Депрессивный эпизод, Рекуррентное депрессивное расстройство

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: F32, F33 · Общественная организация "Российское общество психиатров"

Депрессивный эпизод — аффективное расстройство со снижением настроения, утратой интересов и снижением энергичности; рекуррентное депрессивное расстройство проявляется повторными эпизодами без анамнестических данных об отдельных эпизодах приподнятого настроения или гиперактивности, отвечавших критериям гипоманиакального, маниакального или смешанного эпизода. Рекомендация посвящена диагностике, оценке суицидального риска, поэтапному лечению и профилактике рецидивов у взрослых.

Главное

- Первичную диагностику проводит врач-психиатр с психопатологическим обследованием и обязательной оценкой суицидального риска (УУР С, УДД 5).
- Для легкого эпизода нужны минимум 2 из 3 основных симптомов и минимум 2 дополнительных; для умеренного — 2–3 основных и минимум 3 дополнительных; для тяжелого — все 3 основных и минимум 4 дополнительных симптома. Минимальная длительность легкого и умеренного эпизода — 2 недели; при особой тяжести тяжелого эпизода диагноз может быть установлен в сроки менее 2 недель.
- При двух и более депрессивных эпизодах используют диагноз рекуррентного депрессивного расстройства; между эпизодами должен быть период не менее 2 месяцев без значимых аффективных симптомов.
- При депрессии со смешанными чертами выявляют не менее 3 маниакальных или гипоманиакальных симптомов, заметных большую часть времени и отличающихся от обычного поведения; монотерапию антидепрессантом применять не следует.
- Лечение включает три последовательных этапа: купирование эпизода до полной ремиссии, стабилизацию и длительную противорецидивную терапию.
- В острой фазе при проведении тимоаналептической терапии требуется как минимум еженедельная оценка психического и соматического состояния, суицидального риска, ответа на терапию, побочных эффектов и приверженности.
- Психотерапию следует сочетать с фармакотерапией для повышения эффективности лечения и улучшения социального функционирования (УУР А, УДД 1); наиболее выраженная доказательная база указана для КПТ.

Диагностика

1. Провести первичный прием психиатра с психопатологическим обследованием и оценкой риска суицидального поведения; для оценки тяжести суицида и суицидального риска целесообразно использовать Колумбийскую шкалу серьезности суицидальных намерений.
2. Целенаправленно выяснить подавленное настроение, ангедонию, снижение активности и энергии, а также нарушения концентрации, самооценки, сна, аппетита, идеи вины и суицидальные мысли или действия.
3. Сопоставить симптомы с критериями ДЭ: оценить число основных и дополнительных симптомов, длительность не менее 2 недель, влияние на социальную и трудовую деятельность, наличие психотических симптомов и соматического синдрома.
4. Собрать анамнез депрессивных эпизодов и периодов ремиссии; при повторных эпизодах подтвердить интервал минимум 2 месяца без значимых аффективных симптомов.
5. Исключить маниакальные, гипоманиакальные и смешанные эпизоды, а также употребление психоактивных веществ, лекарственные и органические причины; для выявления гипомании в анамнезе может применяться HCL-33.
6. Провести лабораторные исследования для оценки соматических рисков перед терапией и при наблюдении; специфических лабораторных методов диагностики ДЭ и РДР не существует.
7. Перед лечением по клиническим или анамнестическим показаниям провести ЭКГ, ЭЭГ, РЭГ, транскраниальную допплерографию и МРТ головного мозга либо КТ.

