



**КОМИ РЕСПУБЛИКАСА ЙӖЗЛЫСЬ ДЗОНЬВИДЗАЛУН ВИДЗАН МИНИСТЕРСТВО
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КОМИ**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИЯ
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИИ В
УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОКАЗЫВАЮЩИХ
ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩИ
НАСЕЛЕНИЮ**

Сыктывкар, 2011 г.

Методические рекомендации подготовили:

Бакланов В.В. – заместитель главного врача Государственного учреждения «Коми Республиканская психиатрическая больница»

Аникеева А.Г. – заместитель главного врача Государственного учреждения «Коми Республиканская психиатрическая больница»

Каратаева Ж.Е. – доцент кафедры неврологии и психиатрии Коми филиала Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования "Кировская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию" в г. Сыктывкаре

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

В настоящее время Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сравнивает депрессию с эпидемией, охватившей все человечество: депрессия уже вышла на первое место в мире среди причин неявки на работу, на второе – среди болезней, приводящих к потере трудоспособности. Если не будут приняты соответствующие меры, то к 2020 году депрессия парализует экономическую жизнь как развитых, так и развивающихся стран. По прогнозам ВОЗ, к 2020 году депрессия выйдет на первое место в мире среди всех заболеваний, обогнав сегодняшних лидеров - инфекционные и сердечно-сосудистые заболевания. Уже сегодня она является самым распространённым заболеванием, которым страдают женщины. От 45 до 60% всех самоубийств на планете совершают больные депрессией. По прогнозам, в 2020 году именно депрессия станет убийцей №1.

Депрессивные расстройства не только чрезвычайно часто встречаются среди населения в целом, но и относятся к числу наиболее распространенных заболеваний в первичной медицинской сети. Данные о частоте депрессивных расстройств в учреждениях первичного звена разнятся, однако эти показатели неизменно высоки. В крупном международном исследовании, проводившемся в 14 регионах 12 различных стран мира, показатели заболеваемости составили более 10 % (Ustun и Sartorius, 1995).

Специальные исследования показали, что у 60% больных, обращающихся в поликлиники, обнаруживают депрессивные расстройства различной степени тяжести. Между тем, в результате диагностирования традиционными медицинскими методами, которые используются в поликлиниках, депрессия определяется только у 5% всех обращающихся туда депрессивных больных. 50% страдающих депрессией, вообще не обращаются за медицинской помощью, а из оставшихся только 25-30% попадают на приём к психиатру.

Исследование, проведённое в 35 городах России (10 500 пациентов), показало, что распространённость депрессивных расстройств в разных районах составляет от 35 до 56 %. В половине случаев выявили тяжёлую или умеренную депрессию; женщины страдали этим заболеванием в 1,5 раза чаще, чем мужчины; чётко определялась зависимость от возраста (частота депрессивных состояний возрастает в 1,2 раза каждые 10 лет). Отмечена прямая зависимость депрессивных расстройств от частоты посещений

поликлиники или госпитализаций в течение года. У больных с хроническими заболеваниями депрессия проявляется чаще и в более тяжёлой форме.

Депрессию диагностируют у 22-33% госпитализированных больных, у 38% онкологических, у 47% больных инсультом, у 45% — инфарктом миокарда, у 39% — паркинсонизмом. К связанным с депрессией заболеваниям относят:

- ревматические (системная красная волчанка, ревматоидный артрит);
- сердечно-сосудистые (ССЗ; пролапс митрального клапана, инфаркт миокарда, артериальная гипертензия);
- эндокринные (гипо- и гипертиреоз, сахарный диабет, гиперкальциемия, синдром Кушинга, состояние после родов);
- желудочно-кишечные (цирроз печени, колиты, панкреатиты, болезни желчевыводящих путей);
- гематологические (серповидно-клеточная анемия);
- нарушения питания (недостаточность витамина В12, фолатов, железа, тиамин, никотиновой кислоты);
- инфекции (энцефалит, гепатит, грипп, инфекционный мононуклеоз, пневмония, туберкулёз);
- болезни почек (уремия, пересадка почки);
- опухоли (лейкоз, лимфома, рак поджелудочной железы, внутричерепные опухоли);
- болезни нервной системы (субдуральная гематома, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, неконтролируемая эпилепсия);
- псориаз;
- саркоидоз.

