

Применение антидепрессантов в неврологической практике

Парфенов В.А.

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины
им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский
университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва
Россия, 119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 1

Антидепрессанты широко используются в неврологической практике, обсуждается их применение при инсульте, болезни Альцгеймера, депрессии с когнитивными нарушениями, болезни Паркинсона, рассеянном склерозе, хронической боли в спине и хронической мигрени. Антидепрессанты применяются при наличии выраженной депрессивной симптоматики, которая отмечается у 20–30% неврологических пациентов. Эффект применения антидепрессантов выше в случае сочетания с рекуррентной депрессией. На вероятность сочетанного аффективного расстройства указывают наличие эпизодов депрессии до развития неврологического заболевания, эффективность приема антидепрессантов в анамнезе, наследственная отягощенность аффективными расстройствами, характерная суточная динамика симптоматики с типичными нарушениями архитектуры сна. Окончательное установление психиатрического диагноза возможно при консультации неврологического больного психиатром, однако в клинической практике это реально только у небольшого числа пациентов. В качестве антидепрессантов наиболее часто используются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, трициклические антидепрессанты в малых или средних дозах, длительность их приема составляет обычно не менее 3–6 мес. При неврологических заболеваниях отмечена эффективность только некоторых препаратов, многие антидепрессанты не изучались при неврологических заболеваниях, однако это не исключает их эффективности. При назначении антидепрессантов необходимо учитывать возможные лекарственные взаимодействия и избегать тех комбинаций, которые могут вызвать нежелательные эффекты. Целесообразно применение антидепрессантов в комплексной терапии в комбинации с образовательной программой, когнитивно-поведенческой терапией и кинезиотерапией. Многие вопросы, касающиеся эффективности и безопасности лечения, выбора оптимального антидепрессанта, его дозы и длительности применения, требуют дальнейшего изучения.

Ключевые слова: антидепрессанты; селективные ингибиторы обратного захвата серотонина; селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина; трициклические антидепрессанты; инсульт; болезнь Альцгеймера; депрессия с когнитивными нарушениями; болезнь Паркинсона; рассеянный склероз; хроническая боль в спине; хроническая мигрень.

Контакты: Владимир Анатольевич Парфенов; vladimirparfenov@mail.ru

Для ссылки: Парфенов В.А. Применение антидепрессантов в неврологической практике. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2023;15(2):4–9. DOI: 10.14412/2074-2711-2023-2-4-9

The use of antidepressants in neurological practice

Parfenov V.A.

Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, I.M. Sechenov
First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow
11, Rossolimo St., Build. 1, Moscow 119021, Russia

Antidepressants are widely used in neurological practice, and their use in stroke, Alzheimer's disease, depression with cognitive impairment, Parkinson's disease, multiple sclerosis, chronic back pain and chronic migraine is discussed. Antidepressants are used in the presence of severe depressive symptoms, which are observed in 20–30% of neurological patients. The effect of antidepressants is higher in case of combination with recurrent depression. Presence of episodes of depression before the development of a neurological disease, history of effectiveness of antidepressants, hereditary burden of affective disorders, characteristic daily dynamics of symptoms with typical impaired sleep architecture indicate the likelihood of a combined affective disorder. Final establishment of a psychiatric diagnosis is possible with a consultation of a neurological patient by a psychiatrist, but in clinical practice this is realistic only in a small number of patients. The most commonly used antidepressants are selective serotonin reuptake inhibitors, selective serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors, tricyclic antidepressants in low or medium doses, the duration of their administration is usually at least 3–6 months. In neurological diseases, the effectiveness of only some drugs has been noted, many antidepressants have not been studied in neurological diseases, but this does not exclude their effectiveness. When prescribing antidepressants, it is necessary to take into account possible drug interactions and avoid those combinations that may cause adverse reactions. It is advisable to use antidepressants in complex therapy in combination with an educational program, cognitive behavioral therapy and kinesiotherapy. Many questions regarding the efficacy and safety of treatment, the choice of the optimal antidepressant, its dosage and duration of use require further study.

Keywords: antidepressants; selective serotonin reuptake inhibitors; selective serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors; tricyclic antidepressants; stroke; Alzheimer's disease; depression with cognitive impairment; Parkinson's disease; multiple sclerosis; chronic back pain; chronic migraine.

