

## Когнитивные нарушения и депрессия

И.С. Преображенская<sup>✉</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-9097-898X>, [preobrazhenskaya\\_i\\_s@staff.sechenov.ru](mailto:preobrazhenskaya_i_s@staff.sechenov.ru)

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

### Резюме

Обсуждается общность когнитивных нарушений и депрессии. Нарушения в когнитивной сфере являются основными симптомами депрессивного расстройства, и наиболее часто именно когнитивные нарушения снижают работоспособность и качество жизни пациентов с клинически значимой депрессией. Наиболее частыми когнитивными расстройствами у таких пациентов являются: дефицит внимания (как зрительного, так и слухоречевого), снижение уровня кратковременной и оперативной памяти, трудности, возникающие при обработке информации любой модальности, снижение скорости обработки информации, а также трудности выстраивания программы деятельности и контроля за ее исполнением. Когнитивным симптомом, требующим дополнительного обсуждения, является т. н. когнитивное искажение – смещение фокуса от положительных стимулов к отрицательным, а также неверные реакции на отрицательную обратную связь и принятие решений. Депрессивный эпизод развивается на фоне дисметаболических и дисфункциональных церебральных изменений в миндалевидном теле, поясной коре, гиппокампе, орбитофронтальной и медиобазальной лобной коре. Когнитивные нарушения у пациентов, перенесших депрессию, сохраняются и после выхода из депрессии. По образному выражению, принятому в научной среде специалистов, изучающих когнитивные нарушения при депрессии, каждый депрессивный эпизод образует непреходящие «когнитивные рубцы». Предположительно, когнитивная дисфункция может быть одним из факторов риска развития депрессивного расстройства. Депрессия, в свою очередь, является фактором риска развития деменции, в т. ч. при болезни Альцгеймера и сосудистом поражении головного мозга: проведенные исследования показали, что трансформация выраженных когнитивных нарушений, связанных с депрессией, в деменцию у пожилых пациентов за пять лет может достигать 70%. Несомненную общность депрессии и когнитивной дисфункции подчеркивает частота представленности депрессии у пациентов с когнитивными нарушениями.

**Ключевые слова:** деменция, большое когнитивное расстройство, малое когнитивное расстройство, субъективное когнитивное расстройство, сосудистые когнитивные нарушения, болезнь Альцгеймера, сосудистые антагонисты NMDA-рецепторов

**Для цитирования:** Преображенская И.С. Когнитивные нарушения и депрессия. *Медицинский совет.* 2023;17(21):34–43. <https://doi.org/10.21518/ms2023-246>.

**Конфликт интересов:** автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

## Cognitive impairment and depression

Irina S. Preobrazhenskaya<sup>✉</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-9097-898X>, [preobrazhenskaya\\_i\\_s@staff.sechenov.ru](mailto:preobrazhenskaya_i_s@staff.sechenov.ru)

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia

### Abstract

The commonality of cognitive impairment and depression is discussed. Cognitive symptoms are the main symptoms of depressive disorder and, most often, it is cognitive impairment that reduces the performance and quality of life of depressed patients. The most common cognitive disorders in depressed patients are: attention deficit (both visual and auditory), decrease in the level of short-term and operative memory, difficulties in processing information of any modality, a decrease in the speed of information processing, as well as difficulties in building an activity program and monitoring her execution. A cognitive symptom that requires further discussion is the so-called cognitive distortion – a shift in focus from positive to negative stimuli, as well as incorrect reactions to negative feedback and decision making. A depressive episode develops against the background of dysmetabolic and dysfunctional cerebral changes in the amygdala, cingulate cortex, hippocampus, orbitofrontal and mediobasal frontal cortex. Cognitive impairment in patients who have had depression persists after recovery from depression; according to the figurative expression adopted in the scientific community of specialists studying cognitive impairment in depression, each depressive episode forms permanent “cognitive scars”. Presumably, cognitive dysfunction may be one of the risk factors for the development of a depressive disorder; depression, in turn, is a risk factor for the development of dementia, including in Alzheimer’s disease and cerebrovascular disease: studies have shown that the transformation of severe cognitive impairment associated with depression into dementia in elderly patients can reach 70% in five years. The undoubted commonality of depression and cognitive dysfunction is emphasized by the frequency of depression in patients with cognitive impairment.

