

<https://doi.org/10.35339/ekm.2020.86.01.06>  
УДК 616.8-008.64:616.89-008.46-052

*С.О. Ярославцев*

*КНП «Херсонський обласний заклад з надання психіатричної допомоги»*

### **ХАРАКТЕРИСТИКА КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ**

Обстежено 362 пацієнта з когнітивними порушеннями при депресивних розладах: 123 пацієнта з рекурентними депресивними розладами (РДР), 141 пацієнт з біполярними афективними розладами (БАР) та 98 осіб з пролонгованою депресивною реакцією (ПДР). Встановлено, що при ПДР когнітивна дисфункція була менш вираженою, ніж при РДР та БАР ( $p < 0,035$ ). Когнітивна дисфункція при депресивних розладах окреслювалася наявністю порушень у розумовій сфері, у сфері уваги, виконавчих, зорово-просторових та мовних функцій. Виділені диференціальні особливості когнітивних порушень при РДР, БАР та ПДР, які слід враховувати при проведенні диференціальної діагностики когнітивних порушень при депресивних розладах.

*Ключові слова:* пацієнти з когнітивними порушеннями, депресивні розлади, когнітивна дисфункція, рекурентний депресивний розлад, біполярний депресивний розлад, пролонгована депресивна реакція.

#### **Аналіз даних літератури та постановка проблеми**

Актуальність дослідження проблеми депресії обумовлена високою поширеністю даного захворювання та її значним впливом на соціальне функціонування і якість життя пацієнтів [1, 2]. Згідно зі статистичними даними, у світі на депресію страждають понад 110 млн. осіб, з яких тільки 10–20 % звертаються за спеціалізованою психіатричною допомогою [3]. Важливим аспектом депресивних розладів є і те, що вони характеризуються рецидивуючим перебігом, схильністю до формування резистентних форм і представляють значну загрозу через розвиток ризику суїциду у даної категорії хворих [1, 4–6]. Депресивні розлади є великою медико-соціальною проблемою не тільки у зв'язку з їх поширеністю, а й з тим, що вони вражають найбільш працездатні верстви населення [2, 7, 8].

Через високу поширеність і негативний вплив на працездатність депресія відноситься до одних з найбільш дорогих для суспільства захворювань. Так, за даними фармакоеконімічних досліджень, в США щорічний збиток

від депресії оцінюється приблизно у 83 млрд доларів, а в країнах Євросоюзу – у 75 млрд євро [9]. Найбільші економічні витрати обумовлені відсутністю пацієнта на робочому місці або зниженням продуктивності праці через наявність депресії, незважаючи на формальну присутність працівника [10, 11]. В результаті депресії втрачається в середньому 27 робочих днів на одного працівника в рік [11]. Передбачається, що зниження продуктивності праці на робочому місці обумовлено головним чином когнітивними проблемами. Про це говорять самі пацієнти, які вказують на зниження розумових здібностей як на головну причину зниження продуктивності праці [4, 7, 11]. Аналогічні результати були отримані в європейському дослідженні на матеріалі 21 000 пацієнтів з шести країн. На думку респондентів, зниження уваги і розумової працездатності обумовлює до 25 % загального негативного впливу депресії на психосоціальні функції [12].

Порушення когнітивних функцій – важлива складова клінічної картини депресії. Вони несприятливо впливають на якість життя пацієнтів.

ентів і їх повсякденну активність, в тому числі трудову діяльність. Немає прямих кореляцій між виразністю когнітивних і емоційних порушень. Когнітивні розлади можуть залишатися після досягнення ремісії та регресу власне емоційних порушень. У зв'язку з цим у пацієнтів з депресією необхідно ретельно досліджувати когнітивну сферу і враховувати її стан при виборі терапевтичної тактики. Однак до тепер відсутні систематизовані уявлення про роль і специфіку когнітивних порушень при депресивних розладах, що робить актуальним вивчення особливостей проявів когнітивних дисфункцій при депресивних розладах.

**Мета дослідження** – визначити особливості та вираженість когнітивних дисфункцій серед пацієнтів з когнітивними порушеннями (КП) при депресивних розладах.

#### Методи та об'єкт дослідження

Проведене суцільне обстеження 362 пацієнтів з КП при депресивних розладах. Усі обстежені були розподілені на три групи порівняння за механізмом розвитку депресивних розладів, що встановлювався при клінічному інтерв'ю та динамічному спостереженні. Порівняльний аналіз проводили серед 123 пацієнтів з рекурентними депресивними розладами (РДР), 141 пацієнта з біполярними афективними розладами (БАР) та 98 пацієнтів з пролонгованою депресивною реакцією (ПДР).

У дослідженні був використаний комплексний підхід, що полягав у використанні клініко-психопатологічного (доповненого шкалою загального погіршення (Global Deterioration Rating), психодіагностичного (Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (MoCa); модифікована Адденбрукська когнітивна шка-

ла (ACE-R)) та статистичного методів дослідження [13–15]. Статистична обробка даних застосовувалась для визначення середніх величин кількісних параметрів, їхніх стандартних помилок (у форматі  $M \pm m$ ), достовірності відмінностей (критерії Стьюдента-Фішера [t], Колмогорова-Смірнова [ $\lambda$ ]). Маркери-мішені когнітивних порушень визначали шляхом розрахунку діагностичних коефіцієнтів (ДК) і мір інформативності Кульбака (MI). Статистична обробка результатів проводилась за допомогою Excel-2010 та STATISTICA 6.1.

