

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО
НОЗОЛОГИИ «ДЕПРЕССИВНЫЙ ЭПИЗОД,
РЕКУРРЕНТНОЕ
ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО»**

ТАШКЕНТ – 2025

"УТВЕРЖДАЮ"
Директор Республиканского
специализированного научно-
практического медицинского центра
психического здоровья

З.Ш.Ашуров

_____ 202__ год



**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО
НОЗОЛОГИИ «ДЕПРЕССИВНЫЙ ЭПИЗОД,
РЕКУРРЕНТНОЕ
ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО»**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ
«ДЕПРЕССИВНЫЙ ЭПИЗОД, РЕКУРРЕНТНОЕ
ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО»**

Ташкент-2025

Коды МКБ-10/11

Депрессивный эпизод (F32):
F32.0 - Депрессивный эпизод легкой степени;
F32.1 - Депрессивный эпизод средней степени;
F32.2 - Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов;
F32.3 - Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами.
Рекуррентное депрессивное расстройство (F33):
F33.0 - Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени;
F33.1 - Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени;
F33.2 - Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени без психотических симптомов;
F33.3 - Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами.
https://icd.who.int/browse10/2010/en#

6A70	Депрессивный эпизод
6A70.0	Депрессивный эпизод, легкий
6A70.1	Депрессивный эпизод, умеренный
6A70.2	Депрессивный эпизод, тяжелый
6A70.Z	Депрессивный эпизод, неуточненный
6A71	Рекуррентное депрессивное расстройство
6A71.0	Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкий
6A71.1	Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренный
6A71.2	Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелый
6A71.3	Рекуррентное депрессивное расстройство, в ремиссии
6A71.Z	Рекуррентное депрессивное расстройство, неуточненное
https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru	

Дата разработки и пересмотра протокола: 2025 год, дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта: Республиканский специализированный научно-практический центр психического здоровья

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:

1. Бахрамов Ф. Ш. Заместитель директора по научной работе РСНПЦПЗ
2. Ирмухамедов Т.Б. ассистент кафедры ТашПМИ

Список авторов:

Ашуров З.Ш. - д.м.н., проф., директор РСНМЦПН заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Ташкентской медицинской академии, главный психиатр и нарколог Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Президент Ассоциации психиатров Узбекистана.

Алимов У.Х. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и психотерапии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников.

Абдуллаева В.К. – д.м.н., проф., заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии ТашПМИ.

Чембаев Б. Р. - PhD Заместитель директора Ташкентского филиала по психиатрии РСНПЦПЗ

Рогов А.В. – PhD., ассистент кафедры психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии ТашПМИ.

Усербаева Р.К. – ассистент кафедры психиатрии и наркологии ТМА.

Рецензенты:

Сиволап Ю.П. - д.м.н., профессор кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета непрерывного медицинского образования РУДН имени Патриса Лумумбы

Велияева А.С.-заведующая кафедрой психиатрии, медицинской психологии и наркологии, Самаркандского государственного медицинского

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Совещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации психиатров Узбекистана, организаторов здравоохранения (директоров филиалов РСНПЦПЗ и их заместителей), врачей региональных учреждений.

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканский Специализированный Научно-Практический Центр Психического Здоровья №3 15 май 2025 года

Председатель Ученого Совета – Директор РСНПЦПЗ д.м.н., профессор З.Ш.Ашуров

Экспертная оценка со стороны специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:

1. Ибодуллаев Зарифбой Раджабович - Ташкентская Медицинская Академия

2. Нурхаджаев Сабир Насирхаджаевич - Ташкентский педиатрический медицинский институт

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Список используемых сокращений

АД – антидепрессанты
АВП – антипсихотики второго поколения
АПП – антипсихотики первого поколения
БАР – биполярное аффективное расстройство
ВЛОК – внутривенное лазерное облучение крови
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ГМСМ – глубокая магнитная стимуляция мозга
ГСМ – глубокая стимуляция мозга
ДЭ – депрессивный эпизод
ИМАО – ингибиторы моноаминоксидазы
ИПТ – интерперсональная (межличностная) психотерапия
КПТ – когнитивно-поведенческая психотерапия
КТ – компьютерная томография
МКБ-10 – Международная классификация болезней, травм, и состояний, влияющих на здоровье 10-го пересмотра
МКТ – магнито-конвульсивная терапия
МРТ – магнито-резонансная томография
ПАВ – психоактивные вещества
РДР – рекуррентное депрессивное расстройство
РДТ – разгрузочно-диетическая терапия
РКИ – рандомизированные контролируемые исследования
РЭГ - реоэнцефалография
СБН – стимуляция блуждающего нерва
СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
СИОЗСН – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина
ТМС – транскраниальная магнитная стимуляция
ТПЭСМ – транскраниальная прямая электростимуляция мозга
ТРЦА – тетрациклические антидепрессанты
ТЦА – трициклические антидепрессанты
ЭКГ – электрокардиография
ЭЭГ - электроэнцефалография
ЭСТ – электросудорожная терапия
Уровень GPP – сложившаяся клиническая практика

Оглавление:

1. Национальный клинический протокол диагностики и лечения по нозологии «ДЕПРЕССИВНЫЙ ЭПИЗОД, РЕКУРРЕНТНОЕ ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО».....	6-12
2. Национальный клинический протокол медицинского вмешательства по нозологии «ДЕПРЕССИВНЫЙ ЭПИЗОД, РЕКУРРЕНТНОЕ ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО».....	12-16
3. Национальный клинический протокол профилактики и реабилитации по нозологии «ДЕПРЕССИВНЫЙ ЭПИЗОД, РЕКУРРЕНТНОЕ ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО»	16

Пользователи протокола:

1. Врачи-психиатры;
2. Психоневрологи
3. Врачи-психотерапевты
4. Клинические психологи
5. Врачи общей практики;
6. Организаторы здравоохранения
7. Врачи общей практики
8. Врачи-терапевты
9. Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, магистры, докторанты

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)

В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Определения

Депрессивный эпизод (ДЭ) – аффективное расстройство, характеризующееся в типичных случаях снижением настроения, утратой интересов и удовольствия, снижением энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости и сниженной активности. Отмечается выраженная утомляемость даже при незначительном усилии. К другим симптомам относятся сниженная способность к сосредоточению и вниманию; сниженные самооценка и чувство уверенности в себе; идеи виновности и унижения (даже при легком типе эпизода); мрачное и пессимистическое видение будущего; идеи или действия направленные на самоповреждение или суицид; нарушенный сон; сниженный аппетит [15].

Рекуррентное депрессивное расстройство (РДР) – аффективное расстройство, характеризующееся повторными эпизодами депрессий, как указано в F32, без анамнестических данных об отдельных эпизодах приподнятого настроения, гиперактивности, которые могли отвечать критериям гипоманиакального, маниакального или смешанного аффективного эпизода (F30.-) [15].

Этиология и патогенез заболевания или состояния

Этиология и патогенез ДЭ и РДР до настоящего времени окончательно не установлены. По всей видимости, возникновение депрессивных расстройств детерминировано сочетанием множества факторов: биологических (конституционально-генетических), психологических и социальных. Среди биологических концепций традиционной является моноаминовая теория депрессии, постулирующая в качестве основного патогенетического механизма недостаточность синаптической активности моноаминов (серотонина, дофамина, норадреналина) головного мозга. В качестве значимых рассматриваются и другие патофизиологические процессы, в числе которых проявления психосоциального и биологического дистресса, хронобиологическая гипотеза, нарушение процессов нейропластичности, дисрегуляция гипоталамо-гипофизарнонадпочечниковой оси, гиппокампа, миндалевидного тела (амигдалы), прилежащего ядра и других областей мозга, вовлеченность кортикотропин-рилизинг-фактора, глюкокортикоидов, мозгового нейротрофического фактора (BDNF) и транскрипционного фактора CREB [17].

Эпидемиология заболевания или состояния

ДЭ и РДР относятся к наиболее распространенным психическим нарушениям. Эти расстройства, как правило, полностью редуцируются в периоды ремиссий, и степень социальной дезадаптации пациентов определяется частотой, длительностью и тяжестью развивающихся у них рецидивов депрессивной симптоматики.

Больные РДР относятся к контингенту наиболее «сохранных» страдающих психическими расстройствами пациентов, однако смертность при РДР лишь немного уступает смертности при сердечно-сосудистых заболеваниях, поскольку до 15% депрессивных больных совершают суициды.

В настоящее время депрессия занимает второе место в мире среди всех медицинских причин инвалидности и смертности, а среди лиц молодого возраста (до 45 лет) она уже давно держит пальму первенства по этому показателю [12]. Согласно прогнозу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к 2030 г. РДР выйдет на первое место по этим показателям [12].

Высокая распространенность РДР (среди мужчин - около 6%, среди женщин – до 15%), частое рецидивирование (у 85% больных отмечаются повторные эпизоды), склонность к затяжному течению и хронификации эпизодов, утяжеление течения и исходов соматических и психических коморбидных расстройств, а также другие многочисленные проблемы, связанные с ущербом, наносимым этим заболеванием, определяют высокий интерес специалистов к новым возможностям в области терапии депрессии. Требуемые лечения депрессии наблюдаются примерно у 25% больных психиатрических стационаров, у 65% больных амбулаторной психиатрической сети и как минимум у 10% всех больных непсихиатрических лечебных учреждений.

Классификация заболевания или состояния

Систематика депрессий, представленная в МКБ-10 (диагностический класс «Аффективные расстройства» - F30-F39), опирается на синдромальный подход с использованием операциональных критериев, обеспечивающих максимальную клиническую однородность, воспроизводимость и сопоставимость выделяемых диагностических категорий.

Центральное место в систематике аффективной патологии занимает категория «депрессивный эпизод».

