (2 года согласно критериям), при этом симптомы присутствуют почти ежедневно³.

Характерные признаки дистимии:

- Постоянное подавленное настроение (без очевидной связи с внешними событиями).
- Усталость, низкий уровень энергии (в том числе после отдыха).
- Отсутствие удовольствия от занятий, которые ранее приносили радость.
- Чувство безнадежности, бессмысленности существования.
- Повышенная раздражительность.
- Снижение концентрации внимания, ухудшение памяти и сложности принятия решений.
- Нарушения сна.
- Низкая самооценка, чувство собственной никчемности.

Учитывая эмоциональную неустойчивость, личностные особенности в виде нарушенной способности к контролю межличностной дистанции, ощущение пустоты, никчемности, страх одиночества и склонность к злости и внутренней агрессии, необходимо проводить дифференциальную диагностику с пограничным расстройством личности (ПРЛ).

Пограничное расстройство личности - это психологическое расстройство, характеризующееся устойчивой нестабильностью в регуляции аффектов, контроле импульсов, межличностных отношениях и самооценке. Для ПРЛ характерно: сверхчувствительность, зависимость настроения от внешних факторов и событий, неустойчивость самооценки, нестабильность взаимоотношений, самоповреждения, злоупотребление психоактивными веществами или алкоголем, компульсивное переедание, ощущение пустоты, страх одиночества, страх быть отвергнутым, враждебность⁴.

Однако наш пациент выстроил стойкие взаимоотношения с женой, имеет ребенка, не склонен к самоповреждениям, компульсивному перееданию, не враждебен, что позволяет исключить ПРЛ в качестве основной диагностической гипотезы. Однако у него имеются некие личностные особенности в виде ипохондричности и застреваемости, что вносит свой вклад в структуру заболевания и характер жалоб.

Также пациент не соответствует критериям шизофрении (нет дефицитарной симптоматики, параноидные включения носили кратковременный транзиторный характер, ипохондрическая симптоматика не достигает уровня бредовых идей).

В связи с информацией о том, что с детства пациент отвлекаемый и неусидчивый и установленным ранее диагнозом СДВГ рассмотрим основные признаки диагноза СДВГ у взрослых: невнимательность, импульсивность, гиперактивность⁵, в то время как у пациента основными жалобами являются аффективные симптомы (тревога, подавленность), навязчивые мысли и нарушения сна.

В соответствии с международной классификацией 10-го пересмотра (МКБ-10) установлен диагноз: Генерализованное тревожное расстройство (F 41.1), коморбидное с дистимией (F34.1) у ипохондрической личности.

Рекомендовано:

- Вортиоксетин 5 мг утром, через 6 дней 10 мг утром, далее - коррекция дозы (возможно постепенное увеличение дозы до 20 мг).
- Ламотриджин 12,5 мг 2 раза в день, через неделю по 25 мг 2 раза в день, еще через неделю по 50 мг 2 раза в день, далее - коррекция дозы.
- Алпразолам по 0,25 мг 2 раза в день - 10 дней
- психотерапия

Через 2 недели (консультация онлайн, пациент вернулся в Португалию): Обеспокоен возникновением аллергической сыпи. Прислал фото, поинтересовался, адекватно ли назначение антибиотика, антигистаминного препарата и 40 мг преднизолона. Был убежден, что аллергию вызвал антибиотик, который назначили в связи с кишечной инфекцией. Ламотриджин на тот момент не принимал. На следующий день выяснилось, что заболел ветряной оспой. После сообщил, что «сутки находился в обсессивных и тревожных мыслях, прочитал про все возможные осложнения ветрянки и ушел в «суточную спираль тревоги». На вопрос о положительной динамике на вортиоксетине, сразу же ответил «Да, гораздо легче». Через 30 минут написал: «Поменяю ответ немного полегче». Увеличена доза вортиоксетина до 15 мг, с рекомендацией дальнейшего повышения дозы до 20 мг (через 4 дня). Во время сеанса был менее напряженный, настроен позитивно, благодарил за помощь. Отметил хорошую переносимость препаратов.

