

ПСИХИАТРИЯ

УДК 616-053.89

*Н. Н. Петрова¹, Л. С. Круглов², К. А. Пчеловодова³***КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕПРЕССИИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА И ПОКАЗАТЕЛИ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФОРМИРУЮЩЕЙСЯ КОМОРБИДНОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ**

¹ Санкт-Петербургский государственный университет, Российская Федерация, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9

² Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, Российская Федерация, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3

³ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, Российская Федерация, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6–8

Значение работы определяется, прежде всего, увеличением доли пожилого населения и значительной распространенностью в позднем возрасте депрессивных состояний, а также деменции. Симптоматика этих двух вариантов нарушений в некоторых аспектах имеет определенное сходство, что в первую очередь относится к когнитивным расстройствам. В результате могут возникать известные трудности дифференциальной диагностики, а соответственно и выбора адекватной терапии.

Изучены 50 пациентов геронтопсихиатрических стационарных отделений. Больные были разделены на две равные группы, в одной из которых депрессия сочеталась с формированием коморбидной деменции, а в другой присутствовала изолированно. Методы исследования включали Гериатрическую шкалу депрессии, шкалы Гамильтона и CGI, а также тест MMSE. Установлена характерность для рассматриваемой коморбидности — более значительная заторможенность в структуре депрессии, диссомнические нарушения ранней бессонницей и повышение аппетита. Присоединение дементирующего процесса приводило к усилению расстройств внимания и определяло поражение высших корковых функций. Возможности терапии депрессии под влиянием формирования коморбидной деменции оказывались существенно ограниченными. Библиогр. 15 назв. Ил. 3. Табл. 4.

Ключевые слова: депрессия, деменция, поздний возраст, коморбидность.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF LATE-LIFE DEPRESSION AND COGNITIVE FUNCTIONING IN PATIENTS WITH DEVELOPING COMORBID DEMENTIA*N. N. Petrova¹, L. S. Kruglov², K. A. Pchelovodova³*

¹ St. Petersburg State University, 7–9, Universitetskaya nab., St. Petersburg, 199034, Russian Federation

² St. Petersburg V. M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, 3, ul. Bekhtereva, Saint-Petersburg, 192019, Russian Federation

³ First St. Petersburg State Medical University named after I. P. Pavlov, 6–8, ul. L'va Tolstogo, St. Petersburg, 197022, Russian Federation

The significance of the study is prompted especially by an increase in the elderly population and high prevalence of depression and dementia in late stages of human life. The symptoms of both of them in some respects have a certain resemblance which is primarily related to cognitive impairment. As a result there may be certain difficulties of differential diagnosis and of selecting of an appropriate therapy.

50 patients of gerontopsychiatric inpatient units were observed. They were divided into two equal groups one of which included patients with co-morbidity of depression and dementia and for the patients of the second group the last was not characteristic. Research methods included Geriatric Depression Scale, Hamilton depression scale and CGI as well as MMSE test. It was found that the first group was characterized by more significant motor retardation sleep disorders in the beginning of night time and increase of the appetite. The development of dementia led to increased attention disorders and determined the loss of higher cortical functions. Possibility of treatment of depression under the influence of the formation of co-morbid dementia significantly declined. Refs 15. Figs 3. Tables 4.

Keywords: depression, dementia, old age, co-morbidity.

Известно, что в настоящее время наблюдается значительное увеличение числа лиц пожилого возраста в населении большинства стран мира, в том числе России [1]. Это неизбежно делает актуальным широкий круг вопросов, значимых для обеспечения полноценного существования в старости. Между тем этот период жизни характеризуется, как правило, определенным ухудшением здоровья, в том числе в сфере психической деятельности.

В последнем плане особенно выделяются депрессия и деменция — два наиболее частых психопатологических синдрома пожилого возраста. Депрессия выявляется у 15–30% лиц старше 65 лет, деменция — у 4–8%, а клинически значимые когнитивные нарушения в целом — у 15–25% [2–4]. При этом следует отметить, что оценка состояния психической сферы пожилых больных бывает затруднительной, вследствие чего оба этих состояния (депрессия и деменция) нередко выявляются с опозданием [5, 6]. Во многом это обусловлено частым отнесением их проявлений к «обычным признакам старости». В результате возникают сложности своевременной диагностики данных состояний, а лечение начинается отсрочено.

