

СТАНДАРТ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА НА РАЗСТРОЙСТВА НА НАСТРОЕНИЕТО

(ОТ МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ ПО ПСИХИАТРИЯ публикуван в държавен вестник)

2. ИЗИСКВАНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА РАЗСТРОЙСТВА НА НАСТРОЕНИЕТО (АФЕКТИВНИ РАЗСТРОЙСТВА) – ДЕПРЕСИИ

Включват рубриците по Международната класификация на болестите (МКБ-10)- F.32, F.33, F.31, F.34.1, F. 43.2, F 25.1, F 06.32

1. Основни правила

- 1.1. Общопрактикуващите лекари и неспециалистите по психиатрия могат да лекуват при амбулаторни условия самостоятелно леки до средно тежки 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.
- 1.2. Общопрактикуващите лекари и неспециалистите по психиатрия следва да ограничат лечението на депресивните разстройства в един курс на лечение с един антидепресант.
- 1.3. При неповлияване или неубедителен ефект пациентът следва да се оцени със специалист по психиатрия за по-нататъшно поведение.
- 1.4. Специалистът по психиатрия разполага с лимит от 8 амбулаторни курса на лечение по 6 седмици (не повече от 12 мес.)
- 1.5. При липса на ефект от два курса по шест седмично лечение от специалист-психиатър пациентът влиза в програма за терапевтична резистентност и се лекува в екип.
- 1.6. При липса на ефект от 48 седмично лечение в екип пациентът се третира като терапевтично резистентен и се хоспитализира.
- 1.7. Във всички случаи на депресии се оценява суицидният риск.

2. Определение: психично разстройство, при което водещи са пониженото настроение, загубата на интереси, на способността за изживяване на радост удоволствие, намаление на енергията, водещо до повишена уморемост и спад на активността.

3. Диагнозата на депресията се поставя по наличието на главните и другите чести симптоми, по броя им, степента на изразеност и продължителност 2 седмици (табл.1).

3.1. Симптоми на депресивния епизод по МКБ-10.

А) Главни симптоми	Б) 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	

4. Видове депресии според тежестта.

4.1. Лек депресивен епизод (F 32.0, F 33.0)

- а) Налице са най-малко 2 от основните и най-малко два от другите симптоми.
- б) Никой симптом не трябва да е много изразен.
- в) Продължителност- над 2 седмици
- г) Затруднено, но продължаващо функциониране.

4.2. Средно-тежък депресивен епизод (F 32.1, F 33.1)

- а) Налице са най-малко 2 от основните и най-малко три (по-добре 4) от другите симптоми.
- б) Никой от симптомите не е много изразен.
- в) Продължителност-над 2 седмици
- г) Силно затруднено функциониране.

4.3. Тежък депресивен епизод (F 32.2, F 33.2)

- а) Налице са 3-те от основните и 4 и повече от другите симптоми.
- б) Някои от симптомите са особено силно изразени при наличие и на потиснатост или агитация.
- в) 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.
- г) Невъзможно функциониране.

4.4. Тежък депресивен епизод с психотични симптоми (F 32.3)

- а) критериите от предната рубрика
- б) и налудности и халюцинации.

5. Оценка на суициден риск

5.1. 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.

5.2. Висок риск от суицид има при:

- а) мъжки пол
- б) възраст над 40 години
- в) самотници
- г) злоупотребяващи с алкохол или психоактивни субстанции
- д) фамилната обремененост със самоубийства
- е) предшестващи опити за самоубийство
- ж) рекурентна кратка депресия
- з) хронични соматични заболявания с лоша прогноза
- и) хронична болка
- й) отчаяние и остри стресови състояния

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

6. Лечение на депресиите

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

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

6.3. Използват се антидепресанти, невролептици, тимостабилизатори, бензодиазепини, хормони, психостимуланти.

6.4. Електро-конвулсивна терапия:

6.4.1. Показания:

- тежки депресии (вкл. агитирани)
- 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.

6.5. Сънна депривация

6.6. Лечение със светлина

6.7. Психотерапия:

6.7.1. 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.

6.7.2. Психологичното консултиране и кризисните интервенции се осъществяват от дипломиран клиничен психолог. Общопрактикуващ лекар или психиатър могат да интервенират в това ниво само ако имат съответната компетентност.

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

7. Лечение на терапевтично резистентни депресии (при телесно здрави пациенти и при липса на противопоказания)

7.1. Диагноза на терапевтично резистентни депресии:

7.1.1. липса на ефект при 2 терапевтични курса с антидепресанти с различен механизъм на действие

7.1.2. в продължение на 6 седмици при оптимално дозиране (при възможност контрол на плазмените нива).