Через 4 недели: отметил усиление тревожных навязчивых мыслей на повышении дозы вортиоксетина до 20 мг. Самостоятельно снизил дозировку до 10 мг. В течение года лечился у нутрициолога, пытался изменить свое состояние с помощью коррекции питания и приема витаминов.

В ноябре 2025 г. сообщил, что 2 месяца назад прекратил прием вортиоксетина в связи с неэффективностью. Обратился с развитием ситуационно спровоцированной тревоги. «Вечером в пятницу ездил на машине, несколько раз выбегал из машины в небольшой дождь (было темно, почти все время, когда выбегал из машины, был под деревьями), затем заехал в подземный паркинг дома. Уже дома на тыльной стороне кисти заметил две

мелкие точки со следом крови, выглядело свежим. Расстояние между точками ~2,5 мм (если по внешним краям всей ранки — около 4 мм), рис.4 А. Ранка не чесалась. Возникла мысль про укус летучей мыши. Летучих мышей не видел и контакта не ощущал. Машину и паркинг осмотрел - никого. Сходил в 2 больницы, все врачи сказали, что прививка не показана, так как контакт нельзя подтвердить. Поставили только от столбняка (по моей просьбе) в воскресенье. Меня это не успокоило, и я вошел в спираль тревоги - убедил себя, что это была летучая мышь. Сходил в платную клинику и получил рецепт на вакцины - rabipur по схеме 0-3-7-14, без иммуноглобулина. Спустя 90 часов после появления ранки - сделал первую прививку. Наутро проснулся с дикой тревогой и паникой почти с самого утра. С утра и весь день чувствую странные ощущения - покалывания, зажатости, в той руке, где была ранка. Они не прогрессируют, почти всегда есть, но то сильнее, то меньше - иногда пропадают. В основном в одном месте - но бывают ещё дальше на руке - на предплечье. Мой мозг вспомнил о случае, что в начале сентября, когда у меня был странный укус - тогда он зудел и чесался, плюс, вздулась кожа по линии, рис 4 В. Ничего не видел и не чувствовал укуса. В тот раз просто начало чесаться, отогнул рукав и увидел. Естественно, сейчас я начал думать, что и тогда меня укусила летучая мышь - я всё пропустил и меня сейчас продром, который начался с тревоги и ощущений в руке (та же рука, что и вторая ранка - в эту пятницу). Я никак не могу справиться. Мне жутко плохо - все эти дни я постоянно «гуглил», читал, раскручивал - не мог работать. После того, как вчера поставил прививку - думал, что все - вопрос закрыт. Но сегодня всё открылось заново... я не знаю, как мне дожить до сеанса психотерапии...». Обратился к очередному психиатру, рекомендован прием флувоксамина и ламотриджина. Препараты принимать не стал из-за страха побочных эффектов, принимал только алпрозолам. Сменил психотерапевта со словами, что психотерапия не помогает.



Рис. 4 Фото укусов.

Сдал рекомендованные анализы крови (в приложении). Результаты в пределах референсных значений.

Далее в течение 2 месяцев сообщал о нарушениях сна, тревоге, головных болях, различных физических страданиях - слабости в руке и ноге, в предплечье, прострелах в

теле, мышечных спазмах в лице и конечностях, опасениях синдрома отмены алпразолама. Высказывал 2 гипотезы о том, что это бешенство или тяжелая «смертельно опасная» реакция на вакцину.

Высказал страх приема нового для него антидепрессанта флувоксамина, большее доверие к препарату, который ранее помогал – дулоксетин.

В январе 2026 г. в связи с частыми головными болями прошел обследование ЭЭГ. Заключение: Данные ЭЭГ могут свидетельствовать об умеренных диффузных изменениях биоэлектрической активности (БЭА) с поверхности коры головного мозга. Регистрируется дезорганизация корковой ритмики базально-стволового генеза с признаками раздражения коры больших полушарий с акцентом в лобно-височной области левого полушария. Специфической эпилептиформной активности не выявляется.

