

От точного диагноза к таргетной терапии: депрессия в общемедицинской практике

Петрова Н.Н.

Кафедра психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО
«Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург
Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская набережная, 7–9

Цель исследования – анализ диагностической значимости клинико-феноменологических характеристик аффективных расстройств у больных с хронической соматической патологией.

Пациенты и методы. В анализ были включены результаты клинико-шкальной оценки состояния 131 пациента с хронической соматической патологией, в том числе 96 больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, и 35 больных с дисциркуляторной энцефалопатией. Обследование проводилось с применением Руководства по оценке психических расстройств в общемедицинской практике (Primary care evaluation of mental disorders, PRIME-MD) и клинической Шкалы оценки депрессии Гамильтона.

Результаты и обсуждение. Несмотря на значительную частоту и клиническую очерченность, психические расстройства были диагностированы врачами-интернистами только у 30% пациентов с депрессией. При клиническом обследовании отмечено превалирование соматических, а не психологических жалоб. Согласно скринингу с помощью PRIME-MD, у 74% больных были выявлены расстройства настроения, тревожные и соматоформные расстройства, отмечена их значительная коморбидность, с преобладанием сочетания депрессии и тревоги ($p < 0,001$). Наибольшая частота (87%) и тяжесть депрессии установлены у больных гипертонической болезнью. По группе в целом преобладали случаи умеренной депрессии, соответствовавшие большому депрессивному расстройству (61,5%).

Заключение. В целом наиболее выражены в клинической картине аффективных расстройств симптомы ангедонии, подавленности и тревоги. Осложняет диагностику депрессии значительная распространенность при этом состоянии соматизированных симптомов. Представляется возможным выделить особую диагностическую значимость симптомов подавленности и ангедонии для выявления депрессии у соматически больных.

Ключевые слова: депрессия; диагностика; терапия; соматические заболевания; сердечно-сосудистые заболевания; цереброваскулярные заболевания; психосоматика.

Контакты: Наталья Николаевна Петрова; petrova_nn@mail.ru

Для ссылки: Петрова НН. От точного диагноза к таргетной терапии: депрессия в общемедицинской практике. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021;13(3):53–58. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-3-53-58

From accurate diagnosis to targeted therapy: depression in general medical practice

Petrova N.N.

Department of Psychiatry and Narcology, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg
7-9, Universitetskaya Embankment, Saint Petersburg 199034, Russia

Objective: to analyze the diagnostic significance of clinical and phenomenological characteristics of affective disorders in patients with chronic somatic pathology.

Patients and methods. The analysis included the results of a clinical evaluation of 131 patients with chronic somatic pathology, including 96 patients suffering from cardiovascular diseases and 35 patients with cerebral small vessel disease. Clinical assessment included Primary care evaluation of mental disorders (PRIME-MD) and Hamilton Depression Rating Scale.

Results and discussion. Despite the significant frequency and transparent clinical symptoms, general practitioners diagnosed mental disorders in only 30% of patients with depression. We observed a higher prevalence of somatic rather than psychological complaints during the clinical survey. According to the screening using PRIME-MD, 74% of patients were diagnosed with mood disorders, anxiety, and somatoform disorders. We also noted their significant comorbidity with a predominance of a depression and anxiety combination ($p < 0.001$). Hypertensive patients had the highest depression prevalence (87%) and severity. Moderate depression was the most frequent diagnosis in the study participants, corresponding to major depressive disorder (61.5%).

Conclusion. In general, the symptoms of anhedonia, depression, and anxiety were most pronounced in patients with affective disorders. The high prevalence of somatic symptoms complicates depression evaluation. It is possible to highlight depression and anhedonia as significant symptoms for the detection of depression in patients with somatic disorders.

Keywords: depression; evaluation; treatment; somatic disorders; cardiovascular diseases; cerebrovascular diseases; psychosomatics.

