



# АНТИДЕПРЫ

## ДЛЯ ТЕРАПЕВТА

# ПРИВЕТ, КОЛЛЕГА!

Высококачественная медицинская помощь подразумевает, что пациент может получить эту помощь при минимальном количестве соприкосновений с медициной. Это значит, что если вы видите показания для назначения, к примеру, антидепрессантов (А/Д), то стоит их назначить, а не отправлять «в пустоту» к какому-то абстрактному (и очень страшному в сознании наших сограждан) психиатру. Назначьте, а вот уже на повтор и контроль пусть идёт к психиатру/психотерапевту.

Такой подход способствует повышению комплаенса и помогает улучшению. Детали назначения А/Д в первичном звене прекрасно описаны в методичке Primary Care Guide to Antidepressants от NHS (2022):

<https://www.nottsapc.nhs.uk/media/fxsnplnk/primary-care-guide-to-antidepressants.pdf>



Ниже указаны не все возможные препараты, а только **доступные в продаже в СНГ и России.**

Данный материал предоставляется «как есть», предназначен для специалистов здравоохранения, и не освобождает от ответственности врача в диагностике, назначении лечения и информирования пациентов.



**Автор: Никита Жуков**  
врач-невролог, психиатр  
@modicine  
[modicine.ru](https://modicine.ru)

Рецензент: Никита Радченко, врач психиатр-психотерапевт  
Community clinic, СПб / EBM clinic, Ташкент

Версия 1.12, 29 мая 2024

# ОБЩИЕ ПРАВИЛА

## 1. СРОКИ

### а.

Полноценный эффект А/Д развивается чаще всего в течение 2–4 недель от начала приёма, но есть нюансы:

- i. Почти всегда это касается основного эффекта: антидепрессивного. Дополнительные эффекты (противотревожный, седативный и пр.) обычно развиваются быстрее, часто с первой дозы, потому что по сути это побочные эффекты.
- ii. Нередко бывает так, что выраженный антидепрессивный эффект пациенты описывают уже в первые дни, однако через пару недель он снижается — вероятно, это буквальное проявление плацебо-эффекта, так что рассчитывать на такое не стоит.
- iii. Стоит отметить, что корректнее оценивать не эффекты, а результат. Если результата нет или он неочевиден за 2-4 недели, но препарат хорошо переносится, то лучше увеличивать дозу и ожидать до 6–8 недель, чем менять на другой А/Д. Считается, что в течение 4-6 недель проявляется все, что мы могли бы получить на этой дозировке этого препарата у этого пациента. В некоторых случаях требуется больше времени.

### б.

Обычная длительность применения А/Д — это от 6 до 12 месяцев после (ПОСЛЕ!) улучшения. Не от начала приёма препарата, а от стабильного улучшения.

Такой срок необходим для адаптации нервной системы, психики и поведения пациента к изменениям.

- i. В некоторых случаях (субклиническая депрессия, сезонное аффективное расстройство, реакция на стресс, профилактика рецидивов, ПМДР и пр.) терапия может быть в течение 3 месяцев — опять же, от начала улучшения.

По другим источникам 22 недели минимальный срок для оптимального противорецидивного эффекта. А при ПМДР есть варианты приёма вообще чисто в лютеиновую фазу.

## ОБЩИЕ ПРАВИЛА

- ii. Таким образом, минимальный срок назначения А/Д — это 3 месяца в самом лучшем случае, когда, например, человек с субклинической депрессией полностью улучшился с первого же приёма таблетки. И 3 месяца прожил абсолютно стабильно в улучшении, плюс изменил свои условия/поведение/реакции на гигиеничные.

### с.

Повторное назначение А/Д должно сразу рассматриваться на год и больше, поскольку, очевидно, прошлого срока нервной системе не хватило для адаптации и/или условия/поведение/реакции не изменились.

