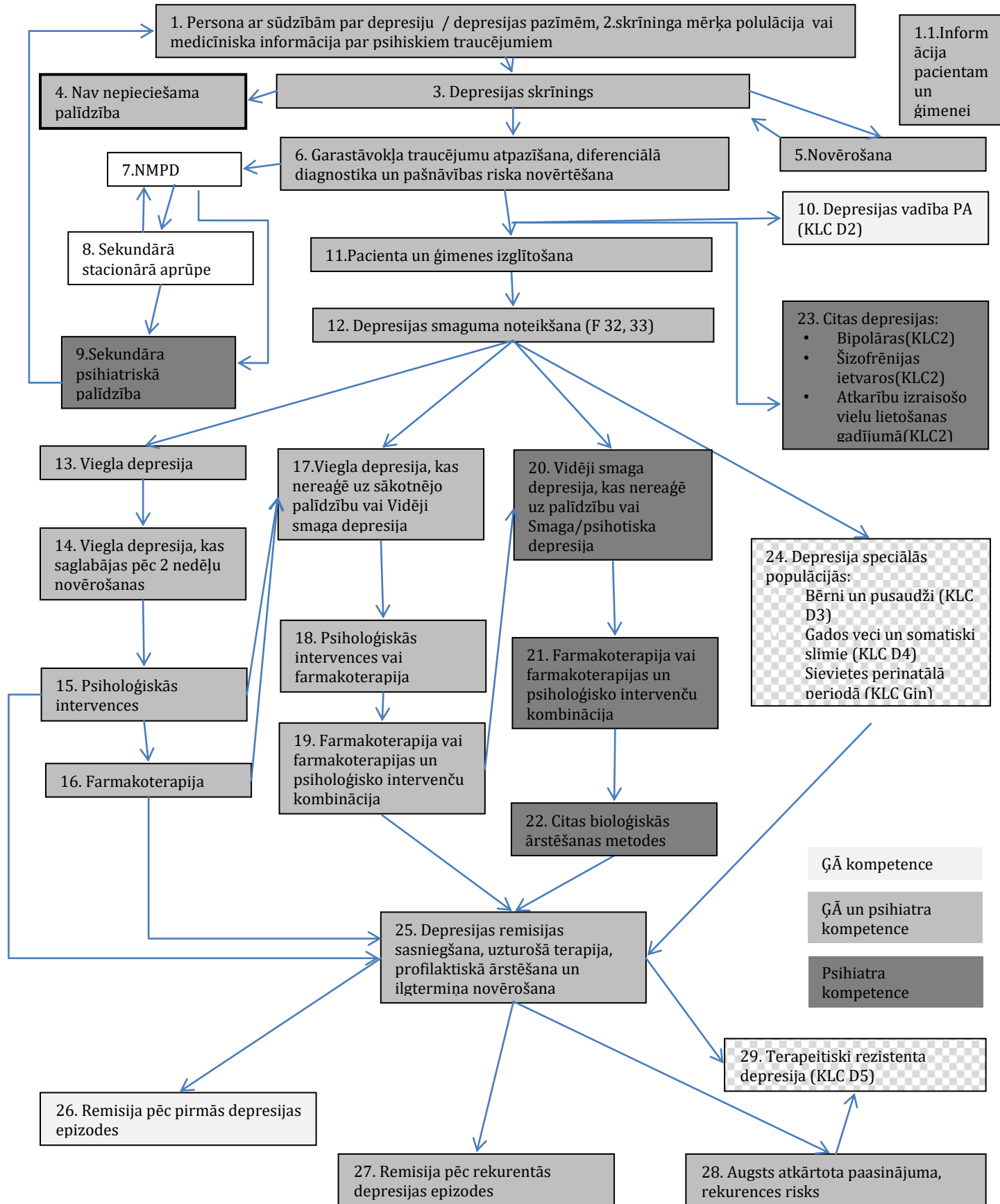


# Klīniskais ceļš

## Depresija pieaugušajiem atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe



Autors psihiatrs prof.Elmārs Rancāns

Darba grupa psihiatra Elmāra Tērauda un psihiatra prof.Elmāra Rancāna vadībā: psihiatrs Nikita Bezborodovs, psihiatrs Aigars Kišuro, ģimenes ārste Līga Kozlovska, neirologs Ainārs Stepens, ģimenes ārsts Edgars Tirāns, klīniskā psiholoģe prof.Ieva Bite, psihiatrs prof. Māris Taube

