

ДЕПРЕСІЯ (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги

Наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 25 грудня 2014 р. № 1003

В УКПМД «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)», розробленому з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, розглядаються особливості проведення діагностики та лікування депресії в Україні з позиції забезпечення наступності етапів медичної допомоги. Вперше регламентуються підходи щодо проведення діагностики та лікування депресії у ЗОЗ, що надають ПМД в Україні. УКПМД розроблений на основі адаптованих клінічних настанов «Депресія (легкий та помірний епізоди без соматичного синдрому та з соматичним синдромом)» та «Рекурентні депресивні розлади», з якими можна ознайомитися за посиланням <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>.

За формою, структурою і методичними підходами щодо використання вимог доказової медицини УКПМД відповідає вимогам «Методики розробки та провадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини», затвердженої наказом МОЗ України від 28 вересня 2012 р. № 751, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 р. за № 2001/22313.

В УКПМД розглядаються питання медичної допомоги пацієнтам з депресією (діагноз за МКХ-10: F32 – депресивний епізод, F33 – рекурентні депресивні розлади, F34.1 – дистимія).

Мультидисциплінарна робоча група при створенні УКПМД керувалася положеннями документів Європейської комісії та Всесвітньої організації охорони здоров'я, що перераховані далі.

1. European Commission, Directorate General for Health and Consumer Protection. Actions against depression. Improving mental and well-being by combating the adverse health, social and economic consequences of depression, 2004.

2. World Health Organization. Policies and practices for mental health in Europe, 2008.

3. Европейский региональный комитет ВОЗ. Европейский план действий по охране психического здоровья, 2013.

Обґрунтування та положення УКПМД побудовані на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, відображених у клінічних настановах – третинних джерелах, які наведені нижче.

1. SIGN 114. Non-pharmaceutical management of depression in adults: A national clinical guideline, 2010.

2. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT), Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III // Pharmacotherapy, 2009.

3. NICE CG 90. Depression in adults, 2010.

Варто зауважити, що більшість положень щодо лікування депресії, які включені до клінічних настанов, мають низький рівень доказовості. Це значною мірою зумовлено методологією проведення рандомізованих клінічних досліджень, зокрема, щодо немедикаментозних втручань.

Положення УКПМД, які відповідають вимогам доказової медицини, не виключають інші прийнятні методи досягнення кінцевого результату, а їх дотримання не є гарантією успіху в усіх клінічних випадках. Кінцеве рішення щодо вибору конкретної клінічної процедури або плану лікування повинен приймати лікуючий лікар з урахуванням отриманих клінічних даних про пацієнта, а також існуючих діагностичних і лікувальних можливостей.

УКПМД розроблений мультидисциплінарною робочою групою, до якої увійшли представники різних медичних спеціальностей (ЛЗП-СЛ, лікарі-терапевти, лікарі-психіатри, лікарі-психотерапевти, лікарі-психологи та практичні психологи).

I. Паспортна частина

1.1. Діагноз:

- легкий депресивний епізод;
- помірний депресивний епізод;
- тяжкий депресивний епізод;
- рекурентний депресивний розлад;
- дистимія.

Перелік скорочень, що використовуються у протоколі (в алфавітному порядку)

APA – Американська психіатрична асоціація	БПР – біполярний розлад
BPRS – коротка психіатрична оціночна шкала	ВДР – великий депресивний розлад
CGI-S – шкала загального клінічного враження для оцінки тяжкості стану	ВМД – вторинна медична допомога
CYP – цитохром P450	ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
DESS – опитувальник для виявлення ознак синдрому відміни	ДР – депресивний розлад
DSM – керівництво з діагностики і статистики психічних розладів	ДС – депресивний синдром
GDS-15 – гериатрична шкала депресії, 15 пунктів	ЕЕГ – електроенцефалографія
HADS – госпітальна шкала тривоги і депресії	ЕКГ – електрокардіографія
HAM-A – шкала тривоги Гамільтона	ЕКТ – електроконвульсивна терапія
HAM-D-17 – шкала депресії Гамільтона, 17 пунктів	ЗОЗ – заклад охорони здоров'я
ICPE – Міжнародний консорціум психіатричної епідеміології	ЛЗП-СЛ – лікар загальної практики – сімейний лікар
MADRS – шкала оцінки депресії Монтгомері – Асберг	іМАО – інгібітори моноаміноксидази
MMPI-2 – мінесотський багатоаспектний особистісний опитувальник	КМП – клінічний маршрут пацієнтів
MMSE – коротка шкала оцінки психічного статусу	КПТ – когнітивно-поведінкова терапія
NICE – Національний інститут досконалості медичної допомоги	КТ – комп'ютерна томографія
PHQ-2 – опитувальник здоров'я пацієнта, 2 запитання	ЛПМД – локальний протокол медичної допомоги
PHQ-9 – опитувальник здоров'я пацієнта, 9 запитань	МКАХ – Медична карта амбулаторного хворого (форма 25/о)
PSP – шкала особистісного та соціального функціонування	МОТ – міжособистісна терапія
QLS-Q – опитувальник із задоволеності життям	МРТ – магнітно-резонансна томографія
QIDS – швидкий опитувальник щодо симптомів депресії	ПАР – психоактивні речовини
SCID – напівструктуроване клінічне інтерв'ю для DSM IV	ПМД – первинна медична допомога
SF-36 – опитувальник із якості життя, коротка форма	РДР – рекурентний депресивний розлад
WHO-CIDI – комбіноване діагностичне інтерв'ю	РН – роки непрацездатності
Всесвітньої організації охорони здоров'я	СІЗЗС – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну
WPA – Всесвітня психіатрична асоціація	ТДС – тривожно-депресивний синдром
YMRS – оціночна шкала манії Янга	ТМД – третинна медична допомога
АД – антидепресанти	ТМС – транскраніальна магнітна стимуляція
АСМ – амбулаторії сімейної медицини	ТЦА – трициклічні антидепресанти
	УЗДГ – ультразвукова доплерографія
	УКПМД – уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
	ШКТ – шлунково-кишковий тракт

1.2. Коди стану або захворювання (МКХ-10): F32, F33, F34.1.

1.3. Протокол призначений для: ЛЗП-СЛ, лікарів-терапевтів, лікарів-психіатрів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-психологів, практичних психологів та лікарів інших спеціальностей.

1.4. Мета протоколу:

- впровадження медико-організаційних та лікувально-діагностичних підходів, які відповідають положенням доказової медицини, у процес надання медичної допомоги пацієнтам з депресивними розладами в Україні;
- встановлення єдиних вимог щодо профілактики, діагностики, лікування і реабілітації пацієнтів з данним видом патології відповідно до клінічних настанов, що розроблені з урахуванням вітчизняних особливостей організації медичної допомоги та економічної ситуації в країні;
- забезпечення якості, ефективності та рівних можливостей доступу до медичної допомоги пацієнтам з депресивними розладами;
- обґрунтування оснащення ЗОЗ для надання ПМД, ВМД та ТМД пацієнтам із ДР (наявність обладнання та інших ресурсів).
- відновлення якості життя пацієнтів із ДР, попередження рецидивів патології.

1.5. Дата складання протоколу: грудень, 2014 р.

1.6. Дата перегляду протоколу: грудень, 2017 р.

1.7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці протоколу:

Хобзей М.К., директор Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України, д.мед.н., професор (голова робочої групи до 19.05.2014);

Пінчук І.Я., директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «психіатрія та наркологія» відповідно до наказу від 10.12.2012 р. № 526-к, д.мед.н. (заступник голови з клінічних питань);

Марценковський І.А., керівник відділу психічних розладів дітей та підлітків Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «дитяча психіатрія» відповідно до наказу від 29.05.2014 р. № 196-к зі змінами, к.мед.н. (заступник голови з клінічних питань у дітей);

Степаненко А.В., професор кафедри організації медичного забезпечення збройних сил Української військово-медичної академії МЗС України, д.мед.н., професор (заступник голови з методології);

Бурлачук Л.Ф., завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка, член-кореспондент НАПН України, д.мед.н., професор;

Бурлачук О.Л., генеральний директор Першого українського видавництва психологічних тестів «ОС України»;

Гідзинська І.М., провідний науковий співробітник відділу внутрішньої медицини, завідувач клініко-консультативного відділення ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, к.мед.н.;

Зінченко О.М., головний спеціаліст відділу високоспеціалізованої медичної допомоги Управління надання медичної допомоги дорослим Департаменту медичної допомоги МОЗ України, к.мед.н.;

Левада О.А., керівник курсу психіатрії кафедри сімейної медицини ДУ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», к.мед.н., доцент;

Лерман Н.Г., завідувач амбулаторією, лікар загальної практики – сімейної медицини КЗ «Макарівський центр первинної медико-санітарної допомоги» Макарівського району Київської області, Андріївська медична амбулаторія загальної практики – сімейної медицини;

Маяргов С.О., лікар-психіатр консультативної поліклініки Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, к.мед.н.;

Матвієць Л.Г., асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.мед.н.;

Матюха Л.Ф., завідувач кафедри сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «загальна практика – сімейна медицина» відповідно до наказу від 29.05.2014 р. № 196-к зі змінами, д.мед.н., професор;

Марута Н.О., заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», голова Експертної проблемної комісії МОЗ та НАМН України «Психіатрія. Медична психологія», д.мед.н., професор;

Мишєв В.Д., директор ТМО «Психіатрія» у м. Києві, завідувач кафедри дитячої, соціальної та судової психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «психіатрія» відповідно до наказу від 29.05.2014 р. № 196-к зі змінами, д.мед.н., професор;

Мороз Г.З., професор кафедри військової загальної практики – сімейної медицини Української військово-медичної академії, головний науковий співробітник ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, д.мед.н., професор;

Напреєнко О.К., завідувач кафедри психіатрії Національного медичного університету імені Богомольця, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «психіатрія і наркологія» відповідно до наказу від 29.05.2014 р. № 196-к, д.мед.н., професор;

Пішель В.Я., завідувач відділу медико-соціальних проблем терапії психічних розладів Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, д.мед.н., професор;

Пшук Н.Г., завідувач кафедри психіатрії та медичної психології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, д.мед.н., професор;

Тарнавська О.О., лікар загальної практики – сімейної медицини, поліклініка № 1 Печерського району м. Києва;

Хаджинова Н.А., головний спеціаліст відділу медичної реабілітації та паліативної допомоги Управління надання медичної допомоги дорослим Департаменту медичної допомоги МОЗ України;

Хайтович М.В., професор кафедри педіатрії № 4 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.мед.н., професор;

Хаустова О.О., завідувач відділу психічних розладів осіб похилого віку Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, д.мед.н., професор;

Худошина О.В., заступник начальника Управління, начальник відділу з питань якості та оцінки відповідності Управління з питань якості надання медичної допомоги МОЗ України;

Чабан О.С., завідувач відділу психосоматичної медицини і психотерапії Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, д.мед.н., професор.

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Ліщишина О.М., директор департаменту стандартизації медичних послуг ДП «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», к.м.н, ст.н.с.;

Горох Є.Л., начальник відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій ДП «Державний експертний центр МОЗ України», к.т.н.;

Мельник Є.О., начальник відділу доказової медицини ДП «Державний експертний центр МОЗ України»;

Черницька М.В., експерт відділу доказової медицини ДП «Державний експертний центр МОЗ України»;

Шилкіна О.О., начальник відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я ДП «Державний експертний центр МОЗ України».

Рецензенти

Вербенко В.А., завідувач кафедри психіатрії, психотерапії, наркології з курсом загальної та медичної психології ДУ «Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського», д.мед.н., професор, академік Академії наук вищої освіти України;

Глузман С.Ф., президент Асоціації психіатрів України;

Михайлов Б.В., завідувач кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «медична психологія, психотерапія» відповідно до наказу від 29.05.2014 р. № 196-к зі змінами, д.мед.н., професор;

Пустовойт М.М., ректор Київського інституту сучасної психології і психотерапії, член Міжнародної психоаналітичної асоціації, д.мед.н.

1.8. Коротка епідеміологічна інформація.

За даними літератури, поширеність розладів депресивного спектру у країнах Європи і США становить на даний час близько 5-10%. Їх поширеність впродовж життя складає 16%, 12 місяців – близько 7% (Ebmeyer

et al., 2006; Kessler et al., 2003). У загальній медичній практиці частота депресій сягає 22-33%.

ДР є однією з основних причин непрацездатності (ВООЗ, 2002). Від 45 до 60% випадків самогубств відбувається в депресивному стані.

За даними обстеження 37 тис. дорослих у 10 країнах Америки, Європи, Азії, проведеного ICPE з використанням WBG-CIDI (Robins et al., 1988; Wittchen, 1994), захворювання частіше розпочинається у віці від 20 до 30 років (Ebmeier et al., 2006). Жінки хворіють на депресію вдвічі частіше, ніж чоловіки (20-26 та 8-12% відповідно), проте ці дані можуть бути зумовлені тим, що чоловіки менше звертаються за медичною допомогою. У 60% при неадекватній терапії спостерігаються повторні депресивні епізоди.

У зв'язку із тенденцією до старіння населення розвинених країн, значною поширеністю (36-50%) і схильністю до затяжного, атипичного перебігу депресій у людей похилого віку, останні набувають особливого значення.

За результатами дослідження, яке проводилося серед 60 тис. працюючих осіб, найчастіше на депресію страждають ті, хто доглядає за літніми і хворими людьми, та няні, які доглядають за маленькими дітьми (11,3%), на другому місці – працівники громадського харчування (10,3%), третє місце займають лікарі (9,6%). Найменше до депресії схильні люди творчих професій – вчені, архітектори та інженери (4,3%). Серед безробітних цей показник склав 12,7%.

Середня тривалість депресивного епізоду становила 16 тижнів, близько 90% пацієнтів страждали на депресію середньої тяжкості і тяжкі форми, що викликало виражене зниження якості життя (Kessler et al., 2003).

Майже 80% осіб із депресією лікуються у ЛЗП-СЛ з приводу інших захворювань. Серед пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою до ЗОЗ, що надають ПМД, 17% мають ДР, який часто поєднується із соматичною патологією. Депресія зустрічається у 20% пацієнтів з ішемічною хворобою серця, у 30-50% внаслідок інфаркту міокарда та у 30-60% – мозкового інсульту.

За останні 40 років було проведено понад 60 проспективних досліджень, у яких вивчали зв'язок між депресією та прогнозом в осіб з ішемічною хворобою серця. Встановлено, що рівень смертності серед пацієнтів, які мають в анамнезі інфаркт міокарда і страждають на депресію, у 3-6 разів вищий, ніж у тих, які не мають депресії. Саме тому Американська асоціація серця розробила та запровадила 2008 р. настанови «Депресія та ішемічна хвороба серця: рекомендації для скринінгу і лікування». Значна поширеність ДР характерна і для хворих з патологією ШКТ, зокрема у пацієнтів з функціональними захворюваннями органів травлення, такими як функціональна диспепсія, функціональні біліарні розлади, синдром подразненого кишечника. Депресію діагностують у 38% пацієнтів онкологічного профілю та у 39% хворих на паркінсонізм. Враховуючи значущість діагностики і лікування депресії в осіб із хронічними захворюваннями, NICE 2011 р. були розроблені клінічні настанови «Депресія у дорослих з хронічними фізичними проблемами зі здоров'ям: лікування та управління».

