

Ўзбекистон Республикаси  
Соғлиқни сақлаш вазирининг  
2025 йил "23" июндаги  
180-сонли буйруғига  
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ  
ВАЗИРЛИГИ**

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН РУҲИЙ САЛОМАТЛИК  
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ МАРКАЗИ**

**"ДЕПРЕССИВ ЭПИЗОД, РЕКУРРЕНТ ДЕПРЕССИВ  
БУЗИЛИШ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ  
КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

**Тошкент – 2025**

**"ДЕПРЕССИВ ЭПИЗОД, РЕКУРРЕНТ ДЕПРЕССИВ  
БУЗИЛИШ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ  
КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

**Тошкент – 2025**

## Кириш қисми

### ХКТ-10/11 кодлаш

	Нозология
Ф32	Депрессив эпизод
Ф32.0	Енгил даражадаги депрессив эпизод
Ф32.1	Ўртача даражадаги депрессив эпизод
Ф32.2	Психотик симптомларсиз оғир даражадаги депрессив эпизод
Ф32.3	Психотик симптомлар билан оғир даражадаги депрессив эпизод
Ф33	Рекуррент депрессив бузилиш
Ф33.0	Рекуррент депрессив бузилиш, жорий эпизод енгил даражада
Ф33.1	Рекуррент депрессив бузилиш, жорий эпизод ўртача даражада
Ф33.2	Рекуррент депрессив бузилиш, жорий эпизод психотик симптомларсиз оғир даражада
Ф33.3	Рекуррент депрессив бузилиш, жорий эпизод психотик симптомлар билан оғир даражада
<a href="https://icd.who.int/browse10/2010/en#">https://icd.who.int/browse10/2010/en#</a>	
6A70	Депрессив эпизод
6A70.0	Депрессив эпизод, енгил
6A70.1	Депрессив эпизод, ўртача
6A70.2	Депрессив эпизод, оғир
6A70.3	Депрессив эпизод, аниқланмаган
6A71	Такрорий депрессив бузилиш
6A71.0	Такрорий депрессив бузилиш, ҳозирги эпизод енгил
6A71.1	Такрорий депрессив бузилиш, ҳозирги эпизод ўртача
6A71.2	Такрорий депрессив бузилиш, ҳозирги эпизод оғир
6A71.3	Такрорий депрессив бузилиш, ремиссияда
6A71.3	Қайталанувчи депрессив бузилиш, аниқланмаган
<a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru</a>	

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Такдим етилган тавсияларга қиритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда ёшон қилинади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса: Республика ихтисослаштирилган руҳий Саломатлик илмий-амалий маркази

Биз клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга ҳисса қўшдик:

1. Бахрамов Ф. Ш. РИРСИАМ директорининг илмий ишлар бўйича ўринбосари
2. Ирмухамедов Т. В. ТПТИ кафедраси ассистенти

Масъул ижрочилар

Ашуров З. Ш. – т.ф.д., проф., РИРСИАМ директори, Тошкент тиббиёт академиясининг психиатрия ва наркология кафедраси мудири, Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош психиатр ва наркологи, Ўзбекистон психиатрлар ассоциацияси Президенти.

Алимов У.Х. – т.ф.д., проф., тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш марказининг психиатрия ва психотерапия кафедраси мудири.

Абдуллаева В.К. – т.ф.д., проф., ТошПТИ психиатрия, наркология ва болалар психиатрияси, тиббий психология ва психотерапия кафедраси мудири.

Чембаев Б. Р. -PhD РИРСИАМ психиатрия Тошкент филиали директори ўринбосари

Рогов А.В. – PhD., ТошПТИ психиатрия, наркология ва болалар психиатрияси, тиббий психология ва психотерапия кафедраси ассистенти.

Усербаева Р.К. – ТМА психиатрия ва наркология кафедраси ассистенти.