**Sākotnējais kontakts var būt ģimenes ārsta, psihiatra vai cita ārsta līmenī. Novērtēšana sākas ambulatori.**

### **1. Persona ar sūdzībām par depresiju/depresijas pazīmēm:**

- 1.1. Pēdējā mēneša laikā ir juties grūtsirdīgs, nomākts vai bezcerīgs
- 1.2. Bija samazinātas intereses par lietām un darbībām, kas agrāk sagādāja gandarījumu

### **2. Skrīninga mērķa populācija – pacienti ar sekojošiem simptomiem:**

Persona, kura apmeklē Ģimenes ārstu **ar sūdzībām par depresiju**, no **skrīninga mērķpopulācijas** vai pacients, par kuru pēdējo 3 mēnešu laikā ir parādījusies jauna medicīniska informācija par psihiskiem traucējumiem (nosūtījumi, izraksti, epikrīzes utt.)

### **3. Depresijas skrīnings**

Jautājumus uzdod ĢĀ / māsa vai pacients aizpilda pašaptaujas anketas **Patient Health Questionnaire- 9 (PHQ-9)** primos divus punktus Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), kuru var izsniegt māsa.

Ja PHQ-2 vērtējums 2 un vairāk, aizpilda atlikušos 7 jautājumus. Pašnovērtēšanas tests elektroniskai aizpildīšanai atrodams <http://www.depresija.lv/>

### **4. Nav nepieciešama palīdzība**

Ja PHQ-9 kopējais vērtējums ir mazāks par 4 depresijas pašlaik nav. Pacientam palīdzība nav nepieciešama.

### **5. Novērošana**

Ja PHQ-9 kopējais vērtējums ir 5-7 depresijas pašlaik nav, taču Ārsts novērtējumu jāatkārto pēc 1 mēneša.

### **6. Garastāvokļa traucējumu atpazīšana, diferenciālā diagnostika, smaguma un riska novērtēšana**

Ja PHQ-9 kopējais vērtējums ir 8+ tad pašlaik ir depresijas simptomi. Ārsts veic pacienta diagnozes precizēšanu un smaguma izvērtēšanu **savas kompetences ietvaros**.

Jāveic rūpīga diagnostika, lai atpazītu garastāvokļa traucējumus un novērtētu to smagumu – depresijas epizode, rekurenti depresīvi traucējumi, bipolāri afektīvi traucējumi, depresija komorbīda ar trauksmi, depresijas atkarību izraisošu vielu lietošanas, organisku psihisku vai somatisku saslimšanu gadījumā, depresijas antenatālajā periodā un 12 mēnešu laikā pēc dzemdībām.

Aizdomu gadījumā par citiem psihiskiem traucējumiem, ĢĀ / Ārsts **organizē pacientam psihiatra konsultāciju 2 nedēļu laikā** (Klīniskais ceļš KLC D2 10.punkts).

Ārstiem **pašnāvības risks** ir jāizvērtē katrā tikšanās reizē ar pacientu.

### **7. NMPD**

Augsta pašnāvību riska, pašnāvības mēģinājuma vai paškaitējuma gadījumā **ārstam nekavējoties jāziņo** NMPD telef. 113 un jāorganizē pacienta stacionēšana reģionālajā psihiatriskajā stacionārā - pašnāvības

riska novērtēšanai un/vai depresijas ārstēšanai, vai stacionēšana somatiskajā stacionārā neatliekamas medicīniskas palīdzības sniegšanai (intoksikācija ar medikamentiem, traumas u.c.).

