

Напалков И. В., Иванова Т. И.

Клинические особенности депрессивного синдрома и когнитивного статуса пожилого пациента в инициальном периоде нейрокогнитивного снижения и с сохранным когнитивным статусом

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Омск

Napalkov I.V., Ivanova T. I.

Clinical features of depressive syndrome and cognitive status of senile patient in the initial period of neurocognitive lowering along with retained cognitive status

Резюме

Реалиями современного общества является увеличение числа пациентов страдающих как депрессивными расстройствами так и снижением памяти в пожилом возрасте, в связи с чем является актуальным вопросы ранней дифференциально диагностики инициального периода когнитивного снижения и депрессивного расстройства позднего возраста. Материал исследования: Было обследованной 86 человек с депрессивной симптоматикой в возрасте от 61 до 70 лет (45 пациентов с депрессивным синдромом и 41 пациент с депрессивной симптоматикой и когнитивным снижением цереброваскулярной этиологии). Результат: Клиническая структура депрессивного синдрома пациентов без когнитивного снижения была полиморфна. Среди клинических типов преобладали следующие варианты: простой 35,6% (n=16), тревожный 24,4% (n=11), анестетический 17,8% (n=8), ипохондрический 8,9% (n=4) и дисфорноподобный 6,7% (n=3). Нейропсихологический статус пациентов по тесту RBANS показал интеллектуальную сохранность всех участников данной группы. Однако худший когнитивный статус показали пациенты с простым и дисфорноподобным клиническим типом. Среди пациентов с органическим депрессивным расстройством сочетаемом с выраженным когнитивным снижением преобладал тревожный 34,1% (n=14), сенестопатический 31,7% (n=13) и апатический 22% (n=9) варианты депрессивного синдрома. Батарея тестов RBANS позволила установить когнитивную дисфункцию, соответствующую умеренному когнитивному расстройству и «мягкой» деменции, а также нейропсихологический профиль соответствующий данному типу когнитивных нарушений (подкорково-корковый, сосудистый тип). Однако худшие показатели когнитивного статуса отмечены у пациентов с апатическим клиническим типом, а лучшие у пациентов с дисфорноподобным клиническим типом.

Ключевые слова: депрессивный синдром, клинические варианты когнитивное снижение, цереброваскулярная патология.

Summary

The typical sign of modern society is increasing number of patients suffering depressive disorders accompanied with memory decline in senile age. Since that accurate early diagnostics in initial period of cognitive decline along with depressive disorder at the senile patients represents the problem of vital importance. Subject of investigation: 86 patients of age from 61 to 70 years with depressive symptoms were observed. 45 of them demonstrated depressive syndrome and 41 with depressive symptoms and cognitive decline of cerebrovascular etiology. Results: Clinical structure was polymorphic for the patients without cognitive decrease. Clinical patterns could be mainly classified as following : simple 35,6%(n=16), anxious 24,4% (n=11), anesthetic 17,8% (n=8), hypochondriac 8,9%(n=4) and dysphoric-like 6,7%(n=3). Results of RBAS testing revealed unimpaired intellectual status for all the patients of this group. Among them worse results for intellectual status was shown by the members of simple and dysphoric-like clinical patterns.

Another type of etiology distribution was discovered the patients with organic depressive disorder accompanied with distinct cognitive decline. Patients have revealed anxious 34,1(n=14), senestopathic 31,7 (n=13) and apathetic 22% (n=9) of decrease origin. RBANS testing allowed to reveal the feature of cognitive dysfunction which corresponds to the moderate cognitive disorder

and "mild" dementia. Neuro-dynamic pattern corresponded to the subcortical and cortical types of cognitive disorders. Although the worst results among them were demonstrated by the patients of apathetic type of di

Keywords: depressive syndrome, clinical patterns, cognitive impairment, cerebrovascular pathology.

Key words: depressive syndrome, clinical patterns, cognitive impairment, cerebrovascular pathology.

