

Варианты психических нарушений у больных системной красной волчанкой

Т. А. Лисицына, Д. Ю. Вельтищев¹, О. Ф. Серавина¹, О. Б. Ковалевская¹, А. С. Марченко¹,
Е. Л. Насонов

ГУ Институт ревматологии РАМН, Москва

¹ ФГУ Московский НИИ психиатрии Росздрава

Резюме

Цель. Анализ распространенности и структуры психических нарушений среди пациентов с системной красной волчанкой (СКВ), наблюдающихся в ГУ Институт ревматологии РАМН.

Материал и методы. Включены 115 пациентов достоверной СКВ в возрасте 34 (24-45) года (медиана и интерквартильный размах), продолжительность болезни — 8 (4-17) лет. Активность СКВ оценивали с помощью шкалы SLEDAI. Психические нарушения диагностировались психиатром в соответствии с МКБ-10 с использованием ряда психиатрических и психологических шкал.

Результаты. Психические нарушения были выявлены у 76 из 115 (66 %) пациентов. Преобладали расстройства тревожно-депрессивного спектра (83 %): депрессивные эпизоды (40 %), расстройства адаптации (24 %), генерализованные тревожные расстройства (10 %) и дистимия (9 %). Выраженные когнитивные нарушения выявлены у 7 % пациентов. Не выявлено различий по возрасту, полу, длительности и степени активности СКВ, длительности и кумулятивной дозе ГК и цитотоксиков у пациентов с психическими нарушениями и без таковых.

Заключение. Психические нарушения часты среди больных СКВ (66 %). В их спектре основное место занимают тревожно-депрессивные расстройства (83 %). Характер взаимосвязей между СКВ и психическими нарушениями требует дальнейшего изучения.

Ключевые слова: системная красная волчанка, психические нарушения

Психические заболевания, включающие аффективные (тревно-депрессивного спектра) и психотические расстройства, встречаются, по данным зарубежных авторов, более чем у половины больных, страдающих системной красной волчанкой (СКВ) [1, 2]. В России исследований, посвященных изучению распространенности психических расстройств у больных СКВ, до настоящего времени не проводилось.

Психические расстройства при СКВ могут быть связаны с непосредственным поражением ЦНС, вторичной инфекцией, другими коморбидными заболеваниями или приемом некоторых лекарственных препаратов, а также являться психогенными реакциями на стрессоры, связанными с течением хронического заболевания и, что бывает крайне редко, могут быть проявлением первичного психического заболевания [3]. В большинстве случаев можно говорить о многофакторном генезе психических расстройств, развивающихся при системном заболевании.

В 1999 г Американский Колледж Ревматологов (АКР) выделил 19 нейропсихических синдромов, наиболее полно характеризующих проявления поражения ЦНС при СКВ [4]. Для характеристики психических проявлений помимо психоза выделены *тревожные расстройства, снижение познавательной способности (когнитивные нарушения), расстройства настроения*, в том числе депрессии, и *состояние внезапной потери сознания (делириозный синдром)*.

Целью настоящего исследования явился анализ распространенности психических нарушений среди пациентов с СКВ, наблюдающихся в ГУ Институте ревматологии РАМН.

Материал и методы

В исследование были включены 115 пациентов с достоверной СКВ, согласно диагностическим критериям АКР (1997г) [5]. Среди больных преобладали женщины — 106 человек (92%). Возраст составил 34 (24-45) года, длительность заболевания — 8 (4-17) лет. Активность СКВ оценивалась с помощью балльной шкалы SLEDAI [6]. Значение SLEDAI на момент включения в исследование было 9 (2-16) баллов. Индекс повреждения (ИП (SLICC/ACR/DI)) составил 2 (0 — 3) балла [7]. Клиническая характеристика пациентов на момент включения в исследование представлена в табл. 1

Таблица 1
ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ОТДЕЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ
ПРОЯВЛЕНИЙ СКВ НА МОМЕНТ ВКЛЮЧЕНИЯ
В ИССЛЕДОВАНИЕ

Клинические проявления	Число больных	
	абс.	%
Фотодерматит	34	29
Эритема в форме «бабочки»	22	19
Язвенный стоматит	20	17
Артриты	29	25
Эксудативный полисерозит	25	22
Нефрит	65	56
Неврологические проявления	40	35
Гематологические нарушения	32	28
Иммунологические нарушения	63	55
Антинуклеарный фактор	73	63

Все вошедшие в исследование больные получали глюкокортикоиды (ГК), суточная доза которых в пересчете на преднизолон составила 12, 5 (10-20) мг/сут., длительность приема ГК — 10 (6-14) лет, кумулятивная доза — 49, 7 г. (35, 6-79, 3); 40% пациентов на момент включения в исследование получали цитотоксик: 25% — циклофосфамид, 10% — азатиоприн, 2% — метотрексат, 2% — селлсепт (мофетила микофенолат) и 1% — циклоспорин А.