Начал принимать дулоксетин, после чего развился ряд побочных эффектов: «Сегодня утром было очень плохо. С 4 утра почти не спал, была сильная тревога, потом просто в горячем поту то спал, то бодрствовал. Проснулся - еле хожу. Голова сдавлена, распирает как будто. Подташнивает. Воздух где-то в пищеводе. Ещё горло какое-то опухшее, как будто немного воспалено. Правая кисть чешется. Я опять боюсь, что это продром бешенства или какой-нибудь серотониновый синдром». Сообщил, что не готов продолжать прием антидепрессанта и боится принимать ламотриджин. Учитывая фармакофобию рекомендовано использование препарата Ньюрексан по 1 таб 3 раза в день сублингвально, дополнительно при сильной тревоге (максимально до 15 таб/сутки) с противотревожной целью, а также с учетом дезорганизации корковой ритмики на ЭЭГ и раздражительных изменений.

В качестве аргумента пациенту приведены данные о том, что Ньюрексан значительно усиливает функциональную связь между миндалевидным телом и префронтальной корой (контролирующим миндалевидное тело), что может привести к улучшению регуляции эмоций и снижению уровня тревожности, уменьшению потери концентрации внимания, при этом частота развития побочных эффектов сопоставима с плацебо⁶⁻⁸.

В динамике через 2 недели отметил снижение уровня тревоги до такой степени, что смог возобновить прием дулоксетина. Через 4 недели приема Ньюрексана (и 2 недели сочетанного приема дулоксетина и Ньюрексана) сообщил, что справляется с тревогой и появляются дни, когда чувствует себя хорошо.

ЭЭГ в динамике через 1 месяц отмечается положительная динамика: регистрируются легкие диффузные изменения корковой ритмики. Фоновая БЭА головного мозга организованного характера. Отмечается умеренное усиление восходящих активирующих влияний базально-стволового генеза с легкой пароксизмальной активностью неэпилептиформного характера провоцируемой при провокационных нагрузках (фото-, фоно стимуляция, гипервентиляция). Специфической эпилептиформной активности не регистрируется.

Имеются исследования, что препарат Ньюрексан оказывает биологическое действие на активность структур головного мозга (подтверждено по данным ЭЭГ и фМРТ)⁹.

Заключение. Сложность клинического случая заключается в коморбидности хронической тревоги с субдепрессивными жалобами. Даже после купирования тревоги в первые годы лечения у пациента оставалась неудовлетворенность, отсутствие сил, ощущение «пустоты». Несмотря на меньшую тяжесть заболевания, хронический характер дистимии приводит к значительным нарушениям и функциональным ограничениям.

Лечению дистимии уделено гораздо меньше внимания в научных исследованиях по сравнению с большим депрессивным эпизодом¹⁰. Развитие ипохондрической фиксации на соматических жалобах, противоречивость установленных разными специалистами диагнозов, породившая сомнение в правильности установленного диагноза, привели к недоверию врачам и назначенному лечению, страху приема препаратов. Комплексное биорегуляционное лечение, включающее Ньюрексан, способствовало разрыву патологического паттерна «тревога-дистимия-ипохондрическая реакция», устранению фармакофобии и значительному снижению тяжести побочных эффектов антидепрессивной терапии.

Литература

1. Mishra, A. K. & Varma, A. R. A Comprehensive Review of the Generalized Anxiety Disorder. *Cureus* **15**, e46115 (2023).
2. Wagstaff, C. Obsessive compulsive disorder: overview of the condition and its nursing management. *Nurs. Stand. R. Coll. Nurs. G. B.* **1987** **39**, 45–50 (2024).
3. Chand, S. P. & Arif, H. Depression. in *StatPearls* (StatPearls Publishing, Treasure Island (FL), 2025).
4. Mendez-Miller, M., Naccarato, J. & Radico, J. A. Borderline Personality Disorder. *Am. Fam. Physician* **105**, 156–161 (2022).
5. Olagunju, A. E. & Ghodduji, F. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults. *Am. Fam. Physician* **110**, 157–166 (2024).
6. Chand, T. *et al.* Nx4 Modulated Resting-State Functional Connectivity Between Amygdala and Prefrontal Cortex in a Placebo-Controlled, Crossover Trial. *Brain Connect.* **12**, 812–822 (2022).
7. Doering, B. K. *et al.* Effects of Neurexan ® in an experimental acute stress setting--An explorative double-blind study in healthy volunteers. *Life Sci.* **146**, 139–147 (2016).
8. Mayer, K. *et al.* Nx4 Reduced Susceptibility to Distraction in an Attention Modulation Task. *Front. Psychiatry* **12**, 746215 (2021).
9. Herrmann, L. *et al.* fMRI Revealed Reduced Amygdala Activation after Nx4 in Mildly to Moderately Stressed Healthy Volunteers in a Randomized, Placebo-Controlled, Cross-Over Trial. *Sci. Rep.* **10**, 3802 (2020).
10. Mathias, L., Quagliato, L. A., Carta, M. G., Nardi, A. E. & Cheniaux, E. Challenges in the treatment of dysthymia: a narrative review. *Expert Rev. Neurother.* **24**, 633–642 (2024).

