

# Оказание медицинской помощи пациентам с депрессией

## Определение

**Депрессия, или депрессивный эпизод (ДЭ)** [F32 по МКБ-10] – одно из наиболее распространенных и социально значимых психических расстройств, основными признаками которого являются сниженное (угнетённое, подавленное, тоскливое, тревожное, боязливое, безразличное) настроение, снижение или утрата способности получать удовольствие (ангедония).

## Критерии депрессивного эпизода

### А. Основные симптомы ДЭ (в течение по крайней мере 2-х недель):

- устойчивое подавленное настроение;
- заметное снижение интереса или удовольствия от повседневной деятельности (ангедония).

### В. Дополнительные симптомы ДЭ (в течение по крайней мере 2-х недель):

- |  |   |
|--|---|
| – нарушения сна (ранние пробуждения или слишком продолжительный сон);                      | – снижение концентрации;                                    |
| – существенное нарушение аппетита или изменение веса человека (уменьшение или увеличение); | – нерешительность;  |
| – чувство беспомощности или чрезмерной вины;   | – заметное тревожное возбуждение или беспокойное состояние; |
| – усталость или потеря энергии;  | – говорит и двигается медленнее, чем обычно;                |
|  | – безысходность;  |
|  | – суицидальные мысли и действия.                            |

### Диагностические критерии ДЭ:

- |   |  |
|---|--|
| • Наличие у пациента как минимум 2-х основных 2-х дополнительных симптомов из перечисленных выше. | • Указанные симптомы должны присутствовать большую часть дня вне зависимости от ситуации и продолжаться не менее 2-х недель. |
|---|--|

**Алгоритм для уточнения жалоб:** (при отрицательном ответе на каждый из вопросов – ДЭ маловероятен)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| Испытывал ли человек в течение не менее 2-х недель: | – хотя бы 1 из 2-х основных (группы А) симптомов ДЭ? | Испытывает ли человек значительные трудности с выполнением повседневных функций в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других сферах? |
|   | – 2 и более дополнительных (группы В) симптомов ДЭ?  |  |

## Анамнез

Сбор анамнеза при уточнении диагноза ДЭ должен проводиться с соблюдением конфиденциальности, желательно в присутствии медицинской сестры.

### Вопросы анамнеза для исключения других состояний:

- Уточнить у пациента, есть ли симптомы хронических соматических заболеваний, которые могут сопровождаться депрессией (гипотиреоз, анемия, болезнь Паркинсона и др.), а также хронический болевой синдром, функциональные ограничения, психические расстройства (деменция).
- Уточнить у пациента, принимает ли он лекарственные препараты, которые могут вызвать симптомы депрессии (стероиды, гипотензивные препараты, пероральные контрацептивы и др.), как часто и сколько употребляет алкоголь, другие ПАВ.
- Для исключения биполярного расстройства уточнить, были ли в анамнезе эпизоды мании: приподнятое настроение, снижение потребности во сне, повышенная активность, гипертормозимость, импульсивное поведение.
- Для уточнения синдрома горя уточнить, перенес ли человек тяжелую утрату (потеря близкого человека) в течение последних 6 месяцев.
- Оценить, есть ли реальный риск суицида.

При выявлении ДЭ (без непосредственной угрозы суицида) запланируйте время в ближайшие дни для более длительной, чем обычно, консультации (минимум 20 минут).

## Оценка суицидального риска пациентов с ДЭ

### Беседа с пациентом для оценки суицидального риска

Расспрос о суицидальности безопасен и не повышает риск совершения самоубийства.

#### Примеры вопросов о суицидальности:

- Бывает ли так, что хочется заснуть и не проснуться?
- Считаете ли Вы, что жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать?
- Появляются ли мысли, что Вы только обуза для близких, а Ваша смерть принесет им облегчение?
- Вы чувствуете желание покончить с собой?

#### Если пациент утвердительно отвечает на последние вопросы, необходимо уточнить следующее:

- Как часто появляются мысли о самоубийстве/самоповреждении?
- Есть ли у Вас определенный план самоубийства (время, место, обстоятельства, способ)?
- Чувствуете ли Вы способность противостоять этим мыслям?
- Что может помочь противостоять этим идеям (семья, дети, работа, друзья, оказание помощи и др.)?

