https://doi.org/10.29296/25877305-2019-06-15

Депрессия и когнитивные расстройства при старческой астении и без нее

Е. Голованова, доктор медицинских наук, профессор,
А. Винокурова,
Е. Мизева,
А. Григорьева
Смоленский государственный медицинский университет
E-mail: golovanovaed@rambler.ru

Рост распространенности когнитивных расстройств (КР) и депрессии, тесно связанных со старческой астенией (СА), – актуальная проблема гериатрии. Зависимость указанной патологии от наличия или отсутствия СА была изучена с помощью метода комплексной гериатрической оценки (КГО) у 300 пациентов, разделенных на 3 равные возрастные группы: больные пожилого, старческого возраста и долгожители.

После анализа историй болезни и амбулаторных карт во всех группах проводили отбор пациентов с предполагаемым синдромом СА по скрининговой шкале «Возраст не помеха» (сумма баллов ≥3). Для оценки когнитивных функций использовали тест «Мини-Ког» (запоминание 3 слов, тест рисования часов), для диагностики депрессии – гериатрическую шкалу депрессии (≥5 положительных ответов из 15).

Показано, что частота СА увеличивается с возрастом, причем среди больных преобладают женщины. Депрессия выявляется в возрасте 65–74 лет у каждого 3-го пациента, а к 85–90 годам – более чем у 50% приходящих на амбулаторный прием. Наличие СА значительно влияет на распространенность депрессии. Тест рисования часов целесообразнее использовать как скрининговое исследование для выявления легких КР, тест с воспроизведением слов обнаруживает КР, связанные с нарушением функцией памяти. Артериальная гипертензия широко распространена во всех группах независимо от наличия СА, а распространенность сахарного диабета снижается с возрастом.

Ключевые слова: геронтология, неврология, старческая астения, когнитивные расстройства, депрессия.

Для цитирования: Голованова Е., Винокурова А., Мизева Е. и др. Депрессия и когнитивные расстройства при старческой астении и без нее // Врач. – 2019; 30 (6): 64–67. https://doi.org/10.29296/25877305-2019-06-15

Более половины больных, обращающихся за помощью к врачу-терапевту поликлиники, составляют лица пожилого и старческого возраста [1]. Качество жизни стареющего человека в значительной степени зависит от степени сохранности его психических функций в первую очередь [2]. Актуальной проблемой гериатрии является рост распространенности когнитивных расстройств (КР), что обусловлено растущей продолжительностью жизни, наличием у пожилых людей множества заболеваний, в том числе цереброваскулярных и нейродегенеративных. К сожалению, КР в старческом возрасте часто диагностируют уже на стадии тяжелой деменции. Во многих российских и зарубежных публикациях обсуждаются проблемы КР, их связь с другими гериатрическими синдромами, в том числе с депрессией [3]. Депрессия является наиболее частым психическим расстройством у пожилых людей, что в последнее время стало серьезной медико-социальной проблемой. Сложности связаны с недостаточной диагностикой и лечением депрессии у пожилых больных, поскольку она распознается менее чем у ¼ страдающих ей пожилых людей и только около половины из этих больных получают адекватное лечение [4].

Крайним проявлением возрастных изменений, приводящих к инволютивным процессам в организме и поражению органов на фоне полиморбидности, служит синдром старческой астении (СА). В современной гериатрии СА – ведущее и наиболее значимое по своим последствиям состояние. Оно определяется как биологический синдром, характеризующийся ассоциированным с возрастом снижением физиологического резерва и функций большинства органов, что приводит к снижению способности отвечать на внешние и внутренние стрессорные воздействия и, как следствие, – к неблагоприятным функциональным и медицинским последствиям [1].