Уровень антител в двуспиральной ДНК, антинуклеарный фактор, IgG и IgM АКЛ и волчаночный антикоагулянт (ВА) определялись в лаборатории клинической иммунологии и лаборатории клинических испытаний Института ревматологии РАМН с помощью стандартных методов.

Все пациенты, включенные в исследование, были обследованы психологом и психиатром ФГУ Московский НИИ психиатрии Росздрава. Использовались следующие психиатрические и психологические шкалы и методики: госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)), шкала тревоги Гамильтона (Hamilton Anxiety Rating Scale), шкала депрессии Монтгомери-Асберга (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)), шкала психотравмирующих ситуаций и непосредственных реакций (Вельтищев, 2007), шкала оценки социальной адаптации (Holmes, Rahe, 1967), а также проективная патопсихологическая методика «Пиктограммы» (Лурия, 1961) для оценки когнитивных функций. Психические расстройства диагностировались в соответствии с МКБ-10 с применением полуструктурированного интервью.

Для статистической обработки материала использовались методы непараметрической статистики программы «Statistica 6. 0». При сравнении групп использовали критерий Манна-Уитни соответственно парному t-критерию, результаты представлены в виде медианы с интерквартильным размахом (25-й — 75-й процентиль). Корреляционный анализ проводился по методу Спирмена. Различия считались достоверными при $p < 0, 05$.

Результаты

Психические нарушения были выявлены у 76 из 115 (66 %) пациентов. Структура психических нарушений представлена в табл. 2. Среди выявленных нарушений преобладали расстройства тревожно-депрессивного спектра (83 %): депрессивные эпизоды различной выраженности (40 %), расстройства адаптации (24 %), генерализованное тревожное расстройство (10 %) и дистимия (9 %). Выраженные когнитивные нарушения, граничащие с деменцией, были обнаружены у 7 % пациентов. Менее выраженные когнитивные нарушения встречались практически у всех пациентов с депрессией и рассматривались нами как её проявление. Необходимо отдельно отметить высокую встречаемость нарушений сна у пациентов с СКВ, приближающуюся к 90 %. Большинство всех нарушений сна (66 %) было проявлением тревожно-депрессивных расстройств и исчезало на фоне терапии антидепрессантами. Используемые в исследовании шкалы психотравмирующих ситуаций и оценки социальной адаптации (Holmes, Rahe, 1967) позволили выявить высокую встречаемость психотравмирующих событий у 47 % пациентов в дебюте СКВ и у 35 % — накануне обострения СКВ.

Таблица 2
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА
ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Психические нарушения	Абс. значение	% (n=76)*	% (n=115)**
Депрессивный эпизод	31	40	27
- выраженный депрессивный эпизод	13	17	11
- умеренный депрессивный эпизод	18	23	16
Расстройства адаптации	19	24	16
Генерализованное тревожное расстройство	8	10	7
Дистимия	7	9	6
Выраженные когнитивные расстройства	5	7	4
Острое стрессовое расстройство	3	4	3
Делирий	1	1	1
Биполярное расстройство	1	1	1
Олигофрения	1	1	1

Примечание:

* больные с психическими нарушениями

** все больные, вошедшие в исследование

Сравнение пациентов с психическими нарушениями и без таковых не выявило значимых различий по полу, возрасту, длительности и степени активности СКВ, а также длительности приема, кумулятивной дозе и дозе ГК, принимаемой на момент включения в исследование, длительности терапии цитотоксиками и кумулятивной дозе циклофосфамида (табл. 3). Однако необходимо отметить, что у пациентов с психическими нарушениями, в отли-