**Keywords:** dementia, major neurocognitive disorder, minor neurocognitive disorder, subjective cognitive disorder, vascular cognitive impairment, Alzheimer’s disease, NMDA receptor antagonists

**For citation:** Preobrazhenskaya IS. Cognitive impairment and depression. *Meditsinskiy Sovet.* 2023;17(21):34–43. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-246>

**Conflict of interest:** the author declare no conflict of interest.



## ВВЕДЕНИЕ

Когнитивные расстройства – полиэтиологический синдром, встречающийся как при многих заболеваниях, протекающих с поражением головного мозга, так и у пациентов без видимых морфологических церебральных изменений. Распространенность когнитивных нарушений в мире возрастает с каждым годом. Так, по данным Cochrane Library, в 2022 г. в мире живут с деменцией более 40 млн пациентов; ожидается, что к 2050 г. это число увеличится до 115 млн [1–7]. Частота распространения умеренных когнитивных расстройств (УКР) еще более высока. Так, J.J. Manly et al. [8], исследуя частоту возникновения и последующую динамику УКР, показали, что в среднем у 21% пожилых пациентов за год развиваются УКР. Исследование было выполнено включением 2 364 выходцев из стран Карибского бассейна латиноамериканского происхождения, афроамериканцев или белого неиспаноязычного населения, в возрасте 65 лет и старше, у которых не было деменции при первоначальном обследовании.

Результаты выполненных 10 517 нейропсихологических исследований показали, что у 21% здоровых пожилых людей развивались УКР (годовой уровень заболеваемости = 5,1%, 95% ДИ = 4,6–5,6%). Из тех, у кого изначально были УКР, у 21,8% впоследствии была диагностирована болезнь Альцгеймера (БА) (годовой уровень заболеваемости = 5,4%; 95% ДИ = 4,7–6,3%), 47% остались без изменений, а у 31% пациентов когнитивные функции вернулись к норме. У людей с УКР вероятность развития БА была в 2,8 раза выше, чем у здоровых пожилых. УКР с нарушением памяти и, по крайней мере, еще одной когнитивной функцией были связаны с самым высоким риском развития БА, а также с наименьшей вероятностью регресса заболевания к норме при последующих наблюдениях.

K.M. Ishikawa et al. [9] сообщают о том, что когнитивные нарушения манифестируют у 27% пожилых пациентов в год; дополнительное увеличение частоты развития УКР в популяции, продемонстрированное в настоящем исследовании, наиболее вероятно связано с дополнительной социальной изоляцией, которая в связи с пандемией COVID-19 была привычна для пожилых людей в то время, когда производилось исследование.

Для оценки частоты распространения субъективных когнитивных нарушений (СКР) S. Röhr et al. [10] выполнили международное когортное исследование. Авторы объединили данные отдельных участников для 16 когорт из 15 стран (членов консорциума COSMIC (Cohort Studies of Memory in an International Consortium)) и использовали качественные и количественные методы гармонизации. Выборка включала 39 387 лиц старше 60 лет без когнитивных нарушений. Распространенность СКР в исследованиях составила около одной четверти (23,8%, 95% ДИ = 23,3–24,4%), однако оценки распространенности в разных исследованиях сильно различались. Исследование показало, что распространенность СКР была выше у мужчин, чем у женщин, среди лиц с более низким уровнем образования, в странах с низким

и средним уровнем дохода по сравнению со странами с высоким уровнем дохода, а также в исследованиях, проведенных в более поздние годы, либо десятилетия. Таким образом, проведенное исследование свидетельствует не только о большой распространенности СКР среди пожилого населения планеты, но и о возрастании частоты развития СКР в мире в последние годы.

