

# Депрессия и когнитивные нарушения у пожилых пациентов

Южно-Уральский государственный медицинский университет

Кафедра нервных болезней

доцент, к.м.н. Маркова Виктория Валерьевна

# Распространенность когнитивных нарушений и депрессии у лиц, старше 65 лет

Клинически значимые когнитивные нарушения — у 15—25%

Деменция выявляется у 4—8% лиц

Депрессия различной выраженности — у 15—30%

# Психологические и ситуационные факторы, характерные для позднего возраста

- потеря социального статуса
- ухудшение материального положения
- утраты, сопровождающие старость
- метаболические нарушения
- дисгормональные нарушения
- соматические нарушения

С.И. ГАВРИЛОВА\*, И.В. КОЛЫХАЛОВ, Е.В. ПОНОМАРЕВА, Н.Д. СЕЛЕЗНЕВА Отдел гериатрической психиатрии, отделение болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, Москва Clinical experience with agomelatine for the treatment of depression in elderly patients in outpatient practice S.I. GAVRILOVA, I.V. KOLYKHALOV, E.V. PONOMAREVA, N.D. SELEZNEVA Research Center for Mental Health, Russian Academy of Sciences, Moscow 44 ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ, 9, 2014

# Критерии депрессии

## Основные симптомы

- снижение настроения, очевидное по сравнению с присущей пациенту нормой, преобладающее почти ежедневно, большую часть дня и продолжающееся **не менее 2 недель** вне зависимости от ситуации, ~~обязательно связанной с какой-либо ситуацией,~~ усиленная утомляемость и повышенная

## Дополнительные симптомы

- **снижение внимания**
- снижение самооценки
- идеи виновности и уничижения (даже при легких депрессиях)
- мрачное и пессимистическое видение будущего
- идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства
- нарушения сна
- нарушения аппетита

# Особенности депрессии в пожилом возрасте

Меньше жалоб на тоску и сниженное настроение

Преобладание ангедонии и чувства ненужности, потерянности

Больше ипохондрических расстройств, соматизация жалоб: головокружение, головная боль, слабость, нарушения памяти

Тревога

Суицидальное поведение, а не мышление

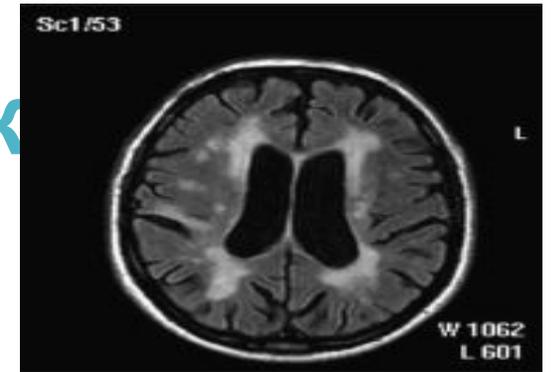
# Депрессия как фактор риска деменции

—

## Точки зрения

1. При наличии четырех эпизодов депрессии в молодом и среднем возрасте риск деменции возрастает в два раза, 5 и более – более чем в 3 раза.
2. Если депрессия не сопровождается когнитивными нарушениями, то риск развития деменции не повышается.
3. Депрессия истощает когнитивный резерв, ускоряя дебют деменции.
4. Депрессия приводит к активизации нейровоспалительного процесса и блокирует выработку в мозге нейротрофических факторов, что может способствовать развитию патологического процесса, ведущего к деменции.

# Поражение белого вещества как фактор риска когнитивных и депрессивных нарушений



Более 90% пациентов с началом депрессии в пожилом возрасте имеют более выраженные сосудистые изменения при нейровизуализации, чем пациенты без депрессии.

Ишемическое поражение подкорковых структур может вызывать дисфункцию фронтостриарных кругов и их лимбических связей, с которой могут быть связаны не только аффективные, но и когнитивные дисрегуляторные нарушения.

Усугубляет нарушение кровоснабжения белого вещества ортостатическая гипотензия при дегенерациях (периферическая вегетативная недостаточность при мультисистемной атрофии, деменции с тельцами Леви)

Клинически это проявляется как «сосудистая депрессия».

# Особенности когнитивных функций при депрессии

Депрессия – третья по частоте причина когнитивных нарушений после нейродегенеративных и сосудистых заболеваний.

Биологическая основа - недостаток серотонина, норадреналина и дофамина

- нарушено восприятие
- нарушен анализ и запоминание информации, которая не относится к эмоциональным переживаниям пациента
- снижение концентрации внимания, его патологическая избирательность – акцентирование внимания на негативной информации
- снижение мотивации

После окончания депрессивного эпизода снижение когнитивных функций сохраняется у 40-50%

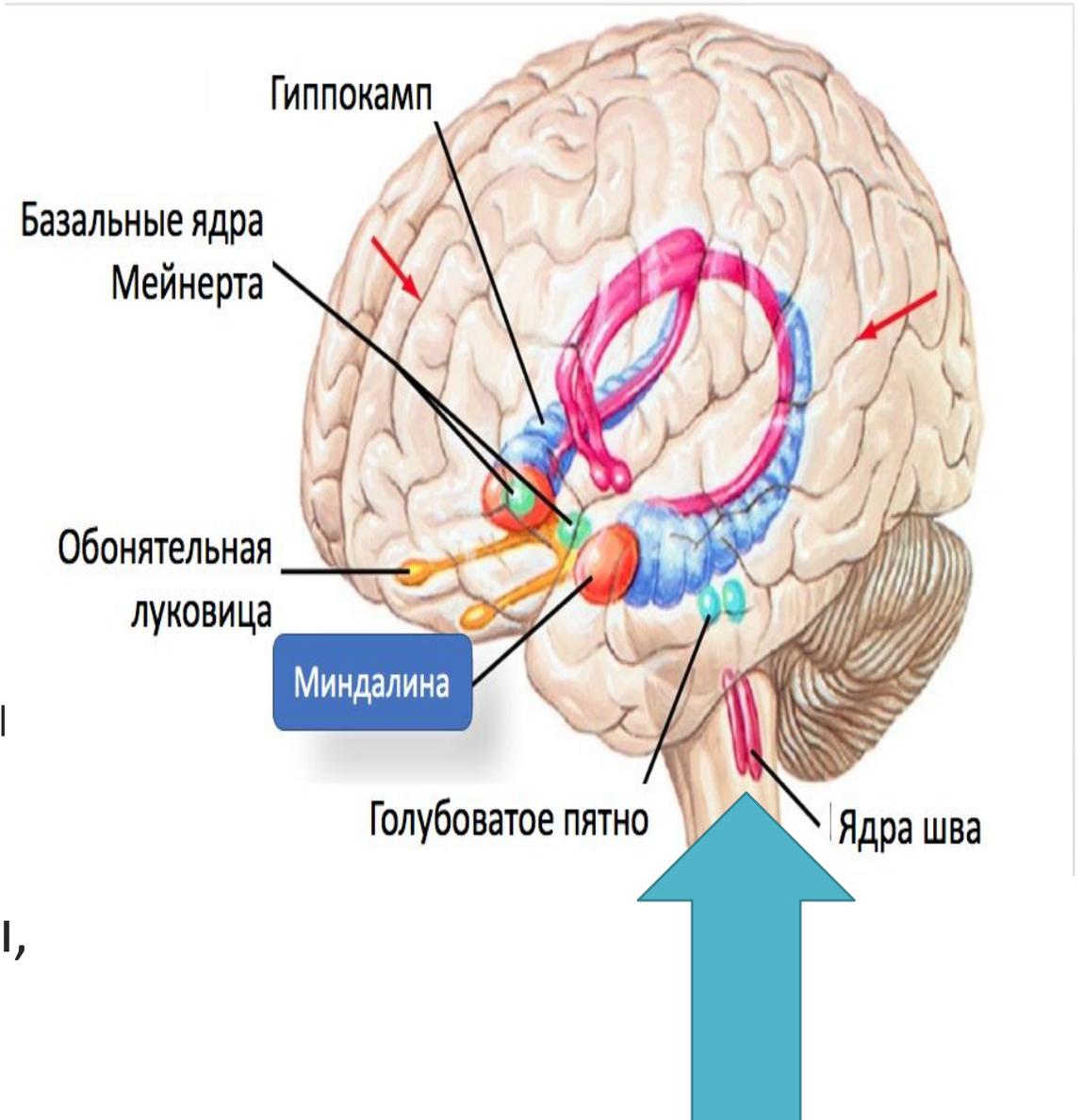
# Сератонин

Тормозной медиатор

Вырабатывается ядрами шва, откуда идет в стриатум, лобную кору и лимбическую систему

