

# Klīniskais algoritms

## Depresija primārajā aprūpē atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe

Autors psihiatrs prof.Elmārs Rancāns

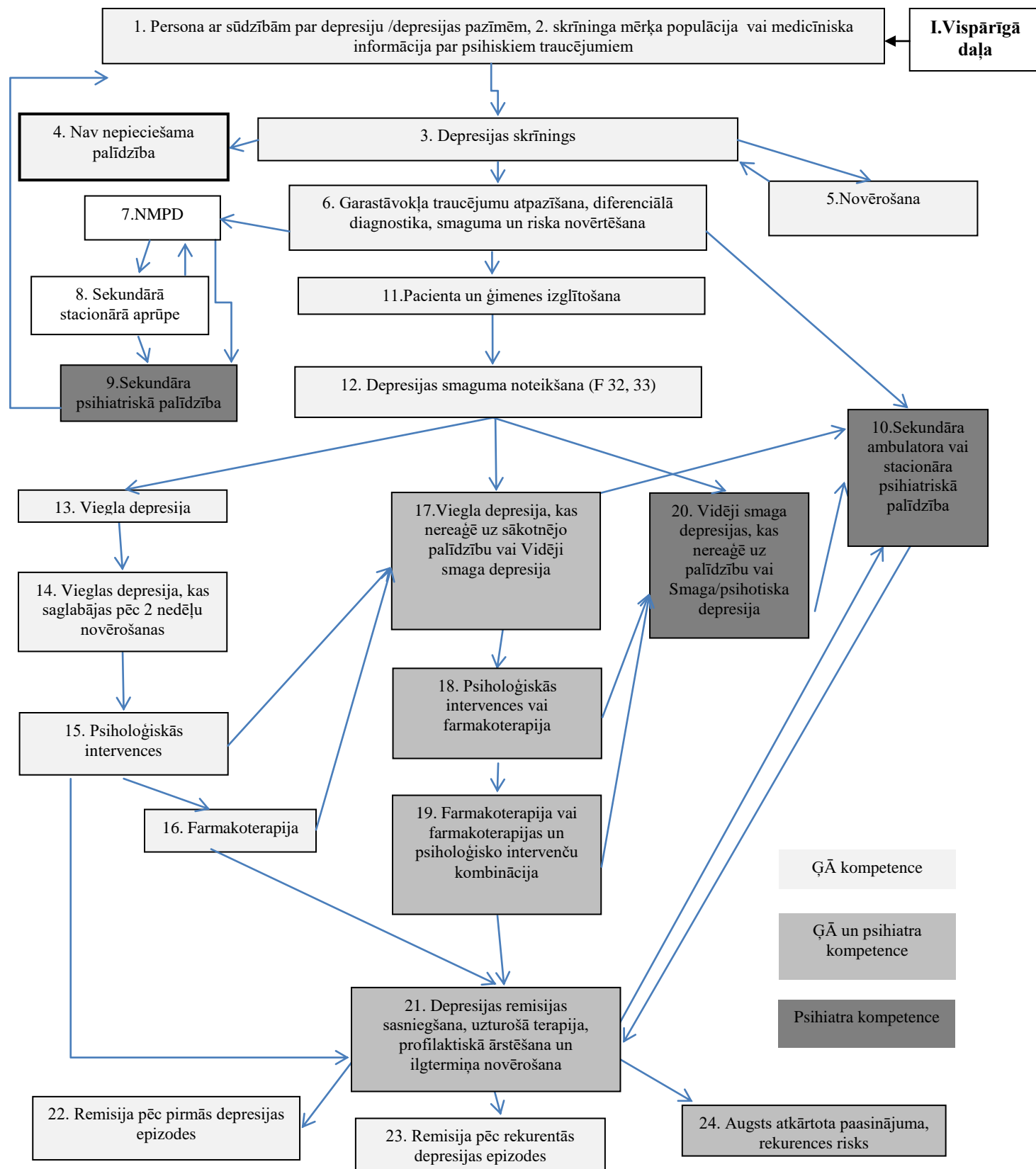
Darba grupa psihiatra Elmāra Tērauda un psihiatra prof.Elmāra Rancāna vadībā: psihiatrs Nikita Bezborodovs, psihiatrs Aigars Kišuro, ģimenes ārste Līga Kozlovska, neirologs Ainārs Stepens, ģimenes ārsts Edgars Tirāns, klīniskā psiholoģe prof.Ieva Bite, psihiatrs prof. Māris Taube

### Saturs

|  |    |
|--|----|
| I. Algoritma shēma .....   | 3  |
| II. Vispārējā daļa.....  | 4  |
| Saīsinājumi.....   | 4  |
| Ievads .....   | 5  |
| Algoritma mērķi.....   | 6  |
| Mērķgrupas .....   | 6  |
| Pamatprioritātes ieviešot algoritmu .....  | 6  |
| III. REKOMENDĀCIJAS (6, 8-21).....   | 7  |
| 1.Persona ar sūdzībām par depresiju/ depresijas pazīmēm.....   | 7  |
| 2.Skrīninga mērķa populācija – pacienti ar sekojošiem simptomiem .....                                     | 7  |
| 3.Depresijas skrīnings.....  | 7  |
| 4.Nav nepieciešama palīdzība.....  | 8  |
| 5.Novērošana .....   | 8  |
| 6.Garastāvokļa traucējumu atpazīšana, diferenciālā diagnostika, smaguma un riska novērtēšana .....         | 9  |
| 7.NMPD .....   | 13 |
| 8.Sekundārā stacionārā aprūpe .....  | 13 |
| 9.Sekundāra psihiatriskā palīdzība .....   | 13 |
| 10.Sekundāra ambulatora, dienas stacionāra, specializēta centra vai stacionāra psihiatriskā palīdzība..... | 13 |
| 11.Pacienta un ģimenes izglītošana .....   | 15 |
| 12.Depresijas smaguma noteikšana .....   | 15 |
| 13.Viegla depresija .....  | 16 |
| 14.Viegla depresija, kas saglabājas pēc 2 nedēļu novērošanas .....   | 16 |
| 15.Psiholoģiskās intervences (PI).....   | 16 |
| 16.Farmakoterapija .....   | 16 |

|  |    |
|--|----|
| 17.Viegla depresija, kas nereaģē uz sākotnējo palīdzību vai Vidēji smaga depresija .....                       | 17 |
| 17.Psiholoģiskās intervences vai farmakoterapija .....   | 18 |
| 19.Farmakoterapija vai farmakoterapijas un psiholoģisko intervenču kombinācija .....                           | 18 |
| 20.Vidēji smaga depresija, kas nereaģē uz palīdzību vai Smaga/psihotiska depresija .....                       | 19 |
| 21.Depresijas remisijas sasniegšana, uzturošā terapija, profilaktiskā ārstēšana un ilgtermiņa novērošana ..... | 19 |
| 22.Remisija pēc pirmās depresijas epizodes .....   | 19 |
| 23.Remisija pēc rekurentās depresijas epizodes .....   | 19 |
| 24.Augsts atkārtota paasinājuma, rekurences risks.....   | 20 |
| Atsauces.....  | 21 |

