

## Депрессивные и тревожные расстройства как междисциплинарная проблема: пути оптимизации диагностики и лечения в практике психиатра и невролога

Касьянов Е.Д.<sup>1</sup>, Амелин А.В.<sup>2</sup>, Васильева А.В.<sup>1,3</sup>, Дроздова Е.А.<sup>4</sup>, Захаров Д.В.<sup>1</sup>, Иванова Г.Е.<sup>5,6</sup>, Лиманкин О.В.<sup>7,3</sup>, Мазо Г.Э.<sup>1</sup>, Мартынихин И.А.<sup>2,8</sup>, Скиба Я.Б.<sup>2</sup>, Сорокин М.Ю.<sup>1</sup>, Незнанов Н.Г.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова, Россия

<sup>3</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

<sup>4</sup>ГКБ №13 Автозаводского района, Нижний Новгород, Россия

<sup>5</sup>Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия

<sup>6</sup>«Федеральный центр мозга и нейротехнологий» Федерального медико-биологического агентства, Москва, Россия

<sup>7</sup>Психиатрическая больница №1 имени П.П. Кащенко, Санкт-Петербург, Россия

<sup>8</sup>Медико-психологический центр Решение, Санкт-Петербург, Россия

### Обзорная статья

**Резюме.** Аналитический обзор актуализирует проблему междисциплинарного взаимодействия неврологов и психиатров в контексте высокой распространенности коморбидных депрессивных и тревожных расстройств у неврологических пациентов. Установлено, что в амбулаторной неврологической практике до 64.6% пациентов имеют психиатрическую патологию. Особое внимание уделяется нейровоспалению как трансдиагностическому механизму, связывающему патогенез депрессивных расстройств и неврологических заболеваний, в частности, постинсультных состояний. Рассматривается терапевтический потенциал антидепрессантов с противовоспалительной активностью, плеiotропные эффекты которых выходят за рамки собственно антидепрессивного действия и способствуют нейропластичности и функциональному восстановлению. Подчеркивается необходимость интеграции валидированных психометрических инструментов и навыков диагностического интервью в неврологическую практику для своевременного скрининга и стратификации риска.

В качестве стратегического решения предлагается организация крупных междисциплинарных конгрессов для выработки согласованных клинических алгоритмов, модернизации образовательных программ и гармонизации нормативной базы, что позволит преодолеть существующие барьеры и оптимизировать помощь пациентам с сочетанной патологией.

**Ключевые слова:** депрессия, тревожные расстройства, междисциплинарное взаимодействие, нейровоспаление, неврологические заболевания

### Информация об авторах:

Касьянов Евгений Дмитриевич\* — e-mail: [i@kasyan.ru](mailto:i@kasyan.ru); <https://orcid.org/0000-0002-4658-2195>

Амелин Александр Витальевич — e-mail: [avamelin@mail.ru](mailto:avamelin@mail.ru); <https://orcid.org/0000-0001-6437-232X>

Васильева Анна Владимировна — e-mail: [annavdoc1@mail.ru](mailto:annavdoc1@mail.ru); <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>

Дроздова Екатерина Александровна — e-mail: [hosp13\\_2nevrol@mail.ru](mailto:hosp13_2nevrol@mail.ru); <https://orcid.org/0000-0003-0608-3831>

Захаров Денис Валерьевич — e-mail: [zaharov\\_dv@mail.ru](mailto:zaharov_dv@mail.ru); <https://orcid.org/0000-0003-2266-9197>

Иванова Галина Евгеньевна — e-mail: [reabilivanova@mail.ru](mailto:reabilivanova@mail.ru); <http://orcid.org/0000-0003-2214-3187>

Лиманкин Олег Васильевич — e-mail: [limankin@mail.ru](mailto:limankin@mail.ru); <https://orcid.org/0000-0001-6318-7536>

Мазо Галина Элевна — e-mail: [galina-mazo@yandex.ru](mailto:galina-mazo@yandex.ru); <https://orcid.org/0000-0001-7036-5927>

Мартынихин Иван Андреевич — e-mail: [ivan.martynikhin@gmail.com](mailto:ivan.martynikhin@gmail.com); <https://orcid.org/0009-0006-2937-7639>

Скиба Ярослав Богданович — email: [yaver-99@mail.ru](mailto:yaver-99@mail.ru); <https://orcid.org/0000-0003-1955-1032>

Сорокин Михаил Юрьевич — e-mail: [m.sorokin@list.ru](mailto:m.sorokin@list.ru); <https://orcid.org/0000-0003-2502-6365>

Незнанов Николай Григорьевич — e-mail: [spbinst@bekhterev.ru](mailto:spbinst@bekhterev.ru); <https://orcid.org/0000-0001-5618-4206>

**Как цитировать:** Касьянов Е.Д., Амелин А.В., Васильева А.В., Дроздова Е.А., Захаров Д.В., Иванова Г.Е., Лиманкин О.В., Мазо Г.Э., Мартынихин И.А., Скиба Я.Б., Сорокин М.Ю., Незнанов Н.Г. Депрес-

сивные и тревожные расстройства как междисциплинарная проблема: пути оптимизации диагностики и лечения в практике психиатра и невролога. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:4-2:8-19. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-4-2-1258>

**Конфликт интересов:** Н.Г. Незнанов — главный редактор журнала, Г.Э. Мазо — член редакционного совета, Е.Д. Касьянов получал гонорары за лекции от компаний Abbott, Lundbeck, Gedeon Richter, Angelini Pharma и Bristol Myers Squibb/Pfizer.

## Depressive and Anxiety Disorders as an Interdisciplinary Problem: Optimizing Diagnosis and Treatment in Psychiatric and Neurological Practice

Evgeny D. Kasyanov<sup>1</sup>, Alexander V. Amelin<sup>2</sup>, Anna V. Vasilyeva<sup>1,3</sup>, Ekaterina A. Drozdova<sup>4</sup>, Denis V. Zakharov<sup>1</sup>, Galina E. Ivanova<sup>5,6</sup>, Oleg V. Limankin<sup>7,8</sup>, Galina E. Mazo<sup>1</sup>, Ivan A. Martynikhin<sup>2,8</sup>, Yaroslav B. Skiba<sup>2</sup>, Mikhail Yu. Sorokin<sup>1</sup>, Nikolay G. Neznanov<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>V.M. Bekhterev National Medical Research Centre for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

<sup>2</sup>I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, Russia

<sup>3</sup>North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Russia

<sup>4</sup>City Clinical Hospital 13 of the Avtozavodsky District, Nizhny Novgorod, Russia

<sup>5</sup>The Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow, Russia

<sup>6</sup>«Federal Center of Brain Research and Neurotechnologies» of the Federal Medical Biological Agency, Moscow, Russia

<sup>7</sup>P.P. Kaschenko Psychiatric Hospital No. 1, St. Petersburg, Russia

<sup>8</sup>«Reshenie» Medical and Psychological Center, St. Petersburg, Russia

### Review article

**Summary.** This analytical review highlights the issue of interdisciplinary collaboration between neurologists and psychiatrists in the context of the high prevalence of comorbid depressive and anxiety disorders among neurological patients. Evidence indicates that up to 64.6% of individuals seen in outpatient neurological settings have diagnosable psychiatric conditions. Particular attention is given to neuroinflammation as a transdiagnostic mechanism linking the pathogenesis of depressive disorders with neurological diseases, especially post-stroke conditions. The therapeutic potential of antidepressants with anti-inflammatory properties is examined, emphasizing their pleiotropic effects, which extend beyond conventional antidepressant action and contribute to neuroplasticity and functional recovery. The review underscores the need to integrate validated psychometric instruments and structured diagnostic interviewing into neurological practice to enable timely screening and risk stratification. As a strategic measure, the establishment of large interdisciplinary congresses is proposed to facilitate the development of consensus clinical algorithms, modernization of educational programs, and harmonization of regulatory frameworks, ultimately helping to overcome existing barriers and improve care for patients with comorbid conditions.