### d.

Пожизненное назначение А/Д применяется нередко и обычно не представляет серьёзной угрозы для здоровья человека (учитывая баланс польза/вред). Это применяется, например, для расстройств личности, обсессивно-компульсивного расстройства, биполярного аффективного расстройства, рекуррентной депрессии и пр.

# ОБЩИЕ ПРАВИЛА

## 2. КОНТРОЛЬ

### а.

Есть смысл базово всех пациентов информировать, что в первые 2 недели может не быть эффекта вообще, а может быть даже ухудшение симптомов, а потом всё должно пройти. Степень поганости этих первых 2 недель очень варьируется, но обычно это вполне себе переносимая история.

### б.

Из-за разброса сроков эффектов, плюс времени на увеличение дозировки до рабочей, первичный контроль после назначения препарата обычно укладывается в 1 месяц: скорее всего, за 4 недели пациент на повторном приёме опишет уже достаточно впечатлений от препарата, чтобы принять решение о его продолжении или модификации терапии.

- i. Это не относится к работе психотерапевтов, сессии с которыми могут быть и еженедельно, и даже чаще, соответственно, контроль будет чаще.

### с.

Первые пару недель применения А/Д у пациента должна быть возможность связаться с вами, потому что побочные эффекты нередко пугают, хотя не являются угрожающими. 30-секундного обратного звонка пациенту будет достаточно, чтобы объяснить ему, что тошнота от Эсциталопрама не убьёт его. Если ухудшение невозможно терпеть, то пациенту стоит связаться с врачом до того, как он откажется от дальнейшего приема препарата.

# ОБЩИЕ ПРАВИЛА

## 3. СОПУТСТВУЮЩИЕ НАЗНАЧЕНИЯ

**а.**

«Прикрытие А/Д»: многие специалисты поддерживают дополнительное назначение противотревожного препарата на первые дни приёма А/Д, чтобы «прикрыть» его эффект.

**Во-первых**, это не является правилом, это необязательно.

**Во-вторых**, это имеет смысл почти исключительно в случае тревожных расстройств, потому что А/Д с противотревожным эффектом могут парадоксальным образом усиливать тревогу в первые дни применения.

**В-третьих**, кроме тревожных расстройств, сопутствующие нарушения сна могут усугубиться некоторыми «активирующими» А/Д и тогда «прикрытие» имеет смысл.

**б.**

Для «прикрытия» в подавляющем большинстве случаев на просторах СНГ адекватно использовать Гидроксизин (Атаракс).

Западные коллеги используют Алпразолам (Ксанакс), который у нас поди найди. Можно использовать традиционный Феназепам, но с ним аккуратнее, ибо любой бензодиазепин вызывает привыкание и зависимость, плюс оборот контролируется.

Использование Алимемазина (Тералиджен) не приветствуется: препарат сомнительный, называется нейролептиком, хотя скорее является антигистаминным и этаким «мини-Атараксом»;

## ОБЩИЕ ПРАВИЛА

**c.**

Вместо прикрытия лучше информировать о возможном ухудшении состояния в начале, что это ожидаемый эффект и он наверняка пройдет. Когда пациент предупрежден, то это переносится легче.

**d.**

Физические проявления тревожности, такие как панические атаки (ПА), прекрасно купируются бета-адреноблокаторами: Пропранолол (Анаприлин) и Метопролол (Эгилок, Беталок). Стоит контролировать пульс, чтобы не падал ниже 50.

**e.**

Нейролептики и антиконвульсанты — прекрасно дополняют терапию А/Д, вместе с этим количество ожидаемых эффектов растёт геометрически, поэтому лучше такие комбо оставить психиатрам.

**f.**

Психотерапия: максимальной эффективности при любой патологии можно добиться сочетанием А/Д и психотерапии. Однако это не является обязательным: терапия только А/Д находится на втором месте по эффективности.

Психотерапевт может быть недоступен, у пациента может не быть денег на это, и что теперь, вообще не лечиться? В общем, рекомендовать стоит всем, а дальше по обстоятельствам.