7.2. Терапия:

7.2.1. с антидепресанти: моно- или комбинирана - с различен профил на действие от предишните, съобразени със синдромните характеристики и страничните явления:

7.2.2. с комбиниране на антидепресанти и други антидепресивни агенти, изискващи допълнителни изследвания и контроли : тимостабилизатори, тиреоидни хормони, прекурсори на невротрансмитерите, невroleптици с антидепресивен ефект, сънна депривация, светлинна терапия

7.2.3. Хоспитализация се налага при комбинации с други средства, изискващи специални условия и контроли: парентерално приложение, ИМАО и антидепресанти, психостимуланти, невroleптици, при налудни и суицидни пациенти, за електроконвулсивна терапия (ЕКТ).

7.2.4. На всеки 2 седмици състоянието се оценява в екипи.

7.2.5. На всеки 4 седмици се преразглежда диагнозата с консултанти; преценяват се индикациите за ЕКТ, както и за хоспитализация

7.2.6. В лечебната програма задължително се включва и психотерапия.

7.3. Поддържаща терапия и профилактика:

7.3.1. 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%

7.3.2. Индикации за поддържаща терапия и профилактика на униполярната депресия:

- При повече от 3 епизода в рамките на 5 години
- При повече от 2 епизода в рамките на 5 години
- След 2 депресивни епизода над 50 годишна възраст
- късно начало – над 60 години
- кратък интервал между епизодите (бързо циклиране)
- 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

7.3.3.Методи и медикаменти: антидепресанти, тимостабилизатори, атипични невroleптици, ЕКТ.

8. 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 антидепресанти от тип - SSRI's и RIMA е необходимо лабораторно изследване само в началото, следващо след 3 месеца и след това на 6 месеца

3. ИЗИСКВАНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА РАЗСТРОЙСТВА НА НАСТРОЕНИЕТО (АФЕКТИВНИ РАЗСТРОЙСТВА) – МАНИЙНИ СЪСТОЯНИЯ

Включва рубриците по Международната класификация на болестите (МКБ-10)- F.30, F.31, F.34.0, F. 38. F 39, F25.0, F25.2, F 06.30

1. Основно правило: Манийните състояния се овладяват трудно при амбулаторни условия и е най-правилно директно да се насочват от ОПЛ и други специалисти за консултация с психиатър.

2. Определение:

2.1. Отчетлив период на абнормно и продължително приповдигнато, експанзивно или раздразнително настроение, продължаващо поне една седмица(или каквато и да е продължителност, ако се е наложила хоспитализация).

3. Диагностични критерии:

3.1. По време на този период, трябва да присъстват три или повече от следните симптоми, (4 симптома, ако настроението е само раздразнително) и тези симптоми трябва да имат сигнификантна стойност:

- повишена себеоценка или грандиозност
- намалена нужда от сън(ако се чувства отпочинал само след 3 часа сън)
- по разговорлив от обикновено, или не може да спре да говори
- полет на идеи или субективно преживяване, че мислите му препускат
- невъзможност за съсредоточаване(лесно се прехвърля към маловажни външни стимули)
- увеличаване на целенасочената активност(социална, професионална, сексуална) или психомоторна ажитация
- увеличено включване в дейности, доставящи удоволствия, в които могат да доведат до болезнени последствия(непрекъснато пазаруване, сексуални абнормности, глуповати инвестиции)

3.2. Симптомите не покриват критериите за смесен епизод

3.3. Нарушенията в настроението са достатъчно тежки за да причинят тежки нарушения в трудовата заетост, или в обикновенните социални активности, или във взаимоотношенията с другите, или налагат хоспитализация за да се предотврати самонараняване, нараняване на други или има психотични включвания.

3.4. Симптомите не са резултат от директен психологичен ефект на субстанции (злоупотреба с лекарства, или на общо медицинско състояние хипертироидизъм)

4. Лечение

4.1. Основните лечебни средства са тимостабилизаторите: Lithium, антиконвулсанти, β -адреноблокери, някои атипични невролептици, някои бензодиазепини. При необходимост се използват комбинации от тези средства.

4.2. Допълнителни средства: бензодиазепини, невролептици, като се отчита ниската поносимост към последните.

4.3. При тежки възбуди с или без помрачение на съзнанието, както и при терапевтична резистентност се прилага ЕКТ.

4.4. При смесени състояния в лекарствената комбинация се включват антидепресанти. Поддържащата терапия и профирактиката се осъществява с тимостабилизатори и/или някои атипични невролептици.

5. Препоръки за рутинни изследвания в началото и по време на антимаанейната медикаментозна терапия

1 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