## **8. Sekundārā stacionārā aprūpe**

Sniedz neatliekamu medicīnisko palīdzību – dzīvības funkciju uzturēšanu, dezintoksikāciju, traumatoloģisku palīdzību utt. Pēc somatiskā stāvokļa stabilizēšanas sekundārā stacionārā aprūpē, **stacionārs organizē psihiatra konsultāciju**, lai izvērtētu tālākās psihiatriskās palīdzības sniegšanas veidu un pacienta nogādāšanu psihiatriskā stacionārā vai nosūtīšana ambulatorai psihiatriskai ārstēšanai. Pacienta pārvešanai uz psihiatrisko stacionāru var tikt iesaistīts NMPD.

## **9. Sekundāra psihiatriskā palīdzība**

NMPD vai sekundārās stacionārās aprūpes piesaistītais psihiatrs vai Ārsts nosūta pacientu diagnozes precizēšanai un specifiskas palīdzības organizēšanai atbilstoši pamata diagnozei, kura var tikt organizēta ambulatori, specializētos centros/programmās, dienas vai psihiatriskos stacionāros.

### **9.1. Ģimenes ārstam jāsusūta pacients konsultācijai pie psihiatra uz ambulatoro, dienas stacionāra, specializēta centra vai stacionāro psihiatrisko aprūpi, atbilstoši pamata saslimšanai:**

- 9.1.1.pacienti, kuri izsaka pašnāvības domas vai draudus (neatliekami);
- 9.1.2.pacienti pēc pašnāvības mēģinājuma (neatliekami);
- 9.1.3.depresijas pacienti ar psihotiskiem simptomiem (neatliekami);
- 9.1.4.pacienti ar depresijas epizodi bipolāri afektīvu traucējumu ietvaros;
- 9.1.5.pacienti ar depresiju, kas ir komorbīda ar panikas lēkmēm, obsesīvi–kompulsīviem traucējumiem, ģeneralizētu trauksmi, psihoaktīvu vielu atkarību;
- 9.1.6.šizofrēnijas pacienti, kuriem ir depresijas sindroms (t. sk. postšizofrēniskā depresija);
- 9.1.7.pacienti, kuriem paralēli ir izteiktas organiskas psihiskas vai somatiskas saslimšanas;
- 9.1.8.grūtnieces antinātālā period un 12 mēnešu laikā pēc dzemdībām;
- 9.1.9.bērni un pusaudži ar aizdomām par psihiskiem traucējumiem
- 9.1.10. pacienti, kuriem sāka terapija ar antidepresantiem, bet netiek panākta klīniska uzlabošanās 4–8 nedēļu laikā.

### **9.2. Ambulatorā dienesta psihiatra kompetences:**

- 9.2.1.viegla/vidēji smaga depresijas epizode;
- 9.2.2.smaga depresijas epizode subakūtā (pēcstacionāra) posmā, stabilizācijas un profilaktiskās ārstēšanas periodā;
- 9.2.3.visu veidu depresijas komorbīdie stāvokļi;
- 9.2.4.organiski un simptomātiski depresīvi traucējumi;
- 9.2.5.depresijas epizode bipolāru afektīvu traucējumu ietvaros;
- 9.2.6.postšizofrēniska depresija.

### **9.3. Dienas stacionāra (depresiju nodaļas) psihiatra kompetences:**

- 9.3.1.vidēji smagas depresijas epizode, ja nav augsta pašnāvības riska;
- 9.3.2.vidēji smaga/smaga depresijas epizode subakūtā periodā, pēc izrakstīšanas no stacionāra;

- 9.3.3.pacienti, kuriem nepieciešama parenterāla medikamentu ievade vai kuriem ir nepieciešama antidepresantu titrēšana un augmentācija;
- 9.3.4.pacienti, kuriem rekomendējama grupas psihoterapija, sociāli psiholoģiska palīdzība;
- 9.3.5.pacienti ar terapeitiski rezistentu depresiju, kuriem ir rekomendējama modificētā elektrokonvulsīvā terapija.