Contact: Natalia Nikolaevna Petrova; petrova_nn@mail.ru

For reference: Petrova NN. From accurate diagnosis to targeted therapy: depression in general medical practice. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics. 2021;13(3):53–58. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-3-53-58

Психические расстройства в общемедицинской практике разных стран имеют общие закономерности: примерно у половины пациентов выявляются психические расстройства, среди которых преобладают аффективные. Своевременная диагностика и терапия депрессий в структуре различных – психических и соматических – заболеваний представляет несомненную актуальность [1]. Депрессия относится к наиболее распространенным расстройствам вообще и к числу пяти наиболее распространенных в сфере первичной медицинской помощи заболеваний, являясь частым коморбидным расстройством у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями. На этапе первичной медицинской помощи выявляется лишь около половины депрессивных расстройств [2]. Депрессия часто остается нераспознанной, и пациент не получает необходимую терапию, что дополнительно усугубляет его физическое страдание, негативно влияет на лечение и прогноз [3]. Врачи, работающие в учреждениях первичной медицинской помощи, играют важную роль в распознавании и лечении депрессии [4]. Метаанализ точности постановки диагноза «депрессия» на этапе первичного звена медицинской помощи показал, что ошибки преобладают над пропущенными случаями (из 100 пациентов – 10 случаев депрессии будут пропущены, 15 пациентам будет поставлен неверный диагноз психического расстройства) [5]. Врачи общей практики склонны использовать нелинейный подход к диагностике психических расстройств [6].

Немаловажным является тот факт, что врачами общей практики плохо оценивается суицидальный риск у пациентов с депрессией [7]. При этом показано, что из числа лиц, совершивших попытку самоубийства, 38% посетили врача в течение предыдущей недели, а 64% – в течение 4 нед до попытки; большинство из этих пациентов посещали учреждения первичной медицинской помощи [8].

Подчеркивается необходимость корректной клинико-шкальной оценки депрессии, верификации диагноза в соответствии с принятыми критериями для обеспечения адекватной терапии депрессивных расстройств, в том числе у пациентов с коморбидными соматическими, особенно сердечно-сосудистыми, заболеваниями [9].

Цель исследования – анализ диагностической значимости клинико-феноменологических характеристик аффективных расстройств у больных с хронической соматической патологией.

Пациенты и методы. В анализ были включены результаты оценки 131 пациента с различной хронической соматической патологией. Обследованы 96 больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе 46 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС; средний возраст – $54 \pm 2,9$ года) и 50 – с гипертонической болезнью (ГБ; средний возраст – $58,8 \pm 1,5$ года); а также 35 больных с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭП; средний возраст – $50,5 \pm 7,1$ года). Все диагнозы заболеваний были верифицированы специалистами, в том числе по показателям физикального и инструментального обследования. Результаты оценки состояния экстра- и интракраниальных артерий и церебральной гемодинамики по данным ультразвуковых методов диагностики (дуплексное сканирование и доплерогра-

фия) показали наличие атеросклероза церебральных артерий в 64,3% случаев.

Для совокупной выборки систолическое артериальное давление в среднем составило $134,4 \pm 11,2$ мм рт. ст., диастолическое – $83,1 \pm 9,5$ мм рт. ст. Сахарный диабет имелся у 12% больных. Средний индекс массы тела составлял $29,6 \pm 4,2$ кг/м².

В подгруппе ИБС 38% больных перенесли инфаркты миокарда, 75% – операции по реваскуляризации миокарда (стентирование или коронарное шунтирование). Функциональный класс стенокардии на момент включения в исследование, определенный по Функциональной классификации стабильной стенокардии Канадского сердечно-сосудистого общества (Canadian Cardiovascular Society, CCS) – $1,7 \pm 0,6$.

Давность ГБ составила в среднем $11,6 \pm 5,2$ года, максимальное систолическое артериальное давление в течение жизни – $187,4 \pm 14,6$ мм рт. ст.

Критериями исключения являлись ранее перенесенные острые нарушения мозгового кровообращения (инсульты или транзиторные ишемические атаки), наличие когнитивных нарушений, сочетание ИБС и ГБ. Все включенные в обследование пациенты находились в удовлетворительном соматическом состоянии, у психиатров ранее не обследовались и лечения не получали.

Исследование проводилось с применением Руководства по оценке психических расстройств в общемедицинской практике (Primary care evaluation of mental disorders, PRIME-MD) и клинической Шкалы оценки депрессии Гамильтона.

