

ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ  
РОССИЙСКО-АМЕРИКАНСКОГО КОМИТЕТА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ  
«ДОСТУПНОСТЬ КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

ЦИИ ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ МОСКОВСКИЙ НИИ ПСИХИАТРИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ

ПРОЕКТ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА УНИВЕРСИТЕТСКОЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ КОРПОРАЦИИ/  
ЦЕНТРА СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ (БЕТЕСДА, США)

**АМЕРИКАНСКИЙ ИНСТИТУТ ИССЛЕДОВАНИЙ И ОБРАЗОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ПСИХИАТРИИ  
АМЕРИКАНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПСИХИАТРОВ (ВАШИНГТОН, США)**

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ (БЕТЕСДА, США)

АГЕНТСТВО ПО ИССЛЕДОВАНИЯМ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ И КАЧЕСТВУ (США)

АГЕНТСТВО США ПО МЕЖДУНАРОДНОМУ РАЗВИТИЮ

**КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННОЕ РУКОВОДСТВО ПО  
ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦЕНТАМ  
С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВНИЯМИ В  
СОЧЕТАНИИ С ДЕПРЕССИВНЫМИ И ТРЕВОЖНО-  
ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ  
ВРАЧОМ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА**

*Проект*

Москва-2005 г.

## Содержание(уточнить)

Разработчики руководства.....	4
Руководители и эксперты оказавшие поддержку в проведении работы .....	6
<b>1. ПРЕДИСЛОВИЕ .....</b>	<b>7</b>
<b>2. СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ (УТОЧНИТЬ).....</b>	<b>7</b>
<b>3. ВВЕДЕНИЕ .....</b>	<b>8</b>
3.1 ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ РУКОВОДСТВА .....	8
3.2 ЦЕЛЬ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ РУКОВОДСТВА.....	9
3.3 МЕТОДИКА РАЗРАБОТКИ РУКОВОДСТВА .....	9
3.3.1 Этапы разработки руководства .....	10
3.4 ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РУКОВОДСТВА .....	10
3.4.1 Клиническое описание предмета руководства.....	10
3.4.2 Целевые группы - для кого применимо руководство, и в каких случаях .....	11
3.4.3 Кто использует руководство .....	11
3.4.4 Ожидаемые результаты применения клинико-организационного руководства.....	11
3.5 СТРУКТУРА И ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РУКОВОДСТВА (ПЕРЕДЕЛАТЬ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ РУКОВОДСТВА).....	11
<b>4. ПРЕДМЕТ РУКОВОДСТВА.....</b>	<b>12</b>
4.1 Основные клинические признаки депрессивных расстройств .....	12
4.2 Классификация депрессивных расстройств .....	13
4.3 Тяжелые депрессивные состояния, подлежащие наблюдению и лечению в специализированных психиатрических и наркологических учреждениях.....	14
4.4 Дифференциальная диагностика депрессий: отграничение от других состояний.....	16
<b>5. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЦЕЛОМ ПО РУКОВОДСТВУ.....</b>	<b>17</b>
5.1 ОБЩИЙ АЛГОРИТМ ПОМОЩИ ВРАЧАМИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА БОЛЬНЫМ ДЕПРЕССИЯМИ.....	17
5.2 ОПИСАНИЕ ЭТАПОВ ПРОЦЕССА .....	19
5.3 ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....	20
5.3.1 Персонал.....	20
5.3.2 Фармакотерапевтические препараты.....	20
5.3.3 Оборудование и материалы(уточнить).....	21
<b>6. ТЕХНОЛОГИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА КАЖДОМ ЭТАПЕ.....</b>	<b>22</b>
6.1 СКРИНИНГ ДЕПРЕССИЙ .....	22
6.1.1 Объект, задачи и ожидаемые результаты скрининга .....	22
6.1.2 Обеспечение проведения скрининга .....	22
6.2 КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ .....	23
6.3 РЕГИСТРАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЛЕГКОЙ И УМЕРЕННОЙ ДЕПРЕССИЕЙ. ....	25
6.3.1 Цель и ожидаемые результаты этапа .....	25
6.3.2 Обеспечение этапа. Ведение контрольных карт и картотеки.....	25
6.4 НАЗНАЧЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ. ....	26
6.4.1 Цель и ожидаемые результаты этапа .....	26
6.4.2 Обеспечение этапа( УТОЧНИТЬ) .....	26
6.4.3 Алгоритм проведения диагностического обследования.....	26
6.5 РЕШЕНИЕ ВОПРОСА О КОНСУЛЬТАЦИИ ПСИХИАТРА .....	28
6.6 ПРОВЕДЕНИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ ПСИХИАТРА .....	28
6.7 НАЗНАЧЕНИЕ/КОРРЕКЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ .....	30
6.7.1 Цель и ожидаемые результаты этапа .....	31
6.7.2 Обеспечение этапа.....	31
6.7.3 Алгоритм лечения больных ССЗ и сопутствующей депрессией .....	32
6.7.4 Подбор/смена препарата.....	33
6.8 НАЗНАЧЕНИЕ ПОВТОРНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ .....	35
6.8.1 Цель и ожидаемые результаты этапа .....	35
6.8.2 Обеспечение этапа.....	35
6.8.3 Алгоритм выбора срока следующей консультации.....	35
6.9 ПОВТОРНАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ.....	35

6.9.1 Цель и ожидаемые результаты этапа .....	35
6.9.2 Обеспечение этапа.....	35
6.9.3 Алгоритм оценки результатов.....	35
6.9.4 Критерии установления ремиссии депрессии.....	36
6.10 ПРОГРАММА ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИЙ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ. ....	36
6.10.1 Цель и ожидаемые результаты этапа .....	36
6.10.2 Обеспечение Программы информационной поддержки выявления депрессий.....	36
6.10.3 Алгоритм осуществления Программы .....	36

## Разработчики руководства

- КРАСНОВ Валерий Николаевич, Директор Московского НИИ психиатрии МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор, Председатель Российского общества психиатров, Тел. (095) 963-76-26, fax. (095) 963-76-24, e-mail: [krasnov@mtu-net.ru](mailto:krasnov@mtu-net.ru), [krasnov1@ktv.ru](mailto:krasnov1@ktv.ru)
- КОРОТКОВА Анна Владимировна – к.м.н., заместитель директора по международным вопросам ЦНИИОИЗ, г. Москва, тел. (095) 219-19-88, 979-92-73, e-mail: [annakor@ropnet.ru](mailto:annakor@ropnet.ru)
- ГАЖЕВА Анастасия Викторовна – научный сотрудник отделения обеспечения качества медицинской помощи населению ЦНИИОИЗ, г. Москва, тел. (095) 219-19-88, e-mail: [nastya\\_ga@rambler.ru](mailto:nastya_ga@rambler.ru)
- НОВОЖИЛОВ Алексей Викторович – научный сотрудник отделения обеспечения качества медицинской помощи населению ЦНИИОИЗ, г. Москва, тел. (095) 219-19-88, e-mail: [novozhilov@pochta.ru](mailto:novozhilov@pochta.ru)
- ВАСЮК Юрий Александрович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой клинической функциональной диагностики МГМСУ
- ДОВЖЕНКО Татьяна Викторовна, в.н.с. Московского НИИ психиатрии МЗ РФ.
- ЯЛЬЦЕВА Наталья Викторовна - к.м.н., ассистент кафедры терапии с курсом геронтологии ФПК и ППСЗ ЯГМА.
- ФИЛАТОВА Юлия Сергеевна – аспирант кафедры терапии с курсом геронтологии ФПК и ППСЗ ЯГМА.
- КОРШУНОВ Николай Иванович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапии с курсом геронтологии ФПК и ППСЗ ЯГМА.
- КОНДАКОВА Ольга Александровна – участковый терапевт поликлиники МУЗ клинической больницы СПМ им. Н.В. Соловьева.
- КАРАКИН Андрей Александрович – к.м.н., врач-кардиолог, кардиолог-аритмолог кардиологического отделения ЯОКБ.
- ДЬЯКОНОВ Алексей Львович – к.м.н., доцент кафедры психиатрии с курсом медицинской психологии с курсом психиатрии и наркологии ФПК и ППСЗ ЯГМА.
- ТИХОНОВ Геннадий Сергеевич – заместитель директора Департамента здравоохранения (ДЗ) Администрации Тульской области; Тел. (0872) 31-20-33, fax: 37-38-76, 20-64-43, e-mail: [root@admin.phtula.mednet.com](mailto:root@admin.phtula.mednet.com)
- СЛУГИН Александр Алексеевич – врач общей практики, Щёкинский район, Крапивенская участковая больница – технический координатор проекта, врач первой категории; Тел. (08751) 7-11-13, 7-11-90, (251) 7-10-34, e-mail: [saa@schekino.tula.net](mailto:saa@schekino.tula.net), [saa@krapb.phtula.mednet.com](mailto:saa@krapb.phtula.mednet.com)
- ЛОСЕВ Лев Викторович – главный врач Тульской областной психиатрической больницы, врач-психиатр высшей категории, координатор по вопросам психиатрии; Тел. (08767) 4-18-82, 4-16-20
- ЛЫГИНА Лариса Михайловна – главный психотерапевт г. Тулы, зам. главного врача по амбулаторной помощи психиатрической больницы г. Тулы, врач-психиатр высшей категории, ответственный исполнитель по составлению глоссария, Тел. (0872) 77-55-84
- КАЛЬКЭ Александр Робертович – главный психиатр г. Тулы, зам. главного врача по медицинской части психиатрической больницы г. Тулы, врач-психиатр высшей категории, технический исполнитель по вопросам психиатрии; Тел. (0872) 37-62-16, e-mail: [arci@tula.net](mailto:arci@tula.net)
- СЛУГИНА Мария Николаевна – врач общей практики, Щёкинский район, Крапивенская участковая больница, врач первой категории; тел. (08751) 7-11-13, 7-11-90, (251) 7-10-34, e-mail: [saa@schekino.tula.net](mailto:saa@schekino.tula.net), [saa@krapb.phtula.mednet.com](mailto:saa@krapb.phtula.mednet.com)
- БАРАНОВА Олимпиада Ивановна – врач общей практики муниципальной больницы №4 г. Тулы, врач высшей категории; заслуженный врач РФ, Тел. (0872) 42-63-62, 42-38-66

- КАЧЕВА Людмила Григорьевна – кардиолог, врач высшей категории, МУЗ ГБ №4 г.Тулы
- ПРОТОПОПОВА Ольга Васильевна – психолог МУЗ ГБ №1 г.Тулы
- ЕРМОЛЮК Елена Николаевна – зам.главного врача по экономике МУ ЦГБ г.Жуковский МО.
- НАЖИМОВА Надежда Петровна – зав.терапевтическим отделением Городской поликлиники г.Жуковский
- РЫБНИКОВА Галина Викторовна – участковый терапевт
- МАЕВСКАЯ Любовь Ивановна – цеховой терапевт
- БОРУНОВА Вера Алексеевна – кардиолог
- ЖИГУЛЕВА Татьяна Степановна – кардиолог
- ФЕДОРОВ Виктор Александрович – психиатр
- ВИНОГРАДОВА Римма Николаевна –главный врач Тверского областного психоневрологического диспансера, главный психиатр Тверской области, заслуженный врач РФ.
- ДАШКОВ Сергей Александрович – врач-кардиолог ЦРБ г.Торжок Тверской области
- ФРОЛОВ Александр Анатольевич – врач-психиатр поликлиники ЦРБ г.Торжок Тверской области
- КИРТОАКЕ Светлана Андреевна – врач-психотерапевт, городская больница №6, г.Тверь
- ПАНТЕЕЛЁВА Ольга Вячеславовна – участковый терапевт, городская больница №6, г.Тверь
- ГРЕЧНАЯ Алла Валентиновна – участковая медицинская сестра, городская больница №6, г.Тверь
- ЗЫКОВА Надежда Михайловна – цеховой терапевт, городская больница №7, г.Тверь
- СМИРНОВА Надежда Владимировна – участковая медицинская сестра, , городская больница №7, г.Тверь
- ДЕМЕНТЬЕВА Нина Андреевна – врач-кардиолог поликлиники ЦРБ, г.Торжок, тверской области
- МЯКИШЕВА Людмила Григорьевна – участковая медицинская сестра психиатрического кабинета поликлиники ЦРБ г.Торжок Тверской области
- МАКСИМОВА Наталья Евгеньевна – к.м.н., зав. психотерапевтическим отделением, врач-психиатр ТОКПНД, г.Тверь
- АГКАЦЕВА Марина Геннадьевна – врач- психиатр ТОКПНД
- КРАСОВСКИЙ Алексей Юрьевич – врач психотерапевт, городская б-ца №7, г. Тверь
- ГЛЕКОВА Ирина Ивановна – участковый психиатр МСЧ №9 ФМБА России г.Дубны МО
- БУТОВЧЕНКО Елена Федоровна – кардиолог МСЧ №9 ФМБА России г.Дубны МО
- КУЛИКОВА Лариса Дмитриевна – участковый терапевт МСЧ №9 ФМБА России г.Дубны МО
- ВОЛКОВА Елизавета Юрьевна – терапевт МДЦГБ, г. Дубна, Московской области
- КОЛОВ Сергей Александрович – начальник госпиталя ветеранов войн г.Волгоград
- КРИВЦОВ Андрей Григорьевич – психиатр, госпиталь ветеранов войн г.Волгоград
- ШЕЙЧЕНКО Е.Ю. – терапевт, госпиталь ветеранов войн г.Волгоград
- СТОРОЖЕНКО Е.Ю. - терапевт, госпиталь ветеранов войн г.Волгоград
- САВВА Людмила Владимировна – зам. Главного врача по амбулаторно-поликлинической работе, ЦРБ, г.Городище, Волгоградская область.
- ВОРОПАЕВА Н.С. – терапевт, г.Городище, Волгоградская область
- ВЕДЕНИНА Т.П. - терапевт, г.Городище, Волгоградская область
- МАЛИНИНА З.Н. – психиатр, г.Городище, Волгоградская область
- БРЕЛЬ У.А. - терапевт, областная клиническая больница, г.Волгоград
- ПОДОЛЬСКАЯ Е.А. - терапевт, областная клиническая больница, г.Волгоград

