

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

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ
(СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) ТА ТРЕТИННОЇ (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ)
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

ДЕПРЕСІЯ

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

ФРАГМЕНТ: ВТОРИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

ВСТУП

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія», розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, розглядає особливості проведення діагностики та лікування депресії в Україні з позиції забезпечення наступності етапів медичної допомоги. Вперше регламентуються підходи щодо проведення діагностики та лікування депресії у заклад охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають первинну медичну допомогу в Україні. УКПМД розроблений на основі адаптованих клінічних настанов «Депресія (легкий та помірний епізоди без соматичного синдрому та з соматичним синдромом)» та «Рекурентні депресивні розлади», з якими можна ознайомитися за посиланням <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>.

За формою, структурою та методичними підходами щодо використання вимог доказової медицини УКПМД відповідає вимогам «Методики розробки та провадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини», затвердженої наказом МОЗ України від 28 вересня 2012 року № 751, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

УКПМД розглядає питання медичної допомоги пацієнтам з депресією (діагноз за МКХ-10 – F32 – Депресивний епізод, F33 – Рекурентні депресивні розлади, F34.1 – Дистимія).

Мультидисциплінарна робоча група при створенні УКПМД керувалася положеннями документів Європейської комісії та Всесвітньої організації охорони здоров'я:

1. Actions against depression. Improving mental and well-being by combating the adverse health, social and economic consequences of depression - European Commission, Directorate General for Health and Consumer Protection, 2004.

2. Policies and practices for mental health in Europe - World Health Organization, 2008.

3. Европейский план действий по охране психического здоров'я - Европейский региональный комитет ВОЗ, 2013.

Обґрунтування та положення УКПМД побудовані на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, відображених в клінічних настановах – третинних джерелах, а саме:

1. SIGN 114 – Non-pharmaceutical management of depression in adults: A national clinical guideline, 2010.

2. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT), Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III. Pharmacotherapy, 2009.

3. NICE CG 90 – Depression in adults, 2010.

Варто зауважити, що більшість положень щодо лікування депресії, які включені до клінічних настанов, мають низький рівень доказовості. Це значною

мірою обумовлено методологією проведення рандомізованих клінічних досліджень, зокрема, щодо немедикаментозних втручань.

Положення УКПМД, які відповідають вимогам доказової медицини, не виключають інші прийнятні методи досягнення кінцевого результату, а їх дотримання не є гарантією успіху у всіх клінічних випадках. Кінцеве рішення щодо вибору конкретної клінічної процедури або плану лікування повинен приймати лікуючий лікар з урахуванням отриманих клінічних даних про пацієнта, а також існуючих діагностичних і лікувальних можливостей.

УКПМД розроблений мультидисциплінарною робочою групою, до якої увійшли представники різних медичних спеціальностей (лікарі загальної практики-сімейні лікарі, лікарі-терапевти, лікарі-психіатри, лікарі-психотерапевти, лікарі-психологи та практичні психологи).

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ У ПРОТОКОЛІ

АД	Антидепресанти
АСМ	Амбулаторії сімейної медицини
ВДР	Великий депресивний розлад
ДР	Депресивний розлад
ДС	Депресивний синдром
ЕЕГ	Електроенцефалографія
ЕКТ	Електроконвульсивна терапія
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ЛЗП-СЛ	Лікар загальної практики-сімейний лікар
ЛПМД	Локальний протокол медичної допомоги
КМП	Клінічний маршрут пацієнтів
КПТ	Когнітивно-поведінкова терапія
КТ	Комп'ютерна томографія
МАО	Моноамінооксидаза
МОТ	Міжособистісна терапія
МРТ	Магнітно-резонансна томографія
ПМД	Первинна медична допомога
РДР	Рекурентний депресивний розлад
РН	Роки непрацездатності
СІЗЗС	Селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну
СМД	Стандарт медичної допомоги
ТДС	Тривожно-депресивний синдром
ТЦА	Трициклічні антидепресанти
УзДГ	Ультразвукова доплерографія
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ШКТ	Шлунково-кишковий тракт
BPRS	Коротка психіатрична оціночна шкала (Brief Psychiatric Rating Scale)
CGI-S	Шкала загального клінічного враження (Clinical Global Impression Scale)
CYP	Цитохром P450
DESS	Опитувальник, що виявляє ознаки синдрому відміни (Discontinuation Emergent Signs and Symptoms)
DSM	Керівництво з діагностики і статистики психічних розладів (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
GDS-15	Геріатрична шкала депресії, 15 питань (Geriatric Depression Scale)
HADS	Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale)
HAM-A	Шкала тривоги Гамільтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale)
HAM-D – 17	Шкала депресії Гамільтона, 17 питань (Hamilton Depression Scale)
ICPE	Міжнародний консорціум психіатричної епідеміології
MADRS	Шкала оцінки депресії Монтгомері-Асберг (Montgomery-

	Asberg Depression Rating Scale)
MMPI-2	Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2)
MMSE	Коротка шкала оцінки психічного статусу (Mini-Mental State Examination)
NICE	Національний інститут досконалості медичної допомоги
PHQ-2	Опитувальник здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire), 2 запитання
PHQ-9	Опитувальник здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire), 9 запитань
PSP	Шкала особистісного та соціального функціонування (Personal and Social Performance scale)
QLS-Q	Опитувальник із задоволеності життям (Questions on Life Satisfaction)
QIDS	Швидкий опитувальник щодо симптомів депресії (Quick Inventory of Depressive Symptomatology)
SCID	Напівструктуроване клінічне інтерв'ю для DSM IV
SF-36	Опитувальник із якості життя, коротка форма (The Short Form (36) Health Survey)
WHO-CIDI	Комбіноване діагностичне інтерв'ю Всесвітньої організації охорони здоров'я
YMRS	Оціночна шкала манії Янга (Young Mania Rating Scale)

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз

Легкий депресивний епізод
Помірний депресивний епізод
Тяжкий депресивний епізод
Рекурентний депресивний розлад
Дистимія

1.2. Коди стану або захворювання (МКХ-10): F32, F33, F34.1

1.3. Протокол призначений для: лікарів загальної практики-сімейних лікарів, лікарів-терапевтів, лікарів-психіатрів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-психологів, практичних психологів та лікарів інших спеціальностей.

1.4. Мета протоколу:

- впровадження медико-організаційних та лікувально-діагностичних підходів, які відповідають положенням доказової медицини, в процес надання медичної допомоги пацієнтам з депресивними розладами в Україні;
- встановлення єдиних вимог щодо профілактики, діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів з даним видом патології відповідно до клінічних настанов, що розроблені з урахуванням вітчизняних особливостей організації медичної допомоги та економічної ситуації в країні;
- забезпечення якості, ефективності та рівних можливостей доступу до медичної допомоги пацієнтам з депресивними розладами;
- обґрунтування оснащення ЗОЗ для надання первинної, вторинної та третинної медичної допомоги пацієнтам із депресивними розладами (наявність обладнання та інших ресурсів);
- відновлення якості життя пацієнтів із депресивними розладами, попередження рецидивів патології.

1.5. Дата складання протоколу – грудень, 2014 р.

1.6. Дата перегляду протоколу – грудень, 2017 р.

1.7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці протоколу:

Хобзей Микола Кузьмич	директор Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України, д.мед.н., професор (голова робочої групи до 19.05.2014)
--------------------------	---

- Пінчук Ірина
Яківна директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Психіатрія та наркологія» відповідно до наказу № 526-к від 10.12.2012, д.мед.н. (заступник голови з клінічних питань)
- Марценковський Ігор
Анатолійович керівник відділу психічних розладів дітей та підлітків Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитяча психіатрія» відповідно до наказу № 196-к від 29.05.2014 зі змінами, к.мед.н. (заступник голови з клінічних питань у дітей)
- Степаненко Алла
Василівна професор кафедри Української військово-медичної академії МЗС України, заступник голови Центрального формулярного комітету МОЗ України, д.мед.н., професор (заступник голови з методології)
- Бурлачук Леонід
Фокич завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка, член-кореспондент НАПН України, д.мед.н., професор
- Бурлачук Олег
Леонідович генеральний директор першого Українського видавництва психологічних тестів «ОС України»
- Гідзинська Ірина
Миколаївна провідний науковий співробітник відділу внутрішньої медицини, завідувач клініко-консультативного відділення Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, к.мед.н.
- Зінченко Олена
Миколаївна головний спеціаліст відділу високоспеціалізованої медичної допомоги Управління надання медичної допомоги дорослим Департаменту медичної допомоги МОЗ України, к.мед.н.
- Левада Олег
Анатолійович керівник курсу психіатрії кафедри сімейної медицини Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», к.мед.н., доцент

- Лерман Наталія Геннадіївна завідувач амбулаторією, лікар загальної практики-сімейної медицини комунального закладу «Макарівський центр первинної медико-санітарної допомоги» Макарівського району Київської області, Андріївська медична амбулаторія загальної практики-сімейної медицини
- Маляров Сергій Олександрович лікар-психіатр консультативної поліклініки Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, к.мед.н.
- Матвієць Людмила Григорівна асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.мед.н.
- Матюха Лариса Федорівна завідувач кафедри сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина» відповідно до наказу № 196-к від 29.05.2014 зі змінами, д.мед.н., професор
- Марута Наталія Олександрівна заступник директора з наукової роботи Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», голова Експертної проблемної комісії МОЗ та НАМН України «Психіатрія. Медична психологія», д.мед.н., професор
- Мішиєв В'ячеслав Данилович директор ТМО «Психіатрія» у м. Києві, завідувач кафедри дитячої, соціальної та судової психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Психіатрія» відповідно до наказу № 196-к від 29.05.2014 зі змінами, д.мед.н., професор
- Мороз Галина Зотівна професор кафедри військової загальної практики-сімейної медицини Української військово-медичної академії, головний науковий співробітник Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, д.мед.н., професор