Обработка первичных данных исследования осуществлялась методами математической статистики с помощью программ Microsoft Excel 2007 в программной среде Windows XP, пакет статистических программ SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), версия 13.0, в том числе применялся факторный анализ (метод главных компонент).

Результаты. При клиническом обследовании на первый план выступали соматические жалобы, однако при использовании «Опросника пациента» PRIME-MD у значительного числа больных были выявлены нарушения аффективного спектра, присутствовавшие на протяжении последнего месяца: утомляемость (анергия) – у 80%, расстройства сна различного характера – у 60%, подавленность, чувство безнадежности – примерно у 50%, потеря удовольствия, утрата привычных интересов – у 40% пациентов. Согласно критериям PRIME-MD, основанным на систематизации психических расстройств в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 5th edition, DSM-5), психические расстройства имелись примерно у 74% больных, в их структуре преобладали различные сочетания расстройств настроения, тревожных и соматоформных расстройств, причем преобладала ассоциированность депрессии и тревоги (37,1%).

По результатам скрининга с помощью PRIME-MD депрессивное расстройство было обнаружено у 40,7% больных ИБС (следует отметить значительную частоту инсомнии – 86,8% наблюдений), у 87% больных ГБ (в том числе в 53% случаев – с коморбидными соматоформными расстрой-

ствами). У пациентов с ДЭП преобладали расстройства тревожного круга (57,7%). Наличие депрессии констатировано в рамках коморбидных тревожных и депрессивных расстройств у 60% пациентов с ДЭП. В целом в структуре депрессивных расстройств всех обследованных пациентов, согласно PRIME-MD, преобладали случаи депрессии, соответствовавшие большому депрессивному расстройству (БДР; 61,5%).

При клинико-шкальной оценке уровень депрессии у пациентов с ГБ составил $24,1 \pm 0,98$ балла, что соответствовало тяжелой депрессии по Шкале оценки депрессии Гамильтона. Следует отметить, что в 45% случаев длительность депрессии у этих больных колебалась от полугода до 5 лет, при этом 60% больных с депрессией перенесли два-четыре депрессивных эпизода, причем в большинстве случаев наблюдалось удлинение (53%) и утяжеление (57%) приступов. Выраженность депрессии в среднем по группе ДЭП соответствовала умеренному уровню ($14,8 \pm 5,9$ балла по Шкале оценки депрессии Гамильтона). В структуре аффективных расстройств преобладали желудочно-кишечные соматические симптомы (82,9%), психическая и соматическая тревога (по 74%), симптомы подавленности (68,6% случаев). У больных ИБС выраженность депрессии составила $16,3 \pm 6,4$ балла (депрессивное расстройство средней степени тяжести), а в структуре депрессии преобладали гипотимия (24%) и психическая тревога (38%). Таким образом, выраженность депрессии значимо выше ($p < 0,05$) у больных ГБ по сравнению с пациентами других групп, которые не различались между собой.

Диагностическая структура психических расстройств в группах обследованных пациентов представлена в таблице.

Следует отметить, что, несмотря на значительную частоту и клиническую очерченность, психические расстройства были диагностированы врачами-интернистами только у 30% пациентов.

В целом наибольшей выраженности в клинической картине аффективных расстройств обследованных больных достигли симптомы ангедонии (1,88 балла), подавленности и тревоги (по 1,60 балла по Шкале оценки депрессии Гамильтона). Для аффективных расстройств, ассоциированных с хроническими соматическими заболеваниями, в генезе которых значительную роль сыграл сосудистый фактор, характерны коморбидность депрессии и тревоги ($r = 0,52$; $p < 0,001$), значительная представленность соматизированных симптомов ($r = 0,90$; $p < 0,0001$).

В структуре депрессивных расстройств доминировали депрессивно-деперсонализационный симптомокомплекс (относительный вклад фактора – 20%) и витальная депрессия без психотических симптомов (10%). Выделен ряд критериев с высоким коэффициентом диагностиче-

ской эффективности для оценки настроения пациентов общемедицинской практики. Наибольшее диагностическое значение для выявления депрессии у соматически больных (согласно критерию Фишера) продемонстрировали симптомы подавленности (14 баллов), ангедония (11 баллов), анергия (9 баллов).

