

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДНІПРОПЕТРОВСЬКА ОБЛАСНА РАДА
ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД «ДНІПРОПЕТРОВСЬКА
МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ МОЗ УКРАЇНИ»

**Діагностика, терапія та реабілітація осіб,
що перенесли психосоціальні стреси та хворих
на депресії в медичних установах, що надають
первинну медичну допомогу**

Навчальний посібник для лікарів загальної
практики-сімейної медицини
(під загальною редакцією член-кореспондента
НАМН України Т. О. Перцевої)

Дніпро
2018

УДК 616.89 – 008.454:612.176] – 07 – 085 – 083.98 – 036.83

Ю68

Затверджено та рекомендовано до друку Вченою Радою ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» (протокол №7 від 22.03.2018 р.).

Авторський колектив:

Перцева Тетяна Олексіївна – д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, ректор ДЗ «ДМА МОЗ України».

Куюмчян Мгер Санасарович – заступник голови Дніпропетровської обласної ради.

Юр'єва Людмила Миколаївна – д. мед. н., професор, завідувач кафедри психіатрії факультету післядипломної освіти ДЗ «ДМА МОЗ України».

Дукельський Олександр Олександрович – к. мед. н., асистент кафедри психіатрії факультету післядипломної освіти ДЗ «ДМА МОЗ України».

Рецензенти:

Підкоритов В. С. – д. мед. н., професор, керівник відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України».

Левада О. А. – д. мед. н., професор кафедри сімейної медицини з курсами дерматовенерології та психіатрії ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти».

У книзі використані фотороботи Сергія Дівеєва.

Ю68 Діагностика, терапія та реабілітація осіб, що перенесли психосоціальні стреси та хворих на депресії в медичних установах, що надають первинну медичну допомогу / під заг. ред. чл. -кор. НАМН України Т. О. Перцевої. – Дніпро: Видавництво «Крос-Принт», 2018. - 172 с.

ISBN 978-617-7340-09-05

ЗМІСТ

Вступ. Про спільну роботу Дніпропетровської обласної ради та ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» з дистанційного навчання сімейних лікарів	5
Розділ 1. Діагностика, терапія та реабілітація осіб, що перенесли психосоціальні стреси, в практиці сімейного лікаря.....	9
1. Розлади адаптації	12
2. Посттравматичний стресовий розлад	23
Розділ 2. Депресивні розлади: клініка, діагностика та лікування в медичних установах, що надають первинну медичну допомогу	37
1. Діагностика депресивних розладів	39
2. Лікування депресії в медичних установах, що надають первинну медичну допомогу	46
Розділ 3. Слайд-презентації	62
1. Особливості ведення пацієнтів, що перенесли психосоціальні стреси, лікарями загальної практики-сімейної медицини	62
2. Лікування посттравматичного стресового розладу сімейним лікарем	88
3. Депресії в практиці сімейного лікаря	99
4. Лікування депресії в медичних установах, що надають первинну медичну допомогу	134
ДОДАТКИ	147
Інформаційний лист про депресію для пацієнта	147
Скринінг-тести	152

Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу.	152
Скринінг депресії (PHQ-2)	153
PHQ-9 - Анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я.	153
Критерії оцінки результатів PHQ-9	155
Оцінка тяжкості депресивного розладу (згідно результатів PHQ-9)	155
Керівництво до дій відповідно до шкали SAD PERSONS Scale	157
Скринінг-тест для виявлення суїцидальної поведінки	158
Скринінг-тест для виявлення тривожних розладів	159
Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)	161
Перелік препаратів, які мають депressoгенні властивості	163
Питання для самоконтролю знань.	167
Література	169

Вступ

Про спільну роботу Дніпропетровської обласної ради та ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» з дистанційного навчання сімейних лікарів

Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) становить невід'ємну частину як національної системи охорони здоров'я, здійснюючи її головну функцію і будучи її центральною ланкою, так і загального соціально-економічного розвитку суспільства, тому повинна бути доступна кожному. Доступність ПМСД досягається не тільки територіальними та економічними чинниками, але і наявністю підготовленого медичного персоналу, в першу чергу сімейних лікарів. Одним з найважливіших напрямків реалізації кадрової політики в системі охорони здоров'я будь-якої країни є створення системи безперервної медичної освіти, яка дає можливість лікарям постійно підтримувати необхідний рівень професійної компетенції. Прискорення оновлення інформації (1 раз в 3-5 роки), її глобалізація, збільшення числа високоефективних ліків та нових методів лікування, в тому числі, дорогих і високотехнологічних, розвиток медичного обладнання, підвищення інформованості пацієнтів, сучасні умови політики охорони здоров'я, вимагають якісної освіти сімейних лікарів.

Використання інтернет-технологій і дистанційного навчання відкриває нові можливості для безперервного навчання і перенавчання фахівців, робить навчання більш

доступним для усіх, дозволяє навчатися за місцем проживання, що розширює коло лікарів, особливо із сільської місцевості, які потребують сучасної медичної інформації і де нестача кадрів перешкоджає на тривалий час виїжджати на навчання. Через дистанційні технології у лікарів з'являється можливість безпосереднього контакту з відомими вітчизняними фахівцями для отримання консультацій.

В умовах функціонування місцевого самоврядування, одним з повноважень виконавчих органів сільських, селищних, міських рад є вирішення питань щодо освіти, охорони здоров'я, культури, фізичної культури і спорту. Реформи в системі охорони здоров'я і в сфері медичної освіти повинні здійснюватися в умовах взаємодії регіональних органів управління охороною здоров'я та медичних вузів. З огляду на те, що рівень професійної підготовки лікарів безпосередньо впливає на якість надання медичної допомоги, а також відбивається в економічній ефективності діяльності медичного закладу і системи охорони здоров'я регіону в цілому, Дніпропетровською обласною радою вперше в Україні за підтримкою Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації спільно з ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» був спланований і реалізується проект інтернет-конференцій щодо навчання, консультації сімейних лікарів області з актуальних питань надання медичної допомоги населенню, яке вони обслуговують. Організаційну та технічну підтримку реалізації проекту здійснює Дніпропетровська обласна рада, яка виділила приміщення та веб-технології для демонстрації мультимедійних презентацій доповідачами, персонал для обслуговування веб-технології і створила умови сімейним лікарям області приймати участь у конференції та отримувати сучасну професійну медичну інфор-

мацію і спілкуватись з доповідачами. Цільова аудиторія для якої, в першу чергу, і був спланований проект - це сімейні лікарі сільської місцевості, які не завжди мають можливість своєчасно отримати поради та консультації у висококваліфікованого фахівця з тих чи інших питань, які постають у них в процесі сімейної практики. Враховуючи бойові дії на сході України та тяжкі психотравмуючі наслідки, з якими зіткнулись учасники антитерористичної операції (АТО) та їх родини, і необхідність надання їм адекватної медичної допомоги, в першу чергу сімейними лікарями, а також рішення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) провести щорічний День здоров'я у 2017 році за тематикою «Депресія: давай поговоримо», організатори проекту з 12 запланованих докладів конференцій 4 присвятили психічному здоров'ю, а саме: «Депресія у практиці сімейних лікарів», «Лікування депресії у медичних установах, що надають первинну медичну допомогу», «Особливості ведення пацієнтів, які перенесли психосоціальні стреси в практиці сімейного лікаря» і «Лікування посттравматичного стресового розладу сімейним лікарем». Також програма включає актуальні питання щодо ролі та рівня компетентності сімейних лікарів при наданні медичної допомоги кардіологічним та онкологічним хворим, хворим з цукровим діабетом, надання медичної допомоги хворим дітям та інше. До дистанційного навчання та консультацій сімейних лікарів залучено професорів та доцентів Дніпропетровської медичної академії. Участь в інтернет-конференціях дає можливість сімейним лікарям отримати інформацію, яка допоможе їм приймати вірні рішення при наданні медичної допомоги конкретному хворому.

Щоб сімейні лікарі в будь-який час, могли звертатися до інформації, яка була висвітлена в інтернет-конференціях, на

сайті Дніпропетровської медичної академії зроблено сторінку «Дистанційне навчання», на якій розміщені матеріали проведених конференцій.

Досвід показує, що спільна праця виконавчих органів місцевого самоврядування і вищого навчального медичного закладу дає можливість неперервної професійної освіти сімейних лікарів, як цілісного процесу професійного розвитку особистості протягом усієї трудової діяльності.

Такий принципово новий для нашої країни підхід сприятиме значному підвищенню рівня професійної підготовки лікарів і, можливо, - подальшим реформам у системі медичної, і зокрема післядипломної, освіти.

З урахуванням великої кількості осіб, що перенесли психосоціальні стреси та хворих на депресивні розлади, створений цей навчальний посібник, в якому детально описані особливості діагностики, терапії та реабілітації цих пацієнтів в медичних установах, що надають первинну медичну допомогу. В посібнику також представлені слайд-презентації, які були прочитані сімейним лікарям на інтернет-конференціях, що підвищує доступність інформації та рівень її засвоєння лікарями.

Розділ 1

Діагностика, терапія та реабілітація осіб, що перенесли психосоціальні стреси, в практиці сімейного лікаря

Проблема своєчасної діагностики, профілактики та корекції кризових станів, психологічних та психопатологічних розладів, що зумовлені соціально-стресовими подіями, які зараз переживає українське суспільство, є надзвичайно актуальною.

Психічна дезадаптація, що наступила в результаті пережитого стресу соціальних змін, може протікати як на донологічному рівні, так і на рівні патологічної дезадаптації. На психологічному рівні це може виявлятися почуттям соціальної знедоленості, чужості новим соціальним нормам і системі цінностей, усвідомленням власної безпорадності й ізольованості, відчуттям «загнаності в клітку», втратою перспективи.

Непатологічна психічна дезадаптація найчастіше проявляється у вигляді початкових етапів синдрому вигорання, при якому, окрім психологічного дискомфорту, періодично виникають порушення сну, емоційна лабільність, астеничні прояви, тривога, погіршення пам'яті та уваги, вегетативні дисфункції. Як правило, на цьому етапі соціальне функціонування і продуктивність серед людей істотно не порушені і вони не звертаються за медичною і психологічною допомогою. Однак, дослідження, проведені нами серед 12575 спів-

робітників органів внутрішніх справ, показали, що ризик трансформації донозологічних проявів психічної дезадаптації в клінічно оформлені невротичні та пов'язані зі стресом розлади, при відсутності профілактичних і корекційних заходів, зростає в 2,7 рази. Найбільш вираженим фактором ризику такої трансформації є хронічні захворювання.

Для діагностики, терапії та профілактики кризових станів необхідні знання про характер психосоціальних стресів та їх вплив на соціальну адаптацію людини.

Аналіз усього різноманіття стресів дозволив розподілити їх за рядом ознак і створити наступну типологію стресових ситуацій.

Типологія стресових ситуацій (Л.М.Юр'єва, 2002)

Типи стресових ситуацій:

- за тривалістю – гострі та хронічні;
- за рівнем дії – мікростресори та макростресори;
- за кратністю виникнення – одиничні стреси, множинні стреси та періодично виникаючі стресові ситуації;
- за ступенем керованості – контрольовані та неконтрольовані;
- за ставленням до ятрогенії – ятрогенні та неятрогенні стреси.

До гострих стресів віднесені надзвичайні ситуації, що виникають раптово і є небезпечними для життя (війни, природні та техногенні катастрофи, насилля, потрапляння у полон, напад терористів тощо).

До хронічних стресів віднесені психотравмуючі події, які були розтягнуті у часі і не несли прямої загрози фізичному життю (соціально-економічні труднощі, постійні конфлік-

тні ситуації у сім'ї, на роботі, екзистенціальна пустота тощо).

До *ятрогенних стресів* віднесені всі стресові ситуації і події, які були пов'язані з захворюваністю або медичними втручаннями (гострі або хронічні захворювання, хірургічні або діагностичні втручання, госпіталізація, хвороба членів сім'ї, нові діагнози, рецидиви хвороби тощо).

До *неятрогенних стресів* були віднесені кризові стани, що не були пов'язані з медичним аспектом життя людини (кризи психосоціального розвитку особистості, подружні суперечки, розлучення, труднощі у навчанні або роботі, грошові утруднення, зіткнення з законом тощо).

Для кожного етапу людського життя характерні специфічні *стресогенні ситуації*: початок навчання у школі, спеціалізованому навчальному закладі, служба в армії, вступ до шлюбу, вихід на пенсію.

Серед осіб, що звернулися по допомогу до сімейного лікаря, з'явилася нова генерація пацієнтів, що перенесли психосоціальні стреси (біженці, переселенці та учасники АТО). Ці пацієнти відносяться до *групи ризику* розвитку невротичних і пов'язаних зі стресом розладів.

Реакції на важкий стрес і порушення адаптації:

- гостра реакція на стрес (тривалість від 8 до 48-72 годин);
- розлади адаптації (початок через 1 місяць після стресу – 3-6 місяців);
- посттравматичний стресовий розлад (початок через 3-6 місяців після стресу – в деяких випадках роки).

Поширеність розладів, пов'язаних зі стресом, знаходиться в прямій залежності від частоти і ступеню виразності стресових ситуацій. У частини осіб, що перенесли важкий стрес, розвивається короткотермінова гостра реакція, яка

виникає відразу ж після стресової події. Клінічно оформлені розлади і порушення адаптації, а також посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникають пізніше і саме ці пацієнти звертаються до сімейних лікарів.

Клінічно оформлені порушення адаптації виділені в МКХ-10 в окремий діагностичний таксон (F 43.2 – Розлади адаптації).

1. Розлади адаптації

Згідно МКХ-10 під *«розладами адаптації»* розуміють «стан суб'єктивного дистресу і емоційного розладу, який зазвичай перешкоджає соціальному функціонуванню та продуктивності і виникає у період адаптації до значних життєвих змін або стресової життєвої події. Стресовий фактор може зачіпати індивідуум або його мікросоціальне оточення».

В цілому, клінічна картина характеризується тривогою, занепокоєнням, анорексією, диссомнією, відчуттям власної неповноцінності, зниженням інтелектуальної і фізичної продуктивності, вегетативними розладами, повторюваними спогадами, фантазіями, уявленнями про пережиту кризову ситуацію (особливо в даний час). У деяких випадках можливі суїцидальна поведінка або спалахи агресивності. Клінічні прояви виникають зазвичай протягом місяця після стресової ситуації, а тривалість симптоматики не перевищує 6 місяців.

Клінічні форми розладів адаптації:

- короточасні депресивні реакції (тривалістю до 1 місяця);
- пролонговані депресивні реакції (легкі депресивні

розлади у відповідь на тривалі стресові події, які можуть продовжуватися до 2 років);

- тривожно-депресивні реакції;
- реакції з переважним порушенням поведінки (агресивна чи дисоціальна);
- змішаний розлад емоцій і поведінки.

До сімейного лікаря за допомогою найчастіше звертаються пацієнти з тривожно-депресивними реакціями з домінуючими вегетативними проявами *стрес-синдрому*: тахікардія, напади жару і ознобу, задишка або відчуття задухи, тремор, м'язові посмикування, серцебиття, почуття стиснення або болю в серці, почастищення пульсу, пітливість, сухість у роті, абдомінальний дистрес (нудота, пронос, болі в шлунку), слабкість, запаморочення, приливи жару або холоду, часті сечовипускання, внутрішнє тремтіння.

Лікування здійснюється відповідно до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» (затверджено МОЗ України 23.02.2016 року, №121). Алгоритм терапії буде розглянуто нижче.

Розлади адаптації у своєму розвитку проходять низку етапів, кожен з яких має свої специфічні психологічні, психопатологічні та соматичні прояви, для корекції яких необхідні як фармакологічні, так і психотерапевтичні методи терапії.

Реакція горя

Прикладом клінічної динаміки адаптивного розладу може служити *реакція горя* після смерті близької людини. За

даними статистики серед його близьких і родичів різко зростає захворюваність психосоматичними розладами і смертність (від 40% і вище). Реакція на цю подію можлива або у вигляді неускладненої реакції горя (непатологічна психічна дезадаптація) або у вигляді реакції горя в рамках розладів адаптації.

Неускладнена реакція горя, яка є нормальною реакцією на смерть близької людини, характеризується депресивними переживаннями, які можуть супроводжуватися анорексією, безсонням, зниженням ваги, почуттям провини.

Неускладнена реакція втрати може виникнути гостро або бути пролонгованою (через два-три місяці). Її тривалість багато в чому визначається особистісними характеристиками людини, його оточенням і соціо-культуральними традиціями.

Реакція горя в рамках розладів адаптації є клінічно оформленим психічним розладом, що призводить до дезадаптації і вимагає медичного втручання.

Перший етап характеризується емоційною дезорганізацією. Як правило, він триває від декількох хвилин до декількох годин і супроводжується спалахом негативних почуттів: паніки, гніву, відчаю. У поведінці переважає афективна дезорганізація з тимчасовим ослабленням вольового контролю.

На другому етапі переважає гіперактивність, яка триває 2-3 дні. У цей період людина надмірно діяльна, активна, схильна до постійних розмов про особистість і справи померлого. У її психічному статусі домінує емоційна лабільність з коливаннями настрою від дистимічного з переважанням тривожного компонента до ейфорійного. Набагато рідше відзначається емоційне притуплення без фіксації на переживанні горя. Можуть мати місце неадекватні вчинки (виходи з дому, негативне ставлення до родичів тощо).

На цьому етапі доцільна постійна присутність когось із близьких, що знають покійного, які можуть поговорити про його доброчесність та пригадати його позитивні справи та вчинки. Того, хто пережив втрату, необхідно спонукати до обговорення його почуттів та думок, дозволяти виплескувати свої емоції.

Третій етап, етап психофізичного напруження, триває близько тижня. У психічному статусі пацієнта переважає тривога, порушення сну, психофізична напруга; зовні вони скуті і мовчазні. Такий стан періодично може перериватися метушливою активністю, спазмами в горлі або судорожними зітханнями, дратівливістю.

На цьому етапі вже необхідне кризове консультування, метою якого є надання допомоги в опрацюванні і вираженні афекту горя. Проблема втрати є центральною на даному етапі. При необхідності пацієнтові призначають анксиолітики і снодійні.

Четвертий етап, етап пошуку, протікає, як правило, на другому тижні з моменту втрати близької людини. У психічному статусі домінують дистимічний фон настрою, тривога, втрата перспективи і сенсу життя. Померлий сприймається пацієнтом як живий: він говорить про нього у теперішньому часі, інколи випадкових перехожих сприймає як небіжчика. У цей період можливі ілюзії, гіпноагічні та гіпнопомпичні галюцинації. Деякі пацієнти фіксовані на своєму здоров'ї і можуть виявляти у себе прояви хвороби, від якої помер покійний.

Як правило, саме на цьому етапі виникає необхідність у консультації психіатра та, при необхідності, госпіталізація в стаціонар. Залежно від домінуючого в клінічній картині психопатологічного синдрому, доцільно призначення транквілізаторів, антидепресантів, снодійних. Однак, психофар-

макотерапія є лише трампліном до подальшої тривалої психотерапії.

П'ятий етап, етап відчаю, є періодом максимальних душевних мук, який розвивається, як правило, на 3-6 тижні після втрати значимого близького. У психічному статусі пацієнтів домінують скарги на безсоння, тривогу і страх, висловлюються ідеї самозвинувачення, власної малоцінності та провини. Людина відчуває самотність, безпорадність, відзначає втрату сенсу життя і подальшої перспективи. На висоті переживання дуже часто виникає загрудинний біль, який супроводжується вираженою тривогою та неспокоєм. Пацієнти схильні завдавати собі біль, наносити самоушкодження.

На цьому етапі необхідно продовжувати психофармакологічну терапію, адекватну психічному статусу пацієнта. Заходи інтенсивної опіки необхідно здійснювати постійно. Психотерапевтичне втручання є першорядним і повинно бути спрямоване на надання допомоги в переживанні, вираженні і переробці афекту горя і на вирішення проблеми змін у житті пацієнта.

Шостий етап настає в разі не вирішення п'ятого етапу. У клінічній картині у цих осіб переважають невротичні синдроми (найчастіше неврастенічний, з переважанням вегето-соматичних порушень), масковані субдепресії і депресії.

На цьому етапі необхідність продовження фармакотерапії очевидна. Доцільно, також, включати хворих в кризові групи, де пацієнти, які вже пережили подібні ситуації, діляться своїм досвідом подолання хворобливих емоцій, надають підтримку і увагу, що позитивно впливає на пацієнтів і сприяє більш швидкому вирішенню етапу демобілізації.

Сьомий етап – етап реконвалесценції. Як правило, він триває кілька тижнів. Пацієнт упокорюється тому, що сталося, і починає повертатися до докризового стану. На цьому етапі можливе припинення терапії транквілізаторами. При хроніфікації тривожних розладів і наявності передуваних депресивних розладів лікування антидепресантами доцільно продовжити.

Психотерапевтичні зусилля повинні бути спрямовані на вирішення проблем змін (сімейного стану, рольових позицій на роботі і в сім'ї, міжособистісних проблем тощо). На цьому етапі доцільний тренінг релаксації і вироблення тактики адаптації до нових умов життя.

Восьмий етап – рецидивуючий. Протягом першого року можливі напади горя і відчаю, що супроводжуються депресивними розладами. Провокуючими факторами, як правило, бувають певні календарні дати, значимі для особистості, нестандартні ситуації (успіх або невдача), коли виникає потреба розділити радість чи горе з близькою людиною. Напади горя можуть виникати гостро, на тлі стабілізації стану і можуть завершуватися суїцидальними спробами.

У зв'язку з описаними закономірностями протікання реакції горя, підтримуючу психотерапію доцільно проводити протягом року. Найбільш перспективне на цьому етапі проведення підтримуючої психотерапії в посткризових групах, що працюють за принципом клубу для осіб, які пережили кризову ситуацію. Доцільно проведення сімейної психотерапії за участю членів сім'ї та близьких людей.

Виходячи з концепції бар'єру психічної адаптації, яка пояснює виникнення межових психічних станів, впливає необхідність корекції психолого-психіатричних наслідків психосоціальних стресів як на етапі непатологічної психіч-

ної дезадаптації, так і на етапі клінічно оформлених розладів адаптації.

