

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2020-24(2)-24

УДК: 616.89:616.8-009-053.9

## ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ДЕПРЕСІЇ ЕКЗОГЕННО-ОРГАНІЧНОГО ҐЕНЕЗУ

Римша С. В., Король В. А.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Відповідальний за листування:  
e-mail: victoriaa.hd@gmail.com

Статтю отримано 19 березня 2020 р.; прийнято до друку 24 квітня 2020 р.

**Анотація.** Наразі інтерес до когнітивних розладів при депресії зростає в наукових колах, не тільки через частоту виникнення, а й тому, що вони персистують у пацієнтів, які добре відповідають на лікування антидепресантами. Крім того, депресивні прояви з когнітивним зниженням, часом можуть бути першими ознаками деменції або сприяти її розвитку. Метою цієї статті є описати особливості когнітивних порушень при депресії екзогенно-органічного ґенезу за даними сучасної медичної літератури. Використані результати аналізу літератури з баз даних PubMed, BioMed Central, Free Medical Journals за 2016-2019 роки. В статті йдеться про можливі причини виникнення та варіанти поєднання когнітивних порушень та депресії, висвітлені наявні діагностичні критерії для обох груп. Висвітлення доречних нейропсихологічних методів дослідження, які відіграють ключову роль у діагностичному процесі, генетичних та біохімічних маркерів для діагностики даних порушень залишаємо на подальші дослідження.

**Ключові слова:** депресія, когнітивні порушення, деменція.

Депресивні розлади та деменція належать до найчастіших причин порушення когнітивних функцій в осіб з розладами екзогенно-органічного ґенезу [20, 25]. Частота виникнення деменції досягає 10% серед даної популяції, в той час як депресивні розлади виступають приблизно у 5-30% [5]. Клінічна практика вказує на значні труднощі у розмежуванні депресії та деменції. Дослідження показують, що у понад 8% випадків, які розпізнавали як депресивні розлади в таких осіб, це була деменція [14]. Згідно зі здійсненим [28] аналізом розпізнавання випадків деменції виявилось, що у 14% пацієнтів, яких трактували як дементних осіб, виступали депресивні розлади. Зв'язок між депресією та деменцією може бути трьох видів. З одного боку, враховуючи подібність проявів, депресія, що виникає у хворого може бути фальшиво розпізнана як деменція. З другого боку, вияви депресії можуть домінувати у вигляді деменції чи можуть навіть випереджати вияви очевидних психічних розладів. Ба більше, депресія та деменція можуть бути також окремими розладами, що виступають незалежно [5]. Натомість Фейнберг виділив чотири типи зв'язку між депресією та деменцією:

1) депресія, клінічні прояви якої нагадують деменцію (найбільш близька до псевдодеменції);

2) депресія з вторинним зниженням когнітивних функцій, які зменшуються в міру лікування депресивного розладу;

3) деменція, клінічно розпізнана як депресія;

4) деменція з вторинно виступаючою депресією [22].

Питанням зв'язку між депресією та деменцією займався також Берріос, який прийшов до таких висновків:

1) результати тестування когнітивних функцій у хворих на депресію знижені та залежать від рівня порушення уваги, нестачі мотивації до виконання завдань

чи психопатологічних проявів (рівню тривоги чи іпохондрії), а не від розладів когнітивних функцій;

2) когнітивні розлади є частиною депресії і проходять у стані ремісії, що вказує на безпосередній зв'язок між когнітивними порушеннями та механізмами депресії;

3) депресивні розлади є ранніми проявами деменції (зменшення депресивних проявів не приносить поліпшення когнітивних функцій).

**Мета** - вивчити особливості та сформувані алгоритм діагностики когнітивних порушень при депресії екзогенно-органічного ґенезу.

Використані результати аналізу літератури з баз даних PubMed, BioMed Central, Free Medical Journals за 2016-2019 роки.