**Key words:** depression, anxiety disorders, interdisciplinary collaboration, neuroinflammation, neurological diseases

### Information about the authors:

Evgeny D. Kasyanov\* — e-mail: [i@kasyan.ru](mailto:i@kasyan.ru); <https://orcid.org/0000-0002-4658-2195>

Alexander V. Amelin — e-mail: [avamelin@mail.ru](mailto:avamelin@mail.ru); <https://orcid.org/0000-0001-6437-232X>

Anna V. Vasilyeva — e-mail: [annavdoc1@mail.ru](mailto:annavdoc1@mail.ru); <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>

Ekaterina A. Drozdova — e-mail: [hosp13\\_2nevro@mail.ru](mailto:hosp13_2nevro@mail.ru); <https://orcid.org/0000-0003-0608-3831>

Denis V. Zakharov — e-mail: [zaharov\\_dv@mail.ru](mailto:zaharov_dv@mail.ru); <https://orcid.org/0000-0003-2266-9197>

Galina E. Ivanova — e-mail: [reabilivanova@mail.ru](mailto:reabilivanova@mail.ru); <http://orcid.org/0000-0003-2214-3187>

Oleg V. Limankin — e-mail: [limankin@mail.ru](mailto:limankin@mail.ru); <https://orcid.org/0000-0001-6318-7536>

Galina E. Mazo — e-mail: [galina-mazo@yandex.ru](mailto:galina-mazo@yandex.ru); <https://orcid.org/0000-0001-7036-5927>

Ivan A. Martynikhin — e-mail: [ivan.martynikhin@gmail.com](mailto:ivan.martynikhin@gmail.com); <https://orcid.org/0009-0006-2937-7639>

Yaroslav B. Skiba — email: [yaver-99@mail.ru](mailto:yaver-99@mail.ru); <https://orcid.org/0000-0003-1955-1032>

Mikhail Yu. Sorokin — e-mail: [m.sorokin@list.ru](mailto:m.sorokin@list.ru); <https://orcid.org/0000-0003-2502-6365>

Nikolay G. Neznanov — e-mail: [spbinst@bekhterev.ru](mailto:spbinst@bekhterev.ru); <https://orcid.org/0000-0001-5618-4206>

**To cite this article:** Kasyanov ED, Amelin AV, Vasilyeva AV, Drozdova EA, Zakharov DV, Ivanova GE, Limankin OV, Mazo GE, Martynikhin IA, Skiba YaB, Sorokin MYu, Neznanov NG. Depressive and Anxiety Disorders as an Interdisciplinary Problem: Optimizing Diagnosis and Treatment in Psychiatric and Neurological Practice. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:4-2:8-19. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-4-2-1258>. (In Russ.)

**Conflict of interest:** Nikolay G. Neznanov is the Editor in Chief, Galina E. Mazo is the member of the editorial board, Evgeny D. Kasyanov received honoraria for lectures from Abbott, Lundbeck, Gedeon Richter, Angelini Pharma, and Bristol Myers Squibb/Pfizer.

Одной из ключевых проблем в оказании эффективной помощи пациентам с депрессивными и тревожными расстройствами является их некорректная первичная маршрутизация. С одной стороны, это связано с недостаточной осведомленностью населения и специалистов здравоохранения о данных состояниях, а также стигматизацией психиатрической помощи [10]. С другой стороны, частая коморбидность депрессивных и тревожных расстройств с соматической и неврологической патологией, а также преобладание в клинической картине соматоформных проявлений (цефалгии, кардиалгии, вегетативной дисрегуляции) приводит к тому, что пациенты с данными состояниями первично обращаются к врачам общего профиля и неврологам [14, 25].

Данное обстоятельство обуславливает значительную задержку в постановке точного диагноза и назначении адекватной терапии, что негативно сказывается на прогнозе и качестве жизни пациентов. Сложность диагностики в неврологической практике связана с рядом факторов: недостаточной глубиной подготовки в области клинической психопатологии, ограниченным использованием психометрических инструментов за рамками скрининга и, как следствие, тенденцией к гипердиагностике «вегетативной дистонии» или «астенического синдрома» при наличии критериев депрессивного или генерализованного тревожного расстройства [20]. Это указывает на настоятельную необходимость совершенствования образовательных программ для неврологов с акцентом на синдромальный анализ и дифференциальную диагностику. В настоящее время накоплен существенный объем данных, подтверждающих общность патофизиологических механизмов при ряде психиатрических и неврологических заболеваний [40, 53]. В частности, концепция нейровоспаления как потенциального спецификатора депрессивного расстройства открывает новые перспективы для таргетной терапии, особенно в контексте резистентных форм и таких ключевых симптомов, как ангедония [54, 56].

Наиболее ярко необходимость междисциплинарного подхода демонстрирует ведение пациентов с постинсультной депрессией, где требуется интеграция усилий невролога, психиатра и врача-реабилитолога, а также пересмотр существующих клинических рекомендаций на основе доказательных данных [43]. Таким образом, оптимизация помощи пациентам с депрессивными и тревожными расстройствами требует системного подхода, включающего реорганизацию маршрутизации, углубление междисциплинарного взаимодействия между неврологами и психиатрами и актуализацию клинических рекомендаций. Цель настоящего обзора — проанализировать существующие проблемы и предложить научно обоснованные пути их решения.

**Актуализация проблемы междисциплинарного взаимодействия «психиатр-невролог».** В России невролог находится в правовом и клиническом «зазоре»: он имеет право назначать анти-

депрессанты для лечения болевых синдромов, так как это прямо прописано в клинических рекомендациях Минздрава РФ и соответствует международным стандартам, но не имеет формального права для назначения *тех же самых препаратов* в случае лёгких непсихотических психических расстройств (F00-F99 по МКБ-10) [15]. Это создает ситуацию, когда лечение одного и того же состояния (например, хронической боли с сопутствующими депрессивными и тревожными расстройствами) возможно только под одним, «разрешенным» для невролога, диагнозом. Чтобы обойти это противоречие, неврологи широко используют синдромальные диагнозы, которые входят в их компетенции.