Регуляция

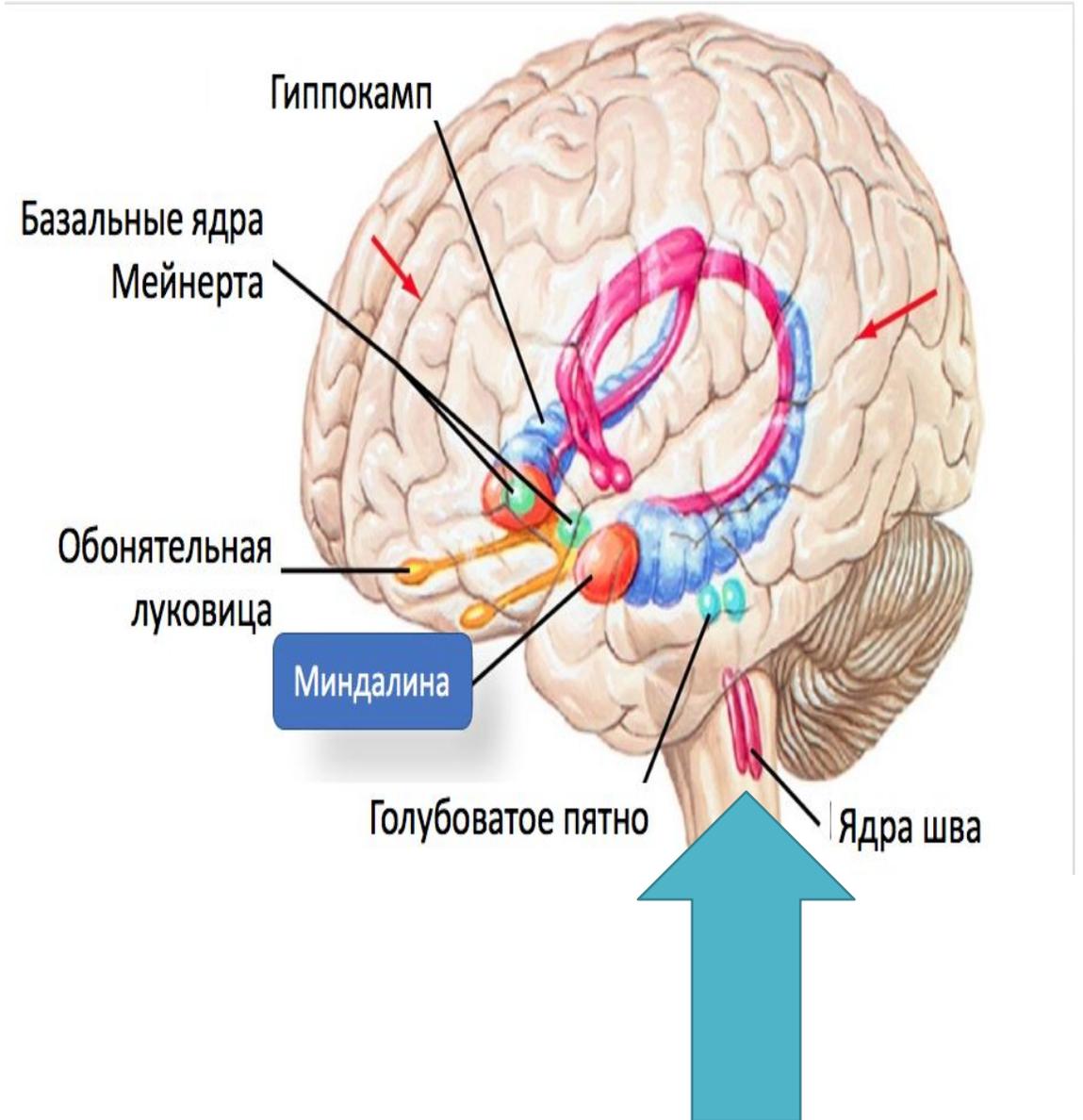
- бодрствования
- восприятия боли
- делает избирательным сексуальное и пищевое поведение
- когнитивных процессов - тормозит второстепенные когнитивные сигналы, **концентрация на значимых,**
- эмоции – **тормозит отрицательные ЭМОЦИИ**



# Сератонин

## Синдром дефицита

- гипотимия (сниженное настроение)
- тревога, приступы паники
- фобии
- obsessions, compulsions
- булимия
- боли



# Норадреналин

Норадреналин выделяется из голубоватого пятна.  
Норадреналин поддерживает бодрствование и Энергию.

Является метаболитом дофамина.

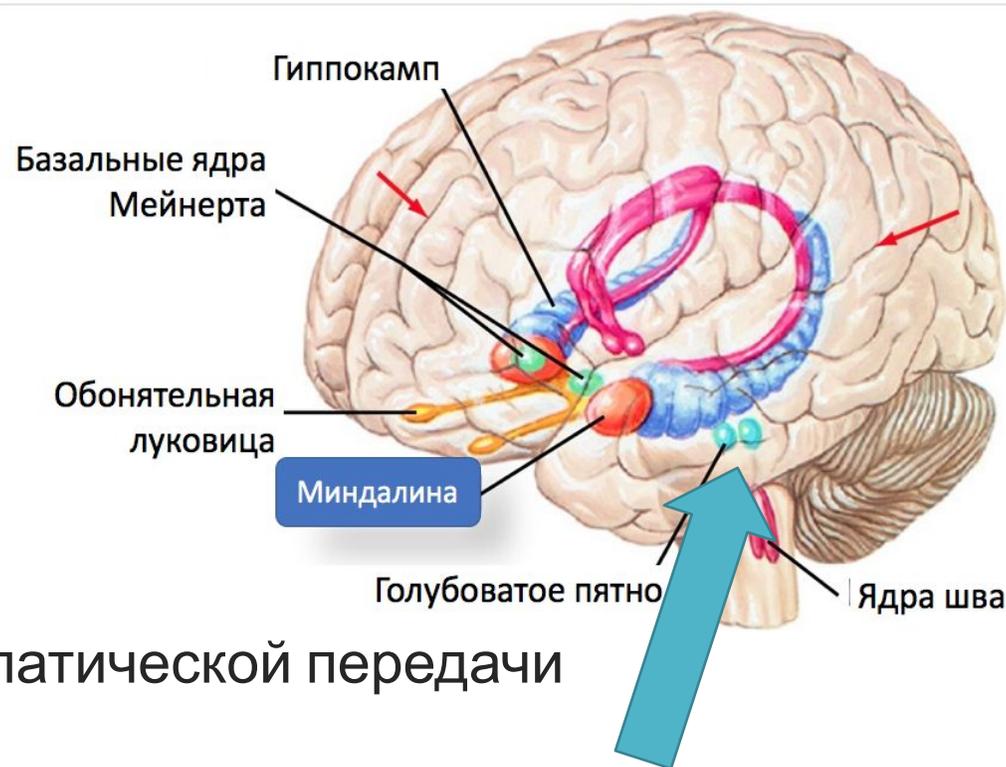
Является медиатором постганглионарной симпатической передачи

Обеспечивает ортостаз.

