

ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ

В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Депрессивные расстройства, являясь самой распространенной психической патологией в общесоматической практике, часто выступают в качестве причины утяжеления течения соматической/неврологической патологии, увеличения риска инвалидизации и смертности пациентов. Депрессии по своей клинической структуре неоднородны: наиболее часто встречаются в общей медицине невротические депрессии, нозогении/соматогении, а также соматореактивная циклотимия. В связи с разнообразием встречающихся клинических форм аффективных заболеваний необходимо их своевременное выявление и проведение соответствующей дифференцированной антидепрессивной терапии. В качестве назначаемого лекарственного препарата следует делать выбор в пользу антидепрессанта, обладающего оптимально сбалансированным действием, меньшим количеством побочных эффектов, в минимальной степени взаимодействующим с другими лекарственными средствами.

Ключевые слова: депрессивное расстройство, невротическая депрессия, депрессия в общей медицине, нозогения, соматогения, антидепрессант.

B.A. VOLEL, MD, Prof., O.Yu. SOROKINA

Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of Russia (Sechenov University)

DIFFERENT APPROACHES TO THERAPY OF DEPRESSIVE DISORDERS IN CLINICAL PRACTICE

Depressive disorders, being the most common psychiatric pathology in general somatic practice, often act as a cause of aggravation of somatic/neurological pathology, increasing the risk of disability and death of patients. There is no uniform clinical pattern to the depressive disorders. Neurotic depression, nosogeny/somatogeny, and somatoreactive cyclothymia are the most common in the general medicine. Due to variety of clinical forms of affective diseases, they should be detected in a timely manner and referred for appropriate differentiated antidepressant treatment. As a prescribed drug, you should opt for an antidepressant that has an optimally balanced effect, fewer side effects and a minimal interaction with other drugs.

Keywords: depressive disorder, neurotic depression, depression in general medicine, nosogeny, somatogeny, antidepressant.

Депрессия является одним из наиболее распространенных заболеваний. Согласно данным различных исследователей, заболеваемость данной аффективной патологией в популяции составляет в среднем от 3 до 10% [1–3]. Среди пациентов с депрессией преобладают лица женского пола (гендерное соотношение составляет в среднем 2:1). Депрессивные расстройства являются причиной ухудшения качества жизни пациентов, возникновения и утяжеления течения сопутствующих хронических заболеваний, повышения риска суицида и инвалидизации. Так, на долю депрессии приходится 6,2% всех DALYs¹ [4], и, по данным ВОЗ, к 2020 г. депрессия будет занимать уже второе место среди заболеваний, приводящих к инвалидизации. При этом следует отметить, что, согласно результатам эпидемиологических исследований, достаточно большое количество пациентов с депрессивными расстройствами остаются вне поля зрения психиатров, обращаясь к врачам общесоматического профиля [2, 5, 6].

В среднем распространенность депрессий и расстройств депрессивного спектра у пациентов общесоматических стационаров составляет от 20 до 45% [7, 8] с

наибольшей встречаемостью среди лиц, госпитализированных в неврологическое, кардиологическое, гастроэнтерологическое и эндокринологическое отделения. Наиболее высокими являются показатели распространенности депрессивных состояний при гипертонической болезни, ишемической болезни сердца [9, 10], паркинсонизме [11–13], последствиях острого нарушения мозгового кровообращения [14–16].

Необходимо подчеркнуть, что в условиях клинической практики врачи-интернисты могут столкнуться с рядом сложностей: затруднения в диагностике (гипер- и гиподиагностика депрессий), отсутствие опыта использования психофармакотерапии, недостаточность сведений о совместимости с другими лекарственными препаратами и о возможных побочных эффектах. При этом также с трудом распознаются легкие депрессивные состояния, по мнению многих врачей являющиеся «обычными» реакциями на внешние неурядицы, а также атипичные формы депрессий (маскированные, соматизированные)².

Для оптимальной терапии депрессии в условиях общесоматического стационара или амбулаторного звена

¹ Годы жизни, утраченные в связи с нетрудоспособностью; показатель, оценивающий суммарное «бремя болезней».

² Депрессии, при которых типичное проявление аффективного расстройства в виде сниженного фона настроения не ощущается пациентом и «маскируется» соматовегетативными и невротическими симптомами.