Боль, наиболее частая жалоба, с которой обращаются пациенты, по всей видимости, часто связана с депрессией. Популяционные исследования и исследования среди пациентов первичной сети показали чрезвычайную распространенность депрессии среди пациентов с хроническим болевым синдромом во всем мире.

Риск развития депрессии среди одиноких и разведённых лиц в 2-4 раза выше, чем среди семейных. При этом разведённые и одинокие мужчины рискуют больше, чем разведённые и одинокие женщины.

По результатам исследования, которое проводилось среди 60 тысяч работающих людей чаще всего депрессиями страдают те, кто работают в сфере по уходу за пожилыми и больными людьми, а также няни, ухаживающие за

маленькими детьми (11,3%), далее идут работники общепита (10,3%), третье место занимают врачи (9,6%). Меньше всего депрессии подвержены учёные, архитекторы и инженеры (4,3%). Среди безработных этот показатель составил 12,7%.

При депрессивном расстройстве хотя бы у одного из супругов, разводы возникают в 10 раз чаще, чем в обычных семьях. Женщины заболевают депрессией в два раза чаще, чем мужчины (20-26% против 8-12% соответственно). Скорее всего, дело не в "иммунитете" сильной половины человечества, а в том, что мужчины, в отличие от женщин, редко обращаются за врачебной помощью, предпочитая глушить симптомы депрессии алкоголем, принимать препараты, уходить в работу и т.п. К тому же существуют депрессии, которые по причинам чисто физиологическим, встречаются только у женщин: синдром предменструального напряжения, депрессия, сопровождающая климакс, послеродовая депрессия.

Диагностика и терапия депрессий – общая задача специалистов, для реализации которой в условиях первичного звена здравоохранения РК предлагается следующая комплексная модель взаимодействия, которая не ограничивается направлением всех пациентов с признаками депрессии к консультанту-психиатру, а предполагает включение специалистов первичного звена в процесс диагностики и лечения этих расстройств.

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ

Согласно Закону об оказании психиатрической помощи врач другой специальности **не лишается права на психиатрическую диагностику**. Хотя его диагноз может быть только предварительным. Врач терапевтического профиля не правомочен давать заключения о недобровольном психиатрическом освидетельствовании, о недобровольной психиатрической госпитализации, об установлении диспансерного наблюдения. В то же время **Закон не относит к исключительной компетенции врача-психиатра лечение психических расстройств**, медицинский уход за лицами с психическими расстройствами, медико-социальную реабилитацию этих лиц. Учитывая вышесказанное, **врачи общей практики могут осуществлять самостоятельное ведение больных с неглубокими психическими расстройствами и в рамках этой деятельности оказывать ограниченную психиатрическую помощь**. Юридические аспекты лекарственного

обеспечения психических расстройств регламентируются приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12.02.2007 г. №110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания», при этом в круг лиц, правомочных выписывать психотропные вещества в качестве лекарственных средств («лечащий врач», «комиссия врачей» и проч.), в равной мере входят врачи-психиатры и врачи общего профиля.

ТЕРМИНОЛОГИЯ

Депрессия — психическое расстройство, для которого типично угнетенное, подавленное настроение (гипотимия) с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего. Депрессия сопровождается идеаторным и двигательным торможением со снижением побуждений к деятельности или тревожным возбуждением (ажитацией), соматовегетативными дисфункциями и воспринимается как душевное и/или телесное страдание. Депрессивная симптоматика существенно снижает социальную адаптацию и качество жизни.

Многообразные симптомы расстройств в аффективной сфере проявляются нарушениями в *идеаторной* и *соматопсихической сферах* и являются признаками **позитивной и негативной аффективности**. При депрессиях такая дифференциация проявляется наиболее отчетливо.

Признаки позитивной аффективности при депрессии:

* *тоска* — неопределенное, диффузное ощущение непереносимого гнета в груди или эпигастрии с характером психического страдания; чувство душевной боли, подавленность, уныние, безнадежность, отчаяние;

* *тревога* — беспочвенное волнение, предчувствие опасности, грозящей катастрофы с ощущением внутреннего напряжения, боязливого ожидания;

* *интеллектуальное и двигательное торможение* — трудности сосредоточения, концентрации внимания, замедленность реакций, движений, инертность, утрата спонтанной активности;

* *патологический циркадианный ритм* — колебания настроения в течение дня с максимумом плохого самочувствия ранним утром и некоторым улучшением состояния в послеобеденное время и вечером;

* *идеи малоценности, греховности, ущерба* — неотвязные размышления о собственной никчемности, порочности, неспособности содержать семью с уничижительной переоценкой прошлого, настоящего, перспектив на будущее;

* *суицидальные мысли* — психологически невыводимое желание умереть с идеями бессмысленности существования или непреодолимое влечение, упорное стремление к самоубийству;

* *ипохондрические идеи* — тревожные опасения (вплоть до фобий) и/или доминирующие представления об опасности и бесперспективности лечения актуальной соматической болезни, ее неблагоприятном исходе, социальных последствиях либо аналогичные страхи и представления в отношении мнимой болезни.

