НАСТАНОВИ ЩОДО МЕНЕДЖМЕНТУ пацієнтів із депресією в амбулаторній клінічній практиці

Депресія є однією з лідируючих причин інвалідності у всьому світі. Медичні працівники первинної ланки зазвичай першими контактують із такими пацієнтами, тому мають бути обізнані щодо діагностики та подальшого лікування зазначених осіб.
Вашій увазі представлений огляд рекомендацій щодо ведення хворих із депресією Американської асоціації психіатрів (APA) та Інституту вдосконалення клінічних систем США (ICSI), адаптованих робочою групою Університету Вісконсину (2017). Настанови орієнтовані на клініцистів первинної медико-санітарної допомоги для оптимізації виявлення хвороби, встановлення черговості інтервенцій, оцінювання їхньої дієвості та ефективності, чи перенаправлення до вузькопрофільних спеціалістів, а також здійснення лікувальних заходів щодо підтримки пацієнтів із депресивними розладами.

Виявлення пацієнтів із депресією

Скарги на погіршення фізичного здоров'я надзвичайно поширені серед пацієнтів із депресією і здебільшого є основним проявом хвороби. Так само важливо визначити соматичні прояви депресії, а також біологічні, психологічні та екологічні чинники ризику.

Робоча група з профілактичних послуг США (USPSTF) рекомендує проводити передусім скринінг щодо наявності симптомів депресії. Первинний огляд хворого має включати застосування опитувальника про стан здоров'я пацієнта (PHQ-2) при кожному поточному візиті, а також під час щорічних профілактичних оглядів та у разі, якщо це не було зроблено протягом попередніх 90 днів. При отриманні результатів за PHQ-2 ≥ 3 слід здійснити скринінг за допомогою повної версії опитувальника PHQ-9. У разі одержання за PHQ-9 бала ≥ 10, необхідно провести клінічне оцінювання стану пацієнта та задокументувати план подальшого спостереження.

Установлення діагнозу

Насамперед необхідно перевірити наявні симптоми на відповідність критеріям депресивного розладу згідно з DSM-5. Також треба ідентифікувати коморбідні психіатричні розлади та інші медичні стани та оцінити функціональний стан пацієнта. Під час диференціальної діагностики клініцистам слід пам'ятати, що багато інших психічних порушень, соматичних станів чи навіть вживання певних лікарських засобів можуть зумовлювати симптоми депресії. Оцінюючи стан пацієнта, лікар первинної ланки медичної допомоги має чітко з'ясувати, чи є депресія початковим етапом цього процесу або ж симптомом інших захворювань.

Принципи лікування

Застосування психотерапії, фармакотерапії чи обох інтервенцій одночасно має ґрунтуватися на тяжкості проявів симптомів депресії, наявності супутніх хвороб, фінансових можливостях і привілеях пацієнта.

Під час вибору певного лікарського засобу необхідно враховувати коморбідні захворювання (табл. 1), можливі побічні ефекти (табл. 2), супутню медикаментозну терапію та економічні витрати.

