

Коментарі спеціалістів

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)», затверджений наказом МОЗ України від 25 грудня 2014 р. № 1003, був розроблений мультидисциплінарною командою, до якої увійшли провідні фахівці з різних спеціальностей. При його створенні члени робочої групи намагалися врахувати всі останні досягнення доказової медицини та настанови найкращих світових практик. До вашої уваги представлені коментарі спеціалістів щодо розробленого документу.



В.Д. Мішів,
головний позаштатний спеціаліст
МОЗ України за фахом
«психіатрія», д.мед.н., професор

Розвиток медицини – це невідминний і, на щастя, безперервний процес, що окрім звичайної людської (дослідницької) цікавості зумовлений нагальними потребами суспільства. Вся сучасна історія медицини свідчить про те, що рано чи пізно усі приходять до створення і впровадження стандартів надання медичних послуг. Не є новиною і той факт, що чим раніше держава запроваджуватиме стандарти медичної допомоги, тим якісніше будуть отримувати громадянами послуги і, врешті-решт, сама країна отримає від цього пряму і опосередковану користь.

У міжнародному розумінні медичні стандарти являють собою певний перелік критеріїв якості та ефективності медичної допомоги, яких треба досягти при наданні послуг. Розглядаючи медицину в економічному аспекті, стає зрозуміло доречність використання саме терміну «медична послуга». Як і всі інші види послуг, медичні мають бути якісними та ефективними. Медичні стандарти – це одна з технологій, що впливають на процес досягнення потрібного ефекту шляхом надання якісної медичної допомоги.

Сучасні реалії змінюють акценти в підходах. Діяльність лікаря вже розглядається не як мистецтво, а як відповідальна робота добре освіченого фахівця. Саме протоколи є тією основою, на яку спеціаліст має спиратися у своїй практичній роботі. Місце для творчого пошуку, прийняття нестандартних, інтуїтивних рішень в медицині мають бути в області наукових досліджень.

Отримана людством кількість медичних знань дозволяє при виборі методів діагностики чи лікування використовувати

дані доказової медицини. Саме на доказовій медицині і базуються сучасні принципи розробки стандартів. Щодо методології створення протоколів, хоча погодитися з існуючою в наукових колах думкою, що не завжди треба заново винаходити двоколісний механічний засіб пересування. Інформація про наявні міжнародні клінічні рекомендації є доступною. В більшості випадків основним завданням вітчизняних фахівців є адаптування цих рекомендацій і створення на їх основі медичних стандартів, що включатимуть зареєстровані в Україні ефективні лікарські засоби.

Чому саме слід дотримуватися даних доказової медицини? Відповідей на це запитання може бути багато, але, мабуть, основна передбачатиме, що допомога пацієнту є пріоритетом, а протокол забезпечує своєрідне рівноправ'я.

Незалежно від обраної державою моделі системи охорони здоров'я, наявність і дотримання протоколу гарантує людині достатній за обсягом рівень якісної медичної допомоги. Зрозуміло, що окрім певного обов'язкового стандарту протокол повинен мати деяку варіаційну гнучкість, яка б передбачала деякі індивідуальні особливості пацієнта. За таких умов імплементація протоколу має проходити з більшим розумінням та відповідальним ставленням лікарської спільноти, тоді не ставатимуть на заваді прояви консервативності та прибічності засадам «старої школи».

Враховуючи реформування медицини в напрямку використання в діяльності фахівців стандартів надання медичної допомоги, актуальним є питання підготовки майбутніх кадрів та коригування програм підвищення кваліфікації спеціалістів. Окрім того, як логічне продовження цих процесів може виникнути потреба у внесенні змін до діючих форм інформованої добровільної згоди пацієнта на отримання ним медичних послуг.

Вивчаючи досвід країн, де тривалий час надання медичної допомоги (послуги) здійснюється відповідно до затверджених стандартів, переважна більшість дослідників погоджується з думкою, що саме така модель є найбільш ефективною. Зазвичай такий аналіз здійснюється не тільки за рахунок дослідження показників якості лікування. Основна роль у розробці і прийнятті медичних стандартів належить все ж таки

економічним чинникам. Саме завдяки правильному використанню економічних механізмів, такі моделі надання медичних послуг у змозі перетворити медичну галузь із дотаційної на прибуткову, чому є багато прикладів. Незважаючи на досить тривале за часом широке обговорення питань імплементації в медичну практику протоколів надання медичної допомоги, залишається відкритим питання прийняття змін суспільством і, насамперед, медичною спільнотою. На мою думку, протоколи потрібні, користь від їх впровадження не викликає сумнівів. Щодо прийняття їх суспільством і медичними працівниками, припускаю, що все відбуватиметься за відомими закономірностями. Тобто, як при будь-яких змінах, є люди, що рано сприймають ідею (їх зазвичай 13,5%), сприймають її з часом (34%) і, звичайно, є невеликий відсоток осіб, що дуже важко сприймають зміни. Можна також зробити припущення, що введення страхової медицини прискорить процеси адаптації медичних працівників до нових стандартів роботи.

Підсумовуючи викладене, слід зазначити, що розробка і впровадження в медичну практику клінічних протоколів є актуальною потребою сьогодення і вагомим внеском в реформування галузі охорони здоров'я.



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

Депресія – одна з найбільш значущих проблем охорони здоров'я, з якими стикається суспільство у XXI ст. У той час як люди страждають від військових конфліктів та інших кризових проблем, що погіршують здоров'я (наприклад, лихоманка Ебола), високі темпи депресії продовжують все більше тиснути на витрати у промисловості й державні медичні бюджети по всьому світу. Україна, на жаль, також не є виключенням.

На тлі визнання значимості депресії як загрози для громадського здоров'я, проблема стигматизації та дискримінації соціумом осіб із психічними розладами продовжує залишатися актуальною. За даними британського дослідження, 49% дорослих стверджують, що їм незручно говорити своєму роботодавцю або членам родини про власне психічне здоров'я (Buckley, 2014). Людина з депресією повинна отримувати адекватну соціальну підтримку (на роботі та в сім'ї), щоб відчувати себе комфортно і мати змогу поділитися своїми переживаннями. Якщо буде створено правильну культуру стосунків без стигматизації та дискримінації соціумом осіб із психічними розладами, це матиме позитивний соціальний та економічний ефекти (Buckley, 2014).

Що ж відбувається в Україні? Історично так склалося, що організаційно й територіально спеціалізовану психіатричну службу було відокремлено від загальної системи охорони здоров'я. Існування окремих психіатричних/

психотерапевтичних кабінетів та психіатричних/психоневрологічних відділень у структурі загальносоматичних лікувально-профілактичних закладів проблему не вирішувало, бо вони були лише відображенням впровадження сучасних моделей надання допомоги. По суті ж вони або виступали частиною загального протистояння внутрішньої медицини та психіатрії, або все таки були сполучними ланками на користь пацієнта. Особисто мені ще на посаді завідувача психоневрологічним відділенням загальносоматичної лікарні також довелося долати цей шлях від «психозу немає, а з депресією/тривогою/безсонням ми й самі розберемося», «збуджений – займайтесь самі, байдуже, що соматично важкий» до «давайте разом сплануємо лікування». Нерозуміння необхідності холистичного, психосоматичного підходу в курації пацієнтів, на жаль, підкріплювалося почасти саме позицією лікуючого лікаря, начмеда, головного лікаря. Отже, розроблені клінічна настанова та уніфікований протокол вже на нормативному рівні є важливими складовими надання допомоги особам з депресивними розладами з урахуванням комплексного хворобливого стану.