На етапі непатологічної психічної дезадаптації основним завданням є підвищення стресостійкості, корекція компенсаторних можливостей організму і активація його ресурсів (як біологічних, так і психологічних). Корекція включає в себе як *фармакологічні*, так і *психотерапевтичні* методи впливу. Виходячи з терапевтичного завдання, розв'язуваного на цьому етапі, препарат повинен мати стрес-протективну та адаптогенну дію, стабілізувати систему нейрогуморальної регуляції, не викликати синдрому залежності і не перешкоджати соціальному функціонуванню людини.

Одним з небагатьох препаратів, що відповідають цим вимогам є препарат *Адаптол*. Це препарат з широким спектром клінічної активності, що володіє властивостями транквілізаторів (анксіолітиків), ноотропів, адаптогенів, біокоректорів, антидепресантів, гіполіпідемічних і антиангінальних засобів. Він є стрес-протектором, не викликає синдрому залежності і синдрому відміни, а також сонливості і седації. Адаптол є денним транквілізатором, він не пригнічує центральну нервову систему і не володіє міорелаксуючим ефектом. Тому, соціальна і професійна активність при його прийомі не порушена. Добове дозування – 500 мг 2-3 рази на день. Курс лікування при непатологічній психічній дезадаптації – від 1 до 4-6 тижнів.

Психотерапевтичні зусилля повинні бути спрямовані на формування психологічної толерантності до психотравмуючої ситуації і вироблення продуктивних стратегій поведінки в кризовій ситуації.

На відміну від етапу непатологічної психічної дезадаптації, основним завданням етапу клінічно оформлених розладів адаптації є купірування тривожно-депресивної сим-

птоматики, нормалізація сну, зняття напруги та зменшення вегетативних проявів стрес-синдрому.

Анксиолітичні засоби призначаються короткочасно (від 1 до 3-х тижнів) або переривчастими курсами. Особливу обережність необхідно дотримувати при призначенні бензодіазепінових транквілізаторів (діазепам, феназепам, гідазепам), щоб уникнути розвитку залежності. Крім того, необхідно пам'ятати, що вони володіють вираженими побічними ефектами (порушення координації рухів, когнітивних функцій, а також можуть спровокувати депресію). Бензодіазепінові транквілізатори показані пацієнтам, в клінічній картині яких переважають невротичні розлади з елементами збудження й ажитації. При розладах адаптації, як правило, у пацієнтів переважають синдроми невротичного рівня з астеничним радикалом. Тому, в таких випадках доцільно призначення небензодіазепінових анксиолітиків.

При наявності депресивної симптоматики призначають *антидепресанти*, переважно селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗС). Залежно від динаміки стану, курс терапії антидепресантами може бути тривалим (при пролонгованих депресивних реакціях, які можуть тривати до 2 років). В середньому, його тривалість досягає 6 місяців.

Трициклічні антидепресанти (амітриптилін, іміпрамін, нортриптилін) не показані таким пацієнтам, так як вони мають виражений холінолітичний ефект, можуть викликати когнітивну дисфункцію і сомато-неврологічні побічні ефекти.

СИЗС не посилюють когнітивних розладів, сприяють зменшенню їх вираженості, але повністю не редукують їх.

У комплексному лікуванні використовуються психотерапевтичні методи (когнітивна та поведінкова терапія, релак-

саційні методи), психоосвітні програми для родичів і пацієнтів та психосоціальна реабілітація.

Значна редукція вираженості психопатологічних симптомів спостерігається вже через 2-3 тижні. Далі, в амбулаторних умовах, пацієнт протягом 1 місяця продовжує терапію з акцентом на психотерапевтичних та реабілітаційних заходах.

Розлад адаптації, який проявляється у вигляді культурального шоку

У періоди історичних потрясінь, коли відбувається ломка соціального і культурального стереотипу, розлад адаптації може проявлятися у вигляді культурального шоку.

Згідно з визначенням ВООЗ, *культуральний шок* – це стан соціальної ізоляції, тривоги, депресії, що розвивається при потраплянні індивідуума в умови чужої культури.

Найчастіше цей розлад спостерігається у іммігрантів, біженців та переселенців, а також може розвинути у відповідь на радикальну зміну умов життя у суспільстві.

Синдром жертви катувань. У осіб, що зазнали насильства та катувань, виявлені схожі психічні та поведінкові розлади, які були об'єднані у «синдром жертви катувань». Згідно з визначенням ВООЗ, для людей із синдромом жертви катувань характерна недовіра, підвищена пильність, загострення зв'язаного зі стресом захворювання, уникання співробітників медичних та соціальних служб, низька самооцінка та ознаки ураження мозку.

Психолого-психіатричні наслідки фізичних та психологічних катувань:

- відчуття крайньої втоми, сплутаність свідомості та дезорієнтація;

- можливі галюцинації та явища деперсоналізації та де-реалізації;
- тривога, депресія;
- почуття провини, сорому, приниження, зневіри;
- зниження самооцінки, дисоціація, втрата перспективи;
- соматичні симптоми;
- втрата відчуття приналежності до людського роду.

У осіб, що зазнавали фізичних катувань, симптоми більш виражені, ніж у осіб, що зазнали лише психологічного тиску.

Для *віддаленого періоду* типовими є наступні розлади:

- безсоння та нічні кошмари;
- тривога;
- депресія;
- генералізований страх;
- порушення концентрації уваги та пам'яті;
- загальмованість реакцій;
- відчуття загальної слабкості або сонливості;
- соціальна відгородженість;
- соматичні розлади.

Наслідки фізичного або психічного насильства відчуває не лише жертва, але й уся сім'я.

Психолого-психіатричні наслідки, характерні для *членів сім'ї*:

- страх, тривога;
- депресія;
- невпевненість у майбутньому;
- дезорганізація життя;
- соціальна аномалія та ізоляція від суспільства;
- постійна невпевненість та відсутність інформації;

- частий перерозподіл ролей у сім'ї, можливі конфлікти та розподіл на групи, що поділяють погляди в'язня або заперечують їх.

Діти репресованих мають найбільш виражені психіатричні та поведінкові розлади.

Психолого-психіатричні наслідки для *дітей*, чії батьки пережили катування:

- соціальна відгородженість;
- депресія;
- інтенсивний генералізований страх;
- порушення сну;
- афективні та поведінкові розлади;
- розлади психологічного розвитку;
- погіршення поведінки та зниження успішності;
- розлади мови;
- можлива втрата орієнтації та відхід від реальності;
- сомато-вегетативні розлади (в основному, порушення діяльності шлунково-кишкового тракту).

Вираженість цих симптомів корелює з віком дитини, тривалістю психотравми, ступенем соціальної ізоляції, переконливістю пояснень близькими «зникнення одного з батьків».

В останньому виданні «Лексиконів психіатрії ВООЗ» виділено поняття «*невроз жертви*», під яким розуміють ідентичність жертви, що зберігається після психотравмуючого переживання, замість відновлення позитивної ідентичності.

Цей невроз спостерігається у ветеранів, що воювали, жертв згвалтувань, біженців, заручників та жертв катувань. Крім того, психічні та поведінкові розлади спостерігають-

ся не лише у безпосередніх учасників трагічних історичних подій, вони патогенні також і для наступних поколінь.

Необхідно пам'ятати, що кожний наступний стрес зменшує стресостійкість людини і може провокувати рецидив розладів адаптації. Тому, вже на етапі первинної медичної допомоги, доцільне впровадження профілактичних і корекційних програм, спрямованих на вироблення стійкості до психосоціальних стресів. Це дуже важливий розділ роботи, оскільки в сучасних умовах, стійкість до психоемоційного стресу розглядається як проблема біологічної безпеки населення.

2. Посттравматичний стресовий розлад

Розповсюдженість *ПТСР* корелює з частотою та вираженістю стресових подій в житті людини. У 50%–80% людей, що перенесли тяжкий стрес, розгортаються реакції на тяжкий стрес і порушення адаптації, серед яких *ПТСР* займає провідне місце. В мирний час група цих пацієнтів нечисленна: протягом життя *ПТСР* переносять 1% населення, а у 15% випадків можуть виникати окремі симптоми цього розладу.

Згідно шкали тяжкості психосоціальних стресів, стреси, що переживають учасники АТО, біженці та переселенці, належать до тяжких, надмірно тяжких та катастрофічних стресів.

ПТСР виникає через 3-6 місяців як відставлена або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію, яка носить характер загрозливої або катастрофічної. Ці ситуації можуть викликати загальний дистрес майже у будь-якої людини (катастрофи, війни, тортури, тероризм та ін.).

До факторів ризику виникнення ПТСР відносять наступні: характерологічні особливості особистості, наявність залежної поведінки, психологічні травми в анамнезі, наявність хронічних соматичних захворювань. Найбільш уразливими групами є: діти, підлітки та люди похилого віку.

Діагностичні критерії ПТСР

Надзвичайна травмуюча подія.

- початок розладу після латентного періоду (від 3 до 6 місяців);
- гострі спалахи страху, паніки, агресії («flashbacks»), що провокуються несподіваними спогадами про травмуючу подію. Вони можуть з'явитися і через багато років після психотравми;
- порушення сну, жахливі сновидіння, в яких відтворюється травмуюча подія;
- соціальне уникнення, відчуження від членів родини та інших людей;
- порушення поведінки (агресія, роздратованість, експлозивність), можлива антисоціальна поведінка;
- зловживання алкоголем та наркотиками для купірування внутрішньої напруги та травмуючих спогадів;
- депресія, суїцидальна поведінка;
- вегетативні розлади та соматичні жалоби.

У значної кількості хворих ПТСР хроніфікується і дуже часто поєднується з тривожно-депресивними розладами та залежністю від психоактивних речовин. Виділяють гостре (менш 3 місяців) та хронічне (більш 3 місяців) протікання ПТСР.

Клінічні варіанти ПТСР

В залежності від домінуючого психопатологічного синдрому виділяють наступні клінічні *варіанти* ПТСР: тривожний, астеничний, дисфоричний, іпохондричний, соматоформний та змішаний.

В практиці сімейного лікаря найчастіше зустрічаються пацієнти з астеничним, іпохондричним та соматоформним варіантом ПТСР.

Пацієнти з астено-невротичним, астено-депресивним, obsесивно-фобічним, істеро-іпохондричним та астено-іпохондричним синдромами, які виникають через 3-6 місяців після психотравмуючої події, найчастіше перший візит здійснюють до сімейного лікаря або лікаря-інтерніста.

При ***ПТСР з домінуючим астено-невротичним синдромом*** преvalюють скарги на виражену фізичну і психічну стомлюваність, головний біль, дратівливу слабкість, диссомнію (розлади засинання, глибини і тривалості нічного сну). Виражені серцебиття і болі в ділянці серця, метеозалежність.

У хворих з ***домінуючим астено-депресивним синдромом*** в клінічній картині ПТСР на перший план виступають скарги на погіршення настрою, порушення сну, слабкість, зниження концентрації уваги, труднощі при вирішенні проблем, вегетативні дисфункції і неможливість продуктивно працювати.

При ***ПТСР з домінуючим obsесивно-фобічним синдромом*** переважають скарги на парестезії, неприємні відчуття в різних ділянках тіла, що супроводжуються тривогою і страхом, головні болі і нічні кошмари, пов'язані з пережитою психотравмуючою ситуацією. Пацієнти фіксовані на проблемах з власним здоров'ям. Серед вегетативних про-

явів найчастіше зустрічаються підвищена пітливість і коливання артеріального тиску (АТ).

При **ПТСР з домінуючим астено-іпохондричним синдромом**, крім характерних для астеничного синдрому скарг, які виражені більш сильно, пацієнти відзначають сонливість вдень і безсоння вночі, слабкість в кінцівках і тремтіння у всьому тілі. Вегетативні прояви виражені у вигляді надмірної пітливості, коливань АТ і погіршення самопочуття при зміні погоди. Увага пацієнтів фіксована на власному здоров'ї і пережитій психотравмі.

Специфічним феноменом для **ПТСР з домінуючим істеро-іпохондричним синдромом** є яскраво виражене демонстративне прагнення декларувати виражену тяжкість свого стану, викликати співчуття у оточуючих, а також рентні установки. Серед психопатологічних феноменів домінує фізична і психічна стомлюваність, тремтіння і слабкість у тілі, головний біль, парестезії, емоційна лабільність і розлади сну. Вегетативний симптомокомплекс виражений і найчастіше проявляється у вигляді запаморочення, серцебиття, коливань АТ. Характерно, що самопочуття у цих пацієнтів різко погіршується в присутності «глядачів», медичних працівників, при згадці про психотравмуючу ситуацію.

В структурі **соматоформного типу ПТСР** переважають виражені соматоформні розлади з переважною локалізацією неприємних тілесних відчуттів в ділянці серця, шлунково-кишкового тракту і голови. Ці розлади поєднуються з психовегетативними пароксизмами і виникають у пацієнтів найчастіше через 6 місяців після психотравмуючої події.

При відсутності своєчасної та адекватної комплексної терапії, у частини пацієнтів з ПТСР розвиваються психосоматичні розлади: гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої киш-

ки та інші. У частини пацієнтів виявляються ознаки психо-органічного синдрому з переважаючими мнестичними розладами або когнітивним дефіцитом.

Серед неврологічних симптомів переважають когнітивні порушення. Пацієнти скаржаться на зниження розумових здібностей, погіршення пам'яті, зниження концентрації уваги, труднощі при вирішенні проблем і при прийнятті рішень, погіршення орієнтування в навколишній обстановці, нав'язливі образи і спогади. Можливі скарги на тремор і судомні посмикування. Нерідко хворі скаржаться на порушення пам'яті, які виявляються, передусім, утрудненням запам'ятовування і утримування в пам'яті тієї чи іншої інформації, а також її відтворення. При нейропсихологічних обстеженнях виявляється дефіцит певних типів пам'яті (вербальної короткострокової і зорово-просторової) і здатності концентрувати увагу, зокрема, при виконанні складних завдань, які вимагають навичок інтеграції різних функцій. Ці розлади обумовлені, в першу чергу, утрудненням концентрації уваги на фактах, які не мають прямого відношення до травматичної події. Разом з тим, постраждалі не можуть пригадати важливі деталі травматичної події, що обумовлено порушеннями, які мали місце в стадії гострої реакції на стрес.

При ПТСР виявлені наступні *морфологічні зміни* в головному мозку: зменшення розмірів гіпокампу, мигдалини, окремих ділянок мозолистого тіла та інших областей мозку. Виявлено кореляцію з клінічними порушеннями пам'яті та емоцій. Повідомляється про зв'язок між змінами обсягу гіпокампу і нейроендокринними порушеннями в організмі.

Згідно Гісенського психосоматичного опитувальника у ветеранів бойових дій домінували скарги на наступні проблеми: серцево-судинна система – 36%, нерве виснаження

- 24,6%, біль різної етіології і локалізації - 20,2%, проблеми з шлунково-кишковим трактом – 19,1%.

Особливої уваги потребує *проблема суїцидальної поведінки при соматичних захворюваннях*. Під час здійснення суїцидальної спроби третина суїцидентів мала загострення соматичного захворювання; 28% осіб під час здійснення суїцидальної спроби знаходилися на лікарняному листку, а 45% впродовж двох тижнів до здійснення суїциду були на прийомі у лікаря-інтерніста.

Сучасні технології оцінки суїцидального ризику в практиці сімейного лікаря:

1. Діагностичне інтерв'ю.

Можна розпочати бесіду із з'ясування точки зору пацієнта на своє життя, задоволеність, яку він отримує від нього:

- Чи відчуваєте ви, що у вас є майбутнє?
- Чи буває у вас таке почуття, ніби життя не коштує того, щоб за нього триматися?
- Чи траплялося вам коли-небудь переживати абсолютно безпросвітний відчай і безнадійність?
- Чи не буває у вас відчуття, що краще б померти і таким чином позбутися усіх проблем?

У пацієнта, який сказав, що життя не коштує того, щоб його продовжувати, слід запитати:

- У вас коли-небудь виникали думки покінчити з життям?
- Чи здійснювали ви у минулому суїцидальну спробу?

При позитивних відповідях слід продовжити питання для оцінки суїцидального ризику:

- Поточні думки про суїцид.
- Плани або стосунки пацієнта до суїциду.

- Попередні епізоди суїцидальних думок.
- Альтернативи суїциду або, якими шляхами пацієнт уникав суїциду (відхід від небезпечної ситуації, заклик іншого на допомогу тощо).

2. Скринінг суїцидальної поведінки.

Експрес-оцінка ризику суїциду (SAD PERSONS Scale)

S	Стать	1 – чоловіча, 0 – жіноча
A	Вік	1 – 19 років і молодше або 45 і старше
D	Депресія	1 – мається
P	Попередні спроби суїциду	1 – мали місце
E	Зловживання алкоголем	1 – мали місце
R	Втрата раціонального мислення	1 – якщо пацієнт психотик будь-якої нозології (шизофренія, афективні розлади, органічне ураження ЦНС)
S	Втрата соціальної підтримки	1 – мається втрата, особливо недавня втрата значимої іншої особи
O	Підготовка суїцидального плану	1 – план мається і метод летальний
N	Немає чоловіка (дружини)	1 – розлучений, вдівець, неодружений або самотній
S	Хвороби	1 – особливо, якщо хронічні, тяжкі, інвалідизуючі

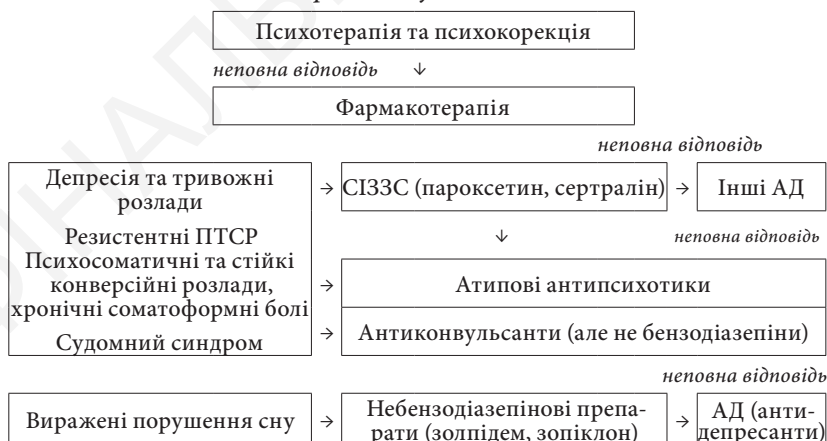
Бали	Передбачувані клінічні дії
0 – 2	Відправити додому без наступного клінічного спостереження
3 – 4	Тісне спостереження; консультація психіатра, розгляд питання госпіталізації
5 – 6	Необхідність госпіталізації, здійснення постійного спостереження
7 – 10	Госпіталізація (за необхідністю – недобровільна)

3. Скринінг депресивних станів.

Загальні принципи лікування посттравматичного стресового розладу

Лікування здійснюється відповідно до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» (затверджено МОЗ України 23.02.2016 року, №121) і рекомендацій з діагностики, лікування та реабілітації ПТСР.

Алгоритм лікування ПТСР



Особливості психотерапії та психоосвіти

Психотерапія є основним методом лікування ПТСР, особливо при легких випадках. Вона ставить собі за мету примирити людину з його минулим, допомогти пацієнтові «переробити» проблеми та «опанувати» симптомами, які продукуються в результаті зіткнення з ситуацією, що травмує. Один з ефективних підходів до цієї мети – допомога у відрегуванні травматичного досвіду шляхом обговорення та повторного переживання думок і почуттів, пов'язаних з травмою, в безпеці терапевтичної обстановки. Основне завдання терапевта – допомогти пацієнтові усвідомити можливості трансформації його кризового стану, побачити нові перспективи і можливості повернення до нормального життя.

На етапі первинної медичної допомоги лікар зобов'язаний надати інформаційну та емоційну підтримку пацієнту з ПТСР. Всім пацієнтам слід рекомендувати дотримуватись режиму дня, гігієни сну, засад здорового харчування, режиму регулярної фізичної активності, уникання вживання алкоголю. Слід постійно підтримувати стратегію поведінки, направленої на підвищення прихильності пацієнта до виконання рекомендацій лікаря. Важливо навчити пацієнта методам релаксації, так як почуття тривоги і напруги дуже часто супроводжує їх тривалий час після травми.

Існують численні докази щодо ефективності травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ-КПТ) і десенсибілізації та переробки рухом очей (ДПРО) у пацієнтів з ПТСР. Бажано запропонувати пацієнту та узгодити з ним інші спеціалізовані та високотехнологічні види психотерапії (терапія вирішення проблем, коротка когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)).

При порушенні соціального функціонування, неефективності наданої первинної медичної допомоги, побажанні

пацієнта щодо лікування у закладах охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу, обов'язковими є застосування психоосвіти в якості підґрунтя психотерапії, ТФ-КПТ, ДПРО та встановлення терапевтичного альянсу. Бажаними є стрес-менеджмент та сімейна психотерапія.

Психотерапія пацієнта з ПТСР, в залежності від вираженості його психологічної дезадаптації, може тривати від 6 місяців до декількох років. З близькими родичами пацієнта з ПТСР також необхідне проведення психотерапії, бо дуже часто поведінка хворого може сприяти розвитку межових психічних розладів у членів родини.

Психоосвіта є невід'ємною частиною медичної допомоги пацієнтам з ПТСР. Лікарі загальної практики-сімейні лікарі зобов'язані роз'яснити у доступній формі особливості розвитку, клінічних симптомів і лікування ПТСР. Слід надавати інформацію щодо потенційно несприятливого впливу алкоголю та інших психоактивних речовин на перебіг ПТСР; позитивну інформацію щодо перспектив відновлення здоров'я, необхідних термінів, про необхідність виконання лікарських рекомендацій, а також можливостей отримання спеціалізованої медичної допомоги.

Психоосвітні заходи також слід проводити з членами сім'ї пацієнтів з ПТСР. Якщо родичі володіють інформацією щодо особливостей захворювання, знають, на які моменти слід звертати увагу та яким чином слід поводити себе з пацієнтом, це полегшує процес вилікування, допомагає хворому подолати почуття відчуження і швидше повернутися до повноцінного життя.

Дуже важливі групи підтримки, в яких пацієнтові допоможуть глибше розібратися в значенні травматичної події. Важливим етапом психокорекційної роботи є сімейне консультування. Необхідно розповісти родичам про клінічні

ознаки ПТСР, про переживання і почуття хворого, про принципи поведінки родичів в даній ситуації. Обов'язково необхідно проінформувати їх про тривалість перебігу цього захворювання і про можливість «flashbacks» – ефекту через декілька років. З близькими родичами також необхідне проведення психотерапії, бо дуже часто поведінка хворого може сприяти розвитку межових психічних розладів у родичів.