Análises	Resultados	Valores de Referência
Hematologia		
Hemograma		
Hemograma (Crometria de fluxo / Citoquímica)		
Eritrograma		
Hemoglobina	16.5 g/dl	13.0 - 17.0
Eritrócitos	5.76 x 10 ⁶ /µl	4.50 - 5.50
Hematócrito	47.5 %	40.0 - 50.0
V.G.M.	82.5 fl	80.0 - 97.0
H.G.M.	28.6 pg	27.0 - 32.0
C.M.H.G.	34.7 g/dl	32.0 - 36.0
R.D.W.	11.5 %	11.6 - 14.0
Leucograma		
Leucócitos	9.2 x 10 ³ /µl	4.0 - 10.0
Neutrófilos	82.2 % 7.52 x 10 ³ /µl	40.00 - 80.00
Eosinófilos	0.2 % 0.02 x 10 ³ /µl	1.00 - 6.00
Basófilos	0.5 % 0.05 x 10 ³ /µl	0.00 - 2.00
Linfócitos	12.9 % 1.18 x 10 ³ /µl	20.00 - 40.00
Monócitos	4.2 % 0.38 x 10 ³ /µl	2.00 - 10.00
Trombocitograma		
Plaquetas	250 x 10 ³ /µl	150 - 400
Estudo Físico do Sangue		
Velocidade de Sedimentação (Microfotometria capilar)		
VS à 1ª hora	4 mm/hora	< 13
Maturação Megaloblástica		
Vitamina B12 (Quimioluminescência)		
	541.0 pg/ml	211.0 - 911.0
Ácido Fólico (Quimioluminescência)		
	5.6 ng/ml	> 5.4

Análises	Resultados	Valores de Referência	Resultados anteriores
Hematologia			
Metabolismo do Ferro			
Ferritina (Quimiluminescência)	79.9 ng/ml	30.0 - 340.0	
		Valores de Referência segundo NOC nº 30/2015 DGS:	
		Ferropénia Absoluta no Adulto Ferritina: <30 ng/mL	
		Ferropénia Funcional no Adulto Ferritina: 30 - 50 ng/mL	
		Ferropénia na Gravidez Ferritina: <70 ng/mL	
		Ferropénia na Insuficiência Cardíaca Ferritina: <100 ng/mL Ferritina: 100 - 300 ng/mL [com Saturação de Transferrina <20%]	
		Ferropénia na Dç. Inflamatória Intestinal Activa Ferritina: <100 ng/mL [com Saturação de Transferrina <20%]	
		[Ref. Bibliográfica: NOC nº 30/2015. "Abordagem, Diagnóstico e Tratamento da no adulto". WHO. "Serum ferritin concentrations for the assessment of iron and iron deficiency in populations. Vitamin and Mineral Nutrition System", Geneva, 2011]	
ferropénia status Information			
Índice Saturação da Transferrina (Férese / Turbidimetria)	33 %	20 - 50	

Análises	Resultados	Valores de Referência	Resultados anteriores
Hematologia			
Hemostase			
Tempo de Protrombina (TP) (Coagulometria)	12.12 segundos	10.30 - 12.80	
Tempo de Protrombina INR	1.11		
		Intervalo Terapeutico: INR 2,0 - 3.5	
		Nota: O resultado do Tempo de Protrombina deve ser reportado em segundos e INR (International Normalized Ratio).	
		[Ref. Bibliográfica: Clinical and Laboratory Standards Institute: One-Stage Prothrombin Time (PT) Test and Activated Partial Thromboplastin Time (APTT) Test; Approved Guideline - Second Edition, H47-A2, vol. 28, nº20, page 11, May 2008.]	
T de Tromboplastina Parcial activ. (aPTT) (Coagulometria)	26.98 segundos	23.00 - 31.90	
Estados Hipercoaguláveis			
Anticorpos Anti-Cardiolipina (ACA) (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay)			
IgG	Negativo (1.49)	GPL U/ml	
		Negativo	<10
		Positivo fraco	10 - 40
		Positivo	> 40
IgM	Negativo (7.36)	MPL U/ml	
		Negativo	<10
		Positivo fraco	10 - 40
		Positivo	> 40