#### Результати та їх обговорення

Аналіз клініко-психопатологічних особливостей КП у пацієнтів з депресивними розладами дозволив визначити, що у пацієнтів з РДР відмічалось зниження рівня інтересів ( $99,19 \pm 0,73$  %), труднощі в ухваленні рішень ( $90,24 \pm 2,31$  %), зниження концентрації уваги ( $82,11 \pm 2,85$  %), ригідність мислення ( $79,67 \pm 2,94$  % та нав'язливі думки ( $78,86 \pm 2,97$  %) (таблиця).

У значній кількості пацієнтів спостерігалась швидка виснаженість психічної діяльності ( $63,41 \pm 3,14$  %), підвищена чутливість до критики у свою адресу ( $61,79 \pm 3,13$  %), були притаманні ідеї малоцінності ( $60,16 \pm 3,11$  %) та суїцидальні думки ( $58,54 \pm 3,09$  %).

У пацієнтів з БАР найбільш вираженими були порушення концентрації уваги ( $93,62 \pm 1,69$  %), виснаженість психічної діяльності ( $90,07 \pm 2,03$  %), апатія ( $75,89 \pm 2,66$  %), підвищена чутливість до критики у свій бік ( $73,76 \pm 2,70$  %), труднощі в ухваленні рішень ( $70,21 \pm 2,74$  %) та ідеї малоцінності ( $68,79 \pm 2,74$  %). Також вираженими були ригідність мислення ( $65,25 \pm 2,75$  %), нав'язливі та суїцидальні думки [( $61,70 \pm 2,73$  %) та  $60,99 \pm 2,72$  %) відповідно].

#### Розлади когнітивних функцій у хворих на депресивні розлади

Розлади когнітивних функцій	РДР (n = 123)		БАР (n = 141)		ПДР (n = 98)	
	Абс.	% $\pm m$	Абс.	% $\pm m$	Абс.	% $\pm m$
ідеї малоцінності	74	60,16 $\pm$ 3,11	97	68,79 $\pm$ 2,74	74	75,51 $\pm$ 3,85
іпохондричні ідеї	67	54,47 $\pm$ 3,01	54	38,30 $\pm$ 2,15	61	62,24 $\pm$ 3,94
суїцидальні думки	72	58,54 $\pm$ 3,09	86	60,99 $\pm$ 2,72	72	73,47 $\pm$ 3,90
ригідність мислення	98	79,67 $\pm$ 2,94	92	65,25 $\pm$ 2,75	43	43,88 $\pm$ 3,39
зниження рівня інтересів	122	99,19 $\pm$ 0,73	107	75,89 $\pm$ 2,66	58	59,18 $\pm$ 3,90
труднощі в ухваленні рішень	111	90,24 $\pm$ 2,31	99	70,21 $\pm$ 2,74	61	62,24 $\pm$ 3,94
нав'язливі думки	97	78,86 $\pm$ 2,97	87	61,70 $\pm$ 2,73	84	85,71 $\pm$ 3,34
підвищена чутливість до критики на свою адресу	76	61,79 $\pm$ 3,13	104	73,76 $\pm$ 2,70	81	82,65 $\pm$ 3,55
параноїдні розлади	4	3,25 $\pm$ 0,26	18	12,77 $\pm$ 0,85	0	0,00 $\pm$ 0,00
порушення пам'яті	63	51,22 $\pm$ 2,93	71	50,35 $\pm$ 2,53	37	37,76 $\pm$ 3,07
зниження рівня концентрації уваги	101	82,11 $\pm$ 2,85	132	93,62 $\pm$ 1,69	87	88,78 $\pm$ 3,07
швидка виснаженість психічної діяльності	78	63,41 $\pm$ 3,14	127	90,07 $\pm$ 2,03	56	57,14 $\pm$ 3,86

У хворих на ПДР визначалося зниження рівня концентрації уваги ( $88,78 \pm 3,07$  %), наявність нав'язливих та суїцидальних думок [ $(85,71 \pm 3,34)$  % та  $(73,47 \pm 3,90)$  % відповідно], іпохондричних ідей та ідей малоцінності [ $(62,24 \pm 3,94)$  % та  $(75,51 \pm 3,85)$  % відповідно], підвищеної чутливості до критики у свою адресу ( $82,65 \pm 3,55$  %) та труднощів при ухваленні рішень, думок ( $62,24 \pm 3,94$  %).

Статистичний аналіз результатів дозволив встановити, що серед КП у пацієнтів з РДР були більш виражені ригідність мислення, апатія та труднощі в ухваленні рішень (79,67 %, 99,19 % та 90,24 % відповідно) в порівнянні з пацієнтами з БАР (65,25 %, ДК=0,87, МІ=0,06,  $p < 0,003$ ; 75,89 %, ДК=1,16, МІ=0,14,  $p < 0,0001$  та 70,21 %, ДК=1,09, МІ=0,11,  $p < 0,0001$  відповідно) та ПДР (43,88 %, ДК=2,59, МІ=0,46,  $p < 0,0001$ ; 59,18 %, ДК=2,24, МІ=0,45,  $p < 0,0001$  та 62,24 %, ДК=1,61, МІ=0,23,  $p < 0,0001$  відповідно), серед яких були більш виражені ідеї малоцінності (68,79 %, ДК=0,58, МІ=0,03,  $p < 0,035$  та 75,51 %, ДК=0,99,

$p < 0,0023$  та 63,41 %, ДК=1,52, МІ=0,20,  $p < 0,0001$  відповідно). У пацієнтів з ПДР були більш виражені суїцидальні думки та чутливість до критики у свою адресу (73,47 % та 82,65 % відповідно) у порівнянні з пацієнтами з РДР (58,54 %, ДК=0,99, МІ=0,07,  $p < 0,007$  та 61,79 %, ДК=1,26, МІ=0,13,  $p < 0,0003$  відповідно) та БАР (60,99 %, ДК=0,81, МІ=0,05,  $p < 0,014$  та 73,76 %, ДК=0,49, МІ=0,02,  $p < 0,034$  відповідно), серед яких було більше осіб з порушеннями пам'яті (51,22 %, ДК=1,32, МІ=0,09,  $p < 0,035$  та 50,35 %, ДК=1,25, МІ=0,08,  $p < 0,016$  відповідно).

