

Сучасний стан проблеми діагностики та терапії депресивних розладів (огляд літератури)

В. Л. Підлубний¹*, А,В,С,Д, М. Є. Хоміцький¹ А,Е,Ф

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна

А – концепція та дизайн дослідження; В – збір даних; С – аналіз та інтерпретація даних; Д – написання статті; Е – редагування статті; Ф – остаточне затвердження статті

Ключові слова:

депресія, діагностика, терапія, сімейний лікар, психіатрія.

Запорізький медичний журнал. 2024. Т. 26, № 1(142). С. 78-83

*E-mail:

pvl5473@gmail.com

У статті наведено результати аналітичного огляду актуальних відомостей фахової літератури, що присвячена проблемі діагностики та терапії депресивних розладів. Розглянуто питання щодо значної поширеності та поліморфізму клінічної представленості таких розладів.

Визначено, що в сучасному психіатричному дискурсі є тенденція до формалізації та об'єктивізації процесу діагностики депресивних розладів, зокрема внаслідок використання нейровізуалізаційних, нейрофізіологічних і біохімічних методів із залученням технологій машинного навчання та штучного інтелекту. Класичний метод структурованого або напівструктурованого інтерв'ю як інструмент діагностики клінічної депресії нині залишається одним із найпоширеніших, але при цьому має певні обмеження та недоліки. Найістотніший із них – значна суб'єктивність методу та залежність від сприйняття спеціаліста, який здійснює діагностику. Саме це зумовлює низьку чутливість і специфічність методу.

Показано, що важливу роль відіграють лікарі загальної практики – сімейної медицини як ключова ланка у виявленні та терапії депресивних розладів. Це обґрунтовує низку професійно-кваліфікаційних та особистісних вимог, що висувають до цих спеціалістів: знання щодо патогенезу депресивних розладів, особливостей їх фармакотерапії, опанування навичок налагодження комплаєнтних відносин із пацієнтами. У доступній фаховій літературі не виявили інформації щодо заходів оцінювання ризиків повторення депресивних епізодів. Крім того, недостатньо уваги приділено методам нейрофізіологічного дослідження, що мають доволі обмежений арсенал.

Отже, у результаті огляду наукової літератури встановили, що перспективним напрямом покращення діагностики та оцінювання ефективності терапевтичних заходів у рамках курації хворих із депресією, крім класичних психодіагностичних інструментів, є розроблення, впровадження етологічних і нейрофізіологічних методів дослідження. Це сприятиме об'єктивізації оцінювання стану хворого та виключенню суб'єктивного фактора сприйняття спеціалістом пацієнта, а також симптомів анозогнозії чи агравації.

Keywords:

depression, diagnosis, therapy, family practice, psychiatry.

Zaporozhye medical journal. 2024;26(1):78-83

The current state of the problem of diagnosis and therapy of depressive disorders (a literature review)

V. L. Pidlubnyi, M. Ye. Khomitskyi

The article presents the results of an analytical review of current literature data on the problem of diagnosis and treatment of depressive disorders. The issues of a high incidence and polymorphism of the clinical presentation of these disorders are considered.

The tendency towards formalization and objectification in the process of diagnosing depressive disorders in modern psychiatric discourse is covered, in particular, through the use of neuroimaging, neurophysiological and biochemical methods with the involvement of machine learning and artificial intelligence technologies. The classic method of a structured or semi-structured interview, as a tool for diagnosing clinical depression, currently remains one of the most common, but it has certain limitations and disadvantages, the most significant of which are a considerable degree of the method subjectivity and its dependence on the perception by specialists conducting the diagnosis, that causes low sensitivity and specificity of this method.

The significant role of a general practitioner as a key link in the identification and treatment of the described phenomena, which automatically presents to these specialists a number of professional, qualification and personal requirements, such as knowing pathogenesis of depressive disorders, the features of their pharmacotherapy, skills to build compliant relationships with patients, is highlighted apart. The article also emphasizes the lack of information in available sources about measures to assess the risk of depressive episode recurrence, as well as insufficient attention to the methods of neurophysiological examination and their narrow arsenal.

Thus, based on the results of the review, it has been found that a promising direction to improve diagnosis and assessment of therapeutic measure effectiveness, as a part of follow-up among patients with depression, in addition to classical psychodiagnostic tools, is the development and implementation of ethological and neurophysiological methods of examination for objectifying evaluation of patients' condition and elimination of subjective factors associated with specialists' perception of patients, as well as symptoms of anosognosia or aggravation.

Проблема депресій як одного з найпоширеніших психічних розладів залишається у центрі уваги вітчизняних і зарубіжних дослідників. За даними опитування, що здійснили спеціалісти ВООЗ спільно з Всесвітньою психіатричною асоціацією на вибірці у

майже 5000 лікарів, депресивний епізод і рекурентний депресивний розлад є найчастіше використовуваними діагнозами в їхній практиці. Так, 81 % лікарів зазначили, що принаймні раз на тиждень використовують у своїй практиці діагностичну категорію МКХ-10 для

депресивного епізоду, а 60 % лікарів – для рекурентного депресивного розладу [1,2].

