

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

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при депресија.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при депресија 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 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 („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13).

Член 5

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

Бр. 17-2723/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ДЕПРЕСИЈА

МЗД Упатство
1.8.2013 • Последна промена 19.5.2014
Erkki Isometsä

- Основи
- Преваленција и тек на болеста
- Дијагноза
- Третман
- Стадиуми на третман и критериуми за специјалистичка консултација
- Поврзани извори

ОСНОВИ

- Да се процени интензитетот на депресијата (лесна/умерена/тешка/психотична) бидејќи видот и начинот на третман е најмногу зависен од истиот.
- Да се процени функционалниот капацитет, можноста за справување со ситуациите на работа и дома и потребата од боледување, супортивните мерки или хоспитализација.
- Да се евалуира ризикот од суицид и да се договори често амбулантско следење или хоспитализација (доброволна или присилна психијатриска грижа).
- Употребата и на антидепресивните медикаменти и на психотерапијата обично е оправдана. Најдобри резултати најчесто се постигнуваат со нивна комбинација.

ПРЕВАЛЕНЦИЈА И ТЕК НА БОЛЕСТА

- Депресивното растројство е честа болест со годишна преваленција од 4 до 5% во популациските студии и со животна преваленција од 15%.
- Наследниот фактор и предиспонирачките индивидуални карактеристики се асоцирани со почетокот на депресијата, со психосоцијалниот стрес како тригер фактор во повеќето случаи.
- Тешката депресија често почнува после негативен животен настан (развод, губење на работното место, загуба на близок).
- Рекурентните епизоди се чести ($\geq 50\%$).
- Ризикот од суицид се зголемува со интензитетот на депресијата и суицидните мисли и тенденции се чести. Кај мажите ризикот од суицидна смрт е повисок отколку кај жените.

ДИЈАГНОЗА

Клинички карактеристики

- Често пациентот не го препознава неговото/нејзиното депресивно расположение и не може да заклучи дека страда од депресија. Симптом критериумите, исто така, ги вклучуваат и доживувањата на пациентот.
- Депресивните пациенти обично зборуваат побавно и даваат одложени и кратки одговори на поставените прашања, нивната појава е наведната, бавна и крута.
- Кај психотичната депресија нарушен е увидот на пациентот во реалноста и обично е нереално песимистичен. Пациентот може да не зборува, да се изолира и да не се грижи за себе.
- Многу пациенти имаат побавно когнитивно функционирање и често се оплакуваат на потешкотии со концентрацијата и помнењето.

ТРЕТМАН

- Опциите за третман кај тешката депресија вклучуваат:
 - когнитивна, психодинамска или интерперсонална психотерапија
 - антидепресивна фармакотерапија
 - комбинирана психотерапија и антидепресивна фармакотерапија
 - кај одредени случаи и други соматски третмани (на пример, светлосна терапија или електроконвулзивна терапија (ЕКТ))
- Избор на третман во акутна фаза: види табела 1
- Фармакотерапија
- Да се следи одговорот на терапијата и промените во третманот во интервали од неколку недели, сè додека пациентот нема повеќе симптоми.
- Ако за депресијата е потребно боледување, тогаш исто така е потребен активен третман и следење.

Табела бр. 1. Интензитет на депресијата и избор на третман во акутната фаза

Третман	Лесна	Умерена	Тешка	Психотична
Психотерапија	+	+	(+)	-
Антидепресиви	+	+	+	+
Антипсихотици	-	-	-	+
Електроконвулзивна терапија	-	-	+	+

Третман во акутната фаза

Фармакотерапија

- Да се разгледа дали на пациентот исто така му е потребен третман за анксиозност или, пак, антипсихотички медикаменти за психотичните симптоми.
- Да се следи состојбата на пациентот и одговорот на третманот на секои 1 до 3 недели во тек на акутната фаза.
- Да се информира доволно пациентот и неговото семејство за депресијата, нејзиниот тек и третман.

Психотерапии

- Психолошките интервенции се користат особено кај лесното и умереното депресивно растројство.
- Варијацијата во достапноста е проблем.
- Пациентот мора да биде мотивиран и да сака да се придржува на редовните неделни средби и работа. Потребата за терапија и погодноста на пациентот се проценуваат од страна на психијатар.
- Алтернативи:
 - Когнитивна психотерапија (ннд - **В**)
 - Психодинамска психотерапија
 - Интерперсонална терапија
- Упатување на пациентот на терапија.

Електроконвулзивна терапија (ЕКТ)

- Индицирана особено кај тешко и психотично депресивно растројство, ако има непосреден ризик од суицид.
- Обично се спроведува во тек на психијатриски хоспитален третман.
- Поефективна е од фармакотерапијата (ннд - **А**).

Светлосна терапија

- Показано е дека е поефикасна кај зимската депресија (сезонско афективно растројство).
- Светло со интензитет од 2500 lux се дава во текот на 30 до 60 минути.
- Ефектот може да биде евалуиран по околу една недела.

