

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.

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

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

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.

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 даним 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».

Гідзиська 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.

Маларов 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.

Мішиєв 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

Лещинська 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».

Черніцька 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% (Ebmeier 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, атипового 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 діагностичні 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 із 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 PHQ-2. При позитивній відповіді хоча б на одне запитання PHQ-2 проводять подальше опитування за допомогою PHQ-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 упродовж 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 самопомоги 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"> 1. 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"> 1.1. Чи часто у Вас був знижений настрій, туга або почуття безнадійності упродовж останнього місяця? 1.2. Чи часто Ви помічали відсутність інтересу або задоволення від речей, які зазвичай цікавили або приносили задоволення, упродовж останнього місяця? 2. При позитивній відповіді хоча б на одне запитання необхідно провести подальше обстеження з використанням PHQ-9 (Додаток 1) 3. Оцінити тяжкість депресії за підрахунком суми балів PHQ-9, що дозволяє поставити синдромальний діагноз депресії та визначити її тяжкість (Додаток 1) 4. Виявити пацієнтів, які мають високий ризик суїциду, за допомогою запитання: «Чи часто упродовж останнього місяця Вас турбували думки про здійснення самогубства?» 5. 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) 6. Оцінити фактори, що впливають на перебіг депресії: <ul style="list-style-type: none"> • наявність в анамнезі епізодів депресії, психічних та інших хвороб • зміни настрою в анамнезі • проведене попереднє лікування депресії та його результат • взаємовідносини з оточенням • наявність соціальної підтримки 7. Сформулювати синдромальний діагноз: ДС; ТДС 8. 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 9. Виявити пацієнтів, які потребують обов'язкової консультації лікаря-психіатра, та направити до відповідного ЗОЗ (див. Розділ 4.1.2) 10. Якщо пацієнт становить небезпеку для себе або оточуючих – терміново направити у ЗОЗ, що надає ВМД 11. Якщо діагноз депресії не підтвердився, розглянути вірогідність дистимії (див. Розділ 4.1) <p><i>Бажані</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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"> 1. 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) 2. Узгодити з пацієнтом заходи немедикаментозної та медикаментозної терапії ДС та ТДС 3. Провести навчання пацієнта щодо дотримання режиму лікування і технік самоконтролю 4. Відповісти на запитання пацієнта 5. Забезпечити моніторинг ефективності лікування, призначеного спеціалістом ЗОЗ, що надає ВМД 6. Надати роздрукований «Інформаційний лист для пацієнта про депресію» (Додаток 2)

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
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"> 1. Усім пацієнтам рекомендувати дотримуватись режиму дня, гігієни сну, засад раціонального харчування, режиму регулярної фізичної активності 2. При легкій формі депресії та за умови призначення заходів немедикаментозної корекції призначити повторний огляд пацієнта не пізніше ніж через 2-4 тижні 3. Постійно підтримувати стратегію поведінки, направлену на підвищення прихильності пацієнта до виконання рекомендацій лікаря 4. Пацієнтам із вперше виявленою депресією рекомендувати телефонний моніторинг стану (сестринський) не рідше ніж 1 раз на 3 дні 5. Запис у МКАХ (форма 25/о) <p><i>Бажані</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Направити пацієнта до лікаря-психотерапевта за наявності відповідної структури 2. 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
3.2. Медикаментозне лікування	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><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, побіжання 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
3.3. Моніторинг ефективності та корекція лікування	Існує доказова база доцільності моніторингу пацієнтів із депресією для підвищення ефективності лікування	<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)

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		<p>5. Потрібно контролювати прихильність хворого до лікування, підтримку мотивації та надання рекомендацій</p> <p>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</p> <p>7. За відсутності ефекту медикаментозної терапії упродовж 3-4 тижнів необхідно впевнитися, що пацієнт приймає препарат відповідно до рекомендацій</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>