# ОБЩИЕ ПРАВИЛА

## 4. ОТМЕНА

**a.**

Длительность снижения А/Д до отмены — чем дольше, тем лучше.

**b.**

При применении А/Д в течение нескольких месяцев отмена может/должна занимать недели.

**c.**

При применении А/Д в течение года и больше отмена должна занимать месяцы.

**d.**

Продолжительность отмены может меняться в зависимости от готовности пациента терпеть синдром отмены.

# ОБЩИЕ ПРАВИЛА

## 5. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

**a.**

Суицидальное поведение: вы должны уточнять наличие признаков суицидального поведения (суицидальные попытки в прошлом, размышления о суициде, самоповреждение) и не назначать таким пациентам А/Д! **В таких случаях ТОЛЬКО рекомендовать консультацию психиатра.** На заметку: селфхарм даже в самом безопасном виде (типа лёгких порезов кожи рук) формально трактуется как попытка суицида.

**b.**

Удлинение интервала QT: дают почти все антидепрессанты. Если у пациента есть более-менее свежая ЭКГ и там нет нарушений ритма, то ничего страшного. В иных случаях разбирайтесь дополнительно.

**c.**

Алкоголики: среди самых частых А/Д стоит избегать сочетания алкоголя с Агомелатином (Вальдоксан) и Симбалтой (Дулоксетин).

**d.**

Грейпфрутовый сок: ингибирует фермент CYP3A4 и может повлиять на метаболизм и эффекты некоторых препаратов — Сертралин, Тразодон, Вортиоксетин, Флувоксамин.

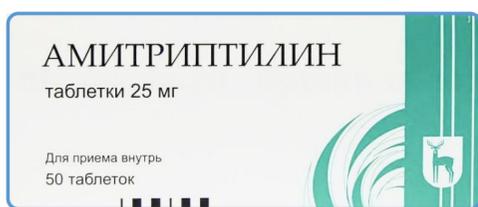
**e.**

Вождение автомобиля: в наших СНГшных инструкциях даже на Золофте не рекомендуется управлять авто.

Хотя в англоязычных инструкциях в подавляющем большинстве случаев (даже у нейрорептиков вроде Кветиапина) написано: "Do not drive a car or operate machinery and take precautions to avoid falls until you know how this medication affects you" — т.е. «Не садитесь за руль автомобиля и не работайте с механизмами, а также примите меры предосторожности, чтобы избежать падений, пока не узнаете, как на вас действует это лекарство». Вау, здравый смысл, йеее! Правда российским законодателям здравый смысл неведом, имейте в виду.

---

Да, конечно же в инструкциях описано куда больше противопоказаний и, конечно, там есть куда более важные, чем совместимость с грейпфрутовым соком. Изучить их будет вашим домашним заданием, раз вы, очевидно, умеете читать. Но в целом, вообще-то ничего страшного, не сильно страшнее НПВС.



# АМИТРИПТИЛИН

Если вы хотите разбираться в антидепрессантах, то первое, что вы обязаны изучить — это Амитриптилин (Ами). У него наибольшее количество показаний для назначения, это самый исследованный антидепрессант и, до сих пор, самый эффективный. По сути, все остальные антидепрессанты нужны для того, чтобы по той или иной причине заменять собой Амитриптилин — чаще всего по причине большого спектра побочных эффектов.

## МЕХАНИЗМЫ:

- Ингибитор обратного захвата серотонина (ИОЗС);
- Ингибитор обратного захвата норадреналина (ИОЗН);
  - Косвенно приводит к увеличению дофамина в лобной коре;
- Антихолинэргический эффект (АХ);
- Антигистаминный эффект (АГ).

Профильные механизмы — первые два (ИОЗС и ИОЗН).

Побочки (сухость во рту, запоры, усиление аппетита, задержка жидкости, влияние на сердце) — это АХ.

Седативный и противотревожный эффекты, отчасти набор веса — это АГ.