#### **9.4. Stacionārās palīdzības psihiatra kompetences:**

- 9.4.1.vidēji smaga depresijas epizode, terapeitiski rezidenta;
- 9.4.2.hroniska, terapeitiski rezidenta depresija;
- 9.4.3.smaga depresijas epizode ar/bez psihotiskiem simptomiem;
- 9.4.4.izteikti/smagi organiski un simptomātiski depresīvi traucējumi, ja somatiskā saslimšana ir kompensētā stāvoklī;
- 9.4.5.pacienti ar terapeitiski rezistentu depresiju, kuriem ir rekomendējama modificētā elektrokonvulsīvā terapija;
- 9.4.6.jebkuri depresijas pacienti, kuriem ir indikācijas neatliekamai hospitalizācijai;
- 9.4.7.depresija ar garastāvoklim atbilstošiem/neatbilstošiem psihotiskiem traucējumiem (ļauna, lamājoša, noniecinoša satura dzirdes halucinācijas; pašnolieguma u. c. murgu idejas);
- 9.4.8.neizdevies (pārtraukts) pašnāvības mēģinājums;
- 9.4.9.nopietni pašnāvības nodomi, konkrēts pašnāvības plāns, uzmācīgas domas par pašnāvību;
- 9.4.10. suicidāli izteikumi pacientam ar pašnāvības mēģinājumu (atkārtotiem mēģinājumiem) anamnēzē;
- 9.4.11. depresīvais (melanholiskais) raptuss, depresīvs stupors;
- 9.4.12. vidēji smags/smags depresīvs stāvoklis pacientam ar izteiktu sociālu dezadaptāciju, stāvokli pēc tuva cilvēka zaudējuma, kad nevar tikt nodrošināta pacienta uzraudzība;
- 9.4.13. vientuļš pacients ar vidēji smagu/smagu depresijas stāvokli, īpaši, ja tas kombinējas ar somatisku patoloģiju;
- 9.4.14. pacienta uzstājīga atteikšanās no ēdiena, ja tas apdraud pacienta dzīvību.

Saskaņā ar Ārstniecības likuma 67. pantu pacients savu piekrišanu stacionārai ārstēšanai apstiprina ar rakstisku piekrišanu (parakstu). Pacienta ārstēšanu stacionārā pret pacienta gribu (neatliekamības kārtā) Latvijā reglamentē Ārstniecības likuma 68. pants.

Ambulatorās psihiatru prakses – <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/veselibas-aprupes-pakalpojumi/ambulatoras-iestades-un-arsti-specialisti>

Psihiatriskie stacionāri:

Rīga – Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs, <http://www.rpnc.lv/>

Jelgava – Slimnīca “Gintermuiža”, <http://www.gintermuiža.lv>

Strenči - Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca, <https://strencupns.lv/lv/>

Daugavpils – Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca, <https://strencupns.lv/lv/>

Liepāja - Piejūras slimnīcas , Psihiatriskā klīnika, <http://piejurasslimnica.lv/lv/kontakti/lapa/visi-kontakti>

Pēc ārstēšanas kursa pacients atgriežas aprūpei ārsta uzraudzībā

## 10. Depresijas vadība PA (KLC D2)

Skatīt klīnisko ceļu un algoritmu «Depresija primārajā aprūpē atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe»

## 11. Pacienta un ģimenes izglītošana

Pacienta un ģimenes locekļu **izglītošanu par depresiju** veic Ārsts vai māsa.

Papildus informatīvi resursi <http://www.nenoversies.lv/>, <http://www.depresija.lv/>

## 12. Depresijas smaguma noteikšana

Ārsts veic depresijas smaguma izvērtēšanu atbilstoši **SSK-10 diagnostiskajiem kritērijiem**. Depresijai izšķir 3 smaguma pakāpes – viegla, vidēji smaga un smaga depresijas epizode.