необходимо проведение оценки наличия и степени выраженности психоэмоционального неблагополучия (с использованием наиболее распространенных валидизированных шкал: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала Гамильтона (HAM-D), шкала Бека (BDI), шкала Монтгомери – Асберг (MADRS)³ с привлечением по необходимости врачей-психиатров (при наличии идей самообвинения, суицидальных мыслей, выраженной инсомнии и/или потери веса, психотических симптомов) с последующим назначением сбалансированного препарата из группы антидепрессантов с минимальным количеством побочных эффектов и обладающего лучшей переносимостью, а также сочетающегося с принимаемой данным пациентом соматотропной терапией.

Помимо широко используемых диагностических критериев МКБ-10, делающих основной упор на степень выраженности депрессивного расстройства (легкая, средняя и тяжелая), актуальным является использование и психопатологической классификации (разделение депрессий согласно ведущему патологическому аффекту: тоскливые, тревожные, апатические и пр., по природе происхождения: реактивные, эндогенные; выделение в отдельную группу атипичных форм депрессий и др.). Распознавание клинических характеристик аффективных расстройств является принципиально важным и определяет дальнейшую тактику ведения пациента и подходы к терапии.

И в психиатрической, и в общесоматической практике могут встречаться депрессивные состояния различной клинической структуры: более легкие невротические и более тяжелые эндогенные/эндогенноморфные.

Депрессии невротического уровня характеризуются преобладанием в клинической картине астено-невротических проявлений и соматизированной симптоматики на фоне умеренно сниженного аффективного фона. Возникновение невротических депрессий зачастую ассоциировано с воздействием хронических психотравмирующих ситуаций, таких как длительно существующие внутрисемейные неурядицы (случаи с психическим/физическим насилием; алкоголизм/наркомания), конфликты с сотрудниками, начальством, неблагоприятные условия проживания, низкий уровень дохода и пр.⁴ В ряде случаев на начальных этапах депрессий пациентов в большей степени беспокоят вегетативные и соматизированные проявления (неприятные ощущения в области сердца, повышение или понижение артериального давления, функциональные расстройства со стороны ЖКТ и пр.), неврастенические симптомы (физическая и психическая утомляемость, нарушение когнитивных функций, гиперестезия, раздражительность), а не непосредственно сниженный фон настроения [20–24]. Подобные клинические проявления делают пациентов с невротической депрессией схожими с больными, стра-

дающими маскированными (соматизированными) депрессиями [25]. Зачастую высказываемые жалобы на тяготящие пациентов соматовегетативные и неврастенические проявления имеют функциональный характер, выраженной соматической патологии при обследовании (в том числе клинко-лабораторном, инструментальном и пр.) обнаружить не удается. Однако пациенты, формируя ипохондрическую фиксацию на собственном состоянии, многократно обращаются к врачам общесоматических стационаров и подчас расценивают свое заболевание как редкое и трудноизлечимое по причине длительной недостаточной эффективности назначаемой соматотропной терапии.

Отличительными чертами депрессий невротического уровня является, с одной стороны, более легкая выраженность психопатологических проявлений, а также и принципиально другая структура аффекта: у пациентов не выявляется идея малоценности, тоскливого аффекта, суицидальных идеаций, четкого циркадианного ритма (либо же он инвертирован), значимой потери в весе.

Депрессии невротического уровня в большинстве случаев не требуют госпитализации в психиатрический стационар, терапия данных депрессивных состояний может осуществляться врачами-интернистами (с или без привлечения психиатров).

Среди наиболее частых аффективных расстройств, встречающихся в общесоматической сети и ассоциированных с наличием соматической/неврологической патологии, следует отметить нозогенные/соматогенные, эндогенные/эндогенноморфные депрессии, а также провоцируемую телесным недугом циклотимию. Депрессии могут как предшествовать соматическому заболеванию (выступая либо в качестве провоцирующего соматическую патологию фактора, либо сопутствующего, амплифицирующего заболевания), так и являться спровоцированными актуальной органической патологией.

