

О.В. Прохорова, О.О. Хаустова

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ
З ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИМИ ХВОРОБАМИУкраїнський науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України, м. Київ
prokhorova3773@gmail.com

Актуальність. У структурі психічних розладів у осіб похилого віку провідні позиції посідають когнітивні та депресивні розлади. Серед деменційних розладів найпоширеніші хвороба Альцгеймера (ХА) і судинна деменція (СД). Субкортикальна судинна деменція (ССД) – основна форма СД. Розлади виконавчих функцій, будучи відображенням фронтостріарної дисфункції, є компонентом синдрому виконавчої дисфункції у пацієнтів з субкортикальною судинною деменцією. За даними літератури, цей специфічний нейропсихологічний феномен спостерігається у пацієнтів з субкортикальною ішемічною депресією (СІД). Логічно припустити, що пацієнти з СІД повинні входити у групу ризику розвитку субкортикальної судинної деменції.

Метою дослідження є виявлення особливостей афективних розладів у пацієнтів похилого віку з цереброваскулярними хворобами (ЦВХ) залежно від етіопатогенетичних механізмів і локалізації ураження в головному мозку, а також виділення патопсихологічних феноменів субкортикальної ішемічної депресії (СІД).

Методи. Було проаналізовано соціально-демографічні характеристики, патопсихологічні особливості афективних і когнітивних розладів у 82 пацієнтів з ЦВХ в залежності від етіопатогенетичних механізмів та локалізації ураження в головному мозку. Обстеження проведено за шкалами GDS, WS, тестами на семантичну та фонетичну пам'ять, Струпа, ТМТ, МОСА.

Результати. Обстеження пацієнтів з ЦВХ виявило, що наявність субкортикальних ішемічних вогнищ на МРТ головного мозку корелює з характерними нейрофізіологічними феноменами, такими як депресивний розлад легкого ступеня вираженості, порушення зорово-просторового праксису, уваги, фонетичної активності, брадифренії, що свідчить про порушення регулюючих (виконавчих) функцій в результаті розриву «фронтостріарних кіл».

Висновки. Необхідно проводити діагностику афективних розладів у пацієнтів з ЦВХ для виявлення нейрофізіологічних порушень, які є патогномонічними для судинної деменції. Можливість ранньої діагностики таких феноменів дозволить визначитись з прогнозом та своєчасно проводити медикаментозну терапію для запобігання прогресуванню важких розладів.

Ключові слова:

цереброваскулярні хвороби, деменція, судинна депресія, депресія пізнього віку, субкортикальна ішемічна депресія, виконавча дисфункція, когнітивні порушення.

Актуальність. Демографічна ситуація у світі характеризується тенденцією до невинного зростання кількості людей похилого (60–74 роки) і старечого (75 років і старше) віку [1]. В Україні станом на 1 січня 2012 року в загальній чисельності населення частка осіб старше 60 років склала 21,2% [9, 15]. Разом із постарінням населення відбувається і накопичення хвороб, притаманних цій віковій категорії, а саме гіпертонічна хвороба, атеросклероз, цереброваскулярні захворювання. Поширеність психічних розладів серед осіб старших вікових груп у 3–7 разів більша, ніж у загальній популяції населення, і експерти ВООЗ прогнозують подальше збільшення цього показника [9]. В Україні кожна п'ята особа похилого віку перебуває під наглядом психіатра [10]. У структурі психічних розладів перше місце займають органічні, в тому числі симптоматичні розлади психіки (F00-F06) –

69%, серед них лідируючі позиції займають когнітивні та депресивні розлади [10]. За даними різних досліджень, поширеність деменції серед осіб похилого віку коливається від 5 до 12%. За результатами метааналізу 11 європейських популяційних досліджень, поширеність деменції в середньому складає 6,4%, в тому числі 4,4% – хвороба Альцгеймера (ХА) і 1,6% – судинна деменція (СД) [7]. До основних факторів ризику деменції належать генетичний та наявність цереброваскулярних захворювань (гіпертонічна хвороба, атеросклероз, гематологічні та аутоімунні захворювання, цукровий діабет, куріння тощо). СД – друге за частотою після ХА дементуюче захворювання. СД – гетерогенна група дементних синдромів, які виникають внаслідок різноманітних васкулярних причин, мають характерну морфологію ураження мозку і, як наслідок, своєрідні клінічні прояви [4]. Залежно від