Одной из особенностей депрессивных эпизодов у пожилых является их частое клиническое отражение на когнитивном функционировании в плане его ухудшения [7]. Вследствие наличия когнитивных нарушений в рамках депрессивных расстройств («депрессивная псевдодеменция») возникают трудности дифференциальной диагностики между депрессией и возможным формированием подлинной деменции. Субъективные проявления депрессии у пациентов с когнитивными нарушениями и органическим снижением критики видоизменяются, в результате чего больным трудно выразить свое эмоциональное состояние. Между тем своевременная дифференциальная диагностика в данном случае чрезвычайно важна для определения терапевтической тактики.

Кроме того, депрессия, дебютирующая в пожилом возрасте, может быть продромальным явлением или встречаться на ранней стадии сосудистой или дегенеративной патологии головного мозга, ведущей к деменции [8]. Признаки депрессии выявляются у трети пациентов с деменцией, т. е. чаще, чем среди лиц в популяции того же возраста, не страдающих деменцией [9]. Причем имеются данные о том, что депрессия чаще всего сопутствует сосудистой деменции, а между депрессией и инсультом, болезнью Паркинсона и деменциями существуют нейробиологические связи [10]. В целом же депрессия может рассматриваться как фактор риска развития деменции [11].

Несмотря на наличие достаточного количества работ, посвященных взаимоотношениям деменции и депрессии, все еще остаются трудности в вопросах диагностики при рассматриваемой коморбидности и оценке перспектив лечебного

вмешательства при ней. При этом вплоть до настоящего времени не проводилось углубленного исследования соответствующих особенностей клинических характеристик и их динамики в процессе терапии.

Конечной целью настоящей работы является повышение эффективности диагностики и терапии в случаях коморбидности депрессии и деменции. В порядке достижения этой цели было намечено определить клинические особенности депрессии в случае ее коморбидности с деменцией, установить специфику когнитивных нарушений (памяти, внимания, интеллекта) у подобных больных, а также сравнить динамику психического состояния (в зависимости от наличия коморбидного дементирующего процесса) в процессе терапии.

Материал и методы исследования. В геронтопсихиатрических отделениях «Городской психиатрической больницы № 3 им. И. И. Скворцова-Степанова» Санкт-Петербурга и НИПНИ им. В. М. Бехтерева обследовано 50 пациентов в возрасте от 60 лет и старше, которые включались в две группы по 25 человек каждая. Соответствующие критерии включения представлены в таблице 1.

Таблица 1. Характеристика обследованных больных

Основная группа	Контрольная группа
Соответствие критериям умеренного депрессивного эпизода по классификации МКБ-10 (рубрики F 32 — депрессивный эпизод, F 33 — рекуррентное депрессивное расстройство), впервые установленного в возрасте 60 лет и старше	
Наличие вне периода депрессии жалоб и объективных признаков значительно выраженного ухудшения памяти	Отсутствие вне периода депрессии жалоб и объективных признаков значительно выраженного ухудшения памяти
5 и более баллов по Гериатрической шкале депрессии при обязательном показателе 1 балл по пункту, относящемуся к нарушениям памяти	5 и более баллов по Гериатрической шкале депрессии
Менее 24 баллов по MMSE	24 балла и более по MMSE

Характеристика полового состава обследованных групп представлена на круговой диаграмме (рис. 1), из которой следует, что в обеих группах несколько преобладали женщины. Средний возраст в основной группе составил $75,2 \pm 6,4$ года, в контрольной — $71,4 \pm 5,9$ года. Возрастное соотношение в группах сравнения представлено на ящичной диаграмме (рис. 2).



Рис. 1. Характеристика обследованных больных по полу

Основная и контрольная группы по половому и возрастному составу статистически значимо не различались ($p < 0,05$).

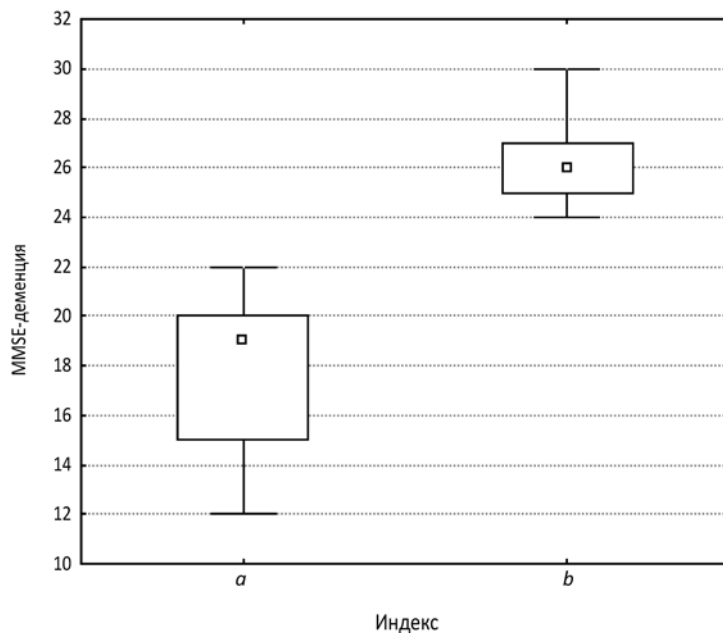


Рис. 2. Характеристика возрастного соотношения исследованных групп:
a — основная группа, *b* — контрольная.

