

Актуальні питання лікувальної тактики сімейного лікаря щодо пацієнта з депресією (за досвідом Словенії та Хорватії)

Л.С. Бабінець

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

У класичній сімейній практиці із середньою кількістю зареєстрованих пацієнтів до 2 тис. осіб показник поширеності депресії становить 5%, причому щороку двох пацієнтів госпіталізують через депресію, а через день один пацієнт здійснює самогубство.

Метою дослідження став аналіз актуальних питань медикаментозної терапії депресії та експертизи пацієнтів у рамках компетенції лікаря первинної медичної допомоги.

За даними ВООЗ, у 2025 році депресія стане першою причиною втрати працездатності через хворобу за показником DALY (включає роки, втрачені через ранню смерть та інвалідність).

Депресія – одна з найбільших проблем охорони здоров'я. Шляхами вирішення депресії є запровадження просвіти, відповідного ведення депресивних пацієнтів, а також реалістичні очікування від терапії, враховуючи, що лише у 20% пацієнтів спостерігається лише один епізод депресії, а 30% пацієнтів не реагують на терапію. Сімейний лікар зі своєю командою може керувати лікуванням 80% пацієнтів із легкою та помірною депресією. Однак існують ситуації, коли потрібно звернутися до вузького профільного спеціаліста – психіатра.

Розрізняють три фази медикаментозного лікування депресивних розладів на етапі первинної медичної допомоги: лікування гострого депресивного епізоду, фазу стабілізації терапевтичного ефекту та попередження нового епізоду хвороби. Лікування найчастіше починають з призначення антидепресанта, який у попередньому епізоді або у близького члена сім'ї виявляв позитивні ефекти.

Ключові слова: депресія, антидепресанти, лікувальна тактика на етапі первинної медичної допомоги, експертиза працездатності пацієнтів.

Current issues of the treatment tactics of family physician at patients with depression (from the experience of Slovenia and Croatia)

L. S. Babinets

In classical family practice with an average number of registered patients up to 2 thousand, the prevalence rate of depression is 5%, moreover, two patients are hospitalized annually due to depression, and one day a patient commits suicide.

The goal is to analyze urgent issues of drug therapy for depression and examination of patients within the competence of a primary care physician. According to the WHO, in 2025, depression will be the first cause of disability due to illness according to the DALY indicator (including years lost due to early death and disability).

Depression is one of the biggest health problems. The solution to depression is the introduction of good education, appropriate management of depressed patients, as well as realistic expectations from therapy, given that only 20% of patients have only one episode of depression, and 30% of patients do not respond to therapy. A family doctor with his team can manage the treatment of 80% of patients with mild to moderate depression. However, there are situations when you need to turn to specialist – a psychiatrist.

In the medical treatment of depressive disorders, three phases are distinguished at the PMC stage: the treatment of an acute depressive episode, the phase of stabilization of the therapeutic effect and the prevention of a new episode of the disease. Treatment most often begins with the appointment of an antidepressant, which in the previous episode or in a close family member showed positive effects.

Key words: depression, antidepressants, therapeutic tactics at the stage of primary medical care, examination of patients' work ability.

Актуальные вопросы лечебной тактики семейного врача относительно пациентов с депрессией (по опыту Словении и Хорватии)

Л.С. Бабинец

В классической семейной практике со средним количеством зарегистрированных пациентов до 2 тыс. человек показатель распространенности депрессии составляет 5%, причем ежегодно двух пациентов госпитализируют из-за депрессии, а через день один пациент совершает самоубийство.

Целью исследования стал анализ актуальных вопросов медикаментозной терапии депрессии и экспертизы пациентов в рамках компетенции врача первичной медицинской помощи.

По данным ВОЗ, в 2025 году депрессия станет первой причиной потери трудоспособности по болезни по показателю DALY (включая годы, потерянные из-за ранней смерти и инвалидности).

Депрессия – одна из самых больших проблем здравоохранения. Пути решения депрессии являются введение просвещения, соответствующего ведения депрессивных пациентов, а также реалистичные ожидания от терапии, учитывая, что только у 20% пациентов наблюдается лишь один эпизод депрессии, а 30% пациентов не реагируют на терапию. Семейный врач со своей командой может управлять лечением 80% пациентов с легкой и умеренной депрессией. Однако существуют ситуации, когда нужно обратиться к узкопрофильному специалисту – психиатру.