Згідно з даними катамнестичних досліджень, психічний стан приблизно 50% пацієнтів з ПТСР поліпшується протягом шести місяців після травми. Якщо пацієнт здатний впоратися зі стресовою ситуацією без емоційної лабільності, тривоги, напруги, вегетативної дисфункції – застосування психофармакотерапії можна припинити. Показанням до припинення лікування можна вважати досягнення такого стану пацієнта, при якому він відновив свою самооцінку, соціальний і професійний статус і здатний корегувати свій емоційний стан, не вдаючись до лікарських препаратів.

Фармакотерапія ПТСР

Медикаментозне лікування хворих на ПТСР треба здійснювати з урахуванням клінічної типології, течії розладу та ступеню виразності психопатологічних симптомів (легка, середня, важка).

При призначенні пацієнтам з ПТСР психофармакологічних засобів слід пам'ятати, що у них може бути синдром залежності і можливі парадоксальні реакції на деякі препарати. Тому, необхідно призначати препарати з мінімальною кількістю побічних ефектів і дотримуватися наступних вимог щодо психотропних засобів:

- широкий спектр психотропної активності: ефективна дія на тривожні, депресивні, іпохондричні розлади;

- сприятливий спектр побічних ефектів з мінімальною негативною дією на соматичні функції;
- хороші соматотропні ефекти (терапевтична дія на супутню соматичну патологію);
- мінімальна поведінкова токсичність (мала вираженість або відсутність седативних ефектів: сонливість в денний час, порушення уваги тощо);
- препарат при довгостроковому лікуванні не повинен викликати залежність.

Слід пам'ятати, що близько 30% завершених суїцидів – результат передозування лікарських засобів, з них 14% - передозування антидепресантами (найчастіше, амітриптиліном). Крім того, деякі антидепресанти впливають на судомний поріг та викликають сексуальні дисфункції.

Клінічні показання для призначення медикаментозного лікування:

- тривога і страх, панічні атаки;
- безсоння, депресія, суїцидальна поведінка;
- агресивна і деструктивна поведінка;
- сомато-вегетативні порушення і когнітивні дисфункції.

Як при гострому, так і при хронічному ПТСР доцільне застосування антидепресантів і транквілізаторів, у деяких випадках, показано застосування нейролептиків. Дуже важливо лікування симптоматичного алкоголізму або наркоманії, які нерідко зустрічаються у цих хворих.

Серед усього спектру *антидепресантів при ПТСР* переважними є антидепресанти СІЗЗС. Серед них препаратами першої лінії терапії є пароксетин та сертралін, які мають значну доказову базу. Також, сертралін зареєстрований в

Україні як препарат, призначений для лікування ПТСР не лише у дорослих, а й у дітей та підлітків. Можуть застосовуватися і інші СІЗС. Якщо лікування даною групою препаратів не є ефективним або присутні побічні ефекти, можна призначати антидепресанти інших груп в якості препаратів другої лінії.

Транквілізатори призначаються з метою швидкого купірування панічних атак та тривожно-фобічних розладів. Бензодіазепінові транквілізатори (діазепам, феназепам, гідазепам та ін.) призначають короткими курсами (не довше 10 днів), щоб уникнути формування синдрому залежності. Небензодіазепінові транквілізатори можуть призначатися на довший термін.

При наявності когнітивних порушень бажано призначення *ноотропних препаратів*.

Особи, що приймали участь у АТО, а також біженці і переселенці, є групою ризику розвитку невротичних і пов'язаних зі стресом розладів. У зв'язку з цим, при зверненні цих людей в центр первинної медико-санітарної допомоги або стаціонар з соматичними чи неврологічними скаргами, лікарям необхідно приділяти особливу увагу вивченню психічного статусу пацієнта.

Алгоритм надання медичної допомоги хворим з ПТСР в практиці сімейного лікаря:

1. Виявлення проблем з психічним здоров'ям.
2. Скринінг для виявлення ПТСР і суїцидальної поведінки.
3. Виявлення соматичних симптомів, які не укладаються в структуру сомато-неврологічного захворювання і не підтверджуються даними об'єктивних досліджень.
4. Виявлення і діагностика психопатологічного синдрому (клінічного варіанту ПТСР).

5. Психосвіта та психокорекція.
6. Отримання згоди пацієнта на лікування в письмовому вигляді на основі надання повної інформації про психічний розлад.
7. При необхідності призначення терапії антидепресантами першого ряду.
8. Пропозиція пацієнту консультації лікаря-психіатра (при неефективності лікування, виражених депресивних розладах і наявності суїцидальних думок, невмотивованої агресивності, алкоголізації).

Розділ 2

Депресивні розлади: клініка, діагностика та лікування в медичних установах, що надають первинну медичну допомогу

Депресія – один з найбільш поширених розладів, що зустрічаються в загальномедичній практиці. Депресія є четвертою провідною причиною захворюваності та інвалідності, однією з основних причин погіршення якості життя і соціального функціонування людини, а за часткою втрачених для повноцінного життя років тривожно-депресивні розлади випереджають всі інші психічні захворювання.

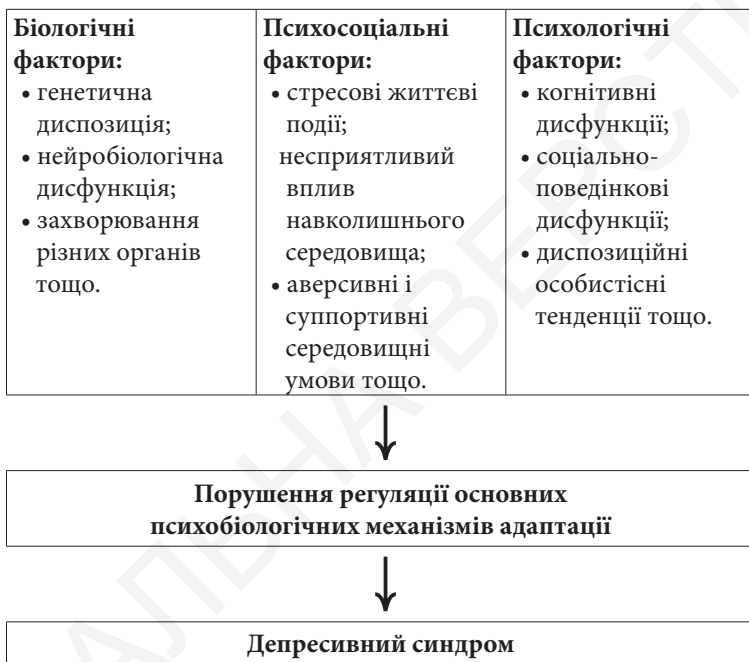
За даними ВООЗ та Національного інституту психічного здоров'я США, 18-25% жінок і 7-12% чоловіків хоча б один раз в житті перенесли депресивний епізод. Але 60-80% хворих на депресію не потрапляють в поле зору психіатра та лікуються лікарями загальної практики-сімейної медицини. Половина хворих на депресію під час обстеження пред'являють тільки соматичні скарги.

За прогнозами ВООЗ, до 2020 року депресивні розлади займуть друге місце після ішемічної хвороби серця за інтеграційною оцінкою тягаря хвороб, який несе суспільство.

У соматичних хворих поширеність депресії сягає 22-33%, що порівняно з поширеністю артеріальної гіпертензії. При тяжких соматичних захворюваннях показник збільшується до 60%. За даними Європейського регіонального бюро ВООЗ,

поширеність великої депресії в регіоні включає 33% людей з онкологічними захворюваннями, 29% – з артеріальною гіпертензією, 27% – з цукровим діабетом.

Біопсихосоціальна модель генезу депресивних розладів



Критерії групи ризику розвитку депресії:

- наявність психічних і поведінкових розладів в особистому або сімейному анамнезі;
- наявність епізодів депресії в анамнезі;
- наявність важких захворювань з хронічним перебігом;
- інвалідність;

- психоемоційне навантаження, втрата близької людини, втрата роботи тощо;
- соціальна ізоляція та відсутність міжособистісних підтримуючих стосунків у сім'ї.

1. Діагностика депресивних розладів

Клінічні ознаки депресії

Згідно МКХ-10, виділяють основні (постійно присутні, обов'язкові) та додаткові симптоми депресії.

Основні симптоми:

- знижений, пригнічений настрій;
- втрата інтересу і почуття задоволення;
- підвищена стомлюваність, втрата енергії та зниження активності.

Додаткові симптоми:

- зниження самооцінки та невпевненість у собі;
- труднощі концентрації уваги;
- ідеї провини й неповноцінності;
- ажитація або загальмованість;
- порушення сну.

Для діагностики депресії достатнім є наявність хоча б двох ознак з переліку основних і двох додаткових ознак депресії.

Дуже часто соматизація симптомів депресії («масковані депресії») призводить до гіподіагностики депресивних розладів. Серед причин гіподіагностики депресивних розладів у загально соматичній мережі – «зсув» діагностики виключно на виявлення соматичного захворювання; часте використання діагнозів нейро-циркуляторна дистонія,

діенцефальний синдром, астено-вегетативні порушення тощо, упередженість пацієнта і/або лікаря проти констатації психічного розладу.

Клінічні варіанти «маскованих депресій»:

- «маски» у формі порушення біологічного ритму: безсоння, гіперсомнія;
- «маски» у формі вегетативних, соматизованих і ендокринних розладів: синдром вегетосудинної дистонії, запаморочення; функціональні порушення внутрішніх органів (синдром гіпервентиляції, кардіоневроз, синдром подразненої товстої кишки тощо); нейродерміт, шкірний свербіж; анорексія, булімія; імпотенція, порушення менструального циклу;
- «маски» у формі алгій: цефалгії, кардіалгії, абдоміналгії, фіброміалгії, невралгії, спонділоалгії, псевдоревматичні артралгії.

Депресія є клінічно неоднорідним розладом, який має наступні *психопатологічні складові*:

- емоційні розлади: сум, тривога, дратівливість, втрата задоволення, суїцидальні думки, почуття безнадії, неадекватне почуття провини;
- когнітивні розлади, що проявляються в труднощах з: концентрацією уваги, короткостроковою і відстроченою пам'яттю, прийняттям рішень, плануванням та організацією справ, підбором потрібних слів, швидкістю мислення та суджень;
- соматичні розлади: втома, зниження апетиту і маси тіла, безсоння/ гіперсомнія, сексуальні дисфункції, головний біль, проблеми з травленням, біль у грудях.

Депресія часто зустрічається у поєднанні з соматичними захворюваннями. З одного боку, соматичне захворювання може бути безпосередньою причиною депресії або прискорює розвиток депресії при наявності відповідної схильності. З іншого боку, депресія негативно впливає на перебіг соматичної хвороби, ускладнює процес реабілітації і погіршує результати лікування, прогноз і перебіг соматичного захворювання. Крім того, депресія є фактором ризику розвитку деменції, підвищує ризик смертності, в тому числі, і в результаті суїциду. В зв'язку з цим, своєчасне виявлення депресії та суїцидальної поведінки є дуже актуальним.

Скринінг депресивних розладів та суїцидального ризику

Згідно уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія» (затверджено МОЗ України 25.12.2014 року, №1003) сімейним лікарям для скринінга депресій рекомендовано використовувати шкали PHQ-2 і PHQ-9.

Скринінг депресії (PHQ-2)

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

Позитивна відповідь на ці два питання є маркером для подальшого обстеження пацієнта анкетой PHQ-9.

PHQ-9 - Анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я

Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire – PHQ-9) – шкала самооцінки депресії з дев'яти пунктів, ефективна в діагностиці депресивного розладу, так само як і для вибору методу/засобу лікування та моніторингу результатів.

ПІБ _____					
Дата _____					
Як часто за останні 2 тижні Вас турбували наступні прояви? (свою відповідь позначте «√»)		Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини цього часу	Майже кожного дня
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 вважаєте, 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 кожному рядку таблиці необхідно обвести цифру на перетині з колонкою, яка відповідає частоті виникнення проблеми. Надалі підсумовують обведені цифри і записують відповідь у відповідне поле внизу таблиці.

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

Оцінка тяжкості депресивного розладу

Загальний бал	Тяжкість депресії	Рекомендації по терапії
0–4	Депресія відсутня	Не потребує подальшого лікування
5–9	Легка («субклінічна») депресія	Спостереження, повторити оцінку по PHQ–9 на наступному візиті
10–14	Помірної тяжкості депресія	Пильне спостереження, регулярні повторні візити та/або призначення антидепресантів
15–19	Середньої тяжкості депресія	Активне лікування антидепресантом та/або психотерапією
20–27	Тяжка депресія	Негайне призначення антидепресантів. У разі важкого порушення функціонування або відсутності відповіді на терапію, слід залучити психіатра для проведення психотерапії та/або спільного ведення такого пацієнта

Для експрес-оцінки ризику суїциду використовується шкала SAD PERSONS Scale (див. у розділі «Додатки»).

Проблема діагностики депресії у осіб похилого віку

Депресія є найпоширенішим психічним розладом у осіб похилого віку. За даними ВООЗ депресивні симптоми мають місце у 40% пацієнтів похилого віку, які звернулися до лікаря в зв'язку з різними захворюваннями. Жінки страждають депресією в два рази частіше, ніж чоловіки, причому у жінок вона найбільш часто розвивається у віці 50–60 років, у чоловіків в 55–65 років.

Причини виникнення проблеми діагностики депресії у осіб похилого віку:

- клінічні особливості депресії в літньому віці;
- побічні ефекти препаратів, що імітують депресію;
- диференціація симптомів соматичних захворювань від симптомів депресії.

Клінічні особливості депресії в літньому віці:

- депресивні симптоми часто сприймаються як ознаки «нормального старіння»;
- літні люди рідше скаржаться на поганий настрій і сум, частіше – на поганий фізичний стан, безсоння, погіршення пам'яті, порушення апетиту. У них часто виражена тривога, туга, страх, іпохондричні і тривожно-маячні синдроми;
- афективні зміни супроводжуються апатією, млявістю, невдоволенням, дратівливістю, буркотливістю, почуттям незаслуженої образи;
- переважають ознаки астеничної депресії з гіперестезією, дратівливою слабкістю, підвищеною виснаженістю, сльозливістю, слабкодухістю;
- порушення сну: переважає переривчастий нічний сон і раннє пробудження з поганим самопочуттям вранці;

- спостерігаються когнітивні порушення: слабкість концентрації уваги з неуважністю, забудькуватістю, нездатністю зосередитися;
- виражені вегетативні симптоми: шум і дзвін у вухах, головний біль, запаморочення.

Ступінь вираженості депресії корелює з соматичним станом пацієнта і ступенем порушення діяльності в повсякденному житті. Питома вага суїцидентів, які досягли 60 років, в 17 разів більше, ніж суїцидентів 25–30 років. Серед суїцидентів похилого та старечого віку майже половина має інвалідність по соматичному або неврологічному захворюванню. Літні чоловіки з депресією мають найвищий ризик завершеного суїциду!

Для експрес-діагностики депресії у літніх людей доцільно використовувати «*Геріатричну шкалу депресії*», яка складається з чотирьох питань:

- Ви, в основному, задоволені своїм життям?
- Ви відчуваєте, що Ваше життя порожнє?
- Ви боїтеся, що має статися щось погане?
- Ви відчуваєте себе щасливим більшу частину часу?

Дві і більше негативних відповідей вказують на ймовірність депресії.

2. Лікування депресії в медичних установах, що надають первинну медичну допомогу

Лікування хворих здійснюється відповідно до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивний

епізод без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)» (затверджено МОЗ України 25.12.2014 року, №1003).

Вибір стратегії лікування

1. Всі пацієнти з депресією потребують індивідуалізованого підходу до лікування з урахуванням тяжкості депресивного розладу та психосоціальних особливостей.

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

3. Послідовність дій сімейного лікаря при виборі терапії:

- моніторинг легких епізодів та самопомога, яка координується лікарем; психотерапія; при необхідності, антидепресивна терапія;
- при відсутності ефекту – необхідність направлення до психіатра.

4. Пацієнтам з депресією помірного ступеня, або легкого, при наявності обтяжуючих обставин, або неефективності заходів немедикаментозної корекції упродовж двох-чотирьох тижнів, рекомендовано призначення антидепресантів. Препаратами вибору є засоби першої лінії. Препарати з групи СІЗЗС мають найвищу доказову базу.

5. Сімейні лікарі роблять призначення щодо лікування пацієнтам з легкою та помірною депресією. Обов'язково пацієнту, в доступній для нього формі, надається інформація про стан його здоров'я, перебіг захворювання та рекомендації щодо немедикаментозного і медикаментозного лікування в усній та письмовій формі. Бажано надати пацієнту «Інформаційний лист про депресію для пацієнта» (див. у розділі «Додатки»).

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

7. Пацієнткам з післяпологовою депресією легкого або помірного ступеня призначають немедикаментозні методи лікування, психотерапію, за необхідності – антидепресанти групи СІЗЗС. Обов'язково проводити моніторинг ефективності лікування, за необхідністю – направити до лікаря-психіатра.

8. Вибір антидепресанту має бути індивідуальним та базуватися на клінічній оцінці стану пацієнта: характеристика симптомів, наявність супутніх захворювань, профіль переносності препарату, результат попереднього лікування антидепресантами, можливі взаємодії препаратів, уподобання пацієнтів і вартість лікування.

9. Оцінку ефективності медикаментозної терапії проводять через три-чотири тижні від початку лікування з використанням шкали PHQ-9. Якщо кількість балів зменшується на 20% і більше – продовжують призначене лікування.

10. При відсутності ефекту упродовж чотирьох-шести тижнів (сума балів за PHQ-9 зменшилась менш ніж на 20%), за умов виконання рекомендацій лікаря, треба розглянути можливість збільшення дози антидепресанту або призначення іншого препарату, з урахуванням профілю побічних ефектів, або розглянути питання щодо направлення пацієнта у заклади охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають вторинну медичну допомогу.

11. Не рекомендовано призначати антидепресанти трициклічної групи та групи інгібіторів моноамінооксидази, у зв'язку з вираженою взаємодією з іншими препаратами та токсичними ефектами, в т.ч. їх кардіотоксичністю.

12. Не рекомендується призначати монотерапію препаратами бензодіазепінового ряду, тому що вони посилюють депресію.

13. При отриманні позитивного ефекту від лікування прийом антидепресантів продовжують на шість місяців для попередження рецидиву.

14. Пацієнтам похилого і старечого віку, при наявності двох і більше епізодів депресивного розладу в анамнезі, антидепресанти призначають на тривалий термін – впродовж двох років і більше.

15. До лікаря-психіатра у ЗОЗ, що надають вторинну медичну допомогу, направляються пацієнти (або лікар-психіатр запрошується на консультацію у ЗОЗ, що надає первинну медичну допомогу) з тяжкою депресією, а також пацієнти з легкою і помірною депресією, для погодження оптимального лікування, зокрема при неефективності терапії, призначеної сімейним лікарем.

16. Пацієнтам із дистимією рекомендується провести консультування із роз'ясненням у доступній формі особливостей перебігу і лікування захворювання, рекомендувати дотримуватись режиму дня, гігієни сну, засад раціонального харчування, режиму регулярної фізичної активності. Направити пацієнта до лікаря-психотерапевта (при наявності відповідної структури). Розглянути питання про призначення антидепресантів з групи СІЗЗС.

Сучасні методи терапії депресивних розладів

Медична допомога депресивним пацієнтам повинна надаватися в амбулаторних умовах, за винятком випадків вираженої небезпеки, для пацієнта і його оточення, важких соматичних порушень, неможливості самообслуговуван-

ня на життєво-необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза спеціалізованого стаціонару.

Терапія депресивних розладів базується на:

- фармакотерапії (антидепресивна терапія);
- психоосвітніх програмах для пацієнтів і їх родичів;
- психотерапії та психокорекції.

Основними *задачами* терапії депресивних розладів є зниження та усунення депресивної симптоматики; запобігання рецидивам; відновлення соціального функціонування.

Терапія складається з трьох *етапів*, кожний з яких має специфічні завдання та дії. Лікування повинно бути біологічним і психосоціальним.

Фази терапії	Тривалість	Завдання	Дії
Гострий період	8-16 тижнів	• Ремісія симптомів • Відновлення функції	• Формування групи спеціалістів, які займаються лікуванням. • Навчання. • Вибір та проведення лікування. • Моніторинг покращення.
Стабілізуючий етап	6 місяців	• Подолання резидуальної симптоматики. • Профілактика раннього рецидиву. • Повернення повного функціонування та якості життя.	• Вибір та проведення лікування. • Моніторинг покращення. • 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.
-----------------------	---	---	--

Фармакотерапія депресивних розладів

Лікування антидепресантами є патогенетично обґрунтованим методом психофармакотерапії депресій. Вибір антидепресантів базується на наступних *принципах*:

- принцип ефективності: загальна ефективність, особливості спектру дії, час початку клінічного ефекту та профілактична ефективність;
- принцип безпеки лікування: безпека при передозуванні, низька «поведінкова токсичність» (ступень порушення психомоторного і когнітивного функціонування під впливом психотропних препаратів), безпека при тривалому застосуванні, мінімальна кількість лікарських взаємодій.

На наш погляд, «ідеальний» антидепресант має відзначатися наступними *характеристиками ефективності*: швидкий початок дії, добра переносність (відсутність небажаного ефекту), охоплення спектру депресивних і тривожних розладів, високі показники результативності та частоти ремісії, оптимальна профілактика рецидивів, відсутність лікарських взаємодій.

Основні клінічні *ефекти* антидепресантів:

- тимоаналептичний;
- седативно-транквілізуючий;
- стимулюючий;

- сбалансована дія – наявність стимулюючої або седативно-транквілізуючої дії, в залежності від типу депресивного розладу (ефективність при лікуванні тривожних і загальмованих депресій);
- антифобічний;
- анксіолітичний;
- холінолітичний;
- вегето-стабілізуючий;
- гіпотензивний;
- анальгезуючий.

Основні принципи терапії депресії в загальній практиці:

- віддавати перевагу антидепресантам останнього покоління з доведеним профілем безпеки;
- дотримуватися рекомендованих терапевтичних доз антидепресантів;
- враховувати відкладений антидепресивний ефект антидепресантів (клінічно значущим він стає наприкінці *другого тижня* терапії);
- дотримуватися тривалості курсу терапії – не менше *шести місяців*.

Згідно з класифікацією антидепресантів за механізмом дії описано 14 груп антидепресантів. Нижче наведені *групи* сучасних антидепресантів, які *zareєстровані* в Україні.

