

УДК 616.89-008.454

Індекс DOI 10.15407/internalmed2019.02.030



**Проф. В.Е. Гончаров, проф. В.М. Козидубова, проф. С.М. Долуда,
доц. Э.Н. Барычева, доц. А.В. Гурницкий**

Харьковская медицинская академия последиplomного образования
Кафедра психиатрии

Роль депрессии во врачебной практике

Стремительный рост частоты возникновения депрессивных расстройств в мире приводит к тому, что на эту проблему все чаще обращают внимание не только психиатры, но и врачи других специальностей. В настоящий момент депрессивные расстройства по распространенности занимают одно из первых мест в структуре как психических расстройств, так и заболеваний в целом [26 Напр.]. По данным ВОЗ, депрессивные расстройства входят в число причин, вызывающих наиболее значимую потерю активных лет жизни за счет болезни, инвалидизации и преждевременной смерти, значительно повышая риск суицида [1, 2].

Опубликованные данные эпидемиологических исследований указывают, что за весь период жизни данные расстройства возникают приблизительно у 80% людей. При этом нередко воспринимаются как состояние, не являющееся болезненным и не требующее медицинского внимания [доклад]. Если учесть распространенный в обществе страх перед обращением к психиатру и признанием у себя психического расстройства, то становится понятным, насколько может запаздывать оказание квалифицированной помощи и усугубиться самочувствие пациента. В этой связи особую актуальность приобретает повышение информированности врачей общей практики в вопросах ранней диагностики и понимания путей решения данной проблемы. Именно они оказываются первыми специалистами, принимающими такого пациента.

При квалифицированной диагностике депрессивных расстройств важным является определение ведущего механизма, природы их развития [3]. Имея разные причины, данные расстройства проявляются

сходными признаками в виде понижения активности и настроения. На одном полюсе находятся причины, связанные с биологическими (органическими и врожденными), а на другом — реактивными (психологическими и социальными) факторами. В связи с недостаточным пониманием влияния данных факторов возникает парадоксальная ситуация. Антидепрессанты назначаются тогда, когда они не нужны и не назначаются в случаях, когда их применение является необходимым. При этом реальным на практике является сочетание патогенетических механизмов, существенно искажающее типичную клиническую картину и выступающее одной из причин резистентности к терапии. А в ряде случаев психологическая травма может послужить толчком для проявления, развития генетически обусловленного психического заболевания, развивающегося в дальнейшем по всем законам эндогенного процесса. Безусловно, диагностика депрессии является одной из наиболее сложных врачебных задач.

С чего следует начать сбор данных для формирования обоснованных выводов? С качественного выяснения анамнеза. В связи с дефицитом инструментов, позволяющих объективизировать душевное состояние человека, весомую долю в выявлении его особенностей занимает оценка пережитого в прошлом и описания самочувствия. Накопленный клинический опыт позволяет сконцентрировать внимание врача на признаках, имеющих наибольшую диагностическую значимость при выявлении депрессии.

Так, эндогенная депрессия с высокой вероятностью сопровождается наличием у близких родственников либо диагностированного психического расстройства, либо субклинических эпизодов нару-

шенного настроення, не супроводжуваних зверненням до лікаря. Як для хворих родичів, так і самого пацієнта характерною є циклічність протікання подібних порушень. Вона проявляється в приверженності певній порі року (частіше весна або осінь) і ймовірно дотриманню певного інтервалу між фазами прояву хвороби. Саме в ці моменти без будь-яких зовнішніх причин починає знизитися настрій, рухливості та інтелектуальної активності. Циклічність проявляється і в чіткому добовому зміні вираженості всього комплексу симптомів хвороби, підкоряючись цьому специфічному трагічному ритму життя пацієнта на період загострення. Частіше саме раннє ранок виступає часом максимального прояву розладу. До вечора, навпаки, їх вираженість зменшується. Симптоми можуть наростати поступово і часто оцінюються самим пацієнтом як прояви своєї неспроможності впоратися з життєвими обставинами. Саме при ендогенній депресії людина звинює всіх життєвих невдач себе, а не прагне перекласти вину на інших. Не зміг впоратися з завданнями на роботі, не виконав сімейні обов'язки, не впорався з подружньою відповідальністю, не приділяв достатньо уваги дітям, не допоміг сусіду з обіщаним ремонтом, не вскопав город... Подібні переживання неперервно наростають, повністю оволодають мисленням людини, супроводжуються душевним самобичуванням, оцінкою свого життя як безглуздя, а майбутнього як безнадійного. Подібний стан створює основу для суїцидальних мислей і дій. Важливо розуміти, що зовнішня медлительність і малоактивність можуть слугувати фасадом, приховуючим наростаючу тяжкість душевного страждання і наближення трагічної розв'язки. Чим раніше втручається лікар, вияснить характер переживань і забезпечить отримання лікарських препаратів, тим краще для пацієнта.

