

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00472&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00472. Стареча депресія

Коментар експерта. В Україні наявні медико-технологічні документи за темою Депресія <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/itemlist/search?searchword=%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%96%D1%8F&x=0&y=0&category=>

Автор: Tiina Talaslahti

Редактор оригінального тексту: Sari Atula

Дата останнього оновлення: 2017-08-03

Основна інформація

- Виявлення депресії у осіб похилого віку. Це часто не діагностоване та не ліковане захворювання.
- Необхідно лікувати гостру депресію до зменшення всіх симптомів.
- Потрібно покращувати якість життя пацієнта, пропонуючи підтримку та надаючи лікарські засоби з найменшою кількістю побічних дій.

Передумови та епідеміологія

- Розповсюдженість депресії, включно з депресією легкого ступеня, складає приблизно 15-20%. Депресія поширена серед людей похилого віку, які звертаються за медичною консультацією (17–30%), а також серед літніх людей у лікарнях та закладах тривалого догляду.
- Розповсюдженість депресії у жінок є вдвічі вищою, ніж у чоловіків, навіть в старості.
- Розповсюдженість важкої депресії серед населення похилого віку становить 1-4%. Серед осіб похилого віку, які отримують стаціонарну медичну допомогу, мають тяжкі форми депресії 10-12%.

- Приблизно 15-20% усіх депресивних розладів у осіб похилого віку носять психотичний характер.
- Депресія є багатофакторним, клінічно гетерогенним захворюванням з декількома етіологічними факторами. Відіграють важливу роль спадковість, фактори навколишнього середовища та анамнез захворювання, а також соматичні захворювання, такі як хвороба Паркінсона, інсульти, серцево-судинні захворювання та синдром хронічного болю, збільшують ризик депресії.
- Старіння пов'язане зі зниженням функціональних можливостей, втратами та слабкістю. Труднощі у пристосуванні до цих змін схиляють людину до депресії. Тяжкі життєві події, такі як втрата (чоловіка/дружини або іншого члена сім'ї), також є одними з основних факторів ризику.
- Якщо перший епізод депресії виникає у похилому віці, він може бути провісником захворювань, пов'язаних з порушеннями пам'яті.

Симптоми

- Симптоми є різноманітними, вони часто перехрещуються з ознаками та симптомами соматичних захворювань, тому їх досить важко розпізнати як депресію.
- Основними симптомами є пригніченість, що триває більше 2-х тижнів, втрата інтересу або задоволення від звичних щоденних дій, зниження апетиту, втома, зниження життєвої енергії та відчай.
- Такі симптоми як апатія та знижена мотивація, можуть нагадувати симптоми захворювань, пов'язаних з порушеннями пам'яті.
- Труднощі під час виконання щоденних дій, брак ініціативи та відсутність мотивації, особливо зранку.
- Безрадісність, дратівливість, плаксивість, тривожність, песимізм, відчуття нікчемності, самозвинувачення, суїцидальні думки, самотність, поява страхів та залежність від інших людей.
- У осіб похилого віку, які страждають на депресію, функціональна здатність виснажується швидше, ніж у молодих з тією ж проблемою. Розлад настрою рідко постає на першому місці, внаслідок чого пацієнт може не усвідомлювати власної депресії.
- Депресія може маскуватись за фізичними відчуттями: різні види болю, втрата апетиту, втрата ваги та втома.

- Найбільш поширеною формою порушень сну є ранній підйом, також характерні труднощі з засинанням, особливо якщо депресія супроводжується підвищеною тривогою.
- При психотичній депресії на додачу до всіх симптомів у пацієнта наявні марення, які здебільшого пов'язані з функціонуванням його власного тіла або є вираженням безпричинного відчуття провини. Можливі слухові галюцинації зазвичай носять зневажливий, звинувачувальний та вкрадливий характер та можуть супроводжуватись значним порушенням психомоторних функцій та навіть ступором.

Диференційний діагноз

- Смуток як нормальна реакція на втрату.
- Захворювання, пов'язані з порушенням пам'яті (тестування: див. настанова 00470 | Оцінка функціонального с...]; коротка Шкала оцінки психічного статусу (MMSE), Шкала стандартних діагностичних критеріїв (CERAD), або проба з антидепресантами). Зауважте, що пацієнти з порушеннями пам'яті можуть страждати також і на депресію.
- Хронічний біль
- Гіпотиреозидизм, гіперпаратиреозидизм
- Хвороба Паркінсона
- Недостатність вітаміну B₁₂
- Надмірне вживання алкоголю

Діагноз

- Обговоріть симптоми та поточну життєву ситуацію з пацієнтом. Важливо мати уявлення про те, як пацієнт сам бачить власну ситуацію. Особи з близького оточення пацієнта можуть надати важливу інформацію ("він сам на себе не схожий"). З'ясуйте, які причини могли вплинути на розвиток депресії або прогресування симптомів.
- Анамнез: психіатричний анамнез, поточні лікарські засоби
- Фізикальне та психічне обстеження
- Шкали ГШД-15 або ГШД-30 (Геріатрична шкала депресії) є ефективним та швидким тестом для використання лікарями первинної медичної допомоги з метою встановлення депресії.