Голубоватое пятно влияет:

- на префронтальную кору – внимание и обучение
- на гиппокамп и миндалину – облегчает консолидацию и извлечение следов памяти, особенно на фоне нетяжелого стресса
- на черную субстанцию – усиливает высвобождение дофамина

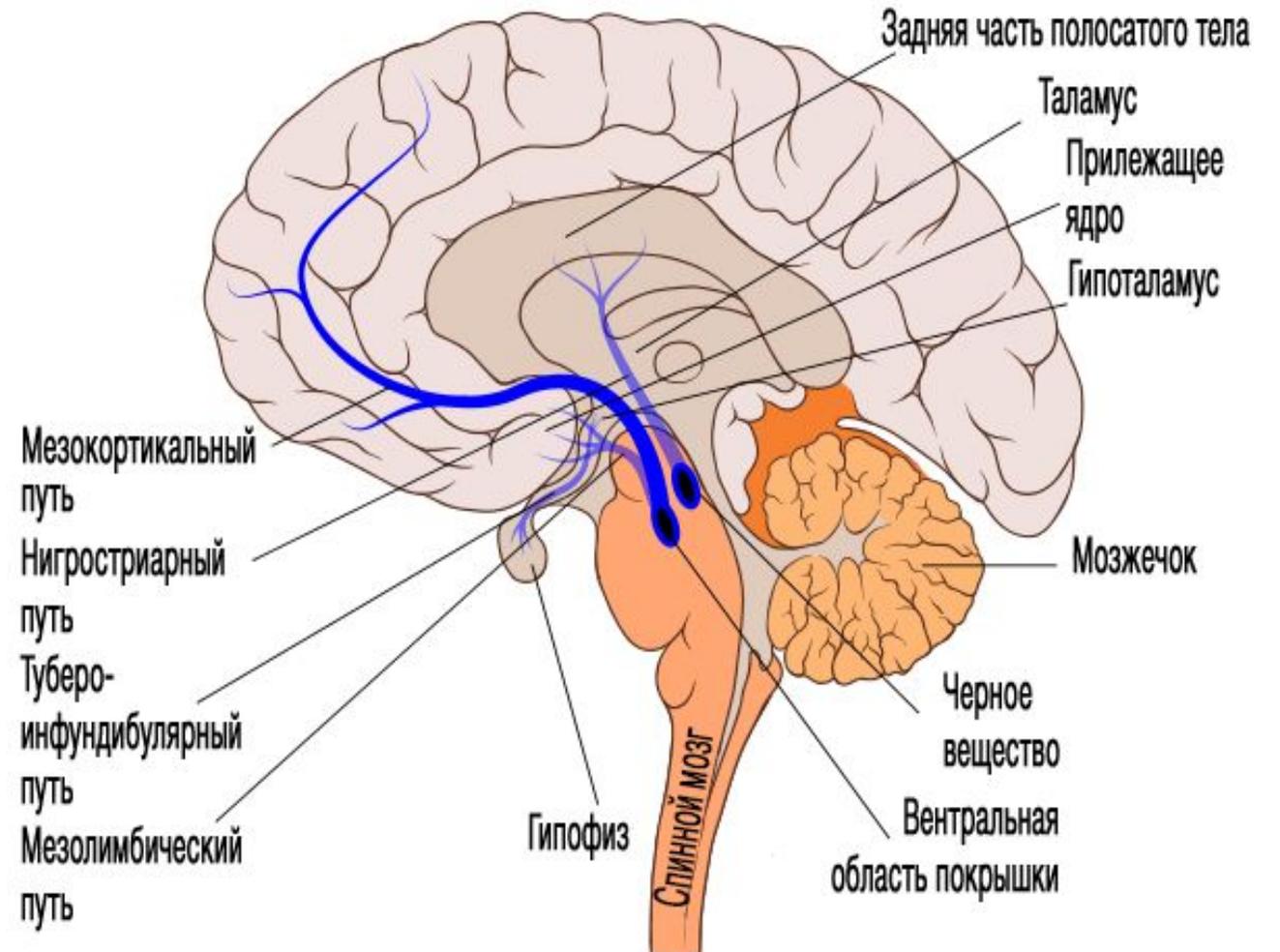
Голубое пятно страдает раньше черной субстанции от накопления синуклеина, поэтому один из самых ранних методов диагностики болезни Паркинсона-сцинтиграфия миокарда, которая обнаруживает симпатическую денервацию.



# Дофамин

Функции:

- любопытство
- мотивация к обучению
- скорость обработки информации
- скорость мышления



# Основные рекомендации при умеренных когнитивных нарушениях

## Уровень В

оценивать и мониторировать выраженность с помощью методик, влиять на модифицируемые факторы риска, лечить поведенческие и нейропсихиатрические симптомы, отменить препараты, снижающие когнитивные функции, регулярные физические упражнения.

**Эффективных препаратов нет**, предупредить пациента об отсутствии доказательств (уровень А)

## Уровень С

когнитивный тренинг, исследование биомаркеров.

# Взаимоотношения умеренных когнитивных расстройств и депрессии

У 25% пациентов с умеренными когнитивными расстройствами есть депрессия.

При наличии депрессии трансформация умеренного когнитивного расстройства в деменцию происходит быстрее и чаще, чем в ее отсутствие.

Исследование в течение 5 лет пациентов с УКР амнестического типа с депрессией и без нее

У кого развилась болезнь Альцгеймера:

у 85% пациентов с УКР амнестического типа и депрессией,

У 32% пациентов с УКР амнестического типа, не имевших депрессии.

Wilson RS, Arnold SE, Beck TL, Bienias JL, Bennett DA. Change in depressive symptoms during the prodromal phase of alzheimer disease. Archives of General Psychiatry. 2008;65(4):439. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.4.439>

Депрессия и когнитивное снижение у пожилых: причины и следствия © О.С. ЛЕВИН, Е.Е. ВАСЕНИНА Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, Москва, Россия Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019;119(7):87-94. <https://doi.org/10.17116/jnevro20191190718>

# Об отсутствии прямого влияния депрессии на когнитивные функции

Нет корреляции между выраженностью когнитивных и аффективных нарушений.

Депрессия и когнитивный дефицит – это два относительно независимых проявления, а более тяжелый когнитивный дефицит у больных депрессией объясняется не столько влиянием самих аффективных нарушений, сколько определенной локализацией или обширностью поражения мозга.

При левосторонних инфарктах (но не правосторонних) может в большей степени страдать функция лобных долей, что приводит к развитию когнитивных нарушений

Robinson RG. Mechanism of mania following stroke. The Clinical Neuropsychiatry of Stroke. 306-313.

<https://doi.org/10.1017/cbo9780511544231.028>

# Роль апатии и депрессии в прогнозе развития болезни Альцгеймера при умеренных когнитивных нарушениях

Исследование Национального координационного центра по борьбе с болезнью Альцгеймера 2019

**4932 участника с умеренными когнитивными нарушениями (УКР)**

Сопоставлялся риск развития болезни Альцгеймера у пациентов с УКР в сочетании

- только с апатией,
- только с депрессией,
- с одновременными апатией и депрессией,
- без психоневрологических симптомов.

Выводы:

- 1) апатия значительно сильнее, чем депрессия, увеличивает вероятность перехода от УКР к болезни Альцгеймера,**
- 2) комбинация апатии и депрессии повышает этот риск еще сильнее.**

# Взаимоотношения депрессии и болезни Альцгеймера

1. Экспансия органического поражения головного мозга, захватывающего структуры, критические для развития депрессии (например, голубоватое пятно, ядра шва, миндалину, поясную и лобную кору и т.д.).

2. Снижение критики пациентов к своему состоянию по мере прогрессирования деменции уменьшает актуальность депрессии

если оценка по MMSE более 23 баллов – депрессия у 16%

если оценка по MMSE менее 23 баллов – депрессия у 8%

Robinson RG. Mechanism of mania following stroke. The Clinical Neuropsychiatry of Stroke. 306-313.

<https://doi.org/10.1017/cbo9780511544231.028>

**Депрессия и когнитивное снижение у пожилых: причины и следствия** © О.С. ЛЕВИН, Е.Е. ВАСЕНИНА  
Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России,  
Москва, Россия Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019;119(7):87-94.