Депресивні розлади лідирують серед причин стійкої непрацездатності дорослого населення, оскільки їм часто належить коморбідне положення щодо основного психічного чи соматичного захворювання. Зауважимо, що депресивні розлади можуть істотно погіршувати перебіг основного захворювання. За різними статистичними даними, одночасно від депресії лікується більше ніж чверть мільярда людей у всьому світі [3,4]. Отже, курація хворих на клінічну депресію – одна з найбільших статей витрат у сфері охорони здоров'я більшості країн світу. До прикладу, лише у США з цією метою витрачають понад 300 млрд доларів на рік [5,6].

Актуальність проблеми депресивних розладів зумовлена не лише їхньою значною поширеністю, але й тенденцією до хронізації, рецидивування, резистентності до терапії. Це спричиняє зниження якості життя, порушення соціального функціонування хворих і значні економічні втрати [4,7].

Проблема діагностики депресивних розладів стає предметом наукового пошуку багатьох дослідників у всьому світі, які намагаються її вирішити шляхом автоматизації (наприклад, із залученням технологій штучного інтелекту) та об'єктивізації (використання нейровізуалізаційних, нейрофізіологічних, біохімічних чи інших методів) діагностичного процесу [8,9,10,11,12]. Окремо слід наголосити на проблемі значної залученості лікарів загальної практики – спеціалістів з обмеженими знаннями в галузі психіатричної феноменології – у процесі діагностики, терапії депресивних розладів і помірних депресивних епізодів (ПДЕ) зокрема [13,14,15]. Клініко-психопатологічний метод є найпоширенішим, передбачає феноменологічний і клінічний опис типології психопатологічних симптомів, синдромів, синдромогенезу, нозологічних форм. Цей метод ґрунтується насамперед на суб'єктивному оцінюванні спеціалістом актуального стану пацієнта [16,17,18,19,20].

Психодіагностичний метод, що передбачає використання найпоширеніших шкал для оцінювання депресії та тривоги А. Hamilton (1967), А. Montgomery, М. А. Asberg (1979) та інших, залежить від широкого спектра суб'єктивних факторів у процесі діагностики, і тому має певні недоліки. Значний поліморфізм клінічної картини депресій і певні протиріччя наукових поглядів щодо нозологічної специфічності цих станів ускладнюють встановлення специфічних клініко-психопатологічних ознак ендогенних і психогенних депресій, їх типології, динаміки та прогнозу. Це обґрунтовує актуальність і перспективність вивчення інших діагностичних методів депресивних розладів [21,22,23,24,25].

Проблемі клінічної діагностики окремих варіантів депресивного розладу присвячено дослідження G. Samroona et al. [26]. Автори вивчали питання щодо атипичного депресивного епізоду з ажитацією. Встановили, що він може розвинути у межах і великого депресивного розладу, і біполярного афективного розладу. Крім того, дослідники, підкресливши значний ризик виникнення суїцидальної поведінки на фоні епізодів ажитованої депресії, зробили висновок щодо важливості правильної ранньої діагностики цих станів, особливо при первинному зверненні хворих за психіатричною чи загальною медичною допомогою [26].

Hermans N. et al. досліджували проблему ранньої діагностики депресивних порушень у соматичних хворих. На прикладі пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу автори встановили, що завдання з діагностики та первинної курації (з призначенням медикаментозного лікування) коморбідних депресивних станів розв'язує лікар первинної ланки – сімейний лікар. Саме тому, на думку авторів, надзвичайно важливим є покращення методологічного забезпечення, розроблення покращених алгоритмів, що призначені саме для лікарів загальної практики, щодо діагностики та курації хворих із коморбідними депресивними станами [27].

Smith K. M. et al. вивчали питання щодо діагностики депресивних станів, оцінюючи ефективність найпоширеніших інструментів під час клінічного використання. Автори встановили, що метод структурованого або напівструктурованого інтерв'ю як інструмент діагностики клінічної депресії залишається одним із найпоширеніших, але має певні обмеження та недоліки. Серед них – значна суб'єктивність, оскільки оцінювання актуального стану пацієнта прямо залежить від сприйняття спеціаліста, який здійснює діагностику. Це зумовлює низьку чутливість і специфічність методу [28].