Введение

Реалиями современной действительности является увеличение доли пожилых людей среди населения России. За последние 20 лет доля пожилых людей в популяции выросла с 16,8 до 20,3%. Увеличение продолжительности жизни и медианы возраста населения РФ привело к ряду проблем, значительная часть которых носят медицинский характер. К сожалению, продление срока жизни, далеко не всегда сопровождается улучшением ее качества. Так со старением ассоциирован целый ряд различных недугов, одним из которых является депрессия. Согласно зарубежным источникам [13] одномоментная и выявленная в течение жизни распространенность клинически выраженной депрессии в возрасте от 65 до 100 лет составляет у женщин 4,4% и 20,4%, соответственно, а у мужчин 2,7% и 9,6% соответственно [11]. В амбулаторных условиях клинически выраженная депрессия диагностируется у 6–9% пожилых пациентов [1], среди госпитализированных этот показатель составляет 11–45% [2], [9]. Что касается субклинической депрессии, то она выявляется у 4–15% амбулаторных пациентов пожилого возраста [1, 12, 5], а среди лиц не обращающихся за медицинской помощью в 13–27% [3]. Согласно многочисленным исследованиям депрессия в пожилом возрасте может указывать на развитие деменции, являясь продромом этого заболевания [10, 4]. В тоже время пожилой возраст сопровождается ростом цереброваскулярной патологии. В ряде стран когнитивное снижение сосудистой этиологии занимает лидирующее положение, составляя приблизительно 50% от всех форм деменций, превалируя тем самым над Болезнью Альцгеймера [8]. Очень часто когнитивное снижение позднего возраста, дебютируя с депрессивной симптоматикой [10], что осложняет раннюю диагностику и как следствие своевременное лечение указанных расстройств. Исходя из выше перечисленного возникает проблема дифференциальной диагностики «чистой» депрессии в пожилом возрасте с нейрокогнитивными заболеваниями, проявляющимся депрессивной симптоматикой на первых порах (в инициальном периоде). Все выше перечисленное является актуальным вопросом современной медицины и психиатрии в частности, в связи с необходимостью своевременной диагностики инициального периода когнитивного снижения и как следствие назначения современной терапии. Выше указанное, определило цель настоящего исследования: сравнение клинико-типологических особенностей депрессивного синдрома и когнитивного статуса у лиц пожилого возраста, при наличии и отсутствии цереброваскулярной патологии

Материалы и методы

Группу исследования составили 45 пациентов пожилого возраста находящихся на госпитализации в геронтопсихиатрических отделениях БУЗОО «Клиниче-

ская психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой» с депрессивной симптоматикой. Нозологическая структура данных пациентов составила: Депрессивный эпизод (F32.1 - 35,6% (n=16); F32.2 - 4,4% (n=2)); Рекуррентное депрессивное расстройство (F33.1 - 20% (n=9); F33.2 - 8,9% (n=4)); Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2 - 31,1% (n=14)). Группу сравнения составил 41 пациент пожилого возраста, проходившие стационарное лечение указанной больницы по поводу депрессивной симптоматики, ассоциированной с когнитивным снижением сосудистой этиологии (F06.3).

Социально демографическая характеристика исследуемых групп:

Средний возраст пациентов исследуемой группы составил 64 [61,3; 67] года, среди них 20% мужчин (n=6), 80% женщин (n=36). Большинство пациентов указанной группы (55,6% (n=25)) имели высшее образование и до настоящего времени работали 20 пациентов (44,4%). Средний возраст пациентов контрольной группы составил 65 [63; 69,5] лет, среди них было 17,1% (n=7) мужчин и 82,9% (n=34), женщин. Среднее профессиональное образование имели 65,9% (n=27) обследуемых, а высшие только 19,5% (n=8) человек, на момент обследования только 12,2% (n=5) пациентов продолжали трудиться.

Микросоциальное окружение пациентов:

В исследуемой группе отдельно от родственников проживало 17,8% пациентов (n=8), остальные проживали с супругом/ой или детьми, абсолютно все пациенты имели родню и детей. В контрольной группе уединенно проживали 26,8% (n=11) пациентов, в 65,9% (n=27) пациенты состояли в браке, у 95,1% (n=39) пациентов были дети и родственники.

Оценка соматоневрологического статуса:

Пациенты в исследуемой группе не имели значительной соматической патологии и явных проблем со здоровьем, однако имели место следующие сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия в 22,2%, аритмия в 2,2% и сахарный диабет 2 типа в 2,2% в одном наблюдении, у 11,1% (n=5) наблюдался эутириоз на фоне лечения.