<https://doi.org/10.17116/jnevro20191190718>

# Уже имеется депрессия – возможность ухудшения при развитии когнитивных нарушений

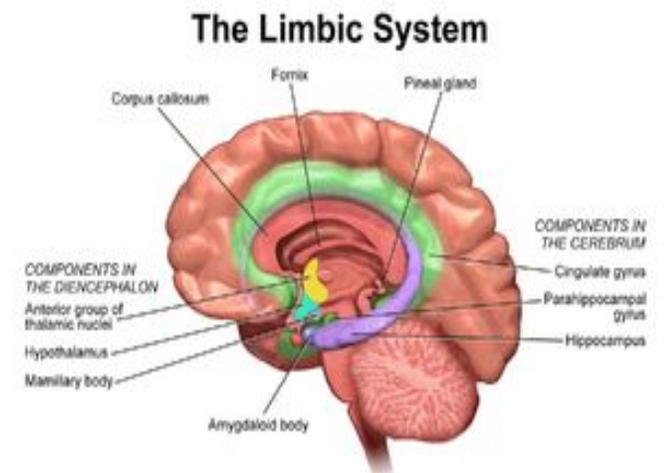
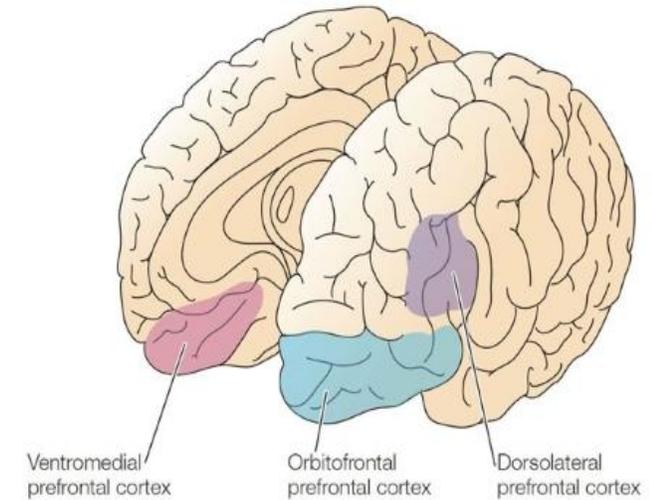
При развитии умеренных когнитивных нарушений или болезни Альцгеймера у больных с депрессией, параллельного нарастания симптомов депрессии не происходит, что указывает на относительную независимость в развитии этих расстройств.

Wilson RS, Arnold SE, Beck TL, Bienias JL, Bennett DA. Change in depressive symptoms during the prodromal phase of alzheimer disease. Archives of General Psychiatry. 2008;65(4):439. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.4.439>

Депрессия и когнитивное снижение у пожилых: причины и следствия © О.С. ЛЕВИН, Е.Е. ВАСЕНИНА Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, Москва, Россия Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019;119(7):87-94. <https://doi.org/10.17116/jnevro20191190718>

«Депрессия-плюс» может быть начальной стадией дегенеративных заболеваний (деменция с тельцами Леви), вовлекающих префронтальную кору, поясную кору или лимбическую систему.

У пациентов с поздним (но не с ранним) началом депрессии развивается атрофия гиппокампа, коррелирующая с нарушением памяти.



Депрессия и когнитивное снижение у пожилых: причины и следствия © О.С. ЛЕВИН, Е.Е. ВАСЕНИНА Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, Москва, Россия Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019;119(7):87-94. <https://doi.org/10.17116/jnevro20191190718>

# Депрессия как продром деменции

При позднем дебюте депрессии риск развития деменции повышен в 1,5—3 раза

Последовательность событий:

- на более ранней стадии - депрессия,
- на более поздней стадии — деменция

Характерно для сосудистой деменции и деменции с тельцами Леви

При сосудистой деменции – интервал до нескольких лет

При деменции с тельцами Леви – около 2 лет

Болезнь Паркинсона с деменцией – в пределах 5 лет

# Депрессия при болезни Альцгеймера

Встречается несколько реже, чем при других деменциях, - около 20—30%

Клинические проявления депрессии схожи.

Особенность депрессии при болезни Альцгеймера – нарастание распространенности по мере утяжеления когнитивного дефицита

- на стадии легкой деменции депрессия отмечается у 10% пациентов,

на стадии умеренной деменции — у 40%,

на стадии тяжелой деменции — у 60% пациентов.

# Как выявить депрессию при деменции

Необходимо выявлять симптомы, связанные с активным переживанием,:

- угнетенное настроение, настойчивые жалобы на снижение памяти или соматические проблемы,
- пессимистические мысли, чувство печали, безнадежности, беспомощности, вины,
- преследующие пациента мысли о смерти, суицидальные намерения, аффективная лабильность и плаксивость
- при быстром ухудшении функционального статуса пациента

Обычные шкалы и опросники, применяемые для выявления и оценки тяжести депрессии, у пациентов с деменцией непригодны в силу того, что пациенты не в состоянии адекватно оценить свое состояние.

Возможно применение гериатрической шкалы депрессии.

Наилучшей шкалой для выявления депрессии у пациентов с деменцией является Корнельская шкала депрессии, предусматривающая опрос ухаживающих за больным лиц

**Депрессия и когнитивное снижение у пожилых: причины и следствия** © О.С. ЛЕВИН, Е.Е. ВАСЕНИНА  
Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, Москва,  
Россия Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019;119(7):87-94.

<https://doi.org/10.17116/jnevro20191190718>

# Гериатрическая шкала депрессии

1. Довольны ли Вы в целом жизнью?
2. От многих ли занятий и способов проведения досуга Вы отказались?
3. Есть ли у Вас чувство, что Ваша жизнь пуста?
4. Вы часто скучаете?
5. У Вас обычно хорошее настроение?
6. Боитесь ли Вы, что с Вами произойдет что-то плохое?
7. Ощущаете ли Вы себя по большей части удовлетворенным человеком?
8. Часто ли Вы чувствуете себя беспомощным?
9. Предпочитаете ли Вы остаться дома и не выходить на прогулку за новыми впечатлениями?
10. Считаете ли Вы, что у Вас память хуже, чем у большинства людей?
11. Считаете ли Вы, что сейчас жить хорошо?
12. Чувствуете ли Вы себя в данный момент ненужным?
13. Ощущаете ли Вы себя полным энергии?
14. Есть ли у Вас ощущение, что Ваше положение безвыходно?
15. Считаете ли Вы, что большинству людей лучше, чем Вам?

# Корнельская шкала депрессии

5 разделов, 19 пунктов.

Сумма баллов более 10 – вероятная депрессия, более 18- выраженная депрессия

Каждый из ответов оценивается по трехбалльной шкале:

«0» – при отсутствии признаков,

«1» – при эпизодическом или незначительном их проявлении,

«2» – при регулярном проявлении.

Для объективной оценки состояния пациента могут быть использованы наблюдения людей, окружающих его в повседневной жизни.

## **Аффективные симптомы**

1. Тревога, озабоченность. Проявлялась ли за последнюю неделю тревога в поведении? Тревожился ли больной о чем-то, что обычно не вызывает у него тревоги? Проявлял ли озабоченность в связи с незначимыми событиями и безобидными ситуациями?
2. Печаль, слезливость. Находился ли больной в подавленном состоянии? Как долго продолжалось такое состояние? Случалось ли ему плакать? Сколько раз за последнюю неделю?
3. Отсутствие реакции на позитивные события. В состоянии ли больной обрадоваться приятным событиям или новостям?
4. Раздражительность. Насколько легко больной выходит из себя? Проявлялись ли у больного раздражительность и нетерпимость на этой неделе?

# Синдром апатии

Был выделен в 1990 г. американским психиатром R. Marin

- ослабление или отсутствие мотивации,
- снижение целенаправленного поведения (усилие, инициатива, настойчивость и производительность),
- снижение целенаправленной когниции (с учетом важности, ценности, интереса и заботы к своим проблемам — здоровью, финансовым, личным),
- снижение эмоционального компонента целенаправленного поведения (неизменный аффект, отсутствие эмоциональной реакции на позитивные и негативные события и их последствия, отсутствие волнения).

Marin RS. Differential diagnosis and classification of apathy. *The American Journal of Psychiatry*. 1990;147(1):22-30.doi: 10.1176/ajp.147.1.22.

Alexopoulos GS, Hoptman MJ, Yuen G, Kanellopoulos D, Seirup J, LimKO, Gunning FM. Functional Connectivity in Apathy of Late-life Depression: A Preliminary Study. *Journal of Affective Disorders*. 2013;149(0):398-405.

