

УДК 616.89; 616.895.4; 616.892.3; 616.89-008

Депрессивные расстройства в позднем возрасте: особенности клиники и течения**Depressive Disorders in Old Age: Clinical Features and Course**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-3-87-97>**Сафарова Т.П.**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Safarova T.P.

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia



Цель: представить обзор современных отечественных и зарубежных исследований, освещающих проблему депрессий позднего возраста: их распространенность, особенности клиники, течения и исходов.

Материал и методы: с помощью ключевых слов «депрессивные состояния», «поздний возраст» проводился поиск научных статей в базах данных MEDLINE, PUBMED, а также среди других библиографических источников.

Результаты и выводы: распространенность депрессивных расстройств в позднем возрасте неуклонно растет в связи с общим старением популяции. Сохраняются расхождения в представлениях об особенностях психопатологических проявлений, основных тенденциях течения и исходов депрессивных расстройств в позднем возрасте. В последние годы актуализировалось изучение когнитивных дисфункций в структуре депрессивных эпизодов и неполных ремиссий в позднем возрасте в связи с риском исхода заболевания в когнитивное снижение и деменцию. До сих пор не полностью разработана проблема терапии поздних депрессий, связанная с повышенным риском развития нежелательных явлений, медленным развитием терапевтического ответа, высокой частотой рецидивирования и «неполных» выходов из депрессии.

Заключение: клинические особенности и особенности патогенеза поздних депрессий определяют необходимость дальнейшей научной разработки персонализированных подходов к терапии и профилактике рецидивов депрессивных расстройств у современного контингента больных позднего возраста.

Ключевые слова: депрессивное расстройство; поздний возраст; психопатология; течение; обзор литературы.

Для цитирования: Сафарова Т.П. Депрессивные расстройства в позднем возрасте: особенности клиники и течения. *Психиатрия*. 2019;17(3):87–97.

Конфликт интересов отсутствует

Objective: to provide an overview of domestic and foreign contemporary studies concerning the problem of old age depression: their prevalence, clinical features, course and outcomes.

Material and methods: the keywords «depressive states», «late age» were used to search for scientific articles in the MEDLINE, PUBMED databases, as well as among other bibliographic sources.

Results and conclusions: the prevalence of depressive disorders at a later age is steadily increasing due to the general aging of the population. Discrepancies in ideas about the characteristics of psychopathological manifestations, main trends in the course and outcomes of depressive disorders at a later age persist. In recent years, the study of cognitive dysfunctions in the structure of depressive episodes and incomplete remissions in late age has been actualized due to the risk of the outcome of the disease in cognitive decline and dementia. The problem of the treatment of late depressions is still not fully developed, which is associated with an increased risk of developing adverse events, a slow development of a therapeutic response, a high recurrence rate and «incomplete» exits from depression.

Conclusion: the clinical and pathogenesis features of late depressions determine the need for further scientific development of personalized approaches to the treatment and prevention of relapse of depressive disorders in the current contingent of late age patients.

Keywords: depressive disorder; old age; psychopathology; course; review.

For citation: Safarova T.P. Depressive disorders in old age: clinical features and course. *Psychiatry*. 2019;17(3):87–97.

There is no conflict of interest

КОНЦЕПЦИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ИСТОРИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ

Группа аффективных расстройств объединяет клинически и генетически неоднородные заболевания с многолетним непрогредиентным течением и периодическим возникновением аффективных фазовых состояний (депрессивных, маниакальных, смешанных) с полной или частичной их обратимостью без формирования негативных личностных изменений или признаков слабоумия.

Первые упоминания о нарушениях настроения — меланхолии и мании — относятся к I в. н.э. и принадлежат Гиппократу и ученику его школы Аретею Каппадокийскому (цит. по [1]). На протяжении многих лет депрессию называли меланхолией. Циклотимия рассматривалась как преморбидный темперамент, на фоне которого впоследствии мог развиваться маниакально-депрессивный психоз [2].

Расстройства настроения в позднем возрасте изучало множество учёных. В конце XVIII в. французский психиатр Ф. Пинель описал, как при меланхолии изменяется настроение и интерес к окружающему миру. Он отметил роль наследственности и неправильного воспитания в возникновении меланхолии. В первой половине XIX в. считалось, что меланхолия является психологическим недугом и может быть устранена психологическими методами лечения. Во второй половине XIX в. медицина достигла больших успехов в изучении депрессий. Первые завершённые концепции аффективного расстройства относятся к XIX в. и принадлежат французским психиатрам. В 1854 г. Жан Фальре впервые выделил две отдельные формы циркулярного аффективного психоза, а Габриель Франсуа Байярже дал описание сдвоенных маниакальных и депрессивных приступов в рамках циркулярного психоза как единого заболевания.

Термин депрессия появился сравнительно недавно — в XIX в., а широкое распространение получил только в 20–30-х годах XX в. Идеи Фальре и Байярже оказали влияние на психиатрию в Германии. В 1882 г. Карл Людвиг Кальбаум описал циклотимию, а в 1896 г. Эмиль Крепелин объединил различные клинические состояния в общую группу маниакально-депрессивного психоза (МДП). Он установил, что меланхолические, маниакальные и смешанные состояния представляют собой фазы одного заболевания, которое длится на протяжении всей жизни больного. Эмиль Крепелин отграничил маниакально-депрессивный психоз от раннего слабоумия или шизофрении, тем самым выделив его в самостоятельное заболевание с фазным течением и отсутствием дефицитарных расстройств шизофренического типа. Он же определил циклотимию как наиболее мягкую форму циркулярного психоза или как преморбидный темперамент, из которого развивается МДП.

В 1957 г. немецкий психиатр Карл Леонгард впервые провел отчетливое разделение монополярных и бипо-

лярных психозов. К монополярным психозам им были отнесены фазные аффективные состояния, характеризующиеся возникновением только депрессивных или только маниакальных фаз, а к биполярным — с наличием как депрессивных, так и маниакальных состояний. Проводимые клинико-генетические исследования позволили Леонгарду, а затем швейцарскому психиатру Ангсту (1966) высказать мнение о нозологической самостоятельности этих форм. Концепция клинической и генетической гетерогенности монополярных и биполярных аффективных психозов получила признание в современной психиатрии.

В настоящее время в современной международной классификации болезней (МКБ-10) депрессивные нарушения входят в раздел «Аффективные расстройства настроения», где сохраняется разделение всех аффективных психозов на депрессивные и биполярные [3]. Аффективные расстройства позднего возраста как отдельная категория не выделяются.