Оцінювали також ефективність лабораторних методів діагностики депресивних розладів, зокрема дексаметазон-супресивних тестів. Ці діагностичні заходи спрямовані на виявлення патологічних станів, що супроводжуються гіперкортицизмом. Концепція полягає у тому, що організм здорової людини на введення дексаметазону у низькій дозі відповідає зниженням секреції кортикотропного гормону, що призводить до зниження концентрації кортизолу в крові, а в особи, в якій виник депресивний розлад із тривалим перебігом, не буде виявлено зниження «гормону стресу». Ця методика відповідає сучасній тенденції в психіатрії до об'єктивізації діагностики психопатологічних станів, але широкий спектр недоліків майже унеможливує її клінічне повсякчасне використання. Так, повідомляють про низьку специфічність дексаметазон-супресивних тестів, оскільки на фінальні показники може впливати чимало факторів, пов'язаних із соматичним здоров'ям.

Вивчали також генетичні методи діагностики: досліджували наукові роботи, що присвячені ефективності секвенування генома. Встановлено сім специфічних генів, що, на думку дослідників, відповідають за підвищення ризику виникнення клінічної депресії. Втім, цей метод також має низку особливостей і недоліків, що суттєво обмежують можливість його використання у клінічних умовах, оскільки, як і для інших генетичних методів діагностики, для нього характерні висока чутливість і низька специфічність.

Окрему увагу автори звернули на сучасні підходи до діагностики депресивних станів. Так, описано основи так званих протеомних і метаболомних методів діагностики. Перші передбачають виявлення специфічних протеїнів як продуктів експресії «хворобливих» генів, другі включають пошук індикаторів порушення фосфоліпідного обміну як результату синтезу змінених білків.

Підсумовуючи результати аналітичної роботи, автори зробили такі висновки: по-перше, пошук нових методів об'єктивізації процесу діагностики депресивних розладів є результатом впливу антипсихіатричного руху;

по-друге, жодний із розглянутих нових діагностичних підходів не може стати повноцінною та самостійною альтернативою відомому методу діагностичного інтерв'ю [28].

Іншої думки щодо клінічних методів, серед яких і психодіагностичне інтерв'ю, дотримуються А. І. Коротиш і М. Ф. Терещенко. Дослідники оцінювали ознаки латентної депресії на контингенті з 200 студентів різних курсів. У результаті встановлено, що діагностичні методи мають вкрай низьку чутливість до субклінічних станів, тому необхідно використовувати більш чутливі інструменти, як-от експериментально-психологічні методи [29].

Для об'єктивізації діагностичного процесу та формування критеріїв для групи ризику виникнення уніполярної депресії група дослідників із Харкова на чолі з Г. С. Сивопляс-Романовою пропонують використовувати генетичні методи – визначення поліморфізму С677Т гена MTHFR. На думку авторів, мутації цього гена пов'язані зі змінами фолатного обміну та виникненням депресивних порушень. Дослідники зробили висновок про перспективність використання генетичних методів дослідження і пропонують включати препарати фолієвої кислоти у медикаментозну схему терапії уніполярної депресії [30].

Swetlitz N. присвятив своє дослідження проблемі діагностики депресивних розладів, зосередивши увагу на гендерному аспекті. Автор повідомляє, що абсолютна більшість випадків депресивних станів у чоловіків залишаються недіагностованими, а ризик вчинення самогубства серед чоловіків більше ніж втричі вищий порівняно з таким у жінок. На думку дослідника, певні соціальні конструкції стають фактором метаморфозу клінічної картини депресивних розладів у чоловіків. Саме тому наголошено на необхідності адаптації критеріїв депресивних розладів, зважаючи на стать хворого, та розроблення методів об'єктивізації діагностичного процесу [31].

Вирішення проблеми низької діагностики депресивних розладів колектив авторів на чолі з J. Martin бачать у розробленні й імплементації інструментів самооцінювання – чек-листів. Як їхні переваги автори визначають те, що виключено необхідність залучення спеціалістів із психічного здоров'я для уточнення діагнозу (сприяє скороченню витрат уже на етапі діагностики), а також високу чутливість і специфічність порівняно з найпоширенішими методами (як-от діагностичне інтерв'ю). Найбільшу цінність діагностичні інструменти, що передбачають автономне оцінювання психічного статусу, мають для визначення динаміки психопатологічних розладів під впливом терапевтичних процедур, але не для первинної діагностики цих станів, оскільки ці інструменти не відповідають на запитання (логічне після встановлення будь-якого діагнозу) про те, що робити далі. Саме тому необхідним залишається залучення лікаря-психіатра або іншого спеціаліста [32].

Cole S. і Raju M. встановили, що більшість випадків депресивних розладів виявляють і лікують на етапі первинної медико-санітарної допомоги [33]. У тенденції до покладання відповідальності щодо курації багатьох психіатричних хворих на сімейних лікарів автори вбачають низку і переваг, і обмежень. З одного боку, так можна охопити більшу кількість осіб і виявити серед них хворих із депресивними розладами; з іншого боку, окремі клінічні варіанти таких станів лікарі оцінюють не-

правильно, внаслідок цього хворі не отримують належної діагностики й адекватного лікування. Розв'язанням цього питання, на думку авторів, може бути підвищення освіченості сімейних лікарів щодо диференційної діагностики депресивних станів з особливим акцентом на діагностичному інтерв'ю, а не використанні лише формальних опитувальників.