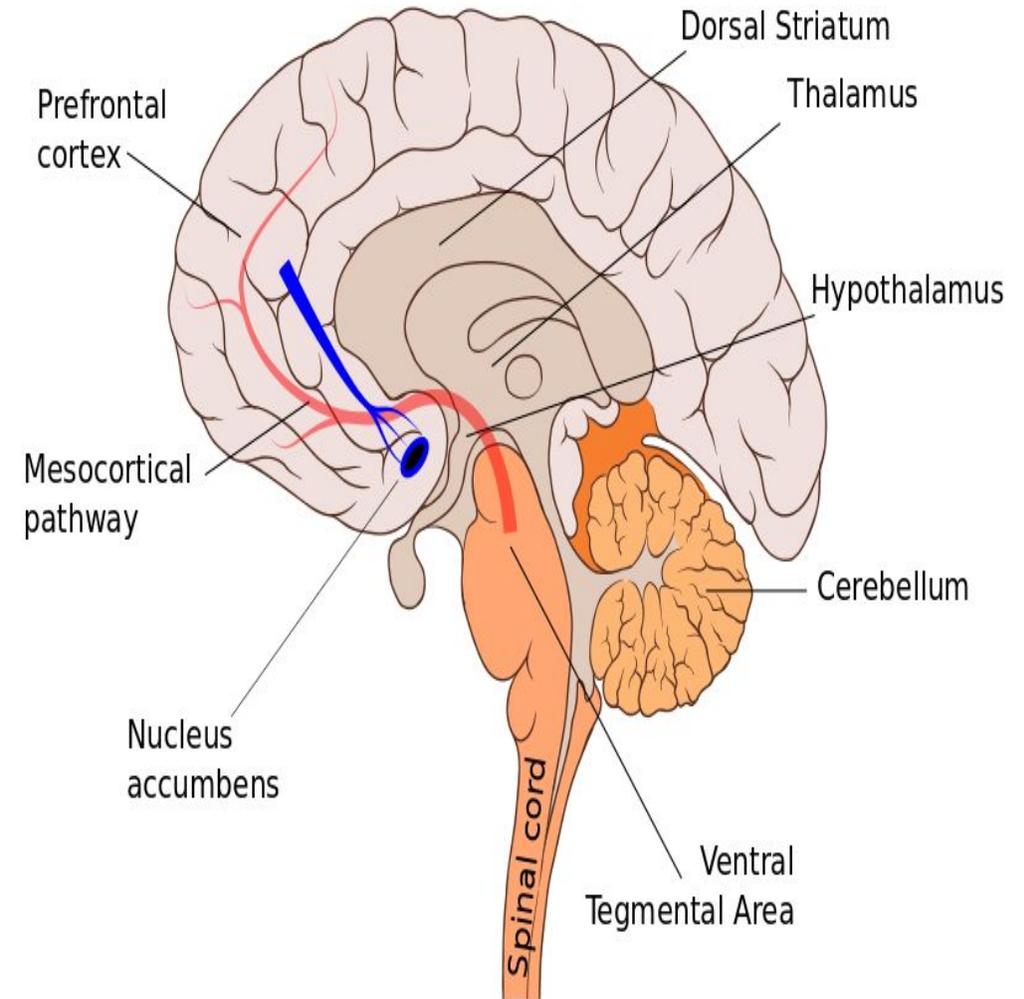
# Анатомия мотивации

- передняя часть поясной извилины,
- **прилежащее ядро,**
- вентральная часть бледного шара, дорсомедиальное ядро таламуса
- вентральная область покрышки

Нарушения в данной функциональной сети приводят к появлению

- акинетического мутизма
- абулии
- апатии

Медиаторы – дофамин и ацетилхолин



# Холинергическая система

2 группы нейронов

Обеспечивает

внимание

кратковременную память

реализация когнитивных функций

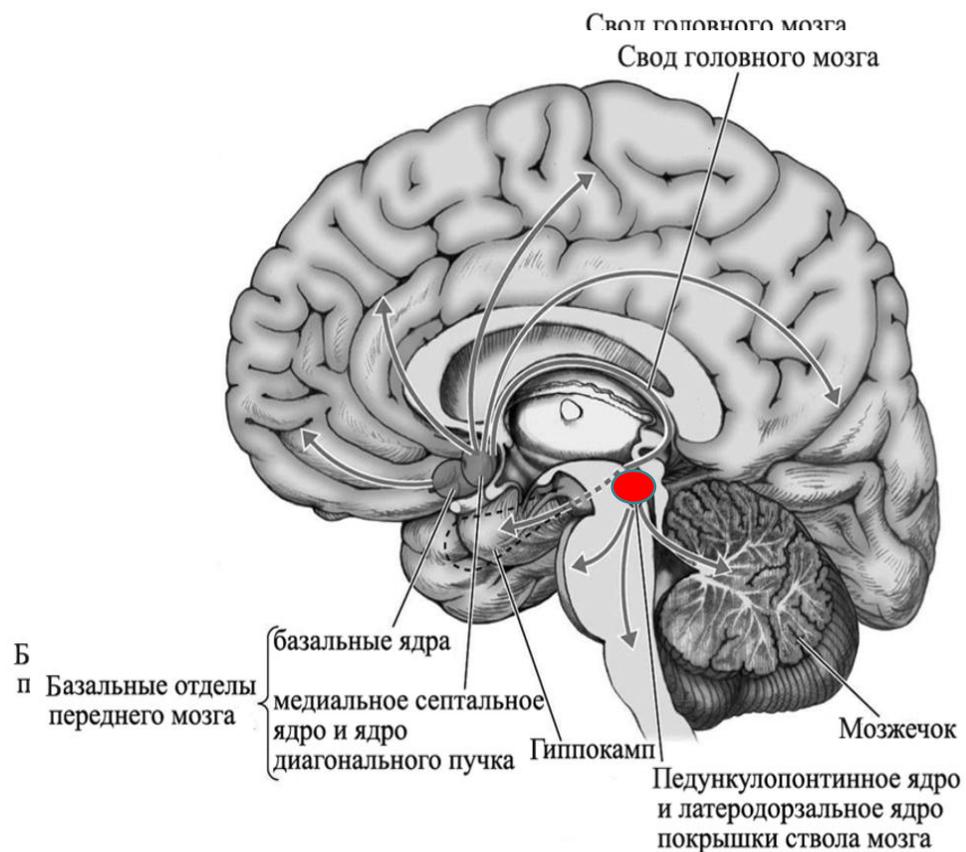
Ацетилхолин обеспечивает синаптическую  
пластичность