Напреснко Олександр Костянтинович	завідувач кафедри психіатрії Національного медичного університету ім. Богомольця, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Психіатрія і наркологія» відповідно до наказу № 196-к від 29.05.2014, д.мед.н., професор
Пішель Віталій Ярославович	завідувач відділу медико-соціальних проблем терапії психічних розладів Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, д.мед.н., професор
Пшук Наталія Григорівна	завідувач кафедри психіатрії та медичної психології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, д.мед.н., професор
Тарнавська Олена Олексіївна	лікар загальної практики-сімейної медицини, поліклініки № 1 Печерського району м. Києва
Хаджинова Наталія Афанасіївна	головний спеціаліст відділу медичної реабілітації та паліативної допомоги Управління надання медичної допомоги дорослим Департаменту медичної допомоги МОЗ України
Хайтович Микола Валентинович	професор кафедри педіатрії № 4 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.мед.н., професор
Хаустова Олена Олександрівна	завідувач відділу психічних розладів похилого віку Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, д.мед.н., професор
Худошина Ольга Валентинівна	заступник начальника Управління, начальник відділу з питань якості та оцінки відповідності Управління з питань якості надання медичної допомоги МОЗ України
Чабан Олег Созонтович	завідувач відділу психосоматичної медицини та психотерапії Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, д.мед.н., професор

Методичний супровід та інформаційне забезпечення:

Ліщишина Олена Михайлівна	директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.мед.н, ст.н.с.
Горох Євгеній Леонідович	начальник відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.т.н.
Мельник Євгенія Олександрівна	начальник відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»
Черніцька Марина Віталіївна	експерт відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»
Шилкіна Олена Олександрівна	начальник відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»

Рецензенти:

Вербенко Вікторія Анатоліївна	завідувач кафедри психіатрії, психотерапії, наркології з курсом загальної та медичної психології Державної установи «Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського», д.мед.н., професор, академік Академії наук вищої освіти України
Глузман Семен Фішелевич	президент Асоціації психіатрів України
Михайлов Борис Володимирович	завідувач кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Медична психологія, психотерапія» відповідно до наказу № 196-к від 29.05.2014 зі змінами, д.мед.н., професор
Пустовойт Михайло Михайлович	ректор Київського інституту сучасної психології і психотерапії, член Міжнародної психоаналітичної асоціації, д.мед.н.

1.8. Коротка епідеміологічна інформація

За даними літератури поширеність розладів депресивного спектру у країнах Європи і США становить на даний час близько 5-10%. Їх поширеність впродовж життя становить 16%, впродовж 12-ти місяців – близько 7% (Ebmeier et al., 2006; Kessler et al., 2003). У загальній медичній практиці частота депресій сягає 22-33%.

Депресивні розлади (ДР) є однією з основних причин непрацездатності (Всесвітня організація охорони здоров'я, 2002). Від 45 до 60% випадків самогубств відбувається в депресивному стані.

За даними обстеження 37 000 дорослих у 10-ти країнах Америки, Європи, Азії, проведеним Міжнародним консорціумом психіатричної епідеміології (ICPE) з використанням WHO-CIDI (Комбіноване діагностичне інтерв'ю Всесвітньої організації охорони здоров'я) (Robins et al., 1988; Wittchen, 1994) захворювання частіше розпочинається у віці від 20-ти до 30-ти років (Ebmeier et al., 2006). Жінки хворіють на депресію вдвічі частіше, ніж чоловіки (відповідно, 20-26% та 8-12%), проте ці дані можуть бути обумовлені тим, що чоловіки менше звертаються за медичною допомогою. У 60% при неадекватній терапії спостерігаються повторні депресивні епізоди.

У зв'язку із тенденцією до старіння населення розвинених країн, значною поширеністю (36-50%) і схильністю до затяжного, атипового перебігу депресій у людей похилого віку, останні набувають особливого значення.

За результатами дослідження, яке проводилося серед 60-ти тисяч працюючих осіб, найчастіше на депресію страждають ті, хто доглядає за літніми і хворими людьми, та няні, які доглядають за маленькими дітьми (11,3%), на другому місці – працівники громадського харчування (10,3%), третє місце займають лікарі (9,6%). Найменше до депресії схильні люди творчих професій – вчені, архітектори та інженери (4,3%). Серед безробітних цей показник склав 12,7%.

Середня тривалість депресивного епізоду становила 16 тижнів, близько 90% пацієнтів страждали на депресію середньої тяжкості і тяжкі форми, що викликало виражене зниження якості життя (Kessler et al., 2003).

Майже 80% пацієнтів із депресією лікуються у лікарів загальної практики – сімейних лікарів з приводу інших захворювань. Серед пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою до ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, 17% мають ДР, який часто поєднується з соматичною патологією. Депресія зустрічається у 20% пацієнтів із ішемічною хворобою серця, у 30-50% пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда, та 30-60% пацієнтів, які перенесли мозковий інсульт.

За останні 40 років було проведено понад 60 проспективних досліджень, у яких вивчали зв'язок між депресією та прогнозом у пацієнтів з ішемічною хворобою серця. Встановлено, що рівень смертності серед пацієнтів, які мають в анамнезі інфаркт міокарда і страждають на депресію, в 3-6 разів вищий, ніж у пацієнтів, які не мають депресії. Саме тому Американська асоціація серця розробила та запровадила в 2008 році настанови «Депресія та ішемічна хвороба серця: рекомендації для скринінгу і лікування». Значна поширеність ДР

характерна і для пацієнтів з патологією шлунково-кишкового тракту, зокрема, у пацієнтів з функціональними захворюваннями органів травлення, такими, як функціональна диспепсія, функціональні біліарні розлади, синдром подразненого кишечника. Депресію діагностують у 38% пацієнтів онкологічного профілю, у 39% пацієнтів з паркінсонізмом. Враховуючи значущість діагностики і лікування депресії у пацієнтів із хронічними захворюваннями, Національний інститут досконалості медичної допомоги (NICE) в 2011 році розробив клінічні настанови «Депресія у дорослих з хронічними фізичними проблемами зі здоров'ям: лікування та управління».

Лише 50% пацієнтів отримують спеціальне лікування залежно від тяжкості захворювання та статі, при цьому воно адекватне лише у 25% випадків (Hamalainen et al., 2004; Kessler et al., 2003). Важливо враховувати, що у 60% випадків, переважно при недостатній або неадекватній терапії у пацієнтів спостерігаються повторні депресивні епізоди. При першому епізоді депресії ймовірність рецидиву становить 50%, при другому – 70%, при третьому – 90%.

Таким чином лікарям та іншим працівникам медичних служб необхідні знання про діагностику та лікування депресивних розладів.

За даними МОЗ України, з 2008 р. по 2012 р. поширеність депресивних розладів зростає з 65,37 до 73,6 осіб на 100 тис. населення, а захворюваність – з 8,74 до 9,06 на 100 тис. населення. Впродовж останніх десятиріч спостерігається незначне зростання випадків несприятливих психічних розладів, зокрема депресивних, що не відповідає загальносвітовим тенденціям та говорить про неналежну та, відповідно, неповну організацію виявлення, реєстрації та надання допомоги людям з депресивними розладами. Це, зокрема, пов'язано з відсутністю до цього часу в Україні у діагностиці та лікуванні депресії такої ланки, як сімейний лікар. Так, за 1973-2000 роки кількість зареєстрованих випадків депресивних розладів серед загальної кількості звернень до лікаря у перерахунку на кількість населення зростає з 2,3 до 3,8%. Термінальним варіантом розвитку депресивних розладів може бути суїцидальна спроба. Водночас, показник смертності через навмисне самоушкодження тримається на постійному рівні з 2009 р. по 2013 р. (за даними Державного комітету статистики України): 21,1 випадок на 100 тис. населення у 2009 році порівняно з 20,6 випадків на 100 тис. населення у 2013 році (що в абсолютних значеннях становить 9717 випадків та 9367 випадків відповідно).

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Депресія – поширений розлад, який піддається лікуванню.

Існують різноманітні засоби лікування депресії. Слід намагатися застосовувати психотерапію або медикаментозне лікування препаратами першої лінії до того, як проводити інші втручання.

Найбільш серйозним (найтяжчим) ускладненням депресії є суїцид.

У дуже тяжких випадках або при рефрактерних формах захворювання можуть бути ефективними методи лікування, які застосовують на етапі надання високоспеціалізованої допомоги.

Слід виявляти гнучкість у клінічному мисленні, тобто переглянути діагноз за відсутності ефекту терапії. Насамперед потрібно виключити можливість зловживання психоактивними речовинами або ж біполярний характер розладу.

Особливості процесу надання медичної допомоги

У сучасних умовах, враховуючи широке розповсюдження депресії, особливо серед пацієнтів, які мають хронічні соматичні захворювання з тривалим перебігом, та появу нових, більш безпечних антидепресантів, діагностика і лікування легких та помірно виражених депресій у більшості країн Європи та Північної Америки проводиться лікарями, які надають первинну медичну допомогу (лікарями загальної практики - сімейними лікарями, терапевтами) і лікарями-спеціалістами (неврологами, кардіологами, гастроентерологами), а не лікарями-психіатрами. За даними статистики, 80% антидепресантів у країнах Західної Європи, США і Канади призначається не лікарями-психіатрами. Всесвітня психіатрична асоціація і Міжнародний комітет з профілактики і терапії депресії запровадили освітню програму з діагностики і лікування депресивних розладів, яка була реалізована в багатьох регіонах. У 2002 році матеріали були опубліковані в Україні. Впродовж останніх десяти років кількість наукових публікацій з цієї проблеми в Україні зростає, проте практичне впровадження залишається недостатнім, загальнодержавної програми підготовки лікарів, які надають первинну медичну допомогу, з питань діагностики і лікування ДР ще немає.

Відповідно до статті 27 Закону України «Про психіатричну допомогу» питання встановлення діагнозу психічного захворювання та надання психіатричної допомоги в примусовому порядку відносяться виключно до компетенції лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів. Проте законом не виключається участь лікарів інших спеціальностей у наданні психіатричної допомоги. Для ефективного впровадження УКПМД «Депресія» у практику надання медичної допомоги у ЗОЗ України, існує потреба у створенні системи заходів щодо підвищення поінформованості лікарів, які надають первинну медичну допомогу, з питань діагностики та лікування депресії (в т.ч., коморбідної). Програма підготовки має включати основні питання:

- засвоєння практичних методів розпізнавання та діагностики депресії;
- формування навичок адекватного спілкування з такими хворими;

- ознайомлення із сучасними фармакологічними препаратами та особливостями їх використання лікарями, які надають первинну медичну допомогу.

Проведення таких занять доцільно організовувати в усіх ЗОЗ на етапі розробки і впровадження Локального протоколу медичної допомоги «Депресія» (Навчальна програма циклу тематичного удосконалення – додаток 5).

