

А. А. Кирпиченко, А. Н. Барышев

ТРЕВОЖНЫЕ И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Диагностика тревожных и депрессивных расстройств у пациентов общеймедицинской амбулаторной практики является весьма насущной проблемой современной медицины. В данной обзорной статье представлены основные сведения об эпидемиологии и экономическом бремени тревожно-депрессивных расстройств, их коморбидности с другими психическими и соматическими заболеваниями, связи с суицидальным поведением. Согласно Постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.03.2020 № 13 «Об утверждении клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики»» в данной статье сделан акцент на депрессию, генерализованное тревожное, паническое, смешанное тревожное и депрессивное расстройства в общей врачебной практике. Обозначены актуальные вопросы низкого качества диагностики тревожно-депрессивных расстройств, которые связаны как со сложностью клинической картины рассматриваемых заболеваний, так и с проблемами организационного характера. Особое внимание обращается на необходимость дальнейшей интеграции психиатрической помощи в общую врачебную практику с одновременным повышением её доступности и качества. Для этого необходимо продолжить изучение передового опыта зарубежных стран, в которых семейные врачи и врачи общей практики оказывают психиатрическую помощь пациентам уже на протяжении многих лет.

Ключевые слова: тревога, депрессия, общая врачебная практика.

A. A. Kirpichenka, A. N. Baryshev

ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS IN GENERAL MEDICAL PRACTICE: TOPICAL ISSUES AND UNSOLVED PROBLEMS

Diagnosis of anxiety and depressive disorders in general medical practice is a very important problem of modern medicine. This review article provides basic information about the epidemiology and economic burden of anxiety-depressive disorders, their comorbidity with other mental and somatic diseases, and the connection with suicidal behavior. According to the Decree of the Ministry of Health of the Republic of Belarus dated 02.03.2020 No. 13 “On approval of the clinical protocol” “Diagnosis and treatment of patients with mental and behavioral disorders by general practitioners”, this article focuses on depression, generalized anxiety, panic, mixed anxiety and depressive disorder in general medical practice. Relevant issues of low quality diagnosis of anxiety and depressive disorders are identified, which are associated both with the complexity of the clinical picture of the diseases in question and with organizational problems. Particular attention is also paid to the need for further integration of psychiatric care into general medical practice while increasing its accessibility and quality. For this, it is necessary to continue studying the best practices of foreign countries in which family and general practitioners have been providing psychiatric care to patients for many years.

Key words: anxiety, depression, general medical practice.

Высокая актуальность данного вопроса связана с широкой распространенностью психических расстройств среди пациентов, которые обращаются за амбулаторной медицинской помощью, тесной взаимосвязью тревоги и депрессии со многими психическими расстройствами и соматическими заболеваниями, неблагоприятным

влиянием на качество жизни пациентов и снижением их профессионального функционирования, а также тяжелыми экономическими последствиями для всей системы здравоохранения.

Вместе с тем, в системе первичной медицинской помощи продолжают существовать такие барьеры, как недостаток знаний и отсутствие

общего представления у врачей общей практики по теме диагностики и лечения пограничной психиатрической патологии; временные ограничения в ходе врачебного приёма пациента и отсутствие желания вникать в специфику работы психиатрической службы [36]. Также имеет место наличие объективных сложностей в диагностике и дифференциальной диагностике коморбидной психической и соматической патологии. Всё вышперечисленное может привести к несвоевременной и, зачастую, неправильной диагностике расстройств тревожного-депрессивного спектра и, как следствие, к их последующему неэффективному лечению.

С принятием Закона Республики Беларусь от 11 ноября 2019 г. № 255-З «Об изменении Закона Республики Беларусь “Об оказании психиатрической помощи”» наше государство присоединилось более чем к 80 странам, где семейные врачи и врачи общей практики занимаются оказанием психиатрической помощи в общей медицинской сети [3]. Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.03.2020 № 13 «Об утверждении клинического протокола “Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики”» из обширной группы тревожных и депрессивных расстройств определён минимальный объём оказания помощи пациентам с текущим депрессивным эпизодом, генерализованным тревожным, паническим и смешанным тревожно-депрессивным расстройствами [7].

На сегодняшний день перед организаторами здравоохранения стоит ещё одна важная задача – как организовать работу врачей общей практики таким образом, чтобы они не только имели возможность диагностики и лечения психических расстройств, но и хотели это делать? Этот вопрос продиктован накопленным научно-практическим мировым опытом, о котором будет идти речь в настоящей статье.

Цель. Целью данной статьи является представление основных сведений об эпидемиологии и экономическом бремени тревожно-депрессивных расстройств с акцентом на депрессию, генерализованное тревожное, паническое, смешанное тревожное и депрессивное расстройства, их коморбидности с другими психическими и соматическими заболеваниями, взаимосвязи с суицидальным поведением и иными актуальными вопросами в общей врачебной практике.

Материалы и методы. Для поиска информации были использованы доступные источники информации профессиональной базы данных научной информации Национальной медицинской библиотеки и Национального института здравоохранения США, Кокрейновской библиотеки, электронные информационные ресурсы издательства «Wiley» и издательства «SpringerNature».