Характерною для даного захворювання є виникнення порушень життєвих, життєвих функцій. Одним з перших і помітних є порушення сну. Раннє безпричинне пробудження є визитною карткою ендогенної депресії. Інші варіанти розладу зустрічаються рідше. Зникає почуття відновлення сил, відчуття бодрості після сну. Непривично рано для даної людини (в 4—5 годин ранку), раптово відкриваються очі і день починається з переживання нестерпимого душевного болю, напливу важких думок і усвідомлення почуття безнадійності. Помітно страждає апетит. Зникає почуття голоду. Перестають привертати навіть улюблені страви. Їжа сприймається як безсмаковий і абсолютно не потрібний. Споживається по зовнішньому примусу, тому що «потрібно», «як трава». Виникає втрата ваги.

Знижується сексуальне бажання. «Я знаю, що люблю свою жінку, але нічого до неї не відчуваю». Обожуваний син не викликає позитивних емоцій і не здатний відволіктися від важких переживань. Всі перераховані переживання сприймаються як

«доказателі власної безцільності». Саме втрачається здатність радіти життю, отримувати задоволення від виконаних раніше дій і обставин.

Перераховані симптоми, маючи максимальну вираженість вранці, поступово зменшуються до вечора, коли можуть проявитися деякі ознаки апетиту, деяка готовність до спілкування і слабка надія на покращення. На наступний день знову починається ранній максимум прояву хвороби. Підкоряється весь цей ритм внутрішнім законам хвороби, проявляючись в тенденції до повторення фаз хвороби. З часом сама фаза стає тривалішою, а інтервал між ними може скоротитися. При цьому кожен поточний епізод оцінюється пацієнтом як найважчий. Нагадування про успішний результат терапії в минулому не мають переконувального, надихаючого ефекту. «Тепер уже ніщо не допоможе». Після закінчення загострення людина повертається до повної норми, відновлюючи всі свої здатності та навички. З полегшенням віддихає і кидається наверстувати залишені справи (праця, дім, відкладена подорож тощо). Повертаються старі бажання і здатність радіти життю. До початку наступної фази.

Важливою є оцінка невербальних компонентів спілкування. Пацієнт при бажанні легко може зменшити або приховати вербальну (виражену словами) інформацію про переживання, суїцидальні наміри. Але його зовнішній вигляд, інтонація, особливості жестикуляції та поведінки значно надійніше розкривають спостерігачеві справжнє душевне стан. Утрюване обличчя, відвернений до спілкування погляд, невнимательне ставлення до обговорення свого почуття, жесты відчаєння і неуместні посмішки, уповільненість або надмірна різкість рухів, байдуже ставлення до обговорення життєвих перспектив і способів подолання хвороби. Всі ці ознаки вказують на важкість переживаного душевного розладу.

Потрібно враховувати вплив особливостей пацієнта на достовірність повідомлених даних. Такі риси як демонстративність, прагнення вражати, надмірна тривожність і вражливість, нерішучість і потреба в сторонній підтримці, инфантильність, схильність до формування іпохондричних переживань, швидше за все, будуть призводити до підвищеної настороженості, вразливості і готовності переувеличення, спотворення описуваних скарг. В подібних випадках особливо важливо не «порадиати» пацієнту симптоми хвороби, намагатися швидше завершити роботу по збору анамнезу і заповненню недостаючих штрихів в класичній картині хвороби. Подібна поспішність часто призводить до втрати важливих деталей, які проявляються патогенетичними процесами і вимагають медичного аналізу і терапевтичної корекції. Найбільш обґрунтованим є використання