Сложившаяся ситуация подчеркивает необходимость более тесной интеграции неврологической и психиатрической служб и, возможно, пересмотра регламентов в сторону расширения компетенции неврологов в области лёгких форм депрессивных и тревожных расстройств. В первую очередь, это связано с тем, что данные расстройства широко распространены в неврологической практике, что подтверждается данными современных систематических обзоров [13, 18, 41, 47]. Так, распространенность депрессивных и тревожных расстройств среди пациентов неврологического профиля существенно превышает популяционные показатели, демонстрируя вариабельность в зависимости от нозологической формы и условий оказания помощи [37]. Причём, наибольшая психопатологическая нагрузка отмечается в амбулаторной неврологической практике, где частота психических расстройств достигает 64,6%, что превышает аналогичный показатель у стационарных пациентов (38,6%) [30].

Данное различие обусловлено преобладанием в амбулаторном звене хронических патологий, таких как функциональные расстройства и хронические болевые синдромы, которые патогенетически связаны с развитием аффективной симптоматики [3, 55]. Среди неврологических пациентов с хронической болью распространенность депрессивного расстройства достигает 36,7%, а генерализованного тревожного расстройства — 16,7%. Особого внимания заслуживает фибромиалгия, при которой коморбидность с аффективными расстройствами превышает 50% [18]. В структуре эпилепсии депрессивные расстройства встречаются у 35% пациентов, тревожные — у 25%. При этом наибольший риск развития коморбидной психопатологии отмечается при височной эпилепсии, где распространенность депрессивных расстройств превышает 50% [11]. При рассеянном склерозе показатели распространённости депрессивных расстройств достигают 27-30%, а тревожных расстройств — 20-35% [14, 22]. Особенностью данной патологии является повышенная распространенность биполярного аффективного расстройства с пожизненной частотой до 8,4% [35]. В постинсультном периоде депрессивные расстройства наблюдаются у 25-30% пациентов, а тревожные — у 20-25% [33, 42].

**Таблица 1. «Красные флаги», требующие направления пациента к психиатру**  
**Table 1. "Red flags" requiring referral to a psychiatrist**

Категория «красного флага»	Клинические проявления
Суицидальный риск	Наличие активных суицидальных мыслей, конкретных намерений, планов или недавних попыток самоповреждения. Выраженное чувство безнадежности также относится к факторам высокого риска.
Психотические симптомы	Присутствие галлюцинаций (слуховых, зрительных), бредовых идей (вины, обнищания, ипохондрических) или тяжелой дезорганизации мышления на фоне аффективного расстройства.
Резистентное течение	Отсутствие клинически значимого улучшения после двух адекватных курсов фармакотерапии (например, антидепрессантами) или хроническое течение расстройства с сохранением выраженной симптоматики.
Тяжелое состояние и значимое снижение функционирования	Выраженная психомоторная заторможенность или ажитация, снижение способности к самообслуживанию и профессиональной деятельности, глубокая социальная дезадаптация.
Риск биполярного расстройства	Ранний дебют депрессии с высокой частотой депрессивных эпизодов, наличие в структуре значимой нестабильности настроения, выявление в анамнезе эпизодов с необычно высоким уровнем настроения и активности.
Сложная коморбидность	Сочетание депрессии или тревоги с расстройствами личности, зависимостями, расстройствами пищевого поведения, что значительно осложняет терапию и требует комплексного междисциплинарного подхода.

Важным клиническим аспектом является частое сочетание депрессии и тревоги (до 25% случаев), что усугубляет реабилитационный потенциал пациентов. Клиническая значимость выявленных закономерностей подчеркивает необходимость интеграции психиатрического скрининга в неврологическую практику. Системное применение стандартизированных психометрических инструментов в неврологических стационарах и амбулаториях позволит своевременно проводить скрининг на депрессивные и тревожные расстройства. Однако, далеко не все известные шкалы и опросники адаптированы на русский язык и могут рекомендоваться для скрининга в рутинной практике. На настоящий момент для российской популяции валидированы Шкала депрессии Бека [17], Госпитальная шкала депрессии и тревоги [9], Шкала депрессии, тревоги и стресса [16], а также Шкала удовольствия Снейта-Гамильтона для оценки ангедонии у пациентов с депрессивными расстройствами [10]. Особое значение имеет опросник для выявления симптомов гипомании HCL-33, используемый для скрининга биполярного расстройства у пациентов с депрессивным эпизодом [11]. Тем не менее в строгом научном и клиническом понимании, окончательный диагноз депрессивного или тревожного расстройства может быть установлен только при соответствии состояния официальным диагностическим критериям Международной классификации болезней (МКБ) 10-го пересмотра и её обновлённой 11 версии [28].

Все остальные методы, в том числе психометрические, являются вспомогательными для достижения этой главной диагностической цели. По этой причине высокая распространенность коморбидных депрессивных и тревожных расстройств у неврологических пациентов диктует необходимость совершенствования диагности-

ческой компетенции неврологов [10]. Ключевым направлением является систематическое образование в области диагностических критериев и клинического течения депрессивных и тревожных расстройств, что позволит проводить дифференциальную диагностику, отделяя клинически значимую патологию от ситуативных реакций, в рамках первичного звена [29]. Однако, для обеспечения безопасности пациентов и преемственности лечения данное образование должно включать в себя обязательный раздел по распознаванию «красных флагов» — клинических признаков, указывающих на необходимость безотлагательного направления к врачу-психиатру. Согласно международным рекомендациям, таким как руководство NICE (2022), ведение легких форм депрессивных и тревожных расстройств может осуществляться врачами соматического профиля, тогда как более тяжелые психотические или резистентные состояния требуют специализированной психиатрической помощи [28]. Своевременное выявление этих признаков является критически важным элементом стратификации риска и организации маршрутизации пациента в системе здравоохранения. В Табл.1 представлены клинические признаки, которые служат абсолютным показанием для консультации психиатра.

Таким образом, интеграция знаний о современных стандартах диагностики депрессивных и тревожных расстройств и четких алгоритмов действия при выявлении «красных флагов» в образовательные программы для неврологов является необходимым условием для построения эффективной и безопасной системы помощи пациентам с сочетанной неврологической и психиатрической патологией. Современные исследования демонстрируют, что адекватная терапия депрессивных и тревожных расстройств не только улучшает психологическое состояние пациентов, но и пози-

тивно влияет на неврологические исходы, повышая приверженность лечению и эффективность реабилитационных мероприятий [13]. В связи с чем интеграция неврологического и психиатрического компонентов лечения способна существенно улучшить качество жизни пациентов и прогноз заболевания.

