



Евсегнеев Р.А.

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
учреждения образования «Белорусский государственный медицинский
университет», Минск, Беларусь

Десять наиболее характерных ошибок при терапии депрессий антидепрессантами в отечественной практике

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 21.09.2023

Принята: 10.10.2023

Контакты: roman.evsegneevev@mail.ru

Резюме

В статье приводится разбор ряда наиболее характерных ошибок и недостатков в практике работы последних лет отечественных врачей-психиатров при лечении депрессий антидепрессантами. В их число включены: неоправданно широкое применение антидепрессантов 1-го поколения, недостаточная длительность приема препарата на разных этапах лечения депрессии, неоправданно редкое использование структурированных инструментов для оценки эффективности лечения на разных его этапах, лечение депрессии при биполярном аффективном расстройстве по правилам монополярной депрессии, непоследовательность в выборе препаратов в терапевтически резистентных случаях, недостаточная индивидуализация лечения антидепрессантами и др. Обсуждаются возможные причины и последствия ошибок, а также пути их исправления.

Ключевые слова: фармакотерапия депрессий, антидепрессанты, практическое использование, врачебные ошибки, их причины и последствия, рекомендации по их предупреждению и исправлению



Evsegneev R.

Institute of Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel of Educational Institution "Belarusian State Medical University", Minsk, Belarus

Ten Most Characteristic Errors in Antidepressant Therapy of Depression in Domestic Practice

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 21.09.2023

Accepted: 10.10.2023

Contacts: roman.evsegneev@mail.ru

Abstract

This article presents a number of the most typical mistakes and shortcomings made in the recent years by domestic psychiatrists in the treatment of depression disorders with antidepressants. They include: unjustifiably wide use of the 1st generation antidepressants, obvious insufficient duration of the drug administration at different stages of the treatment, unjustifiably rare use of structured instruments (scales) for the assessment of treatment efficacy at different stages, treatment the cases of depression in the course of bipolar affective disorders according to the rules for unipolar depression, inconsistent choice of drugs in the resistant cases, insufficient level of individualization of the antidepressant treatment, etc. Possible causes and consequences of the errors and ways to correct them are also discussed.

Keywords: pharmacotherapy of depression, antidepressants, practical use, medical errors, their causes and consequences, recommendations for their prevention and correction

■ ВВЕДЕНИЕ

Цель настоящей статьи – обсудить наиболее характерные врачебные ошибки, встречающиеся в повседневной работе отечественных врачей-психиатров, а также их причины, последствия для пациента и действия, которые позволяют снизить их частоту и последствия. Материалом для этой статьи послужил многолетний опыт работы автора в области преподавания психиатрии врачам разного возраста и профессионального уровня, а также собственный (в том числе и негативный) опыт лечения значительного числа пациентов с аффективной патологией, консультирования в данной области и общения с большим числом специалистов-психиатров как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Необходимо сразу же подчеркнуть, что наша статья в отличие от стандартных научных публикаций не ставит себе целью обзор литературы и обсуждение точек зрения по разным аспектам данной проблемы; она не содержит каких-либо объективных цифровых доказательств правильности приводимых в ней сведений относительно частоты тех или иных ошибок, что сделать в ряде случаев невозможно в принципе. Статья отражает лишь субъективные мнения автора по вопросам практического использования антидепрессантов, тенденции в этой области в последние годы, допускаемые при этом отечественными специалистами характерные ошибки,

их причины и последствия, а также рекомендации по тому, как их избежать, что будет, на наш взгляд, полезным для повседневной врачебной практики.

