|  |  |
| --- | --- |
| **ПОГОДЖЕНО****Заступник Директора****Департаменту охорони здоров’я****Виконавчого органу Київської міської ради****(Київської міської Державної адміністрації)****Курмишов О.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 року**  | **ЗАТВЕРДЖЕНО****Директор****Приватне підприємство «ПАО»****Ярошенко О.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 року** |

**ПРИВАТНЕ ПІДПРИЄМСТВО
«ПАО»**

**ЛОКАЛЬНИЙ ПРОТОКОЛ**

*Надання медичної допомоги хворим на депресивний епізод та рекурентну депресією.*

1. **ПАСПОРТНА ЧАСТИНА.**
	1. **Діагноз:** *Надання медичної допомоги хворим на депресивний епізод та рекурентну депресією.*
	2. **Шифр МКХ -10:** F 30-39
	3. **Дата складання:**
	4. **Дата перегляду:**
	5. **Наказ по ПРИВАТНОМУ ПІДПРИЄМСТВУ «ПАО» щодо розробки Локального протоколу.**
	6. **Члени робочої групи з розробки локального протоколу:**

|  |  |
| --- | --- |
| **П.І.Б.** | **ПОСАДА** |
| **Сорока Володимир Вікторович** | **Лікар-психотерапевт** |