открытых («Что беспокоит?») и уточняющих («Когда впервые появился этот симптом?») вопросов. Для уточнения можно задавать вопросы в различных смысловых плоскостях («Что Вы имели в виду, когда говорили... Как с вашей точки зрения это можно объяснить?») За активно высказываемыми пациентом жалобами могут остаться признаки, которым по разным причинам он не придал значение (не вписываются в индивидуальную модель болезни, вызывают смущение или стали привычными из-за давности). Их следует выявлять активным расспросом пациента, путем перечисления вопросов по деятельности систем организма. Безусловную пользу в процессе объективизации анамнеза и формирования полной картины болезни оказывает сопоставление сведений пациента и окружающих его лиц. Выявляемые несоответствия часто имеют высокую диагностическую ценность.

Описанная выше картина большой депрессии достаточно быстро вызывает у окружающих понимание, что перед ними расстройство психической деятельности, пусть и с отдельными элементами соматических жалоб и симптомов. Значительно сложнее обстоит дело со скрытыми депрессиями. В их структуре соматические жалобы могут быть основным проявлением болезни, а нарушению настроения пациент не уделяет существенного значения. В связи со сложностью диагностики «соматизированных» депрессий путь больного от врача интерниста до психиатра часто исчисляется годами [4].

На что следует обратить внимание для установления истинной причины страданий? Описание пациентами своего состояния может сопровождаться жалобами на отсутствие собранности, инициативы, быструю утомляемость, неспособность принимать решения и неопределенное беспокойство. Доминируют соматические жалобы, отличающиеся неспецифичностью и полиморфностью, имитирующие соматическое расстройство.

Как правило, имеют место расстройства сна, проявляющиеся в прерывном сне и раннем пробуждении. В этот круг типичных и для большой депрессии жалоб входят также анорексия, потеря в весе, снижение либидо и потенции, ощущение несвежести и тяжести в теле. Пациенты активно жалуются на различные болевые ощущения, тяжести, парестезии в голове, груди, животе, позвоночнике, конечностях. Говорят о наличии тошноты, рвоты, поноса или запора, метеоризма, головокружения, ощущения кома в горле, чувства затрудненного дыхания и усиленно-го сердцебиения.

Особенностью более является усиление в ночные и предзакатные часы, их миграция, несоответствие описываемых ощущений топографии нервной системы и несоответствие картины классическим представлениям об известных заболеваниях. Вызывает затруднение описание самой боли, ее четкой локализации. Среди возможных характеристик преимущественно упоминаются ощущения жжения, давления, распирающего и подчеркивается ее невыносимость и мучительность.

Пациенты часто сами не осознают снижение своего настроения. Отмечают невозможность радоваться как прежде, теряют привычные ощущения активности и энергичности. Становятся беспокойными. При этом болеутоляющие средства не дают желаемого результата. Все усилия врачей, направленные на устранение болевого синдрома, характерного для предполагаемого соматического заболевания: медикаментозные, физиотерапевтические и иные не дают ощутимого эффекта. Но как только назначается антидепрессант, то наступает отчетливое улучшение.

Таким образом, обилие соматических жалоб, не укладывающихся в рамки определенного заболевания, отсутствие объективных признаков поражения органа, отсутствие эффекта от соматической терапии, бессонница, отсутствие аппетита, головная боль, жалобы со стороны внутренних органов, чувство беспокойства и усталости должны обратить внимание врача на вероятность скрытой депрессии.

Настоящее время, к сожалению, создает условия для частого возникновения психогенных (обусловленных психотравмирующими факторами) депрессий [5,6,7]. Для них не характерна наследственная отягощенность эндогенной депрессией. Расстройство возникает в прямой связи с конкретной стрессовой ситуацией, которая активно упоминается в жалобах. Выраженность симптомов зависит от силы стресса и личностной устойчивости пациента. Подавленность настроения увеличивается по мере утомления, скорее к вечеру. Психомоторная заторможенность менее выражена. Сохраняется способность плакать и выражать вовне свои переживания. Чувство вины направленно не на себя, а на окружающих и обстоятельства. Отсутствуют соматические эквиваленты. Присутствует осознание болезни.

