

Клинические рекомендации Всемирной федерации обществ биологической психиатрии по биологической терапии униполярных депрессивных расстройств

Часть 1: Острое и продолженное лечение униполярных депрессивных расстройств по состоянию на 2013 год

Бауэр М. , Пфенниг А. , Северус Э. , Вайбрау П.С. , Ж. Ангст, Мюллер Х.-Ю.

от имени и по поручению Рабочей группы по униполярным депрессивным расстройствам

РЕЗЮМЕ. Цели исследования. Настоящий пересмотренный и дополненный по положению на 2013 г. вариант клинических рекомендаций по биологической терапии униполярных депрессивных расстройств разработан международной рабочей группой Всемирной федерации обществ биологической психиатрии (ВФОБП). Задачи группы – систематическое рассмотрение всех имеющихся научных данных о лечении униполярных депрессивных расстройств и подготовка ряда практических рекомендаций, обладающих клинической и научной значимостью, основанной на доказательствах. Данные рекомендации предназначены для всех врачей, имеющих дело с униполярными депрессивными расстройствами пациентов, а также непосредственно занимающихся их лечением.

Метод. Для подготовки пересмотренного и дополненного варианта рекомендаций проведены систематический поиск и оценка литературы последних лет (до 2013 г.). Все рекомендации были утверждены рабочей группой по разработке данного документа. Первая часть рекомендаций посвящена темам дефиниции, классификации, эпидемиологии и течения униполярных депрессивных расстройств, а также психиатрического управления процесса в фазах купирования острого состояния и продолжения лечения. Рассмотрены главным образом варианты биологической терапии (в том числе применение антидепрессантов, иных психофармакологических препаратов, электросудорожной терапии, светотерапии, дополнительных и инновационных терапевтических стратегий) у взрослых.

Выводы. В настоящее время имеется множество вариантов научно-обоснованного лечения с применением антидепрессантов. Вместе с тем у довольно значительной части пациентов пока еще не удается достичь полной ремиссии. Тщательного исследования требуют также вопросы соматической и психиатрической коморбидности. Таким образом, крайне необходимы дальнейшие высококачественные и информативные рандомизированные контролируемые испытания.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: большое депрессивное расстройство, острое лечение, продолженная терапия, фармакотерапия, антидепрессанты.

Настоящие клинические рекомендации предназначены для всех врачей, имеющих дело с пациентами с униполярным депрессивным расстройством, а также непосредственно занимающихся их лечением. Первая часть рекомендаций охватывает дефиниции униполярного депрессивного расстройства, его классификацию, эпидемиологию, течение, а также вопросы терапии в острой и поддерживающей фазах лечения. Речь идет в первую очередь о биологической терапии, применяющейся у больных среднего возраста (антидепрессанты, иная психофармакотерапия, электросудорожная терапия, светотерапия, адъюнктивная терапия и инновационные терапевтические стратегии).

Краткая суть рекомендаций

Рекомендации общего характера

В целом вопрос о назначении биологической терапии (фармакологические и нефармакологические методы) следует рассматривать для пациентов, соответствующих диагностическим критериям депрессивного эпизода (по МКБ-10) или

большого депрессивного расстройства (БДР) (по DSM-IV-TR).

До начала терапии необходимо разработать все-сторонний план, который должен основываться на анамнезе пациента и учитывать опыт предшествующей терапии, имеющуюся в текущий момент клиническую картину и ее особенности, тяжесть заболевания и риск суицида. Следует тщательно изучить сопутствующие психиатрические и соматические расстройства, любую проводимую фармакотерапию или факторы психосоциального стресса, так как они могут способствовать формированию и сохранению депрессивного синдрома или мешать терапии. Следует оценить семейный анамнез, и при наличии расстройств настроения среди родственников учесть эффект терапии, проводившейся им.

Независимо от избранной тактики биологической терапии на протяжении всего периода лечения необходимо обеспечить психиатрическое наблюдение. Оно предполагает разработку плана лечения и условий его реализации, установление и поддержание терапевтического альянса с пациентом, контроль и повторную оценку психического статуса (в том числе риска суицида), повторную оценку

адекватности поставленного диагноза, контроль эффективности и переносимости терапии, общего медицинского состояния пациента, а также проведение психообразовательных мероприятий, направленных на информирование пациентов и членов их семей о значении и роли соблюдения режима приема лекарственных препаратов для пациентов и членов их семей.