## **Руководители и эксперты оказавшие поддержку в проведении работы**

- БАРЫШЕВ Сергей Владимирович – директор департамента здравоохранения и фармации Администрации Ярославской области
- БЕЛОКОПЫТОВ Олег Павлович – главный врач Ярославской областной клинической больницы.
- БУРЛАКА Ирина Васильевна – зав. терапевтическим отделением поликлиники МУЗ клинической больницы СМП им. Н.В. Соловьева.
- БУТИНА Елена Юрьевна – зам.главного врача ЯОКБ по лечебной работе, г. Ярославль
- ДЕГТЯРЕВ Александр Александрович - главный врач МУЗ клинической больницы СМП им. Н.В. Соловьева, г. Ярославль
- КАПРАЛОВА Наталья Федоровна – к.м.н., зам.главного врача, санаторий «Ясные зори», г. Ярославль
- КОМАРОВА Аделаида Ивановна – зав. терапевтическим отделением поликлиники МУЗ клинической больницы СМП им.Н.В. Соловьева, г. Ярославль
- МАКСИМОВА Светлана Михайловна – главный врач МУЗ поликлиники №5, главный внештатный специалист по амбулаторно-поликлинической помощи управления здравоохранения мери г.Ярославля.
- МОЖЕЙКО Мария Евгеньевна – д.м.н., главный терапевт департамента здравоохранения и фармации Администрации Ярославской области, зав. кардиологическим отделением госпиталя ветеранов войн.
- МОРГУНОВА Галина Михайловна начальник управления здравоохранения мэрии г. Ярославля
- НОВИКОВ Юрий Васильевич – академик РАМН, ректор ЯГМА
- ТИХОНОВ Павел Владимирович – зам. Главного врача по поликлинике МУЗ клинической больницы СМП им.Н.В.Соловьева
- ЯРКИНА Маргарита Александровна – зав. кардиологическим отделением ЯОКБ.
- МЕЛЬНИКОВ Виктор Александрович – директор Департамента здравоохранения (ДЗ) Администрации Тульской области; Тел. (0872) 31-20-33, fax: 37-38-76, e-mail: [root@admin.phtula.mednet.com](mailto:root@admin.phtula.mednet.com)
- ЗЛОБИН Александр Николаевич – главный врач МУ ЦГБ г.Жуковский МО, д.м.н., профессор
- УШКАРЕВА Инна Алексеевна – зам.главного врача по внебольничной помощи, заслуженный врач РФ.
- МАРКАРОВ Митчелл Рафаилович – первый заместитель начальника департамента здравоохранения Тверской области.
- КОЛБАСНИКОВ Сергей Васильевич – д.м.н., главный терапевт департамента здравоохранения Тверской области
- САМОШИН Олег Алексеевич – главный врач Торжокской ЦРБ, Тверская область
- ВОРОНОВА Елена Петровна – зав. поликлиникой №7 г.Тверь
- КАБАНОВА Татьяна Александровна - зав. поликлиникой №6, г.Тверь
- МИШАНОВА Ирина Михайловна – зав. экономическим отделом департамента здравоохранения Тверской области
- РЯБОВ Сергей Михайлович - начальник управления здравоохранения г.Дубны МО
- ЕГАРЕВ Иван Николаевич – начальник МСЧ №9 ФМБА России, г. Дубна, МО
- ДМИТРИЕВ Виктор Семенович – главный врач МДЦБ г.Дубны МО
- СЕМИН Василий Григорьевич - зам. начальника по поликлиническому разделу работы МСЧ №9 ФМБА России, г. Дубна, МО
- НЕДОГОДА С.В. – проректор, зав. кафедрой по семейной медицине, Государственный медицинский университет, г.Волгоград

# 1. Предисловие

Разработка данного клинико-организационного руководства была проведена в рамках приоритетного направления Комитета здравоохранения «Доступность качественной медицинской помощи» Российско-Американской Межправительственной комиссии. С российской стороны в сотрудничестве принимали участие Министерство здравоохранения Российской Федерации, Московский НИИ психиатрии МЗ РФ, ЦНИИОИЗ МЗ РФ, Департамент здравоохранения Администрации Тульской области, Тверской области, Ярославской области, Волгоградской области, Московской областей

## 2. Список сокращений (уточнить)

АТЦА –	атипичные трициклические антидепрессанты
ВГД –	внутриглазное давление
ВОЗ –	Всемирная организация здравоохранения
ВОП –	врач общей практики
ВПЗ –	врач первичного звена, синоним для обозначения врача общей практики, участкового врача, цехового врача
ИМАО –	ингибиторы моноаминоксидазы
ИОЗСН –	ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина
ЛПУ –	лечебно-профилактическое учреждение
МСЧ –	медико-санитарная часть
НаССА –	норадренергические и специфические серотонинергические антидепрессанты
ОИМАО –	обратимые ингибиторы моноаминоксидазы
СИОЗС –	селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
ССОЗС –	селективные стимуляторы обратного захвата серотонина
СМИ –	средства массовой информации: радио, телевидение, периодическая печать
ТЦА –	трициклические антидепрессанты
ЦНС –	центральная нервная система
ЧЦА –	четырёхциклические антидепрессанты
ССЗ -	сердечно-сосудистые заболевания
АГ -	артериальная гипертензия
ИБС -	ишемическая болезнь сердца
ХСН -	хроническая сердечная недостаточность

### **3. Введение**

Содержание руководства соответствует имеющимся данным доказательной медицины на момент разработки этого документа. Руководство отвечает существующим организационным, технологическим, культурным и другим условиям Тульской, Тверской, Ярославской, Волгоградской областям, г. Жуковский и г. Дубны Московской области, где оно было разработано.

#### **3.1 Обоснование необходимости разработки и внедрения руководства**

Проблема диагностики и лечения депрессивных расстройств у пациентов с сердечно-сосудистой патологией стоит достаточно остро. Депрессивные расстройства, как и сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), являются одними из наиболее распространенных болезней, снижающих трудоспособность, приводящих к инвалидизации пациентов. Их коморбидность (сочетание) подтверждена многочисленными исследованиями и является достаточно известным в клинической практике фактом.

По существующим оценкам, распространенность депрессивных состояний у больных ССЗ варьирует от 18 до 60%. Однако из-за того, что в эпидемиологических исследованиях используются разные методические подходы или нестандартные диагностические критерии, их результаты с трудом поддаются сопоставлению. В многолетних контролируемых исследованиях установлено, что у лиц с депрессией риск заболеть ишемической болезнью сердца (ИБС) и перенести инфаркт миокарда (ИМ) почти в 2 раза выше, чем у лиц без депрессии. Среди больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями доля пациентов, страдающих депрессивными расстройствами, значительно больше, чем при других формах соматической патологии (табл.1) и существенно превышает распространенность депрессий в популяции (табл. 2).

Результаты клинико-эпидемиологического исследования «Компас» по изучению депрессий в практике врачей общесоматической практики, проведенного в 2002-2003гг. в 35 городах России показали, что депрессивные расстройства имеются в среднем у 45,9% обследованных. Частота выявления депрессий увеличивается с возрастом. Депрессивные расстройства чаще наблюдаются у стационарных больных, чем у амбулаторных. У пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями депрессия диагностируется более чем в половине наблюдений, причем самый высокий показатель отмечен при хронической сердечной недостаточности – в 61% случаев (8).

В практике врачей первичного звена пациенты с сопутствующими депрессивными и тревожными расстройствами являются наиболее сложными и относятся к категории «длительно и часто болеющих». В мировой литературе они характеризуются как «знакомые лица» (уже достаточно примелькавшиеся врачам), «больные у которых ничего нет» (с жалобами, которые не удастся ни убедительно объективизировать, ни отвергнуть), «проблемные» больные, случаи с «толстыми картами». Охваченные «чувством болезни», эти пациенты снова и снова добиваются не только сложных и дорогостоящих, но и небезопасных исследований (от бесконечных регистраций ЭКГ и анализов крови до коронарографии и зондирования полостей сердца и магистральных сосудов). Это приводит к тому, что перегрузка лабораторий и кабинетов функциональной диагностики уменьшает их доступность и нередко снижает качество обследования тех, кто действительно в этом нуждается.

В свою очередь, несвоевременная и неадекватная терапия депрессии приводит к усугублению соматического заболевания (если оно сочетается с депрессией) и хронификации депрессивного состояния. Известно, что при обычной депрессии срок, проходящий с момента начала заболевания до обращения к психиатру, составляет в среднем 7 месяцев, а при скрытой – 34 месяца.



Депрессия вполне может рассматриваться как общемедицинская, а отнюдь не только психопатологическая проблема. Как известно, основные клинические проявления депрессии в существенной мере затрагивают различные соматические функции, сон, общую активность и физический тонус, в то время как собственно психическая деятельность может длительное время оставаться относительно интактной. Поэтому врачам первичного звена чуть ли не каждый день приходится сталкиваться с данной категорией пациентов. Кроме того, в силу существующих предубеждений и опасений стигматизации население предпочитает не обращаться по поводу депрессивных расстройств в психиатрические учреждения, обладающие наибольшим опытом и необходимым арсеналом методов диагностики и лечения депрессий. Это приводит к тому, что не только диагностировать истинную природу заболевания, но и лечить его приходится врачам первичного звена.

При изменении системы помощи больным, страдающим депрессиями в их обычных непсихотических формах, и наличии тесного партнерского взаимодействия с психиатром, лечение депрессий может осуществляться в медицинских учреждениях общего типа, в частности в наиболее доступных из них – территориальных поликлиниках, офисах врачей общей практики, участковых больницах, здравпунктах предприятий.

Амбулаторная терапия депрессий в поликлинических условиях становится возможной благодаря появлению новых антидепрессантов, не имеющих выраженного побочного действия. Именно частые неблагоприятные эффекты традиционных трициклических антидепрессантов (прежде всего сомнолентность, заторможенность, нарушения тонкой координации движений, затруднения интеллектуальной деятельности), ограничивающие возможности социального функционирования, препятствовали их эффективному применению вне психиатрических учреждений.

## **3.2 Цель разработки и внедрения руководства**

**Целью разработки клинико-организационного руководства является создание эффективной организационной модели оказания медицинской помощи врачами первичного звена пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетающимися с депрессивными и тревожно-депрессивными расстройствами**

## **3.3 Методика разработки руководства**

Основным требованием к разработке клинико-организационного руководства, принятым разработчиками, было решение актуальной задачи практического здравоохранения с использованием данных доказательной медицины и принципов непрерывного улучшения качества Пола Баталдена. Поэтому, статьи, учебные пособия, публикации и другие источники информации, использованные при создании клинико-организационного руководства, отбирались в соответствии со степенью их доказательности. Эксперты в области клинического содержания руководства обращали особое внимание на этот вопрос. Особенно важно это для российской системы здравоохранения, которая страдает от трудностей, связанных с получением полной, достоверной и своевременной информации.