Признаки негативной аффективности при депрессии:

* *болезненное бесчувствие (anaesthesia psychica dolorosa)* — мучительное чувство утраты эмоций, невозможности воспринимать природу, испытывать любовь, ненависть, сострадание, гнев;

* *явления моральной анестезии* — сознание психического дискомфорта с чувством умственного оскудения, бедности воображения, изменения эмоциональной сопричастности к внешним объектам, угасания фантазии, потери интуиции;

* *депрессивная девитализация* — чувство ослабления или исчезновения интереса к жизни, инстинкта самосохранения, соматочувственных влечений (сна, аппетита, либидо);

* *апатия* — дефицит побуждений с утратой жизненного тонуса, вялостью, безразличием ко всему окружающему;

* *ангедония* — утрата чувства наслаждения, способности испытывать удовольствие, сознание внутренней неудовлетворенности, психического дискомфорта;

* *дисфория* - мрачность, брюзжание, ожесточенность, сварливость с претензиями к окружающим и демонстративным поведением.

Маскированные депрессии ("скрытые", "ларвированные", "алекситимические"). Пациенты могут не осознавать депрессивного расстройства и часто убеждены в наличии у себя какого-либо редкого и труднодиагностируемого заболевания. Предполагая некомпетентность врача, они настаивают на многочисленных обследованиях. Вместе с тем при активном расспросе удаётся выявить подверженный суточным колебаниям патологический аффект в виде преобладающего по утрам необычного уныния,

безразличия и отгороженности от окружающего с чрезмерной фиксацией на своих телесных ощущениях.

Депрессии, принимающие соматические "маски", - *соматизированные депрессии* — чаще встречаются в общемедицинской сети: ими страдают от 1/3 до 2/3 всех пациентов, обращающихся за помощью к интернистам. При преобладании расстройств автономной (вегетативной) нервной системы ("*вегетативная депрессия*") в качестве "фасада" депрессии выступают соматоформные и конверсионные расстройства, имитирующие сердечно-сосудистую патологию и нарушения функций других систем организма, алгии (головные боли, невралгии различной локализации), гиперсомния ("*сонливая депрессия*"). Выделяют также *агрипнический* (прерывистый сон с неприятными сновидениями, раннее пробуждение с затрудненным, требующим волевого усилия, мучительным подъемом) и *аноректический* (утренняя тошнота, отсутствие аппетита и отвращение к пище, сопряженные с похуданием, запоры) варианты маскированной депрессии.

Среди психопатологических "масок" депрессии чаще всего отмечаются обсессивно-компульсивные и тревожно-фобические расстройства (социофобии, страх невыполнения привычных действий, тревожные сомнения, панические атаки), а также *истерические симптомокомплексы (истерические "маски" циклотимии)*.

Депрессии беременности и пуэрперального периода встречаются достаточно часто — 1 случай на 500—1000 родов. Существуют биологические, психологические и социальные факторы, повышающие риск манифестации первого депрессивного эпизода во время беременности и в пуэрперальный период. Нередко первая фаза аффективного заболевания совпадает во времени с беременностью или первыми неделями послеродового периода (обычно — в течение 4 нед после родов). Риск таких депрессий значительно повышается у женщин с аффективными заболеваниями, семейной отягощенностью аффективными психозами и депрессией во время беременности в прошлом. Появление в период беременности симптомов тревоги и гипотимии — один из достоверных предикторов ПД.

Психопатологическая структура депрессий беременности и пуэрперального периода соответствует клиническим проявлениям гипотимических состояний при других аффективных заболеваниях. Депрессии у беременных чаще протекают с преобладанием анксиозной симптоматики

(тревожные опасения выкидыша, осложненных родов, страх потерять ребенка, страх собственной смерти и пр.).