Contact: Vladimir Anatolyevich Parfenov; vladimirparfenov@mail.ru

For reference: Parfenov VA. The use of antidepressants in neurological practice. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(2):4–9. DOI: 10.14412/2074-2711-2023-2-4-9

Антидепрессанты широко используются в неврологической практике при различных неврологических заболеваниях, при этом в некоторых случаях, например после перенесенного инсульта, их положительный эффект может быть вызван не только антидепрессивным действием, но и влиянием на патогенетические механизмы болезни [1].

Депрессия у неврологических пациентов может быть:

- 1) следствием психотравмирующей ситуации, реакции на болезнь и связанную с ней утрату части функциональных возможностей (например, следствие перенесенного инсульта в виде двигательных нарушений и/или расстройства речи — психогенная депрессия);
- 2) органическим поражением головного мозга вследствие заболевания, например инсульта;
- 3) проявлением сочетанного психического заболевания (рекуррентная депрессия, биполярное расстройство, шизофрения и др.) [2].

Чаще встречаются первые две причины депрессии и их комбинация.

Лечение депрессии основывается на психотерапии и применении антидепрессантов.

В неврологической практике часто встречаются легкие или умеренные, а также маскированные формы депрессий, при которых пациенты жалуются не на пониженное настроение, а на усталость и общую слабость, снижение работоспособности, повышенную раздражительность, несистемное головокружение, постоянные болевые ощущения в разных частях тела, нарушения сна, снижение аппетита и другие расстройства [2]. Большое значение для диагностики рекуррентной депрессии могут иметь сведения о депрессии у родственников больного (особенно первой степени родства), наличие в анамнезе у пациента эпизодов депрессии или плохого самочувствия со сходными симптомами, суицидальные мысли и попытки, прием психотропных средств. При подозрении на аффективное психическое расстройство показана консультация психиатра. В амбулаторной неврологической практике для диагностики депрессии удобно использовать психометрические опросники, например Шкалу депрессии Бека, которая может быть заполнена самим пациентом за несколько минут.

Если депрессия не диагностируется и соответственно не лечится, обычно наблюдается ухудшение не только эмоционального состояния больного, но и течения основного неврологического заболевания, снижается приверженность лекарственной терапии (например, приему лекарственных средств для профилактики повторного инсульта), что ассоциируется с повышением риска инсульта и других сердечно-сосудистых заболеваний и смерти пациента.

В неврологической практике в качестве антидепрессантов наиболее часто используются селективные ингиби-

торы обратного захвата серотонина (СИОЗС) — пароксетин, сертралин, флувоксамин, флуоксетин, циталопрам, эсциталопрам; селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) — венлафаксин, дулоксетин и милнаципран; трициклические антидепрессанты — амитриптилин, дезипрамин, имипрамин, доксепин и др., атипичные антидепрессанты — мirtазапин, тразодон и др. [3].

Инсульт

Постинсультная депрессия отмечается почти у 30% больных, она ассоциируется со снижением качества жизни, повышением риска инвалидности и летального исхода [4]. При постинсультной депрессии в настоящее время широко используются СИОЗС, положительный эффект действия которых связывается не только с антидепрессивным действием, но и со стимуляцией нейрогенеза, противовоспалительной нейропротекцией, увеличением мозгового кровотока, модулирующим действием на корковую гамма-аминомасляную кислоту [1, 4].

В нескольких плацебоконтролируемых исследованиях отмечено, что использование СИОЗС (флуоксетина, пароксетина, циталопрама) улучшает восстановление двигательных функций [4]. Применение флуоксетина в дополнение к лечебным упражнениям улучшало восстановление двигательных функций у больных инсультом, при этом положительный эффект отмечен вне зависимости от наличия депрессии после инсульта [5]. Применение циталопрама в течение 3 мес ассоциировалось с достоверным улучшением восстановления неврологических функций [6]. В более позднем исследовании применение 20 мг флуоксетина в течение 6 мес после перенесенного инсульта сопровождалось уменьшением выраженности депрессии, но значительно не улучшало восстановление двигательных функций; авторы указывают на целесообразность избирательного подхода к назначению флуоксетина после перенесенного инсульта [7].

