



# Клинико-психопатологические особенности депрессий при органических заболеваниях головного мозга в позднем возрасте

М.А. Кинкулькина, Ю.Г. Тихонова, А.В. Лазарева, В.П. Сысоева

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет); Россия, г. Москва

## РЕЗЮМЕ

**Цель исследования:** комплексное изучение клинико-психопатологической структуры и оценка нозологической принадлежности аффективных расстройств при органических заболеваниях головного мозга у больных пожилого возраста.

**Дизайн:** наблюдательное сравнительное клиническое исследование.

**Материалы и методы.** Обследовали 105 больных старше 50 лет (средний возраст —  $61,3 \pm 7,6$  года) с диагнозом аффективных расстройств при наличии органических заболеваний головного мозга (F06; F30–39; F43). Участников разделили на две группы: 49 больных с органическим поражением центральной нервной системы (ЦНС) и преобладанием аффективной симптоматики в структуре психоорганического синдрома (группа 1); 56 пациентов с аффективными расстройствами и присоединением в пожилом возрасте органической патологии головного мозга (группа 2). Применялись клинико-психопатологический метод, шкала оценки тяжести депрессии Монтомгери — Асберг, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, Краткая шкала оценки психического статуса.

**Результаты.** Значимые различия имелись в распределении ведущего этиологического фактора органических заболеваний головного мозга. В группе 1 наиболее часто наблюдалась смешанная этиология (42,8%), в группе 2 — токсическое поражение ЦНС (33,9%). Группы значительно различались и по нозологической представленности аффективного заболевания — в группе 1 преобладали органические депрессии (51,2%), диагноз рекуррентной депрессии (36,7%). В группе 2 чаще регистрировался диагноз рекуррентной депрессии и биполярного аффективного расстройства. Существенные различия наблюдались в возрасте манифестации (54,8 и 39,4 года соответственно,  $p < 0,001$ ) и длительности болезни (6,5 и 19,9 года,  $p < 0,001$ ). В группе 1 преобладали хронические формы и рекуррентное течение депрессии, тогда как в группе 2 — биполярный и рекуррентный типы течения ( $p < 0,001$ ). Значимыми были и отличия по числу перенесенных депрессивных эпизодов — 3,1 и 6,4 ( $p = 0,03$ ). В группе 2 чаще, чем в группе 1, наблюдались тяжелые депрессии, тоскливые и апатические формы.

**Заключение.** Клинико-психопатологические особенности аффективных расстройств при органических заболеваниях головного мозга у больных пожилого возраста проявляются полиморфизмом симптоматики, включающей в разных пропорциях компоненты депрессивного и психоорганического синдромов. Депрессивные расстройства, наблюдаемые у пожилых больных с органическими заболеваниями головного мозга, отличаются психопатологической структурой, клинической динамикой, требуют ряда дополнительных диагностических исследований и разделения на два типа в зависимости от временной связи дебюта аффективной патологии с органическим заболеванием головного мозга.

**Ключевые слова:** депрессия в пожилом возрасте, поздняя депрессия, органические заболевания головного мозга, аффективные расстройства, когнитивные расстройства.

**Вклад авторов:** Кинкулькина М.А. — разработка дизайна исследования, проверка критически важного содержания, утверждение рукописи для публикации; Тихонова Ю.Г. — разработка дизайна исследования, анализ и интерпретация результатов, написание текста рукописи; Лазарева А.В. — отбор, обследование и лечение пациентов, статистическая обработка данных; Сысоева В.П. — обзор публикаций по теме статьи, отбор, обследование и лечение пациентов.

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

**Для цитирования:** Кинкулькина М.А., Тихонова Ю.Г., Лазарева А.В., Сысоева В.П. Клинико-психопатологические особенности депрессий при органических заболеваниях головного мозга в позднем возрасте. Доктор.Ру. 2021; 20(9): 54–59. DOI: 10.31550/1727-2378-2021-20-9-54-59



## Clinical and Psychopathologic Features of Depression in Organic Cerebroopathies in Elderly People

M.A. Kinkulkina, Yu.G. Tikhonova, A.V. Lazareva, V.P. Sysoeva

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University) (a Federal Government Autonomous Educational Institution of Higher Education), Russian Federation Ministry of Health; 8 Trubetskaya St., Bldg. 2, Moscow, Russian Federation 119991

## ABSTRACT

**Study Objective:** Comprehensive study of the clinical and psychopathologic structure and assessment of the affective disorder nosology in organic cerebroopathies in elderly people.