Следует также отметить, что представленные данные демонстрируют частоту развития деменции, УКР и СКР у пожилых людей. У людей среднего и тем более молодого возраста частота представленности когнитивных нарушений, по сути, в настоящее время остается неизвестной.

## СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Согласно современным классификациям DSM-V и МКБ-11, выделяют большое и малое нейрокогнитивное расстройство, а также СКР. Термины «деменция» и «умеренное когнитивное расстройство» являются устаревшими и в этих классификациях не используются (*табл. 1*).

Важными отличиями определения тяжести и характера когнитивных нарушений в соответствии с современной классификацией являются необходимость подтверждения сохранного сознания и исключение другого психического расстройства. Таким образом, когнитивные нарушения, например, при депрессии, не являются нейрокогнитивными нарушениями. Эта особенность классификации, на наш взгляд, не является слишком удачной, поскольку когнитивные нарушения при депрессии наиболее вероятно обусловлены в т. ч. и структурными нарушениями, о чем пойдет речь дальше в настоящей статье.

Критерии СКР были предложены F. Jessen et al. [12] (*рис. 1*); определение СКР также включено в критерии диагностики когнитивных нарушений МКБ-11.

Таким образом, в настоящей классификации также подчеркивается, что наличие другого психического заболевания, в частности депрессии, исключает возможность установления диагноза «СКР». Таким образом, создание современных критериев диагностики когнитивных расстройств, с одной стороны, позволило более логично подойти к установлению диагноза наиболее частой деменции – БА, т. е. фактически выявить наиболее злокачественный вариант развития когнитивных расстройств, но с другой – полностью лишило врачей (неврологов и психиатров) возможности определять тяжесть когнитивных нарушений при депрессии и других психических расстройствах.

Следует также отметить, что в текущую классификацию не внесены аспекты диагностики связанного с возрастом изменения когнитивных функций, при том что некоторое изменение когнитивных функций наблюдается и при нормальном старении – с возрастом человек становится менее гибким как в поведении, так и в отношении жизненных привычек; становится трудно менять привычные, устоявшиеся условия жизни, начинать новые дела и усваивать новую информацию. В свою очередь, это может привести к снижению числа новых навыков и знаний. Указанные изменения не являются заболеванием,

● **Таблица 1.** Дифференциально-диагностические критерии большого и малого нейрокогнитивного расстройства (адапт. из [11])  
 ● **Table 1.** Differential diagnostic criteria for major and mild neurocognitive disorders (adapted from [11])

Диагностические критерии	Большое нейрокогнитивное расстройство/деменция	Малое нейрокогнитивное расстройство/УКР							
А	Значительное снижение когнитивных функций в одной или нескольких когнитивных областях, основанное на:	Умеренное снижение когнитивных функций в одной или нескольких когнитивных областях на основании:							
	<table border="1"> <tr> <td>1.</td> <td>Беспокойство по поводу значительного снижения, выраженное отдельным или надежным источником информации или наблюдаемое клиницистом</td> <td>1.</td> <td>Беспокойство по поводу легкого снижения, выраженное отдельным или надежным источником информации или наблюдаемое клиницистом</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Значительное нарушение, подтвержденное объективной когнитивной оценкой</td> <td>2.</td> <td>Умеренное нарушение, подтвержденное объективной когнитивной оценкой</td> </tr> </table>	1.	Беспокойство по поводу значительного снижения, выраженное отдельным или надежным источником информации или наблюдаемое клиницистом	1.	Беспокойство по поводу легкого снижения, выраженное отдельным или надежным источником информации или наблюдаемое клиницистом	2.	Значительное нарушение, подтвержденное объективной когнитивной оценкой	2.	Умеренное нарушение, подтвержденное объективной когнитивной оценкой
1.	Беспокойство по поводу значительного снижения, выраженное отдельным или надежным источником информации или наблюдаемое клиницистом	1.	Беспокойство по поводу легкого снижения, выраженное отдельным или надежным источником информации или наблюдаемое клиницистом						
2.	Значительное нарушение, подтвержденное объективной когнитивной оценкой	2.	Умеренное нарушение, подтвержденное объективной когнитивной оценкой						
Б	Вмешательство в независимость в повседневной деятельности	Отсутствие вмешательства в независимость в повседневной деятельности, хотя эта деятельность может потребовать больше времени и усилий, приспособления или компенсаторных стратегий							
С	Не только во время бреда								
Д	Не может быть объяснено другим психическим расстройством								
Е	Укажите один или несколько этиологических подтипов «вследствие»								
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Болезнь Альцгеймера</li> <li>• Цереброваскулярное заболевание (сосудистое нейрокогнитивное расстройство)</li> <li>• Лобно-височная долевая дегенерация (лобно-височное нейрокогнитивное расстройство)</li> <li>• Деменция с тельцами Леви (нейрокогнитивное расстройство с тельцами Леви)</li> <li>• Болезнь Паркинсона</li> <li>• Болезнь Гентингтона</li> <li>• Травматическое повреждение мозга</li> <li>• ВИЧ-инфекция</li> <li>• Прионная болезнь</li> <li>• Другое заболевание</li> <li>• Множественная этиология</li> </ul>								