Проведенный метаанализ показал, что применение флуоксетина не сопровождается снижением инвалидности по Шкале Рэнкина и степени неврологического дефицита, оцениваемого по Шкале тяжести инсульта Национального института здоровья США, но приводит к достоверному уменьшению степени инвалидности, определяемому по Шкале Бартел, и снижает риск развития депрессии [1]. Однако применение флуоксетина повышает риск развития гипонатриемии, переломов и эпилептических припадков [1]. В другом метаанализе, включившем 44 рандомизированных контролируемых исследования, отмечено, что в целом СИОЗС эффективны в лечении и предупреждении депрессии, улучшают двигательные и когнитивные функции (КФ); это подтверждается в субанализе с применением циталопрама, но не флуоксетина; авторы отмечают необходимость дальнейших исследований в отношении эффективности и безопасности СИОЗС у пациентов с инсультом [8].

В целом при постинсультной депрессии наиболее эффективна комбинированная терапия, основанная на кинезотерапии, когнитивно-поведенческой терапии и применении СИОЗС; возможность улучшения двигательных функций при использовании СИОЗС остается дискуссионной [9].

Болезнь Альцгеймера

В качестве возможных причин депрессии при болезни Альцгеймера (БА), как и при других нейродегенеративных заболеваниях, обсуждаются поражение головного мозга и реакция пациента на болезнь, утрату памяти и других КФ [10]. Депрессия может быть первым проявлением БА, ее наличие повышает риск развития и прогрессирования БА [10]. Депрессия развивается у каждого третьего пациента с БА и часто проявляется апатией, повышенной утомляемостью, снижением всех форм активности, отсутствием желания общаться с окружающими. Симптомы депрессии обычно нарастают при прогрессировании из легкой степени деменции в умеренную, но снижаются на стадии выраженной деменции.

Плацебоконтролируемое исследование не показало существенного эффекта при добавлении сертралина к до-непезилу у пациентов с БА в течение 24 нед наблюдения [11]. В более позднем исследовании отмечена эффективность вортиоксетина и других антидепрессантов на ранней стадии БА в виде улучшения настроения и КФ [12]. У пациентов с депрессией и апатией применение антидепрессантов (сертралина, эсциталопрама) привело к значимому улучшению эмоционального состояния, определяемому по Гериатрической шкале депрессии, в отличие от приема нитерголина [13].

В целом при умеренной и выраженной депрессии на стадии умеренных когнитивных нарушений (КН) и легкой деменции при БА целесообразен прием антидепрессантов, среди которых предпочтение отдается СИОЗС; применение трициклических антидепрессантов связано с риском ухудшения КФ вследствие их холинолитического действия, ортостатической гипотензии и падений [14]. Применение антидепрессантов у пациентов с БА обычно дает умеренный или незначительный эффект; это в определенной степени указывает на то, что депрессия в значительной степени вызвана органическим поражением головного мозга. Отмечается возможность замедления прогрессирования умеренных КН в деменцию при БА на фоне приема СИОЗС [14].

Депрессия с когнитивными нарушениями (псевдодеменция)

КН обнаруживаются в 85–94% случаев в период острого депрессивного эпизода и в 39–44% случаев после его завершения [15]. Депрессивное расстройство существенно повышает риск развития БА и может быть одним из первых симптомов в его дебюте [16]. Возможны две причины сочетания депрессии и КН: депрессия с ухудшением КФ или нейродегенеративное заболевание, например БА, с депрессией. Пациенты с депрессией часто сами жалуются на нарушение памяти и переживают по этому поводу, в отличие от пациентов с БА, которые часто не предъявляют жалоб и не очень обеспокоены снижением КФ. Использование современных методов диагностики БА,

включая магнитно-резонансную томографию головного мозга и исследование биологических маркеров, существенно повышает точность диагностики нейродегенеративного заболевания у пациента с проявлениями псевдодементной депрессии.

Лечение депрессии, основанное на психотерапии и/или приеме антидепрессантов из группы СИОЗС или СИОЗСН, обычно приводит к существенному улучшению КФ и указывает на связь КН с депрессией [17]. Однако у пациентов остается высокой вероятность развития БА и других заболеваний, приводящих к деменции; у каждого третьего пациента с псевдодементной депрессией в дальнейшем развивается органическая деменция [18].