Когнитивные и эмоциональные нарушения, СА относятся к гериатрическим синдромам с высокой медико-социальной значимостью. Обратимость этих синдромов вызывает интерес к их изучению, так как простые профилактические и лечебные мероприятия позволяют сохранить независимость пациентов, в том числе при тяжелом течении заболеваний, несмотря на невозможность полного выздоровления и возврата к прежнему функциональному статусу [5, 6]. Профилактические мероприятия должны быть направлены на уменьшение действия факторов риска КР, особенно наиболее легко корригируемых в среднем возрасте, – артериальной гипертензии (АГ) и сахарного диабета типа 2 (СД2).

Цель исследования: изучить распространенность депрессии и КР у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей в зависимости от наличия или отсутствия СА.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследование пациентов гериатрического профиля проводили на базе ОГБУЗ «Поликлиника №3» и ОГБУЗ «Смоленский областной клинический госпиталь для ветеранов войн» в период с 01.09.2018 по 31.03.2019. В исследуемую выборку были включены 300 пациентов, разделенных на 3 возрастные группы: 1-я (n=100) – больные от 65 до 74 лет (мужчин – 22, женщин – 78); 2-я (n=100) – от 75 до 84 лет (мужчин –

15, женщин – 85); 3-я (n=100) – старше 85 лет (мужчин – 31, женщин – 69). Все участники исследования подписывали информированное согласие. На каждого пациента заполняли специальную анкету, включавшую 263 вопроса. Для диагностики СА использовалась скрининговая шкала «Возраст не помеха»; СА верифицировали при ≥3 положительных ответах. Для оценки когнитивных функций использовали тест «Мини-Ког» (запоминание 3 слов, тест рисования часов). Степень выраженности КР при запоминании слов оценивали в баллах за каждое воспроизведенное слово. Если пациент заполнил и воспроизвел все слова – 3 балла – КР отсутствуют, легкие КР – при наличии 2 баллов, умеренные – 1 балл, выраженные – при 0 баллов, т.е. если пациент не вспомнил ни одного слова из трех. Тест рисования часов оценивали по следующим критериям: 0 баллов – неспособность правильно нарисовать часы или отказ (умеренные когнитивные расстройства); 1 балл – незначительные ошибки (небольшая неточность в указании времени, цифры находятся за пределами циферблата или неправильно обозначены) – легкие когнитивные расстройства; 2 балла – правильно нарисованные часы (часы содержат все необходимые цифры внутри циферблата в правильной последовательности без дублирования; цифры 12, 3, 6 и 9 расположены в соответствующих местах; стрелки указывают на цифры 11 и 2 (11:10) – КР отсутствуют. Для диагностики депрессии использовалась гериатрическая шкала депрессии (GDS-15), включающая 15 вопросов. Депрессия диагностировалась при количестве положительных ответов ≥5. Диагностика АГ и СД проводилась по данным анализа амбулаторных карт и стационарных историй болезни. Исследование было одномоментным нерандомизированным. Его результаты обрабатывали с помощью программных пакетов Statistica 10 и MS Excel 10. Достоверность различий средних оценивалась с помощью критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при $p<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Изучение распространенности СА по скринингу «Возраст не помеха» показало, что в 1-й группе СА встречалась у 31% обследованных, во 2-й группе – у 46%, в 3-й – у 66%, что отражает рост частоты встречаемости СА с увеличением возраста. При анализе гендерных особенностей частоты встречаемости СА оказалось, что в 1-й группе она обнаружена у 22,7% мужчин и 33,3% женщин, во 2-й группе – соответственно у 25 и 50%, в 3-й – у 55 и 71%. Таким образом, в возрасте старше 85 лет СА встречалась у каждого 2-го мужчины и у 2 из 3 женщин.

Изучение частоты распространенности депрессии по шкале GDS-15 показало, что в 1-й группе она встречалась у 30% пациентов, во 2-й группе – у 52% и в 3-й – у 59%. Анализ гендерных особенностей частоты встречаемости депрессии обнаружил, что в 1-й группе она была диагностирована у 23,7% мужчин и 31,4% женщин, во 2-й – соответственно у 15 и 60%, в 3-й – у 75 и 81%. Отмечен выраженный рост частоты распространенности депрессии с возрастом, особенно у женщин 2-й и 3-й групп.