Основное значение придается вариантам течения депрессии, в соответствии с чем выделяются следующие формы заболевания: единственный ДЭ, РДР, биполярное аффективное расстройство (БАР - смена депрессивных и маниакальных фаз). Единичные эпизоды отграничиваются от многократных эпизодов, так как значительная часть больных переносят только один эпизод [15].

Ввиду важности для лечения и определения тактики ведения выделяют три степени тяжести ДЭ: легкую, среднюю (умеренную) и тяжелую. Три степени тяжести так обозначены, чтобы включить большой диапазон клинических состояний, которые встречаются в психиатрической практике.

Больные с легкими формами ДЭ часто встречаются в первичных медицинских и общих медицинских учреждениях, в то время как стационарные отделения в основном имеют дело с больными, у которых депрессия более тяжелой степени.

Дифференциация между легкой, умеренной и тяжелой степенью основывается на сложной клинической оценке, которая включает число, тип и тяжесть присутствующих симптомов. Полнота обычной социальной и трудовой деятельности зачастую может помочь в определении тяжести ДЭ [15].

Клиническая картина заболевания или состояния

Диагностические критерии ДЭ по МКБ-10 включают:

- снижение настроения, очевидное по сравнению с присущей пациенту нормой, преобладающее почти ежедневно и большую часть дня и продолжающееся не менее двух недель вне зависимости от ситуации;

- должны быть представлены следующие основные симптомы: о сниженное настроение; о отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями; о снижение энергии и повышенная утомляемость;

- а также дополнительные симптомы: о сниженная способность к сосредоточению и вниманию; о снижение самооценки и чувство неуверенности в себе; о идеи виновности и унижения (даже при легких депрессиях); о мрачное и пессимистическое видение будущего; о идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства; о нарушенный сон; о нарушенный аппетит

- в анамнезе не выявлено маниакальных/гипоманиакальных симптомов, отвечающих критериям маниакального эпизода;

- эпизод нельзя приписать употреблению психоактивных веществ или органическому психическому расстройству. В МКБ-10 также может выделяться соматический синдром депрессии (кодируется отдельным пунктом), представленный как минимум четыремя из следующих симптомов:

- снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно приятной для больного;

- отсутствие обычной реакции на события или деятельность;

- пробуждение утром за два или более часа до обычного времени;

- депрессия тяжелее по утрам;

- объективные свидетельства заметной психомоторной заторможенности или ажитации (отмеченные или описанные другими лицами);

- заметное снижение аппетита;

- снижение веса (пять или более процентов от веса тела в прошлом месяце);

- заметное снижение либидо.

Большое значение для оценки состояния больного и определения места и метода лечения, а также дальнейшего маршрута оказания медицинской помощи имеет дифференциация депрессий по степени тяжести (табл. 1).

Таблица 1. Критерии диагностики разной степени тяжести ДЭ

Степень депрессии	тяжести	Основные симптомы	Дополнительные симптомы
Легкая		2 или 3	2 и более
Средняя		2 или 3	3 и более

Тяжелая	3	4 и более
<ul style="list-style-type: none"> • без психотических симптомов • с психотическими симптомами 	бред, галлюцинации, депрессивный ступор	

ДЭ тяжелой степени с психотическими симптомами дополняется наличием бреда, галлюцинаций или депрессивного ступора. Бред чаще следующего содержания: греховности, обнищания, грозящих несчастий, за которые несет ответственность больной. Слуховые или обонятельные галлюцинации, как правило, обвиняющего и оскорбляющего характера «голоса», а запахи – гниющего мяса или грязи. Тяжелая двигательная заторможенность может развиться в ступор. Если необходимо, бред или галлюцинации могут определяться как конгруэнтные или неконгруэнтные настроению. «Неконгруэнтные» включают аффективно нейтральные бредовые и галлюцинаторные расстройства, например, бред отношения без чувства вины или обвинения, или голоса, которые беседуют с больным о событиях, которые не имеют эмоционального значения.

Диагностические критерии РДР (текущий эпизод) по МКБ-10 включают:

- по крайней мере, один ДЭ в прошлом, легкой (F32.0), средней (F32.1) тяжести, либо тяжелый (F32.2 или .3), длившийся не менее двух недель и отделенный от настоящего эпизода периодом минимум в 2 месяца, в течение которых не наблюдалось каких-либо значимых аффективных симптомов;
- отсутствие в прошлом эпизодов, соответствующих критериям гипоманиакального или маниакального эпизода (F30.-);
- текущий эпизод должен удовлетворять критериям ДЭ легкой, средней или тяжелой степени.

2. ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ, МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ

Первичная оценка депрессивного синдрома проводится врачами первичного звена здравоохранения, постановка диагноза проводится врачом-психиатром.

2.1 Жалобы и анамнез

GPP

Всем пациентам в качестве первичной диагностики рекомендуется проведение мероприятий по выявлению симптомов депрессии в психическом статусе пациента [9, 15, 27,].

Комментарии: В симптоматологии депрессивных расстройств выделяют аффективные, психомоторные, когнитивные, психовегетативные и соматические нарушения. При этом

ядерными симптомами депрессии являются подавленное настроение, ангедония, потеря активности и энергии [15]. Поскольку многие пациенты с депрессивными расстройствами изначально не предъявляют жалоб на данные симптомы, целенаправленный расспрос крайне важен.

GPP	<p>Всем пациентам, у которых в психическом статусе были выявлены симптомы депрессии, в качестве обязательных шагов рекомендовано:</p> <ul style="list-style-type: none">– оценить соответствие имеющейся у пациента симптоматики критериям диагностики депрессивного эпизода [9, 15, 27].– получить данные анамнеза или медицинской документации о наличии предшествовавших депрессивных эпизодов [9, 15, 27].
------------	---

Комментарии: Для оценки тяжести депрессивного расстройства и терапевтической динамики состояния целесообразно использование рейтинговых шкал: шкалы Гамильтона для оценки депрессии (англ. Hamilton Rating Scale for Depression) (см. приложение Г1) и шкалы Монтгомери-Асберг для оценки депрессии (англ. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale).

GPP	<p>Всем пациентам с первичным или повторным депрессивным эпизодом рекомендовано провести тщательный целенаправленный опрос, направленный на:</p> <ul style="list-style-type: none">– выявление маниакальных, гипоманиакальных и смешанных эпизодов в анамнезе [15, 27].– сбор анамнестических данных о наличии травм, инфекционных заболеваний головного мозга, соматических заболеваний, предшествовавших развитию депрессивных симптомов [15, 27].– сбор анамнестических данных об употреблении психоактивных веществ или лекарственных препаратов, которые могут вызвать симптомы депрессии, непосредственно перед началом депрессивного эпизода [15, 27].
------------	---

2.2 Физикальное обследование

GPP	<p>В дополнение к стандартному физикальному обследованию всем пациентам рекомендовано провести осмотр кожных покровов с целью выявления</p> <ul style="list-style-type: none">— следов от инъекций для исключения факта приема пациентом ПАВ или лекарственных препаратов, которые могут вызывать депрессивные симптомы .— следов различных повреждений, в том числе самопорезов (с учетом их давности) [12].
------------	--

2.3 Лабораторная диагностика

Не существует каких-либо лабораторных методов диагностики ДЭ и РДР.

GPP	<p>Перед назначением терапии, для проведения дифференциальной диагностики ДЭ с другими заболеваниями, при необходимости госпитализации и для оценки различных рисков соматическому здоровью всем пациентам пациента рекомендовано провести дополнительные методы обследования, к которым относятся:</p> <ul style="list-style-type: none">— общий (клинический) анализ крови.— для оценки функции почек – исследование уровня креатинина в крови и в моче, общий (клинический) анализ мочи.— для оценки функции щитовидной железы - исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови, уровня свободного трийодтиронина (СТ3) в крови, уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови.— для оценки функции печени – исследование уровня общего билирубина в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови.— для оценки метаболического синдрома – исследование уровня триглицеридов в крови, уровня холестерина в крови, уровня липопротеинов в крови, уровня холестерина липопротеинов низкой плотности, уровня глюкозы в крови.
------------	--

Комментарии: Скрининг уровня гормонов щитовидной железы рекомендуется для первичных пациентов, которым никогда ранее не проводилось это исследование, или при наличии клинических или анамнестических показаний.

2.4 Инструментальная диагностика

Не существует каких-либо инструментальных методов диагностики ДЭ и РДР.

GPP	<p>Перед назначением терапии, для проведения дифференциальной диагностики ДЭ с другими заболеваниями, при необходимости госпитализации и для оценки различных рисков соматическому здоровью всем пациентам рекомендовано провести дополнительные методы обследования, к которым относятся:</p> <ul style="list-style-type: none">— электрокардиография (ЭКГ)
------------	--

- электроэнцефалография (ЭЭГ)
- реоэнцефалография (РЭГ)
- магниторезонансная томография (МРТ) (предпочтительно)/ компьютерная томография (КТ)

Комментарии: МРТ или КТ и ЭЭГ рекомендуется для первичных больных, которым никогда ранее не проводились эти исследования, или при наличии клинических или анамнестических показаний.

2.5 Дополнительная диагностика

GPP

Всем пациентам рекомендуется в обязательном порядке направленное клинико-анамнестическое обследование с целью выявления факторов риска суицида.

Комментарии: При оценке суицидального риска рекомендуется учитывать следующие факторы: наличие суицидальных мыслей, намерений, планов и поведения; наличие суицидальных попыток в прошлом; доступ к средствам самоубийства и летальность этих средств; наличие сильной тревоги, паники, возбуждения и/или импульсивности; наличие психотических симптомов, таких как императивные галлюцинации, или снижение критичности к себе, своим суждениям, действиям и их последствиям; употребление алкоголя и/или других ПАВ; наличие суицида в семейном анамнезе; отсутствие сдерживающих факторов (например, поддержки родных и близких, наличия детей, беременности, религиозности, понимания своих семейных обязанностей, трудовой занятости, наличия психологических навыков преодоления, наличия определенного жизненного оптимизма и др.). Для оценки тяжести суицида и суицидального риска целесообразно использование Колумбийской шкалы серьезности суицидальных намерений (англ. Columbia Suicide Severity Rating Scale).