Конечной целью лечения острой фазы расстройства является достижение ремиссии. После примерно двух недель лечения антидепрессантами необходимо оценить эффективность терапии и, в случае его недостаточности, воспользоваться стратегиями оптимизации. Для достижения максимальной редукции симптоматики может потребоваться минимум 8–10 недель, и только после этого следует переходить к фазе поддерживающей терапии. При этом чем тяжелее депрессия, тем больше та потенциальная польза, которую может принести именно адекватная терапия.

Целью поддерживающей терапии является предотвращение рецидива, устранение резидуальных симптомов и восстановление предшествующего уровня психосоциального и профессионального функционирования пациента.

Профилактическое лечение нацелено на предотвращение нового эпизода депрессии и суицида (см. часть 2 настоящих клинических рекомендаций).

Успех терапии антидепрессантами также зависит от психообразовательных мероприятий с пациентами и членами их семей, включающих обсуждение существующих вариантов лечения, времени появления эффекта терапии и ранних признаков его проявления, ранних признаков развития побочных эффектов и возможностей их коррекции, а также предполагаемого курса терапии.

Рекомендации по биологической терапии

При БДР (депрессивный эпизод умеренной тяжести или тяжелый) антидепрессанты являются препаратами первой линии терапии. В зависимости от индивидуальных особенностей и/или запросов пациента терапия антидепрессантами может быть показана и при легком депрессивном эпизоде, хотя в таких случаях часто бывает достаточно применения психо- и социотерапии.

При выборе антидепрессанта нужно принимать во внимание следующие факторы: предшествующий опыт лекарственной терапии у данного пациента (эффективность, переносимость, нежелательные явления), сопутствующие заболевания и использование непсихиатрических препаратов, кратко- и долгосрочные побочные эффекты препарата, токсичность препарата при передозировке (для пациентов с риском суицида), личный опыт врача по применению данного лекарственного средства, комплаентность пациента, историю эффекта данного препарата у родственников первой линии, предпочтения пациента, возмож-

ные финансовые ограничения, доступность конкретных антидепрессантов и наличие лицензированного поставщика препарата.

Не существует доказательных данных о большей эффективности или более быстром действии антидепрессантов какого-либо одного класса, хотя для тяжелых госпитализированных депрессивных пациентов некоторые трициклические антидепрессанты (ТЦА) (амитриптилин и кломипрамин) и венлафаксин оказываются несколько эффективнее, чем СИОЗС. Антидепрессанты заметно различаются по профилю побочных эффектов, потенциалу взаимодействия с другими препаратами и опасности передозировки. Более новые антидепрессанты второго (например, бупропион, мапротилин, миансерин, тразодон) и третьего (например, СИОЗС, СИОЗСиН, мirtазапин) поколений в целом переносятся лучше, чем ТЦА первого поколения, что способствует уменьшению вероятности самостоятельного отказа пациентов от их приема. Это может иметь большое значение для достижения достаточной эффективности лекарства в реальных жизненных условиях.

Минимум в 30 % случаев депрессивных эпизодов у пациентов не достигается достаточная эффективность любого из выбранных антидепрессантов при адекватно проведенной терапии первой линии. В такой ситуации необходимо еще раз проверить, правильно ли был поставлен диагноз, достаточна ли доза назначенного препарата и степень комплаентности пациента. Далее возможны следующие варианты стратегий: 1) повышение дозы назначенного антидепрессанта; 2) переключение на антидепрессант другого фармакологического класса (например, с СИОЗС на ТЦА или антидепрессант двойного действия); 3) переключение на другой антидепрессант в рамках того же фармакологического класса (например, с одного СИОЗС на другой); 4) совмещение двух антидепрессантов, относящихся к разным классам (например, препарат СИОЗС или антидепрессант двойного действия с мirtазапином); усиление (потенцирование) антидепрессанта другими агентами (например, литием, тиреоидным гормоном или атипичным антипсихотиком) с целью повышения антидепрессивной эффективности; 6) сочетание антидепрессанта с психотерапевтической интервенцией; 7) сочетание антидепрессанта с нефармакологической биологической терапией (например, депривация сна, светотерапия, ЭСТ). Аугментация литием, кветиапином и арипипразолом в настоящий момент является наиболее полно изученной из перечисленных вариантов стратегий.