Hematologia

Estados Hipercoaguláveis

Anticoagulante Lúpico (Confirm.)

(Coagulometria)

Anticoag. Lúpico (razão)

1.28

Negativo	<1.2
Fracamente Positivo	1.2 - 1.5
Moderadamente Positivo	1.5 - 2.0
Fortemente Positivo	>2.0

Anticorpos Anti-Beta-2-Glicoproteína I

(Enzyme-Linked Immunosorbent Assay)

IgG

Negativo (1.41 U/ml)

Negativo	<7	
Positivo fraco	7 - 10	
Positivo	> 10	

IgM

Negativo (6.80 U/ml)

Negativo	<7	
Positivo fraco	7 - 10	
Positivo	> 10	

Patologia Química

Metabolismo dos Hidratos de Carbono

Glicémia

(Hexoquinase-Glicose-6-Fosfato Desidrogenase)

98 mg/dL

70 - 110

Hemoglobina Glicada (A1c) [NGSP]

(Cromatografia Líquida de Alta Definição)

5.3 %

4.3 - 6.1

Hemoglobina Glicada (A1c) [IFCC]

34 mmol/mol

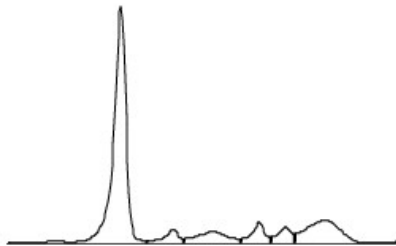
< 42

Glicémia média estimada

105 mg/dL

Análises	Resultados	Valores de Referência	Resultados anteriores
Patologia Química			
Metabolismo Lipídico			
Colesterol Total	181 mg/dL	< 190 Pacientes com d. coronária: <175	
Colesterol LDL	113 mg/dL	< 115	
	recomendado	Doentes com factores de Risco de doença coronária	Colesterol LDL
		Baixo ou moderado:	< 115 mg/dL
		Elevado:	<100 mg/dL
		Muito elevado:	< 70 mg/dL
Colesterol HDL	53 mg/dL	35 - 55	
Triglicéridos	74 mg/dL	< 150	

Análises	Resultados	Valores de Referência
Patologia Química		
Proteínas		
Electroforese das Proteínas séricas (Electroforese capilar)		
Proteínas Totais séricas	7.7 g/dl	6.4 - 8.2
Albumina	63.0 % 4.85 g/dl	3.57 - 5.42
Alfa 1-Globulinas	3.8 % 0.29 g/dl	0.18 - 0.40
Alfa 2-Globulinas	7.3 % 0.56 g/dl	0.45 - 0.97
Beta 1-Globulinas	5.4 % 0.42 g/dl	0.30 - 0.59
Beta 2-Globulinas	4.6 % 0.35 g/dl	0.20 - 0.53
Gama-Globulinas	15.9 % 1.22 g/dl	0.71 - 1.54
Rel.Albumina/Globulinas	1.70	1.20 - 2.50



Imunoelectroforese Sérica

Não revelou Gamapatia Monoclonal.

