

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ДЕПРЕСИЈА ВО СТАРА ВОЗРАСТ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при депресија во стара возраст.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при депресија во стара возраст е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при депресија во стара возраст по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при депресија во старата возраст („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2440/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ДЕПРЕСИЈА ВО СТАРА ВОЗРАСТ

МЗД Упатство
25.2.2014 • Последна промена 25.2.2014
Hanna-Mari Alanen

- Основи
- Позадина и епидемиологија
- Симптоми
- Диференцијална дијагноза
- Дијагноза
- Лекување
- Консултација и советување
- Поврзани извори

ОСНОВИ

- Да се препознае депресијата кај постарите лица. Често е недијагностицирана и нелекувана болест.
- Да се лекува акутната депресија со цел да се ублажат сите симптоми.
- Да се подобри квалитетот на животот на пациентот со давање на поддршка и обезбедување на лекови на таков начин што ќе се минимизираат несаканите ефекти.

ПОЗАДИНА И ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Преваленцата на депресијата вклучувајќи ги полесните случаи се проценува околу 12-13%. Депресијата е честа меѓу постарите лица кои доаѓаат на медицинска консултација (17-30%) и исто така меѓу постарите во болница или долготрајна нега.
- Преваленцата на депресијата кај жените е двојно поголема во споредба со мажите, дури и во постара возраст.
- Преваленцата на тешката депресија во постарата популација е 1-4 %. До 10-12% од постарите лица хоспитализирани во општа болница имаат тешка депресија.
- Околу 15-20 % од сите депресивни растројства кај постарите лица се психотични.
- Депресијата е мултифакторијална, клинички хетерогена болест со бројни етиолошки фактори. Генетските и факторите на средината имаат улога, историјата за депресија, како и соматските болести како Паркинсонова болест, мозочни инфаркти, кардиоваскуларни болести и хроничната болка го зголемуваат ризикот за депресија.
- Старењето е асоцирано со редуцирана функционална способност, губитоци и слабост. Тешкотиите во прилагодувањето на овие промени ја предиспонираат личноста за депресија. Акутните животни настани, како што е ожалостеност (губиток на сопругот или друг член на семејството) се исто така чести преципитирачки фактори.
- Ако првата депресивна епизода се јави во напредната возраст може да биде предиктор на деменција.

СИМПТОМИ

- Симптомите се различни, делумно се преклопуваат со знаци и симптоми на физичка болест и често тешко се препознаваат како депресија.
- Главните симптоми вклучуваат лошо расположение кое трае најмалку две недели, губиток на интерес или задоволство во секојдневните активности, намален апетит, замореност и намалено ниво на енергија.

- Симптомите како апатија и слаба мотивација може да личат на симптоми на деменција.
- Тешкотии во реализацијата на дневните активности и чувство на немотивираност, особено наутро.
- Иритабилност, плачливост, анксиозност, песимизам, чувство на безвредност, самообвинување, суицидални мисли, осаменост, стравување и зависност од други луѓе.
- Кај постарите лица со депресија, функционалната способност опаѓа полесно отколку кај помладите и растројството на расположението не е неопходно нагласено.
- Физичките симптоми често го маскираат чувството на депресија: разни болки, нарушен сон, намален апетит, губиток на телесна тежина и замореност.
- Кај психотичната депресија пациентот дополнително има делузии, можните аудитивни халуцинации често се омаловажувачки, обвинувачки и инсинуирачки, а како дополние може да постои и значајна психомоторна ретардација или дури ступор.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Така како нормална реакција на ожалостеност.
- Деменција (тестирање или обид за лекување со антидепресиви). Да се има во предвид дека пациентите со деменција може исто така да имаат и депресија.
- Хронична болка
- Хипотироидизам, хиперпаратироидизам
- Паркинсонова болест
- Недостаток на витамин В₁₂
- Штетна употреба на алкохол

ДИЈАГНОЗА

- Дискутирање со пациентот за симптомите и актуелната животна ситуација. Важно е да се добие слика за тоа како пациентот ја гледа неговата/нејзината ситуација. Личности кои се блиски со пациентот може да дадат вредни информации (“тој не е старата личност”).
- Историја: претходна психијатриска историја, актуелни медикаменти.
- Физикална и психијатриска егзаминација.
- Скрининг тестови за депресија.
- BDI и MADRS се корисни алатки за поставување на дијагноза и за евалуација на одговорот на третманот.
- Лабораториски тестови (за исклучување): TSH, слободен тироксин, крвна слика, диференцијална крвна слика, витамин В₁₂, калциум, хепатални ензими, електролити и креатинин.
- ЕКГ
- Кога депресивната епизода се јавува за прв пат во стара возраст, треба да бидат земени во предвид имиџинг техники (НМР) и/или невропсихолошки испитувања за диференцијална дијагноза меѓу деменција и депресија.

ЛЕКУВАЊЕ

- Да се обезбеди информација за природата, текот и третманот на депресијата за пациентот и неговото/нејзиното семејство и негувателите во форма која е соодветна за ситуацијата и е разбирлива за слушателите. Да се нагласи дека депресијата може да се лекува. Во почетната фаза пациентот често се интересира да дознае кога тој/таа ќе почне да се чувствува подобро.
- Да се лекува коморбидната соматска болест и да се обиде да се редуцираат или компензираат ефектите од неспособноста; ова исто така ќе придонесе во лекувањето на депресијата.
- Да се мапира психосоцијалниот статус на пациентот и мрежата за поддршка.