● **Рисунок 1.** Критерии субъективного снижения когнитивных функций (адапт. из [12])

● **Figure 1.** Criteria for subjective cognitive decline (adapted from [12])

Самопереживаемое стойкое снижение когнитивных способностей по сравнению с ранее нормальным состоянием и не связанное с острым событием.  
 Нормальные показатели с поправкой на возраст, пол и образование при выполнении стандартизированных когнитивных тестов, которые используются для классификации УКР или продромальной БА  
 1 и 2 должны присутствовать.  
 Критерии исключения

- УКР, продромальная стадия БА или деменция
- Может быть объяснено психическим\* или неврологическим заболеванием (кроме БА), медицинским вмешательством, приемом лекарств или употреблением психоактивных веществ

\*Отдельные симптомы депрессии или тревоги, не достигающие порога расстройства, не считаются критериями исключения.

но, несомненно, снижают качество жизни, адаптацию в меняющемся социуме, а также могут быть основой для ускорения развития когнитивных расстройств в рамках поражения головного мозга [13, 14].

### КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДЕПРЕССИИ

Депрессия – чрезвычайно частое психическое расстройство [15–21]. Согласно существующим данным, депрессией в мире страдают не менее 300 млн пациентов, причем частота случаев депрессии ежегодно

увеличивается: в среднем общемировой прирост депрессивных расстройств составляет 18% в течение 10 лет [22]. Таким образом, каждый десятый взрослый на планете переживает в течение жизни хотя бы один депрессивный эпизод. Пик распространенности депрессии приходится на молодой возраст – к 19 годам каждый четвертый молодой человек в США и странах ЕС переживает хотя бы один депрессивный эпизод [23]. К пожилому возрасту распространенность депрессии несколько снижается до 10–15% в популяции, однако при утрате пожилым человеком супруга/супруги, круга общения и/или при помещении в социальное учреждение – возрастает до 20–25%.

Критерии депрессивного расстройства согласно DSMV представлены на *рис. 2*

Когнитивные нарушения являются типичными проявлениями депрессии. Наиболее частыми когнитивными расстройствами у депрессивных пациентов являются: дефицит внимания (как зрительного, так и слухоречевого), снижение уровня кратковременной и оперативной памяти, трудности, возникающие при обработке информации любой модальности, снижение скорости обработки информации, а также трудности выстраивания программы деятельности и контроля за ее исполнением. Когнитивным симптомом, требующим дополнительного обсуждения, является т. н. когнитивное искажение – смещение фокуса от положительных стимулов к отрицательным, а также неверные реакции на отрицательную обратную связь и принятие решений. Согласно исследованиям,