Кинкулькина Марина Аркадьевна — член-корреспондент РАН, д. м. н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет). 119021, Россия, г. Москва, ул. Рассолимо, д. 11, стр. 9. eLIBRARY.RU SPIN: 9040-4108. <https://orcid.org/0000-0001-8386-758X>. E-mail: kinkulkina@gmail.com (Окончание на с. 55.)

**Study Design:** observational comparative clinical study.

**Materials and Methods.** We have examined 105 patients over 50 years old (mean age:  $61.3 \pm 7.6$  years) with affective disorders and organic cerebropathies (F06; F30–39; F43). Subjects were divided into two groups: 49 patients with organic central nervous system (CNS) diseases and prevailing affective symptoms in their psychoorganic syndrome (Group 1); 56 patients with affective disorders and an organic cerebropathy late in their life (Group 2). We used the clinical psychopathologic method, Montgomery – Asberg Depression Rating Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, and Mini Mental State Examination.

**Study Results.** Significant differences were found in the distribution of the primary etiological factor of organic cerebropathies. Group 1 had mostly mixed etiology (42.8%), while Group 2 had toxic CNS damages (33.9%). There were large intergroup differences in affective disease nosology: Group 1 patients had mostly organic depressions (51.2%), and recurrent depressions (36.7%). Group 2 patients had recurrent depressions and bipolar affective disorders. Significant differences were found in the age of disease manifestation (54.8 and 39.4 years, respectively,  $p < 0.001$ ) and disease duration (6.5 and 19.9 years,  $p < 0.001$ ). Group 1 patients had mostly chronic and recurrent depressions, while Group 2 patients had bipolar and recurrent disease ( $p < 0.001$ ). The number of past depressive events differed a lot as well: 3.1 and 6.4 ( $p = 0.03$ ). Group 2 patients had more cases of severe dreary and anergic depression.

**Conclusion.** Clinical and psychopathologic features of affective disorders in organic cerebropathies in elderly people are polymorphic symptoms, including various ratios of depressive and psychoorganic syndromes. Depressions in elderly people with organic cerebropathies have their distinguishing structure, clinical course and require a number of additional diagnostic examinations and division into two types depending on the relation between the time of affective pathology onset and organic cerebropathies.

**Keywords:** depression in elderly people, late depression, organic cerebropathies, affective disorders, cognitive disorders.

**Contributions:** Kinkulkina, M.A. — study design, review of critically important material, approval of the manuscript for publication; Tikhonova, Yu.G. — study design, data analysis and interpretation, text of the article; Lazareva, A.V. — patient selection, examination and management, statistical data processing; Sysoeva, V.P. — review of thematic publications, patient selection, examination and management.

**Conflict of interest:** The authors declare that they do not have any conflict of interests.

**For citation:** Kinkulkina M.A., Tikhonova Yu.G., Lazareva A.V., Sysoeva V.P. Clinical and Psychopathologic Features of Depression in Organic Cerebropathies in Elderly People. *Doctor.Ru.* 2021; 20(9): 54–59. (in Russian). DOI: 10.31550/1727-2378-2021-20-9-54-59

## ВВЕДЕНИЕ

Распространенность депрессии в пожилом возрасте оценивается в 10–30% [1, 2]. Публикуемые отчеты ВОЗ говорят о том, что доля людей старше 60 лет неуклонно растет, а это приводит к увеличению количества аффективных заболеваний в данной возрастной группе<sup>1</sup>.

По мнению многих специалистов, аффективные расстройства у лиц позднего возраста иногда остаются невыявленными [3, 4], чему способствуют атипичная клиническая картина аффективной патологии в позднем возрасте, высокая частота коморбидных соматических и неврологических заболеваний, когнитивные нарушения, часто наблюдаемые у пожилых людей и затрудняющие диагностику.

