

<https://doi.org/10.29296/25877305-2018-06-07>

ДЕПРЕССИВНАЯ ПСЕВДОДЕМЕНЦИЯ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

И. Аргунова, кандидат медицинских наук,
Е. Голованова, доктор медицинских наук, профессор
Смоленский государственный медицинский университет
E-mail: golovanovaed@rambler.ru

У пожилых пациентов достаточно часто снижение когнитивных функций списывают на развитие старческого слабоумия, которое на самом деле является депрессивной псевдодеменцией. Депрессия, не связанная с дегенеративными заболеваниями, достаточно хорошо поддается лечению. Осмысление пациентом своего состояния, его обратимости и опасности суицидальных наклонностей способствует улучшению самоконтроля, пониманию нефатальности проблемы, сокращает сроки выздоровления. Выбор антидепрессивной терапии у гериатрических больных основан на наличии сопутствующих заболеваний и индивидуальной переносимости.

Ключевые слова: гериатрия, неврология, психиатрия, когнитивные нарушения, депрессия, депрессивная псевдодеменция, антидепрессивная терапия.

Для цитирования: Аргунова И., Голованова Е. Депрессивная псевдодеменция в гериатрической практике // Врач. – 2018; 29 (6): 34–38. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-06-07>

Происхождение когнитивных расстройств (КР) у гериатрических пациентов имеет полиэтиологичный характер, что обусловлено сочетанием сосудисто-дегенеративных процессов в головном мозге и сопутствует значительному числу неврологических заболеваний, присущих данному возрасту [1]. Однако у ряда больных при относительной сохранности мозговых функций, укладывающихся в параметры среднестатистических возрастных изменений, в течение короткого срока может развиваться резкое ухудшение психического, а нередко — и физического функционирования, что создает впечатление наступления деменции. Такое быстрое прогрессирование когнитивной дисфункции, как правило, воспринимается не только родственниками, но и участковыми врачами как фатальное, тогда как на самом деле оно является одним из наиболее корригируемых в гериатрии и в значительной степени обратимо. Данная клиническая ситуация обусловлена псевдодеменцией, вызванной развитием одного из наиболее часто встречающихся при старческой астении гериатрических синдромов, — сенильной депрессии [2].

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИИ

«Плохое настроение» в старости считается частым вариантом психологической нормы. Снижение функ-

ционирования нередко ошибочно списывают на развитие старческого слабоумия, которое на самом деле является депрессивной псевдодеменцией. Депрессия при этом редко диагностируется и лечится из-за неосведомленности врачей общей лечебной сети. При депрессии у пожилых людей преобладают апатия, заторможенность, потеря интереса к привычным занятиям, нежелание жить, снижение массы тела, обусловленное утратой аппетита. Последнее нередко трактуется как следствие развития онкологического заболевания, что ведет к проведению мучительного для больного и бесполезного скрининга. Нарастает когнитивный дефицит: в первую очередь страдают внимание, память, темп и продуктивность мышления. Инволюционная депрессия часто проявляется агрессивностью, обидчивостью, капризами, депрессивными идеями отношений («я никому не нужна», «я всем мешаю», «ждут моей смерти» и т.п.). Характерны погруженность в печальные, часто навязчивые переживания, сильная тревога за себя и близких («дочь заболела раком», «внука украли», «сын попал в автокатастрофу» и т.п.).

В пожилом возрасте при депрессии сильнее, чем в предыдущие периоды жизни, выражены нарушения двигательной сферы: пациенты залеживаются из-за подавленности и апатии, усиливаются расстройства походки, координации и силы движений, развивается или быстро прогрессирует старческая астения. Депрессия отягощает течение коморбидных соматических заболеваний и отрицательно влияет на их исход (в первую очередь это относится к стенокардии, артериальной гипертензии, сахарному диабету, нарушениям опорно-двигательного аппарата), что способствует отказу от соблюдения рекомендаций лечащего врача и часто — к декомпенсации заболеваний. У больных отсутствует критика к своему состоянию, они неадекватно оценивают свои эмоциональные проблемы.