Залежно від наявних ресурсів, у світі до організації процесу надання допомоги при депресивних розладах підходять по-різному. Депресія є одним з пріоритетних хворобливих станів, охоплених Програмою дій щодо усунення недоліків у галузі охорони психічного здоров'я ВООЗ для покращання допомоги таким пацієнтам, що надається медичними працівниками, які не є фахівцями в галузі психічного здоров'я. Основна ідеологія цього глобального проекту полягає в тому, що у разі належного догляду, психосоціальної допомоги та наявності ліків безліч людей, які страждають на психічні розлади, включаючи депресію, можуть почати вести нормальне життя – навіть там, де ресурси обмежені (WHO, 2010). Згідно з цими спрощеними принципами, лікуванню підлягає лише депресія середньо-тяжкого ступеня. В першу чергу застосовують психосоціальні втручання, велику увагу приділяють фізичній активності (як мінімум, по 45 хвилин тричі на тиждень), а у антидепресивній терапії рекомендовані селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (тільки флуоксетин) і обмежено трициклічні антидепресанти (тільки амітриптилін). Різноманітні керівництва (NICE, SIGN, CANMAT, ICSI) значно розширюють перелік втручань при депресивному розладі: передбачається алгоритм допомоги при легкій депресії, ускладнюються рівень і обсяг психосоціальних втручань (у тому числі високоспеціалізованої психотерапії), збільшується кількість пропонованих антидепресантів. При цьому акцент робиться на використанні високодоказового мультидисциплінарного підходу (лікар загальної практики + психотерапевт + психіатр) для пацієнтів з депресією у первинній мережі, тому положення про необхідність фокуса в діагностиці та терапії депресії у первинній мережі мають низький рівень доказовості (Катон, 2008; Hunkeler, 2006; Unützer, 2006; Gilbody, 2006; Unützer, 2002).

Створення українського національного клінічного адаптованого керівництва та уніфікованого протоколу з депресії супроводжувалося певними труднощами і потребувало подолання низки суперечностей методології та практики в діагностиці, психо- і фармакотерапії депресивних розладів. Так, необхідно було визначитися в юридичній площині з діагнозом «депресивний розлад» за МКХ-10 у первинній мережі з відповідним лікуванням за міжнародними стандартами або

з діагнозом «депресивний синдром» поза МКХ-10 та Закону України «Про психіатричну допомогу». У ньому за статтею 7 «забороняється визначати стан психічного здоров'я особи та встановлювати діагноз психічних розладів без психіатричного огляду особи», за статтею 11 «психіатричний огляд проводиться лікарем-психіатром на прохання або за усвідомленою згодою особи» і за статтею 27 «виключно компетенцією лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів є встановлення діагнозу психічного захворювання, прийняття рішення про необхідність надання психіатричної допомоги в примусовому порядку або надання висновку для розгляду питання, пов'язаного з наданням психіатричної допомоги в примусовому порядку». Зрештою, було вирішено, що депресія у первинній мережі буде діагностуватися на синдромальному рівні (депресивний, тривожно-депресивний синдром тощо), що дозволить елімінувати з медичної документації неіснуюче поняття «астено-невротичний синдром». Відповідно до міжнародної практики, для верифікації наявності і тяжкості депресії в українському протоколі рекомендоване застосування опитувальника про стан здоров'я пацієнта (PHQ-9). Однак слід враховувати, що використання психометричних шкал зовсім не означає автоматично високу якість діагностики. В журналі *American Journal of Family Therapy* були опубліковані результати дослідження Jerant et al. (2014), які провели порівняння даних обсерваційного спостереження за 545 дорослими учасниками за допомогою комп'ютерного тесту PHQ-9 та клінічного дослідження 50 осіб (10,5% від вихідного) за PHQ-2 і PHQ-9. Було виявлено, що питома вага пацієнтів з діагностованою депресією збільшувалася з 11 до 20%, а тих, кому були призначені антидепресанти, – з 4 до 12%. Автори зробили закономірний висновок, що використання коротких шкал діагностики симптомів депресії може призвести до гіпердіагностики розладу, а також надмірного призначення антидепресивних засобів. Причому за словами доктора Jerant отримані дані не є свідченням того, що PHQ-9 є поганим тестом, можливо, лікарі просто неправильно його застосовують.

Певні проблеми при підготовці українських нормативних документів з проблеми депресії виникали в ході визначення обсягу психотерапії для первинної медичної допомоги. У кінцевій редакції протоколу йде мова про залучення «елементів психотерапії», а саме лікарів загальної практики – сімейних лікарів (ЛЗП-СЛ) до лікування і можливе направлення пацієнта до лікувально-профілактичного закладу другого рівня медичної допомоги для психотерапії (як спеціалізованої та високотехнологічної, так і для психоосвіти й навчання технікам самоконтролю). При цьому реальна клінічна практика в Україні на рівні ЛЗП-СЛ вже частково включає психоосвіту, роз'яснення хворому технік самоконтролю, комплаєнс-терапію, раціональну психотерапію та мотиваційне інтерв'ю, що й відображено у вимогах протоколу «постійно підтримувати стратегію поведінки, спрямовану на підвищення прихильності пацієнта виконувати рекомендації лікаря». У будь-якому разі, основна прогресивна ідея, закладена в документах, спрямована на розширення обсягів допомоги особам з депресією, у тому числі психотерапії, вже на рівні ЛЗП-СЛ.

Ще одним подоланим протиріччям було визначення переліку препаратів для лікування депресії на різних етапах надання допомоги. За основу розробки фрагмента фармакотерапії було взято настанову CANMAT (2009) без включення

більш нових версій інших розробок, наприклад керівництва із надання допомоги дорослим пацієнтам з депресією у загально-медичній мережі, розробленого Інститутом з покращання клінічної практики (ICSI). Ефективність антидепресантів, як правило, суттєво не різниться між класами і всередині класів. Тим не менш, існують побічні ефекти, що викликаються класами антидепресантів та окремими препаратами. Разом з тим, клінічні особливості застосування окремих антидепресивних засобів, а саме у пацієнтів похилого віку та/або з супутніми соматичними захворюваннями, в цих документах відображені недостатньо, тому в реальній клінічній практиці необхідні методичні рекомендації з конкретними ситуаційними клінічними прикладами.

Втім, мою увагу привернула також думка К. Dowrick, професора первинної медичної допомоги (Університет Ліверпуля, Великобританія), який має більш ніж 30-річний досвід роботи в галузі охорони психічного здоров'я, стосовно того, що «депресія не набула характеру епідемії, а її гіпердіагностика і надлишкова терапія дійсно представляють серйозні проблеми». Він вважає, що нинішня тенденція до медикалізації ситуативної гіпотимії – це надлишкове часте вторгнення у сферу особистих емоцій. Воно тягне за собою призначення непотрібних ліків і витрати та відволікає увагу й ресурси від тих, хто дійсно їм потребує (Dowrick, 2013). Ці парадоксальні, на перший погляд, висновки зумовлені наступними передумовами: поширеність депресії в Англії була значною у період з 1993 по 2007 рр., але лікарі загальної практики на 50% частіше хибно діагностують депресію, ніж пропускають випадок або ставлять невірний діагноз. За даними нещодавно проведеного в США дослідження, лише у 38% дорослих пацієнтів з депресією діагноз відповідав формальним клінічним критеріям. При цьому згідно з розширеними критеріями DSM-5 депресія на даний час включає в себе реакцію горя протягом понад двох тижнів, що є «медичним вторгненням у приватні емоції», замінює поверхневим медичним ритуалом глибокі й перевірені часом культурні фактори і заперечує життєвий досвід багатьох поколінь (Dowrick, 2008; Spiers et al., 2011; Mojtabai, 2013).

Початок впровадження розробленого українського клінічного протоколу з депресії у реальну лікарську практику обов'язково стикнеться з низкою організаційних та навіть методичних проблем. Саме тому в його дійсній редакції затверджено досить обмежений перелік індикаторів якості медичної допомоги, більшість з яких спрямована на первинну ланку: наявність локального протоколу ведення пацієнта з депресією у ЛЗП-СЛ та у закладі охорони здоров'я, що надає спеціалізовану медичну допомогу; використання ЛЗП-СЛ опитувальників PHQ-2 та PHQ-9 для діагностики депресії; відсоток ЛЗП-СЛ закладу, які пройшли тематичне удосконалення з діагностики та лікування депресивних розладів у ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу. Для вторинної ланки єдиним індикатором є відсоток пацієнтів з депресією, які скоїли суїцид.