Традиционно для устранения симптомов депрессии используются антидепрессанты. Интересной является эволюция этого класса препаратов. Разработанные одними из первых трициклические антидепрессанты, несмотря на достаточно высокую эффективность, начали вызывать обоснованные претензии из-за высокой частоты побочных эффектов. В результате запроса на лучшую переносимость фармацевтическими компаниями был создан целый ряд селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), оказывающих преимущественное воздействие на одну нейромедиаторную систему и имеющих сопоставимые возможности. Однако, накапливаемый опыт на фоне хорошей переносимости этих лекарств выявил недостаточную их клиническую эффективность. Данные выводы привели к возобновлению поисков оптимального фармацевтического решения и началу угасания эпохи СИОЗС.

Последние достижения фармакологии: Симода (производство Фармлига), Бринтелликс (производство Лундбек). Препараты отличаются по механизму действия и по показаниям. Важно отметить, что обе компании являются образцом качества и сам факт производства ими лекарственного препарата является гарантией максимальной клинической эффективности. Данный вопрос часто недооценивает-

ся врачами, в результате они вынуждены добавлять все новые и новые лекарства к назначенным ранее, стремясь «дотянуть» до желаемого результата, выстраивать сложные, многокомпонентные и зачастую неоправданные терапевтические схемы. Выбор качественного препарата является обязательным условием эффективного лечения.

Уникальность препарата Симода (действующее вещество дулоксетин) заключается в сбалансированном воздействии на нейромедиаторные системы серотонина и норадреналина. Данный препарат оказался одним из наиболее эффективных в отношении преодоления признаков депрессивных расстройств. Собственно говоря, именно с целью повышения эффективности терапии, преодоления резистентных депрессий он и разрабатывался. При этом переносимость является хорошей и выгодно отличает Симода по данному свойству от трициклических антидепрессантов.

Еще одной важной особенностью, которую необходимо учитывать при использовании данного препарата является его активизирующее действие. Во многих случаях депрессивные расстройства протекают с заметным снижением двигательной активности, с явлениями апатии, дефицита волевых усилий. При данной структуре депрессивного расстройства дополнительная энергетизация является весьма желательной и позволяет существенно ускорить процесс восстановления нормального самочувствия.

Клинически значимой так же является способность Симоды влиять на болевую симптоматику. Вовлеченность нейромедиаторных групп, обеспечивающих передачу боли в организме, дает возможность эффективно преодолевать и этот синдром, сопровождающий многие психические и соматические расстройства. Переживание боли может быть настолько тягостным, что приводит к суицидам даже в случаях невысокой ее интенсивности. Длительный, изнурительный характер боли, постоянная фиксация внимания на ней, снижение способности сконцентрироваться на ежедневных обязанностях, полноценно жить и быть социально эффективным, может привести пациента к оценке своего состояния как невыносимого и безысходного. Так, нейропатические боли при сахарном диабете, особенно сопровождающиеся нарушениями настроения, являются одним из показаний для использования данного препарата. Перспективным, с нашей точки зрения, является использование его возможностей в комплексной терапии алкогольной и наркоманической зависимостей, в связи с высокой частотой коморбидной депрессии и возможностью снизить выраженность абстинентных явлений.

Говоря об особенностях антидепрессанта Бринтелликс (действующее вещество вортиоксетин), следует отметить широкий диапазон нейромедиаторного воздействия, сочетающийся с сохранением хорошей переносимости. Препарат удобен в применении людям, склонным к решению проблемы депрессии без потери социальной и профессиональной активности.

В случае наличия в структуре депрессии тревожного, ажитированного компонента, требуется препарат с отчетливыми возможностями седации. Таким выбором может стать Миасер (действующее вещество миансерин), хорошо зарекомендовавший себя на протяжении многих лет. В большинстве случаев он уверенно решает и проблемы со сном, обеспечивая возможность приема в необходимой длительности, что является редкой возможностью для многих применяемых с этой целью препаратов. Интересным является тот факт, что выпускался он изначально в дозе 30 мг. Пациенты и практикующие врачи достаточно быстро выяснили, что во многих случаях для достижения желаемого улучшения достаточно принимать половинку или даже четверть таблетки один раз в сутки. Учитывая данный опыт, компания начала производить этот препарат в дозировке 10 мг, но и эту таблетку наши пациенты научились делить на части, достигая улучшения. На этом примере хочется напомнить о необходимости контролировать прием лекарств и принимать все решения после обсуждения с врачом. В том числе и о постепенном снижении доз на завершающем этапе терапии депрессии, так как недостаточная доза может привести к затяжному течению заболевания и формированию терапевтической резистентности.