Третман после акутната фаза

- Да се продолжи медикаментозниот третман уште 6 месеци откако пациентот е без симптоми.
- Да се посветува пациентот за ризикот од рекурентност и да се информира како да побара помош.
- Ако пациентот има рекурентни епизоди на умерено или тешко депресивно растројство, да се земе во предвид долготраен третман на одржување со години. Да се консултира психијатар за потребата од таква терапија на одржување.
- Да се користат основните психотерапевтски приоди при контролните прегледи
 - Да му се помогне на пациентот да ја разјасни неговата или нејзината ситуација.
 - Да се поддржи самодовербата на пациентот.
 - Да се помогне во процесот на жалење асоцирано со губиток.
 - Да се помогне во менувањето на дисторзираното депресивно мислење.
 - Соработка со социјалната мрежа на пациентот.
 - Да се информира пациентот и неговото/нејзиното семејство за депресијата и нејзиниот третман.
- Кога е потребно да се организира социјална поддршка во соработка со социјалните работници.
- Здравствените сервиси за трудова медицина имаат значајна улога во поддршката за враќање на работа.

СТАДИУМИ НА ТРЕТМАН И КРИТЕРИУМИ ЗА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКА КОНСУЛТАЦИЈА

- Да се консултира специјалист ако
 - пациентот е во опасност од суицид
 - постојат проблеми со дијагнозата и третманот
 - има сериозни проблеми во соработката со пациентот
 - отсуството од работа трае повеќе од 2 месеци
 - суспектно е биполарно растројство
 - потребно е започнување на долготраен третман на одржување
 - психотерапевтскиот третман е неопходен
- За стадиумите на третман: види табела бр. 2.

Табела бр. 2. Стадиуми на третман на депресија

Примарна здравствена заштита	Амбулантски психијатриски третман	Психијатриска болница
Лесна или умерена акутна депресија	Тешка акутна депресија	Психотична депресија
	Умерена депресија со мултипли болести	Сериозен ризик за суицид
	Автодеструктивно однесување	Сериозна депресија и неспособност
	Депресија резистентна на третман	
	Депресија и долготрајна (>2 месеци) неспособност за работа	

- Упатете го пациентот во болница, веднаш и ако е потребно присилно, ако тој или таа
 - не е во состојба да се грижи за себе
 - јасно го изгубил/изгубила увидот во реалноста
 - е суицидален/суицидална или не соработува
- Обезбедете третман додека пациентот стигне до болница, бидејќи особено фазите на транспорт се опасни во однос на, на пример, ризикот од суицид.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Кохранови прегледи

- Акупунктурата се покажа дека нема јасен бенефит во третманот на депресијата (ннд - **C**).
- Комбинацијата на антидепресив и антипсихотик веројатно не е поефективна отколку антидепресивот самостојно во третманот на психотичната депресија, но комбинираната терапија може да е поефективна отколку антипсихотикот самостојно (ннд - **D**).
- Семејната терапија може да има ограничен ефект на намалувањето на депресијата и на подобрувањето на семејното функционирање во споредба со состојба на никаков третман или третман според листа на чекање (ннд - **C**).
- Музикотерапијата додадена на стандардната грижа изгледа е асоцирана со подобрување на расположението кај депресивните пациенти, но доказите се недоволни (ннд - **D**).
- Не постои доказ за ефектот на медикацијата како единствена, унапредената примарна заштита, психолошките интервенции или нивната комбинација со медикаментите на боледувањето на депресивните работници (ннд - **D**).
- Психостимулансите (PS) изгледа краткотрајно ги редуцираат симптомите на депресија, но доказите се недоволни (ннд - **D**).
- Брачната терапија може да биде исто толку ефективна како индивидуалната психотерапија или медикаментозната терапија во третманот на депресијата и таа може да ги подобри ралациите кај депресивните парови (ннд - **C**).
- Вежбањето може да ги подобри симптомите на депресија (ннд - **C**).
- Кооперативната грижа се покажа дека е асоцирана со значајно подобрување на депресивноста и анксиозноста во споредба со вообичаената грижа, претставувајќи корисно дополнување на клиничките патеки за адултни пациенти со депресија и анксиозност (ннд - **B**).
- Кај пациентите кои страдаат од несезонска депресија, светлосната терапија може да има ограничена антидепресивна ефикасност, особено кога е администрирана во тек на првата седмица од третманот. Треба да се земе во предвид хипоманијата како потенцијален несакан ефект (ннд - **C**).
- Бихејвиоралната и другите психолошки терапии веројатно се еднакво ефективни кај депресијата, иако доказите се недоволни (ннд - **D**).

Други докази

- Психолошките третмани се ефективни за симптомите на лесна до умерена депресија и може да превенираат почеток на тешка депресија (ннд - **A**).
- Терапијата насочена кон решавање на проблем (PST) може да биде ефективна во третманот на депресијата кај адулти. Ефектот изгледа е поизразен кога антидепресивите се комбинирани во третманот (ннд - **C**).

Литература

- Timonen M, Liukkonen T. Management of depression in adults. BMJ 2008 Feb 23;336(7641):435-9. PubMed
- Lisanby SH. Electroconvulsive therapy for depression. N Engl J Med 2007 Nov 8;357(19):1939-45. PubMed

Последно ажурирање 1.8.2013 • Последна промена 19.5.2014

Article ID: ebm00716 (035.021)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 1.8.2013, www.ebm-guidelines.com.**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2016 година.**

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