Аффективная симптоматика в пожилом возрасте меняет свою клиническую картину — на первый план выступает не гипотимия, а тревога, ипохондрия (вплоть до формирования бреда), мнестико-интеллектуальные расстройства [5, 6]. Психопатологическая симптоматика аффективных и органических заболеваний в пожилом возрасте становится все менее дифференцированной, принимает атипичный характер. Нередко когнитивные нарушения, свойственные депрессии, квалифицируются как симптомы органической патологии, а аффективный компонент остается нераспознанным за преобладающими жалобами пожилых людей на нарушенный ночной сон, рассеянность, забывчивость, утомляемость [7, 8].

В свою очередь, выраженная депрессия может маскировать или быть первым, наиболее очевидным признаком начавшейся деменции [8, 9].

С учетом высокой частоты коморбидности органической и аффективной патологии в пожилом возрасте целесообразно неврологическое обследование пациентов с депрессией. Необходимо также наблюдение за психическим состоянием пациентов с органическими заболеваниями головного мозга с целью как можно более раннего выявления аффективной патологии и ее коррекции [10].

**Цель настоящего исследования:** комплексное изучение клинко-психопатологической структуры и оценка нозологической принадлежности аффективных расстройств при органических заболеваниях головного мозга у больных пожилого возраста.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено обсервационное сравнительное клиническое исследование больных старше 50 лет с диагнозом аффективных расстройств при наличии органических заболеваний головного мозга (F06; F30–39; F43). В исследование включены 105 пациентов, средний возраст которых был  $61,3 \pm 7,6$  года (50–80 лет), 72,8% составили женщины.

Для проверки гипотезы о неоднородности аффективных расстройств у пожилых больных с органической

Тихонова Юлия Гулямовна (автор для переписки) — д. м. н., профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет). 119021, Россия, г. Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 9. eLIBRARY.RU SPIN: 7978-4247. <https://orcid.org/0000-0001-6071-2796>. E-mail: j.tikhonova@gmail.com

Лазарева Алёна Васильевна — к. м. н., ассистент кафедры психиатрии и наркологии «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет). 119021, Россия, г. Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 9. <https://orcid.org/0000-0002-1993-5637>. E-mail: lav-88@mail.ru

Сысоева Вероника Петровна — к. м. н., ассистент кафедры психиатрии и наркологии «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет). 119021, Россия, г. Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 9. eLIBRARY.RU SPIN: 6495-8243. <https://orcid.org/0000-0003-2849-0032>. E-mail: veonika87@mail.ru

(Окончание. Начало см. на с. 54.)

<sup>1</sup> World Health Organization. Dementia: a public health priority. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1) (дата обращения — 15.08.2021).

патологией головного мозга были сформированы две группы, различающиеся по основному параметру временной связи дебюта аффективной и органической патологии: группа 1 — 49 (46,7%) пациентов с органическим поражением ЦНС и преобладанием аффективной симптоматики в структуре психоорганического синдрома; группа 2 — 56 (53,3%) больных с аффективными расстройствами и присоединившимися в пожилом возрасте органическими заболеваниями головного мозга.

Исследование проведено на базе Клиники психиатрии им. С.С. Корсакова УКБ № 3 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет) в 2016–2017 гг. Критериями исключения из исследования были деменция умеренной и тяжелой степени (по Краткой шкале оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination, MMSE) < 20 баллов); шизофрения и шизоаффективные расстройства, болезни зависимости; тяжелая соматическая патология в стадии декомпенсации. Исследование одобрено локальным комитетом по этике Сеченовского Университета. Все пациенты, включенные в исследование, получили исчерпывающее разъяснение потенциальных выгоды и рисков, подписали информированное добровольное согласие.

Психический статус оценивался с помощью клинико-психопатологического и психометрического методов. Использовались шкала оценки тяжести депрессии Монгомери — Асберга (Montgomery — Asberg Depression Rating Scale, MADRS), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), MMSE. Оценивались клинические характеристики депрессии — депрессивный синдром, в соответствии с классификацией А.С. Тиганова (1999), и тяжесть депрессии по критериям МКБ-10 и рейтингу значений шкалы MADRS (легкая депрес-

сия — 15–25 баллов, умеренная — 26–30 баллов, тяжелая — свыше 30 баллов).