# I. Algoritma shēma



## **II. Vispārējā daļa**

### **Saīsinājumi**

ĢĀ ģimenes ārsts

LPA Latvijas psihiatru asociācija

NICE National Institute for Health and Care Excellence

PHQ-2 Patient Health Questionnaire-2

PHQ-9 Patient Health Questionnaire-9

PI Psiholoģiskās intervences

## Ievads

Depresija ir viens no biežākajiem psihiskiem traucējumiem Eiropas iedzīvotāju vidū (1). Tā izraisa lielas ciešanas un negatīvi ietekmē dzīves kvalitāti (2). Globālais slimības sloga pētījums 2010. gadā parādīja, ka Rekurrentā depresija ir otrais galvenais iemesls pasaulē gados, kad cilvēki dzīvo ar invaliditāti, (3). Pierādījumi liecina, ka depresija ir viens no visbiežāk sastopamajiem psihiskiem traucējumiem, kas pacientiem liek vērsties pie ģimenes ārstiem (ĢĀ), taču, neskatoties uz to, pierādījumi liecina, ka depresija bieži vien netiek atpazīta (4).

Pasaules Veselības organizācijas Pasaules psihiskās veselības apsekojums (5) ir veikuši 12 mēnešu smagas depresijas izplatības pētījumu pieaugušos iedzīvotājus populācijā 21 valstī. 12 mēnešu depresijas izplatības līmenis bija no 2,4% līdz 10,1%. Pētījumā ziņots, ka tikai neliela daļa dalībnieku ar smagu depresiju saņēma minimāli piemērotu ārstēšanu: 1 no 5 cilvēkiem valstīs ar augstiem ienākumiem un 1 no 27 zemu / zemu un vidēju ienākumu valstīs. Lielākais pētījums, kura laikā tika veikts 12 mēnešu izplatības un invaliditātes sloga aplēses par plašu psihisko traucējumu diapazonu Eiropas Savienībā, ziņoja par depresijas izplatības rādītājiem robežās no 1,1 līdz 10,1% (1). Dažus gadus vēlāk Latvijas iedzīvotāju pētījumā tika vērtēta 12 mēnešu depresijas izplatība, kas bija 7,9% un saistīta ar biežu veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanu, saslimstību ar trim vai vairākiem somatiskajiem apstākļiem, neapmierinātību ar dzīves un smēķēšanas statusu (Vrublevska et al., 2017).

Viens no lielākajiem pētījumiem, kas veikti primārās aprūpes iedzīvotāju vidū, PVO kopīgajā veselības aprūpes psiholoģisko problēmu kopīgajā pētījumā, kurā piedalījās 26 000 pacientu visā pasaulē, konstatēja depresijas izplatības 10,4% apmērā (Ustun, 1994). Metaanalīze no apvienotās 50 000 pacientu grupas uzrādīja vēl lielāku izplatības skaitli 19,5% (Mitchell et al., 2009).

Latvijas Nacionālā veselības aprūpes dienesta dati parāda, ka 2016. gadā ĢĀ diagnosticēja tikai 5132 unikālus pacientus ar garastāvokļa traucējumu diagnozi (Šica et al., 2017). Savukārt Valsts pētījumu programmas BIOMEDICINE 2014-2017 ietvaros veiktajā depresijas biežuma pētījumā konstatēts, ka 10.2% no pacientiem, kas katru dienu apmeklē ĢĀ, cieš no klīniski nozīmīgas depresijas (6). Gada laikā tie ir apmēram 70 000 pacientu, kas ir par 15 reizēm vairāk, ne kā uzrāda oficiālā statistika. Vienlaicīgi ģimenes ārsti diagnosticē neirotikos traucējumus gandrīz desmit reizes biežāk nekā tie, kas diagnosticē garastāvokļa traucējumus (7).

Depresijas simptomu un traucējumu skrīningam, smaguma novērtēšanai un pacientu stāvokļa izvērtēšanai dinamikā Latvijā ir validēts pasaulē viens no atzītākajiem un plašāk pielietotajiem skrīninga instrumentiem Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) un tā saīsinātā versija Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) (6).

Algoritms “Depresija primārajā aprūpē atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe” aptver pacientu psihiskā stāvokļa novērtēšanu primārajā aprūpē depresijas precīzai atpazīšanai, diagnostikai, diferencēšanai no citiem stāvokļiem, dažādu depresijas veidu atšķiršanai, kas sekmētu precīzu tālāku pacientu vadīšanu, ārstēšanu un aprūpi.

## **Algoritma mērķi**

1. Uzlabot depresiju atpazīšanu primārajā aprūpē
2. Sekmēt precīzāku depresiju diferenciālo diagnostiku, mērķtiecīgāku, koordinētāku pacienta ar depresiju virzību veselības aprūpes sistēmā, kā arī efektīvu sadarbību starp dažādu specialitāšu ārstiem un profesionāliem,
3. Racionāli izmantot ārstniecības, aprūpes iespējas, mērķtiecīgi izmantojot uz pierādījumiem balstītas metodes
4. Mazināt nelietderīgu veselības aprūpes resursu izmantošanu, optimizēt pacienta vadīšanas, ārstēšanas un aprūpes plānu.

## **Mērķgrupas**

1. Ģimenes ārsti
2. Psihiatri
3. Neurologi
4. Citi ārsti speciālisti
5. Klīniskie un veselības psihologi, psihoterapeiti
6. Pacienti un viņu tuvinieki, atbalsta personas

## **Pamatprioritātes ieviešot algoritmu**

Pamatā algoritma prioritāte ir organizēt pacienta ar depresiju mērķtiecīgu virzību veselības aprūpes sistēmā, nodrošinot efektīvu sadarbību ar ģimenes ārstu, citiem ārstiem un profesionāliem, lai veicinātu agrīnu depresijas atpazīšanu un pareizu ārstēšanas uzsākšanu.

