

# Clinical case of management of the patient with depressive disorder and systemic lupus erythematosus

*Anastasiia Danchenko*

Bogomolets National Medical University/ department  
Psychiatry and addictology

This case report describes authors own experience of clinical management of the patient with depressive disorder and systemic lupus erythematosus (SLE).

---

## Актуальність

В клінічній практиці лікаря-психіатра нечасто доводиться стикатись за пацієнтами, які мають виключно одне захворювання, для ведення та вдалого лікування якого можна скористатись стандартними клінічними настановами. Багато пацієнтів, які приходять до психіатра, мають з собою додатковий «тягар» соматичних захворювань, які часом чинять вирішальний вплив на вибір лікування порушення психічного стану.

Згідно даних статистики ВООЗ [1] та вітчизняної літератури [2] депресивні розлади зазнає 4,4% популяції, притому більше на депресивні розлади страждають жінки – 5,1% (в порівнянні з чоловіками, де поширеність сягає 3,6%). Якщо також брати до уваги субдепресивні стани, які також знижують якість життя та працездатність, то дані значення збільшаться у 2-3 рази.

Системний червоний вовчак (СЧВ) – хронічне автоімунне запальне захворювання сполучної тканини нез'ясованої етіології, яке вражає переважно жінок підліткового та зрілого віку. Для характеристики залучення ЦНС у патологічний процес наразі прийнято використовувати термін «нейропсихіатричний СЧВ» (neuropsychiatric SLE). Патофізіологія ураження ЦНС вірогідно зумовлена васкулітом дрібних судин та/або мікротромбозом внаслідок запальних процесів ендокарду та ендотелію в цілому. Взагалі поширеність нейропсихіатричного СЧВ широко варіює в залежності від діагностичних підходів, середня оцінка - приблизно 56% від усіх хворих з СЧВ. Найпоширеніші синдроми при нейропсихіатричному СЧВ – головний біль, розлади настрою, когнітивні порушення, епілептиформні прояви та цереброваскулярні патології [3]. Поширеність розладів депресивного спектру становить від 8.7%-78.6%, такі значні розбіжності можливо також пояснити використанням різних підходів до оцінки в різних дослідженнях. [4]

У вітчизняній літературі автору не вдалося знаходити публікації щодо ведення пацієнтів з депресивними розладами, поєднаних з СЧВ, тому було прийняте рішення висвітлити результати власного пошуку та досвіду в цьому питанні.

В даній статті розміщено розбір та ведення клінічного випадку депресивного розладу середнього ступеня важкості на фоні системного червоного вовчак (СЧВ).

## Анамнез життя

Пацієнтка А., на момент першого звернення до психіатра 25р., за фахом лікар-педіатр. Друга дитина в родині, спадковість щодо психічних захворювань сумнівна невідтверджена. Ранній ріст та розвиток без особливостей, в школі навчалась відмінно, проявляла значні

інтелектуальні здібності. За характером вкрай вибаглива до себе, прискіплива, замкнена, спокійна.

## **Анамнез захворювання**

СЧВ дебютував в 2007р (в 14 років) гострою гемолітичною анемією, артралгією. Тоді вперше лікувалась стаціонарно, була проведена трансфузія еритроцитарної маси за життєвими показами. Отримувала метилпреднізолон 96 мг/доб, імуносупресанти (азатріопрін) та антинеопластичні засоби (6-меркаптопурин). В подальшому регулярно 1-2 рази на рік стаціонувалась в ревматологічні відділення з приводу загострень. З 2010 по 2013р. не приймала ГКС (глюкокортикостероїди), соматичний стан був задовільним. З 2013р. – загострення, регулярно приймала ГКС (від 16 до 4 мг/доб), делагіл. Всі дані отримані з копій виписних епікризів наданих пацієнткою.