## 13. Viegla depresija

Ārsts pārrunā iespējamās dzīves/sadzīves problēmas, uzlabot miega higiēnu, izglītot par depresiju, paralēlu trauksmes simptomu gadījumā, sākumā fokusēties uz depresiju, vienoties par tikšanos pēc 2 nedēļām.

## 14. Viegla depresija, kas saglabājas pēc 2 nedēļu novērošanas

Ja sūdzības nemazinās vai nepāriet, tad Ārsts iesaka pacientam pieejamās psiholoģiskās intervences.

## 15. Psiholoģiskās intervences (PI)

Ārsts rekomendē zemas intensitātes PI . **Valsts pašreiz neapmaksā.** Ieteikums iekļaut apmaksai pusi no plānotajām sesijām. Tām jāpiesaista papildus speciāli apmācīts personāls – klīniskie psihologi, mākslas terapeiti, māsas, sociālie darbinieki. Fiziskās aktivitātes grupā var vadīt fizioterapeiti.

Ārsts pēc 4-8 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu.

## 16. Farmakoterapija

Ārsts terapiju uzsāk ar 1.izvēles antidepresantu (LPA Vadlīnijas, 2015). Ārsts var izrakstīt Valsts kompensētos medikamentus. Atkārtotā vizīte pēc 2 nedēļām un tad reizi mēnesī. Ārsts pēc 4-8 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu.

## 17. Viegla depresija, kas nereaģē uz sākotnējo palīdzību vai Vidēji smaga depresija

Ja 4-8 nedēļu laikā pacienta depresijas simptomu smagums nav samazinājies par vairāk kā 25-50 % no sākotnējā (PHQ-9), vai depresija ir vidēji smaga, jāuzsāk intensīvāka ārstēšana.

**Ja ārstam ir pietiekama izglītība un pieredze šādu pacientu ārstēšanai, tad viņš var turpināt pacienta vadību.**

**Ja ne, pacients ir jānosūta uz konsultāciju pie psihiatra 2 nedēļu laikā uz tuvāko pieejamo psihiatriskā palīdzības iestādi, atbilstoši stāvokļa smagumam.** Palīdzību var organizēt ambulatori , dienas stacionārā / stacionārā vai specializētā depresiju centrā. Pašreiz valsts visu apmaksā.

## 18. Psiholoģiskās intervences vai farmakoterapija

**Psihiatrs rekomendē Augstas intensitātes PI** (ja nelīdz zemas PI, ja ir risks attīstīties smagai depresijai, ja nevēlas zemas intensitātes PI, ja nevēlas AD). **Valsts pašreiz neapmaksā.** Latvijas psihiatru asociācijas ieteikums iekļaut apmaksai pusi no plānotajām konsultācijām. Palīdzību plāno ieviest pie reģiona psihiatru praksēm, psihiatrisko dienas stacionāru un stacionāru multiprofesionālo komandu sastāvos.

Tam jāpiesaista papildus speciāli apmācīts personāls – klīniskie psihologi, mākslas terapeiti, māsas, sociālie darbinieki. Psihiatrs pēc 8-10 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu.

Ārsts vai psihiatrs uzsāk farmakoterapiju ar 1.izvēles vai 2.izvēles antidepresantiem (LPA Vadlīnijas, 2015) atkarībā no iepriekšējās terapijas pieredzes. **Pacientam var tikt izrakstīti kompensējamie medikamenti.** Atkārtotas vizītes ik 2-4 nedēļas. Ārsts pēc 4-8 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu.

## **19. Farmakoterapija vai farmakoterapijas un psiholoģisko intervenču kombinācija**

**Psihiatru kompetencē.** Psihiatrs uzsāk farmakoterapiju ar 1.izvēles vai 2.izvēles antidepresantu (LPA Vadlīnijas, 2015) atkarībā no iepriekšējās terapijas pieredzes. **Pacientam var tikt izrakstīti kompensējamie medikamenti.** Atkārtotas vizītes ik 2-4 nedēļas. Psihiatrs pēc 4-8 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu.