Психодіагностичне дослідження рівня порушення когнітивних процесів, що визначались за Монреальською шкалою оцінки когнітивних функцій (MoCa), продемонструвало, що для пацієнтів з депресивними розладами було характерним зниження когнітивних функцій: середня загальна оцінка для пацієнтів з РДР дорівнювала ( $25,71 \pm 5,54$ ) бала, серед пацієнтів з БАР – ( $25,32 \pm 4,87$ ) бала, серед пацієнтів з ПДР – ( $26,23 \pm 3,12$ ) бала (при  $N \geq 26$  балів) (рис. 1). Статистичний аналіз результатів про-

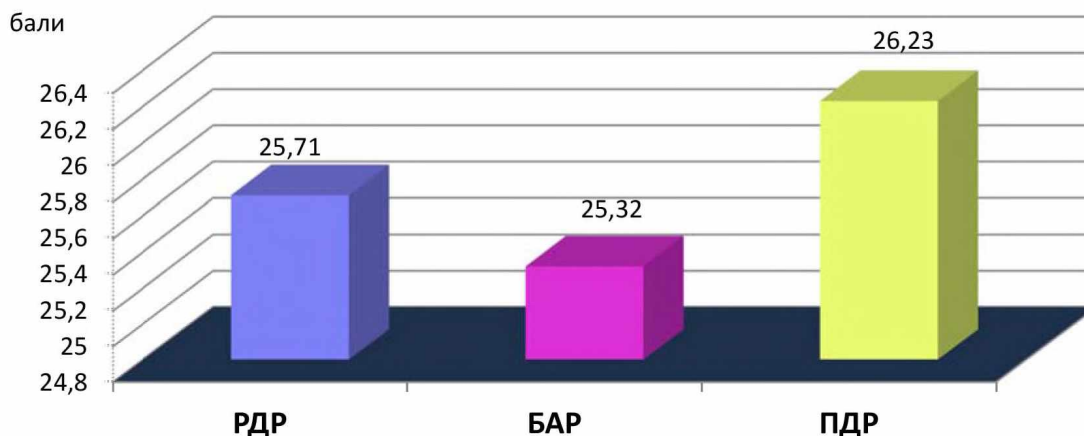


Рис. 1. Вираженість когнітивної дисфункції у пацієнтів з депресивними розладами (за даними МоСа)

МІ=0,08,  $p < 0,006$  відповідно). Пацієнти з БАР відрізнялись більшою вираженістю параноїдних розладів (12,77%) у порівнянні з пацієнтами з РДР (3,25 %, ДК=5,94, МІ=0,28,  $p < 0,003$ ) та ПДР ( $p < 0,0001$ ), серед яких були більше виражені іпохондричні ідеї (54,47 %, ДК=1,53, МІ=0,12,  $p < 0,003$  та 62,24 %, ДК=2,11, МІ=0,25,  $p < 0,0001$  відповідно) та нав'язливі думки (78,86 %, ДК=1,07, МІ=0,09,  $p < 0,001$  та 85,71 %, ДК=1,43, МІ=0,17,  $p < 0,0001$  відповідно). Також було доведено, що пацієнти з БАР відрізнялись більш вираженими порушеннями концентрації уваги, швидкою виснаженістю психічних процесів (93,62 % та 90,07 % відповідно) у порівнянні з пацієнтами з РДР (82,11 %, ДК=0,57, МІ=0,03,

демонстрував, що пацієнти з БАР відрізнялись більш вираженими когнітивними дисфункціями, ніж хворі з ПДР ( $p < 0,035$ ). Вірогідних розбіжностей між пацієнтами з РДР та хворими на БАР та ПДР за рівнем когнітивних дисфункцій визначено не було.

Для розуміння особливостей КП у пацієнтів з депресивними розладами був проведений якісний аналіз за кожною шкалою МоСа, який дозволив встановити, що у 59,35 % пацієнтів з РДР спостерігались порушення виконавчих навичок, у 80,49 % – були зафіксовані порушення уваги, 60,16 % пацієнтів відчували труднощі у відстроєному відтворенні, у 49,59 % пацієнтів визначались складнощі у мові та



у 38,21 % – в абстрактному мисленні (рис. 2). Найменш серед пацієнтів з РДР були виражені труднощі у називанні ( $98,37 \pm 1,03$ ) % та орієнтації ( $96,75 \pm 1,43$ ) %.