В современной классификации DSM-V [4] сохраняется разделение аффективных расстройств на «Депрессивные расстройства» и «Биполярные и родственные расстройства». Эти состояния относятся к нозологически разнородным расстройствам, а диагноз устанавливается по различным сочетаниям в клинической картине маниакальных и/или депрессивных эпизодов. В разделе «Депрессивные расстройства» выделяются единичный и рекуррентный эпизоды большого депрессивного расстройства, при котором никогда не бывает маниакальных/гипоманиакальных эпизодов. В бета-версии МКБ-11, находящейся в настоящее время в разработке, все аффективные расстройства объединены в одну категорию с подразделением на депрессивный и биполярный варианты.

Актуальность проблемы поздних депрессий определяется увеличением их распространенности, трудностями диагностики и длительностью течения заболевания. Многие аспекты депрессии остаются неразрешенными, результаты исследований зачастую противоречивы, а установление определенных зависимостей носит пока предположительный характер.

Депрессии в позднем возрасте представляют собой группу нозологически и клинически разнородных расстройств, из-за чего они вызывают серьезные диагностические трудности и требуют широкого спектра различных терапевтических мероприятий.

Депрессия в пожилом и старческом возрасте является одним из наиболее распространенных заболеваний. По прогнозу WHO, к 2020 г. депрессия в поздних возрастных группах станет ведущим заболеванием, являющимся причиной инвалидности, сокращения продолжительности полноценной жизни и затрат на помощь больным. Депрессивные расстройства в позднем возрасте оцениваются как одна из главных причин «бремени» современного общества, связанного с психическими заболеваниями, а большое депрессивное расстройство — как одна из основных причин суицидов. Депрессивные расстройства являются второй

по значимости причиной, ведущей к инвалидности [5], приводят к резкому ухудшению качества жизни, утяжеляют течение коморбидной соматической патологии, ускоряют процессы старения, повышают риск смертности и развития деменции [6, 7].

Несмотря на высокие показатели распространенности депрессивных состояний у лиц позднего возраста, они недостаточно выявляются как в первичном звене медицинской, в том числе психиатрической помощи, так и в больницах общего профиля и в домах для престарелых, в связи с чем больные не получают адекватного лечения. По данным литературы, от 40 до 60% таких расстройств остается нераспознанными [8, 9].

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ДЕПРЕССИЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Показатели распространенности депрессии в гериатрической популяции значительно различаются, но, по мнению большинства исследователей, распространенность депрессивных расстройств в старших возрастных группах более высокая, чем в молодом возрасте [7, 10–12]. Депрессивные расстройства, наравне с деменциями, устойчиво занимают первые места среди эпидемиологических показателей психических расстройств в пожилом и старческом возрасте. По различным популяционным эпидемиологическим данным, депрессии встречаются у 10–30% пожилых людей [7, 11–13]. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, монополярная депрессия встречается у 7% общего пожилого населения и составляет 1,6% в структуре общей инвалидности лиц в возрасте 60 лет и старше [14].

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Формирование депрессивных расстройств в позднем возрасте происходит на фоне патопластического влияния процессов старения, что оказывает влияние на психопатологическую структуру поздних депрессий. Общей особенностью психических расстройств позднего возраста являются размытость и клиническая незавершенность психопатологических синдромов, что в полной мере относится и к поздним депрессиям. В период инволюции и старения происходит стирание четкости границ нозологических форм, ослабление глубины клинических проявлений и частое сочетание аффективных состояний с симптомами неаффективного ряда.

Хотя в позднем возрасте встречаются практически все клинические разновидности депрессий, характерных для более ранних возрастных периодов, процессы старения оказывают существенное влияние на клинические особенности аффективных фаз, их частоту и общее течение заболевания. По этой причине аффективные расстройства в этой возрастной группе проявляются многообразными атипичными симптомами, которые затрудняют их распознавание,

Важной клинической особенностью поздних депрессий является полиморфизм психопатологической симптоматики, мозаичность клинической картины, в которой сочетаются симптомы, характерные для разных подтипов депрессий [15]. С увеличением возраста депрессивная симптоматика приобретает размытый, незавершенный характер с преобладанием астено-анергических и адинамических явлений [16].

К классическим депрессивным психопатологическим расстройствам в позднем возрасте часто присоединяются расстройства невротического регистра: соматоформные расстройства в виде разнообразных алгий и соматовегетативных симптомов, ипохондрические фобии (нозофобии, страх инвалидизации, танофобии), конверсионные проявления, навязчивости. Наиболее высок удельный вес специфических для периода старения симптомов, связанных с возрастными изменениями психической деятельности. В структуре депрессий позднего возраста чаще всего встречаются тревога, ипохондрия, бредовые и мнестикоинтеллектуальные нарушения. Доминирование перечисленных возрастных симптомов определяет особые разновидности депрессий позднего возраста.

Тревога как ведущий симптом поздних депрессий описана многими авторами [17–19]. При тревожно-ажитированной депрессии в клинической картине симптомы подавленности сочетаются с переживанием страха, тревоги и двигательным возбуждением. Ипохондрическая депрессия характеризуется сочетанием тревожно-депрессивного настроения с соматизированными и ипохондрическими расстройствами, частота которых составляет от 47 до 97%. Многие авторы считают наличие большого количества соматических жалоб основной клинической особенностью депрессии старческого возраста [20]. Ипохондрические расстройства при поздних депрессиях могут проявляться как изолированно, так и в сочетании с соматоформными расстройствами. Возможна ипохондрическая фиксация на компонентах самой депрессии, таких как отсутствие аппетита, похудание, слабость, нарушения сна, или на физическом здоровье и проявлениях хронических соматических заболеваний. Ипохондрические расстройства могут сочетаться с разнообразными патологическими ощущениями — от мигрирующих алгий с преимущественной локализацией в области брюшной полости, вегетативных расстройств в виде тошноты, потливости, артериальной гипертензии, тахикардии до более сложных сенестопатических ощущений. Собственно депрессивные симптомы часто скрываются за массивными соматоформными расстройствами. Сенестоипохондрические расстройства часто сопровождаются тревогой со страхом надвигающейся телесной катастрофы. Характерна тенденция к трансформации сверхценных ипохондрических опасений в нигилистический бред.