За результатами огляду причин порушення когнітивних функцій при депресії екзогенно-органічного ґенезу виявлено, що чинники, які погіршують когнітивну активність у осіб з розладами екзогенно-органічного ґенезу можна поділити на три групи: психо-соціальні, соматичні та неврологічні [5]. До психо-соціальних чинників належать: смерть чоловіка чи дружини, переїзд дітей з дому, соціальна ізоляція, бідність, зміна місця проживання, виявлення соматичних хвороб та пов'язана з ними госпіталізація, негативний життєвий баланс, а також відсутність перспектив і низький рівень пізнавальної стимуляції. Скарги на погіршення когнітивних функцій у таких осіб є маскою багатьох хворобливих процесів і різних розладів внутрішньої рівноваги. Характерні соматичні прояви можуть не проявлятися. Причинами порушень пам'яті можуть бути: фармакотерапія (поліпрагмація, вплив антихолінергічних ліків, антигістамінів, заспокійливих та снодійних), водно-електролітні розлади, метаболічні порушення, бактеріальні та вірусні

інфекції, гормональні розлади (гіпо- та гіпертиреоз), серцево-судинні захворювання, новоутворення, анемія, системні захворювання, розлади видільної системи (хвороби нирок та печінки), гіпертонія, розлади дефіциту (фолієвої кислоти, вітаміну В12). Серед причин неврологічних порушень пам'яті слід виділити: вогнищеві ураження мозку (гематоми, пухлини), нормотензивна гідроцефалія (синдром Хакіма), дегенерація білої речовини за типом демієлінізації та дисмієлінізації, рідкісні дегенеративні процеси, такі як хвороба Вільсона чи Гантінгтона, хвороба Паркінсона, хвороба Крейтцфельда-Якоба, загальні чи вогнищеві порушення мозкового кровообігу. Найчастішою причиною суб'єктивних скарг на порушення пам'яті, після деменції, є депресія [5].

Скринінгові методи дослідження когнітивних функцій включають: Коротку шкалу оцінки психічного статусу та Тест малювання годинника.

Коротка шкала оцінки психічного статусу (MMSE, Mini-Mental State Examination) дозволяє швидко оцінити деякі когнітивні функції, такі як: орієнтація в місці та часі, вербальна пам'ять, увага, мовні функції та зоровий просторовий аналіз. Вона не диференціює прояви депресії від когнітивних порушень при депресії органічного ґенезу та містить питання, зосереджені, головним чином, на оцінці когнітивних порушень, що виникають внаслідок пошкодження ділянок кори. Вона не включає дослідження підкіркових симптомів, характерних для субкортикальних судинних деменцій.

Тест малювання годинника дозволяє оцінити зорово-просторові процеси, конструкційні здібності та абстрактне мислення; основою для оцінки глибинних когнітивних порушень є якісний аналіз.

Щоб оцінити рівень функціонування у сфері повсякденної діяльності, можна використати Шкалу Самообслуговування (Physical Self-Maintenance Scale) чи Шкалу Повсякденної Активності (ADL, Activities of Daily Living).

Глибину порушення когнітивних та соціальних функцій можна визначити за допомогою Глобальної Шкали Детеріорації (GDS, Global Deterioration Scale) чи The Cambridge Examination for Mental Disorders of Elderly-Revised (CAMDEX-R).

Знижені результати хоч в одній зі скринінгових шкал дозволяють детально вивчити індивідуальні когнітивні функції.

Ступінь вираження депресії можна оцінити за допомогою наступних шкал: Шкали Оцінки Депресії Гамільтона (Hamilton Depression Rating Scale), Опитувальника Депресії Бека-II (Beck Depression Inventory-II), Геріатричної Шкали Депресії (GDS, Geriatric Depression Scale) чи Шкали Депресії Монтгомері-Асберг (MADRS, Montgomery-Asberg Depression Rating Scale).

