

DOI: <https://doi.org/10.17816/medjrf678932>

EDN: YJKINA



Аффективные расстройства, сопровождающиеся когнитивными нарушениями, у стационарных пациентов кардиологического профиля: клиничко-патопсихологическое исследование

И.Ю. Машкова¹, Г.А. Алешкина¹, Ю.А. Васюк¹, Л.М. Барденштейн¹, М.А. Самушия²¹ Российский университет медицины, Москва, Россия;² Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Обоснование. Мультиморбидность аффективных, когнитивных и сердечно-сосудистых расстройств представляет значимую проблему современной медицины, обусловленную тяжестью течения заболеваний, резистентностью к терапии, социальной дезадаптацией и снижением качества жизни. Общие патогенетические механизмы, включая эндотелиальную дисфункцию и нарушения лобно-подкорковых связей, усиливают эти состояния, повышая риски деменции и смертности.

Цель. Изучение клиничко-психопатологической и патопсихологической структуры аффективных расстройств и коморбидных когнитивных нарушений у стационарных пациентов кардиологического профиля в различных возрастных группах.

Методы. В наблюдательное одноцентровое исследование (январь 2023 – июнь 2024) на базе Университетской клиники ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» включён 121 пациент с сердечно-сосудистыми заболеваниями и непсихотическими психическими расстройствами, из них 47 (38,8%) — с коморбидными аффективными и когнитивными нарушениями. Пациенты разделены на три возрастные группы: 45–59, 60–74 и 75–90 лет. Используются клиничко-психопатологический, психометрический (госпитальная шкала тревоги и депрессии; Монреальская шкала когнитивной оценки) и нейропсихологические методы (тест рисования часов, методика «Заучивание 10 слов» А.Р. Лурия). Статистический анализ выполнен с использованием точного теста Фишера и t-критерия Стьюдента.

Результаты. В 85,1% случаев выявлены эмоциональные расстройства органической природы, преимущественно с тревожной симптоматикой. Различия в клиничко-структуре аффективных расстройств между группами указывают на возрастные особенности и являются статистически значимыми ($p=0,045$). Когнитивные нарушения (зрительно-конструктивный праксис, внимание, память, абстрактное мышление) связаны с сосудистыми изменениями и дисфункцией лобных долей. Показатели Монреальской шкалы когнитивной оценки составили 18–27 баллов: средний балл в группе 45–59 лет был выше, чем в группах 60–74 и 75–90 лет ($24,9\pm 0,3$, $23,5\pm 0,2$ и $23,4\pm 0,3$ соответственно; $p < 0,05$). Умеренные когнитивные нарушения выявлены в 55,3%, выраженные — в 19,2% случаев, показатели в пределах статистической нормы установлены в 25,5% случаев. Субъективные когнитивные жалобы, связанные с риском развития деменции, в 27,6% случаев не подтверждались тестами. Нарушения внимания и абстрактного мышления нарастали с возрастом ($p < 0,05$), речевые нарушения не имели статистически значимых различий ($p > 0,05$).

Заключение. Исследование подчёркивает важность ранней диагностики мультиморбидной патологии, междисциплинарного подхода, качественного анализа психопатологической и патопсихологической структуры аффективных и когнитивных нарушений при сердечно-сосудистых заболеваниях и требует дальнейшего изучения вопроса на более широкой выборке пациентов кардиологического профиля.

Ключевые слова: депрессивные расстройства; тревожные расстройства; когнитивные нарушения; стационарные кардиологические пациенты.

Как цитировать:

Машкова И.Ю., Алешкина Г.А., Васюк Ю.А., Барденштейн Л.М., Самушия М.А. Аффективные расстройства, сопровождающиеся когнитивными нарушениями, у стационарных пациентов кардиологического профиля: клиничко-патопсихологическое исследование // Российский медицинский журнал. 2025. Т. 31, № 4. С. 322–330. DOI: 10.17816/medjrf678932 EDN: YJKINA

DOI: <https://doi.org/10.17816/medjrf678932>

EDN: YJKIHA

Affective Disorders Accompanied by Cognitive Disorders in Inpatients With Cardiovascular Diseases: A Clinical and Pathopsychological Study

Irina Yu. Mashkova¹, Galina A. Aleshkina¹, Yuri A. Vasyuk¹, Leonid M. Bardenshteyn¹, Marina A. Samushiya²

¹ Russian University of Medicine, Moscow, Russia;

² Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

ABSTRACT

BACKGROUND: The multimorbidity of affective, cognitive, and cardiovascular diseases is an urgent issue of the contemporary medicine due to their severity, resistance to therapy, social maladjustment, and low quality of life. Common pathogenetic mechanisms, including endothelial dysfunction and disorders of the frontal and subcortical connections, enhance these conditions, increasing the risks of dementia and mortality.

AIM: To study the clinical and psychopathological structure of affective disorders and comorbid cognitive disorders in inpatients with cardiovascular diseases in various age groups.

METHODS: An observational, single-center study was conducted from January 2023 to June 2024 at the University Clinic of the Russian University of Medicine. The study involved 121 patients with cardiovascular diseases and non-psychotic mental disorders, including 47 (38.8%) with comorbid affective and cognitive disorders. The patients were divided into three age groups, 45–59, 60–74, and 75–90 years. Clinical psychopathological and psychometric (Hospital Anxiety and Depression Scale, Montreal Cognitive Assessment) and neuropsychological methods (clock drawing test, Luria's method) were used. Statistical analysis was performed using Fisher's exact test and Student's t-test.