Шкала депресії Бека (BDI) та Шкала Монтгомері-Асберг для оцінки депресії (MADRS) можуть бути використані для контролю ефективності лікування.

- Лабораторні аналізи (для виключення інших захворювань): перевірка функціонального стану щитоподібної залози, рівень кальцію в плазмі крові (іонізований), загальний аналіз крові з кількістю тромбоцитів, вітамін В₁₂, фолієва кислота, печінкові ферменти, креатинін плазми, натрій, калій
- ЕКГ
- Якщо депресію виявлено вперше у старечому віці, необхідно розглянути візуалізаційні методи обстеження голови (МРТ або КТ) та скринінговий тест на порушення пам'яті (CERAD) або нейропсихологічні обстеження для диференційної діагностики між захворюваннями, пов'язаними з порушеннями пам'яті, та депресією.

Лікування

- Надайте інформацію пацієнту та його/її родичам і доглядальникам про природу, перебіг та лікування депресії, у формі, яка відповідає ситуації та є зрозумілою для слухача. Підкресліть, що депресія є виліковною. На початку лікування пацієнт найчастіше хоче знати, коли він/вона почне почувати себе краще.
- Лікуйте коморбідні соматичні захворювання та намагайтесь зменшити або компенсувати наслідки зниження функціональної здатності; це також буде корисним у лікуванні депресії.
- Визначте психосоціальний статус пацієнта та підтримуйте його взаємодію з оточуючим світом.
- Ретельно слідкуйте за реакцією на лікування, не потрібно занадто рано його переривати. Одночасно підвищена тривожність може уповільнити процес відновлення, але не зупиняє його.
- Похилий вік не є перешкодою для повного відновлення.
- Стосунки між лікарем та пацієнтом у випадку депресії у осіб похилого віку мають бути активними, нести заохочення та підтримку.
- Заохочуйте пацієнта до прийняття участі у заходах, де людина похилого віку може зустріти інших людей.

- Є докази ефективності психологічних втручань, особливо когнітивної психотерапії [доказ 05938|В] у мотивованих пацієнтів з депресією похилого віку. Міжособистісна психотерапія (МПТ) також може бути рекомендованою [настанова 00714|Психотерапія для доросли...].
- Дозвольте пацієнту посумувати після втрати, але враховуйте можливість виникнення депресії, якщо симптоми тривають або посилюються.
- Фізіотерапія може бути підтримуючою та позитивною для пацієнта. Є позитивний досвід впливу групових занять у спортивному залі для осіб похилого віку.
- Терапія лікарськими засобами
 - Вибираючи антидепресант оцініть симптоматику (апатичний - збуджений) та забезпечте сумісність лікарського засобу із супутніми захворюваннями пацієнта та іншими лікарськими засобами.
 - Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) підвищують активність пацієнта. Серед лікарських засобів цієї групи, особливо підходять для осіб похилого віку: циталопрам, есциталопрам і сертралін. Визначати дозування перших двох лікарських засобів необхідно обережніше, ніж у молодих пацієнтів, так як їх виведення сповільнюється у старших людей.
 - Трициклічні антидепресанти зазвичай не рекомендовані через їх антихолінергічні ефекти, побічну дію на серцево-судинну систему та вузький терапевтичний спектр. Однак, невелика доза амітриптиліну (10-25 мг) або докsepіну (10-20 мг) увечері може допомогти пацієнту з больовими відчуттями заснути.
 - Серед лікарських засобів подвійної дії, корисним вибором можуть бути міртазапін, у дозуванні (7,5-)15-30 мг/добу, при депресії, що супроводжується тривогою або порушеннями сну, та дулоксетин у дозуванні 30-60 мг/добу, якщо тривога є надто вираженою. Венлафаксин у дозі 37,5–225 мг/добу є ефективним при депресії, резистентної до інших лікарських засобів.
 - Нові види антидепресантів
 - Агомелатин (25-50 мг на ніч) - мало взаємодіє з іншими лікарськими засобами, проте згідно з інструкцією виробника, перед початком лікування необхідно визначити функціональний стан печінки.