Методи та критерії, що традиційно застосовуються при оцінці депресивних розладів, не враховують специфічних симптомів, що виникають у людей з органічними порушеннями. Прикладом нових методів, створених спеціально для оцінки емоційних змін у цих пацієнтів, є:

Шкала Депресії після Інсульту (PSDS, Post-Stroke Depression Rating Scale) [23], Невербальна Шкала Дослідження Дисфорії (VADS, Visual Analogue Dysphoria Scale) [18] чи Нейропсихологічний Профіль Поведінки та Афекту (NBAP, Neuropsychology Behavior and Affect Profile) [12]. У випадку коморбідності депресії та деменції важливо визначити ступінь кожного процесу окремо [14]. Прикладом цього є спільна оцінка депресії та деменції [14, 19]. Комплексне оцінювання когнітивних функцій дозволяє застосування декількох нейропсихологічних тестів. Найбільш відомими є набори тестів Холстеда-Рейтана, набори CANTAB (Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery) чи віденський набір нейропсихологічних тестів Вейнера [10].

Детальний аналіз індивідуальних когнітивних функцій повинен включати такі напрямки пізнавальної діяльності: загальний рівень когнітивних функцій, уваги, пам'ять, мовні функції, просторово-візуальні процеси, процеси мислення і, так звані, виконавчі функції. Завдяки використанню чутливих клінічних випробувань можна виявити навіть дискретні когнітивні дефіцити (виходячи за межі фізіологічного процесу старіння центральної нервової системи), які є ранніми ознаками деменції [5, 10, 27].

Нейропсихологічними тестами, які використовуються для оцінки індивідуальних когнітивних функцій є:

1. Шкала Інтелекту Векслера (для Дорослих) (WAIS-R, revised Wechsler Adult Intelligence Scale).

2. Тести, що оцінюють роботу оперативної пам'яті та виконавчі функції: Віконсинський Тест Сортування Карт (WCST, Wisconsin Card Sorting Test), Тест на Приєднання (TMT, Trail Making Test), Тест Струпа (Color-Word Interference Test), Тест Лабіринтів (Giessen Maze Test).

3. Дослідження уваги: Тест безперервного Виконання (CPT, Continuous Performance Test), Коректурна Проба Бурдона.

4. Тести для оцінки пам'яті та навчання: Тест Слухового Навчання Рея (Auditory Verbal Learning Test), Каліфорнійський Тест Вербального Навчання (CVLT, California Verbal Learning Test).

5. Тести для оцінки вербальних функцій: тест фонологічних здібностей, тест здібності до утворення категорій, Бостонська Шкала для Оцінки Афазії (Boston Diagnostic Aphasia Examination).

6. Тести для дослідження функціональної асиметрії та активації півкуль головного мозку: метод бінаурального прослуховування (dichotic listening), - вивчення латеральних пов'язаних рухів очей (CLEM, Conjugate Lateral Eye Movement).

7. Тести, що використовуються для оцінки зорово-просторових функцій: Тест Пам'яті Фігур Бентон, Тест Копіювання Фігур Лоретти Бентон, Тест Фігури Рея (Rey-Osterreich Complex Figure Test).

Порушення когнітивних функцій при депресії позначають часто не дуже вдалими терміном "депресивна псевдодеменція" чи "передбачувана депресивна деменція",

Таблиця 1. Відмінності між депресивним розладом і деменцією.

Риса	Псевдодеменція	Деменція
початок	швидкий	повільний
зусилля при виконанні тестів	невелике, швидко здається, навіть при легкому тесті	"бореться" з тестами
ставлення до інтелектуального зниження	не намагається компенсувати	встановлює календарик, робить записи
скарги на порушення	інформує про складнощі	не переймається
модуляція, афект	збережений	притуплений
втрата соціальних навичок	різка і помітна	повільно прогресуюча (зазвичай)
зв'язок між поведінкою та рівнем втрати соціальних навичок	часто суперечливий	безпосередній
нічне посилення розладів	нетипове	типове
візуально-просторові функції	зазвичай збережені	часто порушені
лінгвістичні здібності	зазвичай збережені	часто порушені

Таблиця 2. Відмінності когнітивних порушень при депресії і деменції.