GPP

Для пациентов с расстройствами личности и/или дифференциально-диагностическими трудностями рекомендована консультация клинического психолога и проведение экспериментально-психологического исследования [3]

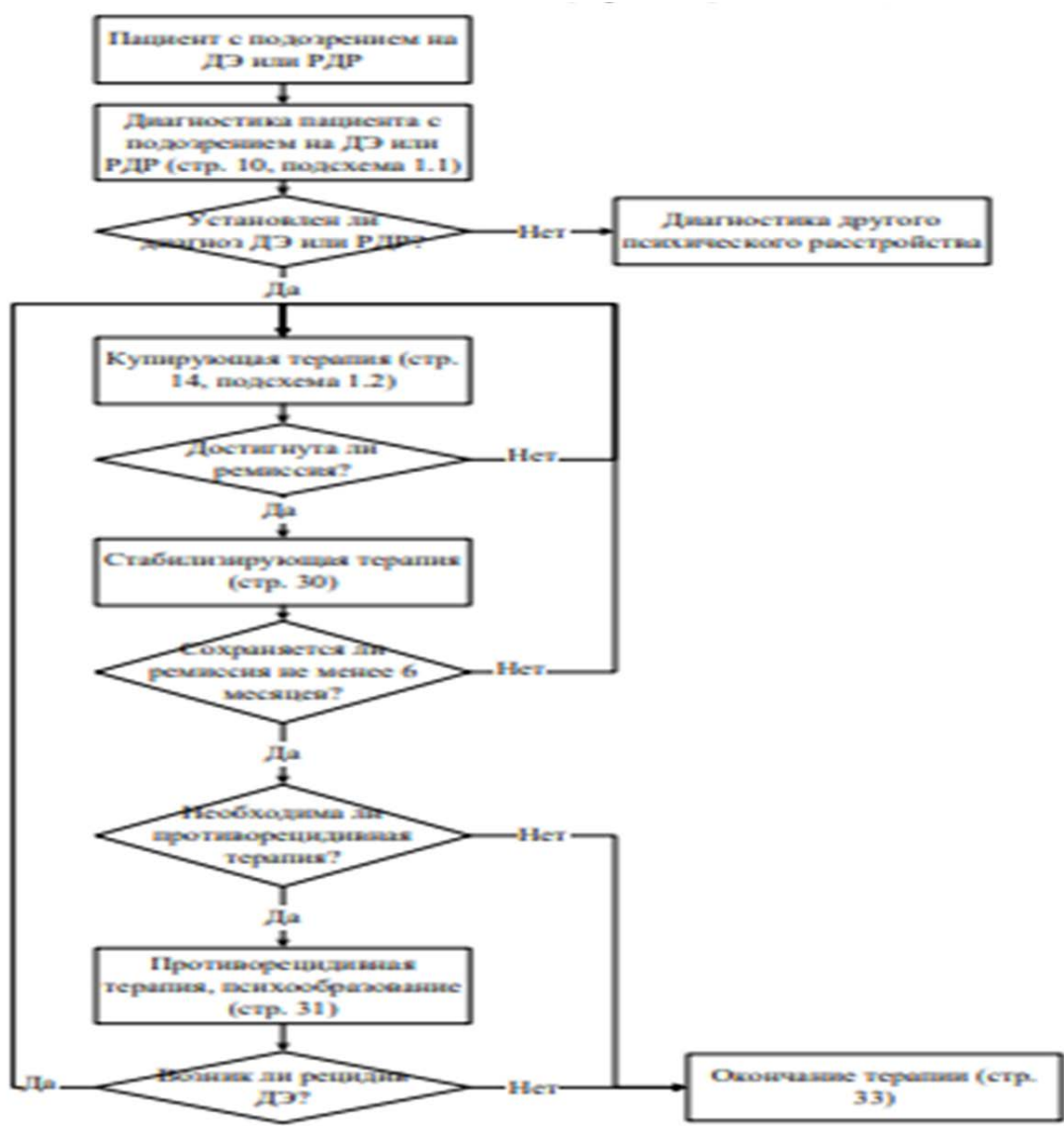
GPP

Перед назначением терапии, для проведения дифференциальной диагностики ДЭ с другими заболеваниями, исключения противопоказаний к ряду препаратов, которые назначаются при ДЭ, при необходимости госпитализации и для оценки различных рисков соматическому здоровью всем пациентам рекомендована:

- консультация врача-терапевта .

- консультация врача-невролога .
- консультация врача-офтальмолога.
- для женщин – консультация врача-гинеколога .

Диагностический алгоритм



ЛЕЧЕНИЕ

До начала терапии следует составить индивидуальный план лечения, учитывающий преимущество различных этапов терапии, эффективность и переносимость предшествующей терапии, клинические особенности состояния (например, наличие психотической симптоматики, возбуждения, тревоги, нарушений сна или атипичных симптомов), тяжесть болезни и риск суицида, комплаентность больного, злоупотребление ПАВ, наличие сопутствующих заболеваний и принимаемую в связи с ними терапию, возможность наступления беременности и другие индивидуальные факторы, способные повлиять на эффективность и переносимость назначаемого АД.

При наличии показаний (например, в случае сочетания психотических симптомов и суицидальных мыслей) следует рассмотреть вопрос о стационарном лечении. Проведение тимоаналептической терапии в острой фазе заболеваний требует также как минимум еженедельного динамического наблюдения за психическим и соматическим состоянием пациента, включая периодическую ревизию диагноза и оценку суицидального риска, мониторинг ответа на терапию и развитие побочных эффектов, а также проверку комплаентности больного и формирование приверженности терапии с использованием различных психообразовательных методик.

В соответствии с этой моделью в лечении ДЭ важно следовать всем трем основным терапевтическим этапам:

- 1) купирующая (активная) терапия,
- 2) стабилизирующая терапия
- 3) длительная противорецидивная (профилактическая) терапия.

3.1 Консервативное лечение

1А

Для пациентов, удовлетворяющих современным диагностическим критериям ДЭ и РДР (МКБ-10), рекомендуется применение тимоаналептической фармакотерапии: назначение АД в минимальных эффективных дозах; при отсутствии побочных эффектов или при редукции побочных эффектов в течение нескольких дней рекомендуется производить увеличение дозы в пределах стандартных дозировок до тех пор, пока симптоматика не начнет ослабевать. В случае отсутствия динамики или недостаточного эффекта (степень редукции симптоматики от 25% до 50%) через 3-4 недели рекомендуется наращивание дозы до максимальной (табл. 2) [

Комментарий: Тимоаналептический эффект обычно возникает через 3-4 недели лечения, однако в некоторых случаях, особенно при применении СИОЗС, улучшение развивается более постепенно и достижение полноценного эффекта наблюдается на 4-6-й или даже 8-й неделе. У большинства респондеров на терапию клиническое улучшение становится заметным уже в течение первых двух недель лечения. Обычно такой ранний ответ связан с более благоприятным прогнозом курсовой эффективности проводимой терапии. Современные критерии депрессивного синдрома могут включать довольно гетерогенные группы больных с различными типами депрессий в диапазоне от биологически детерминированных состояний (так называемых эндогенных или меланхолических депрессий) до в разной степени ситуационно спровоцированных или связанных с личностной патологией (так называемых реактивных или невротических депрессий).

К сожалению, большинство рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) лекарственных средств с антидепрессивным эффектом использовало обобщенные недифференцированные критерии ДЭ, и не представляется возможным выделить их доказательную эффективность в отношении отдельных клинических вариантов, например, при тревожной, меланхолической (с соматическими симптомами), атипичной, заторможенной (с кататоническими симптомами), сезонной или с преобладанием когнитивных нарушений).

Не существует доказательных данных о большей эффективности или более быстром начале действия АД какого-либо одного класса, хотя при тяжелых, требующих госпитализации депрессиях некоторые трициклические антидепрессанты (ТЦА) (амитриптилин** и кломипрамин**) и венлафаксин оказываются несколько эффективнее, чем селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) [35].

В отношении АД второго поколения сравнительный мета-анализ 117 РКИ, включавший 25,928 больных, показал, что миртазапин, эсциталопрам, венлафаксин и сертралин** были несколько более эффективны, чем дулоксетин, флуоксетин**, флувоксамин и пароксетин**. АД прежде всего различаются по профилю побочных эффектов, потенциалу взаимодействия с другими препаратами и опасности передозировки.

Более новые АД второго (например, пирлиндол, мапротилин, миансерин, тразодон, моклобемид) и третьего (например, СИОЗС, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН), миртазапин, агомелатин**, вортиоксетин) поколений в целом переносятся лучше, чем ТЦА первого поколения, что способствует уменьшению вероятности самостоятельного отказа пациентов от их приема.

3.1.1 Купирующая терапия легкого ДЭ

Лечение легких ДЭ обычно осуществляется амбулаторно в рамках первичного звена психиатрической помощи.

1A Пациентам с легким ДЭ рекомендуется назначение АД (преимущественно используются СИОЗС, агомелатин**, а также другие препараты новых поколений) в пероральной форме.

3B Для пациентов, не желающих принимать традиционные антидепрессанты, существует альтернатива в виде растительных препаратов, например, экстракта зверобоя.

1A В некоторых случаях в зависимости от индивидуальных особенностей и/или запросов пациента рекомендовано ограничиться применением психотерапевтических, психообразовательных или социально-реабилитационных методов.