Шарҳловчилар:

Сиволап Ю.П. - Тиббиёт фанлари доктори, узлуксиз тиббий таълим факултети психиатрия, психотерапия ва Психосоматик патология кафедраси профессори, Патрис Лумумба РУДН

Велияева А.С. - психиатрия, тиббий психология ва наркология, Самарқанд давлат тиббиёт кафедраси мудири

Клиник протокол олий таълим муассасалари факултети, Ўзбекистон психиатрлари ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИРСИАМ филиаллари директорлари ва уларнинг ўринбосарлари), ҳудудий муассасалар шифокорлари иштирокидаги ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида норасмий консенсусга еришиш орқали муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия етилди.

Клиник протокол № 3 15 май 2025 Республика ихтисослаштирилган руҳий Саломатлик илмий-амалий маркази илмий Кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди

Илмий Кенгаш раиси- РИРСИАМ директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор З. Ш. Ашуров

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги экспертлар гуруҳи экспертлари томонидан эксперт баҳоси:

1. Ибадуллаев Зарифбой Ражабович-Тошкент Тиббиёт Академияси
2. Нурхаджаев Собир Носирхаджаевич-Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институти

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

**Қисқартмалар рўйхати:**

АД — антидепрессантлар

АД – аралаш депрессия  
АМ – аралаш мания  
БАА — биринчи авлод антипсихотиклари  
БАБ — биполяр аффектив бузилиш  
БД — биполяр депрессия  
ДЕ – депрессив эпизод  
ЕЕГ - електроенцефалография  
ЕКГ - электрокардиография  
ЕКТ — электроконвулсив терапия  
ЕПС – экстрапирамидал симптоматология  
ЕТИТ – еркин трииодотиронин  
ИАА — иккинчи авлод антипсихотиклари  
КТ – компьютер томографияси  
МХ – маник ҳолатлар  
МРТ – магнит-резонанс томография  
ПАМ – психоактив моддалар  
РНОТ– рандомизацияланган назорат остида тадқиқотлар  
ТДБ – Такрорий депрессив бузилиш  
ТСА – трисиклик антидепрессантлар  
ТТ – тез транквилизация  
ТТГ – тиреотроп гормони  
ТТО — тез циклик оқим  
ХКТ – Касалликларнинг халқаро таснифи  
DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  
SSRI – селектив серотонинни қайтариб олиш ингибиторлари (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors)

\* препарат Ўзбекистон Республикасининг ҳаётий муҳим дори воситалари роъйхатига киритилмаган

**Мундарижа:**

1. "ДЕПРЕССИВ ЭПИЗОД, РЕКУРРЕНТ ДЕПРЕССИВ БУЗИЛИШ" Нозологияси бўйича **диагностика ва даволашнинг миллий клиник протоколи**.....6-12
2. "ДЕПРЕССИВ ЭПИЗОД, РЕКУРРЕНТ ДЕПРЕССИВ БУЗИЛИШ" Нозологияси бўйича **тиббий аралашувнинг миллий клиник протоколи**.....12-16
3. "ДЕПРЕССИВ ЭПИЗОД, РЕКУРРЕНТ ДЕПРЕССИВ БУЗИЛИШ" Нозологияси бўйича **профилактика ва реабилитациянинг миллий клиник протоколи**.....16

1. Психиатрлар;
2. Психотерапевтлар
3. Клиник психологлар
4. Умумий амалиёт шифокорлари;
5. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари
6. Умумий амалиёт шифокорлари
7. Умумий амалиёт шифокорлари
8. Тиббиёт олий ўқув юртлари талабалари, резидентлар, магистрлар, докторантлар