Широкая распространенность и экономическое бремя

Данные систематического обзора, в котором были представлены сведения с 1980 по 2013 годы об эпидемиологии психических расстройств в различных странах, показали, что депрессивные и тревожные расстройства являются наиболее распространенной группой психических расстройств во всём мире, где усреднённая оценка их распространенности среди населения для депрессии составила – 5,4 % в течение года и 9,6 % в течение жизни, в свою очередь для тревожных расстройств эти показатели составили 6,7 % и 12,9 % соответственно [34]. В более позднем систематическом обзоре была подтверждена высокая распространенность тревожных расстройств в различных подгруппах населения на уровне 3,8–25 % по всему миру, в частности для генерализованного тревожного расстройства она составила 6,2 % (95 % ДИ: 4,0 %, 9,2 %), а для панического – 1,2 (95 % ДИ: 0,7 %, 1,9 %) [28]. Что же касается смешанного тревожного и депрессивного расстройства, то, несмотря на некоторые различия в оценочных показателях, исследователи широко согласны с тем, что оно также является одним из наиболее распространенных психических расстройств [26].

Распространенность тревожных и депрессивных расстройств в первичной медицинской сети выше общепопуляционной и, по данным различных авторов, колеблется на уровне 8–20 % в течение года среди общей недифференцированной выборки пациентов, а у отдельных категорий пациентов повышается вплоть до 70 % [28, 31, 37].

Высокая концентрация пациентов с тревогой и депрессией в первичной медицинской сети может чаще всего обусловлена следующей группой причин [5]:

1. В картине тревожных и депрессивных расстройств могут быть ярко выражены соматовегетативные проявления, на которых пациенты, в первую очередь, фокусируют своё внимание

из-за ощутимого дискомфорта, не отмечая при этом других психопатологических проявлений.

2. У пациентов с соматической патологией достоверно чаще встречаются коморбидные тревожные и депрессивные расстройства.

3. Пациенты могут не обращаться за специализированной психиатрической помощью из-за её низкой доступности или из-за страха стигматизации и дискриминации.

Также в последнее десятилетие в значительной мере возрос интерес организаторов здравоохранения к тревожным и депрессивным расстройствам из-за большего признания их бремени и последствий, связанных с нелеченными заболеваниями. Тревожные и депрессивные расстройства, которые оставались без лечения, были связаны со значительными личными и социальными издержками; необоснованно частыми посещениями амбулаторно-поликлинических организаций и обращениями за неотложной медицинской помощью; снижением производительности труда; безработицей и ухудшением социальных отношений [32, 33].

Тревожные расстройства и расстройства настроения создают большое экономическое бремя с общими затратами, которые оценивались соответственно в 74,4 и 113,4 млрд евро ежегодно для всего европейского региона по состоянию на 2010 год [21]. По сообщениям Всемирной организации здравоохранения в 2016 году депрессия и тревожные расстройства обходились глобальной экономике ежегодно в один триллион американских долларов [4]. В том же сообщении было отмечено, что инвестиции в лечение депрессии и тревожных расстройств окупаются в четырехкратном размере [4]. Были подсчитаны предполагаемые расходы на лечение в 36 странах с низким, средним и высоким уровнем дохода в течение 15 лет – с 2016 по 2030 годы. Предположительные расходы на расширение масштабов лечения, в первую очередь, на психосоциальное консультирование и лечение антидепрессантами, составили 147 миллиардов долларов США. При этом окупаемость значительно превосходит расходы. Пятипроцентное увеличение трудоспособного населения и повышение производительности оценивается в 399 миллиардов долларов США, а улучшение состояния здоровья принесит еще 310 миллиардов долларов США [4].

Оценки бремени психических заболеваний в России оказались в 2–4 раза ниже, чем в зарубежных странах, что вызвано проблемами диагностики и лечения психических заболеваний

в общемедицинской сети и учетом, зачастую, исключительно прямых затрат на лечение [12].

Что же касается Республики Беларусь, то, к сожалению, до настоящего времени в нашей стране отсутствуют полноценные эпидемиологические данные о распространенности тревожных расстройств.

Коморбидность с соматическими и психическими заболеваниями

На современном этапе развития медицинской науки всё больше внимания уделяется проблемам коморбидности в реальной клинической практике. Коморбидность – сосуществование двух и/или более синдромов (транссиндромальная) или заболеваний (транснозологическая) у одного пациента, патогенетически взаимодействующих между собой или совпадающих по времени [8]. Повышенный интерес к коморбидности продиктован следующими основными причинами [2]:

1. Преобладание в структуре заболеваемости хронических заболеваний, генез которых имеет преимущественно мультифакторный характер, отличающихся системностью поражения и коморбидностью. Это обуславливает сложность диагностики, выбора первоочередной стратегии лечения, тактики ведения таких пациентов и профилактики осложнений сочетанных заболеваний.

2. Увеличение абсолютного числа пациентов с коморбидной патологией и их удельного веса в структуре работы врачей общей практики

3. Недостаточная эффективность ведения коморбидных пациентов «узкими специалистами», отсутствие в практическом здравоохранении «командной стратегии» по отношению к данной категории пациентов.