Комментарии: Преимущественный выбор в пользу АД по сравнению с психотерапией следует осуществлять у больных с наличием развернутых депрессий в анамнезе, с хорошим эффектом АД в прошлых эпизодах, наличием субпороговых депрессий в течение последних двух лет, а также при отсутствии эффекта психосоциальных интервенций или при наличии РДР у ближайших родственников.

3.1.2 Купирующая терапия ДЭ средней степени

Лечение больных с умеренным ДЭ в зависимости от особенностей депрессии и социальных условий проводят амбулаторно, полустационарно или в стационаре. С учетом высокого риска резкого изменения состояния у одиноких больных, проживающих отдельно от родственников, а также вероятного появления суицидальных мыслей лечение предпочтительнее осуществлять в условиях стационара или полустационара.

1A Рекомендуется назначение АД в пероральной форме: препаратами первого ряда являются СИОЗС, СИОЗСН, миртазапин, вортиоксетин и агомелатин**. ТЦА обычно рассматривают как препараты второго выбора.

Комментарии: Что касается назначения ингибиторов моноаминоксидазы (ИМАО), то в этом вопросе меньше согласия, но препаратами выбора могут считаться обратимые ИМАО - моклобемид и пирлиндол, хотя ИМАО чаще используют при лечении атипичных депрессий и на стадиях резистентности к терапии.

На первом этапе используют преимущественно пероральные формы лекарственных препаратов.

Психотерапию по возможности проводят в сочетании с фармакотерапией.

3.1.3 Купирующая терапия ДЭ тяжёлой степени

Лечение больных с тяжелым ДЭ предпочтительнее проводить в условиях стационара.

2А	Рекомендуется выбрать препарат с широким спектром нейрхимического механизма действия (СИОЗСН, мirtазапин, ТЦА), обладающих несколько большей эффективностью при лечении депрессий тяжелой степени по сравнению с СИОЗС [18, 28].
----	--

Комментарии. Предпочтение в силу лучшей переносимости следует отдать СИОЗСН (венлафаксин, дулоксетин, милнаципран), а потом ТЦА (имипрамин**, амитриптилин**, кломипрамин**) или другим гетероциклическим препаратам первого поколения (мапротилин**, пиразидол, пипофезин**, тразодон и др.), которые также обладают несколько лучшей переносимостью, но и меньшей эффективностью.

Для некоторых антидепрессантов (кломипрамин) разрешено использование внутримышечного и/или внутривенно-капельного способа введения АД.

Психотерапия на первых этапах лечения тяжёлой депрессии, как правило, неэффективна.

2А	Лечение больных с высоким суицидальным риском рекомендовано проводить в условиях стационара. При высоком суицидальном риске рекомендовано рассмотреть возможность быстрого проведения ЭСТ [2, 21].
----	--

Комментарии. По сравнению с СИОЗС более тяжелые последствия в случае передозировки АД при приеме их с суицидальной целью наблюдаются при приеме ТЦА, венлафаксина и мirtазапина.

3.1.4 Купирующая терапия ДЭ тяжёлой степени с психотическими симптомами

Терапевтическая тактика направлена на быстрое достижение «обрыва» психоза.

Лечение тяжелого ДЭ с психотическими симптомами рекомендовано проводить в условиях стационара.

- 1А Рекомендовано с первых дней назначение АД с широким спектром нейрехимического механизма действия (СИОЗСН, ТЦА, тетрациклические антидепрессанты) в сочетании с АВП.

Комментарии: Наиболее убедительны данные об эффективности использования флувоксамина при терапии психотической депрессии. Если прием препарата per os затруднен в связи с психическим состоянием больного, возможно в/м применение антипсихотиков.

В случае хорошей переносимости дозы препаратов быстро доводят до максимальных.

3.1.5 Купирующая терапия ДЭ на 2-м этапе

Минимум в 30-50 % случаев ДЭ у пациентов не достигается достаточная эффективность любого из выбранных АД 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. С целью выявления фармакокинетических причин недостаточной эффективности (псевдорезистентность) целесообразно определение концентрации препарата в крови и проведение генотипирования для выявления лиц с замедленным или ускоренным метаболизмом определенных АД. Это особенно важно при проведении сочетанной терапии препаратами, метаболизируемыми теми же изоферментами цитохрома P450.

В случае отсутствия динамики или недостаточного клинического эффекта (степень редукции симптоматики от 25% до 50%) в течение 3-4 недель терапии, либо плохой переносимости антидепрессивной фармакотерапии следует переходить ко второму курсу или этапу терапии. Доказательства обоснования приведенных стратегий весьма ограничены, поскольку РКИ на больших выборках больных не проводилось. В настоящее время нет четкого консенсуса о предпочтительности какой-либо из стратегий при лечении пациентов, не отвечающих на терапию. Особенно это касается препаратов второго выбора. При анализе данных проекта STAR*D было показано, что процент пациентов с ремиссиями можно увеличить с 27%, достигнутых при использовании терапии первого выбора, до кумулятивного уровня 67% – после всех четырех последующих шагов терапевтически вмешательств. Однако вероятность достижения ремиссии после первых двух курсов терапии была выше (20–30%), чем после двух последних (10–20%) .

- 4С С целью преодоления возможных явлений псевдорезистентности рекомендуется нарастить дозу АД до максимальной или частично перейти на парентеральный путь введения (при применении ТЦА) [16].

3В

В случаях, когда наращивание дозы нецелесообразно (например, при плохой переносимости), рекомендуется смена АД на препарат в рамках того же фармакологического класса либо с другим механизмом действия.

Комментарии: Современные определения терапевтически резистентной депрессии предполагают неэффективность (т. е. редукция симптоматики по шкале Гамильтона составляет не более 50 %) двух последовательных курсов адекватной монотерапии длительностью в среднем 3-4 недели фармакологически различных по структуре и нейрохимическому действию АД.

Стратегия перевода на монотерапию необратимыми ИМАО широко применялась прежде, но не используется в последние годы вследствие возможности развития гипертонического криза и исчезновения этой группы АД из клинической практики.

Тем не менее, в ряде случаев перевод на селективные обратимые ИМАО (пирлиндол, моклобемид) может дать быстрый положительный эффект, поскольку речь идет о совершенно другом механизме действия и стимулировании выброса в синаптическую щель всех трех моноаминовых нейромедиаторов.

3.1.6. Купирующая терапия ДЭ на 3-м этапе

При недостаточности клинического эффекта и отсутствии явных причин такой неэффективности, включая ошибочную диагностику (например, БАР II), некомплаентность, коморбидные психические и соматические заболевания и другие факторы, считается, что больному свойственна относительная резистентность и нужно переходить к третьему этапу терапии, т. е. собственно противорезистентным мероприятиям.

В зависимости от ситуации можно выбрать любой вариант терапии с длительностью курса 3-4 недели, однако предпочтение следует отдавать средствам с доказанной эффективностью и хорошей переносимостью, а также учитывать возможные лекарственные взаимодействия, в том числе возникающие вследствие конкурентного печеночного метаболизма.

2А

Рекомендована комбинированная терапия с использованием сочетаний АД с комплементарными механизмами действия для достижения синергического 20 тимоаналептического эффекта: комбинирование ТЦА и СИОЗС; комбинирование одного из средств, блокирующих обратный захват моноаминов (СИОЗС, СИОЗСН или ТЦА) с блокаторами альфа-2-адренергических ауторецепторов (например, мirtазапин, миансерин и др.) .

Комментарии: К негативным сторонам данной стратегии следует отнести повышенный риск взаимодействий между используемыми препаратами, усиление побочных эффектов и более высокие экономические затраты. Наиболее значителен риск возникновения антигистаминовых побочных эффектов (прибавка веса и избыточная седация) и антихолинергических побочных эффектов (снижение концентрации внимания и спутанность). Следует избегать сочетания ИМАО с СИОЗС и другими серотонинергическими АД (например, кломипрамин**, венлафаксин и др.) вследствие потенциальной возможности развития серотонинового синдрома [19].

2А

Рекомендуется аугментация эффекта АВП: присоединение кветиапина, арипипразола, оланзапина и рisperидона к АД (СИОЗС). Наиболее предпочтительно применение кветиапина**, арипипразола и оланзапина** (последний рекомендуется сочетать с флуоксетином**).

Комментарии: При присоединении любого АВП возрастает общее число побочных эффектов, включая гиперпролактинемия, метаболические нарушения (увеличение массы тела, дислипидемия, нарушение углеводного обмена), лейкопению, седацию и сонливость, антихолинергические и экстрапирамидные побочные эффекты, что требует тщательной оценки отношения риск/польза при их использовании вместе с антидепрессантами.

Рекомендуемой начальной дозой арипипразола, назначаемого в целях аугментации, является 2–5 мг/сут. Увеличение дозы выше 5 мг/день должно проводиться постепенно под контролем эффективности с интервалом не менее одной недели, с максимальной конечной дозой 15 мг/сут. При этом следует учитывать возможность развития акатизии. Согласно инструкции по применению кветиапина замедленного высвобождения, терапию следует начинать с однократного вечернего приема 50 мг, на 3-й день дозу можно увеличить до 150 мг (однократный вечерний прием) и далее до 300 мг/сут (применение более высоких доз не изучалось). Необходимо учитывать возможность появления седации и набора веса.

Комментарии: Считается, что литий может изменять рецепторную чувствительность постсинаптической мембраны и усиливать действие серотонина. Нельзя исключить, что случаи эффективности были связаны с ошибочной диагностикой РДР и невыявлением у больных БАР II типа или «скрытой биполярности». Комбинировать АД с солями лития нужно осторожно, поскольку повышенные дозировки могут привести к развитию нейротоксических реакций (миоклония, атаксия, возбуждение, спутанность), а при сочетании с L-триптофаном («нююкасский» или «серотониновый» коктейль) - к серотониновому неврологическому синдрому [19]. Кроме того, нежелательные явления при терапии литием включают кардиотоксичность, нефротоксичность, тиреотоксичность и прибавку веса. По причине узкого терапевтического диапазона требуется регулярный контроль концентрации лития в крови.