С целью исключения наличия сосудистой и нейродегенеративной патологии, а также уточнения диагноза всем пациентом проводилось МРТ головного мозга: в ряде случаев определялись симметричные участки лейкоареоза в перивентрикулярной зоне, зрительной лучистости и семиовальном центре, распространенность которого не превышала 10% от общей доли белого вещества головного мозга. [14]. У 35,6% (n=16) была установлена хроническая ишемия головного мозга (Дисциркуляторная энцефалопатия) 1 стадии, без грубой когнитивной дисфункцией [6]. В контрольной группе подавляющее количество пациентов 97,5% (n=40), в среднем на про-

тяжении 10 лет, наблюдались у терапевта и кардиолога со следующими диагнозами: 95,1% артериальная гипертензия, в том числе осложненной ишемической болезнью сердца в форме стенокардии напряжения 39%, 4,9% аритмия, 4,9% сахарный диабет, 2,4% гипотериоза, в 7,3% эутириоз на фоне лечения. Осмотр невролога показал наличие общемозгового синдрома у всех пациентов данной группы. Черепно-мозговая травма в анамнезе отмечена у 17,1% больных. Острое нарушение мозгового кровообращения по типу ишемического инсульта у 4,9%. Проведенное МРТ головного мозга определило, единичные лакунарные инфаркты в белом веществе, подкорковых ядрах и мозжечке, признаки диффузного билатерального ишемического поражения подкоркового белого вещества: ассиметричный, перивентрикулярный, сливающийся в очаги лейкоареоз в виде «шапочек» или неравномерного ободка толщиной >10 мм, незначительное расширение желудочков и мозговых борозд. В результате данных диагностических мероприятий у всех пациентов было подтверждено наличие цереброваскулярной патологии, представленной следующими нозологическими формами: дисциркуляторная энцефалопатия 2 стадии 97,6% (n=40); постинсультное умеренное когнитивное расстройство 2,4% (n=1).

С целью скрининга, объективизации и уточнения нейropsychологического профиля, психопатологическое исследование было дополнено психометрическими шкалами направленными на оценку выраженности депрессии, когнитивных нарушений, а также установления наличия или отсутствия связи с сосудистыми факторами риска. С целью оценки депрессивной симптоматики использовались гериатрическая шкала депрессии (GDS-15) и Корнельская шкала депрессии у больных с деменцией. Для оценки когнитивных нарушений были направлены Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA) и Тест «батарея лобной дисфункции» (FAB). Для исключения сосудистой этиологии данных нарушений использовалась ишемическая шкала Хачинского (ИШХ). Нейropsychологический статус пациентов оценивался с помощью батареи тестов RBANS. Повторяемая батарея для оценки нейropsychологического статуса (RBANS) (Randolph, Tierney, Mohr, & Chase, 1998) была создана для помощи в обнаружении деменции. Наиболее актуальными для данного исследования являются индекс мгновенной памяти (МП), который оценивается качеством запоминания набора слов и короткого рассказа, а также индекс отсроченной памяти (ОП), который оценивается отсроченным воспроизведением и распознаванием набора слов, повторением короткого рассказа и повторного воссоздания изображенной ранее фигуры, через 15 мин. Клиническая целесообразность использования данной психометрической шкалы обоснована, как для выявления умеренного когнитивного расстройства и деменции, так и для их последующей характеристики [7].

Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакета программ IBM SPSS Statistics 23.00. При анализе количественных показателей с распределением значений отличающихся от нормального,

нами были использованы непараметрические методы статического анализа с указанием медианы и квартилей (Me [Q1; Q3]).

Результаты и обсуждение

Особенности депрессивного синдрома

У всех пациентов исследуемой группы (45 человек) была выявлено наличие депрессивной симптоматики разной степени выраженности с наличием тревоги, апатии, ангедонии, эмоциональной лабильности, инсомнических нарушений. Наличие депрессивной симптоматики также подтверждалось результатами психометрии: GDS-15 9 баллов [6; 11] (признаки депрессии с 5 баллов), Корнельская шкала депрессии у больных с деменцией 11 баллов [9; 13] (признаки депрессии с 8 баллов).

