

ПРОБЛЕМЫ ДЕПРЕССИЙ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Н.В. ЗАРУБИНА^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ярославль, Россия;

² ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 1 Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия.

УДК 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-57-66

Аннотация

Введение. Депрессивные нарушения перестали быть только задачей психиатров. Депрессии выявляются у пациентов соматического и неврологического профиля как реакция на болезнь, а могут быть и причиной недуга. Численность больных вышеуказанной патологией до настоящего времени остается неизвестной. Основной задачей, стоящей перед организаторами здравоохранения, является необходимость в выстраивании алгоритма в выявлении, регистрации и лечении депрессивных нарушений у пациентов с сочетанной патологией. В данной статье рассматриваются депрессивные нарушения у больных рассеянным склерозом (РС). **Цель исследования:** изучение проблемы выявления депрессивных нарушений и факторов, влияющих на депрессию у больных рассеянным склерозом для совершенствования организационных форм и методов работы органов управления здравоохранением. **Материалы и методы.** Участие приняли 203 больных с клинически подтвержденным диагнозом РС. С учетом течения заболевания больные РС распределены: с ремиттирующим (РРС) типом течения РС – 88,2% (179 человек) и 11,8% (24 человека) с вторично-прогрессирующим течением (ВПРС). Средний возраст обследуемых пациентов с ремиттирующим течением (РРС) варьировал от 15 до 63 лет, в среднем 38±10 лет. Возраст обследуемых больных с ВПРС представлен в диапазоне от 29 до 65 лет, в среднем (46±9,00) лет. Большинство больных имели продолжительность болезни менее 20 лет, в среднем 8,23±6,57 лет. Средний возраст начала болезни 30,2±10,5 лет. Продолжительность болезни 9,84±0,73 года, в то время как уровень инвалидизации пациентов (оценка в баллах по расширенной шкале оценки степени инвалидизации Expanded Disability Status Scale/EDSS) на момент обследования составил 2,89±0,16 балла. Показатель инвалидизации варьировал у пациентов РРС 2,89±0,16 баллов, больных ВПРС (5,0±0,24) баллов. **Результаты и обсуждение.** У 55,7% (113 человек) пациентов с РС диагностирована депрессия, из них у пациентов с ремиттирующим (РРС) течением 80,5% (91 человек) и вторично-прогрессирующим течением заболевания (ВПРС) 19,5% (22 человека). У более 54,8% (62 человека) отмечались легкие и умеренные депрессивные проявления, у 39,8% (45 человек) чаще всего регистрировались смешанное тревожно-депрессивное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство, далее депрессивные эпизоды. Выявлено, что на развитие депрессии у больных с ремиттирующим течением влияют: «срок заболевания» РС $r=0,00333^{**}$, «уровень инвалидизации» $r=0,0457^{*}$ и «личностная тревожность» $r=0,0194$. У больных с вторично-прогрессирующим течением на депрессию оказывают влияние факторы: «ситуативной тревожности» $r=0,0398^{*}$ и «личностной тревожности» $r=1,740$. Социальный статус показал, что пациенты «РС без депрессии», находящиеся в браке, статистически реже страдали депрессией и дольше сохраняли работоспособность ($p<0,001$). **Заключение.** Депрессивные нарушения являются ведущими нарушениями у больных неврологического профиля, но их количество и выраженность симптомов часто игнорируются специалистами. Поэтому перед органами управления здравоохранением стоят задачи выстроить клинико-организационный алгоритм работы в выявлении депрессивных нарушений, а также их своевременной медицинской коррекции.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, рассеянный склероз, регистр, клинико-организационный алгоритм.

Для цитирования: Зарубина Н.В. Проблемы депрессий в неврологической практике. Общественное здоровье. 2024; 3(4):57–66, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-57-66

Контактная информация: Зарубина Наталья Владимировна, e-mail: ntshzarubina@rambler.ru

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 21.04.2024. **Статья принята к печати:** 12.07.2024. **Дата публикации:** 25.09.2024.

UDC 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-57-66

PROBLEMS OF DEPRESSION IN NEUROLOGICAL PRACTICE

N.V. Zarubina^{1,2}

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Yaroslavl State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Yaroslavl, Russia;

² Hospital for War Veterans No. 1 of the Department of Health of the City of Moscow, Moscow, Russia.

Abstract

Introduction. Depressive disorders have ceased to be only the task of psychiatrists. Depression is detected in patients with a somatic and neurological profile as a reaction to the disease, and may be the cause of the disease. The number of above-mentioned pathologies remains unknown to date. The main task for health care organizers is the need to build an algorithm for the identification, registration and treatment of depressive disorders in patients with combined pathologies. This article discusses depressive disorders in patients with multiple sclerosis. *The purpose of the study:* to study depressive disorders and factors influencing depression in patients with multiple sclerosis. *Materials and methods.* 203 patients with clinically confirmed diagnosis of MS participated. Taking into account the course of the disease, MS patients were distributed: with a remitting (RRS) type of MS course 88.2% (179 people) and 11.8% (24 people) with a secondary progressive course (RRS). The average age of the examined patients with remitting course (RRS) ranged from 15 to 63 years, on average 38 ± 10 years. The age of the examined patients with HPV is in the range from 29 to 65 years, on average (46 ± 9.00) years. The majority of patients had a disease duration of less than 20 years, on average 8.23 ± 6.57 years. The average age of onset of the disease is 30.2 ± 10.5 years. The duration of the disease is 9.84 ± 0.73 years, while the level of disability of patients (score in points on the Expanded Disability Status Scale/EDSS) at the time of examination was 2.89 ± 0.16 points. The disability index varied in patients with RRS 2.89 ± 0.16 points, in patients with RRS (5.0 ± 0.24) points. *Results and discussion.* 55.7% (113 people) of MS patients were diagnosed with depression, of which 80.5% (91 people) and 19.5% (22 people) of patients with a remitting (RRS) course and a secondary progressive course of the disease (RRS). More than 54.8% (62 people) had mild and moderate depressive manifestations, 39.8% (45 people) most often had mixed anxiety-depressive disorder, recurrent depressive disorder, then depressive episodes. It was revealed that the development of depression in patients with a remitting course is influenced by: «disease duration» PC $p=0.00333^{**}$, «disability level» $p=0.0457^*$ and «personal anxiety» $p=0.0194$. In patients with a secondary progressive course, depression is influenced by the following factors: «situational» $p=0.0398^*$ and «personal anxiety» $p=1.740$. The social status determined that patients with «MS without depression» who were married were statistically less likely to suffer from depression and maintained their working capacity longer ($p<0.001$). *Conclusion.* Depressive disorders are the leading disorders in neurological patients, but their number and severity of symptoms are often ignored by specialists. Therefore, the health authorities are faced with the task of building a clinical and organizational algorithm for the identification of depressive disorders, as well as their timely medical correction.