4D	Рекомендуется аугментация эффекта АПП (при наличии дополнительных симптоматических показаний): присоединение к АД сульпирида**, флупентиксола**, трифлуоперазина** [1, 16].
----	---

4D	Рекомендуется аугментация эффекта АД антиконвульсантами: ламотриджином в начальной дозе 25 мг/с с постепенным повышением до 200 мг/с, карбамазепином** в дозе 200-600мг/с. Литий карбонати Для взрослых доза составляет по 300-600 мг 3-4 раза/сут. Терапевтическая концентрация лития в плазме - 0.6-1 ммоль/л. Для детей в возрасте до 12 лет - по 15-20 мг 2-3 раза/сут. Максимальная суточная доза для взрослых при приеме внутрь составляет 2.4 г. Натрий вальпроати Внутрь, во время или сразу после еды, не разжевывая: взрослым и подросткам — 20–30 мг/кг массы тела или 300–500 мг/сут, затем постепенное повышение на 200 мг/сут с интервалом в 3–4 дня до 0,9–1,5 г/сут (по 300–450 мг 2–3 раза в сутки), максимальная суточная доза 50 мг/кг или 2,4 г;
----	--

2B	Рекомендуется аугментация эффекта АД трийодтиронином в дозе 25-50 мг/сут в течение 1 месяца. Эффект обычно наступает в первые дни лечения .
----	---

Комментарии: Препарат мешает связыванию АД с белками крови и повышает их свободную фракцию в крови. В процессе терапии нередко развиваются явления 22 гипертиреозидизма (головные боли, гипергидроз, тахикардия, тремор, аритмия, боли в сердце), возможно повышение артериального давления.

3.1.7. Купирующая терапия ДЭ на 4-м этапе

В случае неэффективности указанных мероприятий с целью преодоления резистентности переходят к четвертому этапу, который также состоит из нескольких опций.

2A	Рекомендуется проведение курса ЭСТ в виде монотерапии или на фоне применения АД из 8-12 сеансов (2-4 недели, 3 сеанса в неделю через день). ЭСТ можно применять на любой стадии лечения резистентной депрессии, в зависимости от клинической картины и от необходимости получения быстрого эффекта [2, 21]. Психотические депрессии с бредовыми переживаниями, выраженными психомоторным возбуждением или заторможенностью, высоким риском суицида, с отказом от приема пищи, противопоказаниями к фармакотерапии (напр., непереносимость или беременность) являются основными показаниями для раннего применения ЭСТ.
----	--

Кроме того, ЭСТ следует рассматривать как средство более раннего выбора при известной эффективности метода в прошлых эпизодах [2, 21,].

Комментарии: Эффективность курса хорошо доказана, составляет 50-80 % и превышает все другие стратегии. Поэтому при отсутствии противопоказаний с целью противодействия дальнейшего затягивания и хронификации депрессии ЭСТ следует предпочесть всем другим методам этого этапа. В настоящее время в качестве стандарта безопасности используется модифицированная ЭСТ с кратковременным внутривенным наркозом, применением миорелаксантов и искусственной вентиляции легких, при которой почти полностью устраняется судорожный компонент припадка. ЭСТ характеризуется хорошей безопасностью и переносимостью (нежелательные явления возникают в 0,4% случаев и не имеет абсолютных противопоказаний, кроме повышенного внутричерепного давления).

Необходимо проявлять осторожность у больных с цереброваскулярной недостаточностью, сердечно-сосудистыми заболеваниями, например, недавно перенесенным инфарктом миокарда, ишемией миокарда, застойной сердечной недостаточностью, аритмией или имеющими кардиостимулятор, а также с пациентами с абдоминальной аневризмой и тяжелым остеопорозом.

Среди побочных эффектов наиболее важными являются мнестические нарушения в период лечения, которые менее выражены при унилатеральном наложении электродов. Однако битемпоральная ЭСТ несколько более эффективна.

Рекомендуется одномоментная отмена психофармакотерапии. Этап «насыщения» лекарственными препаратами при проведении одномоментной отмены предполагает наращивание доз ТЦА и антихолинергических корректоров (иногда в схему также включается нейролептик) до максимально переносимых (т. е. до появления побочных эффектов) и длится 10-14 дней. Затем выполняется одномоментная отмена терапии.

3С

Для усиления эффекта отмены используют диуретики, обильное питье, в/в вливание физиологического раствора или плазмаферез. У половины больных критическая редукция депрессивной симптоматики наступает на 5-10-й день после фазы отмены. Для коррекции выраженных соматовегетативных расстройств в этот период назначаются симптоматические средства и бензодиазепиновые транквилизаторы [1, 16, 26].

Комментарии: Метод был разработан и широко апробирован в 70-80-е годы прошлого века и имеет низкий ранг доказательности.

Помимо ЭСТ и одномоментной отмены, можно попытаться использовать и другие, не применявшиеся ранее методы аугментации или комбинированной терапии III этапа,

особенно с рангом рекомендации А1 и В2, а также другие лекарственные методы аугментации АД.

3В Рекомендуется сочетание СИОЗС с пиндололом (антагонист бетаадренорецептора и 5-НТ1А рецепторов) [30].

Комментарии: Побочные эффекты пиндолола включали сонливость, тошноту, брадикардию, ортостатическую гипотензию, потливость и сухость во рту.

3В Рекомендуется сочетание СИОЗС с буспироном (частичный агонист рецепторов 5-НТ1А) [30].

3В Рекомендуется аугментация эффекта АД омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами (эйкозапентаеновая и докозагексаеновая) в дозе 1 г/сут.

4D Рекомендуется аугментация эффекта АД другими препаратами: L-триптофаном, L-дофой и другими дофаминовыми агонистами, модафинилом, резерпином, альфа- и бета-адреноблокаторами, антиоксидантами, иммуномодуляторами, альфа-24 токоферолом (витамин Е), средствами растительного происхождения и др. [5, 12, 16, 23].

Комментарии: Исследования этих методов аугментации были преимущественно открытыми и проводились без необходимого контроля и рандомизации, поэтому в настоящее время их уровень доказательности является низким.

4С Рекомендуется метод электростимуляции мозга транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) либо в качестве монотерапии, либо для аугментации эффекта АД. Высокочастотная импульсная или циклическая стимуляция (гТМС) (5-20 Гц) обычно оказывает умеренный стимулирующий эффект, а низкочастотная (1 Гц) – успокаивающий, противотревожный. Наиболее распространенным вариантом при терапевтически резистентной депрессии является высокочастотная унилатеральная гТМС с наложением на проекцию левой дорсолатеральной префронтальной коры.

Комментарии: В сравнении с ЭСТ процедура менее эффективна, но значительно лучше переносится больными [6, 21, 32] и лучше корригирует когнитивные нарушения [28]. Кроме редко возникающей умеренной головной боли и дискомфорта в месте стимуляции, никаких побочных эффектов после 2-недельного курса ТМС не возникает. В редких случаях описывались спровоцированные ТМС эпилептические судороги [30]. Мета-анализы контролируемых исследований (в сравнении с процедурой псевдо-ТМС) стабильно показывают небольшой положительный эффект 2-недельного курса ТМС. В исследованиях применялось сочетание ТМС с СИОЗС.

4D Рекомендуется метод электростимуляции мозга магнито-конвульсивная терапия (МКТ), являющаяся вариантом импульсной rTMS с усилением мощности, необходимым для провокации эпилептиформного припадка.

Комментарии: При сопоставимой эффективности МКТ приводит к менее выраженным по сравнению с ЭСТ когнитивным и мнестическим нарушениям.

4D Рекомендуется транскраниальная прямая электростимуляция мозга (ТПЭСМ).

4D Рекомендуется глубокая магнитная стимуляция мозга (ГМСМ).

4D В случае неэффективности всех перечисленных этапов и особенно курса ЭСТ рекомендуется признать абсолютную резистентность и переходить к пятому этапу, включающему длительные курсы неиспользованных ранее АД, новые варианты комбинированной терапии, включая сочетание ингибиторов пресинаптического захвата моноаминов с ИМАО, или аугментации и другие противорезистентные мероприятия, в том числе новые методы электростимуляции мозга.

При достижении эффекта необходимо продолжать эффективную терапию еще на протяжении 6-9 месяцев, добиваясь при этом полной редукции резидуальной симптоматики и достижения стабильной ремиссии.

3.2 Хирургическое лечение

В случае признания абсолютной резистентности ДЭ возможно рассмотрение вопроса о целесообразности применения некоторых хирургических методов лечения.

4D	Рекомендуется стимуляция блуждающего нерва (СБН), предполагающая непрямую стимуляцию мозга через блуждающий нерв. Небольшой генератор имплантируется слева над ключицей и с помощью электрода подключается к левому вагусу. Генератор посылает в нерв ритмические электрические импульсы в течение 30 секунд каждые 5 минут.
----	--

Комментарии: К недостаткам метода следует отнести его инвазивный характер и ряд побочных эффектов (охриплость голоса, стимуляция кашлевого рефлекса и др.).

4C	Рекомендуется глубокая стимуляция мозга (ГСМ), предполагающая стереотаксическое размещение миниатюрных электродов в определенных нейроанатомических областях мозга под контролем нейровизуализации. Электроды подключаются к проводнику, который соединен с имплантированным под кожу грудной клетки генератором высокочастотных электрических импульсов. При терапевтически резистентных депрессиях целевыми зонами для билатерального размещения электродов являются подмозолистая часть поясной извилины, чечевидное ядро, а также корковая зона Бродмана 25 (BA25).
----	---

Комментарии: К недостаткам метода относятся инвазивность хирургической процедуры, ограниченная доступность и высокая стоимость методики, а также неопределенность в том, какие параметры стимуляции являются оптимальными.

