

Консенсус за поведение при депресивни разстройства

(Приет на 28.04.2001 г.
на Конференцията на Сдружение "Частна психиатрия"
в гр. Кърджали)

Раздел 1. Основни правила

1. Общопрактикуващите лекари (ОПЛ) и неспециалистите по психиатрия могат да лекуват при амбулаторни условия самостоятелно леки депресивни разстройства, без суициден риск. За да могат да оценяват и лекуват депресивните разстройства според изискванията на добрата клинична практика те следва да имат сертификат за обучение и успешно положени изпити в тази област.
2. ОПЛ и неспециалистите по психиатрия следва да ограничат лечението на депресивните разстройства в един курс на лечение с един антидепресант.
3. При неповлияване или неубедителен ефект пациентът следва да се оцени в екип със специалист по психиатрия за по-нататъшно поведение.
4. Специалистът по психиатрия разполага с лимит от 6 амбулаторни курса на лечение по 6 седмици (не повече от 8 мес.)
5. При липса на ефект от 8 седмично лечение от специалист-психиатър пациентът влиза в програма за терапевтична резистентност и се лекува в екип
6. При липса на ефект от 24 седмично лечение в екип пациентът се третира като терапевтично резистентен и се хоспитализира.

ОЦЕНКА НА СУИЦИДЕН РИСК

Оценката на суициден риск следва да се усвои от всички ОПЛ, те трябва да бъдат обучавани и да полагат периодични изпити за повишаване степента на подготовка.

Най-висок риск от суицид има при:

- мъжки пол
- възраст над 40 години
- самотници
- злоупотребяващи с алкохол или психоактивни субстанции
- фамилната обремененост със самоубийства
- предшестващи опити за самоубийство
- рекурентна кратка депресия
- хронични соматични заболявания с лоша прогноза
- хронична болка
- отчаяние и остри стресови състояния

При установяване на суициден риск се налага незабавна консултация с психиатър, с оглед преценка за поведението.

Раздел 2. Общи положения

Депресивните разстройства са най-честите психични заболявания. В общата практика това вероятно са преобладаващите заболявания, които попадат при ОПЛ.

Около 17 % (10-20 %) от населението има поне един депресивен епизод през целия си живот (пожизнен риск). При половината от тези случаи се касае за леки или среднотезжки депресивни разстройства, но независимо от това те значително влошават продуктивността и качеството на живот. Подобно на другите хронични заболявания (диабет, артериална хипертония) при депресиите е необходимо медикаментозно, респ. психотерапевтично лечение. Рискът от рецидиви е около 70 % в рамките на една година.

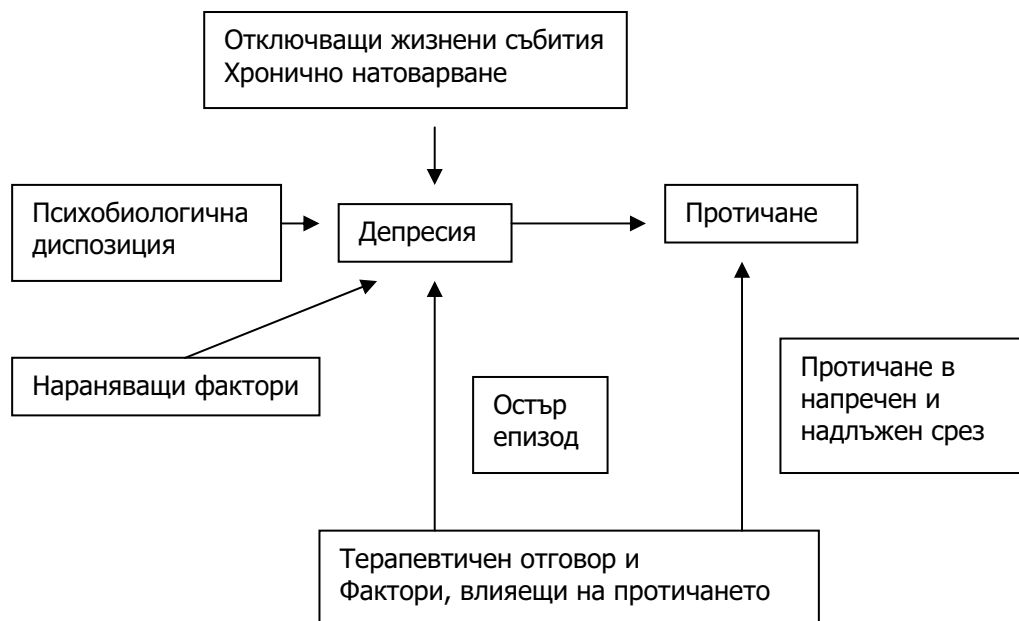
Актуалната моментна болестност от депресии е 4-5 %, като поне половината от тях се нуждаят от медикаментозно лечение.