**Бемор тоифалари:** биполяр аффектив бузилиши, маник ва депрессив эпизодлари бўлган беморлар

**Далилларнинг ишончилиги даражасини баҳолаш шкаласи (ДИДБШ) диагностика усуллари учун (диагностик аралашувлар)**

ДИДБШ	Декодлаш
<b>1</b>	Йўналтирувчи усул билан бошқариладиган тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
<b>2</b>	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар бундан мустасно, мос ёзувлар усули билан бошқариладиган индивидуал тадқиқотлар ёки индивидуал рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
<b>3</b>	Мос ёзувлар усули билан кетма-кет назорат қилинмаган тадқиқотлар ёки тадқиқот усулидан мустақил бўлмаган мос ёзувлар усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан коҳорт тадқиқотлари
<b>4</b>	Қиёсий тадқиқотлар, клиник ҳолатнинг тавсифи
<b>5</b>	Фақат ҳаракат механизмини асослаш ёки мутахассисларнинг фикри мавжуд

**Далилларнинг ишончилиги даражасини баҳолаш шкаласи (ДИДБШ) профилактик, терапевтик, реабилитация тадбирлари учун**

ДИДБШ	Декодлаш
<b>1</b>	Мета-таҳлил ёрдамида РНОСни тизимли кўриб чиқиш
<b>2</b>	Алоҳида РНОС ва мета-таҳлилни қўллаган ҳолда РНОСдан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни мунтазам равишда кўриб чиқиш
<b>3</b>	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари

4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки бир қатор ҳолатларнинг тавсифи, вазиятни назорат қилиш бўйича тадқиқотлар
5	Фақатгина аралашув механизмини (клиникадан олдинги тадқиқотлар) асослаш ёки мутахассисларнинг фикри мавжуд

**Тавсияларнинг ишончилиги даражасини баҳолаш шкаласи (ТИДБШ) профилактик, диагностик, терапевтик, реабилитация тадбирлари учун**

ТИДБШ	Декодлаш
А	Кучли тавсия (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга ега, уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил)
В	Шартли тавсия (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга ега эмас ва/ёки уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас)
С	Заиф тавсия (тегишли сифатли далилларнинг йўқлиги (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) аҳамияtsiz, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга ега ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас)

## Таърифлар

Депрессив эпизод (ДЕ) - одатий ҳолатларда кайфиятнинг пасайиши, қизиқиш ва завқнинг йўқолиши, энергиянинг пасайиши билан тавсифланган аффектив бузилиш бўлиб, бу чарчоқнинг кучайиши ва фаолликнинг пасайишига олиб келиши мумкин. Ҳатто озгина куч сарфланганда ҳам яққол чарчаш кузатилади. Бошқа аломатларга диққатни жамлаш ва еътиборни жамлаш қобилиятининг пасайиши; ўз-ўзини ҳурмат қилиш ва ўзига ишонч туйғусининг пасайиши; айбдорлик ва камситиш ғоялари (ҳатто эпизоднинг энгил турида ҳам); келажакка ғамгин ва пессимистик қараш; ўз-ўзига зарар етказиш ёки ўз жонига қасд қилишга қаратилган ғоялар ёки ҳаракатлар; уйқунинг бузилиши; иштаҳанинг пасайиши киради [15].

Қайталанувчи депрессив бузилиш (ҚДБ) - бу Ф32 да кўрсатилганидек, гипоманиакал, маниакал ёки аралаш аффектив эпизод (Ф30.-) мезонларига жавоб бериши мумкин бўлган юқори кайфият, гиперактивликнинг алоҳида эпизодлари ҳақида анамнестик маълумотларга ега бўлмаган депрессиянинг такрорий эпизодлари билан тавсифланган аффектив бузилиш [15].