Нозогенные депрессии возникают в качестве реакции на болезнь, ассоциированной со страхом пациента стать обузой для родственников, потерять социальный и трудовой статус, а также необходимостью госпитализации в стационар. Ведущую роль в возникновении нозогений, помимо наличия соматического заболевания, играет личностный фактор/конституциональное предрасположение, предопределяющее в ряде случаев уязвимость к воздействию соматической вредности. В случае нозогенных депрессий у пациента на фоне умеренно сниженного аффективного фона выявляются выраженные ипохондрические опасения повторных приступов болезни (ангиозных, астматических и пр.), страха смерти, инвалидизации, очередной госпитализации. В структуре такого рода аффективных состояний, в особенности развивающихся на фоне тяжелой органической патологии, имеют место реакции деморализации с чувством безнадежности, беспомощности, ущербности, мыслями о потере физического здоровья, социального статуса, профессиональной непригодности [26]. В некоторых случаях пациенты отмечают возникновение «переоценки ценностей» на фоне телесного недуга,

³ Для работы врача-интерниста наиболее удобной является шкала HADS, в то время как остальные шкалы (HAM-D, BDI, MADRS) требуют дополнительной подготовки специалиста и являются более трудоемкими.

⁴ В современных работах из области развивающейся социальной психиатрии для обозначения состояний, в которых пациент оказывается жертвой длительно существующих психотравмирующих обстоятельств, используется термин «виктимизация» [17–19].

полностью меняя представление об образе жизни и создавая щадящие условия функционирования (с идеями об оформлении инвалидности, отказе от прежней социальной и профессиональной деятельности, соблюдения специально разработанного режима). Усиление или ослабление выраженности эмоционального неблагополучия ассоциировано, соответственно, с нарастанием и редукцией тяготящих пациентов симптомов соматического заболевания.

Соматогенные депрессии, в отличие от нозогений, возникают в ответ на физиологические и биохимические процессы в организме и чаще всего наблюдаются при неблагоприятном течении неврологических, сердечно-сосудистых заболеваний, а также при наличии злокачественных новообразований с многочисленными метастазами (и в том числе на фоне проведения лучевой и химиотерапии). Так, причиной наиболее серьезных соматогенных депрессий нередко являются последствия перенесенного инсульта (с нарушением физиологических процессов обмена нейромедиаторов в пораженном участке головного мозга и вовлечением цитокинов) [16]. В этих случаях пациенты становятся раздражительными, плаксивыми, зачастую безучастными к окружающему. Предъявляют многочисленные жалобы на беспокоящие их астенические проявления (слабость, вялость, упадок сил), нарушения когнитивных функций, сонливость в дневные часы, сочетающиеся с инсомнией. При этом следует отметить, что, способствуя усугублению когнитивных нарушений, инвалидизации, депрессии, возникшие после ранее перенесенного ОНМК, протекают нередко с идеями малоценности, бесперспективности, что значительно увеличивает суицидальный риск у этой группы больных (выявляется до 7–14% суицидальных попыток у пациентов с большим постинсультным депрессивным расстройством [27]). Крайне важно оценивать наличие и выраженность депрессии в постинсультный период, в том числе также с учетом того факта, что аффективная симптоматика (апатия, быстрая утомляемость, нарушения сна и аппетита) зачастую может скрываться под маской собственно неврологической патологии.

Периодические обострения соматической патологии могут сопровождаться более значимым усугублением депрессивной симптоматики, что приводит к формированию эндогенных/эндогенноморфных депрессий с явлениями витальной тоски с локализацией в за грудиной проекции, чувством малоценности, бесперспективности, идеями самообвинения, стойкими нарушениями сна и аппетита, суточным ритмом с ухудшением в утренние часы. У пациентов с эндогенными/эндогенноморфными депрессиями в связи с наличием витальных проявлений, идей самоуничтожения необходимо проведение своевременного выявления депрессивного расстройства с оценкой суицидального риска.

Соматореактивная циклотимия – отдельный вид сочетания аффективной и соматической патологии (чаще всего онкологической) [28, 29]. Заболевание возникает изначально в качестве эндогенноморфной депрессии в

виде реакции на диагноз соматической/неврологической патологии. В дальнейшем происходит смена депрессий и гипоманий как без выраженной внешней провокации, так и в связи с ухудшением или улучшением самочувствия соответственно. Отличительной чертой соматореактивной циклотимии является сохранение на протяжении всего заболевания персистирующей тревоги ипохондрического содержания (выражающейся в виде невроза ожидания перед очередным визитом к врачу или обследовании, а также в виде соблюдения оздоровительных процедур).

Однако следует отметить, что соматореактивная циклотимия, а также биполярное аффективное расстройство, которое также может встречаться у пациентов стационаров общесоматического профиля, имеют принципиально иные терапевтические подходы с использованием прежде всего препаратов нормотимического ряда [30].