Бредовые симптомы в структуре депрессий позднего возраста также отличаются характерными особенностями. Типичные для депрессий идеи самообвинения

и самоунижения в старости встречаются реже, чем в более ранних возрастных периодах [21]. Ранее было показано, что развернутые депрессивно-бредовые состояния в позднем возрасте относительно редки, а отдельные проявления бредовых расстройств в виде общей подозрительности и бредовой трактовки отдельных ситуаций с характерным для этого возраста содержанием, в частности идеи ущерба, бред «малого размаха» в структуре старческих депрессий встречаются часто [22]. Бредовые расстройства обычно наблюдаются в клинической картине психотических депрессий, соответствующих описаниям «инволюционной меланхолии». К меланхолическим депрессиям позднего возраста относятся, как правило, тяжелые депрессии с витализацией депрессивного аффекта вплоть до непереносимой боли, тяжести или жжения в груди, с тягостным, тоскливо-тревожным настроением, с заторможенностью вплоть до ступора или возбуждением вплоть до раптуса, угнетением витальных влечений (аппетита) и побуждений к деятельности. Характерны суточные колебания с утренними ухудшениями состояния. Содержание переживаний определяется идеями малоценности, самоунижения, самообвинения, иногда осуждения, ипохондрическими сверхценными или бредовыми идеями вплоть до развития бреда Котара. Бредовые нарушения могут включать широкий спектр идей с характерной возрастной тематикой: от идей ущерба, обнищания, греховности, наказания до мегаломанических нигилистических и меланхолических переживаний с бредом громадности вплоть до меланхолической парафрении с темой материального разорения, банкротства, гибели родных и мира.

Существенной особенностью депрессий позднего возраста является наличие **когнитивных нарушений** в виде трудностей концентрации внимания, снижения скорости обработки информации, затруднений в принятии решений и нарушения исполнительных функций.

Под исполнительными функциями обычно понимают комплекс достаточно сложных психических процессов, который обеспечивает планирование и выполнение определенных задач. С исполнительной дисфункцией связывают микроструктурные аномалии белого вещества префронтальной области, в связи с чем была выдвинута теория разобщения, согласно которой такие изменения могут увеличить риск депрессии в пожилом возрасте [23], приводить к более тяжелому течению болезни и низкому терапевтическому ответу на антидепрессивную терапию [24–27]. Примерно 30–40% пожилых людей с большой депрессией обнаруживают признаки исполнительной дисфункции при когнитивном исследовании [28].

Конструкция исполнительного функционирования состоит из многочисленных областей, включая, но не ограничиваясь этим, когнитивную гибкость, беглость речи, оперативную память, организацию и планирование. Проведенный метаанализ 8 исследований, направленный на выявление областей исполнительной функции, предсказывающих плохой ответ на ан-

тидепрессивную терапию, показал, что планирование и организация были единственными областями исполнительной функции, которые в значительной степени связаны с отсутствием ответа на антидепрессанты [29].

У пожилых депрессивных больных широко распространены субъективные жалобы на снижение памяти, в большинстве своем связанные с тревожными опасениями и не подтверждающиеся психометрическими оценками. Примерно у 1/3 больных пожилого возраста на фоне депрессии наблюдается развитие реальных, но обратимых после выхода из депрессии когнитивных расстройств [6, 27, 30]. Тяжесть их колеблется от замедления скорости реакций, нарушений концентрации внимания, воспроизведения, счета, трудностей решения комплексных задач до более редкой (5–7%) выраженной познавательной дисфункции с элементами фиксационной амнезии, дезориентировкой и даже до развития спутанности сознания, трудно отличимой от состояний органического происхождения. Такие депрессии получили название «депрессивной псевдодеменции», или «обратимой деменции». В большинстве случаев эти расстройства обратимы и редуцируются при снижении интенсивности депрессивной симптоматики. Данные катамнестического наблюдения показали, что почти у половины больных (43%), перенесших состояние депрессивной псевдодеменции, в последующие 2–3 года развивается деменция, несмотря на обратное развитие аффективных расстройств и восстановление мнестико-интеллектуальных функций непосредственно после перенесенной депрессивной фазы [31].

Своевременная идентификация когнитивных расстройств при поздних депрессиях важна не только для дифференциальной диагностики депрессий от деменций, но и для подбора соответствующей терапии и оценки последующего течения заболевания в целом [32, 33]. Такие больные отличаются замедлением развития терапевтического ответа, значительным повышением риска развития лекарственных осложнений, тенденцией к затягиванию депрессивных фаз и ухудшению качества следующей за ними ремиссии [34–37].

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОЗДНИХ ДЕПРЕССИЙ В РАМКАХ ХРОНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НАСТРОЕНИЯ

Среди дистимий, характерных для позднего возраста, можно выделить три типа состояний: (1) **резидуальные дистимии** — хронические субдепрессии в виде «неполных» ремиссий после больших депрессивных эпизодов; (2) **постадаптационные** дистимии — субдепрессии невротического уровня, являющиеся по механизму своего развития как бы хронификацией дезадаптационных депрессий; (3) **старческие дистимии** — органически окрашенные хронические малые депрессии.

Резидуальные дистимии формируются в результате неполного выздоровления после перенесения больших

депрессий в старости (особенно депрессивно-бредовых психозов по типу инволюционной меланхолии). Личностные изменения у большинства таких больных (астенизация, тревожность, реактивная лабильность, снижение энергетического уровня) не являлись конституциональными особенностями, а были проявлениями неполных ремиссий. Они часто сопровождаются в дальнейшем переходом к течению в виде двойных депрессий, но часть из них удовлетворяет критериям дистимии и может протекать без последующего рецидивирования.

К *постадаптационным дистимиям* относят хронификацию (с течением более 2 лет) некоторых дезадаптационных (реактивных) депрессий. Резидуальная хронификация реактивных депрессий в старости является достаточно частым состоянием. Так, по данным Н.А. Смулевич [38], более чем в 50% случаев реактивных депрессий позднего возраста у таких больных после прохождения ими классических этапов депрессивной или аффективно-шоковой реакции и развернутой реактивной депрессии не отмечалось полного выздоровления. У них наблюдалось формирование постреактивного депрессивного развития личности в виде стойкого субдепрессивного фона настроения с чувством безнадежности, уныния, апатии и подавленности. Причем в одних случаях такие резидуальные субдепрессивные состояния сопровождалась психосоматическими и ипохондрическими расстройствами, в других — усилением эгоцентризма, раздражительности, психопатизацией истерического круга и формированием сверхценного комплекса «культы умершего».