Keywords: depressive disorders, multiple sclerosis, registry, clinical and organizational algorithm.

For citation: Zarubina N.V. Problems of depression in neurological practice. Public health. 2024; 3(4):57–66, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-57-66

For correspondence: Natalia V. Zarubina, e-mail: ntshzarubina@rambler.ru

Funding: The study had no sponsorship.

Conflict of interests: The authors declare that there is no conflict of interests.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

ВВЕДЕНИЕ

Основными звеньями психиатрической помощи в отечественной психиатрии здравоохранения до настоящего времени являются психоневрологические диспансеры, которые распределены по территориальному признаку, а также психиатрические больницы, где ведется учет психических заболеваний. Однако, депрессия перестала быть исключительно психиатрической проблемой. Расстройства адаптации, невротические, тревожные, депрессивные состояния распространены довольно широко – у 10–25% населения [1], а у пожилых людей «депрессивные состояния регистрируются в соотношении 81,2% у женщин и 71,4% среди мужчин» [2]. Стресс, стресс-индуцированные состояния, депрессия способствуют развитию некоторых соматических заболеваний, в частности, сердечно-сосудистых, при этом существенно ухудшая прогноз соматической патологии [3, 4]. В то же время, длительно протекающие соматические заболевания могут вызывать психические расстройства [5, 6].

Депрессивными расстройствами страдают люди в любом возрасте, независимо от социального положения, страны проживания и т. п.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сравнивает депрессию с эпидемией, охватившей все человечество. Депрессия уже вышла на первое место в мире среди причин неявки на работу, на второе – среди болезней, приводящих к потере трудоспособности.

В мире наблюдается возрастание психических расстройств и рост их экономического и социального бремени. Согласно статистическим данным, насчитывается 120 миллионов человек с депрессией [7]. В связи с этим, в подготовленном ВОЗ комплексном плане действий в области психического здоровья на 2013–2030 гг. излагаются необходимые меры по организации надлежащего оказания помощи лицам, страдающим нарушениями психического здоровья, в том числе депрессией [8].

Вместе с тем, депрессия встречается и у пациентов с соматической и неврологической патологией, но изучена не в достаточном объеме, так

как выявленные депрессивные расстройства в основном маскируются ведущим расстройством, а аффективные расстройства на первый взгляд не видны, и, соответственно, пациентам в должном объеме не оказывается помощь.

Требуется рассмотрение данной проблемы на примере организации медицинской помощи больным рассеянным склерозом.

Научно-практический интерес к данному расстройству связан, прежде всего, с возрастом заболевания, в котором дебютирует рассеянный склероз (от 10 до 59 лет) и его прогрессирующим течением [9, 10, 11].

Рассеянный склероз (РС) является хроническим демиелинизирующим заболеванием центральной нервной системы, имеющим в большинстве случаев на ранних стадиях волнообразное течение с чередованием периодов обострений и ремиссий, реже неуклонно прогрессирующее течение. Количество диагностированных форм ежегодно увеличивается в среднем на 18–20%. Пациентов с установленным диагнозом органы здравоохранения обеспечивают льготными лекарственными средствами со дня их включения в региональный сегмент Федерального регистра по программе «7 нозологий» (семь нозологий), который стартовал в 2008 г. Основанием для начала работы программы послужил Федеральный закон № 132-ФЗ от 17 июля 2007 г. «О внесении изменений в Федеральный закон «О федеральном бюджете на 2007 год» [12].

Перечень лекарственных средств, отпускаемых по данной программе, утвержден Распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2008 № 2053-р (в ред. распоряжения Правительства РФ от 27 декабря 2010 № 2415-р) [13].

Существует основной регистр больных РС, в котором по данным Международной федерации рассеянного склероза (Multiple Sclerosis International Federation, MSIF) отмечается, что в мире проживает более 2,3 млн пациентов с РС, причем каждые 5 лет их число увеличивается на 10%. С 2008 по 2013 гг. распространенность РС возросла на 10% – с 30 до 33 случаев на 100000 населения [15]. Создание регистров пациентов с РС отвечает растущей потребности в сборе и анализе больших данных в эпидемиологии демиелинизирующих заболеваний.

Обработка данных, собранных в результате создания регистра, позволяет оптимизировать маршрутизацию пациентов, оценить соответствие реальной практики лечения в различных регионах РФ принятым протоколам

и стандартам ведения больных, вносить своевременные коррективы в клинические рекомендации, улучшить качество оказываемой специализированной медицинской помощи [16], однако существующий федеральный регистр пациентов с РС включает в основном больных с ремиттирующей формой заболевания, получающих терапию препаратами и требует существенной доработки. Помимо федерального регистра, в ряде субъектов РФ созданы локальные базы данных о демиелинизирующих заболеваниях ЦНС, но они не стандартизированы и разнятся, что затрудняет анализ собранной информации.

В то же время не существует единого регистра для пациентов с рассеянным склерозом и депрессией, которая регистрируется более чем у половины пациентов с РС [17]. Результаты возросшего числа исследований показывают, что негативные психологические факторы, такие как депрессия и стресс, ассоциированы с рассеянным склерозом, так как имеют общие иммунологические звенья [18, 19]. Поэтому депрессия правомерно рассматривается как доказанный и независимый фактор риска развития цереброваскулярных и нейродегенеративных заболеваний [20, 21, 22, 23].