Організація надання медичної допомоги пацієнтам із депресією у ЗОЗ, що надає первинну медичну допомогу, включає наступні заходи:

1. ЛЗП-СЛ мають проводити активне виявлення депресії серед пацієнтів групи ризику.

Критерії віднесення пацієнта до групи ризику розвитку депресії наступні:

- наявність психічних та поведінкових розладів в особистому та/або сімейному анамнезі;
- наявність епізодів депресії в анамнезі;
- наявність тяжких захворювань з хронічним перебігом;
- інвалідність;
- психоемоційне навантаження, втрата близької людини; втрата роботи тощо;
- соціальна ізоляція та відсутність міжособистісних підтримуючих стосунків у сім'ї.

2. Для скринінгу депресії у пацієнтів групи ризику використовують Опитувальник здоров'я пацієнта PHQ-2 (Patient Health Questionnaire). При позитивній відповіді хоча б на одне запитання PHQ-2 проводять подальше опитування з використанням опитувальника PHQ-9. У разі підтверджуючої суми балів уточнюють особливості перебігу депресії, що в цілому дозволяє поставити синдромальний діагноз депресії та визначити її тяжкість (див. «Діагностика», додаток 1).

3. У пацієнтів з депресією проводиться аналіз суїцидальних намірів – за допомогою запитання «Чи часто упродовж останнього місяця Вас турбували думки про здійснення самогубства?». Пацієнти з високим ризиком суїциду направляються для подальшого надання медичної допомоги у ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу.

4. У ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, призначається лікування пацієнтам із вперше виявленим депресивним синдромом (ДС), тривожно-депресивним синдромом (ТДС) легкого та помірного ступеню.

5. Обов'язковим компонентом медичної допомоги є надання пацієнту з депресією в доступній для нього формі інформації про стан його здоров'я, перебіг захворювання, рекомендації щодо немедикаментозного і медикаментозного лікування в усній та письмовій формі (див. «Лікування»). Бажано надати пацієнту «Інформаційний лист про депресію для пацієнта» (Додаток 2).

6. Послідовність вибору терапії («stepped care» – «покрокова допомога») у ЗОЗ, що надає первинну медичну допомогу – це діапазон втручань: від ретельного моніторингу легких епізодів та керованої лікарем

самодопомоги/самоконтролю, короткострокового психотерапевтичного втручання, до призначення медикаментозних засобів I лінії та, за необхідності, направлення у ЗОЗ вищого рівня надання медичної допомоги.

7. У ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, антидепресантом вибору є препарати I лінії, які характеризуються достатнім терапевтичним ефектом та безпекою у поєднанні з низькою вірогідністю розвитку побічних ефектів. Препарати з групи селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну (СІЗЗС) мають найбільшу доказову базу.

8. До лікаря-психіатра у ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу, направляються пацієнти з депресією (або лікар-психіатр запрошується на консультацію) для встановлення нозологічного діагнозу.

9. Лікування депресії у ЗОЗ, що надає первинну медичну допомогу, має включати елементи психотерапії та медикаментозне лікування. ЛЗП-СЛ може направити пацієнта для немедикаментозних втручань, зокрема психотерапії (психоосвітні заходи, навчання технікам самоконтролю тощо), до ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу.

10. Пацієнти з депресією та високим ризиком суїциду направляються у спеціалізований стаціонар терміново.

Для забезпечення наступності етапів медичної допомоги пацієнтам з депресією у кожному закладі охорони здоров'я доцільно розробляти та впроваджувати локальний протокол медичної допомоги (ЛПМД), у якому визначено клінічний маршрут (КМ) пацієнта та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення. Взаємодія між закладами охорони здоров'я, які надають первинну, спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу, може також бути визначена відповідними наказами Міністра охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, міських державних адміністрацій.

Важливо окреслити ще одне проблемне питання щодо впровадження положень доказової медицини в лікування пацієнтів з депресією – обмежена доступність психотерапевтичної допомоги для певних верств населення України, зокрема сільського. Психотерапія розглядається як основний метод лікування легкої депресії, а також використовується в комплексі лікування і реабілітації пацієнтів з помірною і тяжкою депресією.

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

3.2. ДЛЯ ЗАКЛАДІВ, ЩО НАДАЮТЬ ВТОРИННУ (СПЕЦІАЛІЗОВАНУ) МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Діагностика		
1.1. Клініко-анамнестичний та психопатологічні методи	До етіології виникнення депресивних проявів не менш важливо віднести фактори, які підтримують або посилюють депресію, тому що вони є потенційними мішенями для втручання.	<p>Обов'язкові:</p> <p>Основою є застосування принципів клініко-діагностичного інтерв'ю та клініко-біографічний анамнез.</p> <p>1. Збір та оцінка даних (демографічні дані пацієнта та його родини, оцінка скарг на здоров'я та особливості (можливості) психолого-соціальної самореалізації пацієнта).</p> <p>2. Збір анамнезу хвороби з оцінкою її динамічних особливостей, особливостей життя пацієнта, світогляду, формування його як особистості. Враховуються психотравматичні моменти життя пацієнта, особливості його розвитку у фізичному та психологічному плані, соматичні захворювання впродовж життя, звертаючи особливу увагу на ті, які безпосередньо чи опосередковано впливають на нервову систему (травми, інтоксикації та ін.). Звертають увагу на шкідливі звички; фармакоанамнез (у т.ч. зловживання неспсихотропними препаратами, зокрема гормональними та депресогенними); фактори соціуму, які можуть впливати на настрій; наявність соціальної підтримки; психологічні та соціальні амортизаційні фактори.</p> <p>3. Клініко-психопатологічне дослідження психічного стану пацієнта за допомогою структурованого діагностичного інтерв'ю з описанням психічного статусу.</p>
1.2. Психодіагностичні методи	Відзначена дуже висока неоднорідність щодо майже всіх знайдених	<p>Обов'язкові:</p> <p>1. Госпітальна шкала тривоги і депресії</p> <p>2. Опитувальник здоров'я пацієнта – PHQ-15</p> <p>3. Шкала загального клінічного враження</p>

	<p>інструментів ідентифікації, що є важливим обмеженням оглядів Опитувальники відрізнялися щодо цільової популяції, кількості пунктів і систем підрахунку. Порівняно з опитувальником Whooley інші опитувальники, такі як PHQ-9 і GDS-15, мали кращу специфічність, але не таку чутливість (хоча вони всі відповідають критеріям високої чутливості).</p>	<p>CGI-S</p> <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Шкала депресії Гамільтона (HAM-D – 17) і/або шкала Монтгомері-Асберг (MADRS) 2. Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A) 3. Госпітальна шкала депресії та тривоги 4. Опитувальники з якості життя QLS-Q, SF-36 або PSP 5. Шкала Шихана. <p>Для встановлення та проведення диференціальної діагностики використовують:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Шкалу манії YMRS 2. Шкалу BPRS 3. Тест MMSE (для пацієнтів) старше 55 років обов'язково 4. Інші діагностичні методики.
<p>1.3. Методи інструментального обстеження</p>	<p>При застосуванні КТ (комп'ютерної томографії) і МРТ (магнітнорезонансної томографії) виявляються як функціональні, так і структурні зміни при депресії.</p> <p>Однак ці дослідження самі по собі не мають діагностичного значення і можуть використовуватися для диференційної діагностики.</p>	<p>Бажані (за необхідності проведення диференційної діагностики з депресивним розладом органічного походження):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ДГ 2. Електроенцефалографія (ЕЕГ) 3. МРТ 4. КТ 5. Ультразвукова доплерографія (УзДГ)
<p>2. Амбулаторне лікування</p>	<p>Метою амбулаторного етапу лікування є попередження рецидиву та забезпечення функціонального</p>	<p>Обов'язкові:</p> <p>Медикаментозна терапія (див. п. 2.1)</p> <p>Психотерапія</p> <p>Бажані:</p> <p>Групова когнітивна терапія</p> <p>Терапія вирішення проблем</p>

	<p>відновлення пацієнта.</p>	
<p>2.1. Етап активної терапії</p>	<p>Цей етап може бути продовженням попереднього етапу, початком або самостійним етапом. Підставою для початку лікування є наявність депресивної симптоматики впродовж більш ніж 2-х тижнів та явне порушення соціального функціонування, неефективність наданої допомоги у ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, побажання пацієнта щодо лікування у ЗОЗ, що надають вторинну медичну допомогу. Особливу увагу слід приділяти прихильності пацієнта до лікування, оскільки частота раннього переривання терапії залишається дуже високою. Рекомендована мінімальна тривалість лікування АД 4 місяці. Стратегія по поліпшенню</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. На початку терапії рекомендовано використання одного АД із врахуванням попереднього досвіду терапії (фарманамнез). Оцінка терапевтичного ефекту проводиться щотижнево, але рішення щодо зміни дози чи самого препарату при відсутності вираженого побічного ефекту приймається не раніше, ніж через 2 тижні терапії, а у випадку вираженої непереносимості – в будь який час. 2. При незначному поліпшенні афективного стану ще 2 тижні продовжують розпочату терапію обраним препаратом, а в разі відсутності прогресу слід перейти до іншого АД І лінії. 3. При відносній терапевтичній неефективності АД впродовж 4-8 тижнів слід перейти до іншого АД або посилити (потенціювання) терапію психотропним препаратом іншого класу (атиповий антипсихотик, тимостабілізатор або транквілізатор), або іншими препаратами не психотропної дії. 4. При наявності виражених симптомів тривоги рекомендується призначення транквілізаторів (бензодіазепінів) терміном до 2-х тижнів. З урахуванням ризику залежності можливе використання інших препаратів анксиолітичної дії (прегабалін, буспірон). 5. У разі тяжкої депресивної симптоматики або/та у випадку резистентності з необхідністю призначення парентеральних форм АД II лінії слід розглянути разом з пацієнтом можливість лікування у спеціалізованому стаціонарі. У разі наявності проявів тяжкої депресії, що несе загрозу життю пацієнта, лікування в стаціонарних умовах є обов'язковим, згідно із Законом України від 22.02.2000 р.