Лише 50% пацієнтів отримують спеціальне лікування залежно від тяжкості захворювання та статі, при цьому воно адекватне лише у 25% (Hamalainen et al., 2004;

Kessler et al., 2003). Важливо враховувати, що у 60% випадків, переважно при недостатній або неадекватній терапії, спостерігаються повторні депресивні епізоди. При першому епізоді депресії ймовірність рецидиву становить 50%, при другому – 70%, при третьому – 90%.

Таким чином, лікарям та іншим працівникам медичних служб необхідні глибокі знання про діагностику й лікування ДР.

За даними МОЗ України, з 2008 по 2012 рр. поширеність ДР зросла з 65,37 до 73,6 осіб на 100 тис. населення, а захворюваність – з 8,74 до 9,06 на 100 тис. населення. Впродовж останніх десятиріч спостерігається незначне зростання випадків неспсихотичних психічних розладів, зокрема ДР, що не відповідає загальносвітовим тенденціям та говорить про неналежну й, відповідно, неповну організацію виявлення, реєстрації і надання допомоги особам із ДР. Насамперед, це пов'язано з відсутністю до цього часу в Україні у діагностиці та лікуванні депресії такої ланки, як сімейний лікар. Так, за 1973-2000 рр. кількість зареєстрованих випадків ДР серед загальної кількості звернень до лікаря у перерахунку на кількість населення зросла з 2,3 до 3,8%. Термінальним варіантом розвитку ДР може бути суїцидальна спроба. Водночас показник смертності через навмисне самоушкодження тримається на постійному рівні з 2009 по 2013 рр. (за даними Державного комітету статистики України): 21,1 випадок на 100 тис. населення 2009 р. порівняно з 20,6 випадків на 100 тис. населення 2013 р. (що в абсолютних значеннях становить 9717 та 9367 випадків відповідно).

II. Загальна частина

Депресія – поширений розлад, який піддається лікуванню. Існують різноманітні засоби терапії депресії. Слід намагатися застосовувати психотерапевтичне або медикаментозне лікування препаратами 1-ї лінії, перш ніж проводити інші втручання.

Найбільш серйозним (найтяжчим) ускладненням депресії є суїцид. У дуже тяжких випадках або при рефрактерних формах захворювання можуть бути ефективними методи лікування, які застосовують на етапі надання високоспеціалізованої допомоги.

Слід виявляти гнучкість у клінічному мисленні, тобто переглядати діагноз за відсутності ефекту терапії. Насамперед потрібно виключити можливість зловживання психоактивними речовинами або ж біполярний характер розладу.

Особливості процесу надання медичної допомоги

У сучасних умовах, враховуючи широке розповсюдження депресії, особливо серед пацієнтів, які мають хронічні соматичні захворювання з тривалим перебігом, та появу нових, більш безпечних АД, діагностика і лікування легких та помірно виражених депресій у більшості країн Європи й Північної Америки проводиться лікарями, які надають ПМД (ЛЗП-СЛ, терапевтами) і лікарями-спеціалістами (неврологами, кардіологами, гастроентерологами), а не лікарями-психіатрами. За даними статистики, 80% АД у країнах Західної Європи, США і Канади призначається не лікарями-психіатрами. WPA і Міжнародний комітет з профілактики й терапії депресії запровадили освітню програму з діагностики

та лікування ДР, яку було реалізовано в багатьох регіонах. У 2002 р. матеріали були опубліковані в Україні. Впродовж останніх десяти років кількість наукових публікацій з цієї проблеми в Україні зростає, проте практичне впровадження залишається недостатнім, загальнодержавної програми підготовки лікарів, які надають ПМД, з питання діагностики і лікування ДР ще немає.

Відповідно до статті 27 Закону України «Про психіатричну допомогу», питання встановлення діагнозу психічного захворювання та надання психіатричної допомоги у примусовому порядку відносяться виключно до компетенції лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів. Проте законом не виключається участь лікарів інших спеціальностей у наданні психіатричної допомоги. Для ефективного впровадження УКПМД «Депресія» в практику надання медичної допомоги у ЗОЗ України існує потреба у створенні системи заходів щодо підвищення поінформованості лікарів, які надають ПМД, з питань діагностики та лікування депресії (у т.ч. коморбідної). Програма підготовки має включати наступні основні питання:

- засвоєння практичних методів розпізнавання та діагностики депресії;
- формування навичок адекватного спілкування з такими хворими;
- ознайомлення із сучасними фармакологічними препаратами та особливостями їх використання лікарями, які надають ПМД.

Проведення таких занять доцільно організовувати в усіх ЗОЗ на етапі розробки і впровадження ЛПМД «Депресія» (див. «Навчальна програма циклу тематичного удосконалення», Додаток 5).

Організація надання медичної допомоги пацієнтам із депресією у ЗОЗ, що надає ПМД, включає заходи, що перераховані далі.

1. ЛЗП-СЛ мають проводити активне виявлення депресії серед пацієнтів групи ризику.

Критерії віднесення пацієнта до групи ризику розвитку депресії наступні:

- наявність психічних та поведінкових розладів в особистому та/або сімейному анамнезі;
- наявність епізодів депресії в анамнезі;
- наявність тяжких захворювань з хронічним перебігом;
- інвалідність;
- психоемоційне навантаження, втрата близької людини, втрата роботи тощо;
- соціальна ізоляція та відсутність міжособистісних підтримуючих стосунків у сім'ї.

2. Для скринінгу депресії у пацієнтів групи ризику використовують опитувальник РНQ-2. При позитивній відповіді хоча б на одне запитання РНQ-2 проводять подальше опитування за допомогою РНQ-9. У разі підтверджуючої захворювання суми балів уточнюють особливості перебігу депресії, що в цілому дозволяє поставити синдромальний діагноз депресії та визначити її тяжкість (див. «Діагностика», Додаток 1).

3. У пацієнтів з депресією за допомогою запитання «Чи часто впродовж останнього місяця Вас турбували думки про здійснення самогубства?» проводиться аналіз суїцидальних намірів. Пацієнти з високим ризиком

суїциду направляються для подальшого надання медичної допомоги у ЗОЗ, що надає ВМД.

4. У ЗОЗ, що надають ПМД, призначається лікування пацієнтам із вперше виявленим ДС і ТДС легкого та помірного ступеня.

5. Обов'язковим компонентом медичної допомоги є надання пацієнту з депресією у доступній для нього формі інформації про стан його здоров'я, перебіг захворювання, рекомендацій щодо немедикаментозного і медикаментозного лікування в усній та письмовій формі (див. «Лікування»). Бажано надати пацієнту «Інформаційний лист про депресію для пацієнта» (Додаток 2).

6. Послідовність вибору терапії («stepped care» – «покрокова допомога») у ЗОЗ, що надає ПМД – це діапазон втручань від ретельного моніторингу легких епізодів та керованих лікарем самопомоги й самоконтролю, короткострокового психотерапевтичного втручання до призначення медикаментозних засобів 1-ї лінії та, за необхідності, направлення у ЗОЗ вищого рівня надання медичної допомоги.

7. У ЗОЗ, що надають ПМД, АД вибору є препарати 1-ї лінії, які характеризуються достатнім терапевтичним ефектом та безпекою у поєднанні з низькою вірогідністю розвитку побічних ефектів. Препарати з групи СІЗЗС мають найбільшу доказову базу.

8. До лікаря-психіатра у ЗОЗ, що надає ВМД, направляються пацієнти з депресією (або лікар-психіатр запрошується на консультацію) для встановлення нозологічного діагнозу.

9. Лікування депресії у ЗОЗ, що надає ПМД, має включати елементи психотерапії та медикаментозне лікування. ЛЗП-СЛ може направити пацієнта для немедикаментозних втручань, зокрема психотерапії (психоосвітні заходи, навчання технікам самоконтролю тощо), до ЗОЗ, що надає ВМД.

10. Пацієнти з депресією та високим ризиком суїциду направляються у спеціалізований стаціонар терміново.

Для забезпечення наступності етапів медичної допомоги пацієнтам з депресією у кожному ЗОЗ доцільно розробляти та впроваджувати ЛПМД, у якому визначено КМП та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до матеріально-технічного й кадрового забезпечення. Взаємодія між ЗОЗ, які надають первинну, спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу, може також бути визначена відповідними наказами Міністра охорони здоров'я АР Крим, структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, міських державних адміністрацій.

Важливо окреслити ще одне проблемне питання щодо впровадження положень доказової медицини у лікування пацієнтів з депресією, а саме обмежену доступність психотерапевтичної допомоги для певних верств населення України, зокрема сільського. Психотерапія розглядається як основний метод лікування легкої депресії, а також використовується у комплексі терапії і реабілітації пацієнтів з помірною і тяжкою депресією.

III. Основна частина

3.1. Для закладів, що надають ПМД (табл. 3.1).

3.2. Для закладів, що надають ВМД (табл. 3.2).

3.3. Для закладів, що надають ТМД (табл. 3.3).

Таблиця 3.1. Для закладів, що надають ПМД

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Первинна профілактика	Не існує доказової бази щодо специфічних методів профілактики депресії	Необхідно надати рекомендації щодо здорового способу життя, загальних засад самопомогі та самостійної корекції впливу соціальних і психологічних чинників, які можуть зумовити розвиток депресії. Особливої уваги потребують пацієнти групи ризику розвитку депресії
2. Діагностика	Рекомендовано проводити оцінку наявності депресивних розладів в осіб групи ризику. Не існує доказів щодо необхідності проведення скринінгу депресії в усіх пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою. Доведено доцільність етапного анкетування: на першому етапі – скринінг депресії за PHQ-2, далі – оцінка тяжкості депресії за PHQ-9. Рекомендується виявляти суїцидальні наміри у пацієнтів з депресією	<p><i>Обов'язкові</i></p> <ol style="list-style-type: none"> При проведенні клінічного огляду на амбулаторному прийомі слід звернути увагу на психологічний стан пацієнта, зокрема у пацієнтів групи ризику розвитку депресії (див. Розділ 4.1.1). Для вчасної діагностики – провести скринінг депресії у пацієнтів групи ризику з використанням двох запитань PHQ-2: <ol style="list-style-type: none"> Чи часто у Вас був знижений настрій, туга або почуття безнадійності упродовж останнього місяця? Чи часто Ви помічали відсутність інтересу або задоволення від речей, які зазвичай цікавили або приносили задоволення, упродовж останнього місяця? При позитивній відповіді хоча б на одне запитання необхідно провести подальше обстеження з використанням PHQ-9 (Додаток 1) Оцінити тяжкість депресії за підрахунком суми балів PHQ-9, що дозволяє поставити синдромальний діагноз депресії та визначити її тяжкість (Додаток 1) Виявити пацієнтів, які мають високий ризик суїциду, за допомогою запитання: «Чи часто упродовж останнього місяця Вас турбували думки про здійснення самогубства?» У пацієнтів із соматичними захворюваннями провести: <ul style="list-style-type: none"> оцінку можливого потенційного внеску захворювання та призначеного лікування у розвиток депресії оцінку оптимальності лікування основного захворювання, за необхідності – направлення пацієнта до спеціаліста відповідного профілю (невролога, кардіолога, гастроентеролога тощо) Оцінити фактори, що впливають на перебіг депресії: <ul style="list-style-type: none"> наявність в анамнезі епізодів депресії, психічних та інших захворювань зміни настрою в анамнезі проведене попереднє лікування депресії та його результат взаємовідносини з оточенням наявність соціальної підтримки Сформулювати синдромальний діагноз: ДС; ТДС Поінформувати пацієнта стосовно того, що ДС або ТДС може бути проявом ДР, який потребує спеціалізованої психіатричної допомоги, а також про те, де саме таку допомогу може бути надано Виявити пацієнтів, які потребують обов'язкової консультації лікаря-психіатра, та направити до відповідного ЗОЗ (див. Розділ 4.1.2) Якщо пацієнт становить небезпеку для себе або оточуючих – терміново направити у ЗОЗ, що надає ВМД Якщо діагноз депресії не підтвердився, розглянути вірогідність дистимії (див. Розділ 4.1) <p><i>Бажані</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Використання HADS (Додаток 3)
3. Лікування	Доведено, що своєчасна адекватна медична допомога при депресії у більшості випадків дозволяє досягти значного терапевтичного ефекту, покращити якість життя, соціальні функції пацієнта, у т.ч. трудову діяльність, зменшити економічні витрати сім'ї та суспільства в цілому, є профілактикою суїцидальної поведінки	<p><i>Обов'язкові</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Провести консультування пацієнта із роз'ясненням у доступній формі особливостей перебігу і лікування депресії, надати рекомендації щодо змін стилю життя, харчування, фізичної активності та медикаментозної терапії (якщо призначено) Узгодити з пацієнтом заходи немедикаментозної та медикаментозної терапії ДС та ТДС Провести навчання пацієнта щодо дотримання режиму лікування і технік самоконтролю Відповісти на запитання пацієнта Забезпечити моніторинг ефективності лікування, призначеного спеціалістом ЗОЗ, що надає ВМД Надати роздрукований «Інформаційний лист для пацієнта про депресію» (Додаток 2)
3.1. Немедикаментозне лікування	Існують докази щодо ефективності заходів немедикаментозної корекції у пацієнтів з легкою або помірною формою депресії: терапія вирішення проблем, коротка КПТ і консультування – по 6-8 сеансів близько 10-12 тижнів	<p><i>Обов'язкові</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Усім пацієнтам рекомендувати дотримуватись режиму дня, гігієни сну, засад раціонального харчування, режиму регулярної фізичної активності При легкій формі депресії та за умови призначення заходів немедикаментозної корекції призначити повторний огляд пацієнта не пізніше ніж через 2-4 тижні Постійно підтримувати стратегію поведінки, направлену на підвищення прихильності пацієнта до виконання рекомендацій лікаря Пацієнтам із вперше виявленою депресією рекомендувати телефонний моніторинг стану (сестринський) не рідше ніж 1 раз на 3 дні Запис у МКАХ (форма 25/о) <p><i>Бажані</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Направити пацієнта до лікаря-психотерапевта за наявності відповідної структури Лікар ЗПСМ може запропонувати пацієнту та узгодити з ним інші спеціалізовані й високотехнологічні види психотерапії (терапія вирішення проблем, КПТ і консультування – по 6-8 сеансів близько 10-12 тижнів). Рішення щодо місця проведення та спеціаліста, який буде виконувати конкретний вид психотерапії, приймається разом із пацієнтом