(Imunoelectroforese em Gel de Agarose)

Albuminémia (Purpura de Bromocresol)	4.9 g/dl	3.4 - 5.0
Proteína C Reactiva (Imunoturbidimetria reforçada com látex)	0.08 mg/dL	0.05 - 1.00

Análises	Resultados	Valores de Referência
Patologia Química		
Função Hepato-Biliar		
Aspartato aminotransferase (AST) (Ensaio Enzimático Colorimétrico Ultravioleta 37°)	16 U/l	15 - 37
Alanina aminotransferase (ALT) (Ensaio Enzimático Colorimétrico Ultravioleta 37°)	16 U/l	16 - 63
Gama-Glutamil-Transpeptidase (GGT) (Ensaio Enzimático Colorimétrico Ultravioleta 37°)	17 U/l	15 - 85
Fosfatase Alcalina (p-Nitrofenilfosfato)	84 U/l	46 - 116
Bilirrubinémia Total (Jendrassik-Grof)	1.20 mg/dL	0.20 - 1.00
Metabolismo Fosfo-Cálcico		
Calcémia (Ensaio Colorimétrico com Arsenazo III)	10.2 mg/dL	8.5 - 10.1
Magnesiémia (Azul de Metálmol)	2.0 mg/dL	1.8 - 2.4
25-Hidroxivitamina D (Quimioluminescência [Liaison])	26.90 ng/ml	Deficiência: <10 Insuficiência: 10 - 30 Suficiência: 30 - 100 Toxicidade: >100
Fosfatémia (Fosfomolibdato)	2.3 mg/dL	2.5 - 4.9

Análises	Resultados	Valores de Referência	Resultados anteriores
Patologia Química			
Metabolismo Purínico			
Uricémia (Cinético Urease)	7.4 mg/dL	3.5 - 7.2	
Função Renal			
Urémia (Cinético Urease/ Glutamato Deshidrogenase)	32 mg/dL	< 50	
Creatininémia (Jaffé Cinético modificado)	1.03 mg/dL	0.70 - 1.30	
TFGe [CKD-EPI 2009]	94 ml/min/1,73 m ²	>= 60	
<p>O rastreio de Doença Renal Crónica (DRC) deverá ser realizado através de realização conjunta de Albumina e Creatinina urinárias, para cálculo de Razão Albuminúria / Creatinúria (RAC) e da Creatinina sérica, para determinação de Taxa de Filtração Glomerular Estimada (TFGe).</p> <p>1. Recomenda-se a avaliação e interpretação dos resultados obtidos em conjunto com o médico assistente; 2. Recomenda-se a repetição de RAC e TFGe após 3 meses para efeitos de diagnóstico de DRC.</p> <p>[Ref. Bibliográfica: Malheiro, J. et al. "Diagnóstico da Doença Renal Crónica em Adultos em Portugal: Orientações Práticas de Peritos Clínicos e Laboratoriais Nacionais", Acta Med Port 38(2), 2025]</p>			
Enzimologia			
Desidrogenase Láctica (LDH) (Ensaio Enzimático)	144 U/l	85 - 227	
Creatinaquinase Total (CK Total) (Fosfato de creatina)	89 U/l	39 - 308	
Enzima Conversora Angiotensina (ECA) (Cinético Enzimático)	17.4 U/l	13.3 - 63.9	

Análises	Resultados	Valores de Referência	
Patologia Química			
Biomarcadores Prostáticos			
PSA Total (Quimiluminescência)	0.45 ng/ml		
		Idade (anos)	Valor Ref. (ng/mL)
		40 - 49	0 - 2.5
		50 - 59	0 - 3.5
		60 - 69	0 - 4.5
		70 - 79	0 - 6.5
Equilíbrio Hidroelectrolítico			
Ionograma sérico (Potenciometria Indirecta)			
Natrémia	140.0 mmol/l	136.0 - 145.0	
Kaliémia	4.5 mmol/l	3.5 - 5.1	
Clorémia	103.0 mmol/l	98.0 - 107.0	
Metabolismo dos Aminoácidos			
Homocisteína (Quimiluminescência)	16.44 µmol/L	3.70 - 13.90	
Eixo Hipófiso-Tiroideu			
Tireoestimulina (TSH) (Quimiluminescência)	0.936 mIU/l	0.350 - 5.500	
Tiroxina Livre (FT4) (Quimiluminescência)	1.31 ng/dl	0.80 - 1.76	