Таблица 3
 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ И БЕЗ ТАКОВЫХ

Признак	Психические нарушения есть (n=76) Me (25%-75%)	Психических нарушений нет (n=39) Me (25%-75%)	p
Возраст на момент осмотра, годы	34 (26-46)	32 (23-43)	н/д
Возраст в дебюте СКВ, годы	22 (16- 27)	20,5 (15- 29,5)	н/д
Продолжительность СКВ, годы	10 (4,2- 18)	7,8 (3,5- 14)	н/д
SLEDAI на момент осмотра, балл	8 (2- 16)	11,5 (5- 16)	н/д
Индекс повреждения (ИП (SLICC/DI)), балл	2 (0- 3)	1 (0-2)	н/д
Длительность приема ГК, годы	10 (5,3- 14)	9,8 (7,5- 12,4)	н/д
Кумулятивная доза ГК, грамм	54,9 (38,2- 79,3)	36,7 (25,2- 78,5)	н/д
Максимальная доза ГК, мг	40 (20- 60)	40 (30- 60)	н/д
Доза ГК на момент осмотра, мг	12,5 (7,5- 20)	12,1 (10- 20)	н/д
Кумулятивная доза ЦФ, грамм	2,1 (0- 10,2)	1,7 (0- 4,8)	н/д
Варианты течения СКВ: n (%)			
- острое	13 (17%)	13 (33%)	p=0,054
- подострое	17 (22%)	8 (21%)	н/д
- хроническое	46 (61%)	18 (46%)	н/д
Фотодерматит	28 (37%)	6 (16%)	p=0,02
Эритема-«бабочка»	17 (23%)	5 (13%)	н/д
Генерализованные эритематозные высыпания	17 (22%)	1 (2,5%)	p=0,008
Язвенный стоматит	16 (21%)	4 (10%)	н/д
Артрит	18 (24%)	11 (28%)	н/д
Экссудативный серозит	15 (20%)	10 (26%)	н/д
Наличие нефрита	43 (57%)	22 (56%)	н/д
Неврологические расстройства (согласно ACR)	33 (43%)	7 (18%)	p=0,008
Гематологические нарушения	18 (27%)	14 (36%)	н/д
Иммунологические нарушения	40 (53%)	23 (59%)	н/д
Антинуклеарный фактор	49 (65%)	24 (62%)	н/д

чии от пациентов без таковых, значительно чаще ($p < 0,05$) имелись неврологические проявления СКВ – 45 % и 19 % соответственно, генерализованные эритематозные кожные высыпания (23 % и 3 % соответственно), фотодерматит (38 % и 18 % соответственно). Большинство пациентов с психическими

нарушениями (61 %) имели хроническое (по началу заболевания) течение СКВ и лишь 17 % – острое. Среди пациентов без психических нарушений распределение по вариантам течения СКВ было более равномерным – 46 % – хроническое, 33% – острое и 21 % – подострое. Пациенты с психическими нарушениями имели более высокий ИП – 2 (0-3) и 1 (0-2), баллов соответственно. У пациентов с длительностью заболевания менее 2 лет значимо чаще ($p = 0,02$) встречались острое стрессовое и генерализованное тревожное расстройства и совсем не выявлялись когнитивные нарушения и дистимия. Расстройства адаптации преобладали у пациентов с длительностью СКВ менее 5 лет, а депрессивные эпизоды примерно с одинаковой частотой выявлялись у пациентов с различной давностью болезни (табл. 4). Делирий был диагностирован у пациентки с высокой активностью СКВ, длительность заболевания у которой составила 4 года.

 Таблица 4
 ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ СКВ

Психические нарушения	Продол-ть СКВ < 2 лет n=16 n (%)	Продол-ть СКВ $\geq 2 \leq 5$ лет n=21 n (%)	Продол-ть СКВ > 5 лет n=78 n (%)	p
Депрессивный эпизод	4 (25)	4 (19)	23 (29)	н/д
Расстройства адаптации	2 (12,5)	7 (33)	10 (13)	н/д
Генерализованное тревожное расстройство	2 (12,5)	1 (5)	5 (6)	н/д
Острое стрессовое расстройство	2 (12,5)	0	1 (1)	p=0,02
Когнитивные нарушения	0	0	5 (6)	н/д
Дистимия	0	1 (5)	6 (8)	н/д
Биполярное расстройство	0	0	1 (1)	н/д
Олигофрения	0	0	1 (1)	н/д
Делирий	0	1 (5)	0	$p_{2-3}=0,04$

Обсуждение

Исходя из данных современных зарубежных исследований, от 17% до 75% всех пациентов СКВ имеют психические нарушения [1, 2, 3]. Наша работа подтверждает эти данные.