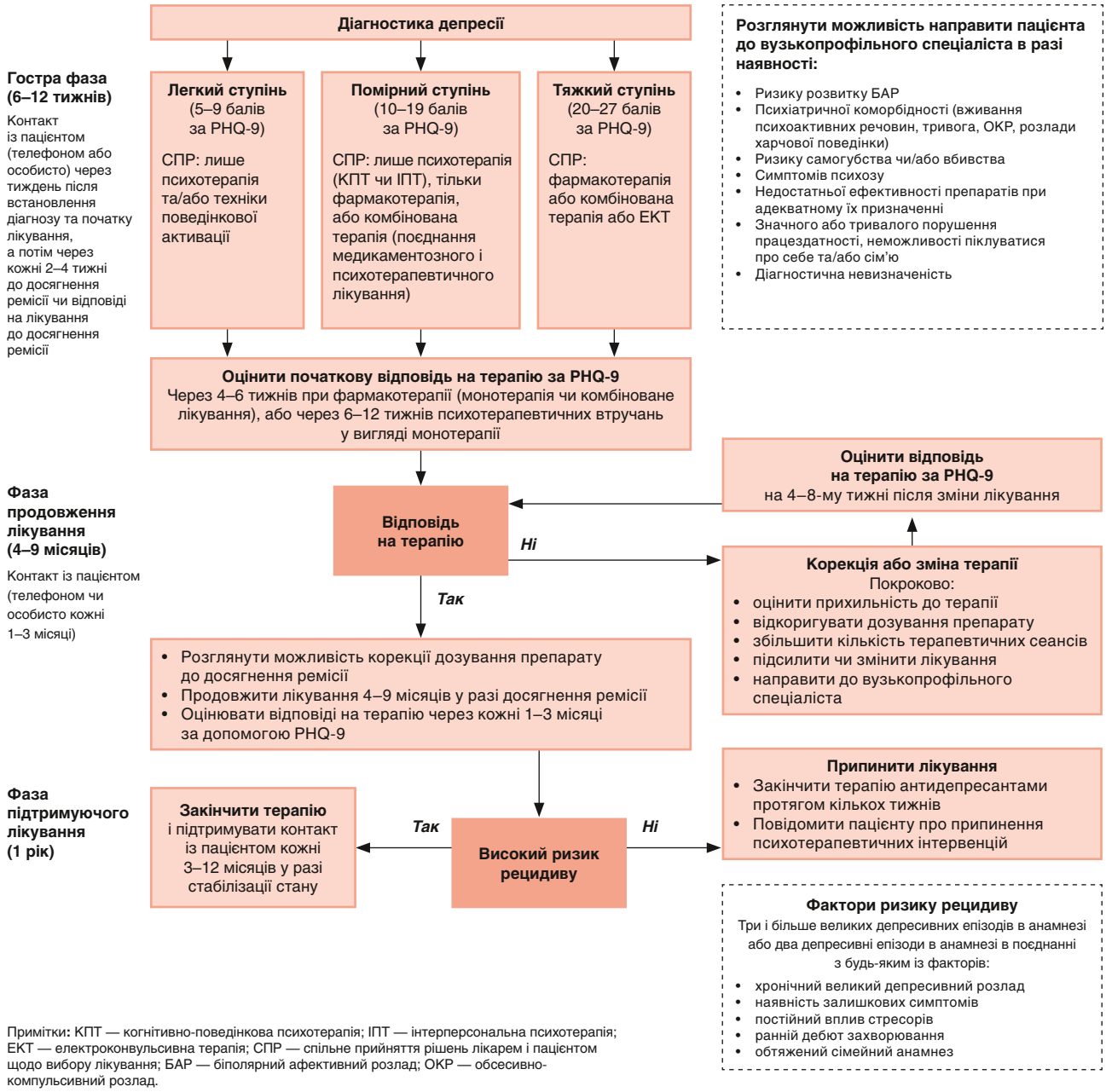
Всі пацієнти з депресією в системі первинної медичної допомоги мають бути занесені до Моделі спільної опіки (CoCM), у якій менеджер із догляду (під керівництвом психіатра) активно відслідковує зміни симптомів хворого та сприяє дотриманню плану його лікування.

Алгоритм лікувальних інтервенцій при депресії в дорослих наведено на рисунку.

Подальша допомога та досягнення терапевтичної цілі

Метою лікування є усунення всіх ознак і симптомів депресії, що оцінюють за допомогою PHQ-9, а також відновлення психологічного та професійного функціонування особи, яка звернулась за допомогою. Контакт із пацієнтом (телефоном або особисто, клініцист та/або менеджер із догляду) має відбутися через тиждень після встановлення діагнозу та початку лікування, а потім через кожні 2–4 тижні до досягнення ремісії (PHQ < 5) або відповіді на лікуванні (зниження вираженості симптомів на ≥ 50 % за PHQ-9).

Побічні ефекти переважно можливо регулювати шляхом поступового титрування дози до досягнення терапевтичного ефекту. Седація, тривога та сексуальна



Примітки: КПТ — когнітивно-поведінкова психотерапія; ІПТ — інтерперсональна психотерапія; ЕКТ — електроконвульсивна терапія; СПР — спільне прийняття рішень лікарем і пацієнтом щодо вибору лікування; БАР — біполярний афективний розлад; ОКР — обсесивно-компульсивний розлад.

Рисунок. Алгоритм діагностики та лікування депресії в дорослих

дисфункція можуть персистувати, що вимагатиме зміни дозування чи навіть заміни лікарського засобу.