<p>3.2. Медикаментозне лікування</p>	<p>Існує доказова база доцільності призначення медикаментозного лікування депресії легкого та помірного ступеня у ЗОЗ, що надає ПМД. У ЗОЗ, що надає ПМД, АД вибору є АД 1-ї лінії. Препарати з групи СІЗЗС мають найбільшу доказову базу. Періодом обов'язкової активної терапії слід вважати мінімум 3-4 місяці, з продовженням лікування – мінімум 6 місяців після одужання. Доведено, що при цьому зменшується ризик рецидиву</p>	<p><i>Обов'язкові</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пацієнтам з депресією (помірного ступеня або легкого за наявності обтяжуючих обставин чи неефективності заходів немедикаментозної корекції упродовж 2-4 тижнів) слід призначити АД. Препаратами вибору є АД 1-ї лінії. Лікарські засоби з групи СІЗЗС мають найбільшу доказову базу 2. Вибір АД має бути індивідуальним та базуватися на аналізі клінічного стану пацієнта: характер симптомів, наявність супутніх захворювань, профіль переносимості, аналіз результатів попереднього лікування, можливі взаємодії препаратів, побажання пацієнтів і вартість медикаментів 3. Варто провести роз'яснення щодо відсутності звикання та виникнення залежності при лікуванні АД 4. Слід надати інформацію щодо відстроченого ефекту початку дії препарату, тривалості курсу лікування, дотримання режиму терапії, симптомів відміни 5. Необхідно надати інформацію щодо потенційної побічної дії препаратів (див. Розділ 4.6.2, Додаток 6) 6. Інформацію щодо медикаментозного лікування слід надати в усному та письмовому вигляді 7. Медикаментозне лікування супутніх захворювань (артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет тощо) проводити відповідно до затверджених УКПМД
<p>3.3. Моніторинг ефективності та корекція лікування</p>	<p>Існує доказова база доцільності моніторингу пацієнтів із депресією для підвищення ефективності лікування</p>	<p><i>Обов'язкові</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Варто проводити контрольний огляд пацієнтів з депресією через 2 тижні після початку лікування АД, після цього – кожні 2-4 тижні у перші 3 місяці терапії. При ефективному лікуванні контрольні огляди можна проводити через більш тривалі проміжки часу 2. Пацієнтам, молодшим за 30 років, слід проводити контрольні огляди не пізніше ніж через 1 тиждень після призначення терапії АД (у зв'язку з високим ризиком суїциду у цій віковій групі) 3. Якщо пацієнт не з'явився на повторний огляд, необхідно встановити з ним активний зв'язок 4. Рекомендується встановити регулярний телефонний контакт з пацієнтом (лікарський або сестринський за наявності відповідної підготовки медичної сестри) 5. Потрібно контролювати прихильність хворого до лікування, підтримку мотивації та надання рекомендацій 6. Через 3-4 тижні від початку лікування слід проводити оцінку ефективності медикаментів з використанням PHQ-9. Якщо сума балів зменшилася на 20% і більше, треба продовжити призначену терапію 7. За відсутності ефекту медикаментозної терапії упродовж 3-4 тижнів необхідно впевнитися, що пацієнт приймає препарат відповідно до рекомендацій 8. За відсутності ефекту упродовж 4-6 тижнів, якщо сума балів за PHQ-9 зменшилася менш ніж на 20% при виконанні рекомендацій лікаря, слід розглянути можливість збільшення дози АД або призначення іншого препарату 1-ї лінії з урахуванням профілю побічних ефектів (див. Розділ 4.6.2, Додаток 6), або розглянути питання щодо направлення пацієнта у ЗОЗ, що надає ВМД 9. Лікарям ЗПСМ не рекомендовано призначати ТЦА та іМАО у зв'язку з вираженою взаємодією з іншими препаратами й токсичним ефектом, у т.ч. їх кардіотоксичністю 10. При отриманні позитивного ефекту від лікування після завершення активної фази терапії (3-4 місяці) прийом АД треба продовжити на 6 місяців для подальшої стабілізації психічного стану та попередження рецидиву 11. При прийомі АД упродовж 6 місяців після одужання лікар має оцінити необхідність продовження прийому препарату з урахуванням кількості епізодів депресії в анамнезі, наявності резидуальних симптомів та супутнього психосоціального стану 12. При відміні препарату необхідно поступово зменшувати дозу упродовж 4 тижнів, при виникненні симптомів відміни – більш тривалого терміну. Для флуоксетину термін відміни може бути меншим у зв'язку з особливостями його метаболізму

Таблиця 3.2. Для закладів, що надають ВМД

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Діагностика		
<p>1.1. Клініко-анамнестичний та психопатологічні методи</p>	<p>До етіології виникнення депресивних проявів не менш важливо віднести фактори, які підтримують або посилюють депресію, тому що вони є потенційними мішенями для втручання</p>	<p><i>Обов'язкові</i></p> <p>Основою є застосування принципів клініко-діагностичного інтерв'ю та клініко-біографічний анамнез</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Збір та оцінка даних (демографічні дані пацієнта і його родини, оцінка скарг на здоров'я та особливості (можливості) психолого-соціальної самореалізації пацієнта) 2. Збір анамнезу хвороби з оцінкою її динамічних особливостей, специфіки життя пацієнта, світогляду, формування його як особистості. Враховуються психотравматичні моменти життя пацієнта, особливості його розвитку у фізичному та психологічному плані, соматичні захворювання впродовж життя, особливу ті, які безпосередньо чи опосередковано впливають на ЦНС (травми, інтоксикації та ін.). Звертають увагу на шкідливі звички; фармакоанамнез (у т.ч. зловживання неспиритними препаратами, зокрема гормональними та депресогенними); фактори соціуму, які можуть впливати на настрій; наявність соціальної підтримки; психологічні й соціальні амортизаційні фактори 3. Клініко-психопатологічне дослідження психічного стану пацієнта за допомогою структурованого діагностичного інтерв'ю з описанням психічного статусу

<p>1.2. Психодіагностичні методи</p>	<p>Відзначено дуже високу неоднорідність стосовно майже усіх знайдених інструментів ідентифікації, що є важливим обмеженням оглядів. Опитувальники відрізнялися щодо цільової популяції, кількості пунктів і систем підрахунку. Порівняно з опитувальником Whooley інші опитувальники, такі як PHQ-9 і GDS-15, мали кращу специфічність, але не таку чутливість (хоча усі відповідають критеріям високої чутливості)</p>	<p><i>Обов'язкові</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HADS 2. PHQ-15 3. CGI-S <p><i>Бажані</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HAM-D-17 та/або MADRS 2. HAM-A 3. HADS 4. Опитувальники з якості життя QLS-Q, SF-36 або PSP 5. Шкала Шихана <p>Для встановлення та проведення диференціальної діагностики використовують:</p> <ul style="list-style-type: none"> • YMRS • BPRS • MMSE (для пацієнтів, старших за 55 років, обов'язково) • інші діагностичні методики
<p>1.3. Методи інструментального обстеження</p>	<p>При застосуванні КТ і МРТ виявляються як функціональні, так і структурні зміни при депресії. Однак ці дослідження самі по собі не мають діагностичного значення і можуть використовуватися для диференційної діагностики</p>	<p><i>Бажані (за необхідності проведення диференційної діагностики з ДР органічного походження)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Доплерографія 2. ЕЕГ 3. МРТ 4. КТ 5. УЗДГ
<p>2. Амбулаторне лікування</p>	<p>Метою амбулаторного етапу лікування є попередження рецидиву та забезпечення функціонального відновлення пацієнта</p>	<p><i>Обов'язкові</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Медикаментозна терапія (див. п. 2.1) 2. Психотерапія <p><i>Бажані</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Групова КПТ 2. Терапія вирішення проблем
<p>2.1. Етап активної терапії</p>	<p>Цей етап може бути продовженням попереднього етапу, початком або самостійним етапом. Підставою для початку лікування є наявність депресивної симптоматики впродовж більш ніж 2 тижнів та явне порушення соціального функціонування, неефективність наданої допомоги у ЗОЗ, що надають ПМД, побажання пацієнта щодо лікування у ЗОЗ, що надають ВМД. Особливу увагу слід приділяти прихильності пацієнта до лікування, оскільки частота раннього переривання терапії залишається дуже високою. Рекомендована мінімальна тривалість лікування АД – 4 місяці. Стратегія з покращення прихильності хворого до лікування повинна включати психоосвіту пацієнтів та членів родини, активне залучення їх до процесу терапії. Пацієнта слід проінформувати про хворобу, вплив препарату на організм, очікуваний час появи перших ознак антидепресивного ефекту, етапи лікування, можливі побічні явища та тривалість лікування</p>	<p><i>Обов'язкові</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. На початку терапії рекомендоване використання одного АД із врахуванням попереднього досвіду терапії (фарманамнез). Оцінку терапевтичного ефекту слід проводити щотижнево, але рішення щодо зміни дози чи самого препарату за відсутності вираженого побічного ефекту приймається не раніше ніж через 2 тижні терапії, а у разі вираженої непереносимості – у будь-який час 2. При незначному покращанні афективного стану треба ще 2 тижні продовжувати розпочату терапію обраним препаратом, а за відсутності прогресу – перейти до іншого АД 1-ї лінії 3. У разі відносної терапевтичної неефективності АД впродовж 4-8 тижнів необхідно перейти до іншого АД або посилити (потенціювання) терапію психотропним засобом іншого класу (атиповий антипсихотик, тимостабілізатор або транквілізатор) чи іншими препаратами непсихотропної дії 4. За наявності виражених симптомів тривоги слід рекомендувати призначення транквілізаторів (бензодіазепінів) терміном до 2 тижнів. З урахуванням ризику залежності можливе використання інших препаратів анксиолітичної дії (прегабалін, буспірон) 5. У разі тяжкої депресивної симптоматики та/або резистентності з необхідністю призначення парентеральних форм АД 2-ї лінії потрібно розглянути разом з пацієнтом можливість лікування у спеціалізованому стаціонарі. За наявності проявів тяжкої депресії, що несе загрозу життю хворого, лікування у стаціонарних умовах є обов'язковим згідно з Законом України від 22.02.2000 р. № 1489-III «Про психіатричну допомогу». 6. Депресивний епізод, обтяжений психотичною симптоматикою, потребує обов'язкового поєданого призначення АД та антипсихотиків другого покоління, що пов'язано, зокрема, із особливою уразливістю пацієнтів цієї категорії щодо виникнення екстрапірамідних ускладнень 7. За відсутності ефекту від медикаментозного лікування слід рекомендувати ЕКТ з медикаментозною релаксацією та анальгезією і дотримання технік мінімізації ускладнень 8. Тривалість етапу активної терапії – 8-16 тижнів 9. Пацієнти з ДР, які характеризуються рецидивуванням, резистентністю, ускладненнями, коморбідністю, низькою прихильністю до терапії, нестійкою трудовою та соціальною адаптацією, частими госпіталізаціями, супроводжуються соціально небезпечними діями і потребують застосування високотехнологічних медичних процедур високої складності, мають бути направлені у ЗОЗ, що надають ТМД
<p>2.2. Етап стабілізуючої терапії</p>	<p>Згідно з сучасними поглядами на ДР, метою терапії слід вважати попередження рецидивів, досягнення та підтримання найбільш можливого рівня соціального функціонування для конкретного пацієнта, що передбачає після досягнення ремісії продовження терапії, у тому числі з урахуванням резидуальної симптоматики</p>	<p><i>Обов'язкові</i></p> <p>Терапія АД продовжується препаратом і в дозах, за допомогою яких було досягнуто мети етапу активного лікування та які є оптимальними для досягнення завдань етапу стабілізуючої терапії. Тривалість етапу стабілізуючого лікування – не менш ніж 6 місяців</p>

2.3. Етап профілактичної (підтримуючої) терапії	Слід розглянути можливість більш тривалої (профілактичної) терапії при ДР у разі: <ul style="list-style-type: none"> множинних депресивних епізодів коморбідної хронічної соматичної патології депресії у похилому віці за умови наявної зниженої соціальної адаптації за бажанням самого пацієнта 	Обов'язкові <ol style="list-style-type: none"> Профілактичне (підтримуюче) лікування необхідно призначати всім пацієнтам на термін до 1-го року, а хворим з трьома та більше епізодами в минулому, з обтяженим депресією сімейним анамнезом та соматично обтяженим пацієнтам – більше 1-го року При вирішенні питання про відміну АД слід забезпечити поступове зменшення його дози впродовж не менш ніж 4 тижні (для уникнення синдрому «відміни»)
2.4. Психотерапія, психосоціальна терапія та психоосвітні заходи		Психотерапія пацієнтів із депресивним епізодом передбачає використання: <ul style="list-style-type: none"> КПТ МОТ психотерапії, направленої на вирішення проблем сімейної психотерапії Залежно від варіанту ДР та ступеня тяжкості, психосоціальна терапія може застосовуватися у вигляді тренінгу когнітивних функцій, тренінгу вирішення проблем, міжособистісної взаємодії, тренінгу комунікативних навичок, тренінгу позитивного самосприйняття та впевненої поведінки Психоосвітні заходи спрямовані на створення терапевтичного альянсу, активацію пацієнта, дотримання рекомендацій лікаря, залучення родичів до лікування та відновлення якості життя пацієнта
2.5. Інші додаткові методи терапії	Не було визначено достатніх доказів щодо використання додаткових методів як самостійних варіантів лікування пацієнтів з депресією	<ol style="list-style-type: none"> У комбінації з основним лікуванням (психофармако- та психотерапією) слід використовувати наступні методи: фототерапію, стимуляцію блукаючого нерва, дієтотерапію, фізичну активність (лікувальну фізкультуру), арт-, музико-, культ-терапію У разі відмови пацієнта від медикаментозного лікування потрібно рекомендувати альтернативну психотерапевтичну допомогу, проводити психоосвітні бесіди та заходи, спрямовані на досягнення ефективного дотримання
3. Диспансерне спостереження	Особливу увагу слід приділяти дотриманню рекомендацій щодо фармакотерапії, оскільки ризик припинення прийому АД дуже високий. Хоча клінічні практичні настанови рекомендують мінімальну тривалість лікування АД РДР 6-12 місяців, близько 30% пацієнтів припиняють їх прийом впродовж 30 днів, більш ніж 40% – 90 днів	Обов'язкові <ol style="list-style-type: none"> Спостереження за станом пацієнта на етапі активної терапії необхідно проводити щоденно впродовж перших двох тижнів, через день протягом наступних двох тижнів (якщо немає іншої потреби більш інтенсивного спостереження, наприклад за відсутності терапевтичного ефекту, при ускладненнях від терапії, коморбідних розладах та ін.) та один раз на тиждень після першого місяця терапії, якщо немає потреби у більш інтенсивному спостереженні Консультації потрібно проводити з частотою, яку встановлює лікар-психіатр, але не рідше, ніж описано вище Пацієнти із депресивним епізодом потребують диспансерного спостереження (у консультативній або диспансерній групах) При передачі відповідальності за продовження призначень у ЗОЗ, що надає ПМД, лікар ЗПСМ має отримати чітку рекомендацію щодо плану лікування, дозування ліків і очікуваної тривалості терапії