(60,16 % та 45,39 % відповідно) у порівнянні з пацієнтами з ПДР (35,71 %, ДК=2,21, МІ=0,26,  $p < 0,0002$  та ДК=2,06, МІ=0,22,  $p < 0,0004$ ; 27,55 %, ДК=2,55, МІ=0,28,  $p < 0,0004$

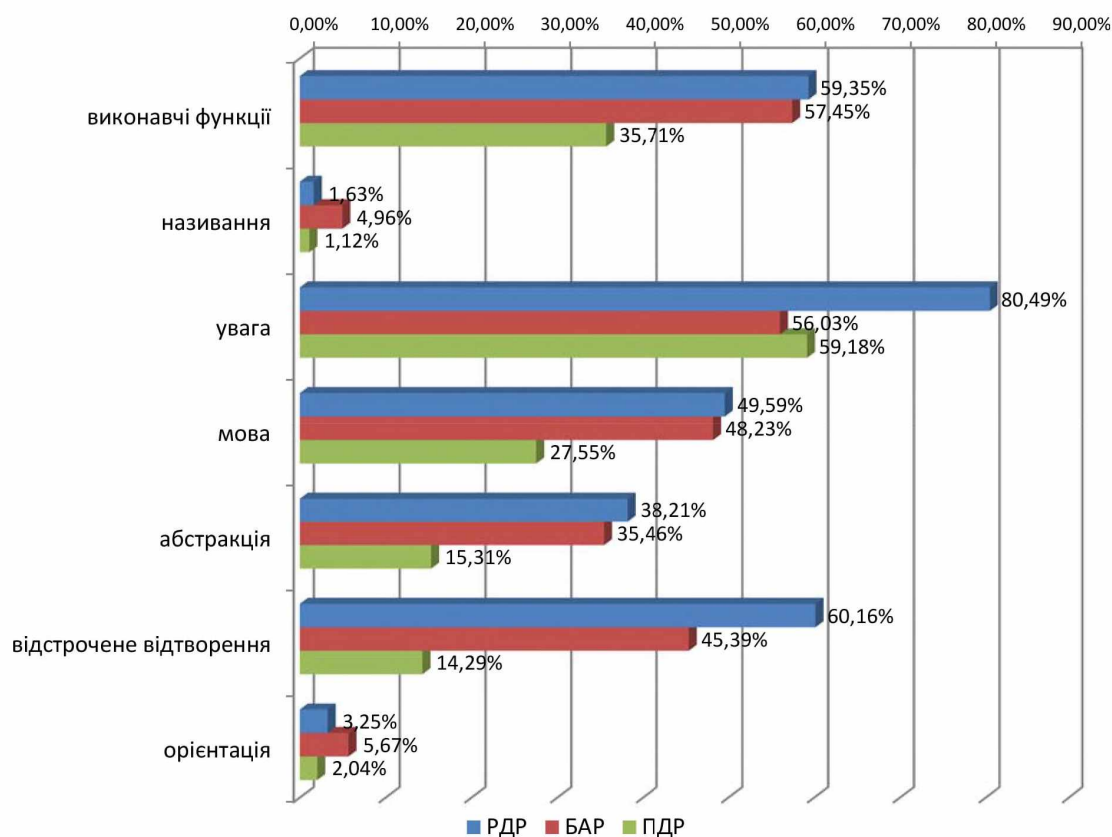


Рис. 2. Вираженість когнітивних порушень у пацієнтів з депресивними розладами (за результатами шкали МоСА)

Серед пацієнтів з БАР найбільш вираженими КП були зниження концентрації уваги ( $56,03 \pm 2,64$ ) %, порушення виконавчих навичок ( $57,45 \pm 2,68$ ) %, мови ( $48,23 \pm 2,48$ ) % та відстроченого відтворення ( $45,39 \pm 2,40$ ) %. Найменш ураженими когнітивними функціями виявилися називання предметів ( $95,04 \pm 1,51$ ) % та орієнтація ( $94,33 \pm 1,60$ ) %.

У 59,18 % пацієнтів з ПДР спостерігались труднощі у концентрації уваги та у 35,71 % відмічались порушення виконавчих навичок. У більшості пацієнтів з ПДР визначалась відсутність порушень в називанні ( $98,9 \pm 1,08$ ) %, мовних функціях ( $72,45 \pm 3,50$ ) %, орієнтації ( $97,96 \pm 1,44$ ) %, абстрактному мисленні ( $84,69 \pm 3,40$ ) % та запам'ятовуванні ( $85,71 \pm 3,34$ ) %.

Статистичний аналіз результатів продемонстрував, що у пацієнтів з РДР та БАР були більш виражені порушення виконавчих функцій (59,35 % та 57,45 % відповідно), мови (49,59 % та 48,23 % відповідно), абстрактного мислення (38,21 % та 35,46 % відповідно) та пам'яті

та ДК=2,43, МІ=0,25,  $p < 0,0005$ ; 15,31 %, ДК=3,97, МІ=0,46,  $p < 0,001$  та ДК=3,65, МІ=0,37,  $p < 0,0002$  та 14,29 %, ДК=6,24, МІ=1,43,  $p < 0,0001$  та ДК=5,02, МІ=0,78,  $p < 0,0001$  відповідно). Слід зазначити, що порушення відстроченого запам'ятовування були більш виражені серед пацієнтів з РДР (60,16 %) у порівнянні з пацієнтами з БАР (45,39 %, ДК=1,22, МІ=0,09,  $p < 0,005$ ). Також пацієнти з РДР відрізнялись від хворих на БАР та ПДР більшою вираженістю порушень концентрації уваги (80,49 %, ДК=1,57, МІ=0,19,  $p < 0,0001$  та ДК=1,34, МІ=0,14,  $p < 0,0003$  відповідно).

Результати модифікованої Аденбрукської когнітивної шкали (АСЕ-R) дозволили оцінити когнітивні функції, такі як пам'ять, увага, мова, мовна активність і зорово-просторові функції (рис. 3).