Болезнь Паркинсона

Депрессия представляет собой один из распространенных немоторных симптомов болезни Паркинсона (БП), она может появляться раньше моторных симптомов заболевания, ее наличие снижает функциональную активность и качество жизни пациентов; выявление депрессии и ее эффективное лечение может улучшить состояние пациентов и положительно влияет на прогноз заболевания. Частота депрессии у пациентов с БП варьирует от 10 до 90% и составляет в среднем 40–50% [19]. Депрессия может наблюдаться на разных стадиях БП, ее развитие у пациентов с БП в 4 раза выше, чем в целом в популяции [20]. Депрессия часто не диагностируется, ее проявления в виде повышенной утомляемости, нарушений сна и изменений массы тела расцениваются как симптомы основного заболевания.

Эффективность антидепрессантов была показана в нескольких плацебоконтролируемых рандомизированных клинических исследованиях (РКИ) у пациентов с БП, которые имели проявления большого депрессивного расстройства без деменции [21–23]. В этих исследованиях отмечена эффективность дезипрамина и циталопрама в течение 4 нед [21], нортриптилина и пароксетина в течение 8 нед [22], пароксетина и венлафаксина в течение 12 нед [23]. В настоящее время при умеренной и выраженной депрессии у пациентов с БП рекомендуются как СИОЗС, так и трициклические антидепрессанты [24]. Прием трициклических антидепрессантов нежелателен при наличии ортостатической гипотензии, выраженных сердечно-сосудистых заболеваний и КН, которые часто отмечаются при БП. Применение антидепрессантов приводит к уменьшению проявлений депрессии, однако после их отмены симптомы часто возобновляются, поэтому требуется мониторинг эмоционального состояния пациентов и, при появлении симптомов депрессии, повторные курсы лечения [24]. В последние годы при лечении депрессии у пациентов с БП наиболее часто используются амитриптилин, циталопрам, флуоксетин и миртазапин [25].

Рассеянный склероз

Наличие депрессивного эпизода в течение жизни у больных рассеянным склерозом (РС) наблюдается в 24–54% случаев, что существенно чаще, чем в популяции в целом (14–20%) [26]. Наличие депрессивного состояния у пациентов с РС повышает риск самоубийства и смерти пациентов, снижает их функциональную активность, способность продолжать профессиональную деятельность и каче-

ство их жизни, усиливает симптомы основного заболевания и, возможно, увеличивает риск обострений [26].

Небольшая эффективность антидепрессантов при РС отмечена по данным метаанализа, который включил три РКИ [27]. Показана эффективность сертралина [28] и пароксетина [29] при большом депрессивном расстройстве у пациентов с РС. Однако эффективность антидепрессантов при РС была ниже, чем их эффективность при лечении депрессии в общей популяции пациентов [27]. Антидепрессанты были эффективнее плацебо в лечении депрессии, но не имели значимых преимуществ, когда в группе сравнения применялась психотерапия [27]. Комплексная терапия, включающая антидепрессанты, кинезиотерапию и когнитивно-поведенческую терапию, наиболее эффективна при лечении депрессии у пациентов с РС [27].

Хроническая боль в спине

Хроническая боль в спине (ХБС) в большинстве случаев имеет неспецифическое (скелетно-мышечное) происхождение и чаще, чем в популяции (примерно на 25%), сопровождается депрессией, которая способствует усилению боли [30, 31]. Наличие депрессии у пациентов с ХБС приводит к снижению ежедневной жизненной активности и инвалидности в большей степени, чем интенсивность боли или сочетанные соматические симптомы [32].

При ХБС наиболее часто используется дулоксетин в суточной дозе 30–60 мг; в четырех РКИ, включивших 1499 пациентов и продолжающихся 12–13 нед, отмечено преимущество дулоксетина в сравнении с плацебо в отношении уменьшения интенсивности боли [33]. При этом относительно часто возникают побочные эффекты (головокружение, тошнота, сонливость), которые нередко приводят к отмене дулоксетина [33]. Отмечена эффективность амитриптилина в дозе 25 мг/сут в виде уменьшения нарушений жизнедеятельности по Шкале Роланда–Морриса через 3 мес лечения и незначительное снижение боли через 6 мес при минимальных побочных эффектах [34].

В целом при ХБС антидепрессанты наиболее эффективны в комплексной терапии, включающей кинезиотерапию, эффективное обезболивание (нестероидные противовоспалительные средства и другие методы), образовательную программу для пациентов и когнитивно-поведенческую терапию [35].