локалізації ураження головного мозку СД умовно можна поділити на 3 основні типи: кіркова, підкіркова та кірково-підкіркова. Від типу деменції залежить і специфіка нейропсихологічних порушень та відносно збережених когнітивних функцій (нейропсихологічний профіль) [7]. Субкортикальна судинна деменція (ССД) – основна форма СД, яка пов'язана з мікроvasкулярним ураженням головного мозку [5].

Ризик розвитку СД значно збільшується при наявності депресивних розладів у преморбідному періоді [13]. Це доводять і результати декількох британських досліджень стосовно ризику розвитку деменції у осіб із афективними розладами. Були зроблені висновки, що пізня депресія може бути як передвісником, так і фактором ризику розвитку деменції [12]. Крім того, ризик СД може бути значно вищий, ніж для ХА, у пацієнтів похилого віку з депресією [14].

Взаємовідносини між депресіями пізнього віку та цереброваскулярними хворобами вперше передбачив Гаурр ще у 1905 році. У 1997 році G.S. Alexopoulos запропонував концепцію «vasкулярної депресії», яка в подальшому отримала велику увагу дослідників. Суть теорії в тому, що у пацієнтів похилого віку цереброваскулярні хвороби мають високу коморбідність з депресивними розладами і є фактором предиспозиції для їх розвитку [21]. Вирішальною для діагностики судинної депресії є наявність двох ключових критеріїв: великого депресивного епізоду та цереброваскулярного захворювання (за даними МРТ) [20].

Деякі автори виділяють два типи депресій, пов'язаних із судинною патологією головного мозку:

- депресія при макроангіопатії відповідає терміну «постінсультна депресія»;
- депресія при мікроангіопатії відповідає поняттю «субкортикальна ішемічна депресія» (СІД).

Виділення діагностичних критеріїв СІД було запропоновано у 2003 році: початок депресії після 60 років у пацієнтів з ураженням артерій малого і середнього калібру; асоційованість з депресивною ідеацією, психомоторною ретардацією, відсутністю відповіді на терапію антидепресантами і наявністю когнітивної дисфункції у вигляді підкресленої старанності; на МРТ – підвищення інтенсивності сигналу в глибоких відділах білої речовини фронтальної ділянки і шкарлупі [18]. Залежно від генезу ураження судин головного мозку виникають ішемічні або геморагічні вогнища, макро- або мікроангіопатія, і саме це формує топічну картину зони хронічної ішемії мозку (ХІМ). Магнітно-резонансна томографія (МРТ) є високоінформативним методом діагностики ХІМ. ХІМ гіпертонічного генезу на МРТ характеризується множинними великими вогнищами, переважно субкортикальними, з поширенням їх на базальні ганглії, лейкоареозом дифузно-зливним, з переважанням внутрішньої церебральної атрофії (ЦА). ХІМ атеросклеротичного генезу мала свої відмінні МРТ-ознаки: дрібні вогнища в середній кількості, переважно перивентрикулярні, лейкоареоз локальний, переважає зовнішня ЦА [8]. Переважне ураження підкіркових базальних гангліїв та глибоких відділів білої речовини великих півкуль при ХІМ гіпертонічного генезу обумовлене анатомо-фізіологічними особливостями церебрального кровотоку. Ці