При эндореактивной субдепрессии в клинической картине тесно переплетаются реактивные и депрессивные (эндогенные) симптомы. Наиболее полное их клиническое описание дал Weitbrecht (1952, 1958, 1972), относивший к ним возникающие преимущественно вслед за психотравмирующими событиями (психогениями или соматогениями) неглубокие гипотимные состояния с длительным течением, постепенным «соскальзыванием» от чисто реактивных переживаний к «витализации» депрессивных расстройств с мрачно-угрюмым фоном настроения, развитием разнообразных сенесто-вегетативных нарушений и вторичной ипохондрии с повышенным чувством болезни и психопатическими чертами поведения. В отличие от истинных реактивных депрессий, они характеризуются более стертым и мягко протекающим дебютом самой психогении и довольно быстрым присоединением соматизированных и ипохондрических расстройств, по поводу которых такие больные чаще всего и обращаются к врачам общей практики.

К *старческим дистимиям* относят хронические малые депрессии с выраженной аффективной лабильностью, астено-невротической симптоматикой или сенильной психопатизацией и отдельными неглубокими психоорганическими расстройствами (умеренным когнитивным снижением, не достигающим уровня деменции).

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АФФЕКТИВНЫХ ПСИХОЗОВ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Течение депрессивных состояний в позднем возрасте считается менее благоприятным, чем в более ранние возрастные периоды.

Депрессивные состояния, впервые возникшие в позднем возрасте, могут быть единичным эпизодом болезни и завершиться полной ремиссией. Однако чаще поздние депрессии отличаются повышенным риском рецидивирования, вероятность которого в первые два года после развития манифестной фазы составляет 60–70%. Характерными особенностями течения депрессий в позднем возрасте являются возрастание частоты повторных фаз и сокращение продолжительности ремиссий [39]. Для позднего возраста характерно возрастание частоты затяжных депрессий, длительностью до 12–18 мес.

Особенностью течения поздних депрессий является также ухудшение исходов отдельных депрессивных фаз с формированием неполных ремиссий с резидуальными депрессивными симптомами и развитие так называемых «двойных депрессий», когда на фоне стойкой гипотимии возникают повторные очерченные депрессивные фазы. Частота встречаемости неполных ремиссий по сравнению со средним возрастом в старости увеличивается в 2–3 раза и составляет от 54% в инволюционном возрасте до 72% у пациентов старше 70 лет [40]. Именно неполные ремиссии приводят к формированию неблагоприятного течения с «двойными депрессиями», повышению риска рецидива и суицидальных проявлений, ухудшению качества жизни и ускорению процесса старения [41].

СУИЦИДЫ У ПОЖИЛЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ БОЛЬНЫХ

Депрессия является основной причиной самоубийства среди лиц пожилого возраста [42]. В возрасте после 65 лет частота суицидов возрастает до 9%, а после 80 лет — до 35% [43]. По данным Национального института здравоохранения США, число суицидов у лиц старше 85 лет в 6 раз выше по сравнению с общей популяцией. Установлено, что около двух третей пожилых, покончивших жизнь самоубийством, страдали депрессивными расстройствами. Большинство покончивших с собой пожилых пациентов в течение месяца, предшествовавшего суицидальной попытке, обращались за помощью к своему лечащему врачу [44, 45]. Выявление пациентов с высоким суицидальным риском в учреждениях первичной медицинской помощи является наилучшей возможностью предотвратить самоубийство у пожилых людей. Депрессивные расстройства представляют наиболее важный предрасполагающий к суицидальным действиям фактор. В наибольшей степени это относится к депрессиям, протекающим с ажитацией, идеями виновности, нарушением сна, ипохон-

дрическими переживаниями, суицидальными идеями и серьёзными соматическими заболеваниями. Другими факторами риска суицидального поведения являются мужской пол, старческий возраст, состояния, сопровождающиеся хроническим болевым синдромом, функциональными ограничениями и социальной изоляцией. Чаще самоубийства совершают одинокие люди, которые оказываются неприспособленными к трудностям повседневной жизни, что усугубляет ощущение безнадёжности и сознание собственной ненужности [46].

Выделяют три основных направления предотвращения суицидального поведения в пожилом возрасте: 1) поддержание и улучшение физического здоровья, 2) лечение депрессии в первичном медицинском звене и социальная помощь, 3) выявление суицидальных мыслей и усиления, направленные на их предотвращение.

КОМОРБИДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

По данным литературы, у большинства пожилых больных с депрессией имеется полиморбидная соматическая патология (50–68%), которая требует постоянной терапии [47]. Депрессия ухудшает течение и прогноз соматических заболеваний, усиливая клинические проявления болезни, замедляя выздоровление, ухудшает комплаентность в отношении терапии, снижает качество жизни и социальную адаптацию [48, 49]. В свою очередь, бремя симптомов соматической болезни, дистресс, обусловленный хроническими соматическими заболеваниями, усугубляют течение депрессивных расстройств, способствуют более ранней и повышенной смертности. В крупномасштабном исследовании, проведенном на материале первичной медицинской помощи, выявлено, что хронические органические заболевания и ослабленное соматическое здоровье являются негативными прогностическими признаками, свидетельствующими о вероятности возникновения новых депрессивных эпизодов в течение года [50].

По данным С. L. Katona [51], депрессии встречаются в 2 раза чаще у пожилых людей, страдающих соматическими и неврологическими заболеваниями, по сравнению со здоровыми пожилыми людьми. Чаще депрессии формируются на фоне соматических заболеваний с хроническим течением, таких как нарушения мозгового кровообращения, гипертоническая болезнь, ИБС, заболевания органов дыхания, онкологические заболевания.

Наиболее тесно связаны с развитием депрессий неврологические заболевания (например, эпилепсия, инсульт, рассеянный склероз, болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона и др.), патология эндокринной системы (например, сахарный диабет, гипотиреозидизм), сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и онкопатология [52, 53]. Депрессивные расстройства встречаются более чем у половины больных с болезнью Альцгеймера на стадии мягкой и умеренной деменции (56,1 и 55,5% соответственно), а по мере прогрессирования деменции от умеренной к тяжелой частота депрессивных расстройств несколько уменьшается (до 45,3%) [54].

Депрессии относятся к факторам, провоцирующим и утяжеляющим течение кардиологических заболеваний (ИБС, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь) за счет усиления соматических, болевых и вегетативных симптомов. Сочетание депрессии с кардиальной патологией ухудшает прогноз, осложняет терапию, повышает риск повторных госпитализаций и их длительность. Риск заболеваемости ИБС и артериальной гипертензией у пациентов с депрессией (в том числе у перенесших депрессивное расстройство ранее) в 2–3 раза выше, чем у пациентов без аффективной патологии [55, 56]. Депрессия входит в число основных факторов риска инфаркта миокарда и риска инсульта при артериальной гипертензии [48, 56].