Наиболее часто встречающимися психическими расстройствами при СКВ, по данным литературы, являются *тревожно-депрессивные*, включающие эпизоды так называемой большой депрессии (28-40 % больных), тревожные расстройства (24-70 %); расстройства адаптации с тревожной и депрессивной симптоматикой (19-46 % пациентов) [1, 2]. По нашим данным, депрессивные эпизоды были выявлены у 27 %, дистимия как вариант депрессивного расстройства, характеризующегося относительно

слабо выраженным депрессивным настроением, сохраняющимся более 2 лет, встретились у 6 % больных; расстройства адаптации — у 16 % и генерализованное тревожное расстройство встречалось несколько реже — у 7 % пациентов. В целом, расстройства тревожно-депрессивного спектра выявлены более чем у половины обследованных пациентов (56 %).

Согласно данным литературы, вторым наиболее часто встречающимся психическим расстройством у больных СКВ являются *когнитивные нарушения* (у 75-80 %) [8], к которым относят, прежде всего, нарушения памяти и внимания. В большинстве случаев они обусловлены наличием депрессии [9], адекватная терапия которой приводит к восстановлению когнитивных функций. Однако, в случаях очагового поражения и/или атрофии головного мозга, когнитивные нарушения необратимы и неуклонно прогрессируют. По нашим данным, встречаемость когнитивных нарушений была несколько ниже указываемой в работах других авторов. Более или менее выраженные когнитивные нарушения отмечались практически у всех больных с депрессией (27 %), однако только у 4 % их выраженность граничила с деменцией. Наличие выраженных когнитивных нарушений у наших пациентов, как и у больных в других наблюдениях [10-12], ассоциировалось со стойко высоким уровнем антифосфолипидных антител (АКЛ, ВА) и наличием ОНМК в анамнезе.

Психоз, согласно данным литературы, встречается примерно у 5 % больных СКВ и может быть как проявлением активности основного заболевания (часто ассоциирован с повышением титра антител к рибосомальному протеину П), так и быть связанным с лечением высокими дозами ГК [13]. В нашем исследовании не было выявлено ни одного случая психоза на момент включения больных в исследование. Однако в анамнезе психоз диагностировался у 4 % всех обследованных, причем в 4 из 5 случаев он связывался с высокой активностью СКВ.

Делирий, или состояние внезапного помрачения сознания, чаще является следствием активности СКВ, либо может быть обусловлен интоксикационным синдромом в рамках септического состояния или приема ряда медикаментов. Он относится к редким проявлениям СКВ. В нашем исследовании делирий был диагностирован у 1 пациентки с высокой активностью СКВ.

Причина частой встречаемости психических нарушений при СКВ остается по-прежнему не выясненной. Различные психические нарушения часто ассоциируются с высокой активностью СКВ и регрессируют по мере её снижения [14]. Многие авторы, пытающиеся связать психические нарушения с высокой воспалительной активностью заболевания, основываются на данных, подтверждающих положительную корреляцию между

выраженностью депрессии и высоким уровнем провоспалительных цитокинов и других медиаторов воспаления даже при отсутствии хронического воспалительного заболевания [15 – 20]. Однако работ, в которых авторы подтверждают эту гипотезу при СКВ, немного. В 1976 г. Е. J. Feinglass и соавт. [21] показали, что нейропсихические нарушения, выявленные в первые годы развития СКВ, ассоциируются с клинико-лабораторной активностью заболевания. F. G. Nery и соавт. [22] также отметили, что выраженность депрессии коррелирует с высокой активностью СКВ ($r=0,26$, $p=0,026$). В нашей работе, как и во многих других, не выявлено четкой связи между наличием психических нарушений и воспалительной активностью СКВ в момент обследования [11, 23-26]. Это касается, прежде всего, тревожно-депрессивных и когнитивных расстройств. Единственным психическим расстройством, развивающимся на фоне высокой активности и неадекватной терапии СКВ, как по данным литературы, так и по собственным наблюдениям, является делириозный синдром.