**Нейровоспаление как трансдиагностический механизм развития психических расстройств и неврологических заболеваний.** В современной психиатрии накоплены убедительные данные, свидетельствующие о ключевой роли нейровоспаления в патогенезе депрессивных и тревожных расстройств [36]. Этот тренд последнего десятилетия находит отражение в дискуссиях о необходимости включения воспалительного спецификатора в диагностические критерии депрессивного расстройства в рамках будущих редакций классификаций, таких как DSM-6 [32]. Метаанализы подтверждают, что у примерно 25% пациентов с депрессией выявляется стойкое повышение периферических маркеров воспаления, таких как С-реактивный белок и интерлейкин-6 [32, 34]. Особый клинический интерес представляет связь нейровоспаления с ангедонией — одним из кардинальных симптомов депрессии, который присутствует более чем в 75% случаев [2, 24]. Патогенетически нейровоспаление опосредует развитие ангедонии через нарушение дофаминовой нейротрансмиссии в мезолимбической системе вознаграждения, что подтверждается как экспериментальными моделями, так и клиническими наблюдениями [23].

Совокупность данных свидетельствует, что при депрессивных и тревожных расстройствах и неврологических заболеваниях наблюдаются сходные признаки нейровоспаления — активация микроглии, повышенные уровни провоспалительных цитокинов и др [32]. Суммарная патофизиологическая модель предполагает последовательную каскадную организацию процесса. На первом этапе формируется системное низкоуровневое воспаление, характеризующееся умеренным повышением провоспалительных медиаторов в периферической крови [51]. Далее развивается структурно-функциональная несостоятельность гематоэнцефалического барьера и сосудистой стенки, что облегчает транслокацию циркулирующих медиаторов и клеточных факторов в центральную нервную систему [44]. На следующем этапе активируются эффекторное звено врожденного иммунитета мозга, прежде всего микроглия, что поддерживает локальную продукцию цитокинов и усиливает нейровоспалительный ответ. Завершающим звеном каскада выступают изменения нейромедиаторной передачи и синаптической пластичности, частично опосредованные активацией кинуренинового пути метаболизма триптофана с накоплением нейрораактивных метаболитов [46].

Указанная последовательность механизмов представляет общий биологический субстрат для депрессивных и тревожных расстройств, а также ряда неврологических заболеваний [52]. Она

объясняет наблюдаемую фенотипическую конвергенцию (включая пересечения по аффективным, когнитивным и соматовегетативным симптомам) и дифференциальную чувствительность подгрупп пациентов к противовоспалительным и антидепрессивным вмешательствам. В контексте терапии повышенный уровень воспаления ассоциирован со снижением эффективности стандартных антидепрессантов, что определяет необходимость поиска альтернативных стратегий [45, 57]. Перспективным направлением является применение препаратов, обладающих не только антидепрессивной, но и противовоспалительной активностью. Различные антидепрессанты демонстрируют неодинаковый противовоспалительный потенциал, что, по современным представлениям, может быть связано с их аффинитетом к сигма-1 рецепторам [21]. Как показано в Табл.2, противовоспалительное действие антидепрессантов зависит от их аффинности к сигма-1 рецепторам, которая варьируется от максимально выраженной (флувоксамин) до очень слабой (миртазапин, венлафаксин, пароксетин).

Таким образом, учет нейровоспалительного компонента открывает новые возможности для персонализированного подхода в лечении депрессивных и тревожных расстройств, позволяя выбирать терапию с учетом индивидуального профиля пациента. Дальнейшие исследования в этом направлении представляются чрезвычайно перспективными для совершенствования фармакотерапии коморбидных случаев психиатрических и неврологических заболеваний.

**Роль постинсультной депрессии в процессе нейрореабилитации: фокус на терапии СИОЗС.** Клиническая значимость постинсультной депрессии определяется её существенным влиянием на процесс функционального восстановления пациентов, а также на риск развития повторных церебральных катастроф и летального исхода после перенесённого инсульта [27]. Сложность диагностики данного состояния обусловлена необходимостью дифференциации аффективной симптоматики с последствиями неврологического дефицита, такими как речевые нарушения и когнитивные расстройства.

В реальной клинической практике стандартизированные шкалы оценки депрессии часто оказываются неприменимыми, что вынуждает врачей полагаться на собственную клиническую оценку. Современные исследования демонстрируют негативное влияние постинсультной депрессии на восстановительные процессы, выражающееся в ухудшении функционального и когнитивного статуса пациентов [50]. Многочисленные метаанализы подтверждают эффективность СИОЗС в лечении аффективных нарушений в постинсультном периоде, отмечая их преимущество в профиле безопасности по сравнению с другими классами антидепрессантов [26, 38]. Плейотропные эффекты СИОЗС выходят за рамки собственно антидепрессивного действия. Экспериментальные и клинические данные свидетельствуют об их

**Таблица 2. Противовоспалительное действие антидепрессантов в зависимости от их аффинности к сигма-1 рецепторам (адаптировано из работы F. Alsabhan J et al. [21])**  
**Table 2. Anti-inflammatory effects of antidepressants depending on their affinity for sigma-1 receptors (adapted from F. Alsabhan J et al. [21])**

Антидепрессант	Сродство к сигма-1 рецептору	Действие на сигма-1 рецептор	Противовоспалительный эффект
Флувоксамин (СИОЗС)	Высокое	Агонист	Благоприятный эффект в доклинических и клинических моделях воспаления.
Сертралин (СИОЗС)	Высокое/умеренное	Антагонист	Сильное противовоспалительное действие за счет снижения и контроля уровня провоспалительных цитокинов.
Флуоксетин (СИОЗС)	Высокое/умеренное	Агонист	Противовоспалительные эффекты в стимулированных липополисахаридом клетках микроглии.
Эсциталопрам (СИОЗС)	Высокое/умеренное	Агонист	Благоприятный противовоспалительный эффект в доклинических моделях.
Циталопрам (СИОЗС)	Высокое/умеренное	Агонист	Благоприятный эффект в доклинических и клинических моделях воспаления.
Пароксетин (СИОЗС)	Очень слабое	—	Частичный противовоспалительный эффект.
Имипрамин (ТЦА)	Очень слабое	Агонист	Слабый противовоспалительный эффект.
Венлафаксин (СИОЗСН)	Очень слабое	—	Слабый противовоспалительный эффект.
Миртазапин (НССА)	Очень слабое	—	Недостаточно доказательств в клинических исследованиях.

Примечание: СИОЗС — селективный ингибитор обратного захвата серотонина; СИОЗСН — селективный ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина; ТЦА — трициклический антидепрессант; НССА — норадренергический и специфический серотонинергический антидепрессант.

Note: SSRI — selective serotonin reuptake inhibitor; SNRI — serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor; TCA — tricyclic antidepressant; NaSSA — noradrenergic and specific serotonergic antidepressant.

способности ускорять моторную реабилитацию, особенно при раннем назначении в первые недели после инсульта [44]. Нейробиологические механизмы данного феномена включают модуляцию нейропластичности, стимуляцию нейрогенеза в гиппокампе, нейропротекцию за счет противовоспалительного действия и нормализацию корковой возбудимости [48].