### III. REKOMENDĀCIJAS (6, 8-21)

#### 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

- 2.1 Sūdzības par nomāktu garastāvokli, anamnēzē depresija,
- 2.2 Pašnāvību mēģinājumi vai paškaitējumi anamnēzē
- 2.3 Nespēks, nogurums, svara zudums bez medicīniska iemesla,
- 2.4 Miega traucējumi, ilgstoša miega līdzekļu vai bezodiazepīnu lietošana,
- 2.5 Sūdzības par atmiņas traucējumiem, koncentrēšanās grūtības,
- 2.6 Trauksmes simptomi (iekšēja spriedze, nemiers vai sirdsklauves, reiboņi, smakšanas sajūta, “kamols kaklā”, panikas lēkmes),
- 2.7 Daudzas medicīniski neizskaidrojamas somatiskas sūdzības, nav skaidri cēloņi, nav skaidra diagnoze,
- 2.8 Pašlaik hroniskas somatiskas slimības (piem., sirds asinsvadu, onkoloģiskas slimības, cukura diabēts, hroniskas sāpes utt.), kuras grūti padodas ārstēšanai; bieži ārsta apmeklējumi ( 6 un vairāk gadā),
- 2.9 Sievietes antenatālā periodā un 12 mēnešus pēc dzemdībām
- 2.10 Ilgstošas psihotraumējošas situācijas (vientulība, vardarbība, sociāli-ekonomiskas problēmas),
- 2.11 Pārmērīga alkohola vai narkotisko vielu lietošana, smēķēšana
- 2.12 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 anketu, kuru var izsniegt māsa.

Depresijas pamata simptomi pēc Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2):

| Cik bieži pēdējo 2 nedēļu laikā Jūs ir apgrūtinājušas kādas no šādām problēmām? | Nemaz | Dažas dienas | Vairāk par nedēļu | Gandrīz katru dienu |
|---|-------|--------------|-------------------|---------------------|
| 1. Interesu un dzīvesprieka trūkums   | 0     | 1            | 2                 | 3                   |
| 2. Slikts/nomākts garastāvoklis, nospīestība vai bezcerības sajūta              | 0     | 1            | 2                 | 3                   |

Ja persona atbildēja pozitīvi uz abiem jautājumiem, vai jebkurā no jautājumiem problēmas ilgušas vairāk par 7 dienām, tad liela varbūtība, ka viņai ir depresija ( PHQ-2 summa 2 un vairāk).

Jānoskaidro vai personai ir ievērojamas ikdienas funkcionēšanas grūtības personiskajā, ģimenes, sociālajā, izglītības, darba vai citās jomās?

Ja grūtības pastāv, tas norāda uz depresiju.

Depresijas smaguma novērtējums.

Ja skrīnings uzrāda depresiju, tad aizpilda atlikušos 7 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) jautājumus:

### Depresijas pašaptaujas tests

| PHQ-9  |                      |              |                   |                     |
|--|----------------------|--------------|-------------------|---------------------|
| Cik bieži pēdējo 2 nedēļu laikā Jūs ir apgrūtinājušas kādas no šādām problēmām? (Apvelciet atbilstošo atbildi katrā rindiņā)   | Nemaz                | Dažas dienas | Vairāk par nedēļu | Gandrīz katru dienu |
| 1. Interesu un dzīvesprieka trūkums  | 0                    | 1            | 2                 | 3                   |
| 2. Slikts/nomākts garastāvoklis, nospiestība vai bezcerības sajūta   | 0                    | 1            | 2                 | 3                   |
| 3. Grūtības iemigt, caurs/trausls miegs vai pārāk ilga gulēšana  | 0                    | 1            | 2                 | 3                   |
| 4. Nogurums vai enerģijas trūkums  | 0                    | 1            | 2                 | 3                   |
| 5. Pazemināta ēstgriba vai pārēšanās   | 0                    | 1            | 2                 | 3                   |
| 6. Neapmierinātība ar sevi – sajūta, ka esat neveiksmnieks/-ce vai arī esat pievilis/-usi savas vai ģimenes cerības  | 0                    | 1            | 2                 | 3                   |
| 7. Grūtības koncentrēties, piemēram, lasīt avīzi vai skatīties TV  | 0                    | 1            | 2                 | 3                   |
| 8. Kustības un runa bija tik lēna, ka citi cilvēki to varēja pamanīt. Vai pretēji – bijāt tik satraukts/satraukta un rosīgs/rosīga, ka kustību aktivitāte kļuva lielāka nekā parasti | 0                    | 1            | 2                 | 3                   |
| 9. Domas, ka labāk būtu nomirt vai kaut kā nodarīt sev pāri  | 0                    | 1            | 2                 | 3                   |
| <b>VERTĒJUMU SKAITS</b>  | <input type="text"/> |              |                   |                     |
| <b>SUMMA</b>   | <input type="text"/> |              |                   |                     |

Depresijas smaguma novērtējums:

- 0-4 Nav
- 5-9 Viegla depresija
- 10-14 Vidēja depresija
- 15-19 Vidēji smaga depresija
- 20-27 Smaga depresija

Pašnovērtēšanas tests elektroniskai aizpildīšanai atrodams <http://www.depresija.lv/>

## 4.Nav nepieciešama palīdzība

Ja PHQ-9 kopējais vērtējums ir mazāk par 0-4 depresijas pašlaik nav. Pacientam palīdzība nav nepieciešama.

## 5.Novērošana

Ja PHQ-9 kopējais vērtējums ir 5-7 depresijas pašlaik nav, taču ĢĀ novērtējums 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 (6). Ģimenes ārsts veic pacienta diagnozes precizēšanu un smaguma izvērtēšanu ĢĀ kompetences ietvaros.

### Ģimenes ārsta kompetencē ir:

1. sēru reakcija (atbalsta, ģimenes u. c. psihoterapija);
2. viegla/vidēji smaga depresijas epizode (ja 4–8 nedēļu periodā pēc antidepresanta nozīmēšanas netiek panākta klīniska uzlabošanās, nepieciešama psihiatra konsultācija);
3. rekurenti depresīvi traucējumi – viegla/vidēji smaga depresijas epizode (kompensēto medikamentu izrakstīšana, ja 4–8 nedēļu periodā pēc antidepresanta nozīmēšanas netiek panākta klīniska uzlabošanās, nepieciešama psihiatra konsultācija);
4. adaptācijas traucējumi ar depresīvu reakciju, izvērtējot pašnāvības risku;
5. viegli izteikti organiski (simptomātiski) depresīvi traucējumi.

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 izraisīšu vielu lietošanas, organisku psihisku vai somatisku saslimšanu gadījumā, depresijas antenatālajā periodā un 12 mēnešu laikā pēc dzemdībām.

Aizdomu gadījumā par citiem psihiskiem traucējumiem, **ĢĀ organizē pacientam psihiatra konsultāciju 2 nedēļu laikā** (10.punkts).