Таблиця 3.2. Для закладів, що надають ВМД

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Діагностика		
1.1. Клініко-анамнестичний та психопатологічні методи	До етіології виникнення депресивних проявів не менш важливо віднести фактори, які підтримують або посилюють депресію, тому що вони є потенційними мішенями для втручання	<p><i>Обов'язкові</i></p> <p>Основою є застосування принципів клініко-діагностичного інтерв'ю та клініко-біографічний анамнез</p> <p>1. Збір та оцінка даних (демографічні дані пацієнта і його родини, оцінка скарг на здоров'я та особливості (можливості) психолого-соціальної самореалізації пацієнта)</p> <p>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 непсихотропними препаратами, зокрема гормональними та депресогенними); фактори соціуму, які можуть впливати на настрій; наявність соціальної підтримки; психологічні й соціальні амортизаційні фактори</p> <p>3. Клініко-психопатологічне дослідження психічного стану пацієнта за допомогою структурованого діагностичного інтерв'ю з описанням психічного статусу</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1.2. Психодіагностичні методи	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><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
1.3. Методи інструментального обстеження	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><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
2. Амбулаторне лікування	Метою амбулаторного етапу лікування є попередження рецидиву та забезпечення функціонального відновлення пацієнта	<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
2.1. Етап активної терапії	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.	<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 (потенціювати) 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».

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	<p>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>6. Депресивний епізод, обтяжений психотичною симптоматикою, потребує обов'язкового поєднаного призначення АД та антипсихотиків другого покоління, що пов'язано, зокрема, із особливою уразливістю пацієнтів цієї категорії щодо виникнення екстрапірамідних ускладнень</p> <p>7. За відсутності ефекту від медикаментозного лікування слід рекомендувати ЕКТ з медикаментозною релаксацією та аналгезією і дотримання технік мінімізації ускладнень</p> <p>8. Тривалість етапу активної терапії – 8-16 тижнів</p> <p>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>
<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>
<p>2.3. Етап профілактичної (підтримуючої) терапії</p>	<p>Слід розглянути можливість більш тривалої (профілактичної) терапії при ДР у разі:</p> <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 	<p><i>Обов'язкові</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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 2. При вирішенні питання про відміну АД слід забезпечити поступове зменшення його дози впродовж не менш ніж 4 тижні (для уникнення синдрому «відміни»)
<p>2.4. Психотерапія, психосоціальна терапія та психоосвітні заходи</p>		<p>Психотерапія пацієнтів із депресивним епізодом передбачає використання:</p> <ul style="list-style-type: none"> • КПТ • МОТ • психотерапії, направленої на вирішення проблем • сімейної психотерапії <p>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</p> <p>Психоосвітні заходи спрямовані на створення терапевтичного альянсу, активацію пацієнта, дотримання рекомендацій лікаря, залучення родичів до лікування та відновлення якості життя пацієнта</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
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	<p><i>Обов'язкові</i></p> <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		<p><i>Обов'язкові</i></p> <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		<p><i>Обов'язкові</i></p> <ol style="list-style-type: none"> HAM-D MADRS CGI-S Шкала Шихана SCID

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		<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
<p>1.3. Методи інструментального обстеження</p>	<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. ЕЕГ 2. Доплерографія 3. КТ 4. МРТ 5. УЗДГ
<p>1.4. Лабораторні методи</p>		<p>Дексаметазоновий тест за необхідності</p>
<p>2. Етап активної терапії</p>	<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,</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

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	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	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		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
4. Інші додаткові методи терапії		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

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 РНҚ-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 РНҚ-9. Анкетування із застосуванням РНҚ-9 дає можливість верифікації синдромального діагнозу депресії та визначення тяжкості депресії (Додаток 1).