В медикаментозном лечении депрессивных расстройств различают три фазы на этапе первичной медицинской помощи: лечение острого депрессивного эпизода, фазу стабилизации терапевтического эффекта и предупреждение нового эпизода болезни. Лечение чаще всего начинают с назначения антидепрессанта, который в предыдущем эпизоде или у близкого члена семьи проявлял положительные эффекты.

Ключевые слова: депрессия, антидепрессанты, лечебная тактика на этапе первичной медицинской помощи, экспертиза трудоспособности пациентов.

Депресія – один з найпоширеніших психічних розладів, який згідно з класифікацією ІСРС-2 належить до проблем компетенції лікаря первинної медичної допомоги (ПМД) [5]. Середня поширеність депресії в Європі становить майже 5%, а у світі – близько 10%. Виходячи зі стандартних статистичних даних, зібраних Хорватським інститутом охорони здоров'я з обов'язкових щорічних звітів, що подаються закладами ПМД, психічні розлади посідають 10-те місце (3,8%) за загальною захворюваністю на етапі ПМД [7]. Депресія належить до групи «Інші психічні та поведінкові розлади» і становить 19% серед психічних захворювань. Немає точних даних про поширеність депресії в Хорватії, але дослідження виявили 2,3% поширеності депресії у місті Загреб [6, 7].

За даними ВООЗ (2008 рік), депресія посіла четверте місце серед причин втрати працездатності через хворобу, яка, як очікується, посідає друге місце до 2025 року. Недієздатність через хворобу вимірюється одиницями DALY (інвалідність, виражена роками життя, які втрачені через ранню смерть або нездатність продуктивно жити і працювати через хворобу) [8].

Депресія – це серйозне захворювання зі значними психологічними стражданнями і найвищим рівнем самогубств серед психічно хворих пацієнтів – до 20%. Щороку близько 850 тис. людей у світі гинуть від самогубств. Депресія – це рецидивуюча хвороба, і лише 20% пацієнтів мають лише один депресивний епізод у своєму житті [1, 3]. Після діагностування депресії сімейний лікар повинен визначитися з лікувальною тактикою пацієнта, що робить сам, а також за допомогою психіатра у чітко регламентованих ситуаціях [5, 6].

Метою дослідження став аналіз актуальних питань медикаментозної терапії депресії та експертизи пацієнтів у рамках компетенції лікаря первинної медичної допомоги.

Розрізняють три фази медикаментозного лікування депресивних розладів:

1. Лікування гострого депресивного епізоду.
2. Фаза стабілізації терапевтичного ефекту.
3. Попередження нового епізоду хвороби [1, 2].

У гострій фазі хвороби лікування починають з призначення антидепресантів курсом від 6 до 12 тиж. Протягом перших 2–3 тиж, до того, як антидепресанти почнуть діяти, або якщо є сильне занепокоєння або дратівливість, викликана деякими антидепресантами, або безсонням, призначають бензодіазепіни (довше використання бензодіазепінів може спричинити звикання). Лікування антидепресантами починається з чверті або половини дози і триває з поступовим збільшенням дози та подальшим спостереженням протягом 6–8 тиж. Якщо протягом цього періоду не спостерігається покращення стану, а також після того, як буде призначено оптимальне дозування кожного антидепресанта, може бути розглянуто питання щодо застосування нового антидепресанта протягом 6–8 тиж [3, 4].

У фазі стабілізації терапевтичного ефекту та попередження нового епізоду хвороби пацієнта, який отримав користь від антидепресанта, слід заохочувати приймати його протягом принаймні 6 міс до одного року після ремісії депресивного епізоду. Це знижує ймовірність рецидиву [3]. У разі рецидиву або хронічного тривожного та/або депресивного стану стабілізаційну терапію потрібно вживати до двох років, а після трьох і більше епізодів – до п'яти років. У стресових ситуаціях або при появі початкових легких симптомів селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (SSRI) можуть застосовуватися профілактично, якщо існує більш високий ризик, і якщо ліки було погоджено з пацієнтом [6].

Перед початком лікування антидепресантами необхідно проконсультуватися з пацієнтом щодо упереджень, які можуть бути у пацієнта щодо ліків. Пацієнту слід пояснити, що така терапія необхідна, а також слід надати основну інформацію про:

1) поступовий розвиток повної терапевтичної дії антидепресантів, тобто що ефект настає через 3–6 тиж;

2) важливість регулярного застосування антидепресантів і необхідність їхнього застосування після досягнення ремісії;

3) можливі несприятливі наслідки;

4) можливі взаємодії з іншими лікарськими засобами;

5) ризик, якщо медикаментозне лікування буде різко припинено;

6) ризики розвитку залежності [8].