Определяли также уровень тревоги с помощью шкалы HADS (отсутствие значимо выраженных симптомов тревоги — 0–7 баллов, субклинически выраженная тревога — 8–10 баллов, клинически выраженная тревога — 11 баллов и более). Когнитивные функции оценивались клинически и с использованием шкалы MMSE (легкая деменция — 21–24 балла, умеренная — 10–20 баллов, тяжелая — менее 10 баллов).

Определялись соматический и неврологический статус больных, производились стандартные диагностические исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, ЭКГ, рентгенография легких, ЭЭГ, КТ или МРТ головного мозга).

Проводился статистический анализ полученных клинических и психометрических данных с заданным уровнем значимости  $p < 0,05$ . Для уточнения особенностей анализируемых параметров применялись показатели описательной статистики: определение средних величин описываемой совокупности и величины стандартного отклонения. Сравнительный анализ производился с применением теста Манна — Уитни для количественных переменных и критерия  $\chi^2$  для качественных признаков, а также двустороннего критерия Фишера (для качественных признаков в малых выборках). Статистический анализ осуществлялся с помощью пакета программ Statistica for Windows 10.0.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

При сравнительном анализе социодемографических и клинико-anamnestических характеристик (табл.) не выявлена существенная разница между группами по полу, возрасту, доле сопутствующей соматической патологии, частоте

Таблица / Table

Сравнение клинико-anamnestических данных в группах больных  
Comparison of clinical data and life record in the groups of patients

Показатели / Parameter	Группа 1 / Group 1 (n = 49)	Группа 2 / Group 2 (n = 56)	P
Мужчины/женщины / Male/ female	15/34	14/42	0,83
Средний возраст, годы / Mean age, years	61,9 ± 7,4	60,7 ± 7,8	0,56
Хронические соматические болезни / Chronic somatic disorders, n (%)	41 (83,7)	48 (85,7)	0,63
Личностные аномалии в преморбиде / Premorbid personal abnormalities, n (%)	37 (75,5)	36 (64,3)	0,32
Ведущая этиология органического заболевания / Primary organic disorder etiology, n (%):			0,009
• смешанная / mixed;	21 (42,8)	16 (28,6)	
• резидуальные симптомы инфекционного поражения центральной нервной системы / residual symptoms of infectious CNS involvement;	1 (2,0)	0	
• резидуальные симптомы токсического поражения центральной нервной системы / residual symptoms of toxic CNS damage;	4 (8,2)	19 (33,9)	
• резидуальные симптомы черепно-мозговой травмы / residual symptoms of brain injuries;	3 (6,1)	5 (8,9)	
• последствия острого нарушения мозгового кровообращения / consequences of an acute cerebrovascular accident;	4 (8,2)	2 (3,6)	
• хроническая цереброваскулярная болезнь / chronic cerebrovascular disease	16 (32,7)	14 (25,0)	

Показатели / Parameter	Группа 1 / Group 1 (n = 49)	Группа 2 / Group 2 (n = 56)	P
Диагноз аффективного заболевания / Affective disorder, n (%): • F06.3; • F31.3–4; • F32.1–3; • F33.1–3; • F34.1; • F43.20–23	25 (51,1) 1 (2,0) 4 (8,2) 18 (36,7) – 1 (2,0)	5 (8,9) 14 (25,0) 6 (10,7) 27 (48,2) 1 (1,8) 3 (5,4)	0,01
Возраст начала аффективного заболевания, годы / Age at affective disorder onset, years	54,8 ± 6,4	39,4 ± 13,2	< 0,001
Длительность аффективного заболевания, годы / Affective disorder duration, years	6,5 ± 5,8	19,9 ± 13,8	< 0,001
Тип течения аффективного заболевания / Affective disorder course, n (%): • первый депрессивный эпизод / first depressive episode; • рекуррентное течение / recurrent; • биполярное течение / bipolar; • хроническое течение / chronic	9 (18,4) 16 (32,7) 3 (6,1) 21 (42,8)	5 (8,9) 33 (58,9) 14 (25,0) 4 (7,2)	< 0,001
Число депрессивных эпизодов в анамнезе / Number of past depression episodes	3,1 ± 2,4	6,4 ± 4,3	0,03
Психотравмирующая ситуация перед началом текущего эпизода депрессии / Psycho-traumatic situation prior to the current depression, n (%)	29 (59,2)	46 (82,1)	0,02
Тяжесть депрессии (средний балл по Montgomery — Asberg Depression Rating Scale) / Depression severity (mean value on Montgomery–Asberg Depression Rating Scale)	27,3 ± 7,8	31,2 ± 9,1	0,11
Выраженность когнитивных расстройств (средний балл по Mini-Mental State Examination) / Cognitive disorder intensity (mean value on Mini-Mental State Examination)	23,5 ± 1,92	23,8 ± 2,15	0,63
Нарушения на электроэнцефалограмме / Electroencephalogram abnormalities, n (%)	17 (34,7)	10 (17,9)	0,05

