

Опыт лечения соматизированной депрессии в общей медицинской практике

Н.Л. Зуйкова, И.В. Салынцев, А.В. Палин

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия
zuykova_nl@pfur.ru

Аннотация

Соматизированные и соматовегетативные симптомокомплексы депрессий (нарушения сна, снижение либидо, патологические телесные сенсации и др.) являются одной из причин длительного пребывания пациентов под наблюдением врачей общей практики и позднего начала антидепрессивной терапии. С другой стороны, многие соматовегетативные побочные эффекты антидепрессантов (сонливость, гиперфагия, ухудшение сексуальной функции и пр.) могут стать причинами низкой комплаентности больных и преждевременного отказа от тимолептической терапии. Современные антидепрессанты, такие как trazodone (Триттико), успешно купируют не только разнообразные соматизированные проявления депрессии, но и нивелируют негативные соматические эффекты предшествующей психотропной терапии. В статье представлены клинические случаи эффективного лечения trazodone соматизированной депрессии у женщины и депрессии, протекающей с СИОЗС-индуцированным снижением либидо, у мужчины.

Ключевые слова: соматизированная депрессия, снижение либидо, trazodone.

Для цитирования: Зуйкова Н.Л., Салынцев И.В., Палин А.В. Опыт лечения соматизированной депрессии в общей медицинской практике. Клинический разбор в общей медицине. 2022; 4: 6–10. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00143

Experience of somatic depression treatment in general practice

Nadezhda V. Zuikova, Igor V. Salyntsev, Aleksandr V. Palin

People's Friendship University of Russia, Moscow, Russia
zuykova_nl@pfur.ru

Abstract

Somatic and vegetative-somatic depressive symptom clusters (decreased libido, abnormal body sensations, etc.) are one of the reasons for the prolonged patient's follow-up and delayed start of antidepressant therapy. However, many vegetative-somatic side effects of antidepressants (somnolence, hyperphagia, deterioration of sexual function, etc.) can cause poor patient compliance and premature discontinuation of thymoleptic therapy. Modern antidepressants, such as trazodone (Trittico) successfully stop various somatic manifestations of depression and eliminate the adverse somatic effects of the previous psychotropic medication. The paper presents clinical cases of effective trazodone therapy in a woman with somatic depression and a man with depression and SSRI-induced decrease in libido.

Key words: somatic depression, decreased libido, trazodone.

For citation: Zuikova N.V., Salyntsev I.V., Palin A.V. Experience of somatic depression treatment in general practice. Clinical review for general practice. 2022; 4: 6–10. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00143

Соматизированные и соматовегетативные симптомокомплексы депрессий (нарушения сна, снижение либидо, патологические телесные ощущения и др.) являются одной из причин длительного пребывания пациентов под наблюдением врачей общей практики и позднего начала антидепрессивной терапии [1, 2].

С другой стороны, многие соматовегетативные побочные эффекты антидепрессантов (сонливость, повышение аппетита, нарушения сексуальной функции и пр.) могут стать причинами снижения комплаенса больных и преждевременного отказа от тимолептической терапии [3, 4].

Современные мультимодальные антидепрессанты, такие как trazodone (Триттико), успешно купируют не только разнообразные соматизированные проявления депрессии, но и нивелируют негативные соматические эффекты предшествующей психотропной терапии [4–6].

В обзорных публикациях последних лет [4–6] представлены данные о высокой эффективности trazodone для купирования таких проявлений гипотимии, как тревога (в том числе при неэффективности или зависи-

мости от бензодиазепинов), соматизированные и когнитивные расстройства, нарушения сна, снижение либидо и др. Благодаря особенностям своего рецепторного профиля, trazodone уже с первых дней терапии реализует выраженный тимолептический и анксиолитический эффекты, нормализует сон и его фазовую структуру, улучшает либидо и сексуальную функцию, уменьшает психогенные тошноту и анорексию, не вызывая в то же время повышения аппетита и прибавки массы тела.

В представленных ниже клинических примерах описываются случаи эффективного лечения trazodone соматизированной депрессии у женщины и депрессии, протекающей с СИОЗС-индуцированным снижением либидо, у мужчины.