В клинической картине преобладают явления негативной аффективности - апатия, психическая анестезия, отчуждение эмоций (мучительное чувство неспособности испытывать любовь к мужу, ребенку). Иногда присоединяются суицидальные мысли и/или навязчивые представления контрастного содержания (см. гл. 2): страх нанести повреждения ребенку - ударить ножом, сбросить с балкона и т.д.

Депрессии периода инволюции (ИД, КН, ИИ) в большинстве случаев принадлежат к числу циркулярных, манифестирующих в менопаузе. В их структуре гипотимия сочетается с тревогой, страхом телесного недуга, обнищания и пр.

ДИАГНОСТИКА

Основной метод обследования - расспрос, в ходе которого обращают внимание на жалобы больного, отражающие изменения настроения (тоска, угнетенность, чувство безнадежности, апатия и др.). Не должны оставаться незамеченными облик и общий стиль поведения пациента, выражение лица, мимические движения, темп речи. Общение с депрессивным пациентом позволяет выявить неловкость и замедленность движений, невыразительность жестов, безразличие (вплоть до неяршливости) к внешнему виду. Следует учитывать и такие объективные признаки аффективных расстройств, как патологический суточный ритм, при депрессии максимально выраженный по утрам (улучшение состояния к вечеру); симптомы психомоторной заторможенности, ажитации либо возбуждения; симптомокомплексы депрессивной девитализации, сопровождающиеся нарушением сна (раннее пробуждение) и аппетита; похудание (не менее 5 % от исходного веса в течение месяца) либо гипоманиакальное снижение потребности в сне.

Дополнительными признаками могут быть наследственная отягощенность (аффективная патология, суициды среди ближайших родственников), конституциональный склад (личностные расстройства аффективного круга, тревожное расстройство личности) и аффективные расстройства в анамнезе. Следует иметь в виду возможное влияние на проявления болезни особенностей психического развития и жизненных ситуаций, а также органических повреждений.

При распознавании аффективной патологии в общемедицинской сети, где преобладают стертые, атипичные формы (дистимии, психогенные, нозогенные депрессии и др.), наибольшие трудности вызывает диагностика депрессий, симптоматика которых маскирована соматизированными расстройствами, а также депрессий, сосуществующих с соматическим заболеванием. Клиническая картина депрессий в этих случаях включает ряд соматовегетативных симптомокомплексов, характерных как для аффективной патологии, так и для соматического страдания. В ряду таких общих для депрессии и соматического заболевания симптомов стоят астения, похудание с бледностью и сухостью кожных покровов, нарушения сна, головокружение, мидриаз, тахи- и брадикардия, повышение артериального давления (АД), тремор, боли в грудной клетке, диспноэ, диспепсические явления (горечь, сухость во рту, запоры, метеоризм).

Пациенты с легким депрессивным эпизодом, который иногда называют «малой депрессией», обычно страдают от своих симптомов, но продолжают выполнять личные и профессиональные задачи, часто с трудом. Пациент с легким депрессивным эпизодом должен удовлетворять общим критериям, иметь 2 основных симптома и 2 дополнительных (Таблица 1).

Пациенты с депрессивным эпизодом средней степени тяжести также могут испытывать трудности при выполнении личных и профессиональных ролевых задач, а некоторые симптомы могут быть достаточно тяжелыми. Однако в целом симптомов меньше, и они отличаются меньшей выраженностью, чем при тяжелых депрессивных эпизодах. Пациент с депрессивным эпизодом должен удовлетворять общим критериям депрессивного эпизода, иметь 2 из 3-х основных симптомов, а также 4 дополнительных (Таблица 1).

Пациенты с тяжелым депрессивным эпизодом обычно находятся в состоянии значительного дистресса и имеют тяжелые симптомы. Значительное возбуждение или заторможенность могут препятствовать их возможности описать симптомы. Способность к выполнению личных и профессиональных задач сильно ограничена. Чтобы удовлетворять диагностическим критериям тяжелого депрессивного эпизода, состояние пациента должно соответствовать общим критериям депрессивного эпизода, включать все три типичных основных и как минимум пять дополнительных симптомов (Таблица 1).