Хроническая мигрень

Между мигренью и депрессией имеется тесная взаимосвязь; при хронической мигрени риск депрессии повышается в 2 раза [36]. Наличие депрессии негативно влияет на течение мигрени, оно способствует хроническому течению мигрени, снижению качества жизни пациентов, злоупотреблению обезболивающими средствами и развитию лекарственно-индуцированной головной боли [36, 37]. В течение жизни примерно у 19% больных мигренью возникает депрессивное расстройство, которое негативно влияет на течение заболевания [37].

У пациентов с мигренью и депрессией отмечена эффективность амитриптилина и циталопрама в период 16 нед наблюдения в отношении как депрессии, так и течения мигрени, при этом амитриптилин был более эффективен,

чем циталопрам [38]. Отмечены хорошая переносимость и эффективность сертралина у пациентов с мигренью и депрессией в отношении как уменьшения депрессии, так и повышения качества жизни [39]. Дулоксетин в дозе 30 мг в первую неделю и 60 мг в последующие 11 нед был эффективен у пациентов с хронической мигренью, лекарственно-индуцированной головной болью и депрессией [40]. Также отмечена эффективность дулоксетина в дозе 60 мг в течение 8 нед у пациентов с хронической мигренью, головной болью напряжения и депрессией [41]. У пациентов с мигренью и депрессией комбинация антидепрессантов с когнитивно-поведенческой терапией позволяет добиться наиболее существенного и стойкого эффекта [37].

Заключение

Антидепрессанты широко используются при таких распространенных неврологических заболеваниях, как инсульт, БА, БП, РС, ХБС, хроническая мигрень. Антидепрессанты применяются при наличии выраженной депрессивной симптоматики, которая отмечается у 20–30% неврологических пациентов. Эффект применения антидепрессантов выше в случае явной коморбидности с установлением диагноза аффективного расстройства (биполярное расстройство, рекуррентная депрессия). Вместе с тем при биполярном расстройстве следует избегать использования антидепрессантов или применять их с крайней осторожностью под прикрытием нормотимической терапии с целью избежать инверсии фазы с развитием гипомании или мании [42]. На вероятность сочетанного аффективного расстройства указывают наличие эпизодов депрессии до развития неврологического заболевания, эффективность приема антидепрессантов в анамнезе, наследственная отягощенность аффективными расстройствами, характерная суточная динамика симптоматики с типичными нарушениями архитектуры сна. Окончательное установление психиатрического диагноза возможно при консультации неврологического больного психиатром, однако в клинической практике это реально только у небольшого числа пациентов.

В качестве антидепрессантов наиболее часто используются СИОЗС, СИОЗСН и трициклические антидепрессанты в малых или средних дозах, длительность приема которых составляет обычно не менее 3–6 мес. При неврологических заболеваниях отмечена эффективность только некоторых препаратов, многие антидепрессанты не изучались при неврологических заболеваниях, однако это не исключает их эффективность. При назначении антидепрессантов необходимо учитывать возможные лекарственные взаимодействия и избегать тех комбинаций, которые могут вызвать нежелательные эффекты, включая такие серьезные осложнения, как серотониновый синдром [43].

Целесообразно применение антидепрессантов в комплексной терапии неврологических заболеваний в комбинации с образовательной программой, когнитивно-поведенческой терапией и кинезиотерапией. Многие вопросы, касающиеся эффективности и безопасности лечения, выбора оптимального антидепрессанта, его дозы и длительности применения, требуют дальнейшего изучения.