Выделены следующие клинические варианты депрессивного синдрома:

Простой вариант депрессивного синдрома наблюдался в 35,6% (n=16) случаев. На первый план в клинической картине выходило снижение настроения умеренной степени, часто в сочетании с легкой тревогой и незначительной эмоциональной лабильностью. В большинстве случаев пациенты отмечали наличие выраженной физической и интеллектуально-эстетической ангедонии «раньше любила вкусное что-то приготовить, сейчас все равно что есть, теплая ванна, душ безразличны вообще не хочется ничего», «фильмы, музыка и книги перестали приносить удовольствие, не вызывают эмоционального отклика». Такое явление, как эмоциональное «притупление» отмечали у 31,3% (n=5) исследуемых «чувства словно стали менее насыщенными». В 25% (n=4) случаев имели место нестойкими суицидальные высказывания «надоело в таком состоянии находиться, порой хочется заснуть и не просыпаться...». Данные пациенты описывали витальный компонент, как «боль в душе», «тоску в груди».

Тревожный вариант депрессивного синдрома был установлен у 24,4% (n=11) исследуемых. Ведущей симптоматикой являлось сочетание снижения настроения от легких до средних значений в сочетании с умеренной тревожностью. Суточный цикл настроения был выражен незначительно. В 45,5% (n=5) наблюдений в анамнезе имели место панические атаки в виде кратковременных эпизодов усиления тревоги, когда пациенты с трудом находили себе место, боялись утратить контроль над собой и своим рассудком. Данные состояния возникали спонтанно, как правило ближе к вечеру, длились от 10 до 15 минут и носили единичный характер. Настроение пациентов с данным вариантом депрессивного синдрома характеризовалось своей неустойчивостью, некоторой нервозностью. У пациентов отмечалась легкая эмоциональная лабильность с плаксивостью, преувеличение тяжести имеющихся расстройств с целью некоторой драматизации состояния.

Анестетический вариант депрессивного синдрома наблюдался у 17,8% (n=8) пациентов. Снижение настроения по своей интенсивности чаще всего было умеренным. Все пациенты данной подгруппы высказывали жалобы

на снижение способности испытывать эмоции и сопереживать вплоть до степени «эмоционального паралича». Отмечались явления депрессивной деперсонализации. Пациенты ощущали болезненное изменение своих личностных и чувственных свойств, тяготились этим, что делало восприятие своего состояния до и после заболевания особенно контрастным «я раньше была другой, совершенно иначе на мир смотрела и реагировала на все, сейчас будто живу, но не живу», «смотрю на близких и понимаю, что ничего к ним не чувствую, это неправильно», «голоса людей будто приглушены, когда на лица прохожих в спешке смотрю, кажется, что они за плотным, мутным стеклом или размыты». Явления ангедонии присутствовали во всех наблюдениях.

Ипохондрический вариант депрессивного синдрома наблюдался в 8,9% (n=4) наблюдений. Помимо легкого снижения настроения, отмечалась чрезмерная фиксация на своем состоянии в сочетании с физической и интеллектуально-эстетической ангедонией и незначительной тревожностью. Часть пациентов испытывали фобии по поводу наличия неизлечимой соматической патологии «вдруг это все из-за того, что у меня опухоль». У всех пациентов отмечалась легкая эмоциональная лабильность. Суточные колебания настроения были малохарактерны.

Дисфориоподобный вариант депрессивного синдрома отмечался редко, в 6,7% (n=3) от числа всех пациентов. Отмечалось снижение настроения от легкого до умеренного, но прежде всего на себя обращала внимание наличие раздражительности, а также некоторой гневливости, которая проявлялась в ходе бесед с пациентами. Пациенты данной с данным вариантом депрессивного синдрома не отличались эмоциональной устойчивостью. Физическая и интеллектуальная ангедония была выражена незначительно. Так же были установлены такие варианты депрессивного синдрома, как сенестопатический 4,4% (n=2) и апатический 2,2% (n=1).