Depresija SSK-10 slimību klasifikatorā tiek ietverta vairākos diagnostiskos blokos, jo tai ir vairāki nozoloģiski varianti (22). Izšķir tā saucamo endogēno, organisko un neirotisko depresiju. Depresija tiek ietverta dažādās SSK-10 diagnostiskās kategorijās atbilstoši depresijas definīcijai un tās nozoloģiskam variantam. Tās klasifikācija ir šāda (22):

1. F31 Bipolāri afektīvi traucējumi (BAT) norisē ir iespējamās hipomānijas, mānijas, jaukti afektīvas epizodes un dažāda dziļuma depresijas epizodes:
  - 1.1. F31.3 patreizējā epizode viegla vai vidēji smaga depresija
  - 1.2. F31.4 patreizējā epizode smaga depresija bez psihotiskiem simptomiem
  - 1.3. F31.5 patreizējā epizode smaga depresija ar psihotiskiem simptomiem
  - 1.4. F31.8 maskētas depresijas epizode BAT ietvaros

Bipolāri afektīvi traucējumi (F31, SSK-10)

Tie raksturojas ar pacilātības, paātrinātas domāšanas un paaugstinātas kustību aktivitātes periodiem (mānijas vai hipomānijas), kas mijas ar depresijas periodiem. Depresijas klīniskā aina ir līdzīga unipolārai depresijai (F32, SSK-10), taču var būt vērojamas arī t.s. atipiskās depresijas īpatnības, piemēram, apātija, miegainība, paaugstināta ēstgriba. Depresijai bipolāri afektīvo traucējumu ietvaros ir raksturīgs agrāks sākums – visbiežāk ap 20 gadu vecumu.

2. F32 Depresijas epizode:
  - 2.1. F32.0 Viegla depresijas epizode (ar/bez somatiskā sindroma)
  - 2.2. F32.1 Vidēji smaga epizode (ar/bez somatiskā sindroma)
  - 2.3. F32.2 Smaga epizode bez psihotiskiem simptomiem
  - 2.4. F32.3 Smaga epizode ar garastāvoklim atbilstošiem/neatbilstošiem psihotiskiem simptomiem

2.5. F32.8 Cita depresijas epizode (Maskēta depresija)  
Depresijas epizode (F32, SSK-10)

Depresijas epizode kā diagnostiska kategorija jānosaka tiem cilvēkiem, kam depresija tiek noteikta pirmo reizi mūžā un ja tiek novēroti depresijas diagnostiskie kritēriji. Depresijas epizode var sākties bez acīmredzama iemesla, tomēr tā var attīstīties pēc smagas un ilgas psihotraumējošas situācijas. Bieži vien depresijas epizode ir pirmā rekurento depresīvo traucējumu epizode vai turpmāk pacientam var attīstīties bipolāri afektīvi traucējumi.

3. F33 Rekurenti depresīvi traucējumi

- 3.1. F33.0 Viegla epizode (ar/bez somatiskā sindroma)
- 3.2. F33.1 Vidēji smaga epizode (ar/bez somatiskā sindroma)
- 3.3. F33.2 Smaga epizode bez psihotiskiem simptomiem
- 3.4. F33.3 Smaga epizode ar garstāvoklim atbilstošiem/neatbilstošiem psihotiskiem simptomiem
- 3.5. F33.4 Remisija
- 3.6. F33.8. Cita depresijas epizode (Atkārtota maskētas depresijas epizode)

Rekurenti depresīvi traucējumi (F33, SSK-10)

Tā ir visbiežāk sastopamā depresijas norises forma. Ir svarīgi, ka pacientam anamnēzē nav bijušas mānijas, hipomānijas (patoloģiski paaugstināts garstāvoklis) vai jaukta afektīva stāvokļa epizodes. Rekurenti depresīvi traucējumi var sākties jebkurā vecumā, bet biežāk tie sākas ap 30 gadiem. Vairāk kā pusei pacientu nākotnē tiks novērotas atkārtotas, recidivējošas depresijas epizodes. Ap 60% depresīvo traucējumu recidivē 1 – 5 gadu laikā, ap 30% gadījumu, neskatoties uz ārstēšanu, depresijas epizode beidzas ar reziduālu simptomātiku un 5 – 10% gadījumu depresija hronificējas. Viens no biežākajiem rekurentās depresijas variantiem ir maskēta depresija. Tās gadījumā pacients bieži konsultējas pie ģimenes ārsta vai citiem speciālistiem ar sūdzībām par fiziskiem simptomiem, kuriem netiek noteikts apstiprinājums nedz analizēs, nedz citos izmeklējumos. Šīs sūdzības bieži vien ir saistāmas ar somatoformiem traucējumiem (somatizācija, somatoformas sāpes). Par depresijas masku var būt arī alkohola vai citu psihoaktīvu vielu pārmērīga lietošana vai atkarība, ēšanas traucējumi, seksuāla disfunkcija. Pacienti depresijas simptomus neizjūt, priekšplānā izvirzot fiziskās sūdzības. Fizisko simptomu ārstēšana parasti nesniedz stāvokļa uzlabošanos. Pacienta sūdzības ir smagākas dienas pirmajā pusē.

4. F06.32 Organiski afektīvi traucējumi, depresīvs tips  
Organiski afektīvi traucējumi, depresijas epizode (F06.32, SSK-10)

Depresiju sekmē somatisko traucējumu fons un procesi, kas radījuši organiskas izmaiņas CNS. Depresijas attīstību sekmē gan somatiskā stāvokļa pasliktināšanās, gan sociālās funkcionēšanas ierobežojumi slimības dēļ. Organiskai depresijai ir raksturīgi pieaugoši, subjektīvi smagi atmiņas un koncentrēšanās spējas traucējumi, ko pavada raudulīgums, trauksme, garstāvokļa labilitāte. Klīnisko ainu dara smagāku sāpju esamība un somatiskā stāvokļa pasliktināšanās. Organiskas depresijas gadījumā nereti novēro neiroloģisku simptomātiku, piemēram, jušanas traucējumus, refleksu asimetriju, parēzes, tremoru, gaitas traucējumus. Arī medikamenti var izsaukt depresijas simptomātiku, piemēram, beta blokatori, nesteroīdie pretiekaisuma līdzekļi, kortizols, orālie kontraceptīvie līdzekļi, antineoplastiskie līdzekļi, vairāki antibakteriālie līdzekļi, neiroleptiķi, sedatīvie un miega līdzekļi.

5. Adaptācijas traucējumi
  - 5.1. F43.20 Īslaicīga depresīva reakcija
  - 5.2. F43.21 Prolongēta depresīva reakcija
  - 5.3. F43.22 Jaukta trauksmaini – depresīva reakcija

Reaktīvā depresija (F43.2, SSK-10).