4. Отсутствие необходимых знаний врачей общей практики о клинико-терапевтических особенностях ведения коморбидных пациентов и их низкая приверженность к лечению.

5. Неизбежная полипрагмазия при коморбидных заболеваниях и ее потенциально негативные последствия. При приеме одновременно более 10 лекарственных средств риск нежелательных явлений и негативных лекарственных взаимодействий достигает 100 %.

6. Высокая социально-экономическая значимость для общества коморбидной патологии. С увеличением количества заболеваний у пациента затраты на диагностику и лечение возрастают в геометрической прогрессии.

7. Коморбидность является независимым фактором риска летального исхода и существенно влияет на прогноз заболевания и жизни.

Доказательства того, что тревожные расстройства и расстройства настроения тесно связаны с хроническими неинфекционными заболеваниями, неуклонно растут. Причём исследования показывают, что психические расстройства и соматические заболевания не только сосуществуют вместе, но и, зачастую, имеют общие патогенетические механизмы [40].

В рамках крупного многонационального исследования с участием 190 593 человек из 43 стран с низким и средним уровнем дохода была изучена взаимосвязь соматической коморбидности с клинической депрессией, субсиндромальным депрессивным состоянием и краткосрочным депрессивным эпизодом. Два, три, четыре и более хронических соматических заболеваний регистрировались у 7,4 %, 2,4 %, 0,9 % пациентов без депрессии по сравнению с 17,7 %, 9,1 %, 4,9 % пациентов с любым депрессивным эпизодом соответственно [35]. Об этом же говорят и данные мета-анализа, где риск сопутствующего депрессивного расстройства был вдвое выше у пациентов с двумя и более соматическими заболеваниями по сравнению с пациентами с одним хроническим соматическим заболеванием [ОШ: 2,13 (95 % ДИ 1,62–2,80) $p < 0,001$] и в три раза выше по сравнению с пациентами без какой-либо хронической соматической патологии [ОР: 2,97 (95 % ДИ 2,06–4,27) $p < 0,001$]. В целом, вероятность наличия депрессивного расстройства с каждым дополнительным хроническим заболеванием была на 45 % выше, чем вероятность депрессивного расстройства без хронического соматического заболевания [ОШ: 1,45 (95 % ДИ 1,28–1,64) $p < 0,001$] [27].

Что же касается взаимосвязей депрессии с другими психическими расстройствами, то они также изучены достаточно хорошо. Согласно результатам NCS-R, у 72,1 % больных с депрессией в течение жизни регистрируется коморбидность с неаффективными расстройствами: у 59,2 % – с тревожными, у 45 % – с соматоформными расстройствами, у 24,0 % – с зависимостью от психоактивных веществ [23]. В то же время риск развития депрессии оценивается как высокий при наличии у пациента в течение последних 12 месяцев дистимии (ОШ = 4,7), панического расстройства (ОШ = 1,9), социальной фобии (ОШ = 2,0), специфической фобии (ОШ = 2,0) и генерализованного тревожного расстройства (ОШ = 2,2) [9].

Подобным образом обстоят дела с проблемой коморбидности тревожных расстройств. По данным большого перекрестного исследования, проведенного в 17 странах на общей выборке в 47 609 че-

ловек, было показано, что паническое, генерализованное тревожное и смешанное тревожное и депрессивное расстройства в 1,5–2 раза повышают риск развития в ближайшие 10 лет широкого круга хронических соматических заболеваний: ишемическая болезнь сердца, инсульт, артериальная гипертензия, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь лёгких, сахарный диабет, остеоартрит, хроническая боль в пояснице, пептическая язва [30].

Сопутствующее тревожное расстройство в амбулаторной практике встречается у 23–37 % пациентов с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией, у 15–28 % пациентов с неосложненным сахарным диабетом 2 типа, у 20–39 % с хронической обструктивной болезнью лёгких, у 15–34 % с ревматоидным артритом, у 18–32 % с хроническим болевым синдромом [13].

Клинические обзоры показали, что наличие одного тревожного расстройства является фактором риска развития других тревожных расстройств, расстройств настроения и зависимости от психоактивных веществ [22]. Считается, что 30–63 % пациентов с тревожным расстройством одновременно соответствуют критериям текущего депрессивного эпизода [15]. В частности, у пациентов с паническим расстройством распространенность депрессии в течение жизни оценивается на уровне 50–60 %, на момент обследования около 20 % пациентов с паническим расстройством соответствуют критериям депрессии [9]. У пациентов с генерализованным тревожным расстройством депрессия регистрируется в 12,1–62 %, а исходом смешанного тревожного и депрессивного расстройства является в 22–40 % случаев [15, 26]. Паническое, генерализованное тревожное, смешанное тревожное и депрессивное расстройства в Европе наблюдается приблизительно у 13–28 % людей с биполярным расстройством, вплоть до 40 % пациентов имеют зависимость от тех либо иных психоактивных веществ [19, 39].