	<p>прихильності пацієнта до лікування повинна також включати психоосвіту пацієнтів та членів родини, активне залучення їх до процесу терапії. Пацієнт повинен бути проінформований про його хворобу, вплив препарату на його організм, очікуваний час появи перших ознак антидепресивного ефекту, етапи лікування, можливі побічні явища та тривалість лікування.</p>	<p>№ 1489-III «Про психіатричну допомогу».</p> <p>6. Депресивний епізод, обтяжений психотичною симптоматикою, потребує обов'язкового поєднаного призначення АД та антипсихотиків другого покоління, що пов'язано, зокрема, із особливою уразливістю пацієнтів цієї категорії щодо виникнення екстрапірамідних ускладнень.</p> <p>7. При відсутності ефекту від медикаментозного лікування рекомендована електроконвульсивна терапія з медикаментозною релаксацією та анальгезією та дотримання технік мінімізації ускладнень.</p> <p>8. Тривалість етапу активної терапії – 8-16 тижнів.</p> <p>9. Пацієнти з ДР, які характеризуються рецидивуванням, резистентністю, ускладненнями, коморбідністю, низькою прихильністю до терапії, нестійкою трудовою та соціальною адаптацією, частими госпіталізаціями, супроводжуються соціально небезпечними діями та потребують застосування високотехнологічних медичних процедур високої складності, мають бути направлені у ЗОЗ, що надають третинну медичну допомогу.</p>
<p>2.2. Етап стабілізуючої терапії</p>	<p>Згідно із сучасними поглядами на ДР, метою терапії слід вважати попередження рецидивів, досягнення та підтримання найбільш можливого рівня соціального функціонування для конкретного пацієнта, що передбачає після досягнення ремісії продовження</p>	<p>Обов'язкові: Терапія АД продовжується препаратом та в дозах, якими була досягнута мета етапу активної терапії та які є оптимальними для досягнення завдань етапу стабілізуючої терапії. Тривалість етапу стабілізуючої терапії – не менше 6-ти місяців.</p>

	терапії, в тому числі з урахуванням резидуальної симптоматики.	
2.3. Етап профілактичної (підтримуючої) терапії	<p>При ДР у разі:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Багаточисельних депресивних епізодів. - Коморбідної хронічної соматичної патології депресії у пізньому віці. - За умови наявної зниженої соціальної адаптації. - За бажанням самого пацієнта слід розглянути можливість більш тривалої (профілактичної) терапії. 	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Профілактичне (підтримуюче) лікування необхідно призначати всім пацієнтам на термін до 1-го року, а пацієнтам з трьома та більше епізодами в минулому, з обтяженим депресією сімейним анамнезом та соматично обтяженим пацієнтам – більше 1-го року. 2. При вирішенні питання про відміну АД слід забезпечити поступове зменшення його дози впродовж не менш ніж 4 тижні (для уникнення синдрому «відміни»).
2.4. Психотерапія, психосоціальна терапія та психоосвітні заходи		<p>Психотерапія пацієнтів із депресивним епізодом передбачає використання:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Когнітивно-поведінкові терапії. 2. Міжособистісної терапії. 3. Психотерапії, направленої на вирішення проблем. 4. Сімейної психотерапії. <p>Залежно від варіанту депресивного розладу та ступеня тяжкості, психосоціальна терапія може застосовуватись у вигляді тренінгу когнітивних функцій, тренінгу вирішення проблем, міжособистісної взаємодії, тренінгу комунікативних навичок, тренінгу позитивного самосприйняття та впевненої поведінки.</p> <p>Психоосвітні заходи спрямовані на створення терапевтичного альянсу, активацію пацієнта, дотримання рекомендацій лікаря, залучення родичів до</p>

		лікування та відновлення якості життя пацієнта.
2.5. Інші додаткові методи терапії	Не було визначено достатніх доказів щодо використання додаткових методів в якості самостійних методів лікування пацієнтів з депресією.	<p>1. Використовуються в комбінації з основною терапією (психофармако- та психотерапією): фототерапія, стимуляція блукаючого нерва, дієтотерапія, фізична активність (лікувальна фізкультура), арт-терапія, музикотерапія, культ терапія.</p> <p>2. У випадку відмови пацієнта від медикаментозного лікування потрібно рекомендувати альтернативну психотерапевтичну допомогу, проводити психоосвітні бесіди та заходи, спрямовані на вироблення ефективного дотримання.</p>
3. Диспансерне спостереження	Особливу увагу слід приділяти дотриманню рекомендацій щодо фармакотерапії, оскільки ризик припинення прийому АД дуже високий. Хоча клінічні практичні настанови рекомендують мінімальну тривалість лікування АД РДР (рекурентний депресивний розлад) 6-12 місяців, близько 30% пацієнтів припиняють їх прийом впродовж 30-ти днів, більше 40% – 90 днів.	<p>Обов'язкові:</p> <p>1. Спостереження за станом пацієнта на етапі активної терапії проводиться щоденно впродовж перших двох тижнів, через день впродовж наступних двох тижнів (якщо немає іншої потреби більш інтенсивного спостереження, наприклад при відсутності терапевтичного ефекту, ускладненнях від терапії, коморбідних розладах та ін.), та один раз на тиждень після першого місяця терапії, якщо немає потреби в більш інтенсивному спостереженні.</p> <p>2. Консультації проводяться з частотою, яку встановлює лікар-психіатр, але не рідше, ніж описане вище.</p> <p>3. Пацієнти із депресивним епізодом потребують диспансерного спостереження (у консультативній або диспансерній групах).</p> <p>4. При передачі відповідальності за продовження призначень у ЗОЗ, що надає первинну медичну допомогу, ЛЗП-СЛ має отримати чітку рекомендацію щодо плану лікування, дозування ліків і очікуваної тривалості лікування.</p>

IV. ОПИС ЕТАПВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

4.2. Алгоритм лікування у ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу

Депресивні стани, що вимагають специфічного терапевтичного втручання, класифікуються відповідно до діагностичних критеріїв діючих діагностичних систем, таких як DSM-5 або МКХ-10.

Існують п'ять основних критеріїв для діагностики великого депресивного розладу згідно з критеріями DSM-5 і два основних і, як мінімум, два додаткових для депресивного епізоду відповідно до критеріїв МКХ-10 (див. 4.2.1).

4.2.1. Класифікація та критерії великого депресивного розладу (DSM-5, Американська психіатрична асоціація, 2013) і депресивного епізоду (МКХ-10, Всесвітня психіатрична Організація, 1992)

DSM-5	МКХ-10
<p>Великий депресивний розлад</p> <ul style="list-style-type: none">- Окремий епізод;- Повторний епізод. <p>Критерії (коротко):</p> <p>А. Понад два останніх тижні більшу частину дня, майже щодня, спостерігається 5 з нижченаведених ознак (1 і 2 повинні бути обов'язково):</p> <ol style="list-style-type: none">1) пригнічений настрій;2) втрата інтересу або активності практично у всіх сферах життя;3) значне зниження або збільшення ваги (більш ніж на 5% за місяць) або збільшення або зниження апетиту, спостережуване практично щодня;4) недостатній або надмірний сон;5) психомоторна загальмованість або збудження (ажитація);6) слабкість або недостатність енергії;7) почуття неповноцінності або надзвичайне чи неадекватне почуття провини (не тільки самозвіт відносно хвороби);8) зниження здатності мислити або концентрувати увагу або труднощі під час прийняття рішень (за суб'єктивною оцінкою або на думку оточуючих);9) повторювані думки про смерть (не тільки страх смерті), суїцидальні думки або тенденції, продумування способу суїциду.	<p>Загальні діагностичні вказівки для розладів настрою:</p> <ul style="list-style-type: none">- Розлади, при яких основним порушенням є зміна настрою (афект) депресивного (частіше з тривогою) характеру. Зазвичай проявляються зміною загального рівня активності. Більша частина інших симптомів вторинна або легко вписується в контекст змін рівня активності.- Більшість афективних розладів має тенденцію повторюватися. Початок окремих епізодів часто пов'язаний з психотравмуючою подією або ситуацією.- Депресивний епізод (F 32).- Рекурентний депресивний розлад (F 33). <p>За ступенем тяжкості:</p> <ul style="list-style-type: none">• Легкий (F33.0).• Помірний (F33.1).• Тяжкий (F33.2). <p>Критерії (коротко):</p> <p>Існує принаймні 2 тижні</p> <p>Основні:</p> <ol style="list-style-type: none">1) зниження настрою;2) втрата цікавості і задоволення від того, що раніше було приємним;3) зниження енергії, мотивів і підвищена втома.

<p>Б. Симптоми викликають клінічно значущий дистрес (труднощі функціонування) чи порушують соціальне, професійне функціонування або іншу важливу сферу активності.</p> <p>В. Епізод не можна віднести до фізіологічних проявів прийому ліків або до соматичних захворювань.</p> <p>Г. Даний депресивний епізод не можна трактувати як прояв розладів шизофренічного спектру.</p> <p>Д. У пацієнта ніколи не було гіпоманіакальних або маніакальних епізодів.</p>	<p>Додаткові симптоми:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) труднощі концентрації та уваги; 2) зниження самооцінки і впевненості в собі; 3) ідеї провини і неповноцінності; 4) ажитація чи загальмованість; 5) суїцидальні тенденції і спроби; 6) порушення сну; 7) втрата апетиту. <p>Стан зниженого настрою, мало схильний до змін впродовж депресивного епізоду, однак настрої може коливатися впродовж доби.</p>
--	--

Наявність специфічних підтипів всередині однієї нозологічної групи впливає на вибір специфічної терапії АД і на можливість її невдачі. Коморбідні стани можуть впливати не тільки на вибір специфічної терапії, а й на безпечність і клінічну ефективність лікування.

Підрозділ з тяжкості проявів хвороби має велику клінічну значущість, оскільки існує єдина думка щодо прийнятності терапії легкої і помірної депресії методом психотерапії без додаткової біологічної терапії (психофармакотерапії або ЕКТ). Існує можливість позитивної відповіді на лікування пацієнтів з легкою або помірною депресією засобами фітотерапії, такими як «St. Johns worth» або бензодіазепінами без застосування АД (якщо немає особливих обмежень щодо їх застосування). Крім того, існують дані, що переважно у групі пацієнтів з тяжко вираженою депресією найкращі результати дає застосування ЕКТ, ТЦА або препаратів подвійної дії – таких як венлафаксин, дулоксетин або міртазапін.

Істотний спектр проявів депресій має відношення до практики сімейного лікаря. Таким чином, послідовність вибору терапії («stepped care» - «покрокова допомога») в первинній мережі – це діапазон пропонованих втручань, що варіюється від ретельного моніторингу легких епізодів без негайного втручання та керований фахівцем самопомоги, короткострокового психокорекційного, психотерапевтичного втручання, фармакологічного менеджменту та, за необхідності, направлення у ЗОЗ, що надає вторинну або третинну медичну допомогу.