С проблемой терапевтической резистентности сталкивается каждый практикующий врач. Около 30% пациентов с депрессией по данным различных авторов не дают достаточного отклика на проводимое лечение [8]. Причины данного явления разнообразны. Следует упомянуть о вероятности сочетанной психической патологии, когда пациент страдает не одним, а двумя или более психическими расстройствами [9]. В данном случае, на структуру депрессивного синдрома, содержание переживаний и течение процесса могут оказывать влияние перенесенные в прошлом энцефалит, сотрясение мозга, алкоголизация, употребление психоактивных веществ, производственные вредности, соматическое заболевание и т.д. [10, 11].

Так, по мнению различных авторов при соматической патологии частота вторичного возникновения депрессивных симптомов колеблется от 16 до 46%. Патопластическое влияние данных процессов может существенно усложнить стоящие перед врачом задачи. Во-первых, за выявленным депрессивным фасадом необходимо рассмотреть признаки базового или сопутствующего расстройства, тщательным образом собрать анамнез и провести обследование, подобрать препараты, учитывая не только показания, но и их совместимость, возможность воздействия на все патогенетические составляющие [12].

Следует сказать несколько слов о значении психологической коррекции в решении проблемы депрессий. Возник резонный интерес в сравнении эффективности фармако- и психотерапии. Проведенный фундаментальный анализ позволил экспертам прийти к выводу, что эффективность этих методов практически равна [13]. Вопрос в наличии необходимых навыков у специалиста. Современная медицина, к

сожалению, очень мало делает для профилактики заболеваний, концентрируя основное внимание на процессе лечения уже развившейся болезни.

Активное и подчас необоснованное использование медикаментов в последние годы становится нормой жизни многих граждан, что становится одной из причин изменения чувствительности и недостаточной их эффективности в случаях, когда они действительно необходимы. В ряде случаев мы можем говорить о лекарственной толерантности, когда требуется повышение и даже превышение рекомендованных производителем доз для удовлетворения индивидуального запроса. Можно предположить и возникновение перекрестной толерантности между различными группами лекарственных веществ. Индустрия потребления в полной мере охватила и сферу здравоохранения, настойчиво вовлекая граждан в поиск фармакологического способа решения своих проблем. Врач в данном случае может стать как участником этой безудержной гонки, так и рассудительным помощником, помогающим найти наиболее рациональное и взвешенное решение [14].

При определении терапевтической тактики борьбы с депрессивными нарушениями приходится учитывать тот факт, что антидепрессанты не могут обеспечить идеальное решение проблемы. Они не способны ставить жизненные цели, наличие которых обеспечивает индивиду чувство наполненности смыслом, обоснованности приложения усилий, наличие ориентиров для дальнейшего движения. Они не могут обеспечить признание собственной жизни состоявшейся и ощущение себя счастливым. Все пе-

речисленные навыки формируются индивидуально и опираются на имеющиеся личностные особенности и личный опыт. Кроме того, речь идет не только о прекращении переживания депрессивных состояний, а о способности индивида успешно адаптироваться в среде, которая перед этим служила элементом или причиной душевной декомпенсации.

Обязательной составляющей терапии депрессий является психотерапевтическая работа. Важно понимать, что пациент подготовлен к встрече с обстоятельствами, ранее вызвавшими психическую, психологическую декомпенсацию. Понимает, какую позицию стоит занять, как себя вести и принимает эту роль, находя в ней личный смысл. Именно сочетание медикаментозного и психотерапевтического методов является наиболее оправданным и дает лучшие результаты [15].

Сталкиваясь с вызовом, который представляет депрессия для отдельного пациента и общества в целом, приходится признать, что проблема на сегодняшний день не может считаться решенной. Однако, накопленный опыт и продолжающиеся клинические и фармакологические исследования дают нам обоснованную надежду. Имеющаяся доказательная база служит надежным ориентиром, позволяющим осознать условия преодоления данной проблемы, помочь сформировать практикующему врачу навыки дифференциальной диагностики, понять, в каких случаях необходимо обратиться за квалифицированной психиатрической помощью, использовать препараты и методы, имеющие наибольшую эффективность.