RESULTS: In 85.1% of patients, we detected organic emotional disorders, mainly with alarming symptoms. Significant differences in the clinical structure of affective disorders between the groups indicate age-related differences ($p = 0.045$). Cognitive disorders (visual and constructional praxis, attention, memory, abstract thinking) are associated with vascular changes and dysfunction of the frontal lobes. The Montreal Cognitive Assessment scores were in the range of 18–27; the average score in the 45–59 group (24.9 ± 0.3) was higher compared to the 60–74 (23.5 ± 0.2 ; $p < 0.05$) and 75–90 groups (23.4 ± 0.3 ; $p < 0.05$). Moderate cognitive disorders were detected in 55.3% of cases, severe cognitive disorders were detected in 19.2% of cases, and 25.5% of cases were within the normal range. Subjective cognitive complaints related to the risk of dementia were not confirmed by tests in 27.6% of cases. Attention and abstract thinking disorders increased with age ($p < 0.05$); whereas speech disorders showed no significant differences ($p > 0.05$).

CONCLUSION: The study highlights the importance of early diagnosis and an interdisciplinary approach to multimorbid conditions and a qualitative analysis of the psychopathological and pathopsychological structure of affective and cognitive disorders in cardiovascular cases. The limitation is the small sample size, requiring further research on a larger sample of patients.

Keywords: anxiety disorders; depressive disorders; cognitive disorders; inpatients with cardiovascular diseases.

To cite this article:

Mashkova IYu, Aleshkina GA, Vasyuk YuA, Bardenshteyn LM, Samushiya MA. Affective Disorders Accompanied by Cognitive Disorders in Inpatients With Cardiovascular Diseases: A Clinical and Pathopsychological Study. *Russian Medicine*. 2025;31(4):322–330. DOI: 10.17816/medjrf678932 EDN: YJKIHA

ОБОСНОВАНИЕ

Проблемы мультиморбидности актуальны для медицины в связи с тяжестью течения заболеваний, формирующейся резистентностью к проводимой терапии, более высокими рисками социальной дезадаптации и снижения качества жизни пациентов, страдающих сочетанной патологией [1, 2]. Аффективные расстройства тревожно-депрессивного спектра в сочетании с когнитивными нарушениями у пациентов кардиологического профиля занимают важное место в паттернах мультиморбидности, что обусловлено единством патогенетических механизмов ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма и тревожно-депрессивных расстройств [3–6], а также взаимным неблагоприятным влиянием эмоциональной дисрегуляции, нейробиологических и биохимических факторов сердечно-сосудистой патологии [7]. Когнитивные нарушения становятся частым спутником как аффективных [8], так и сердечно-сосудистых расстройств, в первую очередь артериальной гипертензии [9, 10] и хронической цереброваскулярной недостаточности при фибрилляции предсердий [11]. В качестве механизма нарушения деятельности мозга при сердечно-сосудистых заболеваниях отмечается расширение периваскулярных пространств, приводящее к накоплению токсических продуктов метаболизма [12], повреждению связей лобных долей и нарушению управляющих функций [13–17]. Эндотелиальная дисфункция в результате гемодинамической перегрузки стенки мелких сосудов при артериальной гипертензии осложняется развитием диффузных изменений белого вещества (лейкоареоз), что также приводит к нарушению связи лобных отделов коры с другими корковыми и подкорковыми структурами головного мозга. Церебральные изменения сосудистого генеза, приводящие к нарушению лобно-подкорковых связей, лимбической и фронтостриарной дисфункции, лежат в основе когнитивного дефицита при сердечно-сосудистых заболеваниях [17]. Наличие когнитивных нарушений затрудняет выполнение лечебных рекомендаций и поддержание здорового режима, негативно влияет на качество жизни пациента и членов его семьи, определяет более высокие риски смертности пациентов [18].

Внимание к проблеме мультиморбидности аффективных, когнитивных и сердечно-сосудистых расстройств определяется и расширением возможности терапевтической коррекции, что связано с внедрением в психиатрическую практику препаратов, способных не только купировать аффективную патологию, но также замедлять прогрессирование интеллектуально-мнестических нарушений, оказывать позитивное кардиотропное влияние. Однако лекарственные средства показывают различную эффективность при когнитивных расстройствах минимальной и значительной степени выраженности, что объясняется вероятным различием в нейрхимических

изменениях и требует особого подхода к диагностике и терапии нарушений на ранних и поздних стадиях процесса [19]. В психиатрической практике к когнитивным расстройствам без деменции относят категорию Международной классификации болезней Десятого пересмотра (МКБ-10) «F06.7 Лёгкое когнитивное расстройство». Выделен также синдром субъективных когнитивных нарушений, определяющий более высокий по сравнению с популяционным риск развития деменции [20]. Помимо оценки количественных показателей, на ранних этапах важна качественная оценка деятельности головного мозга и когнитивного дефекта для уточнения природы нарушений, направленной профилактики, терапии и определения эффективности фармакологического контроля заболевания. Систематические обзоры и метаанализы стратифицированных по возрасту популяционных исследований продемонстрировали широкий размах данных о выраженности и значительный диапазон показателей распространённости различных по этиологии деменций, однозначно фиксируя нарастание заболеваемости и повышение относительных рисков развития когнитивных дисфункций с возрастом [21, 22].

Современное состояние проблемы требует дальнейших исследований клинко-психопатологической картины аффективных расстройств и патопсихологической структуры когнитивных дисфункций в различных возрастных группах пациентов, страдающих хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

ЦЕЛЬ

Изучение клинко-психопатологической и патопсихологической структуры аффективных расстройств и коморбидных когнитивных нарушений у стационарных пациентов кардиологического профиля в различных возрастных группах.

МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Проведено наблюдательное одноцентровое выборочное неконтролируемое исследование пациентов, проходивших стационарное лечение в многопрофильной университетской клинике по поводу кардиологических заболеваний, которым в результате психиатрического освидетельствования был установлен впервые или подтверждён диагноз психического расстройства непсихотического уровня. Для дальнейшего углублённого исследования была выделена группа пациентов с коморбидностью аффективных и когнитивных расстройств. Изучена клинко-психопатологическая структура аффективной и когнитивной патологии, патопсихологическая картина когнитивных нарушений в различных возрастных группах.

Критерии соответствия

Критерии включения: пациенты с кардиологическими заболеваниями, соответствующими операционным диагностическим критериям рубрик МКБ-10 (I10–I15 Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением; I20–I25 Ишемическая болезнь сердца; I60–I69 Цереброваскулярные болезни); пациенты в возрасте старше 45 лет, которым в результате психиатрического освидетельствования на основании критериев МКБ-10 (F00–99) [23] установлен впервые или подтверждён диагноз психического расстройства непсихотического уровня; пациенты с верифицированным в соответствии с критериями рубрик МКБ-10 текущим тревожным, субдепрессивным, депрессивным состоянием (F06.48 Органическое тревожное расстройство; F06.36 Непсихотическое депрессивное расстройство органической природы; F33 Рекуррентное депрессивное расстройство; F34.1 Дистимия; F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации; F45 Соматизированное расстройство); пациенты с коморбидными когнитивными нарушениями, соответствующими критериям диагноза «F06.7 Лёгкое когнитивное расстройство» (снижение когнитивной продуктивности, включая нарушения памяти; трудности обучения и сосредоточения внимания; нарушения, фиксируемые при тестировании; симптомы, не соответствующие диагнозу деменции, органического амнестического синдрома или делирия); пациенты с наличием субъективного когнитивного снижения (жалобы на стойкое ухудшение умственной работоспособности, возникшее без видимой причины; отсутствие отклонений от возрастной нормы по данным когнитивных тестов [20]).

Критерии невключения: зависимость от психоактивных веществ и/или алкоголя; наличие тяжёлых соматических заболеваний и/или метаболических нарушений в стадии декомпенсации; острые психотические состояния органической или интоксикационной этиологии; синдромы умственной отсталости или деменции травматической, интоксикационной природы; беременность и лактация; отказ пациента от дальнейшего участия в исследовании.

Критерии исключения: выявление в ходе исследования неизвестных ранее сведений, совпадающих с критериями невключения в исследование.

Условия проведения

Исследование проводилось на базе Университетской клиники ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России.

Продолжительность исследования

Период наблюдения — с января 2023 по июнь 2024 года.

Описание медицинского вмешательства

С учётом целесообразности стратифицированного по возрасту анализа структуры клинико-психопатологических и патопсихологических показателей изучаемая выборка была разделена на три возрастные группы: первая группа — от 45 до 59 лет, вторая — от 60 до 74 лет, третья — от 75 до 90 лет. Сформированные группы были сопоставимы по численности, гендерным и социально-демографическим показателям.

Использовали клинико-психопатологический метод, психометрический метод с применением Госпитальной шкалы депрессии и тревоги (Hospital Anxiety and Depression Scale) [24]. Проявления и степень выраженности когнитивных нарушений оценивали с использованием Монреальской шкалы когнитивной оценки (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) [25]. Результаты в диапазоне 26–30 баллов расценивались как нормальный уровень интеллекта, 21–25 баллов — умеренные когнитивные нарушения, 21 балл и ниже — выраженные когнитивные нарушения. Применялись нейропсихологические методики: тест рисования часов [26]; тест ассоциаций, методика «Заучивание 10 слов» А.Р. Лурия [27].

Статистический анализ

Размер выборки предварительно не рассчитывали. Статистический анализ данных осуществляли на основе методов описательной статистики с использованием программы Statistica 12.0 (StatSoft Inc., США) на Windows 10. Выборочные характеристики представлены в виде среднего и его ошибки ($M \pm m$). Для оценки значимости различий между группами использовали точный тест Фишера, парное сравнение проводили с помощью *t*-критерия Стьюдента для независимых выборок. Различия оценивали как высоко значимые при $p < 0,001$, как значимые — при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Участники исследования

Участниками исследования стали пациенты стационара, страдающие хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями, которым был установлен диагноз психического расстройства непсихотического уровня ($n=121$). Для дальнейшего углублённого исследования была выделена группа пациентов с коморбидностью аффективных и когнитивных расстройств ($n=47$; 38,8%), из них 11 мужчин (23,4%) и 36 женщин (76,6%) (табл. 1).

Таблица 1. Структура выборки

Группы исследования	Средний возраст, лет	Число пациентов, <i>n</i> / <i>%</i>	
		мужчины	женщины
Первая (45–59 лет), $n=15$	55,5±4	5/33,3	10/66,7
Вторая (60 лет – 74 года), $n=20$	67±4,5	4/20	16/80
Третья (75–90 лет), $n=12$	77±4	2/16,7	10/83,3

Основные результаты исследования

Анализ структуры выявленных эмоциональных расстройств показал, что 40 пациентов (85,1%) страдают патологией сферы эмоций органической природы (F06.4, F06.3); у 1 пациента (2,1%) выявлено аффективное расстройство — дистимия (F34.1); невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–F48) диагностированы у 6 пациентов (12,8%) (рис. 1).