Суицидният риск при депресивни разстройства е 10-15 %.

Като инвалидизиращ фактор депресиите се изравняват с инфаркта на миокарда.

Раздел 3. Етиология и патогенеза на депресивните разстройства

За възникване на депресивните разстройства имат значение биологични, психологични и социални фактори. Предиспозицията в смисъла на вродена ранимост има основно значение. Депресиите могат да възникнат, както спонтанно, така и като израз на остро или хронично жизнено натоварване.



Биопсихосоциалният модел на причинност на депресивните разстройства определя и модела за лечение на тези заболявания.

Раздел 4. Диагностика на депресията (1)

В света са разпространени две сравними диагностични системи: X-та ревизия на Международната класификация на болестите (ICD - 10) и американската система (Diagnostic and Statistical Manual, 4. Revision; DSM-IV). Обозначаваното по-рано в МКБ-9 заболяване депресия като "ендогенна депресия" в МКБ-10 е заменено с "депресивен епизод", а в DSM-IV с "голяма депресия".

Диагнозата се поставя по наличието на главните и другите чести симптоми, по тяхния брой, степен на изразеност и продължителност 2 седмици (табл.1).

Табл.1. Симптоми на депресивния епизод по МКБ-10.

ГЛАВНИ СИМПТОМИ	ДРУГИ ЧЕСТИ СИМПТОМИ
Подтиснато настроение Безрадостност/Загуба на интереси Снижени подтици	Слабост на концентрацията Понижена самооценка Чувство за вина Затормозеност/Неспокойствие Себеувреди Разстройства на съня Спад на апетита Намалено либидо
2 или 3 главни симптома трябва да са налице	2 до 4 симптома да са налице
Продължителност: минимум 2 седмици	

Диагностика на депресиите (2)

Лек депресивен епизод (F 32.0, F 33.0)

Налице са най-малко 2 от основните и най-малко два от другите симптоми.

Никой симптом не трябва да е много изразен.

Продължителност- над 2 седмици

Затруднено, но продължаващо функциониране.

Средно-тежък депресивен епизод (F 32.1, F 32.1)

Налице са най-малко 2 от основните и най-малко три (по-добре 4) от другите симптоми.

Никой от симптомите не е много изразен.

Продължителност-над 2 седмици

Силно затруднено функциониране.

Тежък депресивен епизод (F 32.2, F 33.2)

Налице са 3-те от основните и 4 и повече от другите симптоми.

Някои от симптомите са особено силно изразени при наличие и на потиснатост или ажитация.

Продължителност-над 2 седмици, но при случаите, когато симптомите са особено тежки или се развиват с голяма бързина, диагнозата може да се постави и при по-кратка продължителност.

Невъзможно функциониране.

Тежък депресивен епизод с психотични симптоми (F 32.3)

Вж. Предната рубрика + налудности и халюцинации.

Във всички случаи на депресии се оценява суицидният риск!

Най-често срещаните клинични форми на депресивните заболявания, със съответните кодирания, са представени на следната таблица (2).

Таблица 2. Клинични диагнози на депресията и по МКБ-9 и МКБ-10.