Важливо правильно вибрати антидепресант для лікування. У Хорватії використовують індекс анатомічної терапевтичної хімічної класифікації (індекс АТС) для класифікації антидепресантів та їх місця у чинному Реєстрі лікарських засобів [7]. Відповідно до цієї класифікації існують:

– неселективні інгібітори зворотного захоплення моноаміну – амітриптилін, мапротилін;

– селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну SSRI – флувоксамін, флуоксетин, сертралін, пароксетин, циталопрам, есциталопрам;

– інгібітори моноамінооксидази типу А (MAOI) – моклобемід;

– інші антидепресанти – тіанептин, ребоксетин, венлафаксин, міртазапін, дулоксетин, бупропіон, агомелатин, гіперіцін [5].

Препаратом вибору при лікуванні легкої або помірної депресії є селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (SSRI) через меншу кількість побічних ефектів, ніж у трициклічних антидепресантів, а не через їхню більш сильну дію. Лікування можна починати антидепресантом, який у попередньому епізоді або у близького члена сім'ї мав позитивні ефекти [6].

Організуючи план ведення хворих на депресію, сімейний лікар визначає подальші спостереження. Пацієнтам, які почали приймати антидепресанти і яким не загрожує самогубство, призначають:

1) 2 тиж для подальшого спостереження;

2) після цього регулярні спостереження кожні 2–4 тиж протягом перших 3 міс вживання препаратів;

3) якщо терапевтичний ефект антидепресантів задовільний, інтервали між спостереженнями можуть бути довгими [3].

Під час терапії антидепресантами необхідно враховувати можливість самогубства навіть для пацієнтів, які не мали суїцидальних спроб на початку депресії. Причина, через яку існує ризик покінчити життя самогубством, полягає в тому, що першим симптомом, полегшенням терапією, є втрата енергії, і лише після цього депресивний настрій полегшується.

Після закінчення та припинення лікування антидепресантами можливі різні легкі симптоми, які зникають через тиждень. Проблеми можуть виникати і у пацієнтів, які забувають приймати лікарські засоби протягом доби, або якщо дозування знижується. Симптоми можуть бути більш сильними, особливо якщо терапія різко припиняється. Тому рекомендується поступове зниження дозування антидепресантів, як правило, протягом 4 тиж. Після цього терапію можна припинити [1, 3].

Сімейний лікар зі своєю командою може керувати лікуванням 80% пацієнтів із легкою та помірною депресією. Однак існують ситуації, коли потрібно звернутися до вузького профільного спеціаліста – психіатра [5].

Фактори, що свідчать про необхідність направлення пацієнта з депресією до психіатра:

1) неналежне або недостатнє реагування на два чи більше різних втручання;

2) періодичний епізод депресії з інтервалом, меншим за рік;

3) підозра на біполярний розлад в історії хвороби;

4) пацієнт з депресією або члени його сім'ї потребують психіатричного обстеження;

5) нехтування пацієнтом;

6) фактори навколишнього середовища – середовище,

яке не захищає, не розуміє, відкидає або докоряє, або відсутність будь-якої підтримки [7].

Важливим аспектом ведення пацієнта з депресією є проведення експертизи втрати працездатності. При тимчасовій втраті працездатності пацієнту видають лікарняний лист. Пацієнта із симптомами легкої депресії слід заохочувати продовжувати роботу, якщо Ви як лікуючий лікар вважаєте, що вихід на лікарняний лист був би непродуктивним, оскільки це ще більше соціально ізолюватиме пацієнта [5].

Якщо симптоми депресії надмірні і суттєво впливають на працездатність пацієнта, необхідно відправити його на лікарняний лист до досягнення ремісії симптомів. Сімейний лікар може призначити лікарняний лист депресивному пацієнту терміном до 1 міс. Для продовження лікарняного листа необхідно звернутися до комісії з медичного страхування.

Пацієнтам з депресією, які мають залишкові симптоми після лікування, необхідне оцінювання їхньої працездатності для вирішення питання щодо можливості виконання роботи, яку вони виконували раніше. Оцінювання стійкої непрацездатності можливе лише після завершення лікування та реабілітації, якщо буде зроблено висновок, що стан здоров'я пацієнта не може бути значно покращений. Повернення на роботу багато в чому залежить від мотивації пацієнта, що зі свого боку залежить від його задоволеності, фізичних умов праці, оплати праці, соціальних умов, відносин з роботодавцем, колегами і долі креативності у роботі, що робить її викликом і дозволяє самореалізуватися [5, 6].