Під час навчання в університеті з 2010р. поступово з'явилися скарги на знижений настрій (які підсилювались при психічних навантаженнях, при загостренні СЧВ в 2014р), знижену працездатність, суб'єктивні погіршення пам'яті та когнітивних функцій, відчуття власної нікчемності та безпорадності. Епізодично зверталась за допомогою до психотерапевта, але суттєвого поліпшення стану не відчувала. В 2015р на фоні психічного перенавантаженні виникли часті напади мігрені. Консультована епілептологом, МРТ голови без патології, за даними проведеної ЕЕГ – помірні дифузні порушення БЕАГМ (базальної електричної активності головного мозку), поодинокі деформовані епі-комплекси, знижений поріг судомної готовності. Напади мігрені редукувались зі зниженням психічного навантаження.

На момент звернення до психіатра (16.06.2018) повний соматичний діагноз сформований як «Системний червоний вовчак, хронічний перебіг, I ступінь активності, з ураженням шкіри (еритема «метелик», фотосенсибілізація), судин (ангіопатія нижніх кінцівок), суглобів (поліартрит), нервової системи (астено-депресивний синдром), серця (кардіосклероз, мінімальна недостатність мітрального клапана, СН I ст., ФК II), ретикуло-ендотеліальної системи (спленомегалія, лімфаденопатія); гематологічні зміни (тромбоцитопенія, анемія, лейкопенія); імунологічні порушення (наявність антинуклеарних антитіл (АНА), вовчаковий антикоагулянт, антирибонуклеарні антитіла в анамнезі. Гормонозалежність. Ятрогенний гіперкортицизм». Слід зауважити, що таке розгорнуте формулювання діагнозу в даному випадку не є надлишковим – для оптимального вибору лікування необхідно зважати на всі супутні соматичні порушення.

## **Психічний статус**

При огляді доступна контакту, охоче та детально відповідає на всі запитання, але часто замислюється, незначно загальмована. Вираз обличчя скорботний, емоційні реакції збережені, повністю відповідають ситуації. Емоційно лабільна, настрої знижені. Скаржиться на «поганий настрій», «великі труднощі з працездатністю – необхідно докласти неабияких зусиль, щоб займатись навіть нескладною рутинною працею, доводиться постійно себе примушувати щось робити». Стан зазвичай плавно погіршується протягом дня та досягає максимуму у вечірні години. Відмічає також дратівливість, коливання настрою, виснажливність, відчуття страху з приводу майбутнього, труднощі з засинанням, часті нічні пробудження, повідомляє про гіпнагогічні сніпання – по 5-6 разів при засинанні, «набагато сильніші, ніж раніше». При розпитуванні також повідомляє про частий головний біль (принаймні раз на тиждень), який пов'язує з перенапруженням. Схильна до надмірної фіксації на власних хворобливих переживаннях та деякого суб'єктивного перебільшення важкості свого стану. По попередній оцінці за Шкалою депресії Гамільтона (HDRS – Hamilton Depression Rating Scale) – 21 бал. Свій стан повністю розуміє, активно просить про допомогу.

## Лікування

При призначенні фармакотерапії у конкретному випадку було вирішено надати перевагу антидепресантам з активуючим ефектом. До препарату вибору була дуже жорстка вимога: відсутність взаємодії /впливу на фармакокінетику препаратів підтримуючої терапії СЧВ, які пацієнтка постійно приймає (метилпреднізолон 8мг/доба, делагіл 250 мг/доба). З урахуванням стимулюючої та тимоаналептичної дії, відсутності впливу на печінкові цитохроми, селективного впливу на серотонінові рецептори [5] було призначено препарат венлафаксин 37,5мг 2р/д (ранок, обід), тобто 75 мг/доба – мінімальне рекомендоване терапевтичне дозування.

Головний біль, часті гіпнагогічні сніпання, що призводили до порушення засинання, які посилювались на тлі психічних навантажень, було інтерпретовано як можливі органічні епілептиформні прояви нейропсихіатричного СЧВ, тому до основної терапії було додано препарат прегабаліну в дозуванні 75 мг 1р/д на ніч курсами по 3-4 тижні з перервами кілька місяців з метою уникнення звикання або зловживання.