Во всех вышеописанных случаях аффективная патология, сочетающаяся с соматическим/неврологическим заболеванием, способствует снижению качества жизни, увеличению риска повторных госпитализаций, ухудшая прогноз и повышая уровень смертности⁵.

Лечение депрессии различается в зависимости от тяжести аффективного заболевания. Так, терапия депрессий невротического уровня может осуществляться как в амбулаторных условиях, так и условиях общесоматического стационара. Для лечения невротических депрессий наиболее приемлема монотерапия антидепрессантом. При этом при назначении антидепрессанта в соответствии с ведущими астено-невротическими и соматовегетативными жалобами необходимо делать выбор в пользу препарата, обладающего более сбалансированным, а также способствующим прокогнитивным действием. Лечение же более тяжелых форм депрессий (соматогенных, эндогенноморфных, эндогенных), особенно сопровождающихся риском утяжеления соматической патологии, суицидальными мыслями, должно проводиться в условиях специализированного психиатрического стационара под контролем врачей-психиатров с подбором комбинированной терапии, с учетом особенностей течения хронического заболевания, возможных побочных эффектов и сочетания с соматотропной терапией.

Как в случае невротической депрессии, так и с учетом наличия соматической/неврологической патологии оправданно назначение антидепрессантов с оптимальной переносимостью. Таковыми в первую очередь являются препараты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), в частности сертралин (Золофт) [32–37], а также антидепрессанты двойного действия – венлафаксин [38] и препараты из группы норадренергических и специфических серотонинергических антидепрессантов – мirtазапин⁶ [39].

⁵ Так, постинфарктная депрессия способствует повышению смертности в 2–2,5 раза [31].

⁶ Нежелательным при наличии тяжелой соматической патологии является назначение препаратов из группы трициклических антидепрессантов в связи с побочными действиями со стороны сердечно-сосудистой и центральной нервной системы (нарушения ритма и внутрисердечной проводимости, ортостатическая гипотензия, нарушение внимания, памяти, седация) [40]. Однако, как показано рядом отечественных исследователей [41], при резистентности депрессивного состояния к терапии, в случае тяжелых депрессий с идеями самообвинения, суицидальными идеями, стойкими нарушениями сна назначение антидепрессантов трициклического ряда в малых дозах (25–75 мг/сут) необходимо

СИОЗС, в отличие от ряда других антидепрессантов, не вызывают нарушений сердечной проводимости, колебаний артериального давления. Более того, выявлено, что СИОЗС препятствуют накоплению серотонина в тромбоцитах, таким образом, способствуя снижению их агрегации, что при длительном приеме приводит к уменьшению риска возникновения сердечно-сосудистых катастроф [43]. Сбалансированные препараты данной группы, в особенности сертралин (Золофт), обладают противотревожным и противоастеническим действием, а также способствуют улучшению когнитивных функций⁷.

Накоплено достаточно большое количество исследований, в которых доказана высокая эффективность, безопасность и хорошая переносимость СИОЗС [32–37, 45–49], в частности сертралина (Золофт), при терапии депрессий при хронических соматических заболеваниях, таких как сердечно-сосудистая патология [32, 34, 48], нервные болезни [36, 38, 44, 49], хроническая болезнь почек [35], сахарный диабет [33], заболевания крови [37]. В приведенных работах продемонстрировано меньшее количество побочных эффектов у препаратов группы СИОЗС, их лучшая совместимость с соматотропной тера-

пией, уменьшение риска повторного возникновения депрессивных состояний при длительном приеме.

Следует отметить, что, помимо медикаментозного лечения, необходимо также использование психотерапевтических методов (личностно-ориентированной, поведенческой, рационально-эмоционально-поведенческой психотерапии) с целью реабилитации, включения в бытовую, социальную жизнь, профессиональную деятельность, профилактики повторных депрессивных эпизодов, а при невротических депрессиях для разрешения хронических стрессовых ситуаций, помощи пациенту в преодолении каждодневных трудностей.