Наличие депрессивных нарушений способствует усложнению течения неврологической и соматической патологии, замедляет восстановление неврологических функций, уменьшает мотивированность больного на реабилитационные мероприятия и, тем самым, в конечном счете, усугубляет его социальную адаптацию.

Цель исследования: изучение проблемы выявления депрессивных нарушений и факторов, влияющих на депрессию у больных рассеянным склерозом для совершенствования организационных форм и методов работы органов управления здравоохранения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данные для исследования получены на базе кафедры нервных болезней с медицинской генетикой и нейрохирургией Ярославского государственного медицинского университета. Все участники получали препараты, изменяющие течение рассеянного склероза (ПИТРС) и перед включением в исследование подписали информированное согласие. Для выявления депрессии применялись шкала депрессии А.Т. Бека и шкала самооценки депрессии, разработанная в Национальном медицинском

исследовательском центре психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева.

Диагноз депрессивного расстройства устанавливался в соответствии с критериями МКБ-10 врачом-психиатром. В исследовании использованы шкалы: реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера (адаптирована Ю.Л. Ханиным), астенического состояния (ШАС) Л.Д. Малковой (адаптирована Т.Г. Чертовой). В группу вошли больные с ремиттирующим и вторично-прогрессирующим типом течения болезни.

Неврологом, согласно критериям (McDonald, 2005, 2017 гг. [24] и данным МРТ-исследований головного и спинного мозга выставлялся диагноз РС и назначалась терапия. Проводилась оценка по Шкале повреждения функциональных систем (ФС) по Дж.Ф. Курцке (Kurtzke Functional Systems Scores) [25], для оценки глубины неврологического поражения использована сумма баллов по всем системам от 1–26 и в среднем $(8,58 \pm 0,35)$ баллов.

Статистическая обработка материала. Оценка достоверности различий по количественному признаку определялась U-критерием Манна-Уитни и критерием Хи-квадрат Пирсона. Статистический анализ проводили с помощью дисперсионного анализа (ANOVA), в программе Statistica 10,0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В исследовании приняли участие 203 больных с клинически подтвержденным диагнозом РС. С учетом течения заболевания больные РС распределены: с ремиттирующим (РРС) типом течения РС, которое характеризуется наличием обострений, между которыми не отмечается прогрессирование инвалидизации – 88,2%

(179 человек) и 11,8% (24 человека) с вторично-прогрессирующим течением (ВПРС), при котором тяжесть симптомов увеличивается в течение полугода и является продолжением ремиттирующего течения.

Средний возраст обследуемых пациентов с ремиттирующим течением (РРС) варьировал от 15 до 63 лет, в среднем 38 ± 10 лет. Большинство больных имели продолжительность болезни менее 20 лет, в среднем $8,23 \pm 6,57$ лет. Средний возраст начала болезни $30,2 \pm 10,5$ лет. В основном, заболевание дебютировало в возрасте до 30 лет у 49,7% (89 человек), до 45 лет у 26,8% (48 человек). В 67,6% случаев (121 человек) болезнь дебютировала моносимптомно. В клинической картине болезни преобладали нарушения пирамидной симптоматики в виде гемипарезов и монопарезов 44,1% (79 человек). Вторым по частоте симптомом начала заболевания у 28,5% (51 человек) были зрительные нарушения с проявлениями оптического неврита. Нарушения чувствительной сферы отмечены у 27,4% (49 человек).

За период наблюдения больных РРС в стадии клинической ремиссии находились 56,4% (101 человек), в период обострения 43,6% (78 человек).

В основной группе, женщин с РРС течением было значительно больше, но параметры возраста начала заболевания, длительности заболевания, а также уровня инвалидизации при РС значимо не отличались (табл. 1).

Возраст обследуемых больных с ВПРС представлен в диапазоне от 29 до 65 лет, в среднем $(46 \pm 9,00)$ лет, и соответствует более позднему началу болезни. Средний возраст начала заболевания, по данным исследования, соответствовал значениям $(33,33 \pm 8,02)$ лет). В основном ВПРС дебютировал в возрасте после 30 лет у 62,5% (15 человек) и 37,5% (9 человек), также отмечено более позднее на статистически значимом уровне

Таблица 1

Характеристика больных с ремиттирующим течением рассеянного склероза (РРС)

Показатель M ± SD / Me	Общее количество 179 чел.	
	мужчины	женщины
Количество больных; %	51; 28,50	128; 71,50
Средний возраст (лет)	34 ± 9,00	41 ± 10,00
Средний возраст начала заболевания	27,90 ± 8,30	31,84 ± 10,9
Средняя длительность РС	6,46 ± 5,76	8,50 ± 6,62
Средний индекс EDSS (баллы)	2,30 ± 1,40	2,40 ± 1,50

Источник: составлено автором на основании результатов собственных исследований.

Таблица 2

Характеристика больных вторично-прогрессирующим рассеянным склерозом (ВПРС)

Показатель M ± SD / Me	Общее количество 24 чел.	
	Мужчины	Женщины
Количество больных (n); %	5;20,80	19;79,20
Средний возраст (лет)	48±8,40	51±10,00
Средний возраст начала заболевания	34,4±12,32	34,47±12,22
Средняя длительность РС	14±6,40	15,4±9,09
Средний индекс EDSS (баллы)	5,1±0,82	5,03±1,11

Источник: составлено автором на основании результатов собственных исследований.

p < 0,001* (после 40 лет) начало заболевания, чем при РС. Выявлено, что средний уровень по шкале инвалидизации EDSS также соответствовал более высоким значениям (5,70±0,30) лет, но значительно не отличался у мужчин (5,10±0,82) и женщин (5,03±1,11) баллов (табл. 2).

Исходя из полученных данных при оценке возраста в зависимости от типа течения, были установлены статистически значимые различия (p < 0,001), где больные с ВПРС были значительно старше пациентов с РС течением (используемый метод: U-критерий Манна-Уитни).