Давность заболевания у пациентов составила в среднем $7,6 \pm 0,9$ года. От 0,5 до 5 лет прошло с момента первого выявления депрессивного расстройства у преобладающего числа пациентов (43,3%). Давностью заболевания в 6–10 лет характеризовалось 30,0% обследованных, более 11 лет страдали депрессивными нарушениями 26,7% больных (рис. 3). Формирование деменции среди пациентов основной группы было связано с развитием болезни Альцгеймера, сосудистым заболеванием и их смешанным вариантом.

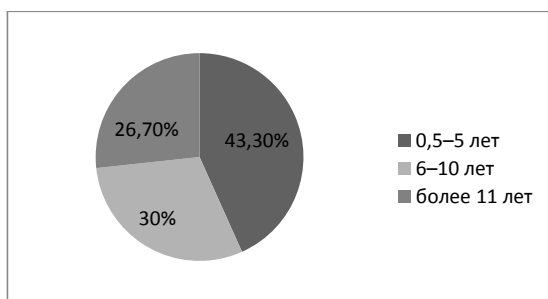


Рис. 3. Характеристика давности заболевания депрессией среди обследованных пациентов.

Решение задач, поставленных в работе, основывалось на использовании скринингового, клиничко-анамнестического и клиничко-психопатологического методов, которые для повышения степени доказательности были дополнены средствами

шкальной оценки состояния пациентов и его динамики в процессе терапии. Эта оценка включала применение Гериатрической шкалы депрессии, теста MMSE, шкал Гамильтона и Общего клинического впечатления (CGI).

С учетом соответствия изученной выборки нормальному распределению статистическая обработка полученных данных базировалась на определении средних величин и относительных показателей, их средней ошибки и доверительных интервалов, позволяющих проиллюстрировать достоверность установленных различий.

Результаты работы. Характеристика депрессивных расстройств у обследованных больных представлена в таблице 2.

Таблица 2. Характеристика психического состояния больных по шкале Гамильтона

Показатели	Основная группа	Контрольная группа	<i>p</i>
1. Депрессивное настроение	2,10±0,13	2,75±0,12	>0,05
2. Чувство вины	1,29±0,09	1,80±0,13	>0,05
3. Суицидальные намерения	0,30±0,08	0,67±0,08	>0,05
4. Ранняя бессонница	0,11±0,03	0,68±0,09	<0,05
5. Средняя бессонница	1,04±0,08	1,17±0,09	>0,05
6. Поздняя бессонница	1,19±0,09	1,28±0,09	>0,05
7. Работоспособность и активность	1,28±0,09	1,82±0,13	>0,05
8. Заторможенность	0,34±0,08	0,96±0,13	<0,05
9. Ажитация	1,40±0,08	1,72±0,13	>0,05
10. Психическая тревога	1,55±0,12	1,71±0,13	>0,05
11. Соматическая тревога	0,70±0,08	1,92±0,13	>0,05
12. Желудочно-кишечные симптомы	0,35±0,08	0,45±0,08	>0,05
13. Общие соматические симптомы	0,68±0,08	1,08±0,09	>0,05
14. Генитальные симптомы	0,44±0,08	0,58±0,09	<0,05
15. Ипохондрия	2,23±0,09	2,68±0,12	>0,05
16. Потеря в весе	1,19±0,08	1,36±0,09	>0,05
17. Критичность к болезни	1,92±0,13	2,56±0,09	>0,05
18. Суточные колебания	0,64±0,08	0,82±0,08	>0,05
19. Деперсонализация и дереализация	0,98±0,08	1,23±0,09	>0,05
20. Параноидальные симптомы	1,26±0,09	1,27±0,09	>0,05
21. Обсессивно-компульсивные симптомы	0,74±0,09	0,82±0,08	>0,05
22. Аппетит	0,05±0,02	0,29±0,05	<0,05

При сравнении двух групп больных видна статистически значимая разница по трем показателям: ранняя бессонница, заторможенность и аппетит. Отсюда можно сделать выводы, что деменция вносит определенные изменения по показателям, характерным для депрессии, таким как: преобладание проявлений заторможенности, а не тревоги, специфика диссомнических нарушений, преимущественно отличающихся ранней бессонницей, а также повышенный, а не сниженный, как это обычно характерно для депрессии, аппетит. По всем остальным проявлениям гипотимного состояния пациенты основной и контрольной групп статистически значимо не различались.

