

ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ із великим депресивним розладом

Великий депресивний розлад чинить негативний вплив на якість життя пацієнтів і підвищує ризик виникнення проблем зі здоров'ям, проте лише 20 % осіб, які мають вказаний діагноз, отримують адекватне лікування. До вашої уваги представлено огляд оновлених настанов щодо ведення дорослих пацієнтів із великим депресивним розладом, які розробили фахівці Канадської мережі з проблем лікування афективних і тривожних розладів (CANMAT, 2023) для поліпшення надання медичної допомоги цій когорти осіб.

Воснову настанови CANMAT (2023) покладено ключові аспекти ведення пацієнтів із ВДР у форматі запитань, поставлених клініцистам і пацієнтам, та узагальнених відповідей. Розроблено рекомендації щодо скринінгу на депресію, застосування діагностичних шкал, модифікації способу життя, особливостей психотафармакотерапії, стратегії запобігання рецидиву, підтримувального лікування тощо.

Комплексний пошук літератури було зосереджено на систематичних оглядах і метааналізах, опублікованих за період із 1 січня 2015 р. до 31 травня 2023 р. За недостатності інформації докази доповнювали даними масштабних рандомізованих контрольованих досліджень (РКД). Їх якість і ризик упередженості визначали за допомогою системи класифікації, розробки, оцінювання та експертизи клінічних рекомендацій (GRADE). Усім рекомендаціям присвоєний відповідний рівень доказовості (табл. 1).

Діагностика великого депресивного розладу

Чинники ризику

Оцінюючи стан пацієнта, слід брати до уваги чинники ризику розвитку великого депресивного розладу (ВДР). До незмінних немодифікованих чинників ризику належать жіноча стать, розлади настрою в сімейному анамнезі, несприятливі події в дитинстві / жорстоке поводження, смерть одного з подружжя. Із підвищеним ризиком розвитку ВДР пов'язані динамічні (ті, що можуть виникати та зникати протягом життя) потенційно модифіковані чинники ризику, що охоплюють хронічні та непсихічні патології, як-от хронічний больовий синдром, серцево-судинні хвороби, рак, запальні захворювання кишечника, цукровий діабет, розлади сну, ожиріння та акне, причому більшість із них мають двоспрямований зв'язок. Зокрема, це супутні психічні захворювання (особливо тривожні розлади), а також розлади, асоційовані з вживанням алкоголю та психоактивних речовин, безсоння й робота в нічні зміни, періоди гормональних змін (як-от статеве дозрівання, вагітність, післяпологовий період, перименопауза). Стресові події в житті, негативна атмосфера

на роботі / нерівність у доходах, втрата близьких, віктимізація / булінг (зокрема в соцмережах), гендерна дисфорія, малорухливий спосіб життя теж пов'язані з підвищеним ризиком розвитку ВДР навіть за корекції вже наявних симптомів депресії та інших супутніх захворювань. Клініцисти мають зважати як на незмінні, так і динамічні чинники ризику розвитку ВДР (*рівень доказовості 4*).

Скринінг на депресію

Майже у ≤ 60 % осіб ВДР лишається нерозпізнаним або неправильно ідентифікованим у закладах первинної медичної допомоги. Показники недостатнього виявлення ВДР вищі в країнах із низьким і середнім рівнями доходів. Однак рекомендації щодо виконання рутинного скринінгу на депресію в дорослих суперечливі.

Зважаючи на баланс даних щодо користі та мінімальних доказів шкоди, рекомендований скринінг на депресію за валідованими шкалами в закладах первинної та вторинної медичної допомоги для пацієнтів, які мають підтвержені чинники ризику. Водночас мають бути наявні ресурси для подальшого діагностичного оцінювання та лікування осіб із позитивними результатами скринінгу (*рівень доказовості 2*).