Було встановлено, що у пацієнтів з РДР найбільш вираженими порушеннями когнітивних функцій була вербальна швидкість [(10,13 ± 0,15) бала], порушення зорово-просторових функцій [(13,72 ± 0,42) бала] та порушення уваги

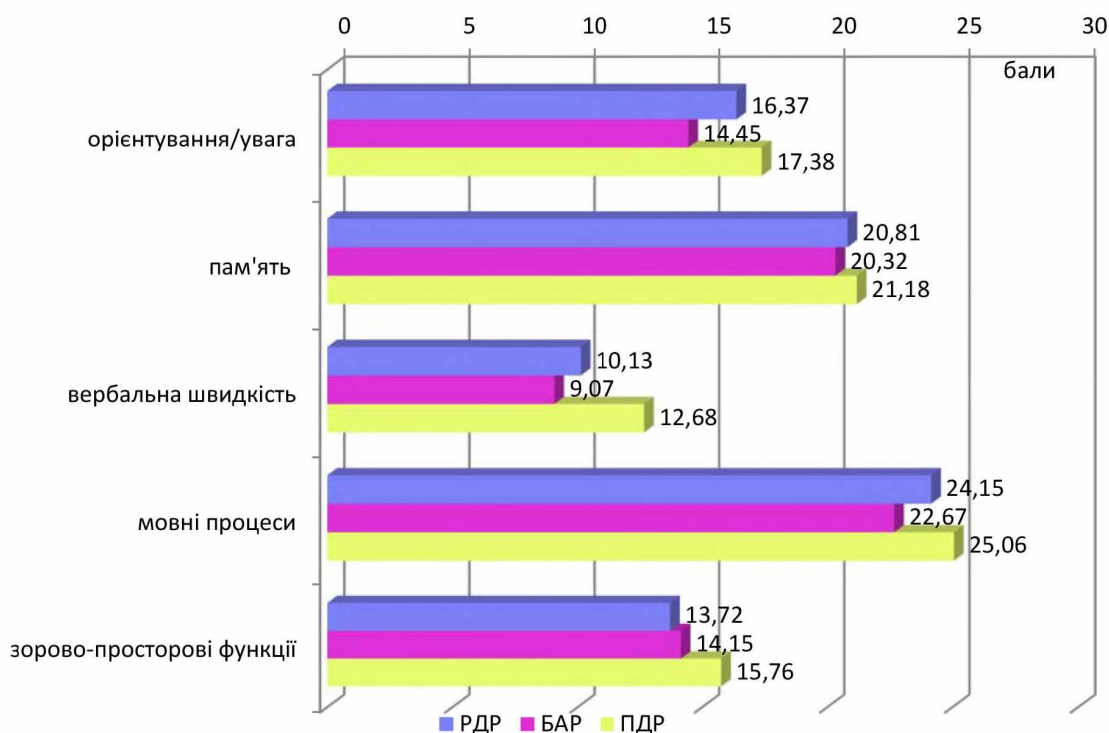


Рис. 3. Особливості когнітивних функцій серед пацієнтів з депресивними розладами (за результатами ACE-R)

[(16,37±0,81) бала]. Найменш порушеними виявилися мовні та мнестичні процеси [(24,15±0,33) та (20,81±0,41) бала відповідно]. У пацієнтів з БАР спостерігалась схожа тенденція: найгірші показники були отримані за шкалою «вербальна швидкість» [(9,07±0,12) бала], визначались також труднощі в концентрації уваги [(14,45±0,38) бала] та порушення зорово-просторових функцій [(14,15±0,32) бала]. Найменш ураженими у пацієнтів з БАР виявилися мнестичні та мовні процеси [(20,32±0,66) та [(22,67±0,82) бала відповідно].

У пацієнтів з ПДР відмічалось зниження вербальної швидкості [(12,68±0,43) бала], порушення зорово-просторових функцій та концентрації уваги [(15,76±0,58) та (17,38±0,87) бала відповідно].

Мовні процеси та мнестичні функції були більш збережені [(25,06±0,94) та (21,18±0,47) бала відповідно].

Статистичний аналіз отриманих даних дозволив визначити, що у пацієнтів з БАР були більш виражені порушення орієнтування/уваги [(14,45±0,38) бала], вербальної швидкості [(9,07±0,12) бала] та мовних процесів [(22,67±0,82) бала], ніж серед пацієнтів з РДР (16,37 бала,  $p<0,025$ ; 10,13 бала,  $p<0,043$  та 24,15 бала,  $p<0,038$  відповідно) та ПДР (17,38 бала,  $p<0,001$ ; 12,68 бала,  $p<0,0001$  та 25,06 бала,  $p<0,0006$  відповідно). При цьому слід зазначити, що за

показниками «орієнтування/увага» та «вербальна швидкість» пацієнти з РДР відрізнялись більш вираженими порушеннями (16,37 та 10,13 бала відповідно), ніж пацієнти з ПДР ( $p<0,034$  та  $p<0,01$  відповідно). Зорово-просторові функції були більш порушені серед пацієнтів з РДР та БАР (13,72 та 14,15 бала відповідно), ніж серед хворих на ПДР (15,76 бала,  $p<0,01$  та  $p<0,025$  відповідно).