У пациентов, с органическим депрессивным расстройством (группа сравнения n= 41) так же присутствовал депрессивный синдром, выраженность которого была сопоставима с исследуемой группой. Была менее характерна физическая и интеллектуально-эстетическая ангедония. Апатия встречалась приблизительно с той же частотой, что и в исследуемой группе однако была распределена более неравномерно, что в свою очередь позволило выделить апатико-динамический вариант депрессивного синдрома в данной группе. Гораздо чаще отмечалось наличие эмоциональной лабильности, раздражительности, гневливости, Соматические жалобы встречались чаще, С целью скрининга наличия депрессивной симптоматики, а также ее объективизации, в контрольной группе использовались те же психометрические шкалы, что и в исследуемой: GDS-15 7 баллов [5; 9] (признаки депрессии с 5 баллов), Корнельская шкала депрессии у больных с деменцией 12 баллов [9; 16] (признаки депрессии с 8 баллов).

Выделены следующие клинические варианты депрессивного синдрома:

Тревожная вариант депрессивного синдрома наблюдался в 34,1% случаях (n=14). Состояние пациентов определялось наличием снижения настроения в сочетании с тревожной симптоматикой. Собственно гипотимия варьировала в пределах от легкой до умеренной тогда как тревога, в своем проявлении, в большинстве случаев достигала средних значений и чаще всего озвучивалась пациентами, как основная жалоба. Во всех случаях симптомы тревоги носили персистирующий характер. У большинства пациентов проявлялась эмоциональная неустойчивость, попытки пациентов контролировать свое состояние, показать сдержанность в беседе чаще всего оказываются безуспешными, приводили к нарастанию внутреннего напряжения и дискомфорта, что находило отражение в усилении тревоги. Пациенты демонстрировали недержание аффекта, слезы и умиление возникают по малозначительному поводу и неожиданно сменяют друг друга.

Сенестопатический вариант депрессивного синдрома. Данную депрессивную подгруппу «сосудистых» пациентов составило 31,7% человек (n=13). На первый план в клинической картине выходило умеренное снижение фона настроения, а также сенестопатическая симптоматика от умеренной до выраженной степени. В большинстве случаев именно сенестопатические симптомы занимали доминирующее положение в иерархии жалоб, высказываемых данной категорией больных. Чаще всего пациентов беспокоило ощущение жжения: «все тело будто-бы огнем обдаёт», «как будто крапивой отшлёпали», «словно всю перцем осыпали», которое сочеталось порою с внутренней дрожью, вибрацией: «изнутри идут волны вибрации, кровь будто-бы в сосудах закипает». Суточный цикл настроения был выражен незначительно «немного хуже утром». Явления ангедонии возникали примерно в 1/3 наблюдений. Больные излишне прислушивались к своему состоянию, со слов медперсонала их беспокоили любые, даже незначительные перемены в самочувствии. Апатический вариант депрессивного синдрома отмечался у 22% пациентов (n=9). Помимо довольно различного по степени своей выраженности снижения настроения, в структуре депрессивного синдрома отмечалось наличие умеренной и выраженной апатии. Пациенты высказывали жалобы на ощущение безразличия к окружающему, снижение внутреннего энергетического потенциала, слабость, быструю утомляемость, потерю интереса от привычной деятельности. При данном варианте депрессивного синдрома была характерна как физическая, так и интеллектуально-эстетическая ангедония. Пациенты тяготились своим состоянием, отмечали значительное, по сравнению с исходным уровнем снижение активности в течении суток: «раньше я столько всего успевала сделать за день, а теперь сил хватает только на то, чтобы на кровати валяться овощем», «не могу взяться за привычные дела, если пробую начать, то быстро устаю, да и не хочется ничего».

Менее характерными были такие варианты депрессивного синдрома, как простой 4,9% (n=2), анестетический 4,9% (n=2) и дисфориоподобный 2,4% (n=1).

Особенности когнитивного статуса

Оценка когнитивного статуса пациентов с депрессивным синдромом показала незначительные когнитивные нарушения: снижением памяти, незначительным нарушением внимания, счета, и снижением стойкости к интеллектуальным нагрузкам. При помощи психометрических тестов направленных на оценку когнитивной сферы нами было установлено, что имеющееся когнитивная дисфункция контрольной группы находится в допустимых пределах. Так результаты проведения MoCA составили 26 баллов [24; 27] (26 баллов и более указывают на возрастную норму), FAB 17 [16; 18] (диапазон с 16 по 18 баллов указывает на сохранность лобной функции). В дополнение к этому результаты Ишемической шкалы Хачинского составили 3 балла [2; 4] (на сосудистую этиологию указывает 7 баллов и больше), что позволило исключить наличие сосудистого компонента имеющегося на момент исследования когнитивного снижения.