В процессе работы оценивалась скорость прогрессирования (СП) РС, как соотношение показателя по шкале EDSS к длительности РС. С медленным темпом прогрессирования патологического процесса (<0,25) было 23,4% (47 человек), наибольшее число пациентов было с умеренной скоростью прогрессирования болезни (0,25–0,75) – 74,1% (149 пациентов), неблагоприятный вариант течения с быстрым темпом прогрессирования (>0,75) – 2,5% отмечался у 5 человек. Проводился анализ типа течения РС и уровня инвалидизации (табл. 3).

Сравнение пациентов по степени тяжести течения выявило, что с легкой степенью инвалидизации (до 3 баллов) представлены пациенты только с ремиттирующим течением РС (140 человек), тогда как средняя степень инвалидизации выявлена чаще у пациентов с вторично-прогрессирующим

течением рассеянного склероза (индексом EDSS от 3,5 до 6,0 баллов), что подтверждается на статистически значимом уровне (p < 0,001) (используемый метод: Хи-квадрат Пирсона).

Врачом-психиатром, в процессе психодиагностического исследования выявлено, что больше половины пациентов с РС предъявляли жалобы на: сниженный фон или колебание настроения, общую слабость, усталость, снижение трудоспособности, раздражительность, снижение массы тела, головные боли, нарушение сна, ограничение социальных контактов.

У 55,7% (113 человек) пациентов с РС диагностирована депрессия, из них у пациентов с ремиттирующим (РС) течением 80,5% (91 человек) и вторично-прогрессирующим течением заболевания (ВПРС) 19,5% (22 человека).

Для постановки диагноза основными явились критерии МКБ-10: отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями; сниженное настроение; снижение энергии и повышенная утомляемость, а также сниженная способность к сосредоточению и вниманию; снижение самооценки и чувство неуверенности в себе; идеи виновности и уничижения; мрачное и пессимистическое видение будущего; идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства; нарушенный сон; нарушенный аппетит.

Таблица 3

Анализ типа течения в зависимости от степени тяжести инвалидизации

Показатель	Категории	Инвалидизация		p
		Легкая	Средней тяжести	
Тип течения	РС	140 (100,0)	32 (57,1)	< 0,001*
	ВПРС	0 (0,0)	24 (42,9)	

* – различия показателей статистически значимы (p < 0,05)

Источник: составлено автором на основании результатов собственных исследований.

Уровень депрессивных нарушений

Уровень депрессии	РС с депрессией n = 113 чел. чел. абс., %
Легкая депрессия 16–19 баллов	62;54,8
Умеренная депрессия 20–29 баллов	45;39,8
Тяжелая депрессия 30–63 баллов	6;5,4

Источник: составлено автором на основании результатов собственных исследований.

В исследовании проведен анализ уровня депрессивных нарушений (табл. 4).

Выявлено, что уровень депрессивных нарушений у больных РС с депрессией варьировал. У более 54,8% (62 человека) отмечались легкие и у 39,8% (45 человек) умеренные депрессивные проявления. Выявленный диапазон колебаний в эмоциональной сфере больных РС может быть связан с изменением неврологического статуса, а также появлением нового очага демиелинизации у пациента с РС.

Из всех случаев депрессивных расстройств, диагностированных у больных РС, у 36,3% (41 человек) на первое место выходили смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2), которое характеризуется равным проявлением и тревожного, и депрессивного компонента.

Рекуррентное депрессивное расстройство (F33.0–33.2) включало в себя повторяющиеся депрессивные эпизоды и занимало второе место среди больных с РС – 26,5% (30 человек).

Депрессивные эпизоды (F32.0–32.2) средней и тяжелой степени без психотических симптомов встречались у 18,6% (21 пациента), тогда как расстройства адаптации (F43.21–43.22), которые характеризуются кратковременной депрессивной реакцией с выраженными вегетативными проявлениями – у 18,6% (21 пациента). Распределение

депрессивных нарушений с учетом пола представлено в таблице 5.

Проведенный анализ показал, что соотношение мужчин и женщин у «больных РС с депрессией» в диагностических рубриках отличалось. У мужчин чаще диагностировался депрессивный эпизод (F32.0–32.2) средней степени тяжести, тогда как у женщин чаще выявлялись рекуррентная депрессия (F33.11–33.2) и расстройство адаптации (F43.21–43.22).

Поиск факторов, вызывающих депрессивные расстройства у больных РС, подвел к проведению факторного анализа (ANOVA) (табл. 6).

Выявлено, что на развитие депрессии у больных с ремиттирующим течением влияют: «срок заболевания» РС $p=0,00333^{**}$, «уровень инвалидизации» $p=0,0457^*$ и «личностная тревожность» $p=0,0194$. У больных с вторично-прогрессирующим течением на депрессию оказывают значение факторы: «ситуативной» $p=0,0398^*$ и «личностной тревожности» $p=1,740$.

В исследовании проведена оценка социального статуса пациентов, где оценивался анализ семейного положения, образования, трудовой занятости. При оценке социальных факторов для определения однородности группы, учитывалось распределение пациентов по полу. Среди пациентов с «РС без депрессии» мужчины составили 53,6% (30

Таблица 5

Характеристика больных рассеянным склерозом с депрессивной симптоматикой

Шифр F	Расстройство по МКБ	РС с депрессией n = 113 чел. абс., %	
		Мужчины 26 чел.	Женщины 87 чел.
F32.0–32.2	Депрессивный эпизод	7;27	14;16,1
F33.11–33.2	Рекуррентное депрессивное расстройство	6;23	24;27,6
F41.2	Смешанное тревожно-депрессивное расстройство	9;34,6	32;36,8
F43.21–43.22	Расстройства адаптации	4;15,4	17;19,5

Источник: составлено автором на основании результатов собственных исследований.