Обсуждение. По нашим данным, в поле зрения интернистов часто оказываются пациенты с не диагностированной депрессией, однако депрессия впервые диагностируется врачами, не являющимися психиатрами, только примерно в 1/3 случаев. В то же время за рубежом аффективные расстройства выявляются в общемедицинской практике в половине случаев [2]; это свидетельствует в пользу актуальности совершенствования подходов к диагностике депрессии в общемедицинской практике.

Депрессивные состояния нередко соответствуют критериям БДР, что согласуется с имеющимися в зарубежной литературе данными [10].

Выявление и точная клинико-феноменологическая характеристика депрессии – непростая задача не только для врачей-интернистов, но и для психиатров. В настоящее время депрессия представляется гетерогенным расстройством с различными проявлениями и широким набором сопутствующих симптомов, что может быть обусловлено ее современным определением.

Согласно DSM-5 (Американская психиатрическая ассоциация, 2013), депрессия характеризуется обязательным наличием одного из двух симптомов: подавленное настроение (гипотимия) или снижение интереса ко всей или почти всей деятельности либо потеря удовольствия от нее (ангедония) [11]. В соответствии с МКБ-11 основными симптомами депрессии также являются гипотимия и ангедония. Подчеркивается, что симптомы не должны выступать в качестве проявления другого заболевания. Все депрессивные эпизоды в контексте рекуррентного или биполярного расстройства могут быть дополнены симптомами тревоги и наличием панических атак. МКБ-11, как и МКБ-10, включает в себя категорию сме-

Диагностическая структура психических расстройств по МКБ-10

Diagnostic structure of mental disorders according to ICD-10

Диагноз по МКБ-10	Доля пациентов, %		
	ИБС	ГБ	ДЭП
Депрессивный эпизод легкой степени	12	5	13
Депрессивный эпизод средней степени	14	17	19
Рекуррентное депрессивное расстройство	7	25	3
Генерализованное тревожное расстройство	14	12	22
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	38	20	26
Соматоформное расстройство	13	16	7
Паническое расстройство	3	5	10
Всего...	100	100	100

Примечание. МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

шанных депрессивных и тревожных расстройств из-за их важности для врачей учреждений первичной медицинской помощи [12–14].

Теоретически возможны 227 различных комбинаций симптомов, отвечающих диагностическим критериям БДР. В исследовании центра Clinical Research Center for Depression (CRESCEND) у 853 пациентов с БДР были описаны 119 комбинаций [15]. В реальных клинических условиях 170 различных комбинаций были описаны у 1566 пациентов с БДР в рамках проекта Methods to Improve Diagnostic Assessment and Services (MIDAS) Более того, шесть критериев БДР определяются одновременно множественными или альтернативными (полярными) состояниями: психомоторное возбуждение или заторможенность, нарушение концентрации или нерешительность, чувство никчемности или чувство вины, бессонница или гиперсомния, снижение аппетита или повышенный аппетит, суицидальные тенденции или суицидальные мысли. Если рассматривать отдельно каждое состояние в рамках шести комплексных критериев, можно теоретически установить 14 528 различных комбинаций, отвечающих диагностическим критериям БДР [16]. В исследовании STAR*D вариативность депрессивных расстройств составляет уже 1045 профилей [17].

С практической точки зрения, в результате применения таких диагностических подходов у двух разных пациентов могут наблюдаться уникальные наборы симптомов – и у обоих будет диагностирована депрессия. Ключевой признак депрессии – сниженное настроение – отсутствует у 1/5 части пациентов, при этом из всех симптомов чаще всего наблюдается ангедония, что повышает ее диагностическую значимость. Есть мнение, что клиницисты – не психиатры должны быть нацелены на выявление именно ангедонии, чтобы не пропустить случаи депрессии в своей практике [18]. Результаты исследования поддерживают диагностическую значимость ангедонии, наряду с симптомами подавленности, в качестве основных критериев диагностики депрессии, причем впервые подтверждено диагностическое значение ангедонии в выявлении депрессии у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями. С учетом доминирования соматических жалоб над психологическими выявление гипотимии у соматически больных особенно затруднено и требует прицельного опроса. Осложняет диагностику депрессии значительная представленность в клинической картине соматизированных симптомов. Анергия (утомляемость, слабость), значимо ассоциированная с наличием депрессии у обследованных больных, исключена из числа основных симптомов депрессии в современных классификационных системах, как неспецифический признак, однако, по нашим данным, она должна настораживать врачей в отношении наличия аффективных расстройств.