Батарея тестов RBANS показала следующие результаты: мгновенная память 103 баллов [98,5; 112], зрительно-пространственная ориентировка 109 баллов [102; 118,5], речь 104 баллов [101,5; 111,5], внимание 94 баллов [91; 100], долговременная память 102 баллов [98; 106], общая шкала 102 баллов [97; 111]. Данные показатели указывают на интеллектуальную сохранность исследуемых пациентов. Следует отметить, что на фоне хороших когнитивных показателей в целом, имеет место некоторое снижение функции внимания, что проявлялось проблемами в счете и шифровке. Сравнительная оценка когнитивного статуса в зависимости от клинического типа депрессивного синдрома выявила что простой и дисфорноподобный варианты оказались ассоциированы с более выраженным когнитивным снижением. Баллы, полученные с использованием батареи тестов RBANS, представлены в рисунке 1 (этот и другие рисунки к статье смотри на специальной цветной вставке).

Оценка когнитивного статуса контрольной группы (F06.3) выявила наличие у 100% пациентов (n=41) когнитивной дисфункции, которая по своей выраженности варьировала между умеренным когнитивным расстройством и «мягкой» деменцией. Это подтверждалось при проведении (MoCA) 19 баллов [17; 23]. Результаты проведения теста (FAB) 15 баллов [13; 16] указали на то, что имела место дисфункция лобных долей, что весьма характерно для «сосудистого» подкорково-коркового типа нарушений, при которых наблюдается вторичная лобная дисфункция (следствие разобщение коры ГМ и его подкорковых структур). Количество баллов набранных в результате использования ишемической шкалы Хачинского 7 баллов [6; 9] подтверждает большую вероятность сосудистой этиологию когнитивных и вероятно депрессивных нарушений.

Батарея тестов RBANS показала: мгновенная память 83 баллов [76; 94], зрительно-пространственная ориентировка 96 баллов [84; 102], речь 87 баллов [86; 95], внимание 85 баллов [75; 88], долговременная память 95 баллов [84; 100], общая шкала 85 баллов [79; 89,5].

Из данных следует, что на фоне снижения мгновенной памяти, отмечается сохранность долговременной. Это объясняется затруднением извлечения полученной ранее информации. У пациентов нарушена репродуктивная функция памяти, в то время как функция фиксации сохранена. Также результаты RBANS указывают на наличие нарушений речи (низкая семантическая речевая активность, некоторая косноязычность определяемая в беседе, снижение словарного запаса) и внимания (нарушение счета, шифровки, частая отвлекаемость в ходе общения). Общее количество баллов набранных пациентами контрольной группы уступает, результатам, наблюдаемым в исследуемой группе, что говорит о более выраженной когнитивной дисфункции у пациентов с цереброваскулярной патологией. Среди установленных вариантов депрессивного синдрома хуже всех в когнитивном отношении оказался апатический, в то время как редкий дисфорноподобный отличался наилучшими показателями в группе контроля. Баллы полученные с использованием батареи тестов RBANS, пациентами контрольной группы представлены на рисунке 2.