структури знаходяться у так званій водороздільній зоні між каротидним та вертебробазиліарними басейнами, тому є найтипівішою локалізацією «німих» інфарктів і лейкоареозу в результаті мікроангіопатії пенетруючих мозкових артерій при довго існуючій артеріальній гіпертензії (АГ). Ураження глибоких відділів білої речовини головного мозку (ГМ) і базальних гангліїв призводить до функціонального розриву префронтальних субкортикальних зв'язків (феномен роз'єднання), що відіграє провідну роль у формуванні основних клінічних синдромів (когнітивних, емоційних та рухових порушень) [11]. У пацієнтів із СД суттєво порушені процеси уваги та виконавчі функції [16]. Розлади виконавчих функцій, будучи відображенням фронтостріарної дисфункції, найбільш специфічний нейропсихологічний феномен СІД [19]. Цей дисмнестичний синдром є і компонентом синдрому виконавчої дисфункції у пацієнтів із субкортикальною судинною деменцією [6]. Логічно припустити, що у пацієнтів з СІД є загроза розвитку субкортикальної судинної деменції.

На підставі аналізу літературних джерел можна припустити, що нейропсихологічні порушення при депресії у людей похилого віку на тлі цереброваскулярних захворювань також будуть залежати від локалізації ураження головного мозку, а схожість деяких нейрофізіологічних патологічних феноменів при васкулярній депресії, які розгортаються в специфічні когнітивні порушення при СД, можуть виявитися важливим для прогнозу захворювання і надання своєчасної терапії для призупинення процесу.

Метою нашого дослідження є виявлення особливостей та відмінностей афективних розладів у пацієнтів похилого віку з цереброваскулярними захворюваннями в залежності від етіопатогенетичних механізмів і локалізації ураження в головному мозку, а також виділення патопсихологічних феноменів, притаманних СІД.

Матеріали та методи дослідження

Ми провели скринінг 115 пацієнтів із цереброваскулярними захворюваннями (коди стану за МКХ-10 I63.5, I63.8, I67.2, I67.4, G46), які проходили лікування в неврологічному відділенні КМУ «Міська лікарня № 3» м. Краматорська Донецької області. За критеріями включення/виключення було відібрано 98 осіб, 82 з яких включили у вибірку для подальшого аналізу, які склали клінічний матеріал дослідження та були поділені на основну (ОГ) та контрольну групи (КГ) (рисунк). Всі пацієнти були обстежені за критеріями МКХ-10 на наявність афективного розладу (код стану за МКХ-10 F06.3). У основну групу увійшли 58 пацієнтів, які на тлі ЦВХ мали афективні розлади тривожно-депресивного спектра, визначені за критеріями МКХ-10. За результатами обстеження пацієнтів було умовно поділено на дві групи: ОГ1 – (ЦВХ з наявністю субкортикальних гіперінтенсивних вогнищ (СГВ) в ГМ за даними МРТ дослідження + F06.3) кількістю 26 осіб; ОГ2 – (ЦВХ з гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК) або залишковими явищами після перенесеного ГПМК + F06.3) кількістю 32 особи. У групу контролю (КГ) увійшли 24 особи з ЦВХ без суттєвих ішемічних змін на МРТ головного мозку в субкортикальних зонах або корі.

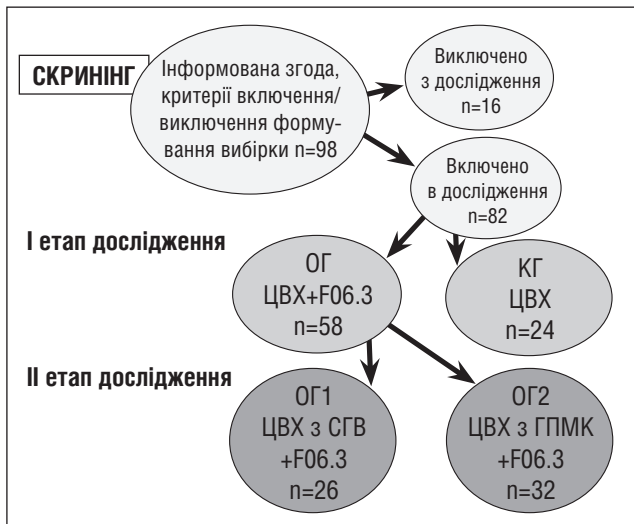


Рисунок. Дизайн дослідження

Серед обстежених пацієнтів було 39 чоловіків (47,6%) і 43 жінки (52,4%), (табл. 1). Розподіл за статтю в усіх досліджуваних групах достовірно не різнився ($p=0,1032$).