Таким образом, выраженность тревожно-депрессивных расстройств не всегда находится в прямой зависимости от активности СКВ. Остается неясной связь повышения активности СКВ и выраженности депрессивной симптоматики — стрессовые факторы провоцируют депрессию и повышение активности СКВ или же высокая активность процесса ведет к более выраженной депрессивной симптоматике [27]. Тем не менее 74 % пациентов (в нашем исследовании — 35 %) сообщают о непосредственной связи усиления симптомов СКВ с повседневными стрессами. При этом затяжные дистрессы с депрессивными проявлениями сопровождаются повышением активности СКВ [28, 29]. Кроме того, хронический стресс и тревожно-депрессивная симптоматика могут предшествовать манифесту системного заболевания. По-видимому, СКВ и расстройства тревожно-депрессивного спектра не находятся в причинно-следственных отношениях. Конструктивный поиск должен быть направлен на установление эквивалентности клинических феноменов. Это широкое поле для выработки общей патогенетической и терапевтической концепции.

Итак, результаты исследования подтвердили высокую частоту (66 %) психических нарушений среди пациентов с СКВ, в спектре которых основное место занимают тревожно-депрессивные расстройства (83 %). На данной выборке пациентов не было выявлено зависимости между полом, возрастом, длительностью и активностью заболевания, дозой применяемых для лечения ГК и цитотоксиков и наличием психических заболеваний. Характер взаимосвязей между СКВ и психическими нарушениями требует дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Purandare K. N., Wagle A. C., Parker S. R. Psychiatric morbidity in patients with systemic lupus erythematosus. *Q. J. Med.*, 1999, 92, 283-286.
2. Hermosillo-Romo D., Brey R. L. Diagnosis and management of patients with neuropsychiatric systemic lupus erythematosus (NPSLE). *Best Pract. & Res. Clin. Rheumatol.*, 2002, 16 (2), 229-244.
3. Levenson J. L. Psychiatric issues in rheumatology. *Primary Psychiatry*, 2006, 13 (11), 23-27.
4. Nived O., Sturfelt G., Liang M. H., De Pablo P. The ACR nomenclature for CNS lupus revisited. *Lupus*, 2003, 12, 872-876.
5. Hochberg M. C. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthr. Rheum.*, 1997, 40, 1725.
6. Bombardier C., Gladman D. D., Urowitz M. B. et al. Derivation of the SLEDAI. A disease activity index for lupus patients. The Committee on Prognosis Studies in SLE. *Arthr. Rheum.*, 1992, 35 (6), 630-640.
7. Gladman D., Ginzler E., Goldsmith C et al. Systemic Lupus International Collaborating Clinics: development of a damage index in systemic lupus erythematosus. *J. Rheumatology*, 1992, 19, 1820-1821.
8. Denton F., Sharpe L., Schrieber L. Cognitive bias in systemic lupus erythematosus. *Eur. J. Pain*, 2005, 9, 1, 5-14
9. Brey R. L., Holliday S. L., Saklad A. R. et al. Neuropsychiatric syndromes in lupus. *Neurology*, 2002, 58, 1214-1220.
10. McLaurin E. Y., Holliday S. L., Williams P., Brey R. L. Predictors of cognitive dysfunction in patients with systemic lupus erythematosus. *Neurology*, 2005, 64 (2), 297-303.
11. Whitelaw D. A., Spangenberg J. J., Rickman R. et al. Association between the antiphospholipid antibody syndrome and neuropsychological impairment in SLE. *Lupus*, 1999, 8, 444-448.
12. Mikdashi J., Handwerger B. Predictors of neuropsychiatric damage in systemic lupus erythematosus: data from the Maryland lupus cohort. *Rheumatol.*, 2004, 43, 1555-1560.
13. Gerli R., Caponi L., Tincani A. et al. Clinical and serological associations of ribosomal P autoantibodies in systemic lupus erythematosus: PROSPECTIVE evaluation in a large cohort of Italian patients. *Rheumatol.*, 2002, 41, 1357-1366.
14. Segui J., Ramos-Casals M., Garcia-Carrasco M. et al. Psychiatric and psychosocial disorders in patients with systemic lupus erythematosus: a longitudinal study of active and inactive stages of the disease. *Lupus*, 2000, 9 (8), 584-588.
15. Dentino A. N., Pieper C. F., Rao K. M. K. et al. Association of interleukin-6 and other biologic variables with depression in older people living in the community. *J. Am. Geriatric Soc.*, 1999, 47, 6-11.
16. Lutgendorf S. K., Garand L., Buckwalter K. C. et al. Life stress, mood disturbance and elevated interleukin-6 in healthy older women. *J. Gerontol. Biol. Sci.*, 1999, 54, M434-M439.
17. Pasic J., Levy W. C., Sullivan M. D. Cytokines in depression and heart failure. *Psychosom. Med.*, 2003, 65, 181-193.
18. Pollmacher T., Haack M., Schuld A. et al. Low levels of circulating inflammatory cytokines – do they affect human brain functions? *Brain Behav. Immun.*, 2002, 16 (5), 525-532.
19. Licinio J., Wong M. L. The role of inflammatory mediators in the biology of major depression: central nervous system cytokines modulate the biological substrate of depressive symptoms, regulate stress-responsive systems and contribute to neurotoxicity and neuroprotection. *Mol. Psychiatry*, 1999, 4 (4), 317-327.
20. Smith R. S. The macrophage theory of depression (published erratum appears in *Med Hypotheses*, 1991, 36, 178). *Med. Hypotheses*, 1991, 35, 298-306.
21. Feinglass E. J., Arnett F. C., Dorsch C. A. et al. Neuropsychiatric manifestations of systemic lupus erythematosus: diagnosis, clinical spectrum, and relationship to other features of the disease. *Medicine (Baltimore)*, 1976, 55 (4), 323 – 329.
22. Nery F. G., Borba E. F., Hatch J. P. et al. Major depressive disorder and disease activity in systemic lupus erythematosus. *Compr. Psychiatry*, 2007, 48 (1), 14-19.
23. Jump R., Robinson M., Armstrong A. et al. Fatigue in systemic lupus erythematosus: contributions of disease activity, pain, depression and perceived social support. *J. Rheumatol.*, 2005, 32 (9), 1699-1705.
24. Shortall E., Isenberg D., Newman S. P. Factors associated with mood and mood disorders in SLE. *Lupus*, 1995, 4, 272-279.
25. Lim L., Ron M. A., Ormerod I. E. et al. Psychiatric and neurological manifestations in systemic lupus erythematosus. *Q. J. M.*, 1988, 66 (249), 27-38.
26. Onda K., Kato S. A clinical study of psychopathology in systemic lupus erythematosus. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 2000, 102 (7), 616-639.
27. Wekking E. M., Vingerhoets A. J., Dam A. P., et al. Daily stressors and systemic lupus erythematosus: A longitudinal analysis – first findings. *Psychother. Psychosom.*, 1991, 55, 108-113.
28. Peralta-Ramirez M. I., Alonso J. J., Godoy J. F. et al. The effects of daily stress and stressful life events on the clinical symptomatology of patients with lupus erythematosus. *Psychosom. Med.*, 2004, 66, 788-794.
29. Doria A., Rinaldi S., Ermani M. et al. Health-related quality of life in Italian patients with systemic lupus erythematosus. II. Role of clinical, immunological and psychological determinants. *Rheumatol.*, 2004, 43, 12, 1580-1586.