Пацієнти, у яких гарні стосунки у сім'ї, кращі соціальні зв'язки, мають більше можливостей бути успішними у професійному та особистому житті, незважаючи на те, що страждають від депресії.

Депресія дедалі менше стигматизується. Лише приблизно половину всіх хворих (зазвичай старшого віку) на депресію лікують їхні сімейні лікарі в Хорватії. У Великобританії це становить 80% [3, 5].

Лише невелика кількість пацієнтів більше схильна до «природних засобів», тобто до рослинних препаратів

(Hypericum perforatum, Valeriana officinalis), а також до інших альтернативних методів лікування депресії. Такі варіанти потрібно враховувати, тим більше, що ефект плацебо при лікуванні депресії оцінюється до 40%. Вирішення проблем вживання алкоголю має велику значимість при депресії – у жінок частіше через симптоми депресії, а в чоловіків частіше через тривожні симптоми. Тому виявлення ризику споживання алкоголю також має важливе значення для виявлення коморбідної депресії [7].

У класичній сімейній практиці із середньою кількістю зареєстрованих пацієнтів до 2 тис. осіб показник поширеності депресії становить 5%, причому щороку двох пацієнтів госпіталізують через депресію, а через день один пацієнт здійснює самогубство. За даними ВООЗ, у 2025 році депресія стане першою причиною втрати працездатності через хворобу за показником DALY (включає роки, втрачені через ранню смерть та інвалідність).

Депресія – одна з найбільших проблем охорони здоров'я. Шляхами вирішення депресії є запровадження просвіти, відповідного ведення депресивних пацієнтів, а також реалістичні очікування від терапії, враховуючи, що лише у 20% пацієнтів спостерігається лише один епізод депресії, а 30% пацієнтів не реагують на терапію. Сімейний лікар зі своєю командою може керувати лікуванням 80% пацієнтів із легкою та помірною депресією. Однак існують ситуації, коли потрібно звернутися до вузького профільного спеціаліста – психіатра.

Щодо медикаментозного лікування депресивних розладів, то розрізняють три його фази:

- лікування гострого депресивного епізоду,
- фаза стабілізації терапевтичного ефекту,
- попередження нового епізоду хвороби.

Лікування найчастіше починають з призначення антидепресанта, який у попередньому епізоді або у близького члена сім'ї виявляв позитивні ефекти.

У перспективі вважаємо важливим розглянути основи ведення пацієнта з депресією на прикладі клінічної ситуації.

Сведения об авторе

Бабинец Лилия Степановна – Кафедра первичної медико-санитарної допомоги и общей практики-семейной медицины Тернопольского национального медицинского университета имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины, 46005, г. Тернополь, ул. Микулинецкая, 115/44; тел.: (067) 352-07-43. E-mail: lilyababinets@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. Проф. Ю.М. Мостового. – 26-те вид., змін. – Київ: Центр ДЗК, 2019. – 792 с.
2. Bencarić L. Registar lijekova u Hrvatskoj (Controlled Drug Register in Croatia). 53 ed. Zagreb: Udruga poslodavaca u zdravstvu; 2011. str. 339.
3. Depression in adults: NICE guidance. available 1.9.2011 at: <http://guidance.nice.org.uk/CG90/NICEGuidance/doc/English>.
4. ICD-10. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (International Classification of Diseases and Related Health Problems) – 10 revision. Volume 1. Zagreb: Medicinska naklada; 1994.
5. Milica Katić, Igor Švab. Family medicine. Izdavač: Medicinska naklada, Zagreb; 2017; 512; 53-68.
6. Rife J. Depresija. U: Švab I, Rotar-Pavič D. Družinska medicina (Family Medicine). – Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2012. 9-16: 91-100.
7. Stojanović-Šephar S. Prevalencija depresija i komorbiditet odrasle populacije grada Zagreba (Depression Prevalence and Comorbidity in Adult Population of the City of Zagreb) [doctoral thesis]. Rijeka; Sveučilište u Rijeci; 2010.
8. World Health Organization 2008, The Global Burden of Disease. 2004 update. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease_GBD_report_2004_update_full.pdf.

Статья поступила в редакцию 26.03.2020