Таблица 6

Факторы, влияющие на развитие депрессии

Факторы	РРС			ВПРС		
	M±m	F	p	M±m	F	p
Возраст	40,42±11,00	1,817292	0,1180444	50,86±9,24	1,602531	0,223775
Возраст заболевших	31,94±10,91	0,340553	0,8869494	35,40±11,27	0,527873	0,668789
Срок заболевания	8,60±6,96	3,863097*	0,00333**	15,45±8,76	1,792208	0,184719
Стресс	0,84±0,36	1,388532	0,2367418	0,90±0,29	0,136364	0,937028
Депрессия в анамнезе	0,38±0,48	1,680804	0,1479802	0,54±0,50	1,642376	0,214901
EDSS	2,39±1,38	2,373490*	0,045720*	5±1,11	0,236994	0,869394
Количество обострений	3,35±2,08	0,616135	0,6878008	5,09±2,52	0,743695	0,539907
Уровень депрессии	18,14±6,49	1,493241	0,2005758	24,18±5,90	1,719276	0,198807
Астения	57,86±14,08	0,413524	0,8381649	69,81±9,62	2,580499	0,085472
Ситуативная тревожность	49,12±10,97	2,151773	0,0670083+	50,81±9,27	3,412812*	0,039890*
Личностная тревожность	51,56±8,65	2,862896*	0,019442*	58,40±7,08	1,740402	1,740402+

Источник: составлено автором на основании результатов собственных исследований.

человек), а у пациентов с «РС с депрессивными нарушениями» – 40,8% (26 человек), тогда как женщины в группе без депрессии 46,4% (60 человек) и в группе с депрессивными нарушениями 59,2% (87 человек). Данное соотношение участников исследования определяло однородность групп и не противоречило дальнейшему анализу.

Проведенный анализ семейного положения больных рассеянным склерозом выявил, что больные РС вне брака чаще подвержены депрессивным нарушениям (табл. 7).

Шансы наличия депрессии в группе пациентов «РС без депрессии», находящихся «в браке», были ниже в 2,619 раза, по сравнению с группой «вне брака». Различия шансов были статистически значимыми и соответствовали значениям (p=0,024) (используемый метод:

Хи-квадрат Пирсона) (ОШ = 0,382; 95% ДИ: 0,162–0,901).

В ходе исследования также стало известно, что пациенты «РС без депрессии» чаще сохраняют работоспособность и продолжают профессиональную деятельность. Шансы развития депрессии в группе больных «РС без депрессии» были ниже в 6,145 раз по сравнению с группой больных, которые не осуществляли профессиональную деятельность, при этом различия шансов были статистически значимыми (p < 0,001) (используемый метод: Хи-квадрат Пирсона) (ОШ = 0,163; 95% ДИ: 0,060–0,440).

Проведенный анализ в зависимости от наличия высшего или среднего образования не выявил статистически значимых различий в группах больных РС с депрессией и без депрессии.

Таблица 7

Социально-демографические показатели больных РС

Показатель	Общее количество n= 203чел.		Значимость различий, p
	РС с депрессией n=113 абс; %	РС без депрессии n=90 абс; %	
Семейное положение			
В браке	84; 74,3	82;91,1	0,024
Вне брака	29; 25,7	8; 8,9	
Рабочая занятость			
Работают	83; 73,5	85; 94,4	0,001*
Не работают	30; 26,5	5; 5,6	
Образование			
Высшее	79; 69,9	63; 70	0,744
Среднее	34; 30,1	27; 30	

Источник: составлено автором на основании результатов собственных исследований.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ведущим коморбидным состоянием у больных рассеянным склерозом является депрессивное расстройство. Поэтому перед специалистами организации здравоохранения встали исключительно сложные и ответственные задачи: выстроить клинико-организационный алгоритм выявления депрессивных нарушений соматического, психиатрического профиля, а также их своевременной медицинской коррекции. Для этого необходимо на ранних этапах постановки неврологами диагноза «рассеянный склероз» приглашать к сотрудничеству

врачей-психиатров, с целью выявления аффективной симптоматики и рисков развития депрессивных нарушений, так как недостаточная оценка состояния больного с неврологической симптоматикой с депрессией осложняет состояние больного, снижая тем самым его реабилитационный потенциал, нарушает качество его жизни.