Показано, что, несмотря на определенное клиническое своеобразие аффективных расстройств у пациентов с различной хронической соматической патологией, есть общие ключевые признаки, имеющие решающее значение для выявления депрессии. Эти результаты согласуются с мнением о том, что депрессия, коморбидная, например, различным формам неврологической патологии, имеет клинические особенности [19]. Так, при сосудистой депрес-

сии важное место в клинической картине расстройства занимает именно анергия наряду с ангедонией со снижением или утратой интереса к профессиональной деятельности и бытовым делам [20].

По данным зарубежных исследований, 60% случаев оказания психиатрической помощи происходит в учреждениях первичной медико-санитарной помощи и 79% рецептов на антидепрессанты выписываются не психиатрами [21, 22]. Следует отметить несоответствие диагнозов показаниям для назначаемых антидепрессантов [23]. При этом антидепрессивная терапия рассматривается как один из трех основных компонентов лечения депрессивных расстройств у соматически больных наряду с базовой психосоматической помощью и психотерапией. Эти вмешательства безопасны и эффективны для уменьшения симптомов депрессии и повышения качества жизни. Наиболее эффективными в отношении депрессии считают поэтапный подход к оказанию помощи и оптимальное сотрудничество всех специалистов – междисциплинарный подход («совместный уход»). Эффективное лечение депрессивной сопутствующей патологии имеет значение для качества жизни и, возможно, для прогноза соматического заболевания. Интеграция рутинного скрининга депрессивных симптомов является первым шагом на пути к эффективной, основанной на фактических данных терапии депрессии при соматических заболеваниях [24].

Полученные данные свидетельствуют о целесообразности выбора для терапии депрессии у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями (сердечно-сосудистыми, цереброваскулярными) эффективных и хорошо переносимых антидепрессантов с выраженным анксиолитическим компонентом действия, эффективно влияющих на ангедонию. С этой точки зрения обращает на себя внимание антидепрессант агомелатин (Вальдоксан), продемонстрировавший высокую результативность в терапии депрессивных состояний как с ангедонией, так и с тревогой (редукция симптоматики уже к концу первой недели терапии). При этом препарат хорошо переносится, не вызывая нежелательных серотонинергических, ад-ренергических и холинолитических эффектов. В открытом исследовании эффективности вальдоксана при лечении БДР показано снижение выраженности симптоматики ангедонии наряду со снижением общей тяжести депрессии [25, 26]. Агомелатин лидирует по показателю эффективности наряду с амитриптилином, эсциталопрамом, миртазапином, пароксетином, венлафаксином и вортиоксетином и по показателю переносимости наряду с циталопрамом, эсциталопрамом, вортиоксетином, флуоксетином и сертралином. В плацебоконтролируемых исследованиях было показано, что частота побочных эффектов и связанных с ними отказов от лечения у получавших агомелатин пациентов оказалась ниже, чем в группе плацебо (аналогичный эффект обнаружен только у флуоксетина) [27]. В России были проведены масштабные исследования, в которых доказаны высокая эффективность и переносимость агомелатина в смешанных популяциях пациентов с неврологическими заболеваниями [28]. Препарат также продемонстрировал эффективность в отношении депрессии у соматически больных в реальной клинической практике [29].