Электросудорожную терапию (ЭСТ) следует рассматривать как стратегию первого выбора только в особых ситуациях, требующих быстрого облегчения тяжелой депрессии (например, при тяжелой психотической депрессии, тяжелой депрессии с психомоторной заторможенностью, «подлинной» резистентности депрессии к фармакотерапии, стойком

отказе от приема пищи, тяжелой суицидальности), у пациентов, которые ранее положительно отвечали на ЭСТ, и у беременных женщин, особенно в первый триместр беременности.

1. Униполярное депрессивное расстройство

1.1. Введение

Состояние пациентов с униполярным депрессивным расстройством характеризуется депрессивной симптоматикой. В их анамнезе нет развернутых эпизодов гипомании, мании, а также смешанных эпизодов, и это отличает их от пациентов с биполярным аффективным расстройством. В рамках униполярного депрессивного расстройства выделены три основные диагностические группы (МКБ-10, ВОЗ 1992); в скобках даны соответствующие диагнозы по DSM-IV (Американская психиатрическая ассоциация, 1994):

- депрессивный эпизод, или рекуррентное депрессивное расстройство (DSM-IV: БДР – единичный эпизод или рекуррентное расстройство);
- дистимия (DSM-IV: дистимическое расстройство и иные хронические депрессивные расстройства (БДР в неполной ремиссии и хроническое БДР));
- депрессивный эпизод, неуточненный; краткие рекуррентные депрессии (DSM-IV: «подпороговые депрессии»).

Наиболее значимым с клинической точки зрения является БДР с учетом его последствий для пациентов (например, ограничений функционирования и риска суицида), а также социально-экономические последствия БДР. Именно этому расстройству уделяется наибольшее внимание в научных исследованиях. Лечению этого расстройства – в острой фазе и в фазе продолжения терапии – посвящены основные рекомендации данного клинического руководства.

Большой депрессивный эпизод подразделяют также по категориям тяжести (легкий, умеренный и тяжелый).

1.2. Классификация рекомендаций по уровню доказательств

Каждый вариант терапии оценивали на основании убедительности доказательств ее эффективности, безопасности и практической осуществимости. Учитывая расхождения в стоимости лекарственных препаратов в разных странах, авторы не принимали во внимание параметр дневной стоимости фармакотерапии.

Согласно Bandelow et al. (2008) и Grunze et al. (2009), использовали шесть уровней доказательств, от А до F:

А – убедительное (полное) доказательство на основании контролируемых исследований;

В – ограниченное доказательство положительного эффекта на основании контролируемых исследований;

С – свидетельства на основании неконтролируемых исследований или описаний случаев либо мнений экспертов;

D – неоднозначные результаты;

E – свидетельства отрицательного эффекта;

F – отсутствие доказательств.

Данные рекомендации разрабатывались на основании категорий доказательств эффективности с учетом дополнительных аспектов (например, безопасность, переносимость и возможные взаимодействия) с разбросом от 1 до 5:

1 – доказательства уровня А и хорошее соотношение рисков и пользы;

2 – доказательства уровня А и умеренное соотношение рисков и пользы;

3 – доказательства уровня В;

4 – доказательства уровня С;

5 – доказательства уровня D.

По ряду клинически релевантных вопросов – в случае отсутствия внешних информативных доказательств – рекомендации разрабатывались на основе «экспертного консенсуса».

1.3. Эпидемиология и течение большого депрессивного расстройства

Большое депрессивное расстройство – это тяжелое расстройство настроения, характеризующееся высокими показателями заболеваемости и смертности и поражающее людей всех возрастов и расовой принадлежности. Всемирное исследование Глобального бремени болезней, выполненное Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ), показало индивидуальные вариации в зависимости от страны и региона мира, но при поразительном сохранении общих паттернов и тенденций депрессивных расстройств (Murray and Lopez, 1997 a, b; Üstün et al., 2004; Lopez et al., 2006; Murray et al., 2013; Vos et al., 2013). Для БДР характерны одиночные или повторяющиеся большие депрессивные эпизоды (БДЭ). Неотъемлемой чертой БДЭ является минимум двухнедельный период подавленного настроения с нарушениями нейро-вегетативных функций (изменение аппетита, потеря веса, нарушения сна), психомоторной активности (например, потеря энергии и интересов, возбуждение или заторможенность), когнитивных функций (чувство самоуничижения, безнадёжности или неадекватной виновности), а также с тревогой и суицидальными мыслями (табл. 1). Симптомы должны присутствовать большую часть дня и почти ежедневно.