Таблица 1 Диагностические критерии депрессивного эпизода

Общие критерии	Основные симптомы	Дополнительные симптомы
<p>Депрессивный эпизод должен длиться как минимум 2 недели</p> <p>Отсутствие в анамнезе гипоманиакальных или маниакальных симптомов соответствующих критериям гипоманиакального или маниакального эпизода</p> <p>Развитие эпизода нельзя связать с употреблением психоактивных веществ или каким-либо органическим психическим расстройством</p>	<p>Депрессивное настроение, не характерное для данного индивида, существующее большую часть дня, почти каждый день, сильно зависящее от обстоятельств и продолжающееся в течение как минимум двух недель.</p> <p>Потеря интересов или удовольствия от деятельности, обычно приятной для данного индивида</p> <p>Упадок сил или повышенная утомляемость</p>	<p>Неуверенность в себе или снижение самооценки</p> <p>Необоснованное самообвинение или чрезмерное и неуместное чувство вины</p> <p>Повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве или любые проявления суицидального поведения</p> <p>Признаки затруднений в мышлении или концентрации внимания, такие как нерешительность и склонность к сомнениям или соответствующие жалобы</p> <p>Мрачные и пессимистические представления о будущем</p> <p>Любые нарушения сна</p> <p>Изменение аппетита (снижение или повышение) с соответствующим изменением массы тела</p>

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Показания к лечению депрессий в территориальной поликлинике:

- лёгкие 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 (F31);
- тяжёлые, в т.ч. психотические, депрессивные состояния (F32.2, F33.2);
- депрессии, устойчивые к стандартной терапии (если это известно из анамнеза или обнаруживается в процессе терапии);
- депрессии, сочетающиеся с тяжёлыми соматическими заболеваниями;
- беременность;
- злоупотребление алкоголем, психоактивными средствами;
- иные (кроме депрессии) психические заболевания;
- суицидальные попытки в анамнезе.

План действий по диагностике и лечению депрессий включает следующие стадии:

-выявление риска депрессивных расстройств у обращающихся к участковому врачу пациентов с использованием скрининговой анкеты (см. Приложение 1): проводится медицинской сестрой или врачом, оценка результатов проводится врачами на основании соответствующих критериев

-выявление клинических признаков психических нарушений и уточнение диагноза: на основании диагностических признаков

депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств, изложенных в клинических описаниях и указаниях по диагностике, включённых в Международную классификацию психических и поведенческих расстройств-МКБ-10.

-отбор пациентов для терапии в условиях первичной медицинской помощи: решение вопроса о выборе специалиста, который будет проводить лечение проводится с учётом противопоказаний к применению метода. Частота визитов к врачу-терапевту, проводящему лечение: не реже 1 раза в неделю в течение первого месяца терапии, в дальнейшем, при стабилизации состояния-1 раз в месяц.

-фармакотерапия депрессивных и тревожных расстройств: монотерапия одним из выбранных антидепрессантов в течение 2-3 месяцев. При отсутствии эффекта через 4-6 недель (снижение выраженности депрессии менее чем на 50% от исходного уровня по шкале Гамильтона – Приложение 2) больной должен быть направлен к психиатру для смены антидепрессанта и возможного последующего присоединения психотерапии или комбинированной терапии.

При выборе антидепрессантов учитываются клинико-психопатологические особенности состояния пациентов и тип терапевтического действия антидепрессантов. При преобладании в клинической картине тревожных проявлений, нарушений сна целесообразно назначение антидепрессантов с преимущественно седативным действием. При доминировании типичных тоскливых, апатических симптомов показаны антидепрессанты со стимулирующим действием. Выбор дозы препарата производится на основании принципа минимальной достаточности. Доза препарата постепенно повышается до терапевтического уровня. Частота приёма антидепрессанта определена инструкцией к применению препарата. Следует избегать или ограничивать применение анксиолитиков (транквилизаторов), которые обычно неэффективны при депрессиях и опасны формированием лекарственной зависимости.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИИ В АМБУЛАТОРНОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Лёгкая и средне-тяжёлая депрессия без суицидальных мыслей – Пирлиндол (Пиразидол) по 25мг – 2 раза в день 2 недели, затем 25мг днём и 50 мг н\н 1 неделю, затем 50 мг – 2 раза в день 6 недель.

Лёгкая и средне-тяжёлая депрессия с нарушениями сна – та же терапия + Гидроксизин (атаракс) 25 мг на ночь – 8 недель

Агомелатин (Вальдоксан) 1 таб. на ночь в 20-21 час – 8 недель. При неэффективности через 2 недели по 2 таб. на ночь.

Легкая и средне-тяжелая депрессия с тревожным компонентом: Пароксетин (Паксил, Рексетин) 20 мг – 1 раз в день.