# Первая холинергическая система

**Педункулопонтинное ядро  
СВЯЗАНО С**

- Таламусом
- Базальными ганглиями
- Мозжечком

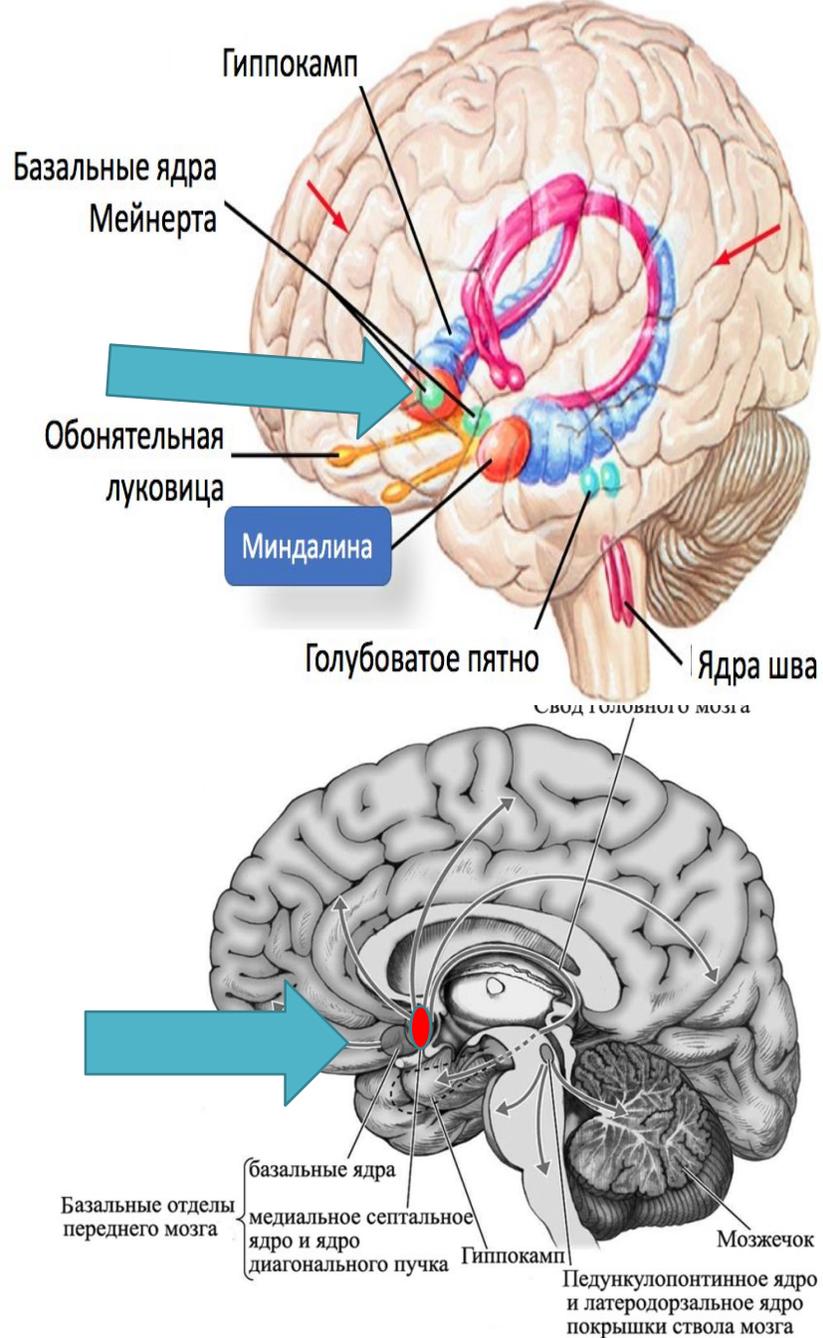
Очень незначительно – с корой



# горяя холинергическая система

Из **ядра медиальной перегородки**, пучка Брока и **ядра Мейнерта** холинергические влияния распространяются на неокортекс и лимбическую систему (включая поясную извилину и гиппокамп)

Ядро Мейнерта обеспечивает когнитивное функционирование, дегенерирует при болезни Паркинсона с деменцией



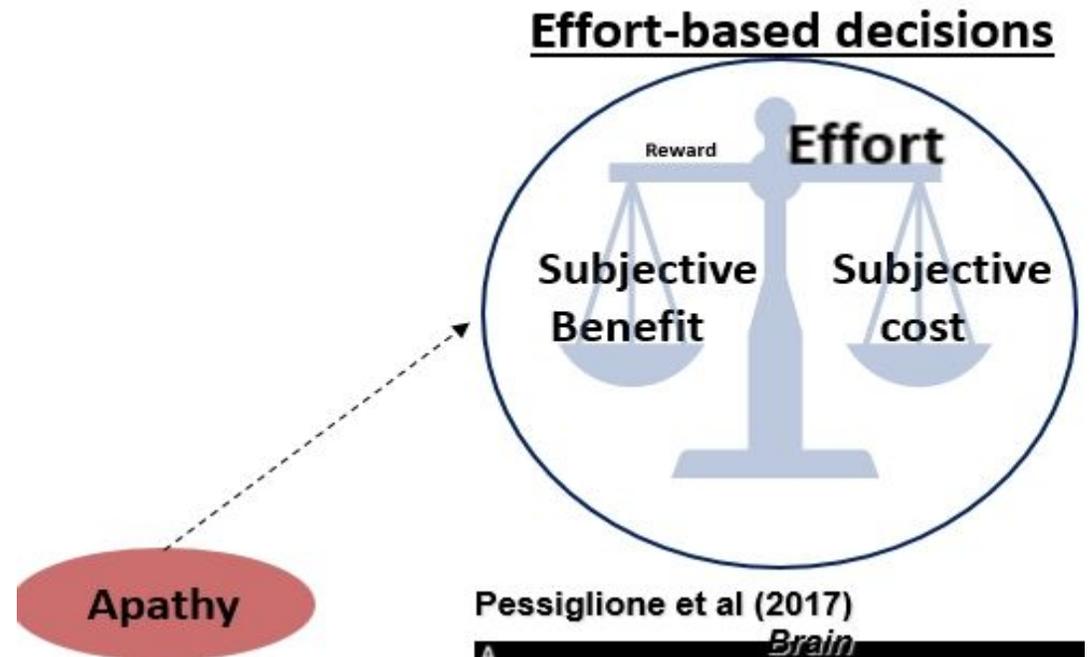
# Апатия и деменция

Апатия более, чем депрессия,:

- связана с когнитивными нарушениями, особенно регуляторного типа,
- более четко предсказывает последующее развитие деменции
- выраженность апатии более четко коррелирует с тяжестью деменции
- со структурными изменениями в мозге, вовлекающими фронтостриарные системы

Апатия – это переоценка количества усилий для достижения награды

Связана с наличием депрессии, состоянием когниции и возрастом



# Дифференциальная диагностика депрессии и апатии

Показатель	Апатия	Депрессия
Угнетенное настроение/тоска/дисфория	-----	++
Чувство вины, безнадежности, мысли о смерти	-----	+
Ангедония	+	++
Снижение интереса к происходящему/безучастность	++	+
Психомоторная заторможенность	+	+
Низкая мотивация/утрата инициативы	++	+
Критика	-----	+
Тревога	-----	+
Вегетативные/соматоформные симптомы	-----	+
Когнитивные нарушения	++	+

# Апатия и деменция

Апатия может быть проявлением депрессии, сопровождаясь в этом случае тоской и тревогой, либо наблюдается как самостоятельный аффективный синдром.

При апатии без депрессии пациента не беспокоят его состояние и нарастающая беспомощность.

При болезни Альцгеймера апатия выявляется

- у 42% пациентов с легкой деменцией,
- у 80% пациентов со среднетяжелой
- 92% пациентов с тяжелой деменцией

Депрессия и когнитивное снижение у пожилых: причины и следствия © О.С. ЛЕВИН, Е.Е. ВАСЕНИНА Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, Москва, Россия Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019;119(7):87-94. <https://doi.org/10.17116/jnevro20191190718>