### Оценка суицидального риска с помощью Шкалы оценки риска суицида и тактика ВОП

#### Шкала оценки риска суицида (The SAD PERSONS Scale)

Фактор	Значение
Пол	1 – мужской; 0 – женский
Возраст	1 – < 19 или > 45
Депрессия	1 – если есть
Парасуициды в анамнезе	1 – если есть
Злоупотребление алкоголем	1 – если есть
Нарушение рационального мышления (бред, галлюцинации, фиксация на потере, депрессивное сужение восприятия)	1 – шизофрения, расстройство настроения, когнитивные нарушения
Недостаток социальной поддержки (тяжелые отношения, проживание в одиночестве, непринимаящее социальное окружение)	1 – если присутствует, особенно при недавней потере «значимого другого»
Организованный план суицида	1 – если есть, а избранный метод потенциально летален
Отсутствие супруги (супруга)	1 – разведен, вдов, отделен, проживает в одиночестве
Болезнь	1 – если есть тяжелая, хроническая, инвалидизирующая

#### Суммарный балл, риск и тактика ВОП

Сумма баллов Риск	Предполагаемое действие ВОП
0–2 низкий	Амбулаторное наблюдение.
3–4 средний	Амбулаторное наблюдение с частыми встречами (1–3 раза в неделю); дневной стационар; рассмотреть возможность госпитализации. Консультация врача – психиатра-нарколога.
5–6 высокий	Рекомендовать госпитализацию, если нет уверенности в качественном амбулаторном наблюдении (психиатрическая и социальная службы, родственники). Консультация врача – психиатра-нарколога.
7–10 очень высокий	Госпитализация, в т. ч. принудительная.

**Дополнительные обследования (физикальные, инструментальные, лабораторные)** целесообразно проводить в случае наличия признаков сопутствующих соматических заболеваний (например, общий анализ крови при подозрении на анемию, анализ на ТТГ при подозрении на гипотиреоз и т. д.).

## Ведение пациентов с ДЭ

### Немедикаментозное лечение. Психобразование

В большинстве легких и в значительном количестве ДЭ средней тяжести можно ограничиться немедикаментозным лечением.

#### **Ключевая информация для членов семьи пациента с ДЭ и лиц, осуществляющих уход:**

- Депрессия – очень распространенное заболевание, которое может поразить любого человека.
- У 60 % пациентов симптомы ДЭ проходят без лечения через 6 месяцев.
- Негативное отношение окружающих происходит из-за невозможности определения ДЭ по внешним признакам.
- У людей с ДЭ чрезмерно отрицательное мнение о себе, своей жизни и будущем. Негативные мысли начнут исчезать по мере лечения депрессии.
- Для людей с ДЭ характерны мысли о самоповреждении или самоубийстве. Если они присутствуют, их нельзя осуществлять, но следует рассказать о них и немедленно обратиться за помощью.

#### **Снижайте стресс и укрепляйте социальную поддержку:**

- Выявите и обсудите актуальные психосоциальные проблемы, вызывающие стресс у человека (проблемы в семье, на работе, финансовые, жилищные проблемы, бытовое насилие, жестокое обращение, стигма, трудности в связи с рождением ребенка и т. д.) и возможные методы их решения.
- Установите социальную поддержку, определите близких, которые могут оказать поддержку.
- Попытайтесь восстановить социальные и общественные связи (общение с соседями, семейные праздники, религиозная деятельность и др.).
- Научите справляться со стрессом, например, методом релаксации.

#### **Стимулируйте функционирование в повседневной деятельности и общественной жизни, посоветовав:**

- возобновить деятельность, которая раньше доставляла удовольствие;
- восстановить режим сна и бодрствования (ложиться и вставать в одно время);
- быть активными, насколько возможно, бывать на воздухе не менее 45 минут 3 раза в неделю;
- питаться регулярно, несмотря на нестабильный аппетит;
- проводить больше времени в кругу семьи, принимать участие в общественной деятельности.

### Медикаментозное лечение

Обсудите с пациентом возможность лечения АД и примите общее решение о назначении АД. Большинство АД из группы СИОЗС обладают хорошей переносимостью, низкой токсичностью, более безопасны.