Клинический пример 1

Пациентка, 47 лет. Наследственность психическими расстройствами неотягощена.

Анамнез. Родилась в срок от нормально протекавших беременности и родов.

Менструации с 10 лет, установились сразу, до настоящего времени обильные, болезненные.

С 23 лет после самопроизвольного аборта на фоне психоэмоционального напряжения отмечала пульсирующие давящие головные боли в височной области, которые затем распространялись за уши и в затылок. Неоднократно обследовалась, однако патологии выявлено не было.

В 27 лет обращалась к знахарке, на приеме у которой чувствовала «дрожь во всем теле», совершала судорожные движения руками, истошно кричала. При этом испытывала чувство тошноты, сознания не теряла, слышала все, что говорилось вокруг. Состояние длилось несколько секунд. С тех пор приступы возникали периодически на фоне сильного психоэмоционального напряжения, сопровождающегося тревожным ожиданием. Длительность приступа, по словам родных, могла составлять до 4–5 мин. При этом всегда чувствовала приближение «припадка», старалась лечь, если же не успевала, то при падении никогда не получала ушибов, каких-либо других травм.

С 45-летнего возраста на фоне перебоев в менструальном цикле, стала ипохондричной: часто жаловалась на слабость, быструю утомляемость, боли в различных частях тела. Если поблизости от нее кто-то чихнул, кашлянул, на следующий день испытывала недомогание, считала себя больной, принимала большое количество лекарственных средств. Участились обращения за помощью к врачам, экстрасенсам, знахарям. Начала избегать стрессовых ситуаций. Стала плаксивой, сентиментальной, жалостливой. При этом в семейной жизни была более нетерпеливой, мелочной, раздражительной, агрессивной. Конфликтовала с дочерью. В 46 лет после травмы дочери, а также на фоне ухудшения здоровья матери, за которой была вынуждена ухаживать, отметила снижение настроения, плаксивость, учащение, усиление и увеличение продолжительности (до нескольких дней) головных болей и болей в спине. Тогда же отмечала длительные состояния афонии (потери голоса), онемение пальцев на одной руке. После смерти матери настроение оставалось сниженным, часто вспоминала ее, плакала, испытывала тоску, видела мать во сне. Обращалась к гинекологам, невропатологам, кардиологам. В результате обследований значимой соматической патологии не выявлено. Было рекомендовано лечение у психиатра.

Соматическое состояние. *Заключение ЛОР-врача:* без патологии. *Заключение гинеколога:* перименопауза. *Заключение терапевта:* без патологии. *Заключение невролога:* данных, подтверждающих наличие органической патологии центральной нервной системы, нет.

Психическое состояние. Жалобы на постоянное в течение дня ощущение «внутреннего напряжения», тревогу, связанную с ожиданием приступа, выражающегося атетозоподобными движениями рук, тризмом жевательной мускулатуры, «истошным» криком. Сознание при этом сохранено. Приступы возникают пе-

риодически, причем в течение 2 мес (после смерти матери) значительно чаще, чем прежде (до нескольких раз в неделю). Проходят самостоятельно в течение, как уверяет, 30–40 мин. Уверяет, что может предчувствовать наступление «судорог» по усилению ощущения «внутренней тревоги» и «туману в голове». Также беспокоят периодически возникающие пульсирующие головные боли давящего характера в висках, распространяющиеся за уши и в затылок, где приобретают характер жжения. Боль может длиться по несколько дней. Помимо этого, отмечает эпизодические стреляющие боли за ухом, по поводу которых к врачам не обращалась. Считает, что больна хроническим отитом. Высказывает предположение, что с этим связано ухудшение ее памяти. Также беспокоит длительное засыпание, сопровождающееся беспричинной тревогой, страхом, двигательным беспокойством. Аппетит снижен. Лучше чувствует себя к вечеру. Суицидальные мысли отрицает. Обманов восприятия не выявлено.

Диагноз психиатрический: депрессивный эпизод средней степени тяжести с соматическими симптомами (соматизированная депрессия).