Катамнестичне спостереження показало деяке поліпшення загального самопочуття, настрою та активності протягом 3 тижнів. Через 3 місяці регулярного прийому 75 мг венлафаксину на добу спостерігалась часткова редукція всіх скарг та суб'єктивне задоволення власним станом, але прогрес лікування надалі був недостатньо виразний, тому через 6 місяців дозову збільшено до 150мг (раз на день прийом капсул пролонгованої дії).

## Через рік після початку лікування

Станом на 13.08.2019 при огляді доступна продуктивному контакту, охоче та легко відповідає на запитання, повідомляє про значне суб'єктивне поліпшення стану (рівний фон настрою, відновлення працездатності та загальної активності, відсутність проблем зі сном). Зменшилась фіксованість на хворобливих переживаннях та схильність до іпохондирчних міркувань. При розпитуванні повідомляє про періодичні коливання настрою, які однак не впливають на якість життя, та головний біль, частота нападів якого зменшилась до 1-2 епізодів на місяць. Жвава, емоційно дещо лабільна, емоційні прояви повністю відповідають ситуації по характеру та виразності. Спокійна, фон настрою ближче до рівного. Орієнтовна оцінка за Шкалою депресії Гамільтона – 5 балів.

Також повідомляє (підтверджено виписним епікризом соматичного стаціонару та даними лабораторних обстежень) про вихід в якісну ремісію СЧВ та перехід на мінімальне підтримуюче дозування метилпреднізолону (4 мг/доба).

Прийнято рішення вважати обрану фармакотерапію доцільною та ефективною і продовжити прийом терапевтичної дози венлафаксину 150 мг/доба.

## Депресивний розлад цієї пацієнтки - наслідок СЧВ чи повністю незалежний інтеркурентний стан?

Згідно рекомендацій European League Against Rheumatism (EULAR) щодо ведення пацієнтів з нейропсихіатричним СЧВ, діагностичний підхід психіатричних розладів має бути таких же самий, як для пацієнтів без СЧВ (за умови виключення таких чинників як інфекція, метаболічні/ендокринні порушення, ускладнення фармакотерапії) [6]. З урахуванням концепції ролі цитокінів в патогенезі депресії [7] та того факту, що при автоімунних патологіях рівень цитокінів підвищується, наразі не можливо дати точну відповідь щодо причинно-наслідкових зв'язків депресії та СЧВ

## Висновки

1. Діагностичний підхід при визначенні депресивних розладів у пацієнтів з СЧВ не відрізняється від загальних підходів при діагностиці депресії;
2. Клінічна картина нейропсихіатричного СЧВ зазвичай поліморфна та представлена кількома розладами різного ступеня виразності;
3. Лікування депресивного розладу при СЧВ носить патогенетичний та симптоматичний характер, але ефективний вибір препаратів зумовлений запобіганням можливих інтеракцій антидепресантів та ліків основної терапії СЧВ;
4. Враховуючи можливий зв'язок перебігу запальних процесів та депресивних розладів (цитокінова теорія депресії), існує значна вірогідність впливу перебігу СЧВ на виразність депресії та навпаки.

## References

1. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: WHO; 2017. [Publisher Full Text](#)
2. Naprjejenko OK, Loganovs'kyū KM, Syropjatov OG. Non-circular depressions: monograph. Kyiv: Non-circular depressions: monograph; 2013.
3. O'Neal MA. Neurology and Psychiatry of Women. Basel: Springer International Publishing; 2019.
4. Moustafa AT, Moazzami M, Engel L, et al. Prevalence and metric of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: A systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum*. 2019. [DOI](#) | [PubMed](#)
5. Pharmaceuticals PLC. Instructions for medical treatment of venlafaxine. Kormend: EGIS; 2000. [Publisher Full Text](#)
6. Bertsias GK, Ioannidis JP, Aringer M, et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus with neuropsychiatric manifestations: report of a task force of the EULAR standing committee for clinical affairs. *Ann Rheum Dis*. 2010; 69(12):2074-82. [DOI](#) | [PubMed](#)
7. Lotrich FE. Inflammatory cytokine-associated depression. *Brain Res*. 2015; 1617:113-25. [DOI](#) | [PubMed](#)