Метод непрерывного улучшения качества Пола Баталдена предполагает интеграцию клинических знаний по проблеме со знанием теории улучшения качества как мощного средства непрерывного улучшения качества в здравоохранении. Клинико-организационное руководство было разработано как неотъемлемая часть и один из результатов проекта по улучшению качества в системе оказания медицинской помощи. При этом, были использованы принципы, применяемые в работе проектов по улучшению процессов. Они включают системный подход, работу в команде, сосредоточенность на потребностях пациента и научную методологию познания.

### 3.3.1 Этапы разработки руководства.

1) **Изучение существующей системы оказания медицинской помощи.** Команда профессиональных работников, вовлеченных в процесс оказания медицинской помощи пациентам с ССЗ и сопутствующими депрессиями, подробно проанализировала существующую организацию системы и процесс оказания помощи Указанной категории пациентов. Затем они представили его в виде подробного алгоритма выраженного флоу-чартом.

2) **Определение клинических аспектов на каждом этапе процесса оказания медицинской помощи.** Команда четко определила клиническую составляющую каждого этапа, алгоритмы. Были сформулированы вопросы, на которые нужно найти доказательные данные.

3) **Сбор данных доказательной медицины по клинической проблеме.** Подготовился обзор литературы и материалов доказательной медицины по клиническим аспектам.

4) **Обновление клинического содержания руководства в соответствии с новыми знаниями по доказательной медицине.** После изучения представленных материалов команда проекта пересмотрела существующую систему в свете новых данных. Целью данного этапа было – решить, какой клинический аспект нуждается в изменении или обновлении, чтобы соответствовать технологиям, обеспечивающим лучшие результаты. Принято решение о необходимых изменениях существующей клинической практики.

5) **Внесение изменений в систему оказания медицинской помощи для обеспечения возможности выполнения новой клинической технологии.** По мере внесения клинических изменений пересматривались организация оказания медицинской помощи и ее изменение. Целью данного этапа было изменение существующей системы таким образом, чтобы появилась возможность внедрить в практику новое клиническое содержание.

6) **Разработка индикаторов для проверки изменений в клинической практике и в системе оказания медицинской помощи.** Индикаторы разрабатывались таким образом, чтобы они отражали важные изменения в новой системе оказания медицинской помощи и ее клиническом содержании, помогали контролировать процесс изменений.

## 3.4 Предназначение и область применения руководства

### 3.4.1 Клиническое описание предмета руководства

При сосуществовании коморбидных сердечно-сосудистых и депрессивных нарушений возможны их различные причинно-следственные связи. Депрессия может развиваться на фоне сердечно-сосудистого заболевания (в данном случае важную роль играют как психогенные, так и соматогенные факторы), или, наоборот, на начальных или завершающих этапах развития депрессивного эпизода, при возрастании эмоциональной и вегетативной неустойчивости повышается риск возникновения ИБС, ИМ, гипертонических кризов.

Независимо от условий, при которых развивается депрессия у больного с заболеванием сердечно-сосудистой системы, это состояние требует специального лечения. Это определяется результатами многочисленных исследований, проведенных в последние годы. Полученные данные подтвердили прямое патофизиологическое воздействие депрессии на сердечно-сосудистую систему, приводящее к развитию опасных для жизни клинических проявлений ССЗ. В первую очередь это дислипидемия, гиперкоагуляци, нарушение функции эндотелия, возникновение нарушения сердечного ритма. Данные патофизиологические процессы лежат в основе атерогенеза, тромбообразования, повышения уровня АД и ЧСС.

Существует огромное количество типов и вариантов депрессивных расстройств. В МКБ-10 дается разграничение между **тяжелыми, умеренно выраженными** и **легкими** формами депрессивных эпизодов. Дифференциация этих трех типов депрессивного расстройства основывается на клинической оценке, учитывающей количество, тип и тяжесть имеющихся симптомов. Показанием к лечению депрессий у врачей первичного звена будут являться **легкие** и **умеренно выраженные** депрессивные состояния. Пациенты с более тяжелыми

формами депрессий, в том числе с психотическими (с бредом или галлюцинациями), имеющие в анамнезе суицидальные попытки, должны лечиться только у психиатров.

### **3.4.2 Целевые группы - для кого применимо руководство, и в каких случаях**

Данное руководство применимо для выявления и оказания помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями в сочетании с лёгкой и умеренно выраженной формами депрессий на этапе первичной врачебной помощи врачами первичного звена и кардиологами, ВОП.

### **3.4.3 Кто использует руководство**

Руководство предназначено для врачей первичного звена (терапевтов, кардиологов, психотерапевтов), врачей кардиологических и терапевтических стационаров, их медсестер, организаторов здравоохранения.

### **3.4.4 Ожидаемые результаты применения клинко-организационного руководства**

- Создание единых методических подходов к выявлению и ведению больных сердечно-сосудистыми заболеваниями с сопутствующими лёгкой и умеренно выраженной формами депрессий
- Увеличение выявляемости депрессии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
- Определение показаний к лечению пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и лёгкой или умеренно выраженной депрессией в первичном звене
- Увеличение доли пациентов с ССЗ и лёгкой или умеренно выраженной депрессией, наблюдающихся совместно врачами первичного звена и психиатрами.
- Повышение эффективности лечения пациентов с лёгкой и умеренно выраженной депрессией у больных ССЗ
- Улучшение качества лечения пациентов с лёгкой и умеренно выраженной депрессией у больных ССЗ
- Создание единого понимания качества медицинской помощи у всего медицинского персонала
- Создание единой информационной системы о процессе оказания медицинской помощи больным ССЗ и лёгкой или умеренно выраженной депрессией.

## **3.5 Структура и принципы построения и использования руководства (переделать после завершения руководства)**

Первые три раздела руководства – списки разработчиков руководства, сокращений и основных определений. Настоящий (4 раздел) посвящен краткому описанию предмета руководства и процессу его разработки. После ознакомления с четвертым разделом должно быть понятно, почему и для кого разработано руководство и определены ограничения его использования. Для организаторов здравоохранения руководство – отправная точка для принятия решений по улучшению системы оказания медицинской помощи врачами первичного звена.

Пятый раздел описывает в целом все этапы оказания медицинской помощи и дает общее представление об организации помощи на всех этапах и их взаимодействие.

Шестой раздел подробно описывает каждый из этапов отдельно и имеет одинаковую структуру всех подразделов.

## 4. Предмет руководства

### 4.1 Основные клинические признаки депрессивных расстройств.

Существует большое количество классификаций депрессивных расстройств, Выделение их различных вариантов необходимо для выработки оптимальной тактики терапии. Однако вне зависимости от типа классификации все депрессивные расстройства имеют ряд общих клинических проявлений:

#### 1. Эмоциональные, аффективные проявления

- печаль;
- сниженная реактивность в отношении приятных и неприятных событий,
- снижение мотивации (к деятельности);
- потеря интереса и/или удовольствия от ранее приятной деятельности, утрата чувств;
- ощущение пустоты, апатия, тревога,
- напряженность;
- раздражительность;
- чувство беспомощности (фрустрации);
- гнев.

#### 2. Интеллектуальные проявления

- снижение концентрации внимания;
- нерешительность или колебания в принятии решений;
- снижение уверенности в себе или сниженная самооценка;
- чувство своей бесполезности;
- самообвинение без повода или приписывание себе непомерной вины;
- беспомощность;
- пессимизм, чувство безнадежности, мысли о смерти и самоубийстве.

#### 3. Психомоторные проявления

- Торможение (ретардация): замедление движений тела, ступор, снижение или недостаток мимической экспрессии, затруднения при общении с людьми или недостаток коммуникации.
- Либо: ажитация - неусидчивость, суетливость, бесцельная неконтролируемая гиперактивность.

Кроме того, депрессия, как правило, сопровождается соматическими проявлениями.

#### 4. Соматические проявления:

- **меланхолические:**
  - изменения базовых (физиологических) функций:
  - бессонница и/или повышенная сонливость,
  - снижение или повышение аппетита и веса тела,
  - снижение сексуального влечения.
- **витальные:**
  - снижение энергии,
  - снижение тонуса.
  - чувство усталости, повышенная утомляемость
  - неприятные ощущения в теле: боли и болезненные проявления, преимущественно в груди, иногда в эпигастрии, плечевом поясе, ощущение сдавливания, холода в различных частях тела, ощущение тяжести своего тела, чувство телесного

дискомфорта, любые другие плохо вербализуемые, не дифференцируемые неприятные телесные ощущения.

- **вегетативные (висцеральные симптомы), функциональные нарушения различных органов и систем:**
  - расстройство желудочно-кишечных функций,
  - кардиоваскулярные нарушения,
  - расстройства органов дыхания,
  - нарушения мочевыделительной системы,
  - другие плохо вербализуемые ощущения телесных дисфункций.

Приведенные выше данные свидетельствуют о наличии большого числа симптомов, общих для соматических заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых расстройств и депрессий.

## 4.2 Классификация депрессивных расстройств.

Существует много способов классификации депрессивных расстройств. В МКБ-10 дается разграничение между **тяжелыми, умеренно выраженными** и **легкими** формами депрессивных эпизодов. Дифференциация этих трех типов депрессивного расстройства основывается на клинической оценке, учитывающей количество, тип и тяжесть имеющихся симптомов. Показанием к лечению депрессий у врачей первичного звена будут являться **легкие** и **умеренно выраженные** депрессивные состояния. Более тяжелые формы депрессий, в том числе психотические (с бредом или галлюцинациями), а также с суицидальными попытками в анамнезе должны лечиться только у психиатров.

Обязательным диагностическим **критерием депрессии** будет являться длительность подобного состояния, сохраняющаяся на протяжении не менее **двух недель**.

**Таблица 1. Симптоматика депрессивного эпизода по МКБ-10.**

Основные симптомы	Дополнительные симптомы
<ul style="list-style-type: none"><li>• Снижение настроения по сравнению с присущей пациенту нормой, отмечается почти ежедневно и большую часть дня, а также вне зависимости от ситуации</li><li>• Снижение (утрата) интересов и способности испытывать удовольствие от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями</li><li>• Уменьшение активности, повышенная (выраженная) утомляемость и снижение энергии</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Нарушения сна любого типа</li><li>• Изменение аппетита (снижение или повышение) с соответствующими изменениями веса тела</li><li>• Повторяющиеся мысли о смерти, самоубийстве или самоповреждении</li><li>• Мрачное и пессимистическое видение будущего</li><li>• Идеи виновности и самоуничужения</li><li>• Сниженная самооценка и чувство неуверенности в себе</li><li>• Снижение концентрации внимания, неспособность сосредоточиться, снижение способности мыслить, нерешительность или колебания при принятии решений</li></ul>

**Таблица 2. Критерии тяжести депрессивного эпизода по МКБ-10**

Степень тяжести депрессивного эпизода	Симптомы депрессивного эпизода
Легкая	Обязательное наличие двух основных и двух дополнительных симптомов. Затруднено выполнение обычной работы и поддержание привычного уровня социальной активности, но социальное функционирование в целом не нарушено.
Умеренная(средняя)	Обязательное наличие двух основных и трех-четырёх дополнительных симптомов. Затруднено выполнение обычной деятельности и поддержание привычного уровня социального функционирования.
Тяжелая (без психотических симптомов)	Обязательное наличие трех основных, четырех и более дополнительных симптомов, часть из которых имеет значительную выраженность. Выраженное ограничение или полное прекращение обычной деятельности, социального функционирования.

При развитии депрессии в организме больного происходят существенные биохимические и физиологические сдвиги(указать).. При этом к **основным** и **дополнительным** симптомам депрессии **могут** присоединяться **соматические проявления (симптомы)**.

Не относятся в, строгом смысле, к депрессиям похожие по клиническим проявлениям состояния, если они связаны с употреблением алкоголя, наркотиков, других психоактивных веществ или с каким-либо иным психическим расстройством (шизофрения, эпилепсия, неврозы и др.), либо последствием органического поражения головного мозга, т.к. они требуют иных принципов лечения.

#### **4.3 Тяжелые депрессивные состояния, подлежащие наблюдению и лечению в специализированных психиатрических и наркологических учреждениях.**

Важной диагностической задачей является выделение среди депрессивных расстройств, встречающихся в общей медицинской практике, тех депрессивных состояний, которые , в силу своей психопатологической сложности и терапевтических трудностей , не подлежат наблюдению и лечению в обычных условиях. Они требуют направления пациентов в специализированные психиатрические, либо наркологические диспансеры или стационары. Сюда следует отнести, прежде всего, следующие состояния:

- психотические депрессии,
- тяжелые истинные меланхолические депрессии (в традиционном классическом понимании),
- депрессивные состояния (фазы) биполярного аффективного расстройства,
- депрессии, сочетающиеся с алкоголизмом или патологической зависимостью от иных психоактивных средств.