Целесообразно создание на региональном, а в идеале – на федеральном уровне, единого регистра, который бы включал больных рассеянным склерозом с депрессией в группу диспансерного наблюдения со своевременным персонифицированным подходом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Валинуров Р.Г.* Современные основы организации медикопсихологической и психиатрической помощи лицам, подвергшимся экстремальным стрессовым состояниям: дис. д-ра мед. наук: 14.00.33, 14.00.18 / Валинуров Ринат Гаянович. – М., 1999. – 403 с.
2. *Шаяхметова Э.Ш.* Роль психологического статуса личности пожилого человека в формировании депрессивных состояний / Э.Ш. Шаяхметова, Т.С. Аслаев, А.Н. Петров // *Международный научно-исследовательский журнал.* – 2021. – № 2–3(104). – С. 72–75.
3. *Гажева А.В.* Совершенствование организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами (социально-гигиеническое исследование): дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Гажева Анастасия Викторовна – М. – 2008. – 147 с.
4. *Погосова Н.В.* Психосоциальные факторы риска у амбулаторных пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца в 30 городах России: по данным исследования КОМЕТА / Н.В. Погосова, С.А. Бойцов, Р.Г. Оганов [и др.] // *Кардиология.* – 2018. – Т. 58. – № 11. – С. 5–16.
5. *Булучевская Л.Д.* Комплексный подход в оказании психиатрической помощи психически больным, находящимся на АПЛ и АДН / Л.Д. Булучевская, И.А. Горьковой, Л.И. Кочергина // *Омский психиатрический журнал.* – 2020. – № 1(23). – С. 24–27.
6. *Довженко Т.В.* Профессиональные компетенции врачей первичного звена здравоохранения в оценке психического здоровья пациентов Часть 2. Готовность и возможность врачей первичного звена здравоохранения оказывать помощь пациентам с сопутствующими психическими расстройствами / Т.В. Довженко, А.Е. Бобров, Ю.А. Васюк, Е.Г. Старостина // *Профилактическая медицина.* – 2020. – Т. 23. – № 1. – С. 57–62.
7. *Пузин С.Н.* Медико-социальные аспекты здоровья населения. Современные подходы к профилактике социально значимых заболеваний // С.Н. Пузин, М.А. Шургая, О.Т. Богова [и др.] / *Медико-социальная экспертиза и реабилитация* – 2013. – № 3. – С. 3–10.
8. *Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2030 [Comprehensive mental health action plan 2013–2030].* Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2022. С. 2,17.
9. *Завалишин И.А., Захарова М.Н.* Современные аспекты этиологии и патогенеза рассеянного склероза // 1 Нац. конф. с между-нар. участием «Нейроинфекции». – М., 2008. – С. 41–44
10. *Завалишин И.А., Спиринов Н.Н., Бойко А.Н., Никитин С.С.* Хронические нейроинфекции. М., ГЭОТАР-Медиа. 2011. – 560 с.
11. *Психические нарушения при рассеянном склерозе / М.В. Коркина, Ю.С. Мартынов, Г.Ф. Малков; М-во высш. и сред. спец. образования СССР. – М.: Изд-во Ун-та дружбы народов, 1986. – 123 с.*
12. *Рассеянный склероз: анализ неудовлетворенных потребностей системы здравоохранения в Российской Федерации / Е.П. Евдошенко, Т.С. Тепцова, И.А. Железнякова [и др.]; под редакцией доктора медицинских наук, профессора В.В. Омеляновского; ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Министерства здравоохранения Российской Федерации. – М.: Наука, 2020. С. 10–14.*
13. *Кульбаева З.Д., Григолашвили М.А., Калиева Ш.С., Мясникова Ж.В., Жасуланкызы А. К вопросу эпидемиологии рассеянного склероза // Медицина и экология. 2019. № 4 (93). Октябрь–Декабрь. С. 11–18.*
14. *Распоряжение Правительства РФ от 27 декабря 2010 г. № 2415-р «О внесении изменений в распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2008 г. № 2053-р» [Электрон. ресурс] // – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12081687/?ysclid=lsq75gypui810331283>.*
15. *Atlas of MS2013: Mapping multiple sclerosis around the world. Mult. Scler. Int. Fed. 2013;1–28. P. 8; Browne P, Chandraratna D, Angood C., et al. Atlas of Multiple Sclerosis 2013: A growing global problem with widespread inequity. Neurology. 2014. Sep. 9; 83(11):1022–4.*
16. *Андреев Д.А., Хачанова Н.В., Кокушкин К.А., Давыдовская М.В.* Стандартизованные регистры пациентов с рассеянным склерозом-важный инструмент при переходе на ценностноориентированное здравоохранение. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2018;3–4: 89–93. <https://doi.org/10.26347/1607-2502201803-04035-045>
17. *Kagee A. Adherence to Antiretroviral Therapy in the context of the National Roll-out in South Africa: Defining a Research Agenda for Psychology. South Africa Journal of psychology, 38(2), 2008. P. 413–428.*
18. *Olsson T., Barcellos L. F., Alfredsson L. Interactions between genetic, lifestyle and environmental risk factors for multiple sclerosis. Nat Rev Neurol. 2017. Jan;13(1):25–36.*

19. Dobson K. S. The relationship between anxiety and depression // Clin Psychol Rev. 1985. 5(4), 307–324.
20. Вейн А. М., Вознесенская Т. Г., Голубев В. Л., Дюкова Г. М. Депрессия в неврологической практике. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – 208 с.
21. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 432 с.
22. Caine E. D., Schwid S. R. Multiple sclerosis, depression, and the risk of suicide Neurology. 2002; Sep. 10;59(5):662–3.
23. Kneebone I. I., Dunmore E. C., Evans E. Symptoms of depression in older adults with multiple sclerosis (MS): comparison with a matched sample of younger adults // Aging. Ment. Health. 2003. May;7(3):182–5.
24. Polman C. H., Reingold S. C., Edan G. et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the «McDonald Criteria». (2005) Annals of neurology. 58 (6): 840–6; Thompson A. J., Banwell B. L., Barkhof F. et al. Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. (2017) The Lancet. Neurology. 17(2), 162–173.
25. Kurtzke J. F. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: An expanded disability status scale (EDSS). Neurology. 1983; 33(11): 1444–1452.