Заключение. В настоящее время специалисты (психиатры, врачи-интернисты) стоят перед необходимостью перемен в отношении выявления и оказания помощи пациентам с депрессией, что актуализирует проблему диагностики депрессии в общемедицинской практике [30]. Результаты исследования, свидетельствующие о значительной частоте депрессивных расстройств у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями (сердечно-сосудистыми, цереброваскулярными), согласуются с мнением, что всех боль-

ных с соматическими заболеваниями необходимо обследовать на предмет депрессии [31]. Депрессивные симптомы должны в обязательном порядке проверяться во время клинического интервью или с помощью валидированных анкет. При положительном результате скрининга дальнейшие диагностические шаги считаются обязательными [24]. Результаты исследования позволяют выделить особую диагностическую значимость симптомов подавленности и ангедонии для выявления депрессии у соматически больных.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Смулевич АБ. Депрессии при психических и соматических заболеваниях. 4-е изд. Москва: МИА; 2015. С. 112-5.
2. Checcucci M, Brunner E. [CME: Depression in Primary Care]. *Praxis (Bern 1994)*. 2019 Jan;108(2):145-51. doi: 10.1024/1661-8157/a003168 (In Germ.).
3. Filipcic I, Popovic-Grle S, Marcinko D, et al. Screening for depression disorders in patients with chronic somatic illness. *Coll Antropol*. 2007 Mar;31(1):139-43.
4. Park LT, Zarate CA. Depression in the Primary Care Setting. *N Engl J Med*. 2019 Feb 7;380(6):559-68. doi: 10.1056/NEJMc1712493
5. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*. 2009;374(9690):609-19. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60879-5
6. Lillis S, Mellsop G, Emery M. Diagnosing mental illness in general practice. *NZFP*. 2008;35:91-5.
7. Feldman MD, Franks P, Duberstein PR, et al. Let's not talk about it: suicide inquiry in primary care. *Ann Fam Med*. Sep-Oct 2007;5(5):412-8. doi: 10.1370/afm.719
8. Ahmedani BK, Stewart C, Simon GE, et al. Racial/ethnic differences in health care visits made before suicide attempt across the United States. *Med Care*. 2015 May;53(5):430-5. doi: 10.1097/MLR.0000000000000335
9. Maurer DM. Screening for Depression. *Am Fam Physician*. 2012 Jan 15;85(2):139-44.
10. Thom R, Silbersweig DA, Boland RJ. Major Depressive Disorder in Medical Illness: A Review of Assessment, Prevalence, and Treatment Options. *Psychosom Med*. 2019 Apr;81(3):246-55. doi: 10.1097/PSY.0000000000000678
11. Park S-C, Kim Y-K. Depression in DSM-5: Changes, Controversies and Future Direction. In: Kim Y-K, ed. *Understanding Depression. 2: Clinical Manifestations, Diagnosis and Treatment*. New York: Springer Nature; 2018. P. 3-14.
12. Reed GM, First MB, Medina-Mora ME, et al. Draft diagnostic guidelines for ICD-11 mental and behavioural disorders available for review and comment. *World Psychiatry*. 2016 Jun;15(2):112-3. doi: 10.1002/wps.20322
13. Maj M. What changes will DSM-5 and ICD-11 bring? *EPA Congress News*. 7 Apr 2013. P. 12-4.
14. Reed GM, First MB, Kogan CS, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. 2019 Feb;18(1):3-19. doi: 10.1002/wps.20611
15. Park S-C, Kim JM, Jun TY, et al. How many different symptom combinations fulfill the diagnostic criteria for major depressive disorder? Results from the CRESCEND study. *Nord J Psychiatry*. 2017 Apr;71(3):217-22. doi: 10.1080/08039488.2016.1265584. Epub 2016 Dec 16.
16. Zimmerman M, Ellison W, Young D, et al. How many different ways do patients meet the diagnostic criteria for major depressive disorder. *Compr Psychiatry*. 2015 Jan;56:29-34. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.09.007. Epub 2014 Sep 6.
17. Fried EI, Epskamp S, Nesse RM, et al. What are 'good' depression symptoms? Comparing the centrality of DSM and non-DSM symptoms of depression in a network analysis. *J Affect Disord*. 2016 Jan 1;189:314-20. doi: 10.1016/j.jad.2015.09.005. Epub 2015 Oct 1.