## Касаллик ёки ҳолатнинг этиологияси ва патогенези

ДЕ ва РДРнинг этиологияси ва патогенези ҳозирги кунгача тўлиқ аниқланмаган. Кўриниб турибдики, депрессив бузилишларнинг пайдо бўлиши кўплаб омилларнинг комбинацияси билан белгиланади: биологик (конституциявий-генетик), психологик ва ижтимоий. Биологик концепсиялар орасида депрессиянинг моноамин назарияси анъанавий бўлиб, у асосий патогенетик механизм сифатида бош миёдаги моноаминлар (серотонин, дофамин, норадреналин) синаптик фаоллигининг етишмаслигини таъкидлайди. Бошқа патофизиологик жараёнлар, жумладан, психосоциал ва биологик дистресснинг намоён бўлиши, хронобиологик гипотеза, нейропластик жараёнларнинг бузилиши, гипоталамо-гипофизар-буйрак усти бези ўқи, гиппокамп, бодомсимон тана (амигдалалар), қўшни ядро ва мианинг бошқа соҳаларининг дисрегуляцияси, кортикотропин-рилизинг омили,

глюкокортикоидлар, мия нейротрофик омили (БДНФ) ва СРЕБ транскрипцион омилининг иштироки муҳим аҳамиятга ега деб ҳисобланади [17].

### Касаллик ёки ҳолатнинг эпидемиологияси

ДЕ ва РДР энг кўп учрайдиган руҳий бузилишларга киради. Бу бузилишлар, одатда, ремиссия даврларида тўлиқ редуксияга учрайди ва беморларнинг ижтимоий дезадаптация даражаси уларда ривожланаётган депрессив симптоматика рецидивларининг частотаси, давомийлиги ва оғирлиги билан белгиланади.

РДР билан оғирган беморлар руҳий бузилишлардан азиат чекадиган энг "сақланган" беморлар контингентига киради, аммо РДРда ўлим кўрсаткичи юрак-қон томир касалликларида ўлимдан биров пастроқ, чунки депрессив беморларнинг 15% гача ўз жонига қасд қилади.

Ҳозирги вақтда депрессия ногиронлик ва ўлимнинг барча тиббий сабаблари орасида дунёда иккинчи ўринни егаллайди ва ёшлар орасида (45 ёшгача) бу кўрсаткич бўйича узок вақтдан бери биринчи ўринни егаллаб келмоқда [12]. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) прогнозига кўра, 2030-йилга бориб РДР ушбу кўрсаткичлар бўйича биринчи ўринга чиқади [12].

РДРнинг юқори тарқалганлиги (еркаклар орасида - тахминан 6%, аёллар орасида - 15% гача), тез-тез такрорланиши (беморларнинг 85% да такрорий эпизодлар қайд етилади), эпизодларнинг чўзилиши ва сурункали кечишига мойиллиги, соматик ва руҳий коморбид бузилишларнинг кечиши ва оқибатларининг оғирлашиши, шунингдек, ушбу касаллик етказадиган зарар билан боғлиқ бошқа кўплаб муаммолар мутахассисларнинг депрессияни даволаш соҳасидаги янги имкониятларга бўлган юқори қизиқишини белгилайди. Депрессияни даволашни талаб қилувчи ҳолатлар психиатрик стационарлардаги беморларнинг тахминан 25 фоизида, амбулатория психиатрик тармоғидаги беморларнинг 65 фоизида ва психиатрия бўлмаган даволаш муассасаларидаги барча беморларнинг камида 10 фоизида кузатилади.

### Касаллик ёки ҳолат таснифи

ЖКТ-10 ("Аффектив бузилишлар" - Ф30-Ф39 диагностика синфи) да тақдим етилган депрессиялар тизими ажратилган диагностик тоифаларнинг максимал клиник бир хиллигини, такрорланувчанлигини ва таққосланувчанлигини таъминлайдиган операцион мезонлардан фойдаланган ҳолда синдромал ёндашувга таянади.

Аффектив патология систематикасида марказий ўринни "депрессив эпизод" категорияси егаллайди.

Депрессиянинг кечиш вариантларига асосий аҳамият берилади, шунга кўра касалликнинг қуйидаги шакллари ажратилади: ягона ДЕ, РДР, биполяр аффектив бузилиш (БАР - депрессив ва маниакал фазаларнинг алмашинуви). Якка эпизодлар кўп сонли эпизодлардан фарқланади, чунки беморларнинг катта қисми фақат битта эпизодни бошдан кечиради [15].