Таблиця 1. Розподіл обстежених осіб за статтю (n=82)

Групи	ОГ1 (n=26)		ОГ2 (n=32)		КГ (n=24)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Чоловіки	11	42,3	13	40,6	15	62,5
Жінки	15	57,7	19	59,4	9	37,5

Вік пацієнтів був у межах 60 – 72 роки (табл. 2). Найбільшу питому частку обстежених склали особи вікової категорії 60–65 років (ОГ1 – 31,3%, ОГ2 – 29,4%, КГ – 30,6%). причому середній вік в окремих групах достовірно не відрізнявся ($p=0,1072$). Втім, варто відмітити певну тенденцію до накопичення осіб більш молодшого віку в групі ОГ1.

Таблиця 2. Розподіл обстежених осіб за віком (n=82)

Групи за віком	ОГ1 (n=26)		ОГ2 (n=32)		КГ (n=24)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
60–64	12	46,1	7	21,9	7	29,1
65–70	8	30,8	10	31,2	8	33,3
>70	6	21,4	7	21,9	10	41,6
Середній вік	63,5±3,8		65,66±5,3		66,2±6,6	

Таким чином, досліджувані групи є репрезентативними за віком і статтю, що й передбачалось умовами дослідження.

Проведений аналіз досліджуваних груп з використанням «Алгоритму патопсихологічного дослідження пацієнтів з цереброваскулярними захворюваннями» за соціально-демографічними (статтю, віком, сімейним станом, ступенем трудової зайнятості), клінічними (етіопатогенез ЦВХ, нейрофізіологічний профіль ураження), а також за патопсихологічними шкалами. Діагностичний алгоритм психолого-психіатричного дослідження включає 2 етапи:

I етап – при отриманні згоди пацієнта проводили скринінгове тестування за допомогою самоопитувальника стану здоров'я Patient Health Questionnaire (PHQ–9), який складається із 9 пунктів, зручний у використанні і дозволяє оцінити наявність і вираженість депресії.

II етап – у разі отримання позитивного результату на I етапі та інформованої згоди пацієнтам пропонували

подальше обстеження з використанням діагностичної карти, яка включала в себе клініко-діагностичний блок. Встановлення діагнозу депресії відбувалося згідно з критеріями МКХ–10. Для виявлення вираженості депресивного синдрому, а також окремих патопсихологічних феноменів, характерних для СІД, використовували оціночні шкали: Геріатричну шкалу депресії (Geriatric Depression Scale (GDS)), Шкалу тривожності для літніх пацієнтів (Worry Scale for Older Adults (WS)), тест на семантичну та фонетичну пам'ять, тест Струпа, тест зв'язку символів (Trail Making Test (TMT)), МОСА.

Шкала GDS спеціально розроблена для пацієнтів похилого віку, повний її варіант складається із 30 питань. Її перевагою перед іншими шкалами є відсутність питань про сексуальну активність і питань, відповіді на які можуть бути обумовлені соматичними захворюваннями [3].

WS призначена для виявлення тривожності у пацієнтів похилого віку, має три складових: соціальне і матеріальне функціонування та стан здоров'я [17].

Монреальський когнітивний тест (МОСА-тест) був розроблений як швидкий інструмент для визначення ранніх форм когнітивних порушень. Його чутливість до додементних форм когнітивної дисфункції становить 90%, а специфічність методу – 87%. МОСА-тест оцінює різні аспекти когнітивної діяльності: увагу й концентрацію, пам'ять, «лобні функції» (тест з'єднання літер і цифр, швидкість мови, узагальнення та інше), зорово-просторовий праксис (куб, годинник), абстрактне мислення, рахунок і орієнтацію [2].