Медианная распространенность БДР на протяжении жизни составляет 16,1 % (разброс от 4,4 до 18) (Wittchen, 2000; Waraich et al., 2004; Wittchen et al., 2011). В любом периоде равном одному году БДР встречается примерно у 5–10 % взрослой популяции, при этом риск расстройства выше у женщин, чем

Таблица 1. Классификация и критерии БДР (DSM-IV) и депрессивного эпизода (МКБ-10)

МКБ-10 ¹ (код)	DSM-IV ² (код)
А. Депрессивный эпизод • легкой степени (F32.0): минимум 2 типичных симптома плюс минимум 2 других распространенных симптома; все симптомы малой интенсивности • средней степени (F32.1): минимум 2 типичных симптома плюс минимум 3 других распространенных симптома; некоторые симптомы заметно выражены • тяжелой степени (F32.2): все 3 типичных симптома плюс минимум 4 других распространенных симптома; некоторые симптомы отличаются высокой интенсивностью В. Рекуррентное депрессивное расстройство (F33): рекуррентные депрессивные эпизоды Краткое изложение критериев депрессивного эпизода: Минимальная продолжительность эпизода: около двух недель Типичные симптомы: 1) подавленное настроение 2) потеря интереса или неспособность испытывать чувство удовольствия 3) снижение энергии и повышенная утомляемость Прочие распространенные симптомы: 1) ухудшение концентрации и внимания 2) сниженная самооценка и недостаточная уверенность в себе 3) чувство вины и самоуничижение 4) возбуждение или заторможенность 5) мысли о нанесении самоповреждений или суициде либо соответствующие действия 6) нарушенный сон 7) пониженный аппетит	Большое депрессивное расстройство А. Единичный эпизод (296.2х) В. Рекуррентное (296.3х) Краткое изложение критериев большого депрессивного эпизода: А. В последние минимум 2 недели у пациента большую часть дня или почти ежедневно должны присутствовать 5 из следующих характеристик (1 и 2 обязательны): 1) подавленное настроение 2) потеря интереса или чувства удовольствия в отношении почти всех видов деятельности 3) значительная потеря или набор веса (более 5 % в течение месяца) или повышение/ снижение аппетита почти каждый день 4) инсомния или гиперсомния 5) психомоторное возбуждение или заторможенность (заметные окружающим) 6) чувство усталости или отсутствия энергии 7) чувство собственной никчемности или чрезмерной или неадекватной вины (не просто самоупреки из-за болезни) 8) пониженная способность размышлять и концентрироваться или нерешительность (как субъективная, так и отмечаемая окружающими) 9) повторяющиеся мысли о смерти (не просто страх смерти); повторяющиеся мысли о суициде, суицидальная попытка или конкретный план совершения суицида В. Существующие симптомы вызывают клинически значимый дистресс или негативно влияют на социальную, профессиональную или иную важную область функционирования С. Существующие симптомы не являются следствием физического/органического фактора или болезни (например, злоупотребления наркотиками, употребления лекарств, общего медицинского состояния) Д. Существующие симптомы не объясняются в полной мере тяжелой личной потерей (хотя это может быть осложнением при большой депрессии)

¹ Международная классификация болезней ВОЗ 10-го пересмотра (1992).² Диагностико-статистическое руководство Американской психиатрической ассоциации 4-го пересмотра (1994).

у мужчин (соотношение примерно 2 : 1) (Regier et al., 1993; Kessler et al., 1994; Picinelli and Gomez Homen, 1997; Ialongo et al., 2004).