Причины, обуславливающие высокую актуальность обсуждаемой здесь проблемы, общеизвестны и вряд ли нуждаются в долгих доказательствах. Основные из них [1]:

- повсеместно высокая и неуклонно растущая распространенность депрессивных расстройств населения;
- тяжелые социально-экономические последствия этой патологии. Так, по прогнозу ВОЗ 2001 г., монополярная депрессия не только в Европе и Северной Америке, но и во всем мире к 2020 г. должна была выйти на второе место среди всех заболеваний, связанных с нетрудоспособностью, уступая только лишь ишемической болезни сердца;
- наличие в последние десятилетия эффективных и достаточно безопасных методов лечения этой патологии, подходящих для широкого применения, возрастание уровня курательности депрессии (эффективность антидепрессантов в целом достигает уже 60–70%). Все более широкое внедрение в практику спектра антидепрессантов при их правильном использовании дало возможность помочь значительной доле пациентов и перевести депрессию в разряд расстройств, которые можно эффективно лечить с помощью лекарственных средств, что еще более повышает практическую значимость обсуждаемых здесь вопросов [1–5];
- как следствие перечисленных выше причин, в последние десятилетия антидепрессанты – самая широко используемая повсеместно группа психотропных препаратов.

Отметим также, что речь далее пойдет о работе отечественных специалистов-психиатров и лишь с теми препаратами, которые им доступны сегодня в реальной повседневной практике, а также о том, насколько это согласуется с действующими сегодня в мире нормами и стандартами, закрепленными в протоколах лечения, нормативной и учебной литературе.

Если попытаться систематизировать наиболее характерные ошибки отечественных психиатров в области фармакотерапии депрессии, картина будет выглядеть, на наш взгляд, следующим образом.

■ ВЫБОР АНТИДЕПРЕССАНТА И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЕГО ЗАМЕНЫ В СЛУЧАЕ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ

В последние полтора-два десятилетия препаратами первого выбора при лечении депрессий являются, как известно, антидепрессанты – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). В случае их неэффективности проводится чаще всего перевод пациента на антидепрессанты «двойного действия» – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН). Препараты 1-го поколения – традиционные трициклические и гетероциклические антидепрессанты (ТЦА-ГЦА) амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, а также мапротилин являются сегодня препаратами лишь 2-го, а чаще 3-го выбора [2, 3] и используются в относительно редких случаях – при большой тяжести депрессии, ее психотических формах, терапевтической резистентности к препаратам СИОЗС и СИОЗСН либо невозможности их использования (отказ от приема внутрь, психомоторное возбуждение), явной опасности суицида и т. д., что наблюдается, как правило, лишь в условиях

психиатрического стационара. Причины этого общеизвестны – высокая частота при их использовании холинолитических и эндокринных побочных эффектов, кардиотоксичность, низкий комплаенс, снижение качества жизни при длительном приеме, опасность этой группы препаратов в плане суицида (среди которых лидируют амитриптилин и мапротилин) и т. д.

Ошибка 1 в отечественной практике заключалась в том, что хотя переход на препараты СИОЗС постепенно и произошел, но антидепрессанты группы ТЦА-ГЦА явно задержались по частоте использования на лидирующих позициях. Так, еще в 2005–2010 гг. к числу самых широко используемых антидепрессантов (в том числе в амбулаторной практике и даже в условиях соматических стационаров) в стране относились амитриптилин и мапротилин, и лишь в последнее десятилетие ситуация стала постепенно изменяться в пользу СИОЗС-СИОЗСН.

Ошибка 2 столь же очевидна и вытекает из предыдущей: при лечении депрессии препаратом первого выбора выбирается не СИОЗС, а ТЦА (часто в силу его доступности), и лишь затем, в случае его недостаточной эффективности, побочных эффектов, плохой переносимости, нон-комплаенса и т. д., пациент переводится на СИОЗС или СИОЗСН, тогда как самой частой последовательностью при необходимости смены препарата является сегодня СИОЗС → СИОЗСН → ТЦА-ГЦА. Отметим также, что по мере расширения использования антидепрессантов СИОЗС обе эти ошибки в последние годы становятся все более редкими.