преморбидных расстройств личности. Значимые различия имелись в распределении ведущего этиологического фактора органических заболеваний головного мозга в группах. В группе больных с депрессиями, развившимися на фоне органического заболевания, наиболее часто наблюдалась смешанная этиология, представленная сочетанием двух и более причин (42,8%). На втором месте в этой группе находился этиологический фактор цереброваскулярной патологии (32,7%).

В группе с аффективными расстройствами и присоединившимся органическим поражением ЦНС наиболее часто (33,9%) обнаруживалось токсическое поражение ЦНС (интоксикация алкоголем, психоактивными веществами, психотропными препаратами (преимущественно в результате суицидальных действий), при длительной общей анестезии). В меньшей степени были представлены смешанные этиологические факторы (28,6%) и цереброваскулярная болезнь (25%).

Соматогенная этиология органического поражения ЦНС (хронические соматические заболевания) не выделялась в особую группу, т. к. во всех случаях сочеталась с другими причинами психоорганического синдрома и была отнесена в число смешанных.

Группы значимо различались по нозологической представленности аффективного заболевания — в группе 1 преобладали органические депрессии (51,2%), диагноз рекуррентной депрессии (36,7%). В группе 2 чаще регистрировался диагноз рекуррентной депрессии и биполярного аффективного расстройства.

Существенные различия наблюдались в возрасте манифестации (54,8 и 39,4 года соответственно,  $p < 0,001$ ) и длительности болезни (6,5 и 19,9 года,  $p < 0,001$ ).

При анализе распределения аффективной патологии по типу течения в группе больных с депрессиями, развившимися на фоне органической патологии, преобладали хронические формы и рекуррентное течение, тогда как в группе больных с аффективными расстройствами и присоединившейся органической патологией — биполярный и рекуррентный типы течения ( $p < 0,001$ ). Значимыми были и отличия по числу перенесенных депрессивных эпизодов — 3,1 и 6,4 ( $p = 0,03$ ).

При анализе психогенной провокации в группе 2 больные чаще связывали настоящее ухудшение с каким-либо психотравмирующим событием, но для обеих групп был характерен довольно высокий процент ассоциируемого со стрессом начала текущего депрессивного эпизода (59,2% и 82,1%,  $p = 0,02$ ).

Нарушения на ЭЭГ наблюдались у 34,7% и 17,9% больных в группах 1 и 2 соответственно, это отличие было близко к статистически значимому ( $p = 0,05$ ).

При анализе выраженности депрессивной симптоматики, оцененной с помощью шкалы MADRS, средние значения суммарного балла MADRS различались, но статистически незначимо (27,3 и 31,2;  $p = 0,11$ ). Однако при сравнительном анализе распределения депрессивных расстройств по уровню тяжести выявлена значимая разница в частоте умеренной и тяжелой депрессии в группах больных ( $p = 0,03$ ).

В группе 1 депрессии распределились следующим образом: легкая — 15 (30,6%), умеренная — 16 (32,7%), тяжелая — 18 (36,7%); в группе 2: легкая — 16 (28,6%), умеренная — 9 (16,1%), тяжелая — 31 (55,4%). Выраженность когнитивных нарушений в группах не различалась (средний балл MMSE составил 23,5 и 23,8 соответственно;  $p = 0,63$ ).

Сравнительный анализ распределения депрессивных синдромов (рис.) показал, что в группе 1 наиболее часто наблюдался тревожно-депрессивный синдром (42,8%), сенесто-ипохондрический (28,6%), дисфорическая депрессия (8,2%), остальные депрессивные синдромы представлены примерно в равном соотношении. В группе 2 преобладали тревожная (33,9%) и меланхолическая (19,6%) депрессии и примерно в равном соотношении встречались сенесто-ипохондрическая (16,1%) и апатическая (14,3%) депрессии, другие синдромы отмечались значительно реже.