**Психотические** депрессии отличаются от обычных депрессивных состояний не только наличием бреда самообвинения, самоуничужения, ипохондрических идей, достигающих бредового уровня, недоступных коррекции) или галлюцинаций, но и определенными особенностями поведения больных.

Это могут быть:

- растерянность,
- импульсивность,
- резкое депрессивное, тревожно-депрессивное возбуждение
- выраженное депрессивное торможение,
- недоступность продуктивному контакту.

Уклонение пациента от обсуждения своего состояния сопряжено также с **суицидальным** риском. Риск суицидальных действий может иметь место и при относительно неглубоких, но изменчивых по выраженности депрессиях, непредсказуемо колеблющихся в своих тоскливых и тревожных проявлениях, в содержании переживаний.

К **истинным меланхолическим депрессиям** в традиционном понимании относят тяжелые депрессии с типичными сомато-вегетативными проявлениями (так называемая витализация депрессивного аффекта вплоть до непереносимой боли, тяжести в груди), с необычайно тягостным, несопоставимым с обыденным опытом, тоскливым или тоскливо-тревожным изменением настроения, с заторможенностью вплоть до ступора или возбуждением вплоть до рапгуса, угнетением витальных влечений (либидо, аппетита) и побуждений к деятельности. Характерны суточные колебания с утренними ухудшениями состояния, идеями самоуничтожения и самообвинения.

Меланхолическим депрессиям присуще общее снижение реактивности по отношению к окружающему, отрешенность от внешней ситуации. На биологическом уровне снижение реактивности может проявляться отсутствием реакции на стандартные дозы антидепрессантов и иных лекарственных средств. В последнее время такого рода тяжелые депрессии становятся относительно редкими. Между тем к «меланхолическим» стали относить состояния с характерными соматическими симптомами. Это всегда требует уточнения, поскольку сомато-вегетативные проявления в разной степени и в разной форме свойственны практически всем клиническим вариантам депрессий. Истинно меланхолические депрессии требуют активной терапии, в частности проведения курса инфузионной терапии антидепрессантами (трициклическими либо тетрациклическими). Разумеется, это требует наблюдения в условиях специализированного лечебного учреждения.

Депрессия при **биполярном аффективном расстройстве** принципиально не отличается от обычного депрессивного эпизода, а при их лечении используются те же антидепрессанты. Однако, и спонтанное течение, и терапевтический процесс связаны с вероятностью быстрой, практически внезапной инверсии аффекта, т.е. резкого «переключения» депрессивной фазы в маниакальную. Вслед за тем возможна смена мании или гипомании вновь депрессией. Выявляется континуальное течение со следующими друг за другом противоположными по эмоциональному знаку состояниями. Такие расстройства требуют особых терапевтических подходов, осуществимых только в психиатрических учреждениях.

Сочетание депрессий и грубых, устойчивых форм патологической зависимости (**алкогольной** или **наркотической**) также должно оставаться сферой компетенции психиатров и наркологов. Аффективные расстройства, в частности стертые, умеренно выраженные депрессии, нередко предшествуют и сопутствуют развитию алкоголизма и наркомании. Однако, отсутствие критики к своему заболеванию, выявляющиеся в процессе заболевания изменения личности – препятствуют осуществлению лечения таких больных вне психиатрических учреждений.

## **4.4 Дифференциальная диагностика депрессий: отграничение от других состояний.**

### **Депрессивные расстройства и «нормальное» переживание горя.**

Преходящие чувства печали или разочарования являются частью нормального жизненного опыта. Таким образом, важно четко дифференцировать состояние клинической депрессии от нормальных адаптивных человеческих реакций на стресс, фрустрацию, тяжелую жизненную утрату, также проявляющихся как печаль.

В данной ситуации внимание клинициста должно быть направлено на оценку адекватности реакции человека на тяжелую утрату. У пациентов в состоянии горя часто выявляются симптомы, характерные для депрессивных расстройств (например, чувство грусти, бессонница, плохой аппетит, потеря веса). Пациенты, переживающие тяжелую утрату, обычно расценивают свое угнетенное настроение как «нормальное», хотя и могут искать профессиональной помощи для снятия таких симптомов, как бессонница и анорексия.

Длительность и степень выраженности «нормального» переживания горя значительно варьируют в различных этнокультуральных группах. В целом, долгое сохранение (**более 6 месяцев**) психопатологических симптомов, таких как неспособность работать, учиться или выполнять домашние дела, низкая самооценка, снижение удовольствия от ранее приятной деятельности, позволяют врачу диагностировать наличие у пациента **депрессивного расстройства**.

### **Признаки «нормального» переживание горя.**

#### **Жалобы пациента:**

- чувствует полную сосредоточенность на потере близкого человека
- полностью охвачен мыслями о потерянном человеке
- сразу после потери близкого могут появиться симптомы соматического расстройства

#### **Диагностические признаки**

Нормальное переживание горя включает поглощенность потерей близкого человека. Такое состояние может сопровождаться симптомами, сходными с депрессивными, такими как:

- сниженное или печальное настроение
- нарушения сна
- потеря интереса к жизни
- чувство вины или самоуничижение
- беспокойство
- Пациент может:
- прекратить обычную деятельность и социальную активность
- находить трудным для себя «думать о будущем».

### **Признаки развития депрессии на фоне переживания горя**

Если полная картина указанных расстройств сохраняется на протяжении **двух месяцев** (выше указано 6 месяцев) и более после потери близкого человека, следует предполагать наличие у такого пациента депрессивного расстройства.

Симптомы, не являющиеся характерными для «нормального» переживания горя:

- неадекватное чувство вины
- мысли о смерти, отличные от мысли: «Лучше бы я был на его месте»
- мысли о своей ненужности
- психомоторная заторможенность
- галлюцинаторные переживания, отличные от «слышания» голоса умершего.



## **5. Организация медицинской помощи в целом по руководству**

### **5.1 Общий алгоритм помощи врачами первичного звена больным депрессиями**

Данное руководство описывает организацию и методологию оказания медицинской помощи больным депрессиями, врачами первичного звена самостоятельно или совместно с психиатрами. Руководство последовательно охватывает весь процесс оказания медицинской помощи таким больным и включает в себя: выявление больных депрессией, диагностику депрессии (определение тяжести), алгоритм решения вопроса о необходимости консультации психиатра, лечение лёгкой и умеренно выраженной депрессии (немедикаментозное и медикаментозное) самостоятельно или в союзе с психиатром, вторичную профилактику депрессий.

Общий алгоритм медицинской помощи врачами первичного звена больным депрессией до внесения изменений представлен на рис. 5.1.1, а алгоритм медицинской помощи врачами первичного звена больным депрессией и ССЗ, выработанный в процессе разработки протокола представлен на рис. 5.1.2

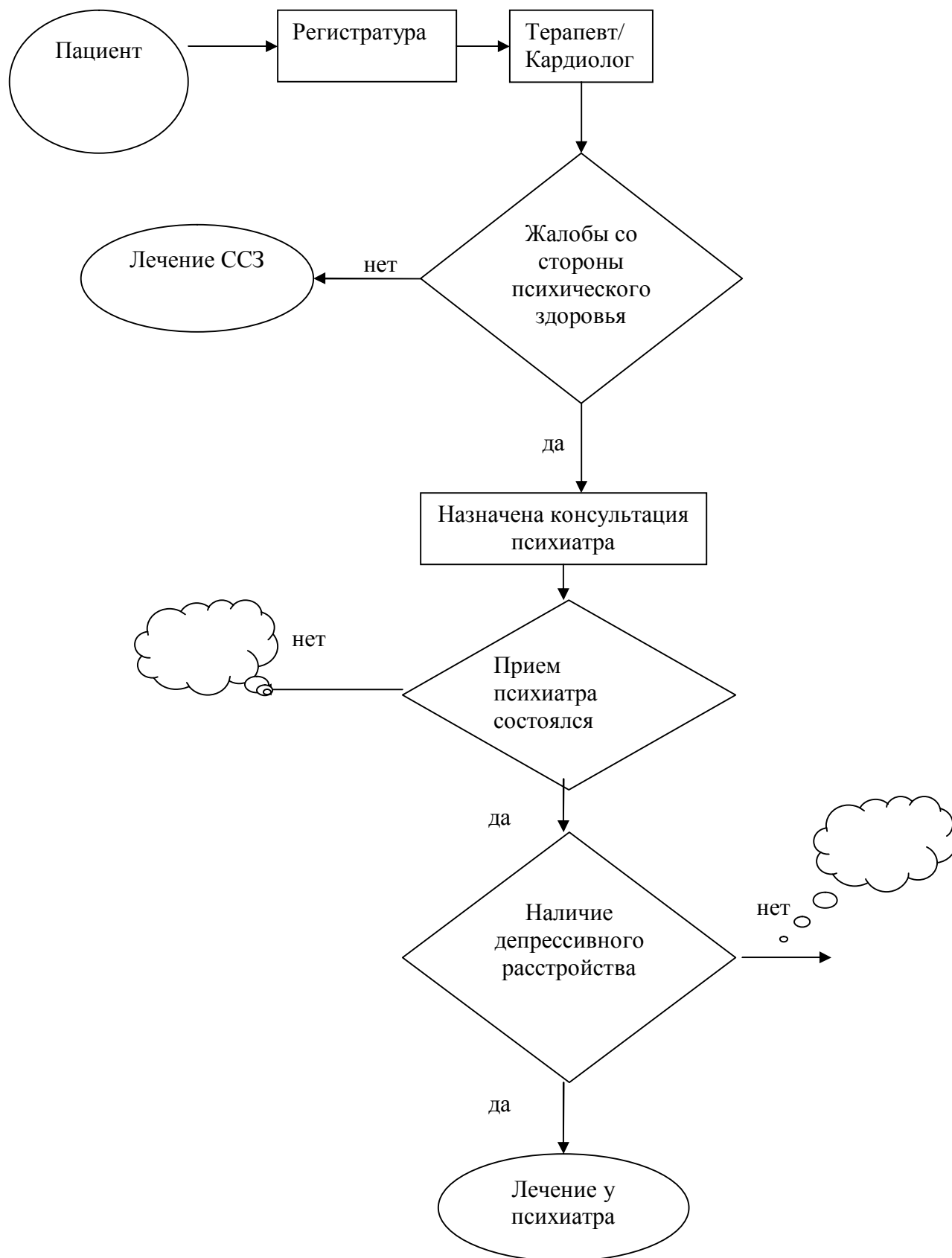


Рис. 5.1.1. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с ССЗ и депрессией до внесения изменений

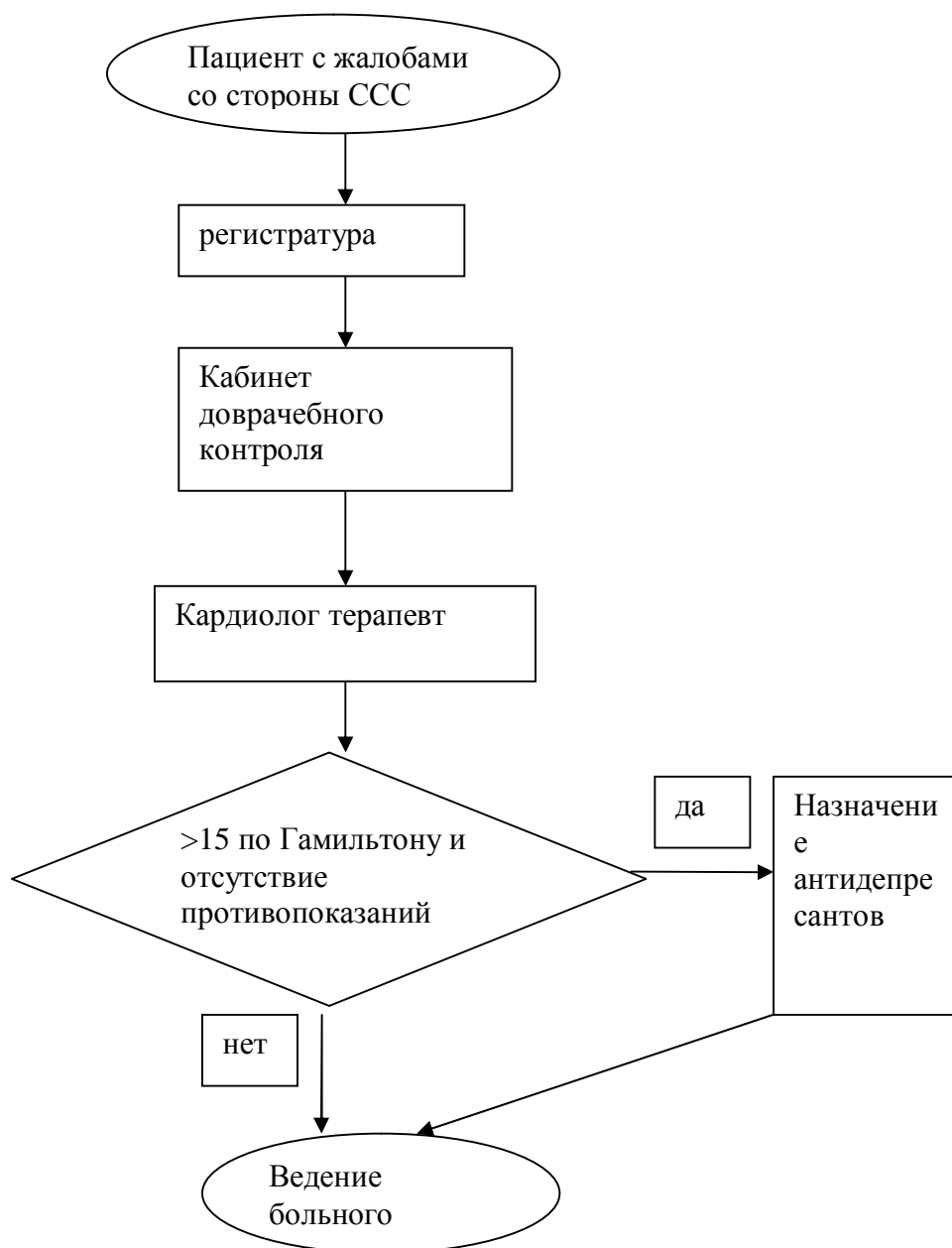


Рис.