Данные, представленные в таблице 3, иллюстрируют особенности когнитивного функционирования изученных пациентов.

Таблица 3. Характеристика когнитивных нарушений (по тесту MMSE)

Показатели	Основная группа	Контрольная группа	<i>p</i>
Ориентация во времени	1,04±0,08	1,17±0,09	>0,05
Ориентация в пространстве	1,67±0,09	1,94±0,12	>0,05
Кратковременная память	1,29±0,09	1,81±0,13	<0,05
Сосредоточенность	1,78±0,12	2,41±0,13	<0,05
Долговременная память/воспроизведение слов	1,53±0,12	1,77±0,13	>0,05
Речь	1,23±0,09	1,68±0,12	<0,05
Чтение	1,25±0,09	1,69±0,12	<0,05
Копирование рисунка	0,58±0,08	1,08±0,09	<0,05

Из представленных в таблице 3 данных следует, что влияние коморбидной деменции на когнитивное функционирование больных депрессией позднего возраста, прежде всего, находит отражение в ухудшении показателей кратковременной памяти, сосредоточенности, речевых функций, а также чтения и способности к выполнению целенаправленных действий.

В связи с анализом динамики психического состояния в процессе проведенной терапии необходимо отметить, что последняя в обеих группах больных характеризовалась применением антидепрессантов-ингибиторов обратного захвата серотонина (циталопрама, сертралина, пароксетина). При этом статистически значимых различий в применении конкретных препаратов в основной и контрольной группах не установлено ($p > 0,05$). В то же время наличие когнитивного дефицита у пациентов основной группы и вне периода депрессии обусловило назначение им препарата антидементной направленности — мемантина. Перед началом терапии у всех больных были выявлены умеренно выраженные психические нарушения (согласно первому пункту шкалы CGI). Оценка динамики психического состояния изученных пациентов в процессе лечения представлена в таблице 4.

Таблица 4. Результаты терапии (данные шкалы CGI)

Варианты динамики	Основная группа	Контрольная группа	<i>p</i>
Существенное улучшение	66,02%	84,31%	<0,01
Незначительное улучшение	4,85%	5,88%	>0,05
Отсутствие динамики	29,13%	9,81%	<0,01

Из представленных в таблице 4 данных следует, что в основной группе частота существенного улучшения состояния статистически значимо ниже, чем в контрольной группе, а по частоте отсутствия динамики превосходит последнюю. По показателю незначительного улучшения состояния обследованные группы не отличались.

Обсуждение результатов исследования. Анализ полученных данных показал, что у больных с сочетанием депрессии и деменции на первый план в клинической картине выходит заторможенность, в то время как для депрессии позднего возрас-

та характерно преобладание тревоги [12, 13]. В связи с этим следует отметить, что пассивность, снижение волевой активности и тенденция к апатичному оттенку настроения составляют характерные черты значительной части позднеговозрастных деменций [14].

Поздняя бессонница характерна для больных депрессией, однако формирующаяся коморбидная деменция вносит определенные трансформации в клиническую картину диссомнических нарушений, что проявляется преобладанием ранней бессонницы, более близкой для характерных для деменции нарушений цикла сон—бодрствование.

Полученные результаты согласуются с данными о повышении аппетита при деменции, особенно при болезни Альцгеймера с поздним началом.

В оценке результатов сравнения когнитивного функционирования в выделенных группах пациентов следует отметить следующее. Несмотря на то что тест MMSE преимущественно предназначен для скрининговой процедуры выявления когнитивного снижения, представленные в нем задания неизбежно характеризуют не одну, а несколько традиционно выделяемых сфер мнестико-интеллектуальной деятельности. В связи с этим показатели кратковременной памяти и сосредоточенности в первую очередь отражают уровень внимания. Между тем данный параметр отличается наибольшей подвижностью в комплексном процессе когниции и, следовательно, может нарушаться не только при возникновении деменции, но и при депрессивном состоянии. Полученные данные иллюстрируют тот факт, что при присоединении деменции к депрессии снижение этого показателя становится более выраженным. Отсюда вытекает необходимость дальнейшего поиска градаций снижения когнитивного функционирования, которые могут быть объяснены собственно гипотимным состоянием и таких их вариантов, которые уже становятся специфичными для прогрессирующего органического патологического процесса в форме деменции.