### ОБСУЖДЕНИЕ

Данное исследование показало, что психопатологическая структура аффективных расстройств у больных пожилого возраста с органическими заболеваниями головного мозга представлена полиморфной симптоматикой, включающей симптомы депрессивного и психоорганического синдромов. Разделение больных с аффективными расстройствами на группу аффективной патологии, наблюдаемой при органических заболеваниях головного мозга, и группу аффективных расстройств с присоединившейся в позднем возрасте органической патологией выявило их клинико-динамическую и этиологическую неоднородность.

Сравнительный анализ не показал отличий между группами по половозрастному составу, отягощенности коморбидной соматической патологией, но клинические характеристики, динамика аффективного заболевания, этиология органической патологии существенно различались.

Депрессии, развившиеся у больных с уже имеющимися органическими заболеваниями головного мозга, характеризовались более поздним дебютом, меньшей продолжительностью аффективного заболевания, меньшим числом перенесенных депрессивных эпизодов. Такие депрессии часто протекали без ремиссий, чаще встречались впервые

возникшая депрессия. Выраженность депрессивной симптоматики, оцененная по среднему суммарному баллу MADRS, была несколько ниже по сравнению с таковой в группе 2, преимущественно за счет значимо большей частоты умеренных депрессий и меньшей — тяжелых, чем в группе 2.

Для обеих групп больных было характерно превалирование тревожной депрессии, но в группе 1 чаще встречались сенесто-ипохондрический синдром, дисфорическая депрессия, в то время как тоскливые формы наблюдались редко. Этиологический фактор для таких депрессий чаще носил смешанный характер или был связан с цереброваскулярной патологией.

В группе 2 наиболее частой причиной органических заболеваний, развившихся при уже имеющихся аффективных расстройствах, были токсические факторы или регистрировалась смешанная этиология; цереброваскулярные болезни встречались несколько реже, чем в группе 1. Такие депрессии отличались более ранним началом, большими длительностью и числом перенесенных депрессивных эпизодов, рекуррентным или биполярным течением. В данной группе больных существенно чаще наблюдались тяжелые депрессии с меланхолическим окрасом или выраженным апатическим компонентом.

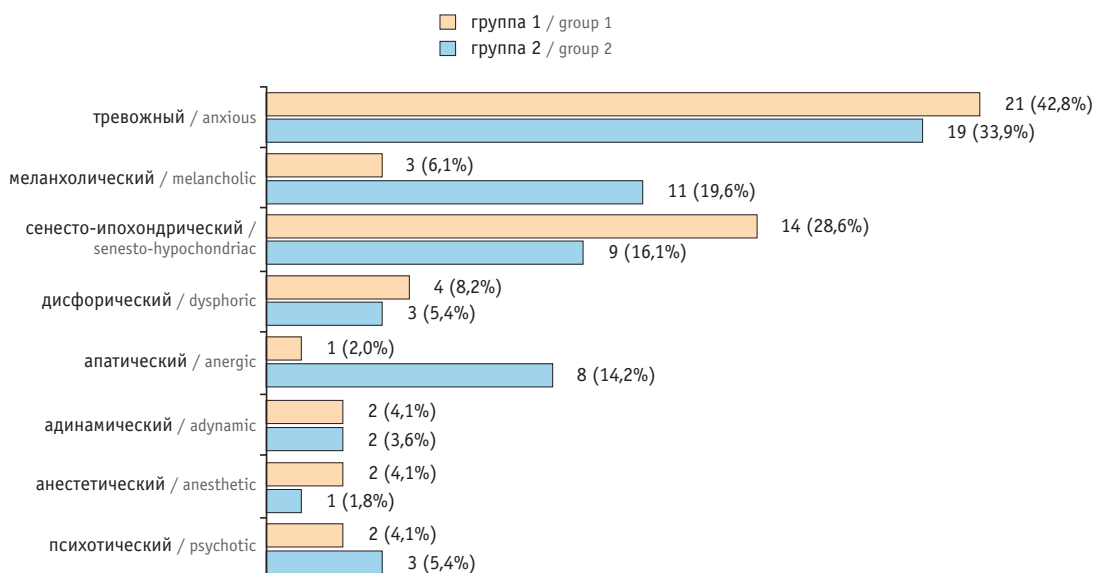
Высокая частота психогенного начала текущего эпизода депрессии отмечалась в обеих группах, что может быть связано с ростом уязвимости к стрессу у больных с психоорганическим синдромом.