Аналіз шкали загального погіршення використовувався для оцінки тяжкості КП, який дозволив встановити наявність дуже м'яких, м'яких та помірних розладів (рис. 4). Дуже м'які розлади проявлялись наявністю скарг на зниженням пам'яті, які у бесіді з хворим не виявляються. Пацієнт повністю справляється з роботою і самостійний у побуті. М'які розлади проявлялись наявністю не грубих, але клінічно окреслених симптомів: неможливості знайти дорогу при поїзді в незнайоме місце; наявності труднощів пошуку слова і забудькуватістю на імена, які очевидні для домашніх. Порушення можуть позначатися на роботі та в побуті. Помірні порушення проявлялись наявністю очевидної симптоматики, основні прояви якої проявлялись в недостатній обізнаності пацієнта про події навколо; порушенні пам'яті про деякі події життя; порушенні серійного рахування; порушенні здатності знаходити дорогу, здійснювати фінансові операції, нездат-



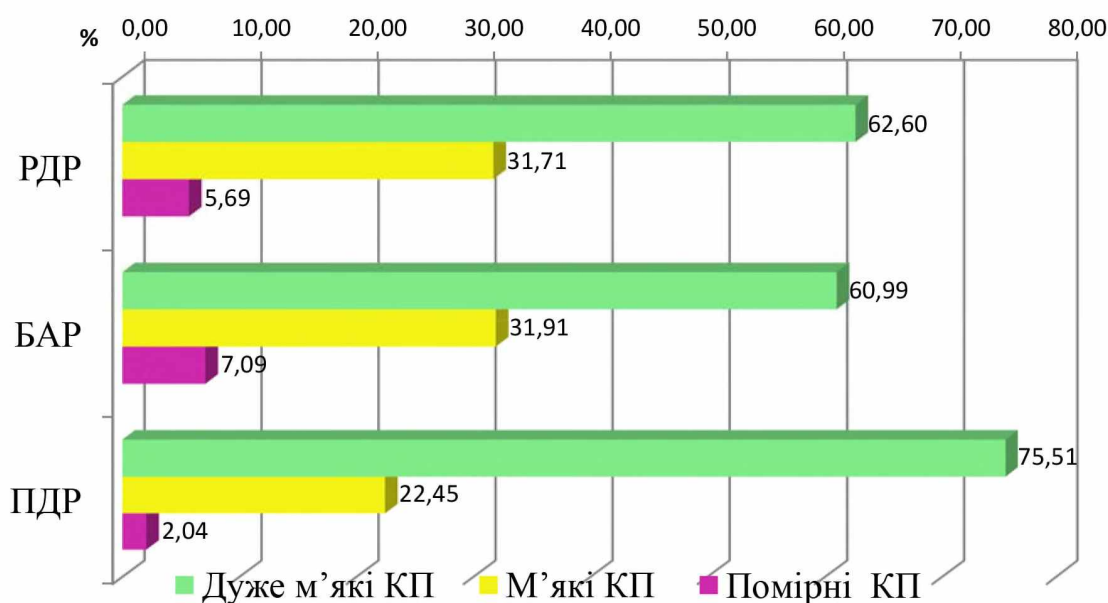


Рис. 4. Вираженість когнітивних порушень у пацієнтів з депресивними розладами

ності виконання складних завдань. Відзначається сплюснення афекту та уникнення проблемних ситуацій.

Результати даного аналізу дозволили встановити, що у більшості пацієнтів з РДР були зафіксовані дуже м'які КП (62,60±3,14) %, у 31,71 % пацієнтів визначались м'які КП та у 5,69 % пацієнтів – помірні КП. У більшості пацієнтів з БАР також визначались дуже м'які порушення когнітивних функцій (60,99±2,72) %, у 31,91 % пацієнтів були встановлені м'які розлади та у 7,09 % були зафіксовані помірні розлади когнітивних функцій. Схожа тенденція спостерігалась серед пацієнтів з ПДР: у більшості пацієнтів визначались дуже м'які КП (75,5±3,85) %, у 22,45 % пацієнтів – м'які розлади та у 2,04 % пацієнтів були визначені помірні розлади когнітивних функцій.

Статистичний аналіз отриманих даних дозволив визначити, що серед пацієнтів з ПДР було більше осіб з наявністю дуже м'яких порушень когнітивних функцій, ніж серед пацієнтів з РДР та БАР (62,60 %, ДК=0,81, МІ=0,05,  $p<0,014$  та 60,99 %, ДК=0,93, МІ=0,07,  $p<0,007$  відповідно), у яких переважали м'які порушення когнітивних функцій (31,71 %, ДК=1,50, МІ=0,07,  $p<0,037$  та 31,91 %, ДК=1,53, МІ=0,07,  $p<0,032$  відповідно).

### Висновки

1. Когнітивні дисфункції пацієнтів з РДР характеризувались дуже м'яким та м'яким ступенем вираженості (62,60 % та 31,71 %) та були окреслені наявністю наступних порушень: зниженням інтересу (99,19 %); труднощами в прийнятті рішень та абстрагуванні (90,24 % та 38,21 %

відповідно); ригідністю мислення (79,67 %); зниженням концентрації уваги (80,49 %); порушеннями відтермінованого відтворення (60,16 %); зниженням вербальної швидкості (10,13 бала), порушеннями виконавчих та мовних функцій (59,35 % та 49,59 %).

2. Когнітивні дисфункції пацієнтів з БАР характеризувались дуже м'яким та м'яким ступенем вираженості (60,99 % та 31,91 %) та були окреслені наявністю наступних порушень: зниженням концентрації уваги (93,62 %); виснаженістю психічної діяльності (90,67 %); ідеями малоцінності (68,79 %); труднощами в ухваленні рішень та абстрагуванні (70,21 % та 35,46 % відповідно); зниженням вербальної швидкості (9,07 бала), порушеннями виконавчих та мовних функцій (57,45 % та 48,23 %).

