

Анализ представленного проекта «Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению рекуррентного депрессивного расстройства» вызывает весьма неоднозначное впечатление. С одной стороны – абсолютно понятна необходимость и своевременность создания единых рекомендаций, согласованных с научным сообществом и практическими врачами, которые способствовали бы оказанию качественной помощи данной категории пациентов. Но с другой, представленный документ - фактическое отражение разногласий, и в первую очередь, разногласий между авторами, которые участвовали в его составлении. Создается впечатление, что определённые фрагменты представленного проекта составлялись разными авторами, безусловно профессионалами, имеющими собственную позицию. Но при этом группа разработчиков не договорилась между собой по ряду основополагающих вопросов.

1. Не договорились о чем писать.

В названии рекомендаций в качестве предмета обсуждения четко определено рекуррентное депрессивное расстройство. Именно эта диагностическая категория описывается (стр.4 -6) на основании критериев МКБ – 10.

- Но уже к концу 6 стр. диагностические рамки анализируемой проблемы неожиданно расширяются. «У 1/3 больных наблюдаются рецидивы, когда заболевание приобретает рекуррентное или фазовое течение – рекуррентный депрессивный эпизод. При этом депрессивная фаза может смениться аффективным расстройством противоположного полюса – гипоманией (манией). Отдельные симптомы повышенного аффекта могут включаться в картину депрессии». Данное описание в большей степени соответствует критериям биполярного расстройства, и остается непонятным, какую смысловую нагрузку имела данная фраза в контексте обсуждения рекуррентного депрессивного расстройства.
- При обсуждении особенностей депрессий юношеского возраста автором предложено достаточно полное описание клинических характеристик, включающих множественные полиморфные нарушения, вплоть до «истинных расстройств мышления в виде «наплывов», «обрывов», «параллельности мыслей». Представленное клиническое описание заставляет задуматься о необходимости дифференциальной диагностики между заболеваниями шизофренического спектра и остается не совсем понятным, какое отношение оно имеет к рекуррентному депрессивному расстройству. Также малоинформативным и вызывающим неоднозначные диагностические суждения выглядит описание депрессий позднего возраста. Не вызывает сомнений важность оценки возрастных клинических характеристик депрессивного аффекта, но, на мой взгляд, данные целесообразно представлять в виде четких диагностических

алгоритмов, отделяющих именно рекуррентное депрессивное расстройство от других психических нарушений, которые могут манифестировать в определённом возрастном периоде.

- В приложении №2 перечислены психотропные средства, применяемые для терапии депрессий. Но с какой целью в этот список включены такие препараты как галоперидол-деcanoат; флуфеназин-деcanoат; флуанксол-деcanoат; флупентиксол-деcanoат, зуклопентиксол decanoат; галоперидол, хлорпомазин. Ведь для этих препаратов отсутствует доказательная база у пациентов с рекуррентной депрессией, а ряд из них обладает депрессивогенной активностью.
- Приложение №7 «ЭСТ» включает принципы назначения этого метода в рамках рекуррентного депрессивного расстройства, но как основные показания выделяются и приступообразная шизофрения, и онейроидная кататония, и фебрильная кататония, которые не являются проявлениями рекуррентного депрессивного расстройства.

2. Не договорились в терминологии:

- Выделение относительно самостоятельных 3-х этапов терапии (купирующий, стабилизирующий и профилактический) – традиционный подход к описанию терапевтического процесса. Но в тексте авторы (или автор) использует термин «поддерживающая» терапия, который в определенных случаях является синонимом стабилизирующей, а в других – как синоним профилактического. Учитывая это, представляется невозможным оценить рекомендованную длительность указанных этапов терапии.
- В тексте введены термины «антидепрессанты нового поколения», «антидепрессанты второго поколения» и «антидепрессанты последующих поколений», «современные антидепрессанты», но четкого указания, какие конкретно препараты имеются в виду, нет. Что существенно затрудняет понимание.
- В приложении 2 предложена дифференциация психотропных средств, применяемых для лечения депрессии, на препараты первого и второго ряда. Согласно мнению автора таблицы, все ТЦА – препараты второго ряда. Вместе с тем, в тексте рекомендаций ТЦА рассматриваются в качестве препаратов первого выбора при терапии большинства депрессивных состояний, за исключением легкой депрессии.
- Несогласованность в тексте очевидна и при обсуждении терапевтических подходов при депрессии средней тяжести. На стр.19 имеется утверждением, что «терапия легких и умеренно выраженных депрессий должна проводиться в амбулаторных