Такие отличия психопатологической структуры и клинической динамики показывают различную нозологическую принадлежность депрессивных расстройств, наблюдаемых у больных, включенных в исследование.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование свидетельствует, что клинико-психопатологические особенности аффективных расстройств при органических заболеваниях головного мозга у больных пожилого возраста проявляются полиморфизмом симптоматики, включающей в разных пропорциях компоненты депрессивного и психоорганического синдромов. Депрессивные расстройства, наблюдаемые у пожилых

Рис. Распределение депрессивных синдромов в группах исследования  
Fig. Distribution of depressive syndromes in study groups



больных с органическими заболеваниями головного мозга, отличаются психопатологической структурой, клинической динамикой, требуют ряда дополнительных диагностических исследований и разделения на два типа в зависимости

от временной связи дебюта аффективной патологии с органическим заболеванием головного мозга. Данный подход может оказывать существенное влияние на выбор тактики лечения аффективных расстройств у пожилых пациентов.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Goodarzi Z.S., Mele B.S., Roberts D.J. et al. Depression case finding in individuals with dementia: a systematic review and meta-analysis. *J. Am. Geriatrics Society*. 2017; 65(5): 937–48. DOI: 10.1111/jgs.14713
2. Kuo C.Y., Stachiv I., Nikolai T. Association of late life depression, (non-) modifiable risk and protective factors with dementia and Alzheimer's disease: literature review on current evidences, preventive interventions and possible future trends in prevention and treatment of dementia. *Int. J. Environment. Res. Public Health*. 2020; 17(20): 7475. DOI: 10.3390/ijerph17207475
3. Steffens D.C. Late-life depression and the prodromes of dementia. *JAMA Psychiatry*. 2017; 74(7): 673–4. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0658
4. Heger K., Bleckwenn M., Wiese B. et al. Late-life depressive symptoms and lifetime history of major depression: cognitive deficits are largely due to incipient dementia rather than depression. *J. Alzheimer's Dis*. 2016; 54(1): 185–99. DOI: 10.3233/JAD-160209
5. Singh-Manoux A., Dugravot A., Fournier A. et al. Trajectories of depressive symptoms before diagnosis of dementia: a 28-year follow-up study. *JAMA Psychiatry*. 2017; 74(7): 712–18. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0660
6. Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., Авдеева Т.И. и др. Повышение эффективности психофармакотерапии поздних депрессий: оптимизация длительности терапии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2016; 116(4): 16–27. [Ivanets N.N., Kinkulkina M.A., Avdeeva T.I. et al. The efficacy of psychopharmacotherapy of late onset depression: the optimization of treatment duration. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2016; 116(4): 16–27. DOI: 10.17116/jnevro20161164116-27
7. Enache D., Winblad B., Aarsland D. Depression in dementia: epidemiology, mechanisms, and treatment. *Curr. Opin. Psychiatry*. 2011; 24(6): 461–72. DOI: 10.1097/YCO.0b013e32834bb9d4
8. Ismail Z., Malick A., Smith E.E. et al. Depression versus dementia: is this construct still relevant? *Neurodegenerative Dis. Manag*. 2014; 4(2): 119–26. DOI: 10.2217/nmt.14.5
9. Herbert J., Lucassen P.J. Depression as a risk factor for Alzheimer's disease: genes, steroids, cytokines and neurogenesis — what do we need to know? *Front. Neuroendocrinol*. 2016; 41: 153–71. DOI: 10.1016/j.yfrne.2015.12.001
10. Curran E., Chong T., Godbee K. et al. General population perspectives of dementia risk reduction and the implications for intervention: a systematic review and thematic synthesis of qualitative evidence. *PLoS One*. 2021; 16(9): e0257540. DOI: 10.1371/journal.pone.0257540

Поступила / Received: 28.09.2021

Принята к публикации / Accepted: 07.10.2021