Депресія	Деменція
скарги на порушення уваги	не виникають
добові коливання короткочасної пам'яті	не спостерігаються
структура і зміст висловлювань не змінюється	прослідковуються зміни структури та змісту висловлювань (нейропсихологічні тести)
збережена здатність до навчання та довготривала пам'ять	порушена здатність до навчання
немає вогнищевих змін	афазія, апраксія, агнозія, алексія, акалькулія
когнітивні порушення легко помітні для членів сім'ї	когнітивні порушення важко помітити протягом довгого часу (спочатку порушені соціальні навички)
зворотність когнітивних порушень	прогресування чи стабільність когнітивних порушень
точні та специфічні описи когнітивних порушень у депресивних пацієнтів	ухильні відповіді, конфабуляції, дисимуляції
результати тестів у межах норми	результати нейропсихологічного тестування вказують на когнітивний дефіцит

які все частіше заміняють терміном "депресія зі зворотною деменцією" чи "депресія зі зворотним порушенням когнітивних функцій" [8]. При дослідженні особливостей порушень когнітивних функцій при депресії екзогенно-органічного ґенезу виявлено, що когнітивні показники пов'язані часто з тяжкістю депресії і при зменшенні її симптомів спостерігається поліпшення когнітивних функцій [10]. При депресії когнітивний дефіцит наростає поступово, але досить швидко, і особа зазвичай свідомо труднощів, які виникають, що часто спричинює зниження настрою. Усвідомлення поглиблення інтелектуальних розладів стає причиною виходу з активного життя і призводить до переконання про розвиток дементного процесу. Пацієнти з депресією часто скаржаться на відчуття "пустки", уповільнення потоку мислення, послаблення пам'яті, труднощі при концентрації уваги, почуття інтелектуальної неспроможності [29]. Автори підкреслюють зниження когнітивних функцій, таких як загальна інтелектуальна працездатність, пам'ять, здатність до навчання та володіння словниковим запасом [7, 13, 16]. Вважається, що виявлене у більшості

хворих на депресію сповільнення психомоторних реакцій виникає з труднощів ініціації спонтанної поведінки, планування та організації поведінки, а також з порушення процесів уваги [1]. При депресії, на відміну від деменції, структура та зміст висловлювань залишаються практично незмінними. Здатність вчитись та відкладе в часі пригадування порівняно зі здоровими особами вимагає, однак, більших зусиль. Пацієнти з депресією часто скаржаться на втрату пам'яті значно більшу, ніж на те вказують об'єктивні докази, зібрані при дослідженні [17] та можуть детально описати свої інтелектуальні проблеми. Депресивний настрій, психомоторне загальмування та утруднений контакт спричинюють те, що типовою відповіддю на питання є: "НЕ знаю" [9], тому для оцінки порушень когнітивних функцій при важких проявах депресивного синдрому потрібно застосовувати прості шкали і опитувальники. В іншому випадку хворі можуть отримати гірші результати, ніж є насправді, що може мати істотний вплив на помилковий діагноз [9, 11, 26]. Деякі поведінкові симптоми, характерні для депресії та деменції включені в таблицю 1, натомість

в таблиці 2 порівняно порушення певних когнітивних функцій.

При депресії порушення когнітивних функцій найчастіше пов'язані з порушенням функціонування правої півкулі мозку, що посилює порушення просторової орієнтації, розлади диференціації ритмічних структур, просодії та неправильний вибір емоції. Виявлені в депресії симптоми гіпофронтальності виражаються натомість послабленням "фронткових" тестів.

У дослідженнях, які проводили в групах здорових осіб, осіб, хворих на депресію з порушенням когнітивних функцій, та осіб з деменцією були виявлені якісні відмінності когнітивних порушень. Особливо виразними вони були у випадку пам'яті, уваги та називання.

Предметом багатьох досліджень були тести, що дозволяють відрізнити депресію від деменції [2, 4]. Аналіз деяких звітів показує, що найбільшу дискримінаційну цінність мають завдання, що вимагають інтелектуальних зусиль та тести пам'яті з відкладеним відтворенням [15]. Пацієнти з депресією мають низьку здатність подолання зорових та просторових труднощів, незначне послаблення процесів пам'яті, знижену здатність до абстракції та когнітивної гнучкості [4].