Análises	Resultados	Valores de Referência	
Patologia Química			
Líquidos Orgânicos			
Análise Sumária de Urina (Fotometria de Reflectância)			
pH	7.0		
Densidade	1.006	1.010 - 1.025	
Nitritos	Negativo		
Proteínas	Negativo	mg/dL	
Glicose	Negativo	mg/dL	
Corpos Cetónicos	Negativo	mg/dL	
Urobilinogénio	Negativo	mg/dL	
Bilirrubina	Negativo	mg/dL	
Hemoglobina	Negativo	mg/dL	
Leucócitos	Negativo	Cells/µl	
Sedimento Urinário			
Células Epiteliais de Descamação	Raras	/µl	
Leucócitos	1-5 / campo	/µl	
Eritrócitos	0-3 / campo	/µl	
Imunologia			
Ac. Anti-CCP (Péptido Cíclico Citrulinado) (Ensaio Imunoenzimático)	Negativo (1.30 U/ml) /ml		
		Negativo:	< 7
		Indeterminado:	7 - 10
		Positivo:	>10

Análises	Resultados	Valores de Referência	Resultados anteriores
Imunologia			
Doenças Auto-imunes			
Anticorpos Antinucleares (ANA's) (Imunofluorescência Indirecta)			
Resultado	Negativo [AC 0]	Título: <1/160	

Ref. Bibliográfica:

1. Andrade LEC, et al.; "Executive Committee of ICAP. International consensus on antinuclear antibody patterns: definition of the AC-29 pattern associated with antibodies to DNA topoisomerase I". Clin Chem Lab Med 2018
2. www.anapatterns.org

Anticorpo Anti-dsDNA (Recombinante)

(Ensaio Fluorimunoenzimático)

Método: Fluoroimunoensaio (FEIA)

Resultado **Negativo**

Ac. Anti-Citoplasma de Neutrófilos (ANCA's)

(Imunofluorescência Indirecta)

IgG **Negativo**

Anticorpos Antitiroideos

(Quimiluminescência)

Ac. Anti-Tiroglobulina (Anti-TG) **6.5** UI/ml 5.0 - 100.0

Ac. Anti-Tiroperoxidase **2.8** UI/ml 1.0 - 16.0
(anti-microsomas)

Análises	Resultados	Valores de Referência
----------	------------	-----------------------

Imunologia

Doenças Auto-imunes

Ac. Antígenos nucleares extraíveis [ENA]

(Immunoblotting)

Anticorpo Anti-SS-A **Negativo**

Anticorpo Anti-SS-B **Negativo**

Anticorpo Anti-RNP **Negativo**

Anticorpo Anti-Sm **Negativo**

Anticorpo Anti-Scl-70 **Negativo**

Anticorpo Anti-PM-Scl **Negativo**

Anticorpo Anti-Centrómero **Negativo**

Anticorpo Anti-Histonas **Negativo**

Anticorpo Anti-Nucleossoma **Negativo**

Anticorpo Anti-PCNA **Negativo**

Anticorpo Anti-Jo-1 **Negativo**

Síndromas Reumatóides

Factor Reumatoide

(Imunoturbidimetria reforçada com látex)

<3.5 UI/ml

< 14.0

Imunoserologia

Serologia do T. pallidum

Reacção VDRL

(Floculação de partículas de carvão)

Negativo

Imunoserologia

Marcadores do Vírus da Hepatite B

Antigénio HBs

(Quimiluminescência)

Negativo (<0.10)

Negativo < 1.00

Positivo >= 1.00

Análises	Resultados	Valores de Referência
Imunoserologia		
Marcadores do Vírus da Hepatite B		
<i>Anticorpo HBs</i> (Quimiluminescência)	Positivo (36.98 mUI/mL)	Negativo < 10 Positivo ≥10
<i>Anticorpo HBc Total</i> (Quimiluminescência)	Negativo (0.30)	Negativo: < 1.00 Positivo: ≥ 1.00 Nota: Novos Valores de Referência
Marcadores do Vírus da Hepatite C		
<i>Anticorpo HCV</i> (Quimiluminescência)	Negativo (0.06)	Não reactivo: < 0.80 Indeterminado: 0.80 - 1.00 Reactivo: ≥ 1.00
Marcadores do Vírus da Imunodeficiência		
<i>Anticorpo HIV 1/2 + Antígeno p24</i> (Quimiluminescência - 4ª geração)	Negativo (0.05)	Não reactivo: < 1.0 Reactivo: ≥ 1.0