Тест на мовну активність (семантична та фонетична опосередковані асоціації) дозволяє оцінити профіль порушень. Зменшення числа семантичних асоціацій (числа тварин чи рослин за 1 хв) – одна з найраніших ознак деменції, що наближається. При переважанні підкірково-лобної дисфункції зменшується кількість фонетичних асоціацій [14].

Тест Струпа складається із завдань різної складності і застосовується для оцінки розподілу уваги та виконавчих функцій. Але основний нейропсихологічний радикал, який перевіряється цим тестом – когнітивний контроль, тобто регуляторна функція. Тому можна вважати цей тест найчутливішим до патології орбітофронтальної кори, яка тісно пов'язана з функцією когнітивного контролю. Водночас цей тест чутливий і до порушень інтелектуальної гнучкості, яка в більшій мірі є функцією дорсолатеральної лобної кори [6].

TMT, або «тест зв'язку символів», дозволяє провести диференційну діагностику між недостатністю концентрації уваги, пов'язану зі зниженням активації кори зі сторони стовбурово-підкіркових структур (збільшується час виконання частини А тесту та частини Б пропорційно нормальному співвідношенню) і брадифренією, пов'язану з порушенням регулюючих функцій (збільшується час виконання частини Б в більшій мірі, ніж частини А) [6].

Результати та їх обговорення

У межах соціально-демографічного методу нами був оцінений сімейний стан пацієнтів, включених у дослідження.

Так, 64,6% обстежених відповіли, що проживають у родині, 20,7% є вдівцями/вдовами, 6,09% є одинаками, 4,9% розлучені, 2,4% перебувають у цивільному шлюбі (табл. 3).

Таблиця 3. Розподіл обстежених осіб за сімейним станом (n=82)

Групи	ОГ1 (n=26)		ОГ2 (n=32)		КГ (n=24)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Одинок (-чка)	1	3,9	4	12,5	1	2,8
Розлучений (-а)	2	7,7	2	6,3	-	-
Вдівець (вдова)	5	19,2	8	25,0	4	5,6
Подружжя	17	65,4	17	53,1	19	66,7
Цивільний шлюб	1	3,9	1	3,1	-	-

Дані розподілу за соціальним статусом були наступними: по 29,2% в усіх групах були пенсіонерами та працювали з частковою зайнятістю майже 22% склали інваліди і 17% пацієнтів працювали повний робочий день (табл. 4).

Таблиця 4. Розподіл обстежених осіб за ступенем трудової зайнятості (n=82)

Групи	ОГ1 (n=26)		ОГ2 (n=32)		КГ (n=24)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Повний робочий день	4	15,4	6	18,8	4	16,7
Часткова зайнятість	6	23	8	25	8	33,3
Безробітний	3	11,5	2	6,25	1	4,1
Пенсіонер	7	27	9	28,1	6	25
Інвалід	6	23	7	21,9	5	20,9

При використанні шкали GDS у досліджуваних були отримані наступні результати: легкий депресивний синдром переважно виявляли в ОГ1 – 88,5% випадків, а тяжкий – у пацієнтів ОГ2 в 59,4 % випадків (табл. 5).

Таблиця 5. Розподіл обстежених осіб за шкалою GDS (n=82)

Групи	ОГ1 (n=26)		ОГ2 (n=32)		КГ (n=24)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Немає депресії	-	-	-	-	15	62,5
Легка депресія	23	88,5	13	40,6	9	37,5
Тяжка депресія	3	11,5	19	59,4	-	-

За шкалою WS були отримані наступні результати: переважна більшість обстежуваних всіх груп показали високий бал стурбованості з приводу стану здоров'я та матеріального становища. Причому, найбільша кількість обстежуваних (88,1%), стурбованих з приводу стану здоров'я, була в ОГ1, в інших групах цей показник становив 87,5%. Найбільша кількість обстежуваних (84,6%) в ОГ1 виявила максимальний бал стурбованості з приводу матеріального становища. Треба зазначити, що в усіх групах досліджених стурбованість з приводу соціального функціонування була найменшою (табл. 6).