Постинсультная депрессия снижает выживаемость после инсульта. Депрессия значительно ухудшает качество жизни пациентов с инсультом, ухудшает эффективность реабилитационных мероприятий из-за снижения у больных мотивации к восстановлению нарушенных функций и служит фактором риска развития деменции. Постинсультные депрессии развиваются почти у трети пациентов. Пик их частоты приходится на 3–6-й месяц после инсульта с постепенным уменьшением ее частоты в период от 2 до 3 лет. По данным М. А. Савиной, в остром периоде после перенесенного инсульта депрессивные расстройства выявлялись у 35% больных, через 3 мес. — у 44% больных, через полгода — у 41%, а через год — у 31% больных [57].

При сочетании депрессии с сахарным диабетом их течение и прогноз (степень тяжести, осложнения, эффективность лечения и смертность) хуже, чем для каждого из этих заболеваний в отдельности [58].

Наиболее высока вероятность развития депрессии на поздних этапах течения онкологического заболевания. По данным М. Weckmann [59], депрессии выявляются у 75% больных с терминальной стадией рака. К факторам риска развития депрессий при онкологических заболеваниях относят депрессию в анамнезе, тяжесть соматического состояния, инвалидизацию, наличие сильных болей и побочные эффекты терапии.

Хотя старческая популяция отличается повышенным суицидальным риском, высокий уровень смертности при поздних депрессиях в большей степени связан с коморбидными соматическими заболеваниями (особенно сердечно- и церебрально-сосудистыми). Указанные особенности поздних депрессий требуют целенаправленного «гериатрического» подхода к лечению и ведению депрессий в позднем возрасте, включающего не только лечение самой депрессии, но и коморбидных соматических заболеваний, церебрально-органической патологии и учета стрессово-ситуационных моментов.

ПРОГНОЗ ДЕПРЕССИЙ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Благоприятный прогноз большой депрессии в рамках эндогенного психоза является одной из главных

особенностей этого заболевания, однако это касается самих фаз, а не заболевания в целом. Важная роль в прогнозе заболевания отводится длительности аффективных фаз, их клинической картине, частоте рецидивирования и наличию резидуальных депрессивных расстройств в ремиссиях.

Частота полного выхода из фаз в позднем возрасте уменьшается по сравнению со средним возрастом в 2–3 раза и составляет от 28,4 до 39,5%, значительно снижаясь по мере увеличения возраста больных от 46,5% в инволюционном возрасте до 28% в 70 лет и старше. Столь значительное сокращение полного выхода происходит не за счет тенденции поздних депрессий к истинной хронификации, а из-за ухудшения качества ремиссий и сохранения резидуальной депрессивной симптоматики.

Собственно хронические депрессии с застывшей многолетней монотонной клинической картиной без признаков ремиссии (преимущественно при тревожно-ипохондрических бредовых депрессиях) встречаются в старости примерно с той же частотой, что и в среднем возрасте (от 16,5 до 19% против 9–20% в среднем). В отличие от случаев хронификации, частота неполных ремиссий при поздних депрессиях необычайно высока и варьирует от 25 до 60%. Формирование неполных ремиссий в позднем возрасте обычно сопровождается ухудшением дальнейшего прогноза заболевания с переходом к практически непрерывному течению по типу «двойных депрессий». Именно неполные ремиссии приводят к формированию неблагоприятного течения с «двойными депрессиями», повышению риска рецидивирования и суицидального риска, ухудшению качества жизни и ускорению процесса старения. К многочисленным факторам, приводящим к ухудшению исходов депрессии в старческом возрасте, относятся следующие: сложность и тяжесть депрессии, наличие тяжелых «инвалидизирующих» хронических соматических заболеваний, дезадаптационных реактивных моментов и преморбидных личностных особенностей [60]. Кроме того, у людей пожилого и старческого возраста, по сравнению с больными молодого и среднего возраста, чаще возникают рецидивы депрессии [61–63].

Отдаленный прогноз поздних депрессий отличается резким возрастанием таких неблагоприятных исходов, как деменция и повышение показателей смертности. Частота исходов в деменцию разной этиологии (сосудистую, смешанную, атрофическую) нарастает с увеличением срока наблюдения с 11 до 14,5%. Особенно большой группой риска развития деменции в отдаленные периоды наблюдения являются больные с синдромом депрессивной псевдодеменции в предшествующих фазах. Риск смертности у таких больных достигает 30–33% (при 4-летнем и более длительном катамнезе) [64, 65].

Таким образом, в настоящее время тщательно изучены основные клинические аспекты депрессивных состояний у пациентов пожилого и старческого возраста, описаны психопатологические особенности поздних

депрессий, модифицирующее влияние возрастного фактора на их клинические проявления и течение. Показана клиническая и биологическая гетерогенность депрессий с поздним началом, наличие у больных дополнительных факторов, связанных с процессами старения, которые могут оказывать влияние на проведение психофармакотерапии.

Сложности в диагностике депрессивных расстройств позднего возраста, вероятно, обусловлены несовершенством диагностических систем, которые используются в практической работе. В классификации МКБ-10 депрессивные расстройства представлены в разных диагностических рубриках и разделах. В настоящей классификации выделяются депрессивные эпизоды тяжелой, средней и легкой степеней тяжести. Разграничение этих степеней депрессивного расстройства друг от друга основано на клинической оценке, включающей учет количества, типа и тяжести существующих симптомов. В современной классификации депрессии позднего возраста отдельно не выделяются, хотя они отличаются атипичной клинической картиной и требуют особых подходов как к диагностике, так и к выработке терапевтической тактики.

Одной из ведущих задач геронтопсихиатрии является повышение эффективности терапии депрессий в позднем возрасте. Несмотря на активное развитие психофармакологии, эффективность антидепрессивной терапии в этой возрастной группе больных до сих пор остается ниже, чем в молодом и среднем возрасте [66]. Показания к назначению антидепрессивной терапии в среднем и позднем возрасте значительно не различаются. Они определяются как клиническими особенностями депрессии, так и спектром психофармакологического действия антидепрессанта. Эффективность терапии при назначении антидепрессантов различных групп в позднем возрасте не показывает значимых различий [67, 68]. Проблемы психофармакотерапии у этих больных остаются повышенный риск развития нежелательных явлений, медленное развитие терапевтического ответа и высокая частота «неполных» ремиссий.