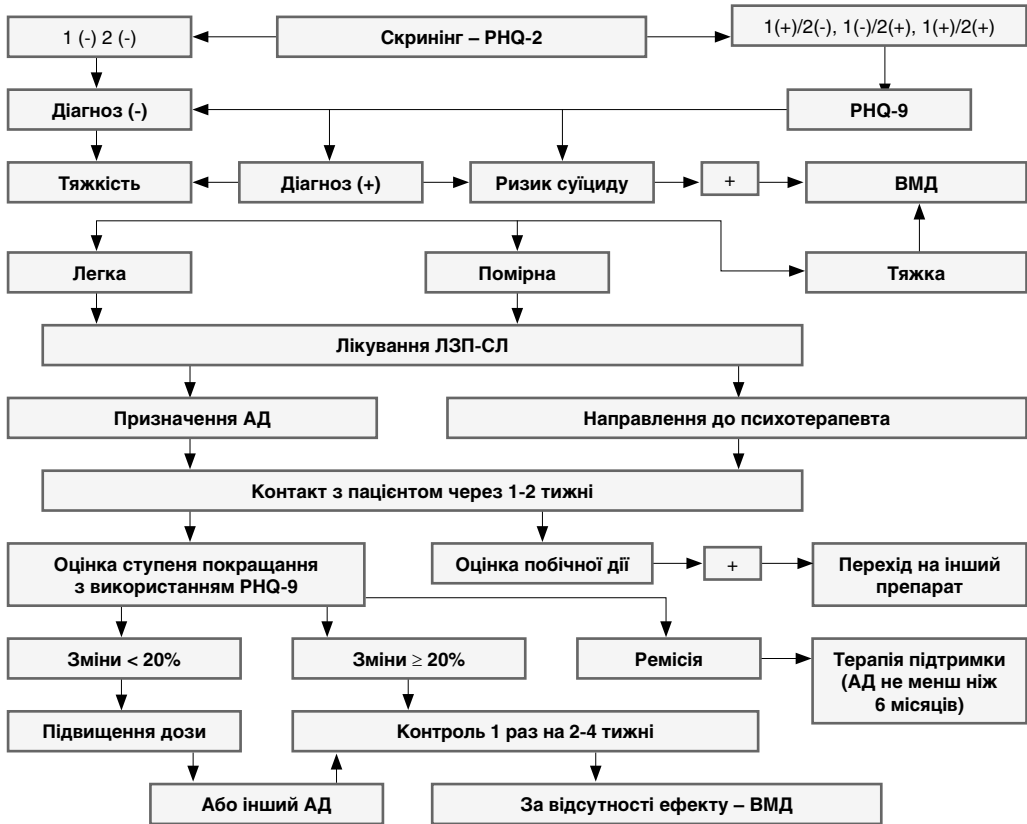


Рис. 4.1. Алгоритм лікування у ЗОЗ, що надає ПМД

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

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
Побажання 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 легкою 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. Пацієнткам з післяпологовою депресією легкою 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 РНQ-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 РНQ-9 зменшилася менш ніж на 20% за умови виконання рекомендацій лікаря, необхідно розглянути можливість

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.

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 дотримуватися 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).

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 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 керуваної фахівцем самопомоги, короткострокового психокорекційного, психотерапевтичного

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 останніх 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>

Таблиця 4.2.2. Фази та завдання терапії ВДР

Фази терапії	Тривалість	Завдання	Дії
Гострий період	8-16 тижнів	Ремісія симптомів Відновлення функцій	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

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 самопомоги 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.

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.

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

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

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

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 сьогоднішній день 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 випадків (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.

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 опіоїди (знижується ефект)	Оланзапін Рисперидон Тамоксифен Трамадол
Інгібування CYP 3A4	Аміодарон Антиаритмічні препарати Антигістамінні засоби Антагоністи кальцієвих 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.

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 CYP 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).

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) iMAO (рівень доказовості II)
3-тя лінія	Доповнення іншим препаратом	Бупірон (рівень доказовості II) Стимулятори (рівень доказовості III) Зипразидон (рівень доказовості III)

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 у 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).

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.

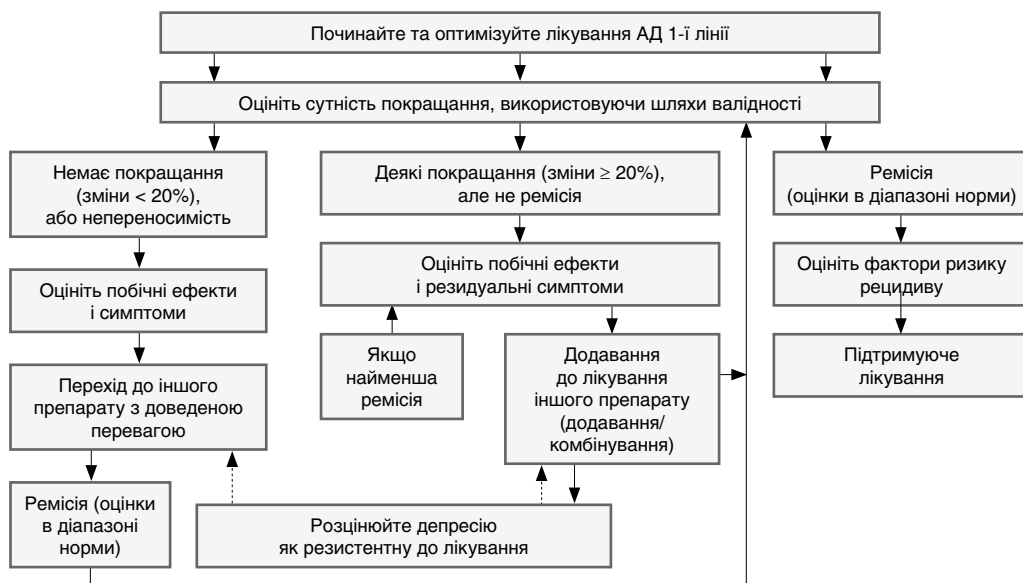


Рис. 4.7.3. Алгоритм ведення пацієнта з недостатньою відповіддю на лікування АД 1-ї лінії

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).