В клинических и популяционных исследованиях неоднократно подчеркивается, что развитие сопутствующих заболеваний затрудняет лечение первичных и вторичных психических расстройств, способствует низким показателям ремиссии, плохому прогнозу и возрастанию риска самоубийства [32].

Суицидальность

Ежегодно более 800000 человек умирают АО причине суицида, даже несмотря на то, что самоубийство является предотвратимой причиной

смерти [6]. Психиатрические заболевания являются причиной большинства самоубийств и парасуицидов; цифры по крайней мере в 10 раз выше, чем в общей популяции, где сообщаемый процент завершённых самоубийств в этом контексте колеблется в пределах 60–98 % всех случаев [29].

В этом отношении депрессия является основной причиной смертности от самоубийств во всем мире [14]. Половина всех завершённых самоубийств связана с депрессивными и другими расстройствами настроения, а по сравнению со здоровыми субъектами сообщается о повышении риска в 20 раз [14]. В тех случаях, когда пациенты с тяжёлыми депрессивными симптомами обычно поступают в стационарную службу, уровень их самоубийств (21 %) удваивается по сравнению с амбулаторными пациентами [13]. Накапливается всё больше данных о том, что не только депрессия, но и другие психические расстройства могут указывать на повышенный риск самоубийства [25]. Исторически тревожные расстройства не рассматривались как важные детерминанты суицидального поведения, но в последние годы многие работы оспаривали это предположение. Череда систематических обзоров и метаанализов показала, что уровень распространённости суицидальных мыслей, парасуицидов и суицидов у пациентов с любым типом тревожных расстройств, в среднем, в 2–3 раза выше, чем общепопуляционный [24].

В частности, у пациентов с паническим расстройством распространённость суицидальных мыслей колебалась от 17 до 32 %, а у 33 % из них были попытки суицида в прошлом [18]. В целом, у пациентов с паническим расстройством в 4,39 раза чаще встречаются мысли о самоубийстве, а риск суицида в 3,96 раза выше по сравнению с общей популяцией [24]. Генерализованное тревожное расстройство было отмечено как наиболее частое тревожное расстройство при совершённых самоубийствах (присутствует у 3 % людей, совершивших самоубийство), а также субклинические тревожные расстройства были явно связаны с мыслями о самоубийстве [24].

*Актуальные вопросы
и нерешенные проблемы*

Несмотря на широкую распространённость тревожных и депрессивных расстройств, врачи общей практики испытывают трудности в обнаружении данной патологии и верификации диагноза [17]. Ещё раз подчеркнём, что несвоевремен-

ная и/или неадекватная помощь лицам с тревожными расстройствами и депрессией приводит к неблагоприятной динамике имеющихся соматических заболеваний; более частому использованию медицинских услуг и самолечению; злоупотреблению психоактивными веществами и социальной изоляции; снижению качества и продолжительности жизни; а также влечёт серьёзные затраты для здравоохранения и экономики страны в целом [16].

По данным ряда исследований, показатели выявленных тревожных и депрессивных расстройств в первичной медицинской сети не достигают и 50 % [20, 38]. Vermani M. и соавторы в своём исследовании, которое включало 840 первичных пациентов, сообщают о частоте ошибочных диагнозов для депрессии в 65,9 %, для генерализованного тревожного расстройства – 71 %, а для панического расстройства – 85,8 % случаев [38]. Также необходимо знать, что до 60 % пациентов обращались за медицинской помощью за 1 месяц и менее до совершённого самоубийства, однако должного внимания и помощи не получили [13].

Пациенты с тревожным расстройством или депрессией в 3–5 раз чаще обращаются за амбулаторной медицинской помощью, по сравнению с общей популяцией, но беспокоящие их симптомы, которые они предъявляют врачу, часто связывают с какими-либо физическими причинами. Таким образом, пациент предъявляет «соматическую маску» тревоги и/или депрессии. В таблице 1 в качестве примера приведены как психические, так и соматические проявления тревоги и депрессии.

Во многих случаях врач общей практики не углубляется в психопатологическую диагностику и фокусируется лишь на физических жалобах пациента, идя по ложному следу мнимой органической патологии. Данный факт усугубляется тем, что врач может испытывать банальную усталость и дефицит времени в ходе амбулаторного приёма или вовсе не обладать достаточной квалификацией для исследования проблем психического здоровья, что и было продемонстрировано в Российской Федерации в рамках клинко-эпидемиологических программ КООРДИНАТА и ЭССЕ-РФ [10, 11].