Дослідники також зауважують, що під час діагностичної бесіди лікарям важливо уникати використання фраз, які можуть додатково стигматизувати пацієнта або знецінити важливість фізичних симптомів, на які він скаржиться. На прикладі хворого на соматизовану депресію автори пояснюють: оцінюючи фізичні скарги пацієнта, який прийшов на консультацію до сімейного лікаря, як прояви ментальних порушень, спеціаліст може несвідомо спровокувати різке зниження комплаєнтності та погіршити перебіг депресивного розладу. Тому лікар повинен бути добре обізнаним щодо етіології цих порушень, щоб мати можливість раціонально пояснити їх пацієнтові.

Окрему уваги автори приділили емоційному компоненту спілкування лікаря та хворого на депресивний розлад. Встановили, що, опанувавши методи вираження емпатії, спеціалісти можуть покращити самопочуття пацієнтів, забезпечити ефективний рівень терапевтичного партнерства. Серед навичок емпатичного реагування дослідники розрізняють рефлексію, легітимізацію, підтримку, партнерство та повагу.

Показано, що діагностика депресивних розладів на первинній ланці ускладнена ще й тим, що лікарі загальної практики схильні перебивати пацієнта, коли той повідомляє про свої переживання або скарги. Так, дослідники встановили, що в середньому лікар перебиває пацієнта кожні 18 секунд. Це зумовлено не особливостями особистісного реагування внаслідок професійної деформації та виснаження лікарів, а обґрунтовано організаційними обмеженнями – регламентом тривалості консультації [33].

У дослідженні О. І. Катеренчука вивчено роль сімейного лікаря у діагностиці депресивних порушень серед контингенту кардіологічних хворих. Встановлено, що комбінація серцевої недостатності та депресивних розладів є дуже поширеною, негативно впливає на якість лікування соматичного захворювання, призводить до зниження комплаєнтності хворих. Тому автор вважає необхідним щонайменше скринінгове дослідження з використанням діагностичних інструментів для виявлення депресивних проявів під час консультування хворих, які мають ознаки серцевої недостатності. Отже, наголошено на важливій ролі первинної ланки медичної допомоги у вирішенні питання щодо недостатньої діагностики депресивних розладів [34].

Питанню комплаєнсу в терапевтичних відносинах між лікарем і пацієнтами з депресивними розладами присвятили свою роботу Н. А. Марута і Д. А. Жупанова. Автори встановили, що для хворих на рекурентну депресію з високим показником прихильності до терапії типовими є тривожна акцентуація, внутрішня потреба у здоров'ї та освіті, високий рівень соціальної адаптації. Серед особистісних особливостей хворих на цей варіант депресивного розладу з низьким рівнем адаптації автори визначили акцентуацію за збудливим типом, надмірну

потребу в матеріальному благополуччі та низький рівень соціально-психологічної адаптації. Зазначимо, що ці особливості відрізнялись у хворих на різні варіанти депресивних порушень. Так, у хворих на ПДЕ високі показники комплаєнтності асоціюються з акцентуацією за педантичним типом, внутрішньою потребою в підтриманні стану здоров'я та достатнім рівнем соціальної адаптації; у пацієнтів із низькою комплаєнтністю – акцентуацією за афективно-ригідним типом, потребою в активній діяльності, незалежністю від зовнішніх факторів і соціальною дезадаптацією [35].

Проблему діагностики депресивних порушень вивчали також E. I. Fried et al. [36]. Дослідники встановили, що критерії депресії у Діагностичному керівництві з психічних розладів п'ятого перегляду суттєво відрізняються від тих, що наведені в найпоширеніших діагностичних опитувальниках. Автори пропонують альтернативний погляд на депресію. Згідно з їхньою гіпотезою, депресія – не сталий стан, а динамічна система симптомів, що постійно взаємодіють. Дослідники навели приклад такого взаємозв'язку: типові для депресивних розладів інсомнічні прояви можуть викликати зниження активності та виснаження, а отже призводять до втрати здатності до концентрації уваги. Результатом роботи групи авторів став діагностичний інструмент, що передбачає оцінювання інтенсивності 28 депресивних симптомів, з-поміж яких розрізняють центральні та факультативні. Зауважимо, що як один із центральних депресивних симптомів автори визначили тривогу, яку традиційно не вважають ознакою депресивного розладу [36].