#### **Необходимо сообщить пациенту следующую информацию:**

- АД не вызывают привыкания.
- Необходим регулярный прием АД, как предписано врачом.
- Есть вероятность возникновения некоторых побочных эффектов в первые 7–10 дней приема АД.
- В случае возникновения любого дискомфорта, связанного с приемом АД, необходимо сообщить об этом врачу, так как это является основанием для коррекции дозы или смены препарата.
- Эффект от АД наступает через несколько недель от начала приема АД.
- Необходим длительный прием АД для стойкого эффекта и профилактики рецидивов ДЭ.
- Влияние АД на работу, вождение автомобиля, взаимодействие с алкоголем и другими препаратами.
- Предупредить о том, что не следует самостоятельно прерывать лечение.

#### **Правила назначения АД:**

- Лечение АД следует начинать с минимальной дозы, повышать дозу постепенно, достигая средней терапевтической на 2–3-й неделе приема.
- Учитывать, что антидепрессивный эффект наступает через 3–4 недели от начала приема АД.
- Эффект АД является отсроченным, они не обладают экстренным «антисуицидальным» действием. В случае тревоги, агитации пациенту нужно назначить бензодиазепиновые транквилизаторы (диазепам, лоразепам) внутрь или парентерально.

## Рекомендуемые средние терапевтические дозы АД для применения в общей врачебной практике

Международное название АД	Рекомендуемые средние суточные дозы АД, мг	Международное название АД	Рекомендуемые средние суточные дозы АД, мг
Сертралин	50 – 150	Миансерин	30 – 60
Пароксетин	20 – 40	Мапротилин	75 – 100
Флувоксамин	50 – 100	Миртазапин	30 – 45
Эсциталопрам	5 – 15	Агомелатин	25 – 50
Циталопрам	20 – 40	Амитриптилин	50 – 75
Флуоксетин	20	Кломипрамин	50 – 75
Венлафаксин	75 – 225	Тианептин	37,5
Дулоксетин	60 – 90		

- Особенности лечения при суицидальном риске. АД СИОЗС являются препаратами первого выбора. Необходимо учитывать токсический эффект АД (передозировка амитриптилина может привести к летальному исходу). Необходимо выписывать АД в небольшом количестве и рекомендовать родственникам контролировать их хранение и прием.

### Последующее наблюдение

Во время каждого последующего приема ВОП должен проводить немедикаментозное лечение (психобразование), оценивать новые симптомы и реальный риск суицида. После первичного приема пациента, особенно если прописаны АД, следует назначить ему последующий прием в течение одной недели.

#### При улучшении состояния пациента:

- Убедите человека придерживаться плана лечения до тех пор, пока симптомы полностью не исчезнут и не будут проявляться в течение последующих 12 месяцев.
- Назначьте следующий прием через 1–2 недели, сократите количество визитов по мере улучшения симптомов, например, 1 раз в 3 месяца после первых 3-х месяцев.

#### При ухудшении состояния пациента:

- Если АД не были назначены, рассмотрите возможность их назначения.
- Если пациент еще не получает психологическую помощь, рассмотрите её возможность.
- Оцените правильность приема АД, побочные эффекты.
- Проведите следующее наблюдение в течение 1–2 недель.

#### При эффективном лечении и отсутствии симптомов в течение 9–12 месяцев:

- Обсудите факторы риска и преимущества прекращения курса лечения.
- Снижайте дозу лекарственного препарата постепенно на протяжении не менее 4 недель.

### Показания для направления на консультацию к психотерапевтам, психиатрам-наркологам:

- трудности в постановке диагноза психического расстройства;
- лечение ДЭ умеренной или тяжелой степени;
- наличие признаков биполярности, психотических симптомов (бред, галлюцинации) и/или суицидальных тенденций или попыток;
- отсутствие положительной динамики в терапии ДЭ;
- коморбидность с тяжелыми хроническими заболеваниями;
- по настоянию самого пациента.

### Показания для срочной, в т. ч. принудительной госпитализации пациента:

- тоскливое настроение с упорными суицидальными мыслями;
- выраженное чувство тревоги, безнадежности, отчаяния;
- ажитация или психомоторная заторможенность (вплоть до ступора);
- признаки психоза (бред, галлюцинации, дезориентировка в происходящем);
- оставление без стационарной помощи приведет к ухудшению состояния пациента.