Дефіцит пригадування часто незначний або помірний. Пацієнти з депресією також можуть користуватися натяками та прихованою підтримкою для описаних стратегій [2]. Вони виявляють переваги, пов'язані з положенням предметів запам'ятованого ряду (вплив пріоритету та свіжості), у той час як в дементних пацієнтів виступає ефект свіжості. Люди з депресією часто проявляють нормальну швидкість забування, тоді як у пацієнтів з деменцією спостерігається швидка втрата слідів пам'яті [3,6,21].

Діагностичні труднощі в диференціації когнітивних розладів при депресії від когнітивних дефіцитів, що становлять ранні симптоми деменції, підтверджують те, що

ці особи повинні піддаватися повторному нейропсихологічному обстеженню після усунення депресивних симптомів. Це дає можливість спостереження за динамікою змін пізнавальної діяльності, а отже - виявлення ранніх симптомів деменції.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Порушення когнітивних функцій, що виникають у похилому віці при депресії екзогенно-органічного ґенезу вимагають детальної диференційної діагностики. Немале значення має добре зібраний анамнез (у пацієнта та його родини), з врахуванням динаміки когнітивних порушень та інших психопатологічних та соматичних проявів, аналізу можливих чинників, що сприяють розвитку когнітивного дефіциту. Однак ключову роль у діагностичному процесі відіграє нейропсихологічна оцінка загальних когнітивних функцій.

2. Особи з когнітивним дефіцитом, що виник внаслідок депресії екзогенно-органічного ґенезу, мають, однак, високий ризик розвитку незворотної деменції.

3. У випадку поєднання депресивних симптомів та когнітивного дефіциту, коли складно визначити, який розлад передує, варто спершу провести лікування депресивних симптомів (у зв'язку з можливим первинним впливом на розвиток когнітивного дефіциту, ризиком самогубства та депресогенною дією інгібіторів ацетилхолінерастери), а лише потім проводити якісний аналіз когнітивних функцій.

Перспективами даного дослідження може бути запровадження доречного алгоритму дослідження когнітивних функцій при депресії екзогенно-органічного ґенезу для уникнення діагностичних помилок та призначення доцільного лікування. В подальшому рекомендуємо досліджувати генетичні та біохімічні аспекти та залучати їх до комплексної діагностики даних порушень.

### Список посилань - References

- Bergmans, R. S., Zivin, K., & Mezuk, B. (2019). Perceived sleep quality, coping behavior, and associations with major depression among older adults. *J. Health Psychol.* <https://doi.org/10.1177/1359105319891650>
- BPG RAO (2017). *Delirium, Dementia and Depression in Older Adults: Assessment and care*. Ontario. Retrieved from <https://rno.ca/bpg/guidelines/assessment-and-care-older-adults-delirium-dementia-and-depression>
- Burke, A. D., Goldfarb, D., Bollam, P., & Khokher, S. (2019). Diagnosing and treating depression in patients with Alzheimer' disease. *Neurol. Ther.*, 8 (2), 325-350. <https://doi.org/10.1007/s40120-019-00148-5>
- Chakrabarty, T., Hadjipavlou, G., & Lam, R. W. (2016). Cognitive dysfunction in major depressive disorder: assessment, impact and management. *Focus (Am. Psychiatr. Publ.)*, 14 (2), 194-206. DOI: 10.1176/appi.focus.20150043
- Chertkow, H., Borrie, M., Whitehead, V., Black, S., Feldman, H., Gauthier, S. ... & Rylett, R. J. (2019). The comprehensive assessment of neurodegeneration and dementia. *Can. J. Neurol. Sci.*, 46 (5), 499-511. doi: 10.1017/cjn.2019.27
- Cheston, R., Dodd, E., Christopher, G., Jones, C., Wildschut, T., Sedikides, C. (2018). Selective forgetting of self-threatening statements: Mnemonic neglect for dementia information in people with mild dementia. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 33 (8), 1065-1073. doi: 10.1002/gps.4894.
- Da Costa Dias, F. L., Teixeira, A. L., Guimaraes, H. C., Santos, A. P. B., Resende, E. P. F., Machado, J. C. B., ... & Caramelli, P. (2019). The influence of age, sex and education on the phenpomenology of depressive symptoms in a population-based sample aged 75+ years with major depression: the Pieta Study. *Aging Ment Health*. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1698517>
- Dening, K. H. (2019). Differentiating between dementia, delirium and depression in older people. *Nurs Stand*, 35 (1), 43-50. doi: 10.7748/ns.2019.e11361
- Dham, P., Colman, S., Saperson, K., McAiney, C., Lourenco, L., Kates, N., & Rajji, T. K. (2017). Collaborative care for psychiatric disorders in older adults: A systematic review. *Can J. Psychiatry*, 62 (11), 761-771. doi: 10.1177/0706743717720869
- Hategan, A., Burgeois, J. A., Hirsh, C. H., & Giroux, C. (Ed.). (2018). *Geriatric Psychiatry: A Case-Based Textbook*. Springer International Publishing. Retrieved from <https://www.amazon.com/Geriatric-Psychiatry-Case-Based-Ana-Hategan-ebook/dp/B07BXC8Y7>