З якого кроку та в якому обсязі надавати допомогу вирішує сімейний лікар, а відсутність терапевтичної відповіді є підставою для застосування наступного кроку терапії.

Депресію необхідно трактувати як захворювання з хронічним перебігом з принципами лікування та ведення пацієнтів аналогічно цукровому діабету та серцевій недостатності. Менеджмент депресії передбачає наступні елементи:

1. Активне виявлення з використанням скринінгових питань та рейтингових шкал.

2. Забезпечення психофармакотерапії та психотерапії на підставі доказової практики.
3. Проведення індивідуальної терапії пацієнтів відповідно до покрокової допомоги.
4. Забезпечення психопросвіти та самодопомоги пацієнтів.
5. Проведення динамічного моніторингу якості надання допомоги.

4.2.2. Мета та етапи лікування

Традиційно етапи лікування поділяють на активне лікування, тривале (стабілізуюче) і підтримуюче (профілактичне) лікування.

Цілі клінічного лікування можуть бути розділені на гострі, проміжні та довготривалі. Кінцевою метою активного лікування є досягнення ремісії, що означає не тільки відсутність симптомів (в значенні відсутності відповідно до критеріїв діагнозу захворювання, а також відсутності або наявності мінімальних залишкових симптомів), але також і явні поліпшення психосоціального функціонування та зайнятості. Проміжні цілі полягають у подальшій стабілізації і запобіганні рецидиву, виключення субсиндромальних симптомів і відновлення колишнього функціонального рівня. Довгострокова мета полягає в запобіганні подальшим епізодам, підтримці функціональних можливостей і задовільній якості життя.

На думку пацієнта, найважливіші критерії ремісії – це присутність ознак хорошого психічного здоров'я, наприклад, оптимізм і впевненість у собі, повернення до колишнього, нормального стану і звичайного функціонування.

Проте найважливіша мета на всіх стадіях лікування захворювання полягає в тому, щоб запобігти самогубству як найбільш небезпечному результату депресії, який все ще часто зустрічається.

Дуже важливим є регулярне відстеження і документування досягнення цих цілей лікування, оскільки таким чином приймаються рішення щодо подальшого лікування.

Таблиця 1. Фази та завдання терапії великого депресивного розладу

Фази терапії	Тривалість	Завдання	Дії
Гострий період.	8-16тижнів.	<ul style="list-style-type: none"> • Ремісія симптомів. • Відновлення функції. 	<ul style="list-style-type: none"> • Формування групи спеціалістів, які займаються лікуванням. • Навчання. • Вибір та проведення лікування. • Моніторинг покращення.

Стабілізуючий етап.	6 місяців.	<ul style="list-style-type: none"> • Подолання резидуальної симптоматики. • Профілактика раннього рецидиву. • Повернення повного функціонування та якості життя. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.	<ul style="list-style-type: none"> • Підтримання повного функціонування та якості життя. • Профілактика рецидиву 	<ul style="list-style-type: none"> • Навчання. • Реабілітація. • Лікування супутніх захворювань. • Моніторинг щодо рецидиву.

4.3. Психотерапія

Психотерапія проводиться на різних етапах самостійно або з психофармакотерапією, безпосередньо при спілкуванні з лікарем або з використанням дистанційних засобів спілкування.

Якщо депресія не тяжка або ж пацієнт віддає перевагу психотерапії, то вона може бути ефективною в якості монотерапії. При лікуванні тяжкої депресії фармакотерапія зазвичай є більш ефективною. Комбіноване лікування (психотерапія плюс фармакотерапія) може бути ще ефективнішим, хоча потребує більших фінансових затрат.

Таблиця 2. Рекомендації з індивідуальної психотерапії при гострому великому депресивному розладі (ВДР)

Лінія (пріоритет вибору) терапії	Тип психотерапії	Доказовість рекомендацій
I лінія	Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)	Рівень 1
	Міжособистісна терапія (МОТ)	Рівень 1
II лінія	Бібліотерапія	Рівень 1
	Поведінкова активація	Рівень 2
	Система психотерапії когнітивно-поведінкового аналізу	Рівень 1 (хронічний ВДР з гострим епізодом)
	Комп'ютеризована КПТ	Рівень 2
	КПТ і МОТ за телефоном	Рівень 2
III лінія	Терапія прийняття віддачі	Рівень 3
	Мотиваційне інтерв'ювання	Рівень 4

	Психодинамічна терапія	Рівень 2
	Емоційно-сфокусована терапія	Рівень 2

КПТ при депресії – це 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.

МОТ – це короткострокова (зазвичай 12-16 сеансів по одному на тиждень) психотерапія, сфокусована на одній або декількох областях проблемного функціонування, включаючи рольові переходи, міжособистісні рольові конфлікти, нерозв'язане переживання скорботи або дефіцит міжособистісних відносин.

4.4. Фармакотерапія

4.4.1. Принципи проведення фармакотерапії

Призначати АД слід в контексті відповідного загального клінічного підходу, включаючи:

- **ретельне діагностичне обстеження** з оцінкою ризику суїцидальності, винятком наявності біполярного розладу, урахуванням супутніх захворювань, одночасної (вже проведеної або ж запланованої) медикаментозної терапії, специфічних для конкретного випадку проявів (наприклад, психозу, атипових симптомів або сезонної залежності), а також проведенням лабораторних досліджень за показами;

- **надання пацієнтові необхідних відомостей і навчання необхідним навичкам у лікуванні свого захворювання;**

- **ретельний моніторинг лікування**, особливо на початку проведення фармакотерапії;

- **моніторинг результатів лікування** з використанням валідних рейтингових шкал;

- **періодична перевірка прихильності пацієнта до лікування.**

4.4.2. Вибір засобу антидепресивної терапії

Під час першочергового вибору препарату антидепресивної терапії слід враховувати наступні важливі фактори:

- ефект попереднього застосування антидепресивних медикаментозних агентів;

- супутні захворювання;

- профіль симптомів;

- переваги пацієнта;

- профіль чутливості до препарату;

- потенційні взаємодії між ліками;

- економічні/цінові аспекти.

4.5. Рекомендації щодо курації пацієнтів

4.5.1. Необхідно провести діагностичну оцінку, приділивши особливу увагу суїцидальним намірам, біполярності, супутнім захворюванням, прийому інших медикаментів і специфічним ознакам (психоз, атипові ознаки та сезонність).

4.5.2. Якщо клінічно показано, слід виконати лабораторні обстеження, у тому числі аналізи функцій печінки та метаболізму.

4.5.3. Використання АД повинне супроводжуватися клінічним веденням, у тому числі навчанням пацієнта дотриманню прийому лікування і технікам самоконтролю.

4.5.4. Стан пацієнта слід ретельно перевіряти кожні 1-2 тижні, принаймні на початку фармакотерапії, оскільки це – період високого ризику. Залежно від тяжкості і відповіді на лікування надалі частоту візитів можна скоротити до одного на 2-4 тижні або рідше.

4.5.5. Спостереження повинне включати відповідне використання шкал валідності оцінки результатів лікування.

4.5.6. Вибір АД має бути індивідуальним, базуватися на клінічних факторах, у числі яких профіль симптомів, супутні захворювання, профіль переносимості, відповідь на лікування у минулому, можливі взаємодії препаратів, побажання пацієнтів і вартість.

Препаратами вибору є АД I лінії лікування. ТЦА рекомендують як препарати II лінії лікування через проблеми з переносимістю і безпечністю; інгібітори MAO призначають у якості III лінії терапії у зв'язку із проблемами з переносимістю та безпечністю, необхідністю дотримання дієти й обмеженнями при прийомі інших медикаментів.

4.6. Розповсюджені питання, які виникають при курації пацієнтів з депресією

4.6.1. Чи пов'язаний прийом АД із появою суїцидальних намірів?

Доказові дані у дорослих (проведені мета-аналізи РКД) не показали підвищення ризику завершених суїцидів або росту суїцидальних намірів при прийомі СІЗЗС і новітніх АД. На сьогодні відсутні чіткі докази того, що застосування СІЗЗС і новітніх АД пов'язане з появою суїцидальних намірів у пацієнтів молодого й похилого віку.

4.6.2. Які інші серйозні побічні ефекти АД?

Серотоніновий синдром, підвищений ризик кровотеч верхнього відділу шлунково-кишкового тракту (ШКТ), особливо у комбінації з нестероїдними протизапальними засобами, остеопороз і переломи в осіб похилого віку, ризик судомних випадків (бупропіон), кардіотоксичність (ТЦА) (Додаток б).

Таблиця 4. Частота сексуальних дисфункцій, викликаних прийомом антидепресантів I лінії лікування

Частота сексуальних дисфункцій	Антидепресант
< 10%	Агомелатин

	Бупропіон
	Міртазапін
	Селегілін
10-30%	Циталопрам
	Дулоксетин
	Есциталопрам
	Венлафаксин
> 30%	Флуоксетин
	Флувоксамін
	Пароксетин
	Сертралін

4.6.3. Якими є відмінності у можливих лікарських взаємодіях?

Одночасне використання декількох медикаментів (поліпрагмазія) можливе у пацієнтів, що страждають на а, і пояснюється тривалим перебігом депресій, високою поширеністю супутніх соматичних захворювань і недостатньою відповіддю на монотерапію АД. Отже, взаємодія медикаментів з АД є важливою клінічною проблемою.

Таблиця 5. Клінічно значимі лікарські взаємодії в результаті інгібування ізоферментів CYP

Дія на CYP	Підвищення концентрації у сироватці крові	
Інгібування CYP 1A2	Агомелатин Кофеїн-бензоат натрію Клозапін Дулоксетин Мексилетин	Напроксен Теофілін Варфарин
Інгібування CYP 2C19	Антиаритмічні препарати Протиепілептичні засоби (діазепам, фенітоїн, фенобарбітал) Індометацин	Омепразол Пропранолол Варфарин
Інгібування CYP 2D6	ТЦА β-блокатори (метопролол, пропранолол) Кодеїн та інші опіоїди (знижується ефект)	Оланзапін Рисперидон Тамоксифен Трамадол
Інгібування CYP 3A4	Аміодарон Антиаритмічні препарати Антигістамінні засоби Антагоністи кальцієвих каналів (дилтіазем, верапаміл)	Імуномодулятори (циклоспорин, такролімус) Препарати групи макролідів (klarитроміцин, еритроміцин)

	Галоперідол Інгібітори протеаз ВІЛ Статини	Метадон Фенотіазини Кветіапін Силденафіл Тамоксифен
--	--	---

Таблиця 6. Потенційні лікарські взаємодії АД I лінії лікування

Мінімальна чи низька можливість	Помірна можливість	Висока можливість
Циталопрам Есциталопрам Міртазапін Венлафаксин	Агомелатин (субстрат 1A2 ¹) Бупропіон (2D6) Дулоксетин (2D6; субстрат 1A2 ¹)	Флуоксетин (2D6, 2C19) Флувоксамін (1A2, 2C19, 3A4) Пароксетин (2D6; Р-глікопротеїн) Селегілін (попередження іМАО ²) Сертралін (2D6; Р-глікопротеїн)

Примітки: У дужках зазначені ізоферменти СYP або Р-глікопротеїн, що інгібуються.