Анализ распределения клинических вариантов эмоциональной патологии у пациентов кардиологического профиля с коморбидными когнитивными расстройствами показал, что различия между возрастными группами в структуре заболеваний статистически значимы ($p=0,045$) (табл. 2). Эмоциональные расстройства органической природы (F00–F09) наиболее часты во всех возрастных группах, аффективные расстройства (F30–F39) — наиболее редки. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–F48) отсутствуют в группе 75–90 лет, что может указывать на возрастные особенности.

В субъективной картине заболевания у 26 человек (55,3%) преобладали жалобы на нарушения сна («крутятся мысли», «наплывают воспоминания», «возникают планы на будущее», «съедают самоукоры»), усиление неприятных ощущений, страх ипохондрического содержания, чувство одиночества. Пациентов беспокоили кошмарные сновидения, частые пробуждения, ночные «приступы паники». Жалобы на тревогу, снижение настроения и панические атаки предъявляли 21 (44,7%), 14 (29,8) и 8 (17%) пациентов соответственно. У 10 больных (21,3%) с отсутствием прямых жалоб на эмоциональное неблагополучие преобладали соматические жалобы на боли в области сердца, сердцебиение, головные боли, перепады или повышение артериального давления.

В результате клинико-психопатологической оценки на основе ведущего синдрома у 25 пациентов (53,2%) выявлен тревожный синдром, у 6 (12,8%) — депрессивный синдром, у 8 (17%) — тревожно-депрессивный синдром,

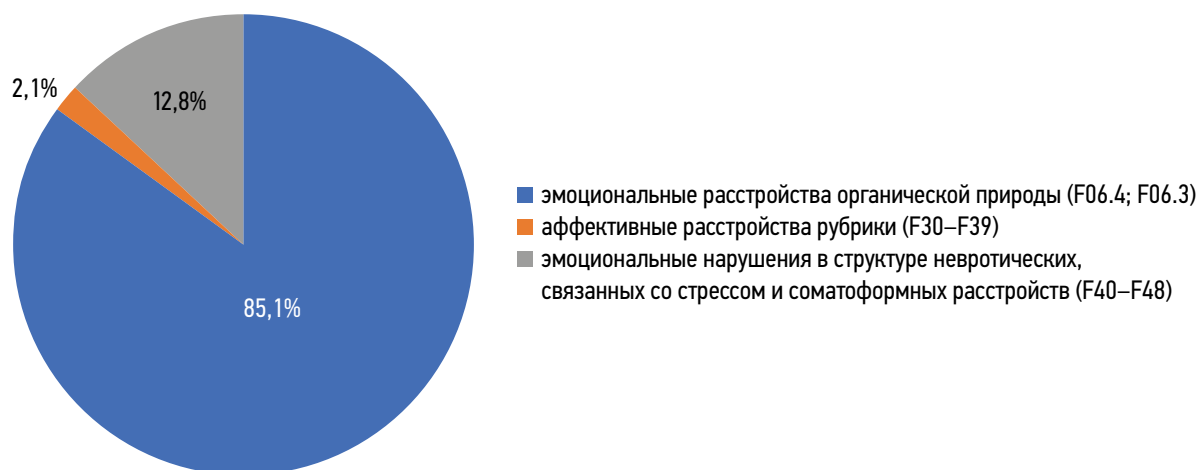


Рис. 1. Распределение клинических вариантов эмоциональных расстройств.

Таблица 2. Распределение клинических вариантов эмоциональной патологии у пациентов кардиологического профиля разных возрастных групп

Группы исследования	Категория МКБ-10		
	F00–F09*	F30–F39**	F40–F48***
Первая (45–59 лет), $n=15$	11	1	3
Вторая (60 лет – 74 года), $n=20$	17	0	3
Третья (75–90 лет), $n=12$	12	0	0
Всего	40	1	6

Примечание: коды МКБ-10: * «Эмоциональные расстройства органической природы»; ** «Аффективные расстройства»; *** «Эмоциональные нарушения в структуре невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств». МКБ-10 — Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра.

у 5 (10,6%) — тревожно-ипохондрический синдром, у 3 (6,4%) — депрессивно-ипохондрический синдром.

Часть пациентов с объективными признаками интеллектуального снижения предъявляла жалобы на когнитивное функционирование (нарушения памяти, концентрации внимания, умственной деятельности и т. д.), остальных беспокоили симптомы психического неблагополучия (тревога, нарушения сна) или соматические жалобы (сердцебиение, повышение артериального давления, головные боли). У отдельных пациентов с преобладанием ипохондрической симптоматики наблюдались необычные вычурные жалобы («пустота в голове», «затуманенность мышления»).

Субъективное когнитивное снижение в 13 случаях (27,6%) не подтверждалось объективными показателями тестов, при этом пациенты испытывали значительную тревогу в отношении собственных психических функций, высказывали опасения по поводу риска развития слабоумия, чрезмерно контролировали свою интеллектуальную деятельность или избегали умственного напряжения. Снижение толерантности к умственной нагрузке выражалось не только прямыми когнитивными жалобами,

Таблица 3. Структура нарушений познавательных психических процессов у пациентов кардиологического профиля разных возрастных групп при коморбидности аффективных и когнитивных расстройств в различных возрастных группах, *n*/%

Группы исследования	Нарушения				
	зрительно-конструктивного праксиса	внимания	абстрактного мышления	памяти	речи
Первая (45–59 лет), <i>n</i> =15	12/80	6/40	2/13,3	12/80	8/53,3
Вторая (60 лет – 74 года), <i>n</i> =20	14/70	10/50	16/80	14/70	10/50
Третья (75–90 лет), <i>n</i> =12	12/100	12/100	10/83,3	12/100	10/83,3
<i>p</i>	0,042	0,002	0,0001	0,042	0,160
Всего, <i>n</i> =47	36/76,6	28/59,6	28/59,6	36/76,6	28/59,6

но и появлением утомляемости, раздражительности, головных болей напряжения, головокружения, колебаний артериального давления.