1. Неселективні інгібітори зворотного захоплення (реаптейка) моноамінів (циклічні антидепресанти):

- трициклічні: амітриптилін, іміпрамін, доксерін, кломіпрамін;
- чотирьохциклічні: мапротилін, міансерін;
- біциклічні: тразодон.

2. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну: флуоксетин, флувоксамін, сертралін, циталопрам, пароксетин, есциталопрам.

3. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (CІЗЗСН): мілнаципран, венлафаксин, дулоксетин, дезвенлафаксін.

4. Дофамінергічні антидепресанти: бупропіон.

5. Норадренергічні та специфічні серотонінергічні антидепресанти: міртазапін.

6. Мелатонінергічний антидепресант: агомелатин.

7. Мультиמודальні антидепресанти: вортіоксетин.

8. Фітоантидепресанти: гиперіцин.

9. Інші антидепресанти: S-аденозілметіонін.

10. Інші психотропні препарати з антидепресивною дією (тимонейролептики: флупентиксол, хлорпротиксен та ін.).

Антидепресантом останнього покоління є мультимодальний антидепресант вортіоксетин (Брінтеллікс), який має низку позитивних клінічних ефектів, що дозволяють призначати його пацієнтам з тяжкою депресією або високим рівнем симптомів тривоги, когнітивною дисфункцією при депресії, хворим літнього віку, пацієнтам з неадекватною відповіддю на лікування антидепресантами групи CІЗЗС або CІЗЗСН.

Особливо слід відмітити позитивний вплив вортіоксетину на корекцію когнітивних порушень, які діагностуються не тільки в період рецидиву депресії, а і у 30-50% пацієнтів в стані часткової або повної ремісії. Крім того, вортіоксетин не впливає на зміну АТ, частоту серцевих скорочень і параметри ЕКГ (в т.ч. QT, QTc, PR, інтервали QRS). Він не провокує порушення сну, значно не впливає на масу тіла і на сексуальну функцію. Синдром відміни не виражений.

В уніфікованому клінічному протоколі «Депресія» (затверджено МОЗ України 25.12.2014 року, №1003) наведений перелік антидепресантів, рекомендованих як препарати першої та другої лінії лікування.

Позитивний вплив лікарських препаратів багато в чому залежить від адекватності терапії, що проводиться, і усвідомлення хворими необхідності їх прийому. Згідно вимог належної клінічної практики (GCP), необхідно припинити лікування медикаментами або виконати їх заміну у випадку посилення у пацієнтів депресивних або тривожних розладів після початку лікування цими препаратами.

Крім того, треба пам'ятати, що пацієнти можуть скоїти суїцидальну спробу шляхом передозування препаратів, які їм було призначено. Тому, моніторинг психічного стану є обов'язковим. Оцінка тяжкості депресивного розладу здійснюється за шкалою PHQ-9. При необхідності призначається консультація психіатра.

Оцінка ефективності терапії антидепресантами здійснюється через *три-чотири* тижні (при необхідності раніше). Далі моніторинг психічного стану здійснюється кожні *два* тижні.

	Ефективність	Наступні дії
3-4 тижні	Зменшується на 20% і більше	Продовжують призначене лікування (від 6 місяців)
4-6 тижнів	Менш ніж 20%	Збільшення дози антидепресанта, призначення іншого антидепресанта, консультація психіатра

Необхідно також враховувати побічні ефекти антидепресантів. Для вибору антидепресанта слід намагатися виконувати наступні правила: віддавати перевагу монотерапії препаратом з оптимальною ефективністю, кращою переносністю та високою безпекою, з урахуванням спектру дії та лікарського анамнезу хворого, зручності застосування, а також економічного ефекту.

Частота виникнення побічних ефектів при лікуванні антидепресантів першої лінії (згідно з інструкцією із застосування препаратів)

	ЦНС			Антихолі- нергічні			Серцево- судинні				Шлунково- кишкові				Загальні				
	Сонливість, седация, 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 нижче. А – $\leq 9\%$, Б – 10-29%, В – 30-49%, Г – $\geq 50\%$.

* – в описанні препаратів повідомляється про рівень нижче граничного ($\leq 5\%$).

Потенційна небезпека антидепресантів в поєднанні з іншими групами препаратів (транквілізатори, інгібітори ангіотензінперетворюючого ферменту, непрямі антикоагулянти, блокатори кальцієвих каналів, серцеві глікозиди тощо) представлена в розділі «Слайд-презентації». Перелік серцево-судинних препаратів, що мають депресогенний ефект представлений в розділі «Додатки».

Згідно клінічному протоколу «Депресія» (затверджено МОЗ України 25.12.2014 року, №1003) тривалість лікування депресії залежить від багатьох факторів.

Фактори, які обумовлюють тривалу підтримуючу терапію антидепресантами (від двох років і більше):

- похилий вік;
- рецидивуючі епізоди (≥ 3);
- хронічний перебіг;
- психотичні епізоди;
- важкі епізоди;
- епізоди, які важко піддаються лікуванню;
- значні супутні захворювання (психіатричні або соматичні);
- резидуальні симптоми (недостатня ремісія) під час поточного епізоду;
- рецидиви в анамнезі під час припинення прийому антидепресантів.

Стратегії ведення пацієнтів з депресивними розладами згідно стандартів доказової медицини

1.	Відповідна оцінка і моніторинг суїцидального ризику є важливими складовими лікування рекурентного депресивного розладу, проте стурбованість із приводу суїцидальних намірів, викликаних прийомом антидепресантів, не повинна перешкоджати початку лікування у дорослих	(рівень доказовості I)
2.	При виборі конкретного медикаменту слід розглядати профіль побічних ефектів певних антидепресантів	(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 антидепресантів на ізоферменти CYP і Р-глікопротеїн	(рівень доказовості III)
5.	При лікуванні антидепресантами у пацієнтів необхідно вести моніторинг сексуальних і метаболічних побічних ефектів	(рівень доказовості II)
6.	Слід розглядати стратегії ведення побічних реакцій, що включають зниження дози, фармакологічні антитоти і можливості переходу на інший антидепресант, якщо при досягненні відповіді або ремісії небажані ефекти продовжують турбувати пацієнта	(рівень доказовості III)
7.	Для депресивного розладу із психотичними ознаками рекомендується комбінувати антидепресанти з антипсихотичними засобами	(рівень доказовості I)

Особливості діагностики та терапії депресії у пацієнтів похилого віку викладені у Розділі 3 в презентації «Депресії в практиці сімейного лікаря».

Методи психотерапевтичної корекції

Психотерапевтична корекція стану пацієнтів з депресивними розладами є невід'ємною частиною комплексного лікування цих пацієнтів. Тільки поєднання методів фармако-терапії та психотерапії дає позитивний результат. Найбільш продуктивними є наступні *методи*:

1. Психоосвітні програми для пацієнтів і їх родичів.

Мета психоосвітніх програм:

- забезпечення пацієнта і його родичів інформацією про хворобу, її причини, ефективність лікування, прогноз;
- опис симптомів і варіантів перебігу хвороби; визначення ситуацій і обставин, які провокують погіршення психічного стану;
- роз'яснення ролі соціальної підтримки, комунікацій, професійної адаптації;
- доведення інформації щодо лікувальних засобів, які використовують в терапії захворювання, механізмів їх дії, основних ефектів і побічних дій, можливостей усунення небажаних ефектів;
- роз'яснення необхідності постійної взаємодії з лікарем, який наглядає хворого.

Успішна психоосвітня робота є передумовою ефективного лікування хворого з депресивними розладами, формування високого рівня комплаєнтності і можливості повноцінної реалізації психосоціальних програм.

Слід відзначити, що актуальність психосоосвіти для хворих з депресивними розладами та їх родичів, обґрунтована

наявністю розбіжностей об'єктивної і суб'єктивної оцінок тяжкості депресії і якості життя.

2. Психотерапевтичні заходи.

На початку лікування психотерапія найчастіше проводиться індивідуально і обмежується раціональною психотерапією і психокорекцією актуальних психологічних проблем хворого.

Рекомендується наступні *тренінги*:

- релаксацийний тренінг;
- когнітивно-поведінковий тренінг: короткострокова (зазвичай 12-16 сеансів по одному на тиждень), сфокусована на симптомах, психотерапія, заснована 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;
- міжособистісна психотерапія – 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;
- методи психологічної самодопомоги;
- арт-терапія.

Алгоритм надання медичної допомоги хворим з депресіями в соматичній мережі:

- скринінг для виявлення депресії і суїцидальної поведінки;
- виявлення проблем із психічним здоров'ям;

- виявлення соматичних симптомів, які не вкладаються в структуру основного захворювання і не підтверджуються даними об'єктивних досліджень;
- виявлення та діагностування психопатологічного синдрому;
- отримання згоди пацієнта на лікування в письмовому вигляді на підставі надання повної інформації про психічний розлад;
- призначення терапії антидепресантами першого ряду;
- пропозиція пацієнту консультації лікаря-психіатра (при наявності суїцидальних думок, неефективності лікування, важкої депресії).

Показання до направлення на консультацію до лікаря-психіатра/або госпіталізацію

Клінічна ситуація	Консультація/ Госпіталізація
Високий ризик суїциду, самозневага	Консультація/ Госпіталізація
Наявність психотичних симптомів та гострого збудження	Консультація/ Госпіталізація
Диференційний розлад (біполярний розлад, зловживання психоактивними речовинами)	Консультація
Тяжка депресія (виражена дезадаптація у зв'язку з депресивним розладом)	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

Розділ 3

Слайд-презентації

1. Особливості ведення пацієнтів, що перенесли психосоціальні стреси, лікарями загальної практики-сімейної медицини

ГУ «ДНЕПРОПЕТРОВСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ МЗ УКРАИНЫ»

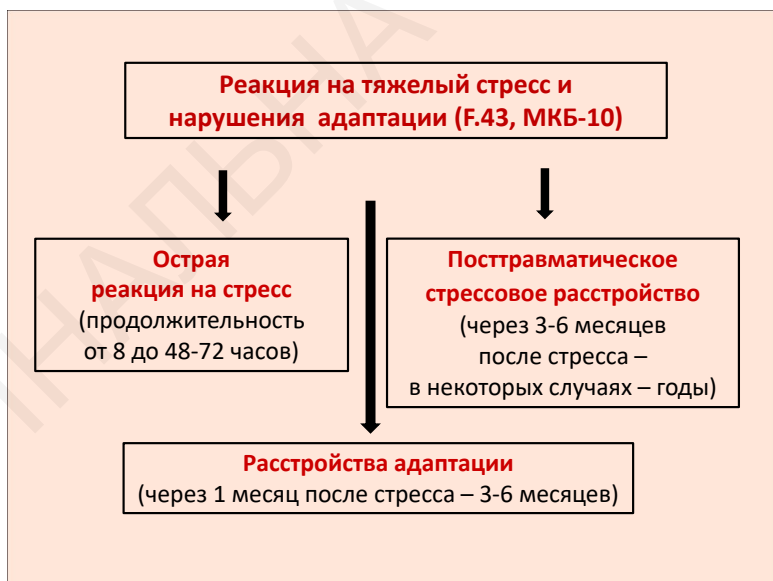
профессор, доктор медицинских наук,
заведующая кафедрой психиатрии ФПО
Юрьева Людмила Николаевна

**Особенности ведения пациентов,
перенесших психосоциальные стрессы
в практике семейного врача**

Новая генерация пациентов

В настоящее время среди лиц, обратившихся за помощью к семейному врачу появилась новая генерация пациентов, перенесших психосоциальные стрессы: беженцы, переселенцы, участники АТО и их родственники, волонтеры.

Эти пациенты относятся к группами риска развития невротических и связанных со стрессом расстройств.



Распространенность расстройств, связанных со стрессом

- Находится в прямой зависимости от частоты и выраженности стрессовых ситуаций.
- В мирное время группа этих пациентов малочисленна. На протяжении жизни ПТСР переносит 1% населения, а у 15% могут возникнуть его отдельные симптомы.
- У части лиц, перенесших тяжелый стресс, развиваются клинически оформленные расстройства и нарушения адаптации, среди которых посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) занимает ведущее место.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

ПТСР возникает **через 3-6 месяцев** в виде отставленной и/или затяжной реакции на стрессовое событие или ситуации *исключительно угрожающего или катастрофического характера*, которые способны вызвать дистресс у любого человека (природные и техногенные катастрофы, войны, физическое и сексуальное насилие, ДТП, терроризм, пребывание в плену).

Факторы, потенцирующие развитие ПТРС

Клинические факторы:

- период биологических кризисов: пубертатный, беременность и послеродовой период, климакс;
- зависимость от психоактивных веществ (алкоголь и другие психоактивные вещества);
- хроническое соматическое заболевание, вызывающее депрессию;
- коморбидность с выраженной тревогой и депрессией.

Факторы, потенцирующие развитие ПТРС

Личностные особенности:

- акцентуации личности;
- незрелость личности;
- низкая самооценка;
- чувство вины, безысходности, отчаяния.

Факторы, потенцирующие развитие ПТРС

Психологические факторы:

- разрушение норм, иерархии ценностей и самооценки личности, на базе которых строится представление о себе и своем месте в мире;
- психологические реакции в виде чувства вины перед погибшими, чувства вины за содеянное, крушение прежних идеалов и представлений о людях и мире.

Факторы, потенцирующие развитие ПТРС

Психологические факторы:

- моральная обстановка, сопровождающая стрессовую ситуацию;
- моральная травма и моральный шок, которые возникают при осознании необходимости совершать нечто противное своим морально-этическим принципам.

Факторы, потенцирующие развитие ПТСР

Этнокультуральные.

Осмысление **проблемы жизни и смерти**, тяжести греха и степени выраженности наказания и другие **экзистенциальные вопросы** играют ведущую роль в восприятии стрессовой ситуации.

Ситуация после завершения психотравмирующего эпизода.

Социальное пренебрежение или отторжение и непризнание заслуг.

Юрьева Л.Н., 2002

Диагностические критерии ПТСР (МКБ-10)

- Психотравмирующее событие.
- Начало расстройства после латентного периода, следующего за психотравмой (от 3 до 6 месяцев, но иногда и позже).
- Вспышки воспоминаний ("flashbacks"), повторяющие психотравмирующие события.
- Актуализация психотравмы в воспоминаниях и кошмарных сновидениях.

Диагностические критерии ПТСР (МКБ-10)

- Злоупотребление алкоголем и наркотиками, особенно для снятия остроты болезненных переживаний, воспоминаний или чувств.
- Депрессия, суицидальные мысли или попытки.
- Острые приступы страха и паники.
- Вегетативные нарушения и неспецифические соматические жалобы.

Диагностические критерии ПТСР (МКБ-10)

- Социальное избегание, дистанцирование и отчуждение от других, включая близких родственников.
- Изменение поведения, эксплозивные вспышки, раздражительность или склонность к агрессии. Возможно антисоциальное поведение или противоправные действия.

Клинические варианты ПТСР

- Тревожный.
- Астенический.
- Дисфорический.
- Ипохондрический.
- Соматоформный.
- Смешанный.

*Волошин П.В., Марута Н.А.,
Шестопалова Л.Ф. и др., 2014*

Астенический вариант ПТСР

В практике семейного врача преобладают пациенты со следующими синдромами:

- Астеноневротическим;
- Астенодепрессивным;
- обсессивно-фобическим;
- истеро-ипохондрическим;
- астеноипохондрическим.

Они возникают спустя 3-6 месяцев после психотравмирующего события.

Клинические проявления астенического варианта при ПТСР

Доминируют жалобы на выраженную физическую и психическую утомляемость, головную боль, раздражительную слабость, диссомнию (расстройства засыпания, глубины и длительности ночного сна), болевой синдром различной локализации. Выражены сердцебиение и боли в области сердца, метеозависимость.

Часто астения сочетается с депрессивным и ипохондрическим синдромами.

Клинические проявления ипохондрического варианта ПТСР

Преобладают жалобы на парестезии, неприятные ощущения в разных участках тела, сопровождающиеся тревогой и страхом, головные боли и ночные кошмары, связанные с пережитой психотравмирующей ситуацией.

Пациенты **фиксированы на проблемах с собственным здоровьем**, постоянно обследуются и требуют новых назначений. Среди вегетативных проявлений чаще всего встречаются головокружение, сердцебиение, повышенная потливость и колебания артериального давления.

Соматоформный вариант ПТСР

Около 20% пациентов с ПТСР имеют соматоформный вариант расстройства.

На фоне осевых симптомов ПТСР преобладают выраженные соматоформные расстройства с преимущественной локализацией неприятных телесных ощущений в области сердца (54%), желудочно-кишечного тракта (36%) и головы (20%).

Эти расстройства сочетаются с психовегетативными пароксизмами и возникают у пациентов спустя 6 месяцев после психотравмирующего события.

Типология течения ПТСР

- **Прогредиентный тип:** утяжеление и усложнение симптоматики, ее хронификация. Резистентность к терапии. Возможна трансформация в другие нозологические формы и формирование хронических изменений личности.
- **Стабильный тип:** клинические проявления ПТСР относительно стабильны, возможны волнообразные колебания основной клинической симптоматики.
- **Регредиентный тип:** снижение интенсивности и частоты проявления клинической симптоматики.

Волошин П.В., Марута Н.А., Шестопалова Л.Ф. и др., 2014

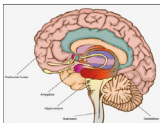
Прогредиентный тип ПТСР, соматоформный вариант

- При отсутствии своевременной комплексной терапии у части пациентов с ПТСР **развиваются психосоматические расстройства**: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и другие.
- У части пациентов выявляются признаки **психоорганического синдрома** с преобладающими мнестическими расстройствами или когнитивным дефицитом.
- Хронические изменения личности.

Клинические признаки когнитивных нарушений

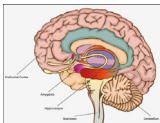
Пациенты жалуются на *снижение умственных способностей, ухудшение памяти, снижение концентрации внимания*, трудности при решении проблем и при принятии решений, ухудшение ориентировки в окружающей обстановке, навязчивые образы и воспоминания.

Нарушение памяти проявляется *затруднением запоминания и удерживанием в памяти той или иной информации*, а также ее воспроизведения.



Морфологические особенности головного мозга при ПТСР

Аллостатическая перегрузка (т. е. **превышение порога адаптации**) при *хроническом стрессе* ведёт к атрофии и ремоделированию нейронов гиппокампа и префронтальной коры, которые вовлечены в механизмы *памяти, внимания и исполнительных функций*, а также к гипертрофии нейронов миндалевидного ядра, которое вовлечено в процессы *страха, тревоги и агрессии*.



Морфологические особенности головного мозга при ПТСР

При ПТСР наблюдается изменение объёма определённых структур мозга: уменьшение размеров гиппокампа, отдельных участков мозолистого тела и других областей мозга. *Выявлена корреляция с клиническими нарушениями памяти и эмоций*. Сообщается о связи между изменениями объёма гиппокампа и наблюдающимися нейроэндокринными нарушениями в организме.

Karl A. et al., 2006; Hamilton J. P. et al., 2008;
Winter H., Irle E., 2004; Weber M. et al., 2013.

Основные проявления и симптомы ПТСР

Соматические	Когнитивные/психические	Эмоциональные	Поведенческие
Озноб	Проблемы нарушения памяти	Ажитация	Злоупотребление алкоголем
Затрудненное дыхание	Снижение умственных способностей	Тревога	Антисоциальное поведение
Головокружение	Спутанность сознания	Повышенная настороженность	Изменение повседневной активности
Повышение АД	Чрезмерная настороженность	Избегание	Трудности в общении
Обморок	Ухудшение ориентации в окружающей обстановки	Депрессия	Изменение речевого поведения
Утомляемость	Навязчивые образы	Эмоциональный шок	Изменения сексуального поведения
Головные боли	Трудность с решением проблем	Страх	Эмоциональные вспышки
Тремор	Ночные кошмары	Состояние подавленности	Невозможность расслабиться
Тошнота	Нарушение абстрактного мышления	Чувство вины	Изменение аппетита
Обильное потоотделение	Снижение концентрации внимания	Неадекватные эмоциональные реакции	Подозрительность
Тахикардия	Трудность с принятием решений	Раздражительность	Социальная самоизоляция
Судороги	Обвинение других людей	Потеря контроля над эмоциями	Чрезмерное реагирование на стимулы

W. Alexander «Pharmacotherapy for Post-traumatic Stress Disorder in Combat Veterans», (2012; Vol. 37, № 1: 32-38)

Историческая динамика течения ПТСР

Через 10 лет среди участников боевых действий в Афганистане ПТСР имели 24%, отдельные признаки ПТСР - у 31% и только у 45% ветеранов симптомы ПТСР отсутствовали.

Полная социально-психологическая адаптация была выявлена только у 12% (!) ветеранов афганской войны, частичная – у 64%, дезадаптация – у 24% исследуемых.

Историческая динамика течения ПТСР

Через 20 лет после окончания Вьетнамской войны 15% ветеранов страдали классическим ПТСР и около 50% - имели частичные симптомы этого расстройства. С возрастом эти симптомы становятся все более отчетливыми.

Покончили жизнь самоубийством 58 тыс. ветеранов, т.е. столько же, сколько погибло во время самой войны. Алкоголизм увеличивает вероятность реализации суицидальной попытки в 2 раза.

Медико-социальные проблемы ветеранов

Зависимость от психоактивных веществ (алкоголь, наркотики):

- в первые годы после окончания войны в Афганистане среди ветеранов этой войны - 30-35%;
- у американских ветеранов войны во Вьетнаме – до 80%.

Агрессивность, легко возникающая у ветеранов при патологическом опьянения, увеличивает риск смертности у больных алкогольной зависимостью в 3,5 раза.

Динамика заболеваемости соматической патологией ветеранов

Уже **через 4-5 лет** после возвращения из Афганистана у ветеранов выявлялся высокий уровень заболеваемости соматической патологией:

- на одного ветерана **до 30 лет** приходилось **3** хронических соматических заболевания;
- от **31 до 45 лет** – **4** хронических соматических заболевания.

Соматическое неблагополучие явилось основой для **формирования психической дезадаптации и изменений личности.**

Соматические жалобы у ветеранов боевых действий

Структура жалоб (по Гиссенскому психосоматическому опроснику):

- сердечно-сосудистая система – 36%;
- нервное истощение- 24,6%;
- боли различной этиологии и локализации – 20,2%;
- проблемы с ЖКТ – 19,1%.

*Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А.,
Рапча О.М., 2015*

Суицидальное поведение при соматических заболеваниях

- Во время совершения суицидальной попытки **треть суицидентов** имела обострение соматического заболевания.
- **28%** лиц во время совершения суицидальной попытки находились **на больничном листе**.
- **45%** в течение 2 недель до совершения суицида были на приеме у **врача-интерниста**.

Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994

Современные технологии оценки суицидального риска

- Диагностическое интервью.
- Скрининг суицидального поведения.
- Скрининг депрессивных состояний.
- Оценка поведенческих и лингвистических маркеров суицидального поведения.
- Объективизация суицидального риска путем использования психометрических шкал.

Скрининг-тест для выявления суицидального поведения

Скрининговые вопросы		да	нет
Можно начать с выяснения точки зрения пациента на свою жизнь, удовлетворенность, которую он получает от жизни:			
1.	Чувствуете ли вы, что у вас есть будущее?		
2.	Бывает ли у вас такое чувство, будто жизнь не стоит того, чтобы за нее держаться?		
3.	Случалось ли вам когда-нибудь переживать совершенно беспросветное отчаяние и безнадежность?		
4.	Не бывает ли у вас ощущения, что лучше бы умереть и оставить все это?		
У пациента, который сказал, что жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать, следует спросить:			
6.	У вас когда-нибудь возникали мысли покончить с жизнью?		
7.	Имели ли вы в прошлом мысли о совершении суицида?		
8.	Совершали ли вы в прошлом суицидальную попытку?		

Скрининг-тест для выявления суицидального поведения

При положительных ответах следует продолжить вопросы для **оценки суицидального риска**:

- текущие мысли о суициде;
- планы или отношения пациента к суициду;
- предыдущие эпизоды суицидальных мыслей;
- альтернативы суициду или какими путями пациент избегал суицида (уход от опасной ситуации, призыв другого на помощь).

Экспресс - оценка риска суицида SAD PERSONS Scale

S	Пол	1 – мужской, 0 – женский
A	Возраст	1 – 19 лет и младше или 45 и старше
D	Депрессия	1 – имеется
P	Предыдущие суицидальные попытки	1 – имели место
E	Злоупотребление алкоголем	1 – имели место
R	Утрата рационального мышления	1 – если пациент психотик любой нозологии (шизофрения, аффективные расстройства, органическое поражение ЦНС)
S	Утрата социальной поддержки	1 – имеется утрата, особенно недавняя утрата значимой личности
O	Подготовка суицидального плана	1 – план имеется и метод летальный
N	Нет мужа (жены)	1 – разведен, вдовец, не женат или одиночка
S	Болезни	1 – особенно если хронические, тяжелые, инвалидизирующие

Руководство к действиям в соответствии со шкалой SAD PERSONS Scale

Баллы	Предполагаемые клинические действия
0 – 2	Отправить домой без последующего клинического наблюдения
3 – 4	Тесное наблюдение; консультация психиатра, рассмотрение вопроса госпитализации
5 – 6	Необходимость госпитализации, Осуществление постоянного наблюдения
7 – 10	Госпитализация (при необходимости – недобровольная)

Національні протоколи по терапії ПТСР

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони

здоров'я України

23.02.2016 № 121

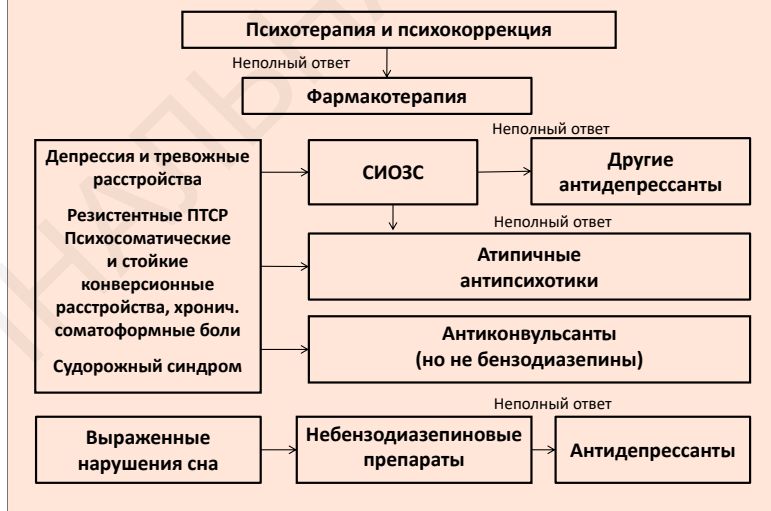
Уніфікований клінічний протокол первинної,
вторинної (спеціалізованої) та третинної
(високоспеціалізованої) медичної допомоги

«Реакція на важкий стрес та розлади адаптації.

Посттравматичний стресовий розлад»

Дата перегляду протоколу – січень 2019 року.

Алгоритм лечения ПТСР



Дифференцированная терапия ПТСР

- С учетом клинической типологии.
- Типологии течения расстройства.
- Степени выраженности ПТСР (легкая, средняя, тяжелая).

Требования к психотропным средствам

- Широкий спектр психотропной активности: эффективное воздействие на расстройства невротического и депрессивного регистров.
- **Благоприятный спектр побочных эффектов** с минимальным негативным воздействием на соматические функции.
- **Хорошие соматотропные эффекты** (терапевтическое воздействие на сопутствующую соматическую патологию).
- Минимальная поведенческая токсичность (малая выраженность или отсутствие седативных эффектов).
- Низкий потенциал летальности.
- **Отсутствие зависимости** от препарата.

Потенциал летальности при передозировке антидепрессантами

Около 30% завершенных суицидов - результат передозировки лекарственных препаратов. Из них 14% – передозировка антидепрессантов (чаще всего амитриптилин).

Трициклические антидепрессанты (ТЦА) (амитриптилин): при передозировке (однократный прием 5 суточных доз) – летальные случаи.

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) не летальны, но при передозировке (однократный прием 30 суточных доз) возникают серьезные побочные эффекты.

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) менее опасны, чем ТЦА, но также имеют потенциал летальности.

Влияние антидепрессантов на сексуальную сферу

- ТЦА (амитриптилин и др.) – эректильная дисфункция.
- СИОЗС, венлафаксин и ингибиторы МАО – задержка оргазма или аноргазмия у мужчин и женщин. Возможно снижение либидо.
- Тразодон – приапизм у мужчин (редко).
- Бупропион, нефазодон, миртазапин, ребоксетин реже, чем другие антидепрессанты вызывают сексуальные дисфункции.

Влияние антидепрессантов на порог судорожной готовности

- **ТЦА и бупропион** – снижают порог судорожной готовности.
- **Мапротилин** – высокий риск судорожного синдрома.
- **Амоксапин** – имеет нейролептический эффект с акатизией.

Ятрогенная зависимость от антидепрессантов

- **Зависимость от паксила.** У зависимых от психоактивных веществ назначать короткими курсами.
- **Синдром коаксильной зависимости (тианептин).** В 2011 году был отнесен к наркотическим препаратам (розовый рецепт).

*Наркология. Национальное руководство.
Под ред. И.К.Сосина, 2014.*

Ятрогенная зависимость

Зависимость от снотворных и седативных препаратов зопиклонового, бензодиазепинового, залеплюнового, антигистаминного и бензоксазинового рядов (сонат, гдазепам, анданте, димедрол, стрезам и др.). Не более 10 дней!

Зависимость от прегабалина

Нейропатическая боль. Часто его употребляют лица, зависимые от опиоидов, с целью купирования алгического компонента абстинентного синдрома или для усиления наркотического эффекта опиатов. Короткими курсами!

Зависимость от ненаркотических анальгетиков

(стадол, налбуфин, кетонал, триган, сиган и др.).

Наркология. Национальное руководство.

Под ред. И.К.Сосина, 2014

Ятрогенная зависимость

Зависимость от кодеинсодержащих препаратов (кодтерпин, кодесан, кофекс, терпинкод и др.).

Зависимость от лекарственного препарата спазмолекс.

Зависимость от баклофена. 3-5 таблеток обеспечивают «эмоциональный заряд» на несколько часов, возникновение желанных необычных ощущений, повышение собственных психических кондиций на несколько часов.

Наркология. Национальное руководство.

Под ред. И.К.Сосина, 2014

Алгоритм оказания медицинской помощи больным с ПТСР в практике семейного врача

- Выявление проблем с психическим здоровьем.
- Скрининг для выявления ПТСР и суицидального поведения.
- Выявление соматических симптомов, которые **не укладываются в структуру основного заболевания и не подтверждаются данными объективных исследований.**
- Выявление и диагностирование психопатологического синдрома (клинического варианта ПТСР).
- Психообразование, психокоррекция.
- **Получение согласия пациента на лечение в письменном виде на основании предоставления полной информации о психическом расстройстве.**
- При необходимости назначение терапии антидепрессантами первого ряда.
- Предложение пациенту консультации врача-психиатра (при появлении суицидальных мыслей, неэффективности лечения, тяжелой депрессии).

ГЛАВА 1. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ.

1.1. Роль социальных факторов
в генезе кризисных состояний.

1.2. Роль личностного фактора
в генезе кризисных состояний.

ГЛАВА 2. КРИЗИСЫ ВОЗРАСТНЫХ ПЕРИОДОВ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА.

ГЛАВА 3. КРИЗИСНЫЕ СОСТОЯНИЯ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ.

3.1. Преодолевающее поведение.

3.2. Тревога и страх.

3.3. **Реакция на тяжелый стресс
и нарушения адаптации.**





Глава 8. Психолого-психиатрический эффект исторических событий.

8.1. Влияние исторических событий XX века на психическое здоровье их участников.

8.1.1. Первая мировая война и Октябрьская революция 1917 года.

8.1.2. Вторая мировая война.

8.1.3. Бомбардировки Хиросимы и Нагасаки.

8.1.4. Войны во Вьетнаме и Афганистане.

8.1.5. Авария на Чернобыльской АЭС.

8.1.6. Политические репрессии и преследования.

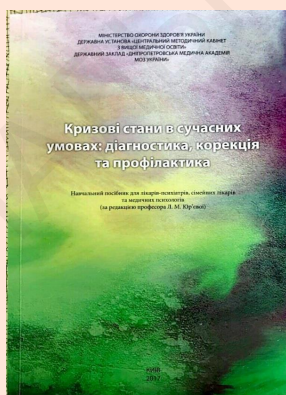
8.2. Посттравматическое стрессовое расстройство.

8.2.1. Факторы, потенцирующие риск развития ПТСР.

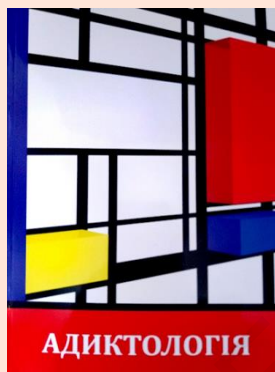
8.2.2. Диагностические критерии ПТСР.

8.2.3. Принципы терапии и коррекции ПТСР.

Научные издания кафедры психиатрии ФПО: 2017 год



Научные издания кафедры психиатрии
ФПО: 2018 год



www.aumf.net/behavioral-health/

2. Лікування посттравматичного стресового розладу сімейним лікарем

**«Лечение посттравматического
стрессового расстройства
семейным врачом»
(Приказ МЗ Украины
№ 121 от 23.02.2016 года).**

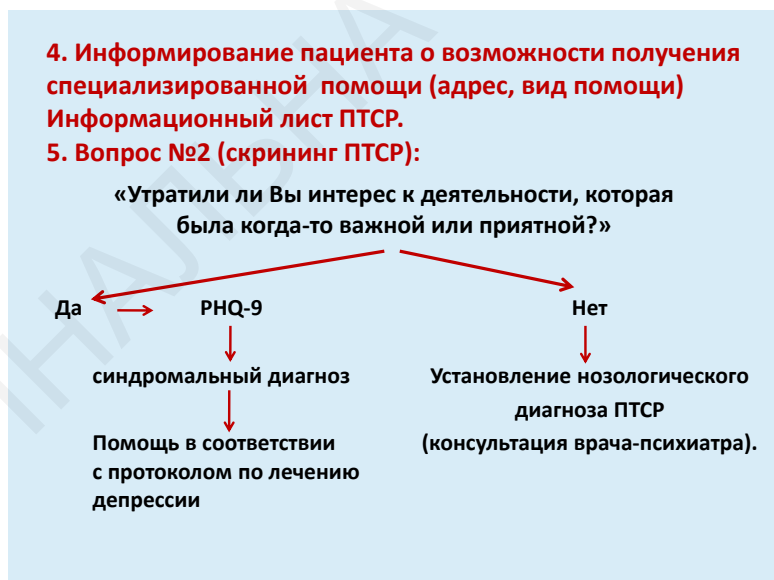
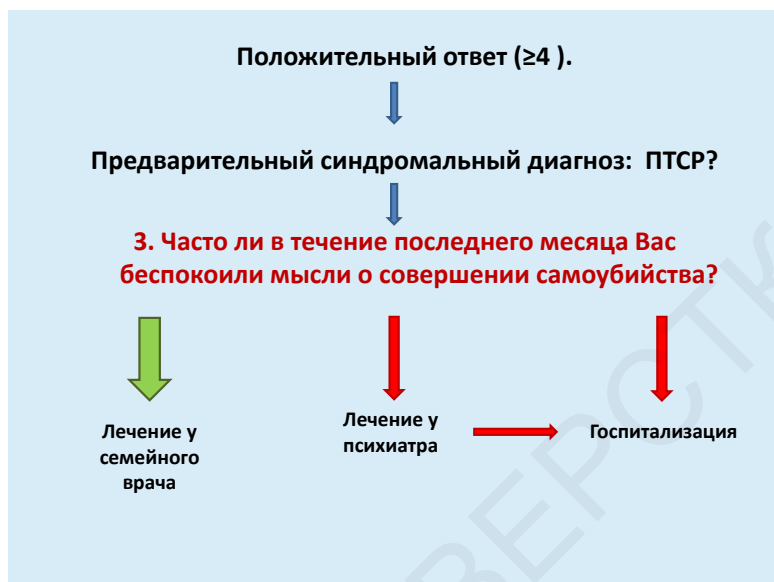
**ГУ «Днепропетровская
медицинская академия
МЗ Украины»
к.м.н. А.А. Дукельский**

Мероприятия по организации первичной медицинской помощи пациентам с ПТСР:

1. Активное выявление ПТСР среди пациентов группы риска (участники психотравмирующих событий, члены их семей):
 - препятствие к обращению: стигма, дискриминация;
 - жалобы: перепады настроения, озлобленность, проблемы в отношениях, плохой сон, сексуальные дисфункции, общесоматические жалобы, головные боли, гастроэнтерологические проблемы, проблемы с кожей;
 - при повторяющихся неконкретных жалобах на физическое здоровье: уточнение анамнеза – описать психотравмирующие события.

2. Вопросник для скрининга ПТСР у пациентов группы риска (Бреслау и др., 1999).

№ п\п	Вопросы	Вариант ответа
1.	Избегаете ли Вы напоминаний о травматическом событии путем избегания определенных мест, людей или деятельности?	Да
		Нет
2.	Утратили ли Вы интерес к деятельности, которая была когда-то важной или приятной?	Да
		Нет
3.	Стали ли Вы чувствовать себя более отдаленным или изолированным от других людей?	Да
		Нет
4.	Потеряли ли Вы способность испытывать чувство любви или привязанности к другим людям?	Да
		Нет
5.	Стали ли Вы думать, что нет никакого смысла строить планы на будущее?	Да
		Нет
6.	Возникли ли у вас проблемы с засыпанием или сном?	Да
7.	Стали ли Вы более нервным или раздражительным в связи с обычным шумом или движением?	Да
		Нет



Тест по диагностике депрессии PHQ-9

Анкета по оценке состояния здоровья PHQ-9 которая помогает в диагностике, а также количественно оценивает выраженность симптомов, позволяя судить об эффективности лечения. В каждой строке таблицы необходимо обвести цифру на пересечении с колонкой, которая отвечает частоте возникновения проблемы. В дальнейшем суммируют обведенные цифры и записывают ответ в соответствующее поле внизу таблицы.

Беспокоили ли вас следующие проблемы в течение последних двух недель		Не каждый день	Несколько дней	Более чем в половине дней	Почти каждый день	
1.	Отсутствие интереса к происходящим событиям?	0	1	2	3	
2.	Безразличие, подавленность?	0	1	2	3	
3.	Проблемы с засыпанием, бессонница, наоборот спали слишком много?	0	1	2	3	
4.	Чувство усталости или упадок сил?	0	1	2	3	
5.	Отсутствие аппетита или переедание?	0	1	2	3	
6.	Чувствуете себя неудачником, вините за то, что тяготите свою семью?	0	1	2	3	
7.	Трудно сосредоточиться на чтении или просмотре телевизора?	0	1	2	3	
8.	Двигаетесь или говорите необыкновенно медленно (заторможенность), или наоборот, возбуждены, двигаетесь больше, чем обычно?	0	1	2	3	
9.	Мысли о самоубийстве, или причинении себе вреда?	0	1	2	3	
Общая оценка по шкале PHQ-9						
Общая оценка, баллы		1-4	5-9	10-14	15-19	20-27
Выраженность депрессии		Нет депрессии	Мягкая депрессия	Умеренная депрессия	Умеренно-тяжелая депрессия	Тяжелая депрессия

Оценка тяжести депрессивного расстройства

Общий балл по PHQ-9	Тяжесть депрессии	Рекомендации по терапии
0-4	Депрессия отсутствует	Не требуется
5-9	Легкая депрессия	Наблюдение, повторить оценку по PHQ-9 на следующем визите
10-14	Умеренная депрессия	Пристальное наблюдение, регулярные повторные визиты и/или назначение антидепрессанта
15-19	Умеренно тяжелая депрессия	Активное лечение антидепрессантом и/или психотерапией
20-27	Тяжелая депрессия	Немедленное назначение антидепрессанта. В случае тяжелого нарушения функционирования или отсутствия ответа на терапию следует привлечь психиатра для проведения психотерапии и/или совместного ведения такого пациента

6. Если у пациента с ПТСР и депрессией:

- Риск суицида,
- угроза насилия по отношению к окружающим



Специализированный стационар неотложно!

Показания для направления на консультацию к врачу-психиатру/на госпитализацию в УЗ, которые оказывают вторичную (специализированную) та третичную (высокоспециализированную) медицинскую помощь.

Клиническая ситуация	Консультация /Госпитализация
Высокий риск суицида, самообвинения	Консультация / Госпитализация
Наличие психотических симптомов и острого возбуждения	Консультация / Госпитализация
Биполярное расстройство, злоупотребление ПАВ	Консультация
Тяжелая депрессия (выраженная дезадаптация в связи с ДР)	Консультация
Отсутствие эффекта лечения пациентов с легкой и умеренной депрессией в течение 4-6 недель	Консультация
Повторный эпизод в течение года	Консультация
Ухудшение соматического состояния в следствие терапии, которая проводится	Консультация
Беременность	Консультация
Пожелание пациента	Консультация

7. Лечение

- Профессиональная, семейная и социальная реабилитации.
- Программы немедикаментозной коррекции (психологической, социальной и физической реабилитации).
- Информационный лист «ПТСР».

Немедикаментозное лечение

- Информационная и эмоциональная поддержка.
- Общегигиенические мероприятия (режим дня, здорового питания, сна, регулярной физической активности, избегание употребления алкоголя).
- Приверженность лечению.
- Психотерапия (терапия решения проблем (где, когда, кто?), когнитивно-поведенческая психотерапия).
- Семейный врач – обучение релаксации, антистрессовое дыхание – снять симптомы возбуждения и тревоги.

Фармакотерапия

Не обязательно в первую очередь!

Показания для назначения АД пациентам с ПТСР семейным врачом:

- пациент не хочет принимать участие в психотерапии и психокоррекции, сфокусированных на травме;
- недостаточно стабильный для начала психотерапевтического лечения, склонность к суицидальному поведению;
- отрицательный опыт от психотерапии, сконцентрированной на травме;
- ощущает много психопатологических симптомов, которые могут усиливаться во время психотерапии, сфокусированной на травме.

Антидепрессанты группы СИОЗС (I линия)

1. Способность купировать симптомы всех 3 кластеров ПТСР.
2. Эффективно воздействовать на коморбидные психические нарушения (депрессия, тревога, астения, нарушения сна).
3. Соотношение пользы и риска данной терапии (побочные эффекты, низкий риск возникновения зависимости).

- I линия - СИОЗС, индивидуальный подбор (характер симптомов, пожелания пациента и стоимость препаратов).
- Психотерапевтическое сопровождение (отсутствие зависимости, отсроченный эффект, длительность, режим лечения).

Перечень антидепрессантов

Препараты I линии лечения	Препараты II линии лечения
Агомелатин	Амитриптилин, Кломипрамин и др.
Бупропион	Кветиапин
Циталопрам	Селегилин
Дулоксетин	Тразодон
Эсциталопрам	
Флуоксетин	
Флувоксамин	
Миансерин	
Миртазапин	
Пароксетин	
Сертралин	
Тианептин	
Венлафаксин	

УКППП 2014

**Частота сексуальных дисфункций,
вызванных приемом антидепрессантов
I линии лечения**

Частота сексуальных дисфункций	Антидепрессант
<10%	Агомелатин
	Бупропион
	Миртазапин
	Селегилин
10-30%	Циталопрам
	Дулоксетин
	Эсциталопрам
	Венлафаксин
> 30%	Флуоксетин
	Флувоксамин
	Пароксетин
	Сертралин

- Длительность ≥ 6 месяцев.
- Тахикардия, мышечный тремор
«соматическая тревога»
 β -адреноблокатор пропранолол
(20-40 мг три раза в сутки),
прегабалин (лирика, неогабин).
- Фармакотерапия сопутствующих
заболеваний.

8. Мониторинг эффективности и коррекция лечения (антидепрессивная терапия)

- Контрольный осмотр через 2 недели после назначения АД, затем через 2-4 недели первые 3 месяца.
- Пациентам, моложе 30-ти лет, через 1 неделю после назначения АД (риск суицида).
- Телефонный контакт. Приверженность лечению, поддержка мотивации, дача рекомендаций.
- Отмена АД по окончании курса (уменьшение дозы в течение месяца или в течение более длительного срока, «синдром отмены»).