Часто для скринінгу на депресію на рівні первинної медичної допомоги використовують опитувальник щодо стану здоров'я пацієнта, який містить два пункти (PHQ-2). За позитивного результату за PHQ-2 рекомендовано застосувати опитувальник PHQ-9, що має дев'ять пунктів. Опитувальник PHQ може слугувати для подальшого моніторингу під час лікування. Після отримання позитивних результатів скринінгу слід виконати комплексне діагностичне оцінювання стану пацієнта (*рівень доказовості 2*).

Оцінка стану пацієнтів із ВДР

ВДР є гетерогенним станом із безліччю симптомів і ознак. Персоналізоване оцінювання, зокрема за Діагностичним і статистичним посібником із психічних розладів, п'ятого видання (DSM-5), або Міжнародною класифікацією хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), дає змогу проаналізувати індивідуальні особливості пацієнта.

Таблиця 1. Критерії CANMAT для рівнів доказовості

Рівень доказовості*	Критерії
1	Високоякісний метааналіз із вузькими довірчими інтервалами та/або ≥ 2 РКД з адекватним розміром вибірки**, бажано контрольовані плацебо
2	Метааналіз нижчої якості із широкими довірчими інтервалами та/або ≥ 1 РКД з адекватним розміром вибірки
3	РКД із невеликою вибіркою, нерандомізовані контрольовані проспективні або високоякісні ретроспективні дослідження
4	Висновок експерта / консенсус

Примітки: РКД — рандомізоване контрольоване дослідження; * *рівень доказовості* 1 і 2 стосуються саме досліджень, присвячених лікуванню, із рандомізованими групами порівняння. Рекомендації, пов'язані з епідеміологічними даними або факторами ризику, переважно ґрунтуються на даних обсерваційних досліджень, їм *присвоєний рівень доказовості* 3. Рекомендації вищого порядку (як-от принципи терапії) часто відображають оцінку сили доказів із різних джерел даних та мають *рівень доказовості* 3 або 4 відповідно. ** Адекватний розмір вибірки визначається як ≥ 30 учасників на рандомізовану групу; невелика вибірка визначається як < 30 учасників на рандомізовану групу.

Адаптовано згідно з R.W. Lam, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2024. Vol. 69, № 9. P. 641–687.

Комплексне оцінювання стану передбачає:

- Визначення емоційних, когнітивних та соматичних симптомів.
- Аналіз чинників уразливості та стійкості протягом життя.
- Визначення інших додаткових чинників.

Диференційна діагностика має включати психічні та соматичні захворювання, які нагадують симптоми депресії, адже ці стани можуть бути коморбідними із ВДР.

Зважаючи на тісний зв'язок між ВДР та іншими захворюваннями, комплексне обстеження (із детальним вивченням анамнезу та медичним оглядом) є важливим для виключення соматичних станів. Так, загальний аналіз крові та визначення рівня тиреотропного гормону можуть допомогти виключити анемію та дисфункцію щитоподібної залози як виліковні причини пригніченого настрою та недостатньої енергійності (*рівень доказовості* 3). Додаткові лабораторні тестування слід розглядати лише тоді, коли результати обстеження свідчать про наявність інших захворювань за диференційного діагнозу (як-от низький рівень тестостерону або вітаміну D) або в пацієнтів з іншими супутніми патологіями, розладами, пов'язаними зі вживанням психоактивних речовин, у літніх осіб тощо (*рівень доказовості* 4).

Рутинне виконання електрокардіографії (ЕКГ), електроенцефалографії або нейровізуалізації рекомендовано призначати пацієнтам із ВДР лише за наявності клінічних показань. Наприклад, ЕКГ може бути доцільною для осіб із серцево-судинними захворюваннями, які приймають ліки, що потенційно подовжують скоригований інтервал QT (QTc). Нейровізуалізацію рекомендовано розглянути за неврологічних симптомів, нових або стійких когнітивних порушень, раптових змін настрою чи поведінки, а також для пацієнтів із симптомами депресії в похилому віці, щоб виключити церебральні події або розвиток інших структурних аномалій (як-от пухлини, метастази) (*рівень доказовості* 4).