Помимо резкого снижения качества жизни и сокращения ее продолжительности из-за прогрессирования коморбидной патологии и сопутствующего ограничения жизнедеятельности, депрессия создает прямую угрозу для пациентов, так как крайним ее проявлением являются суициды. Частота суицидов и успешных их попыток выше у мужчин пожилого и старческого возраста, нежели у женщин. У людей после 75 лет удается 1 суицидная попытка из 5, что в десятки раз выше, чем в молодом и среднем возрасте. Сочетание депрессии и алкоголизма, особенно часто развивающегося у одиноких, социально дезадаптированных пациентов, увеличивает риск суицида.

Клиническая окраска инволюционной депрессии зависит также от заболевания и характера морфологических изменений, лежащих в основе данного состояния. Для органического поражения мозга характерны преходящие идеи ущерба («вещи и деньги пропада-

ют», невестка или соседи «воруют», «сыпят яд в кастрюлю», «страшно брать нож, может резать»). При болезни Альцгеймера депрессия развивается на ее ранней стадии [3]. При этом преобладают апатия, раздражительность, беспокойство, страх, паранойяльные идеи воровства, психотические симптомы – галлюцинации и иллюзии, что может привести к ошибочному диагнозу психоза. Ночная спутанность, беспокойство, крики, беспредметная ходьба более типичны для хронической цереброваскулярной патологии. При болезни Паркинсона депрессия развивается почти в половине случаев. Для нее свойственны ощущение пустоты и утраты интереса к занятиям, ранее доставлявшим радость.

ДИАГНОСТИКА

Психологическое тестирование, семейное консультирование и патронаж на дому являются особенностями взаимодействия врачей общей практики (ВОП) с гериатрическими пациентами, страдающими депрессиями, и их семьей [4]. ВОП не получают даже элементарной подготовки по психосоматическим проблемам и редко выявляют депрессию и тем более неправильно расценивают симптомы псевдодеменции, так как не владеют приемами исследования интеллектуально-мнестических функций, которые используются при комплексном гериатрическом осмотре. Депрессия – клинический диагноз, базирующийся на диалоге с пациентом и применении психометрических шкал, выявляющих эмоциональные нарушения. Никакие лабораторные и инструментальные методы не заменяют общения с пациентом и окружающими его людьми.

Анализируя анамнез, необходимо акцентироваться на поиске преморбидных черт личности, затяжного стресса, пристрастия к алкоголю и другим вредным привычкам, панических атаках, фобии, плохой наследственности. Нередко в анамнезе могут присутствовать эпизоды стойкого снижения настроения при затяжных стрессах, у женщин – указания на послеродовую или климактерическую депрессию, что свидетельствует о повторном депрессивном эпизоде.

Хотя врач стеснен недостатком времени, он должен побеседовать с пациентом и его родственниками, провести психологическое тестирование. При обращении к врачу гериатрические больные чаще указывают на соматические, а не на эмоциональные симптомы депрессии. Необходимо объяснить, что имеющиеся симптомы связаны с развитием депрессии, это – типичная проблема старости, в основе которой лежит гормональный дисбаланс. Родственники часто относятся к симптомам депрессии как к капризам, истерикам, нежеланию выполнять домашние обязанности. Из тревожных симптомов, которые должны насторожить медицинских работников, следует отметить отказ от еды и питья, амимичное лицо, тусклый взгляд,

монотонный голос или чрезмерную эмоциональность, слезливость, неадекватную тревожность или полное равнодушие к своему состоянию, неряшливый вид, захлащенное, неубранное жилье.

Методы диагностики: беседа с больным и его родственниками; тестирование для оценки психического здоровья (когнитивный статус, эмоциональное состояние). Важна информация от ухаживающих лиц. Для диагностики тревожно-депрессивных расстройств в общей лечебной сети применяется тестирование по простейшим самоопросникам «Шкала депрессии» CES-D, «Тревога и депрессия» HADS (Гамильтона). У гериатрических пациентов со снижением когнитивных функций применение этих опросников затруднительно. В таких случаях применяется более простой вариант тестирования – «Гериатрическая шкала депрессии».