По нашим собственным наблюдениям врачи общей практики могут видоизменять или «смягчать» точный диагноз тревожных и депрессивных расстройств и использовать другие диагностические рубрики МКБ-10. Широкое применение на-

Таблица. Психические и соматические проявления тревоги и депрессии

Психические симптомы тревоги	Общие соматические проявления тревоги и депрессии	Психические симптомы депрессии
Страхи и мрачные предчувствия Внутреннее напряжение Раздражительность Нарушение концентрации внимания Поглощенность мыслями Гиперчувствительность к внешним стимулам Фиксация внимания на телесных ощущениях	Мышечное напряжение и спазмы Суетливость либо заторможенность Тремор и потливость Приливы жара Головокружение, нарушения зрения Мышечная слабость, быстрая утомляемость Сухость во рту Ощущение «кома» в горле Затруднения при глотании Учащенное сердцебиение Экстрасистолия, кардиалгии Повышение артериального давления Ощущение нехватки воздуха, одышка, Ощущение тяжести в груди Повышение или снижение аппетита Снижение либо увеличение массы тела Тошнота, рвота, симптомы диспепсии Диарея, запоры Учащенное мочеиспускание, дизурия Сексуальная дисфункция Онемение и/или парестезии в конечностях Хронический болевой синдром Зуд, выпадение волос Нарушения сна	Снижение настроения Утрата чувства удовольствия Ощущение безнадежности Идеи самообвинения Ощущение себя плохим и никчемным Снижение памяти и концентрации внимания

шли категории R45 «Симптомы и признаки, относящиеся к эмоциональному состоянию» и G90.8 «Другие расстройства вегетативной нервной системы». Во многом это было продиктовано опасениями, как пациентов, так и врачей на счёт потенциально возникающих проблем стигматизации при использовании диагностической рубрики F «Психические расстройства и расстройства поведения» [1].

Таким образом, в данной статье мы рассмотрели основные группы причин, которым необходимо уделить более пристальное внимание, а также существующие препятствия, которые мешают это сделать. С принятием нововведений в законодательстве об оказании психиатрической помощи Республика Беларусь действительно сделала весьма важный и прогрессивный шаг в решении представленных выше проблем. В первую очередь – это шаг к доступности психиатрической помощи и её дальнейшей дестигматизации. Но, в какой-то мере, новое законодательство лишь открывает дверь и даёт правовую возможность врачам общей практики в минимальном объёме оказывать помощь пациентам с психическими и поведенческими расстройствами. В обозримом будущем ожидаемо, что каждый врач общей практики в своей работе начнет рутинно проводить диагностику и соответствующее лечение тревожных и депрессивных расстройств. Так или иначе,

врачам первичного звена придётся изменить свою установку «это не наша проблема, а проблема психиатров» и начать уделять внимание расстройствам тревожно-депрессивного спектра не менее чем ишемической болезни сердца, сахарному диабету, хронической обструктивной болезни лёгких и другим хроническим заболеваниям. Обобщая накопленный мировой опыт в данной статье, мы также делаем первый свой шаг от формального принятия закона к его реальной работе в практическом здравоохранении.

За рамками статьи остались и другие проблемные вопросы тревожных и депрессивных расстройств в общей врачебной практике. Например, гипердиагностика, необоснованное и нерациональное назначение психофармакотерапии, диагностические шкалы и инструменты для скрининга – всё это вопросы нашего дальнейшего изучения.

Чтобы не пускать на самотёк решение проблемы тревожно-депрессивных расстройств, нам необходимо сконцентрироваться на изучении накопленного практического опыта тех стран, где семейные врачи и врачи общей практики оказывают помощь данной категории пациентов уже на протяжении 10–15–20 и более лет. Перенять, адаптировать, развить и внедрить научно обоснованные организационные приёмы и элементы, которые подходят для нашей системы здравоохранения.