Очевидно, що всі ці індикатори не відображають повною мірою шлях до досягнення мети: зменшити кількість завершених самогубств у хворих на депресію в первинній ланці охорони здоров'я; збільшити скринінг на депресію пацієнтів первинної ланки, що мають додаткові чинники підвищеного ризику депресії, такі як цукровий діабет, серцево-судинні захворювання (ССЗ), інсульт, хронічний біль, а також усіх жінок у перинатальний період; покращити зв'язок між лікарем первинної

ланки і лікарем-психіатром (у разі спільного ведення пацієнта). Отже, в мене особисто лишається певне відчуття назавершеності процесу. Саме тому вже в наступній редакції психіатри наполягатимуть на включенні в протокол додаткових міжнародних індикаторів якості, а саме: № пацієнтів, що скоїли суїцид / № пацієнтів з депресією у первинній мережі; № пацієнтів, що пройшли скринінг на депресію / № пацієнтів з цукровим діабетом; № пацієнтів, що пройшли скринінг на депресію / № пацієнтів із ССЗ; № пацієнтів, що пройшли скринінг на депресію / № пацієнтів з інсультом; № пацієнтів, що пройшли скринінг на депресію / № пацієнтів з хронічним боєм; № перинатальних жінок, що пройшли скринінг на депресію / № перинатальних жінок; № пацієнтів з документованими консультаціями інших спеціалістів / № пацієнтів з депресією у первинній мережі.

Нині ж можемо стверджувати: в реальній клінічній практиці ми вже подолали приказку «казнить нельзя помиловать» (лікувати/відмовити; направити/лікувати). Сподіваюся, що найближчим часом ми сумісно з кафедрою сімейної медицини проаналізуємо особливості впровадження розроблених клінічної настанови й протоколу з депресії, що дозволить скоротити шлях підготовки наступних нормативних документів щодо тривожних, стресорних й когнітивних розладів, на які вже давно очікує лікарська спільнота.



С.О. Маляров,
лікар-психіатр консультативної
поліклініки Українського
науково-дослідного інституту
соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України,
керівник Центру психосоматики
й депресій Універсальної
клініки «Оберіг»,
м. Київ

Необхідність оновлення протокола по ліченню депресії в Україні назривала давно. Предыдущий вариант документа требовал значительных изменений в соответствии с потребностями современного общества. Новый протокол создан на основе детального анализа зарубежных клинических руководств, которые обновляются каждые несколько лет и учитывают новейшие данные доказательной медицины с учетом особенностей страны имплементации.

В последние годы во всем мире распространенность психических расстройств находится в центре внимания. Еще в 2005 г. объединенная рабочая группа европейских психиатрических обществ представила сенсационные данные, согласно которым в Евросоюзе и других развитых странах на текущий момент до четверти населения страдает тем или иным психическим заболеванием, и не менее 70% населения в течение жизни перенесут эпизод того или иного психического расстройства. Целью доклада было указать государственным органам Европы на недостаточное внимание к проблемам психического здоровья. Было подчеркнуто, что среди причин временной потери трудоспособности депрессия занимает ведущее место, и наблюдается тенденция выхода ее на лидирующую позицию. При этом тема доступности психиатрической/психологической помощи остается актуальной для всех стран мира, вне зависимости от их уровня

социального благополучия. В 2014 г. на конгрессе Всемирной психиатрической ассоциации в Испании подчеркивалась необходимость пересмотра отношения к проблеме охраны психического здоровья в глобальном масштабе, и была анонсирована инициатива проведения конференции ВОЗ на эту тему в 2015 г.

В Украине подобных проблем формально не существует, поскольку официальные статистические данные по распространенности аффективных расстройств не превышают 1-3%. Эта статистика основана на отчетах психиатрической службы относительно обращаемости населения в психиатрические учреждения. Статистически украинцы – психически самая здоровая нация в Европе. Конечно, хотелось бы верить... Однако данные эпидемиологического исследования, проведенного под эгидой ВОЗ на территории Украины в 2002-2005 гг., свидетельствуют об обратном: в Украине от 20 до 25% населения не просто испытывают некоторые симптомы депрессии, а в полной мере соответствуют диагнозу аффективного или личностного расстройств по МКБ-10. Почему так – ответу. Причины заниженных, не отвечающих действительности показателей, очевидны: пациенты с депрессией крайне редко самостоятельно обращаются к психиатру, а врачи соматического профиля не диагностируют данную нозологию. Вот и получается, что такие больные остаются без какой-либо помощи, не говоря уже об адекватной.

Наверное, здесь важно отметить, что в последнее время менялись собственно цели лечения. Если раньше, 20-30 лет назад, целью терапии было купирование любой ценой депрессивной симптоматики, сегодня на первый план выходит поддержание и совершенствование социального функционирования человека в целом. То есть оказываемая помощь должна быть предоставлена пациенту в естественных для него социальных условиях (семейных и производственных), а адекватность этой помощи может оцениваться по улучшению качества жизни, повышению субъективного благополучия и роста трудовой продуктивности. Подобные цели останутся благими абстрактными пожеланиями в том случае, если для получения помощи пациент должен быть изъят из привычной для него обстановки и помещен в узкие рамки специализированной помощи. Исходя из этих прогрессивных целей, сформировались и соответствующие подходы к диагностике и терапии депрессивных расстройств, а также представления о том, кем и где наиболее рационально может быть оказана данная помощь.

Во всем мире уже на протяжении длительного времени при оказании помощи аффективным больным наблюдается смещение акцентов в сторону общесоматической практики. ВОЗ и мировые профессиональные сообщества разработали стандарты для соматических врачей с целью повышения уровня диагностики депрессии наряду с выявлением соматических заболеваний. Украина – одна из немногих стран, в которой этот вопрос по-прежнему находится только на этапе обсуждения. В этой ситуации создание руководства, которое помогло бы и понять, и реализовать эти идеи, представляется крайне актуальным. Разработанный протокол является единым документом для различных этапов оказания помощи, где четко расписано кто, что и когда должен делать, то есть дает четкое понимание о преемственности оказания помощи.

Также большое значение в протоколе уделено стандартизированным инструментам выявления пациентов с депрессией, которые давно стала предметом общемедицинской практики. К сожалению, врачи-интернисты, понимая значение аффективных нарушений при соматических заболеваниях,

не используют доступные инструменты для выявления данной симптоматики. А ведь человек не говорит о депрессии только потому, что его об этом никто никогда не спрашивает. Почему-то в нашей стране при обращении в медицинское учреждение необходимо обязательно предъявить флюорографию и анализ кала на яйца глистов, но никто не считает нужным предложить пациенту опросник для выявления депрессии и тревоги, заполнение которого займет пару минут. Так вот, в созданном протоколе предусмотрено использование применяемых во всем мире скрининговых инструментов.

Также в протоколе приводится краткий перечень диагностических критериев согласно МКБ-10. Важно помнить, что пациент с депрессией никогда сам не говорит о депрессии как о таковой. Он рассказывает об усталости, слабости, утрате чувства удовлетворения, нарушении сна, пытаясь все эти симптомы связать с какой-либо физической патологией или реакцией на внешние психотравмирующие обстоятельства. Но самое страшное, что и врач часто не расценивает эти жалобы как симптомы депрессии. Вероятнее всего, это наши культуральные особенности, когда симптомы болезни принимаются за проявления слабости, с которыми человек должен уметь справляться самостоятельно, и работать, несмотря ни на что. Задачей врача не является бытовая оценка «огорчения» пациента по поводу соматической болезни или «неприятных» внешних обстоятельств. Врач на любом уровне оказания медицинской помощи может и должен оценить наличие аффективной симптоматики, степень ее влияния на повседневное функционирование и необходимость терапевтического вмешательства. Использование вышеупомянутых скрининговых инструментов и диагностических критериев обеспечивает эти задачи.

Еще одной актуальной проблемой является то, что в Украине до сих пор обсуждается вопрос о том, кто и какие лекарства должен или имеет право назначать. На мой взгляд, это является одной из причин, почему пациенты, в лучшем случае, с опозданием получают адекватную терапию при депрессии. В то же время большинство психоактивных веществ, не имеющих отношения к лечению депрессии, но при этом способных вызывать зависимость и нарушение когнитивного функционирования, выписывается именно врачами соматического профиля. Обратите внимание на сложившееся противоречие: назначить (часто совершенно необоснованно) пациенту гору транквилизаторов и анксиолитиков врачу-интернисту не представляется опасным, а выписать один антидепрессант – серьезная проблема, требующая обязательного участия психиатра.