Терапия и катамнез. Пациентке амбулаторно был назначен антидепрессант тразодон (Триттико) в дозе 150 мг/ночь. В течение 1-й недели терапии у пациентки нормализовались засыпание, продолжительность сна, к концу 2-й недели пациентка отметила улучшение фона настроения. После 3-й недели лечения доза препарата повышена до 300 мг/ночь. В течение 4-й недели терапии регистрировалось уменьшение частоты и выраженности приступов головных болей, мышечных «судорог» и других неприятных ощущений в теле. На 6-й неделе терапии больная сообщила, что стала более спокойной, редуцировались раздражительность и плаксивость. К концу 3-го месяца терапии пациентка, посчитав состояние полностью нормализовавшимся, самостоятельно отменила препарат без отрицательных последствий. В дальнейшем еще дважды обращалась за помощью в связи со снижением настроения и возобновлением соматизированной симптоматики. Получая каждый раз тразодон (Триттико) по 50–150 мг/ночь в течение 2–4 мес, отмечала полную редукцию депрессивной симптоматики и нормализацию состояния.

Нежелательных явлений на протяжении всех периодов антидепрессивной терапии и синдрома отмены при прекращении лечения не отмечалось.

В представленном клиническом случае первая отчетливая депрессия развилась у пациентки с истерическими чертами личности в период менопаузы. Для клинической картины инволюционных депрессий характерна большая представленность и даже доминирование соматизированной и конверсионной симптоматики [7–10]. Обращает на себя внимание длительный путь пациентки по специалистам общей медицинской практики, предшествовавший обращению к психиатру и не приносивший значимого терапевтического эффекта. Можно предположить, что более раннее начало терапии антидепрессантом, назначенным врачом общей

практики или неврологом, повысило бы приверженность терапии и, следовательно, длительность противорецидивного эффекта.

Выбор тразодона (Триттико) в качестве впервые назначенного антидепрессанта определялся полиморфной клинической картиной депрессии с соматизированными симптомокомплексами, а также невысокой вероятностью развития побочных эффектов [4–6].

Клинический пример 2

Пациент, 24 года. *Наследственность* манифестными психозами неотягощена.

Пациент родился от нормально протекавшей беременности. Роды срочные, в родах по показаниям было сделано кесарево сечение. В дальнейшем к врачам не обращался, проходил плановые обследования и диспансеризации.

В 23 года женился. Однако отношения не складывались. На этом фоне снизилось настроение, появилась апатия, развилась тревога перед будущим, испытывал чувство обиды на жену, считал, что «она его не понимает и не любит». Участились конфликты в семье. Отметил снижение работоспособности из-за трудностей с концентрацией внимания. Снижился аппетит, нарушился сон (с трудом засыпал, часто пробуждался ночью, видел сновидения тревожного характера).

В связи с ухудшением самочувствия обратился за помощью к психиатру, принимал венлафаксин (до 75 мг/сут), агомелатин (до 50 мг/ночь) с незначительным эффектом, затем пароксетин (20 мг/сут). На фоне приема последнего отметил улучшение самочувствия, однако стало беспокоить снижение либидо. Был переведен на эсциталопрам 10 мг/сут, но проблемы с либидо сохранялись. Вновь обратился за коррекцией терапии.

Психическое состояние. Выглядит соответственно возрасту. Одет аккуратно, следит за внешним видом. Осанка сутулая. Мимика бедная, движения замедленные. Выглядит подавленным, несколько стеснителен. В беседу вступает без особых затруднений. Голос тихий. Темп речи несколько ускорен. На вопросы отвечает в плане заданного, многословен, при описании своей жизни использует изотерические и философские понятия. В суждениях инфантилен. Интересуется длительностью лечения, его эффективностью, влиянием на либидо, необходимостью приема поддерживающей терапии, ее сроками.

Жалобы на сниженное настроение, подавленность, тревогу за будущее семьи, обиду на жену, которая «не разделяет его увлечений и целей». Также беспокоят отсутствие чувства удовольствия от ранее приятных вещей, апатия, быстрая утомляемость, чувство «разбитости». Состояние, как правило, улучшается к вечеру. Аппетит снижен, похудел на 4 кг за последние 2 мес. Сон нарушен по типу трудности засыпания и сонливости в утренние часы. Суицидальные мысли отрицает. Обманов восприятия не обнаружено.