Таким образом, практически у трети пациентов с хроническими заболеваниями, наблюдающимися у врачей общесоматической сети, выявляется наличие депрессий различной степени выраженности. В их возникновении могут играть роль внешние факторы в виде длительно существующих бытовых стрессовых воздействий, депрессивные состояния развиваются в ответ на известие о наличии тяжелой соматической патологии. С другой стороны, аффективные расстройства могут быть обусловлены последствиями перенесенных заболеваний, а также иметь эндогенную природу. Необходимо своевременное выявление и определение степени тяжести депрессивных расстройств с целью решения дальнейшей тактики и назначения дифференцированной психофармако- и психотерапии.

и обоснованно. Определенные ограничения в применении имеют и препараты из группы СИОЗНС, что обусловлено их способностью вызывать учащение сердечного ритма и повышение артериального давления [42].

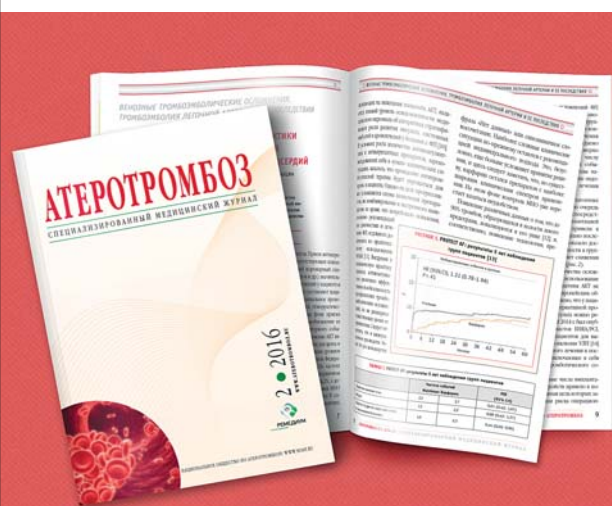
⁷ В исследовании, выполненном на пациентах с депрессией на фоне болезни Альцгеймера, было показано достоверное улучшение мнестических функций по сравнению с венлафаксином и дезипрамином [44].

Рекомендован ВАК РФ

АТЕРОТРОМБОЗ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Журнал основан Национальным обществом по атеротромбозу (НОАТ) при поддержке Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК), Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов и Национальной ассоциации по борьбе с инсультом (НАБИ).



В журнале публикуются образовательные и информационные статьи, описания клинических наблюдений, включая случаи применения новейших методик лечения.

Особое внимание уделено материалам, характеризующим возможности использования современных методов исследования состояния тромбообразования и сосудистой стенки, методов лечения атеротромботических заболеваний в отечественных научных и практических учреждениях.

Среди авторов журнала известные ученые, ведущие исследователи и аналитики: кардиологи и неврологи, сосудистые хирурги, липидологи и специалисты в области коагулологии, клинические фармакологи и патофизиологи.

Реклама

www.asurgery.ru

• НОВОСТИ
• АРХИВ ВЫПУСКОВ

РЕМЕДИУМ
ИЗДАТЕЛЬСТВО

105082, Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.
Тел.: 8 495 780 3425, факс: 8 495 780 3426,
remedium@remedium.ru