* 1. **Медико - технологічні документи галузевого рівня на підставі яких був розроблений протокол:**
* **Наказ від 05.02.2007 № 59 Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія»;**
* **Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації, що використовується в закладах охорони здоров’я»;**
* **Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення і впровадження медико-технологічних документів по стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров’я»;**
	1. **Матеріально-технічне забезпечення (Додаток 1).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Положення локального Протоколу медичної допомоги | Необхідні дії згідно стандарту | Строки виконання | Виконавці | Індикатори якості медичної допомоги |
| Організація надання медичної допомоги  | 1.Запис пацієнта через реєстратуруНадання допомоги лікарем-психотерапевтом проводиться в кабінеті лікаря-психотерапевта2.Оформлення медичної картки форма 043/o;3.Оформлення лікарем-психотерапевтом згоди пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення форми 003-6/о;4.Заповнення виписки із медичної карти амбулаторного хворого 027/о;5.Заповнення консультаційного висновок спеціаліста 028/o;6.Оформлення фінансових документів, якщо надана послуга за спец рахунком. | п. 1. до 5 хвилин-п.2; п.3; п.4; п.5; п.6 – до 30 хвилин | РеєстраторП.І.Б.Лікар-психотерапевтСорока Володимир Вікторовичкаб.тел. | Наявність локального протоколу у лікаря.Наявність у кожного пацієнта медичної картки хворого, форми 043/о |
| Діагностика  | 1. Клініко – анамнестичні, клініко – психопатологічні методи
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти)
3. Методи інструментального обстеження
4. Лабораторні методи
5. Консультації інших спеціалістів при потребі, для виключення соматичних чинників депресивного розладу.
 |  | Лікар-психотерапевтСорока Володимир Вікторовичкаб.тел. | Вчасно поставлений діагноз. Вчасно розпочато лікування. |
| Лікування | Лікування повинно бути біологічним і психосоціальним Біологічна терапіяПроцес лікування включає наступні етапи: активної терапії, стабілізуючої терапії та профілактичної (підтримуючої) терапії. Зміст терапії залежить від ступеню тяжкості поточного психічного стану.Етап активної терапіїПідставою для початку медикаментозного лікування є наявність депресивної симптоматики протягом більше ніж 2 тижня. Перевага надається антидепресантам групи селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну (СІЗЗС), інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗС та Н), починаючи з мінімальних доз передбачених інструкціями, з поступовим нарощуванням доз до бажаної терапевтичної реакції. Враховується психофармакологічний анамнез. Перевага надається попереднє ефективному препарату. На початку терапії рекомендовано використання одного антидепресанта. При повній відсутності його терапевтичного ефекту протягом 4 тижнів необхідно перейти до іншого антидепресанта. При незначному поліпшенні афективного стану – ще 2 тижня продовжують розпочату терапію обраним препаратом, а в разі відсутності прогресу слід перейти до іншого антидепресанта. При наявності клінічно значущих симптомів тривоги, рекомендується призначення транквілізаторів (бензодіазепінів) строком на 1-2 тижня. Залежно від тяжкості стану При тяжкому депресивному епізоді, який потребує більш інтенсивного лікування, або при відсутності прогресу у лікуванні депресивного епізоду середнього ступеню тяжкості, зазначеними вище засобами, бажано призначати сучасні антидепресанти подвійної дії або трициклічні антидепресанти (бажаний лабораторний моніторинг трициклічного антидепресанту в крові).Депресивний епізод обтяжений психотичною симптоматикою потребує обов’язкового поєднаного призначення антидепресантів і антипсихотиків другого покоління, що пов’язано, зокрема, із особливою схильністю пацієнтів цієї категорії до виникнення екстрапірамідних ускладнень. Тривалість етапу активної терапії – 8-16 тижнів. Етап стабілізуючої терапіїТерапія антидепресантами продовжується в дозах, які були обрані на етапі активного лікування. Тривалість етапу стабілізуючої терапії – не менш 6 місяців. Етап профілактичної (підтримуючої) терапії Профілактичне (підтримуюче) лікування необхідно всім пацієнтам протягом не менш 3 років, а пацієнтам з трьома та більше епізодами в минулому, з обтяженим депресією сімейним анамнезом та соматично обтяженим пацієнтам – більше трьох років. При вирішенні питання про відміну антидепресанту слід забезпечити поступове зменшення його дози протягом не менш 4 тижнів (для уникнення синдрому «віддачі»).*Терапевтична резистентність*Якщо, в разі дотримання режиму терапії, достатніх дозировок та при умові відсутності ознак біполярного розладу, протягом не менш 6 тижнів (для кожного із двох послідовно використаних антидепресантів), не наступає бажаний терапевтичний ефект – йдеться про дійсну терапевтичну резистентність. Для подолання терапевтичної резистентності рекомендується:* підвищення дозировок та тривалості призначення антидепресанту, що використовується (якщо використовується трициклічний антидепресант то збільшення його дози слід супроводжувати лабораторним моніторингом з метою підтримання концентрації препарату у крові в межах 300-400 мкг/л);
* переключення на антидепресанти інших груп;
* зміна способу введення антидепресанту (з ентерального на парентеральний в умовах спеціалізованого стаціонару);
* підсилення ефекту антидепресантів шляхом одночасного призначення препаратів інших фармакологічних груп (наприклад антипсихотиків другого покоління. антиконвульсантів, стабілізаторів настрою та інші);
* комбінація двох антидепресантів різних груп;
* електроконвульсивна терапія.

*Психосоціальна терапія*З першого дня лікування обов’язково проводиться психоосвітня робота з родиною та когнітивно-поведінкова та інші форми психотерапії з пацієнтом для усвідомлення ним свого розладу та сутності терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування. |  | Лікар-психотерапевтСорока Володимир Вікторовичкаб.тел. | 1. Клінічний крітерій – ступень редукції депресивної симптоматики протягом не менше 6 місяців і стабільність психічного стану протягом 6 місяців
2. Соціально-психологічний – ввідновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.
 |
| Реабілітація | Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітної роботи з родиною та пацієнтом, спрямовану прийняття розладу, позитивне відношення до терапії, стресстійкості у повсякденному житті (стресмеджмент), тренінгу навичок самостійного життя. Профілактична підтримуюча антипсихотична терапія триває не менш 3-х років, індивідуально. Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги. |  |  |  |
| Профілактика | Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.Вимоги до режиму праці, відпочинкуВизначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно діючого законодавства.  |  |  |  |