Соматическое состояние. *Заключение терапевта:* без патологии. *Заключение невропатолога:* па-

тологии не выявлено. *Заключение окулиста:* без патологии.

Диагноз. Впервые возникшая тревожно-апатическая депрессия. Депрессивный эпизод средней степени тяжести без психотической симптоматики, СИОЗС-индуцированная сексуальная дисфункция.

Терапия: тразодон (Триттико) 150 мг на ночь ежедневно.

На фоне терапии в течение первых 4 дней нормализовался сон. После 10 дней приема препарата пациент отметил существенное уменьшение подавленности. К 28-му дню терапии восстановился аппетит, отметил восстановление привычного уровня либидо, что и определило его готовность к продолжению терапии. К 42-му дню лечения зарегистрирована полная редукция апатии, раздражительности, тревоги перед будущим.

Катамнез. На фоне полной редукции психопатологической симптоматики пациент в течение еще 2 мес находился под наблюдением психиатра, принимал тразодон на ночь. Чувствовал себя хорошо. Приступил к работе. С обязанностями справлялся. Спустя 7 мес после отмены терапии депрессивной симптоматики не отмечается, другие психотропные препараты не принимает.

В представленном клиническом наблюдении в 23 года на фоне семейных неурядиц у пациента впервые развилось гипотимическое состояние с преобладанием тревожно-апатической симптоматики.

Наличие в клинической картине депрессии трех основных (снижение настроения, утрата интересов, снижение энергии и повышенная утомляемость) и более трех дополнительных (снижение способности к сосредоточению и концентрации внимания, нарушенный сон и аппетит) критериев депрессивного эпизода по МКБ-10 свидетельствует в пользу средней степени выраженности психопатологической симптоматики.

Выбор тразодона в качестве препарата замены у данного пациента молодого возраста обусловлен его высокой эффективностью в отношении тревожной и апатической симптоматики и положительным влиянием на сексуальную функцию у мужчин [4, 5].

Заключение

Современные антидепрессанты, такие как тразодон (Триттико), успешно купируют не только разнообразные соматизированные проявления депрессии, но и нивелируют негативные соматические эффекты предшествующей психотропной терапии. Выбор тразодона в качестве антидепрессанта основывается на его высокой эффективности в отношении тревожной, апатической, соматизированной симптоматики, положительном влиянии на сексуальную функцию у мужчин и оптимальной переносимости.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература / References