3. Когнітивні дисфункції пацієнтів з ПДР характеризувались дуже м'яким ступенем вираженості (75,51 %) та були окреслені наявністю наступних порушень: наявністю нав'язливих та суїцидальних думок (85,71 та 73,47 %); труднощів в ухваленні рішень (62,24 %); підвищенням чутливості до критики у свій бік (82,65 %); відсутністю виражених порушень мовних функцій (72,45 %), орієнтації (97,96 %), абстрактного мислення (84,69 %) та запам'ятовування (85,71 %).

Таким чином, в результаті дослідження були визначені особливості когнітивних порушень при різних типах депресивних розладів, які можуть виступати в якості діагностичних критеріїв при проведенні диференціальної діагностики когнітивних порушень при депресивних розладах.

## Література

1. Діагностичні критерії депресивних розладів на етапах надання медичної допомоги / Н. О. Марута, Т. В. Панько, В. Ю. Федченко [и др.] // Український вісник психоневрології. – 2017. – Т. 25, Вып. 1 (90). – С. 135.
2. Systematic review of the neural basis of social cognition in patients with mood disorders / A. Cusi, A. Nazarov, K. Holshausen [et al.] // *J Psychiatry Neurosci*. – 2012. – Vol. 37 (3). – P. 154–169.
3. Марута Н. О. Нові можливості терапії когнітивних та депресивних розладів при дисциркуляторній енцефалопатії / Н. О. Марута, Т. В. Панько, Г. Ю. Каленська // Український вісник психоневрології. – 2018. – Том 26, випуск 4 (97). – С. 91–100.
4. Brzezicka A. Integrative deficits in depression and in negative mood states as a result of fronto-parietal network dysfunctions / A. Brzezicka // *Acta Neurobiol Exp*. – 2013. – Vol. 73. – P. 313–325.
5. Patient-centered assessment of cognitive symptoms of depression / S. E. Fehnel, B. H. Forsyth, D. B. DiBenedetti [et al.] // *CNS Spectr*. – 2016. – Vol. 21 (1). – P. 43–52.
6. Iverson G. L. Rapid screening for perceived cognitive impairment in major depressive disorder / G. L. Iverson, R. W. Lam // *Ann Clin Psychiatry*. – 2013. – Vol. 25 (2). – P. 135–140.
7. McIntyre R. S. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of vortioxetine on cognitive function in depressed adults / R. S. McIntyre, S. Lophaven, C. K. Olsen // *Int J Neuropsychopharmacol*. – 2014. – Vol. 17 (10). – P. 1557–1567.
8. Азимова Ю. Э. Депрессия и когнитивные нарушения: опыт использования вортиоксетина в неврологической практике / Ю. Э. Азимова // *Медицинский совет*. – 2017. – № 11. – С. 36–39.
9. Cognitive deficits and functional outcomes in major depressive disorder: determinants, substrates, and treatment interventions / R. S. McIntyre, D. S. Cha, J. K. Soczynska [et al.] // *Depress. Anxiety*. – 2013. – Vol. 30, № 6. – P. 515–527.
10. Roiser J.P. Hot and cold cognition in depression / J. P. Roiser, B. J. Sahakian // *CNS Spectr*. – 2013. – Vol. 18 (3). – P. 139–149.
11. Greer T. L. Defining and measuring functional recovery from depression / T. L. Greer, B. T. Kurian, M. H. Trivedi // *CNS Drugs*. – 2010. – Vol. 24 (4). – P. 267–284.
12. Mediators of the association between depression and role functioning / M. A. Buist-Bouwman, J. Ormel, R. de Graaf [et al.] // *Acta Psychiatr. Scand*. – 2008. – Vol. 118 (6). – P. 451–458.
13. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia / B. Reisberg, S. H. Ferris, M. J. de Leon, T. Crook // *American Journal of Psychiatry*. – 1982. – Vol. 139 (9). – P. 1136–1139.
14. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment / Z. S. Nasreddine, N. A. Phillips, V. Bedirian [et al.] // *J. Am. Geriatr. Soc*. – 2005. – Vol. 53. – P. 695–699.
15. Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening // *Int J Geriatr Psychiatry*. – 2006. – Vol. 21 (11). – P. 1078–1085.

## References

1. Maruta N.O., Panko T.V., Fedchenko V.Yu., Semikina O.Ye., Kalenska H.Yu., Terenkivskyi D.I. (2017). Diagnostychni kryterii depresyvykh rozladiv na etapakh nadannia medychnoi dopomohy [Diagnostic criteria of depressive disorders at the stages of medical care]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Bulletin of Psychoneurology*, vol. 25, issue 1 (90), p. 135 [in Ukrainian].
2. Cusi A., Nazarov A., Holshausen K., Macqueen G., McKinnon M. (2012). Systematic review of the neural basis of social cognition in patients with mood disorders. *J Psychiatry Neurosci*, vol. 37 (3), pp. 154–169, DOI: 10.1503/jpn.100179, PMID: 22297065, PMCID: PMC3341408.
3. Maruta N.O., Panko T.V., Kalenska H.Yu. (2018). Novi mozhlyvosti terapii kohnityvnykh ta depresyvykh rozladiv pry dystyrykulyatornii entsefalopatii [New possibilities of therapy of cognitive and depressive disorders in dyscirculatory encephalopathy]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Bulletin of Psychoneurology*, vol. 26, issue 4 (97), pp. 91–100 [in Ukrainian].
4. Brzezicka A. (2013). Integrative deficits in depression and in negative mood states as a result of fronto-parietal network dysfunctions. *Acta Neurobiol Exp*, vol. 73 (3), pp. 313–325, PMID: 24129481.
5. Fehnel S.E., Forsyth B.H., DiBenedetti D.B., Danchenko N., Francois C., Brevig T. (2016). Patient-centered assessment of cognitive symptoms of depression. *CNS Spectr*, vol. 21 (1), pp. 43–52, DOI: 10.1017/S1092852913000643, PMID: 24067243.
6. Iverson G.L., Lam R.W. (2013). Rapid screening for perceived cognitive impairment in major depressive disorder. *Ann Clin Psychiatry*, vol. 25 (2), pp. 135–140, PMID: 23638444.