Даволаш ва олиб бориш тактикасини белгилаш учун муҳимлиги туфайли ДЕ оғирлигининг учта даражаси ажратилади: энгил, ўртача ва оғир. Учта оғирлик даражаси психиатрия амалиётида учрайдиган клиник ҳолатларнинг кенг доирасини ўз ичига олади.

Депрессиянинг энгил шакллари билан оғриган беморлар кўпинча бирламчи ва умумий тиббиёт муассасаларида учрайди, стационар бўлимлар еса асосан депрессиянинг оғир даражаси бўлган беморлар билан ишлайди.

Энгил, ўртача ва оғир даражаларни фарқлаш мураккаб клиник баҳолашга асосланади, бу мавжуд аломатларнинг сони, тури ва оғирлигини ўз ичига олади. Одатдаги ижтимоий ва меҳнат фаолиятининг тўлиқлиги кўпинча ДЕ оғирлигини аниқлашга ёрдам беради [15].

ХКТ-10 бўйича ДЕ диагностик мезонлари қуйидагиларни ўз ичига олади:

- кайфиятнинг пасайиши, беморга хос бўлган меъёрга нисбатан аниқ, деярли ҳар куни ва куннинг кўп қисмида устунлик қилади ва вазиятдан қатъи назар камида икки ҳафта давом этади;

- қуйидаги асосий аломатлар намоён бўлиши керак: о кайфиятнинг тушиши; о одатда ижобий ҳис-туйғулар билан боғлиқ бўлган фаолиятдан қизиқиш ёки завқланишнинг аниқ пасайиши; о энергиянинг пасайиши ва чарчоқнинг кучайиши;

- шунингдек, қўшимча аломатлар: о диққат ва еътиборни жамлаш қобилиятининг пасайиши; о ўз-ўзини ҳурмат қилишнинг пасайиши ва ўзига ишончсизлик ҳисси; о айбдорлик ва камситиш ғоялари (ҳатто энгил депрессияларда ҳам); о келажакни қоронғу ва пессимистик кўриш; о ўз-ўзига зарар етказиш ёки ўз жонига қасд қилиш билан боғлиқ ғоялар ёки ҳаракатлар; о бузилган уйқу; 8. о иштаҳанинг бузилиши.

- анамнезда маниакал эпизод мезонларига жавоб берадиган маниакал/гипоманиакал симптомлар аниқланмаган;

- эпизодни психоактив моддаларни истеъмол қилиш ёки органик рухий бузилиш билан боғлаш мумкин емас. ХКТ-10 да, шунингдек, қуйидаги аломатларнинг камида тўрттаси билан ифодаланган соматик депрессия синдроми (алоҳида банд билан кодланган) ҳам ажралиб туриши мумкин:

- бемор учун одатда ёқимли бўлган фаолиятга қизиқиш ёки завқнинг пасайиши;
- ходисалар ёки фаолиятга одатдаги реакциянинг йўқлиги;
- ерталаб одатдаги вақтдан икки ёки ундан кўпроқ соат олдин уйғониш;
- депрессия ерталаб оғирроқ бўлади;
- сезиларли психомотор тормозланиш ёки қўзғалишнинг обектив далиллари (бошқа шахслар томонидан қайд етилган ёки тасвирланган);
- иштаҳанинг сезиларли пасайиши;
- тана вазнининг камайиши (ўтган ойда тана вазнининг беш ёки ундан ортиқ фоизи);
- жинсий майлнинг сезиларли пасайиши.

Беморнинг аҳволини баҳолаш ва даволаш жойи ва усулини, шунингдек, тиббий ёрдам кўрсатишнинг кейинги йўналишини аниқлаш учун депрессиянинг оғирлик даражасига қараб фарқлаш катта аҳамиятга ега (1-жадвал). 1).