3.3 Нелекарственные методы лечения

В дополнение к фармакотерапии для усиления или ускорения терапевтического эффекта АД возможно применение различных нелекарственных методов воздействия.

1A	На любом этапе лечения в качестве дополнительного воздействия рекомендуется подключение адекватной психотерапии, которая больше фокусируется на текущих проблемах пациента и включает элементы психобразования. Это особенно важно у пациентов с недостаточной комплаентностью [30].
----	--

Комментарии. Наиболее изученные и эффективные при депрессии формы психотерапии - когнитивно-бихевиоральная терапия и межличностная (интерперсональная) терапия. Эти виды психотерапии наиболее действенны при лечении депрессии легкой и умеренности степени тяжести. Для пациентов с рекуррентной, хронической или тяжелой депрессией комбинация фармакотерапии и одного из валидизированных методов психотерапии может быть более предпочтительна, чем какой-либо один из этих методов лечения в отдельности.

3B При сезонном аффективном расстройстве, так называемых «зимних» депрессиях рекомендуется светотерапия [29].

4C Рекомендуется депривация сна [29]

4C Рекомендуется выполнение физических упражнений.

4D Рекомендуется проведение рефлексотерапии [25].

4D Рекомендуется проведение разгрузочно-диетической терапии (РДТ) [22, 24].

4D Рекомендуется внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК) [4, 20].

4D Рекомендуется облучение крови ультрафиолетом [8].

4D Рекомендуется нормобарическая гипоксия [7].

4D Рекомендуется плазмаферез [14].

4. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ, МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ

1A

Даже при единичном ДЭ вслед за купирующей терапией рекомендуется проведение стабилизирующей терапии с использованием эффективного в купирующий период АД и сохранением прежней дозы в течение 4-6 месяцев. Целью стабилизирующей терапии является предотвращение обострения состояния и достижение полного восстановления пациента после перенесенного ДЭ [30].

Комментарии. Риск обострений среди пациентов, не получающих стабилизирующей психофармакотерапии в первые полгода после прекращения симптомов депрессии, в среднем, равен 50%. Адекватная по срокам и дозе фармакотерапия снижает угрозу рецидива депрессии до 10% [11].

4C

С целью повышения осведомленности больного и его родственников о природе заболевания, его течении, прогнозе и методах лечения рекомендуется применение психообразовательных методик. Пациенту и его родственникам разъясняются порядок и правила приёма лекарственных средств, необходимость госпитализации в психиатрический стационар или амбулаторного лечения и наблюдения врачом-психиатром [30]

Комментарии: Психообразовательные методики решают следующие основные задачи: о улучшение комплаенса и активное формирование приверженности длительной противорецидивной нормотимической терапии; о установление необходимого альянса между лечащим врачом, пациентом и его родственниками; о соблюдение режима терапии и регулярного мониторинга лабораторных анализов, включая определение препарата в крови, и побочных эффектов терапии; о полное восстановление уровня социального функционирования; распознавание ранних проявлений рецидивов и вероятных побочных эффектов; о объективная оценка рисков, связанных с заболеванием и проводимой терапией (суицид, нарушения закона, злоупотребление ПАВ, беременность и др.).

5. ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ

Хронический рецидивирующий характер течения РДР определяет необходимость проведения вторичной профилактики рецидивов заболевания. В настоящее время под профилактическим эффектом подразумевается способность ряда препаратов при длительном непрерывном приеме подавлять развитие рецидива или уменьшать выраженность очередной аффективной фазы [16].

1А

При РДР рекомендуется непрерывное длительное (не менее 3-5 лет) применение психофармакотерапии с использованием доз препаратов, оказавшихся эффективными в период купирования депрессивной фазы и стабилизации состояния .

Комментарии. Психофармакотерапия была и остается до настоящего времени единственным эффективным методом предотвращения рецидивов РДР. До введения в клиническую практику АД нового поколения для предотвращения рецидивов РДР использовались препараты нормотимического действия. Несмотря на эффективность противорецидивного действия солей лития при РДР в нескольких РКИ, а также положительные результаты ряда открытых исследований карбамазепина, в настоящее время более изученными и признанными для профилактики РДР препаратами являются АД. Карбамазепин рекомендуется использовать при непереносимости АД и лития.

Также карбамазепин может быть использован для интенсификации профилактической терапии при неэффективности монотерапии АД. Уже первые исследования противорецидивной эффективности ТЦА (амитриптилин**, имипрамин** и др., при РДР показали их преимущество перед плацебо. Способность достоверно уменьшать риск рецидива депрессии выявлена также у препаратов тетрациклической структуры (с различным механизмом действия) - мапротилина и миансерина. Показано, что снижение дозы уменьшает эффективность профилактической терапии . В то же время, препятствием для длительного использования гетероциклических АД является почти неизбежное развитие у больных побочных эффектов, ограничивающее возможность применения адекватных доз препаратов. ТЦА не рекомендуются для профилактики РДР из-за кардиотоксичности и способности накапливаться в сердечной мышце при длительном приеме. Длительная терапия ТЦА допустима лишь в случае неэффективности других АД и только при условии регулярного контроля переносимости и ЭКГ.

В отличие от ТЦА АД нового поколения обладают хорошей переносимостью во всем диапазоне дозировок, что является важным их преимуществом при проведении длительной терапии. Целесообразность противорецидивной терапии при РДР на современном этапе обосновывается следующими фактами:

- около 50-80% пациентов с депрессивным расстройством отмечают в течение жизни повторное обострение;
- риск обострений нарастает с возрастом и пропорционален числу перенесенных эпизодов; с увеличением числа эпизодов длительность ремиссий сокращается;
- имеются данные об эффективности АД в целях профилактики ДЭ;
- терапевтический ответ на антидепрессивную терапию может ослабевать с увеличением числа перенесенных эпизодов;
- с каждым эпизодом нарастает инвалидизация и снижается качество жизни пациентов.

При продолженной и профилактической терапии РДР применяются различные стратегии [33] критериями положительной динамики в лечении является достижения стойкой терапевтической ремиссии на протяжении 6 месяцев и выше, однако продолжительность терапии определяется индивидуально лечащим врачом-психиатром в соответствии с особенностями клинической картины:

- 1) Активная терапевтическая стратегия – продолжение фармакотерапии АД в полной терапевтической дозе (рекомендована при частом рецидивировании, значительной тяжести ДЭ и относительном соматоневрологическом благополучии пациентов).
- 2) Продолжение фармакотерапии АД в редуцированной дозе (рекомендуется при более благоприятной форме течения РДР. Очевидно, что в ряде случаев эффективная терапевтическая доза оказывается достаточно высокой, что сопровождается побочными эффектами. Известно, что большинство ТЦА при длительном применении обладают кардиотоксическим действием, многие АД гепатотоксичны, так что вопрос о целесообразности длительной терапии в больших дозах у некоторых категорий пациентов (пожилых, соматически неблагополучных) иногда решается в пользу уменьшения дозы АД. Стратегия может использоваться у пациентов с нетяжелыми формами депрессии (легкий ДЭ) или нечастыми депрессиями (2 и менее ДЭ за 5 лет).
- 3) Прекращение фармакотерапии АД по завершении долечивающей терапии (4-6 месяцев) с ранним началом лечения при первых признаках новой фазы (может использоваться у пациентов с нетяжелыми формами депрессии (легкий ДЭ) или нечастыми депрессиями (2 и менее ДЭ за 5 лет).

1А

При плановом окончании профилактической терапии или вынужденном преждевременном прекращении (из-за плохой комплаентности или соматических причин) рекомендуется отмена препарата путем поэтапного снижения дозы. Период снижения дозы должен занимать не менее 4-6 месяцев

Комментарии: Необходимость постепенного снижения дозы обусловлена возможностью развития симптомов отмены. Обычно они транзиторны и быстро купируются при

повторном назначении АД. Риск их развития тем выше, чем больше выражены антихолинергические свойства препарата, выше используемая доза и чем длительнее период приема.

Среди АД новой генерации симптомы отмены наиболее характерны для венлафаксина и СИОЗС с коротким периодом полувыведения (напр., пароксетина**), и менее характерны для флуоксетина**.

Резкая отмена ТЦА может вызвать холинергический феномен «отдачи» (гриппоподобное состояние, миалгия, схватывающие боли в животе).

Больные, получающие длительную профилактическую терапию, нуждаются в регулярном наблюдении врача с целью выявления ранних признаков рецидива и своевременного их купирования, мониторингования возможных побочных эффектов терапии и соблюдения режима приема лекарств, проведении психотерапевтических мероприятий, направленных на мотивирование пациента к продолжению лечения, а также на оказание помощи в случае возникновения психотравмирующих ситуаций.

Основные правила вторичной профилактической терапии:

- обсудить с пациентом преимущества и недостатки длительной терапии в сравнении с риском рецидива;
- установить контакт с пациентом с целью выявления первых признаков рецидива и своевременного их купирования;
- разработать программу здорового образа жизни для снижения риска рецидива;
- помогать пациенту в планировании и выполнении реабилитационных мероприятий; пересматривать лечебный план в случае возникновения коморбидных заболеваний и психосоциальных стрессов;
- проводить активное динамическое наблюдение с целью раннего выявления рецидива депрессивной симптоматики;
- использовать психотерапевтические методики для профилактики рецидивов
- проводить профилактическую фармакотерапию.

6. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

GPP

Лечение пациентов с депрессивным эпизодом легкой и средней степени при отсутствии суицидального риска (низком суицидальном риске) рекомендовано проводить в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета) [27].