¹ – слід уникати одночасного прийому інгібіторів СYP 1A2 (ципрофлоксацину й інших антибактеріальних препаратів, тиклопідину), оскільки концентрація АД у сироватці крові буде підвищуватися, що призведе до можливих побічних ефектів.

² – попередження схожі з такими для старих інгібіторів МАО; слід уникати одночасного призначення інших АД, серотонінергічних засобів і симпатоміметичних засобів.

4.6.4. Які ще фактори впливають на вибір АД?

При виборі АД необхідно враховувати фактори з боку пацієнта (стать і вік, тяжкість і діагностичний підтип захворювання, супутня патологія, відповідь на лікування в анамнезі, чутливість до побічних ефектів, можливі біомаркери) і терапевтичні фактори (ефективність/переносимість/безпека препарату, його ефективність в умовах клінічної практики, потенційні лікарські взаємодії, простота використання, синдром рикошету, вартість, бренди порівняно з генериками). Так вибір АД залежить від підтипу депресії (наприклад, депресія з атиповими, меланхолійними або психотичними ознаками чи сезонна).

4.6.5. Резюме з фармакотерапії

1. Відповідна оцінка і моніторинг суїцидального ризику є важливими складовими лікування РДР, проте стурбованість із приводу суїцидальних намірів, викликаних прийомом АД, не повинна перешкоджати початку лікування в дорослих (рівень доказовості I).
2. При виборі конкретного медикамента слід розглядати профіль побічних ефектів певних АД (рівень доказовості II).
3. Нечасті, але серйозні побічні явища необхідно брати до уваги в пацієнтів, схильних до ризику їх виникнення (рівень доказовості II).

4. Для пацієнтів з ризиком лікарських взаємодій при виборі препарату рекомендується враховувати вплив певних АД на ізоферменти СYP і P-глікопротеїн (рівень доказовості III).
5. При лікуванні АД 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 антидоти і можливості переходу на інший АД, якщо при досягненні відповіді або ремісії небажані ефекти продовжують турбувати пацієнта (рівень доказовості III).
7. Для ДР із психотичними ознаками рекомендується комбінувати АД з антипсихотичними засобами (рівень доказовості I).

4.7. Ведення пацієнтів при неповній відповіді та її відсутності

4.7.1. Як довго чекати на клінічну відповідь?

Зазвичай антидепресивний ефект з'являється на 2-4-му тижні або пізніше. Останнім часом зазначається, що більш рання (1-2-й тиждень) відповідь на терапію корелює з більш повним досягненням ремісії. У пацієнтів, у яких виявляють незначне покращення (на менш ніж 20% за шкалою оцінки депресії) після 2-х тижнів прийому АД, слід вносити зміни до терапії, наприклад, підвищувати дозу.

4.7.2. Що робити, якщо пацієнт не відповідає на лікування?

Досягнення і підтримка симптоматичної ремісії – перший необхідний крок на шляху до функціонального одужання, проте натуралістичні дослідження лікування демонструють, що майже в 2/3 пацієнтів після прийому першого АД повна ремісія не настає. Якщо після оптимізації дози АД (підвищення) покращення відсутнє, першим кроком має бути повторна оцінка питань діагностики (біполярність, підтип депресії, супутні розлади, у тому числі зловживання психоактивними речовинами) і лікування (дотримання режиму прийому, побічні реакції, суїцидальні наміри).

Незважаючи на відсутність загально визнаного визначення резистентної депресії, найчастіше використовується наступне: невдалий результат після адекватних спроб терапії двома або більше АД.

Варіанти терапії резистентної депресії включають додавання психотерапії з доведеною ефективністю, перехід до нейростимулюючого лікування, наприклад електроконвульсивної терапії або транскраніальної магнітної стимуляції, і продовження фармакологічних стратегій. Фармакологічні стратегії включають переведення на монотерапію іншим антидепресивним засобом або додавання інших препаратів до першого АД (табл. 7). Термін «потенціювання» використовується для описання додавання медикаментів, які не є АД (літій, атипичний антипсихотик або тиреоїдний гормон), тоді як «комбінація» передбачає додавання іншого антидепресивного засобу до першого.

Таблиця 7. Терапія за відсутності або неповній відповіді на перший АД

I лінія	Перехід на інший препарат з доведеною ефективністю	Дулоксетин (рівень доказовості II) Есциталопрам (рівень доказовості I) Міртазапін (рівень доказовості II) Сертралін (рівень доказовості I) Венлафаксин (рівень доказовості I)
	Доповнення іншим препаратом	Арипіпразол (рівень доказовості I) Літій (рівень доказовості I) Оланзапін (рівень доказовості I) Рисперидон (рівень доказовості II)
II лінія	Доповнення іншим препаратом	Бупропіон (рівень доказовості II) Міртазапін/міансерин (рівень доказовості II) Кветіапін (рівень доказовості II) Інший АД (рівень доказовості III)
	Перехід на інший препарат з доведеною ефективністю, але з обмеженням щодо побічних ефектів	Амітриптилін (рівень доказовості II) Кломіпрамін (рівень доказовості II) Інгібітори MAO (рівень доказовості II)
III лінія	Доповнення іншим препаратом	Буспірон (рівень доказовості II) Стимулятори (рівень доказовості III) Зипразидон (рівень доказовості III)

4.7.3. Який підхід є більш раціональним і послідовним при неповній відповіді або її відсутності на лікування АД I лінії?

Розпочати й оптимізувати терапію АД I лінії.

Визначити ступінь покращення, використовуючи валідизовані шкали оцінки.

Немає покращення (зміни $\leq 20\%$) або непереносимість.

Деяке покращення (зміни $\geq 20\%$), але не ремісія.

Ремісія (показники в діапазоні норми).

Оцінити побічні ефекти й симптоми.

Оцінити побічні ефекти й резидуальні симптоми.

Оцінити фактори ризику рецидиву.

Перехід на інший препарат з доведеною ефективністю.

Якщо менш ніж повна ремісія.

Додавання до лікування іншого препарату (додавання/комбінація).

Підтримуюча терапія.

Ремісія (показники в діапазоні норми).

Розцінювати депресію як резистентну до лікування.

1. Початок покращення (зниження показників оцінки симптомів на більш ніж 20%) при прийомі АД I лінії терапії має проявлятися впродовж 1-4-х тижнів після досягнення терапевтичної дози. Якщо за цей час його немає, а препарат добре переноситься, дозу необхідно підвищити. Якщо покращення все ще

недостатнє, необхідно переглянути діагноз (зокрема, супутні розлади), ступінь покращення (кількість і тип резидуальних симптомів), прийом препаратів та переносимість.

2. На кожному з етапів залежно від тяжкості і побажань пацієнта можна розглянути доповнення лікування доведеними нефармакологічними інтервенціями (когнітивно-поведінкова терапія, фізичні вправи, світлотерапія і т.д.) або перехід на нейростимулююче лікування (ЕКТ або транскраніальна магнітна стимуляція).

3. Якщо покращення відсутнє (зниження показників оцінки симптомів на менш ніж 20%), слід переходити на інший АД з доведеною перевагою в ефективності. Якщо проблемою є переносимість, необхідно призначати АД з іншим профілем побічних явищ.

4. Якщо покращення внаслідок монотерапії іншим препаратом відсутнє або недостатнє, рекомендується додаткове лікування.

5. Якщо є деяке покращення, але ремісії після прийому АД I лінії не досягнуто, залежно від переносимості рекомендують використовувати додаткове лікування – додавання іншого препарату до основного АД (табл. 7). Вибір препарату для додаткової терапії має бути індивідуальним залежно від ефективності, тяжкості побічних реакцій і резидуальних симптомів.

6. Якщо на додаткове лікування відповідь недостатня, необхідно розглянути стратегії для резистентної депресії. Варіанти фармакотерапії включають використання іншого додаткового препарату, перехід на інший АД I лінії лікування із низкою доказів про перевагу або АД II чи III лінії, у тому числі ТЦА (зокрема, кломіпрамін), кветіапін або інгібітори MAO.

7. Після досягнення повної ремісії симптомів пацієнт повинен продовжувати прийом АД, як мінімум, впродовж 6-9-ти місяців, перш ніж припинити його. В осіб, схильних до ризику рецидиву, підтримуюче лікування слід оцінювати індивідуально. Для багатьох таке лікування АД необхідне принаймні впродовж 2-х років, а в деяких випадках – на постійній основі. Доза АД для підтримуючої терапії має бути такою ж, яка була потрібна в гострій фазі.