18. Sibitz I, Berger P, Freidl M, et al. ICD-10 or DSM-IV? Anhedonia, fatigue and depressed mood as screening symptoms for diagnosing a current depressive episode in physically ill patients in general hospital. *J Affect Disord*. 2010;126(1-2):245-51. doi: 10.1016/j.jad.2010.03.023
19. Смулевич АБ, Романов ДВ, Дамулин ИВ. Дифференциальная диагностика психических расстройств в неврологической практике. *Психические расстройства в общей медицине*. 2018;(2):4-10. [Smulevich AB, Romanov DV, Damulin IV. Differential diagnosis of mental disorders in neurologic practice. *Psichicheskie rasstrojstva v obschey medicene*. 2018;(2):4-10 (In Russ.)].
20. Sneed JR, Culang-Reinlieb ME. The vascular depression hypothesis: an update. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011 Feb;19(2):99-103. doi: 10.1097/jgp.0b013e318202fc8a
21. Frank RG, Huskamp HA, Pincus HA. Aligning incentives in the treatment of depression in primary care with evidence-based practice. *Psychiatr Serv*. 2003 May;54(5):682-7. doi: 10.1176/appi.ps.54.5.682
22. Mark TL, Levit KR, Buck JA. Data-points: psychotropic drug prescriptions by medical specialty. *Psychiatr Serv*. 2009 Sep;60(9):1167. doi: 10.1176/ps.2009.60.9.1167
23. Norton J, de Roquefeuil G, David M, et al. Prevalence of psychiatric disorders in French general practice using the patient health questionnaire: comparison with GP case-recognition and psychotropic medication prescription. *Encephale*. 2009 Dec;35(6):560-9. doi: 10.1016/j.encep.2008.06.018
24. Albus C, Geiser F. [Evidence-based recommendations for the treatment of depressive comorbidity in somatic illness]. *Internist (Berl)*. 2019 Dec;60(12):1226-34. doi: 10.1007/s00108-019-00694-y (In Germ.).
25. Kennedy SH, Emsley R. Placebo controlled trial of agomelatine in the treatment of major depressive disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2006 Feb;16(2):93-100. doi: 10.1016/j.euroneuro.2005.09.002. Epub 2005 Oct 24.
26. Di Giannantonio M, Di Iorio G, Cuglierro R, et al. Major depressive disorder, anhedonia and agomelatine – an open label study. *J Biol Regul Homeost Agents*. Jan-Mar 2011;25(1):109-14.
27. Cipriani A, Furukawa T, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2018 Apr 7;391(10128):1357-66. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32802-7
28. Романов ДВ, Волель БА, Петелин ДС. Подходы к терапии депрессии в неврологии (перспективы применения агомелатина). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2018;10(4):101-10. doi: 10.14412/2074-2711-2018-4-101-110 [Romanov DV, Volel BA, Petelin DS. Approaches to therapy for depressions in neurology: prospects for the use of agomelatine. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psichosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2018;10(4):101-10. doi: 10.14412/2074-2711-2018-4-101-110 (In Russ.)].

29. Подвигин СН, Казакова МБ. Вальдоксан — препарат выбора при лечении депрессий, коморбидных соматическому заболеванию. *Психические расстройства в общей медицине*. 2013;(4):52-3. [Podvigin SN, Kazakova MB. Valdoxan — the drug of choice in the treatment of depression, comorbid somatic disease. *Psichicheskie rasstrojstva v obshchej medicine*. 2013;(4):52-3 (In Russ.)].
30. Ferenchick EK, Ramanuj P, Pincus HA. Depression in primary care: part 1 — screening and diagnosis. *BMJ*. 2019 Apr 8;365:1794. doi: 10.1136/bmj.1794
31. Iosifescu DV. Treating depression in the medically ill. *Psychiatr Clin North Am*. 2007 Mar;30(1):77-90. doi: 10.1016/j.psc.2006.12.008

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

10.04.2021/15.05.2021/22.05.2021

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Статья спонсируется ООО «Сервье». Конфликт интересов не повлиял на результаты исследования. Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Автор принимал участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена автором.

The paper has been sponsored by Servier. The conflict of interest has not affected the results of the investigation. The author is solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. The author has participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by the author.

Петрова Н.Н. <https://orcid.org/0000-0003-4096-6208>