При псевдодеменции внешне выраженное снижение интеллектуальных функций препятствует общению с больным, который может фактически быть близок к состоянию депрессивного ступора, демонстрирует глубокую апатию и пассивно отвергает все возможности общения с врачом. В подобных ситуациях важна информация от родственников, ухаживающих лиц, соседей. Диагностическим тестом может быть пробное лечение антидепрессантами, которое при ощутимом эффекте свидетельствует о правильности диагноза депрессивной псевдодеменции. Однако при болезни Альцгеймера явное улучшение когнитивного статуса маловероятно. В то же время при депрессии, не связанной с дегенеративным заболеванием, терапевтический результат гораздо более значим, а депрессия носит доброкачественный характер.

При подозрении на депрессию и псевдодеменцию должно широко применяться семейное консультирование, сочетающееся с психотерапевтическими приемами. При этом используются информирование, объяснения, советы. Консультант должен стараться так взаимодействовать с членами семьи, чтобы у них появились правильное видение ситуации, новые мысли, цели и способы действий для преодоления проблем. Общая цель консультирования и психотерапии – оказание психологической помощи как здоровым, так и больным. Пациентам с пограничными нервно-психическими расстройствами, такими как депрессия, требуются консультирование и психотерапия.

Доктору необходимо найти контакт с больным и его близкими, проявлять симпатию и гибкий подход. Патерналистскую модель следует дополнять интерпретационной и совещательной моделями общения с семьей. ВОП должен сообщить, что внешние признаки деменции у больного вызваны развитием депрессии – болезнью, характеризующейся психологическими нарушениями, которые необходимо и можно корректировать, осведомить о ее причинах и последствиях, объяснить родственникам важность семейной поддержки и по-

мощи. Необходимо указать на возможность появления при депрессии суицидальных мыслей и действий, которые необходимо мониторировать, чтобы избежать самоубийства. Следует подчеркнуть, что депрессия достаточно хорошо поддается лечению, а выздоровление — ее обычный исход.

В России существуют центры поддержки семьи. Многие из них являются благотворительными и существуют при поддержке принимающих участие в этом процессе церквей всех конфессий. Следует привлечь кризисные центры к помощи людям, оказавшимся в тяжелой ситуации, волонтерские организации, помогающие одиноким, находящимся в трудном семейном и материальном положении. Патронаж участковых медицинских работников, телефонная или интернет-связь не менее 1 раза в неделю на дому создает у больных ощущение безопасности и защищенности.

Осмысление пациентом своего состояния, его обратимости и опасности суицидальных наклонностей способствует улучшению самоконтроля, пониманию нефатальности проблемы, сокращает сроки выздоровления. Пациенту надо указать на необходимость соблюдения режима, физической деятельности, занятий и общения. Хотя пациент утрачивает в силу депрессии многие желания, он, внимая советам семейного врача, должен найти жизненные моменты, доставляющие ему удовольствие, стремиться к приятному общению, пребыванию на природе, получению двигательной аэробной нагрузки. Метаболизм нейромедиаторов и гормонов «радости и счастья» улучшают яркое освещение в доме, светлые, красочные тона одежды и окружающей обстановки, любимая еда, прогулки при солнечном свете, доступные развлечения, контакты со здоровыми людьми своего возраста. Социальная поддержка и наличие групп общения по интересам достоверно ускоряют выздоровление и снижают риск самоубийств.

При дифференциальной диагностике депрессивной псевдодеменции с истинной деменцией следует учитывать ряд признаков. При депрессии, как правило, сохраняется критика к своему состоянию, отсутствующая при деменции. Первичной депрессии не свойственны истинное снижение памяти, кажущиеся нарушения вызваны отсутствием мотивации к выполнению тестов. Если выявляются мнестические нарушения, они затрагивают как отдаленные, так и свежие события. При нейропсихологическом тестировании пациента с псевдодеменцией результаты тестирования при выполнении заданий одинаковой сложности существенно различаются (от правильного результата до полного невыполнения). Сохранена способность к узнаванию предметов и счету, однако снижены внимание, способность анализировать, скорость психомоторных реакций. Афазия и апраксия наблюдаются при деменции, но редки при депрессии. При депрессивной псевдодеменции отсутствуют на-

рушения функций тазовых органов; они наблюдаются лишь при коморбидных состояниях, дающих эти симптомы. Гериатрическому пациенту нельзя ставить диагноз «деменция», пока не проведено пробное лечение антидепрессантами.