Лікування пацієнтів із депресією

Етапи та цілі терапії

Загальні цілі терапії ВДР полягають у досягненні симптоматичної ремісії, відновленні повноцінного функціонування, якості життя та запобіганні рецидивам, причому лікування має бути безпечним і прийнятним для пацієнта. Терапевтичні цілі мають бути індивідуальними з використанням підходу, орієнтованого на пацієнта. Лікування передбачає дві фази — невідкладне (8–16 тижнів) та підтримувальне (6–24 місяці).

Ключовими цілями гострої фази терапії є безпека пацієнта та вибір препаратів на підставі рекомендацій для зменшення тяжкості симптомів і поліпшення функціонування. Ремісія, яка визначається як повне або майже повне зникнення симптомів, є важливою метою фази невідкладного лікування. Власне, психоосвіта та самоконтроль є невід'ємними за терапії ВДР. Психоосвіта передбачає поповнення знань та інформації про симптоми, стратегії подолання депресії та варіанти лікування, тоді як самоконтроль — методи для надання пацієнтам можливості активно контролювати перебіг хвороби та поліпшувати якість життя (наприклад, стратегії розв'язання проблем, модифікація способу життя та поведінкова активація) (*рівень доказовості* 2).

Основними цілями підтримувальної терапії є:

- підтримання симптоматичної ремісії;
- відновлення функціонування та якості життя до преморбідного рівня;
- запобігання рецидивам.

За наявності клінічних показань фазу невідкладного лікування можна зменшити та припинити. Досягнення ремісії лишається важливою клінічною метою фази невідкладного лікування (*рівень доказовості* 2).

Нездатність досягти ремісії пов'язана з тягарем симптомів і поганими функціональними результатами. Симптоматичну ремісію слід розглядати лише як проміжну мету для досягнення результатів лікування. Часто стійкі симптоми депресії наявні навіть у пацієнтів, які досягли симптоматичної ремісії. Ці «залишкові» симптоми потрібно ідентифікувати та призначити відповідне лікування, оскільки вони є основними чинниками ризику рецидиву.

Користь модифікації способу життя

Зміни способу життя, як-от збільшення рівня фізичної активності, здорове харчування, припинення куріння та гігієна сну, чинять позитивний вплив на пацієнтів із ВДР. Доведено ефективність фізичних вправ як частини лікування ВДР (*рівень доказовості* 4).

Крім того, вони асоційовані зі зменшенням суїцидальних думок, симптомів депресії та сприятливим ефектом у поєднанні з терапією антидепресантами (АД). Виконання фізичних вправ низької та помірної інтенсивності (тренування протягом 30–40 хв 3–4 рази на тиждень, щонайменше дев'ять тижнів) рекомендовано як засіб монотерапії першої лінії за легкої депресії (*рівень доказовості* 1).

У разі лікування пацієнтів із ВДР середнього ступеня тяжкості рекомендовано додаткову фізичну активність (*рівень доказовості* 2).

Важливою метою лікування та профілактики ВДР є поліпшення якості сну. На відміну від нього, депривація сну

(так звана терапія пробудження) має швидкий, але тимчасовий антидепресивний ефект за ВДР, і залишається засобом терапії третьої лінії. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), призначена для лікування безсоння, є перспективною за ВДР і також належить до методів третьої лінії (*рівень доказовості 3*).

Світлотерапію рекомендовано застосовувати як втручання другої лінії за сезонної (зимової) депресії (*рівень доказовості 1*). Також світлотерапію як засіб другої лінії слід застосовувати за несезонної легкої депресії та як додатковий засіб лікування за несезонного ВДР середнього ступеня тяжкості (*рівень доказовості 2*).