Начальная доза пароксетина 3 дня -10 мг, затем 20 мг/сутки (1 раз в сутки утром или вечером). При неэффективности увеличение дозы на 10 мг/сутки каждые 5 дней до 40 мг в сутки (20 мг – 2 раза). При купировании тревоги снизить до 20 мг в сутки – 6 недель.

При приёме более 4 месяцев отмечается синдром отмены). Первые 2 недели приёма целесообразно добавлять транквилизаторы (бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам) 1 мг на ночь или Гидроксизин (атаракс) 25мг н\н)

Лёгкая и средне-тяжёлая депрессия с болевым синдромом – Кломипрамин (Анафранил) 10 мг на ночь 6 дней

Увеличивать по 10 мг каждые 6 дней до 40 мг (20 мг – 2 раза в день) – 6 недель отменять постепенно. Особые примечания – **противопоказан после инфаркта миокарда.**

Лёгкая и средне-тяжёлая депрессия с навязчивыми состояниями – Флувоксамин (Феварин) 25 мг. – 1 раз в день 3 дня, затем 50 мг – 1раз в день 8 недель.

Лёгкая и средне-тяжёлая депрессия с суицидальными мыслями или мыслями о смерти – Амитриптилин по схеме для работающих пациентов:

3 дня – 6.25 мг (1\4 таблетки)

3 дня – по 1\4 таб. – 2 раза в день

3 дня – 1\4 днём и 1\2 на ночь

3 дня – по 1\2 – 2 раза в день

3 дня - 1\2 днём и 1 таблетки (25 мг) на ночь – 6 недель

Для не работающих пациентов:

1\2 таб. на ночь – 6 дней

1\2 таб. – 2 раза в день – 6 дней

1\2 таб. Днём и 1 таблетки (25 мг) – 6 недель.

С осторожностью при приёме гипотензивных и антаритмиков.

Депрессивные расстройства у беременных.

До 2 триместра Магния лактат+Пиридоксин (Магне В6) по 1 таб – 2 раза

Во 2 триместре Пантогам по 500 мг -2 раза

В 3 триместре Флувоксамин (Феварин) по 1\2 – раз в день

При тяжёлой депрессии лечение только в стационаре.

Уважаемый пациент!

Вам предлагается заполнить ОПРОСНИК, который поможет Вашему врачу лучше понять состояние Вашего здоровья. Ваш доктор может задать Вам дополнительные вопросы по каждому из приведённых ниже пунктов. Пожалуйста, проследите за тем, чтобы КАЖДЫЙ пункт был заполнен.

Ф.И.О. _____

Пол: Мужской Женский Дата рождения _____

Профессиональная занятость

- работаю временно не работаю
 инвалид вследствие заболевания пенсионер по возрасту

Семейное положение:

- состою в браке
 в браке никогда не состоял(а)
 вдовец/вдова
 в разводе либо расстались

Образование:

- высшее
 незаконченное высшее
 среднее
 незаконченное среднее

В течение последнего месяца Вы часто испытывали:

- | | да | нет |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Боли, неприятные ощущения в голове, других частях тела | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ощущение слабости, упадка сил | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Нарушения сна | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Снижение интереса к привычным занятиям | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Снижение удовольствия от ранее приятного | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Чувство подавленности, угнетённости | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Чувство беспокойства, напряжённости | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ОЦЕНОЧНАЯ ШКАЛА ДЕПРЕССИИ HAMILTON

1. ПОДАВЛЕННОЕ НАСТРОЕНИЕ (печаль, безнадёжность, никчёмность)		№ визита			
		1	2	3	4
		Дата			
0 - отсутствует;	0				
1 - эти чувства обнаруживаются только при ответах на вопросы;	1				
2 - чувства обнаруживаются спонтанно - через высказывания, случайные всхлипывания;	2				
3 - чувства обнаруживаются невербально - выражением лица, через позу, голос, склонность к слезам;	3				
4 - в вербальном и невербальном общении пациент спонтанно выражает эти чувства	4				

2. ЧУВСТВО ВИНЫ		№ визита			
		1	2	3	4
0 - отсутствует;	0				
1 - выражается в самоупреках, ощущении, что подводит людей;	1				
2 - выражается в ощущении вины или высказываниях о прошлых ошибках или плохих поступках	2				
3 - настоящая болезнь является наказанием, бред самообвинения;	3				
4 - слышит обвиняющие или угрожающие голоса и/или видит угрожающие галлюцинации	4				