При необходимости врач должен направить пациента в Центр пограничных состояний при областном психоневрологическом диспансере или в Областную госпиталь ветеранов войн при наличии там консультативного приема психиатра. При остром состоянии необходимо вызвать психиатрическую бригаду скорой медицинской помощи.

Тем не менее, **прогноз** у пациентов с депрессивной псевдодеменцией серьезен. У части больных в дальнейшем, спустя ближайшие несколько лет, развивается стойкая истинная деменция. Однако в позднем возрасте сохранение хотя бы нескольких лет активной, насыщенной жизни очень важно.

ЛЕЧЕНИЕ

В значительной части случаев при получении подготовки по данной проблеме ВОП и гериатр способны сами диагностировать и лечить депрессию и псевдодеменцию. У гериатрических больных депрессия является самой модифицируемой с помощью антидепрессантов из всех возрастных когнитивных проблем. Исчезновение депрессивной псевдодеменции выглядит чудом для непосвященных. В отсутствие комплаенса надо убеждать пациента и родственников в необходимости пробного лечения, особенно при отказе от еды и питья, суицидных мыслях, депрессивном ступоре. Ответ на лечение создает доверие к врачу.

Под влиянием лечения антидепрессантами аффективные и интеллектуально-мнестические расстройства постепенно уходят, и больной депрессивной псевдодеменцией, как правило, возвращается к своему прежнему психофизиологическому статусу. Назначая психотропную терапию, следует объяснить больному в доступной форме, что у него имеется расстройство психологической сферы, однако вы не считаете его психически больным, и хотя назначаемые препараты применяются в большой психиатрии, но там они используются в значительно больших дозах. Это улучшит приверженность лечению.

Выбор антидепрессанта у гериатрических больных основан на наличии сопутствующих заболеваний и индивидуальной переносимости. Антидепрессивная терапия направлена на уменьшение симптомов депрессии вплоть до их исчезновения и восстановление прежнего, свойственного пожилому пациенту уровня физической активности и эмоционального фона. Удовлетворительным результатом в старческом возрасте является улучшение поведения и выполнение бытовых нагрузок. Цель лечения — достижение ремиссии депрессии, однако у 30% больных лечение не дает результатов. Низкая эффективность лечения наблюда-

ется при болезни Альцгеймера, тяжелых сосудистых поражениях (острое нарушение мозгового кровообращения) и сопутствующей стойкой тяжелой тревоге. При назначении лечения следует учитывать **START-** и **STOPP-**критерии, указывающие на оптимальные препараты для лечения пациентов в возрасте старше 65 лет. В качестве препаратов 1-й линии используются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) или норадреналина (СИОЗН), при которых частота развития побочных реакций значительно меньше, чем в случае применения трициклических антидепрессантов (ТЦА). Необходимо помнить, что флуоксетин, также относящийся к группе СИОЗС, нельзя назначать в старческом возрасте, так как он резко снижает аппетит, что ведет к потере мышечной массы, развитию или прогрессированию старческой астении и нарушению физического функционирования. Согласно критериям Бирса (некорректная медикаментозная терапия у лиц пожилого возраста) Американского общества гериатрии (AGS), рекомендуется избегать применения ТЦА амитриптилина, имипрамина и др. Барбитураты чреваты высоким риском передозировки при использовании небольших доз и развитием физической зависимости. Бензодиазепины повышают риск падений, переломов, делириев и усиление КР у пожилых больных.

Препаратами выбора являются антидепрессанты группы СИОЗС: сертралин, пароксетин, циталопрам, эсциталопрам. Это – универсальные антидепрессанты с преобладающим воздействием на депрессивные, тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства. Они характеризуются быстрым началом действия, минимальными побочными эффектами и являются препаратами выбора для больных пожилого возраста, лиц с алкоголизмом, органическими поражениями центральной нервной системы, тяжелыми соматическими заболеваниями.