- Бупропіон (150-300 мг зранку) - може бути корисним у осіб похилого віку з симптомами безініціативності та апатії.
- Немає великого досвіду використання вортіоксетину (5-10 мг зранку чи перед сном), проте результати досліджень показують, що він покращує когнітивні функції.
- Деякі види СІЗЗС та венлафаксин пов'язані з підвищеним ризиком гіпонатріємії у пацієнтів похилого віку.
- У пацієнтів, старших за 75 років, необхідно зменшувати дозування лікарських засобів до третини або половини рекомендованого для молодших пацієнтів дозування.
- Якщо депресія поєднується з психотичними рисами особистості, необхідно комбінувати антидепресанти з антипсихотиками другого покоління (напр. кветіапін, оланзапін, рисперидон).
- Ефект лікування зазвичай стає помітним через 4-8 тижнів після його початку, але на досягнення повного терапевтичного ефекту може піти до 12 тижнів. Якщо ефект відсутній або маловиражений, підвищуйте дозування, або, якщо дозування є оптимальним, замініть лікарський засіб на антидепресант з іншої групи.
- Терапія лікарськими засобами, пов'язана з першим епізодом депресії, повинна тривати до 1 року після повного відновлення пацієнта доказ [07115] C. Якщо депресія рецидивуюча, варто продовжувати терапію лікарськими засобами протягом декількох років.
- Суїцидальні наміри у пацієнтів похилого віку є показанням до госпіталізації.
- При лікуванні пацієнтів похилого віку потрібно розглядати варіант госпіталізації раніше, ніж у молодших пацієнтів, особливо, якщо в пацієнта мала кількість соціальних взаємодій. Важкі та рефрактерні форми депресії у пацієнтів похилого віку потребують лікування у спеціалізованих психіатричних клініках, менш тяжкі стани можуть бути ліковані на первинній медичній допомозі.
- Електроконвульсивна терапія є ефективним та швидким методом лікування важкої та психотичної депресії, в тому числі і у пацієнтів похилого віку.

Психологічне консультування та підтримка

- Догляд за особою похилого віку з депресією може ставити перед медичним персоналом та опікунами складні завдання. Пацієнт може впадати у відчай, бути різким у спілкуванні, багато жалітись, залежати від оточуючих, бути емоційно нестабільним.
- Можуть бути корисними групи підтримки та сімейне консультування для опікунів та близьких членів родини.
- Проконсультуйтеся з психіатром, якщо виникли проблеми з постановкою діагнозу або коли пацієнт продовжує перебувати у депресії, не дивлячись на лікування. Під час лікування рефрактерної депресії може бути застосована електроконвульсивна терапія або комбінація декількох антидепресантів одночасно чи комбінація антидепресанта та антипсихотичного лікарського засобу.

Пов'язані з темою джерела

[пов'язані
00297] | Depression in old age – ...]

- Клінічні настанови [пов'язані
00297] | Depression in old age – ...]
- Література [пов'язані
00297] | Depression in old age – ...]

Настанови

- [Настанова 00470](#). Оцінка функціонального стану в осіб похилого віку.
- [Настанова 00714](#). Психотерапія для дорослих.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 05938](#). Psychotherapeutic treatments for older depressed people.
Дата оновлення: 2008-04-18
Рівень доказовості: B
Резюме: Cognitive-behavioural therapies appear to be efficacious in older people when compared to waiting list controls.
- [Доказовий огляд 07115](#). Continuation and maintenance treatments for depression in older people.
Дата оновлення: 2017-01-12
Рівень доказовості: C
Резюме: Continuing antidepressant medication for 12 months may be helpful in older people with depression.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00472 Ключ сортування: 022.004 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-08-03

Автор(и): Tiina Talaslahti Автор(и) попередніх версій статті: Hanna-Mari AlanenTuula SaarelaKaisu Pitkälä
Редактор(и): Sari Atula Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Geriatrics Psychiatry

Ключові слова індексу

mesh: Depression mesh: Aged speciality: Geriatrics speciality: Psychiatry mesh: Mianserin mesh: Anxiety
mesh: paranoid depression mesh: tendency to fall mesh: Dementia mesh: Hypotension, Orthostatic
mesh: Antidepressive Agents mesh: Glaucoma mesh: Paroxetine mesh: apathetic depression mesh: serotonin antagonists
mesh: suicidality mesh: Antidepressive Agents, Tricyclic mesh: Urinary Retention mesh: venlafaxine mesh: Citalopram
ісрс-2: P76