

Приложение

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ МОСКОВСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ПСИХИАТРИИ

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, СТРАДАЮЩИМ ДЕПРЕССИЯМИ, В УСЛОВИЯХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Методические рекомендации

Введение

Реформирование психиатрической помощи, а именно, обеспечение ее доступности и приближение к населению, невозможно только в рамках существующих психиатрических служб: оно требует взаимодействия с системой общей медицинской помощи, в частности, в виде интеграции отдельных форм психиатрической помощи в учреждения первичной медицинской сети, прежде всего, в территориальные поликлиники. Одним из перспективных направлений такого взаимодействия психиатрической и общемедицинской служб является организация помощи больным, страдающим депрессиями.

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 оправданным представляется участие различных специалистов в диагностике, терапии депрессии и предупреждении ее тяжелых, хронических, инвалидизирующих форм.

Депрессия в ее различных клинических вариантах признается сейчас одной из основных причин снижения трудоспособности:

по доле потерянных для полноценной жизни лет депрессивные расстройства в настоящее время опережают все прочие психические заболевания, включая такие, как болезнь Альцгеймера, алкоголизм, шизофрения. Распространенность депрессий среди населения - одна из самых высоких среди всех классов заболеваний: оценки различаются в зависимости от применяемых критериев, но показатели 2.5-5% в разных странах считаются надежно подтвержденными.

Особенно высока пропорция лиц, страдающих депрессиями, среди пациентов общесоматической сети медицинской помощи: как известно, около 25% обращений к врачам общей практики связано с депрессиями, при этом, только в 10-30% случаев депрессивные расстройства распознаются как таковые. В свою очередь, несвоевременная и неадекватная терапия депрессии приводит к усугублению соматического заболевания (если оно сочетается с депрессией) и хронификации депрессивного состояния.

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. При изменении системы помощи больным, страдающим депрессиями в их обычных не-психотических формах, лечение депрессий может осуществляться в медицинских учреждениях общего типа, в частности, в наиболее доступных из них территориальных поликлиниках.

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.

Формула метода

Разработана организационная модель медицинской помощи при депрессиях вне традиционных психиатрических учреждений (больниц, диспансеров), а именно, в условиях первичной медицинской сети, на основе взаимодействия специалистов терапевтического участка и психотерапевтического кабинета территориальной поликлиники.

Показания к лечению депрессий в территориальной поликлинике:

- легкие и умеренно выраженные депрессивные состояния без психотических включений, в частности, проявляющиеся соматовегетативными (псевдосоматическими) симптомами: F32.0-1; F33.0-1; F34; F41.2 по МКБ-10;
- депрессивные синдромы, сопутствующие хроническим соматическим заболеваниям, таким как артериальная гипертензия, бронхиальная астма, гастрит и др. (вне обострений и осложнений).

Противопоказания к лечению депрессий в территориальной поликлинике:

- биполярные формы аффективных расстройств (F 31);
- тяжелые, в том числе психотические, депрессивные состояния (F 32.2; F 33.2);
 - депрессии, устойчивые к стандартной терапии (если это известно из анамнеза или обнаруживается в процессе терапии);
- депрессии, сочетающиеся с тяжелыми соматическими заболеваниями;
- беременность;
- злоупотребление алкоголем, психоактивными средствами;
- иные (кроме депрессии) психические заболевания;
- суицидальные попытки в анамнезе.

Материально-техническое обеспечение метода

- Скрининговая анкета («опросник пациента», *Приложения 1 и 2*), предполагается наличие соответствующих бланков в кабинете участкового врача;
- Шкала депрессии Гамильтона (M. Hamilton. 1960); соответствующий набор бланков;
- Медикаменты (антидепрессанты), разрешенные к применению в медицинской практике: тианептин, флуоксетин, сертралин, пароксетин, циталопрам, флувоксамин, миансерин, моклобемид, тразодон, милнаципран.