В этом ключе очень важны образовательные программы. Вот здесь требуется участие психиатров в разъяснении другим медицинским специалистам основ психофармакотерапии депрессии. Следует использовать все возможности для объяснения прогностически неблагоприятных последствий длительного курсового назначения седативных транквилизаторов и преимуществ современных антидепрессантов. К примеру, в Украине значительная часть населения приобретает и принимает тяжелейшее психоактивное вещество фенотропил под различными названиями (Барбовал, Корвалол и др.). Большинство соматических врачей и средний персонал охотно рекомендуют его как безобидное средство для облегчения психического напряжения и депрессии. На самом деле, нет более депрессогенных средств, чем фенотропил

и алкоголь, которые одновременно ведут к формированию зависимости. В новом протоколе четко прописано, когда и какие препараты необходимо назначить пациенту. За основу была взята последовательность выбора препаратов, приведенная в руководстве CANMAT, рабочая группа которого обобщила мировой опыт доказательной медицины. В этом руководстве приведены препараты первой, второй и третьей линии лечения аффективных расстройств с градацией на основе их безопасности и переносимости. Акцент сделан на том, что для поддержания нормального когнитивного и социального функционирования препараты с выраженными седативными свойствами не могут назначаться в качестве первой линии лечения в первичной медицинской практике. В созданном протоколе приведены и побочные свойства, и проблемы с переносимостью в соответствии с международными стандартами. Документ призван помочь врачам общей практики понять, какие препараты относят к первой линии терапии, а какие являются вспомогательными средствами, способными временно облегчить состояние.

В процессе создания протокола среди членов рабочей группы возникли споры относительно того, кто имеет право заниматься лечением пациентов с депрессией, могут ли психиатры делегировать полномочия другим специалистам, и как это будет ими воспринято. В мире этот вопрос решили еще лет 25 назад, а в Украине по-прежнему высказывают опасения... Здесь хотелось бы напомнить коллегам, что в Законе Украины «О психиатрической помощи» нет ни слова о том, что пациент обязан обратиться в психиатрический диспансер. При этом совершенно очевидно, что в большинстве случаев человек с депрессией будет искать помощь у врача первичной практики, затем у интерниста и только в последнюю очередь у психиатра в диспансере. Но, ссылаясь на этот закон, психиатры считают, что в силу отсутствия соответствующих знаний и наличия юридической ответственности за постановку психиатрического диагноза другим врачам не позволительно заниматься диагностикой и лечением депрессии. В протоколе эти моменты учитываются. Собственно стержневой идеей его создания было обеспечение своевременности оказания помощи депрессивному пациенту, что может сделать врач первичного звена, оценивая его статус.

Относительно юридической ответственности за диагноз, которая вызвала жаростные споры, хотелось бы успокоить коллег и подчеркнуть, что практически любое заболевание лечится синдромологически. Врач любой специализации на основании симптомов и синдромов может назначать лечение. С появлением протокола он имеет еще и доказательно подтвержденную, рекомендованную терапию. Для меня как участника рабочей группы преемственность в лечении означает не «перетягивание каната» между специалистами, а поддержку друга в оказании медицинской помощи в наиболее приемлемых для пациента условиях. В подтверждение этому хотелось бы обратить внимание на место в протоколе, где речь идет о том, что на этапе вторичной помощи не пациент может быть направлен к психиатру, а психиатр может быть приглашен к семейному врачу. Я бы даже сказал, что это, скорее, можно рассматривать не как консультацию пациента, а как консультацию лечащего врача в первичной практике в дальнейшем ведении больного. То есть в протоколе прописана организация оказания психиатрической помощи в структуре общесоматической

больницы. И никто не умаляет юридическое значение диагноза, осуществленного врачом-психиатром на этапе вторичной и последующей помощи.

Также хочется напомнить коллегам, что в нашей стране, как и во всем мире, еще продолжается эпоха МКБ-10. Украина признала эту классификацию в 1994 г., но до сих пор врачи пользуются лишь первой частью трехтомной классификации. Третий том, а именно диагностика психических расстройств, адаптированная для врачей первичной практики, осталась вне внимания большинства специалистов. В МКБ-10 есть шифр – F41.2 – смешанное состояние тревоги и депрессии. И даже в первом томе есть фраза, что эту рубрику следует использовать в том случае, когда присутствуют одновременно как тревога, так и депрессия, но ни одно из этих состояний не является преобладающим, а степень выраженности их симптоматики не позволяет при рассмотрении каждого поставить отдельный диагноз. Если же симптомы и тревоги, и депрессии настолько выражены, что позволяют поставить отдельный диагноз каждого из этих расстройств, следует кодировать оба диагноза, и в этом случае данную рубрику не следует использовать. При этом психопатологические проявления должны сочетаться с ведущей вегетативной симптоматикой. В научно-исследовательских комментариях к классификации во втором томе для соматических врачей указывается, что подобное расстройство чаще всего выявляется у пациентов общесоматической практики. Рабочая группа МКБ-10 это учла еще 25 лет назад, рекомендовав данный диагноз, верифицирующий аффективную симптоматику и позволяющий выбрать стандартные средства, для врачей первичной соматической практики. В американской классификации DSM-IV написано еще жестче – если пациент с таким диагнозом пришел к врачу-психиатру, последний не имеет права выставлять этот диагноз, а должен уточнить нозологическое расстройство. Таким образом, подчеркивается, что этот диагноз является инструментом легализации диагноза аффективного расстройства врачом соматической практики.

Еще одним сложным вопросом, вызвавшим бурное обсуждение, оказалась психотерапевтическая помощь. Психотерапевтическое вмешательство согласно результатам многих исследований, как минимум, для больных депрессией легкой или средней тяжести не менее эффективно, чем медикаментозное лечение. Но при этом очень важна доступность специализированной психотерапевтической помощи. Чем раньше начать лечение, тем качественнее будет результат. Психопросветительские же и первичные психотерапевтические мероприятия на первом этапе могут самостоятельно иметь достаточную эффективность. Это не обязательно должна быть высокоспециализированная психотерапия с применением новейших методик и техник. Это может быть элементарная психологическая поддержка с использованием определенного набора вопросов. Эмпирически любой врач является своего рода психотерапевтом. Вопрос заключается в том, чтобы любой инициативный врач знал, как это делается. Одним из механизмов решения данного вопроса являются образовательные программы для врачей общего профиля. Например, в процессе имплементации рекомендаций протокола было бы замечательно, чтобы врачи соматической практики имели возможность понаблюдать несколько дней за работой врача-психиатра.

В заключение, хочется отметить, что, несмотря на возникающие разногласия в процессе подготовки протокола по лечению депрессии, участникам рабочей группы удалось достичь консенсуса, и в результате мы имеем документ, который соответствует современным достижениям и потребностям системы охраны здравоохранения.



О.С. Чабан,

*д.мед.н., профессор,
завідувач відділу психосоматичної
медицини та психотерапії
Українського науково-дослідного
інституту соціальної і судової
психіатрії та наркології
МОЗ України, м. Київ*

Необхідність створення протоколів з ведення хворих на депресію в Україні назріла досить давно. Достатньо довгий час точаться дискусії навколо питання стосовно того, хто, кого, коли, де і чим має лікувати, і взагалі, чи має на це право, а також як все це поєднується із Законом України «Про психіатричну допомогу». Це створює багато незручностей як для пацієнта, так і для лікарів. Як наслідок, мають місце пізно діагностована депресія і неадекватно підібране лікування з усіма можливими наслідками. Саме тому при розробці уніфікованого клінічного протоколу я і мої колеги намагалися врахувати усі ці питання та проблеми.

Варто зазначити, що створений документ у першу чергу відповідає контексту досягнень світової психіатрії. Настанови прописані на основі кращих світових практик. Насамперед, був використаний CANMAT, звичайно, з урахуванням українських реалій.

Другим позитивним моментом є те, що українська психіатрія в рамках створених настанов наближає пацієнта до загальної соматичної мережі і максимально його дестигматизує, що відповідає як правам людини, її моральним цінностям, так і закону України «Про психіатричну допомогу». Тобто в рамках протоколу розширюються повноваження лікарів-інтерністів з можливістю використання додаткових інструментів для підвищення рівня діагностики і створюються умови для зміни сприйняття пацієнта не тільки з корекцією його соматичних та біологічних змін, а й з урахуванням його емоційних проблем. Іншими словами, це не просто рутинне застосування певних скринінгових інструментів і шкал, а комплексне ведення хворого. Таким чином, лікар зможе вийти на якісно новий рівень надання допомоги, оцінюючи стан пацієнта інтегративно, і з позиції якості життя хворого сприяти його повноцінному поверненню в суспільство.