В актуальній редакції Уніфікованого клінічного протоколу з надання первинної медичної допомоги пацієнтам із депресією (далі – Протокол), який використовують в Україні, рекомендовано здійснювати цілеспрямовану діагностику наявності депресивної симптоматики лише особам із групи ризику, а загальний скринінг усім пацієнтам, які звертаються за медичною допомогою, визначено як недоцільний [37]. Автори документа рекомендують застосовувати методику етапного анкетування, що насамперед передбачає виявлення депресивної симптоматики, і вже потім – оцінювання її тяжкості. Такий підхід покликаний оптимізувати та пришвидшити діагностику депресії.

У Протоколі наведено критерії, за якими лікар загальної практики може визначити пацієнта до групи ризику виникнення депресивних станів. До цих критеріїв належать несприятливий сімейний анамнез з відомостями про психічні порушення (не лише афективного спектра) у близьких родичів хворого, дані про епізоди афективних порушень, що були в житті пацієнта до цього часу, хронічні соматичні та/або неврологічні захворювання, що призводять до значного зниження якості життя, відомості про сильні психоемоційні потрясіння (тривала реакція втрати близької людини тощо), відсутність соціального оточення або його несприятливість, стійка втрата працездатності. Окрему увагу, на думку авторів, варто приділяти виявленню серед осіб із групи ризику тих, хто має суїцидальні тенденції (думки про вчинок або досвід скоєння) – вагомим маркерів наявності депресивного стану.

Інше важливе питання, вирішення якого, на думку авторів, покладене на сімейних лікарів, – оцінювання ризиків небезпечних дій пацієнта, що загрожують здо-

ров'ю та життю самого пацієнта та оточуючих. Якщо лікар вирішує, що його пацієнт потребує спеціалізованої допомоги, він мусить направити хворого до відповідного закладу. Втім, автори Протоколу передбачають, що більшість діагностованих випадків депресивних станів залишатимуться поза увагою лікарів-психіатрів, і хворі будуть одержувати лікування на первинній ланці.

Зазначимо, що, згідно з Протоколом, саме сімейний лікар повинен забезпечити інформаційний супровід пацієнта щодо перебігу та лікування психічних порушень, дати поради про внесення змін у харчування, побут, стиль життя, доступно пояснити особливості та правила приймання медикаментів, компетентно відповісти на всі запитання, пов'язані з виявленим станом.

У цьому документі наголошено також на необхідності додаткових інструментальних досліджень хворих на депресивні стани, що спрямовані передусім на диференційну діагностику з депресивною симптоматикою органічного походження. До таких діагностичних методів належать ЕЕГ, МРТ, КТ, ультразвукова доплерографія та інші процедури, що зазвичай здійснюють у профільних закладах (на вторинній ланці медичної допомоги). Окремо автори Протоколу наголошують, що жодний із доступних інструментальних методів дослідження не може замінити клінічне оцінювання психічного статусу хворого, а лише доповнює його, робить діагностичний процес швидшим і надійнішим.

Підсумовуючи аналіз чинного вітчизняного клінічного протоколу медичної допомоги, зробили висновок, що діагностика та лікування випадків легкої та помірної депресії (депресивного та тривожно-депресивного синдрому) відповідає компетенції лікарів загальної практики. Тому обґрунтованими є такі професійно-кваліфікаційні й особистісні вимоги, що висувають до цих спеціалістів: глибокі знання щодо патогенезу психічних розладів, особливостей психофармакотерапії, емпатичність і ресурсність для налагодження комплаєнтних відносин із пацієнтами. До недоліків Протоколу належить відсутність вказівок щодо заходів з оцінювання ризиків повторення депресивних епізодів при ПДЕ, а також недостатня увага до методів нейрофізіологічного дослідження, що мають доволі обмежений арсенал [37].

У дослідженні Н. О. Марути і співавт. сформульовано діагностичні критерії депресивних розладів, що мають бути враховані на кожній із ланок надання медичної допомоги. Так, головним завданням лікарів на первинній (неспеціалізованій) ланці є визначення особливостей клінічної картини актуального стану хворого, що передбачає оцінювання вираженості афективної, вольової, когнітивної, моторної та соматичної семіотики (диссомнічні прояви, розлади харчування, втрата маси тіла чи порушення сексуальної функції, підвищена втомлюваність тощо). Завдання вторинної (спеціалізованої) ланки, на думку авторів, значно ширше, передбачає оцінювання особливостей перебігу захворювання, його тяжкості та факторів, які на це впливають. На третинному етапі надання медичної допомоги цьому контингенту хворих, на думку авторів, мають бути оцінені тонші психологічні конструкції: предиспозиційні персонологічні особливості, арсенал копінг-стратегій тощо. Наукова робота авторів концептуально визначає вектор діагностичного процесу на кожному з етапів надання медичної допомоги [38].