Данные о распространенности депрессии у пациентов с СА и без нее в исследуемых группах представлены на рис. 1.

Наличие депрессии было тесно связано с синдромом СА. Виден плавный рост частоты встречаемости депрессии с возрастом у пациентов с СА: в 1-й группе она была выявлена у 65%, во 2-й – у 70% и в 3-й – у 73% обследованных (см. рис. 1, *а*). В то же время при отсутствии СА (см. рис. 1, *б*) депрессия встречалась только у 15% пациентов в возрасте 65–74 лет, у 37% в группе 75–84-летних и лишь у пациентов старше 85 лет этот показатель был сопоставим с таковым при наличии СА (соответственно 65 и 73%; $p<0,05$).

Исследование степени нарушения когнитивных функций по тесту «Мини-Ког» показало, что в 1-й возрастной группе легкие КР отмечались у 31% пациентов, умеренные – у 17%, выраженные – у 9%. У 43% обследованных этой группы КР не были выявлены. Во 2-й группе сохранность когнитивных функций отмечена у 37%, легкие КР обнаружены у 32%, умеренные – у 22% и выраженные – у 9% обследованных. Таким образом, существенной разницы в распространенности нарушений когнитивных функций различной степени выраженности между 1-й и 2-й возрастными группами не выявлено. Что касается пациентов 3-й группы, то когнитивные способности были сохранены только у 23%,

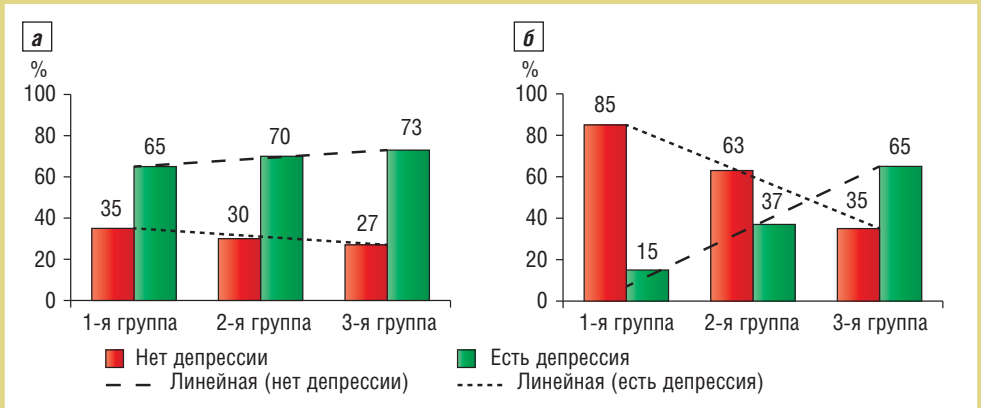

Рис. 1. Распространенность депрессии в разных возрастных группах у пациентов с СА *(а)* и без СА *(б)*

т.е. у каждого 4-го пациента, легкие КР были выявлены у 29%, умеренные – у 34% и выраженные – у 14% обследованных.

Тест рисования часов показал несколько иную картину. В 1-й группе сохранение когнитивных способностей отмечено у 57% пациентов, легкие КР наблюдались у 10%, умеренные – у 33%; во 2-й группе когнитивные способности были сохранены у 42%, легкие КР отмечены у 20%, умеренные – у 38%; в 3-й группе – соответственно у 26, 36 и 38% обследованных. Простота и необычайно высокая информативность данных тестов делают их одними из наиболее общеупотребительных инструментов для диагностики КР. Однако тест рисования часов более легкий, и больше используется для выявления легких и умеренных КР, а тест запоминания слов – сложнее, он связан с функций памяти и чаще выявлял выраженные КР.