Abstract

T.A. Lisitsyna, D.Y. Veltishev, O.F. Seravina, O.B. Kovalevskaya, A.S. Marchenko, E.L. Nasonov

Variants of psychiatric disorders in patients with systemic lupus erythematosus

Objective. To analyze prevalence and structure of psychiatric disorders in pts with systemic lupus erythematosus (SLE) examining in the Institute of rheumatology of RAMS.

Material and methods. 115 pts with SLE with median age 34 [24; 45] years and median disease duration 8 [4; 17] years were included. SLE activity was assessed with SLEDAI. Psychiatric disorders were diagnosed by a psychiatrist according to ICD-10 using some psychiatric and psychological scales.

Results. Psychiatric disorders were revealed in 76 from 115 (66%) pts. Anxiety-depressive spectrum disorders prevailed (83%): depressive episode (40%), adjustment disorders (24%), generalized anxiety disorder (10%), dysthymia (9%). Severe cognitive dysfunction was revealed in 7% of pts. Pts with and without psychiatric disorders did not significantly differ in age, sex, duration and activity of the disease, duration of treatment and cumulative dose of prednisolone and cytotoxic drugs.

Conclusion. Psychiatric disorders are frequent in pts with SLE (66%). Anxiety-depressive disorders prevail among them (83%). Relationship between SLE and psychiatric disorders requires further examination.

Key words: *systemic lupus erythematosus, psychiatric disorders*