5.1.2 Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с ССЗ и депрессией **после внесения изменений**

## 5.2 Описание этапов процесса

Настоящее клинико-организационное руководство охватывает следующие **этапы** оказания медицинской помощи больным депрессиями с сопутствующими ССЗ:

- 1) Выявление больных депрессией (скрининг)
- 2) Клиническая диагностика депрессивных расстройств (в соответствии с критериями МКБ-10 Таблица 1. Симптоматика депрессивного эпизода по МКБ-10.
- 3) Отбор пациентов с легкой и умеренно выраженной депрессией (с использованием шкалы депрессии Гамильтона)
- 4) Регистрация больных депрессией легкой и умеренной степени тяжести.
- 5) **Дополнительное диагностические обследование больных депрессией (для уточнения характера и выраженности сердечно-сосудистого заболевания)**

- 6) Лечение больных депрессией (медикаментозное и немедикаментозное).
- 7) Клиническая оценка эффективности терапии аффективных расстройств (с использованием шкал депрессии и тревоги Гамильтона) и сердечно-сосудистых нарушений;
- 8) Динамическое (диспансерное) наблюдение
- 9) Вторичная профилактика депрессий

## 5.3 Обеспечение процесса оказания медицинской помощи

### 5.3.1 Персонал

Врач первичного звена, медсестра прошедшие **курс обучения** по выявлению и оказанию помощи больным ССЗ и коморбидными легкими и умеренными формами депрессий

### 5.3.2 Фармакотерапевтические препараты

Фармакотерапевтические препараты, обладающие антидепрессивным действием и используемые в контексте данного руководства разбиваются на основные группы:

1. Трициклические антидепрессанты (ТЦА):
  - Амитриптилин (Триптизол, Эливел, Саротен)
  - Имипрамин (Мелипрамин)
  - Кломипрамин (Анафранил)
  - Тримипрамин (Герфонал, Сюрмонтил)
  - Нортриптилин (Дезипрамин, Петилил)
2. Тетрациклические (четырёхциклические) антидепрессанты (ЧЦА):
  - Мапротилин (Лудиомил)
  - Миансерин (Леривон, Миансан)
3. Обратимые ингибиторы моноаминоксидазы (ОИМАО)
  - Моклобемид (Аурорикс)
  - Пирлиндол (Пиразидол)
4. Ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО):
  - Ниаламид
  - Трансамин
  - Индопан
5. Атипичные трициклические антидепрессанты (АТЦА)
  - Пипофезин (Азафен)
6. Селективные стимуляторы обратного захвата серотонина (ССОЗС)
  - Тианептин (Коаксил)
7. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС):
  - Флуоксетин (Прозак, Профлузак)
  - Флувоксамин (Феварин)
  - Сертралин (Золофт)
  - Пароксетин (Паксил)
  - Циталопрам (Ципрамил)

8. Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН):

- Милнаципран (Иксел)
- Венлафаксин (Эффексор)
- Миртазапин (Ремерон) (относится к подгруппе НаССА)

9. Прочие антидепрессанты:

- Тразодон (Триттико)

Примечание: Принадлежность антидепрессанта к той или иной подгруппе определяется его химической структурой, но далеко не всегда соотносится с его конечным фармакологическим действием. Например, антидепрессанты СИОЗС и ССОЗС противоположны по влиянию на определенные рецепторные системы, считающиеся связанными с депрессиями, но и те и другие в конечном итоге оказывают антидепрессивное действие.

### **5.3.3 Оборудование и материалы(уточнить)**

- скрининговые анкеты
- контрольная карта пациента (бумажный и компьютерный варианты)
- шкалы депрессий Гамильтона, шкалы тревоги Гамильтона
- шкала В.Ю. Мареева для оценки степени выраженности ХСН
- электрокардиограф
- тонометр
- персональный компьютер для ведения автоматизированного учета и наблюдения за пациентами легкой и умеренно выраженной депрессией (при использовании соответствующего программного обеспечения).

## 6. Технология медицинской помощи на каждом этапе

Алгоритм процесса выявления больных сердечно-сосудистыми заболеваниями и коморбидными лёгкой и умеренно выраженной депрессией врачом первичного звена и оказания им медицинской помощи )

### 6.1 Скрининг депрессий

Обследуются все пациенты, обратившиеся к терапевту с жалобами со стороны сердечно-сосудистой системы или с ранее установленным диагнозом ССЗ.

Используются скрининговые анкеты для выявления аффективных расстройств у пациентов общесоматической практики, специально модифицированные для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (**Приложение I**). Результаты скрининга оцениваются на основании критериев, позволяющих предположить наличие у больных депрессивных нарушений.

Критерии (варианты ответов), позволяющие предположить наличие у пациентов расстройств аффективного спектра.

1. Положительные ответы не менее, чем на три любых вопроса;
2. Положительные ответы на 4 и 5 вопрос одновременно;
3. Положительный ответ на 6 вопрос (изолированно или в любой комбинации);
4. Положительный ответ на 7 вопрос (изолированно или в любой комбинации).

На визите во время скринингового исследования проводится регистрация АД и ЭКГ.

#### 6.1.1 Объект, задачи и ожидаемые результаты скрининга

Для выявления больных депрессией среди прикрепленного населения врач первичного звена и его медсестра проводят скрининг путем анкетирования каждого первичного пациента, с заболеваниями ССС или с жалобами на него. В конце года врач и медсестра должны «активно» проанкетировать ни разу не бывших в течение года пациентов. Кроме того, при подозрении на наличие депрессии у уже анкетировавшегося в данном году пациента, ему вновь проводят анкетирование.

При соблюдении врачами представленной технологии скрининга к концу года будет выявлено подавляющее большинство больных депрессией среди прикрепленного населения и для них будет начата адекватная медицинская помощь. В то же время, представленная технология реально выполнима с точки зрения возможных перегрузок врачей и медсестер.

#### 6.1.2 Обеспечение проведения скрининга

##### Ресурсное обеспечение

Анкеты для проведения скрининга

##### Методика анкетирования (методическое обеспечение).

##### 6.1.3 Алгоритм проведения скрининга (схематично представлен на рис. 6.1.3.1)

На основе этого плана осуществляются следующие конкретные действия специалистов поликлиники/амбулатории.

##### 1. Медицинская сестра:

- 1.1. до начала приема у врача первичного звена раздает первичным пациентам анкеты (см. Приложение 1) для скринингового обследования. При этом исключаются пациенты с неотложными состояниями (направляются на госпитализацию), беременные (нуждаются в особой тактике ведения и лечения), а также больные, о которых достоверно известно, что они страдают психотическим психическим заболеванием, с выраженным суицидальным риском (направляются на специализированное лечение).

- 1.2. если пациент испытывает затруднение при заполнении анкеты (например, нет очков, чтобы прочитать анкету), то медицинская сестра оказывает ему необходимую помощь
- 1.3. собирает заполненные анкеты и передает их врачу для оценки
2. Врач первичного звена:
  - 2.1 при наличии у пациента признаков непсихотического психического расстройства, если пациент обратился по поводу заболевания, проводится оценка скрининговых анкет, а также клиническое обследование пациента: жалобы, анамнез, физикальное обследование;
  - 2.2 при наличии у пациента признаков непсихотического психического расстройства и отсутствии у него скрининговой анкеты по каким-либо причинам (например, повторная явка в текущем году) на него заполняется скрининговая анкета и производится ее оценка
  - 2.3. если пациент обратился не по поводу заболевания, то после выполнения действий нужных пациенту (например, выписка справки) производится оценка скрининговых анкет;
  - 2.4. при наличии у пациента явных признаков психотического расстройства: бред, признаки галлюцинаций, мутизм и др. он в экстренном порядке направляется на консультацию психиатра и выбывает из дальнейшей работы по данному протоколу помощи;
  - 2.5. оценивает анкеты по разработанной системе (см. раздел 6.1), определяя вероятность наличия расстройств аффективного спектра. При оценке анкеты врач должен обратить внимание на то – правильно ли пациент понял вопросы анкеты и в случае необходимости, задав дополнительные уточняющие вопросы, провести коррекцию в анкете (многие пациенты, например, дают положительные ответы даже если симптом возникал был однократно или несколько раз в течение жизни);
  - 2.6. если при оценке анкеты выявлен отрицательный результат и отсутствуют признаки диссимуляции, то пациент выбывает из дальнейшей работы по данному протоколу помощи;

## **6.2 Клиническая диагностика депрессивных расстройств**

- 6.2.1 У пациентов с положительными результатами скрининга проводится клиническая диагностика депрессии в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 (см. Таблица 1. Симптоматика депрессивного эпизода по МКБ-10.
- 6.2.2 Если у пациента не установлен диагноз депрессии, то он получает помощь в соответствии со стандартами лечения выявленного у него соматического заболевания;
- 6.2.3. У больных с установленным диагнозом депрессии проводится оценка выраженности аффективных расстройств по клиническим шкалам депрессии и тревоги Гамильтона
- 6.2.4. Если показатель по шкале Гамильтона менее 15 баллов, то пациенту рекомендуется проведение психотерапевтического лечения и он выбывает из дальнейшей работы по данному протоколу помощи;
- 6.2.5. Если у пациента выявляется депрессия, тяжелой степени (показатель по шкале депрессии Гамильтона более 25 баллов), то он срочно направляется к психиатру для лечения и он выбывает из дальнейшей работы по данному протоколу помощи. Критериями тяжелой депрессии являются:
  - высокий риск суицидальной попытки;
  - выраженное снижение энергии;
  - мутизм;
  - обездвиженность вплоть до ступора;
  - отказ от приема пищи;
  - выраженное двигательное и речевое возбуждение;
  - наличие депрессивных идей бредового уровня.