Psihiatrs var rekomendēt farmakoterapijas un Augstas intensitātes PI kombinēšanu ( **Valsts pašreiz neapmaksā**). Ieteikums iekļaut apmaksai pusi no plānotajām konsultācijām. Palīdzību plāno ieviest pie reģiona psihiatru praksēm, psihiatrisko dienas stacionāru un stacionāru multiprofesionālo komandu sastāvos.

Tam jāpiesaista papildus speciāli apmācīts personāls – klīniskie psihologi, mākslas terapeiti, māsas, sociālie darbinieki. Psihiatrs pēc 8-10 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu. Vai kombinē iepriekš minēto AD terapiju ar augstas intensitātes psiholoģiskām intervencēm. Ārstēšana var tikt organizēta psihiatrijas dienas stacionāros, specializētos centros vai reģionālos stacionāros.

## **20. Vidēji smaga depresija, kas nereaģē uz palīdzību vai Smaga/psihotiska depresija**

**Psihiatru kompetencē. Pacientam var tikt izrakstīti kompensējamie medikamenti.** Ārstēšana var tikt organizēta psihiatrijas dienas stacionāros, specializētos depresiju centros vai reģionālos psihiatriskajos stacionāros. Pašreiz valsts visu apmaksā.

## **21. Farmakoterapija vai farmakoterapijas un psiholoģisko intervenču kombinācija**

**Psihiatru kompetencē.** Psihiatrs uzsāk farmakoterapiju ar 1.izvēles vai 2.izvēles antidepresantu (LPA Vadlīnijas, 2015) atkarībā no iepriekšējās terapijas pieredzes. **Pacientam var tikt izrakstīti kompensējamie medikamenti.** Atkārtotas vizītes ik 2-4 nedēļas. Psihiatrs pēc 4-8 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu.

Psihiatrs var rekomendēt farmakoterapijas un Augstas intensitātes PI kombinēšanu ( **Valsts pašreiz neapmaksā**). Latvijas psihiatru asociācijas ieteikums iekļaut apmaksai pusi no plānotajām konsultācijām. Palīdzību plāno ieviest pie reģiona psihiatru praksēm, psihiatrisko dienas stacionāru un stacionāru multiprofesionālo komandu sastāvos.

Tam jāpiesaista papildus speciāli apmācīts personāls – klīniskie psihologi, mākslas terapeiti, māsas, sociālie darbinieki. Psihiatrs pēc 8-10 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu. Vai kombinē iepriekš minēto AD terapiju ar augstas intensitātes psiholoģiskām intervencēm. Ārstēšana var tikt organizēta psihiatrijas dienas stacionāros, specializētos centros vai reģionālos stacionāros.