3. СКЛОННОСТЬ К САМОУБИЙСТВУ		№ визита			
		1	2	3	4
0 - отсутствует;	0				
1 - ощущение, что жить не стоит;	1				
2 - желание умереть или любые мысли о смерти;	2				
3 - мысли о самоубийстве или планы покончить с собой;	3				
4- попытка самоубийства (любая серьёзная попытка оценивается в 4 балла)	4				

4. РАННЯЯ БЕССОННИЦА		№ визита			
		1	2	3	4
0 - нет трудностей при засыпании;	0				
1 - жалобы на отдельные случаи затруднения засыпания, т.е. более 0,5 часа;	1				
2 - жалобы на затруднения засыпания каждую ночь	2				

5. БЕССОННИЦА СРЕДИ НОЧИ		№ визита			
		1	2	3	4
0 - нет;	0				
1 - больной жалуется на ночное состояние тревоги и беспокойства;	1				
2 - пробуждения среди ночи (любой случай вставания с постели оценивается в 2 балла, за исключением случаев, когда больной встает для опорожнения мочевого пузыря или кишечника)	2				

6. ПОЗДНЯЯ БЕССОННИЦА		№ визита			
		1	2	3	4
0 - нет;	0				
1 - пробуждается слишком рано, но затем засыпает повторно;	1				
2 - повторно после пробуждения заснуть не может	2				

7. РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И СПОСОБНОСТЬ К ДЕЯТЕЛЬНОСТИ		№ визита			
		1	2	3	4
0 - нет нарушений;	0				
1 - мысли и ощущения неспособности, повышенной утомляемости, слабости при работе или любой другой деятельности;	1				
2 - утрата интереса к привычной деятельности, увлечениям, работе, которую больной выражает прямо или косвенно - безразличием, нерешительностью, колебаниями (считается, что он должен заставить себя работать или заниматься другой деятельностью);	2				
3 - заметное объективное сокращение времени, занятого деятельностью, или снижение продуктивности работы. Оценивается в 3 балла, если больной занимается привычной деятельностью, работой или привычным увлечением менее 3 часов в день;	3				
4 - больной оставил работу из-за своей болезни. Оценивается в 4 балла, если больной ничем не занимается или если для выполнения рутинной деятельности по обслуживанию себя ему не требуется помощь	4				

8. ЗАТОРМОЖЕННОСТЬ (заторможенность идеаторная, включая речь, нарушение функции концентрации внимания, моторная заторможенность)		№ визита			
		1	2	3	4
0 - нормальная речь и мышление;	0				
1 - легкая заторможенность при разговоре;	1				
2 - заметная заторможенность при беседе;	2				
3 - трудности при ответах на вопросы;	3				
4 - полный ступор	4				

9. АЖИТАЦИЯ		№ визита			
		1	2	3	4
0 - нет;	0				
1 - состояние беспокойства;	1				
2 - "игра" руками, волосами и т.д.;	2				
3 - постоянно в движении, не может сидеть спокойно;	3				
4 - сжимает руки, грызёт ногти, дёргает волосы, кусает губу	4				

10. ПСИХИЧЕСКАЯ ТРЕВОГА		№ визита			
		1	2	3	4
0 - нет;	0				
1 - субъективное напряжение и раздражительность;	1				
2 - беспокойство по незначительному поводу;	2				
3 - недоброе предчувствие, отражающееся на мимике и речи;	3				
4 - страхи, высказанные без вопроса	4				

11. СОМАТИЧЕСКАЯ ТРЕВОГА (включает недомогание соматического характера для больных, испытывающих тревогу, в т. ч. желудочно-кишечные, сухость во рту метеоризм, диспепсия, диарея, отрыжка, одышка, вздохи, головные боли, частое мочеиспускание, потливость)		№ визита			
		1	2	3	4
0 - нет;	0				
1 - лёгкая;	1				
2 - умеренная;	2				
3 - сильная;	3				
4- приводящая к нетрудоспособности	4				

12. ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ СИМПТОМЫ		№ визита			
		1	2	3	4
0 - нет;	0				
1 - потеря аппетита, чувство тяжести в животе;	1				
2 - трудности при приёме пищи без посторонних настояний. Просьба или требования слабительных, кишечных средств, лекарств для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта	2				