Таблиця 6. Розподіл обстежених осіб за шкалою WS (n=82)

Групи	ОГ1 (n=26)		ОГ2 (n=32)		КГ (n=24)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Матеріальне становище						
Більшу частину часу, більше 2 разів на день	22	84,6	19	59,4	19	79,1
Стан здоров'я						
Більшу частину часу, більше 2 разів на день	23	88,1	28	87,5	21	87,5
Соціальне функціонування						
Більшу частину часу, більше 2 разів на день	6	23	8	25	5	20,9

За Монреальською шкалою когнітивної оцінки (МОСА) порушення когнітивних функцій відзначали у 30,4% (25 пацієнтів) віком понад 65 років і у 14,6% (12 пацієнтів) – до 65 років. Причому в ОГ1 відзначали порушення при виконанні завдань на зорово-просторовий праксис, увагу та фонетичну активність. У обстежуваних в ОГ2 було найбільше помилок при виконанні завдань на рахунок, виникали труднощі при відстроченому пригадуванні слів.

Треба зазначити, що у досліджуваних ОГ1 при виконанні тесту Струпа і ТМТ (час виконання частини Б збільшувався в більшому ступені, ніж частини А) виявлено сповільнення виконання завдань у 86,9% випадків. У 76,2% обстежуваних ОГ2 при виконанні ТМТ також спостерігали сповільнення темпів, але час виконання збільшувався пропорційно, як частини А, так і частини В.

Висновки

Обстеження пацієнтів з ЦВХ виявило, що проживання у родині, як один із факторів стресостійкості, є сприятливим для запобігання виникненню певних ускладнень при ЦВХ. Пацієнти з тяжкою депресією виявлялись в групі з наявністю в анамнезі ГПМК – 59,4%, і серед осіб з високим рівнем стурбованості з приводу соціального функціонування – 25%. У пацієнтів з ОГ із субкортикальними ішемічними вогнищами переважно виявляли депресивні розлади легкого ступеня – у 88,5% випадках, але більш виражений тривожний радикал з приводу свого стану здоров'я – у 88,1% пацієнтів. Співвідношення результатів, отриманих досліджуваними при виконанні МОСА, тесту Струпа, ТМТ специфічні розлади (брадифренія) діагностуються у пацієнтів ОГ1, що свідчить про порушення регульовальних (виконавчих) функцій в результаті розриву «фронтостріарних кіл». Продовжується набір матеріалу для подальшої обробки і підтвердження первинних результатів.

Список використаної літератури

- Актуальні питання геронтопсихіатрії: навчальний посібник / [Л. Я. Пінчук, В. В. Чайковська та ін.] – Тернопіль: ТзОВ «Терно-граф», 2010. – 432 с.
- Діагностика неспсихотичних психічних розладів у пацієнтів з хронічними нейфекційними захворюваннями на етапі первинної медичної допомоги: методичні рекомендації / О. О. Хаустова, В. М. Корнацький, О. В. Прохорова [та ін.]. – Київ, 2014. – 42 с.
- Захаров В. В. Нервно-психические нарушения: диагностические тесты / В. В. Захаров, Т. Г. Вознесенская. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 315 с.
- Кошля В. І. Судинна деменція в практиці сімейного лікаря: сучасні підходи до діагностики та лікування: метод. рек. / В. І. Кошля, О. А. Левада, І. А. Пінчук. – Київ, 2010. – 27 с.
- Левада О. А. Нарушения повседневного функционирования на этапах развития субкортикальной сосудистой деменции / О. А. Левада // Архів психіатрії. – 2013. – № 2 (73). – С. 61–67.
- Левада О. А. Особенности дисмнестических нарушений на этапах развития субкортикальной сосудистой деменции по данным time-теста / О. А. Левада // Медична психологія – 2013. – № 2. – С. 28–35.
- Левин О. С. Алгоритмы диагностики и лечения деменции / О. С. Левин. – М.: «МЕДпресс-информ» – 2011. – 185 с.
- Маджидова Й. Н. Магнітно-резонансна томографія при хронічній ішемії мозку гіпертонічного й атеросклеротичного генезу / Й. Н. Маджидова, Д. Д. Усманова // Международный неврологический журнал – 2014. – № 2 (64). – С. 45–51.
- Пінчук І. Я. Геронтопсихіатрична допомога: сучасні підходи: монографія / І. Я. Пінчук. – Тернопіль: ТзОВ «Терно-граф», 2011. – 244 с.
- Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні. Інформаційно-аналітичний огляд за 2008–2012 рр. – Київ, 2013. – 202 с.
- Таважнянська О. Л. Гіпертонічна енцефалопатія. Роль антигіпертензивної терапії у профілактиці та лікуванні / О. Л. Таважнянська, І. О. Безулова, В. А. Ярош // Международный неврологический журнал – 2014. – № 2 (64). – С. 93–99.