## **22. Citas bioloģiskās ārstēšanas metodes**

**Psihiatru kompetencē.** Ārstēšana notiek dienas stacionārā, specializētos centros vai psihiatriskā stacionārā.

- Modificētā elektrokonvulsīvā terapija (MEKT; Pašreiz valsts visu apmaksā psihiatrisko stacionāru ietvaros) ir viena no bioloģiskajām depresijas ārstēšanas metodēm, kura Latvijā praktiski netiek izmantota. Pasaulē ir arvien vairāk pozitīvu datu klīniskajos pētījumos par MEKT efektivitāti depresijas pacientiem. MEKT rekomendē kā atsevišķu ārstēšanas metodi (akūtā depresijas periodā), retāk arī kombinācijā ar AD terapiju (CE C, RG 4).
- Nervus vagus stimulācija (Valsts pašreiz neapmaksā). Ķirurģiska depresijas ārstēšanas metode. Kakla kreisajā pusē pie n. vagus implantē elektrodus, kas savienoti ar krūšu kurvja audos implantētu impulsu devēju. Impulsu devējs rada 30 sekundes ilgus impulsus, tad 5 minūšu pārtraukums. Šī metode tiek pētīta un lietota pacientiem ar terapeitiski rezistentu depresiju, kā arī pacientiem ar medikamentu rezistentu depresiju. Dati par metodes efektivitāti depresijas pacientiem ir pretrunīgi. Latvijā n. vagus stimulāciju pagaidām neizmanto.
- Transkraniālā magnētiskā stimulācija (TKMS) (Valsts pašreiz neapmaksā).. Neinvazīva metode, kurā tiek izmantota ierīce, kas rada spēcīgu, īslaicīgu magnētisko lauku, lai stimulētu kortikālos neironus pieres daivas garozā. TKMS tiek veikta pacientam nomoda stāvoklī. Neraugoties uz daudzām pozitīvām publikācijām par TKMS, metodes efektivitāte depresijas pacientiem ir diskutabla.
- Miega deprivācija (MD) ir neinvazīva depresijas bioloģiskās terapijas metode, kura vērsta uz pacienta diennakts nomoda–miega ritma ietekmēšanu (Valsts pašreiz neapmaksā).. Tiek rekomendēta miega ilguma ierobežošana vai pilnīgs bezmiegs. MD stacionāra apstākļos ieteicama vienīgi kā papildu terapijas metode. MD efektivitāte rekurentas depresijas pacientiem biežāk ir īslaicīga, depresīvā simptomātika atjaunojas līdz ar miega režīma normalizēšanos. Tikai ap 15% pacientu MD efekts ir noturīgs ilgāku laika periodu. Dažkārt miega deprivāciju kombinē ar medikamentozu terapiju (litiju vai antidepresantiem) rezistentu depresiju gadījumā.

### **23. Citas depresijas:**

- 23.1. Bipolāra depresija (KLC2)
- 23.2. Depresija šizofrēnijas ietvaros(KLC2)
- 23.3. Depresijas atkarību izraisošo vielu lietošanas gadījumā(KLC2)

Skatīt atbilstošos klīniskos ceļus

### **24. Depresija speciālās populācijās:**

- 24.1. Bērni un pusaudži (KLC D3)

Skatīt klīnisko ceļu un algoritmu Depresija bērniem/pusaudžiem - atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe KCL D3

- 24.2. Gados veci un somatiski slimie (KLC D4)

Skatīt klīnisko ceļu un algoritmu Depresija gados veciem un hroniski somatiski slimiem pacientiem atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe KCL D4

- 24.3. Sievietes perinatālā periodā (KLC Gin)

Skatīt algoritmus:

Psihiskās veselības problēmu identifikācija grūtniecības laikā un postnatalajā periodā

Psihiskās veselības problēmu un smagu psihisku saslimšanu ārstēšana, t.sk. farmakoterapija, grūtniecības laikā KCL Gin

Psihiskās veselības problēmu un smagu psihisku saslimšanu ārstēšana, t.sk. farmakoterapija, postnatalajā periodā

## **25. Depresijas remisijas sasniegšana, uzturošā terapija, profilaktiskā ārstēšana un ilgtermiņa novērošana**

Ārstēšana notiek ambulatori. Depresija uzskatāma par sasniegusi remisiju, kad PHQ-9 vērtējums ir zem 8.

Ja palīdzēja psiholoģiskās intervences, uzturošā terapija ir jāturpina ar 3-4 psiholoģiskām intervencēm turpmāko 3-6 mēnešu laikā. Terapijas kopējo efektivitāti izvērtē Ārsts pēc 8-10 nedēļām.

Ārstam jāturpina farmakoterapija ar antidepresantiem tādā pašā AD devā nākamo 4-6 mēnešus. Vizītes reizi mēnesī.

Ja pacients saņēmis intensīvu terapiju sekundārajā līmenī un ir sasniegta remisija, ārsts var turpināt psihiatra rekomendēto uzturošo terapiju, izrakstīt Valsts kompensētos medikamentus, reizi mēnesī novērot pacientu un vajadzības gadījumā koriģēt uzturošo terapiju.