Таблиця 3.3. Для закладів, що надають ТМД (високоспеціалізовану)

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Діагностика	Високотехнологічні методи та засоби діагностики	<ol style="list-style-type: none"> Проведення консилиумів та клінічних розборів Параклінічні та високотехнологічні методи обстеження: функціональна МРТ, сомнографія, дексаметазоновий тест, генетичні, нейрокогнітивні, фармакокінетичні дослідження та медикаментозний моніторинг
1.1. Клініко-анамнестичний та психопатологічні методи		Обов'язкові <ol style="list-style-type: none"> Збір та оцінка даних (демографічні дані пацієнта та його родини, оцінка скарг на здоров'я і особливості психолого-соціальної самореалізації хворого) Збір анамнезу хвороби з оцінкою її динамічних особливостей, способу життя пацієнта, світоглядних позицій, його формування як особистості, психотравматичних моментів життя, особливостей розвитку в фізичному та психологічному плані, соматичних захворювань впродовж життя, звертаючи особливу увагу на безпосередньо (наприклад, черепно-мозкові травми) чи посередньо (інтоксикації та ін.) травмуючі ЦНС; шкідливі звички, фармакоанамнез (у т.ч. зловживання неспиритними препаратами, особливо гормональними й депресогенними), фактори соціуму, які можуть впливати на настрій, наявність соціальної підтримки, психологічні та соціальні амортизаційні фактори
1.2. Психодіагностичні методи		Обов'язкові <ol style="list-style-type: none"> HAM-D MADRS CGI-S Шкала Шихана SCID

		<p><i>Бажані</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HAM-A 2. HARS 3. DESS 4. QIDS 5. MMPI-2 6. Тест Леонгарда – Шмішека 7. Методика діагностики типів ставлення до хвороби 8. Батарея лобних функцій 9. Пітсбургський опитувальник якості сну 10. Опитувальник болю Мак-Гілла 11. QLS-Q, SF-36, оцінка якості життя <p>Для встановлення патопсихологічного регістру синдрому та проведення диференційної діагностики використовують:</p> <ul style="list-style-type: none"> • YMRS • опитувальник гіпоманії • BPRS • MMSE • пакет нейропсихологічних нейрокогнітивних тестів • тематичний апперцептивний тест • методику Роршаха
1.3. Методи інструментального обстеження	<p>При застосуванні КТ і МРТ виявляються як функціональні, так і структурні зміни при депресії. КТ – розширення шлуночків мозку при психотичній депресії. Однак ці дослідження самі по собі не мають діагностичного значення і можуть використовуватися для диференційної діагностики</p>	<p><i>Бажані (за необхідності, проведення диференційної діагностики з ДР органічного походження)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. EEG 2. Доплерографія 3. КТ 4. МРТ 5. УЗДГ
1.4. Лабораторні методи		<p>Дексаметазоновий тест за необхідності</p>
2. Етап активної терапії	<p>Підставою для початку лікування є наявність депресивної симптоматики впродовж більш ніж 2 тижнів. Особливу увагу рекомендовано приділяти прихильності пацієнта до лікування, оскільки частота раннього переривання терапії залишається дуже високою. Рекомендована мінімальна тривалість лікування АД – 6-12 місяців. Стратегія з покращання прихильності пацієнта до лікування повинна також включати психоосвіту хворих та членів родини, активне залучення їх до процесу терапії. Пацієнт має бути проінформований про хворобу, вплив препарату на організм, очікуваний час появи перших ознак антидепресивного ефекту, етапи лікування, можливі побічні явища та тривалість терапії</p>	<p><i>Обов'язкові</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. На початку терапії рекомендовано оцінити попередню терапію за адекватністю, дозуванням, тривалістю та бажано використовувати один АД, який не був задіяний раніше 2. Слід проводити щотижневу оцінку тимолептичного ефекту, але рішення про зміну дози чи самого препарату (за відсутності вираженої побічної дії) приймається лише після двох тижнів терапії 3. При незначному покращанні афективного стану слід ще 2 тижні продовжувати терапію обраним препаратом, а за відсутності прогресу – перейти до АД іншої групи 4. У разі повної відсутності терапевтичного ефекту від АД впродовж 4 тижнів необхідно перейти до іншого АД цієї ж або іншої групи, або посилити терапію одним з тимостабілізаторів чи нейролептиків нового покоління, або АД іншого класу чи препаратом бензодіазепінового ряду 5. За наявності виражених симптомів тривоги рекомендується призначити транквілізатори (бензодіазепіни) терміном до 2 тижнів 6. При тяжкому депресивному епізоді, що вимагає інтенсивного лікування і несе загрозу життю пацієнту, або за відсутності прогресу у лікуванні депресивного епізоду будь-якого ступеня тяжкості зазначеними вище засобами обов'язковим є стаціонарне лікування 7. У разі призначення ТЦА бажано провести лабораторний моніторинг ТЦА в крові та контроль кардіограм 8. Для посилення терапевтичного впливу можна використовувати комбінацію АД з одним із тимостабілізаторів чи нейролептиків другого покоління, або препаратом бензодіазепінового ряду 9. Депресивний епізод, обтяжений психотичною симптоматикою, потребує обов'язкового поєднаного призначення АД і нейролептиків другого покоління, що пов'язано, зокрема, із особливою схильністю пацієнтів цієї категорії до виникнення екстрапірамідних ускладнень 10. За відсутності ефекту від фармакотерапії слід рекомендувати ЕКТ з медикаментозною релаксацією та аналгезією і дотримання технік мінімізації ускладнень 11. Тривалість етапу активної терапії – 8-16 тижнів
3. Психотерапія, психосоціальна терапія, психоосвіта		<p>Залежно від стану пацієнта з ДР комплекс психотерапії передбачає використання КПТ, МОТ, психодинамічної терапії в індивідуальному або груповому варіанті. Психоосвіта базується на заходах з пацієнтом та його родиною, спрямованих на розуміння механізмів розвитку патологічного процесу, зворотності хворобливих проявів, необхідності дотримання терапевтичного режиму й орієнтації на відновлення соціальних функцій</p>
4. Інші додаткові методи терапії		<ol style="list-style-type: none"> 1. У комбінації з основним лікуванням (психофармако- та психотерапія) слід використовувати: ЕКТ, фототерапію, стимуляцію блукаючого нерва, ТМС, дієтотерапію, фізичну активність (лікувальну фізкультуру), психодинамічну психотерапію, арт-, музико-, культ-терапію 2. У разі відмови пацієнта від медикаментозного лікування потрібно рекомендувати альтернативну психотерапевтичну та психосоціальну допомогу, а також проводити психоосвітні бесіди та заходи, спрямовані на досягнення ефективного дотримання

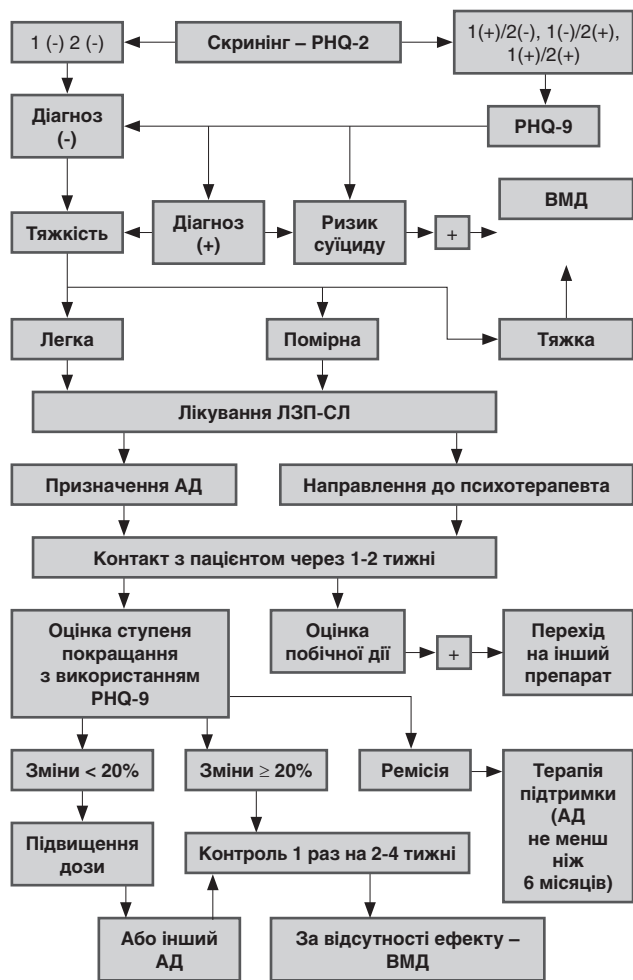


Рис. 4.1. Алгоритм лікування у ЗОЗ, що надає ПМД

Примітки: 1 – запитання №1 PHQ-2; 2 – запитання № 2 PHQ-2; (-) – відповідь «ні», (+) – відповідь «так».

IV. Опис етапів медичної допомоги

4.1. Алгоритм лікування у ЗОЗ, що надає ПМД (рис. 4.1)

4.1.1. Діагностика ДР у ЗОЗ, що надають ПМД.

ДР характеризуються одним або повторними депресивними епізодами тривалістю не менш ніж два тижні.

Критерії, наявність яких дозволяє віднести пацієнта до групи ризику розвитку депресії:

- наявність психічних та поведінкових розладів в особистому та/або сімейному анамнезі;
- наявність епізодів депресії в анамнезі;
- наявність тяжких захворювань з хронічним перебігом;
- інвалідність;
- психоемоційне навантаження, втрата близької людини, роботи тощо.
- соціальна ізоляція та відсутність міжособистісних підтримуючих стосунків у сім'ї.

Для виявлення ДР у пацієнтів групи ризику у ЗОЗ, що надає ПМД, доступним підходом, який підтвердив свою ефективність, є використання PHQ-2. Необхідно задати пацієнту два запитання:

1. Чи часто у Вас був знижений настрій, туга або почуття безнадійності упродовж останнього місяця?
2. Чи часто Ви помічали відсутність інтересу або задоволення від речей, які зазвичай цікавили або приносили задоволення, упродовж останнього місяця?

При позитивній відповіді хоча б на одне запитання необхідне проведення подальшого обстеження з використанням PHQ-9. Анкетування із застосуванням PHQ-9 дає можливість верифікації синдромального діагнозу депресії та визначення тяжкості депресії (Додаток 1).

У ЗОЗ, що надають ПМД, лікар встановлює синдромальний діагноз з урахуванням особливостей клінічних проявів. Формулювання синдромального діагнозу: ДР; ТДР.

Для виявлення пацієнтів, які мають високий ризик суїциду, всім пацієнтам з депресією необхідно ставити запитання: «Чи часто упродовж останнього місяця Вас турбували думки про здійснення самогубства?»

Пацієнти з депресією за необхідності проведення додаткових обстежень та/або для встановлення нозологічного діагнозу направляються до лікаря-психіатра у ЗОЗ, що надає ВМД. Особи з депресією та високим ризиком суїциду направляються до спеціалізованого стаціонару терміново.

Якщо діагноз депресії не підтвердився, необхідно розглянути вірогідність дистимії (F34.1). Діагностичні критерії для дистимії і великого депресивного епізоду відрізняються переважно за тяжкістю проявів та тривалістю.

Дистимія – це хронічна субдепресія з симптомами, недостатніми для постановки діагнозу ДР. Пригнічений настрій (за суб'єктивними відчуттями або спостереженнями оточуючих) відмічається більшу частину дня впродовж більш ніж половини днів на рік. Характерними є: постійна втома, ангедонія, відчуття внутрішнього дискомфорту, похмурі думки, поганий сон. При цьому в побуті й на роботі такі люди загалом адаптовані. Бувають періоди хорошого самопочуття, що тривають кілька днів і навіть тижнів. Діагноз дистимії може бути встановлений тільки тоді, коли розлад триває не менш ніж 2 роки.

4.1.2. Показання до направлення на консультацію до лікаря-психіатра (лікаря-психолога/лікаря-психотерапевта) або на госпіталізацію (табл. 4.1.2).

Таблиця 4.1.2. Показання до направлення на консультацію до лікаря-психіатра (лікаря-психолога/лікаря-психотерапевта) або на госпіталізацію

Клінічна ситуація	Консультація/ госпіталізація
Високий ризик суїциду, самозневага	Консультація/ госпіталізація
Наявність психотичних симптомів та гострого збудження	Консультація/ госпіталізація
Диференційний розлад (біполярний розлад, зловживання ПАР)	Консультація
Тяжка депресія (виражена дезадаптація у зв'язку з ДР)	Консультація
Відсутність ефекту лікування пацієнтів з легкою та помірною депресією впродовж 4-6 тижнів	Консультація
Повторний епізод впродовж року	Консультація
Погіршення соматичного стану внаслідок терапії, що проводиться	Консультація
Вагітність	Консультація
Побагання пацієнта	Консультація

Пацієнти з депресією, що супроводжується ризиком суїциду або загрозою насильства по відношенню до оточуючих, направляються у спеціалізований стаціонар терміново.

4.1.3. Вибір стратегії лікування.

1. Усі пацієнти з депресією потребують індивідуалізованого підходу до лікування з урахуванням тяжкості ДР та психосоціальних особливостей.

2. Усім пацієнтам рекомендовані заходи немедикаментозної корекції: дотримуватись режиму дня, гігієни сну, засад раціонального харчування, режиму регулярної фізичної активності.

3. ЛЗП-СЛ роблять призначення щодо лікування пацієнтам з легкою та помірною депресією. Обов'язково хворому в доступній формі надається інформація про стан його здоров'я, перебіг захворювання та рекомендації щодо немедикаментозного й медикаментозного лікування в усній і письмовій формі. Бажано надати пацієнту «Інформаційний лист про депресію для пацієнта» (Додаток 2).

4. Пацієнтам з легкою та помірною депресією (за наявності відповідних можливостей) рекомендоване проведення психотерапевтичних втручань з наступною оцінкою їх ефективності через 4-6 тижнів.

5. Пацієнтам з депресією помірного ступеня або легкого за наявності обтяжуючих обставин чи у разі неефективності заходів немедикаментозної корекції упродовж 2-4 тижнів рекомендоване призначення АД. Препаратами вибору є АД 1-ї лінії (див. Розділ 4.1.4). Препарати з групи СІЗЗС мають найвищу доказову базу.