Показатели когнитивных функций на основе МоСА варьировали в диапазоне от 18 до 27 баллов. Средний балл по результатам оценки когнитивных функций в первой группе (24,9±0,3) был выше, чем во второй (23,5±0,2) и третьей (23,4±0,3), что может указывать на снижение когнитивных функций с возрастом. Статистически значимые различия отмечены между первой (45–59 лет) и второй (60–74 лет) и между первой (45–59 лет) и третьей (75–90 лет) группами ($p < 0,05$). Между второй (60–74 лет) и третьей (75–90 лет) группами статистически значимые различия отсутствовали ($p > 0,05$). У 26 пациентов (55,3%) выявлены умеренные когнитивные нарушения. Показатели МоСА соответствовали когнитивной норме в 12 случаях (25,5%), из них у 6 пациентов — в возрасте 45–59 лет, у 5 пациентов — в возрасте 60–74 лет и у 1 пациента — в возрасте 75–90 лет. Выраженные когнитивные нарушения зафиксированы у 19,2% общей выборки, в числе которых 1 пациент первой группы, 5 пациентов второй и 3 пациента третьей группы.

Нарушения зрительно-конструктивного праксиса, внимания, абстрактного мышления и памяти имеют статистически значимые различия ($p < 0,05$) между возрастными группами (табл. 3). Наиболее выраженные различия наблюдаются при анализе показателей абстрактного мышления ($p < 0,001$), где группа 45–59 лет демонстрирует значительно меньшее число нарушений (13,3%) по сравнению с более старшими группами. Группа 75–90 лет имеет более высокий процент нарушений по всем категориям, что может указывать на возрастное усиление когнитивных нарушений. Нарушения речи не показали статистически значимых различий ($p > 0,05$), хотя в группе 75–90 лет их процент был выше (83,3%).

В структуре когнитивных дисфункций общей выборки преобладают нарушения зрительно-конструктивного праксиса (способность планировать и осуществлять движения, необходимые для расположения элементов в пространстве) и памяти.

При исследовании зрительно-конструктивного праксиса чаще всего фиксировались нарушения при выполнении теста связи цифр и букв (соединить на тестовом листе

цифры и буквы по порядку: 1 — А, 2 — Б — и т. д.), чувствительного к когнитивной дисфункции лобных долей.

Доля пациентов с нарушением функции внимания нарастала с возрастом, достигая 100% в возрастной группе от 75 до 90 лет.

Нарушения абстрактного мышления, патопсихологически выражающиеся в утрате способности ориентироваться на категориальные признаки предметов и явлений, клинически проявлялись трудностями выделения главного и второстепенного, обстоятельности, ригидности мышления. Эти нарушения, согласно результатам нашего исследования, также нарастали с повышением возраста.

Мнестические функции у обследованных пациентов кардиологического профиля с аффективной патологией в сочетании с когнитивными расстройствами страдают в легкой или умеренной степени: в первую очередь нарушения затрагивают кратковременную память, а память на недавние и отдаленные события жизни остаётся относительно сохранной. В структуре мнестических расстройств преобладали нарушения запоминания. Процесс запоминания тесно связан с механизмами произвольного внимания, управляющими лобными функциями (целеполагание, программирование, самоконтроль). Использование подсказок с опорой на семантическое опосредование часто улучшало показатели тестирования мнестических функций.

Нарушения речи выявлялись у большинства обследованных, в возрастной группе 75–90 лет доля таких пациентов составила 83,3%. В структуре речевых нарушений преобладало снижение беглости речи, лексико-грамматическая структура речи в большинстве случаев существенно не страдала (см. табл. 3).

ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования показали, что патология сферы эмоций у большинства пациентов кардиологического профиля всех возрастных групп имеет органическую природу сосудистого генеза. В клинической картине преобладают симптомы тревоги, что согласуется с данными исследований коморбидности аффективных и сердечно-сосудистых заболеваний [3, 5]. У обследованных пациентов с мультиморбидной патологией отмечаются общее снижение и сглаженность различий в количественных

показателях когнитивных функций по MoCA в сравнении с популяционными данными [21, 22], что может указывать наотягощающую роль аффективных и сосудистых факторов. Данное предположение требует проверки в процессе дальнейших исследований.

У пациентов с аффективными нарушениями прослеживается диссоциация между субъективной оценкой интеллекта, жалобами когнитивного характера и объективным состоянием когнитивного функционирования [28]. С одной стороны, депрессия и тревога усиливают самостигматизацию, что приводит к отрицанию когнитивных проблем, пациент не сообщает о них, отказывается от диагностики, избегает исследования показателей интеллекта и памяти. С другой стороны, пациенты с симптомами тревоги в структуре аффективной патологии нередко проявляют излишнюю обеспокоенность по поводу незначительной забывчивости или умственных затруднений. Диагностика, выявляющая нормальные тестовые показатели, в этом случае снижает ситуативную тревожность, связанную с когнитивными дисфункциями.

У 1/3 пациентов, страдающих аффективными расстройствами, субъективное когнитивное снижение не подтверждалось объективными показателями нарушений интеллекта, однако, как свидетельствуют исследования, риск развития деменции среди пациентов с субъективными когнитивными нарушениями значительно выше популяционного риска [29]. Важно учитывать преморбидный уровень интеллекта. У пациентов с исходно высокими интеллектуальными показателями патологический процесс приводит к индивидуально значимому снижению когнитивных функций, однако показатели могут оставаться в пределах статистической нормы, что затрудняет раннюю диагностику когнитивного расстройства.