REFERENCES

1. Valinurov R. G. Modern foundations of the organization of medical psychological and psychiatric care for persons who have been subjected to extreme stress conditions: dissertation of the Doctor of Medical Sciences: 14.00.33, 14.00.18 / Valinurov Rinat Gayanovich. – М., 1999. – 403 p.
2. Shayakhmetova E. Sh. The role of the psychological status of an elderly person in the formation of depressive states / E. Sh. Shayakhmetova, T. S. Aslaev, A. N. Petrov // International Scientific Research Journal. – 2021. – № 2–3(104). – P. 72–75.
3. Gazheva A. V. Improving the organization of primary health care for patients with cardiovascular diseases combined with depressive disorders (socio-hygienic research): dis. ... candidate of medical sciences: 14.00.33 / Gazheva Anastasia Viktorovna -M. – 2008. – 147 p.
4. Pogosova N. V. Psychosocial risk factors in outpatient patients with arterial hypertension and coronary heart disease in 30 cities of Russia: according to the COMET study / N. V. Pogosova, S. A. Boytsov, R. G. Oganov [et al.] // Cardiology. – 2018. – Vol. 58. – No. 11. – P. 5–16.
5. Buluchevskaya L. D. An integrated approach in the provision of psychiatric care to mentally ill people on APL and ADN / L. D. Buluchevskaya, I. A. Gorkova, L. I. Kochergina // Omsk Psychiatric Journal. – 2020. – № 1(23). – Pp. 24–27.
6. Dovzhenko T. V. Professional competencies of primary care physicians in assessing the mental health of patients Part 2. Readiness and ability of primary care physicians to provide assistance to patients with concomitant mental disorders / T. V. Dovzhenko, A. E. Bobrov, Yu. A. Vasyuk, E. G. Starostina // Preventive medicine. – 2020. – Vol. 23. – No. 1. – P. 57–62.
7. Puzin S. N. Medical and social aspects of public health. Modern approaches to the prevention of socially significant diseases // S. N. Puzin, M. A. Shurgaya, O. T. Bogova [et al.] / Medical and social expertise and rehabilitation – 2013. – No. 3. – P. 3–10.
8. Comprehensive action plan in the field of mental health for 2013–2030 [Electronic resource]. Geneva: World Health Organization, 2022. P. 2, 17.
9. Zavalishin I. A., Zakharova M. N. Modern aspects of the etiology and pathogenesis of multiple sclerosis // 1 National Conference with International with the participation of «Neuroinfection». – М., 2008. – P. 41–44
10. Zavalishin I. A., Spirin N. N., Boyko A. N., Nikitin S. S. Chronic neuroinfections. М., GEOTAR-Media. 2011. – 560 p.
11. Mental disorders in multiple sclerosis / M. V. Korkina, Y. S. Martynov, G. F. Malkov; M. V. higher. and Wednesday, spec. education of the USSR. – М.: Publishing House of the Peoples' Friendship University, 1986. – 123 p.
12. Multiple sclerosis: an analysis of the unmet needs of the healthcare system in the Russian Federation / E. P. Evdoshenko, T. S. Teptsova, I. A. Zheleznyakova [et al.]; edited by Doctor of Medical Sciences, Professor V. V. Omelyanovsky; Federal State Budgetary Institution «Center for Expertise and Quality Control of Medical Care» of the Ministry of Health of the Russian Federation. – М.: Nauka, 2020. P. 10–14.
13. Kulbaeva Z. D., Grigolashvili M. A., Kalieva Sh. S., Myasnikova Zh. V., Zhasulankyzy A. On the epidemiology of multiple sclerosis // Medicine and ecology. 2019. № 4 (93). October-December. P. 11–18.
14. Decree of the Government of the Russian Federation dated December 27, 2010 No. 2415-r «On Amendments to the Decree of the Government of the Russian Federation dated December 31, 2008 No. 2053-r» [Electron. link] // – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12081687/?ysclid=lsq75gytui810331283>.
15. Atlas of Multiple Sclerosis 2013: Mapping multiple sclerosis worldwide. Cartoon. Scler. Int. Fed. 2013:1–28. p. 8; Brown P, Chandraratna D, Angud S. et al. The Atlas of Multiple Sclerosis 2013: A growing global problem with widespread inequality. Neurology. 2014. September. 9; 83(11):1022–4.
16. Andreev D. A., Khachanova N. V., Kokushkin K. A., Davydovskaya M. V. Standardized registers of patients with multiple sclerosis are an important tool in the transition to value-based healthcare. Problems of standardization in healthcare. 2018;3–4: 89–93. <https://doi.org/10.26347/1607-2502201803-04035-045>
17. Kagi A. Commitment to antiretroviral therapy in the context of national implementation in South Africa: defining a research program in psychology. South African Journal of Psychology, 38(2), 2008. P. 413–428.
18. Olsson T., Barcellos L. F., Alfredsson L. The relationship between genetic factors, lifestyle and environmental factors for the development of multiple sclerosis. Nat Rev Neurol. 2017. January;13(1):25–36.
19. Dobson K. S. The relationship between anxiety and depression // Clin Psychol Rev. 1985. 5(4), 307–324.
20. Vane A. M., Вознесенская Т. Г., Голубев В. Л., Дюкова Г. М. Депрессия в неврологической практике. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – 208 с.
21. Смулевич А. Б. Депрессия в соматических и психических заболеваниях. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 432 с.
22. Kane E. D., Schwid S. R. Multiple sclerosis, depression and suicide risk in neurology. 2002; September. 10;59(5):662–3.
23. Kneebone I. I., Dunmore E. S., Evans E. Symptoms of depression in elderly people with multiple sclerosis (MS): comparison with a similar sample of young people // Aging. The cop. Health. 2003. May;7(3):182–5.
24. Polman K. H., Reinhold S. S., Edan G. et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: the «McDonald Criteria» revised in 2005. (2005) Annals of Neurology. 58 (6): 840–6; Thompson A. J., Banwell B. L., Barkhof F. and others. Diagnosis of multiple sclerosis: a revision of the McDonald criteria in 2017. (2017) The Lancet. Neurology. 17(2), 162–173.
25. Kurtzke J. F. Assessment of neurological disorders in multiple sclerosis: extended Disability Status Scale (EDSS). Neurology. 1983; 33(11): 1444–1452.

ES

Problemas de la depresión en la práctica neurológica.

N.V. Zarubina

Anotación

Introducción. Los trastornos depresivos ya no son tarea exclusiva de los psiquiatras. La depresión se detecta en pacientes somáticos y neurológicos como una reacción a una enfermedad y también puede ser la causa de la enfermedad. Hasta el día de hoy se desconoce el número de pacientes con la patología mencionada. La principal tarea a la que se enfrentan los organizadores de la atención sanitaria es la necesidad de construir un algoritmo para identificar, registrar y tratar los trastornos depresivos en pacientes con comorbilidades. Este artículo examina los trastornos depresivos en pacientes con esclerosis múltiple (EM).

Objetivo del estudio: estudiar el problema de identificar los trastornos depresivos y los factores que influyen en la depresión en pacientes con esclerosis múltiple para mejorar las formas organizativas y los métodos de trabajo de las autoridades sanitarias.

Materiales y métodos. Participaron 203 pacientes con diagnóstico clínicamente confirmado de EM. Teniendo en cuenta el curso de la enfermedad, los pacientes con EM se distribuyen: con el tipo de EM remitente-recurrente (RRS): 88,2% (179 personas) y 11,8% (24 personas) con el curso secundario progresivo (SPMS). La edad promedio de los pacientes examinados con enfermedad remitente-recurrente (ERR) varió de 15 a 63 años, con un promedio de 38 ± 10 años. La edad de los pacientes con EMSP examinados osciló entre 29 y 65 años, en promedio ($46 \pm 9,00$) años. La mayoría de los pacientes tuvieron una duración de la enfermedad inferior a 20 años, con una media de $8,23 \pm 6,57$ años. La edad media de aparición de la enfermedad fue de $30,2 \pm 10,5$ años. La duración de la enfermedad fue de $9,84 \pm 0,73$ años, mientras que el nivel de discapacidad de los pacientes (evaluado en puntos en la Escala Ampliada del Estado de Discapacidad/EDSS) en el momento del examen fue de $2,89 \pm 0,16$ puntos. El indicador de discapacidad varió en pacientes con RMS ($2,89 \pm 0,16$ puntos), en pacientes con SPMS ($5,0 \pm 0,24$) puntos.