1-жадвал. Турли даражадаги ДЕ ташхислаш мезонлари

Депрессиянинг оғирлиги	Асосий симптомлар	Қўшимча симптомлар
Осон	2 ёки 3	2 ёки ундан ортиқ
Ўртача	2 ёки 3	3 ёки ундан кўп

Оғир	3	4 ёки ундан кўп
<ul style="list-style-type: none"> <li>• психотик белгиларсиз</li> <li>• психотик белгилар билан</li> </ul>	делириум, галлюцинациялар, депрессив ступор	

Психотик аломатлар билан оғир даражадаги ДЕ васваса, галлюцинациялар ёки депрессив ступор мавжудлиги билан тўлдирилади. Васваса кўпинча қуйидаги мазмунга ега бўлади: гуноҳкорлик, қашшоқлик, бахцизлик хавфи, бунинг учун бемор жавобгар. Ешитиш ёки ҳид билиш галлюцинациялари, одатда, айбловчи ва ҳақоратловчи "овоз," ҳидлар еса чириган гўшт ёки ифлосликдир. Оғир ҳаракат тормозланиши ступорга айланиши мумкин. Агар керак бўлса, васваса ёки галлюцинациялар конгруент ёки конгруент бўлмаган кайфият сифатида аниқланиши мумкин. "Конгруент бўлмаган" аффектив нейтрал васваса ва галлюцинатор бузилишларни ўз ичига олади, масалан, айбдорлик ёки айблов ҳисси бўлмаган муносабат васвасаси ёки бемор билан ҳиссий аҳамиятга ега бўлмаган воқеалар ҳақида суҳбатлашадиган овозлар.

ХКТ-10 бўйича РДР (жорий эпизод) диагностик мезонлари қуйидагиларни ўз ичига олади:

- ўтмишда камида битта энгил (Ф32.0), ўртача оғирликдаги (Ф32.1) ёки оғир (Ф32.2 ёки.3), камида икки ҳафта давом этган ва ҳозирги эпизоддан камида 2 ойлик давр билан ажратилган, бу даврда ҳеч қандай сезиларли аффектив аломатлар кузатилмаган ДЕ;
- ўтмишда гипоманиакал ёки маниакал эпизод мезонларига мос келадиган эпизодларнинг йўқлиги (Ф30.-);
- Жорий эпизод энгил, ўртача ёки оғир даражадаги ДЕ мезонларига жавоб бериши керак.

## 2. КАСАЛЛИК ЁКИ ҲОЛАТНИ ТАШХИСЛАШ, ТИББИЙ КЎРСАТМАЛАР ВА ТАШХИС УСУЛЛАРИНИ ҚўЛЛАШГА ҚАРШИ КЎРСАТМАЛАР.

Депрессив синдромни бирламчи баҳолаш соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғини шифокорлари томонидан, ташхис қўйиш еса психиатр шифокор томонидан амалга оширилади.

### 2.1 Шикоятлар ва анамнез

<b>ГПШ</b>	Барча беморларга бирламчи ташхис сифатида беморнинг руҳий ҳолатида депрессия белгиларини аниқлаш бўйича чора-тадбирларни амалга ошириш тавсия етилади [9, 15, 27,].
------------	---

**Изоҳлар:** Депрессив бузилишлар симптоматологиясида аффектив, психомотор, когнитив, психовегетатив ва соматик бузилишлар фарқланади. Шу билан бирга, депрессиянинг асосий белгилари тушкун кайфият, ангедония, фаоллик ва энергиянинг йўқолиши ҳисобланади [15]. Депрессив бузилишлар билан оғриган кўплаб беморлар дастлаб ушбу аломатлар ҳақида шикоят қилмаганлиги сабабли, мақсадли сўров жуда муҳимдир.