## ПОКАЗАНИЯ (UpToDate):

- Депрессия;
- Хроническая головная боль напряжения;
- Мигрень;
- Фибромиалгия;
- Синдром раздраженного кишечника (СРК);
- Функциональная диспепсия (ФД);
- Интерстициальный цистит;
- Нейропатическая боль;

- Миофасциальные и другие хронические болевые синдромы, включая, но не ограничиваясь: тазовая боль, вульводиния, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, боль в шее и т.д.;
- Постгерпетическая невралгия;
- Сиалорея;
- Бессонница;
- Синдром хронической усталости;
- Синдром циклической рвоты;
- Тревожные расстройства.

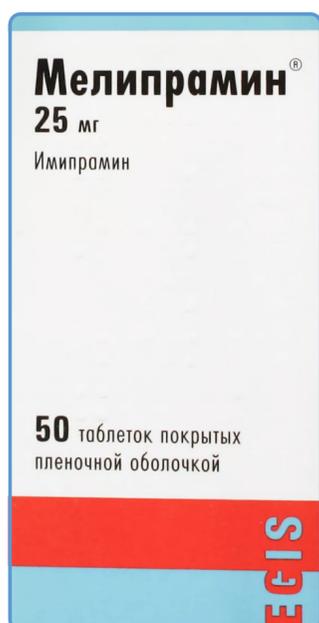
## КАК НАЗНАЧАТЬ

Самой простой и универсальной схемой является такая:

- По половине таблетки перед сном в течение 2 недель;
- Далее по 1 таблетке перед сном в течение 2 недель;
- Затем ещё + полтаблетки перед сном и далее добавлять каждые 2 недели по половине таблетки до достижения явного эффекта или до 4 таблеток (100 мг) в день.

100 мг в день (4 таблетки по 25 мг) является максимальной дозой для большинства не-психиатрических назначений и безопасной для большинства пациентов. Но это не максимум: при депрессии, к примеру, может быть и 300 мг в сутки, и даже больше.

Поэтому, с одной стороны, не бойтесь дозы в 100 мг, с другой стороны, не пугайте пациентов, что 100 мг это много-ужас-больше-низя.



### Хозяйке на заметку:

из трицикликов в РФ доступен ещё **Имипрамин (Мелипрамин)** 25 мг. СРК, ФД, нейропатические боли, депрессия — всё это плюс меньшая седация, чем у Ами; назначается аналогично.



**Хозяйке на заметку 2:** из трицикликов в РФ доступен ещё **Кломипрамин (Анафранил)**



**Плохой хозяйке на заметку:** существует совковый трициклик **Пипофезин (Азафен)** с совковой же доказательной базой, которая

стремится к нулю. Не существует ситуаций, когда безвыходно только вот один-единственный Азафен надо назначить, максимум где-то пятнадцатой линией терапии, когда ну прям совсем ничего никак не даёт эффект и надо экспериментировать.

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС, SSRI) — самых частых 3 штуки: Сертралин, Эсциталопрам, Флуоксетин.



## СЕРТРАЛИН

(Золофт, Серлифт, Серената, Стимулотон — все эти бренды в среднем ок, но могут быть индивидуальные реакции)

В некоторых обсуждениях Сертралин (Срт) считают «маленьким Ами»: типа эффект достаточно широкий, но побочных мало. Это спорно, потому что Срт — чистый СИОЗС без всяких приколов, хотя и имеет много показаний, и часто отлично переносится. И да, бывает такое, что им можно заменить тот же Ами и получить более хороший эффект при СРК-З и функциональной изжоге, хотя их и нет в показаниях.

### ПОКАЗАНИЯ (UpToDate):

- Компульсивное переедание
- Деморфобическое расстройство
- Нервная булимия
- Генерализованное тревожное расстройство
- Большое депрессивное расстройство
- Обсессивно-компульсивное расстройство
- Паническое расстройство
- Посттравматическое стрессовое расстройство
- Преждевременная эякуляция
- Предменструальное дисфорическое расстройство
- Социальное тревожное расстройство

### КАК НАЗНАЧАТЬ

- По половине таблетки 50 мг утром в течение 1 недели;
- Далее по 1 таблетке 50 мг утром длительно.