Gan akūtas, gan ilgstošas psihotraumējošas situācijas rezultātā cilvēkam var attīstīties dažāda smaguma depresīvs stāvoklis. Mūsdienās ar reaktīvo depresiju apzīmē adaptācijas traucējumus. Adaptācijas traucējumi retos gadījumos var ieilgt līdz pat 12 mēnešiem vai ilgāk. Jau 2 mēnešus pēc psihotraumējošas situācijas, ja saglabājas depresīvs stāvoklis, var tikt diagnosticēta depresijas epizode (F32).

## 6. Izvērtēt citus depresijas iemeslus:

### 6.1. Somatiskie:

- 6.1.1. Somatiskas saslimšanas – anēmija, malnutrīcija, hipotireoidisms, hroniskas somatiskas saslimšanas, atkarību izraisošu vielu lietošana uc.

Skatīt algoritmu Depresija gados veciem un hroniski somatiski slimiem pacientiem atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe

- 6.1.2. Medikamentu blakusparādības – steroīdu, citostatiķu, interferonu saturošu preparātu lietošana uc.

Konstatējot tos, uzsākt atbilstošas somatiskas saslimšanas ārstēšanu vai medikamentozās terapijas korekciju. Ja pēc tā visa depresīvā simptomātika saglabājas, turpināt depresijas izvērtēšanu pēc algoritma

- 6.1.3. Noskaidrot, vai pēdējo 6 mēnešu laikā nav bijis būtisks zaudējums (sēras)? Novērtēt suicidālo risku, sniegt krīzes vai citu psiholoģisko/psihoterapietisko palīdzību. Ja personai ir bijusi depresija anamnēzē, depresijas risks ir paaugstināts

### 6.2. Pašnāvību riska novērtēšana:

**Pašnāvības risks ir jāizvērtē katrā tikšanās reizē ar pacientu.** Saruna par paškaitējumu nerada un neveicina paškaitējumu. Tā bieži samazinās trauksmi, kas saistīta ar domām vai paškaitējuma aktiem un palīdz personai justies saprastai. Tomēr mēģiniet izveidot attiecības ar personu, pirms uzdotat jautājumu jautājumu par paškaitējumu. Palūdziet personai izskaidrot, kāpēc viņa veikusi paškaitējumu

Pašnāvības risku jāizvērtē, ja:

- 6.2.1. Izteikta bezcerība un izmisums, pašreizējās pašnāvības domas / plāni / mēģinājumi vai tie bijuši pagātnē
- 6.2.2. pašnāvības mēģinājums ar saindēšanās pazīmēm / intoksikāciju, asiņošana no pašradītas brūces,
- 6.2.3. apziņas zudums un / vai ļoti izteikta letarģija,
- 6.2.4. jebkura nozīmīga psihiska saslimšana, hroniskas sāpes vai ļoti izteikti emocionāli pārdzīvojumi

### Pazīmes, kas liecina par augstu pašnāvības risku (13):

1. vīriešiem paaugstināts risks 20–30 gadu vecumā, pēc 50 gadu vecuma, īpaši augsts pēc 65 gadu vecuma; sievietēm paaugstināts suicīda risks 40–60 gadu vecumā;

2. ilgstoša fiziska vai psihiska slimība;
3. alkohola vai citu vielu atkarība;
4. traucējumi ar masīvu trauksmi, bezpalīdzīgumu, anhedoniju, nespēja iespaidot apdraudošus faktorus;
5. hroniskas, nekoriģējamas sāpes;
6. vājš sociālās funkcionēšanas līmenis vai sociāla izolētība, negribēta pensionēšanās;
7. nesens tuvākā cilvēka vai darba zaudējums;
8. pašnāvības mēģinājums anamnēzē;
9. pārtraukts pašnāvības mēģinājums ar sekojošiem veselības sarežģījumiem;
10. intensīvas pašnāvības domas, pašnāvības plāns;
11. pacients slēpj līdzekļus pašnāvības izdarīšanai.

6.3. Hipomānijas/mānijas simptomu izvērtēšana anamnēzē:

Vai vienlaikus parādījās vairāki no zemāk uzskaitītiem simptomiem, kas ilgst vismaz 1 nedēļu un pietiekami būtiski traucēt darbam un sociālajām aktivitātēm vai pieprasīt hospitalizāciju?:

- 6.3.1. Pacilāts garastāvoklis un / vai aizkaitināmība
- 6.3.2. Samazināta vajadzība pēc miega
- 6.3.3. Paaugstināta aktivitāte, palielināta enerģijas sajūta, pārmērīga runātība vai ātra runa
- 6.3.4. impulsīvas vai neapdomīgas rīcības, piemēram, pārmērīgas tērēšanas, svarīgu lēmumu pieņemšana bez plānošanas un seksuāla neizvēlība
- 6.3.5. parasto sociālās normu neievērošana, kas noveda pie nepieņemamas uzvedības
- 6.3.6. nenoturīga uzmanība
- 6.3.7. nereālistiski paaugstināts pašvērtējums

Konstatējot depresijas epizodi Bipolāri afektīvo traucējumu ietvarā **BŪTISKI** mainās depresijas ārstēšanas taktika – pacients jānosūta uz **konsultāciju pie psihiatra** 2 nedēļu laikā

6.4. Depresijas izvērtēšana atkarību izraisošu vielu lietošanas dēļ:

Depresīvā simptomātika visbiežāk attīstās cilvēkiem abstinences gadījumā. Abstinence ir nepatīkamu fizisku un psihisku simptomu kopums, kurš iestājas 24-48 stundu laikā pēc pēkšņas atkarību izraisošas vielas lietošanas pārtraukšanas vai tās būtiskas devas samazināšanas.

Depresijas gadījumā pie atkarību izraisošo vielu lietošanas pacients jānosūta uz konsultāciju pie narkologa/psihiatra 4 nedēļu laikā

6.5. Depresija un trauksmes (Agorofobija, Sociālā fobija, Panika, Ģeneralizētā trauksme, Obsesīvi kompulsīvie traucējumi, Post-traumātiskā stresa sindroms)

Depresija un trauksmes kombinējas ( ir komorbīdas) līdz pat 70 % gadījumā. Izvērtējot depresiju, ir jānovērtē trauksmes traucējumi un otrādi.

Jo ilgstošāka un smagāka ir trauksme, jo lielāks ir komorbīditātes risks. Komorbīgi traucējumi norit smagāk, grūtāk padodas ārstēšanai un rada būtiskāku nespēju/slogu.

Komorbīdu traucējumu gadījumā pacients jānosūta uz konsultāciju pie psihiatra 2 nedēļu laikā

6.6. Depresija un Somatoformie traucējumi (F45 - Somatizācija, Hipohondrija, Somatoforma veģetatīva disfunkcija ( piem. Veģetodistonija utt.))