Картина мультиморбидной патологии определяется взаимовлиянием сосудистых церебральных, эмоционально дисрегуляторных факторов и факторов когнитивного дефицита. Церебральные изменения сосудистого генеза приводят к нарушениям управляющих (регуляторных, исполнительных) функций [14, 15]. Управляющие функции включают в себя целеполагание (способность к самостоятельному определению и выбору цели), произвольную саморегуляцию (способность направлять, концентрировать, переключать активность в процессе деятельности) и самоконтроль (способность контролировать достижение результата и корректировать деятельность). Нарушения управляющих функций играют важную роль в формировании нейрокогнитивного дефицита и при аффективной патологии [16].

В исследованиях отмечено, что конструктивная диспраксия чаще определяется на поздних стадиях сосудистой деменции и менее характерна для ранних проявлений когнитивного дефицита [29]. Нарушения зрительно-конструктивного праксиса в нашем исследовании у пациентов с когнитивными нарушениями доклинического уровня зафиксированы в 76,6% общей выборки. Такой высокий

показатель позволяет предположить, что в формирование данного дефицита вносит свой вклад коморбидная аффективная патология. Это связано с нарушением исполнительных лобных функций, отмеченных в исследованиях когнитивных симптомов депрессии [30].

Внимание — процесс, который обеспечивает условия обработки информации. Функция произвольного внимания связана со стволовыми структурами и ретикулярной формацией среднего мозга. Произвольное внимание в большей степени определяется управляющими лобными процессами, и именно этот вид внимания нарушается в первую очередь. Как показывают исследования, пациенты с депрессией хуже справляются с заданиями, которые обеспечиваются именно функциями внимания [31].

При исследовании функции памяти мы отмечали преобладание проблем кратковременной памяти при относительной сохранности воспроизведения с опорой на семантическое опосредование. Такие особенности мнестических нарушений также объясняются ослаблением произвольной саморегуляции.

Представленные нами данные о нарушениях абстрактного мышления, вероятно, отражают влияние сосудистых факторов на кортикальные процессы, приводящие к ослаблению ассоциативных связей и снижению уровня процесса обобщения.

Выявленное в нашем исследовании преобладание в структуре речевых нарушений снижения беглости речи при относительной сохранности лексико-грамматической структуры свидетельствует о недостаточности номинативной речевой функции, которая напрямую связана с процессами памяти и управляющими лобными функциями. В сравнительном исследовании Е.Е. Васениной и соавт. [32] отмечены сходные особенности речевых дисфункций при сосудистых заболеваниях головного мозга.

Согласно опубликованным ранее данным, коморбидность когнитивных нарушений и депрессии при сердечно-сосудистых заболеваниях составляет не менее 80%, при этом эмоционально-поведенческие расстройства при хронической церебральной недостаточности сосудистого генеза, как и когнитивные нарушения, связывают с дисфункцией фронтостриарных связей [29, 33].

Ограничения исследования

Представленные результаты являются начальным этапом исследования, включают малочисленные группы сравнения, что ограничивает применение полученных результатов. Выявленные тенденции, однако, позволяют говорить о специфической картине когнитивного дефекта, сочетающегося с аффективными и сердечно-сосудистыми расстройствами, и требуют дальнейшего изучения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования расширяют представления о структуре и распространенности аффективных

расстройств, сочетающихся с когнитивными нарушениями, у пациентов кардиологического профиля разных возрастных групп. Получены новые данные, подтверждающие представления о таких механизмах эмоциональных и когнитивных нарушений при сердечно-сосудистых заболеваниях, как нарушение лобных исполнительных функций. Подтверждаются актуальность проблемы мультиморбидности аффективных расстройств и доклинических форм когнитивных нарушений у кардиологических больных, а также необходимость дальнейших исследований для совершенствования ранней диагностики и профилактики сочетанной патологии.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. И.Ю. Машкова — проведение исследования, анализ данных, написание черновика рукописи; Г.А. Алешкина — руководство исследованием, работа с данными, написание черновика рукописи; Ю.А. Васюк — руководство исследованием, определение концепции и методологии исследования; Л.М. Барденштейн — разработка концепции, разработка методологии, пересмотр и редактирование рукописи; М.А. Самушия — пересмотр и редактирование рукописи. Все авторы одобрили рукопись (версию для публикации), а также согласились нести ответственность за все аспекты настоящей работы, гарантируя надлежащее рассмотрение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой её части.

Этическая экспертиза. Проведение исследования одобрено межвузовским комитетом по этике (протокол № 10-23 от 19.10.2023). Все участники и/или законные представители участников подписали форму добровольного информированного согласия до включения в исследование. Протокол исследования не публиковался.

Источники финансирования. Отсутствуют.

Раскрытие интересов. Авторы заявляют об отсутствии отношений, деятельности и интересов за последние три года, связанных с третьими лицами (коммерческими и некоммерческими), интересы которых могут быть затронуты содержанием статьи.

Оригинальность. При создании настоящей работы ранее опубликованные сведения (текст, иллюстрации, данные) не использовались.

Доступ к данным. Все данные, полученные в настоящей работе, доступны в статье.

Генеративный искусственный интеллект. При создании настоящей работы (оформление списка литературы в формате Vancouver) использовался чат-бот Grok3 <https://grok.com/>). Период использования чат-бота — май 2025 года.