Список использованной литературы

1. Психіатрія / під ред. В.М. Козідубової, В.М. Кузнецова, В.А. Вербенко, Л.М.Юр'євої, О.О.Фільца, Ш.Щ. Бабюка. — Харків: Оберіг, 2013. — 1164 с.
2. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология: Монография. — Днепропетровск: Пороги, 2006. — 472 с.
3. Лекции по психиатрии для врачей общей практики и семейных врачей // Под редакцией И.А. Марценковского. — Киев: «Библиотека «Здоровье Украины», 2013. — 516 с.
4. Десятников В.Ф., Сорокина Т.Т. Скрытые депрессии в практике врача. — Минск: «Вышэйшая школа», 1981. — 239 с.
5. Медична допомога учасникам бойових дій: навчальний посібник \ за заг. ред. проф. О.М.Хвисьюка, проф. В.Г.Марченко, проф. Б.В.Михайлова. — Харків: Планета-Принт, 2017. — 448 с.
6. Психогении в экстремальных условиях / Ю.А. Александровский, О.С.Лобастов, Л.И.Спивак, Б.П.Шукин. — М.: Медицина, 1991. — 96 с.
7. Пшук Н.Г. Соціальні фобії у підлітків / Н.Г. Пшук, Л.В.Стукан.- Вінниця: Обласна друкарня, 2007. — 163 с.
8. Быков Ю.В., Беккер Р.А., Резников М.К. Резистентные депрессии практическое руководство. — Киев: Медкнига, 2013. — 400 с.
9. Пивень Б.Н., Шереметьева И.И, Смешанные формы психических заболеваний. - Новосибирск: «Наука», 2003. — 125 с.
10. Наркология: национальный підручник [для лікарів-наркологів закладів (факультетів) післядипломної освіти IV рівня акредитації] / І.К.Сосін [та ін.]; під ред. І.К.Сосіна, Ю.Ф.Чуєва. — Харків: Колегіум, 2014. — 1499 с.
11. Нециркулярні депресії // За редакцією доктора мед. наук, професора О.К.Напреєнко. — Київ: Софія-А, 2013. — 623 с.
12. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. — М.: Медицинское информационное агентство, 2007. — 432 с.
13. Терапия антидепрессантами и другие методы лечения депрессивных расстройств // Доклад рабочей группы CINP на основе обзора доказательных данных / Перевод на русский язык под ред. проф. В.Н.Краснова. — Киев, 2009. — 215 с.
14. Алан Ф. Шацберг, Джонатан О. Коул, Чарлз ДеБаттиста Руководство по клинической психофармакологии // Перевод с англ. под общей редакцией академика РАМН А.Б.Смулевича, проф. С.В.Иванова. — Москва: «МЕД-пресс-информ», 2013. — 606 с.
15. Критерий качества жизни в психиатрической практике: монография / Н.А.Марута, Т.В.Панько, И.А.Явдак [и др.]; под общ. ред. Н.А.Марути. — Харьков:Арсис, ЛТД, 2004. — 240 с.

Роль депресії в лікарській практиці

Проф. Гончаров В.Є., проф. Козідубова В.М., проф. Долуда С.М., доц. Баричева Є.М., доц. Гурницький О.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти

Наданий матеріал дозволяє зрозуміти масштаби проблеми депресивних розладів. Описані особливості скарг та перебігу захворювання, які дозволяють виявляти його на ранніх етапах. Запропонована тактика надання допомоги, що спирається на сучасні досягнення психіатрії.

Ключові слова: депресія, діагностика, лікування.

Role of depression in medical practice

Prof. Goncharov V.E., Prof. Kozidubova V.M., Prof. Doluda S.M., PhD. Barycheva E.N., PhD. Gurnickiy A.V.

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

The material presented allows us to understand the extent of the problem of depressive disorders. The features of complaints and the course of the disease are described that allow the doctor to identify it in the early stages. The tactics of rendering assistance based on the modern achievements of psychiatry are proposed.

Key Words: depression, diagnosis, therapy.

Контактна інформація: Козідубова Валентина Михайлівна — професор,
доктор медичних наук, завідувач кафедри психіатрії Харківської медичної академії
післядипломної освіти МОЗ України, Україна, Харків, вул. Амосова 58, тел.: +38(095)-473-58-38

Стаття надійшла до редакції 17.09.2019 р.