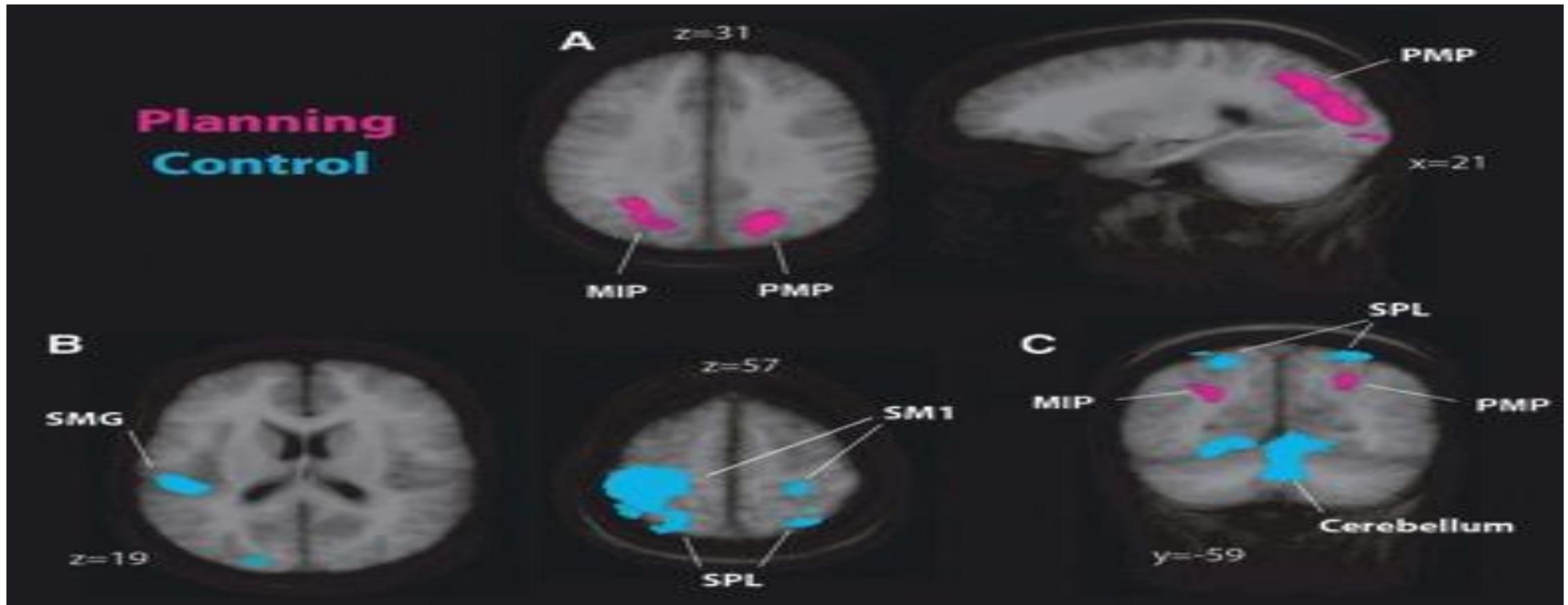
# Методы исследований функциональных нарушений

Производят измерение BOLD-сигнала (Blood-oxygen-level dependent contrast), связанного с повышением уровня оксигенации крови в зонах нейронной активности, с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ) и методом измерения уровня локального метаболизма с помощью позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ).

Основным направлением функциональных нейровизуализационных исследований апатии является исследование мозговых коррелятов мотивационной и эмоциональной сферы пациентов.

- во время выполнения когнитивных заданий
- в покое

# Изучение функции планирования



Исследовали пациентов с болезнью Альцгеймера:

7 — с апатией и 6 — без апатии.

Больным показывали изображения радостных, грустных и нейтральных выражений лиц.

Производили фМРТ и ПЭТ

Zhao H, Tang W, Xu X, Zhao Z, Huang L. Functional Magnetic Resonance Imaging Study of Apathy in Alzheimer's Disease. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2014;26(2):134-141.doi: 10.1176/appi.neuropsych.12110261.

Sheline YI, Barch DM, Donnelly JM, Ollinger JM, Snyder AZ, Mintun MA. Increased amygdala response to masked emotional faces in depressed subjects resolves with antidepressant treatment: an fMRI study. *Biological Psychiatry*. 2001;50(9):651-658.doi: 10.1016/s0006-3223(01)01263-x.



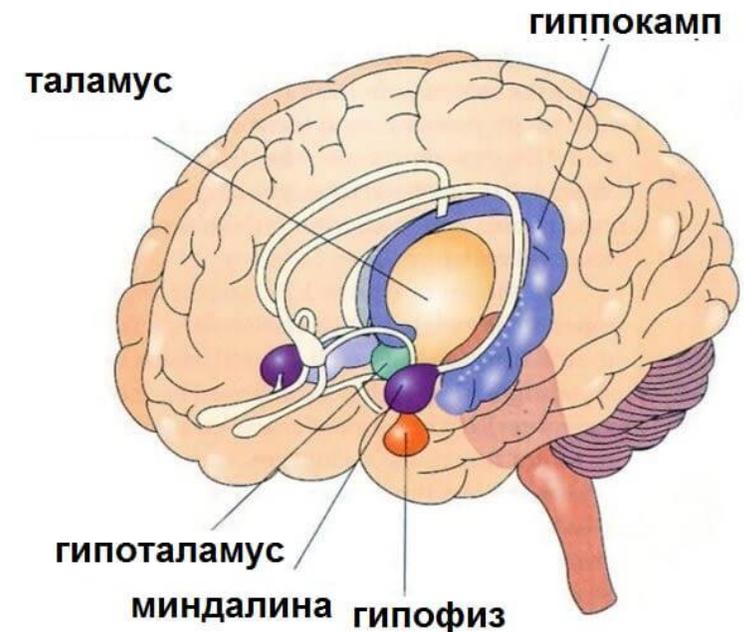
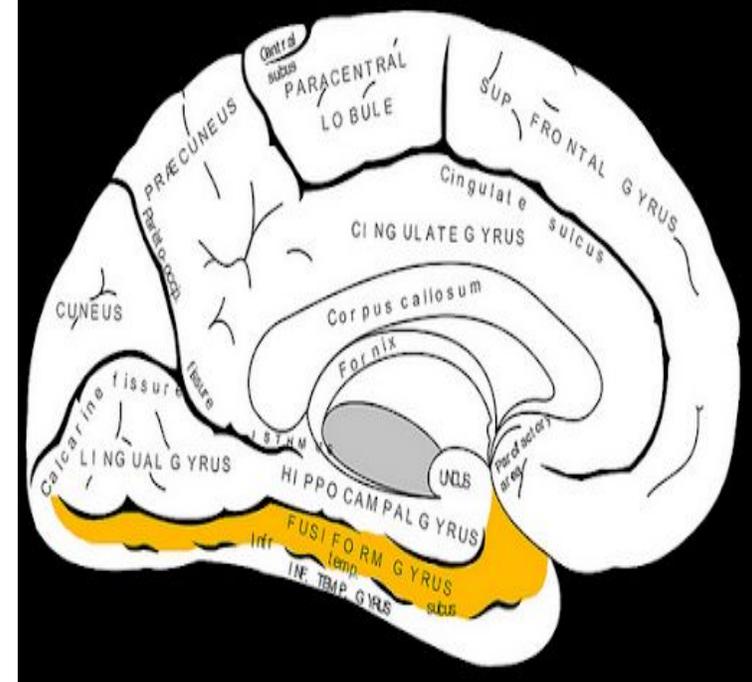
Пациенты с болезнью Альцгеймера **без апатии** - при демонстрации грустных лиц по сравнению с нейтральными билатерально усиливалась активность **в миндалине и веретеновидной извилине**, у пациентов с апатией — **только в веретеновидной извилине**.

При депрессии - наблюдается повышение активации миндалины в ответ на негативно эмоционально окрашенные стимулы

У пациентов с болезнью Альцгеймера с апатией имеется снижение активации миндалины в ответ на негативно эмоционально окрашенные стимулы - визуализационный признак для дифференциации апатии от депрессии.

Zhao H, Tang W, Xu X, Zhao Z, Huang L. Functional Magnetic Resonance Imaging Study of Apathy in Alzheimer's Disease. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2014;26(2):134-141. doi: 10.1176/appi.neuropsych.12110261.

4Sheline YI, Barch DM, Donnelly JM, Ollinger JM, Snyder AZ, Mintun MA. Increased amygdala response to masked emotional faces in depressed subjects resolves with antidepressant treatment: an fMRI study. *Biological Psychiatry*. 2001;50(9):651-658. doi: 10.1016/s0006-3223(01)01263-x.