6. Пацієнтам з післяпологовою депресією легкого або помірного ступеня необхідно призначити немедикаментозні методи лікування, психотерапію, за необхідності – АД групи СІЗЗС. Обов'язково слід проводити моніторинг ефективності лікування, а за необхідності – направити до лікаря-психіатра.

7. Вибір АД має бути індивідуальним та базуватися на клінічній оцінці стану хворого: характеристика симптомів, наявність супутніх захворювань, профіль переносимості препарату, результат попереднього лікування АД, можливі взаємодії препаратів, уподобання пацієнтів і вартість лікування.

8. Оцінку ефективності фармакотерапії варто проводити через 3-4 тижні від початку лікування з використанням РНҚ-9. Якщо кількість балів зменшилася на 20% і більше, призначене лікування слід продовжити.

9. У разі відсутності ефекту упродовж 4-6 тижнів, якщо сума балів за РНҚ-9 зменшилася менш ніж на 20% за умови виконання рекомендацій лікаря, необхідно розглянути можливість збільшення дози АД або призначення іншого препарату з урахуванням профілю побічних ефектів (Додаток 6), чи розглянути питання щодо направлення пацієнта у ЗОЗ, що надає ВМД.

10. ЛЗП-СЛ не рекомендовано призначати препарати з груп ТЦА та іМАО у зв'язку з вираженою взаємодією з іншими засобами та токсичним ефектом, у т.ч. їх кардіотоксичністю.

11. Не рекомендується призначати монотерапію препаратами бензодіазепінового ряду, оскільки вони посилюють депресію.

12. При отриманні позитивного ефекту від лікування прийом АД продовжують на 6 місяців для попередження рецидиву (див. «Моніторинг лікування»).

13. Пацієнтам похилого і старечого віку за наявності двох і більше епізодів ДР в анамнезі АД призначають на тривалий термін – впродовж двох років і більше.

14. До лікаря-психіатра у ЗОЗ, що надає ВМД, направляються пацієнти (або лікар-психіатр запрошується у ЗОЗ, що надає ПМД, на консультацію) з тяжкою депресією, а також особи з легкою і помірною депресією для погодження оптимального лікування, зокрема за неефективності терапії, призначеної ЛЗП-СЛ.

15. Пацієнтам із дистимією рекомендується провести консультування з роз'ясненням у доступній формі особливостей перебігу і лікування захворювання, рекомендувати дотримуватись режиму дня, гігієни сну, засад раціонального харчування, режиму регулярної фізичної активності. Необхідно направити хворого до лікаря-психотерапевта за наявності відповідної структури. Також слід розглянути питання про призначення АД з групи СІЗЗС.

4.1.4. Перелік АД (табл. 4.1.4).

Таблиця 4.1.4. Перелік АД

Рекомендовані як препарати 1-ї лінії лікування

- Агомелатин
- Бупропіон
- Венлафаксин
- Дулоксетин
- Есциталопрам
- Міансерин
- Міртазапін
- Пароксетин
- Сертралін
- Тіанептин
- Флуоксетин
- Флувоксамін
- Циталопрам

Рекомендовані як препарати 2-ї лінії лікування

- Амітриптилін, кломіпрамін та ін.
- Кветіапін
- Селегілін
- Тразодон

Примітка: Порядок переліку лікарських засобів не означає пріоритетності їх застосування (препарати наведені в алфавітному порядку). Дозування згідно з інструкцією.

4.2. Алгоритм лікування у ЗОЗ, що надає ВМД

Депресивні стани, що вимагають специфічного терапевтичного втручання, класифікуються відповідно до діагностичних критеріїв діючих діагностичних систем, таких як DSM-5 або МКХ-10.

Існують п'ять основних критеріїв для діагностики ВДР згідно з критеріями DSM-5 і два основних та, як мінімум, два додаткових для депресивного епізоду відповідно до критеріїв МКХ-10 (див. 4.2.1).

Наявність специфічних підтипів всередині однієї нозологічної групи впливає на вибір специфічної терапії АД і можливість її невдачі. Коморбідні стани можуть впливати не тільки на вибір специфічної терапії, а й на безпечність та клінічну ефективність лікування.

Підрозділ з тяжкості проявів хвороби має велику клінічну значущість, оскільки існує єдина думка щодо

Таблиця 4.2.1. Класифікація та критерії ВДР (DSM-5, APA, 2013) і депресивного епізоду (МКХ-10, WPA, 1992)

DSM-5	МКХ-10
<p>ВДР:</p> <ul style="list-style-type: none"> окремий епізод повторний епізод <p>Критерії (коротко)</p> <p>А. Понад два останні тижні більшу частину дня, майже щодня, спостерігається 5 з нижченаведених ознак (1 і 2 повинні бути обов'язково)</p> <ol style="list-style-type: none"> Пригнічений настрій Втрата інтересу або активності практично у всіх сферах життя Значне зниження або підвищення ваги (більш ніж на 5% за місяць) чи збільшення або зниження апетиту, спостережуване практично щодня Недостатній або надмірний сон Психомоторна загальмованість або збудження (ажитація) Слабкість або недостатність енергії Почуття неповноцінності або надзвичайне чи неадекватне відчуття провини (не тільки самозвіт відносно хвороби). Зниження здатності мислити або концентрувати увагу чи труднощі під час прийняття рішень (за суб'єктивною оцінкою або на думку оточуючих) Повторювані думки про смерть (не тільки страх смерті), суїцидальні думки або тенденції, продумування способу суїциду <p>Б. Симптоми викликають клінічно значущий дистрес (труднощі функціонування) чи порушують соціальне, професійне функціонування або іншу важливу сферу активності</p> <p>В. Епізод не можна віднести до фізіологічних проявів прийому ліків або до соматичних захворювань</p> <p>Г. Даний депресивний епізод не можна трактувати як прояв розладів шизофренічного спектра</p> <p>Д. У пацієнта ніколи не було гіпоманіакальних або маніакальних епізодів</p>	<p>Загальні діагностичні вказівки для розладів настрою</p> <ol style="list-style-type: none"> Розлади, при яких основним порушенням є зміна настрою (афект) депресивного (частіше з тривогою) характеру. Зазвичай проявляються зміною загального рівня активності. Більша частина інших симптомів вторинна або легко вписується в контекст змін рівня активності Більшість афективних розладів має тенденцію повторюватися. Початок окремих епізодів часто пов'язаний з психотравмуючою подією або ситуацією Депресивний епізод (F.32) Рекурентний депресивний розлад (F.33) <p>За ступенем тяжкості:</p> <ul style="list-style-type: none"> легкий (F33.0) помірний (F33.1) тяжкий (F33.2) <p>Критерії (коротко)</p> <p>Існує принаймні 2 тижні</p> <p>Основні:</p> <ul style="list-style-type: none"> зниження настрою втрата цікавості і задоволення від того, що раніше було приємним зниження енергії, мотивів і підвищена втома <p>Додаткові симптоми:</p> <ul style="list-style-type: none"> труднощі концентрації та уваги зниження самооцінки і впевненості в собі; ідеї провини і неповноцінності ажитація чи загальмованість суїцидальні тенденції і спроби порушення сну втрата апетиту <p>Стан зниженого настрою, мало схильний до змін впродовж депресивного епізоду, однак настрої може коливатися протягом доби</p>

прийнятності лікування легкої і помірної депресії методом психотерапії без додаткової біологічної терапії (психофармакотерапії або ЕКТ). Існує можливість позитивної відповіді на лікування пацієнтів з легкою або помірною депресією засобами фітотерапії, такими як «St. Johns worth», або бензодіазепінами без застосування АД (якщо немає особливих обмежень щодо їх прийому). Крім того, існують дані, що переважно у групі пацієнтів з тяжко вираженою депресією найкращі результати дає застосування ЕКТ, ТЦА або препаратів подвійної дії, таких як венлафаксин, дулоксетин або міртазапін.

Істотний спектр проявів депресій має відношення до практики сімейного лікаря. Таким чином, послідовність вибору терапії у первинній мережі – це діапазон пропонованих втручань, що варіюється від ретельного моніторингу легких епізодів без негайного втручання та керованої фахівцем самопомогі, короткострокового психокорекційного, психотерапевтичного втручання, фармакологічного менеджменту та, за необхідності, направлення у ЗОЗ, що надає ВМД або ТМД.

З якого кроку та в якому обсязі надавати допомогу, вирішує сімейний лікар, а відсутність терапевтичної відповіді є підставою для застосування наступного кроку терапії.

Депресію необхідно трактувати як захворювання з хронічним перебігом з принципами лікування та ведення пацієнтів аналогічно цукровому діабету та серцевій недостатності.

Менеджмент депресії передбачає наступні елементи:

- активне виявлення з використанням скринінгових питань та рейтингових шкал;
- забезпечення психофармако- та психотерапії на підставі доказової практики;
- проведення індивідуального лікування пацієнтів відповідно до покрової допомоги;
- забезпечення психопросвіти та самопомогі хворих;

- проведення динамічного моніторингу якості надання допомоги.

4.2.1. Класифікація та критерії ВДР (DSM-5, APA, 2013) і депресивного епізоду (МКХ-10, WPA, 1992) (табл. 4.2.1).

4.2.2. Мета та етапи лікування.

Традиційно лікування поділяють на активне, тривале (стабілізуюче) і підтримуюче (профілактичне).

Цілі клінічного лікування можуть бути розділені на гострі, проміжні та довготривалі. Кінцевою метою активного лікування є досягнення ремісії, що означає не тільки відсутність симптомів (у значенні відсутності відповідно до критеріїв діагнозу захворювання, а також відсутності або наявності мінімальних залишкових симптомів), але також явне покращання психосоціального функціонування та зайнятості. Проміжні цілі полягають у подальшій стабілізації і запобіганні рецидиву, виключенні субсиндромальних симптомів та відновленні колишнього функціонального рівня. Довгостроковою метою є запобігання подальшим епізодам, підтримка функціональних можливостей і задовільна якість життя (табл. 4.2.2.).

На думку пацієнта, найважливіші критерії ремісії – наявність ознак хорошого психічного здоров'я, наприклад оптимізм і впевненість у собі, а також повернення до колишнього, нормального стану і звичайного функціонування.

Проте найважливіша мета на всіх стадіях лікування захворювання полягає в тому, щоб запобігти самогубству як найбільш небезпечному результату депресії, що все ще часто зустрічається.

Дуже важливим є регулярне відстеження і документування досягнення даних цілей терапії, оскільки таким чином приймаються рішення щодо подальшого лікування.

Таблиця 4.2.2. Фази та завдання терапії ВДР

Фази терапії	Тривалість	Завдання	Дії
Гострий період	8-16 тижнів	Ремісія симптомів Відновлення функції	Формування групи спеціалістів, які займаються лікуванням Навчання Вибір та проведення лікування Моніторинг покращання
Стабілізуючий етап	6 місяців	Подолання резидуальної симптоматики Профілактика раннього рецидиву Повернення повного функціонування та якості життя	Вибір та проведення лікування Моніторинг покращання Моніторинг щодо раннього рецидиву Лікування супутніх захворювань
Підтримуюче лікування	12 місяців або більше для пацієнтів з рекурентною депресією, дистимією і пацієнтів з хронічною соматичною патологією	Підтримання повного функціонування та якості життя Профілактика рецидиву	Навчання Реабілітація Лікування супутніх захворювань Моніторинг щодо рецидиву

Таблиця 4.3. Рекомендації з індивідуальної психотерапії при гострому ВДР

Лінія (пріоритет вибору) терапії	Тип психотерапії	Доказовість рекомендацій
1-ша лінія	КПТ МОТ	Рівень 1 Рівень 1
2-га лінія	Бібліотерапія Поведінкова активація Система психотерапії когнітивно-поведінкового аналізу Комп'ютеризована КПТ КПТ і МОТ за телефоном	Рівень 1 Рівень 2 Рівень 1 (хронічний ВДР з гострим епізодом) Рівень 2 Рівень 2
3-тя лінія	Терапія прийняття віддачі Мотиваційне інтерв'ювання Психодинамічна терапія Емоційно-сфокусована терапія	Рівень 3 Рівень 4 Рівень 2 Рівень 2

4.3. Психотерапія

Психотерапія проводиться на різних етапах самостійно або з психофармакотерапією, безпосередньо при спілкуванні з лікарем або з використанням дистанційних засобів спілкування.

Якщо депресія не тяжка або ж пацієнт віддає перевагу психотерапії, вона може бути ефективною як монотерапія. При лікуванні тяжкої депресії фармакотерапія зазвичай є більш ефективною. Комбіноване лікування (психо- + фармакотерапія) може бути ще ефективнішим, хоча потребує більших фінансових витрат.

КПТ при депресії – це короткострокова (зазвичай 12-16 сеансів по одному на тиждень), сфокусована на симптомах психотерапія, яка базується на передумові, що депресивний афект підтримується спотвореними уявленнями про себе, навколишній світ та майбутнє. Після того як пацієнти вже здатні розпізнавати такі автоматичні моделі мислення, їх навчають більш адаптивним шляхам реагування.

МОТ – це короткострокова (зазвичай 12-16 сеансів по одному на тиждень) психотерапія, сфокусована на одній або декількох областях проблемного функціонування, включаючи рольові переходи, міжособистісні рольові конфлікти, нерозв'язане переживання скорботи або дефіцит міжособистісних відносин.

Рекомендації з індивідуальної психотерапії при гострому ВДР наведені в таблиці 4.3.

4.4. Фармакотерапія

4.4.1. Принципи проведення фармакотерапії.

Призначати АД слід в контексті відповідного загального клінічного підходу, включаючи:

- ретельне діагностичне обстеження з оцінкою ризику суїцидальності, винятком наявності БПР, урахуванням супутніх захворювань, одночасної (вже проведеної або ж запланованої) медикаментозної терапії, специфічних для конкретного випадку проявів (наприклад, психозу, атипичних симптомів або сезонної залежності), а також проведенням лабораторних досліджень за показаннями;
- надання пацієнтові необхідних відомостей і навчання навичкам у лікуванні свого захворювання;
- ретельний моніторинг лікування, особливо на початку проведення фармакотерапії;
- моніторинг результатів лікування з використанням валідних рейтингових шкал;
- періодична перевірка прихильності пацієнта до лікування.

4.4.2. Вибір засобу антидепресивної терапії.

Під час першочергового вибору АД слід враховувати наступні важливі фактори:

- ефект попереднього застосування антидепресивних медикаментозних агентів;
- супутні захворювання;
- профіль симптомів;
- переваги пацієнта;
- профіль чутливості до препарату;
- потенційні взаємодії між ліками;
- економічні/цінові аспекти.