При исследовании распространенности АГ у пациентов с СА и без нее установлена чрезвычайно высокая ее частота во всех возрастных группах, вне зависимости от наличия СА. Так, АГ встречалась у 80% пациентов 1-й группы, у 85% – 2-й и у 93% – 3-й группы, что отражает закономерное учащение АГ с возрастом. Распространенность СД2, наоборот, с возрастом значительно уменьшалась (рис. 2, *а, б*), причем как у пациентов с СА, так и без нее. Видимо, пациенты с СД не «доживают» до группы долгожителей из-за развития множественных сосудистых осложнений.

По результатам изложенного сделаны следующие выводы:

- частота распространенности СА по скринингу «Возраст не помеха» увеличивается с возрастом, в структуре больных преобладают женщины;
- распространенность депрессии в исследуемой популяции высока и составляет от 30% в 1-й группе до 59% – в 3-й, т.е. у каждого 3-го пациента в возрасте 65–74 лет есть признаки депрессии, а к 85–90 годам она встречается у половины обследованных;
- наличие СА значительно влияет на распространенность депрессии. Ее частота составляет от 65% в группе 65–74-летних при наличии СА до 73% – у лиц старше 85 лет, в то время как у пациентов без СА только у 15% отмечена депрессия в возрасте 65–74 лет и у 37% – в возрасте 75–84 лет. Это требует особого подхода к медицинской коррекции как СА, так и депрессии, особенно у пациентов старше 85 лет;
- тест рисования часов является более легким; его целесообразнее использовать как скрининг для выявления легких когнитивных нарушений. Тест с воспроизведением слов выявляет КР, связанные с функцией памяти;
- исследование показало, что АГ была чрезвычайно распространена у обследованных всех возрастных групп, независимо от наличия СА;
- распространенность СД снижается с возрастом в связи с высокой смертностью от СД и его осложнений. Такая тенденция отмечалась у пациентов как с СА, так и без нее.

* * *

Конфликт интересов не заявлен

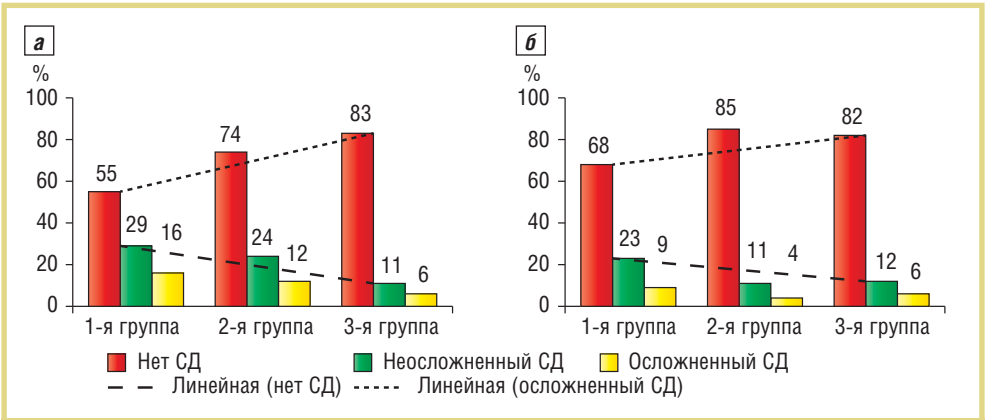

Рис. 2. Распространенность СД в разных возрастных группах у пациентов с СА *(а)* и без СА *(б)*