Нездорове харчування (високий вміст у раціоні рафінованих вуглеводів і насичених жирів, недостатнє споживання фруктів і овочів) асоційоване з підвищеною поширеністю та тяжкістю симптомів депресії. Підтверджено помірний ефект середземноморської дієти в дорослих із ВДР, яку рекомендовано як терапію третьої лінії (*рівень доказовості 3*). Даних, щоб рекомендувати пробіотики під час лікування ВДР, недостатньо (*рівень доказовості 3*).

Вибір оптимального методу терапії

Початкове лікування

Вибір початкового лікування ВДР є важливим рішенням, яке мають спільно ухвалювати клініцист і пацієнт. При цьому слід брати до уваги характер і тяжкість депресії, відповідь на лікування за минулих епізодів, доступність терапії, а також індивідуальний стан пацієнта, його очікування та побажання.

Зіставні переваги психотерапії та фармакологічного лікування як методів вибору продемонстровано на початковому етапі ведення пацієнтів із легкою депресією та низьким ризиком щодо безпеки (*рівень доказовості 1*). Психотерапія (якщо доступна) є ліпшою через нижчий ризик (*рівень доказовості 4*).

За згоди пацієнта як засіб монотерапії рекомендовано:

- Фізичні навантаження.
- Певні методи додаткової та альтернативної медицини.
- Контрольовані медичні втручання на основі цифрових технологій (*рівень доказовості 4*).

У пацієнтів із помірним ВДР та низьким / середнім ризиком щодо безпеки початковий вибір доцільно робити між фармако- та психотерапією (*рівень доказовості 1*).

Медикаментозне лікування є ефективнішим для поліпшення пригніченого настрою, відчуття провини, суїцидальних думок, підвищеної тривожності та соматичних симптомів за гострої фази терапії. Структурована психотерапія, як-от КПТ, має певні переваги у середньостроковій перспективі (за 6–12 місяців) (*рівень доказовості 2*).

Також можливе поєднання фармако- та психотерапії (*рівень доказовості 1*).

Фізичні вправи, певні методи додаткової та альтернативної медицини та/або контрольовані медичні втручання на основі цифрових технологій рекомендовано розглядати як доповнення до психо- та/або фармакотерапії, особливо якщо пацієнти віддають їм перевагу (*рівень доказовості 4*).

Пацієнтам із тяжким ВДР без психотичних симптомів із середнім або високим ризиком щодо безпеки необхідно призначати комбінацію фармако- та психотерапії (*рівень доказовості 2*).

У разі ВДР із психотичними симптомами доцільним є поєднане застосування АД і антипсихотиків (*рівень доказовості 1*). Тоді як за дуже важких та/або небезпечних для життя ситуацій варто розглянути використання електро-судомної терапії (*рівень доказовості 3*).

Психотерапія

Вибираючи початкову психотерапію, слід брати до уваги низку чинників, як-от ефективність, доступність лікування і вподобання пацієнта. КПТ, міжособистісна терапія і поведінкова активація рекомендовано як методи психотерапевтичного втручання першої лінії за фази невідкладного лікування ВДР (*рівень доказовості 1*).

Психотерапія другої лінії охоплює систему когнітивно-поведінкового аналізу, когнітивну терапію на основі усвідомленості (майндфулнес), терапію методами розв'язання проблем, короткочасну психодинамічну психотерапію та трансдіагностичний («комплексний») підхід у психотерапії емоційних розладів (*рівень доказовості 2*).

До методів психотерапії третьої лінії належать терапія прийняття та відповідальності, тривала психодинамічна психотерапія, метакогнітивна терапія (*рівень доказовості 3*), а також мотиваційне консультування (*рівень доказовості 4*).