50 мг может быть достаточно для инициальной терапии, однако не стоит бояться поднять дозу до 100-150 мг в сутки, если хорошо переносится. Большие дозы — это 200-300 мг в сутки.

## САМОЕ ГЛАВНОЕ:

- Самый безопасный А/Д эвер, включая применение у детей с 6 лет и у пожилых с кучей коморбидных состояний. Хотя тоже влияет на интервал QT.
- Широкий спектр показаний.
- Легко назначается, легко отменяется.
- Не седативный: чаще сбалансированный эффект, но может оказывать легкий активирующий эффект.

В общем, если ты не психиатр и не знаешь, с какого А/Д начать, а пациенту точно надо, **то выбор однозначно за Срт.**



# ЭСЦИТАЛОПРАМ

(Ципралекс, Элицея, Селектра — норм бренды)

Эсциталопрам (Эсц) — самый селективный из селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Была надежда, что такая селективная селективность станет ключом к полному излечению всех депрессий или хотя бы будет вообще совсем без побочных, но увы. В итоге это ещё один СИОЗС со сбалансированным эффектом; может обладать как легким активирующим, так и легким седативным эффектом, в зависимости от индивидуальной реакции пациента.

## ПОКАЗАНИЯ (UpToDate):

- Компulsive переедание
- Деморфобическое расстройство
- Нервная булимия
- Генерализованное тревожное расстройство
- Большое депрессивное расстройство
- Обсессивно-комulsive расстройство
- Паническое расстройство
- Посттравматическое стрессовое расстройство
- Преждевременная эякуляция
- Предменструальное дисфорическое расстройство
- Социальное тревожное расстройство
- Вазомоторные симптомы, связанные с менопаузой

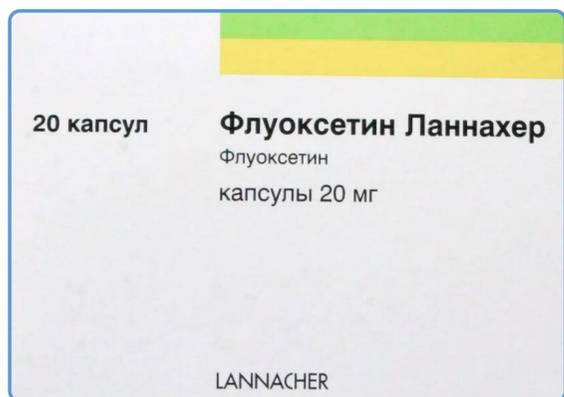
## КАК НАЗНАЧАТЬ

- По половине таблетки 10 мг утром в течение 1 недели;
- Далее по 1 таблетке 10 мг утром длительно.

В большинстве случаев достаточно 10-20 мг в сутки, однако можно поднимать до 60 мг в сутки, если хорошо переносится.

## САМОЕ ГЛАВНОЕ:

- Для ленивых: чаще всего в неспецифических ситуациях пациенту зайдёт либо Срт, либо Эсц.
- Выбирать между Эсц и Срт можно по любым критериям: начиная от стоимости препаратов и заканчивая цветом упаковки, потому что их показания идентичны и не существует ситуации, когда Эсц ошибочно назначен вместо Срт, и наоборот (без учёта офф-лейбл).



## ФЛУОКСЕТИН

(Прозак, Флуоксетин Ланнахер — норм бренды; ноунейм «Флуоксетин» не рекомендуется)

Две самых главных особенности Флуоксетина (Флу) — это стимулирующий (активирующий эффект) и снижение аппетита. Однако оба проявляются не всегда: вместо первого может быть СИОЗС-индуцированная апатия и/или дикая зевота в дневное время; вместо второго — лёгкое подташнивание, которое человек будет пытаться «заесть». При проблемах со сном или тревожности стоит назначать аккуратно (и/или с «прикрытием»), поскольку запросто усугубит их в первое время.