Ģimenes ārsti Latvijā 2016.g. diagnosticējuši afektīvos traucējumus tikai 5 132 (F30-39), bet neirotikos traucējumus (F40-48) 35 790 pacientiem, visbiežāk Somatoformu veģetatīvu disfunkciju. Taču novērošanas ilgums ar šādu diagnozi bijis viena dažas reizes.

**Svarīgi! Somatoformie traucējumi ir izslēgšanas diagnoze** – to var diagnosticēt tikai tad, ja ir izslēgtas visāda veida depresijas, trauksmes un adaptācijas traucējumi. F45 pamata ārstēšanas metode ir ilgstoša psihoterapija.

## 7.NMPD

Augsta pašnāvību riska, pašnāvības mēģinājuma vai paškaitējuma gadījumā **ĢĀ nekavējoties** jāziņo NMPD un jāorganizē pacienta stacionēšana psihiatriskajā stacionārā - pašnāvības riska novērtēšanai un/vai depresijas ārstēšanai, vai stacionēšana somatiskajā stacionārā neatliekamās medicīniskās 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 par 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

Pacienta diagnozes precizēšana un specifiskas palīdzības organizēšana atbilstoši pamata diagnozei, kura var tikt organizēta ambulatori, specializētos centros/programmās, dienas vai psihiatriskos stacionāros.

Pēc ārstēšanas kursa pacients atgriežas aprūpei ĢĀ uzraudzībā.

## 10.Sekundāra ambulatora, dienas stacionāra, specializēta centra vai stacionāra psihiatriskā palīdzība

**10.1 Ģimenes ārstam jāsaņem jāsūta pacients konsultācijai pie psihiatra uz ambulatoro, dienas stacionāra, specializēta centra vai stacionāro psihiatrisko aprūpi, atbilstoši pamata saslimšanai:**

- 10.1.1 pacienti, kuri izsaka pašnāvības domas vai draudus (neatliekami);
- 10.1.2 pacienti pēc pašnāvības mēģinājuma (neatliekami);
- 10.1.3 depresijas pacienti ar psihotiskiem simptomiem (neatliekami);
- 10.1.4 pacienti ar depresijas epizodi bipolāri afektīvu traucējumu ietvaros;
- 10.1.5 pacienti ar depresiju, kas ir komorbīda ar panikas lēkmēm, obsesīvi–kompulsīviem traucējumiem, ģeneralizētu trauksmi, psihoaktīvu vielu atkarību;

- 10.1.6 šizofrēnijas pacienti, kuriem ir depresijas sindroms (t. sk. postšizofrēniskā depresija);
- 10.1.7 pacienti, kuriem paralēli ir izteiktas organiskas psihiskas vai somatiskas saslimšanas;
- 10.1.8 grūtnieces antinatālā period un 12 mēnešu laikā pēc dzemdībām;
- 10.1.9 bērni un pusaudži ar aizdomām par psihiskiem traucējumiem
- 10.1.10 pacienti, kuriem sāka terapija ar antidepresantiem, bet netiek panākta klīniska uzlabošanās 4–8 nedēļu laikā.

## **10.2 Ambulatorā dienesta psihiatra kompetences:**

- 10.2.1 viegla/vidēji smaga depresijas epizode;
- 10.2.2 smaga depresijas epizode subakūtā (pēcstacionāra) posmā, stabilizācijas un profilaktiskās ārstēšanas periodā;
- 10.2.3 visu veidu depresijas komorbīdie stāvokļi;
- 10.2.4 organiski un simptomātiski depresīvi traucējumi;
- 10.2.5 depresijas epizode bipolāru afektīvu traucējumu ietvaros;
- 10.2.6 postšizofrēniska depresija.

## **10.3 Dienas stacionāra (depresiju nodaļas) psihiatra kompetences:**

- 10.3.1 vidēji smagas depresijas epizode, ja nav augsta pašnāvības riska;
- 10.3.2 vidēji smaga/smaga depresijas epizode subakūtā periodā, pēc izrakstīšanas no stacionāra;
- 10.3.3 pacienti, kuriem nepieciešama parenterāla medikamentu ievade vai kuriem ir nepieciešama antidepresantu titrēšana un augmentācija;
- 10.3.4 pacienti, kuriem rekomendējama grupas psihoterapija, sociāli psiholoģiska palīdzība;
- 10.3.5 pacienti ar terapeitiski rezistentu depresiju, kuriem ir rekomendējama modificētā elektrokonvulsīvā terapija.

## **10.4 Stacionārās palīdzības psihiatra kompetences:**

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

10.4.15 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.

## 11. Pacienta un ģimenes izglītošana

Izglītošanu veic ĢĀ vai māsa

- Depresija ir ļoti bieži sastopama saslimšana, ar ko var saslimt jebkurš.
- Saslimšana ar depresiju nenozīmē, ka cilvēks ir vājš vai slinks.
- Negatīva attieksme no apkārtējiem (piem., “Tev jābūt stiprākam”, “Saņem sevi rokās”), iespējams, rodas tādēļ, ka depresija nav ar neapbruņotu aci redzama slimība, kā kaula lūzums vai brūce. Pastāv arī nepareizs uzskats, ka cilvēki ar depresiju spēj savus simptomus kontrolēt ar sava gribasspēka palīdzību.
- Cilvēkiem ar depresiju mēdz būt nepamatoti negatīvi uzskati par sevi, savu dzīvi un nākotni. Šo cilvēku pašreizējā situācija var būt ļoti sarežģīta, taču depresija var izraisīt papildu nepamatotas domas par situācijas bezcerīgumu un savu nevērtīgumu. Ar lielāko ticamību šīs domas uzlabosies, mazinoties depresijas simptomiem.
- Domas par paškaitēšanu vai pašnāvību ir bieži sastopamas. Ja pacientam šādas domas parādās, viņam nevajadzētu rīkoties to iespaidā, bet gan pateikt par tām kādai uzticības personai un nekavējoties vērsties pēc palīdzības.
- Depresija padodas ārstēšanai
- Ja depresija ir vidēji smaga vai smaga, nepieciešama ilgstoša antidepresantu (AD) terapija, tad pacientam var tikt izrakstīti valsts kompensēti (50% apjomā) medikamenti.
- Antidepresantu terapija nav saistāma ar atkarības risku
- Depresijas gadījumā var tikt novērota „pašārstēšanās” ar alkoholu vai nomierinošiem līdzekļiem, šajos gadījumos jākonsultējas ar ārstu.