Фармакологічне лікування

Лікування ВДР передбачає призначення АД, зважаючи на ефективність препарату, його потенційні побічні реакції, клінічну картину, вартість і побажання пацієнта. Серед загальної кількості наявних натепер АД ($n = 31$) 17 належать до препаратів першої лінії на підставі достовірних доказових даних, отриманих у контрольованих плацебо РКД, які підтверджують їхню ефективність і безпеку. Це циталопрам, есциталопрам, флуоксетин, флувоксамін, пароксетин, сертралін, дезвенлафаксин, дулоксетин, левомілнаципран, венлафаксин пролонгованого вивільнення (XR), бупропіон, міртазапін, вілазодон, вортіоксетин, агомелатин, міансерин та мілнаципран (*рівень доказовості 1*).

До АД другої лінії належать амітриптилін, кломіпрамін, дезипрамін, доксетин, іміпрамін, нортриптилін, протриптилін, триміпрамін, моклобемід, тразодон, кветіапін, нефазодон (*рівень доказовості 1*), а також декстрометорфан / бупропіон і селегілін трансдермальний (*рівень доказовості 2*). Як засоби третьої лінії використовують фенелзин, транілципромін та ребоксетин (*рівень доказовості 1*).

Профілі побічних ефектів окремих АД різняться, із деякими відмінностями між класами. Лікар має інформувати пацієнта про потенційні несприятливі ефекти препаратів перед їх призначенням і обов'язково запитувати про них, якщо такі виникають, особливо протягом двох тижнів після початку фармакотерапії.

У таблиці 2 наведено порівняльну оцінку АД першої лінії за категоріями ефективності (частота відповіді на лікування), прийнятності (частота припинення лікування з будь-яких причин), переносимості, медикаментозної взаємодії (клінічно значущі наслідки) та потенційного скасування терапії (потенційні наслідки) на підставі даних метааналізів і РКД, доповнених консенсусом експертів CANMAT.

Таблиця 2. Порівняльна оцінка антидепресантів першої лінії за різними категоріями

АД	Ефективність та специфічні для препаратів характеристики				Характеристики переносимості			
	Ефективність	Прийнятність	Медикаментозні взаємодії	Припинення лікування	Седація	Набір ваги	Сексуальна дисфункція	Інші
СІЗЗС								
Циталопрам			QTc*					
Есциталопрам								
Флуоксетин								
Флувоксамін								
Пароксетин								
Сертралін								
СІЗЗСН								
Дезвенлафаксин								
Дулоксетин								
Мілнаципран								
Левомілнаципран								
Венлафаксин XR								
Інші								
Агомелатин			ФПП**					
Бупропіон								
Міансерин								
Міртазапін								
Вілазодон								
Вортіоксетин								

Примітки: оцінки характеристик: ■ — сприятлива; ■ — несприятлива; □ — нейтральна; СІЗЗС — селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну; СІЗЗСН — селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну; порівняльна оцінка препаратів базується на даних метааналізів та РКД, доповнених консенсусом експертів. Зеленим кольором позначено ліки із більш сприятливим профілем, червоним — із менш сприятливим профілем, білим — нейтральною оцінку.

* Рекомендований моніторинг подовження скорегованого інтервалу QT (QTc); ** ФПП — функціональні печінкові проби (рекомендовано моніторинг показників функції печінки).

Адаптовано згідно з R.W. Lam et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2024. Vol. 69, № 9. P. 641–687.

Для восьми АД — бупропіону, есциталопраму, міртазапіну, пароксетину, сертраліну, венлафаксину XR, вортіоксетину й агомелатину — отримано дані досліджень щодо кращої відповіді пацієнтів на лікування.

Безпека та медикаментозні взаємодії

АД першої лінії мають підтвержені дані щодо їх безпеки, які можуть комбінуватися з препаратами інших груп без значного ризику медикаментозної взаємодії. Однак деякі селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) пов'язані з помірним підвищенням ризику переломів і падінь, особливо в літніх осіб. СІЗЗС не мають клінічно значущого впливу на ізоферменти печінкового цитохрому Р450 людини (СYP) та асоційовані з низьким ризиком медикаментозної взаємодії.

