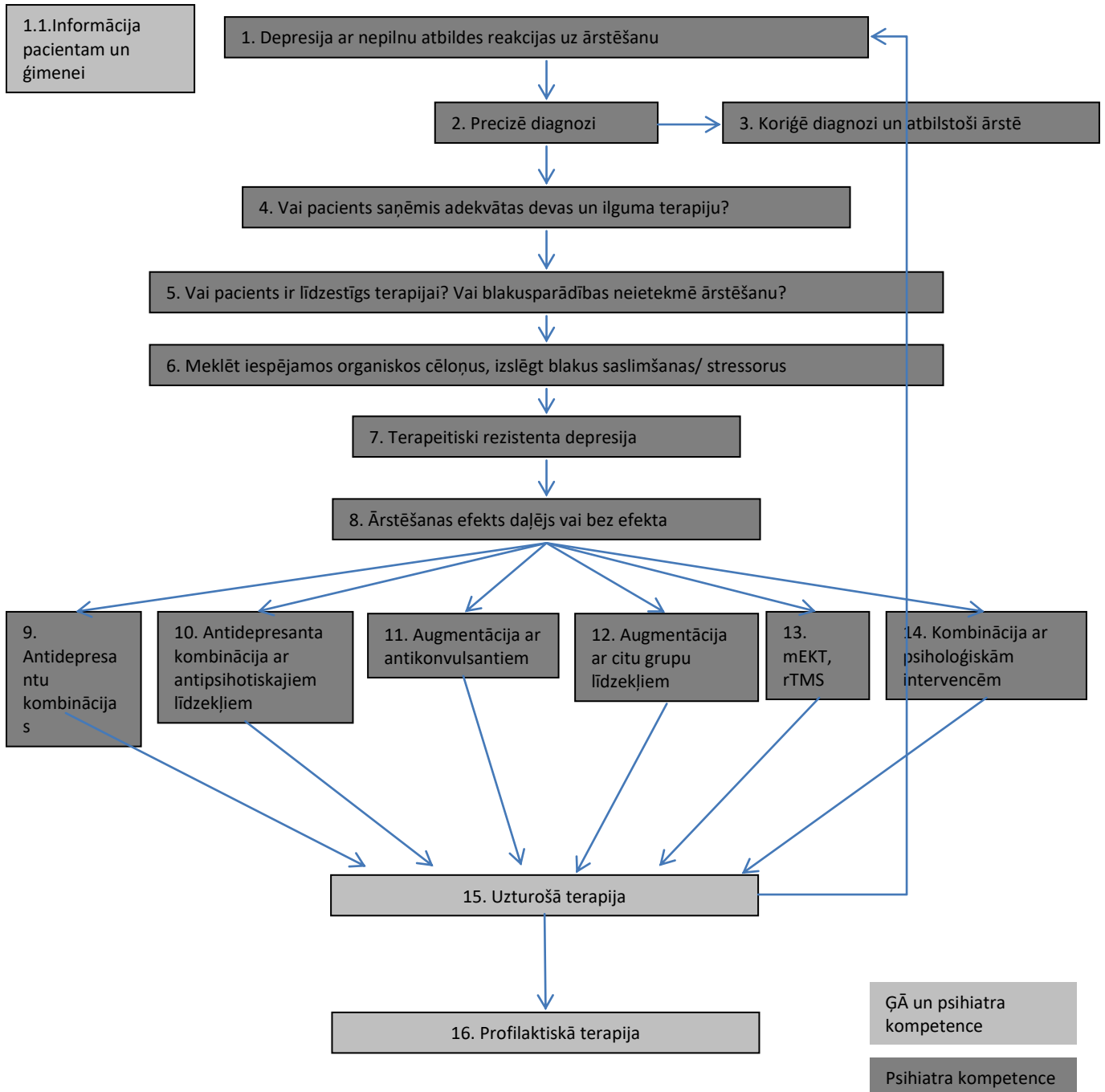


Klīniskais ceļš

Terapeitiski rezistentas depresijas atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe



Autors psihiatrs prof.Elmārs Rancāns

Darba grupa psihiatra Elmāra Tērauda un psihiatra prof.Elmāra Rancāna vadībā: psihiatrs Ņikita 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 psihiatra aprūpes līmenī ambulatori, dienas stacionārā vai stacionārā.