Pirms lēmuma pieņemšanas par terapijas pārtraukšanu, ārstam jāveic pacienta stāvokļa novērtēšana ar PHQ-9.

Pacientus, kuriem pēc psihiatra konsultācijas indicēta profilaktiskā terapija (LPA Depresijas vadlīnijas, 2015), var uzraudzīt ĢĀ, izrakstīt Valsts kompensētos medikamentus, reizi gadā nodrošinot atkārtotu psihiatra novērtējumu. Reizi gadā pacientu stāvokli novērtēt ar PHQ-9.

## **26. Remisija pēc pirmās depresijas epizodes**

Depresija uzskatāma par sasniegusi remisiju, kad PHQ-9 vērtējums ir zem 8. Ambulatoras vizītes reizi 1-1.5 mēnešos. Ārsti var izrakstīt Valsts kompensētos medikamentus. Ja pēc 4-6 mēnešu ārstēšanas kursa pacients visu laiku ir remisijā, tad epizode skaitās izārstēta un speciāla uzraudzība nav nepieciešama.

## **27. Remisija pēc rekurentās depresijas epizodes**

Depresija uzskatāma par sasniegusi remisiju, kad PHQ-9 vērtējums ir zem 8. Ambulatoras vizīte reizi 1-1.5 mēnešos. Ārsti var izrakstīt Valsts kompensētos medikamentus. Ja pēc 4-6 mēnešu ārstēšanas kursa pacients visu laiku ir remisijā, tad epizode skaitās izārstēta.

Ārsts izvērtē iepriekšējo epizožu skaitu, reziduālos simptomus, blakus esošas fiziskās veselības problēmas un psihosociālās grūtības.

Pacientus, kuriem pēc psihiatra konsultācijas indicēta profilaktiskā terapija (> 2 depresijas epizodes anamnēzē), terapijas ilgums 2 gadi (LPA Vadlīnijas, 2015), var **uzraudzīt ĢĀ**, izrakstīt Valsts kompensētos medikamentus, reizi gadā nodrošinot atkārtotu psihiatra novērtējumu. Ambulatoras vizītes reizi 1-1.5 mēnešos. Reizi gadā pacientu stāvokli novērtēt ar PHQ-9.

## **28. Augsts atkārtota paasinājuma, rekurences risks**

Ja pacientam ir augsts atkārtotu paasinājumu risks vai vairāk kā 2 depresijas epizodes anamnēzē, 2 gadu garumā tiek turpināta **psihiatra nozīmētā** profilaktiska terapija ar antidepresantiem, antidepresantu augmentētā terapija vai individuālā KBT, ja paasinājums noticis uz antidepresantu terapijas fona, vai neskatoties uz AD ārstēšanu pastāv reziduāli simptomi.

Tipiski individuāla KBT (Valsts pašreiz neapmaksā, Latvijas psihiatru asociācijas ieteikums iekļaut apmaksai visas konsultācijas). 16-20 sesijas 3-4 mēnešu laikā, vai pacientiem ar 3 un vairākām depresijas epizodēm grupu apzinātības bāzēta KBT – grupas 8-15 cilvēki, 120 min sesijas 8 nedēļas, 4 uzturošās sesijas nākamo 12 mēnešu laikā.

Palīdzību plāno ieviest pie reģiona psihiatru praksēm, psihiatrisko dienas stacionāru un stacionāru multiprofesionālo komandu sastāvos.



Pacientu ambulatori var uzraudzīt ĢĀ, izrakstīt Valsts kompensētos medikamentus, reizi gadā nodrošinot atkārtotu psihiatra novērtējumu. Ambulatoras vizīte reizi 1-1.5 mēnešos. Reizi gadā pacientu stāvokli novērtēt ar PHQ-9.

## **29. Terapeitiski rezistenta depresija (KLC D5)**

Skatīt klīnisko ceļu un algoritmu Terapeitiski rezistentas depresijas atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe (KLC D5)