Депрессией страдают по меньшей мере 10 % всех пациентов, обратившихся в первичную сеть медицинской помощи (Üstün and Sartorius, 1995; Backenstrass et al., 2006), при этом примерно 50 % из них обращаются в основном или целиком по причине соматических симптомов (Fisch, 1987). Среди всех пациентов с депрессивной симптоматикой в первичной сети приблизительно 25 % – пациенты с БДЭ, 30 % – пациенты с легкой депрессией и 43 % – пациенты с неспецифическими депрессивными симптомами. Последние две группы можно обобщенно отнести к «подпороговой депрессии» (Backenstrass et al., 2006). Даже пациенты с тяжелой депрессией обычно изначально попадают в первичное звено помощи, так как они предполагают, что страдают каким-то соматическим заболеванием.

Большой депрессивный эпизод может начаться в любом возрасте, в том числе в детском и подростковом, хотя существует два пика – по достижении 20

и 40 лет (Angst and Preisig, 1995; APA, 2000). По существующим оценкам, средний возраст начала БДР – около 30 лет (Wittchen, 2000).

Без терапии типичный БДЭ продолжается около 6 месяцев или более (Angst and Preisig, 1995; Solomon et al., 1997; APA, 2000; Wang, 2004). Современная фармакотерапия способна облегчить страдания в остром периоде болезни, а плацебо-контролируемые исследования показывают, что эффект и ремиссия быстрее достигаются в группах, получающих активное лечение. БДЭ – расстройство рекуррентное, и у 50–85 % пациентов за первым эпизодом болезни вероятно развитие следующего эпизода (Keller et al., 1986; Mueller et al., 1999; Kennedy and Paykel, 2004; Baghai et al., 2012).

При адекватной терапии прогноз для депрессивного эпизода положительный, и большинство пациентов по его завершении возвращаются к нормальному функционированию. Вместе с тем в 20–30 % случаев ремиссия оказывается неполной и некоторые депрессивные симптомы у пациентов стойко сохраняются (Angst, 1986; Keller et al., 1986; Scott,

1988; Paykel, 1994; Judd et al., 1998; Bauer et al., 2002b). БДР сопряжено с высокой заболеваемостью и смертностью, и для многих пациентов самый первый эпизод депрессии впоследствии превращается в рекуррентную и инвалидизирующую хроническую болезнь со значительными и стойкими нарушениями психосоциального функционирования (Klerman and Weissman, 1992; Mintz et al., 1992; Judd et al., 2000; Hirschfeld et al., 2000; Bromberger, 2004; Kennedy and Paykel, 2004; Melartin et al., 2004; Papakostas et al., 2004). Исследования влияния депрессии на различные аспекты качества жизни, связанные со здоровьем, показывают, что вред от депрессии равен или даже превосходит вред, отмечаемый у пациентов с хроническими медицинскими болезнями, в частности, у людей с ишемической болезнью сердца или сахарным диабетом (Wells et al., 1989; ANCP, 1999; Unutzer et al., 2000). Симптомы у пациентов с депрессией и коморбидными медицинскими заболеваниями имеют тенденцию к меньшей редукции в процессе терапии, и показатель рецидивов у таких больных, несмотря на лечение, выше (Iosifescu et al., 2004).

Самым серьезным следствием БДР является суицид. Если для общей популяции распространенность суицидов в течение жизни составляет менее 0,5 %, то, согласно данным мета-анализа, среди пациентов с аффективными расстройствами она варьирует в диапазоне от 2,2 % для смешанной амбулаторно-стационарной популяции и до 8,6 % для тех, кто ранее был госпитализирован в связи с суицидальностью (Bostwick and Pankratz, 2000). Депрессия также значительно повышает риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (Wulsin et al., 1999).

Согласно Исследованию Глобального бремени болезней, униполярная большая депрессия занимает четвертое место среди болезней, налагающих наибольшее бремя болезни (преждевременная смертность и инвалидность). С учетом суицидов бремя униполярной большой депрессии повышается почти на 40 % (Murray and Lopez, 1997b). В пересчете на годы жизни с инвалидностью (YLD) большая депрессия сейчас занимает второе место в мире среди всех медицинских причин инвалидности (Vos et al., 2013). Последние расчеты с учетом свежих данных указывают на то, что к 2030 г. униполярная депрессия выйдет на первое место (WHO, 2004). Дополнительную информацию по теме можно найти у Üstün et al. (2004), Lopez et al. (2006), Murray et al. (2013) и Miret et al. (2013).