На мій погляд, створений протокол є великим кроком вперед, у першу чергу, саме в концептуально-філософському аспекті, оскільки змінює, так би мовити, погляд лікарів загальної практики на пацієнтів з емоційними порушеннями, а також містить чіткий алгоритм надання допомоги таким хворим. Він допомагає клініцисту бути впевненим, логічним і послідовним у своїх діях. Це достатньо революційний для України крок, оскільки протокол дозволяє фахівцю

соматичного профілю на рівні синдрому чи синдромокомплексу займатися корекцією стану пацієнта з найменшою кількістю помилок. Окрім того, протокол сприяє досягненню кінцевої мети праці лікаря-інтерніста, якою є не просто нормалізація якихось показників, таких як швидкість осідання еритроцитів чи зменшення больового синдрому, а саме якість життя пацієнта в цілому. Тому цей чіткий алгоритм – від прогнозування, скринінгу й початку корекції до направлення до вузькопрофільного спеціаліста – і є найбільш цінним результатом даного протоколу.

Що стосується фармакотерапії, настанови були створені на основі світового досвіду доказової медицини з урахуванням найкращих лікарських засобів, і для мене особливо важливим було саме виділення препаратів першої, другої і третьої лінії. Цінність такої градації зумовлена тим, що працювати з особами з депресією необхідно саме в напрямку двох векторів – медикаментозного і психотерапевтичного. А тепер уявімо ситуацію, що пацієнту виставлений діагноз «депресія», що передбачає лікування з призначенням відповідного медикаменту. Досить часто лікарі призначають тимолептичні засоби з потужною седативною дією, внаслідок чого пацієнт, грубо кажучи, спить. Звичайно, про психотерапію у такому випадку не може бути й мови. Як можна переконувати хворого у необхідності вести здоровий спосіб життя, у негативному впливі шкідливих звичок і мотивувати його на дії позитивної спрямованості, якщо пацієнт загальмований? Без психотерапії або лікування основного (соматичного) захворювання і депресивних проявів абсолютно неможливо досягти бажаного ефекту. Проте як дізнатися, які антидепресанти ефективні та ще й безпечні? Саме тому і були виділені препарати першої, другої та третьої лінії терапії, що знизить ймовірність помилитися для лікаря-інтерніста та психіатра.

Ще одним питанням, що спричинило дискусію, було твердження, що спеціалісти соматичного профілю не володіють методиками психокорекції і психотерапії. Звичайно, вимагати від гастроентеролога чи кардіолога застосовувати психотерапію для своїх хворих – це нонсенс. Але лікарю соматичного стаціонару буде зовсім не важко, наприклад, вручити пацієнту брошуру на тему емоційних порушень чи регуляції настрою або ж поцікавитися його емоційним фоном і відчуттями. Тобто він має дати хворому елементарні знання із психогігієни та приділити увагу його ситуації вдома чи на роботі, що також є елементами психотерапії. Таким чином лікар показує, що його цікавить не лише, наприклад, печінка пацієнта, але й його душевні переживання. Зовсім не потрібно замислюватися про якісь глибокі психотерапевтичні інтервенції, цим займатимуться дипломовані психотерапевти. Важливим є інше. Потрібно навчитися сприймати пацієнта цілісно. Створений протокол дозволяє терапевту працювати на рівні психоосвіти, просто ознайомивши хворого з певними матеріалами, які дозволять йому самостійно опрацювати свої емоційні розлади, і тим самим допомогти вирішити соматичні проблеми. Це може мотивувати навіть самого лікаря-інтерніста оволодівати мистецтвом психотерапії. А чом би й ні?

Я вважаю, що всі дискусії, які виникали при створенні протоколу, були в контексті готовності чи неготовності сприймати пацієнта цілісно і передати його фахівцю соматичного профілю. Але ми повинні йти в ногу з часом, враховуючи досвід інших країн, а за даними світової статистики 80% антидепресантів призначаються спеціалістами загальної практики. Тут

наші лікарі повинні дати відповідь, у першу чергу, собі, чи готові вони відповідати вимогам сучасності, тим самим сприяючи покращанню фізичного і психічного здоров'я нації.

Отже, створений протокол з лікування депресії має багато принципово нових, якісних концептуально речей, які ми повинні усвідомити й прийняти. Ми маємо навчитися сприймати пацієнта цілісно, а не як біологічний об'єкт сімейного лікаря, гастроентеролога чи кардіолога. Чітко прописаний алгоритм дій дає можливість фахівцям соматичного профілю ефективно брати участь у лікуванні осіб з депресією. Також принциповим є наголос на поєднанні фармакологічного лікування з психотерапією. Варто зазначити, що незважаючи на той факт, що документ пропонує концептуально новий підхід до пацієнта, він не є кінцевим стабільним варіантом. Адже наука не стоїть на місці, розробляються нові препарати і методики. Тому протокол не є закритим, він буде вдосконалюватися і доповнюватися з появою нових даних доказової медицини.

Я вважаю, що запропоновані настанови дозволяють розвиватися як в клінічній, так і в доказовій медицині. У той же час вони змінюють філософію точки зору лікаря щодо пацієнта, бачення кінцевої мети, зменшують вірогідність помилитися. Тим самим протокол провокує клініциста одночасно бути більш допитливим, читати додаткову літературу, розвиватися та вдосконалюватися, щоб мати відповіді на виникаючі запитання. Звичайно, їх буде немало, але починати колись потрібно.



Н.О. Марута,

д.мед.н., професор, заступник директора з наукової роботи Інституту неврології, психіатрії та наркології НАМН України, м. Харків, голова Експертної проблемної комісії «Психіатрія. Медична психологія» МОЗ та НАМН України, віце-президент Науково-практичного товариства неврологів, психіатрів та наркологів України

Протокол медичної допомоги пацієнтам з депресією, затверджений наказом МОЗ від 25.12.2014 р. № 1003, є третім документом, у розробці якого беруть участь фахівці Інституту неврології, психіатрії та наркології НАМН України й Науково-практичного товариства неврологів, психіатрів і наркологів України.

Оцінюючи процес підготовки та зміст усіх трьох українських протоколів у співставленні, хочу підкреслити прогрес вітчизняної психіатрії, а також дотримання нею принципів доказової медицини з урахуванням консенсусів і рекомендацій провідних світових та європейських професійних організацій і установ.

Важливим відправним пунктом створення нового протоколу став обґрунтований вибір прототипів, в якості яких використовувалися два документи, підготовлені авторитетними професійними організаціями та установами – NICE (Велика Британія) та CANMAT (Канада). Ці настанови характеризуються чітко визначеним ступенем доказовості лікувально-діагностичних заходів, що й визначило ідеологію вітчизняної розробки.

Суттєвим надбанням розробленого протоколу є детальний опис надання допомоги пацієнтам на усіх трьох рівнях та активне залучення лікарів загальної практики до лікування і профілактики депресій.

Перший рівень допомоги має вирішувати питання активного виявлення депресій, скринінгу, оцінки тяжкості стану та призначення відповідного лікування із залученням до даного процесу лікарів-психіатрів та лікарів-психотерапевтів. Обов'язковим лікувальним компонентом цього етапу є надання пацієнту з депресією у доступній для нього формі інформації про стан його здоров'я і перебіг захворювання, а також рекомендацій щодо медикаментозного лікування в усній та письмовій формі.

На другому рівні допомоги чітко визначені лікувальні етапи та їх зміст, який включає фармакологічне лікування, психотерапію, психосоціальні та психоосвітні заходи. Психотерапія передбачає використання когнітивно-поведінкової, міжособистісної терапії, сімейної психотерапії та психотерапії, направленої на вирішення проблем. Заходи другого рівня визначають обсяг лікувальних заходів у стаціонарних та амбулаторних умовах.

Допомога третинного рівня надається пацієнтам з депресіями, які характеризуються резистентністю, рецидивуванням, ускладненнями, коморбідністю, низькою прихильністю до терапії, нестійкою трудовою та соціальною адаптацією, соціально небезпечними діями й потребують застосування високотехнологічних медичних процедур високої складності.