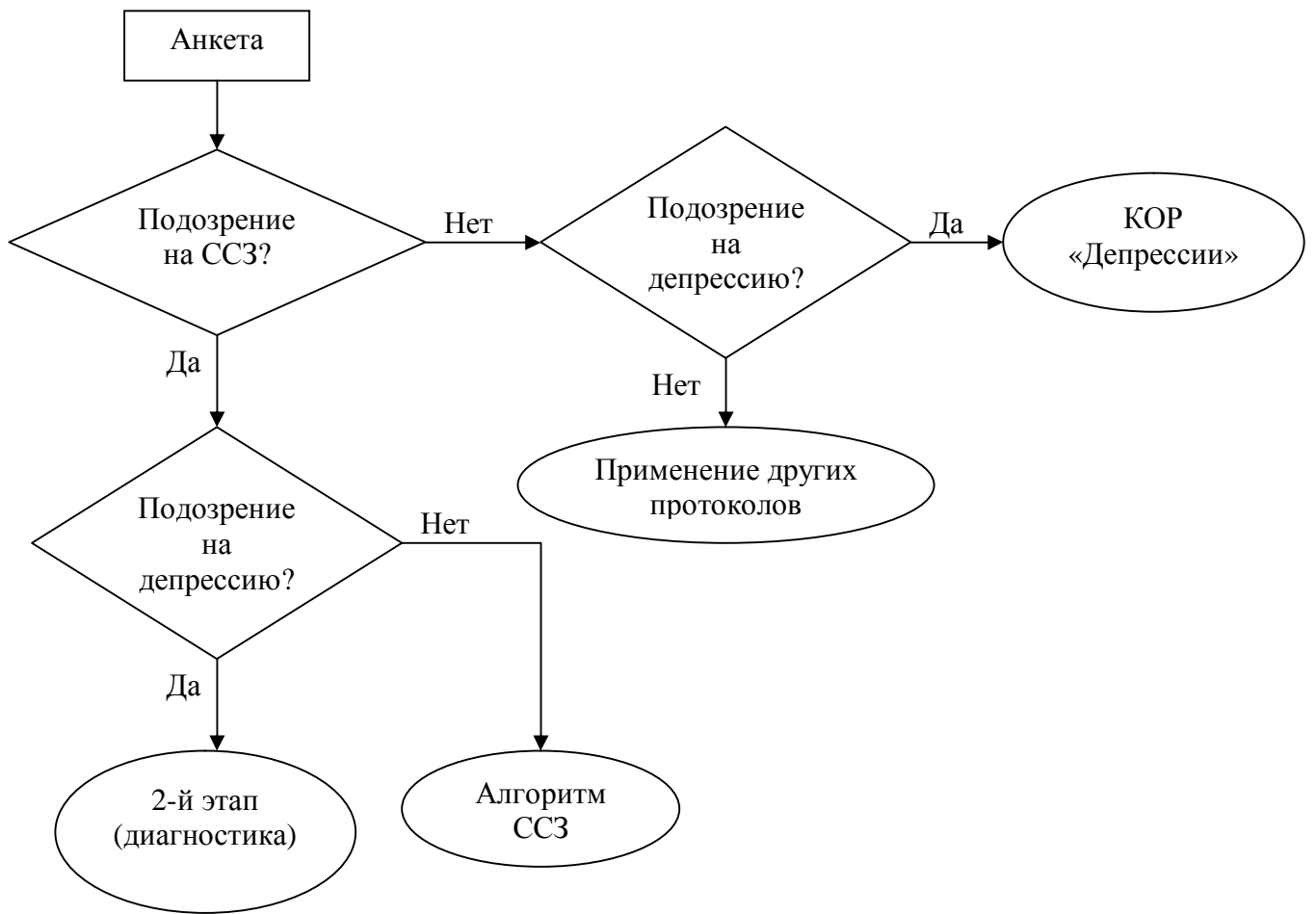


Рис. 6.1.3.1 Алгоритм проведения скрининга



## 6.3 Регистрация больных лёгкой и умеренной депрессией.

С целью систематизации и контроля дальнейшей лечебно-диагностической работы с пациентами, страдающими лёгкой и умеренно выраженной депрессией на каждого из них заводится контрольная карта пациента.

### 6.3.1 Цель и ожидаемые результаты этапа

Целью этапа является регистрация пациентов с лёгкой и умеренной депрессией для обеспечения их постоянного наблюдения. Результатом этапа будет создание и ведение картотеки контрольных карт на всех пациентов с диагностированными депрессивными расстройствами легкой или умеренной степени тяжести, содержащей необходимую информацию, (См Приложение Контрольная карта пациента), включая:

- паспортные данные,
- степень выраженности депрессии,
- сопутствующая соматическая патология по данным амбулаторной карты и дополнительного обследования,
- даты повторных визитов,
- оценки по шкалам депрессии и тревоги Гамильтона при выявлении и при каждом контрольном визите,
- проводимая психофармакотерапия,
- эффективность лечения ( динамика гемодинамических показателей и состояния сердечно-сосудистой системы) (см. Приложение),
- оценка комплаенса( соблюдения режима терапии и выполнения врачебных назначений) (см. Приложение),
- оценка динамики психического и соматического состояния (см. Приложение),
- даты начала и окончания наблюдения, причины преждевременного окончания наблюдения,
- рекомендации по дальнейшему лечению и обследованию,
- комментарии.

### 6.3.2 Обеспечение этапа. Ведение контрольных карт и картотеки

#### **Контрольная карта пациента с сердечно-сосудистым заболеванием и сопутствующей депрессией**

Для регистрации и диспансерного наблюдения больных ССЗ и депрессий разработана специальная контрольная карта в бумажном и компьютерном виде

Контрольная карта (КК) является принципиально важным элементом в системе медицинского наблюдения за больными депрессией, т.к. она способствует качественной работе по обследованию, лечению и диспансерному наблюдению пациентов, обеспечивает учет больных и отражает важнейшие данные о пациенте и работе врача, позволяет оценивать качество медицинской помощи по утвержденным индикаторам. КК заполняется на каждого пациента с установленным диагнозом депрессии.. Ежеквартально КК анализируются с целью оценки качества медицинской помощи по утвержденным индикаторам и его улучшения. Для анализа используется **Ошибка! Источник ссылки не найден.**( См. **Ошибка! Источник ссылки не найден.**

#### **Индикаторы ( УТОЧНИТЬ)**

К индикаторам относятся следующие показатели:

- Количество населения на участке
- Количество предложенных скрининговых анкет

- Количество пациентов отказавшихся от заполнения анкет
- Из количества прошедших скрининг группы по возрастам 18-55 лет и 56-70 лет
- Количество пациентов с выявленными расстройствами аффективного спектра (положительные ответы в скрининговой анкете)
  - Из них по возрастам: 18-55 лет и 56-70 лет
- Количество пациентов направленных к психиатру
- Количество пациентов обследованных психиатром
- Количество пациентов с подтверждённым диагнозом депрессии
- Количество больных депрессией легкой и средней тяжести которым была предложена медикаментозная терапия (15 и более баллов по шкале депрессии. Гамильтона)
- Из них отказались от медикаментозной терапии всего, а также ввиду неявки и по особым причинам
- Количество больных депрессией легкой и средней тяжести которые выбыли из медикаментозной терапии в течение 1-й недели
- Количество больных депрессией легкой и средней тяжести которые проходят первичный курс терапии
- Количество больных депрессией легкой и средней тяжести получающих: Флуоксетин, Тианептин /коаксил, Миансерин /леривон, Флувоксамин /феварин, Амитриптилин или другие ТЦА, прочие антидепрессанты

## **6.4 Назначение дополнительных обследований.**

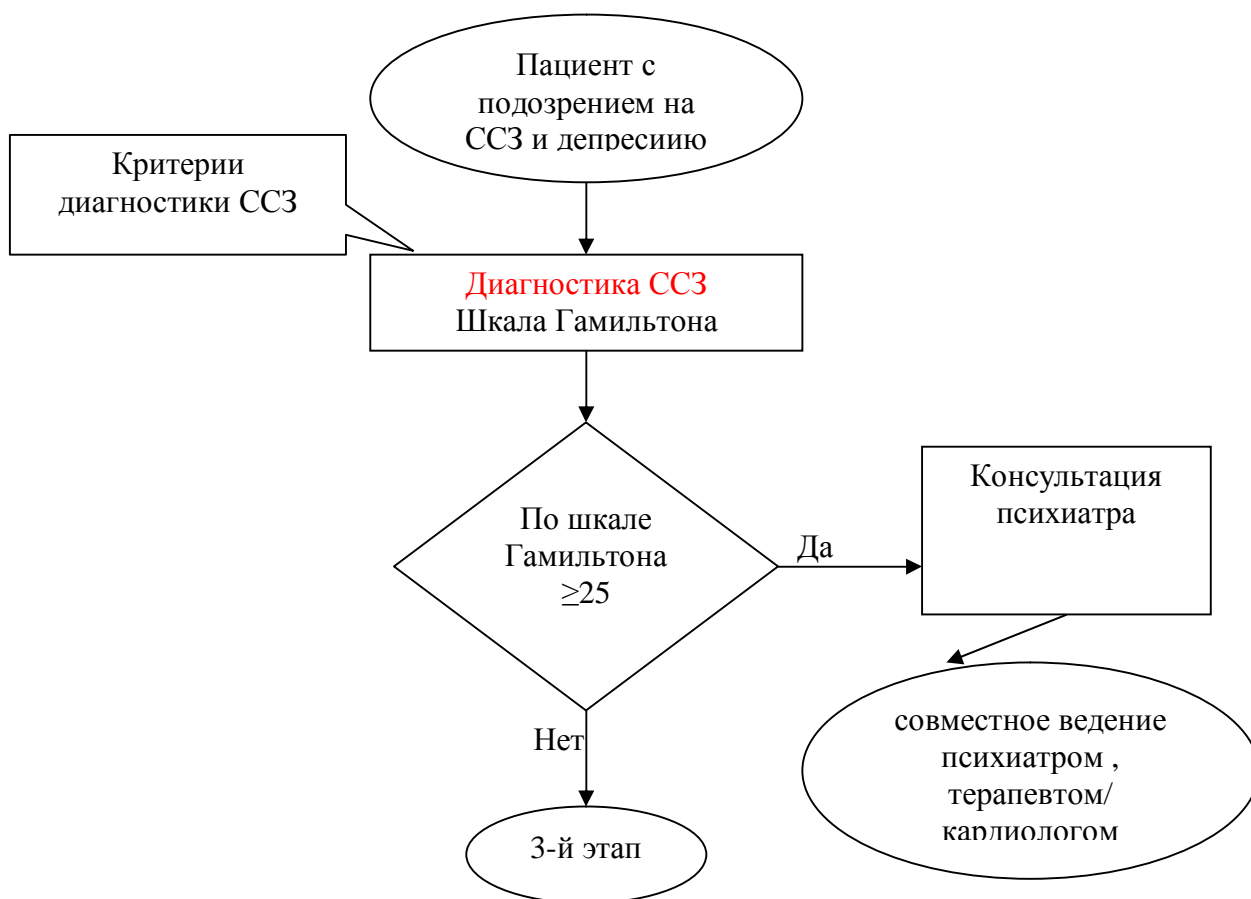
### **6.4.1 Цель и ожидаемые результаты этапа**

Цель обследования – уточнение диагноза на основании современных классификаций (См. Приложение) и степени выраженности имеющихся сердечно-сосудистых нарушений, а также выявление возможных противопоказаний для фармакотерапии депрессии некоторыми группами препаратов (в частности, ТЦА).

### **6.4.2 Обеспечение этапа( УТОЧНИТЬ)**

Ресурсное обеспечение – электрокардиограф, аппарат для эхокардиографии, тонометр..

### **6.4.3 Алгоритм проведения диагностического обследования**



**Диагностическое** обследование назначается при взятии на динамическое наблюдение. Объемы исследований должны четко соответствовать приведенной ниже схеме. Обследование с целью уточнения характера и степени выраженности сердечно-сосудистых заболеваний должны проводиться в соответствии с современными алгоритмами диагностики и постановки диагноза ( см. Приложение). На основании полученных результатов проводится терапия сердечно-сосудистых заболеваний по разработанным схемам (см. Приложение). Строгие исследования доказали, что назначение исследований сверх указанных в схеме означает неэффективное использование ресурсов и не приводит к лучшим результатам. Если состояние пациента требует, то обследование проводится параллельно с подбором лекарственной терапии.

**Объем необходимых обследований пациентов с ССЗ и коморбидными депрессиями.(УТОЧНИТЬ)**

- общий клинический анализ крови;
- общий клинический анализ мочи;
- анализ крови на сахар (глюкозу);
- электрокардиография; (в покое и при дозированной физической нагрузке)
- эхокардиография;
- мониторинг АД

## 6.5 Решение вопроса о консультации психиатра

При повторных визитах перед врачом первичного звена может встать вопрос о необходимости консультации психиатра

. В случае возникновения такой необходимости, с пациентами обсуждаются возможности и условия **внеплановой** консультации у психиатра. В случае согласия пациента он направляется на консультацию психиатра. Если процесс лечения по продолжительности захватывает время **плановых** консультаций пациентов данного врача психиатром, то пациент, в случае его согласия, направляется на такую консультацию в обязательном порядке.

Формы консультации возможны следующие:

- внеплановые:
- в районной больнице (при наличии там психиатра) для:
- пациентов участковых сельских больниц,
- пациентов участковых врачей района,
- пациентов цеховых врачей предприятий расположенных в данном районе
- в областном психиатрическом диспансере для пациентов перечисленных выше подразделений, если в районной больнице нет психиатра;
- в городском психиатрическом диспансере для пациентов врачей, работающих на территории закреплённой за данным диспансером;
- в поликлинике (если в её штате есть психиатр) для пациентов врачей, работающих на территории и предприятиях закреплённых за данной поликлиникой.
- плановые:
- могут выполняются в тех же подразделениях, что перечислены выше;
- при плановых выездах психиатров в районные и участковые больницы, поликлиники, офисы врачей общей практики и здравпункты предприятий.