4.5. Рекомендації щодо курації пацієнтів

4.5.1. Необхідно провести діагностичну оцінку, приділивши особливу увагу суїцидальним намірам, біполярності, супутнім захворюванням, прийому інших медикаментів і специфічним ознакам (психоз, атипичні ознаки та сезонність).

4.5.2. Якщо клінічно показано, слід виконати лабораторні обстеження, у тому числі аналізи функцій печінки та метаболізму.

4.5.3. Використання АД повинне супроводжуватися клінічним веденням, у тому числі навчанням пацієнта дотриманню прийому лікування і технікам самоконтролю.

4.5.4. Стан хворого слід ретельно перевіряти кожні 1-2 тижні, принаймні на початку фармакотерапії, оскільки

Таблиця 4.6.2. Частота сексуальних дисфункцій, викликаних прийомом АД 1-ї лінії лікування

Частота сексуальних дисфункцій	АД
< 10%	Агомелатин Бупропіон Міртазапін Селегілін
10-30%	Циталопрам Дулоксетин Есциталопрам Венлафаксин
> 30%	Флуоксетин Флувоксамін Пароксетин Сертралін

Таблиця 4.6.3.1. Клінічно значимі лікарські взаємодії в результаті інгібування ізоферментів CYP

Дія на CYP	Підвищення концентрації у сироватці крові	
Інгібування CYP 1A2	Агомелатин Кофеїн-бензоат натрію Клозапін Дулоксетин Мексилетин	Напроксен Теофелін Варфарин
Інгібування CYP 2C19	Антиаритмічні препарати Протиепілептичні засоби (діазепам, фенітоїн, фенобарбітал) Індометацин	Омепразол Пропранолол Варфарин
Інгібування CYP 2D6	ТЦА β-блокатори (метопролол, пропранолол) Кодеїн та інші опіюїди (знижується ефект)	Оланзапін Рисперидон Тамоксифен Трамадол
Інгібування CYP 3A4	Аміодарон Антиаритмічні препарати Антигістамінні засоби Антагоністи кальцевих каналів (дилтіазем, верапаміл) Галоперидол Інгібітори протеаз ВІЛ Статини	Імуномодулятори (циклоспорин, такролімус) Препарати групи макролідів (klarитроміцин, еритроміцин) Метадон Фенотіазини Кветіапін Силденафіл Тамоксифен

Таблиця 4.6.3.2. Потенційні лікарські взаємодії АД 1-ї лінії лікування

Мінімальна чи низька можливість	Помірна можливість	Висока можливість
Циталопрам Есциталопрам Міртазапін Венлафаксин	Агомелатин (субстрат 1A2 ¹) Бупропіон (2D6) Дулоксетин (2D6; субстрат 1A2 ¹)	Флуоксетин (2D6, 2C19) Флувоксамін (1A2, 2C19, 3A4) Пароксетин (2D6; Р-глікопротеїн) Селегілін (попередження іМАО ²) Сертралін (2D6; Р-глікопротеїн)

Примітки: У дужках зазначені ізоферменти CYP або Р-глікопротеїн, що інгібуються;
¹ – Слід уникати одночасного прийому інгібіторів CYP 1A2 (ципрофлоксацину й інших антибактеріальних препаратів, тиклопідину), оскільки концентрація АД у сироватці крові буде підвищуватися, що призведе до можливих побічних ефектів;
² – Попередження схожі з такими для старих іМАО; слід уникати одночасного призначення інших АД, серотонінергічних і симпатоміметичних засобів.

це – період високого ризику. Залежно від тяжкості і відповіді на лікування, надалі частоту візитів можна скоротити до одного на 2-4 тижні або рідше.

4.5.5. Спостереження повинне включати відповідне використання шкал валідності оцінки результатів лікування.

4.5.6. Вибір АД має бути індивідуальним, базуватися на клінічних факторах, у числі яких профіль симптомів, супутні захворювання, профіль переносимості, відповідь на лікування у минулому, можливі взаємодії препаратів, побажання пацієнтів і вартість.

Препаратами вибору є АД 1-ї лінії лікування. ТЦА рекомендують як препарати 2-ї лінії через проблеми з переносимістю і безпечністю; іМАО призначають як засоби 3-ї лінії терапії у зв'язку із проблемами з переносимістю та безпечністю, необхідністю дотримання дієти й обмеженнями при прийомі інших медикаментів.

4.6. Розповсюджені запитання, які виникають при курації пацієнтів з депресією

4.6.1. Чи пов'язаний прийом АД із появою суїцидальних намірів?

Доказові дані у дорослих (проведені метааналізи РКД) не показали підвищення ризику завершених суїцидів або росту суїцидальних намірів при прийомі СІЗЗС і новітніх АД. На сьогодні відсутні чіткі докази того, що застосування СІЗЗС і новітніх АД пов'язане з появою суїцидальних намірів у пацієнтів молодого й похилого віку.

4.6.2. Які інші серйозні побічні ефекти АД?

Серотоніновий синдром, підвищений ризик кровотеч верхнього відділу ШКТ, особливо у комбінації з нестероїдними протизапальними засобами, остеопороз і переломи в осіб похилого віку, ризик судомних припадків (бупропіон), кардіотоксичність (ТЦА) (Додаток 6).

Частоту сексуальних дисфункцій, викликаних прийомом АД 1-ї лінії лікування, відображено у таблиці 4.6.2.

4.6.3. Якими є відмінності у можливих лікарських взаємодіях?

Одночасне використання декількох медикаментів (поліпрагмазія) можливе у пацієнтів, що страждають на РДР, і пояснюється тривалим перебігом депресій, високою поширеністю супутніх соматичних захворювань та недостатньою відповіддю на монотерапію АД. Отже, взаємодія медикаментів з АД є важливою клінічною проблемою (табл. 4.6.3.1, 4.6.3.2).

4.6.4. Які ще фактори впливають на вибір АД?

При виборі АД необхідно враховувати фактори з боку пацієнта (стать та вік, тяжкість і діагностичний підтип захворювання, супутня патологія, відповідь на лікування в анамнезі, чутливість до побічних ефектів, можливі біомаркери) й терапевтичні фактори (ефективність, переносимість, безпека препарату, його ефективність в умовах клінічної практики, потенційні лікарські взаємодії, простота використання, синдром рикошету, вартість, бренди порівняно з генериками). Так, вибір АД залежить від підтипу депресії (наприклад, депресія з атиповими, меланхолійними або психотичними ознаками чи сезонна).

4.6.5. Резюме з фармакотерапії.

1. Відповідна оцінка і моніторинг суїцидального ризику є важливими складовими лікування РДР, проте стурбованість із приводу суїцидальних намірів, викликаних

прийомом АД, не повинна перешкоджати початку лікування в дорослих (рівень доказовості I).

2. При виборі конкретного медикамента слід розглядати профіль побічних ефектів певних АД (рівень доказовості II).

3. Нечасті, але серйозні побічні явища необхідно брати до уваги в пацієнтів, схильних до ризику їх виникнення (рівень доказовості II).

4. Для пацієнтів з ризиком лікарських взаємодій при виборі препарату рекомендується враховувати вплив певних АД на ізоферменти СYP і Р-глікопротеїн (рівень доказовості III). При лікуванні АД у пацієнтів необхідно вести моніторинг сексуальних і метаболічних побічних ефектів (рівень доказовості II).

5. Слід розглядати стратегії ведення побічних реакцій, що включають зниження дози, фармакологічні антидоти і можливості переходу на інший АД, якщо при досягненні відповіді або ремісії небажані ефекти продовжують турбувати пацієнта (рівень доказовості III).

6. Для ДР із психотичними ознаками рекомендується комбінувати АД з антипсихотичними засобами (рівень доказовості I).

4.7. Ведення пацієнтів при неповній відповіді та її відсутності

4.7.1. Як довго чекати на клінічну відповідь?

Зазвичай антидепресивний ефект з'являється на 2-4-му тижні або пізніше. Останнім часом зазначається, що більш рання (1-2-й тиждень) відповідь на терапію корелює з більш повним досягненням ремісії. У пацієнтів, у яких виявляють незначне покращання (на менш ніж 20% за шкалою оцінки депресії) після двох тижнів прийому АД, слід вносити зміни до терапії, наприклад, підвищувати дозу.

4.7.2. Що робити, якщо пацієнт не відповідає на лікування?

Досягнення і підтримка симптоматичної ремісії – перші необхідні кроки на шляху до функціонального одужання, проте натуралістичні дослідження лікування демонструють, що майже в 2/3 пацієнтів після прийому першого АД повна ремісія не настає. Якщо після оптимізації дози АД (підвищення) покращання відсутнє, у першу чергу треба провести повторну оцінку питань діагностики (біполярність, підтип депресії, супутні розлади, зловживання психоактивними речовинами) і лікування (дотримання режиму прийому, побічні реакції, суїцидальні наміри).

Незважаючи на відсутність загально визнаного визначення резистентної депресії, найчастіше використовується наступне: невдалий результат після адекватних спроб терапії двома або більше АД.

Варіанти лікування резистентної депресії включають додавання психотерапії з доведеною ефективністю, перехід до нейростимулюючого лікування, наприклад ЕКТ або ТМС, і продовження фармакологічних стратегій. Останні включають переведення на монотерапію іншим АД або додавання інших препаратів до першого АД (табл. 4.7.2). Термін «потенціювання» використовується для описання додавання медикаментів, які не є АД (літій, атипичний антипсихотик або тиреоїдний гормон), тоді як «комбінація» передбачає додавання іншого АД до першого (табл. 4.7.2).

Таблиця 4.7.2. Терапія за відсутності або при неповній відповіді на перший АД

1-ша лінія	Перехід на інший препарат з доведеною ефективністю	Дулоксетин (рівень доказовості II) Есциталопрам (рівень доказовості I) Міртазапін (рівень доказовості II) Сертралін (рівень доказовості I) Венлафаксин (рівень доказовості I)
	Доповнення іншим препаратом	Арипіпразол (рівень доказовості I) Літій (рівень доказовості I) Оланзапін (рівень доказовості I) Рисперидон (рівень доказовості II)
2-га лінія	Доповнення іншим препаратом	Бупропіон (рівень доказовості II) Міртазапін/міансерин (рівень доказовості II) Кветіапін (рівень доказовості II) Інший АД (рівень доказовості III)
	Перехід на інший препарат з доведеною ефективністю, але з обмеженням щодо побічних ефектів	Амітриптилін (рівень доказовості II) Кломіпрамін (рівень доказовості II) ІМАО (рівень доказовості II)
3-тя лінія	Доповнення іншим препаратом	Бупірон (рівень доказовості II) Стимулятори (рівень доказовості III) Зипразидон (рівень доказовості III)

4.7.3. Який підхід є більш раціональним і послідовним при неповній відповіді або її відсутності на лікування АД 1-ї лінії?

1. Розпочати й оптимізувати терапію АД 1-ї лінії.
 2. Визначити ступінь покращання, використовуючи валідизовані шкали оцінки.
 3. Немає покращання (зміни $\leq 20\%$) або непереносимість.
 4. Деяке покращання (зміни $\geq 20\%$), але не ремісія.
 5. Ремісія (показники в діапазоні норми).
 6. Оцінити побічні ефекти й симптоми.
 7. Оцінити побічні ефекти й резидуальні симптоми.
 8. Оцінити фактори ризику рецидиву.
 9. Перехід на інший препарат з доведеною ефективністю.
 10. Якщо менш ніж повна ремісія.
 11. Додавання до лікування іншого препарату (додавання/комбінація).
 12. Підтримуюча терапія.
 13. Ремісія (показники в діапазоні норми).
 14. Розцінювати депресію як резистентну до лікування.
- Початок покращання (зниження показників оцінки симптомів більш ніж на 20%) при прийомі АД 1-ї лінії терапії має проявлятися впродовж 1-4 тижнів після досягнення терапевтичної дози. Якщо за цей час його немає, а препарат добре переноситься, дозу необхідно підвищити. Якщо покращання все ще недостатнє, необхідно переглянути діагноз (зокрема, супутні розлади), ступінь покращання (кількість і тип резидуальних симптомів), прийом препаратів та переносимість.

Окрім того, на кожному з етапів залежно від тяжкості і побажань пацієнта можна розглянути доповнення лікування доведеними нефармакологічними інтервенціями (КПТ, фізичні вправи, світлотерапія і т.д.) або перехід на нейростимулююче лікування (ЕКТ або ТМС).

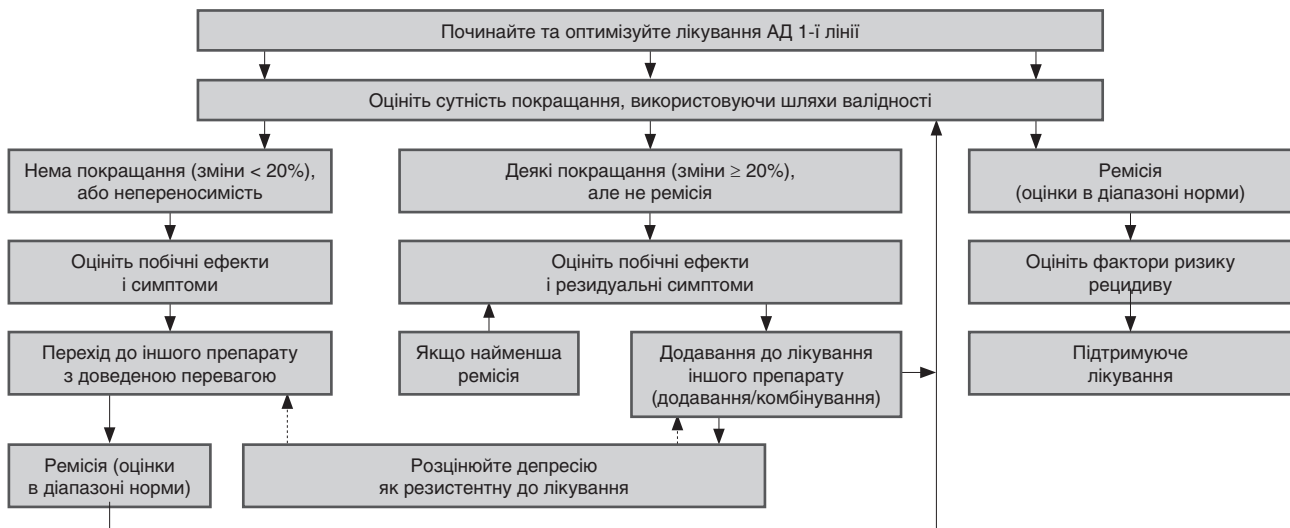


Рис. 4.7.3. Алгоритм ведення пацієнта з недостатньою відповіддю на лікування АД 1-ї лінії

Якщо покращання відсутнє (зниження показників оцінки симптомів менш ніж на 20%), слід переходити на інший АД з доведеною перевагою в ефективності. Якщо проблемою є переносимість, необхідно призначати АД з іншим профілем побічних явищ.