Бензодиазепины

- Относительно противопоказаны участникам боевых действий с ПТСР:
 - 1) могут усиливать реакцию страха;
 - 2) ухудшают восстановление после психотравмы;
 - 3) развитие толерантности, зависимости, реакции «отмены» при прекращении приема (алкогольная зависимость и попытки употребления психоактивных веществ).
- II линия (при проблемах со сном, возбуждении).

- Успешность терапии боевого ПТСР ниже, чем лечение стрессовых состояний мирного времени.
- Причины:
 - 1) тяжелое и длительное течение боевого ПТСР;
 - 2) многочисленные коморбидные состояния (депрессия, аддиктивная патология).
- Необходимость:
 - 1) более высокие дозы АД;
 - 2) длительная терапия.

3. Депресії в практиці сімейного лікаря

ГУ «ДНЕПРОПЕТРОВСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ МЗ УКРАИНЫ»

профессор, доктор медицинских наук,
заведующая кафедрой психиатрии ФПО
Юрьева Людмила Николаевна

**Депрессии в практике
семейного врача**

Депрессия является одной из важнейших причин утраты трудоспособности, в том числе стойкой, и сопровождается **фатальными последствиями в виде суицидов.**

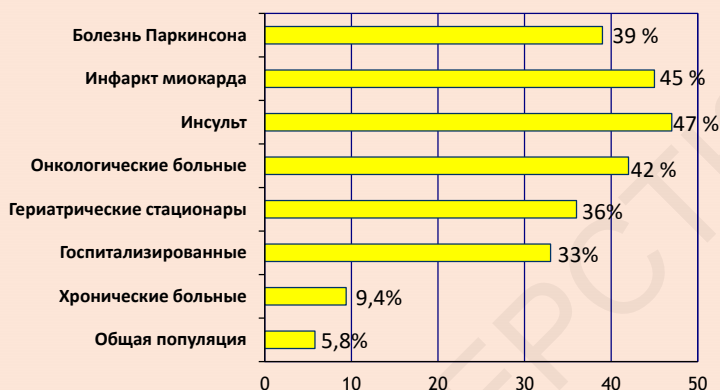
ВОЗ, 2001

Депрессия – ведущая причина нетрудоспособности к 2020 г.

2000 ¹	2020 (прогноз) ²
Инфекции нижних дыхательных путей	Ишемическая болезнь сердца
Перинатальная патология	Униполярные депрессивные расстройства
ВИЧ/СПИД	Дорожные аварии
Униполярные депрессивные расстройства	Цереброваскулярная патология
Кишечные инфекции	Хронические обструктивные заболевания легких

1. WHO. *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*; 2001.
2. Murray CJL, Lopez AD. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*; 1996.

Распространенность депрессии в различных группах пациентов



WPA Education guide

Депрессии в общесоматической сети

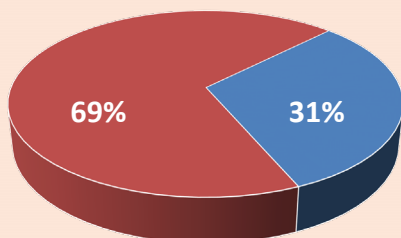
- **80%** депрессивных больных лечатся в общесоматической сети и только **5 %** у психиатров (Madianos M.S., Stefanis C.N., 1999).
- Типичные случаи депрессии – **10%**.
- **90%** - стертые, атипичные, «маскированные» депрессии.

Причины гиподиагностики депрессии:

- соматизация симптомов депрессии;
- стигматизация психиатрического диагноза.

Большинство пациентов с депрессией предъявляют только соматические жалобы

N = 1146 Пациентов
первичной сети с депрессией



69% пациентов
предъявляют жалобы
только соматического
характера

31% — другие
симптомы

Simon GE, et al., 1999

10 самых частых жалоб на приеме у врача общей практики

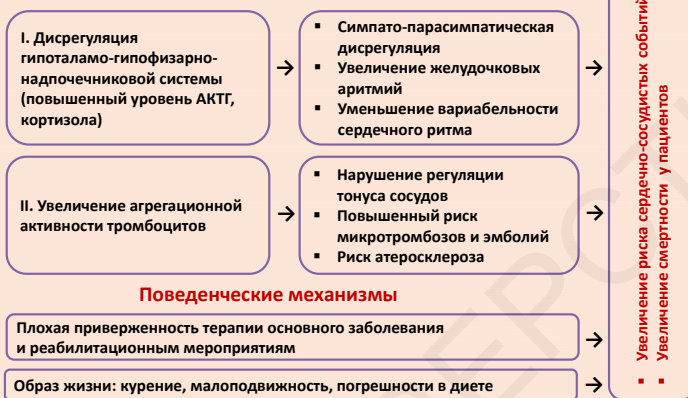
Только в **15%** случаев была диагностирована
соматическая патология

Боль в груди	Боль в спине
Усталость	Одышка
Головокружение	Нарушенный сон
Головная боль	Боль в животе
Вздутие живота	Онемение/нарушение чувствительности конечностей

Kroenke & Mangelderff, 1989

Патогенетические механизмы влияния депрессии на соматическое состояние

Биологические механизмы



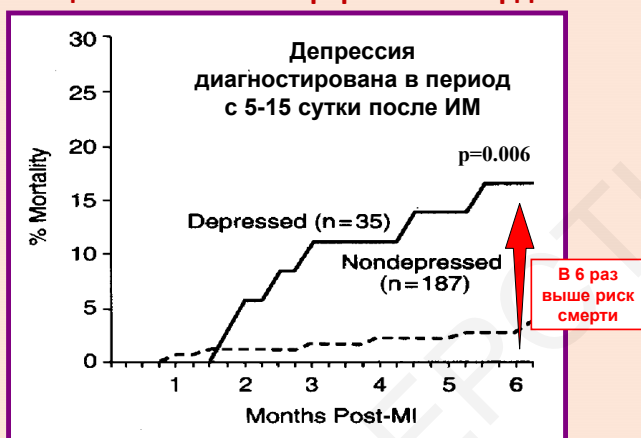
Влияние депрессии на прогноз у пациентов после инфаркта миокарда

Депрессия в острый период инфаркта миокарда – такой же независимый **предиктор смерти** в течение 6 месяцев, как:

- дисфункция левого желудочка (фракция выброса < 35%);
- предшествующий инфаркт миокарда.

Depression following myocardial infarction, Frasure-Smith N., JAMA, 1993-Vol.270,#15

Депрессия достоверно увеличивает смертность пациентов после инфаркта миокарда



Depression following myocardial infarction, Frasure-Smith N., JAMA, 1993-Vol.270, #15

Депрессия и диабет – смертельная комбинация

- 78 282 участников исследования.
- 6 лет наблюдения.
- Цель: оценить влияние депрессии и диабета на показатели смертности.
- Оценка: общей и сердечно-сосудистой смертности.

Риск смертности	Только депрессия	Только диабет	Депрессия + диабет
Общая	↑ На 76%	↑ На 71%	↑ В 3 раза
Сердечно-сосудистая	↑ На 81%	↑ В 2,7 раза	↑ В 5 раз

Arch Gen Psychiatry. 2011;68:42-50.

Постинсультная депрессия достоверно увеличивает риск смерти

Оценка эмоционального статуса проводилась через 2 месяца после инсульта

	Без депрессии	Легкая депрессия	Депрессия средней степени тяжести и тяжелая
Уровень смертности в течение 15 месяцев после инсульта	2%	10%	23%

depression, Introversion and mortality following stroke, Austr NZ J Psychiatry 1993, Vol.27, Issue 3, 443-449.

Этиология депрессий

- Нейробиологические и биохимические факторы.
- Психосоциальные факторы.
- Генетические факторы:
риск возникновения депрессии при отягощенной наследственности =10-15 % (среди населения не превышает 1-2%).

Диагностика депрессии

Диагностические критерии депрессии (МКБ -10)

Основные симптомы:

- сниженное, подавленное настроение;
- потеря интереса и чувства удовольствия;
- повышенная утомляемость, потеря энергии и снижение активности.

Диагностические критерии депрессии (МКБ -10)

Дополнительные симптомы:

- снижение самооценки и неуверенность в себе;
- трудности концентрации и внимания;
- идеи вины и неполноценности;
- ажитация или заторможенность;
- нарушение сна;
- потеря аппетита;
- суицидальные мысли и попытки.

**Депрессия = минимум 2 основных +
минимум 2 дополнительных симптома
в течение минимум 2 последних недель**

Клинические варианты «маскированных депрессий»

«Маски» в форме нарушения биологического ритма:

- бессонница;
- гиперсомния.

«Маски» в форме вегетативных, соматизированных и эндокринных расстройств:

- синдром вегетососудистой дистонии, головокружение;
- функциональные нарушения внутренних органов (синдром гипervентиляции, кардионевроз, синдром раздраженной толстой кишки и др.);
- нейродермит, кожный зуд;
- анорексия, булимия;
- импотенция, нарушение менструального цикла.

А.Б.Смулевич, 2003

Клинические варианты «маскированных депрессий»

«Маски» в форме алгий:

- цефалгии;
- кардиалгии;
- абдоминалгии;
- фибромиалгии;
- невралгии (тройничного, лицевого нервов, межреберная невралгия, пояснично-крестцовый радикулит);
- спондилоалгии;
- псевдоревматические артралгии.

А.Б.Смулевич, 2003

Депрессия представляет собой клинически неоднородное расстройство



1. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013;
2. Marazziti D, et al. *Eur J Pharmacol*. 2010;626(1):83-86.
3. Hammar A, Ardal G. *Front Hum Neurosci*. 2009;3:26.

Проблема диагностики депрессии в пожилом возрасте

Депрессия – наиболее распространенное психическое расстройство у лиц пожилого возраста

По данным ВОЗ депрессивные симптомы имеют место у 40% пациентов пожилого возраста, обратившихся к врачу в связи с различными заболеваниями.

Женщины страдают депрессией в два раза чаще чем мужчины, причем у женщин она наиболее часто развивается в возрасте 50 — 60 лет, у мужчин в 55 — 65 лет.

Влияние депрессии на течение заболеваний

- Депрессия осложняет процесс реабилитации и ухудшает результаты лечения.
- Ухудшается прогноз и течение соматического заболевания.
- Депрессия – фактор риска развития деменции.
- Повышен риск смертности в том числе и в результате суицида.
- Среди суицидентов пожилого и старческого возраста почти половина имели инвалидность по соматическому или неврологическому заболеванию.
- Удельный вес суицидентов, достигших 60 лет в 17 раз больше, чем суицидентов 25-30 лет.

Инструменты диагностики депрессии у пожилых

Гериатрическая шкала депрессии

4 наиболее чувствительных вопроса:

- Вы, в основном, удовлетворены своей жизнью?
- Вы чувствуете, что Ваша жизнь пуста?
- Вы боитесь, что должно произойти что-то плохое?
- Вы чувствуете себя счастливо большую часть времени?

2 и более «нет» указывает на возможную депрессию.

Почему возникает проблема диагностики депрессии в пожилом возрасте?

- Клинические особенности депрессии в пожилом возрасте.
- Побочные эффекты препаратов, имитирующие депрессию.
- Дифференциация симптомов соматических заболеваний от симптомов депрессии.

Клинические особенности депрессии в пожилом возрасте

- Депрессивные симптомы часто воспринимаются как признаки «нормального старения».
- Пожилые реже жалуются на плохое настроение и печаль, чаще - на плохое физическое состояние, бессонницу, ухудшение памяти, нарушение аппетита.
- Часто выражена тревога, тоска, страх, ипохондрические и тревожно-бредовые синдромы.
- Аффективные изменения с апатией, вялостью, недовольством, раздражительностью, ворчливостью, чувством незаслуженной обиды.

Unutzer J. NEJM. 2007

Клинические особенности депрессии в пожилом возрасте

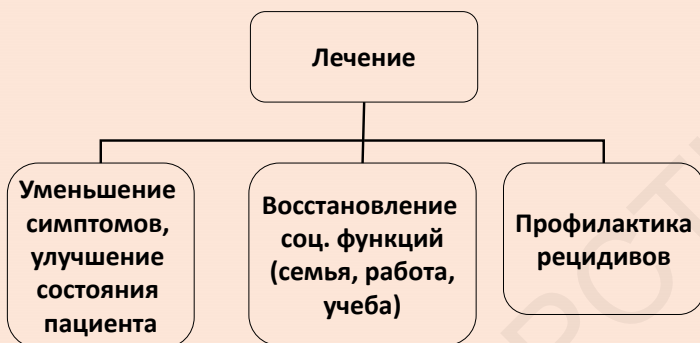
- Преобладание признаков **астенической депрессии** с гиперестезией, раздражительной слабостью, повышенной истощаемостью, слезливостью, слабодушием.
- **Нарушение сна:** преобладает прерывистый ночной сон и раннее пробуждение с плохим самочувствием по утрам.
- **Наблюдается когнитивные нарушения:** слабость концентрации внимания с рассеянностью, забывчивость, неспособностью сосредоточиться.

Клинические особенности депрессии в пожилом возрасте

- **Выражены вегетативные симптомы:**
шум и звон в ушах, головные боли,
головокружения.
- Степень выраженности депрессии коррелирует
с соматическим состоянием пациента и степенью
нарушения деятельности в повседневной жизни.
- **Пожилые мужчины с депрессией имеют наивысший
риск заверщенного суицида!**

Терапия депрессии

Цели терапии депрессивных расстройств



Национальные протоколы по терапии депрессии

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
від 25 грудня 2014 року № 1003

УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ, ВТОРІННОЇ
(СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) ТА ТРЕТІННОЇ (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ)
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ДЕПРЕСІЯ

(ЛЕГКИЙ, ПОМІРНИЙ, ТЯЖКИЙ ДЕПРЕСИВНІ ЕПІЗОДИ
БЕЗ СОМАТИЧНОГО СИНДРОМУ АБО
З СОМАТИЧНИМ СИНДРОМОМ,
РЕКУРЕНТНИЙ ДЕПРЕСИВНИЙ РОЗЛАД, ДИСТИМІЯ)

www.dec.gov.ua/mtd/_depresiya.html

Терапия депрессий

- Фармакотерапия.
- Психотерапия.
- Психокоррекция.
- Психообразовательные программы для пациентов и их родственников.

Основные принципы терапии депрессии в общей практике

- Отдавать предпочтение антидепрессантам последнего поколения с доказанным профилем безопасности.
- Соблюдать рекомендованные терапевтические дозы антидепрессантов.
- Учитывать отсроченность антидепрессивного эффекта: клинически значимым он становится к концу 2 недели терапии.
- Соблюдать продолжительность курса терапии – не менее 6 месяцев.

Классификация современных антидепрессантов

- Трициклические (амитриптилин, доксепин, кломипрамин, имипрамин, нортриптилин).
- Тетрациклические (амоксапин, мапротилин).
- Ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО).
- Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин, пароксетин, флувоксамин, циталопрам, эсциталопрам).
- Селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина (ребоксетин).

Классификация современных антидепрессантов

- Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (венлафаксин, милнаципран, бупропион, дулоксетин).
- Антидепрессанты со смешанным механизмом действия (миртазапин, миансерин).
- Мелатонинергический антидепрессант (агомелатин).
- Новый класс антидепрессантов мультимодального действия – вортиоксетин.

Клинические особенности вортиоксетина

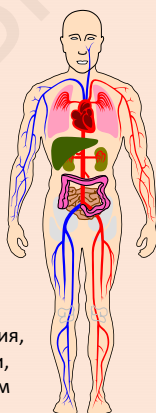
- Коррекция когнитивных нарушений, которые диагностируются у 30% - 50% пациентов в состоянии частичной или полной ремиссии.
- Не влияет на изменение АД, частоту сердечных сокращений и параметры ЭКГ (в т.ч. QT, QTc, PR, интервалы QRS).
- Не провоцирует нарушения сна.
- Отсутствие значимого влияния на массу тела.
- Минимальное влияние на сексуальную функцию.
- Не выражен синдром отмены.

Побочные эффекты трициклических антидепрессантов

Метаболические
изменения массы тела

Кардиальные
ортостатические явления,
гипертензия, сердечные
блокады

Урогенитальные
Эректильная дисфункция,
нарушения эякуляции,
аноргазмия, приапизм



ЦНС

головокружение, нарушения
памяти, седативный эффект,
сонливость, нервозность,
бессонница, головная боль,
тремор

ЖКТ

тошнота, запор,
рвота, диспепсия,
диарея

Вегетативная НС

сухость во рту, ретенция мочи,
запоры, затуманивание
зрения, потливость

Потенциальные опасности амитриптилина

На **35%** увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений, даже у тех пациентов, которые не имели сердечно-сосудистой патологии на момент назначения трициклических антидепрессантов (ТЦА).

*Mark Hamer, Eur Heart J. Published online
December 1, 2010*

Потенциальные опасности антидепрессантов

ТЦА (амитриптилин) + ? =

- + Блокаторы Са каналов = нарушение проводимости миокарда: AV блокада.
- + Сердечные гликозиды = снижение насосной функции сердца.
- + Нитраты = снижение антиангиального эффекта.
- + Пропранолол = гипертонический криз + прогрессирование ХСН.

Потенциальные опасности антидепрессантов

- Антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики + ингибиторы АПФ = гипотензия, ортостатический коллапс.
- Транквилизаторы + непрямые антикоагулянты = снижение активности непрямых антикоагулянтов.
- СИОЗС (эсциталопрам, сертралин, флуоксетин) + непрямые антикоагулянты = усиление кровоточивости.

Синдромы отмены антидепрессантов

F — от «flu-like» — гриппоподобные симптомы.

I — инсомния.

N — от «nausea» — тошнота.

I — от «imbalance» — нарушение равновесия.

S — сенсорные симптомы.

H — от «hyperarousal» — повышенная возбудимость, что отражает аффективные нарушения.

Симптоматика, ассоциированная с прекращением приема антидепрессантов (СИОЗС и СИОЗСН)



Когда появляются и сколько длятся симптомы отмены?

Обычно они появляются на протяжении первой недели после прекращения приема антидепрессанта (по данным исследований, в среднем на второй день).

Спонтанное разрешение наступает в разные сроки — **от 1 дня до 3 недель**. В среднем пациенты продолжают испытывать симптомы в течение **10 дней**.

Критерии симптоматики прекращения приема антидепрессантов (СПП АД)

Критерий А:

прекращение приема или снижение дозировки препарата группы СИОЗС, принимаемого непрерывно в течение **не менее 4 недель**.

Критерий Б:

наличие **2 или более** из перечисленных симптомов, развивающихся **в течение от 1 до 10 дней**, в соответствии с временными рамками, указанными в критерии А.

**Адаптировано из P.Haddad, 1998; K.Black и соавт., 2000*

Симптомы СПП АД

- Головокружение.
- Тошнота и/или рвота.
- Головная боль.
- Тревога и/или ажитация.
- Парестезии (покалывание, онемение или ощущение «электрических разрядов») на коже головы и конечностей.
- Тремор.
- Повышенное потоотделение.
- Инсомния.
- Раздражительность.
- Диарея.

Критерии СПП АД

- **Критерий В:**

симптомы, указанные в критерии Б, вызывают значительный дистресс и нарушения в социальной, профессиональной и других областях деятельности.

- **Критерий Г:**

эти симптомы не вызваны общемедицинским состоянием или непосредственными физиологическими эффектами других веществ, которые в течение недавнего времени стали применяться, или их применение было прекращено, или изменилось дозирование.

Критерии СПП АД

- **Критерий Д:**

настоящее расстройство не может быть объяснено в рамках обострения, ухудшения или рецидива психического расстройства, по поводу которого был назначен препарат группы СИОЗС.

Чем обусловлен риск возникновения симптоматики, ассоциированной с прекращением приема антидепрессантов?

Чем короче период полувыведения препарата ($T_{1/2}$), тем выше вероятность появления симптомов отмены.

- У **флуоксетина** $T_{1/2}$ от **144 до 360 часов**, поэтому для данного представителя СИОЗС зафиксирован **самый низкий риск** развития синдрома отмены.
- $T_{1/2}$ **сертралина** составляет **22-36 ч**. $T_{1/2}$ основного **метаболита** сертралина (N-десметилсертралина) варьирует в пределах **62-104 ч**.
- У **пароксетина** средний период полувыведения – **21-24 часа**. **Риск** возникновения синдрома отмены, особенно при резком прекращении приема терапевтической дозы, **высок**.
- Особенно трудно отменить **венлафаксин** ($T_{1/2}$ – 4 часа).

Сердечно-сосудистые препараты, обладающие депрессогенными свойствами

Антиаритмические препараты:

- сердечные гликозиды : дигитоксин, дигоксин;
- мембраностабилизирующие средства: прокаинамид.

Блокаторы кальциевых каналов:

- верапамил, нифедипин.

Препараты, стимулирующие центральные α_2 -адренорецепторы:

- клонидин;
- метилдопа;
- β -адреноблокаторы;
- пропранолол;
- гуанетидин.

Сердечно-сосудистые препараты, обладающие депрессогенными свойствами

Симпатолитики:

- препараты раувольфии;
- препараты с миотропным действием;
- гидралазин.

Мочегонные препараты:

- сульфонамиды.

Смулевич А.Б., 2003; Turjanski N., Lloyd G.G., 2005

Неврологические препараты

Противосудорожные:

- 1) частая седация;
- 2) возможны депрессия, замедление мышления:

- фенитоин;
- фенобарбитал;
- топирамат;
- карбамазепин;
- габапентин.

Карбидопа/Леводопа.

Кортикостероиды

Колебания настроения могут быть ассоциированы с разными фазами лечения:

- повышение настроения в начале лечения;
- депрессия при прекращении терапии;
- возможны галлюцинации (≥ 30 mg преднизолона).

50

Другие классы препаратов ассоциированные с депрессией

Анальгетики:

- кодеин;
- индометацин;
- оксикодон.

Антибиотики:

- амфотерицин В.

Антинеопластические препараты:

- интерферон;
- метотрексат;
- тамоксифен.

51

Проблема дифференциации симптомов соматического заболевания от симптомов депрессии

Перед началом лечения исключить различные заболевания

Анемия:

- снижение энергии;
- снижение мотивации.

Гипотиреозидизм:

- снижение энергии;
- изменение веса;
- нарушение сна.

Сахарный диабет:

- снижение энергии;
- потеря веса;
- нарушение сна.

Малигнизация:

- нарушение аппетита и снижение веса;
- подавленное настроение;
- ангедония.

Лабораторные исследования

- Клинический анализ крови (анемия).
- Электролиты и кальций (дегидратация, гипонатриемия).
- Тиреотропный гормон (ТТГ).
- Печеночный комплекс, амилаза (если есть подозрение на малигнизацию).