ЛИТЕРАТУРА

- Wittchen H-U. Continued needs for epidemiological studies of mental disorders in the community. *Psychother Psychosom*, 2004, 73(4): 197-206.
- Ohayon MM. Epidemiology of depression and its treatment in general population. *J Psychiatr Res*, 2007, 41(3-4): 207-13.
- Смулевич А.Б. Депрессии при психических и соматических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство, 2015, 600 с.
- Игумнов С.А., Осипчик С.И. Экономический анализ мероприятий в области охраны психического здоровья. *Социальная и клиническая психиатрия*, 2012, 22(2): 78-80.
- Jacobi F, Wittchen H-U, Holting C, Höfler M, Pfister H, Müller N, et al. Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med*, 2004, 34(4): 597-611.
- Андрющенко А.В. Психические и психосоматические расстройства в учреждениях общесоматической сети (клинико-эпидемиологические аспекты, психосоматические соотношения, терапия): Автореферат на соискание ученой степени доктора медицинских наук. М., 2011.
- Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б., Дробижев М.Ю., Шальнова С.А., Погосова Г.В. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС. *Кардиология*, 2004, 1: 48-54.
- Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Дробижев М.Ю., Бурлаков А.В., Макух Е.А., Горбушин А.Г. Депрессии и возможности их лечения в общесоматической практике (предварительные результаты программы ПАРУС). Психические расстройства в общей медицине, 2007, 2: 25-30.
- Davidson K.W., Kupfer DJ., Bigger J.T., Califf R.M., Carney R.M., Coyne J.C., et al. Assessment and treatment of depression in patient with cardiovascular disease: National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group Report. *Psychosom Med*, 2006, 68(5): 645-50.
- Степанова Е.А. Депрессии при ишемической болезни сердца: Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. М.: 2010.
- Starkstein SE, Merello M, Jorge R, Brockman S, Bruce D, Petracca G, et al. A validation study of depressive syndromes in Parkinson's disease. *Mov Disord*, 2008, 23(4): 538-46.
- Tumas V, Rodrigues GG, Farias TL, Crippa JA. The accuracy of diagnosis of major depression in patients with Parkinson's disease: a comparative study among the UPDRS, the geriatric depression scale and the Beck depression inventory. *Arq Neuropsiquiatr*, 2008, 66(2A): 152-6.
- Нодель М.Р., Яхно Н.Н. Нервно-психические нарушения при болезни Паркинсона. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*, 2009, 2: 3-8.
- Williams LS, Shoma Ghose S, Swindle RW. Depression and other mental health diagnoses increase mortality risk after ischemic stroke. *Am J Psychiatry*, 2004, 161: 1090-5.
- Gaete JM, Bogousslavsky J. Post-stroke depression. *Exp Rev Neurother*, 2008, 8: 75-92.
- Парфенов В.А. Постинсультная депрессия: распространенность, патогенез, диагностика и лечение. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*, 2012, 4: 84-8.
- Joy AB, Hudes M. High risk of depression among low-income women raises awareness about treatment options. *California Agriculture*, 2010, 61(1): 22-5.
- Foran HM, Vivian D, O'Leary KD Klein DN, Rothbaum BO, Manber R, et al. Risk for Partner Victimization and Marital Dissatisfaction Among Chronically Depressed Patients. *J Fam Viol*, 2012, 27: 75-85.
- Сорокина О.Ю., Читлова В.В. Невротическая депрессия (обзор литературы). *Психические расстройства в общей медицине*, 2016, 4: 28-33.
- Лакошина Н.Д. Клинические варианты невротического развития. М.: Медицина, 1970, 218 с.
- Лакошина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности и психопатии: клиника и лечение. М.: Медицина, 1994, 192 с.
- Roth M, Mountjoy CQ. The need for the concept of neurotic depression. In: Akiskal HS, Cassano GB (eds), *Dysthymia and the spectrum of chronic depressions*. New York: Guilford press, 1997, 96-129.
- Ghaemi SN, Vöhringer PA. The heterogeneity of depression: an old debate renewed. *Acta Psychiatr Scand*, 2011, 124: 497.
- Ghaemi SN, Vöhringer PA, Vergne DE. The varieties of depressive Experience: diagnosing mood disorders. *Psychiatr Clin N Am*, 2012, 35: 73-86.
- Brautigam W. Reaktionen - Neurosen - Abnorme Persönlichkeiten. Seelische Krankheiten im Grudriss. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1978: 134-42.
- Kissane DW, Clarke DM, Street AF. Demoralization syndrome - a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J Palliat Care*, 2001, 17(1): 12-21.
- Capaldi V, Wynn I. Emerging strategies in the treatment of post-stroke depression and psychiatric distress in patients. *Psychol Res Behav Manag*, 2010, 3: 109-118.
- Самушия М.А. Психические расстройства у больных злокачественными новообразованиями органов женской репродуктивной системы (клиника, эпидемиология, терапия): Автореферат на соискание ученой степени доктора медицинских наук. М., 2015.