1. Depresija ar nepilnu atbildes reakcijas uz ārstēšanu

Ārstēšanas rezultātā 6 nedēļu laikā depresijas smagums izmaiņas mazāk par 25 % no sākotnējā novērtējuma (PHQ-9)

2. Precizē diagnozi

Jāveic rūpīga diagnostika, lai atpazītu garastāvokļa traucējumus un novērtētu to smagumu citu traucējumu gadījumā – bipolāri afektīvi traucējumi, depresija komorbīda ar trauksmi, depresijas atkarību izraisošu vielu lietošanas, demences, organisku psihisku vai somatisku saslimšanu gadījumā. Sākotnēji diagnoze precizēšana notiek ambulatori, ja nesekmīgi, tad atkarībā no diferenciālās diagnozes psihiatriskajā dienas vai diennakts stacionārā.

3. Koriģē diagnozi un atbilstoši ārstē

Medicīniskajā dokumentācijā veic nepieciešamās izmaiņas, lai atspoguļotu pareizo diagnozi un uzsāk atbilstošu traucējumu ārstēšanu. Sākotnēji ārstēšana notiek ambulatori, ja nesekmīgi, tad atkarībā no diagnozes psihiatriskajā dienas vai diennakts stacionārā.

4. Vai pacients saņēmis adekvātas devas un ilguma terapiju?

Depresijas epizodes ārstēšanā antidepresants nozīmēts līdz maksimālajām zāļu aprakstā atļautajām un tolerētajām devām.

Antidepresanta kurss maksimālajā tolerētajā devā ildzis vismaz 6 nedēļas. Ja, ne, tad ārstē pacientu, līdz kopējais kurss maksimālajās zāļu aprakstā atļautajās un tolerētajās devās ildzis 6 nedēļas.

5. Vai pacients ir līdzestīgs terapijai? Vai blakusparādības neietekmē ārstēšanu?

Pacients labprātīgi un regulāri lietojis medikamentu ārsta nozīmētajās devās un biežumā.

Nav novērotas tādas blakusparādības vai medikamentu mijiedarbības, kuru rezultātā samazināta vai pārtraukta nozīmētā terapija un ārsts par to nav informēts. Psihiatrs noskaidro iespējamās ne līdzestības iemeslus, izglīto pacientu par depresijas ārstēšanas principiem, novērš/ mazīna blakusparādību ietekmi un veic ārstēšanu atbilstoši Klīniskajam ceļam «Depresija pieaugušajiem atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe».

6. Meklēt iespējamās organiskās cēloņus, izslēgt blakus saslimšanas/ stresorus

Slimības laikā nav pievienojusies kāda jauna vai pasliktinājusies esoša somatiska saslimšana. Psihiatrs pieprasa papildus informāciju no pacienta ĢĀ.

Pievienojusies papildus vai pasliktinājusies esošie psihosociālie stresori – nesaskaņas ģimenē, bezdarbs, finansiālas problēmas u.c.

7. Terapeitiski rezistenta depresija (TRD)

Psihiatrs pārliecinās vai pacienta stāvoklis atbilst Terapeitiski rezistentas depresijas (TRD) definīcijai.

Par terapeitiski rezistentu depresiju uzskata depresiju, kura nav sasniegusi klīnisko uzlabojumu par 50 % no sākotnējā skalas novērtējuma pēc 2 un vairāku dažādu grupu antidepresantu ārstēšanas kursa maksimālajās tolerētajās devās vismaz 6 nedēļu garumā (LPA Vadlīnijas, 2015)

8. Ārstēšanas efekts daļējs vai bez efekta

Ārstēšanas rezultātā 6 nedēļu laikā depresijas smagums izmaiņas mazāk par 50 % no sākotnējā novērtējuma (PHQ-9 vai cita skala) vai remisija.

Tiek intensificēta aprūpe no ambulatoras uz dienas stacionāra, specializēta centra vai stacionāro psihiatrisko palīdzību.

9. Antidepresantu kombinācijas

Psihiatrs rekomendē 4.izvēles terapiju - kombinēt SSAI grupas AD ar mirtazapīnu, SSAI/venlafaksīnu (vidējās un augstās devās) ar bupropionu (līdz 300–400 mg), TCA ar jaunākas paaudzes AD (piemēram, escitalopramu) u. c. (1)(LPA Vadlīnijas, 2015)

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

10. Antidepresantu kombinācija ar antipsihotiskajiem līdzekļiem

Psihiatrs rekomendē 4.izvēles terapiju - TRD gadījumā rekomendē kombinēt AD (vai 2 AD kombināciju) ar kādu no atipiskajiem antipsihotiskajiem līdzekļiem (AAPL) – aripiprazole, risperidone, quetiapine, olanzapine, brexpiprazole, ziprazidone.