Несмотря на обнадеживающие результаты, вопрос о профилактическом назначении антидепрессантов остается дискуссионным. Существуют противоречивые данные относительно влияния такой терапии на предотвращение развития постинсультной депрессии. При оценке соотношения пользы и рисков необходимо учитывать потенциальные нежелательные явления, включая риск кровотечений при комбинации с антиагрегантами и изменения судорожного порога [39]. В контексте терапии постинсультной депрессии представляет интерес вопрос о невключении флувоксамина в актуальные клинические рекомендации Минздрава России по ведению пациентов с инсультом (2024) [4]. Вместе с тем, данный антидепрессант присутствует в клинических рекомендациях по депрессивным расстройствам того же регулятора, где он позиционируется как препарат первой линии с доказанной эффективностью и благоприятным профилем переносимости [8]. В этой связи представляется методологически обоснованным руководствоваться профильными ре-

комендациями при выборе терапии, в том числе и в постинсультном периоде.

Перспективной задачей является приведение будущих версий клинических рекомендаций по инсульту в разделе, посвященном постинсультной депрессии, в соответствие с базовыми документами по лечению депрессивных расстройств. Данная гармонизация должна осуществляться с учётом комплексной оценки доказательной базы флувоксамина, включая его потенциальное лекарственное взаимодействие с антикоагулянтами и антиагрегантами, что требует взвешенной оценки соотношения риск-польза у конкретного пациента [7]. Таким образом, хотя СИОЗС представляют собой важный инструмент в комплексной реабилитации постинсультных пациентов, для определения оптимальных режимов терапии и долгосрочных функциональных исходов требуются дальнейшие масштабные исследования.

**Терапия тревожных расстройств в неврологической и психиатрической практике.** Диагностика тревожных расстройств в неврологической практике представляет значительные сложности в связи с полиморфизмом клинических проявлений и преобладанием соматовегетативной симптоматики [18]. Пациенты с генерализованным тревожным расстройством редко предъявляют жалобы на собственно тревогу, акцентируя внимание на кардиоваскулярных (пальпитации, тахикардия, лабильность артериального давления), респира-

торных (ощущение нехватки воздуха, гипервентиляционные нарушения) и гастроинтестинальных проявлениях (синдром раздраженного кишечника, диспепсические явления).

Неврологическая симптоматика часто включает головокружение несистемного характера, тремор, мышечное напряжение с развитием тензионной головной боли и болевых синдромов, а также нарушения сна по типу трудностей засыпания и поддержания сна [53]. Подобная клиническая картина закономерно приводит к проведению расширенного диагностического поиска в соматическом поле, в то время как первично-психическая природа расстройства остается нераспознанной [18]. Клинические проявления панического расстройства в неврологической практике характеризуются пароксизмальностью течения с развитием вегетативных кризов, которые пациенты интерпретируют как проявления угрожающих жизни состояний [49]. В межприступный период формируется комплекс избегающего поведения и тревога ожидания следующего пароксизма, что существенно ограничивает социальное и профессиональное функционирование пациентов. Особое диагностическое значение имеет феномен «симптома медицинской ярмарки» — многократные обращения за медицинской помощью к специалистам различного профиля с требованием повторных обследований [31]. При объективном неврологическом осмотре могут выявляться неспецифические микроорганические знаки, усиление сухожильных рефлексов, тремор пальцев вытянутых рук, лабильность вегетативных показателей, что не соответствует критериям конкретного неврологического заболевания.

Современный алгоритм диагностики предполагает активное выявление тревожной симптоматики с использованием стандартизированных опросников (Госпитальная шкала депрессии и тревоги [9], Шкала депрессии, тревоги и стресса [16]) и целенаправленного клинического интервью. Ключевыми диагностическими маркерами служат постоянное внутреннее напряжение, беспредметное беспокойство о будущем, катастрофизация обыденных событий, а также нарушения концентрации внимания и повышенная раздражительность. В соответствии с современными клиническими рекомендациями Минздрава РФ и международными стандартами, СИОЗС сохраняют статус препаратов первой линии благодаря сочетанию высокой эффективности и благоприятного профиля безопасности [5, 6].

Для неврологической практики особую ценность представляет способность антидепрессанта не только купировать депрессивную или тревожную симптоматику, но и положительно влиять на сопутствующие вегетативные и соматоформные нарушения, восстанавливая функциональную активность пациентов. Среди антидепрессантов первой линии эсциталопрам характеризуется минимальным сродством к мускариновым, гистаминовым и адренергическим рецепторам, что обуславливает низкую частоту таких нежелательных

явлений, как седация, увеличение массы тела, антихолинергические эффекты и кардиоваскулярные нарушения. Отсутствие седативных свойств также является одной из важнейших характеристик при выборе антидепрессанта для лечения тревожных расстройств у лиц пожилого возраста [19].

**Закключение.** Настоящий аналитический обзор демонстрирует критическую необходимость укрепления междисциплинарного взаимодействия между неврологами и психиатрами на всех уровнях оказания медицинской помощи. Высокая распространенность депрессивных и тревожных расстройств среди пациентов неврологического профиля, достигающая 64.6% в амбулаторной практике, свидетельствует о том, что невролог *de facto* является специалистом первого контакта для данной категории пациентов. Однако существующий правовой регламент создает парадоксальную ситуацию, при которой невролог может лечить антидепрессантами, например, хронический болевой синдром, но не имеет формальных полномочий для их назначения из-за ограничений в постановке диагнозов депрессивного или тревожного расстройств, что приводит к необходимости использования синдромальных диагнозов.

Современные данные о нейровоспалении как общем патофизиологическом субстрате широкого спектра неврологических и психиатрических заболеваний открывают новые возможности для персонализированной терапии. Учет индивидуального воспалительного профиля пациента и назначение антидепрессантов с выраженной противовоспалительной активностью, таких как флувоксамин, может существенно повысить эффективность лечения как депрессивных и тревожных, так и неврологических расстройств. Особую актуальность это приобретает в контексте постинсультной депрессии, где плейотропные эффекты СИОЗС выходят далеко за рамки собственно антидепрессивного действия, оказывая положительное влияние на нейропластичность и функциональное восстановление.

Для реализации потенциала междисциплинарного подхода целесообразно инициировать проведение крупных российских конгрессов по аналогии с европейскими моделями (например, Европейской федерации неврологических обществ), объединяющих неврологов, психиатров и специалистов смежных областей. Такие форумы должны стать платформой для выработки согласованных клинических алгоритмов, обсуждения вопросов образовательных стандартов и гармонизации нормативно-правовой базы, регулирующей взаимодействие специалистов. Только через консолидацию профессионального сообщества можно преодолеть существующие барьеры и создать эффективную систему помощи пациентам с сочетанной неврологической и психиатрической патологией, соответствующую принципам доказательной медицины и современным вызовам клинической практики.