Наступною, без сумніву, позитивною особливістю розробленого документу є широкий спектр фармакологічних, психоосвітніх та психотерапевтичних методів, що запропоновані для практичного використання, з визначенням рівня доказовості їх ефективності й безпеки застосування.

Окрім інноваційного лікувально-діагностичного навантаження, протокол є носієм мультидисциплінарного підходу до надання допомоги пацієнтам з депресією за участю не лише лікаря-психіатра, а й лікаря загальної практики, лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога та ін.

Які труднощі та проблеми можуть виникнути при впровадженні протоколу в практичну діяльність? Перш за все, це питання мультидисциплінарної роботи, співпраця лікаря загальної практики з лікарем-психіатром, лікарем-психотерапевтом та іншими фахівцями при наданні допомоги пацієнту з депресією. Світовий та європейський досвід застосування мультидисциплінарного підходу довів, що основною проблемою взаємодії фахівців такої бригади є проблема «мостів та кордонів», яка включає, з одного боку, необхідність активної співпраці фахівців, а з іншого – збереження меж їх професійної компетенції, які визначені чинним законодавством. Саме тому покладання на лікаря загальної практики функцій діагностики психічних та поведінкових розладів, до яких належать депресії, і здійснення психотерапії потребує подальшого обговорення та гармонізації з чинним законодавством України.

Визначені проблемні питання легко вирішуються у площині повного та неупередженого інформування пацієнта лікарем загальної практики щодо переваг надання первинної медичної та спеціалізованої психіатричної допомоги, а також активної співпраці лікаря загальної практики з лікарем-психіатром і лікарем-психотерапевтом.

Сподіваюся, що протокол сприятиме об'єднанню фахівців та формуванню єдиної ідеології надання допомоги пацієнтам з депресією, яка спрямована на ефективне лікування, збереження прав і свобод пацієнтів, відновлення якості життя користувачів допомоги та їхніх близьких.

У підсумку хочу підкреслити, що протокол медичної допомоги пацієнтам з депресією є важливим документом, який вдосконалює допомогу таким хворим, а також відкриває перспективи закріплення мультидисциплінарного підходу при наданні допомоги та її наближення до користувачів.



І.А. Марценковський,
к.мед.н., головний позаштатний спеціаліст за фахом «дитяча психіатрія», керівник відділу психічних розладів дітей та підлітків Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Депресія є найбільш поширеним психічним розладом та однією з основних причин інвалідизації. У 1990 р. депресія була четвертою за поширеністю причиною обмеження працездатності в світі, і до 2020 р. за втратою років життя, пов'язаних з непрацездатністю (DALYs), є ймовірність, що вона стане другою (World Bank, 1993). Депресія погіршує якість життя пацієнтів, суттєво впливаючи на перебіг та прогноз коморбідних соматичних захворювань. Було доведено підвищений ризик смерті в результаті фізичних проблем зі здоров'ям за наявності супутньої депресії. При ішемічній хворобі серця депресивні розлади асоціюються з 80% зростанням ризику як її розвитку, так і подальшої смерті при встановленому захворюванні. Самогубство складає близько 1% всіх летальних випадків, і майже дві третини від цієї цифри припадає на осіб з депресією (Sartorius, 2001). Окрім того, депресія в чотири рази підвищує ризик самогубства порівняно із загальною популяцією, у найтяжчих хворих цей показник збільшується майже у 20 разів.

Слід відзначити, що в Україні протягом останніх десятиліть спостерігається незначне зростання випадків непсихічних психічних розладів, зокрема депресивних, що не відповідає загальносвітовим тенденціям та свідчить про неналежну організацію діагностики й терапії пацієнтів з депресивними розладами.

За даними МОЗ України, з 2008 по 2012 рр. поширеність депресивних розладів зросла з 65,37 до 73,6 осіб на 100 тис. населення, а захворюваність – з 8,74 до 9,06 на 100 тис. населення.

Так, відповідно до положень наказу МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751, членами міждисциплінарної робочої групи було проведено безпрецедентну роботу щодо створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги хворим на рекурентні депресивні розлади в системі МОЗ України.

Важливим є те, що вперше в українській психіатричній практиці було розроблено пакет регуляторних документів,

а саме адаптовану клінічну настанову, уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, локальні протоколи, що містять систематизовані положення стосовно медичної та медико-соціальної допомоги пацієнтам з рекурентними депресіями, а також уніфіковані діагностичні та терапевтичні алгоритми, розроблені з використанням методології доказової медицини на основі підтвердження їх надійності й доведеності.

Створені передумови, які забезпечують можливість прийняття лікарями раціональних рішень у різноманітних клінічних ситуаціях на різних рівнях медичної допомоги, спонукають до використання ресурсів само- та взаємодопомоги, а також інших спеціальних ресурсів безпосередньо у громаді.

Необхідно підкреслити, що головними інноваціями уніфікованого клінічного протоколу допомоги при рекурентних депресіях стали: детально розроблені рекомендації щодо виявлення депресій у первинній ланці охорони здоров'я за місцем проживання; ступенева організація медичної допомоги хворим на депресивні розлади; проведення психологічних та психосоціальних втручань, основаних на доказовій медицині; організація «низькоінтенсивних психосоціальних втручань» (комп'ютеризованої когнітивно-поведінкової терапії, керованої самодопомоги, програм фізичної активності); визначення сфери компетенції лікарів загальної практики – сімейної медицини при психо- та психофармакотерапії депресій.



С.Ф. Глузман,
президент Асоціації
психіатрів України

Хотелось бы отметить, что у протокола «Депрессия» своя, сугубо украинская история, где есть и эмоциональные дискуссии, и не всегда корректные аргументы, и, чего уж скрывать, банальные человеческие амбиции. Процесс создания документа был долгим, очень долгим... Победил здравый смысл, что на нашем специальном языке называется принципами доказательной медицины.

Украинские политики говорят о необходимости вхождения в Европу. Но они, политики, не могут войти в Европу, с ее традициями и ценностями, без нас, обычных граждан. Этот документ, разработанный с соблюдением европейских цивилизационных стандартов, и есть очередной этап нашего профессионального воссоединения с европейским Домом. Этот документ, создавший ограничивающие рамки для безудержной фантазии врача-специалиста и занимающегося «лечением» шарлатана, сформировал правовое поле в терапии одного заболевания. На самом деле – еще одного. Честь и хвала авторам, сумевшим это сделать!



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

Разработка и использование клинических руководств и соответствующих протоколов при оказании медицинской помощи являются общепризнанной мировой практикой. Создание подобных документов чрезвычайно важно и для Украины. Особую актуальность оно приобретает по отношению к такой медико-социальной проблеме, как депрессия. Именно это заболевание отвечает всем критериям приоритетности в службе охраны психического здоровья, таким как распространенность, тяжесть последствий, высокая вероятность их усугубления при отсутствии адекватной помощи, а также наличие эффективных способов, позволяющих уменьшить или ликвидировать проблему.

Необходимость создания клинического протокола «Депрессия» также обусловлена продолжающейся многие годы дискуссией о возможности участия в оказании помощи пациентам с депрессией врачей общей практики. В связи с этим важно отметить, что значительная часть больных депрессивными расстройствами различной степени тяжести (по некоторым данным, 60-80%) не попадают в поле зрения психиатров и лечатся либо в общемедицинской сети, либо вовсе остаются без медицинской помощи. Следствием этого являются несвоевременная диагностика, неадекватное лечение, неблагоприятный прогноз, снижение качества жизни пациентов и возрастание риска суицидов. Таким образом, важная роль врачей общей практики в оказании помощи больным депрессией очевидна.

Вместе с тем, одним из главных дискуссионных вопросов при разработке протокола было определение границ компетенции врачей-интернистов в соответствии с Законом Украины «Про психіатричну допомогу», а именно, включают ли обязанности врачей-интернистов только раннее выявление депрессивных расстройств и направление пациентов к психиатру, или же они обладают более широкими полномочиями относительно диагностики и лечения таких больных. На мой взгляд, разработанный протокол предлагает достаточно четкий алгоритм действий специалиста общей практики по отношению к пациентам с депрессией, основанный на международных стандартах, с одной стороны, и учитывающий реальную отечественную клиническую практику – с другой. Безусловно, реализация заложенного в протоколе концептуально нового, современного подхода требует соответствующей профессиональной подготовки врачей-интернистов, которая на сегодняшний день, к сожалению, является явно недостаточной.