GPP	Лечение пациентов с депрессивным эпизодом умеренной степени у одиноких больных, проживающих отдельно от родственников, с учетом высокого риска резкого изменения состояния и появления суицидальных мыслей, рекомендовано проводить в условиях психиатрического стационара или полустационара [27].
-----	---

GPP	Лечение пациентов с депрессивным эпизодом тяжелой степени без психотических симптомов или с психотическими симптомами, а также при наличии 32 высокого суицидального риска независимо от степени тяжести депрессии рекомендовано проводить в условиях психиатрического стационара [27].
-----	---

GPP	Выписку пациентов из психиатрического стационара или полустационара рекомендовано осуществлять после успешного завершения этапа купирующей терапии и установления симптоматической ремиссии [27].
-----	---

GPP	Пациентам, достигшим симптоматической ремиссии, рекомендовано проведение стабилизирующей и профилактической терапии в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета) [27].
-----	--

7. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ (В ТОМ ЧИСЛЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ)

7.1 Рекомендации по ведению больных депрессией во время беременности и в период подготовки к ней.

Рекомендовано назначение психофармакологических средств беременным ТОЛЬКО при крайней необходимости по строгим клиническим показаниям: при выраженных аффективных проявлениях с тревогой, ажитацией, расстройствами сна и аппетита, усугубляющих соматическое состояние беременных и рожениц, при суицидальных мыслях и тенденциях.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ШКАЛЫ

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
Критерии качества в амбулаторных условиях (МПЦП)		
1.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона в сыворотке крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы и шеи (при установлении диагноза)	Да/Нет
Критерии качества в амбулаторных условиях (областные диспансеры)		
1.	Выполнено исследование уровня кальцитонина в сыворотке крови при медуллярном раке (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона в сыворотке крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня тиреоглобулина в сыворотке крови (при установлении диагноза)	Да/Нет

4.	Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы с последующим цитологическим исследованием (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)	Да/Нет
Критерии качества в стационарных условиях (областные диспансеры)		
8.	Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
9.	Выполнена заместительная гормональная терапия после хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнена химиотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия и/или радиойодтерапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии и/или радиойодтерапии)	Да/Нет
11.	Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)	Да/Нет
12.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии и/или радиойодтерапии	Да/Нет
13.	Начат первый курс химиотерапии и/или таргетной терапии не позднее 30 дней от момента выявления метастатической болезни (при наличии медицинских	Да/Нет

	показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	
--	--	--

Информация для пациента

Пациенту и его родственникам необходимо в доступной форме рассказать о природе заболевания, его проявлениях, механизме действия лекарственных препаратов, вероятных

побочных эффектах, объяснить необходимость их длительного приема.

Необходимо сообщить сообщать больному следующую информацию:

- название лекарственного препарата;
- необходимость его регулярного приема для лечения заболевания или купирования тех или иных симптомов;
- как определить эффективно ли применение препарата и что делать при отсутствии этих признаков;
- когда и как принимать лекарственный препарат, включая связь с приемом пищи;
- что делать при пропуске приема очередной дозы;
- длительность приема;
- наиболее вероятные побочные эффекты и что делать при их возникновении;
- предосторожности применения, возможное влияние на работу, вождение автомобиля, взаимодействие с алкоголем и другими препаратами, возможность неблагоприятного влияния на плод в случае наступления беременности, необходимость контрацепции при приеме препарата и т.д.;
- альтернативные методы терапии и ориентировочную стоимость курса терапии.

Крайне важно добиться договоренности с пациентом о строгом соблюдении назначенной ему схемы терапии. При этом нужно объяснить, что в случае возникновения

любого дискомфорта, связанного с приемом лекарственного препарата, необходимо сообщить об этом врачу, так как это является основанием для коррекции дозы или

смены

препарата. Не следует самостоятельно прерывать лечение.

Необходимо выявить индивидуальные симптомы, которые указывают на риск развития рецидива у данного пациента, и замотивировать пациента на обращение к врачу

при их появлении. Это даст шанс на более быстрое купирование рецидива вне стен стационара.

Этап V

* сочетания с АД (C4, D4), с АВП (C4, D4) или АПП (флупентиксол, сульпирид)

** пиндолол (C4) и др. адреноблокаторы (C4, D4), L-ДОФА и др. дофаминовые агонисты (C4, D4), омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты (C4), буспирон (D4), бензодиазепины (D4), антиоксиданты (C4, D4), L-триптофан (C4), иммуномодуляторы (D4), карбамазепин (D4), ламотриджин (D4)

*** ТМС (C4), ГМС (D4), СБН (D4), МКТ (D4), ТПЭСМ (D4), ГМСМ (D4)

**** депривация сна (С4), светотерапия (В3), физические упражнения (С4), ВЛОК (D4), плазмаферез (С4), нормобарическая гипоксия (D4), рефлексотерапия (D4), РДТ (D4)
Следует заранее обсудить частоту посещений врача и установить график визитов

Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HAM-D-17)

Инструкции:

- Пожалуйста, проинформируйте пациента, что для достижения цели опроса, необходимо очень точно отвечать на вопросы.
- Пожалуйста, последовательно изучите каждый пункт
- Упомянутым периодом для оценки является неделя, предшествующая опросу, за исключением пунктов 8, 9 (во время опроса) и 16 (перед эпизодом).
- Для каждого пункта выберите выражение, которое лучше всего характеризует пациента (поставьте только один ответ).
- Пожалуйста, напишите примечания к каждому пункту.

<p>14. ПОЛОВЫЕ СИМПТОМЫ (такие, как например утрата либидо, менструальные проблемы)</p> <p>0 <input type="checkbox"/> отсутствуют 1 <input type="checkbox"/> средне 2 <input type="checkbox"/> сильно</p>	<p>Основание для оценки</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>15. ИПОХОНДРИЯ</p> <p>0 <input type="checkbox"/> отсутствует 1 <input type="checkbox"/> иногда появляются мысли о здоровье 2 <input type="checkbox"/> поглощен мыслями о здоровье 3 <input type="checkbox"/> частые жалобы, просьбы о помощи и т.п. 4 <input type="checkbox"/> ипохондрический бред</p>	<p>Основание для оценки</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>16. ПОТЕРЯ ВЕСА</p> <p>0 <input type="checkbox"/> не потерял в весе или вес потерян по ДРУГОЙ причине, не связанной с настоящим заболеванием 1 <input type="checkbox"/> подозревается потеря в весе по причине теперешнего заболевания 2 <input type="checkbox"/> пациент уверенно подтверждает потерю веса из-за депрессии</p>	<p>Основание для оценки</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>17. КРИТИКА</p> <p>0 <input type="checkbox"/> подтверждает подавленность и заболевание ИЛИ в данное время не в депрессии 1 <input type="checkbox"/> подтверждает заболевание, но причиной тому ставит плохую пищу, переутомление, вирус, нужду в отдыхе и т.п. 2 <input type="checkbox"/> вообще отвергает, что болен</p>	<p>Основание для оценки</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Сумма баллов:

Шкала Монтгомери – Асберг для оценки депрессии (MADRS)

Оценка должна основываться на клиническом интервью, в процессе которого вопросы задаются сначала в более общих формулировках, затем детально уточняется степень выраженности симптоматики в соответствии с критериями шкалы. Исследователь должен решить, соответствует ли выраженность симптоматики основным оценочным дефинициям шкалы (0, 2, 4, 6) или их промежуточным значениям (1, 3, 5).

Необходимо помнить, что для пациентов с депрессией случаи, когда правильная оценка на основании интервью затруднена, крайне редки. Если информация не может быть получена при расспросе пациента, для оценки по шкале она должна быть установлена на основании других объективных источников в соответствии с обычной клинической практикой.

1 – ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПОНИЖЕННОГО НАСТРОЕНИЯ

Проявления угнетенности, уныния, отчаяния (более выраженные, чем при обычном преходящем «плохом настроении»), проявляющиеся в речи, мимике и позе. Оцениваются в соответствии с глубиной и стойкостью снижения настроения.

- 0 Подавленность отсутствует
- 1
- 2 Выглядит подавленным, но легко оживляется
- 3
- 4 Выглядит печальным и несчастным большую часть времени
- 5
- 6 Постоянно выглядит угнетенным. Чрезвычайно подавлен.

2 – СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПОДАВЛЕННОСТИ

Сообщение пациента о депрессивном настроении, независимо от того, насколько оно проявляется внешними признаками. Включает упадок духа, угнетенность или чувство беспомощности и безнадежности. Оценивается в соответствии с интенсивностью, продолжительностью или степенью того, насколько, по описанию пациента, сниженное настроение связано с внешними событиями.

- 0 Эпизодическая подавленность, связанная с обстоятельствами
- 1
- 2 Печален или подавлен, но легко отвлекается
- 3
- 4 Глубокое чувство угнетенности или уныния; настроение еще подвержено влиянию внешних обстоятельств
- 5
- 6 Постоянное и неизменное чувство подавленности, отчаяния и угнетенности

3 – ВНУТРЕННЕЕ НАПРЯЖЕНИЕ

Чувство болезненного дискомфорта, смятения, раздражения, психического напряжения, доходящего до паники, сильного страха или душевной боли.

- 0 Спокоен. Лишь мимолетное внутреннее напряжение
- 1
- 2 Эпизодически испытывает раздражение и ощущение болезненного дискомфорта
- 3
- 4 Стойкое чувство внутренней напряженности или эпизодическая паника, которая требует усилий для ее преодоления
- 5
- 6 Неослабевающий страх или душевная боль. Непреодолимая паника

4 – НАРУШЕНИЯ СНА

Уменьшение продолжительности или глубины сна в сравнении с привычными для пациента характеристиками сна.