### ПОКАЗАНИЯ (UpToDate):

- Компульсивное переедание
- Биполярное расстройство
- Дисморфофобическое расстройство
- Нервная булимия
- Фибромиалгия, рефрактерная
- Генерализованное тревожное расстройство
- Большое депрессивное расстройство
- Обсессивно-компульсивное расстройство
- Паническое расстройство
- Посттравматическое стрессовое расстройство
- Преждевременная эякуляция
- Предменструальное дисфорическое расстройство
- Социальное тревожное расстройство

### КАК НАЗНАЧАТЬ

- Нет ничего проще: продаётся в капсулах по 20 мг и это же является и начальной, и рабочей дозой. По 1 капсуле утром и всё.
- Как всегда не бойтесь увеличивать, если хорошо переносится: 60-80 мг в сутки это ок.

## САМОЕ ГЛАВНОЕ:

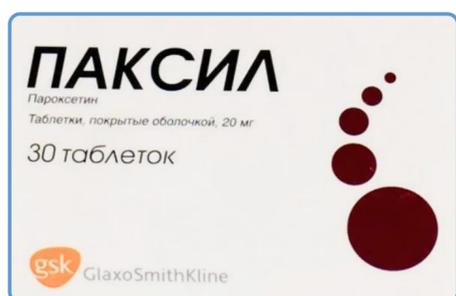
- Используется при тревожных расстройствах, но может усилить тревогу в начале применения.
- Может ухудшить сон в начале применения.
- Несмотря на эффект как чистого СИОЗС, может быть эффективен при болях, например, фибромиалгии.
- Очень долго выводится: при длительном применении  $T_{1/2}$  метаболита составляет около 2 недель. Это важно учитывать как при смене препарата, так и при отмене, и при сочетании с чем-либо ещё.

## ДРУГИЕ СИОЗС

Из доступных в СНГ остаётся не так много. Показания для их применения в общем-то те же, есть некоторые особенности, выбор делается чисто клинически.



**Флувоксамин (Феварин, Рокона)** — имеет седативный эффект, принимается на ночь, бывает полезен при сопутствующих нарушениях сна;



**Пароксетин (Паксил)** — считается, что даёт самый сильный противотревожный эффект. Вместе с этим, имеет самый сильный синдром отмены среди СИОЗС (и чуть ли не среди всех А/Д вообще).

28 таблеток	28 tablets
Регистр. посв. № UA/2210/01/02	Reg. No. UA/2210/01/02
<b>Ципрамил</b>	<b>Cipramil®</b>
<b>циталопрам 20 мг</b>	<b>citalopram 20 mg</b>
Виробник: Х. Лундбек А/С, Оттіліавей 9, 2500 Валбі, Данія	Manufacturer: H. Lundbeck A/S, Ottiliavej 9, 2500 Valby, Denmark

**Циталопрам (Ципрамил)** — предшественник Эсц. С одной стороны, ему место в истории А/Д как устаревшего,

с другой — существуют пациенты, которые индивидуально лучше реагируют именно на него.

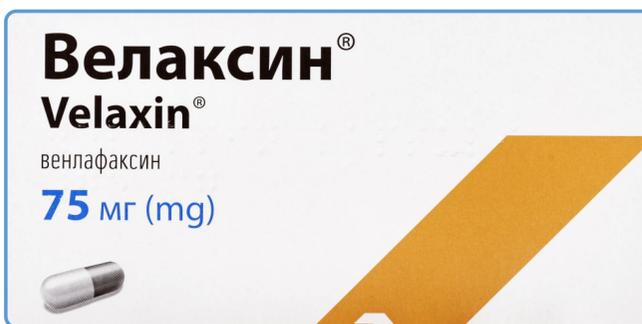
## ИНГИБИТОРЫ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА И НОРАДРЕНАЛИНА (ИОЗСН, SNRI)

Норадреналин, как нейротрансмиттер, участвует в передаче нервных импульсов в ЦНС наряду с серотонином, но в других функциях — например, болевых ощущениях. Это ценно для лечения хронических болевых синдромов, плюс может давать больший эффект при тех же тревожно-депрессивных расстройствах, когда СИОЗС на одном серотонине не справились.