11. Henskens, M., Nauta, I. M., Vrijkotte, S., Drost, K. T., Milders, M. V., & Scherder, E. J. A. (2019). Mood and behavioral problems are important predictors of quality of life of nursing home residents with moderate to severe dementia: A cross-sectional study. *PLoS One*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223704>
12. Kalaria, R. N. (2016). Neuropathological diagnosis of vascular cognitive impairment and vascular dementia with implications for Alzheimer's disease. *Acta Neuropathol*, 131, 659-685. doi: 10.1007/s00401-016-1571-z
13. Kao, S. L., Chen, S. C., Li, Y. Y., & Lo, R. Y. (2019). Diagnostic diversity among patients with cognitive complaints: A 3-year follow-up study in a memory clinic. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 34 (12), 1900-1906. doi: 10.1002/gps.5207
14. Kishita, N., Backhouse, T., & Mioshi, E. (2019). Nonpharmacological interventions to improve depression, anxiety and quality of life in people with dementia: An overview on systematic reviews. *J. Geriatr. Psychiatry Neurol.*, 33 (1), 28-41. doi: 10.1177/0891988719856690
15. Lauriola, M., Mangiacotti, A., D'Onofrio, G., Cascavilla, L., Paris, F., Ciccone, F., ... & Greco, A. (2018). Late-life depression versus amnesic mild cognitive impairment: Alzheimer's disease incidence in 4 years of follow-up. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.*, 46 (3-4), 140-153. doi: 10.1159/000492489
16. Liao, A., Walker, R., Carmody, T. J., Cooper, C., Shaw, M. A., Grannemann, B. D., ... & Trivedi, M. H. (2019). Anxiety and anhedonia in depression: Associations with neuroticism and cognitive control. *Journal of Affective Disorders*, 245, 1070-1078. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.072>
17. Martins, N. M., Caldas, P. R., Cabral, E. D., Cabral Dos Santos Accioly Lins, C., & Wanderley de Sales Coriolano, M. G. (2019). Cognitive assessment instruments used in elderly Brazilians in the last five years. *Cien Saude Colet*, 24 (7), 2513-2530. doi: 10.1590/1413-81232018247.20862017
18. McDougall, G. G. (1990). A review of screening instruments for assessing cognition and mental status in older adults. *Nurse Pract.*, 15 (11), 18-28. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2255423/>
19. Morin, R. T., Insel, P., Blickford, D., & Mackin, R. S. (2019). Depression severity, but not cognitive impairment or frailty is associated with disability in late-life depression. *J. Clin. Gerontol.*, 43 (4), 411-419. doi: 10.1080/07317115.2019.1699882
20. Muller-Spahn, F., & Hock, C. (2018). Clinical practice guidelines for management of depression in elderly. *Indian J. Psychiatry*, 60 (3), 341-362. doi: 10.4103/0019-5545.224474
21. Rabinovici, G. D. (2019). Late-onset Alzheimer Disease. *Continuum*, 25 (1), 14-33. doi: 10.1212/CON.0000000000000700
22. Sahin, S., Önal, T. O., Cinar, N., Bozdemir, M., Çubuk, R., & Karsidag, S. (2017). Distinguishing depressive pseudodementia from Alzheimer disease: A comparative study of hippocampal volumetry and cognitive tests. *Dement Geriatr. Cogn. Dis. Extra*, 7 (2), 230-239. doi: 10.1159/000477759
23. Schnabel, E. L., Wahl, H. W., Penger, S., & Haberstroh, G. (2019). Communication behavior of cognitively impaired older inpatients: A new setting for validating the CODEM instrument. *Z. Gerontol. Geriatr.*, 52, 264-272. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00391-019-01623-2>
24. Sekhon, S., Patej, G., & Sapra, A. (2020). *Late onset depression*. In StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
25. Smith, R., & Meeks, S. (2019). Screening older adults for depression: Barriers across clinical discipline training. *Innovation in Aging*, 3 (2), 1-10. doi: 10.1093/geroni/igz011
26. Tayaa, S., Berrut, G., Seigneurie, A.S., Hanon, C., Lestrade, N., Limosin, F., & Hoertel, N. (2020). Diagnosis and management of depression in the elderly. *Geriatr. Psychol. Neuropsychiatr. Vieil.* 18 (1), 88-96. doi: 10.1684/pnv.2019.0833
27. Verdelho, A., & Goncalves-Pereira, M. (2017). Neuropsychiatric symptoms of cognitive impairment and dementia. *Springer International Publishing*. Retrieved from <https://www.springer.com/gp/book/9783319391366>
28. Wiels, W., Baeken, C., & Engelborghs, S. (2020). Depressive symptoms in the elderly-an early symptom of dementia: A systematic review. *Front Pharmacol.*, 11, 34. doi: 10.3389/fphar.2020.00034
29. Yakovleva, O. B., Safarova, T. P., & Gavrilova, S. I. (2019). Personalized approach to the treatment of depression in the elderly. *Zh. Nevrol. Psikhaitr. Im SS Korsakova*, 119 (9/2), 68-77. doi: 10.17116/jnevro201911909268

#### ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДЕПРЕССИИ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

**Рымша С. В., Король В. А.**

**Аннотация.** В наше время интерес к когнитивным расстройствам при депрессии возрастает в научных кругах, не только из-за частоты возникновения, но и потому, что они персистируют у пациентов, которые хорошо отвечают на лечение антидепрессантами. Кроме того, депрессивные проявления с когнитивным снижением, порой могут быть первыми признаками деменции или способствовать ее развитию. Целью этой статьи является описать особенности когнитивных нарушений при депрессии экзогенно-органического генеза по данным современной медицинской литературы. Используются результаты анализа литературы по базам данных PubMed, BioMed Central, Free Medical Journals за 2016-2019 года. В статье говорится о возможных причинах возникновения и вариантах сочетания когнитивных нарушений и депрессии, представлены имеющиеся диагностические критерии для обеих групп. Освещение уместных нейропсихологических методов исследования, которые играют ключевую роль в диагностическом процессе, генетических и биохимических маркеров для диагностики данных нарушений оставляем на дальнейшие исследования.

**Ключевые слова:** депрессия, когнитивные нарушения, деменция

#### THE CHARACTERISTICS OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN DEPRESSION OF EXOGENOUS-ORGANIC GENESIS

**Rymsha S. V., Korol V. A.**

**Annotation.** Recently the interest in cognitive disorders in depression increased in the scientific community, not only because of the frequency, but also because they persist in patients, who respond well to antidepressant treatment. In addition, depressive manifestations with cognitive decline can sometimes be the first signs of dementia or contribute to its development. The purpose of this article is to describe the features of cognitive impairment in depression of exogenous-organic genesis according to modern medical literature. We used the results of the literature analysis from the databases PubMed, BioMed Central, Free Medical Journals for 2016-2019. The article discusses the possible causes and variants of the combination of cognitive impairment and depression, outlining the available diagnostic criteria for both groups. Coverage of relevant neuropsychological research methods that play a key role in the diagnostic process, genetic and biochemical markers for the diagnosis of these disorders are left for further research.

**Keywords:** depression, cognitive impairment, dementia.