- 0 Сон не нарушен
- 1
- 2 Незначительное затруднение засыпания или несколько укороченный, поверхностный или прерывистый сон
- 3
- 4 Сон укорочен не менее, чем на 2 часа
- 5
- 6 Продолжительность сна менее 2-3 часов

5 – СНИЖЕНИЕ АППЕТИТА

Чувство утраты аппетита. Оценивается в соответствии со степенью утраты желания поесть или усилий заставить себя принять пищу.

- 0 Нормальный или повышенный аппетит
- 1
- 2 Несколько сниженный аппетит
- 3
- 4 Отсутствие аппетита. Пища не имеет вкуса
- 5
- 6 Необходимо принуждение для приема пищи

6 – НАРУШЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ВНИМАНИЯ

Трудности собраться с мыслями вплоть до утраты способности сконцентрироваться. Оценивается в соответствии с интенсивностью, частотой и степенью утраты способности сконцентрировать внимание.

- 0 Нет трудностей концентрации
- 1
- 2 Эпизодически трудно собраться с мыслями
- 3
- 4 Затруднения концентрации и длительного сосредоточения со снижением способности читать или вести беседу
- 5
- 6 Утрата способности читать или вести беседу без значительных усилий

7 – УСТАЛОСТЬ

Затруднения начать какую-либо деятельность или замедленность начала и выполнения повседневной деятельности

- 0 Трудности в начале деятельности сомнительны, отсутствие замедленности
- 1
- 2 Затруднение начать активную деятельность
- 3
- 4 Трудности начать рутинные действия, сопряженные с затратой сил
- 5
- 6 Сильная вялость, неспособность делать хоть что-нибудь без помощи

8 – НЕСПОСОБНОСТЬ ИСПЫТЫВАТЬ ЧУВСТВА

Субъективное ощущение снижения интереса к окружающему или деятельности, обычно доставляющим удовольствие. Снижение способности адекватно эмоционально реагировать на внешние события или людей

- 0 Нормальный интерес к окружающему и людям
- 1
- 2 Снижение способности получать удовольствие от обычных интересов
- 3
- 4 Утрата интереса к окружающему, утрата чувств к друзьям и близким
- 5
- 6 Явления эмоционального паралича, неспособность испытывать гнев, горе или удовольствие, мучительное отсутствие чувств к родственникам и друзьям

9 – ПЕССИМИСТИЧЕСКИЕ МЫСЛИ

Идеи собственной вины, малоценности, самоуничтожения, греховности или раскаяния.

- 0 Отсутствие пессимистических мыслей
- 1
- 2 Эпизодические мысли о собственной неспособности добиваться успеха, самоупреки и самоуничтожение
- 3
- 4 Постоянное самообвинение или конкретные, но еще сохраняющие рациональность, идеи вины или греха. Нарастающая пессимистическая оценка будущего
- 5
- 6 Бредовые идеи полного краха, раскаяния или неискупаемого греха; абсурдное и непоколебимое самообвинение.

10 – СУИЦИДАЛЬНЫЕ МЫСЛИ

Чувство, что жить больше не стоит, что естественная смерть – желаемый исход; мысли и приготовления к самоубийству. Суицидальные попытки сами по себе не должны изменять оценку.

- 0 Доволен жизнью или принимает ее такой, какая она есть
- 1
- 2 Усталость от жизни. Лишь мимолетные суицидальные мысли
- 3
- 4 Возможно лучше было бы умереть; суицидальные мысли становятся привычными, а самоубийство рассматривается как возможный способ решения проблем при отсутствии конкретных суицидальных планов или намерений
- 5
- 6 Конкретное планирование самоубийства при первой возможности; активные приготовления к самоубийству

Сумма баллов:

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. М.: Медицина, 1988; 528 с.
2. Авруцкий Г.Я., Недува А.А., Мощевитин С.Ю. и соавт. Применение электросудорожной терапии (ЭСТ) в психиатрической практике. Методические рекомендации. М., 1989; 42 с.
3. Алексеева Д.Н., Ларских М.В. Патопсихологическое обследование как диагностический инструмент врача-психиатра. Прикладные информационные аспекты медицины. 2014. Т. 17. № 1. С. 8-13.
4. Вернекина Н.С., Картелишев А.В., Игельник М.В. Лазеротерапия в комплексном лечении психически больных. Социальная и клиническая психиатрия 1994; №4: с.125-130.
5. Вовин Р.Я., Аксенова И.О. Затяжные депрессивные состояния. Л.: Медицина, 1982; 191 с.
6. Ильин С.А., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н. Сравнительная эффективность и переносимость циклической транскраниальной магнитной стимуляции и электросудорожной терапии при затяжных, терапевтически резистентных депрессиях. Социальная и клиническая психиатрия 2008; №2: с. 73-80.
7. Каримулаев И.А., Калинин В.В., Мосолов С.Н. Применение метода адаптации к периодической нормобарической гипоксии в лечении фармакорезистентных депрессий. В книге: Новые достижения в терапии психических заболеваний. /ред. С.Н. Мосолов/. - М., 2002; с. 579-592.
8. Кекелидзе З.И., Тваладзе М.Г., Чечелашвили А.П. и соавт. Роль и место инфузий облученной ультрафиолетом аутокрови в лечении депрессивных состояний. Социальная и клиническая психиатрия 1993; №3: с. 88-94.
9. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.:Практическая медицина 2011.
10. Куташов В.А., Припутневич Д.Н., Саблина Л.А., Складорова А.В. Распространенность депрессивных расстройств среди больных гипотиреозом // Прикладные информационные аспекты медицины. - 2014. - Т. 17. - №1. - С. 85-86.
11. Мазо Г.Э. Терапевтически резистентные депрессии: подходы к терапии. Социальная и клиническая психиатрия 2004; №4 (14): с. 59-65.
12. Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г. Терапевтически резистентные депрессии. СПб.: Береста, 2012; 448 с.
13. Масалова О.О., Сапронов Н.С. Тиреоидные гормоны и депрессия//Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. -2004. -Т. 3, № 2. -С. 2-9.
14. Малин Д.И. Плазмаферез в психиатрии и наркологии. М.: Спутник, 1997; 143 с.
15. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Санкт-Петербург, 1994; 300 с.
16. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. Медицинское информационное агентство. СПб., 1995; 566 с.
17. Мосолов С.Н. Современные биологические гипотезы рекуррентной депрессии (обзор). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2012; т. 112, № 11-2: с. 29-40.
18. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Ладыженский М.Я. Алгоритм биологической терапии острого эпизода рекуррентного депрессивного расстройства. Современная терапия психических заболеваний 2016; №3: с.27-40.
19. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Сердитов О.В. Серотониновый синдром при лечении депрессии. Международный журнал медицинской практики 2000; № 8: с. 28-33.
20. Anderson I.M. Meta-analytical studies on new antidepressants. Br Med Bull 2001; 57: 161-178.
21. Anderson I.M. Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a

- meta-analysis of efficacy and tolerability. *J Affect Disord* 2000; 58: 19-36.
22. Anderson I.M., Nutt D.J., Deakin J.F. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines. *British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol* 2000; 14, 1: 3-20.
23. Aronson R., Offman H. J., Joffe R.T. et al. Triiodothyronine augmentation in the treatment of refractory depression. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53 (9): 842-848.
24. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):1425.
25. Baghai T.C., Blier P., Baldwin D.S. et al. General and comparative efficacy and effectiveness of antidepressants in the acute treatment of depressive disorders: a report by the WPA section of pharmacopsychiatry. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2010; 261 Suppl 3: 207-245.
26. Ballesteros J., Callado L.F. Effectiveness of pindolol plus serotonin uptake inhibitors in depression: a meta-analysis of early and late outcomes from randomised controlled trials. *J Affect Disord* 2004; 79 (1-3): 137-147.
27. Bauer M., Baur H., Berghofer A. et al. Effects of supraphysiological thyroxine administration in healthy controls and patients with depressive disorders. *J Affect Disord* 2002; 68 (2-3): 285-294.
28. Bauer M., Dopfmer S. Lithium augmentation in treatment-resistant depression: metaanalysis of placebo-controlled studies. *J Clin Psychopharmacol* 1999; 19 (5): 427-434.
29. Bekhuis E, Boschloo L, Rosmalen JG, Schoevers RA. Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms. *J Psychosom Res*. 2015;78(2):116-22.
30. Bersani F.S., Minichino A., Enticott P.G. et al. Deep transcranial magnetic stimulation as a treatment for psychiatric disorders: a comprehensive review. *Eur Psychiatry* 2013; 28 (1): 30-9.
31. Bretlau L.G., Lunde M., Lindberg L. et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) in combination with escitalopram in patients with treatment-resistant major depression: a double-blind, randomised, sham-controlled trial. *Pharmacopsychiatry* 2008; 41 (2): 41-47.
32. Bschor T., Baethge C. No evidence for switching the antidepressant: systematic review and meta-analysis of RCTs of a common therapeutic strategy. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 121 (3): 174-179.
33. Carpenter L.L., Yasmin S., Price L.H. A double-blind, placebo-controlled study of antidepressant augmentation with mirtazapine. *Biol Psychiatry* 2002; 51 (2): 183-188.
48. Cipriani A., Furukawa T.A., Salanti G. et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2009; 373 (9665): 746-758.
34. Cole M.G., Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160 (6): 1147-56.
35. Connolly K.R., Thase M.E. If at first you don't succeed: a review of the evidence for antidepressant augmentation, combination and switching strategies. *Drugs* 2011; 71 (1): 43-64.
36. Cowen P.J. Pharmacological management of treatment-resistant depression. *Advances in Psychiatric Treatment* 1998; 4: 320-327.

37. Daban C., Martinez-Aran A., Cruz N. et al. Safety and efficacy of Vagus Nerve Stimulation in treatment-resistant depression. A systematic review. *J Affect Disord* 2008; 110 (1-2): 1-15.
38. de Jonghe F., Hendricksen M. et al. Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 37-45.