Плановые выезды психиатров, в зависимости от конкретных потребностей врачей первичного звена и возможностей психиатрической службы, могут быть либо по графику, что предпочтительней, либо по «требованию», если периодические выезды «нерентабельны» с точки зрения нагрузки или очень затруднительны из-за недоукомплектованности психиатрической службы.

Внеплановые консультации психиатра назначают:

- В случае затруднений при решении вопроса о трудоспособности, а также при значительной ее продолжительности (больше 14 дней).
- В случае отсутствия положительной динамики симптомов депрессии после проведения фармакотерапии в течение 4 недель.
- В случае нарастания симптомов депрессии и оценки по шкале депрессии Гамильтона при повторном визите.
- В случае выявления признаков утяжеления депрессии.
- При появлении выраженных побочных явлений, для выбора терапевтической тактики

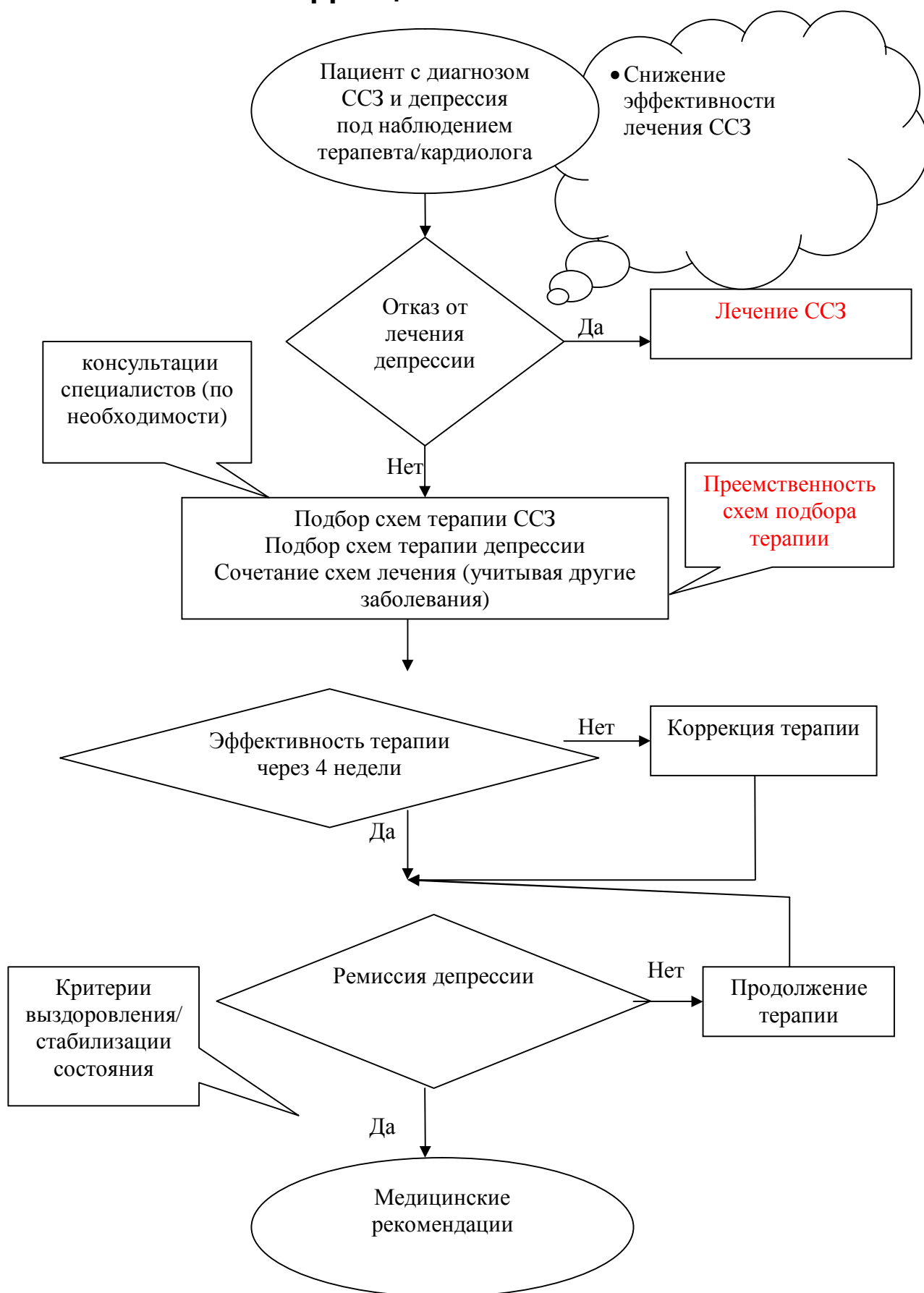
## 6.6 Проведение консультации психиатра

Психиатр принимает пациентов, направленных врачом первичного звена, проводит клиническую диагностику в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. При наличии достаточных для установления депрессии критериев психиатр определяет выраженность депрессивного синдрома на основе 17-пунктовой шкалы депрессии Гамильтона. Таким образом он верифицирует или изменяет диагноз депрессии выставленный врачом первичного звена.

1. В случае констатации тяжелой депрессии психиатр направляет такого пациента в психиатрический стационар и таким образом он выбывает из дальнейшей работы по данному протоколу помощи.
2. В случае установления диагноза лёгкой и умеренно выраженной депрессии:

- 2.1. Если по каким-либо причинам (см. «**Ошибка! Источник ссылки не найден.**») психиатр считает, что дальнейшее лечение такого пациента у врача первичного звена невозможно, то он проводит дальнейшее лечение его самостоятельно и, таким образом, этот больной выбывает из дальнейшей работы по данному протоколу помощи.
- 2.2. Если наблюдается устойчивость к проводимой накануне терапии, включая попытки смены антидепрессантов, рекомендуется лечение в условиях психиатрического стационара (или дневного стационара) и таким образом этот больной выбывает из дальнейшей работы по данному протоколу помощи.
- 2.3. Если психиатр считает целесообразным дальнейшее лечение пациента у врача первичного звена (см. «»), то он в случае необходимости:
  - 2.3.1. проводит коррекцию назначенного лечения;
  - 2.3.2. проводит экспертизу временной нетрудоспособности;
- 2.4. Заносит свои рекомендации в амбулаторную карту больного, откуда они медицинской сестрой врача первичного звена дублируются в контрольную карту наблюдения.
3. Направляет пациента обратно к врачу первичного звена .

## 6.7 Назначение/коррекция лечения



### 6.7.1 Цель и ожидаемые результаты этапа

Основной **целью** данного этапа является снижение проявлений аффективного расстройства вплоть до полного его исчезновения (полная или частичная ремиссия). Терапия депрессий у больных ССЗ направлена на устранение негативного влияния психологических факторов, способствующих прогрессированию основного заболевания. Кроме того, она позволяет сократить длительность лечения, необходимого для устранения как психопатологических, так и соматических симптомов болезни. При уменьшении выраженности депрессии, улучшении настроения пациенты более позитивно относятся к лечению, лучше соблюдают рекомендации врачей по фармакологической терапии, изменению образа жизни, охотнее участвуют в реабилитационных мероприятиях. Эффективность методов лечения определяется достижением ремиссии в отношении как соматических, так и психопатологических симптомов, улучшением семейных, межличностных отношений, восстановлением социального функционирования, профессиональной деятельности, предотвращением или уменьшением риска рецидивов заболевания и суицидов. Эффективная терапия депрессии облегчает лечение ССЗ, улучшает их прогноз, способствует снижению смертности больных ССЗ.

### 6.7.2 Обеспечение этапа

**Ресурсное обеспечение** – врач первичного звена и его медсестра. Надо иметь в виду, что при точном соблюдении руководства возрастет число визитов больных депрессией, и врач и медсестра будут тратить дополнительное время на оценку их состояния по шкале Гамильтона при каждом визите. Вместе с тем в перспективе это обеспечивает сокращение числа обращений так называемых «трудных» пациентов с псевдосоматическими симптомами.

**В оснащении кабинета** врача – телефон для оперативной связи с пациентами в случае выбора методом контроля за их самочувствием, между контрольными явками, телефонных звонков; стеллажи для хранения контрольных карт пациентов или компьютер для тех же целей.

**В распоряжении** врача – алгоритм подбора антидепрессивной терапии; таблица с характеристиками применяемых антидепрессантов: особенности действия, побочных эффектов, противопоказания, особенности лекарственного взаимодействия, распределение препаратов по степени выраженности кардиотоксического действия, стоимость курсового лечения; информация из аптеки о наличии антидепрессантов.

Обеспечение данного этапа включает в себя и наличие доступных в аптеках медикаментов, применяющихся для лечения депрессий. Это препараты следующих групп: трициклические антидепрессанты (применять с особой осторожностью!), тетрациклические антидепрессанты, атипичные трициклические антидепрессанты (АТЦА), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина. В связи с высокой вероятностью развития побочных действий и осложнений при применении **ингибиторов МАО**, препараты этой группы не рекомендуются для назначения врачами первичного звена и поэтому из дальнейшего рассмотрения, в данном протоколе помощи больным депрессиями, **исключены**.

Перед выбором одной из схем лечения (см. 6.7.4.1 Подбор препарата) следует разъяснить пациенту характер имеющихся у него расстройств, влияние депрессии на течение сердечно-сосудистых заболеваний, необходимость проведения психофармакотерапии и соблюдения режима приема препаратов, а также механизм действия антидепрессантов. Кроме того с пациентом обсуждаются условия и перспективы лечения, определяется лечебный режим и порядок контроля за состоянием, в том числе достигается договоренность о возможном

обмене текущей информацией о процессе лечения по телефону через медицинскую сестру врача первичного звена.

При выборе схемы лечения депрессии, кроме учёта фармакотерапевтических особенностей препаратов, необходимо учитывать и стоимость курса терапии

### 6.7.3 Алгоритм лечения больных ССЗ и сопутствующей депрессией

1. Проведение лечения сопутствующего ССЗ.
2. Если у больного депрессией выявлено наличие противопоказаний и ограничений, определенных в соответствии с установленным перечнем, то это является препятствием для его амбулаторного лечения, и он выбывает из процесса оказания помощи по данному протоколу. **Ограничения:**
  - ОИМ или ОНМК
  - тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации;
  - беременность;
  - хронический алкоголизм, другие формы зависимости;
  - наличие суицидальных мыслей и действий в период обследования, суицидальных попыток в анамнезе;
  - биполярное аффективное расстройство;
  - тяжелые (психотические) формы психических заболеваний.
2. Если больной депрессией на предыдущем этапе был направлен на консультацию психиатра, то назначение/коррекцию лечения депрессии для него выполняет психиатр, и больной минует данный этап.
3. При первичном обращении производится подбор терапии. Основными критериями при выборе антидепрессантов наряду с терапевтической эффективностью являются безопасность, хорошая переносимость, отсутствие тяжелых побочных эффектов, минимальный риск нежелательных взаимодействий с соматотропными препаратами. Определенную роль может играть индивидуальная чувствительность к препарату, однако до начала лечения ее трудно прогнозировать. Следует учитывать также предыдущий опыт терапии антидепрессантами, возраст пациента, а также фактор поведенческой токсичности, проявляющейся вялостью, сонливостью, заторможенностью.
4. Для больных на повторном визите на данном этапе решаются следующие вопросы:
  - 4.1. при наличии осложнений от проводимого лечения – перейти к вопросу о подборе/смене препарата
  - 4.2. при наличии **выраженных** побочных действий назначенных антидепрессантов – перейти к вопросу о подборе/смене препарата
  - 4.3. при неполном выполнении назначений – попытаться установить причину этого и при невозможности устранения причины перейти к вопросу о подборе/смене препарата
  - 4.4. при положительной динамике состояния пациента терапия выбранным антидепрессантом продолжается:
    - 4.4.1. если при продолжительности лечения более 2 месяцев нет полного улучшения состояния – перейти к вопросу о подборе/смене препарата
    - 4.4.2. при длительности терапии менее 4 недель продолжить приём выбранного препарата в подобранной дозе.
    - 4.4.3. при длительности терапии более 4 недель:
      - 4.4.3.1. при выраженном улучшении или становлении ремиссии целесообразно продолжение терапии в снижающихся дозах в течение 2-х недель с последующей отменой в случае отсутствия рецидива.