У разі якщо покращання внаслідок монотерапії іншим препаратом відсутнє або недостатнє, рекомендується додаткове лікування.

Якщо є деяке покращання, але ремісії після прийому АД 1-ї лінії не досягнуто, залежно від переносимості рекомендують використовувати додаткове лікування – додавання іншого препарату до основного АД. Вибір препарату для додаткової терапії має бути індивідуальним залежно від ефективності, тяжкості побічних реакцій і резидуальних симптомів.

Якщо на додаткове лікування відповідь недостатня, необхідно розглянути стратегії для резистентної депресії. Варіанти фармакотерапії включають використання іншого додаткового препарату, перехід на інший АД 1-ї лінії із низкою доказів про перевагу або АД 2-ї чи 3-ї лінії, у тому числі ТЦА (зокрема кломіпрамін), кветіапін або інгібітори MAO.

Після досягнення повної ремісії симптомів пацієнт повинен продовжувати прийом АД, як мінімум, впродовж 6-9 місяців, перш ніж припинити його. В осіб, схильних до ризику рецидиву, підтримуюче лікування слід оцінювати індивідуально. Для багатьох така терапія є необхідною принаймні впродовж двох років, а в деяких випадках – довічно. Доза АД для підтримуючої терапії має бути такою ж, яка була потрібна в гострій фазі.

Алгоритм ведення пацієнта з недостатньою відповіддю на лікування АД 1-ї лінії представлений на рисунку 4.7.3.

4.7.4. Як довго пацієнтам слід приймати АД після покращання?

Метааналізи РКД продемонстрували, що підтримуюче медикаментозне лікування ефективно запобігає поверненню симптомів і продовжує діяти від 6 місяців до 5 років. Підтримуючі дози повинні бути такими ж, як і ті, за допомогою яких досягнуто покращання.

4.7.5. Фактори, які зумовлюють тривале (від двох років або довічно) підтримуюче лікування АД.

1. Похилий вік.
2. Рецидивуючі епізоди (≥ 3).

3. Хронічний перебіг.
4. Психотичні епізоди.
5. Тяжкі епізоди.
6. Епізоди, які погано піддаються лікуванню.
7. Значимі супутні захворювання (психіатричні або соматичні).
8. Резидуальні симптоми (недостатня ремісія) під час поточного епізоду.
9. Рецидиви в анамнезі під час припинення прийому АД.

V. Ресурсне забезпечення виконання протоколу

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні ЛПМД (КМП) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до ЛПМД (КМП), та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій МОЗ України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою www.drlez.kiev.ua.

1. Для закладів, які надають ПМД

1.1. Кадрові ресурси.

ЛЗП-СЛ, який має сертифікат, пройшов післядипломну підготовку у дворічній інтернатурі або на 6-місячному циклі спеціалізації; медична сестра загальної практики.

На етапі впровадження ЛПМД пацієнтів із депресією ЛЗП-СЛ мають пройти тематичне удосконалення в ЗОЗ «Діагностика та лікування депресивних розладів у ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу». Навчальна програма додається (Додаток 5).

1.2. Матеріально-технічне забезпечення.

Оснащення: опитувальники РНQ-9.

Лікарські засоби (порядок переліку не означає пріоритетності їх застосування; препарати наведені в алфавітному порядку): АД – Агомелатин, Амітриптилін, Бупропіон, Венлафаксин, Доксепін, Дулоксетин, Есциталопрам, Іміпрамін, Кломіпрамін, Мапротилін, Міансерин, Міртазапін, Пароксетин, Сертралін, Тіанептин, Тразодон, Флувоксамін, Флуоксетин, Циталопрам.

2. Для закладів, які надають ВМД та ТМД

2.1. Кадрові ресурси.

Лікарі-психіатри, лікарі-психотерапевти, лікарі-психологи, практичні психологи, лікарі-терапевти, лікарі-кардіологи, лікарі-неврологи, лікарі-гастроентерологи та інші відповідні спеціалісти.

2.2. Матеріально-технічне забезпечення.

Оснащення: комп'ютерний томограф, магнітно-резонансний томограф, ультразвуковий доплерограф, електроенцефалограф.

Лікарські засоби (порядок переліку не означає пріоритетності їх застосування; препарати наведені в алфавітному порядку):

- АД: Агомелатин, Амітриптилін, Бупропіон, Венлафаксин, Доксепін, Дулоксетин, Есциталопрам, Іміпрамін, Кломіпрамін, Мапротилін, Міансерин, Міртазапін, Пароксетин, Сертралін, Тіанептин, Тразодон, Флувоксамін, Флуоксетин, Циталопрам;
- антипсихотики: Амісульприд, Арипіпразол, Галоперидол, Зипразидон, Зуклопентиксол, Кветіапін, Клозапін, Оланзапін, Паліперидон, Рисперидон, Сертиндол, Сульпірид, Тіорідазин, Трифлуоперазин, Флуфеназин, Флупентиксол, Хлорпромазин, Хлорпротиксен;
- анксиолітики: Буспірон, Діазепам, Оксазепам, Хлордіазепоксид;
- нормотиміки: Літій.

VI. Індикатори якості медичної допомоги

1. Форма № 025/о – МКАХ (Форма № 025/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974.

2. Форма № 030/о – Контрольна карта диспансерного нагляду (Форма 030/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28.04.2012 року за № 661/20974.

3. Форма № 106/о – Лікарське свідоцтво про смерть (Форма 106/о), затверджена наказом МОЗ України від 08 серпня 2006 р. № 545 «Про впорядкування ведення медичної документації, яка засвідчує випадки народження і смерті», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 25.10.2006 року за № 1150/13024.

6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги.

6.1.1. Наявність у лікаря ЗПСМ локального протоколу ведення пацієнта з депресією.

6.1.2. Наявність у ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з депресією.

6.1.3. Використання опитувальників PHQ-2 та PHQ-9 лікарями ЗПСМ для діагностики депресії.

6.1.4. Відсоток лікарів ЗПСМ, які пройшли тематичне удосконалення з діагностики та лікування депресивних розладів у ЗОЗ, що надають ПМД.

6.1.5. Відсоток пацієнтів, які скоїли суїцид.

6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги.

6.2.1. А) Наявність у ЛЗП-СЛ локального протоколу ведення пацієнта з депресією.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) у регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД та відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора: 2015 р. – 90%; 2016 р. та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора:

а) організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій;

б) дані надаються ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД), які надають допомогу на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій;

в) дані надаються поштою, у тому числі електронною;

г) метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки; індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД), зареєстрованих на території обслуговування; значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника;

г) знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів ЗПСМ (АСМ, центри ПМД), зареєстрованих на території обслуговування; джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД), зареєстрованих на території обслуговування;

д) чисельник індикатора складає загальна кількість ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнта з депресією (наданий екземпляр ЛПМД); джерелом інформації є ЛПМД, наданий ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД);

е) значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.2. А) Наявність у ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з депресією.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) у регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД і відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора: 2015 р. – 90%; 2016 р. та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора:

а) організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій;

б) дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій;

в) дані надаються поштою, у тому числі електронною;

г) метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки; індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування; значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника;

г) знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування; джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування;

д) чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності ЛПМД ведення пацієнта з депресією (наданий екземпляр ЛПМД); джерелом інформації є ЛПМД, наданий ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу;

е) значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.3. А) Використання опитувальників РНQ-2 та РНQ-9 ЛЗП-СЛ для діагностики депресії.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Аналіз індикатора дозволить виявити проблеми, пов'язані з кваліфікованою оцінкою діагностики депресії.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора:

а) організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій;

б) дані надаються ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД), які надають допомогу на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій;

в) дані надаються поштою, у тому числі електронною;

г) метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки або автоматизованої обробки; індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД), зареєстрованих на території обслуговування; значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника;

г) знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів ЗПСМ (АСМ, центри ПМД), зареєстрованих на території обслуговування; джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД), зареєстрованих на території обслуговування;

д) чисельник індикатора складає загальна кількість ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД), зареєстрованих на території обслуговування, які використовували опитувальники РНQ-2 та РНQ-9 для діагностики депресії; джерелом інформації є записи в первинній медичній документації (МКАХ, Форма № 25/о) щодо результатів використання РНQ-2 та РНQ-9 при обстеженні пацієнта ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД);

е) значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.4. А) Відсоток ЛЗП-СЛ закладу, які пройшли тематичне удосконалення з діагностики та лікування депресивних розладів у ЗОЗ, що надають ПМД (Додаток 5).

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує рівень ЛЗП-СЛ закладу, які пройшли тематичне удосконалення з діагностики та лікування депресивних розладів у ЗОЗ, що надають ПМД. Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора:

а) організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій;

б) дані надаються ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій;

в) дані надаються поштою, у тому числі електронною;

г) метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки; індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД), зареєстрованих на території обслуговування; значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника;

г) знаменник індикатора складає загальна кількість ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД), які надають допомогу на території обслуговування; джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД), зареєстрованих на території обслуговування;

д) чисельник індикатора складає загальна кількість ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт участі в програмі тематичного удосконалення з діагностики та лікування депресивних розладів; джерелом інформації є документ (свідоцтво) з проходження тематичного удосконалення, наданий ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД);

е) значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.5. А) Відсоток пацієнтів, які скоїли суїцид.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

При аналізі індикатора слід зважати на низьку інформативність порівнянь значень показника, обчисленого на невеликій кількості випадків, що складають чисельник або знаменник індикатора. Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора:

а) організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: лікарі-психіатри, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій;

б) дані надаються лікарями-психіатрами, ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій;

в) дані надаються поштою, у тому числі електронною;

г) метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки; індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони

здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів-психіатрів ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування; значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника;

г) знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з депресією, які перебувають на диспансерному обліку на території обслуговування; джерелом інформації є: МКАХ (форма № 025/о), Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о);

д) чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з депресією, які перебували на диспансерному обліку на території обслуговування, для яких задокументований факт скоєння суїциду; джерелом інформації є: МКАХ (форма № 025/о), Лікарське свідоцтво про смерть (форма № 106/о);

е) значення індикатора наводиться у відсотках.

VII. Перелік джерел літератури, використаних при розробці УКПМД

1. Адаптована клінічна настанова, що базується на доказах «Депресія (легкий та помірний епізоди без соматичного синдрому та з соматичним синдромом)».

2. Адаптована клінічна настанова, що базується на доказах «Рекурентні депресивні розлади».

3. Закон України від 22.02.2000 р. № 1489-III «Про психіатричну допомогу».

4. Наказ МОЗ України від 08.04.2014 р. № 252 «Про затвердження шостого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

5. Наказ МОЗ України від 27.12.2013 р. № 1150 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів».

6. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313.

7. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, які використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований у Міністерстві юстиції України за № 661/20974 від 28.05.2012 р.

8. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 734 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування».

9. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 735 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування».

10. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 739 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру».

11. Наказ МОЗ України від 02.03.2011 р № 127 «Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень».

12. Наказ МОЗ України від 17.11.2010 р. № 999 «Про затвердження форм звітності та медичної облікової документації служб швидкої та невідкладної медичної допомоги України», зареєстрований Міністерством юстиції України за № 147/18885 від 03.02.2011 р.

13. Наказ МОЗ України від 15.04.2008 р. №199 «Про затвердження Порядку застосування методів

психологічного і психотерапевтичного впливу» зареєстрований Міністерством юстиції за №577/15268 від 03.07.2008 р.

14. Наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», зареєстрований Міністерством юстиції за № 892/7180 від 12.11.2002 р.

15. Наказ МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».

VIII. Додатки до УКПМД

Додаток 1

Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9)

PHQ-9 – шкала самооцінки депресії з дев'яти пунктів, ефективна у діагностиці ВДР, так само як і для вибору методу/засобу лікування та моніторингу результатів.

ПІБ _____	Дата _____	Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини цього часу	Майже кожного дня
Як часто за останні 2 тижні Вас турбували наступні прояви? (свою відповідь позначте «V»)					
1.	Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	0	1	2	3
2.	Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	0	1	2	3
3.	Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон	0	1	2	3
4.	Почуття втоми або знесилення (занепад сил)	0	1	2	3
5.	Поганий апетит чи навпаки – переїдання	0	1	2	3
6.	Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або що не виправдали сподівань своєї родини	0	1	2	3
7.	Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)	0	1	2	3
8.	Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай	0	1	2	3
9.	Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	0	1	2	3
Сума					
Загальний бал					
У разі наявності у Вас наведених вище проблем – наскільки вони ускладнили виконання Вами службових обов'язків, домашніх справ або ж спілкування з іншими людьми?		Зовсім не ускладнили			
		Дещо ускладнили			
		Дуже ускладнили			
		Надзвичайно ускладнили			

Критерії оцінки результатів PHQ-9 *

Загальний бал	Тяжкість депресії
0-4	Депресія відсутня
5-9	Легка («субклінічна») депресія
10-14	Помірної тяжкості депресія
15-19	Середньої тяжкості депресія
20-27	Тяжка депресія

Примітка: * – Бал >10 є інформативним у значенні ВДР з чутливістю та специфічністю 83%.

Додаток 2

Інформація про депресію для пацієнта

За статистикою, 15-20% людей на Землі, переносять упродовж життя хоча б один епізод депресії.

Прояви депресії можуть бути різноманітними, але всі вони пов'язані зі зміною настрою і ставлення до подій повсякденного життя, характерними є відчуття пригніченості, безнадії та безпорадності. Знижується інтерес до життя й усіх задоволень, зникає бажання спілкуватися з оточуючими, виникають песимістичні думки про марність життя та про власну непотрібність, можуть навіть з'явитися думки про самогубство. Депресивний стан впливає на працездатність, мотивацію і оцінку життєвих подій та може стати причиною життєвих проблем.

Основні прояви депресії наведені нижче.

1. Пригнічений настрій, який відмічається більшу частину дня практично щоденно, особливо в ранковій годині, упродовж двох тижнів та більше, незалежно від зовнішніх обставин.

2. Відчутне зниження або повна втрата інтересів та задоволення від діяльності, яка зазвичай була пов'язана з позитивними емоціями.

3. Немотивоване зниження енергії та активності, підвищення втомлюваності при фізичних і інтелектуальних навантаженнях.

4. Зниження самооцінки, впевненості в собі, наявність почуття провини, безпорадності, розгубленості, невпевненості у своїх діях, нездатність прийняти рішення чи зосередитися.

Часто спостерігаються інші скарги – надмірна сонливість або ж безсоння, тривога та занепокоєння, дратівливість, апатія, плаксивість, можуть виникнути порушення апетиту, зменшення або збільшення маси тіла.