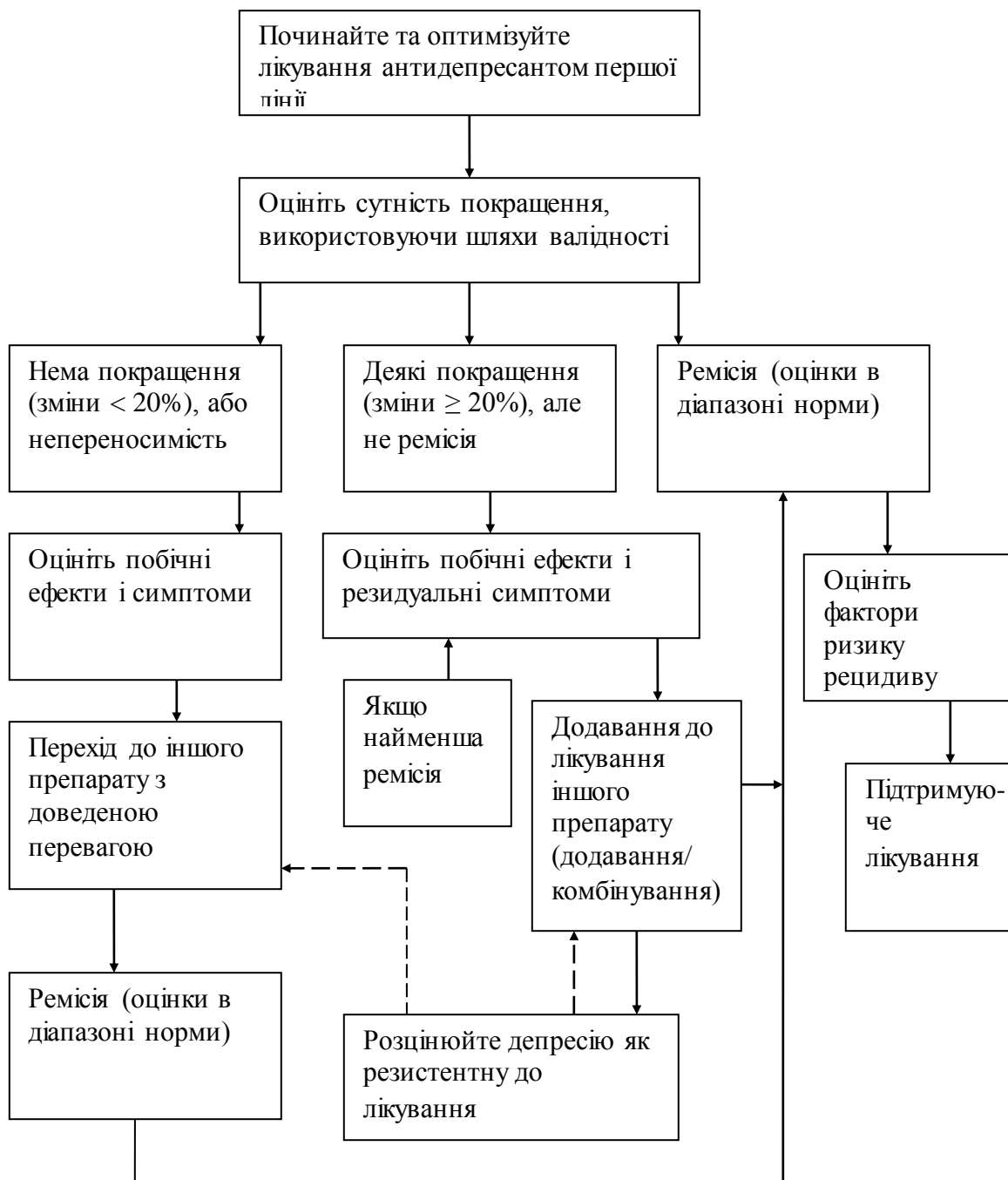


Рис. 1. Алгоритм ведення пацієнта з недостатньою відповіддю на лікування антидепресантами I лінії

4.7.4. Як довго пацієнтам слід приймати АД після покращення?

Мета-аналізи РКД продемонстрували, що підтримуюче медикаментозне лікування ефективно запобігає поверненню симптомів і продовжує діяти від 6-ти місяців до 5-ти років. Підтримуючі дози повинні бути такими ж, як і ті, за допомогою яких досягнуте покращення.

4.7.5. Фактори, які зумовлюють тривале (від 2-х років або довічно) підтримуюче лікування АД

- похилий вік;

- рецидивуючі епізоди (≥ 3);
- хронічний перебіг;
- психотичні епізоди;
- тяжкі епізоди;
- епізоди, які погано піддаються лікуванню;
- значимі супутні захворювання (психіатричні або соматичні);
- резидуальні симптоми (недостатня ремісія) під час поточного епізоду;
- рецидиви в анамнезі під час припинення прийому АД.

V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) (далі – ЛПМД (КМП)) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до ЛПМД (КМП), та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою <http://www.drlz.kiev.ua/>.

2. Для закладів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу

2.1. Кадрові ресурси

Лікарі-психіатри, лікарі-психотерапевти, лікарі-психологи, практичні психологи, лікарі-терапевти, лікарі-кардіологи, лікарі-неврологи, лікарі-гастроентерологи та інші відповідні спеціалісти.

2.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення

Комп'ютерний томограф, магнітно-резонансний томограф, ультразвуковий доплерограф, електроенцефалограф.

Лікарські засоби (*Порядок переліку лікарських засобів не означає пріоритетності їх застосування (препарати наведені в алфавітному порядку)*)

Антидепресанти: Агомелатин, Амітриптилін, Бупропіон, Венлафаксин, Доксепін, Дулоксетин, Есциталопрам, Іміпрамін, Кломіпрамін, Міансерин, Міртазапін, Пароксетин, Сертралін, Тіанептин, Тразодон, Флуоксетин, Флувоксамін, Циталопрам.

Антипсихотики: Амісульприд, Арипіпразол, Галоперидол, Зипразидон, Зуклопентиксол, Кветіапін, Клозапін, Оланзапін, Паліперидон, Рисперидон, Сертиндол, Сульпірид, Тіоридазин, Трифлуоперазин, Флуфеназин, Флюпентиксол, Хлорпромазин, Хлорпротиксен.

Анксиолітики: Буспірон, Діазепам, Оксазепам, Хлордіазепоксид.

Нормотиміки: Літій.

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Форма № 025/о – Медична карта амбулаторного хворого (Форма № 025/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974

Форма № 030/о – Контрольна карта диспансерного нагляду (Форма 030/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28.04.2012 року за № 661/20974

Форма № 106/о – Лікарське свідоцтво про смерть (Форма 106/о), затверджена наказом МОЗ України від 08 серпня 2006 року № 545 «Про впорядкування ведення медичної документації, яка засвідчує випадки народження і смерті», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 25.10.2006 року за № 1150/13024

6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

6.1.1. Наявність у лікаря загальної практики - сімейного лікаря локального протоколу ведення пацієнта з депресією.

6.1.2. Наявність у закладі охорони здоров'я, що надає спеціалізовану медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з депресією.

6.1.3. Використання опитувальників РНQ-2 та РНQ-9 лікарями загальної практики - сімейними лікарями для діагностики депресії.

6.1.4. Відсоток лікарів загальної практики - сімейних лікарів закладу, які пройшли тематичне удосконалення з діагностики та лікування депресивних розладів у ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу.

6.1.5. Відсоток пацієнтів, які скоїли суїцид.

6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

6.2.1. А) Наявність у лікаря загальної практики-сімейного лікаря локального протоколу ведення пацієнта з депресією

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором

висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2015 рік – 90%;

2016 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД (первинної медичної допомоги)), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД), зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД), зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнта з депресією (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікарем загальної практики-сімейним лікарем (АСМ, центри ПМД).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.2. А) Наявність у закладі охорони здоров'я, що надає спеціалізовану медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з депресією

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2015 рік – 90%;

2016 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності ЛПМД ведення пацієнта з депресією (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.3. А) Використання опитувальників РНQ-2 та РНQ-9 лікарями загальної практики - сімейними лікарями для діагностики депресії

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Аналіз індикатора дозволить виявити проблеми, пов'язані з кваліфікованою оцінкою діагностики депресії.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД), зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД), зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД), зареєстрованих на території обслуговування, які використовували опитувальники РНҚ-2 та РНҚ-9 для діагностики депресії. Джерелом інформації є записи в первинній медичній документації (Медична карта амбулаторного хворого, Форма № 25/о) щодо результатів використання опитувальників РНҚ-2 та РНҚ-9 при обстеженні пацієнта ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.4. А) Відсоток лікарів загальної практики - сімейних лікарів закладу, які пройшли тематичне удосконалення з діагностики та лікування депресивних розладів у ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу (Додаток 5)

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує рівень ЛЗП-СЛ закладу, які пройшли тематичне удосконалення з діагностики та лікування депресивних розладів у ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД), зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість ЛЗП-СЛ (АСМ (амбулаторії сімейної медицини), центри ПМД), зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт участі в програмі тематичного удосконалення з діагностики та лікування депресивних розладів. Джерелом інформації є документ (свідоцтво) з проходження тематичного удосконалення, наданий ЛЗП-СЛ (АСМ, центри ПМД).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.5. А) Відсоток пацієнтів, які скоїли суїцид

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

При аналізі індикатора слід зважати на низьку інформативність порівнянь значень показника, обчисленого на невеликій кількості випадків, що складають чисельник або знаменник індикатора.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: лікарі-психіатри, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями-психіатрами, ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій

після надходження інформації від всіх лікарів-психіатрів ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з депресією, які перебувають на диспансерному обліку на території обслуговування. Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма № 025/о);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з депресією, які перебували на диспансерному обліку на території обслуговування, для яких задокументований факт скоєння суїциду.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма № 025/о);

Лікарське свідоцтво про смерть (форма № 106/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

**Директор Департаменту медичної допомоги
МОЗ України**

С.Г. Хотіна

VII. Перелік літературних джерел, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Депресія (легкий та помірний епізоди без соматичного синдрому та з соматичним синдромом)»
2. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Рекурентні депресивні розлади»
3. Закон України від 22.02.2000 р. № 1489-III «Про психіатричну допомогу»
4. Наказ МОЗ України від 08.04.2014 р. № 252 «Про затвердження шостого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності»
5. Наказ МОЗ України від 27.12.2013 р. № 1150 «Про затвердження Примірною табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів»
6. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313
7. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований у Міністерстві юстиції України за № 661/20974 від 28.05.2012 р.
8. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 734 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування»
9. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 735 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування»
10. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 739 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру»
11. Наказ МОЗ України від 02.03.2011 р. № 127 «Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень»
12. Наказ МОЗ України від 17.11.2010 р. № 999 «Про затвердження форм звітності та медичної облікової документації служб швидкої та невідкладної медичної допомоги України», зареєстрований Міністерством юстиції України за № 147/18885 від 03.02.2011 р.
13. Наказ МОЗ України від 15.04.2008 р. № 199 «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу» зареєстрований Міністерством юстиції за №577/15268 від 03.07.2008 р.

14. Наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», зареєстрований Міністерством юстиції за № 892/7180 від 12.11.2002 р.