Общие рекомендации по лечению. При лечении пожилых пациентов (старше 65 лет) требуется осторожность: рекомендуется использовать антидепрессанты в дозе, составляющей половину обычной рекомендуемой; следует применять наименьшую эффективную дозу (см. таблицу). Необходимо учитывать особенности применения антидепрессантов при коморбидной патологии, снижении функциональных резервов печени и почек, лекарственных взаимодействиях. Начальный терапевтический эффект может проявиться в течение 7 дней, однако полный эффект обычно достигается через 2–4 нед. Следует предупредить больного, что первые симптомы улучшения наступают не ранее чем через 7–10 дней. Если препарат в достаточной дозе не дает эффекта в течение 3 нед, его заменяют. Терапия антидепрессантами носит симптоматический характер и должна продолжаться достаточно длительно, обычно – не менее 6 мес после полного устранения симптомов депрессии во избежание раз-

вития рецидивов. Длительность курса – от 6–12 мес в зависимости от возраста, длительности депрессии, наличия ее в анамнезе, соматического фона. При отсутствии эффекта в течение 3 нед лечения суточную дозу СИОЗС следует увеличить вдвое. Отсутствие эффекта в течение 6 нед под контролем тестирования свидетельствует о неэффективности препарата. При отсутствии эффекта или наличии побочных эффектов показана смена препарата на другой СИОЗС или на антидепрессант с иным механизмом действия – СИОЗСН (из препаратов этой группы наиболее часто применяют венлафаксин).

Антидепрессант отменяют медленно, в течение 1–2 мес. У значительной части больных пожилого и старческого возраста при попытке отмены антидепрессанта симптомы депрессии возвращаются. Поэтому таким больным рекомендуется пожизненное лечение. При преждевременной или резкой отмене антидепрессанта возможны возвращение прежней симптоматики, суицид. Необходимо учитывать возможность взаимосвязи инволютивной депрессии с заболеваниями щитовидной железы (особенно протекающими с гипотиреозом), нехваткой витаминов, принимающих участие в синтезе нейромедиаторов (витамин В₁₂, витамин D₃, фолиевая кислота). Поэтому лежачим гериатрическим больным, не выходящим на улицу, при комплексном лечении депрессии надо назначать препараты витамина D₃, больным с признаками анемии – витамин В₁₂ и фолиевую кислоту.

Сертралин. Дозировка сертралина: начальная – 50 мг/сут, затем – 100 мг/сут. В пожилом возрасте препарат следует применять с осторожностью из-за повышенного риска развития гипонатриемии. Препарат назначают в том же диапазоне доз, что и у более молодых людей.

Циталопрам принимают 1 раз в сутки в течение 1 нед (5 мг/сут), максимальная доза для пожилых пациентов – 10 мг/сут, со 2–5-й недели – 10 мг/сут. В зависимости от индивидуальной реакции пациента доза может быть увеличена до максимальной – 20 мг/сут. Антидепрессивный эффект обычно развивается через 2–4 нед лечения.

Антидепрессанты 1-го выбора
в гериатрической практике

Антидепрессант	Суточные дозы для людей старше 65 лет, мг/сут
Сертралин	50–100
Пароксетин	20–40
Циталопрам	10–20
Эсциталопрам	5–10
Венлафаксин	150–300
Агомелатин	25–50

Рекомендуемая начальная доза **венлафаксина** — 75 мг в 2 приема ежедневно (по 37,5 мг 2 раза в день). В зависимости от переносимости и эффективности доза может быть постепенно увеличена до 150 мг/сут. Венлафаксин — препарат выбора у пациентов, страдающих сахарным диабетом, осложненным диабетической полинейропатией, при фибромиалгии, так как снижает остроту нейропатических болей. В высоких дозах дает активирующий, стимулирующий эффект. Имеет низкую токсичность, побочные эффекты — ухудшение сна, повышение массы тела, замедление эякуляции у мужчин.