## Литература / References

1. Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В., Кибитов А.О., Мазо Г.Э. Валидация шкалы удовольствия Снейта—Гамильтона для оценки ангедонии у пациентов с монополярной депрессией в российской популяции. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2025;125(7):110-121. Kasyanov ED, Rukavishnikov GV, Kibitov AO, Mazo GE. Validation of the Snaith-Hamilton pleasure scale to assess anhedonia in patients with monopolar depression in a Russian population. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2025;125(7):110-121. (In Russ.).
2. Касьянов Е.Д., Яковлева Я.В., Мудракова Т.А., Касьянова А.А., Мазо Г.Э. Паттерны коморбидности и структура депрессивных эпизодов у пациентов с биполярным и депрессивным расстройствами. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2023;123(11-2):108-114. Kasyanov ED, Yakovleva YV, Mudrakova TA, Kasyanova AA, Mazo GE Patterns of comorbidity and structure of depressive episodes in patients with bipolar and depressive disorders. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. Specvyuski. 2023;123(11-2):108-114. (In Russ.).
3. Кибитов А.О., Ракитко А.С., Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В., Шумская Д.С., Ильинский В.В., Незнанов Н.Г., Мазо Г.Э. Связь онлайн-фенотипов симптомов депрессии с полигенными шкалами риска соматических заболеваний в популяционной когорте. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2024;124(11):122-131. Kibitov AO, Rakitko AS, Kasyanov ED, Rukavishnikov GV, Shumskaya DS, Ilyinsky VV, Neznanov NG, Mazo GE. Association of online phenotypes of depressive symptoms with polygenic somatic disease risk scales in a population-based cohort. Journal of Neurology and Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2024;124(11):122-131. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro2024124111122>
4. Клинические рекомендации МЗ РФ, 2024. «Инсульт» [cr.minzdrav.gov.ru]. cr.minzdrav; 2024 [процитировано 1 сентября 2025]. Доступно: <https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend> Клинические рекомендации МЗ РФ, 2024. «Паническое расстройство у взрослых» [cr.minzdrav.gov.ru]. cr.minzdrav; 2024 [процитировано 1 сентября 2025]. Доступно: [https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/456\\_3](https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/456_3)
5. Клинические рекомендации МЗ РФ «Генерализованное тревожное расстройство», 2024 [cr.minzdrav.gov.ru]. cr.minzdrav; 2024 [процитировано 1 сентября 2025]. Доступно: [https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/457\\_3](https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/457_3)
6. Ларикова Т.И., Луканин А.Н., Ужегова И.В., Яковец Ю.Е. Возможности комплексной терапии при реабилитации инсульта. РМЖ. 2007;15:1155. Larikova TI, Lukanin AN, Uzhogova IV, Yakovets YuE. Possibilities of complex therapy in stroke rehabilitation. RMZh. 2007;15:1155. (In Russ.).
7. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Депрессивный эпизод, Рекуррентное депрессивное расстройство. Клинические рекомендации, 2021 [cr.minzdrav.gov.ru]. cr.minzdrav [процитировано 8 декабря 2022]. Доступно: [https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/301\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/301_2)
8. Морозова М.А., Потанин С.С., Бениашвили А.Г., Бурминский Д.С., Лепилкина Т.А., Рупчев Г.Е., Кибитов А.А. Валидация русскоязычной версии Госпитальной шкалы тревоги и депрессии в общей популяции. Профилактическая медицина. 2023;26(4):7-14. Morozova MA, Potanin SS, Beniashvili AG, Burminsky DS, Lepilkina TA, Rupchev GE, Kibitov AA. Validation of the Russian-language version of the Hospital Anxiety and Depression Scale in the general population. Profilakticheskaya medicina. 2023;26(4):7-14. (In Russ.).
9. Мосолов С.Н., Парфенов В.А., Амелин А.В., Медведев В.Э., Менделевич В.Д., Усов Г.М., Сиволап Ю.П., Боголепова А.Н., Мхитарян Э.А., Петелин Д.С. Депрессивные расстройства и их фармакотерапия в рутинной клинической практике. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2023;15(5):54-64. Mosolov SN, Parfenov VA, Amelin AV, Medvedev VE, Mendelevich VD, Usov GM, Sivolap UP, Bogolepova AN, Mkhitaryan EA, Petelin DS. Depressive disorders and their pharmacotherapy in routine clinical practice. Nevrologiya, neiropsikiatriya, psichosomatika. 2023;15(5):54-64. (In Russ.). <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2023-5-54-64>
10. Мосолов С.Н., Ялтонская П.А., Сенько О.В. и др. Выявление гипомании у пациентов с рекуррентной депрессией с помощью нового опросника HCL-33. Российский психиатрический журнал. 2021;6:59-69. Mosolov SN, Yaltonskaya PA, Senko OV, et al. Detection of hypomania in patients with recurrent depression using a new questionnaire HCL-33. Rossijskij psikiatricheskij zhurnal. 2021;6:59-69. (In Russ.). <https://doi.org/10.47877/1560-957X-2021-10607>
11. Незнанов Н.Г., Мартынихин И.А., Мосолов С.Н. Диагностика и терапия тревожных расстройств в Российской Федерации: результаты опроса врачей-психиатров. Современная терапия психических расстройств. 2017;2:2-13. Neznanov NG, Martynikhin IA, Mosolov SN. Diagnosis and therapy of anxiety disorders in the Russian Federation: results of a survey of psychiatrists.



- Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstrojstv. 2017;2:2-13. (In Russ.).
13. Незнанов Н.Г., Кибитов А.О., Рукавишников Г.В., Мазо Г.Э. Прогностическая роль депрессии в качестве предиктора манифестации хронических соматических заболеваний. *Терапевтический архив*. 2018;90(12):122-132. Neznanov NG, Kibitov AO, Rukavishnikov GV, Mazo GE. Prognostic role of depression as a predictor of manifestation of chronic somatic diseases. *Terapevticheskij arhiv*. 2018;90(12):122-132. (In Russ.). <https://doi.org/10.26442/00403660.2018.12.000019>
  14. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании: закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. от 30.12.2024) [consultant.ru]. consultant; 2024 [процитировано 3 октября 2025]. Доступно: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_1931/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_1931/)
  15. Фаттахов И.М., Горобец Е.А., Хайруллин И.Х., Есин Р.Г. Русскоязычная версия шкалы депрессии, тревоги и стресса. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2025;125(5):103-107. Fattakhov IM, Gorobets EA, Khairullin IKh, Esin RG. Russian-language version of the scale of depression, anxiety and stress. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova*. 2025;125(5):103-107 (In Russ.).
  16. Яковлева Я.В., Касьянов Е.Д., Мазо Г.Э. Психометрические свойства Шкалы депрессии Бека (BDI) в российской выборке. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2024;6:39-43. Yakovleva YaV, Kasyanov ED, Mazo GE. Psychometric properties of the Beck Depression Scale (BDI) in the Russian sample. *Psichiatriya i psihofarmakoterapiya*. 2024;6:39-43. (In Russ.). <https://doi.org/10.62202/2075-1761-2024-26-6-39-43>
  17. Aaron RV, Ravvyts SG, Carnahan ND, Bhattiprolu K, Harte N, McCaulley CC, Vitalicia L, Rogers AB, Wegener ST, Dudeney J. Prevalence of Depression and Anxiety Among Adults With Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Netw Open*. 2025;8(3):e250268. <https://doi.org/10.1001/jamaneetworkopen.2025.0268>.
  18. Abejuela HR, Osser DN. The psychopharmacology algorithm project at the Harvard South Shore Program: an algorithm for generalized anxiety disorder. *Harvard Review of Psychiatry*. 2016;24(4):243-256.
  19. Alsaadi T, Kassie S, Mohamed Ali O, Mozahem K, Al Fardan S, Ahmed AM. Psychiatric Comorbidity in Neurological Disorders: Towards a Multidisciplinary Approach to Illness Management in the United Arab Emirates. *Front Psychiatry*. 2019;25(10):263. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00263>
  20. Alsabhan FJ, Alshammari KT Perspective Chapter: New Use of the SSRI Fluvoxamine in the Treatment of COVID-19 Symptoms [Internet]. COVID-19 Pandemic, Mental Health and Neuroscience — New Scenarios for Understanding and Treatment. IntechOpen; 2023. Available from: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.105023>
  21. Alswat AM, Altirkistani BA, Alserihi AR, Baeshen OK, Alrushid ES, Alkhudair J, Aldbas AA, Wadaan OM, Alsaleh A, Al Malik YM, Abulaban AA, Makkawi S. The prevalence of major depression and generalized anxiety disorder in patients with multiple sclerosis in Saudi Arabia: a cross-sectional multicentered study. *Front Psychiatry*. 2023;29(14):1195101. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1195101>
  22. Bekhbat M, Treadway MT, Felger JC. Inflammation as a Pathophysiologic Pathway to Anhedonia: Mechanisms and Therapeutic Implications. *Curr Top Behav Neurosci*. 2022;58:397-419. [https://doi.org/10.1007/7854\\_2021\\_294](https://doi.org/10.1007/7854_2021_294)
  23. Boyle CC, Bower JE, Eisenberger NI, Irwin MR. Stress to inflammation and anhedonia: Mechanistic insights from preclinical and clinical models. *Neurosci Biobehav Rev*. 2023(9);152:105307. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105307>.
  24. Caspi A, Houts RM, Moffitt TE, Richmond-Rakerd LS, Hanna MR, Sunde HF, Torvik FA. A nationwide analysis of 350 million patient encounters reveals a high volume of mental-health conditions in primary care. *Nat Ment Health*. 2024;2(10):1208-1216. <https://doi.org/10.1038/s44220-024-00310-5>.
  25. Chen Y, Patel NC, Guo JJ, Zhan S. Antidepressant prophylaxis for poststroke depression: a meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol*. 2007;22(3):159-66. <https://doi.org/10.1097/YIC.0b013e32807fb028>
  26. Chollet F, Rigal J, Marque P, Barbieux-Guillot M, Raposo N, Fabry V, Albucher JF, Pariente J, Loubinoux I. Serotonin Selective Reuptake Inhibitors (SSRIs) and Stroke. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2018;18(12):100. <https://doi.org/10.1007/s11910-018-0904-9>
  27. Depression in adults: treatment and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2022 Jun 29. (NICE Guideline, No. 222.) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583074/>
  28. Espay AJ, Aybek S, Carson A, Edwards MJ, Goldstein LH, Hallett M, LaFaver K, LaFrance WC Jr, Lang AE, Nicholson T, Nielsen G, Reuber M, Voon V, Stone J, Morgante F. Current Concepts in Diagnosis and Treatment of Functional Neurological Disorders. *JAMA Neurol*. 2018;75(9):1132-1141. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2018.1264>.
  29. Fink P, Hansen MS, Søndergaard L, Frydenberg M. Mental illness in new neurological patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003;74(6):817-9. <https://doi.org/10.1136/jnnp.74.6.817>
  30. Green H, Stone J. Health anxiety in a neurological setting. *Pract Neurol*. 2025;25(4):330-336.

- <https://doi.org/10.1136/pn-2024-004293>
31. Naarapakoski R, Mathieu J, Ebmeier KP, et al. Cumulative meta-analysis of interleukins 6 and 1 $\beta$ , tumour necrosis factor  $\alpha$  and C-reactive protein in patients with major depressive disorder. *Brain Behav Immun*. 2015;49:206–215. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2015.06.001>
  32. Ignacio KHD, Muir RT, Diestro JDB, Singh N, Yu MHL, Omari OE, Abdalrahman R, Barker-Collo SL, Hackett ML, Dukelow SP, Almekhlafi MA. Prevalence of depression and anxiety symptoms after stroke in young adults: A systematic review and meta-analysis. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2024;33(7):107732. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2024.107732>
  33. Jha MK, Leboyer M, Pariente CM, Miller AH. Should Inflammation Be a Specifier for Major Depression in the DSM-6? *JAMA Psychiatry*. 2025;(2). <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.0206>
  34. Jun-O'Connell AH, Butala A, Morales IB, Henninger N, Deligiannidis KM, Byatt N, Ionete C. The Prevalence of Bipolar Disorders and Association With Quality of Life in a Cohort of Patients With Multiple Sclerosis. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2017;29(1):45–51. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.15120403>
  35. Kasyanova AA, Sobolevskaia PA, Limankin OV, Petrova NN. Comparison of immune and systemic inflammation parameters in patients with a depressive episode in bipolar disorder and major depressive disorder: a scoping review. *Consortium Psychiatricum*. 2024;5(4):CP15543. <https://doi.org/10.17816/CP15543>
  36. Kasyanov E, Yakovleva Y, Khobeysh M, Gerasimchuk E, Mazo G. Lifetime Prevalence of Recurrent and Persistent Depression: A Scoping Review of Epidemiological Studies. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2025;21:e17450179372815. <https://doi.org/10.2174/0117450179372815250516102324>
  37. Ladwig S, Zhou Z, Xu Y, Wang X, Chow CK, Werheid K, Hackett ML. Comparison of Treatment Rates of Depression After Stroke Versus Myocardial Infarction: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Data. *Psychosom Med*. 2018;80(8):754–763. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000632>
  38. Liu L, Fuller M, Behymer TP, Ng Y, Christianson T, Shah S, King NKK, Woo D, James ML. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Intracerebral Hemorrhage Risk and Outcome. *Stroke*. 2020;51(4):1135–1141. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.119.028406>
  39. Liu L, Xu M, Marshall IJ, Wolfe CD, Wang Y, O'Connell MD. Prevalence and natural history of depression after stroke: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *PLoS Med*. 2023;20(3):e1004200. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004200>
  40. Lu E, Pyatka N, Burant CJ, Sajatovic M. Systematic Literature Review of Psychiatric Comorbidities in Adults with Epilepsy. *J Clin Neurol*. 2021;17(2):176–186. <https://doi.org/10.3988/jcn.2021.17.2.176>
  41. MacKenzie JJ, Moreno-Gomez V. Poststroke Anxiety: The Other Poststroke Mood Disorder. *Stroke*. 2024;55(11):2703–2704. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.124.048771>
  42. Medeiros GC, Roy D, Kontos N, Beach SR. Post-stroke depression: A 2020 updated review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020 Sep-Oct;66:70–80. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.06.011>
  43. Medina-Rodriguez EM, Beurel E. Blood brain barrier and inflammation in depression. *Neurobiol Dis*. 2022;175:105926. <https://doi.org/10.1016/j.nbd.2022.105926>
  44. O'Brien SM, Scully P, Fitzgerald P, Scott LV, Dinan TG. Plasma cytokine profiles in depressed patients who fail to respond to selective serotonin reuptake inhibitor therapy. *J Psychiatr Res*. 2007;41(3–4):326–31. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.05.013>
  45. Parrott J, Redus L, Santana-Coelho D, et al. Neurotoxic kynurenine metabolism is increased in the dorsal hippocampus and drives distinct depressive behaviors during inflammation. *Transl Psychiatry*. 2016;6:e918. <https://doi.org/10.1038/tp.2016.200>
  46. Peres DS, Rodrigues P, Viero FT, Frare JM, Kudsi SQ, Meira GM, Trevisan G. Prevalence of depression and anxiety in the different clinical forms of multiple sclerosis and associations with disability: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun Health*. 2022;24:100484. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2022.100484>
  47. Qin X, Zhang S, Cao C, Loh YP, Cheng Y. Aberrations in Peripheral Inflammatory Cytokine Levels in Parkinson Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Neurol*. 2016;73(11):1316–1324. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2016.2742>
  48. Ricciardi L, Demartini B, Fotopoulou A, Edwards MJ. Alexithymia in Neurological Disease: A Review. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2015 Summer;27(3):179–87. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.14070169>
  49. Robinson RG, Jorge RE. Post-Stroke Depression: A Review. *Am J Psychiatry*. 2016;173(3):221–31. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15030363>
  50. Setiawan E, Wilson AA, Mizrahi R, Rusjan PM, Miler L, Rajkowska G, Suridjan I, Kennedy JL, Rekkas PV, Houle S, Meyer JH. Role of translocator protein density, a marker of neuroinflammation, in the brain during major depressive episodes. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(3):268–75. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2427>
  51. Siepmann T, Penzlin AI, Kepplinger J, Illigens BM, Weidner K, Reichmann H, Barlinn K. Selective serotonin reuptake inhibitors to improve outcome in