Варто пам'ятати, що бупропіон може викликати летаргію, зниження мотивації чи концентрації уваги. Міртазапін має бути ефективним при безсонні чи зниженні апетиту, його прийом не асоційований із виникненням сексуальної дисфункції.

Якщо пацієнт не відповідає на фармакотерапію у вигляді монотерапії чи у поєднанні з психотерапією протягом 6 тижнів після їх початку (4 тижні в разі тяжкої форми) або лише частково відреагував на 12-му тижні, слід розглянути інші варіанти лікування, зважаючи на етапність допомоги. До того ж треба продовжувати фармакотерапію протягом 4–9 місяців після ремісії симптомів.

Пацієнту варто рекомендувати підтримуючу терапію протягом тривалого періоду, якщо в анамнезі в нього зафіксовано більше трьох епізодів депресії або два попередні епізоди в поєднанні з одним із наступних факторів ризику: хронічний великий депресивний розлад (тяжкі попередні епізоди), наявність залишкових симптомів, постійні психосоціальні стресори, ранній вік маніфестації, обтяжений сімейний анамнез, вік старше 70 років.

Перш ніж припинити лікування, хворого слід проінформувати про потенційну можливість рецидиву і план лікування, якщо симптоми повторяться (APA, *рекомендація I ступеня*). Призупинення терапії антидепресантами має тривати щонайменше протягом кількох тижнів (APA, *рекомендація I ступеня*).

Так само важливо повідомити особу, яка отримує лікування, про завершення відповідних психотерапевтичних інтервенцій перед останньою сесією (APA, *рекомендація I ступеня).*

Таблиця 1. Лікування депресії в поєднанні з коморбідними станами

Коморбідні стани	Препарати першої лінії терапії	Можливі проблеми
Без коморбідної патології	Флуоксетин, циталопрам, есциталопрам, пароксетин, сертралін, тразодон, міртазапін, венлафаксин, дезвенлафаксин, бупропіон	Профіль побічних ефектів у разі прийому ТЦА найбільш неблагоприємний Нефазодон асоційований із гепатотоксичністю
Вагітність	Сертралін, циталопрам, флуоксетин, ТЦА	Пароксетин, венлафаксин, дулоксетин
Пацієнти похилого віку		Флуоксетин, пароксетин
Вживання алкоголю		Дулоксетин асоційований з ураженням печінки, ризиком підвищення рівня білірубіну та розвитком обструкції
Тривога і панічний розлад	Пароксетин, флуоксетин, міртазапін, сертралін, циталопрам, есциталопрам, венлафаксин, дезвенлафаксин	Бупропіон може призвести до посилення тривоги
Серцево-судинна патологія	Сертралін	ТЦА, венлафаксин, дезвенлафаксин, бупропіон (підвищує артеріальний тиск крові), міртазапін (підвищує рівень холестеролу), циталопрам
Хронічний біль	ТЦА, СІЗЗСН (дулоксетин)	
Зниження апетиту	ТЦА, міртазапін	Венлафаксин, дезвенлафаксин, СІЗЗС
Деменція	Бупропіон, міртазапін, циталопрам	
Деменція, постінсультні стани	Циталопрам, есциталопрам, сертралін	ТЦА, пароксетин, міртазапін, бупропіон
Діабет	Флуоксетин, циталопрам, есциталопрам, пароксетин, сертралін	ТЦА, міртазапін (може виникати бажання вживати вуглеводи), дулоксетин (уповільнює спорожнення шлунка), пароксетин
Розлади харчової поведінки (анорексія, булімія)	Флуоксетин, пароксетин, сертралін	Бупропіон, міртазапін
Фіброміалгія	Дулоксетин, венлафаксин	
Глаукома	Флуоксетин, циталопрам, есциталопрам, сертралін, бупропіон	ТЦА, пароксетин, дулоксетин, венлафаксин, дезвенлафаксин
Годування грудьми	Сертралін, пароксетин	Флуоксетин
Захворювання печінки	Сертралін, венлафаксин (у низьких дозах), дезвенлафаксин (у низьких дозах)	ТЦА, флуоксетин, пароксетин, циталопрам, есциталопрам, тразодон, міртазапін, нефазодон, дулоксетин
Обсесивно-компульсивний розлад	Флуоксетин, циталопрам, есциталопрам, сертралін, пароксетин	
Хвороба Паркінсона	Бупропіон, тразодон, дезіпрамін, амоксапін, нортриптилін, протриптилін	СІЗЗС, венлафаксин, дезвенлафаксин, нефазодон, міртазапін
Феохромоцитома		Селегілін (пластир)
Захворювання нирок	Флуоксетин, циталопрам, есциталопрам, сертралін	Міртазапін, пароксетин, венлафаксин, дезвенлафаксин, рівень ТЦА не прогностичний
Епілепсія	Флуоксетин, циталопрам, есциталопрам, сертралін, пароксетин	Бупропіон, мапротілін, ТЦА (в разі передозування), дулоксетин, венлафаксин, дезвенлафаксин
Симптоми: безсоння, втрата ваги, підвищене роздратування	Міртазапін, тразодон, ТЦА, пароксетин	Венлафаксин, дезвенлафаксин, СІЗЗС, бупропіон
Симптоми: виражена седація, збільшення ваги, летаргія	Бупропіон, венлафаксин, дезвенлафаксин	Міртазапін, ТЦА, тразодон, флуоксетин, сертралін, циталопрам, есциталопрам, пароксетин