Особенности фармакотерапии депрессии у пожилых

Принципы фармакотерапии депрессии у пожилых

- Лечение комплексное с учетом особенностей клиники (тревога, астения, когнитивные нарушения) и сопутствующей патологии.
- Начинать с низких доз, наращивать медленно (с 1/2 дозы).
- Выбирать препараты, основываясь на профиле их побочных эффектов и фармакологическом анамнезе.
- Изменять препараты, если нет ответа в течение 4 недель.
- Полный ответ на терапию АД может проявиться через 8-12 недель.

Первый этап в лечении – обучение пациента и родственников

- Депрессия это заболевание, а не слабость характера, лень, признак старости.
- Рассказать о побочных эффектах антидепрессантов и подчеркнуть, что часто они уменьшаются в течении нескольких недель (профилактика самостоятельной отмены АД).
- Антидепрессанты начинают действовать через несколько недель.

Особенности ингибиторов обратного захвата серотонина

- Безопасность при передозировке, легкость в применении.
- **Побочные эффекты:** тошнота, головная боль, головокружение, тремор, бессонница, снижение либидо, потливость.
- **Медицинские проблемы у пожилых:**
 - 1) акатизия;
 - 2) синусовая брадикардия;
 - 3) повышенная ломкость костей;
 - 4) гипонатриемия;
 - 5) кровотечение из ЖКТ;
 - 6) падения, паркинсоноподобные проявления.

Особенности ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина

- Хорошая переносимость, легкость использования, безопасность при передозировке.
- **Побочные эффекты:** паркинсоноподобные, акатизия, анорексия, синусовая брадикардия, гипонатриемия, повышенная ломкость костей, диастолическая гипертензия, серотониновый синдром.

Трициклические антидепрессанты могут вызывать проблемы у пожилых

- Выражен антихолинергический эффект:
 - 1) сухость во рту;
 - 2) запор → кишечная непроходимость;
 - 3) задержка мочи;
 - 4) делирий.
- Постуральная гипотензия → падения.
- Замедление сердечной проводимости.
- Вызывают когнитивную дисфункцию или усиливают уже имеющиеся когнитивные нарушения.
- Летальность при передозировке.

Методы психотерапевтической коррекции

- Образовательные программы для пациентов и их родственников.
- Релаксационный тренинг.
- Когнитивно-поведенческий тренинг.
- Проблеморазрешающая терапия.
- Психологическая самопомощь.
- Арт-терапия.

Поддерживающая терапия АД уменьшает риск рецидива

Риск рецидива депрессивного эпизода:

- 50% при первом эпизоде;
 - 75% при втором эпизоде;
 - 90% при третьим эпизоде.
- После первого эпизода депрессии длительность поддерживающей терапии 8-12 месяцев.
 - После третьего – не менее 2-3 лет.
 - При последующих – долгосрочно.

Когда пациента следует проконсультировать у психиатра?

- Диагноз под сомнением.
- Риск суицида.
- Психотические симптомы.
- Неэффективны антидепрессанты первой линии терапии.
- Пациент плохо переносит лечение.

Выводы

- Депрессией страдает каждый 3-4 пациент на приеме у врача общей практики.
- Депрессия – значительно ухудшает прогноз у пациентов с соматической патологией.
- Депрессия часто не диагностируется и адекватно не лечится.

Пациенты группы риска

- Необычные соматические жалобы.
- Миграция симптомов из одной органной системы в другую.
- *Каждый раз на приеме пациент предъявляет разные жалобы, преимущественно связанные с болевыми или вегетативными ощущениями.*
- Несоответствие жалоб больного объективным данным (*данным лабораторных, инструментальных методов исследования, зонам периферической иннервации*).
- Низкая приверженность терапии.
- Отсутствие динамики после правильно назначенного лечения.

Алгоритм оказания медицинской помощи больным с депрессиями в соматической сети

- Скрининг для выявления депрессии и суицидального поведения.
- Выявление проблем с психическим здоровьем.
- Выявление соматических симптомов, которые не укладываются в структуру основного заболевания и не подтверждаются данными объективных исследований.
- Выявление и диагностирование психопатологического синдрома.
- Получение согласия пациента на лечение в письменном виде на основании предоставления полной информации о психическом расстройстве.
- Назначение терапии антидепрессантами первого ряда.
- Предложение пациенту консультации врача-психиатра (при появлении суицидальных мыслей, неэффективности лечения, тяжелой депрессии).

***«Чаще всего употребляемым
лекарством в медицинской
практике является сам врач».***

(М. Балинт)

Семейные врачи

- Около 40% - синдром выгорания.
- Высокий уровень тревоги и депрессии.
- Около 30% врачей отмечают у себя высокий уровень профессионального стресса.



4. Лікування депресії в медичних установах, що надають первинну медичну допомогу

**Лечение депрессии в медицинских
учреждениях, оказывающих
первичную медицинскую помощь
(Приказ МЗ Украины
№ 1003 от 25.12.2014 года).**

ГУ «Днепропетровская
медицинская академия
МЗ Украины»
к.м.н. А.А. Дукельский.

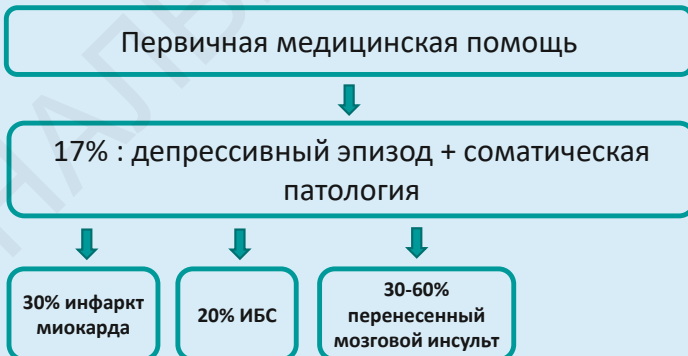
Утверждено Приказом
МЗ Украины
от 25 декабря 2014 года
№1003

**Унифицированный клинический протокол
первичной, вторичной (специализированной)
и третичной (высокоспециализированной) помощи**

Депрессия

(легкий, умеренный, тяжелый депрессивный
эпизод без соматического синдрома или
с соматическим синдромом, рекуррентное
депрессивное расстройство, дистимия)

**80 % пациентов с депрессией лечатся у врачей
общей практики по поводу других заболеваний**



УКПМП 2014

Только 50% пациентов получают специальную терапию в зависимости от тяжести заболевания и пола, при этом она адекватна лишь у 25% случаев (Hamalainen et al 2004, Kessler et al 2003).

УКПМП 2014

При недостаточной или неадекватной терапии у пациентов отмечаются повторные эпизоды депрессии:

- при первом эпизоде депрессии – 50%;
- при втором эпизоде депрессии - 70%;
- при третьем эпизоде депрессии – 90%.

УКПМП 2014

Диагностика депрессивных расстройств семейными врачами

(Синдромальный диагноз: депрессивный синдром, тревожно-депрессивный синдром).

- Длительность депрессивных расстройств ≥ 2 недель.
- Критерии группы риска развития депрессии:
 - 1) наличие психических и поведенческих расстройств в личном или семейном анамнезе;
 - 2) наличие эпизодов депрессии в анамнезе;
 - 3) наличие тяжелых заболеваний с хроническим течением;
 - 4) инвалидность;
 - 5) психоэмоциональная нагрузка, потеря близкого человека, потеря работы и т.д.;
 - 6) социальная изоляция и отсутствие межличностных поддерживающих отношений в семье.

Скрининг депрессии (PHQ-2)

1. Часто ли у Вас было сниженное настроение, тоска или чувство безнадежности в течение последнего месяца?
2. Часто ли Вы отмечали отсутствие интереса или удовольствия от вещей, которые Вас обычно интересовали или приносили Вам удовольствие, в течение последнего месяца?

УКМПП 2014

Часто ли в течение последнего месяца Вас беспокоили мысли о совершении самоубийства?

Нет



**Лечение у
семейного
врача**

Да



**Лечение у
психиатра**



Госпитализация



Тест по диагностике депрессии PHQ-9

Анкета по оценке состояния здоровья PHQ-9 которая помогает в диагностике, а также количественно оценивает выраженность симптомов, позволяя судить об эффективности лечения. В каждой строке таблицы необходимо обвести цифру на пересечении с колонкой, которая отвечает частоте возникновения проблемы. В дальнейшем суммируют обведенные цифры и записывают ответ в соответствующее поле внизу таблицы.

Беспокоили ли вас следующие проблемы в течение последних двух недель		Не каждый день	Несколько дней	Более чем в половине дней	Почти каждый день	
1.	Отсутствие интереса к происходящим событиям?	0	1	2	3	
2.	Безразличие, подавленность?	0	1	2	3	
3.	Проблемы с засыпанием, бессонница, наоборот спали слишком много?	0	1	2	3	
4.	Чувство усталости или упадок сил?	0	1	2	3	
5.	Отсутствие аппетита или переедание?	0	1	2	3	
6.	Чувствуете себя неудачником, вините за то, что тяготите свою семью?	0	1	2	3	
7.	Трудно сосредоточиться на чтении или просмотре телевизора?	0	1	2	3	
8.	Двигаетесь или говорите необыкновенно медленно (заторможенность), или наоборот, возбуждены, двигаетесь больше, чем обычно?	0	1	2	3	
9.	Мысли о самоубийстве, или причинении себе вреда?	0	1	2	3	
Общая оценка по шкале PHQ-9						
Общая оценка, баллы		1-4	5-9	10-14	15-19	20-27
Выраженность депрессии		Нет депрессии	Мягкая депрессия	Умеренная депрессия	Умеренно-тяжелая депрессия	Тяжелая депрессия

Оценка тяжести депрессивного расстройства

Общий балл по РНҚ-9	Тяжесть депрессии	Рекомендации по терапии
0-4	Депрессия отсутствует	Не требуется
5-9	Легкая депрессия	Наблюдение, повторить оценку по РНО-9 на следующем визите
10-14	Умеренная депрессия	Пристальное наблюдение, регулярные повторные визиты и/или назначение антидепрессанта
15-19	Умеренно тяжелая депрессия	Активное лечение антидепрессантом и/или психотерапией
20-27	Тяжелая депрессия	Немедленное назначение антидепрессанта. В случае тяжелого нарушения функционирования или отсутствия ответа на терапию следует привлечь психиатра для проведения психотерапии и/или совместного ведения такого пациента

Показания для направления на консультацию к врачу-психиатру/на госпитализацию

Клиническая ситуация	Консультация / Госпитализация
Высокий риск суицида, самообвинения	Консультация / Госпитализация
Наличие психотических симптомов и острого возбуждения	Консультация / Госпитализация
Биполярное расстройство, злоупотребление ПАВ	Консультация
Тяжелая депрессия (выраженная дезадаптация в связи с ДР)	Консультация
Отсутствие эффекта лечения пациентов с легкой и умеренной депрессией в течение 4-6 недель	Консультация
Повторный эпизод в течение года	Консультация
Ухудшение соматического состояния в следствие терапии, которая проводится	Консультация
Беременность	Консультация
Пожелание пациента	Консультация

Психотерапия

1. Монотерапия.
2. Сочетание с фармакотерапией.

Когнитивно-поведенческая терапия:

- депрессивная симптоматика поддерживается искаженными представлениями о себе, окружающем мире, будущем;
- распознавание этих моделей мышления;
- обучение более адаптивным путям реагирования.

Межличностная психотерапия:

сфокусирована на одной или нескольких областях проблемного функционирования (межличностные ролевые конфликты, дефицит межличностных отношений, переживания скорби, горя и т.д.).

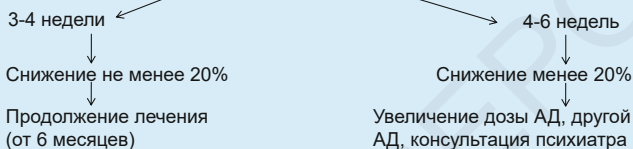
Выбор стратегии лечения

- Все пациенты с депрессией нуждаются в индивидуализированном подходе к лечению с учетом тяжести ДР и психосоциальных особенностей.
- Меры немедикаментозной коррекции: режим дня, гигиены сна, рациональное питания, режим регулярной физической активности, информационный лист о депрессии.
- Последовательность выбора терапии: мониторинг легких эпизодов и координируемая врачом самопомощь, психотерапия → антидепрессивная терапия → направление к психиатру.
- Пациентам с депрессией средней тяжести, или легкой при наличии отягчающих обстоятельств, или неэффективности мер немедикаментозной коррекции в течение 2-4-х недель рекомендуется назначение антидепрессантов. Препаратами выбора являются препараты I линии. Антидепрессанты СИОЗС, имеют наибольшую доказательную базу.

УКПМП 2014

Выбор антидепрессанта индивидуален:

- 1) характеристика симптомов;
- 2) сопутствующие заболевания;
- 3) профиль переносимости препарата;
- 4) результат предыдущего лечения АД;
- 5) предпочтение пациента;
- 6) стоимость лечения;
- 7) оценка эффективности терапии (PHQ-9).



Медицинская помощь депрессивным пациентам должна оказываться в амбулаторных условиях, за исключением случаев выраженной опасности для пациента и его окружения, тяжелых соматических нарушений, невозможности самообслуживания на жизненно-необходимом уровне и отсутствия надлежащих условий лечения вне специализированного стационара.

Лечение должно быть биологическим и психосоциальным.

Фазы терапии	Продолжительность	Задача
Острый период.	8-16 недель.	- Ремиссия симптомов. - Восстановление функции.
Стабилизирующий этап.	6 месяцев.	- Преодоление резидуальной симптоматики. - Профилактика раннего рецидива. - Возвращение полного функционирования и качества жизни.
Поддерживающее лечение.	12 месяцев или более пациентов с рекуррентной депрессией, дистимией и пациентов с хронической соматической патологией.	- Поддержание полного функционирования и качества жизни. - Профилактика рецидива.

УКМПМ 2014

Факторы, которые обуславливают длительное (от двух лет и пожизненно) поддерживающее лечение АД:

- 1) пожилой возраст;
- 2) рецидивирующие эпизоды (≥ 3);
- 3) хроническое течение;
- 4) психотические эпизоды;
- 5) тяжелые эпизоды;
- 6) эпизоды, которые плохо поддаются лечению;
- 7) значимые сопутствующие заболевания (психиатрические или соматические);
- 8) резидуальные симптомы (недостаточная ремиссия) во время текущего эпизода;
- 9) рецидивы в анамнезе во время прекращения приема АД.

УКПМП 2014

Перечень антидепрессантов

Препараты I линии лечения	Препараты II линии лечения
Агомелатин	Амитриптилин, Кломипрамин и др.
Бупропион	Кветиапин
Циталопрам	Селегилин
Дулоксетин	Тразодон
Эсциталопрам	
Флуоксетин	
Флувоксамин	
Миансерин	
Миртазапин	
Пароксетин	
Сертралин	
Тианептин	
Венлафаксин	

УКПМП 2014

Неадаптированная частота распространенных побочных эффектов АД 2-го поколения согласно инструкции по применению препаратов

	ЦНС				Антихолинергические		Сердечно-сосудистые			Желудочно-кишечные			Организм в целом						
	Сонливость, седация	Бессонница	Головная боль	Тремор	Сухость во рту	Расплывчатое зрение	Потливость	Задержка мочи	Головокружение/ ортостатическая гипотензия	Гипертензия	Тахикардия/сердцебиение	Боли в ЖКТ, диспепсия	Тошнота	Рвота	Диарея	Констипация	Беспокойство/тревога	Слабость/астения	Дерматит/сыпь
Циталопрам	Б			А	Б		Б					А	Б	А	А	А	А	А	
Эсциталопрам	А	А			А		А		А			А	Б	А	А	А	А	А	
Флуоксетин	Б	Б		Б	Б		А					А	Б				Б		А
Флувоксамин	В	Б	В	Б	Б	*	Б	А	Б	*	*	А	Б	*	А	Б	В	А	*
Пароксетин	Б	Б	Б	А	Б	А	Б	А	Б	*	*	А	Б	А	Б	А	Б	А	*
Сертралин	Б	Б	В	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	*
Бупропион	*	Б	*	А	Б	А	А	*	А	А	А	Б	А	*	Б	А	А	*	А
Дулоксетин	А	Б	А	А	Б	А	А	А	А	А	А	В	А	А	Б	А	А	*	А
Миртазапин	Г	*	*	А	Б	*	*	А	*	*	*	*	*	*	Б	*	А	*	*
Селегилин	А	Б	Б	*	А	А	*	Б	А	А	А	*	*	А	*	А	А	В	
Тианептин	Б			Б	Б			Б				Б	Б			Б			
Тразодон	В	А	А	А	Б	А	*	А	Б	*	А	Б	*	*	А	*	Б	А	А
Венлафаксин	Б	Б	Б	А	Б	А	Б	А	Б	А	А	В	А	А	Б	В	*	А	А

Примечания: Неприятные явления частоты побочных эффектов могут развиваться или быть меньше тех, которые сообщаются для каждого. Не включены формы с контролируемым высвобождением, у таких форм частота побочных явлений может быть ниже.
 А - 0% или ниже, Б - 10-29%, В - 30-49%, Г - 50% или выше.
 * - в описании препарата сообщается об уровне ниже порогового (обычно 5% или ниже).
 ** - во время публикации не было доступных инструкций по применению препаратов, обновленные сведения доступны на сайте www.samstat.org

УКПМП, 2014

Частота сексуальных дисфункций, вызванных приемом антидепрессантов I линии лечения

Частота сексуальных дисфункций	Антидепрессант
<10%	Агомелатин
	Бупропион
	Миртазапин
	Селегилин
10-30%	Циталопрам
	Дулоксетин
	Эсциталопрам
	Венлафаксин
> 30%	Флуоксетин
	Флувоксамин
	Пароксетин
	Сертралин

Потенциальные лекарственные взаимодействия АД I линии лечения

Минимальная или низкая вероятность	Умеренная вероятность	Высокая вероятность
Циталопрам Эсциталопрам Миртазапин Венлафаксин	Агомелатин (субстрат 1A2 ¹) Бупропион (2D6) Дулоксетин (2D6; субстрат 1A2 ¹)	Флуоксетин (2D6, 2C19) Флувоксамин (1A2, 2C19, 3A4) Пароксетин (2D6, Р-гликопротеин) Селегилин (предупреждение иМАО ²) Сертралин (2D6, Р-гликопротеин)

Примечания: В скобках указаны изоферменты СYP или Р-гликопротеин, которые ингибируются.

¹ - следует избегать одновременного приема ингибиторов СYP 1A2 (ципрофлоксацина и других антибактериальных препаратов, тиклопидина), поскольку концентрация АД в сыворотке крови будет повышаться, что приведет к возможным побочным эффектам.

² - предупреждение похоже с такими же для старых ингибиторов МАО; следует избегать одновременного назначения других АД, серотонинергических средств и симпатомиметических средств.

Клинически значимые лекарственные взаимодействия в результате ингибирования изоферментов СYP

Действие на СYP	Повышение концентрации в сыворотке крови	
Ингибирование СYP 1A2	Агомелатин Кофеин-бензоат натрия Клозапин Дулоксетин Мексилетин	Напроксен Теofilлин Варфарин
Ингибирование СYP 2C19	Антиаритмические препараты Противоэпилептические средства (диазепам, фенитоин, фенобарбитал) Индометацин	Омепразол Пропранолол Варфарин
Ингибирование СYP 2D6	ТЦА β-блокаторы (метопролол, пропранолол) Кодеин и другие опиоиды (снижается эффект)	Оланзапин Рisperидон Тамоксифен Трамадол
Ингибирование СYP 3A4	Амиодарон Антиаритмические препараты Антигистаминные средства Антагонисты кальциевых каналов (дилтиазем, верапамил) Галоперидол Ингибиторы протеаз ВИЧ Статины	Иммуномодуляторы (циклоsporин, такролимус) Препараты группы макролидов (кларитромицин, эритромицин) Метадон Фенотиазины Кветиапин Силденафил Тамоксифен

Оценка терапевтического ответа через 4-6 недель терапии

Общий балл по РНО-9 в сравнении с исходным	Терапевтический ответ	Рекомендации по ведению
Уменьшение на 5 и более баллов в сравнении с исходным	Адекватный ответ	Продолжать назначенное лечение; Дальнейшее наблюдение
Уменьшение на 2-4 балла в сравнении с исходным	Частичный ответ	Уточнить диагноз; Рассмотреть возможное влияние коморбидных состояний; Повысить дозу назначенного препарата или добавить второй препарат
Уменьшение на 1 или менее баллов/увеличение балла в сравнении с исходным	Недостаточный ответ/отсутствие ответа	Рекомендована консультация психиатра

Резюме по фармакотерапии депрессии 1

1.	Соответствующая оценка и мониторинг суицидального риска являются важными составляющими лечения РДР, не должны препятствовать началу лечения у взрослых.	Уровень доказательности I
2.	При выборе конкретного медикамента следует рассматривать профиль побочных эффектов определенных АД.	Уровень доказательности II
3.	Редкие, но серьезные побочные явления необходимо принимать во внимание у пациентов, подверженных риску их возникновения.	Уровень доказательности II
4.	Для пациентов с риском лекарственных взаимодействий при выборе препарата рекомендуется учитывать влияние определенных АД на изоферменты CYP и P-гликопротеин.	Уровень доказательности III

Резюме по фармакотерапии депрессии 2

5.	При лечении АД у пациентов необходимо вести мониторинг сексуальных и метаболических побочных эффектов.	Уровень доказательности II
6.	Следует рассматривать стратегии ведения побочных реакций, включающих снижение дозы, фармакологические антидоты и возможности перехода на другой АД, если при достижении ответа или ремиссии побочные эффекты продолжают беспокоить пациента.	Уровень доказательности III
7.	Для ДР с психотическими признаками рекомендуется комбинировать АД с антипсихотическими средствами.	Уровень доказательности I

ДОДАТКИ

Інформаційний лист 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 та ставленням до подій повсякденного життя, характерними є відчуття пригніченості, безнадії та безпорадності. Знижується інтерес до життя та всіх його задовольень, зникає бажання спілкуватися з оточуючими, виникають песимістичні думки про марність життя та про власну непотрібність, можуть виникнути навіть думки про самогубство. Депресивний стан впливає на працездатність, мотивацію та оцінку життєвих подій і може стати причиною життєвих проблем.