1. Медведев В.Э. Депрессивные расстройства. Глава в руководстве. Путеводитель врачебных назначений. Современное руководство для практикующих врачей. Том 6. Под ред. А.И. Мартынова. М.: Бионика Медиа, 2018. С. 57–69.
[Medvedev V.E. Depressivnyye rasstroistva. In: Putevoditel' vrachebnykh naznachenii. Sovremennoe rukovodstvo dlia praktikiuvshchikh vrachei. Tom 6. Ed. A.I. Martynov. Moscow: Bionika Media, 2018. P. 57–69 (in Russian).]
2. Медведев В.Э., Коровякова Э.А., Фролова В.И., Гушанская Е.В. Антидепрессивная терапия у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика. 2019; 11 (1): 131–40. DOI: 10.14412/2074-2711-2019-1-131-40
[Medvedev V.E., Koroviakova E.A., Frolova V.I., Gushanskaia E.V. Antidepressivnaia terapiia u patsientov s serdechno-sosudistyimi zabolevaniiami. Nevrologiia, neiropsikhiatriia i psikhosomatika. 2019; 11 (1): 131–40. DOI: 10.14412/2074-2711-2019-1-131-40 (in Russian).]
3. Медведев В.Э., Кардашян Р.А., Фролова В.И. и др. Исследование эффективности различных схем замены антидепрессанта при развитии синдрома СИОЗС-индуцированной апатии. Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика. 2020; 2; 48–56.
[Medvedev V.E., Kardashian R.A., Frolova V.I. et al. Issledovanie effektivnosti razlichnykh skhem zameny antidepressanta pri razvitiit sindroma SIOZS-indutsirovannoi apatii. Nevrologiia, neiropsikhiatriia i psikhosomatika. 2020; 2; 48–56 (in Russian).]
4. Беккер Р.А., Быков Ю.В. Об эффективности и безопасности тразодона при расстройствах с соматическими симптомами (Обзор литературы и представление двух клинических случаев). Психиатрия и психофармакотерапия. 2022; 2; 15–32.
[Bekker R.A., Bykov Yu.V. Ob effektivnosti i bezopasnosti trazodona pri rasstroistvakh s somaticheskimi simptomami (Obzor literatury i predstavlenie dvukh klinicheskikh sluchaev). Psikhiiatriia i psikhofarmakoterapiia. 2022; 2; 15–32 (in Russian).]
5. Петрова Н.Н., Шагиахметов Ф.Ш., Борукаев Р.Р. Тразодон: грани клинической эффективности. Психиатрия и психофармакотерапия. 2021; 3; 40–6.
[Petrova N.N., Shagiakhmetov F.Sh., Borukaev R.R. Trazodon: grani klinicheskoi effektivnosti. Psikhiiatriia i psikhofarmakoterapiia. 2021; 3; 40–6 (in Russian).]
6. Полуэктов М.Г., Левин Я.И., Михайлов В.А. и др. Применение Триттико (тразодона) для лечения нарушений сна при депрессии: результаты мультицентрового исследования. Эффективная фармакотерапия. 2013; 12: 82–90.
[Poluektov M.G., Levin Ia.I., Mikhailov V.A. et al. Primenenie Trittiko (trazodona) dlia lecheniia narushenii sna pri depressii: rezul'taty mul'titsentrovogo issledovaniia. Effektivnaia farmakoterapiia. 2013; 12: 82–90 (in Russian).]
7. Медведев В.Э. Диагностика и терапия психосоматических расстройств генеративного цикла женщин в общей медицинской практике (обзор литературы). Архив внутренней медицины. 2022; 12 (4): 276–84. DOI: 10.20514/2226-6704-2022-12-4-276-284
[Medvedev V.E. Diagnostika i terapiia psikhosomaticheskikh rasstroistv generativnogo tsikla zhenshchin v obshchei meditsinskoi praktike (obzor literatury). Arkhiv unnutrennei meditsiny. 2022; 12 (4): 276–84. DOI: 10.20514/2226-6704-2022-12-4-276-284 (in Russian).]
8. Медведев В.Э. Психические расстройства репродуктивного цикла у женщин. Психиатрия. 2022; 20 (2): 85–96. DOI: 10.30629/2618-6667-2022-20-2-85-96
[Medvedev V.E. Psikhicheskie rasstroistva reproduktivnogo tsikla u zhenshchin. Psikhiiatriia. 2022; 20 (2): 85–96. DOI: 10.30629/2618-6667-2022-20-2-85-96 (in Russian).]
9. Медведев В.Э. Психосоматические осложнения снижения или нарушения генеративной функции у пациенток общесоматиче-



Больше чем антидепрессант

Краткая информация по медицинскому применению препарата Триттико.

ТРИТТИКО®, ТАБЛЕТКИ С ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ВЫСВОЖДЕНИЕМ, 150 МГ, 20 ШТ., 60 ШТ.

ДЕЙСТВУЮЩЕЕ ВЕЩЕСТВО: Тразодона гидрохлорид **ПОКАЗАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ:** Препарат Триттико® показан к применению у взрослых для лечения депрессивных расстройств с тревогой или без нее.

РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ И СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ: Взрослые 75–150 мг/сутки в виде разовой дозы вечером перед сном. Доза может быть увеличена до 300 мг/сутки, разделенных на два приема. У госпитализированных пациентов доза может быть постепенно увеличена до 600 мг/сутки в повторных дозах. **Пациенты пожилого возраста:** для пожилых или ослабленных пациентов рекомендуемая начальная доза должна быть снижена до 100 мг/сутки в виде дробных доз или в качестве разовой дозы в вечернее время перед сном. Данную дозу можно постепенно повышать под наблюдением врача в зависимости от эффективности и переносимости препарата. В большинстве случаев для данных пациентов следует избегать назначения разовой дозы более 100 мг. Обычно не требуется доза, превышающая 300 мг/сутки. **Пациенты с печеночной недостаточностью:** Тразодон подвергается интенсивному печеночному метаболизму, и прием препарата может ассоциироваться с гепатотоксичностью. Следует с осторожностью назначать препарат пациентам с печеночной недостаточностью, особенно при наличии печеночной недостаточности тяжелой степени. Необходимо периодически проводить мониторинг функции печени. **Пациенты с почечной недостаточностью:** Обычно коррективная дозы не требуются, однако следует с осторожностью назначать пациентам с тяжелой почечной недостаточностью. **Дети:** Триттико® не следует применять у детей в возрасте до 18 лет в связи с риском, связанным с опасными относительно безопасностью.

Способ применения: Таблетки следует принимать целиком, не разжевывая, и запивая достаточным количеством воды. Терапию следует начинать с вечернего приема и постепенного увеличения дневных доз. Препарат может приниматься независимо от приема пищи. Препарат следует применять курсами не менее 1 месяца. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** Гиперчувствительность к действующему веществу или к любому из вспомогательных веществ, перечисленных в разделе 6.1; алкогольная интоксикация и интоксикация снотворными препаратами; острый инфаркт миокарда; дефицит сахарозы/изомальтозы, непереносимость фруктозы, глюкозогалактозная мальабсорбция, так как лекарственный препарат содержит сахарозу; возраст до 18 лет (безопасность не установлена).

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ОБЩЕЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА.

НОМЕР РУ: ЛП-№(001171)-(P)-RU).

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ.

TRI-HCP-1/2021-N27

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ТРИТТИКО

ской сети (обзор литературы). Архив внутренней медицины. 2022; 12 (3): 187–94. DOI: 10.20514/2226-6704-2022-12-3-187-194 [Medvedev V.E. Psikhosomaticheskie oslozheniia snizheniia ili narusheniia generativnoi funktsii u patsientok obshchesomaticheskoi seti (obzor literatury). Arkhiv vnutrennei meditsiny. 2022; 12 (3): 187–94. DOI: 10.20514/2226-6704-2022-12-3-187-194 (in Russian).]

10. Медведев В.Э. Терапия психических расстройств генеративного цикла у женщин. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2022; 14 (2): 84–90. DOI: 10.14412/2074-2711-2022-2-84-90 [Medvedev V.E. Terapiia psikhicheskikh rasstroistv generativnogo tsikla u zhenshchin. Nevrologiia, neiropsikhiatriia, psikhosomatika. 2022; 14 (2): 84–90. DOI: 10.14412/2074-2711-2022-2-84-90 (in Russian).]

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Зуйкова Надежда Владимировна – канд. мед. наук, доцент, доцент каф. психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии, Факультет непрерывного медицинского образования ФГАОУ ВО РУДН. E-mail: zuykova_nl@pfur.ru; ORCID: 0000-0002-7192-7095
Nadezhda V. Zuykova – Cand. Sci. (Med.), People’s Friendship University of Russia. E-mail: zuykova_nl@pfur.ru; ORCID: 0000-0002-7192-7095

Салынцев Игорь Всеволодович – канд. мед. наук, доцент, доцент каф. психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии, Факультет непрерывного медицинского образования ФГАОУ ВО РУДН. ORCID: 0000-0001-8623-8455
Igor V. Salyntsev – Cand. Sci. (Med.), People’s Friendship University of Russia. ORCID: 0000-0001-8623-8455

Палин Александр Васильевич – ассистент каф. психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии, Факультет непрерывного медицинского образования ФГАОУ ВО РУДН. ORCID: 0000-0002-9480-731X
Aleksandr V. Palin – Assistant, People’s Friendship University of Russia. ORCID: 0000-0002-9480-731X

Статья поступила в редакцию / The article received: 14.10.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 27.10.2022