Литература

1. Барышев, А. Н., Кирпиченко А. А. Диагностика тревожных и депрессивных расстройств в общей врачебной практике: методические рекомендации. – Витебск: УО «Витебский государственный медицинский университет», 2020. – 30 с.
2. Верткин, А. Л. Коморбидный пациент. Руководство для практических врачей. – М.: Эксмо. – 2015. – 160 с.
3. Закон Республики Беларусь «Об изменении Закона Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи» от 11 ноября 2019 г. № 255-З / Национальный Интернет-портал Республики Беларусь [Электронный ресурс] / Национальный центр правовой информации Республики Беларусь. – Минск. – 2019. – Режим доступа: <http://pravo.by/document/?guid=3961&p0=H11900255>. – Дата доступа: 11.05.2020.
4. Инвестиции в лечение депрессии и тревожных расстройств окупаются в четырёхкратном размере [Электронный ресурс] / Выпуск новостей. – Вашингтон. – 2016. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/detail/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>. – Дата доступа: 11.05.2020.
5. Костюк, Г. П., Масякин А. В., Старинская М. А. О перспективах диагностики и лечения депрессивных и тревожных расстройств в общемедицинской сети // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2017. – Т. 4, № 29. – С. 70–75.
6. Последние данные об оценке самоубийств в Мировой статистике здравоохранения 2019: мониторинг здоровья для целей устойчивого развития [Электронный ресурс]. – 2019. – Режим доступа: <https://www.who.int/mental-health/prevention/suicide/estimates/en/>. – Дата доступа: 11.05.2020.
7. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об утверждении клинического протокола “Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики”» от 2 марта 2020 г. № 13 [Электронный ресурс] / Национальный Интернет-портал Республики Беларусь; Национальный центр правовой информации Республики Беларусь. – Минск. – 2020. – Режим доступа: http://pravo.by/upload/docs/op/W22035194p_1585602000.pdf. – Дата доступа: 11.05.2020.
8. Путилина, М. В. Коморбидный пациент в реальной клинической практике // Consilium Medicum. – 2017. – Т. 19, № 2. – С. 71–79.
9. Смулевич, А. Б., Брико Н. И., Андрющенко А. В. и соавт. Коморбидность депрессии и расстройств неаффективного шизофренического спектра: клинико-эпидемиологическое исследование ЭДИП // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2015. – Т. 115, № 11. – С. 6–19.
10. Чазов, Е. И., Оганов Р. Г., Погосова Г. В. и соавт. Программа КООРДИНАТА. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца: результаты терапевтической части многоцентрового исследования // Терапевтический архив. – 2006. – № 4. – С. 38–44.
11. Шальнова, С. А., Евстифеева С. Е., Деев А. Д. и соавт. Распространенность тревоги и депрессии в различных регионах Российской Федерации и ее ассоциации с социально-демографическими факторами (по данным исследования ЭССЕ-РФ) // Терапевтический архив (архив до 2018 г.). – 2014. – Т. 86, № 12. – С. 53–60.
12. Шматова, Ю. Е. Динамика статистических и социологических показателей состояния психического здоровья населения России // Проблемы развития территории. – 2019. – № 3. – С. 76–96.
13. Bachmann, S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective // International journal of environmental research and public health. – 2018. – Vol. 15, № 7. – P. 1425–1448.
14. Bergfeld, I., Mantione M. et al. Treatment resistant depression and suicidality // Journal of Affective Disorders. – 2018. – Vol. 235. – P. 362–367.
15. Choi, K. W., Kim Y. K., Jeon H. J. Comorbid anxiety and depression: clinical and conceptual consideration and transdiagnostic treatment // Advances in Experimental Medicine and Biology. – 2020. – Vol. 1191. – P. 219–235.
16. Clarke, D. M., Currie K. C. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence // Medical Journal of Australia. – 2009. – Vol. 190. – P. 54–60.
17. Culpepper, L. Use of algorithms to treat anxiety in primary care // Journal of Clinical Psychiatry. – 2003. – Vol. 2. – P. 30–33.
18. De La Vega, D., Giner L., Courtet, P. Suicidality in subjects with anxiety or obsessive-compulsive and related disorders: recent advances // Current Psychiatry Reports. – 2018. – Vol. 20, № 4. – P. 20–26.
19. Fajutrao, L. et al. A systematic review of the evidence of the burden of bipolar disorder in Europe // Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. – 2009. – Vol. 5, № 1. – P. 3–10.
20. Fernandez, A., Rubio-Valera M. et al. Recognition of anxiety disorders by the general practitioner: results from the DASMAP study // General Hospital Psychiatry. – 2012. – Vol. 34. – P. 227–233.
21. Gustavsson, A., Svensson M. et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010 // European Neuropsychopharmacology. – 2011. – Vol. 21. – P. 718–779.
22. Haller, H. et al. The prevalence and burden of sub-threshold generalized anxiety disorder: a systematic review // BMC psychiatry. – 2014. – Vol. 14, № 1. – P. 128–132.
23. Hasin, D., Goodwin R. et al. Epidemiology of Major Depressive Disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions // Archives of General Psychiatry. – 2005. – Vol. 62, № 10. – P. 1097–1106.
24. Kanwar, A., Malik S. et al. The association between anxiety disorders and suicidal behaviors: a systematic review and meta-analysis // Depression and Anxiety. – 2013. – Vol. 30. – P. 917–929.
25. Klonsky, E. D., May A. M., Saffer, B. Y. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation // Annual Review of Clinical Psychology. – 2016. – Vol. 12, № 1. – P. 307–330.
26. Möller, H. J. et al. The relevance of «mixed anxiety and depression» as a diagnostic category in clinical practice // European archives of psychiatry and clinical neuroscience. – 2016. – Vol. 266, № 8. – P. 725–736.
27. Read, J. R., Sharpe L. et al. Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis // Journal of Affective Disorders. – 2017. – Vol. 221. – P. 36–46.
28. Remes, O. et al. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations // Brain and Behavior. – 2016. – Vol. 6, № 7.
29. Röcker, S., Bachmann S. Suicidality in mental illness – prevention and therapy // Therapeutische Umschau. Revue therapeutique. – 2015. – Vol. 72, № 10. – P. 611–617.
30. Scott, K. M., Lim C. et al. Association of mental disorders with subsequent chronic physical conditions // JAMA Psychiatry – 2016. – Vol. 73, № 2. – P. 150–168.

31. *Serrano-Blanco, A., Palao D. J., Luciano J. V. et al.* Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP) // *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*. – 2010. – Vol. 45. – P. 201–210.

32. *Shimada, F., Ohira Y. et al.* Anxiety and depression in general practice outpatients: the long-term change process // *International Journal of General Medicine*. – 2018. – Vol. 11. – P. 55–63.

33. *Simpson, H. B. et al.* Anxiety disorders: Theory, research and clinical perspectives. – Cambridge: Cambridge University Press, 2010. – 394 p.

34. *Steel, Z., Marnane C., Iranpour C. et al.* The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013 // *International Journal of Epidemiology*. – 2014. – Vol. 43, № 2. – P. 476–493.