Конечно, в практике изредка наблюдаются отдельные случаи, где последовательность будет иной, например при тяжелой меланхолической и психотической депрессии придется начинать с ЭСТ либо с ТЦА парентерально [2, 3, 7], однако такие случаи встречаются все же довольно редко. Также вполне очевидно, что если пациент ранее уже перенес приступ депрессии и хороший эффект был получен от того или иного антидепрессанта, то лечение будет начато именно с него. Необходимо иметь в виду, что если хороший эффект на тот или иной препарат был ранее отмечен у родственника первой степени родства, то это, вероятно, будет наблюдаться и у пациента [3, 5].

Другой формой ошибочных действий является нередко наблюдаемая на практике **ошибка 3** – продолжение лечения более 6–8 недель антидепрессантом, который не дает эффекта и поэтому явно нуждается в замене. Отметим, что в таких случаях доза препарата часто бывает явно недостаточной, чем и можно объяснить отсутствие эффекта. Подробнее речь об этом пойдет далее – при разборе лечения терапевтически резистентных случаев.

■ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ

Ошибка 4 – недостаточная длительность приема антидепрессантов. Как известно, одним из основных условий эффективного лечения депрессии является правильная длительность приема антидепрессанта. Общеизвестно, что терапевтический эффект антидепрессантов проявляется в среднем через 4 недели приема полной дозы – при более коротком приеме даже оценить эффективность препарата не представляется возможным. Лечение острого состояния требует 6–12 недель, период формирования и стабилизации ремиссии – еще 4–9 месяцев приема. В случаях, когда пациент перенес уже 3 и более тяжелых депрессивных эпизода или более 2 эпизодов за последние 5 лет, требуется неопределенно длительная поддерживающая

терапия [2, 5, 7]. Необходимо также отметить, что доза препарата при этом не должна существенно снижаться, а при хорошей переносимости соответствовать той, что использовалась на этапе формирования ремиссии. Не вызывает также сомнений, что у пациентов, достигших полноценной ремиссии, частота последующих рецидивов депрессии значительно ниже в сравнении с теми, кто прекратил прием препарата на полпути, ремиссии не достигнув.

К сожалению, даже в странах с развитой психиатрической помощью в условиях реальной практики до трети пациентов не выполняют указаний врача по приему первого препарата [5]; даже в США примерно 2/3 пациентов, находящихся на амбулаторном лечении, получают терапию, не адекватную по продолжительности и дозам [3]. Хотя в отечественной практике такие исследования и не проводились, но ситуация здесь явно не лучше. Продолжительность приема даже в случае эффективности и хорошей переносимости препарата лишь ненамного превосходит длительность лечения острого состояния, т. е. прием прекращается вскоре после нормализации самочувствия, до формирования полноценной ремиссии, что повышает риск повторения и затягивания депрессивных эпизодов в будущем. (Исключение, по нашему опыту, составляют лишь те из пациентов, кто перенес тяжелый или затяжной эпизод депрессии и с трудом из него выбрался, – они будут продолжать прием антидепрессанта даже тогда, когда врач уже не будет на этом настаивать.)

Необходимо отметить, что согласно действующим в стране клиническим протоколам [6] при депрессивном эпизоде тяжелой степени длительность лечения после полного исчезновения симптомов депрессии должна составлять не менее 6–9 месяцев с последующим медленным снижением дозы антидепрессанта.

Способ улучшить ситуацию здесь очевиден – повышение уровня психообразования пациентов с постоянным повторением одной простой и ясной мысли: антидепрессанты не действуют, если их не принимать [5].