З думкою про чималий потенціал первинної медико-санітарної допомоги у вирішенні питання діагностики та, насамперед, терапії депресивних розладів погоджується колектив авторів на чолі з Т. О. Перцевою. Під редакцією авторки укладено навчальний посібник для лікарів загальної практики, де наведено алгоритм дій спеціаліста у разі виявлення депресивного хворого. Автори пропонують сімейним лікарям брати участь у реабілітації контингенту хворих із депресивними розладами, крім названих раніше функцій діагностики та терапії. У посібнику не описано конкретні інструменти для здійснення реабілітаційних заходів, і це свідчить про вторинну роль лікарів загальної практики у цьому процесі, оскільки вони мають стежити за виконанням хворим призначень профільних спеціалістів [7].

Висновки

1. Проблема діагностики та лікування депресивних розладів, особливо в сучасних умовах, є предметом наукового пошуку багатьох дослідників у всьому світі. Цю проблему намагаються вирішити шляхом автоматизації (наприклад, із залученням технологій штучного інтелекту) та об'єктивізації (використовуючи нейровізуалізаційні, нейрофізіологічні та біохімічні методи).

2. Класичний метод структурованого або напівструктурованого інтерв'ю як інструмент діагностики клінічної депресії залишається одним із найпоширеніших, але має певні обмеження та недоліки. Найбільш суттєвий із них – значна суб'єктивність методу та залежність від сприйняття спеціаліста, який здійснює діагностику. Це обґрунтовує низьку чутливість і специфічність методу.

3. Діагностика та лікування випадків легкої та помірної депресії нині відповідає компетенції лікарів загальної практики. Це обґрунтовує низьку професійно-кваліфікаційних та особистісних вимог, що ставлять до цих спеціалістів (знання щодо патогенезу депресивних розладів, особливостей фармакотерапії, навички налагодження комплаєнтних відносин із пацієнтами).

4. Оскільки діагностика та первинна терапія депресивних станів є компетенцією первинної ланки медичної допомоги, надзвичайно важливо постійно покращувати методологічне забезпечення, розробляти покрокові алгоритми діагностики та курації хворих із депресивними станами. Наголосимо на відсутності інформації щодо заходів оцінювання ризиків повторення депресивних епізодів, а також на недостатній увазі до методів нейрофізіологічного дослідження, їхньому обмеженому арсеналі.

5. Головне завдання лікарів на первинній (неспеціалізованій) ланці – визначення особливостей клінічної картини актуального стану хворого, що передбачає оцінювання вираженості афективної, вольової, когнітивної, моторної та соматичної семіотики (диссомнічні прояви, розлади харчування, втрата маси тіла чи порушення сексуальної функції, підвищена втомлюваність тощо). Завдання вторинної (спеціалізованої) ланки – оцінювання особливостей перебігу захворювання, його тяжкості та факторів, які на це впливають.

6. Перспективним напрямом покращення діагностики та оцінювання ефективності терапевтичних заходів у рамках курації хворих із депресією (крім класичних

психодіагностичних інструментів) є розроблення та використання етологічних, нейрофізіологічних методів дослідження для об'єктивізації визначення стану хворого та виключення суб'єктивного фактора сприйняття спеціалістом пацієнта, а також симптомів анозогнозії чи аґравації.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflict of interest to declare.

Надійшла до редакції / Received: 13.11.2023

Після доопрацювання / Revised: 30.11.2023

Схвалено до друку / Accepted: 06.12.2023

Відомості про авторів:

Підлубний В. Л., д-р мед. наук, професор каф. психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна.

ORCID ID: 0000-0001-9371-9855

Хоміцький М. Є., д-р мед. наук, професор каф. психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна.

ORCID ID: 0000-0002-8622-6718

Information about the authors:

Pidlubnyi V. L., MD, PhD, DSc, Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Ukraine.

Khomitskiy M. Ye., MD, PhD, DSc, Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Ukraine.