- 4.4.4. при отчетливом, но неполном улучшении состояния терапию продолжают в подобранных дозах до 2-х месяцев (рекомендуется внеплановая консультация психиатра).
- 4.4.5. при умеренно выраженном улучшении лечение продолжают с использованием прежних или более высоких доз (с учетом переносимости) в течение последующего месяца (требуется внеплановая консультация психиатра).
- 4.5. В случае частичного возобновления отдельных проявлений депрессии, после снижения дозы препарата продолжается лечение предыдущей дозой в течение еще одного месяца вплоть до исчезновения симптомов депрессии (рекомендуется внеплановая консультация психиатра).

## 6.7.4 Подбор/смена препарата

При депрессиях, выраженность которых не достигает 15 баллов по шкале Гамильтона, пациенту может быть предложена:

- краткосрочная психотерапия (с учетом конкретных возможностей местной системы здравоохранения),
- консультативная помощь психиатра,
- симптоматические средства: общеукрепляющие, вегетотропные, снотворные (на короткое время).

Во всех остальных случаях при назначении пациенту нового препарата ему подробно объясняют особенности фармакологического действия конкретного (выбранного для данного курса терапии) антидепрессанта с обозначением вероятного срока наступления терапевтического эффекта (не ранее 1-2 недель терапии) и всех возможных побочных эффектов. Терапию начинают с минимальных доз препарата, постепенно подбирая терапевтическую дозу. Первые 3 дня желательно располагать информацией о переносимости препарата каждый день: информацию может обеспечить медицинская сестра. Для этого необходимо обсудить с пациентом пути контактов: либо он(а) будет сообщать о своем самочувствии лично или по телефону, либо его(её) будут посещать активно на дому или на работе. В последующем частота визитов - 1 раз в неделю.

### 6.7.4.1 Подбор препарата

С учетом состояния, особенностей депрессии, сопутствующей соматической патологии и применяемых соматотропных средств для терапевтического курса выбирается один из современных антидепрессантов.

1. Предпочтение должно отдаваться «новым» препаратам с наименее выраженными побочными эффектами. Но они есть и у этих антидепрессантов. Так, в частности, при применении СИОЗС могут отмечаться эректильная дисфункция, диспепсические явления. Некоторые из этих препаратов достаточно принимать 1-2 раза в сутки. При выборе препарата учитываются известные особенности терапевтического действия того или иного антидепрессанта:
  - сбалансированность действия *тианептина (коаксила)*, а также *миртазапина (ремерона)*, *милнаципрана (иксела)*
  - наличие активирующего компонента антидепрессивной активности у селективных ингибиторов обратного захвата серотонина - *флуоксетина*, *сертралина*, *пароксетина*, в меньшей степени *циталопрама* и *флувоксамина* (последние могут проявлять и противотревожное действие).
  - сочетание собственно антидепрессивных (тимоаналептических), анксиолитических (транквилизирующих, успокаивающих) и вегетостабилизирующих свойств у *миансерина (леривона)*. Хорошо его использовать при выраженных тревожных и вегетативных проявлениях депрессии.
  - наличие снотворного эффекта при стойкой бессоннице у *тразодона*

- выраженная эффективность при апатии и анергии у *моклобемида*

Необходимым условием выбора антидепрессантов для лечения депрессий у больных ССЗ является учет степени риска их действия на сердечно-сосудистую систему и взаимодействия с сердечно-сосудистыми средствами (См. Приложение). Выделяют три группы препаратов в зависимости от степени риска применения их в кардиологии (См. Приложение).

Антидепрессанты с низким риском кардиотоксического действия обладают мягким тимоаналептическим действием в сочетании с хорошей переносимостью. Лечение этими антидепрессантами может проводиться врачами общей практики с учетом рекомендуемых средних суточных доз, а также периода полувыведения препаратов (См. Приложение).

При использовании антидепрессантов со средним риском кардиотоксического действия необходимо учитывать возможность обострения заболевания сердца, например ИБС. Назначение этих препаратов должно проводиться психиатром при наличии соответствующих показаний. ТЦА в средних и высоких дозах, а также ИМАО, не должны применяться у больных с ССЗ.

2. При выборе начальной дозы и ритма приёма препарата пользуются следующими правилами:

2.1. В амбулаторных условиях начинать лечение следует с минимальных доз (половина таблетки). Чем больше длительность течения депрессии, тем чаще могут потребоваться большие дозы препаратов и более активные методы введения.

3. Если основным ограничивающим фактором при назначении лечения является стоимость курсового лечения, то при отсутствии противопоказаний (глаукома, аденома предстательной железы, запоры) в **исключительных** случаях может быть предпринята попытка применения традиционных *трициклических антидепрессантов*. Использование ТЦА в общетерапевтической практике сопровождается многочисленными побочными эффектами, а также возникновением неблагоприятных взаимодействий с кардиологическими препаратами (См. Приложение).

3.1 При назначении amitриптилина следует учитывать наличие у него **выраженного анальгезирующего** эффекта. Это может быть как полезным, так и вредным фактором, скрывая прогрессирование соматической патологии.

3.2 При интенсивном **вегетативном дисбалансе** лучше не назначать трициклических антидепрессантов, поскольку они обладают холинолитическим эффектом и могут усиливать имеющуюся симптоматику. Но такие препараты как мелипрамин и анафранил, в то же время оказывают вегетостабилизирующее действие.

3.3. У **пожилых больных** растет вероятность возникновения побочных эффектов при терапии ТЦА.

#### **6.7.4.2 Критерии смены препарата**

- наличие осложнения от проводимого лечения,
- наличие выраженных побочных действия от проводимого лечения
- неполное выполнение предыдущих назначений, если для устранения причины этого требуются отсутствующие ресурсы (например, закончился препарат в аптеке или нет средств на приобретение дорого препарата)
- при отсутствии очевидного положительного эффекта предыдущего (первого) курса терапии (снижение, через 4 недели терапии, выраженности депрессии менее чем на 50% от исходного уровня по шкале Гамильтона)

При смене препарата выбирается антидепрессант иной химической структуры. Например, *тианептин* заменяют на один из СИОЗС (*флуоксетин, флувоксамин, сертралин, пароксетин, циталопрам*) или наоборот, либо на антидепрессант "двойного действия" из числа ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН), например *милнаципран*. При выявлении в процессе первого курса терапии определенных **устойчивых проявлений** депрессии, возможно, связанных с недостаточной эффективностью первоначально выбранной терапии, назначают антидепрессанты, обладающие той или иной известной избирательностью действия.

## **6.8 Назначение повторной консультации**

### **6.8.1 Цель и ожидаемые результаты этапа**

Основной целью данного этапа является назначение временных точек контроля нервно-психического состояния пациента для своевременной коррекции проводимого лечения и ранней диагностика возможного нарастания симптомов депрессии, наличия резистентности к проводимому лечению или осложнений от проводимого лечения.

### **6.8.2 Обеспечение этапа**

**Ресурсное обеспечение** – контрольная карта пациента, куда записывается дата следующей консультации.

### **6.8.3 Алгоритм выбора срока следующей консультации**

В зависимости от назначенного лечения и состояния больного определяется дата следующей консультации:

- при проведении фармакотерапии депрессии не реже одного раза в неделю;
- при катamnестическом наблюдении (после достижения устойчивого улучшения) в течение 2-х месяцев не реже одного раза в две недели.

## **6.9 Повторная консультация. Оценка результатов**

### **6.9.1 Цель и ожидаемые результаты этапа**

Основной целью данного этапа является оценка результатов проводимого лечения путём контроля выраженности симптомов депрессии с применением шкал депрессии и тревоги Гамильтона, контроля динамики гемодинамических показателей с использованием разработанных критериев (См. Приложение), выявление возможных осложнений лечения.

### **6.9.2 Обеспечение этапа**

**Ресурсное обеспечение** : контрольная карта пациента, при применении ТЦА – прибор для измерения внутриглазного давления(уточнить)

### **6.9.3 Алгоритм оценки результатов**

1. Если появились осложнения от применения антидепрессантов – решить вопрос о замене препарата или внеплановой консультации психиатра
2. Провести оценку симптомов депрессии по шкале Гамильтона
3. Если оценка по шкале Гамильтона:
  - 3.1. Менее 10 (после лечения в течение не менее 4-х недель и последующей постепенной отменой антидепрессанта см. 6.7.3 Алгоритм лечения больных ССЗ и сопутствующей

- депрессией) – решить вопрос о наступлении ремиссии (см. 6.9.4 Критерии установления ремиссии депрессии);
- 3.2. Меньше 15 и больной принимает антидепрессант – решить вопрос об уменьшении дозы препарата или о полной его отмене (см. 6.7.3 Алгоритм лечения больных ССЗ и сопутствующей депрессией)
  - 3.3. Меньше чем результат при предыдущей явке и больной принимает антидепрессант – продолжить приём препарата в подобранной дозе (до сроков оговорённых в 6.7.3 Алгоритм лечения больных ССЗ и сопутствующей депрессией)
  - 3.4. Остаётся равным предыдущему результату или вырос на 1-2 балла и больной принимает антидепрессант – решить вопрос о подборе/смене препарата или внеплановой консультации психиатра
  - 3.5. Если результат вырос больше чем на 2 балла или появились симптомы тяжелой депрессии то провести экстренную внеплановую консультацию психиатра
4. Если в результате оценки состояния больного у больного устанавливается ремиссия, то он переходит на следующий этап помощи по данному протоколу.  
В противном случае оказание помощи возвращается к этапу **«Ошибка! Источник ссылки не найден.»** и далее.

## **6.9.4 Критерии установления ремиссии депрессии**

**Критериями** установления ремиссии депрессии и перехода к динамическому наблюдению являются – стойкое снижение показателя по шкале депрессии Гамильтона до 6 и менее баллов на фоне прекращения фармакотерапии депрессии в течение 2 месяцев.

## **6.10 Программа информационной поддержки выявления депрессий у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.**

### **6.10.1 Цель и ожидаемые результаты этапа**

Программа информационной поддержки выявления депрессий у больных ССЗ разработана с целью практического изменения отношения населения к проблемам депрессии. У многих людей существует мнение, что плохое настроение, снижение жизненной энергии, апатия – явления связанные не с болезнью, а исключительно с внешними обстоятельствами, с проблемами в семье, на работе и т.п. Разъяснение неправильности такого мнения поможет пациентам, страдающим депрессией, раньше обратиться за медицинской помощью и уменьшит вероятность развития трагических последствий, снизит потери от нетрудоспособности, улучшит эмоциональную атмосферу в семье и на работе.

### **6.10.2 Обеспечение Программы информационной поддержки выявления депрессий**

Для **ресурсного обеспечения** Программы необходимы наглядные и информационные материалы, соответствующее выделение и учет рабочего времени врача и его медсестры для подготовки санбюллетеней, проведения лекций, бесед, особенно, когда они проводятся в нерабочие часы.

Базовая часть материалов для проведения санитарного просвещения по проблеме депрессии собрана в виде отдельного приложения к протоколу.

### **6.10.3 Алгоритм осуществления Программы**

Программа информационной поддержки проводится в виде:

- бесед и лекций на закрепленных предприятиях, в клубах и дворцах культуры, в красных уголках при ЖЭУ, школах здоровья;
- подготовке материалов по вопросам депрессии и последующем их распространении через СМИ;
- распространении среди пациентов и населения брошюр и листовок посвященных проблемам депрессии;
- выпуском санбюллетеней по данной тематике.

Для осуществления этой программы используются

- материалы приложения протокола,
- материалы подготовленные Центром профилактики,
- материалы размещенные на сайте в интернете,
- материалы подготовленные самостоятельно по специальной, научно-популярной литературе и другим доступным врачам и их медсестрам источникам.

Клиническая проблема:	ССЗ + Легкие и умеренно выраженные формы депрессий
Название документа:	Клинико-организационное руководство для оказания медицинской помощи больным депрессиями врачом общей практики, участковым, цеховым врачом
Этапы оказания помощи:	Первичная помощь, оказываемая врачом общей практики, участковым, цеховым врачом
Учреждения, использующие руководство:	Департамент здравоохранения администрации Тульской области Тульский областной центр медицинской профилактики Комитет по здравоохранению и медицинскому страхованию муниципального образования «г. Тула» Муниципальная поликлиника № 3, участок ВОП МАКЛАКОВОЙ Е.Н. Муниципальная больница № 4, участок ВОП БАРАНОВОЙ О.И. Муниципальная МСЧ № 7, цеховой участок врача-терапевта МИХАЙЛИНОЙ И.Н. Заокская районная больница, участок врача-терапевта МАТРОСОВОЙ А.П. Крапивенская сельская участковая больница, Щёкинского района, участки ВОП СЛУГИНА А.А., СЛУГИНОЙ М.Н.
Этап проекта:	Ре-дизайн (изменение) системы
Дата создания:	25 января 2001 г.
Дата внесения изменений:	6 января 2010 г.