Ситуация эта усугубляется еще одним характерным недостатком (**ошибка 5**) – очень редким использованием в отечественной практике в дополнение к основному сопутствующего диагноза нон-комплаенса Z91.1 МКБ-10 «Невыполнение медицинских рекомендаций и несоблюдение схемы и режима лечения в личном анамнезе» даже там, где его наличие не вызывает сомнений. Последствия этого очевидны: причины неэффективности лечения антидепрессантом остаются не названными, каких-либо мер по исправлению ситуации не проводится, а ответственность за происходящее полностью переносится на врача. Способ избежать такой ошибки столь же очевиден – распределять сферы ответственности с пациентом с самого начала лечения, проверять комплаенс и как можно полнее фиксировать его нарушения в диагнозе и медицинской документации.

■ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБЩЕПРИНЯТЫХ ФОРМАЛИЗОВАННЫХ ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ

Ошибка 6 – неоправданно редкое использование формализованных структурированных оценочных инструментов (шкал) для оценки динамики состояния и эффективности лечения антидепрессантами. Как известно, применение формализованных шкал для оценки выраженности симптомов депрессии в ходе лечения на

протяжении уже ряда десятилетий является частью повседневной практики и позволяет до известной степени объективизировать эффект терапии. Выбор таких инструментов весьма широк, наиболее известные из них – шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), шкала для оценки депрессии Монгомери – Асберг (MADRS), опросник депрессии Бека (BDI) и др.

В действующие сегодня в Республике Беларусь клинические протоколы по психиатрии [6] в перечень используемых оценочных шкал включены некоторые из этих инструментов – шкала депрессии А. Бека, гериатрическая шкала депрессии, шкала безнадежности А. Бека (к сожалению, шкала депрессии Гамильтона в этот перечень не попала, что, впрочем, никак не препятствует ее использованию в практике). Однако несмотря на свою простоту, огромный опыт применения и широкую доступность, в отечественной повседневной практике они используются все еще весьма редко и, как правило, в условиях стационара, а если и используются, то лишь в процессе постановки диагноза, но не для оценки эффективности терапии антидепрессантами в динамике на разных этапах лечения. Ситуация эта нуждается в изменении уже потому, что применение таких инструментов дает возможность объективной оценки тяжести депрессии и ее изменений в ходе терапии, а также указывает на то, достигнуто ли уже состояние ремиссии (по шкале Гамильтона – менее 7 баллов), что, как отмечалось выше, важно при решении вопроса о продолжении или прекращении приема антидепрессантов. Кроме того, изменение количества баллов в ходе лечения служит критерием для отнесения депрессии к категории терапевтически резистентных, что по понятным причинам важно для выбора дальнейшей терапии.

■ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО И БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА, РАЗДЕЛЕНИЕ МОНОПОЛЯРНОЙ И БИПОЛЯРНОЙ ДЕПРЕССИИ

Ошибка 7 встречается в отечественной практике довольно часто и состоит в том, что при первых приступах болезни врач расценивает их как проявления монополярной депрессии (рекуррентного депрессивного расстройства) и лечит в соответствии с этим, т. е. антидепрессантом, хотя на самом деле пациент переносит депрессивный эпизод в рамках биполярного аффективного расстройства (БАР). Между тем катамнестические исследования показали, что у 15–20% впервые госпитализированных пациентов с депрессией в дальнейшем развивается картина БАР.

Происходит эта диагностическая ошибка, как правило, при БАР II типа, т. е. когда среди приступов депрессии возникают эпизоды гипомании (но не развернутой мании). Вполне понятно, что пациенты в таких состояниях не только не обращаются за помощью, но и не расценивают их как болезненные и не информируют об этом врача. Последствия же продолжительного лечения таких случаев по правилам для монополярной депрессии, т. е. антидепрессантами, вполне очевидны – быстрая смена фаз (так называемая быстрая цикличность), их учащение вплоть до хронического течения без светлых промежутков, сокращение длительности и качества ремиссий, смешанные состояния и, как следствие, частые госпитализации, социальная дезадаптация, формирование своеобразного психопатоподобного дефекта в ремиссиях, инвалидизация и т. д.

Сходная ситуация с неполным распознаванием БАР в отечественной практике отмечалась нами и полтора десятилетия назад [8], однако за прошедшие годы она существенно не изменилась.