12. *Affective disorders and risk of developing dementia : systematic review / Joaquim da Silva, M. Gonçalves-Pereira, M. Xavier, E. B. Mukaetova-Ladinska // The British Journal of Psychiatry. – 2013. – Vol. 202 (3). – P. 177–186.*
13. *Bowirrat A. Association of depression with Alzheimer's disease and vascular dementia in an elderly Arab population of Wadi-Ara, Israel / A. Bowirrat, M. Oscar-Berman, G. Logroschino // Int. J. Geriatr. Psychiatry. – 2006. – Vol. 21, № 3. – P. 246–251.*
14. *Breno S. Diniz. Late-life depression and Alzheimer's disease: systematic review and meta analysis of community-based cohort studies / Breno S. Diniz, Meryl A. Butters, Steven M. Albert // B.J.P. – 2013 – Vol. 202. – P. 329–335.*
15. *Khaustova O. O. Depression in elderly patients / O. O. Khaustova // Apxia ncuxiampii – 2013. – № 3 (74). – С. 68–72.*
16. *Rapp M. A. Neuropsychological differences between late-onset and recurrent geriatric major depression / M. A. Rapp, K. Dahlman, M. Sano // Am. J Psychiatry. – 2005. – Vol. 162, № 4. – P. 691–698.*
17. *Raymond W. Lam. Assessment Scales in Depression and Anxiety / Raymond W. Lam, Erin E. Michalak, Richard P. Swinson // Informa healthcare, 2006. – 194 p.*
18. *Remission in depressed geriatric primary care patients: A report from the PROSPECT study / G. S. Alexopoulos, I. I. Katz [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 2005. – № 162. – P. 718–724.*
19. *Risk factors for geriatric depression: the importance of executive functioning within the vascular depression hypothesis / B.T. Mast, B. Yochim, S. E. MacNeill, P. A. Lichtenberg // J. Gerontol A Biol Sci Med Sci. – 2004. – Vol. 59, № 12. – P. 1290–1294.*
20. *Steffens D. C. Establishing diagnostic criteria for vascular depression / D. C. Steffens // J. Neurol. Sci. – 2004. – Vol. 226, № 1–2. – P. 59–62.*
21. *Vascular depression hypothesis / G. S. Alexopoulos, B. S. Meyers, R. S. Young [et al.] // Arch Gen Psychiatr. – 1997. – Vol. 54. – P. 915–922.*

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ

О.В. Прохорова, Е.А. Хаустова

Актуальность. В структуре психических расстройств у лиц пожилого возраста лидирующие позиции занимают когнитивные и депрессивные расстройства. Среди дементивных расстройств наиболее распространены болезнь Альцгеймера (БА) и сосудистая деменция (СД). Субкортикальная сосудистая деменция (ССД) – основная форма СД. Расстройства исполнительных функций, являясь отражением фронтостриарной дисфункции, являются компонентом синдрома исполнительной дисфункции у пациентов с ССД. По данным литературы, этот специфический нейропсихологический феномен наблюдается у пациентов с субкортикальной ишемической депрессией (СИД). Логично предположить, что пациенты с СИД должны рассматриваться как подпадающие под угрозу развития ССД.