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

## 12. Depresijas smaguma noteikšana

Depresijai izšķir 3 smaguma pakāpes:

- Vieglas depresijas epizodes gadījumā jābūt 2 nedēļu periodā novērotiem 2 pamatsimptomiem un vismaz 3 papildus simptomiem. Šie simptomi pārsvarā ir viegli izteikti. Vieglas depresijas epizodi var sekmīgi ārstēt tikai ambulatori.
- Vidēji smagai depresijai ir raksturīgi 2 nedēļu periodā divi pamatsimptomi un vismaz četri papildus simptomi, un vismaz viens no simptomiem ir smagi izteikts. Pacientam ir traucēta sociālā funkcionēšana, grūtības darbā, kā arī ar grūtībām tiek galā ar ikdienas pienākumiem.
- Smagas depresijas gadījumā ir spilgti izteikti visi trīs pamatsimptomi, kā arī vismaz četri papildus simptomi. Depresijas klīnisko ainu smagāku dara izteikta trauksme vai apātija. Pacients nespēj strādāt, nespēj veikt vienkāršus ikdienas darbus. Smaga depresijas epizode ar psihotiskiem simptomiem. Klīnisko ainu papildina grēcīguma, izsīkuma, nabadzības murgu idejas, pašapsūdzības murgu idejas; ļauna, izmejoša satura dzirdes halucinācijas. Iespējams depresīvs stupors.

### **13.Viegla depresija**

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

### **14.Vieglas depresija, kas saglabājas pēc 2 nedēļu novērošanas**

Ja sūdzības nemazinās vai nepāriet, tad ieteikt pieejamās psiholoģiskās intervences

### **15.Psiholoģiskās intervences (PI)**

**ĢĀ 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.

Vecumam atbilstoši rakstiski, audio, digitāli pašpalīdzības materiāli vai apmācīta praktiķa iesaistīšana pašpalīdzības aktivitāšu izvērtēšanā u.c.

Parasti 10 sesijas pa telefonu vai internetā (pirmā saruna 30 min., turpmākās 15 minūtes)

Fiziska aktivitāte (labāk grupā (pa 8 pers.), mērena intensitāte 2xnedēļā, pa 45min., 4-6 nedēļas, tad 6 nedēļas 1x nedēļā) var veikt fizioterapeiti.

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

### **16.Farmakoterapija**

- Nenožīmēt antidepresantus (AD) pacientiem ar atsevišķiem depresijas simptomiem,
- Izsvērt AD nozīmēšanas nepieciešamību pie vieglas depresijas, jo iespējamais blakņu risks var būt lielāks kā iespējamais ieguvums no terapijas.
- Vieglas depresijas pacientam AD nozīmējami, ja anamnēzē ir vidēji smagas vai smagas DE, ja atsevišķi depresijas simptomi (subklīniska depresija) ir ilgāki par 2 gadiem (distīmija), kā arī ja subklīniska vai viegla depresijas simptomātika saglabājas pēc cita veida ārstēšanas.

ĢĀ terapiju uzsāk ar 1.izvēles antidepresantu (13) SSAI (citaloprams, escitaloprams, fluvoksamīns, fluoksetīns, paroksetīns, sertralīns), SNAI (venlafaksīns, duloksetīns, milnaciprāns), tianeptīns, vortiooksetīns, NSSAI (bupropions), mirtazapīns, TCA (klomipramīns), agomelatīns, vortiooksetīns.

Antidepresantu ieteicamās devas un blakusparādības LPA Vadlīnijas 2015.g. (13).



| Antidepresants  | Devas (mg/dienā) | Anti-holin-erģiskās | Nelabums/GI blaknes | Sedācija | Ažītācija/bezmiegs | Seksuāla disfunkcija | Orto-stātiska hipotensija | Svara pieaugums | Letalitāte pārdozējot |
|-----------------|------------------|---------------------|---------------------|----------|--------------------|----------------------|---------------------------|-----------------|-----------------------|
| Klomipramīns    | 100–250          | +++                 | +                   | +        | +                  | ++                   | ++                        | ++              | Vidēja                |
| Amitriptilīns   | 100–300          | +++                 | –                   | +++      | –                  | +                    | +++                       | +++             | Augsta                |
| Nortriptilīns   | 75–200           | +                   | –                   | +        | +                  | +                    | +                         | +               | Augsta                |
| Imipramīns      | 100–300          | ++                  | –                   | +        | ++                 | +                    | ++                        | ++              | Augsta                |
| Reboksetīns     | 4–8              | –                   | +                   | –        | ++                 | +                    | ++                        | –               | Zema                  |
| Fluoksetīns     | 20–60            | –                   | ++                  | –        | ++                 | –                    | –                         | –               | Zema                  |
| Citaloprams     | 20–40<br>(60)    | –                   | ++                  | –        | ++                 | ++                   | –                         | –               | Zema                  |
| Escitaloprams   | 10–20            | –                   | ++                  | –        | ++                 | ++                   | –                         | –               | Zema                  |
| Fluvoksamīns    | 100–200          | +                   | +++                 | –        | +                  | +                    | –                         | –               | Zema                  |
| Sertralīns      | 50–150           | –                   | ++                  | –        | ++                 | ++                   | –                         | –               | Zema                  |
| Paroksetīns     | 20–40 (60)       | +                   | ++                  | –        | ++                 | ++                   | –                         | +               | Zema                  |
| Tianeptīns      | 25–37,5          | +                   | +                   | –        | +                  | –                    | –                         | –               | Zema                  |
| Bupropions      | 150–450          | +                   | +                   | –        | +                  | –                    | –                         | –               | Zema                  |
| Agomelatīns     | 25–50            | –                   | +                   | –        | –                  | –                    | –                         | –               | Zema                  |
| Duloksetīns     | 30–60            | –                   | ++                  | –        | ++                 | +                    | –                         | –               | Zema                  |
| Milnaciprāns    | 50–100           | –                   | ++                  | –        | ++                 | ++                   | –                         | –               | Zema                  |
| Venlafaksīns    | 75–375           | –                   | ++                  | –        | ++                 | ++                   | –                         | –               | Zema                  |
| Mirtazapīns     | 15–45            | –                   | –                   | ++       | –                  | –                    | +                         | ++              | Zema                  |
| Trazodons       | 50–100           | –                   | +                   | ++       | –                  | ++                   | +                         | +               | Zema                  |
| *Vortiooksetīns | 5–20             | –                   | +++                 | –        | –                  | –                    | –/+                       | –               | Zema                  |

ĢĀ var izrakstīt Valsts kompensētos medikamentus. Atkārtotā vizīte pēc 2 nedēļām un tad reizi mēnesī. ĢĀ 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 ĢĀ 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.** Palīdzību var organizēt ambulatori, dienas stacionārā / stacionārā vai specializētā depresiju centrā.