условиях». Но при выделении терапевтических подходов рекомендуется как основные методы позиционируется «предпочтительное назначение препаратов, имеющих парентеральные формы введения – три/тетрациклические антидепрессанты; преимущественно комбинированное применение как различных методов введения антидепрессанта (внутрь и парентерально), так и совместное назначение двух антидепрессантов с различными механизмами действия, а также сочетание с психотропными препаратами других групп; при переходе на парентеральное введение препаратов назначение основной дозы антидепрессанта в соответствующей форме (внутримышечное, внутривенное введение); назначение препаратов в средних и высоких дозах; при явлениях резистентности к проводимой психофармакотерапии ее преодоление нелекарственными биологическими методами лечения (электросудорожная терапия, гемосорбция, плазмаферез)». Безусловно, предложенные методы могут быть применены только в условиях стационара. Хотя вызывает большое сомнение обоснованность столь массивной терапии, фактически сравнимой с терапией при тяжелых депрессиях. Кроме этого, большие сомнения и в наличии доказательной базы для гемосорбции и плазмафереза для лечения депрессивных состояний.

- В современной научной литературе при изучении подходов к терапии депрессии, в случаях сочетанного применения препаратов выделяются комбинированная терапия (совместное применение двух антидепрессантов) и аугментация (добавление к антидепрессанту препаратов, не относящихся к группе тимоаналептиков). В тексте это разделение не применяется, но используется термин «совокупная терапия». На мой взгляд, нерационально введение новой терминологии при наличии устоявшейся в научной литературе.
- При обсуждении основных принципов диагностики депрессивного расстройства упоминается депрессия с соматическими симптомами, которая по приведенному описанию соответствует меланхолической депрессии. Но при обсуждении подходов к терапии эта категория полностью игнорируется. Хотя, в настоящее время существует достаточно данных о специфических терапевтических подходах для ее лечения.

3. Не договорились по форме

Целью создания клинических рекомендаций является интеграция существующей научной информации и общих клинических взглядов в удобное для использования, иерархическое «дерево принятия решений» по подходам к диагностике и медикаментозной терапии

рекуррентного депрессивного расстройства. Представленный текст носит сугубо описательный характер. В проекте клинических рекомендаций представлен алгоритм терапии (приложение №1), но нет указаний к депрессии какой тяжести он относится). На каждой стадии алгоритма, т. е. в критических точках принятия решений, должны быть представлены уровни доказательности, что отсутствует как в тексте, так и в алгоритме. Основные этапы представленного алгоритма не вытекают из текста и, следовательно, не возможно с уверенностью оценить их доказательность.

Разработка клинических рекомендаций включает проведение целенаправленной работы по изучению современной информации и оценку ее качества с позиции доказательной медицины. В представленном проекте присутствует большое количество препаратов, а также методов терапии, которые не имеют прямых показаний для лечения депрессии. Для оценки обоснованности их применения считаю необходимым предоставление на этапе обсуждения клинических рекомендаций полного списка анализируемых источников.

Из текста проекта клинических рекомендаций и указанных выше противоречий вытекает необходимость представления четких алгоритмов для проведения дифференциального диагноза с для рекуррентной депрессии и биполярной депрессии, а также рекуррентной депрессии и патологии, включающую специфическую аффективную симптоматику в определенных возрастных группах.

При разработке клинических рекомендаций учитываются не только опубликованные клинические исследования с различным уровнем доказательности, касающиеся эффективности, но и данные по безопасности использования терапевтически подходов. Существующие в современной практики зарубежные аналоги клинических рекомендаций, всегда постулируют, что при сравнительной эффективности различных методов терапии, приоритетными являются более безопасные подходы. С этой точки зрения выделение группы ТЦА в качестве терапии первого выбора при депрессивном эпизоде (в первую очередь средней тяжести) не может рассматриваться в как обоснованный и рекомендованный метод.

Считаю, что клинические рекомендации должны включать основные принципы мониторинга соматического состояния, которые могут оказать влияние на выбор препарата и определять его ограничения у определенных пациентов. Но, к сожалению, в представленном проекте нет указаний и на частоту мониторинга психического состояния.

Но предложенный проект имеет и положительную сторону. Во-первых он дает возможность проведение дискуссии, которую целесообразно продолжить не только в режиме комментариев, но и ответов авторов проекта на поставленные вопросы. Во-вторых впервые такой документ

планируется разработать с учетом специфики препаратов, представленных на российском рынке психотропных средств и с учетом данных российских исследователей. В третьих, важным представляются данные по ведению пациенток с депрессией во время беременности (единственные данные, которые подкреплены соответствующими литературными источниками).

Вместе с тем, учитывая большое количество внутренних противоречий в тексте, в ряде случаев фактических ошибок (существенное превышение рекомендованных доз препаратов), и его несоответствие клиническим рекомендациям как по содержанию, так и по форме, считаю, что данный проект нуждается в существенной доработке и повторном обсуждении.

Мазо Г.Э.