15. Наказ МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»

VIII. Додатки до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги

Додаток 1
до уніфікованого клінічного протоколу первинної,
вторинної (спеціалізованої) та третинної
(високоспеціалізованої) медичної допомоги
«Депресія»

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 ВДР, так само як і для вибору методу/засобу лікування та моніторингу результатів.

ПІП _____ 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 випадку наявності у Вас наведених вище проблем – наскільки вони ускладнили виконання Вами службових обов'язків, домашніх справ або ж спілкування з іншими людьми?	Зовсім не ускладнили
	Деяко ускладнили
	Дуже ускладнили
	Надзвичайно ускладнили

Критерії оцінки результатів PHQ-9 *

Загальний бал	Тяжкість депресії
0-4	Депресія відсутня
5-9	Легка («субклінічна») депресія
10-14	Помірної тяжкості депресія
15-19	Середньої тяжкості депресія
20-27	Тяжка депресія

* Бал ≥ 10 є інформативним в значенні ВДР з чутливістю та специфічністю 83%

Додаток 2
до уніфікованого клінічного протоколу первинної,
вторинної (спеціалізованої) та третинної
(високоспеціалізованої) медичної допомоги
«Депресія»

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

Основними проявами депресії є:

1. Пригнічений настрій, який відмічається більшу частину дня практично щоденно, особливо, в ранкові години, упродовж 2-х тижнів та більше, незалежно від зовнішніх обставин.

2. Відчутне зниження або повна втрата інтересів та задоволення від діяльності, яка зазвичай була пов'язана з позитивними емоціями.

3. Немотивоване зниження енергії та активності, підвищення втомлюваності при фізичних та інтелектуальних навантаженнях.

4. Зниження самооцінки, впевненості в собі, наявність почуття провини, безпорадності, розгубленості, невпевненості в своїх діях, нездатність прийняти рішення чи зосередитися.

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

Виділяють біологічні, психологічні 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 або тяжке захворювання з тривалим перебігом, особливо – у випадку, коли воно призводить до інвалідизації.

На початкових стадіях депресії людина просто песимістично оцінює все, що відбувається з нею або навколо неї, вона часто зосереджує увагу на тривожних спогадах, які її непокоять, картає 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 зможуть коли-небудь знов відчувати радість і енергію. Однак таке ставлення є помилковим. **Депресія – це хвороба, і цю хворобу краще лікувати на початкових стадіях.** Дуже важливо вчасно звернутись по допомогу до лікаря.

Якщо у Вас пригнічений настрій, роздратованість або плаксивість, Ви відчуваєте постійну тривогу або почуття провини, у Вас з'явилися розлади апетиту та сну, і цей стан триває більше 2-х 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 депресії включає прийом фармакологічних препаратів – антидепресантів, проведення сеансів психотерапії, або їх комбінацію. Вибір стратегії лікування залежить від тяжкості симптомів, їх тривалості, наявності супутньої патології та інших факторів, які може оцінити тільки лікар. Лікування депресії, яка виникла вперше, може призначити дільничний терапевт або сімейний лікар. Лікарі-спеціалісти – лікарі-неврологи, лікарі-психіатри – переважно, надають медичну допомогу пацієнтам з депресією за необхідності проведення додаткових діагностичних обстежень, при виникненні ускладнень або за умови неефективності призначеної терапії. У медичних закладах, що надають первинну медичну допомогу, використовують переважно антидепресанти з групи інгібіторів зворотного захвату серотоніну. 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 дотримуватись рекомендацій лікаря щодо режиму прийому препарату, його дози та тривалості 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-ти місяців після покращення самопочуття.

Психотерапія є важливою складовою лікування депресії. Вона допомагає здобути навички емоційної саморегуляції, що дозволяє, зокрема, більш ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями та реально оцінювати життєві проблеми.

При лікуванні депресії важливо дотримуватись рекомендацій щодо режиму праці та відпочинку, гігієни сну та інших заходів, які є складовими здорового способу життя. Пред'являйте до себе посильні 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 – зустрічайтесь з друзями, слухайте музику, займайтеся спортом або фізкультурою хоча б 2 рази на тиждень. Позитивні емоції збільшують рівень серотоніну та допаміну, регулярні фізичні вправи зменшують рівень гормону стресу – кортизолу, що сприяє зменшенню відчуття тривоги. При депресії позитивну роль відіграє будь-яка фізична активність, серед найбільш популярних – зайняття танцями, йогою, плавання, гра в теніс, інші спортивні ігри. Рекомендується надавати перевагу груповим заняттям, або заняттям у компанії. Хороший ефект мають медитаційні техніки та заняття йогою. Намагайтесь більше бувати на вулиці у світлу частину доби – у ряді досліджень показано позитивний вплив сонячного світла на перебіг і профілактику депресії. Важливою складовою лікування депресії є нормалізація сну – нестача сну призводить до фізичної втоми та емоційного виснаження. Обмежте прийом напоїв, які містять кофеїн та алкоголь – вони збільшують тривожність та сприяють безсонню. Слідкуйте 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 С, основним джерелом якого є свіжі фрукти та овочі. Не рекомендується зловживати кондитерськими виробами і солодощами – це призводить до різких коливань рівня глюкози в крові і може посилити відчуття втоми та розбитості.

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

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

Депресію можна вилікувати!

Додаток 3
до уніфікованого клінічного протоколу первинної,
вторинної (спеціалізованої) та третинної
(високоспеціалізованої) медичної допомоги
«Депресія»

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Ця анкета розроблена для того, щоб допомогти Вашому лікарю зрозуміти, як Ви себе почуваєте. Прочитайте уважно кожне твердження і виберіть ту відповідь, яка найбільше відповідає тому, як Ви почували себе на минулому тижні. Відмітьте кружечок, що знаходиться перед відповіддю, що ви вибрали. Не думайте надто довго щодо кожного твердження, оскільки Ваша перша реакція буде завжди найвірнішою.

Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі

- 3 О Увесь час
- 2 О Часто
- 1 О Час від часу, іноді
- 0 О Зовсім не відчуваю

Д Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене таке ж відчуття

- 0 О Це так
- 1 О Напевно, це так
- 2 О В дуже малій мірі це так
- 3 О Це зовсім не так

Т Я відчуваю страх, здається, що ось-ось щось жахливе може статись

- 3 О Це так, та страх дуже сильний
- 2 О Да, це так, але страх не дуже сильний
- 1 О Іноді, але це мене не турбує
- 0 О Зовсім не відчуваю

Д Я здатний розсміятися та углядіти у тій чи іншій події смішне

- 0 О Це так
- 1 О Напевно, це так
- 2 О В дуже малій мірі це так
- 3 О Це зовсім не так

Т Метушливі думки крутяться у мене в голові

- 3 О Постійно
- 2 О Більшу частину часу
- 1 О Час від часу і це не так часто
- 0 О Тільки іноді

Д Я відчуваю бадьорість

- 3 О Зовсім не відчуваю
- 2 О Дуже рідко
- 1 О Іноді
- 0 О Практично весь час

Т Я можу легко сісти та розслабитись

- 0 О Це так

- 1 О Напевно, це так
- 2 О Зрідка це так
- 3 О Зовсім не можу

Д Мені здається, що я став робити все дуже повільно

- 3 О Практично весь час
- 2 О Часто
- 1 О Іноді
- 0 О Зовсім ні

Т Я відчуваю внутрішню напругу чи тремтіння

- 0 О Зовсім не відчуваю
- 1 О Іноді
- 2 О Часто
- 3 О Дуже часто

Д Я не слідкую за своєю зовнішністю

- 3 О Це так
- 2 О Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно
- 1 О Мені здається, я став менше приділяти цьому уваги
- 0 О Я слідкую за собою так, як і раніше

Т Я відчуваю непосидючість, мені постійно треба рухатись

- 3 О Це так
- 2 О Напевно, це так
- 1 О В деякій мірі це так
- 0 О Зовсім не відчуваю

Д Я вважаю, що мої справи (заняття, хоббі) можуть принести мені відчуття задоволення

- 0 О Точно так, як і звичайно
- 1 О Так, але не в тій мірі, як раніше
- 2 О Значно менше, ніж звичайно
- 3 О Зовсім так не вважаю

Т У мене буває раптове відчуття паніки

- 3 О Дуже часто
- 2 О Досить часто
- 1 О Не так і часто
- 0 О Зовсім не буває

Д Я можу отримати задоволення від цікавої книги, радіо- чи телепрограми

- 0 О Часто
- 1 О Іноді
- 2 О Зрідка
- 3 О Дуже рідко

Бали підраховуються окремо по шкалі тривоги (Т) і депресії (Д). Критеріями оцінки даних за HADS є: 0-7 балів – норма; 8-10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія; 11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

Додаток 4
до уніфікованого клінічного протоколу первинної,
вторинної (спеціалізованої) та третинної
(високоспеціалізованої) медичної допомоги
«Депресія»

Опитувальник здоров'я пацієнта

Patient Health Questionnaire – PHQ-15

Впродовж останніх 4-х місяців наскільки кожне з наступних питань турбувало Вас:

	Взагалі не турбувало (0)	Трохи турбувало (1)	Значно турбувало (2)
1. Біль у животі			
2. Біль у спині			
3. Біль у руках, ногах, суглобах			
4. Менструальні болі або інші проблеми з менструаціями (<i>ЛИШЕ ДЛЯ ЖІНОК</i>)			
5. Головний біль			
6. Біль у грудях			
7. Запаморочення			
8. Непритомність			
9. Відчуття, немов серце вистрибує з грудей			
10. Задишка			
11. Біль або проблеми під час статевого акту			
12. Запор, пронос або діарея			
13. Нудота, гази або розлад шлунка			
14. Почуття втоми або нестачі енергії			
15. Проблеми зі сном			

Загальний бал

T _____ = _____ + _____

Додаток 6

до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія»

**Частота виникнення побічних ефектів при лікуванні АД І лінії
(згідно з інструкцією із застосування препаратів)**

	ЦНС				Антихолінер-гічні			Серцево-судинні				Шлунково-кишкові				Загальні			
	Сонливість, сомноленція	Безсоння	Головний біль	Тремор	Сухість у роті	Розпливчастий зір	Пітливість	Затримка сечі	Головокружіння/оргоста-тична гіпотензія	Гіпертензія	Тахікардія/серцебиття	Біль у ШКТ, дистрес	Нудота	Бльовання	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 – ≤ 9%, Б – 10-29%, В – 30-49%, Г – ≥ 50%. * – в описанні препаратів повідомляється про рівень нижче граничного (≤ 5%).