Мировая тенденция перехода к персонифицированной терапии психических болезней требует идентификации у больных предикторов терапевтического ответа [69]. У больных молодого и среднего возраста уже накоплены значительные данные по потенциальным предикторам терапевтического ответа на антидепрессанты. К ним относятся клинические, нейробиологические, нейрокогнитивные и генетические параметры. К наиболее многообещающим из них относятся фармакогеномные различия и биологические маркеры воспаления [70, 71].

Недостаточно разработаны до настоящего времени вопросы поиска предикторов терапевтического ответа у депрессивных больных позднего возраста. Подбор адекватной психофармакотерапии в этой возрастной группе связан не только с эффективностью, но и прежде всего с безопасностью лечения пациентов. Однако

вариабельность многочисленных факторов старения (органического, когнитивного, выраженность коморбидной соматической патологии, изменения фармакокинетики и фармакодинамики и др.), по-разному выраженных у отдельных больных, приводит к значительной гетерогенности гериатрических депрессий и трудностям сопоставления результатов исследований [72].

Одним из возможных путей преодоления этих проблем может стать разработка персонализированного мультидисциплинарного подхода к диагностики депрессивных расстройств с выделением биологических маркеров поздних депрессий, предикторов терапевтического ответа и подбор на этом основании индивидуальных терапевтических стратегий.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Angst J, Marneros A. Bipolarity from Ancient to Modern Times: Conception, Birth and Rebirth. *J. Affect. Disord.* 2001;67:3–19. DOI: 10.1016/S0165-0327(01)00429-31.
2. Mason BL, Brown ES, Croarkin PE. Historical Underpinnings of Bipolar Disorder Diagnostic Criteria. *Behav. Sci.* 2016;6(3):14. DOI: 10.3390/bs6030014.
3. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ. СПб.: АДИС, 1994. [The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10). Mental and behavioural disorders. WHO. SPb.: ADIS, 1994. (In Russ.)].
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-V). Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
5. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med.* 2013;10(11):e1001547. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001547.
6. Baldwin R, Wild R. Management of depression in later life. *Advances in psychiatric treatment.* 2004;10(2):131–139. <https://doi.org/10.1192/apt.10.2.131>.
7. Kok RM, Reynolds CF 3rd. Management of depression in older adults: A review. *JAMA.* 2017;20:2114–2122. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.57062>.
8. Alamo C, Lopez-Munoz F, Garcia-Garcia P. Treatment of depression in elderly: the challenge to success. *Int. J. Clin. Psychiatry Ment. Health.* 2014;2:77–88.
9. Alamo C, Lopez-Munoz F, Garcia-Garcia P. Risk-benefit analysis of antidepressant drug treatment in the elderly. *Psychogeriatrics.* 2014;14:261–268.
10. Kessler R, Bromet E. The Epidemiology of Depression Across Cultures. *Ann. Rev. Public Health.* 2013;34(1):119–138. doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409.
11. Гаврилова СИ, Калын ЯБ. Социально-средовые факторы и состояние психического здоровья пожилого населения (клинико-эпидемиологическое исследование). *Вестник РАМН.* 2002;9:15–20. [Gavrilova SI, Kalyn JaB. Social'no-sredovye faktory i sostojanie psikhicheskogo zdorov'ja pozhilogo naselenija (kliniko-jepidemiologicheskoe issledovanie). *Vestnik RAMN.* 2002;9:15–20. (In Russ.)].
12. Kleisariis C, Maniou M, Papathanasiou I, et al. The prevalence of depressive symptoms in an elderly population and their relation to life situations in home care. *Health Science J.* 2013;7(4):417–423.
13. Blazer D. Depression in late life: review and commentary. *J. Gerontology.* 2003;3:249–265. https://doi.org/10.1007/978-3-662-40455-3_6.
14. World Health Organization. Mental health and older adults. 2013.
15. Шахматов НФ. Психическое старение: счастливое и болезненное. М.: Медицина; 1996. [Shakhmatov NF. Psikhicheskoe starenie: schastlivoe i boleznennoe. M.: Meditsina; 1996. (In Russ.)].
16. Пятницкий АН. К вопросу о возрастных закономерностях депрессий позднего возраста. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 1986;86(4):537–541. [Pyatnitskii AN. To the question of age-related patterns of late depression. *Zhurnal nevropatologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova.* 1986;86(4):537–541. (In Russ.)].
17. Шумский НГ, Морозова ТН. К клинике инволюционной меланхолии (катамнестическое изучение). *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 1967;67(4):554–559. [Shumsky NG, Morozova TN. To the clinic of involutinal melancholy (follow-up study). *Zhurnal nevrologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova.* 1967;67(4):554–559. (In Russ.)].
18. Рохлина МЛ. Некоторые особенности течения и клиники МДП в позднем возрасте. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 1965;64(4):567–575. [Rohlina ML. Nekotorye osobennosti techeniya i kliniki MDP v pozdnem vozraste. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova.* 1965;64(4):567–575. (In Russ.)].
19. Вертоградова ОП, Войцех ВФ, Краснов ВН и др. Возрастные особенности депрессии второй половины жизни. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 1986;86(9):1380–1384. [Vertogradova OP, Voicekh VF, Krasnov VN i dr. Age features of depression of the second half of life. *Zhurnal nevropatologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova.* 1986;86(9):1380–1384. (In Russ.)].
20. Alexopoulos GS, Borson S, Cuthbert BN, et al. Assessment of late life depression. *Biol. Psychiatry.* 2002;52(3):164–174.
21. Ефименко ВЛ. Депрессии в пожилом возрасте. Л.: Медицина; 1975:184. Efimenko VL. Depression in old age. L.: Meditsina; 1975:184. (In Russ.)].