Основними проявами депресії є:

1. Пригнічений настрій, який відзначається більшу частину дня практично щоденно, особливо в ранкові години, упродовж ≥ 2 тижнів, 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 та інтелектуальних навантаженнях.
4. Зниження самооцінки, впевненості в собі, наявність почуття провини, безпорадності, розгубленості, невпевне-

ності у своїх діях, нездатність прийняти рішення чи зосередитися.

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

Виділяють біологічні, психологічні та 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 допамін. 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 та соціальна нестабільність, які є характерними ознаками сучасного життя. Підґрунтям для розвитку депресивних розладів може також стати перевтома чи тяжке захворювання із тривалим перебігом, особливо – у випадку, коли воно призводить до інвалідизації.

На початкових стадіях депресії людина просто песимістично оцінює все, що відбувається з нею чи навколо неї, вона часто зосереджує увагу на тривожних спогадах, які її непокоять, карає себе за те, що неправильно вчинила в 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, вони не вірять, що змо-

жуть коли-небудь знов відчувати радість і енергію. Однак таке ставлення є помилковим. Депресія – це хвороба, і лікувати її краще на початкових стадіях. Дуже важливо вчасно звернутися за допомогою до лікаря.

Якщо у Вас пригнічений настрій, роздратованість або плаксивість, Ви відчуваєте постійну тривогу чи почуття провини, у Вас з'явилися розлади апетиту та сну, і цей стан триває >2 тижнів та призводить до порушення Вашої працездатності та міжособистісних стосунків, розкажіть про це Вашому сімейному лікарю. Говорити про свою проблему – значить зробити перший крок на шляху одужання від депресії.

Сучасний підхід до лікування при депресії включає застосування фармакологічних препаратів – антидепресантів, проведення сеансів психотерапії чи їх комбінацію. Вибір стратегії лікування залежить від тяжкості симптомів, їх тривалості, наявності супутньої патології та інших факторів, які може оцінити лише лікар. Лікування при депресії, яка виникла вперше, може призначити дільничний терапевт або сімейний лікар. Лікарі-спеціалісти – лікарі-неврологи, лікарі-психіатри – переважно надають медичну допомогу пацієнтам із депресією за необхідності проведення додаткових діагностичних обстежень, при виникненні ускладнень або за умови неефективності призначеної терапії. У медичних закладах, що надають первинну медичну допомогу, використовують переважно антидепресанти групи СІЗЗС. Ці препарати, здебільшого, добре переносяться, не викликають залежності та звикання. Потрібно знати, що терапевтичний ефект від препаратів цієї групи настає поступово, переважно проходить 2-3 тижні до виникнення позитивних змін, тому дуже важливо дотримуватися рекомендацій лікаря щодо режиму прийому препарату, його дози і трива-

лості курсу лікування і не відміняти препарати самостійно. При дотриманні режиму лікування Ваш стан поступово покращиться, але Вам потрібно знати, що для зниження ризику виникнення повторного епізоду депресії в майбутньому препарат потрібно приймати тривалий час – принаймні впродовж 6 місяців після покращення самопочуття.

Психотерапія – важлива складова лікування при депресії. Вона допомагає здобути навички емоційної саморегуляції, що дозволяє, зокрема, більш ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями та реально оцінювати життєві проблеми.

У період лікування при депресії важливо дотримуватися рекомендацій щодо режиму праці та відпочинку, гігієни сну та інших заходів, які є складовими здорового способу життя. Пред'являйте до себе посилені вимоги – це стосується як роботи, так і взаємовідносин з оточуючими, ставте перед собою реальні цілі, по можливості, уникайте людей, спілкування з якими Вам неприємне, та підтримуйте регулярне спілкування з близькими Вам людьми, які можуть надати Вам емоційну підтримку. Плануйте позитивні події – зустрічайтеся з друзями, слухайте музику, займайтеся спортом або фізкультурою хоча б 2 рази на тиждень. Позитивні емоції підвищують рівень серотоніну та допаміну, регулярні фізичні вправи знижують рівень гормону стресу – кортизолу, що сприяє зменшенню відчуття тривоги. При депресії позитивну роль відіграє будь-яка фізична активність, серед найбільш популярних – заняття танцями, йогою, плавання, гра в теніс, інші спортивні ігри. Рекомендується надавати перевагу груповим заняттям або заняттям 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 пе-

ребіг і профілактику депресії. Важливою складовою лікування при депресії є нормалізація сну – нестача сну призводить до фізичної втоми та емоційного виснаження. Обмежте прийом напоїв, які містять кофеїн та алкоголь – вони збільшують тривожність та сприяють безсонню. Стежте за своїм харчуванням – намагайтесь їсти 4–5 разів на день, навіть якщо апетиту немає – 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 та нормального обміну біологічно активних речовин у центральній нервовій системі. Синтез серотоніну – одного з гормонів, що впливають на настрій – потребує достатньої кількості фолієвої кислоти та вітаміну B6, які містяться в бананах, цитрусових, овочах зеленого кольору, горіхах. Позитивний вплив на перебіг депресії має також вітамін C, основним джерелом якого є свіжі фрукти та овочі. Не рекомендується зловживати кондитерськими виробами і солодощами – це призводить до різких коливань рівня глюкози в крові й може посилити відчуття втоми та розбитості.

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

Співпраця з лікарем та Ваша активна участь у лікуванні значно підвищує вірогідність одужання.

Депресію можна перемогти!

Скринінг-тести

Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу

№	Запитання	Варіанти відповіді
1	Чи уникаєте Ви нагадувань про травматичну подію шляхом уникнення певних місць, людей або діяльності?	так
		ні
2	Чи втратили Ви інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною?	так
		ні
3	Чи стали Ви почувати себе більш далеким або ізольованим від інших людей?	так
		ні
4	Чи втратили Ви здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?	так
		ні
5	Чи стали Ви думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?	так
		ні
6	Чи виникли у Вас проблеми із засинанням або сном?	так
		ні
7	Чи стали Ви більш нервовим або дратівливим через звичайний шум чи рух?	так
		ні

Чотири і більше позитивних відповідей вказують на ймовірність ПТСР.

Скринінг депресії (PHQ-2)

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 Вас цікавили або приносили Вам задоволення, упродовж останнього місяця?

Позитивна відповідь на ці два питання є маркером для подальшого обстеження пацієнта анкетой PHQ-9.

PHQ-9 - Анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я

Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire - PHQ-9) – шкала самооцінки депресії з дев'яти пунктів, ефективна в діагностиці великого депресивного розладу, так само, як і для вибору методу/засобу лікування та моніторингу результатів.

Як часто за останні 2 тижні Вас турбували наступні прояви? (свою відповідь позначте «√»)		Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини цього часу	Майже кожного дня
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 вважаєте, 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					

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

У кожному рядку таблиці необхідно обвести цифру на перетині з колонкою, яка відповідає частоті виникнення проблеми. Надалі підсумовують обведені цифри і записують відповідь у відповідне поле внизу таблиці.

Оцінка тяжкості депресивного розладу (згідно результатів PHQ-9)

Загальний бал	Тяжкість депресії	Рекомендації по терапії
0-4	Депресія відсутня	Не потребує подальшого лікування
5-9	Легка («субклінічна») депресія	Спостереження, повторити оцінку по PHQ-9 на наступному візиті

10–14	Помірної тяжкості депресія	Пильне спостереження, регулярні повторні візити та/або призначен- ня антидепресантів
15–19	Середньої тяжкості депресія	Активне лікування антидепресан- том та/або психотерапією
20–27	Тяжка депресія	Негайне призначення антидепре- сантів. У разі важкого порушення функціонування або відсутності відповіді на терапію, слід залучити психіатра для проведення психо- терапії та/або спільного ведення такого пацієнта

Для експрес-оцінки ризику суїцида використовується
шкала SAD PERSONS Scale (W.M. Patterson, 1983). Назва
 шкали – це акронім з 10 ознак.

S	Стать	1 – чоловіча, 0 – жіноча
A	Вік	1 – 19 років і молодше або 45 і старше
D	Депресія	1 – мається
P	Попередні спроби суїциду	1 – мали місце
E	Зловживання алкоголем	1 – мали місце

R	Втрата раціонального мислення	1 – якщо пацієнт психотик будь-якої нозології (шизофренія, афективні розлади, органічне ураження ЦНС)
S	Втрата соціальної підтримки	1 – мається втрата, особливо недавня втрата значимої іншої особи
O	Підготовка суїцидального плану	1 – план мається і метод летальний
N	Немає чоловіка (дружини)	1 – розлучений, вдівець, неодружений або самотній
S	Хвороби	1 – особливо, якщо хронічні, тяжкі, інвалідизуючі

Керівництво до дій відповідно до шкали SAD PERSONS Scale:

Бали	Передбачувані клінічні дії
0 – 2	Відправити додому без наступного клінічного спостереження
3 – 4	Ретельне спостереження; консультація психіатра, розгляд питання госпіталізації
5 – 6	Необхідність госпіталізації, здійснення постійного спостереження
7 – 10	Госпіталізація або примусова допомога

Скринінг-тест для виявлення суїцидальної поведінки

Запитання		так	ні
<i>Можна розпочати з виявлення точки зору пацієнта на своє життя, задоволеності, яку він отримує від життя:</i>			
1.	Чи відчуваєте ви, що у вас є майбутнє?		
2.	Чи трапляється у вас таке відчуття, ніби життя не варте того, щоб за нього триматися?		
3.	Чи випадало вам коли-небудь переживати цілком непроглядний відчай і безнадійність?		
4.	Чи не бувало у вас відчуття, що краще померти і залишити все це?		
<i>У пацієнта, який сказав, що життя не варте того, щоб його продовжувати, слід запитати:</i>			
5.	У вас коли-небудь виникали думки заподіяти собі смерть?		
6.	Чи мали ви в минулому думки про здійснення суїциду?		
7.	Чи здійснювали ви в минулому суїцидальну спробу?		

При позитивних відповідях слід продовжити запитання для оцінки суїцидального ризику:

- теперішні думки про суїцид;
- плани або відношення пацієнта до суїциду;
- попередні епізоди суїцидальних думок;
- альтернативи суїциду або, якими шляхами пацієнт уникав суїциду (вихід з небезпечної ситуації, благання іншого про допомогу та ін.).

Більшість хворих відповідає на такі запитання чесно, але особливо треба бути обережними з тими, хто ухиляється від відповіді.

Якщо нічого конкретного не виявляється в суїцидальному напрямку, можна запитати: *«Багато людей мають суїцидальні думки. Як Ви вирішили, що не змогли б здійснити самогубство? Ви планували, що саме маєте зробити?»*. Якщо йде мова про передозування лікарських засобів, запитання доцільно формувати більш конкретно, наприклад: *«Чи не намагались ви накопичувати таблетки? Що вас втримало? Чи зроблені вами будь-які розпорядження на випадок смерті? Ви намагались довести це до кінця?»*.

Скринінг-тест для виявлення тривожних розладів

Запитання	
1.	Чи часто Ви протягом останнього місяця відчували напруження або тривогу, безпідставний страх? Чи були Ви на межі нервового зриву більше, ніж половину днів минулого місяця?
2.	Чи багато Ви непокоїлись (хвилювались) з приводу різних причин протягом більшої частини днів минулого місяця?
<i>Якщо відповіді на запитання №1 і 2 «Ні» – переходьте до розгляду інших проблем, якщо «Так» – продовжуйте</i>	
3.	Чи відчуваєте Ви таке занепокоєння, що важко утриматися на місці?
4.	Чи швидко Ви втомлюєтесь? _____

5.	Чи відчуваєте Ви напруження м'язів, біль або болісність?
6.	Чи є у Вас проблеми із засинанням і сном?
7.	Чи є у Вас проблеми з концентрацією уваги при таких заняттях, як читання книги або перегляд телевізійної програми?
8.	Чи дуже легко Ви переходите в стан дратівливості?
<i>Якщо на 3 і більше запитань з №3-8 «Так», продовжуйте.</i>	
9.	Чи заважали Вам ці проблеми протягом останнього місяця виконувати службові обов'язки, підтримувати порядок в домі, підтримувати стосунки з іншими людьми?
10.	Чи відчували Ви протягом 6 місяців тривогу, безпідставний страх або відчуження, що знаходитесь на межі нервового зриву?
<i>Якщо «Так»: - патологічний стан тривожності. Якщо «Ні»: - продовжуйте.</i>	
11.	Чи були симптоми збудження і тривоги?
12.	Чи зазнавали Ви інтенсивний або раптовий страх несподівано або без відомої причини?
	(а) Страх смерті?
	(б) Страх втратити контроль?
	(в) Серцебиття?
	(г) Кидання в піт?
	(д) Тремтіння або посмикування?
	(е) Біль в грудях/труднощі з диханням?
	(ж) Нудоту, запаморочення або непритомний стан?
	(з) Задубілість/поколювання в пальцях рук і ніг?
	(і) Відчуття нереальності?
	(к) Нудоту?

13.	Чи доводилось Вам зазнавати страх/тривогу в особливих ситуаціях:
	(а) Розставання із знайомими місцями?
	(б) Подорож на самоті (потягом, автомобілем, літаком)?
	(в) Натовпи/обмежені приміщення/громадські місця?
14.	Чи відчували Ви тривогу/страх в ситуаціях:
	(а) Під час виступу перед іншими?
	(б) На громадських заходах?
	(в) Під час приймання їжі перед іншими?
	(г) Тривога про те, що подумають інші або самоусвідомлення?

Підбиття підсумків:

- позитивна відповідь на 1 або 2 і негативна на 11-14: індикатор генералізованої тривоги;
- позитивна відповідь на 11 і 12: індикатор панічного розладу;
- позитивна відповідь на 11 і 13: індикатор агорафобії;
- позитивна відповідь на 11 і 14: індикатор соціальної фобії.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

1. Я зазнаю напруженість, мені ніяково.
2. Те, що приносило мені значне задоволення і тепер викликає в мене таке ж відчуття.
3. Я зазнаю страх, здається, щось жахливе може от-от статися.
4. Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.

5. Тривожні думки крутяться у мене в голові.
6. Я відчуваю бадьорість.
7. Я легко можу сісти й розслабитися
8. Мені здається, що я все почав робити дуже повільно.
9. Я відчуваю внутрішню напруженість або тремтіння.
10. Я не слідкую за своєю зовнішністю.
11. Я зазнаю непосидючість, ніби мені постійно належить рухатися.
12. Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені відчуття задоволення.
13. У мене буває раптове відчуття паніки.
14. Я можу отримати задоволення від доброї книги, радіо- або телепрограми.

Шкала заповнюється пацієнтом *самостійно*.

Кожний пункт оцінюється балом від 0 до 3.

Наприклад: я відчуваю бадьорість:

3 – зовсім не відчуваю

2 – дуже рідко

1 – іноді

0 – практично весь час.

Інтерпретація:

0-7 – норма

8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія

11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

Перелік препаратів, які мають депрессогенні властивості

Серцево-судинні препарати

Антиаритмічні препарати

- серцеві глікозиди: дігосин;
- мембраностабілізуючі засоби: прокаїнамід.

Блокатори кальцієвих каналів:

- верапаміл (ізоптин, фіноптин), ніфедипін (адалат, кордафен, кордипін, коринфар, ніфекард).

Препарати, стимулюючі центральні α_2 -адренорецептори:

- клонідин (клофелін, гемітон);
- метилдопа (альдомет, допегіт);
- β -адреноблокатори;
- пропранолол (обзідан, анаприлін, індерал);
- гуанетидін (октадин).

Симпатолітики:

- препарати раувольфії (резерпін, раунатин). Резерпін (виражена депресія, суїцидальні думки!!!);
- препарати з міотропною дією;
- гідралазин (апрессін).

Сечогінні препарати:

- сульфонаміди (ацетазоламід, діхлорфенамід).

Антибіотики

Антибактеріальні препарати:

- похідні сульфаніламідів;
- циклоспорини;
- хлорамфенікол;
- тріметопрім.

Антимікобактеріальні:

- клофазимін (важка депресія і самогубство!!!);
- етіонамід.

Противіральні:

- гризеофульвін;
- амфотерицин В (фунгізон).

Протималярійні:

- хлороквін, мефлоквін (тривога, депресія, суїцидальна поведінка!!!).

Гіполіпідемічні препарати:

- фібрати;
- статини.

Інформація про те, що препарати, призначені для зниження рівня холестерину можуть підвищувати ризик самогубства, в останніх дослідженнях не підтверджена (J. Brunner et al., 2002).

Гормональні засоби (при їх відміні):

- аналоги АКТГ;
- стероїди анаболізму;
- кортикостероїди;
- оральні контрацептиви, що містять естроген і прогестин.

Хіміотерапевтичні засоби та імуномодулятори:

- метотрексат;
- вінбластин (велбе);
- вінкристин (онковін);
- аспарагіназа (L-аспарагіназа);
- прокарбазин (натулан);
- тамоксифен інтерферон (α і β) – (розлади сну, депресія, суїцидальні думки!!!);
- такролімус циклоспорин А.

Антиретровірусні препарати:

- іфавіренц (депресія, суїцидальна поведінка!!!);
- саквінавір;
- атазанавір;
- ставудин;
- зидовудин.

Засоби, що знижують активність кислотного-пептичного чинника

Блокатори гістаміні H_2 -рецепторів:

- циметидин (гистоділ, тагамет);
- ранітідин (гистак, зантак, ранісан).

Протисудомні препарати:

- вігабатрін (важка депресія);
- фенобарбітал;
- фенобарбітон;
- фельбамат;
- гідантоїни;
- топірамат;
- тіагабін.

Антипаркінсонічні засоби:

- L-допа (комбінація з карбідопой або бенсеразидом).

Психотропні засоби

Аліфатичні похідні фенотіазину:

- аміназин, тизерцин (особливо при середніх і високих дозуваннях).

Піперазинові похідні фенотіазину:

- стелазін, мажептил, етаперазин, модитен-депо.

Похідні бутирофенону:

- галоперидол, тріседіл.

Антидепресанти:

- антидепресанти стимулюючої дії.

Психотропні препарати:

- барбітурати;
- бензодіазепіни;
- метаквалон;
- стимулятори.

* Список складений на основі даних А.Б.Смулевич (2003), N.Turjanski, G.g. Lloyd (2005).

Питання для самоконтролю знань

1. Реакції на важкий стрес та розлади адаптації

1. Які типи стресових ситуацій ви знаєте?
2. Клінічні форми розладів адаптації.
3. Які етапи реакції горя ви знаєте? Який етап є найбільш суїцидонебезпечним?
4. Які психотерапевтичні втручання необхідно проводити на кожному етапі реакції горя, що протікає в рамках розладів адаптації?
5. Протягом якого періоду необхідно проводити підтримуючу психотерапію?
6. Основні мішені для корекції розладів адаптації.
7. Які групи препаратів необхідно використовувати при розладах адаптації?

2. Посттравматичний стресовий розлад

1. Фактори ризику виникнення ПТСР.
2. Клінічні варіанти ПТСР.
3. Які когнітивні порушення характерні для ПТСР?
4. Які морфологічні зміни в головному мозку виявляються при ПТСР?
5. Діагностичні критерії ПТСР.
6. Назвіть етапи терапевтичної програми при ПТСР і специфічні терапевтичні заходи для кожного з них.

7. Назвіть показання для призначення медикаментозної терапії при ПТСР.

8. Назвіть особливості психотерапії та психоосвіти при ПТСР.

9. Фармакотерапія хворих на ПТСР.

10. Алгоритм надання медичної допомоги хворим з ПТСР в практиці сімейного лікаря.

3. Депресивні розлади

1. Критерії груп ризику розвитку депресії.

2. Клінічні ознаки депресії.

3. Методи скринінгу депресії та суїцидального ризику.

4. Стратегії лікування депресії.

5. Сучасні методи терапії суїцидальних розладів.

6. Алгоритм надання медичної допомоги хворим з депресіями в соматичній мережі.

Література

1. Дзяк Г.В. Депресивні розлади у хворих на хронічну ішемічну хворобу серця: монографія [Текст] / Г. В. Дзяк, Л. М. Юр'єва, О. О. Дукельський. – Київ, 2014. – 108 с.
2. Диагностика, коррекция и профилактика кризисных состояний у участников военных конфликтов / Под ред. проф. Л.Н. Юрьевой. – Днепр : Издательство «Новая идеология», 2017. – 204 с.
3. Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика / Під ред. проф. Л.М. Юр'євої. – К.: Видавництво ТОВ «Галерея Принт», 2017. – 174 с.
4. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Перев. на рус.яз. Под ред. Ю.Л.Нуллера, С.Ю.Циркина. – Всемирная организация здравоохранения. Россия, Санкт-Петербург: Адис, 1994. – 304 с.
5. Наказ МОЗ України №1003 від 25.12.2014 року «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивний епізод без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)».
6. Наказ МОЗ України №121 від 23.02.2016 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад».

7. Про спільну роботу Дніпропетровської обласної ради та ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» з дистанційного навчання сімейних лікарів / М.С. Куюмчян, Л.М. Юр'єва, О.О. Дукельський [та ін.] // Медичні перспективи. – 2017. – Т. XXII, №2, ч.1. – С. 9-11.

8. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика): колективна монографія [Текст] / за ред. професора П.В. Волошина, професора Н.О. Марути. – Харків : Видавець Строков Д.В., 2016. – 335 с.

9. Юрьева Л.Н. Особенности ведения пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством в практике семейного врача [Текст] / Л.Н. Юрьева // Сімейна медицина. – 2015. - № 5 (61). – с.43-46.

10. Юрьева Л.Н. Расстройства адаптации при психосоциальных стрессах: диагностика, профилактика и коррекция [Текст] /Л.Н. Юрьева // Сімейна медицина. – 2015. - № 4 (60). – с.89-92.

Підписано до друку 23.05.2018 р. Формат 60×84 1/16.
Папір офсетний. Умовн. друк. арк.: 10. Обл.-вид. арк. 10.
Тираж 1430 екз. Замовлення 24.

Видавництво ПП «Крос-Принт».
49047, м. Дніпро, пров. Верстакобудівельний, 3/4.
Свідотство ДК №2804 від 26.03.2007 р.

Віддруковано: ФОП Удовиченко О. М.
49080, м. Дніпро, вул. Донецьке Шосе, 15, кв. 531.
Тел.: (056) 785-22-31.

Свідотство про внесення суб'єкта видавничої
справи до Державного реєстру ДК №3660 від 28.12.2009 р.

ISBN 978-617-7340-09-05