Описание метода

Процесс диагностики и лечения депрессий в условиях территориальной поликлиники требует следования определенному, специально разработанному для этих целей плану. Каждому этапу работы соответствуют конкретные действия определенных специалистов и конкретный инструментарий оценки состояния пациентов. При этом, безусловно, необходимым компонентом названного процесса является наличие в поликлинике психотерапевтического кабинета и соответствующего специалиста-психотерапевта (по существующему положению психотерапевтом может стать только психиатр со стажем работы по специальности не менее 3 лет). При этом процесс диагностики и терапии депрессий не замыкается в пределах психотерапевтического кабинета: предполагается в существенной мере новая система профессионального взаимодействия участкового врача-терапевта и психиатра психотерапевтического кабинета, не ограничивающаяся направлением всех пациентов с признаками депрессии к консультанту-психиатру, но предполагающая и собственно лечебные функции участкового врача.

План действий по диагностике и лечению депрессий включает следующие этапы:

1. Скрининг расстройств аффективного (тревожно-депрессивного) спектра, у обращающихся к участковому врачу пациентов;
2. Клиническая диагностика депрессивных расстройств (в соответствии с критериями МКБ-10),
3. Отбор пациентов для терапии депрессий (с использованием шкалы депрессии Гамильтона);

4. Фармакотерапия депрессий: монотерапия одним из выбранных антидепрессантов (не менее 1 мес.); при отсутствии эффекта - смена антидепрессанта, далее - психотерапия или комбинированная терапия;
5. Клиническая оценка эффективности терапии (с использованием шкалы депрессии Гамильтона);
6. Катамнестическое наблюдение в течение 2 мес. На основе этого плана осуществляются следующие конкретные действия специалистов поликлиники:
- Медицинская сестра до начала приема участкового врача раздает пациентам анкеты для скринингового обследования («опросник пациента»), затем собирает их и передает врачу для оценки (при этом исключаются пациенты с неотложными состояниями).
 - Участковый врач оценивает анкеты по разработанной системе, определяя наличие расстройств аффективного спектра;
- после клинического обследования при отсутствии острых и тяжелых хронических заболеваний с указанными пациентами обсуждаются возможности и условия консультативной и лечебной помощи с участием психиатра; в случае согласия пациента он направляется в психотерапевтический кабинет.
- Психиатр принимает пациентов, направленных участковым врачом, 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. В случае констатации выраженности депрессии не менее 15 баллов по шкале Гамильтона, психиатр обсуждает с участковым врачом возможность, с учетом соматического состояния, проведения терапии антидепрессантами. Далее психиатр (желательно с участием участкового врача) предлагает пациенту проведение амбулаторной антидепрессивной терапии. 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 терапевтического участка.
 - С учетом актуального состояния, особенностей депрессии, сопутствующей соматической патологии и применяемых сома-тотропных средств для терапевтического курса выбирается (по согласованию с участковым врачом) один из современных антидепрессантов. Предпочтение должно отдаваться препаратам с наименее выраженными побочными эффектами. При этом учитываются известные особенности терапевтического действия того или иного антидепрессанта: сбалансированность действия тианептина (коаксила), наличие активирующего компонента антидепрессивной активности у селективных ингибиторов обратного захвата серотонина - флуоксетина, сертралина, пароксетина, в меньшей степени циталопрама и флувоксамина, сочетание собственно антидепрессивных (тимоаналептических) и анксиолитических свойств у миансерина (леривона).
 - Первый терапевтический курс осуществляется под наблюдением психиатра (психотерапевта) поликлиники. Пациенту подробно объясняют особенности фармакологического действия конкретного (выбранного в данном случае) 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. В последующем частота визитов - 1 раз в неделю. Спустя 4 недели оцениваются результаты терапевтического курса с использованием определенных общим протоколом шкал.
 - При выраженном улучшении состояния целесообразно продолжить применение того же антидепрессанта в снижающихся в течение 2 недель дозах. При этом наблюдение за завершением курса лечения осуществляет участковый врач. В случае частичного возобновления отдельных проявлений депрессии участковый врач по согласованию с психиатром продолжает лечение в течение следующего месяца вплоть до исчезновения симптомов депрессии.
 - При умеренно выраженном улучшении лечение продолжают под наблюдением психиатра с использованием прежних или более высоких доз (с учетом переносимости) в течение последующего месяца.
 - При отсутствии эффекта спустя 4 недели или исчезновении достигнутого эффекта позднее этого срока производят замену препарата на антидепрессант другой фармакологической груп-

пы: например, тианептин заменяют флуоксетином. Может быть предпринята попытка применения традиционных трициклических антидепрессантов, если этому не будут препятствовать выраженные побочные эффекты.