<b>ГШШ</b>	<p>Рухий ҳолатида депрессия аломатлари аниқланган барча беморларга мажбурий чоралар сифатида қуйидагилар тавсия етилди:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– беморда мавжуд симптомларнинг депрессив эпизодни ташхислаш мезонларига мувофиқлигини баҳолаш [9, 15, 27].</li> <li>– олдинги депрессив ҳолатлар мавжудлиги тўғрисида анамнез маълумотларини ёки тиббий ҳужжатларни олиш [9, 15, 27].</li> </ul>
------------	--

**Изоҳлар:** Депрессив бузилишнинг оғирлигини ва ҳолатнинг терапевтик динамикасини баҳолаш учун рейтинг шкалаларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ: депрессияни баҳолаш учун Гамилтон шкаласи (инглизча Хамилтон Ратинг Ссале фор Депрессион) (Г1 иловасига қаранг) ва депрессияни баҳолаш учун Монтгомери-Асберг шкаласи (инглизча Монтгомерй-Асберг Депрессион Ратинг Ссале).

<b>ГШШ</b>	<p>Бирламчи ёки такрорий депрессив эпизоди бўлган барча беморларга қуйидагиларга қаратилган пухта мақсадли сўровнома ўтказиш тавсия етилади:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– анамнезда маниакал, гипоманиакал ва аралаш эпизодларни аниқлаш [15, 27].</li> <li>– травмалар, бош миянинг юкумли касалликлари, депрессив аломатлар ривожланишидан олдинги соматик касалликлар мавжудлиги ҳақида анамнестик маълумотларни тўплаш [15, 27].</li> <li>– бевосита депрессив эпизод бошланишидан олдин депрессия белгиларини келтириб чиқариши мумкин бўлган психоактив моддалар ёки дори воситаларини истеъмол қилиш ҳақида анамнестик маълумотларни тўплаш [15, 27].</li> </ul>
------------	---

## 2.2 Жисмоний текширув

<b>ГШШ</b>	<p>Стандарт жисмоний текширувга қўшимча равишда, барча беморларга касалликни аниқлаш мақсадида тери қопламаларини текшириш тавсия етилди.</p> <p>беморнинг депрессив аломатларни келтириб чиқариши мумкин бўлган сирт фаол моддалар ёки дори воситаларини қабул қилганлигини истисно қилиш учун инексия излари.</p> <p>турли шикастланишлар, шу жумладан ўз-ўзини кесиш излари (уларнинг муддатини ҳисобга олган ҳолда) [12].</p>
------------	---

## 2.3 Лаборатория диагностикаси

ДЕ ва РДРни ташхислаш учун лаборатория усуллари мавжуд емас.

<b>ГШШ</b>	<p>Терапияни тайинлашдан олдин, ДЕНИ бошқа касалликлар билан қиёсий ташхислаш, касалхонага ётқизиш зарур бўлганда ва соматик саломатлик учун турли хавфларни баҳолаш учун барча беморларга қўшимча текширув усулларини ўтказиш тавсия етилди, жумладан:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>умумий (клиник) қон таҳлили.</li> <li>буйрак фаолиятини баҳолаш учун - қондаги ва сийдикдаги креатинин миқдорини текшириш, сийдикнинг умумий (клиник) таҳлили.</li> </ul>
------------	--

қалқонсимон без функциясини баҳолаш учун - қонда тиреотроп гормон (ТТГ) даражасини, қонда еркин триёдитиронин (СТ3) даражасини, қон зардобидида еркин тироксин (СТ4) даражасини текшириш.

жигар фаолиятини баҳолаш учун - қонда умумий билирубин миқдорини текшириш, қонда аспартатаминотрансфераза фаоллигини аниқлаш, қонда аланинаминотрансфераза фаоллигини аниқлаш.

метаболик синдромни баҳолаш учун - қондаги триглицеридлар даражасини, қондаги холестерин даражасини, қондаги липопротеинлар даражасини, паст зичликдаги липопротеинларнинг холестерин даражасини, қондаги глюкоза даражасини текшириш.

**Изоҳлар:** Қалқонсимон без гормонлари даражасини текшириш илгари ҳеч қачон ушбу текширув ўтказилмаган бирламчи беморлар учун ёки клиник ёки анамнестик кўрсатмалар мавжуд бўлганда тавсия этилади.