Целью исследования является выявление особенностей аффективных расстройств у пациентов пожилого возраста с цереброваскулярными болезнями (ЦВБ) в зависимости от этиопатогенетических механизмов и локализации поражения в головном мозге, а также выделение патопсихологических феноменов субкортикальной ишемической депрессии (СИД).

Методы. Были проанализированы социально-демографические характеристики, патопсихологические особенности аффективных и когнитивных расстройств у 82 пациентов с ЦВБ в зависимости от этиопатогенетических механизмов и локализации поражения в головном мозге. Было проведено обследование по шкале GDS, WS, тест на семантическую и фонетическую память, тест Струпа, TMT, МОСА-тест.

Результаты. Обследование пациентов с ЦВБ выявило, что наличие субкортикальных ишемических очагов на МРТ головного мозга коррелирует с характерными нейрофизиологическими феноменами, такими как депрессивное расстройство легкой степени выраженности, нарушения зрительно-пространственного праксиса, внимания, фонетической активности, брадифрениа, что свидетельствует о нарушении регулирующих (исполнительных) функций в результате разрыва фронтостриарных кругов.

Выводы. Необходимо проводить диагностику аффективных расстройств у пациентов с ЦВБ с целью выявления нейрофизиологических нарушений, которые являются патогномичными для сосудистой деменции. Возможность ранней диагностики таких феноменов позволит определить с прогнозом и своевременно проводить медикаментозную терапию для предотвращения прогрессирования более тяжелых расстройств.

Ключевые слова: цереброваскулярные болезни, деменция, сосудистая депрессия, депрессия позднего возраста, субкортикальная ишемическая депрессия, исполнительная дисфункция, когнитивные нарушения.

FEATURES DIAGNOSIS OF AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR DISEASE

O. Prokhorova, O. Khaustova

Relevance. The structure of mental disorders in the elderly occupy leading positions cognitive and depressive disorders. Among the most common disorders dementivnykh Alzheimer's disease (AD) and vascular dementia (VD). Subcortical vascular dementia (SVD) – the main form of VD. Disorders of executive dysfunction, as a reflection frontostriatal circles syndrome is a component of executive dysfunction in patients with SVD. According to the literature this specific neuropsychological phenomenon observed in patients with subcortical ischemic depression (SID). It is likely that patients with SID fall under the threat of SVD.

Aim determine the characteristics of affective disorders in elderly patients with cerebrovascular disease (CD) depending on the etiopathogenic mechanisms and location MRI hyperintensities in the brain and the allocation pathopsychological features SID.

Methods Were analyzed by socio-demographic characteristics, features pathopsychological affective and cognitive impairment in 82 patients with CD, depending on etiopathogenetical mechanisms and localization of lesions in the brain. A survey on a scale GDS, WS, test the semantic and phonetic memory, Stroop test, TMT, Moca-test.

Results. Evaluation of patients with CD revealed that the presence of subcortical ischemic lesions on MRI of the brain correlates with specific neurophysiological phenomena such as depression mild degree, violations of visuospatial praxis, attention, phonetic activity, bradifreniya that constitutes a violation of executiv functions as a result of breaking frontostriar circles.

Conclusions. It is necessary to diagnose mood disorders in patients with CD to identify neurophysiological disorders that are pathognomonic for vascular dementia. The possibility of early diagnosis of such phenomena will allow to determine the prognosis and timely conduct drug therapy to prevent progression of more severe disorders.

Key words: cerebrovascular disease, dementia, vascular depression, late-life depression, subcortical ischemic depression, geriatric depression, executive dysfunction, cognitive impairment.