- При недостаточном улучшении и тенденции хронификации состояния может быть проведен курс краткосрочной психотерапии со снижением доз, либо полной отменой антидепрессантов.
- После достижения устойчивого улучшения пациенту предлагается катамнестическое наблюдение в течение 2 месяцев у участкового психиатра и, по желанию пациента, у психиатра психотерапевтического кабинета.
- При резистентности к терапии пациенту рекомендуется лечение в условиях психиатрического стационара (или дневного стационара психоневрологического диспансера).

Эффективность лечения депрессий в условиях территориальной поликлиники

Повышение осведомленности врачей первичной (поликлинической) медицинской помощи в области диагностики и лечения депрессий существенно снижает количество неоправданных инструментальных и лабораторных исследований, равно как неадекватных терапевтических назначений. Устраняется или ограничивается применение транквилизаторов, обычно неэффективных при депрессиях, а кроме того, чреватых формированием лекарственной зависимости. Сохранение в период лечения привычной социальной среды позволяет избежать стигматизации, осложняющей существование больного при лечении в психиатрических учреждениях.

Опыт лечения депрессий в условиях территориальных поликлиник свидетельствует о значительно более высокой их курабельности (вероятно, в силу умеренной выраженности, неосложненности и относительно раннего, своевременного начала терапии) по сравнению с депрессиями, лечение которых проводится в психиатрических больницах и диспансерах. В то время как для обычного психиатрического контингента больных курабельность, как известно, не превышает 80%, устойчивость к терапии при проведении лечения депрессий в условиях поликлиники выявляется лишь в единичных случаях.

Кроме непосредственного эффекта терапии депрессии есть, несомненно, и гуманный смысл предложения и оказания своевременной и адекватной помощи больным, страдающим депрессиями, в наиболее доступных, привычных и не стигматизирующих условиях.

Схема терапии депрессий в условиях поликлиники

1. Стандартная терапия антидепрессантами проводится пациентам, чье состояние отвечает следующим требованиям;
 - наличие депрессии в соответствии с критериями МКБ-10 за исключением тяжелых, осложненных форм депрессий с психотическими включениями;
 - выраженность депрессии не менее 15 баллов по шкале депрессии Гамильтона;
 - отсутствие противопоказаний и ограничений, определенных в соответствии с установленным перечнем (тяжелые соматические заболевания и др.).
2. Монотерапия выбранным антидепрессантом продолжается не менее 4 недель. При положительном результате (выраженном улучшении или становлении ремиссии) целесообразно продолжение терапии в снижающихся дозах в течение 2-х недель. При отчетливом, но неполном улучшении состояния терапию продолжают до 2-х месяцев.
3. Допустимо кратковременное симптоматическое назначен бензодиазепинов с вегетостабилизирующими и гипнотическими свойствами.
4. При отсутствии очевидного положительного эффекта первого курса терапии (снижение, через 4 недели терапии, выраженности депрессии менее, чем на 50% от исходного уровня шкале Гамильтона) производится замена препарата на антидепрессант иной химической структуры. Например, тианептин заменяют на один из СИЗС (флуоксетин, флувоксамин, сертралин, пароксетин, циталопрам) или наоборот, либо на антидепрессант «двойного действия» из числа ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина, 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. Так, при выраженности тревожных и вегетативных проявлений депрессии может быть применен миансерин, при выраженности апатии и анергии - моклобемид, при сочетании депрессии со стойкой бессонницей - тразодон.

5. В исключительных случаях может быть предпринята попытка применения традиционных трициклических антидепрессантов, если этому не будут препятствовать выраженные побочные эффекты. В целом использование трициклических антидепрессантов предполагает стационарные условия терапии.

6. Во всех случаях подробно объясняют особенности фармакологического действия конкретного (выбранного для данного курса терапии) антидепрессанта с обозначением вероятной 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. В последующем частота визитов - 1 раз в неделю.

7. При устойчивости к терапии, включая попытки замены антидепрессантов, рекомендуется лечение в условиях психиатрического стационара (или дневного стационара).

8. При депрессиях, выраженность которых не достигает 15 баллов по шкале Гамильтона, пациенту может быть предложена краткосрочная психотерапия (с учетом конкретных возможностей), консультативная помощь, симптоматические средства. Рекомендуется повторная консультация психиатра при сохранении или утяжелении болезненных проявлений.