Результаты исследования подтверждают маловероятность речевых и алекситимических нарушений в тех случаях, когда состояние больного определяется только депрессией и не характеризуется формированием деменции. Аналогично, ухудшение способности к выполнению целенаправленных действий также может быть связано с тяжелым и прогрессирующим ухудшением когнитивного функционирования и существенно более типично для деменции, чем для депрессии.

Данные об особенностях динамики депрессивных проявлений, протекающих на фоне формирующейся деменции, в процессе лечения свидетельствуют о большей терапевтической подвижности психопатологических симптомов при отсутствии развития указанного фона. Соответственно, результаты лечения в этом плане, по крайней мере частично, ограничиваются фактором наличия коморбидных органических изменений, ведущих к формированию когнитивного дефицита. Это вполне согласуется, в частности, с результатами исследования коморбидности позднеговозрастной депрессии с более легкими, чем деменция (психоорганическими), проявлениями сосудистого генеза [15].

Таким образом, развитие коморбидной деменции у больных депрессией позднего возраста видоизменяет клиническую картину аффективной патологии в сторону усиления заторможенности, трансформации диссомнии и характерных нарушений аппетита. Несмотря на возможность когнитивных нарушений в структуре самой депрессии, присоединение дементирующего процесса влечет за собой существенное

усиление даже относительно неспецифических расстройств внимания и оказывает решающее прогностическое влияние в плане возможности поражения высших корковых функций. Эффективность терапии депрессии при формировании коморбидной деменции существенно снижается, что служит важным динамическим дифференциально-диагностическим критерием и требует своевременной коррекции терапевтической тактики.

Литература

1. Ярыгина В. Н., Мелентьева А. С. Руководство по геронтологии и гериатрии. 2010. 784 с.
2. Вейн А. М., Вознесенская Т. Г., Голубев В. Л., Дюкова Г. М. Депрессия в неврологической практике. 3-е изд. М.: МИА, 2007. 208 с.
3. Левин О. С. Депрессия и деменция у пожилых пациентов // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2012. № 4. С. 39–44.
4. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: МИА, 2003. С. 424.
5. Baldwin R. C., Chiu E., Katona C. et al. Guidelines on Depression in Older People: Practising the Evidence. London: Martin Dunitz, 2002. 72 p.
6. Дубенко А. Е. Когнитивные нарушения и депрессия у больных пожилого возраста — дифференциальная диагностика и коморбидность // Здоровье Украины. 2008. № 12. С. 30–33.
7. Raskin J. et al. Neurobiology of Psychiatric Disorders // Am. J. Psychiatry. 2007. Vol. 164. P. 900–909.
8. Левин О. С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике. 3-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2012. 163 с.
9. Apostolova L., Cummings J. Neuropsychiatric Manifestations in Mild Cognitive Impairment // J. Psychiatric Manifestations of Dementia. Continuum. 2007. Vol. 13. P. 56–65.
10. Яхно Н. Н., Захаров В. В., Локишина А. Б. Деменции: руководство для врачей. 2-е изд. 2010. 272 с.
11. Pfennig A., Littmann E., Bauer M. Neurocognitive Impairment and Dementia in Mood Disorders // Neuropsychiatry Clin. Neurosci. 2007. Vol. 19. P. 373–382.
12. Левин О. С., Васенина Е. Е. Депрессия и деменция у пожилых: диагностические и терапевтические аспекты // Фарматека. 2012. № 19. С. 76–80.
13. Вертоградова О. П., Войцех В. Ф., Краснов В. Н. и др. Возрастные особенности депрессий второй половины жизни // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1996. Т. 86, вып. 9. С. 1380–1384.
14. Brown R. P., Sweeney J., Lautsch E. Depressive Disorders in Old Age: An Overview // Am. J. Psychiat. 2005. Vol. 141. P. 24–28.
15. Круглов Л. С., Мешандин И. А. Оптимизация терапии пожилых больных с коморбидностью депрессии и психоорганических нарушений сосудистого генеза // Психиатрия и психофармакотерапия. 2012. Т. 14, № 2. С. 50–56.

Статья поступила в редакцию 6 мая 2015 г.

Контактная информация

Петрова Наталья Николаевна — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии; petrova_nn@mail.ru

Круглов Лев Саввич — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник, профессор; levkruglov@yahoo.com

Пчеловодова Ксения Александровна — сотрудник кафедры; ks.pchel@mail.ru

Petrova Natalia N. — Doctor of Medicine, Professor, Chief of the Chair of Psychiatry and Narcology; petrova_nn@mail.ru

Kruglov Lev S. — Doctor of Medicine, Leading Researcher, Professor; levkruglov@yahoo.com

Pchelovodova Kseniia A. — co-worker; ks.pchel@mail.ru