References

- Gong Q, He Y. Depression, neuroimaging and connectomics: a selective overview. *Biol Psychiatry*. 2015;77(3):223-35. doi: 10.1016/j.biopsych.2014.08.009
- Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Benjet C, Bruffaerts R, et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med*. 2018;48(9):1560-71. doi: 10.1017/S0033291717003336
- Cui R. Editorial: A Systematic Review of Depression. *Curr Neuropharmacol*. 2015;13(4):480. doi: 10.2174/1570159x1304150831123535
- McCarron RM, Shapiro B, Rawles J, Luo J. Depression. *Ann Intern Med*. 2021;174(5):ITC65-80. doi: 10.7326/AITC202105180
- Mykhaylov BV. [Problems of depressive disorders. A hypothesis of appearance]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohi*. 2012;20(4):53-5. Russian. Available from: https://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2012_20_4_15
- Monroe SM, Anderson SF, Harkness KL. Life stress and major depression: The mysteries of recurrences. *Psychol Rev*. 2019;126(6):791-816. doi: 10.1037/rev0000157
- Pertseva TO, Kuiuichian MS, Yuriyeva LM, Dukelskyi OO. [Diagnosis, therapy and rehabilitation of persons who have experienced psychosocial stress and patients with depression in medical institutions providing primary care]. *Dnipro, Ukraine: Kros-Prynt*; 2018. 172 p. Ukrainian. Available from: <https://repo.dma.dp.ua/id/eprint/4058>
- Baybarak NA. [Clinical and typological variants recurrent depressive disorder with long flow course]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohi*. 2012;20(1):34-9. Ukrainian.
- Chugunov VV, Kireeva EN. [Medical and psychological predictors of prodromal period of repeated episode of major depressive disorder]. *Zaporozhye medical journal*. 2014;(3):71-6. Russian. doi: 10.14739/2310-1210.2014.3.26035
- Yang J, Zhang M, Ahn H, Zhang Q, Jin TB, Li I, et al. Development and evaluation of a multimodal marker of major depressive disorder. *Hum Brain Mapp*. 2018;39(11):4420-39. doi: 10.1002/hbm.24282
- Achalia RM, Jacob A, Achalia G, Sable A, Venkatasubramanian G, Rao NP. Investigating spontaneous brain activity in bipolar disorder: A rest-