На данный момент в РФ доступно всего 2 таких препарата:



**Дулоксетин (Симбалта)**



**Венлафаксин (Велаксин, Венлаксор, Велафакс)**

Ранее был ещё Милнаципран (Иксел), но пропал из продажи.

Назначение ИОЗСН — это почти всегда вторая линия терапии и лучше оставить это психиатрам или неврологам (у них — первая линия терапии).

Ладно, при хронических болевых синдромах можете вместо невролога попробовать назначить Дулоксетин. Он в целом считается нейтральным по отношению к седативным и стимулирующим эффектам и весьма просто назначается.

- По 1 капсуле 30 мг один раз в день (время без разницы);
- Далее по 1 капсуле 60 мг один раз в день (можно по 2 капсулы 30 мг) длительно;
- Можно увеличивать до 90-120 мг в сутки, если эффект есть, но недостаточный; больше 120 мг в сутки бессмысленно.

## АТИПИЧНЫЕ А/Д

Отличаются от всех остальных механизмом действия: это, во-первых, может дополнять эффект первого, основного А/Д (обычно СИОЗС), во-вторых, давать отдельные эффекты (снижать побочки), в-третьих, использоваться в тех случаях, когда все вышеперечисленные препараты не справились.

**Важно! Все атипичные А/Д — это не препараты первой линии ни при каком состоянии!**



**Тразодон (Триттико)** — формально одобрен для депрессии, но почти никогда для неё в одиночку не используется. Даже если

используется, то ни как первая, ни вторая линия, а где-то там пятая. Чаще всего применяется для аугментации какого-то основного А/Д (усиливает эффект), либо для решения сопутствующих проблем: нарушение сна или снижение либидо.

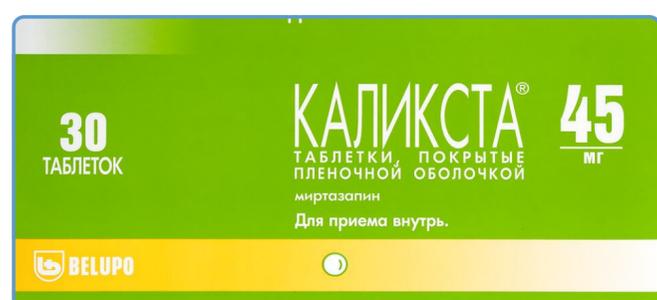
Обычная дозировка 150 мг (встречается по 50 мг), таблетки делятся на 3 части и назначаются от 1/3 до целой таблетки перед сном.

Условно совместим со всеми СИОЗС и ИОЗСН, но с риском вызвать серотониновый синдром, тут как всегда.



**Вортиоксетин (Бринтелликс)** — запасной препарат с одним показанием: депрессия. Ещё раз: он назначается только при

депрессии. И только когда другие А/Д не справились. Назначать его первой линией означает быть жертвой маркетинга.



Миртазапин (Каликста) — ещё один запасной препарат для аугментации (вместе с Венлафаксином даёт комбо под названием «Калифорнийское ракетное топливо»). Важной особенностью является почти 100% усиление аппетита, за что его любят ветеринары.



Агомелатин (Вальдоксан) — мелатонинергический антидепрессант, действует в т.ч. на мелатониновые рецепторы, назначается на ночь и может быть полезен при нарушениях сна.

## ИСТОЧНИКИ

1. Stahl Online Psychopharmacology, 2024;
2. mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings Version 2.0, 2016;
3. Primary Care Guide to Antidepressants, NHS, 2022;
4. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, APA Guidelines, 2010;
5. Depression in adults: recognition and management (CG90), NICE Guidelines, 2009.