Отдельно хотелось бы остановиться на медикаментозном лечении депрессий. Важно отметить, что при создании протокола за основу были приняты международные документы, отражающие современную практику психофармакотерапии

с позиций доказательной медицины (CANMAT и др.). В соответствии с этим выделены препараты первой, второй и третьей линии выбора антидепрессивной терапии. Данная градация позволяет врачу определить наиболее оптимальную тактику лечения в конкретном клиническом случае с учетом значимых факторов (эффективность, переносимость, стоимость и т.п.) и что, на мой взгляд, особенно важно, – минимизировать вероятность принятия неверных решений, то есть защитить от врачебных ошибок. Реализация данных положений возможна лишь при создании эффективных механизмов внедрения протокола в клиническую практику, включающих, в том числе, систему контроля качества оказываемой помощи.

В заключение хочу отметить, что принятие, безусловно, своевременного и качественного документа, которым является протокол «Депрессия», – это только начало трудоемкого и затратного процесса его имплементации, который требует значительных усилий всех заинтересованных сторон.



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

Депресія – поширений розлад, що може супроводжуватися таким найтяжчим ускладненням, як суїцид, однак це захворювання піддається лікуванню за умов його вчасного виявлення та адекватно проведеної терапії. Отже, у час постійних емоційних стресів створення уніфікованого клінічного протоколу з медичної допомоги (УКПМД) «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)» є дуже актуальним.

Упродовж останніх десяти років кількість наукових публікацій з цієї проблеми в Україні зростає, проте практичне впровадження залишається недостатнім, загальнодержавної програми підготовки лікарів, які надають первинну медичну допомогу, з питань діагностики і лікування депресивних розладів (ДР) на сьогодні немає. У програмі післядипломної підготовки лікарів загальної практики – сімейної лікарів (ЛЗП-СЛ) цій проблемі відведено вкрай мало навчальних годин, то ж УКПМД «Депресія» є єдиним загальним керівництвом щодо комплексного надання медичної допомоги пацієнтам з ДР.

Варто зазначити, що створений УКПМД «Депресія» надав ЛЗП-СЛ більше можливостей якісно виконувати компетенції відповідно до оновленої кваліфікаційної характеристики (Наказ від 05.08.2013 р. № 586) щодо проблем із психікою.

Наступним позитивним моментом розробки протоколу є отримання СЛ засобів для проведення нагляду за психічним станом прикріпленого населення, а особливо групи ризику розвитку депресії. Завдяки цьому СЛ має можливість оцінити

епідеміологічні характеристики захворюваності, висококваліфіковано планувати та проводити профілактичні заходи, розширюючи охоплення населення наданням психіатричної допомоги.

Розробка УКПМД «Депресія» надала лікарям первинної ланки конкретний технологічний інструмент як для скринінгу – опитувальник здоров'я пацієнта, 2 запитання (PHQ-2), так і для верифікації синдромального діагнозу депресії та визначення ступенів її тяжкості – опитувальник здоров'я пацієнта, 9 запитань (PHQ-9). Це дає можливість чітко визначити подальший маршрут хворого, координуючи надання допомоги з фахівцями вторинної і третинної медичної допомоги, організовувати тривале безперервне спостереження за пацієнтами та контролювати ефективність лікування.

У межах протоколу чітко окреслилися повноваження СЛ щодо встановлення синдромального діагнозу з приводу ДР з урахуванням особливостей клінічних проявів (депресивний, тривожно-депресивний синдром), що не вступає у протиріччя зі статтею 27 Закону України «Про психіатричну допомогу», де питання встановлення діагнозу психічного захворювання та надання психіатричної допомоги в примусовому порядку відносяться виключно до компетенції лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів.

Також СЛ надані рекомендації для виявлення та подальших обов'язкових дій щодо пацієнтів з високим ризиком суїциду або загрозою насильства по відношенню до оточуючих.

Ще одним важливим моментом у документі для ЛЗП-СЛ є чітке окреслення їх компетенції в наданні медичної допомоги при депресії на первинному рівні, конкретно прописані рекомендації із застосування фармакотерапії та її ускладнення. Це зумовлює уважніше ставлення СЛ до клінічного стану пацієнтів при призначенні їм чи спостереженні за призначенням фахівців вторинної та третинної допомоги препаратів з приводу соматичних захворювань, що можуть викликати або поглиблювати ДР.

Основною метою УКПМД є надання лікарям доказових даних щодо відновлення якості життя осіб із ДР, попередження рецидивів патології. Роль СЛ у лікуванні ДР стала більш значимою в контексті довготривалого спостереження за лікуванням пацієнта, виконання ним медикаментозних призначень, а також появою шкідливих психічних чинників та факторів ризику у кожного конкретного хворого, що забезпечується постійним контактом лікаря з членами його родини та близького оточення. Курація СЛ осіб із ДР забезпечує моніторинг ефективності лікування, призначеного спеціалістом закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) вторинної ланки і сприяє консолідованій співпраці фахівців різних рівнів медичної допомоги в інтересах пацієнта.

У протоколі також визначено роль сімейної медсестри, яка залучена до моніторингу (телефонного або особистого відвідування) стану пацієнтів із вперше виявленою депресією не рідше одного разу на три дні, що налаштовує її на якісно новий підхід до здоров'я кожного мешканця дільниці.

Важливим стимулюючим фактором якості для первинної ланки, де не існує попереднього досвіду системного лікування ДР, є вимога УКПМД стосовно розробки локальних протоколів у закладах первинної медико-санітарної допомоги, що одночасно визначають усі системні лікувальні заходи з поіменною відповідальністю медичних працівників за їх проведення і, відповідно, об'єм професійної підготовки з цих питань.

Тож для ефективного впровадження УКПМД «Депресія» у практику надання медичної допомоги у ЗОЗ України існує

потреба у створенні системи заходів щодо підвищення поінформованості лікарів, які надають первинну медичну допомогу, з питань діагностики, терапії депресії та реабілітації пацієнтів з депресією (у тому числі коморбідною).

У цьому контексті варто звернути увагу, що як основний метод лікування легкої депресії розглядається психотерапія, яка також використовується в комплексі лікування і реабілітації пацієнтів з помірною і тяжкою депресією.

Однією із проблем виконання вимоги протоколу відносно того, що «лікування депресії у ЗОЗ, що надає первинну медичну допомогу, має включати елементи психотерапії», є недостатність у СЛ формування навичок: адекватного спілкування з депресивними хворими, проведення первинної психологічної корекції, надання кваліфікованих психогігієнічних знань, а також уміння мотивувати пацієнта, обмеженого суспільною стигмою, до консультації та лікування у психіатра за потреби. Ця проблема викликала гарячу дискусію при обговоренні УКПМД і потребує термінового системного вирішення, оскільки існує обмеженість широкого доступу пацієнтів до психотерапевтичної допомоги внаслідок різних причин (відсутність фахівців у ЗОЗ вторинної допомоги, територіальна віддаленість, відсутність фінансових можливостей хворих та ін.).

На сьогодні НМАПО імені П.Л. Шупика намагається поповнити недостатність знань ЛЗП-СЛ короткостроковими циклами тематичного удосконалення з надання медичної допомоги при ДР, але й тут проблема адміністративно-фінансового характеру утруднює відрядження СЛ на навчання.

Розроблений протокол вагомо розширив можливості СЛ в одній із шести компетенцій ЛЗП-СЛ – цілісного сприйняття пацієнта. Це також має підвищити якість лікування соматичних захворювань, оскільки психічне здоров'я пацієнта значною мірою впливає на ефективність проводжуваної терапії при будь-якій хронічній патології.

Необхідно зазначити, що сучасні СЛ у переважній своїй більшості готові опікуватися психічним здоров'ям нації.



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

Вуніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) представлено структуровану програму лікування депресії, яка повністю відповідає сучасним вимогам доказової медицини й «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 у Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313. Наведені обґрунтування та положення УКПМД побудовані на принципах

доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій.