- Одблизу да се мониторира терапевтскиот одговор за да не се прекине третманот премногу рано. Симултаната анксиозност може да го забави опоравувањето од депресијата, но не го превенира.
- Поодминатата возраст не е пречка за опоравување.
- Со постаро депресивно лице релацијата доктор-пациент треба да биде активна, охрабрувачка и супортивна.
- Постојат докази за ефективност на психолошките интервенции, особено когнитивната психотерапија (ннд - **В**) со мотивирани постари депресивни пациенти.
- Дозволете му на пациентот нормално да тажи после ужаленоста, но имајте сознание за можноста за депресија кога симптомите опстојуваат или стануваат интензивни.
- Пациентот може да смета дека физиотерапијата претставува супортивна и позитивна интервенција. Постојат позитивни искуства од групните вежби во вежбална за постари лица.
- Медикаменти:
 - Кога се избира антидепресивот, да се процени симптоматологијата (апатичен-вознемирен) и да се осигура дека лекот е соодветен за коморбитетите кај пациентот и останатата медикаментозна терапија.
 - Селективните инхибитори на повторното преземање на серотонин го активираат пациентот. Тие вклучуваат citalopram, escitalopram, sertraline, paroxetine (забележете ги интеракциите) и fluoxetine (забележете ги интеракциите).
 - Трицикличните антидепресиви имаат антихолинергични и кардиоваскуларни несакани ефекти и затоа не се лекови од избор во амбулантскиот третман на депресијата кај постари лица.
 - Овие лекови имаат тесно терапевтско подрачје кое е особен ризик фактор кога се лекуваат автодеструктивни пациенти.
 - Mirtazapine, со почетна доза од 15-30 мг/ден, е корисна опција кај депресија комбинирана со анксиозност или нарушување на сонот.
 - Duloxetine (30)-60 мг
 - Venlafaxine (37.5-75-225 мг/ден) може да биде ефективен кај депресија која е резистентна на други лекови.
 - SSRIs и venlafaxine се особено асоцирани со зголемен ризик за хипонатриемија кога со нив се лекуваат постари пациенти.
 - Ако депресијата е асоцирана со психотични карактеристики, антидепресивната медикација секогаш се комбинира со антипсихотик од втората генерација (на пр. quetiapine, olanzapine, risperidone).
 - Ефектот од медикаментозната терапија, вообичаено доаѓа до израз во тек на 4-8 недели, но може да се потребни и до 12 недели за да се постигне комплетен терапевтски одговор. Ако нема ефект, или ефектот е слаб да се зголеми дозата или ако дозирањето е оптимално да се направи обид со медикамент од друга група на антидепресиви.
 - Кај прва депресивна епизода продолжете ја медикацијата во тек на 1-2 години откако пациентот ќе се опорави (ннд-С). Ако депресијата се повтори, треба да се продолжи со медикаменти неколку години.
- Суицидалните тенденции кај постарите пациенти се индикација за хоспитално лекување.
- Кога се лекуваат постари пациенти неопходно е порано да се земе во предвид хоспитален третман отколку кај помладите пациенти, особено ако супортивната социјална мрежа е сиромашна. Психотичните и рефрактерните депресии кај постари пациенти се лекуваат во специјализирани психијатриски хоспитални установи, полесните состојби обично може да се лекуваат во примарната здравствена заштита.
- Електроконвузивната терапија е ефикасен и брз третман и за тешката и за психотичната депресија кај постарите пациенти.

КОНСУЛТАЦИЈА И СОВЕТУВАЊЕ

- Грижата за постарите депресивни лица може да биде тешка и да е предизвик како за сестринскиот персонал, така и за оние кои се грижат за нив. Пациентот може да ја изгубил надежта, може да е тешко поднослив, да оптужува, да биде зависен и емоционално лабилен.
- Од помош може да бидат групите за поддршка на персоналот и семејните советувања на оние кои се грижат за лицето и блиските членови на семејството.
- Да се консултира психијатар за дијагностичките проблеми или кога пациентот продолжува да биде депресивен и покрај третманот. Во третманот на рефрактерната депресија може да се комбинираат неколку антидепресиви меѓу себе или антидепресив со антипсихотик.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Клинички упатства

- Депресија - Лекување на депресијата во примарната и секундарната здравствена заштита. NICE Клиничко упатство 23, април 2007

Литература

- Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. Acta Psychiatr Scand 2006 May;113(5):372-87.PubMed
- Riedel-Heller SG, Busse A, Angermeyer MC. The state of mental health in old-age across the 'old' European Union - a systematic review. Acta Psychiatr Scand 2006 May;113(5):388-401. PubMed
- Kennedy GJ, Marcus P. Use of antidepressants in older patients with co-morbid medical conditions: guidance from studies of depression in somatic illness. Drugs Aging 2005;22(4):273-87. PubMed
- Mitchell AJ, Subramaniam H. Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. Am J Psychiatry 2005 Sep;162(9):1588-601. PubMed
- Unützer J. Clinical practice. Late-life depression. N Engl J Med 2007 Nov 29;357(22):2269-76. PubMed
- Piquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. Am J Psychiatry 2006 Sep;163(9):1493-501.PubMed
- Alexopoulos GS. Depression in the elderly. Lancet 2005 Jun 4-10;365(9475):1961-70. PubMed
- Chew-Graham C, Baldwin R, Burns A. Integrated management of depression in the elderly. Cambridge Medicine, Cambridge University press, 2008

Претходни автори:

Tuula Saarela and Kaisu Pitkälä

Последно ажурирање 25.2.2014 • Последна промена 25.2.2014

Article ID: ebm00472 (022.004)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 25.2.2014, www.ebm-guidelines.com.**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање во август 2017 г.**

Упатството го ажурирала Ас. д-р З. Бабинкостова, м-р сци.
Координатор: Проф. д-р К. Зафировска