Литература/Reference

1. Чукаева И.И., Ларина В.Н. Возраст-ассоциированные состояния (гериатрические синдромы) в практике врача-терапевта поликлиники // Лечебное дело. – 2017; 1: 6–15 [Chukaeva I.I., Larina V.N. Geriatric Syndromes in a Primary Care Setting // Lechebnoe delo. – 2017; 1: 6–15 (in Russ.)].
2. Костюк Г.П., Курмышев М.В., Савилов В.Б. и др. Восстановление когнитивных функций у лиц пожилого возраста в условиях специализированного медико-реабилитационного подразделения «клиника памяти» // Социальная и клиническая психиатрия. – 2017; 27 (4): 25–31 [Kostyuk G.P., Kourmyshev M.V., Savilov V.B. et al. Recovery of cognitive function in elderly persons in a special medico-rehabilitation unit 'The Memory Clinic' // Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya. – 2017; 27 (4): 25–31 (in Russ.)].
3. Турушева А.В., Фролова Е.В. Взаимосвязь депрессии и когнитивных нарушений в российской популяции лиц старше 65 лет: результаты исследования ХРУСТАЛЬ // Врач. – 2018; 29 (9): 26–30 [Turusheva A., Frolova E. The relationship between depression and cognitive impairment in the russian population over 65 years of age: results of the CRYSTAL study // Vrach. – 2018; 29 (9): 26–30 (in Russ.)]. https://doi.org/10.29296/25877305-2018-09-06.
4. Разводовский Ю.Е., Переверзева Е.В, Нечай О.Н. и др. Депрессия у пожилых пациентов кардиологического стационара: гендерные особенности // Научный форум. Сибирь. – 2016; 2 (2): 34–5 [Razvodovsky Y.E., Pereverzeva E.V., Netchay O.N. et al. Gender peculiarities of depression among cardiological elderly inpatients // Nauchnyi forum. Sibir'. – 2016; 2 (2): 34–5 (in Russ.)].
5. Шлепцова М.В., Фролова Е.В. Распространенность основных гериатрических синдромов в практике врача-гериатра амбулаторного этапа и возможности их коррекции // Российский семейный врач. – 2018; 22 (2): 30–6 [Shleptsova M.V., Frolova E.V. Prevalence of the geriatric syndromes in geriatric practice in outpatient cliinic and possible ways of its correction // Russian Family Doctor. – 2018; 22 (2): 30–6 (in Russ.)]. DOI: 10.17816/RFD2018230-36.

6. Аргунова И.А., Голованова Е.Д. Депрессивная псевдодеменция в гериатрической практике // Врач. – 2018; 29 (6): 34–8 [Argunova I., Golovanova E. Depressive pseudodementia in geriatric practice // Vrach. – 2018; 29 (6): 34–8 (in Russ.)]. https://doi.org/10.29296/25877305-2018-06-07.

DEPRESSION AND COGNITIVE IMPAIRMENT IN THE PRESENCE/ ABSENCE OF SENILE ASTHENIA

*Professor **E. Golovanova**, MD; **A. Vinokurova**; **E. Mizeva**; **A. Grigoryeva***
Smolensk State Medical University

The increase in the prevalence of cognitive impairment (CI) and depression, which are closely associated with senile asthenia (SA), is a pressing problem of geriatrics. The relationship of this pathology to the presence or absence of SA was studied using the comprehensive geriatric assessment (CGA) technique in 300 patients divided into 3 equal age groups: elderly patients, senile patients, and long-livers. After analysis of case histories and outpatient records in all the groups, the patients with presumptive SA were selected according to the "Age is No Hindrance" screening scale (a total score of ≥3). The MiniCog test (a 3-word recall test and a clock drawing test) was used to evaluate cognitive functions; the geriatric depression scale (≥5 positive answers to 15 questions) was employed to diagnose depression. It has been shown that the incidence of SA increases with age, with women predominating among the patients. Depression is detected at the age of 65–74 years in every three patients, and by the age of 85–90 years in more than 50% of those making their outpatient visit. The presence of SA substantially affects the prevalence of depression. It is more expedient to use the clock drawing test as a screening study to identify mild CI; the word recall test can detect CI associated with impaired memory function. Hypertension is widespread in all groups regardless of the presence of SA, and the prevalence of diabetes mellitus decreases with age.
Key words: *gerontology, neurology, senile asthenia, cognitive impairment, depression.*
For citation: *Golovanova E., Vinokurova A., Mizeva E. et al. Depression and cognitive impairment in the presence/absence of senile asthenia // Vrach. – 2019; 30 (6): 64–67. https://doi.org/10.29296/25877305-2019-06-15*