Дулоксетин, также относящийся к СИОЗСН, может назначаться при неэффективности венлафаксина. Начальная и рекомендуемая поддерживающая доза дулоксетина — 30 мг/сут, максимальная — 60 мг/сут. Ответ на терапию обычно отмечается через 2–4 нед после начала лечения. Препарат рекомендуется при болевой форме периферической диабетической нейропатии, хроническом болевом синдроме скелетно-мышечной системы (в том числе обусловленном фибромиалгией, хронической боли в нижних отделах спины и при остеоартрозе коленного сустава).

Применение антидепрессантов I поколения — ТЦА — ограничено значительным количеством побочных эффектов и особенностей действия у гериатрических пациентов. ТЦА характеризуются долгим периодом ожидания улучшения (2–3 нед). Необходима титрация доз ТЦА, так как разница между терапевтической и токсической дозой невелика. Затруднено их применение при коморбидных состояниях и приеме других лекарственных препаратов, так как возможны лекарственные взаимодействия. ТЦА часто вызывают запор, сердцебиение, коллапсы, повышение массы тела и т.д. COMPLAINTS больных при их приеме низок (до 50% отказов от приема amitriptyline в связи с плохой переносимостью) [5].

Агомелатин (вальдоксан) блокирует серотониновые рецепторы, вызывая высвобождение дофамина и норадреналина, что дает антидепрессивный эффект. Препарат стимулирует мелатониновые рецепторы, улучшая качество сна при хроническом стрессе и депрессии, устраняет бессонницу, достаточно хорошо переносится пожилыми больными. Его не следует назначать паци-

ентам старше 75 лет, при сопутствующей деменции, так как эффективность его применения в этих случаях не установлена. Начальная доза — 12,5 мг/сут, при хорошей переносимости — 25–50 мг/сут вечером. Эффективность и безопасность агомелатина (в дозе 25–50 мг/сут) подтверждена у пациентов с депрессией моложе 75 лет. У пациентов в возрасте старше 75 лет его существенный эффект не подтвержден, в связи с чем агомелатин не следует назначать таким пациентам. Курс лечения — 6 мес после полного прекращения симптомов. Противопоказания — печеночная недостаточность, цирроз и другие заболевания печени в активной фазе, злоупотребление алкоголем. Риск суицида может увеличиваться на ранних этапах наступления ремиссии.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Яхно Н.Н., Захаров В.В. Легкие когнитивные расстройства в пожилом возрасте // Неврол. журн. — 2004; 1: 4–8.
2. Джогерст Г.Дж. Депрессия у пожилых людей // Российский семейный врач. — 2006; 10: 10–20.
3. Пономарева Е.В., Телешова Е.С., Сюняков Т.С. Сочетание нейродегенеративных и сосудистых механизмов в патогенезе деменций позднего возраста // Психиатрия. — 2017; 4: 97–107.
4. Косенкова Т.В., Куприна Н.П., Хабарова Т.Ю. Роль психологического тестирования в оценке функциональных нарушений у больных при осуществлении медико-социальной экспертизы и реабилитации // РМЖ. — 2016; 24: 1630–3.
5. Лекарственный справочник ГЭОТАР <http://www.lsgeotar.ru/>

DEPRESSIVE PSEUODEMENTIA IN GERIATRIC PRACTICE

I. Argunova, Candidate of Medical Sciences; Professor E. Golovanova, MD Smolensk State Medical University

Cognitive decline in elderly patients is rather frequently attributed to the development of senile dementia that is indeed depressive pseudodementia. Depression that is unassociated with degenerative diseases can be treated quite well. The patient's comprehension of his condition, its reversibility, and risk of suicidal tendencies promotes better self-control and understanding of the non-fatality of the problem and shortens recovery time. The choice of antidepressant therapy in elderly patients is based on the presence of concomitant diseases and individual tolerance.

Keywords: geriatrics, neurology, psychiatry, cognitive impairment, depression, depressive pseudodementia, antidepressant therapy.

For citation: Argunova I., Golovanova E. Depressive pseudodementia in geriatric practice // *Vrach.* — 2018; 29 (6): 34–38. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-06-07>