1. Liu G, Yang X, Xue T, et al. Is Fluoxetine Good for Subacute Stroke? A Meta-Analysis Evidenced From Randomized Controlled Trials. *Front Neurol*. 2021 Mar 22;12:633781. doi: 10.3389/fneur.2021.633781
2. Романов ДВ, Петелин ДС, Волель БА. Депрессии в неврологической практике. *Медицинский совет*. 2018;(1):38-45. doi: 10.21518/2079-701X-2018-1-38-45 [Romanov DV, Petelin DS, Volel BA. Depression in neurological practice. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2018;(1):38-45. doi: 10.21518/2079-701X-2018-1-38-45 (In Russ.)].
3. Мосолов СН. Клиническое применение современных антидепрессантов. Санкт-Петербург: Медицинское информационное агентство; 1995. 568 с. [Mosolov SN. *Klinicheskoye primeneniye sovremnykh antidepressantov* [Clinical use of modern antidepressants.]. St. Petersburg: Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo; 1995. 568 p. (In Russ.)].
4. Elzib H, Pawloski J, Ding Y, Asmaro K. Antidepressant pharmacotherapy and poststroke motor rehabilitation: A review of neurophysiologic mechanisms and clinical relevance. *Brain Circ*. 2019 Apr-Jun;5(2):62-7. doi: 10.4103/bc.bc_3_19. Epub 2019 Jun 27.
5. Chollet F, Tardy J, Albucher JF, et al. Fluoxetine for motor recovery after acute ischaemic stroke (FLAME): a randomised placebo-controlled trial. *Lancet Neurol*. 2011 Feb;10(2):123-30. doi: 10.1016/S1474-4422(10)70314-8. Epub 2011 Jan 7. Erratum in: *Lancet Neurol*. 2011 Mar;10(3):205.
6. Savadi Oskouie D, Sharifpour E, Sadeghi Bazargani H, et al. Efficacy of Citalopram on Acute Ischemic Stroke Outcome: A Randomized Clinical Trial. *Neurorehabil Neural Repair*. 2017 Jul;31(7):638-47. doi: 10.1177/1545968317704902. Epub 2017 Apr 28.
7. FOCUS Trial Collaboration. Effects of fluoxetine on functional outcomes after acute stroke (FOCUS): a pragmatic, double-blind, randomised, controlled trial. *Lancet*. 2019 Jan 19;393(10168):265-74. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32823-X. Epub 2018 Dec 5.
8. Kalbouneh HM, Toubasi AA, Albustanji FH, et al. Safety and Efficacy of SSRIs in Improving Poststroke Recovery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Heart Assoc*. 2022 Jul 5;11(13):e025868. doi: 10.1161/JAHA.122.025868. Epub 2022 Jun 22.
9. D'Anci KE, Uhl S, Oristaglio J, et al. Treatments for Poststroke Motor Deficits and Mood Disorders: A Systematic Review for the 2019 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Guidelines for Stroke Rehabilitation. *Ann Intern Med*. 2019 Dec 17;171(12):906-15. doi: 10.7326/M19-2414. Epub 2019 Nov 19.
10. Galts CPC, Bettio LEB, Jewett DC, et al. Depression in neurodegenerative diseases: Common mechanisms and current treatment options. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019 Jul;102:56-84. doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.04.002. Epub 2019 Apr 15.
11. Weintraub D, Rosenberg PB, Drye LT, et al; DIADS-2 Research Group. Sertraline for the treatment of depression in Alzheimer disease: week-24 outcomes. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010 Apr;18(4):332-40. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181cc0333
12. Cumbo E, Cumbo S, Torregrossa S, Migliore D. Treatment Effects of Vortioxetine on Cognitive Functions in Mild Alzheimer's Disease Patients with Depressive Symptoms: A 12 Month, Open-Label, Observational Study. *J Prev Alzheimers Dis*. 2019;6(3):192-7. doi: 10.14283/jpad.2019.24
13. Takemoto M, Ohta Y, Hishikawa N, et al. The Efficacy of Sertraline, Escitalopram, and Nicergoline in the Treatment of Depression and Apathy in Alzheimer's Disease: The Okayama Depression and Apathy Project (ODAP). *J Alzheimers Dis*. 2020;76(2):769-72. doi: 10.3233/JAD-200247