7. McIntyre R.S., Lophaven S., Olsen C.K. (2014). A randomized, double-blind, placebo-controlled study of vortioxetine on cognitive function in depressed adults. *Int J Neuropsychopharmacol*, vol.17 (10), pp. 1557–1567, DOI: 10.1017/S1461145714000546, PMID: 24787143, PMCID: PMC4162519.
8. Azimova Yu. E. (2017). Depressiya i kognitivnye narusheniya: opyt ispol'zovaniya vortioxetina v nevrologicheskoi praktike [Depression and cognitive impairment: experience with vortioxetine in neurological practice]. *Meditsinskii sovet – Medical advice*, vol. 11, pp. 36–39 [in Russian].
9. McIntyre R.S., Cha D.S., Soczynska J.K., Woldeyohannes H.O., Gallagher L.A., Kudlow P. et al. (2013). Cognitive deficits and functional outcomes in major depressive disorder: determinants, substrates, and treatment interventions. *Depress. Anxiety*, vol. 30 (6), pp. 515–527, DOI: 10.1002/da.22063, PMID: 23468126.
10. Roiser J.P., Sahakian B.J. (2013). Hot and cold cognition in depression. *CNS Spectr*. 2013. vol. 18. № 3. P. 139–149.
11. Greer T.L., Kurian B.T., Trivedi M.H. (2010). Defining and measuring functional recovery from depression. *CNS Drugs*, vol. 24 (4), pp. 267–284, DOI: 10.2165/11530230-000000000-00000, PMID: 20297853.
12. Buist-Bouwman M.A., Ormel J., de Graaf R., de Jonge P., van Sonderen E., Alonso J. et al. (2008). Mediators of the association between depression and role functioning. *Acta Psychiatr Scand*, vol. 118 (6), pp. 451–458, DOI: 10.1111/j.1600-0447.2008.01285, PMID: 18853945, PMCID: PMC3659780.
13. Reisberg B., Ferris S.H., de Leon M.J., Crook T. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, vol.139, pp. 1136–1139, DOI: 10.1176/ajp.139.9.1136, PMID: 7114305.
14. Nasreddine Z.S., Phillips N.A., Bedirian V., Charbonneau S., Whitehead V., Collin I. et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*, vol. 53 (4), pp. 695–699, DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221, PMID: 15817019.
15. Mioshi E., Dawson K., Mitchell J., Arnold R., Hodges J.R. (2006). Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. *Int J Geriatr Psychiatry*, vol. 21 (11), pp. 1078–1085, DOI: 10.1002/gps.1610, PMID: 16977673.

### *С.А. Ярославцев*

#### **ХАРАКТЕРИСТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Обследовано 362 пациента с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах: 123 пациента с рекуррентными депрессивными расстройствами (РДР), 141 пациент с биполярными аффективными расстройствами (БАР) и 98 человек с пролонгированной депрессивной реакцией (ПДР). Установлено, что при ПДР когнитивная дисфункция была менее выраженной, чем при РДР и БАР ( $p < 0,035$ ). Когнитивная дисфункция при депрессивных расстройствах очерчивалась наличием нарушений в умственной сфере, в сфере внимания, исполнительных, зрительно-пространственных и языковых функциях. Выделены дифференциальные особенности когнитивных нарушений при РДР, БАР и ПДР, которые следует учитывать при проведении дифференциальной диагностики когнитивных нарушений при депрессивных расстройствах.

**Ключевые слова:** пациенты с когнитивными нарушениями, депрессивные расстройства, когнитивная дисфункция, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное депрессивное расстройство, пролонгированная депрессивная реакция.

### *S.A. Yaroslavtsev*

#### **CHARACTERISTICS OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS**

362 patients with cognitive impairment in depressive disorders were examined: 123 patients with recurrent depressive disorder (RDD), 141 patients with bipolar affective disorder (BAD) and 98 people with prolonged depressive reaction (PDR). It was found that cognitive dysfunctions were less pronounced in patients with PDR, than in patients with RDD and BAR ( $p < 0,035$ ). Cognitive dysfunctions in depressive disorders was underlined by the presence of disorders in the mental sphere, in the sphere of attention,



executive, visual-spatial and linguistic functions. The differential features of cognitive impairment in patients with RDD, BAR and PDR are highlighted and it should be taken during conducting differential diagnosis of cognitive impairment in depressive disorders.

**Keywords:** *patients with cognitive impairment, depressive disorders, cognitive dysfunctions, recurrent depressive disorder, bipolar depressive disorder, prolonged depressive reaction.*

*Надійшла до редакції 15.01.2020*

### **Контактна інформація**

*Ярославцев Сергій Олександрович* – кандидат медичних наук, лікар-психіатр КНП «Херсонський обласний заклад з надання психіатричної допомоги» Херсонської обласної ради.

Адреса: Україна, 73488, Херсонська обл., с. Степанівка, вул. Джона Говарда, 65.

Тел.: +38 (050) 908-41-33.

E-mail: [iaroslavtsev@gmail.com](mailto:iaroslavtsev@gmail.com).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6673-2157>