Клинично разделение	Класифициране по МКБ-10	Кодиране по МКБ-10	Кодиране по МКБ-9
Униполярна депресия	Депресивен епизод	F 32	296.1
	Рецидивиращ депресивен епизод	F 33	296.1
Биполярна депресия	Биполярно афективно разстройство, понастоящем депресивен епизод	F 31	296
Дистимия (депресивна невроза) (постоянна лека депресия)	Дистимия (продължителност най-малко 2 години, "по-често лоши дни")	F 34.1	300
Депресивно разстройство в адаптацията	Разстройство в адаптацията (не повече от 6 месеца, в зависимост от жизнени събития)	F 43.2	309
Шизоафективни психози	Шизодепресивно разстройство	F 25.1	295.7
Органично обусловена депресия (напр. M. Cushing)	Органично депресивно разстройство	F 06.32	311
Деменция и депресивни симптоми	Деменция и предимно депресивни симптоми	F 00 –	292.2
		F 03.X3	292.4

Степен на изразеност: лека (F 32.0, F 33.0), средна (F 32.1, F 33.1), тежка (F 32.2, F 33.2)

Раздел 5. Лечение на депресиите

В ОСТРАТА ФАЗА

Медикаментозната терапия изисква точна психиатрична и органномедицинска диагностика и се ориентира по синдромната характеристика.

При избора на антидепресантите се съобразява техният механизъм на действие (фармакодинамика), времето на полуживот, респ. начин на метаболизиране (фармакокинетика), както и токсичността при свръхдозирание.

Трицикличните антидепресанти, въпреки недостатъците си (антихолинергичен ефект, кардиотоксичност) имат предимството да са познати и утвърдени в съзнанието на лекарите. Новите антидепресивни агенти (SSRI's, SNRI's) са относително отскоро на пазара, но все пак поради щадящия профил на страничните ефекти, те имат своето място, особено при пациенти със соматични заболявания, както и при пациенти в третата възраст.

Необходими са още наблюдения, както по отношение на терапевтичната им ефективност, така и по отношение на неочаквани явления от интеракции с други медикаменти.

Табл. 3. Видове медикаменти по групи

Активна субстанция	Терапевтична доза (mg/дневно)	Време на полуживот в часове	Потенциални токсични комбинации
Селективни инхибитори на обратното поемане на серотонина (SSRI's, ССРП)			
Citalopram	10-60	33 (19 - 45)	MAO-I's
Fluoxetine	20-80	168 (72 - 360)	MAO-I's
Fluvoxamin	100-300	20 (17 - 22)	MAO-I's
Paroxetine	20-50	24 (3 - 65)	MAO-I's
Sertraline	50-150		MAO-I's
Нови антидепресанти			
Venlafaxin (SNRI)	150-225	8 (3-13)	MAO-I's
Mirtazapine (NaSSA)	15-90	25 (20-40)	?
Reboxetine (NRI)	8	13	MAO-I's
Milnacipran (SNRI)	100	9 (8-10)	MAO-I's, digitoxin

Tianeptine	37,5	2,5	MAO-I's
Трициклични (ТАД) , хетероциклични			
Amitriptylin	30-100		Антиаритмични, MAO-И
Clomipramin	75-300	24 (16-40)	Антиаритмични, MAO-И
Imipramin	75-300	24 (16-40)	Антиаритмични, MAO-И
Mianserin	30-90	30 (20-35)	Антиаритмични, MAO-И
Maprotilin	100-225	43 (27-58)	Антиаритмични, MAO-И
Trazodon	150-600	8 (4-14)	Антиаритмични, MAO-И
Реверзиблени инхибитори на MAO-A (RIMA, RИМА)			
Moclobemid	300-600	2 (1-3)	SSRI's
Допълнителни средства			
Flupenthixol	0.5-0.7mg/d		
Thioridazin	75-300		
Chlorprothixene	25-150		
Quetiapine	75-300		
Olanzapin	5-20		
Clozapin	50-400		
Sulpirid	100-400		
L-Tryptophan	1000-15000		
Lithium	300-1000		
T3	25 µg		
Carbamazepin	200-400*		
Reserpin	0,1-0,5		

*според серумните нива

Табл. 4. Препоръки за рутинни изследвания в началото и по време на антидепресивната медикаментозна терапия

ПАРАМЕТРИ	МЕСЕЦИ							
	Преди започване	1	2	3	4	5	6	На 3 месеца
RR / P	•	• •	• •	• •	•	•	•	•
Кръвна картина	•	• •	• •	• •	•	•	•	•
Урея, креатинин	•			•			•	•
GOT, GPT, γ - GT	•	•	•	•			•	•
ЕКГ	•			• ¹			• ¹	• ¹
ЕЕГ	•			• ²			• ²	• ²