14. Elsworth RJ, Aldred S. Depression in Alzheimer's Disease: An Alternative Role for Selective Serotonin Reuptake Inhibitors? *J Alzheimers Dis*. 2019;69(3):651-61. doi: 10.3233/JAD-180780
15. Perini G, Cotta Ramusino M, Sinforiani E, et al. Cognitive impairment in depression: recent advances and novel treatments. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2019 May 10;15:1249-58. doi: 10.2147/NDT.S199746
16. Hesser K, Bleckwenn M, Wiese B, et al; AgeCoDe Study Group. Late-Life Depressive Symptoms and Lifetime History of Major Depression: Cognitive Deficits are Largely Due to Incipient Dementia rather than Depression. *J Alzheimers Dis*. 2016 Aug 1;54(1):185-99. doi: 10.3233/JAD-160209
17. Галкин АС, Васильева СН, Симуткин ГТ и др. Изменение когнитивных функций у пациентов с депрессивными расстройствами в процессе терапии селективными ингибиторами обратного захвата серотонина. *Современная терапия психических расстройств*. 2021;(1):2-7. doi: 10.21265/PSYPH.2021.78.55.001 [Galkin AS, Vasilyeva SN, Symutkin GT, et al. Changes in cognitive functions in patients with depressive disorders during selective serotonin reuptake inhibitors therapy. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv = Current Therapy of Mental Disorders*. 2021;(1):2-7. doi: 10.21265/PSYPH.2021.78.55.001 (In Russ.)].
18. Connors MH, Quinto L, Brodaty H. Longitudinal outcomes of patients with pseudo-dementia: a systematic review. *Psychol Med*. 2019 Apr;49(5):727-37. doi: 10.1017/S0033291718002829. Epub 2018 Oct 15.
19. Goodarzi Z, Mrklas KJ, Roberts DJ, et al. Detecting depression in Parkinson disease: A systematic review and meta-analysis. *Neurology*. 2016 Jul 26;87(4):426-37. doi: 10.1212/WNL.0000000000002898. Epub 2016 Jun 29.
20. Hsu YT, Liao CC, Chang SN, et al. Increased Risk of Depression in Patients with Parkinson Disease: A Nationwide Cohort Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2015 Sep;23(9):934-40. doi: 10.1016/j.jagp.2014.10.011. Epub 2014 Nov 6.
21. Devos D, Dujardin K, Poiriot I, et al. Comparison of desipramine and citalopram treatments for depression in Parkinson's disease: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Mov Disord*. 2008 Apr 30;23(6):850-7. doi: 10.1002/mds.21966
22. Menza M, Dobkin RD, Marin H, et al. A controlled trial of antidepressants in patients with Parkinson disease and depression. *Neurology*. 2009 Mar 10;72(10):886-92. doi: 10.1212/01.wnl.0000336340.89821.b3. Epub 2008 Dec 17.
23. Richard IH, McDermott MP, Kurlan R, et al; SAD-PD Study Group. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of antidepressants in Parkinson disease. *Neurology*. 2012 Apr 17;78(16):1229-36. doi: 10.1212/WNL.0b013e3182516244. Epub 2012 Apr 11.
24. Bomasang-Layno E, Fadlon I, Murray AN, Himelhoch S. Antidepressive treatments for Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Parkinsonism Relat Disord*. 2015 Aug;21(8):833-42; discussion 833. doi: 10.1016/j.parkreldis.2015.04.018. Epub 2015 May 16.
25. Orayj K, Almeleebia T, Vigneshwaran E, et al. Trend of recognizing depression symptoms and antidepressants use in newly diagnosed Parkinson's disease: Population-based study. *Brain Behav*. 2021 Aug;11(8):e2228. doi: 10.1002/brb3.2228. Epub 2021 Jun 14.
26. Jones CD, Motl R, Sandroff BM. Depression in multiple sclerosis: Is one approach for its management enough? *Mult Scler Relat Disord*. 2021 Jun;51:102904. doi: 10.1016/j.msard.2021.102904. Epub 2021 Mar 18.
27. Fiest KM, Walker JR, Bernstein CN, et al; CIHR Team Defining the Burden and Managing the Effects of Psychiatric Comorbidity in Chronic Immunoinflammatory Disease. Systematic review and meta-analysis of interventions for depression and anxiety in persons with multiple sclerosis. *Mult Scler Relat Disord*. 2016 Jan;5:12-26. doi: 10.1016/j.msard.2015.10.004. Epub 2015 Oct 19.