- Волель Б.А., Макух Е.А., Лебедева М.В., Попова Е.Н. К проблеме психосоматических расстройств при саркоидозе (на базе материалов межклической конференции «Саркоидоз как системное заболевание: соматические и психические расстройства. *Психические расстройства в общей медицине*, 2015, 2-3: 31-39.
- Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Ушкалова А.В. Клиника и терапия биполярной депрессии. М.: АМА-ПРЕСС, 2009, 48 с.
- van Melle JP, de Jonge P, Spijkerman TA, Tijssen JG, Ormel J, van Veldhuisen DJ, et al. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. *Psychosom Med*, 2004, 66(6): 814-22.
- Glassman AH, O'Connor CM, Califf RM, Swedberg K, Schwartz P, Bigger JT Jr, et al. Sertraline Antidepressant Heart Attack Randomized Trial (SADHART) Group. Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina. *JAMA*, 2002, 288: 701-9.
- Petrak F, Herpertz S, Albus C, Hermanns N, Hiemke C, Hiller F, et al. Cognitive behavioral therapy versus sertraline in patients with depression and poorly controlled diabetes: the diabetes and depression (DAD) study: A randomized controlled multicenter Trial. *Diabetes Care*, 2015, 38(5): 767-75.
- Sherwood A, Blumenthal JA, Smith PJ, Watkins LL, Hoffman BM, Hinderliter AL. Effects of exercise and sertraline on measures of coronary heart disease risk in patients with major depression: results from the SMILE-II randomized clinical trial. *Psychosom Med*, 2016, 78(5): 602-9.
- Hedayati SS, Gregg LP, Carmody T, Jain N, Touns M, Rush AJ, et al. Effect of Sertraline on Depressive Symptoms in Patients With Chronic Kidney Disease Without Dialysis Dependence: The CAST Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 2017, 318(19): 1876-90.
- Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JP, Churchill R, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatment meta-analysis. *Lancet*, 2009, 373: 746-58.
- Выборных Д.Э. Терапия депрессивных расстройств у больных гемобластомами. *Проблемы гематологии и переливания крови*, 2004, 3: 40-41.
- Broen MP, Leentjens AF, Köhler S, Kuifj ML, McDonald WM, Richard IH. Trajectories of recovery in depressed Parkinson's disease patients treated with paroxetine or venlafaxine. *Parkinsonism Relat Disord*, 2016, 23: 80-5.
- Watanabe N, Omori IM, Nakagawa A, Cipriani A, Barbui C, McGuire H, et al. Mirtazapine versus other antidepressants in the acute-phase treatment of adults with major depression: systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 2008, 69(9): 1404-15.
- Lichtman JH, Bigger JT Jr, Blumenthal JA, Frasure-Smith N, Kaufmann PG, Lesperance F, et al. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation*, 2008, 118(17): 1768-75.
- Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокardiология. М.: Медицинское информационное агентство, 2005, 784 с.
- Taylor D. Antidepressant drugs and cardiovascular pathology: a clinical overview of effectiveness and safety. *Acta Psychiatr Scand*, 2008, 118(6): 434-42.
- Serebruany VL, Glassman AH, Malinin AI, Nemeroff CB, Musselman DL, van Zyl LT, et al. Sertraline Antidepressant Heart Attack Randomized Trial Study Group. Platelet/endothelial biomarkers in depressed patients treated with the selective serotonin reuptake inhibitor sertraline after acute coronary events: the Sertraline Antidepressant Heart Attack Randomized Trial (SADHART) Platelet Substudy. *Circulation*, 2003, 108: 939-44.
- Mokhber N, Abdollahian E, Soltanifar A, Samadi R, Saghebi A, Haghighi MB, et al. Comparison of sertraline, venlafaxine and desipramine effects on depression, cognition and the daily living activities in Alzheimer patients. *Pharmacopsychiatry*, 2014, 47(4-5): 131-40.
- Strik JJ, Honig A, Lousberg R, Lousberg AH, Cheriex EC, Tuynman-Qua HG, et al. Efficacy and safety of fluoxetine in the treatment of patients with major depression after first myocardial infarction: findings from a double-blind, placebo-controlled trial. *Psychosom Med*, 2000, 62: 783-9.
- Pohl R, Balon R, Jayaraman A, Doll RG, Yeragani V. Effect of fluoxetine, pemoline and placebo on heart period and QT variability in normal humans. *J Psychosom Res*, 2003, 55: 247-51.
- Lesperance F, Frasure-Smith N, Koszycki D, Laliberte MA, van Zyl LT, Baker B, et al. Effects of citalopram and interpersonal psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease: the Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy (CREATE) trial. *JAMA*, 2007, 297(4): 367-79.
- Kimmel SE, Schelleman H, Berlin JA, Oslin DW, Weinstein RB, Kinman JL, et al. The effect of selective serotonin re-uptake inhibitors on the risk of myocardial infarction in a cohort of patients with depression. *Br J Clin Pharmacol*, 2011, 72(3): 514-7.
- Starkstein S.E., Mizrahi R, Power BD. Antidepressant therapy in post-stroke depression. *Expert Opin Pharmacother*, 2008, 9(8): 1291-8.