Депрессия не только причиняет страдания конкретным пациентам и их близким, но и связана со значительными затратами для общества (Brunello et al., 1995; Thase, 2001; Fava et al., 2003b; Greenberg et al., 2003; McIntyre and O'Donovan, 2004; Sartorius et al., 2007), причем эти затраты оказываются еще выше при неправильной диагностике или незавершенном лечении (Wells et al., 1989; Üstün and Sartorius, 1995; Unutzer et al., 2000; Young et al., 2001).

1.4. Показания и цели лечения большого депрессивного расстройства

Для пациентов, удовлетворяющих диагностическим критериям депрессивного эпизода (МКБ-10) или БДР (DSM-IV), следует рассмотреть возможность применения антидепрессивной терапии. В разных практических рекомендациях для первичного звена помощи даны советы относительно применения или неприменения антидепрессантов при легких депрессивных эпизодах или легких депрессиях. В зависимости от индивидуальных особенностей и/или запросов пациента назначение антидепрессантов возможно, хотя в прочих случаях можно ограничиться психо- и социотерапией (Baghai et al., 2011).

Используемые в настоящее время диагностические критерии в обеих классификационных системах являются результатом клинического и исторического консенсуса по наиболее выраженным и значимым симптомам и признакам депрессивного расстройства (см. табл. 1). У пораженных болезнью людей отмечается широкий разброс клинических симптомов и признаков (Fava and Kendler, 2000). Следует также подчеркнуть, что клинический синдром большой депрессии / депрессивного эпизода охватывает гетерогенную группу различных типов депрессий в диапазоне от биологически детерминированных состояний (ранее называвшихся эндогенными или меланхолическими) до более зависимых от случившихся событий (в прошлом реактивных) (Freedman et al., 2013). В целом при подготовке рекомендаций, в том числе о фармакологическом лечении депрессий, разделение на различные подтипы признано нецелесообразным (Anderson et al., 2000).

До начала терапии следует составить всесторонний план лечения, учитывающий предшествующую историю лечения пациента, текущие клинические данные (например, присутствие психотической симптоматики, возбуждения, тревоги или атипичных симптомов), тяжесть болезни и риск суицида. По возможности нужно учитывать предпочтения пациента и его предшествующий опыт терапии. При наличии показаний (например, в случае сочетания психотических симптомов и суицидальности) следует рассмотреть вопрос о необходимости стационарного лечения в специализированном медицинском учреждении. С поэтапной моделью помощи можно ознакомиться на рис. 1.

Лечение большого депрессивного расстройства предполагает формулирование первостепенных, промежуточных и долгосрочных целей. Kupfer (1993) разработал модель типичного течения БДЭ, включая риск повторного эпизода и соответствующие подходы структурированной терапии. В этой модели три фазы терапии соответствуют трем стадиям болезни, в частности: 1) активная терапия в остром периоде, 2) продолженная терапия; 3) поддерживающая терапия (рис. 2).



Адаптированная версия; оригинальная идея заимствована из рекомендаций 2004 г. британского института здоровья NICE