Виділяють біологічні, психологічні й соціальні причини депресії. До біологічних причин відносяться порушення біохімічних процесів у головному мозку, що призводить до зміни концентрації у ньому таких біологічно активних речовин, як серотонін, норадреналін та дофамін. Такі порушення можуть мати спадковий характер. Психологічних причин депресії може бути декілька. По-перше, це особисті відносини – в родині, на роботі, з друзями, які характеризуються надмірною критикою та підвищеним рівнем конфліктності, по-друге, стресогенні ситуації – смерть близьких людей, розлучення, втрата роботи. Важливим фактором є соціальна ізоляція – відсутність або недостатність довірчих контактів та емоційної підтримки. До соціальних факторів відносяться також підвищений рівень стресу і соціальна нестабільність, які є характерними ознаками сучасного життя. Підґрунтям для розвитку депресивних розладів може також стати перевтома або тяжке заворування з тривалим перебігом, особливо коли воно призводить до інвалідизації.

На початкових стадіях депресії людина просто песимістично оцінює все, що відбувається з нею або навколо неї, часто зосереджує увагу на тривожних спогадах, які її непокоять, картає себе за те, що

неправильно вчинила у тій чи іншій ситуації. Люди можуть не звертатися за допомогою, оскільки вважають, що у них є всі підстави для того, аби перебувати у поганому настрої, та не вірять, що зможуть коли-небудь знов відчувати радість і енергію. Однак таке ставлення є помилковим. Депресія – це хвороба, і її краще лікувати на початкових стадіях. Дуже важливо вчасно звернутися по допомогу до лікаря.

Якщо у вас пригнічений настрій, роздратованість або плаксивість, ви відчуваєте постійну тривогу або почуття провини, з'явилися розлади апетиту та сну, і цей стан триває більш ніж два тижні та призводить до порушення працездатності й міжособистісних стосунків, розкажіть про це сімейному лікарю. Говорити про свою проблему – значить зробити перший крок на шляху одужання від депресії.

Сучасний підхід до лікування депресії включає прийом фармакологічних препаратів – АД, проведення сеансів психотерапії або їх комбінацію. Вибір стратегії лікування залежить від тяжкості симптомів, їх тривалості, наявності супутньої патології та інших факторів, які може оцінити тільки лікар. Лікування депресії, яка виникла вперше, може призначити дільничний терапевт або сімейний лікар. Лікарі-спеціалісти – лікарі-психоневрологи, лікарі-психіатри – переважно, надають медичну допомогу пацієнтам з депресією за необхідності проведення додаткових діагностичних обстежень, при виникненні ускладнень або за умов неефективності призначеної терапії. У медичних закладах, що надають ПМД, використовують переважно АД з групи СІЗЗС. Вони, здебільшого, добре переносяться, не викликають залежності та звикання. Потрібно знати, що терапевтичний ефект від препаратів цієї групи настає поступово, проходить переважно 2-3 тижні до виникнення позитивних змін, тому дуже важливо дотримуватися рекомендацій лікаря щодо режиму прийому препарату, його дози та тривалості курсу лікування і не відмінити самостійно. При дотриманні режиму лікування стан поступово покращується, але потрібно знати, що для зниження ризику виникнення повторного епізоду депресії у майбутньому препарат потрібно приймати тривалий час – принаймні впродовж шести місяців після покращання самопочуття.

Психотерапія є важливою складовою лікування депресії. Вона допомагає здобути навички емоційної саморегуляції, що дозволяє, зокрема, більш ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями та реально оцінювати життєві проблеми.

При лікуванні депресії важливо дотримуватися рекомендацій щодо режиму праці та відпочинку, гігієни сну й інших заходів, які є складовими здорового способу життя. Пред'являйте до себе посилені вимоги – це стосується як роботи, так і стосунків з оточуючими, ставте перед собою реальні цілі, за можливості, уникайте людей, спілкування з якими вам неприємне, та підтримуйте регулярне спілкування з близькими людьми, які можуть надати емоційну підтримку. Плануйте позитивні події – зустрічайтеся з друзями, слухайте музику, займайтеся спортом або

фізкультурою хоча б двічі на тиждень. Хороші емоції підвищують рівень серотоніну та дофаміну, регулярні фізичні вправи знижують рівень гормону стресу кортизолу, що сприяє зменшенню відчуття тривоги. При депресії позитивну роль відіграє будь-яка фізична активність, серед найбільш популярних – заняття танцями, йогою, плавання, гра в теніс, інші спортивні ігри. Рекомендується надавати перевагу груповим заняттям або у компанії. Хороший ефект мають медитаційні техніки та заняття йогою. Намагайтеся більше бувати на вулиці у світлу частину доби – у ряді досліджень показано позитивний вплив сонячного світла на перебіг і профілактику депресії. Важливою складовою лікування депресії є нормалізація сну, а його нестача призводить до фізичної втоми та емоційного виснаження. Обмежте прийом напоїв, які містять кофеїн та алкоголь, – вони збільшують тривожність і сприяють безсонню. Слідкуйте за своїм харчуванням – намагайтеся їсти 4-5 разів на день, навіть якщо апетиту немає, бо низький рівень глюкози в крові має негативний вплив на перебіг депресії. Харчування має бути повноцінним щодо вмісту основних груп продуктів, вітамінів та мікроелементів для підтримки фізичних сил і нормального обміну біологічно активних речовин у ЦНС. Синтез серотоніну – одного з гормонів, що впливають на настрій, потребує достатньої кількості фолієвої кислоти та вітаміну B₆, які містяться в бананах, цитрусових, овочах зеленого кольору, горіхах. Позитивний вплив на перебіг депресії має також вітамін С, основним джерелом якого є свіжі фрукти та овочі. Не рекомендується зловживати кондитерськими виробами і солодощами. Це призводить до різких коливань рівня глюкози у крові і може посилити відчуття втоми та розбитості.

З метою забезпечення ефективності і безпечності фармакотерапії необхідно дотримуватися рекомендацій із використання лікарських засобів, призначених лікарем, та інструкції для медичного застосування препаратів. До завершення курсу лікування слід зберігати первинну та/або вторинну упаковку лікарського засобу, на якій зазначені назва, форма випуску, доза, серія, дата випуску, термін придатності, назва виробника.

Співпраця з лікарем та ваша активна участь у лікуванні значно підвищують вірогідність одужання.

Депресію можна вилікувати!

Додаток 3

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Цю анкету розроблено для того, щоб допомогти Вашому лікарю зрозуміти, як Ви себе почуваете. Прочитайте уважно кожне твердження і виберіть ту відповідь, яка найбільше відповідає тому, як Ви почували себе на минулому тижні. Відмітьте кружечок, що знаходиться перед відповіддю, що Ви обрали. Не думайте надто довго щодо кожного твердження, оскільки перша реакція є завжди найвірнішою.

Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі

- 3 Увесь час
2 Часто
1 Час від часу, іноді
0 Зовсім не відчуваю

Д Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає таке ж відчуття

- 0 Це так
1 Напевно, це так
2 Дуже малою мірою це так
3 Це зовсім не так

Т Я відчуваю страх, здається, що ось-ось може статись щось жахливе

- 3 Це так, та страх дуже сильний
2 Це так, але страх не дуже сильний
1 Іноді, але це мене не турбує
0 Зовсім не відчуваю

Д Я здатний розсміятися та углядіти у тій чи іншій події смішне

- 0 Це так
1 Напевно, це так
2 Дуже малою мірою це так
3 Це зовсім не так

Т Метушливі думки крутяться у мене в голові

- 3 Постійно
2 Більшу частину часу
1 Час від часу і це не так часто
0 Тільки іноді

Д Я відчуваю бадьорість

- 3 Зовсім не відчуваю
2 Дуже рідко
1 Іноді
0 Практично весь час

Т Я можу легко сісти та розслабитись

- 0 Це так
1 Напевно, це так
2 Зрідка це так
3 Зовсім не можу

Д Мені здається, що я став робити все дуже повільно

- 3 Практично весь час
2 Часто
1 Іноді
0 Зовсім ні

Т Я відчуваю внутрішню напругу чи тремтіння

- 0 Зовсім не відчуваю
1 Іноді
2 Часто
3 Дуже часто

Д Я не слідкую за своєю зовнішністю

- 3 Це так
- 2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно
- 1 Мені здається, я став менше приділяти цьому уваги
- 0 Я слідкую за собою так, як і раніше

Т Я відчуваю непосидючість, мені постійно треба рухатись

- 3 Це так
- 2 Напевно, це так
- 1 Деякою мірою це так
- 0 Зовсім не відчуваю

Д Я вважаю, що мої справи (заняття, хобі) можуть принести мені відчуття задоволення

- 0 Точно так, як і звичайно
- 1 Так, але не тою мірою, як раніше
- 2 Значно менше, ніж звичайно
- 3 Зовсім так не вважаю

Т У мене буває раптове відчуття паніки

- 3 Дуже часто
- 2 Досить часто
- 1 Не так і часто
- 0 Зовсім не буває

Д Я можу отримати задоволення від цікавої книги, радіо- чи телепрограми

- 0 Часто
- 1 Іноді
- 2 Зрідка
- 3 Дуже рідко

Бали підраховуються окремо за шкалою тривоги (Т) і депресії (Д). Критеріями оцінки даних за HADS є: 0-7 балів – норма; 8-10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія; 11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

Додаток 4

Опитувальник здоров'я пацієнта (PHQ-15)

Впродовж останніх чотирьох місяців наскільки кожне з наступних питань турбувало Вас:

- Взагалі не турбувало (0)
- Трохи турбувало (1)
- Значно турбувало (2)

1. Біль у животі
2. Біль у спині
3. Біль у руках, ногах, суглобах
4. Менструальні болі або інші проблеми з менструаціями (*лише для жінок*)
5. Головний біль
6. Біль у грудях
7. Запаморочення
8. Непритомність
9. Відчуття, немов серце вистрибує з грудей

10. Задишка
11. Біль або проблеми під час статевого акту
12. Запор, пронос або діарея
13. Нудота, гази або розлад шлунка
14. Почуття втоми або нестачі енергії
15. Проблеми зі сном

Загальний бал Т _____ = _____ + _____

Додаток 5

Діагностика та лікування депресивних розладів у ЗОЗ, що надають ПМД

Навчальна програма тематичного удосконалення, рекомендована для проведення тематичного удосконалення лікарів загальної практики на етапі впровадження ЛПМД «Депресія»

Зміст

Тема 1. Депресія у практиці сімейного лікаря

Сучасні погляди на розвиток і поширеність депресії. Фактори ризику виникнення депресивних розладів. Загальні засади надання медичної допомоги пацієнтам з депресією. Організація надання медичної допомоги пацієнтам із депресією в Україні і світі.

Тема 2. Клінічні прояви і перебіг депресії

Клінічні прояви депресії. Особливості перебігу депресивних розладів у пацієнтів з хронічними захворюваннями, у жінок в післяродовий період, осіб старшого віку. Рекурентні депресивні розлади.

Тема 3. Діагностика депресії на етапі первинної допомоги

Практичні навички розпізнавання та діагностики депресивних розладів. Використання стандартизованого опитувальника PHQ-2 для скринінгу депресії. Використання стандартизованого опитувальника PHQ-9 лікарями загальної практики для діагностики депресії та визначення тяжкості депресивних розладів. Шкала HADS і оцінка тривожних розладів. Визначення ризику суїциду. Діагностика дистимії. Показання до направлення у ЗОЗ, що надає ВМД, у т.ч. термінового.

Тема 4. Немедикаментозне лікування депресії

Методичні аспекти консультування осіб із депресією лікарем загальної практики. Інформування та навчання пацієнта з депресивними розладами. Інформаційний лист «Інформація для пацієнта про депресію». Загальні принципи лікування депресивних розладів. Заходи немедикаментозного лікування депресії у ЗОЗ, що надає ПМД. Сучасні погляди на використання психотерапії.

Тема 5. Медикаментозне лікування депресії на етапі первинної допомоги

АД групи СІЗЗС: особливості призначення, побічні ефекти та моніторинг ефективності лікування. АД 1-ї лінії інших фармакологічних груп: особливості призначення, побічні ефекти та моніторинг ефективності лікування.

Додаток 6

Частота виникнення побічних ефектів при лікуванні АД 1-ї лінії (згідно з інструкцією із застосування препаратів)

	ЦНС				Антихолінергічні			Серцево-судинні				Шлунково-кишкові			Організм у цілому				
	Сонливість, седатція, сомноленція	Безсоння	Головний біль	Тремор	Сухість у роті	Розпливчастий зір	Пітливість	Затримка сечі	Головокружіння/ортостатична гіпотензія	Гіпертензія	Тахікардія/серцебиття	Біль у ШКТ, дистрес	Нудота	Блювання	Діарея	Закреп	Занепокоєння/тривога	Слабкість/астенія	Дерматити/висипка
Циталопрам	Б			А	Б		Б					А	Б	А	А		А	А	
Есциталопрам	А	А			А		А		А			А	Б		А	А	А	А	
Флуоксетин	Б	Б		Б	Б		А					А	Б				Б		А
Флувоксамін	В	Б	В	Б	Б	*	Б	А	Б	*	*	А	В	*	А	Б	В	А	*
Пароксетин	Б	Б	Б	А	Б	А	Б	А	Б	*	*	А	Б	А	Б	Б	А	*	А
Сертралін	Б	Б	В	Б	Б	А	А	А	Б	*	А	А	В	А	Б	А	Б	Б	А
Агомелатин	А	А	А	*	*	*	А	*	А	*	*	А	А	*	А	А	А	А	*
Бупропіон	*	Б	*	А	Б	А	А	*	А	А	А	А	Б	А	*	Б	А	*	А
Дулоксетин	А	Б	А	А	Б	А	А	А	А	А	А	А	В	А	А	Б	А	А	*
Міртазапін	Г	*	*	А	Б	*	*	*	А	*	*	*	*	*	*	Б	*	А	*
Селегілін	А	Б	Б	*	А	А	*	*	Б	А	А	А	*	*	А	*	А	А	В
Тіанептин	Б		Б		Б				Б			Б	Б			Б			
Тразодон	В	А	А	А	Б	А	*	А	Б	*	А	Б	*	*	*	А	*	Б	А
Венлафаксин	Б	Б	Б	А	Б	А	Б	А	Б	А	А	А	В	А	А	Б	В	*	А

Примітки: Деякі рівні частоти побічних ефектів можуть бути рівними або менше тих, про які повідомлялося для плацебо. Не включені форми з контрольованим вивільненням; у таких форм частота побічних явищ може бути нижчою; А – ≤ 9%, Б – 10-29%, В – 30-49%, Г – ≥ 50%; * – В описанні препаратів повідомляється про рівень нижче граничного (< 5%).

Оригінальний текст документа читайте на сайті www.dec.gov.ua