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 досягнуте 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.drlz.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 PHQ-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 PHQ-2 та PHQ-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 визнається 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 PHQ-2 та PHQ-9 для діагностики депресії; джерелом інформації є записи в первинній медичній документації (МКАХ, Форма № 25/о) щодо результатів використання PHQ-2 та PHQ-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 (свідчення) 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 Примірної таблиці 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 таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування».

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

10. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 739 «Про затвердження таблиць 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 таблиць 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 задовольень, 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 ранкові години, 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 захворювання 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 умови 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 – зайняття 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 бути 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 В₆, 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 різних 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 можнавилікувати!

Додаток 3**Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)**

Цю анкету розроблено для того, щоб допомогти Вашому лікарю зрозуміти, як Ви себе почуваєте. 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 T _____ = _____ + _____

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

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.



І.Я. Пінчук,

д.мед.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «Психіатрія. Наркологія», директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Минуло 7 років з того часу, коли були затверджені попередні протоколи «Депресія». Вже тоді фахівці намагалися впровадити у практику засади доказової медицини, відійти від процесу лобіювання фармацевтичних препаратів, скерувати зусилля на надання допомоги в амбулаторних умовах. Ми дуже раділи у 2007 р., що з'явився прогресивний документ, який підвищить якість надання допомоги та покращить життя пацієнтів з вадами психічного здоров'я.

Сьогодні ми розуміємо, що еволюція медичної практики – це довгий шлях від терапії пацієнта на основі клінічного досвіду одного спеціаліста через консенсус експертів до створення клінічних настанов на засадах доказової медицини.

В Україні станом на 2012 р. одночасно існувало 158 медичних стандартів (переліків послуг), 1343 протоколи (в тому числі у вигляді клінічних рекомендацій), 698 нормативів та 9 методичних рекомендацій. Причому в основному вони були розроблені експертним методом (на основі фахового консенсусу), а не на принципах доказової медицини (в документи мають включатися медичні технології, ліки з доведеною ефективністю). В більшості випадків нормативи створені з орієнтацією на спеціальність (наприклад, «психіатрія»), а не на діагноз. За однією темою почасти затверджено 5-6 окремих протоколів/стандартів. Ці документи було розроблено монодисциплінарною робочою групою на окрему спеціальність, без урахування системного підходу та мульти-/коморбідності хворобливих станів. Не поодинокі випадки, коли протоколи входять у протиріччя один з одним, включають незареєстровані в Україні ліки та інше. У результаті, затверджені нормативи не працюють в системі управління якістю, оскільки не містять індикаторів якості для моніторингу, що унеможливорює виміряти та оцінити ефективність наданої медичної допомоги в цілому.

На початку 2013 р. група фахівців вирішила почати роботу над новим документом з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, що передбачає впровадження новітніх технологій систематичного

збору, аналізу, синтезу та застосування якісної наукової медичної інформації, яка дозволяє приймати оптимальні клінічні рішення на користь пацієнта. Українськими спеціалістами було проведено плідну роботу щодо створення уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Депресія», який базується на методичних засадах міжнародної практики та принципах доказової медицини. У цей документ включені сучасні медичні технології та лікарські засоби з доведеною ефективністю для терапії депресії, а експертний метод був використаний лише за відсутності інших доказів. Слід підкреслити, що протокол орієнтований на клінічну тему, а не спеціальність, та розроблений робочою групою за участю усіх дотичних до цього патологічного стану фахівців (мультидисциплінарний підхід).

Не можемо не сказати декілька слів про саму систему, яка зараз відпрацьовується на теренах української медицини з метою підготовки до впровадження медичного страхування.

За основу взято систему стандартизації медичної допомоги в міжнародній практиці, яка складається з клінічних рекомендацій (настанов), медичних стандартів та протоколів. Клінічні настанови – це третинні джерела доказової медицини, що базуються на основі визначеної методології, для допомоги лікарю і пацієнту у прийнятті рішення щодо надання раціональної медичної допомоги в різних клінічних випадках.