Рассмотрение и рецензирование. Настоящая работа подана в журнал в инициативном порядке и рассмотрена по обычной процедуре. В рецензировании участвовали два члена редакционного совета и научный редактор издания.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contributions: I.Yu. Mashkova: investigation, formal analysis, writing—original draft; G.A. Aleshkina: supervision, data curation, writing—original draft; Yu.A. Vasyuk: supervision, conceptualization, methodology; L.M. Bardenshteyn: conceptualization, methodology, writing—review & editing; M.A. Samushiya: writing—review & editing. All the authors approved the version of the manuscript to be published and agreed to be accountable for all aspects of the work, ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

Ethics approval: Interuniversity Ethics Committee (protocol No. 10-23 of 19.10.2023). All study participants signed a voluntary informed consent form prior to enrollment.

Funding sources: No funding.

Disclosure of interests: The authors have no relationships, activities, or interests for the last three years related to for-profit or not-for-profit third parties whose interests may be affected by the content of the article.

Statement of originality: No previously published material (text, images, or data) was used in this article.

Data availability statement: All data obtained in the present study are available in the article.

Generative AI: When creating this article (making a list of references in the Vancouver format), the Grok3 chatbot was used <https://grok.com/>). The chatbot usage period is May 2025.

Provenance and peer-review: This paper was submitted unsolicited and reviewed following the standard procedure. The peer review process involved two members of the editorial council and the in-house scientific editor.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

- Bardenstein LM, Torchinov AM, Umakhanova MM, Kharkharova MA. Clinical typology of depressive disorders in women during the perimenopausal period. *Allergology and Immunology*. 2005;6(2):269–275. (In Russ.) EDN: DBKIVC
- Bobrov AE, Starostina EG, Agamamedova IN, et al. Mental disorders in type 2 diabetes. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2021;121(7):22–30. doi: 10.17116/jnevro202112107122 EDN: TXIPKK
- Vasyuk YA, Dovzhenko TV, Dubrovskaya TI, et al. Characteristics of arterial hypertension clinical course in patients with obesity and anxiety-depressive disorders. *Terapevticheskii arkhiv*. 2021;93(1):94–99. doi: 10.26442/00403660.2021.01.200567 EDN: BQIZGW
- Birk JL, Kronish IM, Moise N, et al. Depression and multimorbidity: considering temporal characteristics of the associations between depression and multiple chronic diseases. *Health Psychol*. 2019;38(9):802–811. doi: 10.1037/hea0000737 EDN: ECBMNJ
- Matskevich SA, Belskaya MI. Comorbidity of cardiovascular diseases and anxiety-depressive disorders. *Meditinskii novosti*. 2018;(12):4–8. EDN: VSCWNW
- Koyanagi A, Köhler-Forsberg O, Benros ME, et al. Mortality in unipolar depression preceding and following chronic somatic diseases. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;138(6):500–508. doi: 10.1111/acps.12899
- Sobennikov VS, Vinokurov EV, Rychkova LV, Sobennikova VV. Emotional dysregulation as a factor of psychosomatic disturbances in depression and cardiovascular pathology (analytical review of foreign literature). *Acta Biomed Sci*. 2019;4(1):87–92. doi: 10.29413/ABS.2019-4.1.13 EDN: ISABDC
- Willmott R, Martin West I, et al. An investigation of neuropsychiatric symptoms, contextual factors, and antidepressant treatment as risk factors for dementia development in people with mild cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2024;39(5):e6097. doi: 10.1002/gps.6097
- Ostroumova OD, Parfenov VA, Ostroumova TM, et al. Expert consensus. Effect of antihypertensive therapy on cognitive functions. *Systemic hypertension*. 2021;18(1):5–12. doi: 10.26442/2075082X.2021.1.200575 EDN: EXNFNY
- Scuteri A, Benetos A, Sierra C, et al. Routine assessment of cognitive function in older patients with hypertension seen by primary care physicians: why and how — a decision-making support from the working group on 'hypertension and the brain' of the European Society of Hypertension and from the European Geriatric Medicine Society. *J Hypertens*. 2021;39(1):90–100. doi: 10.1097/HJH.0000000000002621
- Krupenin PM, Voskresenskaya ON, Napalkov DA, Sokolova AA. Cognitive impairment and small vessel disease in atrial fibrillation. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2022;14(6):55–62. doi: 10.14412/2074-2711-2022-6-55-62 EDN: WTVQPS