Resultados y discusión. El 55,7% (113 personas) de los pacientes con EM fueron diagnosticados con depresión, de los cuales el 80,5% (91 personas) tuvieron un curso remitente-recurrente (EMRR) y el 19,5% (22 personas) tuvieron un curso secundario progresivo de la enfermedad (EMSP). Más del 54,8% (62 personas) tenían síntomas depresivos leves y moderados; en el 39,8% (45 personas), se registraron con mayor frecuencia trastorno mixto ansioso-depresivo, trastorno depresivo recurrente y luego episodios depresivos. Se reveló que el desarrollo de la depresión en pacientes con un curso recurrente está influenciado por: "duración de la enfermedad" MS $p = 0,00333^{**}$, "nivel de discapacidad" $p = 0,0457^*$ y "ansiedad personal" $p = 0,0194$. En pacientes con curso secundario progresivo, la depresión está influenciada por los siguientes factores: «situacional» $p = 0,0398^*$ y "ansiedad personal" $p = 1,740$. El estatus social mostró que los pacientes con "EM sin depresión" que estaban casados tenían estadísticamente menos probabilidades de sufrir depresión y seguían siendo capaces de trabajar por más tiempo ($p < 0,001$).

Conclusión. Los trastornos depresivos son los principales trastornos en los pacientes neurológicos, pero los especialistas suelen ignorar el número y la gravedad de los síntomas. Por ello, las autoridades sanitarias se enfrentan a la tarea de construir un algoritmo clínico y organizacional para identificar los trastornos depresivos, así como su oportuna corrección médica.

Palabras clave: trastornos depresivos, esclerosis múltiple, registro, algoritmo clínico y organizacional.

FR

Problèmes de dépression dans la pratique neurologique

N.V. Zarubine

Annotation

Introduction. Les troubles dépressifs ne sont plus seulement la tâche des psychiatres. La dépression est détectée chez les patients somatiques et neurologiques en réaction à une maladie et peut également en être la cause. Le nombre de patients présentant la pathologie ci-dessus reste inconnu à ce jour. La tâche principale des organisateurs de soins de santé est la nécessité de créer un algorithme permettant d'identifier, d'enregistrer et de traiter les troubles dépressifs chez les patients présentant des comorbidités. Cet article examine les troubles dépressifs chez les patients atteints de sclérose en plaques (SEP).

Objectif de l'étude: étudier le problème de l'identification des troubles dépressifs et des facteurs influençant la dépression chez les patients atteints de sclérose en plaques afin d'améliorer les formes organisationnelles et les méthodes de travail des autorités de santé.

Matériels et méthodes. 203 patients avec un diagnostic cliniquement confirmé de SEP y ont participé. Compte tenu de l'évolution de la maladie, les patients atteints de SEP sont répartis: avec une forme de SEP de type cyclique (SRR) – 88,2% (179 personnes) et 11,8% (24 personnes) avec une évolution secondaire progressive (SPMS). L'âge moyen des patients examinés atteints d'une maladie cyclique (SRR) variait de 15 à 63 ans, avec une moyenne de 38 ± 10 ans. L'âge des patients examinés atteints de SPMS variait de 29 à 65 ans, en moyenne ($46 \pm 9,00$) ans. La plupart des patients avaient une durée de maladie inférieure à 20 ans, avec une moyenne de $8,23 \pm 6,57$ ans. L'âge moyen d'apparition de la maladie était de $30,2 \pm 10,5$ ans. La durée de la maladie était de $9,84 \pm 0,73$ ans, tandis que le niveau d'invalidité des patients (évalué en points sur l'EDSS/Expanded Disability Status Scale) au moment de l'examen était de $2,89 \pm 0,16$ points. L'indicateur d'incapacité variait chez les patients avec RMS ($2,89 \pm 0,16$ points), chez les patients avec SPMS ($5,0 \pm 0,24$ points).

Résultats et discussion. 55,7% (113 personnes) des patients atteints de SEP ont reçu un diagnostic de dépression, dont 80,5% (91 personnes) présentaient une évolution cyclique (SEP-RR) et 19,5% (22 personnes) une évolution secondaire progressive de la maladie (SPMS). Plus de 54,8% (62 personnes) présentaient des symptômes dépressifs légers et modérés; chez 39,8% (45 personnes), un trouble mixte anxieux-dépressif, un trouble dépressif récurrent, puis des épisodes dépressifs ont été le plus souvent enregistrés. Il a été révélé que le développement de la dépression chez les patients présentant une évolution récurrente est influencé par: la "durée de la maladie" MS $p = 0,00333^{**}$, le "niveau de handicap" $p = 0,0457^*$ et "l'anxiété personnelle" $p = 0,0194$. Chez les patients présentant une évolution secondaire progressive, la dépression est influencée par les facteurs suivants: «situationnelle» $p = 0,0398^*$ et "anxiété personnelle" $p = 1,740$. Le statut social a montré que les patients "SEP sans dépression" mariés étaient statistiquement moins susceptibles de souffrir de dépression et restaient capables de travailler plus longtemps ($p < 0,001$).

Conclusion. Les troubles dépressifs sont les principaux troubles chez les patients neurologiques, mais leur nombre et la gravité de leurs symptômes sont souvent ignorés par les spécialistes. Par conséquent, les autorités sanitaires sont confrontées à la tâche de construire un algorithme clinique et organisationnel pour identifier les troubles dépressifs, ainsi que leur correction médicale en temps opportun.

Mots clés: troubles dépressifs, sclérose en plaques, registre, algorithme clinique et organisationnel.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTORS

Зарубина Наталья Владимировна – кандидат медицинских наук, заведующая психиатрическим отделением для пациентов с сочетанной соматической и психической патологией ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 1 Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия.

Natalia V. Zarubina – PhD in Medical sciences, Head of the psychiatric department for patients with combined somatic and mental pathology, Hospital for War Veterans No. 1 of the Department of Health of the City of Moscow, Moscow, Russia.
E-mail: ntshzarubina@rambler.ru, ORCID: 0000-0001-6000-8715, SPIN: 1828-1858