Враховуючи міжнародний досвід у впровадженні методології такої роботи, «золотим стандартом» якої можна вважати «SIGN 50: A guideline developers» та «Handbook SIGN Publication No 50» Шотландської міжколегіальної організації розробників рекомендацій, в Україні були імплементовані окремі її елементи. Так, методичні засади затверджені Наказом МОЗ України від 28 вересня 2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 р. за № 2001/22313.

Члени робочої групи висловлюють свою найщирішу вдячність фахівцям Департаменту стандартизації медичних послуг Державного експертного центру МОЗ України, які відповідно до наказу МОЗ України від 08.10.2012 р. № 786 здійснювали методичне забезпечення розробки документів, допомагали у пошуку оригінальних клінічних настанов, організували та виконували разом із членами робочої групи оцінку якості обраних прототипів за шкалою AGREE, проводили навчальні тренінги членів робочої групи, забезпечували технічний супровід розробки, експертизу на дотримання принципів доказової медицини та уніфікованої методики зі створення документів, а також рецензували і працювали над оприлюдненням даних медико-технологічних документів.

Ми хочемо висловити щире подяку спеціалістам Департаменту стандартизації медичних послуг Державного експертного центру МОЗ України за те, що не шкодували сил і часу й спрямували свій професіоналізм, досвід та знання на нашу спільну справу. Окрім виконання наказу МОЗ України, вони витримали усі гарячі дискусії як серед фахівців-психіатрів, так і в мультидисциплінарній команді.

Зараз ми маємо новий документ, над яким працювала група фахівців протягом двох років. Палкі професійні дискусії стосовно компетенції спеціалістів, які опікуються пацієнтами з вадами психічного здоров'я, відповідності потребам наявної нормативної бази, необхідності суттєвих змін до Закону України «Про психіатричну допомогу» стосовно включення переліку лікарських засобів, розмежування функцій на первинному та вторинному рівнях надання допомоги, розчарування, намагання, образи та надії – усе це позаду. Сьогодні, починаючи з клінічного протоколу «Депресія», в Україні розпочато роботу з оновлення медико-технологічних документів – стандартів та протоколів надання медичної допомоги в галузі психіатрії, у результаті якої, маємо сподівання, покращиться організація спеціалізованої психіатричної допомоги, діагностики, лікування й реабілітації пацієнтів з вадами психічного здоров'я та підвищення якості їхнього життя.

Ще раз дякуємо всім за підтримку у створенні та виданні цього вкрай необхідного збірника, яка свідчить про те, що Ви чудово розумієте запити спеціалістів та потреби пацієнтів з вадами психічного здоров'я і намагаєтесь всіляко сприяти їх розв'язанню. Маю надію, що це лише успішний початок спільної співпраці в майбутньому.

Вперед, до практики зі світовим досвідом!



В.Д. Мішчєв,

д.мед.н, професор, головний позаштатний спеціаліст Департаменту охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації, директор ТМО «Психіатрія», м.Київ

Розвиток медицини – це невинний 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 отримувані 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 зрозумілою 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. Тоді 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, 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 загальною протистояння внутрішньої медицини та психіатрії, або все таки були сполучними ланками на користь пацієнта. Особисто мені ще на посаді завідувачої 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 холістичного, психосоматичного підходу в curaції 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; Hunkeleer, 2006; Unützer, 2002, 2006; Gilbody, 2006).

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 Законом 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 загальномедичній 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 їх 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 болем; № 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. Малайов,

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 диагностирует 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 поменялись 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 обывательская 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 фенобарбитал 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 фенобарбитал 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 яростные 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 друг 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. Емпирически 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., професор, 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 – 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 впливу 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 опрацьовувати 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, співпраці 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 непсихотичних 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 депресії 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 самопомоги, програм фізичної активності); визначення сфери компетенції лікарів загальної практики – сімейної медицини при психо- та психофармакотерапії депресії.



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 психиатрическую помощь», 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 потребует значительных усилий всех заинтересованных сторон.



Л.Г. Матвієць,

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 умови 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.

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 (РНQ-2), так і для верифікації синдромального діагнозу депресії та визначення ступенів її тяжкості – опитувальник здоров'я пацієнта, 9 запитань (РНQ-9). Це дає можливість чітко визначати 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 стигмацією, 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 проведеної 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 необгрунтованого застосування препаратів задля попередження можливих негативних наслідків недиагностованої 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 обгрунтоване 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. Cloninger (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, obsесивно-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.Е. Імереллі,

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