- acute ischemic stroke: possible mechanisms and clinical evidence. *Brain Behav.* 2015;5(10):e00373. <https://doi.org/10.1002/brb3.373>
52. Triolo F, Vetrano DL, Sjöberg L, Calderón-Larrañaga A, Belvederi Murri M, Rutigliano L, Dekhtyar S. Somatic disease burden and depression risk in late life: a community-based study. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2024;2(8):33. <https://doi.org/10.1017/S2045796024000064>
  53. Troubat R, Barone P, Leman S, Desmidt T, Cressant A, Atanasova B, Brizard B, El Hage W, Surget A, Belzung C, Camus V. Neuroinflammation and depression: A review. *Eur J Neurosci.* 2021;53(1):151-171. <https://doi.org/10.1111/ejn.14720>
  54. US Preventive Services Task Force; Barry MJ, Nicholson WK, Silverstein M, Chelmow D, Coker TR, Davidson KW, Davis EM, Donahue KE, Jaén CR, Li L, Ogedegbe G, Pbert L, Rao G, Ruiz JM, Stevermer JJ, Tsevat J, Underwood SM, Wong JB. Screening for Depression and Suicide Risk in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2023;329(23):2057-2067. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.9297>
  55. Yang XY, Wang HQ, Wang ZZ, Chen NH. Linking depression and neuroinflammation: Crosstalk between glial cells. *Eur J Pharmacol.* 2025;995:177408. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2025.177408>
  56. Yoshimura R, Hori H, Ikenouchi-Sugita A, Umene-Nakano W, Ueda N, Nakamura J. Higher plasma interleukin-6 (IL-6) level is associated with SSRI- or SNRI-refractory depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2009;33(4):722-6. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2009.03.020>

### Сведения об авторах

**Касьянов Евгений Дмитриевич** — к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения социальной нейрорепсихиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: i@kasyan.ru

**Амелин Александр Витальевич** — д.м.н., профессор кафедры неврологии, руководитель отдела общей неврологии НИИ Неврологии Первого СПбГМУ им. И.П. Павлова. E-mail: avamelin@mail.ru

**Васильева Анна Владимировна** — д.м.н., руководитель международного отдела, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры психотерапии и сексологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: annavdoc1@mail.ru

**Дроздова Екатерина Александровна** — к.м.н., заведующая неврологическим отделением для лечения больных ОНМК Регионального сосудистого центра №1, нейропсихолог-афазиолог ГБУЗ Нижегородской области «ГКБ №13 Автозаводского района». E-mail: hosp13\_2nevrol@mail.ru

**Захаров Денис Валерьевич** — д.м.н., главный научный сотрудник, заведующий отделением интегративной терапии больных нейропсихиатрического профиля ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: zaharov\_dv@mail.ru

**Иванова Галина Евгеньевна** — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой медицинской реабилитации ИНН ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Пироговский Университет), руководитель НИЦ медицинской реабилитации ФГУ ФЦМН ФМБА России, председатель Союза реабилитологов России, главный внештатный реабилитолог Минздрава России, ФМБА России. E-mail: reabilivanova@mail.ru.

**Лиманкин Олег Васильевич** — д.м.н., главный врач ГБУ «Психиатрическая больница №1 имени П.П. Кашенко», профессор кафедры психотерапии и сексологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: limankin@mail.ru.

**Мазо Галина Элевна** — д.м.н., заместитель директора по инновационному научному развитию ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: galina-mazo@yandex.ru

**Мартынихин Иван Андреевич** — к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Министерства здравоохранения Российской Федерации, руководитель МПЦ Решение. E-mail: ivan.martynikhin@gmail.com

**Скиба Ярослав Богданович** — к.м.н., врач-невролог научно-исследовательского института детской онкологии, гематологии и трансплантологии имени Р. М. Горбачевой, заведующий лабораторией клинической фармакологии и терапии боли института фармакологии имени А.В. Вальдмана, научный сотрудник научно-клинического центра трансплантации и клеточной терапии при аутоиммунных и нейродегенеративных заболеваниях ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ имени И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: yaver-99@mail.ru

**Сорокин Михаил Юрьевич** — к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии психических расстройств, учёный секретарь ФГБУ «Национальный медицинский ис-

следовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: m.sorokin@list.ru

**Незнанов Николай Григорьевич** — д.м.н., профессор, Заслуженный деятель науки РФ, директор ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Президент Российского общества психиатров, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВПО «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова» Минздрава России, главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора. E-mail: spbinst@bekhterev.ru

Поступила 10.10.2025

Received 10.10.2025

Принята в печать 25.11.2025

Accepted 25.11.2025

Дата публикации 25.12.2025

Date of publication 25.12.2025