22. Штернберг ЭЯ, Рохлина МЛ. Депрессии. 1971:41–52. [Shternberg EYa., Rohlina ML. Depressii. 1971:41–52. (In Russ.)].
23. Murphy CF, Gunning-Dixon FM, Hoptman MJ, Lim KO. White-matter integrity predicts stroop performance in patients with geriatric depression. *Biol. Psychiatry*. 2007;61(8):1007–1010.
24. Alexopoulos GS, Kiosses D.N., Heo M., et al. Executive dysfunction and the course of geriatric depression. *Biol. Psychiatry*. 2005;58:204–210. doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.04.024.
25. Morimoto SS, Gunning FM, Murphy CF, et al. Executive function and short-term remission of geriatric depression: the role of semantic strategy. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2011;19:115–122.
26. Kiosses DN, Alexopoulos GS. IADL functions, cognitive deficits, and severity of depression: a preliminary study. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2005;13:244–249.
27. Morimoto SS, Kanellopoulos D, Manning KJ, Alexopoulos GS. Diagnosis and Treatment of Depression and Cognitive Impairment in Late-Life. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 2015;1345(1):36–46. doi:10.1111/nyas.12669.
28. Alexopoulos GS, Gunning FM, Latoussakis V, et al. Anterior cingulate dysfunction in geriatric depression. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2008;23:347–355.
29. Pimontel M, Rindskopf D, Rutherford B, Brown P. A Meta-analysis of executive dysfunction and antidepressant treatment response in late-life depression. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2016;24(1):31–41. doi:10.1016/j.jagp.2015.05.010.
30. Яковлева ОБ. Когнитивные нарушения в структуре эндогенных депрессий позднего возраста. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1995;95(5):62–68. [Yakovleva OB. Kognitivnye narusheniya v strukture endogennyh depressij pozdnego vozrasta. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1995;95(5):62–68. (In Russ.)].
31. Alexopoulos GS, Meyers B, Young R, et al. The course of geriatric depression with reversible dementia: A controlled study. *Am. J. Psychiat*. 1993;(150):1693–1699.
32. Петрова НН, Круглов ЛС, Пчеловодова КА. Клинические характеристики депрессии позднего возраста и показатели когнитивного функционирования у пациентов с формирующейся коморбидной деменцией. *Вестник Санкт-Петербургского университета*. 2015;11(2):59–66. [Petrova NN, Kruglov LS, Pchelovodova KA. Clinical characteristics of late depression and indicators of cognitive functioning in patients with emerging comorbid dementia. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta*. 2015;11(2):59–66. (In Russ.)].
33. Круглов ЛС, Кумов МС, Молодцова НЮ, Голощапова ИА. Результаты терапии сосудистой депрессии в позднем возрасте и динамика мозгового нейротрофического фактора при ее проведении. *Психиатрия*. 2017;76:20–26. [Kruglov LS, Kumov MS, Molodtsova NYu, Goloshchapova IA. The results of the therapy of vascular depression at a late age and the dynamics of the cerebral neurotrophic factor during its implementation. *Psychiatry*. 2017;(76):20–26. (In Russ.)].
34. Alexopoulos GS, Murphy CF, Gunning-Dixon FM, et al. Microstructural White Matter Abnormalities and Remission of Geriatric Depression. *Am. J. Psychiatry*. 2008;165(2):238–244. doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07050744.
35. Mitchell AJ, Subramaniam H. Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. *Am. J. of Psychiatry*. 2005;162:1588–1601. doi.org/10.1176/appi.ajp.162.9.1588.
36. Papakostas GI, Culpepper L. Understanding and managing cognition in the depressed patient. *J. Clin. Psychiatry*. 2015;76(4):418–425.
37. Evans VC, Iverson GL, Yatham LN, Lam RW. The relationship between neurocognitive and psychosocial functioning in major depressive disorder: a systematic review. *J. Clin. Psychiatry*. 2014;75(12):1359–1378.
38. Смудевич НА. Реактивные депрессии позднего возраста, их типология, течение и исходы в сравнительно-возрастном аспекте. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1989;89(4):76–82. [Smulevich NA. Reactive depressions of late age, their typology, course and outcomes in a comparatively age-related aspect. *Zhurnal nevropatologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1989;89(4):76–82. (In Russ.)].
39. Незнанов НГ, Захарченко ДВ, Залуцкая НМ. Клинико-динамическая характеристика рекуррентных депрессивных расстройств в позднем возрасте (к проблеме психосоматических соотношений). *Психические расстройства в общей медицине*. 2013;01:4–9. [Neznanov NG, Zaharchenko DV, Zaluцкая NM. Kliniko-dinamicheskaya harakteristika rekurrentnyh depressivnyh rasstrojstv v pozdnem vozraste (k probleme psihosomaticeskikh sootno-shenij). *Psihicheskie rasstrojstva v obshchej medicine*. 2013;01:4–9. (In Russ.)].
40. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003;289:3095–3105.
41. Mitchell AJ, Subramaniam H. Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. *Am. J. of Psychiatry*. 2005;162:1588–1601. DOI: 10.1097/JGP.0b013e3181b0fa13.
42. Cuijpers P, Smit F. Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *J. of Affective Disorders*. 2002;72:227–236.
43. Shah A, Bhat R, McKenzie S, Koen C. Elderly suicide rates: cross-national comparisons and association