28. Mohr DC, Boudewyn AC, Goodkin DE, et al. Comparative outcomes for individual cognitive-behavior therapy, supportive-expressive group psychotherapy, and sertraline for the treatment of depression in multiple sclerosis. *J Consult Clin Psychol*. 2001 Dec;69(6):942-9.
29. Ehde DM, Kraft GH, Chwastiak L, et al. Efficacy of paroxetine in treating major depressive disorder in persons with multiple sclerosis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008 Jan-Feb;30(1):40-8. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2007.08.002
30. Stubbs B, Koyanagi A, Thompson T, et al. The epidemiology of back pain and its relationship with depression, psychosis, anxiety, sleep disturbances, and stress sensitivity: Data from 43 low- and middle-income countries. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016 Nov-Dec;43:63-70. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2016.09.008. Epub 2016 Sep 30.
31. Gerrits MMJG, van Oppen P, van Marwijk HWJ, et al. Pain and the onset of depressive and anxiety disorders. *Pain*. 2014 Jan;155(1):53-9. doi: 10.1016/j.pain.2013.09.005. Epub 2013 Sep 6.
32. Hung CI, Liu CY, Fu TS. Depression: An important factor associated with disability among patients with chronic low back pain. *Int J Psychiatry Med*. 2015;49(3):187-98. doi: 10.1177/0091217415573937. Epub 2015 Apr 30.
33. Kolber MR, Ton J, Thomas B, et al. PEER systematic review of randomized controlled trials: Management of chronic low back pain in primary care. *Can Fam Physician*. 2021 Jan;67(1):e20-e30. doi: 10.46747/cfp.6701e20
34. Urquhart DM, Wluka AE, van Tulder M, et al. Efficacy of Low-Dose Amitriptyline for Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2018 Nov 1;178(11):1474-81. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.4222. Erratum in: *JAMA Intern Med*. 2019 Mar 1;179(3):457.
35. Парфенов ВА, Исайкин АИ. Боли в поясничной области. Москва; 2018. [Parfenov VA, Isaykin AI. *Boli v poiasnichnoy oblasti* [Pain in the lumbar region]. Moscow; 2018 (In Russ.)].
36. Amiri S, Behnezhad S, Azad E. Migraine headache and depression in adults: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatr*. 2019 Sep;33(3):131-40. doi: 10.1007/s40211-018-0299-5. Epub 2019 Jan 21.
37. Asif N, Patel A, Vedantam D, et al. Migraine With Comorbid Depression: Pathogenesis, Clinical Implications, and Treatment. *Cureus*. 2022 Jun 16;14(6):e25998. doi: 10.7759/cureus.25998
38. Rampello L, Alvano A, Chiechio S, et al. Evaluation of the prophylactic efficacy of amitriptyline and citalopram, alone or in combination, in patients with comorbidity of depression, migraine, and tension-type headache. *Neuropsychobiology*. 2004;50(4):322-8. doi: 10.1159/000080960
39. MacGregor EA, Frith AA, Hackshaw A. Efficacy, safety, and tolerability of sertraline on depressive symptoms in women with comorbid migraine: an open-label study. *J Clin Psychopharmacol*. 2011 Jun;31(3):392-3. doi: 10.1097/JCP.0b013e3182189d70
40. Curone M, Tullo V, Savino M, et al. Outcome of patients with chronic migraine with medication overuse and depression after duloxetine: influence of coexisting obsessive compulsive disorder. *Neurol Sci*. 2013 May;34 Suppl 1:S175-7. doi: 10.1007/s10072-013-1376-y
41. Volpe FM. An 8-week, open-label trial of duloxetine for comorbid major depressive disorder and chronic headache. *J Clin Psychiatry*. 2008 Sep;69(9):1449-54. doi: 10.4088/jcp.v69n0912
42. Костюкова ЕГ, Маза ГЭ, Мосолов СН и др. Биполярное аффективное расстройство. Клинические рекомендации. Взрослые. Электронное издание. Минздрав РФ. Москва; 2021. 245 с. Доступно по ссылке: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/675_1 [Kostyukova EG, Maza GE, Mosolov SN, et al. Bipolar affective disorder. Clinical guidelines. Adults. Electronic edition. Ministry of Health of the Russian Federation. Moscow; 2021. 245 p. Available from: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/675_1 (In Russ.)].
43. Мосолов СН, Малин ДИ, Рывкин ПВ, Сычев ДА. Лекарственные взаимодействия препаратов, применяемых в психиатрической практике. *Современная терапия психических расстройств*. 2019;(S1):2-35. doi: 10.21265/PSYPH.2019.50.40828 [Mosolov SN, Malin DI, Ryvkin PV, Sychev DA. Psychotropic Drugs Interaction. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv*. 2019;(S1):2-35. doi: 10.21265/PSYPH.2019.50.40828 (In Russ.)].

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

12.01.2023/07.03.2023/09.03.2023

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. 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 investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. 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.

Парфенов В.А. <https://orcid.org/0000-0002-1992-7960>