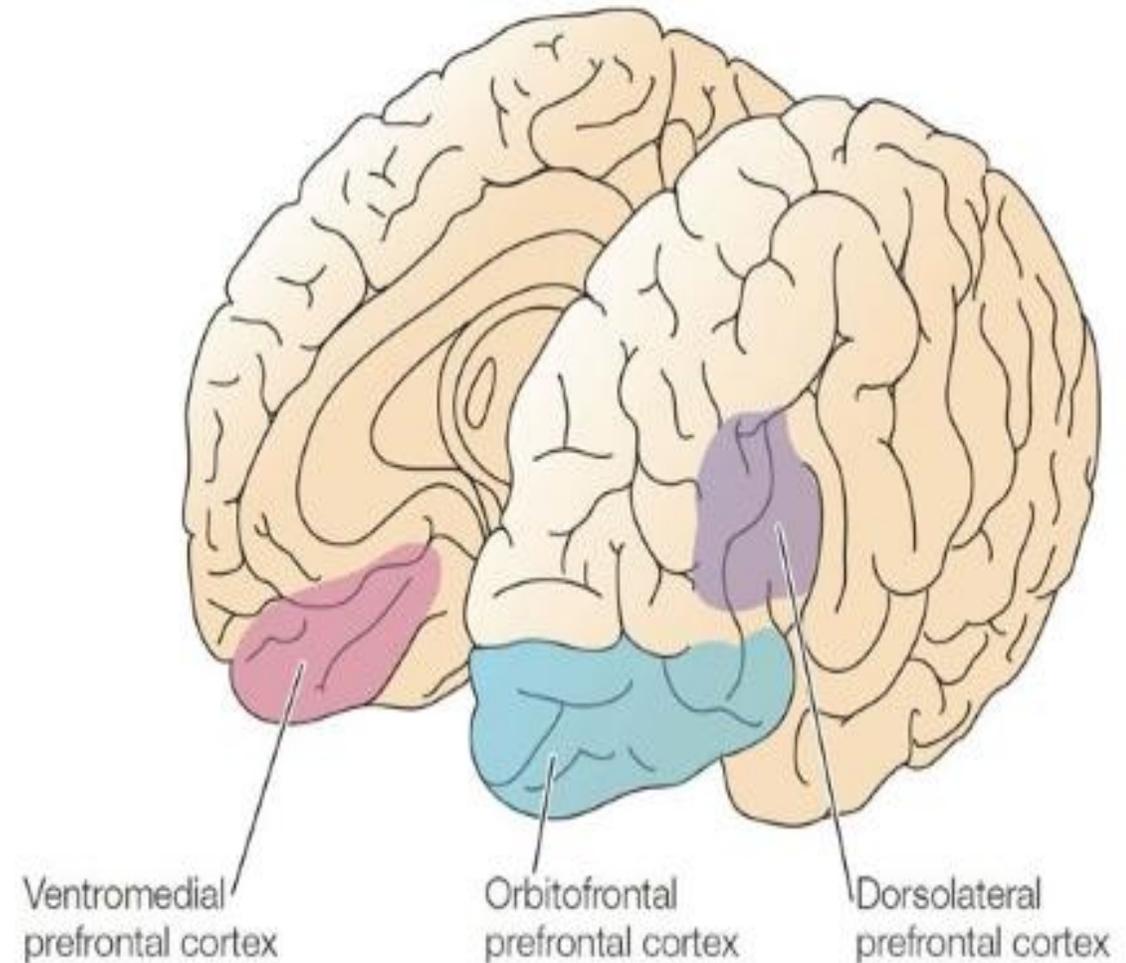


17 пациентов на ранней стадии болезни Альцгеймера с апатией, ПЭТ

10 пациентов на ранней стадии болезни Альцгеймера с депрессией

У пациентов **с апатией** было обнаружено значительное снижение метаболизма в **левой орбитофронтальной коре** и снижение метаболизма в задней цингулярной извилине.

У пациентов **с депрессией** — в **дорсолатеральной префронтальной коре**



Holthoff VA, Beuthien-Baumann B, Kalbe E, Ludecke S, Lenz O, Zundorf G, Spirling S, Schierz R, Winiecki P, Sorbi S, Herholz K. Regional cerebral metabolism in early Alzheimer's disease with clinically significant apathy or depression. *Biological Psychiatry*. 2005;57(4):412-421. doi: 10.1016/j.biopsych.2004.11.035.

Delrieu J, Desmidt T, Camus V, Sourdet S, Boutoleau-Bretonniere C, Mullin E, Vellas B, Payoux P, Lebouvier T, Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. Apathy as a feature of prodromal Alzheimer's disease: an FDG-PET ADNI study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2014. doi: 10.1002/gps.4161.

# Принципы лечения депрессии при КОГНИТИВНЫХ нарушениях

Трициклические антидепрессанты противопоказаны, так как:

- имеют холинолитические свойства
- вызывают дисфункцию сердечно-сосудистой системы
- **способствуют нарастанию лейкоэнцефалопатии у больных с сосудистой деменцией.**

Левин О.С. Васенина Е.Е. Депрессия и деменция у пожилых: диагностические и терапевтические аспекты. Фарматека. 2012;19:76-80. Levin OS, Vasenina EE. Depression and dementia in elderly: diagnostic and therapeutics approach. Pharmateka. 2012;19:76-80.

# Принципы лечения депрессии при КОГНИТИВНЫХ нарушениях

Препараты первой линии - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

вторая линия - ингибитор холинэстеразы или мемантин

третья линия - атипичный нейролептик

Антидепрессанты позитивно влияют на пластические процессы и нейрогенез в гиппокампе, но делает ли это более благоприятным долгосрочный прогноз, остается неясным.

У пациентов с прогрессирующей деменцией (болезнь Альцгеймера) применение антидепрессантов может улучшать когнитивные функции в краткосрочном плане, но в конечном итоге не влияет на траекторию когнитивного снижения

# Эффективность антидепрессантов у больных депрессией с когнитивными нарушениями

- улучшают аффективный статус у пациента с деменцией,
- уменьшают поведенческие нарушения, включая возбуждение, агрессию или раздражительность,
- улучшают качество жизни пациентов и родственников.

Менее 1 /4 пациентов с деменцией и депрессией получают адекватную терапию антидепрессантами

# Эффективность антидепрессантов у больных депрессией с когнитивными нарушениями

Эффект антидепрессантов у пациентов с **деменцией** снижен по сравнению с пациентами без когнитивных нарушений при первичной депрессии.

Больные с **сосудистой деменцией**, имеющие дисрегуляторный когнитивный дефект, относительно резистентны к антидепрессантам.

**Апатия** не реагирует на антидепрессанты, в ее основе лежат не столько серотонинергические, а холинергические и дофаминергические механизмы, хотя существующие холиномиметики и дофаминергические препараты не обладают высокой эффективностью в отношении апатии.

Alexopoulos G. The vascular depression hypothesis: 10 years later. *Biological Psychiatry*. 2006;60(12):1304-1305.  
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.006>



# Систематический обзор возможных неблагоприятных последствий для здоровья, связанных с использованием антидепрессантов

Обзор данных сорока пяти метаанализов

**Выводы делились на пять групп: убедительные, весьма внушительные, наводящие на размышления, слабые или незначимые.**

Из описанных **120 возможных неблагоприятных последствий**, только 74 (61,7%) имели достоверность.

**Убедительные доказательства** были получены в отношении связи между использованием антидепрессантов и

- риском попытки самоубийства среди детей и подростков,
- расстройствами аутистического спектра с воздействием антидепрессанта до и во время беременности,
- преждевременных родов
- низкими показателями по шкале Апгар.

# Систематический обзор возможных неблагоприятных последствий для здоровья, связанных с использованием антидепрессантов

Ни один из этих побочных эффектов не был подтвержден после коррекции результатов с учетом смешения показаний.

Вывод: большинство предполагаемых неблагоприятных последствий для здоровья, связанных с использованием антидепрессантов, не могут быть подтверждены убедительными доказательствами, а те, что подтверждены утрачивают убедительность после коррекции с учетом смешения показаний.

Применение антидепрессантов безопасно

Обзор не позволяет определить какие-либо абсолютные противопоказания к назначению антидепрессантов.

## Что писать в истории

В жалобах «пониженный фон настроения, боли более 3 месяцев»

В осмотре «суицидальных мыслей не высказывает»

В диагнозе «ДЭП... синдром – депрессивный, тревожный, астенический»

Курс: минимально 6 месяцев, оптимально 12 месяцев.

В начале лечения как прикрытия противотревожная терапия первый месяц – феназепам, адаптол, фенибут, атаракс, стрезам

Явка: идеально – первый месяц – каждую неделю, реально – на 7 и 28 день

## Когда необходима консультация психиатра

- отсутствие эффекта монотерапии в течение 1 месяца
- требуется комбинированная терапия ( два антидепрессанта или антидепрессант и нейролептик)
- тяжелая депрессия
- суицидальные мысли и поступки
- психотические состояния (галлюцинации, бред)



Спасибо за внимание