- with sex and elderly age-bands. *Med. Sci. Law.* 2007;47:244–252.
44. Conwell Y. Suicide in later life: a review and recommendations for prevention. *Suicide and Life Threatening Behavior.* 2001;31:32–47.
 45. Anke Bonnewyn, Ajit Shah, Koen Demyttenaere. Suicidality and suicide in older people. *Reviews in Clinical Gerontology.* 2009;19:271–294. doi.org/10.1017/S0959259809990347.
 46. Краснов ВА. Расстройства аффективного спектра. М.; 2011;432. [Krasnov VA. Rasstrojstva affektivnogo spektra. M.; 2011:432. (In Russ.)].
 47. Gunn JM, Ayton DR, Densley K, et al. The association between chronic illness, multimorbidity and depressive symptoms in an Australian primary care cohort. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2012;47(2):84–175.
 48. Смуглевич АБ. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство; 2015:640. [Smulevich AB. Depression with somatic and mental illness. M.: Medical Information Agency; 2015:640. (In Russ.)].
 49. Палеев НР, Краснов ВН. Взаимосвязь психосоматики и соматопсихиатрии в современной медицине. *Клиническая медицина.* 2009;12:4–7. [Paleev NR, Krasnov VN. The relationship of psychosomatics and somatopsychiatry in modern medicine. *Clinical medicine.* 2009;12:4–7. (In Russ.)].
 50. Paykel ES, Brugha T, Fryers T. Масштабы и бремя депрессивных расстройств в Европе (расширенный реферат обзора). *Психиатрия и психофармакотерапия.* 2006;8(3):40–43. [Paykel ES, Brugha T, Fryers T. Masshtaby i bremya depressivnyh rasstrojstv v Evrope (rasshirennij referat obzora). *Psihiatriya i psihofarmakoterapiya.* 2006;8(3):40–43. (In Russ.)].
 51. Katona C, Livingston G. How well do antidepressants work in older people? A systematic review of Number Needed to Treat. *Journal of Affective Disorders.* 2002;69(1–3):47–52.
 52. Raymond W. Depression. Chapter 2. Epidemiology and burden. Second Edition. Oxford Psychiatry Library; 2012:168.
 53. Михайлова НМ. Пограничные (непсихотические) психические расстройства. Глава 4. В кн.: Руководство по гериатрической психиатрии под ред. проф. С.И. Гавриловой. М.: Пульс, 2011: 250–290. [Mikhailova NM. Boderline (non-psychotic) disorders in Elderly. In: Textbook of Geriatric Psychiatry. Chapter 4. Ed. by prof. S.I. Gavrilova. M.: Pul's, 2011:250–290. (In Russ.)].
 54. Кольхалов ИВ. Поведенческие и психопатологические симптомы при болезни Альцгеймера: эпидемиологические, психопатологические и нейробиологические аспекты. *Психиатрия.* 2015;3:85–94. [Kolykhalov IV. Behavioral and psychopathological symptoms in Alzheimer's disease: epidemiological, psychopathological and neurobiological aspects. *Psychiatry.* 2015;85–94. (In Russ.)].
 55. Janszky I, Ahnve S, Lundberg I, Hemmingsson T. Early-onset depression, anxiety, and risk of subsequent coronary heart disease: 37-year follow-up of 49,321 young Swedish men. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2010;56:31–37.
 56. Janszky I, Ahlbom A, Hallqvist J, Ahnve S. Hospitalization for depression is associated with an increased risk for myocardial infarction not explained by lifestyle, lipids, coagulation, and inflammation: the SHEEP Study. *Biol. Psychiatry.* 2007;62(1):25–32.
 57. Петрова ЕА, Концевой ВА, Савина МА и др. Депрессивные расстройства у больных с церебральным инсультом. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 2009;109(2):4–9. [Petrova EA, Kontseva VA, Savina MA i dr. Depressive disorders in patients with cerebral stroke. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2009;109(2):4–9. (In Russ.)].
 58. Schmitz N, Garipey G, Smith KJ. Recurrent subthreshold depression in type 2 diabetes: an important risk factor for poor health outcomes. *Diabetes Care.* 2014;37:970–978.
 59. Weckmann M. Psychiatric care at the ends of life; hospice and palliative medicine. In: Psychosomatic Medicine. An introduction to consultation-liason psychiatry. Eds. J. Amos, R.G. Robinson. 2010;226–234.
 60. Mitchell AJ, Subramaniam H. Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. *Am. J. of Psychiatry.* 2005;162:1588–1601. DOI: 10.1097/JGP.0b013e3181b0fa13.
 61. Mulsant BH, Houck PR, Gildengers AG, et al. What is the optimal duration of a short-term antidepressant trial when treating geriatric depression? *J. Clin. Psychopharmacol.* 2006;26(2):113–120.
 62. Reynolds CF 3rd, Dew MA, Pollock BG. Maintenance treatment of major depression in old age. *N. Engl. J. Med.* 2006;354(11):1130–1138.
 63. Tew JD, Mulsant BH, Houck PR, et al. Impact of prior treatment exposure on response to antidepressant treatment in late life. *Am. J. Geriatr. Psychiatr.* 2006;14(11):957–965.
 64. Яковлева ОБ, Федоров ВВ, Ряховский ВВ. Исходы депрессий в позднем возрасте. *Психиатрия.* 2011;02(50):5–12. [Yakovleva OB, Fedorov VV, Ryakhovskiy VV. Outcomes of depression at a later age. *Psychiatry.* 2011;02(50):5–12. (In Russ.)].
 65. Корнилов ВВ. Роль патологической реакции горя в развитии деменции позднего возраста. *Психиатрия.* 2018;1(77):5–15. [Kornilov VV. The role of the pathological reaction of grief in the development of late-stage dementia. *Psychiatry.* 2018;1(77):5–15. (In Russ.)].
 66. Tedeschi E, Levkovitz Y, Iovieno N, et al. Efficacy of antidepressants for late-life depression: a meta-analysis and meta-regression of placebo-controlled randomized trials. *Clin. Psychiatry.* 2011;72(12):1660–1668. DOI: 10.4088/JCP.10r0653166.

67. Сафарова ТП, Шешенин ВС, Федоров ВВ. Эффективность психофармакотерапии у больных геронтопсихиатрического стационара с функциональными психическими расстройствами. *Психиатрия*. 2013;57(1):24–33. [Safarova TP, Sheshenin VS, Fedorov VV. The effectiveness of psychopharmacotherapy in patients with a gerontopsychiatric hospital with functional mental disorders. *Psychiatry*. 2013;57(1):24–33. (In Russ.)].
68. Bonnie S. Wiese Geriatric depression: The use of antidepressants in the elderly. *BCM J*. 2011;53(7):341–347. DOI: 10.1186/s12916-017-0849-x.
69. Fernandes BS, Williams LM, Steiner J, et al. The new field of «precision psychiatry». *BMC Med*. 2017;15(1):80.
70. Voegeli G, Cléry-Melin ML, Ramoz N, Gorwood P. Progress in elucidating biomarkers of antidepressant pharmacological treatment response: a systematic review and meta-analysis of the last 15 years. *Drugs*. 2017;77(18):1967–1986. DOI: 10.1007/s40265-017-0819-9.
71. Uher R, Tansey KE, Dew T, et al. An inflammatory biomarker as a differential predictor of outcome of depression treatment with escitalopram and nortriptyline. *Am. J. Psychiatry*. 2014;171(12):1278–1286. DOI: 10.1176/appi.ajp.2014.14010094.
72. Masse-Sibille C, Djamila B, Julie G, et al. Predictors of Response and Remission to Antidepressants in Geriatric Depression: A Systematic Review. *J. Geriatric Psychiatry and Neurology*. 2018;31(6):283–302. DOI: 10.1177/0891988718807099.

Информация об авторе

Сафарова Татьяна Петровна, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0002-3509-1622
E-mail: saftatiana@mail.ru

Information about the author

Tatyana P. Safarova, PhD, MD, Cand. of Sci. (Med.), Leading Researcher, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-3509-1622
E-mail: saftatiana@mail.ru

Для корреспонденции/Corresponding author

Сафарова Татьяна Петровна/Tatyana P. Safarova
E-mail: saftatiana@mail.ru