Таблиця 2. Можливі побічні ефекти

Симптоми	Препарати першої лінії терапії	Можливі проблеми
Ажитація/інсомнія	Міртазапін, ТЦА	Селегінін (пластир), флуоксетин, сертралін, пароксетин, циталопрам, есциталопрам, бупропіон, венлафаксин, дезвенлафаксин
Антихолінергічні побічні ефекти (сухість у роті, нечіткість зору, запор, утруднене сечовипускання)	Циталопрам, есциталопрам, флуоксетин, сертралін, венлафаксин, дезвенлафаксин, бупропіон	ТЦА, пароксетин, міртазапін, дулоксетин, селегінін (пластир)
Надмірна чутливість	Бупропіон, ТЦА, міртазапін	Флуоксетин, сертралін, пароксетин, циталопрам, есциталопрам, нефазодон, венлафаксин, дезвенлафаксин, дулоксетин (нудота у 20 %)
Головний біль	ТЦА, міртазапін	Флуоксетин, сертралін, пароксетин, циталопрам, есциталопрам, нефазодон, венлафаксин, дезвенлафаксин, бупропіон, селегінін (пластир)
Ортостатична гіпотензія	Флуоксетин, сертралін, пароксетин, циталопрам, есциталопрам, венлафаксин, дезвенлафаксин, бупропіон	ТЦА, міртазапін, тразодон, селегінін (пластир)
Седативний ефект	Флуоксетин, сертралін, пароксетин, циталопрам, есциталопрам, венлафаксин, дезвенлафаксин, бупропіон	ТЦА, нефазодон, тразодон, міртазапін, селегінін (пластир), пароксетин
Сексуальна дисфункція	Бупропіон, міртазапін	Флуоксетин, сертралін, пароксетин, циталопрам, есциталопрам, нефазодон, венлафаксин, дезвенлафаксин, бупропіон, тразодон
Збільшення ваги	Флуоксетин, сертралін, циталопрам, есциталопрам, венлафаксин, дезвенлафаксин, бупропіон	ТЦА, пароксетин, міртазапін, тразодон
Особливості застосування в осіб літнього віку (65 років і старше)		
Порушення сну/інсомнія	Міртазапін	Бензодіазепіни, пароксетин
Зменшення ваги	Міртазапін	
Тривога	СІЗЗС, СІЗЗСН	
Сонливість, зниження енергійності	Бупропіон	

Направлення до спеціаліста

Консультацію психіатра рекомендовано, якщо є підозра на наявність біполярного афективного розладу, коморбідної психіатричної патології (наприклад, зловживання психоактивними речовинами, тривога, нав'язливі компульсивні порушення або розлади харчування), ризик самогубства та/або вбивства, психоз у поєднанні з депресією, брак ознак поліпшення стану при прийомі препаратів, призначених лікарем первинної ланки, незважаючи на зміну дозування та заміну класів лікарських засобів, значне або тривале порушення працездатності, неможливість піклуватися про себе та/або сім'ю, діагностичну невизначеність.

Оригінальний текст документа читайте на сайті www.dartmouth-hitchcock.org

ESCI-PIM-112017-020