Лечение

- До начала лечения составить индивидуальный план с учетом тяжести, психотических симптомов, возбуждения, тревоги, сна, суицидального риска, соматических заболеваний, ПАВ, беременности, предшествующей терапии и приверженности.
- При легком ДЭ обычно амбулаторно назначают пероральный СИОЗС или антидепрессант нового поколения — агомелатин или вортиоксетин (УУР А, УДД 1). В отдельных случаях допустимы психотерапия, психообразование и социально-реабилитационные методы; нежелающим принимать традиционные антидепрессанты может быть предложена трава зверобоя.
- При умеренном ДЭ применяют пероральные СИОЗС, СИОЗСН, миртазапин, агомелатин или вортиоксетин (УУР А, УДД 1); по возможности добавляют психотерапию. ТЦА обычно рассматривают как препараты второго выбора.
- При тяжелом ДЭ без психоза предпочтительны СИОЗСН или миртазапин, затем ТЦА; СИОЗС, агомелатин и вортиоксетин относятся ко второму выбору. При высоком суицидальном риске лечение проводят в стационаре с рассмотрением ранней ЭСТ.
- При тяжелом ДЭ с психотическими симптомами с первых дней назначают антидепрессант широкого нейрохимического действия в сочетании с атипичным антипсихотиком (УУР А, УДД 1); лечение проводят в стационаре.
- Если через 3–4 недели редукция симптомов составляет только 25–50% или лечение плохо переносится, сначала проверяют диагноз, дозу и приверженность; затем повышают дозу до максимальной, при необходимости меняют антидепрессант или используют парентеральное введение ТЦА (УУР А, УДД 1–3).
- При резистентности к антидепрессивной монотерапии используют комбинации антидепрессантов и аугментацию антипсихотиками, литием, ламотриджином или карбамазепином. Дозы, указанные в рекомендации: ламотриджин — 25 мг/сут с повышением до 200 мг/сут; карбамазепин — 400–800 мг/сут; лития соли — от 800 мг либо до концентрации лития в сыворотке не менее 0,5 мкмоль/л.
- После купирования всем пациентам с единичным ДЭ или РДР проводят стабилизирующую терапию эффективным антидепрессантом в прежней дозе в течение 4–6 месяцев (УУР А, УДД 1).
- При РДР профилактическую психофармакотерапию продолжают непрерывно не менее 3–5 лет в дозах препаратов, эффективных в период купирования депрессивной фазы и стабилизации состояния; при прекращении терапии дозу снижают постепенно (УУР А, УДД 2; УУР В, УДД 2).

Когда направить и как наблюдать

- Амбулаторное лечение допустимо при легком или умеренном ДЭ без суицидального риска.
- Госпитализация показана при тяжелом ДЭ с психотическими симптомами или без них, а также при высоком суицидальном риске независимо от тяжести депрессии.
- Стационар предпочтителен при неблагоприятных микросоциальных условиях, например если пациент одинок и живет отдельно от родственников, при риске резкого ухудшения и появления суицидальных мыслей.
- Выписывать из психиатрического стационара следует после завершения купирующей терапии и установления симптоматической ремиссии; стабилизирующее и профилактическое лечение может продолжаться амбулаторно.
- При хроническом и затяжном течении РДР с частыми обострениями психотического регистра и/или суицидальными тенденциями, приведшими к госпитализации, устанавливают диспансерное наблюдение.

Частые вопросы

Какие симптомы являются основными при депрессивном эпизоде?

К основным относятся сниженное настроение, утрата интересов и удовольствия, а также повышенная утомляемость со снижением активности. Часто присоединяются нарушения сна и аппетита, концентрации, самооценки, идеи вины и суицидальные мысли.

Как отличить единичный депрессивный эпизод от рекуррентного расстройства?

Категории F32 применяют при однократном эпизоде. При двух и более эпизодах используют F33, если в прошлом не было эпизодов, соответствующих критериям гипоманиакального или маниакального эпизода, за

исключением коротких эпизодов легкого приподнятого настроения и гиперактивности, следующих непосредственно за депрессивным эпизодом, и между эпизодами был период минимум 2 месяца без значимых аффективных симптомов.

Нужна ли МРТ для подтверждения депрессии?

Специфических инструментальных методов диагностики ДЭ и РДР нет. Инструментальные исследования проводят для оценки соматических рисков и дифференциальной диагностики при наличии клинических или анамнестических показаний.

Когда менять антидепрессант или повышать его дозу?

Если через 3–4 недели редукция симптомов составляет 25–50% или лечение плохо переносится, сначала оценивают правильность диагноза, достаточность дозы и приверженность. Затем дозу повышают до максимальной либо меняют антидепрессант; при непереносимости смену можно выполнить без наращивания дозы.

Как долго продолжать стабилизирующее лечение после улучшения?

После единичного ДЭ или эпизода при РДР стабилизирующую терапию продолжают 4–6 месяцев в прежней эффективной дозе.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/301-depressivnyj-epizod-rekurrentnoe-depressivnoe-rasstrojstvo. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/301_3