Заключение

Результаты исследования указывают на существенные различия в проявлениях депрессивного синдрома у лиц пожилого возраста в зависимости от наличия или отсутствия сопутствующей цереброваскулярной патологии. В первую очередь это выражается в различиях клинической структуры депрессии: в исследуемой группе чаще всего выявлялись простой 35,6% (n=16), тревожный 24,4% (n=11), анестетический 17,8% (n=8), ипохондрический 8,9% (n=4) и дисфорноподобный 6,7% (n=3) варианты депрессивного синдрома, в то время как в группе сравнения (сосудистой) преобладал его тревожный 34,1% (n=14), сенестопатический 31,7% (n=13) и апатический 22% (n=9) варианты. Кроме того для «сосудистых» пациентов была менее характерна как физическая 61% (n=25), так и интеллектуально-эстетическая 63,4% (n=26) ангедония. У пациентов с органическим депрессивным расстройством значительно чаще наблюдалась сенестопатическая симптоматика 56,1% (n=23) (11,1% (n=5) в исследуемой группе), а также эмоциональная лабильность 87,8% (n=36) (57,8% (n=26) в исследуемой группе). Исследование когнитивной сферы также позволяет говорить о наличии значительных различий между представленными группами. Если в исследуемой группе фиксировались лишь незначительные когнитивные нарушения в виде легкого снижения памяти, нарушения функции внимания и незначительной брадифрениии, то в группе сравнения выявлялась существенная когнитивная дисфункция, порою настолько очевидная что определялась еще до проведения когнитивных тестов. Проведение батареи тестов RBANS позволило отнести данные нарушения к нейродинамическому профилю (подкорково-корковый тип нарушений), характерному для когнитивных расстройств сосудистой этиологии, при которых наблюдается вторичная лобная дисфункция (следствие разоб-

щение коры ГМ и его подкорковых структур). Кроме того выявлено, что клинический тип депрессивного синдрома оказывает влияние на состояние когнитив-

ной сферы пожилого человека. ■

Напалков И.В., Иванова Т.И. ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Литература:

1. Berardi D., Menchetti M., De Ronchi D. et al. Late-life depression in primary care: A nationwide Italian epidemiological survey // *J. Am. Geriatr. Soc.*— 2002.— Vol. 50.— P. 77–83.
2. Cassem E.M. Depressive disorders in the medically ill: an overview // *Psychosomatics.*— 1995.— Vol. 36.— P. S2–S10.
3. Kaldyand J., Tarnove L. A Clinical Practice Guideline approach to treating depression in long-term care // *J. Am. Med. Dir. Assoc.*— 2003.— Vol. 4.— P. S60–S68.
4. Kaup AR, Byers AL, Falvey C, et al. Trajectories of Depressive Symptoms in Older Adults and Risk of Dementia. *JAMA Psychiatry.* 2016;73(5):525–531. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0004
5. Lyness J.M., King D.A., Cox C. et al. The importance of subsyndromal depression in older primary care patients: prevalence and associated functional disability // *J. Am. Geriatr. Soc.*— 1999.— Vol. 47.— P. 757–758.
6. Oswald WD, Tritt K. Cognitive deterioration in old age and in the course of dementia. In KAJellinger et al (eds). *New trend in the diagnosis and therapy of Alzheimer's disease.* Springer-Verlag, 1994; p. 105–14.
7. Randolph C. et al. The Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS): preliminary clinical validity // *Journal of clinical and experimental neuropsychology.* – 1998. – Т. 20. – №. 3. – С. 310–319.
8. Román, G. C. Facts, myths, and controversies in vascular dementia / G. C. Román // *J. Neurol. Sci.* — 2004. — Vol. 15. — P. 49–52.
9. Schneider G., Kruse A., Nehen H.G. et al. The prevalence and differential diagnosis of subclinical depressive syndromes in inpatients 60 years or older // *Psychother. Psychosom.*— 2000.— Vol. 69.— P.251–260.
10. Steffens D.C., Potter G.G., McQuoid D.R., et al. Longitudinal Magnetic Resonance Imaging Vascular Changes, Apolipoprotein E Genotype, and Development of Dementia in the Neurocognitive Outcomes of Depression in the Elderly Study // *Am J Geriatr Psychiatry* 2007 15: 839–849.
11. Steffens D.C., Skoog I., Norton M.C. et al. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: The Cache County Study // *Arch. Gen. Psychiatry.*— 2000.— Vol. 57.— P. 601–607.
12. Vanitallie T.B. Subsyndromal depression in the elderly: underdiagnosed and undertreated // *Metabolism.*— 2005.— Vol. 54.— P. 39–44.
13. Джозгерст Г.Дж. Депрессия у пожилых людей // *Российский семейный врач.* 2006. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/depressiya-u-pozhilyh-lyudey> (дата обращения: 21.08.2019).
14. Яхно НН, Левин О.С, Дамулин ИВ. Сопоставление клинических и МРТ-данных при дисциркуляторной энцефалопатии. Когнитивные нарушения. *Неврол. журн.* 2001; 3:10–8.