Поэтому таких пациентов важно вовремя распознавать, задавая целенаправленные вопросы им и их близким, и лечить с соблюдением известных правил:

- начинать лечение с нормотимика, а не антидепрессанта – в части случаев этого бывает достаточно; в резистентных случаях возможна даже комбинация 2 нормотимиков, например соли лития + вальпроаты;
- если состояние все же требует приема антидепрессанта, то использовать препараты СИОЗС (СИОЗСН) в сочетании с нормотимиком и только на короткий период на этапе лечения острого состояния; избегать использования антидепрессантов ТЦА на любом из этапов;
- на этапе формирования ремиссии и противорецидивной терапии длительно принимать нормотимик, но не антидепрессант.

■ ЛЕЧЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЙ

Ошибка 8 – большая редкость постановки такого диагноза, в том числе и в условиях психиатрического стационара, и отсутствие правильной последовательности выбора препаратов и их сочетаний в случаях терапевтически резистентных депрессий.

Между тем в своей повседневной практике врач встречается с такими случаями довольно часто – общепризнано, что 20–30% пациентов с депрессией оказываются резистентными к адекватной терапии. Как известно, депрессия считается резистентной, если в течение 2 последовательных курсов правильной по дозам и продолжительности (6–8 недель) терапии различными по своей структуре и механизму действия антидепрессантами наблюдается отсутствие или недостаточность клинического эффекта, т. е. при оценке состояния по шкале Гамильтона редукция симптоматики не превышает 50% от первоначальной [7].

В максимально общем и схематическом виде последовательность действий врача в таких случаях может быть представлена следующим образом [2, 3, 7, 9]:

- проверка и исключение факторов, которые могут быть причиной неэффективности лечения: нон-комплаенс, метаболические и эндокринные нарушения, гепатиты, злоупотребление алкоголем, влияние других лекарственных препаратов (в отечественной практике часто барбитуратов) и др.;
- повышение дозы используемого антидепрессанта до максимально возможной;
- смена на препарат другой группы, например СИОЗС на СИОЗСН, СИОЗС на ТЦА, или на препарат с другим механизмом действия, например блокатор обратного захвата серотонина на преимущественно норадренергический либо на препарат с иным (атипичным) механизмом действия;
- одновременное использование 2 антидепрессантов с разным механизмом действия или из разных фармакологических групп (СИОЗС + ТЦА, СИОЗС + мirtазапин, СИОЗС + атипичный антидепрессант);
- добавление к антидепрессанту атипичного антипсихотика – кветиапина, оланзапина, рисперидона, арипипразола;
- добавление к используемому антидепрессанту какого-либо из препаратов, не относящихся к антидепрессантам, например карбоната лития, ламотриджина,

прегабалина, тестостерона, трийодтиронина (целесообразность добавления последнего еще выше при его пониженном уровне; отметим, что в число проводимых при депрессии лабораторных обследований даже в условиях стационара уровень тиреоидных гормонов в отечественной практике включается очень редко);

- при отсутствии эффекта – проведение транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) и электросудорожной терапии (ЭСТ).

К сожалению, в повседневной практике последовательность выбора препаратов и их смены часто не соблюдается, эффективность лечения оценивается врачом субъективно, путем перебора доступных вариантов и без использования формализованных инструментов. Необходимо в то же время отметить достаточно высокую частоту использования в отечественной практике немедикаментозных методов лечения резистентности – ТМС и ЭСТ.

■ УЧЕТ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ И ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Поскольку лечение антидепрессантами требует ежедневного длительного приема препарата, пациент почти всегда испытывает на себе те или иные побочные эффекты лечения, и то, насколько они для него переносимы, влияют на его повседневную жизнь, привычки и систему ценностей, часто играет решающую роль, будет ли он соблюдать план лечения. При этом значение одних и те же побочных эффектов, например диареи, ортостатической гипотензии, дневной сонливости, увеличения веса или нарушений со стороны сексуальной сферы, для разных пациентов может быть совершенно различным в зависимости от профессии, стиля жизни, системы ценностей, возраста, социального окружения и т. д.