Беззаперечною перевагою даного протоколу є мультидисциплінарний підхід, котрий передбачає залучення фахівців різних медичних напрямків для надання допомоги пацієнтам з депресією, що відповідає біопсихосоціальної парадигмі сучасної психіатрії. Спрямованість же на ранню діагностику та превентивну корекцію депресивних станів відображає новітні тенденції у галузі охорони психічного здоров'я.

Доречною інноваційністю для української психіатрії є позиціонування психотерапії як провідного методу лікування депресивних розладів різної тяжкості. При цьому вона не протиставляється принципам традиційної біологічно орієнтованої вітчизняної психіатрії.

Загальноприйнятій європейській практиці відповідає також закладений у запропонований УКПМД принцип залучення сімейних лікарів до надання первинної медичної допомоги пацієнтам з депресивними розладами. Однак поряд із однозначно позитивною фаховою оцінкою УКПМД є ряд дискусійних моментів, що потребують подальшого обговорення.

1. Чи можливо забезпечити достатній рівень діагностики депресивних розладів у закладах, що надають первинну допомогу, лише за допомогою психометричних шкал та прямо сформульованих запитань? Особливо це стосується діагностики суїцидальних тенденцій. У такому разі лікарі первинної ланки мають проходити спеціальні тренінги з належного використання та інтерпретації скринінгових методів діагностики психічних розладів, а також з набуття елементарних навичок клініко-психопатологічного обстеження та терапевтичного поводження із суїцидальними пацієнтами. У зв'язку із вищесказаним, досить проблематичним є призначення антидепресантів на первинному етапі допомоги, адже існує велика ймовірність гіпердіагностики і необґрунтованого застосування препаратів задля попередження можливих негативних наслідків недіагностованої депресії.

2. Якщо психотерапія є обов'язковим атрибутом лікування депресивних розладів у закладах, що надають вторинну допомогу, необхідно зазначити доцільність проведення комбінованого лікування (психофармако- та психотерапії) одним й тим самим лікарем задля забезпечення комплаєнтної поведінки пацієнта. Проте така тактика передбачає реформування освітньої програми лікарів-інтерністів за спеціальністю «психіатрія», а саме необхідність здобуття психотерапевтичної фахової кваліфікації задля виконання освітнього стандарту лікаря-психіатра.

3. В УКПМД у розділі 3.4 «Психотерапія» не зазначено доцільність застосування психодинамічної психотерапії, хоча в загальних принципах надання вторинної медичної допомоги мова про це йдеться. Внесення даної форми психотерапії у перелік необхідних лікувальних заходів обґрунтоване сучасними катамнестичними та інструментальними дослідженнями (Leuzinger-Bohleber et al., 2001; Buchheim et al., 2012).

4. При виборі препарату на етапі надання вторинної й третинної медичної допомоги не враховано сучасних досліджень вибіркового реагування на той чи інший антидепресант. Залежно від базової структури особистості пацієнта, на ґрунті такої допомоги може розвинутися депресивний епізод. Clopinger (1986, 2000) та Смулевіч (2009) відповідно до встановлених за допомогою факторного аналізу кореляцій між трьома основними проявами темпераменту (пошук новизни,

уникнення шкідливостей, залежність від винагороди) та нейрофізіологічними структурами (дофамінергічні, серотонінергічні, норадренергічні) пропонують патофізіологічно зумовлені варіанти терапії синдромальних, у тому числі депресивних, станів. Так, наприклад, патогенетично зумовлене лікування депресії при шизоїдному розладі особистості проводиться за участю нормотиміків (солі літію) та антипсихотиків (кветіапін), гістрионному – трициклічних антидепресантів, обесивно-компульсивному – СИЗС.

Проте зазначені дискусійні моменти не знижують загальної позитивної оцінки УКПМД та його науково-практичної значимості.

Враховуючи вищевикладене, можна вважати, що УКПМД, який складено колективом висококваліфікованих фахівців, є прекрасно структурованим, сучасним фундаментальним документом, направленим на створення єдиної комплексної та ефективної системи надання медичної допомоги хворим на депресивні розлади в Україні.



Р. Мереллі,
президент Всеукраїнської
громадської організації
інвалідів «Юзер»

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)», розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, дає можливість розглянути особливості проведення діагностики та лікування депресії в Україні з позиції забезпечення наступності етапів медичної допомоги. За формою, структурою та методичними підходами щодо використання вимог доказової медицини УКПМД відповідає «Методикам розробки та провадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини». Не можна не погодитися, що це є позитивним моментом цього документа. Нарешті сімейні лікарі звертатимуть увагу на пацієнтів і не відправлятимуть їх до фахівців вузького профілю.

Але є також інша сторона медалі – механізм забезпечення саме цієї допомоги сімейними лікарями та вузькими спеціалістами. На сьогодні медична допомога включає первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) та екстрену. Нібито цього розподілу достатньо, але людині у стані депресії взагалі нічого не потрібно, то ж яким чином виявити дане захворювання, якщо вона сама не йде до лікаря.

Зазначимо, що існують два типи депресії: невротична та внутрішня, тобто ендогенна. На даний час невротичні депресії зустрічаються частіше, ніж психотичні. Так, частка

перших складає близько 60% у загальній структурі депресивних станів.

Депресія може виникати в будь-якому віці, причому жінки страждають частіше за чоловіків внаслідок особливостей ендокринної та нервової систем.

На початкових стадіях депресії людина майже завжди песимістично оцінює все, що відбувається з нею або навколо неї, часто застрягаючи на тривожних спогадах, які її непокоять. Вона картає себе за те, що неправильно вчинила у тій чи іншій ситуації. Подібні моменти з минулого час від часу виникають у свідомості та викликають відчуття душевного болю, печалі, жалю або злоби. Та якщо подивитися уважно на сучасне суспільство, можна побачити усі ознаки депресивного стану.

Далі постає логічне запитання: чи звертають увагу сімейні лікарі на ймовірні прояви депресії, коли приходять на виклик до хворого, або коли пацієнт потрапляє до них на прийом? З упевненістю можу сказати – ні. То що ж тоді робити? Напевно, першочергово слід оновити як саму систему надання медичної допомоги, так і свідомість сімейних лікарів, адже саме вони є первинною ланкою, яка може виявити депресивний стан людини.

Необхідність у популяризації цього захворювання потрібно широко доводити до усієї маси населення. Адже відомо, що коли людину починаєш впевнювати у тому, що вона повинна приймати ноотропні або психотропні засоби, це відлякує її від самого процесу лікування.

Доцільно зазначити, що у більшості випадків особи з депресією не афішують свій стан, а через знайомих починають шукати спеціалістів, які б допомогли. Але сучасна система надання медичної допомоги саме й розрахована на те, щоб на первинному етапі депресію могли виявляти сімейні лікарі.

На мою думку, неможливо дати кожному пацієнту окремо пораду стосовно лікування депресії. Скажу лише одне – депресія за один місяць не лікується, цей процес може розтягнутися на півроку або бути ще довшим. На додаток, саме сімейні лікарі повинні виявляти депресивні стани під час обстеження людей і розповідати про наслідки відсутності терапії.

Я переконаний, що інформація стосовно депресії повинна надаватися у кожній лікарні та розташовуватися на видному місці, для того щоб кожен міг з нею ознайомитися. Що стосується ЗМІ, вони мають приділяти цій проблемі більшої уваги.

На закінчення хочу сказати, що невротична депресія є поширеним захворюванням, що зачіпає нервово-психічну сферу. Зазвичай в її розвитку провідну роль відіграють психотравмуючі фактори, що впливають ззовні. На відміну від психотичної депресії, є певні критерії, які дозволяють діагностувати даний патологічний процес. Це пов'язано з тим, що правильний діагноз є запорукою успішного лікування. Тільки в цьому випадку можна розраховувати на нормальне відновлення порушених функцій організму людини. В іншому разі на тлі функціональних розладів можуть розвинути стійкі психосоматичні порушення.

Таким чином, розроблений клінічний протокол «Депресія» дає можливість вчасно й правильно діагностувати хворобу та призначити відповідне лікування. Але, на жаль, це не створює для людського фактору бар'єр від страху перед самою Депресією.

Підготувала **Тетяна Ільницька**