## 17.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.** Ieteikums iekļaut apmaksai pusi no plānotajām konsultācijām. Tam jāpiesaista papildus speciāli apmācīts personāls – klīniskie psihologi, mākslas terapeiti, māsas, sociālie darbinieki. Palīdzību plāno ieviest pie reģionā psihiatru praksēm, psihiatrisko dienas stacionāru un stacionāru multiprofesionālo komandu sastāvos.

Individuāla kognitīvi biheiviorāla terapija (KBT) vai biheiviorāla aktivēšana (16x 50-60min. 3-4mēnešu periodā, 2xnedēļā pirmās 2-3nedēļas, tad 3-6 mēnešus uzturošā PT)

Grupu KBT (ja zemas IPI nav efektīvas, nav pietiekams afekts no individuālas KBT un AD) 90min.sesijas 12 nedēļu periodā vada 2 kompetenti vadītāji, grupā 4-8 personas)

Konsultācijas par būtiskām psihosociālām, attiecību vai nodarbinātības problēmām (16 konsultācijas 1xnedēļā, 60min.)

Īstermiņa psihodinamiskā PT, nozīmē ja pacientam ir vajadzīga palīdzība pie emocionālām un attīstības grūtībām attiecībās) (16 konsultācijas 1xnedēļā, 60min.)

Psihiatrs pēc 8-10 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu.

Ģimenes ārsts vai psihiatrs uzsāk farmakoterapiju ar 1.izvēles vai 2.izvēles antidepresantiem (13) 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

Psihiatrs uzsāk farmakoterapiju ar 1.izvēles vai 2.izvēles Antidepresantu (13) 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. Tam jāpiesaista papildus speciāli apmācīts personāls – klīniskie psihologi, mākslas terapeiti, māsas, sociālie darbinieki.

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

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 centros vai reģionālos psihiatriskajos stacionāros.

## **21. 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, ĢĀ var turpināt psihiatra rekomendēto uzturošo terapiju, izrakstīt Valsts kompensētos medikamentus, novērot pacientu un vajadzības gadījumā koriģēt uzturošo terapiju.

Pirms lēmuma pieņemšanas par terapijas pārtraukšanu, veikt pacienta stāvokļa novērtēšanu ar PHQ-9.

## **22. 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.

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

Depresija uzskatāma par sasniegusi remisiju, kad PHQ-9 vērtējums ir zem 8. Ambulatoras vizīte reizi 1-1.5 mēnešos. 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, 2014), 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.

## 24. 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 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.

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.

## Atsauces

1. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology: The Journal Of The European College Of Neuropsychopharmacology*. 2011;21(9):655-79. web 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018.
2. Brenes GA. Anxiety, depression, and quality of life in primary care patients. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*. 2007;9(6):437-43. web
3. Global Burden of Disease Study C. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet (London, England)*. 2015;386(9995):743-800. web 10.1016/S0140-6736(15)60692-4.
4. Licht-Strunk E, Beekman ATF, de Haan M, van Marwijk HWJ. The prognosis of undetected depression in older general practice patients. A one year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*. 2009;114(1-3):310-5. web 10.1016/j.jad.2008.06.006.
5. Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S, Gruber M, Sampson N, Aguilar-Gaxiola S, et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *British Journal of Psychiatry*. 2018;210(2):119-24. web 10.1192/bjp.bp.116.188078.
6. Rancans E, Trapencieris M, Ivanovs R, Vrublevska J. Validity of the PHQ-9 and PHQ-2 to screen for depression in nationwide primary care population in Latvia. *Ann Gen Psychiatry*. 2018;17:33. web 10.1186/s12991-018-0203-5.
7. Pulmanis T, Japenina,S., Taube, M. Psihiskā veselība Latvijā 2015. gadā. Tematiskais ziņojums.  
[https://spkc.gov.lv/upload/Psihiska\\_veseliba\\_faili/psihiska\\_veseliba\\_latvija\\_2015\\_gada.pdf](https://spkc.gov.lv/upload/Psihiska_veseliba_faili/psihiska_veseliba_latvija_2015_gada.pdf)  
Accessed 19.04.2017. 2016.
8. Bauer M, Bschor T, Pfennig A, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care. *The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*. 2007;8(2):67-104. web 10.1080/15622970701227829.
9. Bauer M, Pfennig A, Severus E, Whybrow PC, Angst J, Moller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. *The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*. 2013;14(5):334-85. web 10.3109/15622975.2013.804195.
10. Bauer M, Severus E, Kohler S, Whybrow PC, Angst J, Moller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders. part 2: maintenance treatment of major depressive disorder-update 2015. *The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*. 2015;16(2):76-95. web 10.3109/15622975.2014.1001786.

11. Bauer M, Severus E, Moller HJ, Young AH. Pharmacological treatment of unipolar depressive disorders: summary of WFSBP guidelines. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2017;21(3):166-76. web 10.1080/13651501.2017.1306082.
12. CANMAT. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry.* 2016;61(9):504-603. web <http://journals.sagepub.com/toc/cpab/61/9>.
13. Elmārs Tērauds ER, Raisa Andrēziņa, Biruta Kupča, Gunta Ancāne, Iveta Ķiece, Ņikita Bezborodovs. Latvijas psihiatru asociācija. Depresijas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijas. 3.izdevums. 2015. web Skatīts 01.02.2019
14. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults. Quality standard [QS8] March 2011. web <https://www.nice.org.uk/guidance/qs8>. Skatīts 01.03.2019
15. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Common mental health problems: identification and pathways to care  
Clinical guideline [CG123]. May 2011. web <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>. Skatīts 01.02.2019
16. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management  
Clinical guideline [CG91]. October 2009. web <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91>. Skatīts 01.03.2019
17. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: recognition and management Clinical guideline [CG90]. October 2009 web <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>. skatīts 01.03.2019
18. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in children and young people: identification and management  
Clinical guideline [CG28]. September 2005. web <https://www.nice.org.uk/guidance/cg28>. Skatīts 01.03.2019
19. Pathways N. National Institute for Health and Care Excellence Pathways. Depression. 10 September 2018. web <http://pathways.nice.org.uk/pathways/depression>. Skatīts 01.02.2019
20. WHO. World Health Organization . mhGAP Intervention Guide - Version 2.0  
For mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. 2018. web <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250239/1/9789241549790-eng.pdf?ua=1>. Skatīts 01.02.2019
21. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar disorders.* 2018;20(2):97-170. web 10.1111/bdi.12609.
22. WHO. Pasaules Veselības organizācijas 2015. gada izdevums "International statistical classification of diseases and related health problems – 10th revision, Fifth edition. 2016. web [https://www.spkc.gov.lv/ssk10/indexb513.html?p=%235#g\\_5](https://www.spkc.gov.lv/ssk10/indexb513.html?p=%235#g_5). Skatīts 01.02.2019