- ing-state functional magnetic resonance imaging study. *Indian J Psychiatry*. 2019;61(6):630-4. doi: [10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_391_19](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_391_19)
12. Vatutin NT, Kalinkina NV, Kartamysheva YV, Khristichenko MA, Yeshchenko YV. [Depressive disorders and chronic heart failure]. *Ukrainian Journal of Cardiology*. 2013;3:117-24. Russian. Available from: https://nbuv.gov.ua/UJRN/Ukzh_2013_3_17
 13. Zdyrk IF. [Clinical and psychopathological characteristics of depressive disorders in women suffering from hypertension]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohi. 2013;21(4):83-6*. Ukrainian. Available from: <http://uvnnp.com.ua/arkhiv-nomeriv/2013/tom-21-vipusk-4-77/kl-n-kopsikhopatolog-chn-osoblivost-depresivnikh-roz-lad-u-zh-nok-yak-strazhdaiut-na-g-perton-chn>
 14. Mykhailova E, Proskurina T, Mitylov D, Matkovska T. [Innovative approaches to the diagnosis and prevention of depression in children]. *Actual Problems of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology*. 2013;2:10-2. Ukrainian. Available from: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/act-pit-pediatr/article/view/6682>
 15. Loboyko OI. [Depressive disorders of the patients with vegetative dysfunction syndrome]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohi. 2013;21(4):94-8*. Russian. Available from: <https://uvnnp.com.ua/upload/iblock/479/4798b3d3e8f41639779f0d7fd091295d.pdf>
 16. Gryn EV. [Pathomorphosis of major depressive disorders and their relationship with biological rhythms]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohi. 2012;20(4):32-5*. Ukrainian. Available from: <https://uvnnp.com.ua/upload/iblock/9a4/9a45599cc879d99650d1f04eafc0f6b59.pdf>
 17. Kozidubova VM. [Age features of pathopsychological symptom group at depressive states of various genesis]. *Problems of uninterrupted medical training and science*. 2013;2:35-7. Russian. Available from: https://nbuv.gov.ua/UJRN/Psmno_2013_2_10
 18. Rachkauskas GS, Vysochyn YV, Chebotarov IV. [Clinical and psychopathological characteristics of somatized depressive disorders in adolescence]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohi. 2014;22(2):116-9*. Ukrainian. Available from: <https://uvnnp.com.ua/upload/iblock/453/45345731055715e1ee91f31165a3e131.pdf>
 19. Chou PH, Lin YF, Lu MK, Chang HA, Chu CS, Chang WH, et al. Personalization of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation for the Treatment of Major Depressive Disorder According to the Existing Psychiatric Comorbidity. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2021;19(2):190-205. doi: [10.9758/cpn.2021.19.2.190](https://doi.org/10.9758/cpn.2021.19.2.190)
 20. Yan WJ, Ruan QN, Jiang K. Challenges for Artificial Intelligence in Recognizing Mental Disorders. *Diagnostics (Basel)*. 2022;13(1):2. doi: [10.3390/diagnostics13010002](https://doi.org/10.3390/diagnostics13010002)
 21. Bilostotska ZI. [Principles of diagnosis and differential diagnosis of depressive disorders in the rural inhabitants]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohi. 2007;15(3):33-6*. Russian. Available from: <https://uvnnp.com.ua/upload/iblock/a26/a26171129c82e5be6e0ec5e736169190.PDF>
 22. Panko TV. [Depressive disorders: clinics, diagnosis and a differential therapeutic approach]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohi. 2012;20(4):98-105*. Ukrainian. Available from: <https://uvnnp.com.ua/upload/iblock/bbe/bbe8ad8d41886237aaf1f44980d54c8e.pdf>
 23. Westhoff-Bleck M, Winter L, Aguirre Davila L, Herrmann-Lingen C, Treptau J, Bauersachs J, et al. Diagnostic evaluation of the hospital depression scale (HADS) and the Beck depression inventory II (BDI-II) in adults with congenital heart disease using a structured clinical interview: Impact of depression severity. *Eur J Prev Cardiol*. 2020;27(4):381-90. doi: [10.1177/2047487319865055](https://doi.org/10.1177/2047487319865055)
 24. Lee YS, Park WH. Diagnosis of Depressive Disorder Model on Facial Expression Based on Fast R-CNN. *Diagnostics (Basel)*. 2022;12(2):317. doi: [10.3390/diagnostics12020317](https://doi.org/10.3390/diagnostics12020317)
 25. Mabry-Hernandez IR, Koenig HC. Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents. *Am Fam Physician*. 2010;82(2):185-6.
 26. Sampogna G, Del Vecchio V, Giallonardo V, Luciano M, Fiorillo A. Diagnosis, Clinical Features, and Therapeutic Implications of Agitated Depression. *Psychiatr Clin North Am*. 2020;43(1):47-57. doi: [10.1016/j.psc.2019.10.011](https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.10.011)
 27. Hermanns N, Caputo S, Dzida G, Khunti K, Meneghini LF, Snoek F. Screening, evaluation and management of depression in people with diabetes in primary care. *Prim Care Diabetes*. 2013;7(1):1-10. doi: [10.1016/j.pcd.2012.11.002](https://doi.org/10.1016/j.pcd.2012.11.002)
 28. Smith KM, Renshaw PF, Bilello J. The diagnosis of depression: current and emerging methods. *Compr Psychiatry*. 2013;54(1):1-6. doi: [10.1016/j.comppsy.2012.06.006](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.06.006)
 29. Korotysh AI, Tereshchenko MF. [Experimental and psychological diagnosis of latent depression among students]. *International scientific journal "Internauka"*. 2016;5(1):99-102. Ukrainian. Available from: <https://www.inter-nauka.com/uploads/public/14647123961758.PDF>
 30. Velichko VI, Kudlach OI, Shelepina OA. [A study of occurrence frequency of C677T polymorphism of the gene MTHFR and plasma folate levels in patients with unipolar depression]. *Likarska sprava*. 2015;(1-2):156-7. Russian. Available from: <https://repo.odmu.edu.ua:443/xmliui/handle/123456789/6519>
 31. Swetlitz N. Depression's Problem With Men. *AMA J Ethics*. 2021;23(7):E586-9. doi: [10.1001/amajethics.2021.586](https://doi.org/10.1001/amajethics.2021.586)
 32. Martin J, Streit F, Treutlein J, Lang M, Frank J, Forstner AJ, et al. Expert and self-assessment of lifetime symptoms and diagnosis of major depressive disorder in large-scale genetic studies in the general population: comparison of a clinical interview and a self-administered checklist. *Psychiatr Genet*. 2017;27(5):187-96. doi: [10.1097/YPG.000000000000182](https://doi.org/10.1097/YPG.000000000000182)
 33. Cole S, Raju M. Making the diagnosis of depression in the primary care setting. *Am J Med*. 1996;101(6A):10S-17S. doi: [10.1016/s0002-9343\(96\)00395-6](https://doi.org/10.1016/s0002-9343(96)00395-6)
 34. Katerenchuk OI. [The role of the family doctor in the diagnosis of depression in patients with heart failure. Review and own data]. *Simeina medytsyna*. 2015;(5):66-8. Ukrainian.
 35. Maruta NA, Zhupanova DA. [Individual psychological peculiarities of patients with depression with different levels of medication compliance]. *Medychna psykholohiia*. 2015;10(1):62-9. Russian. Available from: <https://www.mps.kh.ua/archive/2015/1/12>
 36. Fried EI, Epskamp S, Nesse RM, Tuerlinckx F, Borsboom D. What are 'good' depression symptoms? Comparing the centrality of DSM and non-DSM symptoms of depression in a network analysis. *J Affect Disord*. 2016;189:314-20. doi: [10.1016/j.jad.2015.09.005](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.005)
 37. Ministry of Health of Ukraine. [Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized), tertiary (highly specialized) medical care. Depression]. Order dated Dec 25 2014 No. 1003 [Internet]. 2014 [cited 2023 Dec 21]. Ukrainian. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1003282-14#Text>
 38. Maruta NO, Panko TV, Fedchenko VY, Semikina OY, Kalenska HY, Terenkivskiy DI. [Diagnostic criteria for depressive disorders at the stages of providing medical care]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohi. 2017;25(1):135*. Ukrainian. Available from: https://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_1_135