35. *Stubbs, B., Vancampfort D. et al.* Depression and physical health multimorbidity: primary data and country-wide meta-analysis of population data from 190 593 people across 43 low- and middleincome countries // *Psychological Medicine*. – 2017. – Vol. 47, № 12. – P. 2107–2117.

36. *Thibaut, F.* Anxiety disorders: a review of current literature // *Dialogues in clinical neuroscience*. – 2017. – Vol. 19, № 2. – P. 87–88.

37. *Toft, T., Fink P. et al.* Mental disorders in primary care: prevalence and comorbidity among disorders. Results from the functional illness in primary care (FIP) study // *Psychological Medicine*. – 2005. – Vol. 35. – P. 1175–1184.

38. *Vermani, M., Marcus M., Katzman M.* Rates of detection of mood and anxiety disorders in primary care: a descriptive, crosssectional study // *The Primary Care Companion for CNS Disorders*. – 2011. – Vol. 13. – P. 18–19.

39. *Vorspan, F., Mehtelli W. et al.* Anxiety and Substance Use Disorders: Cooccurrence and Clinical Issues // *Current Psychiatry Reports*. – 2015. – Vol. 17, № 2.

40. *Walker, E. R., Druss B. G.* Mental and Addictive Disorders and Medical Comorbidities // *Current Psychiatry Reports*. – 2018. – Vol. 20, № 10.

References

1. *Baryshev, A. N., Kirpichenko A. A.* Diagnostics of anxiety and depressive disorders in general medical practice: guidelines. – Vitebsk: EE “Vitebsk State Medical University”, 2020. – 30 p.

2. *Vertkin, A. L.* Comorbid patient. A guide for practitioners. – Moscow: Eksmo, 2015. – 160 s.

3. Law of the Republic of Belarus “On amendments to the Law of the Republic of Belarus” On the provision of psychiatric care” dated November 11, 2019 № 255-3 [Electronic resource] / National Internet portal of the Republic of Belarus; National Center for Legal Information of the Republic of Belarus. – Minsk, 2019. – Access of mode: <http://pravo.by/document/?guid=3961&p0=H11900255>. – Access of date: 05.11.2020.

4. *Investment in the treatment of depression and anxiety disorders pays off fourfold* [Electronic resource] / News release. – Washington, 2016. – Access of mode: <https://www.who.int/ru/news-room/detail/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>. – Access of date: 05.11.2020.

5. *Kostjuk, G. P., Masjakin A. V., Starinskaja M. A.* On the prospects for the diagnosis and treatment of depressive and anxiety disorders in the general medical network // *Medi-*

cinskie tehnologii. Ocenka i izbor. – 2017. – Vol. 4, № 29. – P. 70–75.

6. *Latest data on the assessment of suicides in World Health Statistics 2019: health monitoring for sustainable development* [Electronic resource]. – 2019. – Access of mode: <https://www.who.int/mental/health/prevention/suicide/estimates/en/>. – Access of date: 05/11/2020.

7. *Resolution of the Ministry of Health of the Republic of Belarus “On Approval of the Clinical Protocol” Diagnosis and Treatment of Patients with Mental and Behavioral Disorders by General Practitioners dated March 2, 2020 № 13* [Electronic resource] / National Internet Portal of the Republic of Belarus; National Legal Center information of the Republic of Belarus. – Minsk, 2020. – Access of mode: http://pravo.by/upload/docs/op/W22035194p_1585602000.pdf. – Access of date: 11.05.2020.

8. *Putilina, M. V.* Comorbid patient in real clinical practice // *Consilium Medicum*. – 2017. – Vol. 19, № 2. – P. 71–79.

9. *Smulevich, A. B., Briko N. I., Andriushchenko A. V. i soavt.* Comorbidity of depression and disorders of the non-affective schizophrenic spectrum: a clinical and epidemiological study of the EDIP // *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova. Specvypuski*. – 2015. – Vol. 115, № 11. – P. 6–19.

10. *Chazov, E. I., Oganov R. G., Pogossova G. V. i soavt.* COORDINATE program. Clinical and epidemiological program for studying depression in cardiological practice in patients with arterial hypertension and coronary heart disease: results of the therapeutic part of a multicenter study // *Terapevticheskij arhiv*. – 2006. – № 4. – P. 38–44.

11. *Shal'nova, S. A., Evstifeeva S. E., Deev A. D. i soavt.* The prevalence of anxiety and depression in various regions of the Russian Federation and its association with socio-demographic factors (according to the ESSE-RF study) // *Terapevticheskij arhiv (arhiv do 2018 g.)*. – 2014. – Vol. 86, № 12. – P. 53–60.

12. *Shmatova, Ju. E.* Dynamics of statistical and sociological indicators of the state of mental health of the population of Russia // *Problemy razvitija territorii*. – 2019. – № 3. – P. 76–96.

13. *Bachmann, S.* Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective // *International journal of environmental research and public health*. – 2018. – Vol. 15, № 7. – P. 1425–1448.

14. *Bergfeld, I., Mantione M. et al.* Treatment resistant depression and suicidality // *Journal of Affective Disorders*. – 2018. – Vol. 235. – P. 362–367.