13. ОБЩИЕ СОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ		№ визита			
		1	2	3	4
0 - нет;	0				
1 - чувство тяжести в конечностях, спине, голове, боль в спине, мышцах, головная боль, потеря активности и повышенная утомляемость;	1				
2 - любые выраженные симптомы оцениваются в 2 балла	2				

14. ПОЛОВЫЕ СИМПТОМЫ (такие симптомы, как утрата либидо, расстройства менструального цикла)		№ визита			
		1	2	3	4
0 - нет;	0				
1 - слабые;	1				
2 - сильные	2				

15. ИПОХОНДРИЯ		№ визита			
		1	2	3	4
0 - нет;	0				
1 - погружен в собственные ощущения;	1				
2 - поглощён мыслями о состоянии своего здоровья;	2				
3 - частые жалобы, просьбы о помощи и др.;	3				
4 - ипохондрический бред	4				

16. ПОТЕРЯ ВЕСА ТЕЛА		№ визита			
		1	2	3	4
<u>(отметить либо А, либо Б)</u>					
А. Если данные анамнестические:					
0 - нет;	0				
1 - вероятно, потеря веса тела обусловлена настоящим заболеванием;	1				
2 - определённая потеря веса тела;	2				
3 - не оценивался.	3				
Б. Выявляется при еженедельном измерении веса:					
0 - менее 1 кг в неделю;	0				
1 - более 1 кг в неделю;	1				
2 - более 2 кг в неделю;	2				
3 - не оценивался	3				

17. САМООЦЕНКА		№ визита			
		1	2	3	4
0 - признает себя больным депрессией;	0				
1 - признает себя больным, но считает, что болезнь связана с плохим питанием, климатом, переутомлением, вирусной инфекцией, необходимостью отдохнуть и т.д.;	1				
2 - совершенно отрицает наличие болезни	2				

По п. 1 - 17	№ визита			
	1	2	3	4
	Дата			
Сумма баллов				

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Общие рекомендации:

Данная шкала разработана для оценки тяжести симптомов депрессии (независимо от небольших колебаний во времени), поэтому вопросы должны касаться состояния пациента в течение последних нескольких дней или предыдущей недели.

Не следует оказывать давление на пациента; пациенту необходимо предоставить достаточно времени для подробного ответа на вопрос, но при этом не позволять ему отклоняться от темы вопроса. Число прямых вопросов должно быть сведено к минимуму, задавать их следует различными способами, комбинируя варианты с утвердительными или отрицательными ответами.

Желательно получать дополнительную информацию от родственников пациента, его друзей, медицинского персонала и т.д., если есть сомнения в корректности ответов пациента.

Повторные измерения следует проводить независимо друг от друга. Во время проведения повторного измерения исследователь не должен видеть результаты предыдущих измерений и заполняет только чистый бланк шкалы. Эти рекомендации могут показаться банальными, но они крайне важны. Исследователь по мере возможности должен избегать вопросов, связанных с изменением состояния пациента со времени последнего измерения.

Инструкции:

Для оценки следует выбирать вариант ответа, наиболее точно характеризующий состояние пациента.

Для пункта 7 (работа и другая активность) исследователь может получить информацию от родственников или медицинского персонала.

Пункт 16 (потеря в весе) требует ответа по типу "да или нет", то есть или по пункту 16А или 16Б. Более предпочтительной во время терапии является объективная оценка изменений веса (16Б), оценка изменения веса по анамнестическим сведениям (16А) используется только как начальная, перед проведением терапии.

Пункт 18 (суточные колебания) оценивается следующим образом:

при отсутствии суточных колебаний ставится оценка "0" по пункту 18А, а пункт 18Б остаётся пустым; при наличии суточных колебаний по пункту 18А отмечается время суток, когда симптомы выражены в наиболее тяжёлой степени, а степень или выраженность колебаний отмечается в пункте 18Б.

ЛИТЕРАТУРА

1. Образовательная программа по депрессивным расстройствам (редакция 2008 г.) / Том 1 Общая часть. Основные аспекты депрессии. / Всемирная психиатрическая ассоциация - Москва — 2010.
2. Расстройства аффективного спектра / В. Н. Краснов. — М.: Практическая медицина, 2011. — 432 с.
3. Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессиями, в условиях территориальной поликлиники. / Методические рекомендации N 2000/107 – утв. Минздравом РФ 01.06.2000
4. Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 года N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»