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

11. Augmentācija ar antikonvulsantiem

Psihiatrs rekomendē 4.izvēles terapiju - TRD gadījumā rekomendē kombinēt AD ar litiju, lamotrigīnu un valproātiem.

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

12. Augmentācija ar citu grupu līdzekļiem

Psihiatrs rekomendē 4.izvēles terapiju - TRD gadījumā rekomendē kombinēt AD ar vairogdziedzera hormoniem (T3), trazadone, buspirone, dexmecamylamine, d-cycloserin, ketamine, minocycline.

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

13. mEKT, rTMS

Psihiatrs rekomendē 4.izvēles terapiju - TRD gadījumā rekomendē izvēlēties modificēto elektrokonvulsīvo terapiju (mEKT). Palīdzība pieejama reģionālās psihiatriskajās slimnīcās vai specializētos centros.

Atkārtotā Transkraniālā magnētiskā stimulācija (rTMS) (Valsts pašreiz neapmaksā, pieejama privātajā ambulatorajā iestādē). Neinvazīva metode, kurā tiek izmantota ierīce, kas rada spēcīgu, īslaicīgu magnētisko lauku, lai stimulētu kortikālos neironus pieres daivas garozā. rTMS tiek veikta pacientam nomoda stāvoklī. Neraugoties uz daudzām pozitīvām publikācijām par rTMS, metodes efektivitāte depresijas pacientiem ir diskutabla.

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

14. Kombinācija ar psiholoģiskajām intervencēm

Psihiatrs rekomendē 4.izvēles terapiju - Augstas intensitātes PI (Apzinātības bāzēta kognitīvā terapija (Mindfulness-based cognitive therapy, MBCT 22 st.), individuāla vai grupu KBT (12 sesijas), Ilgtermiņa psihodinamiskā psihoterapija (LTPP 78 st.). **Valsts pašreiz neapmaksā.** Latvijas psihiatru asociācijas

ieteikums iekļaut apmaksai visas konsultācijas.. 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.

15. Uzturošā terapija

Ja ārstēšanas rezultātā 8-10 nedēļu laikā depresijas smaguma izmaiņas mazāk par 25 % no sākotnējā novērtējuma (PHQ-9 vai cita skala), tad klīniskajā ceļā jāatgriežas punktā 1.

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

Farmakoterapija ar antidepresantiem jāturpina lietot tādā pašā AD devā nākamo 6-12 mēnešus.

Ja palīdzēja psiholoģiskās intervences, uzturošā terapija ir jāturpina ar 3-4 psiholoģiskām intervencēm turpmāko 3-6 mēnešu laikā.

Ja pacients saņēmis intensīvu terapiju sekundārajā līmenī un ir sasniegta remisija, ĢĀ var turpināt psihiatra rekomendēto uzturošo terapiju, novērot pacientu un vajadzības gadījumā koriģēt uzturošo terapiju. 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.

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

16. Profilaktiskā terapija

Profilaktiskā terapija ir terapeitiski rezistentas depresijas ārstēšanas turpinājums pēc uzturošās terapijas fāzes noslēguma. Profilaktiskā terapija indicēta TRD pacientiem, kuriem ir bijušas vairāk kā divas depresijas epizodes anamnēzē, terapijas ilgums 2 gadi (LPA Vadlīnijas, 2015). Šādus pacientus, kuriem pēc psihiatra konsultācijas indicēta profilaktiskā terapija 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.

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 (Valsts pašreiz neapmaksā, Latvijas psihiatru asociācijas ieteikums iekļaut apmaksai visas konsultācijas).

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

Pacientu turpmāk ambulatori var uzraudzīt ĢĀ, izrakstīt Valsts kompensētos medikamentus, reizi gadā nodrošinot atkārtotu psihiatra novērtējumu ik pēc 6 mēnešiem. Ambulatoras vizīte reizi 1-1.5 mēnešos. Reizi gadā pacientu stāvokli novērtēt ar PHQ-9.

1. Elmārs Tērauds ER, Raisa Andrēziņa, Biruta Kupča, Gunta Ancāne, Iveta Ķiece, Nikita Bezborodovs. Latvijas psihiatru asociācija. Depresijas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijas. 3.izdevums. 2015. web Skatīts 01.02.2019