15. *Choi, K. W., Kim Y. K., Jeon H. J.* Comorbid anxiety and depression: clinical and conceptual consideration and transdiagnostic treatment // *Advances in Experimental Medicine and Biology*. – 2020. – Vol. 1191. – P. 219–235.

16. *Clarke, D. M., Currie K. C.* Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence // *Medical Journal of Australia*. – 2009. – Vol. 190. – P. 54–60.

17. *Culpepper, L.* Use of algorithms to treat anxiety in primary care // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2003. – Vol. 2. – P. 30–33.

18. *De La Vega, D., Giner L., Courtet, P.* Suicidality in subjects with anxiety or obsessive-compulsive and related disorders: recent advances // *Current Psychiatry Reports*. – 2018. – Vol. 20, № 4. – P. 20–26.

19. *Fajutrao, L. et al.* A systematic review of the evidence of the burden of bipolar disorder in Europe // *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. – 2009. – Vol. 5, № 1. – P. 3–10.

20. Fernandez, A., Rubio-Valera M. et al. Recognition of anxiety disorders by the general practitioner: results from the DASMAP study // *General Hospital Psychiatry*. – 2012. – Vol. 34. – P. 227–233.
21. Gustavsson, A., Svensson M. et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010 // *European Neuropsychopharmacology*. – 2011. – Vol. 21. – P. 718–779.
22. Haller, H. et al. The prevalence and burden of sub-threshold generalized anxiety disorder: a systematic review // *BMC psychiatry*. – 2014. – Vol. 14, № 1. – P. 128–132.
23. Hasin, D., Goodwin R. et al. Epidemiology of Major Depressive Disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions // *Archives of General Psychiatry*. – 2005. – Vol. 62, № 10. – P. 1097–1106.
24. Kanwar, A., Malik S. et al. The association between anxiety disorders and suicidal behaviors: a systematic review and meta-analysis // *Depression and Anxiety*. – 2013. – Vol. 30. – P. 917–929.
25. Klonsky, E. D., May A. M., Saffer B. Y. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation // *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2016. – Vol. 12, № 1. – P. 307–330.
26. Möller, H. J. et al. The relevance of «mixed anxiety and depression» as a diagnostic category in clinical practice // *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. – 2016. – Vol. 266, № 8. – P. 725–736.
27. Read, J. R., Sharpe L. et al. Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis // *Journal of Affective Disorders*. – 2017. – Vol. 221. – P. 36–46.
28. Remes, O. et al. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations // *Brain and Behavior*. – 2016. – Vol. 6, № 7.
29. Röcker, S., Bachmann S. Suicidality in mental illness – prevention and therapy // *Therapeutische Umschau. Revue therapeutique*. – 2015. – Vol. 72, № 10. – P. 611–617.
30. Scott, K. M., Lim C. et al. Association of mental disorders with subsequent chronic physical conditions // *JAMA Psychiatry*. – 2016. – Vol. 73, № 2. – P. 150–168.
31. Serrano-Blanco, A., Palao D. J., Luciano J. V. et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP) // *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*. – 2010. – Vol. 45. – P. 201–210.
32. Shimada, F., Ohira Y. et al. Anxiety and depression in general practice outpatients: the long-term change process // *International Journal of General Medicine*. – 2018. – Vol. 11. – P. 55–63.
33. Simpson, H. B. et al. Anxiety disorders: Theory, research and clinical perspectives – Cambridge: Cambridge University Press, 2010. – 394 p.
34. Steel, Z., Marnane C., Iranpour C. et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and metaanalysis 1980–2013 // *International Journal of Epidemiology*. – 2014. – Vol. 43, № 2. – P. 476–493.
35. Stubbs, B., Vancampfort D. et al. Depression and physical health multimorbidity: primary data and country-wide meta-analysis of population data from 190 593 people across 43 low- and middleincome countries // *Psychological Medicine*. – 2017. – Vol. 47, № 12. – P. 2107–2117.
36. Thibaut, F. Anxiety disorders: a review of current literature // *Dialogues in clinical neuroscience*. – 2017. – Vol. 19, № 2. – P. 87–88.
37. Toft, T., Fink P. et al. Mental disorders in primary care: prevalence and comorbidity among disorders. Results from the functional illness in primary care (FIP) study // *Psychological Medicine*. – 2005. – Vol. 35. – P. 1175–1184.
38. Vermani, M., Marcus M., Katzman M. Rates of detection of mood and anxiety disorders in primary care: a descriptive, crosssectional study // *The Primary Care Companion for CNS Disorders*. – 2011. – Vol. 13. – P. 18–19.
39. Vorspan, F., Mehtelli W. et al. Anxiety and Substance Use Disorders: Cooccurrence and Clinical Issues // *Current Psychiatry Reports*. – 2015. – Vol. 17, № 2.
40. Walker, E. R., Druss B. G. Mental and Addictive Disorders and Medical Comorbidities // *Current Psychiatry Reports*. – 2018. – Vol. 20, № 10.

Поступила 6.08.2020 г.