Виятками є флуоксетин і пароксетин (потужні інгібітори СYP2D6) та флувоксамін (потужний інгібітор СYP1A2, СYP2C19 і СYP3A4). Згадані АД можуть збільшувати концентрацію в крові одночасно застосовуваних препаратів, які є субстратами ізоферментів СYP450.

Приймання комбінації СІЗЗС із нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП), як-от ібупрофен, пов'язане з підвищеним ризиком шлунково-кишкової кровотечі, який знижується за допомогою інгібіторів протонної помпи. Одночасне застосування СІЗЗС із діуретиками (наприклад, гідрохлоротіазидом) корелює із більшою ймовірністю розвитку гіпонатріємії, особливо в пацієнтів похилого віку. Міансерин і агомелатин — єдині АД, приймання яких не пов'язане з гіпонатріємією. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну (СІЗЗСН) можуть спричиняти підвищення артеріального тиску; як і СІЗЗС, їм притаманний ризик медикаментозної взаємодії з НПЗП та діуретиками.

Рідкісним, але серйозним побічним ефектом деяких АД є медикаментозне ураження печінки, яке може виникнути протягом шести місяців після початку приймання ліків. Агомелатин, бупропіон, дулоксетин і нефазодон асоційовані з вищим ризиком несприятливого впливу на печінку, тоді як циталопрам і есциталопрам — із дещо нижчим. Міртазапін має сприятливий короткостроковий

профіль безпеки, але спричиняє значне підвищення апетиту, збільшення ваги та асоційований із довгостроковими метаболічними ризиками. Профіль безпеки АД частково може залежати від віку пацієнтів. Наприклад, СІЗЗС та СІЗЗСН пов'язані з підвищеним ризиком акатизії, ажитації та агресії в молодих осіб віком до 25 років (*рівень доказовості 2*).

Імовірність шлунково-кишкової кровотечі, гіпонатріємії, ураження печінки та подовження інтервалу QTc є більшою в пацієнтів віком після 65 років (*рівень доказовості 3*).

Передозування трициклічних АД може призвести до зміни психічного статусу, серцевої токсичності та судом. Для осіб зі значним ризиком передозування перевагу слід віддавати перевагу СІЗЗС (*рівень доказовості 4*). Інгібітори моноаміноксидази можуть спричиняти небезпечні для життя взаємодії (серотоніновий синдром і гіпертонічний криз) у поєднанні з препаратами, що чинять вплив на метаболізм моноамінів (як-от сиропи проти кашлю з декстрометорфаном), фітопрепаратами (звіробій) або харчовими продуктами, які містять високий рівень тираміну (в'ялене м'ясо, ферментовані продукти тощо).

Моніторинг результатів лікування

Для контролю призначеного лікування у психіатрії послуговуються поняттям «догляд на підставі даних оцінювання» (MBC), який полягає в рутинному відстежуванні результатів терапії та зворотному зв'язку з пацієнтом для прийняття відповідних клінічних рішень. Такий підхід поліпшує прихильність до терапії та досягнення результатів, особливо за фармакологічних методів лікування ВДР (*рівень доказовості 2*).

У разі застосування психотерапії догляд на підставі даних оцінювання стану пацієнта асоційований із такими результатами, як-от:

- краща залученість пацієнтів;
- вища точність оцінок;
- менша тривалість лікування (*рівень доказовості 3*).

Власне, догляд на підставі даних оцінювання стану пацієнта допомагає ідентифікувати тих, хто не відповідає на лікування та може потребувати додаткових терапевтичних заходів або залучення альтернативних методів. Цей підхід передбачає виконання лабораторних і візуалізаційних досліджень за клінічних показань (*рівень доказовості 4*).

За призначення ліків, що можуть призводити до збільшення маси тіла, на початковому етапі та що шість місяців рекомендовано контролювати вагу пацієнта, рівень глюкози та ліпідний профіль (*рівень доказовості 2*).