12. Brown R, Benveniste H, Black SE, et al. Understanding the role of the perivascular space in cerebral small vessel disease. *Cardiovasc Res*. 2018;114(11):1462–1473. doi: 10.1093/cvr/cvy113
13. Passiak BS, Liu D, Kresge HA, et al. Perivascular spaces contribute to cognition beyond other small vessel disease markers. *Neurology*. 2019;92(12):e1309–1321. doi: 10.1212/WNL.0000000000007124
14. Neznanov NG, Ivanov MV. *Negative and cognitive disorders in endogenous psychoses: diagnosis, clinical features, therapy*. 2nd ed. Moscow: MEDpress-inform; 2023. 328 p. (In Russ.)
15. Ostroumova OD, Ostroumova TM, Dзамikhov KK. Arterial hypertension and cognitive impairment: multimodal approach for patient care and nicergoline use. *Medical Council*. 2020;(8):72–80. doi: 10.21518/2079-701X-2020-8-72-80 EDN: HLOEZH
16. Petrova NN. Depression in the structure of various mental disorders and cognitive impairment. *Psikhiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya*. 2024;15(4):442–451. doi: 10.34883/PI.2024.15.4.001 EDN: FIKWWW
17. Gerschmann A, Lehrner J. Depressive symptoms: not a predictor for five-year mortality in patients with subjective cognitive decline, non-amnesic and amnesic mild cognitive impairment. *Neuropsychiatr*. 2024;38(3):135–144. doi: 10.1007/s40211-024-00495-2
18. Zakharov VV. Cognitive impairment no dementia: classification, major causes, and treatment. *Effective Pharmacotherapy*. 2016;(1):22–31. EDN: VORKLV
19. Bogolepova AN. Vascular depression and cognitive dysfunction. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2019;11(S3):26–31. doi: 10.14412/2074-2711-2019-3S-26-31 EDN: LIDMXI
20. Jessen F, Amariglio RE, van Boxtel M, et al. A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2014;10(6):844–852. doi: 10.1016/j.jalz.2014.01.001
21. Cao Q, Tan CC, Xu W, et al. The prevalence of dementia: a systematic review and meta-analysis. *J Alzheimers Dis*. 2020;73(3):1157–1166. doi: 10.3233/JAD-191092
22. Prince M, Bryce R, Albanese E, et al. The global prevalence of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Alzheimers Dement*. 2013;9(1):63–75. doi: 10.1016/j.jalz.2012.11.007
23. Golland VB, Dmitrieva TB, Kazakovtsev BA, et al. *Mental disorders and behavioral disorders (F00–F99). (Class V ICD-10, adapted for use in the Russian Federation)*. Kazakovtsev BA, Golland VB, editors. Moscow; 1998. 512 p. (In Russ.)
24. Zigmund AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361–370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
25. Bogolepova AN, Vasenina EE, Gomzyakova NA, et al. Clinical guidelines for cognitive disorders in elderly and older patients. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2021;121(10-3):6–137. doi: 10.17116/jnevro2021121103 EDN: MPUDYF
26. Agrell B, Dehlin O. The clock-drawing test. 1998. *Age Ageing*. 2012;41(Suppl. 3):iii41–45. doi: 10.1093/ageing/afs149
27. Rubinshtein SY. *Experimental methods of pathopsychology and their clinical application*. Moscow: April-Press; 2010. 224 p. (In Russ.) EDN: QLXITH
28. Bardenstein LM. Clinic, dynamics, and therapy of dysthymia. In: Aleksandrovy YA, Bardenstein LM, Avedisova AS. *Psychopharmacotherapy of borderline mental disorders*. Moscow; 2000. P. 136–163. (In Russ.)
29. Yakhno NN, Zakharov VV, Lokshina AB. Moderate cognitive impairment syndrome in cerebral vascular insufficiency. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2005;105(2):13–17. EDN: HRXPZH
30. Fehnel SE, Forsyth BH, DiBenedetti DB, et al. Patient-centered assessment of cognitive symptoms of depression. *CNS Spectr*. 2016;21(1):43–52. doi: 10.1017/S1092852913000643
31. Hammar A, Lund A, Hugdahl K. Long-lasting cognitive impairment in unipolar major depression: a 6-month follow-up study. *Psychiatry Res*. 2003;118(2):189–196. doi: 10.1016/s0165-1781(03)00075-1
32. Vasenina EE, Levin OS. Speech disorders in vascular and neurodegenerative diseases: potentials for medication and non-drug therapy. *Pharmateca*. 2020;27(3):38–49. doi: 10.18565/pharmateca.2020.3.38-49 EDN: JJFHWY
33. Voznesenskaya TG. Non-cognitive neuropsychiatric disorders in cognitive impairments in the elderly. *Neurological Journal*. 2010;15(2):4–18. (In Russ.) EDN: MRMMQP

ОБ АВТОРАХ

* **Машкова Ирина Юрьевна**, канд. мед. наук, доцент;
адрес: Россия, 127006, Москва, ул. Долгоруковская, д. 4;
ORCID: 0000-0002-4342-671X;
eLibrary SPIN: 5929-7530;
e-mail: mashkovairina2018@gmail.com

Алешкина Галина Андреевна, д-р мед. наук, профессор;
ORCID: 0000-0001-7028-8669;
eLibrary SPIN: 7477-8598;
e-mail: aleshkina-ga@yandex.ru

Васюк Юрий Александрович, д-р мед. наук, профессор;
ORCID: 0000-0003-1296-941X;
eLibrary SPIN: 2265-5331;
e-mail: yvasyuk@yandex.ru

Барденштейн Леонид Михайлович, д-р мед. наук, профессор;
ORCID: 0000-0002-1171-5517;
eLibrary SPIN: 9289-9177;
e-mail: barden@mail.ru

Самушия Марина Антиповна, д-р мед. наук, доцент;
ORCID: 0000-0003-3681-9977;
eLibrary SPIN: 8196-3652;
e-mail: sma-psychiatry@mail.ru

AUTHORS' INFO

* **Irina Yu. Mashkova**, MD, Cand. Sci. (Medicine), Associate Professor;
address: 4 Dolgorukovskaya st, Moscow, Russia, 127006;
ORCID: 0000-0002-4342-671X;
eLibrary SPIN: 5929-7530;
e-mail: mashkovairina2018@gmail.com

Galina A. Aleshkina, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor;
ORCID: 0000-0001-7028-8669;
eLibrary SPIN: 7477-8598;
e-mail: aleshkina-ga@yandex.ru

Yuri A. Vasyuk, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor;
ORCID: 0000-0003-1296-941X;
eLibrary SPIN: 2265-5331;
e-mail: yvasyuk@yandex.ru

Leonid M. Bardenshteyn, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor;
ORCID: 0000-0002-1171-5517;
eLibrary SPIN: 9289-9177;
e-mail: barden@mail.ru

Marina A. Samushiya, MD, Dr. Sci. (Medicine), Associate Professor;
ORCID: 0000-0003-3681-9977;
eLibrary SPIN: 8196-3652;
e-mail: sma-psychiatry@mail.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author