Рисунок 1. Модель поэтапной помощи

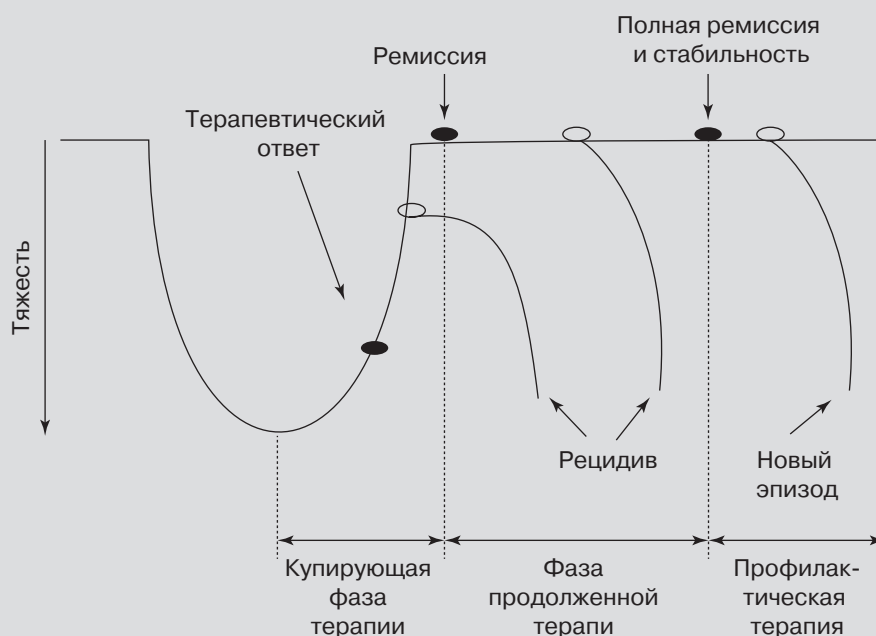


Рисунок 2. Фазы болезни и лечения

Купирующая фаза лечения – это период времени с начала терапии до наступления ремиссии, которая является главной целью терапии (Frank et al., 1991; Kupfer, 1993). Существует единое мнение о том, что критерии ремиссии предполагают наличие минимум двух факторов. У пациента не должно быть симптомов соответствующего расстройства (т. е. он не должен удовлетворять критериям диагноза расстройства, и у него не должно быть вовсе или могут минимально присутствовать резидуальные симптомы болезни), также у него должно отмечаться улучшение психосоциального и профессионального функционирования.

Фаза *продолженной терапии* следует за купирующей фазой, ее цель – сохранить и стабилизировать ремиссию. В этой фазе лечение продолжается определенный период времени с целью предотвратить возвращение депрессии (ранний рецидив). Если депрессивный синдром возвращается в фазе продолженной терапии, это считается рецидивом того же самого эпизода. К сожалению, у леченных пациентов невозможно отделить рецидив от начала нового эпизода, следовательно, подлинная длительность фазы продолженной терапии не может быть достоверно определена эмпирическим путем. В принципе, выздоровление (recovery) можно подтвердить продолжительным отсутствием депрессивных симптомов после прекращения фармакотерапии. Выздоровление относится только к отдельным эпизодам болезни и не означает, что у пациента впоследствии не будет новых эпизодов (Bauer and Helmchen, 2000; Moller et al., 2003).

Поддерживающая (профилактическая или противорецидивная) терапия нацелена на предотвращение повторов депрессии и суицидов, а также на обеспечение полного и стойкого функционального восстановления.

2. Терапия острой фазы большого депрессивного расстройства

Настоящие рекомендации можно применять с момента постановки врачом диагноза большого депрессивного эпизода согласно критериям одной из двух общепринятых классификаций – Международной классификации болезней (МКБ-10, WHO 1992) или Диагностико-статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-IV, APA 1994; см. табл. 1), приняв во внимание возможное воздействие сопутствующих психических расстройств (мания, шизоаффективные расстройства, злоупотребление алкоголем или наркотиками / наличие зависимости, тревожные расстройства, расстройства пищевого поведения, личностные расстройства), соматических расстройств (например, эндокринных, неврологических, аутоиммунных, инфекционных заболеваний, карцином), а также иных факторов (например, непсихиатрической фармакотерапии или

факторов психосоциального стресса), которые могут способствовать возникновению депрессивного синдрома или мешать терапии. Следует подчеркнуть, что первичная оценка депрессии, включая тщательное физическое обследование пациента, должна проводиться врачом.

Ниже будут рассмотрены самые распространенные способы лечения БДР с особым акцентом на соматических интервенциях. По ходу терапии должны быть задействованы элементы психиатрического управления процессом и общей «психотерапевтической поддержки» (APA, 2000). Это предполагает составление плана терапии и выбор условий ее проведения, установление и поддержание терапевтических взаимоотношений с пациентом; мониторинг и повторную оценку психиатрического статуса (включая риск суицида), повторную оценку адекватности выставленного ранее диагноза, мониторинг ответа пациента на терапию, побочных эффектов и его общего медицинского состояния, шаги в направлении усиления приверженности к терапии через психообразование пациентов и членов их семей (APA, 2000). В острой фазе лечения по возможности рекомендуются еженедельные посещения врача (минимум раз в неделю). В фазе продолжения терапии частоту посещений можно варьировать, но следует посещать врача раз в 1–2 месяца. По показаниям и в случае наличия такой возможности на местах рекомендуется участие пациентов в сопровождаемых группах самоподдержки.