Для контролю результатів терапії в осіб із ВДР існують валідовані шкали щодо встановлення виразності симптомів, розвитку побічних ефектів, функціонування та якості життя пацієнтів (*рівень доказовості 2*). Завдяки цьому можливо виявити раннє поліпшення стану, клінічно значущі зміни та ремісію симптомів. Серед інструментів оцінювання варто відзначити шкалу депресії Гамільтона (HAM-D), шкалу депресії Монтгомері–Асберг (MADRS), багатовимірну шкалу незалежного функціонування (MSIF), шкалу оцінювання соціального та професійного функціонування (SOFAS), шкалу оцінювання якості життя (QOLI), Торонтську шкалу побічних ефектів. Пацієнти також можуть проаналізувати власний стан за допомогою

шкали депресії Бека (BDI-II), короткого опису депресивної симптоматики завдяки самооцінці (QIDS-SR), шкали інвалідності Шихана (SDS), опитувальника для оцінювання якості й задоволеності життям (QLESQ), шкали трудової та соціальної адаптації (WSAS), анкети для оцінювання частоти, інтенсивності й тягаря побічних ефектів (FIBSER) тощо.

Підтримання ремісії симптомів та запобігання рецидиву

За досягнення симптоматичної ремісії важливою метою є її підтримання, адже ризик рецидиву зростає з кожним наступним епізодом депресії. Оптимізація фармакотерапії та прихильність до лікування — це ключові елементи підтримання ремісії. Для цього пацієнт має приймати АД у найнижчій ефективній дозі, на якій вдалося досягти ремісії та мінімізації побічних явищ, а також контролювати розвиток симптомів і несприятливих ефектів. Важливу роль у профілактиці депресії також відіграє модифікація способу життя пацієнта. Ефективними стратегіями для запобігання рецидиву депресії є підтримувальна фармако- та/або психотерапія (*рівень доказовості 1*).

Підтримувальне медикаментозне лікування може знизити частоту рецидивів на 50 %, а гнучке коригування дози є дієвішим, ніж застосування фіксованих дозувань. Зокрема, підтримувальна терапія пов'язана із меншою кількістю рецидивів протягом одно- та трирічного спостереження, незалежно від того, чи отримували пацієнти КПТ за гострої фази лікування. Усі пацієнти, які отримують АД, мають продовжувати лікування протягом щонайменше 6–12 місяців після досягнення симптоматичної ремісії (*рівень доказовості 1*).

Натомість пацієнтам, які мають чинники ризику рецидиву, рекомендовано продовжувати лікування АД упродовж ≥ 2 років (*рівень доказовості 3*).

Для осіб із рецидивним і тяжким ВДР рекомендовано після стабілізації стану завдяки медикаментозному лікуванню також додати психотерапію, щоб запобігти рецидиву (*рівень доказовості 1*).

Так, приймаючи рішення щодо припинення застосування АД, пацієнту слід за можливості запропонувати поступове зменшення дозування препарату протягом кількох тижнів або місяців (*рівень доказовості 3*). А для пацієнтів, які приймають АД менше чотирьох тижнів, дозу препарату можна поступово знижувати та припинити його використання протягом ≤ 2 тижнів (*рівень доказовості 3*). Задля полегшення процесу до або під час припинення приймання АД такі пацієнти можуть додатково отримувати психотерапію (*рівень доказовості 2*).

Хоча підтримувальне лікування АД від 6 до 12 місяців рекомендоване всім пацієнтам, деякі з них потребують тривалішої терапії, оскільки мають чинники ризику рецидиву та хронізації захворювання. Для таких пацієнтів доцільним є застосування АД протягом ≥ 2 років (*рівень доказовості 3*).

Підготувала **Олена Коробка**

Оригінальний текст документа читайте на сайті
www.canmat.org