Поэтому **ошибка 9** – это неучет побочных эффектов антидепрессанта и их роли для того или иного конкретного пациента и связанная с этим недостаточная индивидуализация лечения. При этом один и тот же побочный эффект для одного пациента может быть критически важен, тогда как для другого какого-либо значения не иметь. Так, например, для пациента пожилого возраста наиболее опасны холинолитические и сердечно-сосудистые побочные эффекты, характерные для ТЦА: задержки мочи, синусовая тахикардия, нарушения сердечного ритма и проводимости, артериальная гипертензия, ортостатический коллапс и связанная с этим опасность падений и переломов. (Отметим при этом обязательность контроля ЭКГ в ходе лечения любым ТЦА, что на практике бывает далеко не всегда.)

Для пациента же молодого или среднего возраста, который в силу профессии или особенностей социального окружения тщательно следит за весом, будут неприемлемы обменно-эндокринные нарушения, что исключает использование амитриптилина, имипрамина и кломипрамина, а также мапротилина, пароксетина и миртазапина – куда лучше будут флуоксетин, сертралин и эсциталопрам. Там, где большую роль для пациента играет состояние сексуальной сферы (либидо, эрекция, оргазм), лучше избегать флувоксамина, пароксетина, циталопрама и венлафаксина, используя миртазапин, миансерин, вортиоксетин или агомелатин. Если же речь идет о молодой пациентке, где вероятно скорое наступление беременности или она уже наступила, следует отказаться от амитриптилина, имипрамина, а также пароксетина и ламотриджина из-за повышения частоты перинатальных осложнений и пороков развития плода. Следует также иметь в виду, что прием СИОЗС в период беременности повышает частоту спонтанных аборт.

К недостаточной индивидуализации лечения может быть также отнесен недоучет лекарственных взаимодействий антидепрессанта с другими препаратами и психоактивными веществами, которые принимает данный пациент. Нередко даже сам факт приема им препаратов (например, безрецептурного фенобарбитала в форме валокордина, корвалола и т. п. с целью улучшения сна либо массивного курения) остается «за кадром», между тем одно это может быть основной причиной неэффективности антидепрессанта в силу нарушений печеночного метаболизма. Антидепрессанты часто вступают в лекарственные взаимодействия с антипсихотиками, нормотимиками и антиконвульсантами, а также с бета-блокаторами, анальгетиками, гипотензивными и другими лекарственными препаратами [2, 7]. Поэтому вопрос этот надо выяснять у всех пациентов еще до начала приема антидепрессанта. Вполне очевидно, что он чаще возникает у пациентов пожилого возраста в силу приема ими большого числа других препаратов, а также ослабления функций печени. В этих случаях лучше использовать циталопрам, эсциталопрам, сертралин и миртазапин, имеющие самое малое число лекарственных взаимодействий.

■ МИФЫ И ЗАБЛУЖДЕНИЯ МАССОВОГО СОЗНАНИЯ. ВЛИЯНИЕ НЕПРОФЕССИОНАЛОВ

В отличие от перечисленных выше, этот аспект обсуждаемой проблемы далеко выходит за пределы компетенции врача-психиатра и представляет собой ошибку не столько врача, сколько массового сознания, однако оказывает в эпоху интернета существенное влияние на повседневную врачебную практику, поэтому мы считаем нужным включить и его в наш перечень.