2.1. Алгоритмы терапии

В настоящих рекомендациях последовательно рассмотрены разнообразные подходы к лечению. Следует помнить, что в идеале терапия осуществляется с применением соответствующих алгоритмов, на основе процедур, установленных клиническими рекомендациями, и/или в условиях взаимодействующих систем оказания помощи – все это признано эффективными методами оптимизации проведения терапии в целях предотвращения развития резистентных к терапии депрессий (Adli et al., 2003; Mann, 2005), и снижения затрат на лечение (Ricken et al., 2011). В обзоре Adli et al. (2006) описаны алгоритмы систематической терапии, обеспечивающие три типа сопровождения: 1) стратегическое (какую терапию использовать); 2) тактическое (как проводить лечение); 3) конкретные шаги по выстраиванию терапии (в каком порядке следуют различные терапевтические вмешательства). Алгоритмы разработаны с целью снижения излишнего разнообразия, выбора адекватной терапии и реализации соответствующих терапевтических стратегий. Ряд алгоритмов разработан и изучен в последнее десятилетие, в том числе:

- техасский проект разработки алгоритма медикаментозного лечения (The Texas Medication Algorithm Project – TMAP; Gilbert et al., 1998; Trivedi et al., 2004);

- исследование альтернатив последовательного лечения с целью облегчения депрессии (The Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression – STAR*D; Fava et al., 2003b; Rush et al., 2004);
- немецкий проект по выработке алгоритма (The German algorithm project – GAP; Adli et al., 2003; Bauer et al., 2009a).

Как показывают результаты исследований, использование систематических алгоритмов в лечении депрессии оказывается действеннее стандартного подхода к терапии (см. Adli et al., 2006). Эти данные нашли отражение в соответствующих разделах данных рекомендаций, которые будут публиковаться в следующих выпусках журнала.

Список литературы размещен на сайте www.psypharma.ru

World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders

Part 1: Update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders

MICHAEL BAUER, ANDREA PFENNIG, EMANUEL SEVERUS, PETER C. WHYBROW, JULES ANGST, HANS-JÜRGEN MÖLLER
on behalf of the Task Force on *Unipolar Depressive Disorders*

ABSTRACT:

Objectives. This 2013 update of the practice guidelines for the biological treatment of unipolar depressive disorders was developed by an international Task Force of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). The goal has been to systematically review all available evidence pertaining to the treatment of unipolar depressive disorders, and to produce a series of practice recommendations that are clinically and scientifically meaningful based on the available evidence. The guidelines are intended for use by all physicians seeing and treating patients with these conditions.

Methods. The 2013 update was conducted by a systematic update literature search and appraisal. All recommendations were approved by the Guidelines Task Force. Results. This first part of the guidelines (Part 1) covers disease definition, classification, epidemiology, and course of unipolar depressive disorders, as well as the management of the acute and continuation phase treatment. It is primarily concerned with the biological treatment (including antidepressants, other psychopharmacological medications, electroconvulsive therapy, light therapy, adjunctive and novel therapeutic strategies) of adults.

Conclusions. To date, there is a variety of evidence-based antidepressant treatment options available. Nevertheless there is still a substantial proportion of patients not achieving full remission. In addition, somatic and psychiatric comorbidities and other special circumstances need to be more thoroughly investigated. Therefore, further high-quality informative randomized controlled trials are urgently needed.

KEY WORDS: Major depressive disorder, acute treatment, continuation treatment, pharmacotherapy, antidepressants

Бланк бесплатной подписки на журнал «Современная терапия психических расстройств»					
Ф.И.О.					
Место работы					
Специальность					
Должность					
Телефон					
Почтовый адрес					
индекс		республика, край область			
город			улица		
дом №		корп.		кв. №	
Адрес электронной почты					
Заполненные бланки высылайте по адресу: 107076, Москва, ул. Потешная, д. 3, Московский НИИ Психиатрии, проф. Мосолову С.Н. или по e-mail: ekostukova@gmail.com					