• = брой на контролите;

¹ = при пациенти над 50 години и при сърдечно-съдови заболявания

² = при пациенти с органични мозъчни заболявания

³ = при SSRI's и RIMA е необходимо лабораторно изследване само в началото, следващо след 3 месеца и след това на 6 месеца

Електро-конвулсивна терапия:

Прилага се при:

- ♦ тежки депресии (вкл. ажитирани)
- ♦ психотични депресии
- ♦ при депресии с непосредствен суициден риск
- ♦ депресии с отказ от храна
- ♦ резистентни депресии
- ♦ при старчески депресии
- ♦ при нужда от бърз ефект по различни причини (напр. бременност)
- ♦ по желание на пациента

ЕКТ СЕ ПРИЛАГА И В СЛУЧАИТЕ, КОГАТО ИМА ОГРАНИЧЕНИЯ ЗА ДРУГИТЕ МЕТОДИ.

Място на психотерапията при депресивни разстройства

Психотерапията е неотменна част от лечението на депресивните разстройства. Психотерапевтичната интервенция зависи не само от тежестта и формата на заболяването, но и от психосоциалните фактори. Психотерапията по правило не е нозоспецифична, поради което не може да се приеме, че отделна школа има по-добра ефективност спрямо другите. Провеждането на психотерапевтична интервенция може условно да се разглежда на три нива:

Първо ниво - психотерапевтично поведение на лекаря (психиатър, ОПЛ);

Второ ниво - психологично консултиране и кризисна интервенция;

Трето ниво - професионална психотерапевтична помощ

Психологичното консултиране и кризисните интервенции се осъществяват от дипломиран клиничен психолог. ОПЛ или психиатър могат да интервенират в това ниво само ако имат съответната компетентност (сертификационен модул).

Професионалната психотерапевтична помощ се осъществява от дипломиран в една от психотерапевтичните школи психотерапевт.

Психотерапията е полезна по време на депресивен епизод и по време на ремисия, както при униполярна депресия, така и при биполярно афективно разстройство.

Продължителна терапия и профилактика:

Основания:

- ◆ при 75% от случаите има рецидиви след първи депресивен епизод
- ◆ при 20-25% след депресивния епизод липсва restitutio ad integrum
- ◆ рискът от самоубийство е 10-15%

Индикации за продължителна (дългогодишна) профилактична терапия на униполярната депресия:

- Повече от 3 епизода в рамките на 5 години
- Повече от 2 епизода в рамките на 5 години

и

следните рискови фактори:

- късно начало – над 60 години
- кратък интервал между епизодите
- бързо развитие на симптоматиката в епизодите
- фамилна анамнеза за афективни разстройства
- коморбидност (двойна депресия, страхови заболявания, злоупотреба с алкохол и/или медикаменти)
- тежък настоящ епизод, вкл. суицидност
- ограничена работоспособност

НАЙ-ОБЩО ПРАВИЛО – СЛЕД 3 ДЕПРЕСИВНИ ЕПИЗОДА!

НАД 50 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ СЛЕД 2 ДЕПРЕСИВНИ ЕПИЗОДА

Използват се антидепресанти – най-вече ефективните при лечението на острия епизод.

Допълнителна възможност са LITHIUM, CARBAMAZEPIN И ВАЛПРОАТИ.

Алгоритъм за поведение при ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИ ДЕПРЕСИИ

(при телесно здрави пациенти и при липса на противопоказания)

I ниво: 2 монотерапии с Антидепресанти за по 6 седмици при достатъчна доза (плазмени нива!) -> липса на ефект ->

Диагноза: ТЕРАПЕВТИЧНА РЕЗИСТЕНТНОСТ

I I ниво: Терапия с антидепресанти: моно- или комбинирана - с различен профил на действие от тези от I ниво, съобразени със синдромните характеристики и страничните явления:

SNRI's неселективни и селективни - ТАД, Venlafaxin, Milnacipran
или

SRI's - неселективни и селективни - Clomipramin, SSRI's
или

NRI,s - неселективни и селективни - Maprotilin, Reboxetin
или

норадренергичен с друг механизъм - Mianzerin
или

серотонинергични с друг механизъм - Tianeptin, Trazodon
или

MAO-И

или

допаминергични АД - Bupropion, Amineptin

бензодиазепинови антидепресанти - Alprazolam

I I I ниво: Комбиниране на антидепресанти с други антидепресивни агенти, изискващи **допълнителни изследвания и контроли**

- ♦ Lithium, T3, Carbamazepin,
- ♦ L-Tryptophan
- ♦ невroleптици с антидепресивен ефект - Flupenthixol, Chlorprothixene, Thioridazin, Quetiapine, Olanzapin, Clozapin, Sulpirid, Amisulprid
- ♦ с друг механизъм на действие - Reserpin
- ♦ сънна депривация
- ♦ светлинна терапия

I V ниво: Хоспитализация. Комбинации и други средства, изискващи **специални условия и контроли:** парентерално приложение, MAO И + АД, психостимуланти, невroleптици при налудни и суицидни пациенти, ЕКТ

Спиране на терапията за 10 дни - отначало!

Режим на действие при терапевтична резистентност:

На всеки 2 седмици оценка на състоянието в екипи (консултанти, евент. скали) Следене на плазмени нива?

На всеки 4 седмици, т.е. на края на всяко ниво - преразглеждане на диагнозата с консултанти; преценка на индикациите за ЕКТ, както и за

➡ **I V ниво хоспитализация**

Преценка за психотерапия

Списък на участниците, приели консенсуса:

1. Красимира Марчева- тел. 68 68 25
2. Анета Аничкина- тел. 02/45 88 61
3. Валентина Маринова- тел. 02/52 43 04
4. Любомир Живков- тел. 02/981 60 61
5. Теменужка Рангелова- тел. 032 82 72 65
6. Даниела Ковачева- тел. 032 940 300
7. Надя Полнарева- тел. 02/952 08 74
8. Георги Влаховски- тел. 0361/3 97 69
9. Белин Илчев- тел. 0361 3 92 29
10. Ангел Кротнев- тел. 0361 2 44 13 /232, 262/
11. Йордан Михайлов- тел. 038 6 88 50
12. Николина Узунова- тел. 0361 2 07 16
13. Нейчо Тодоров- 088 688 966
14. Елица Джатова- 088 583 331
15. Диана Манева- тел. 032/ 82 83 09
16. Валентина Майсторова- тел. 032/ 26 89 95
17. Дамян Гетев- ДПБ Кърджали тел. 0361 2 28 47
18. Георги Велковски- ДПБ Кърджали
19. Десислава Борисова- ДПБ Кърджали
20. Недялка Андреева- ДПБ Кърджали
21. Мария Тодорова- ДПБ Кърджали
22. Аня Вършилова- ДПБ Кърджали
23. Надежда Порязова- Псих. дисп. гр.Пловдив
24. Петър Маринов- гр.София СБАЛНП "Св.Наум"
25. Люба Хаджийска-гр.Пловдив 430 188
26. Венчеслава Димитрова- гр.Пловдив ул Бр.Бъкстон 19 ет1 ап 2 672074
27. Самер Шайхасаад- гр.София Ал. Б-ца 048 808424 952 04 28
28. Мария Гърбучкова- ОДПЗС гр.Пловдив
29. Сандра-Елена Шлойзенер- МБАЛ "Александровска" 088 685037
30. Никола Марков- Частен Център "Св.Козма и Дамян"гр.Пловдив
31. Любка Илиева- Частен Център "Св.Козма и Дамян"гр.Пловдив
32. Маргарита Иванова- гр.Хасково
33. Надежда Нейкова Стамова- гр.Харманли
34. Росанка Венелинова- гр.София, Център "Надя" 088 626 085
35. Кирил Миленков гр.София тел . 44 50 34
36. Милена Страшимирова- гр.София, МБАЛ "Александровска"
37. Георги Вишев-гр.София, МБАЛ "Александровска"
38. Георги Койчев- гр.София, МБАЛ "Александровска"

28.04.2001г.

гр.Кърджали