Ошибка (а точнее недостаток) **10** – негативное влияние на поведение пациента и взаимоотношения врача и пациента заблуждений общественного сознания и различных непрофессионалов. Проблема депрессии – одна из форм психической патологии, привлекающая внимание не только психиатров, но и многочисленных представителей «нетрадиционной медицины» – экстрасенсов, астрологов, нумерологов, потомственных народных целителей, хиромантов, ясновидящих и т. д. Многообразие их мнений и рекомендаций по лечению депрессий любой желающий может без труда почерпнуть в сети Интернет. Хотя к теме нашей статьи это никакого отношения не имеет, однако на взгляды, поведение и уровень комплаенса определенного числа пациентов влияние все же оказывает, поэтому это нужно попытаться выяснить на ранних этапах лечения.

Еще более неожиданной является ситуация, когда рекомендации по лечению депрессий все чаще дают врачи иных, далеких от психиатрии и психотерапии специальностей, например ортопеды-травматологи, диетологи, физиотерапевты, специалисты в области массажа и мануальной терапии и др. Обратную ситуацию трудно даже себе представить – интересно, что было бы, если бы психиатр стал излагать травматологу свои взгляды о том, как проводить операцию на позвоночнике или фиксировать место перелома? К сожалению, подобная ситуация в отношении лечения депрессий наблюдается в последние годы все чаще.

Способ противодействия этому, доступный врачу-психиатру, очевиден – пропаганда современной медицины, основанной на доказательствах, расширение психообразования, выпуск литературы и материалов в интернете, нацеленных на потребителя, а также целенаправленная работа со СМИ. Если несмотря на это пациент все

же остается под влиянием оккультных дисциплин, врачу, на наш взгляд, не следует каким-либо образом участвовать в процессе такого «лечения», а переложить ответственность за его результат на представителей этих направлений, проинформировать об этом пациента и зафиксировать это в медицинской документации, в том числе с использованием дополнительного диагноза нон-комплаенса Z91.1 МКБ-10.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Повышение эффективности и безопасности лечения депрессий является сегодня задачей, важной не только в медицинском, но и в социально-экономическом плане. Использование широкого спектра современных препаратов-антидепрессантов открывает новые возможности для этого, однако в то же время требует от врача более обширных знаний и практических навыков в их использовании у разных категорий пациентов.

Анализ допускаемых при этом характерных врачебных ошибок, их возможных причин и последствий, сравнение ситуации с принятыми сегодня в мировой психиатрии нормами и правилами – действенный путь для повышения эффективности терапии депрессий в отечественной практике.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Bagaj T., Barrett B., Baumann P. et al. *Antidepressant medications and other treatment of depressive disorders*. a CINP Task Force report based on review of evidence. 2008. 215 p. (in Russian)
2. Schatzberg A.F., Cole J.O., DeBatista Ch. *Manual of clinical psychopharmacology*. M.: MEDpress-inform; 2013. 608 p. (in Russian)
3. Jacobson J., Jacobson A.M. *Psychiatric Secrets*. Sidorov P.I., ed. M.: MEDpress-inform; 2005. 576 p. (in Russian)
4. Kasper S, Zohar J., Stein D.J. *Decision making in psychopharmacology*. Martin Dunits Ltd; 2002. 112 p.
5. Stahl S.M. *Stahl's essential psychopharmacology. Neuroscientific basis and practical application*. Krinickij D., ed. M.: GEOTAR-Media; 2020. 656 p. (in Russian)
6. Resolution of the Ministry of Health of the Republic of Belarus No. 108 dated November 8, 2022 «On approval of clinical protocols» on psychiatry. Minsk; 2023. 165 p.
7. Mosolov S.N. *Clinical use of contemporary antidepressants*. S. Peterburg: Medical informational agency; 1995. 568 p.
8. Evsegneevev R.A. Bipolar affective disorder, revealing and treatment – recent situation in Republic of Belarus. *Psychiatry*. 2009;4(9):107–108.
9. Bykov Yu.V., Bekker R.A., Reznikov M.K. *Depression and resistance*. M.: RIOR: INFR-M; 2013. 374 p. (in Russian)