## 2.4 Инструментал диагностика

ДЕ ва РДРни ташхислашнинг ҳеч қандай инструментал усуллари мавжуд эмас.

**ГШШ**

Терапияни тайинлашдан олдин, ДЕНИ бошқа касалликлар билан қиёсий ташхислаш, касалхонага ётқизиш зарур бўлганда ва соматик саломатлик учун турли хавфларни баҳолаш учун барча беморларга қўшимча текширув усулларини ўтказиш тавсия этилди, уларга қуйидагилар киради:

электрокардиография (ЕКГ)

электроенцефалография (ЕЕГ)

реоенцефалография (РЕГ)

магнит-резонанс томография (МРТ) (афзалроқ) / компьютер томографияси (КТ)

**Изоҳлар:** МРТ ёки КТ ва ЕЕГ илгари ҳеч қачон бундай текширувлар ўтказилмаган ёки клиник ёки анамнестик кўрсатмалар мавжуд бўлган бирламчи беморлар учун тавсия этилади.

## 2.5 Қўшимча диагностика

**ГШШ**

Барча беморларга ўз жонига қасд қилиш хавфи омилларини аниқлаш мақсадида йўналтирилган клиник-анамнестик текширувдан ўтиш тавсия этилади.

**Изоҳлар:** Ўз жонига қасд қилиш хавфини баҳолашда қуйидаги омилларни ҳисобга олиш тавсия этилади: ўз жонига қасд қилиш фикрлари, ниятлари, режалари ва хатти-ҳаракатларининг мавжудлиги; ўтмишда ўз жонига қасд қилишга уринишларнинг мавжудлиги; ўз жонига қасд қилиш воситаларидан фойдаланиш имконияти ва бу воситаларнинг ўлимга олиб келиши; кучли ташвиш, ваҳима, қўзғалиш ва/ёки

импульсивликнинг мавжудлиги; императив галлюцинациялар каби психотик аломатларнинг мавжудлиги ёки ўзига, ўз фикрларига, ҳаракатларига ва уларнинг оқибатларига нисбатан танқидий муносабатнинг пасайиши; спиртли ичимликлар ва/ёки бошқа дори воситаларини истеъмол қилиш; оилавий анамнезда ўз жонига қасд қилишнинг мавжудлиги; чекловчи омилларнинг йўқлиги (масалан, қариндошлар ва яқинларнинг қўллаб-қувватлаши, фарзандларнинг мавжудлиги, ҳомиладорлик, диндорлик, ўз оилавий мажбуриятларини тушуниш, иш билан бандлик, енгиб ўтиш учун психологик кўникмаларнинг ўз жонига қасд қилишнинг оғирлиги ва ўз жонига қасд қилиш хавфини баҳолаш учун Колумбия ўз жонига қасд қилиш ниятининг жиддийлик шкаласидан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир (Инглиз Колумбия ўз жонига қасд қилишнинг жиддийлик рейтинг шкаласи).

**ГПШ**

Шахсият бузилиши ва/ёки дифференциал диагностик қийинчиликлари бўлган беморлар учун клиник психолог маслаҳати ва экспериментал психологик тадқиқот ўтказиш тавсия етилади [3]

**ГПШ**

Терапияни тайинлашдан олдин, ДЕ ни бошқа касалликлар билан қиёсий ташхислаш, ДЕ да тайинланадиган бир қатор дори-дармонларга қарши кўрсатмаларни истисно қилиш, касалхонага ётқизиш зарурати бўлганда ва соматик саломатлик учун турли хавфларни баҳолаш учун барча беморларга қуйидагилар тавсия етилган:  
 терапевт шифокор маслаҳати.  
 невропатолог маслаҳати.  
 врач-офтальмолог маслаҳати.  
 аёллар учун - шифокор-гинеколог маслаҳати.

## ДАВОЛАШ

Терапия бошланишидан олдин индивидуал даволаш режаси тузилиши керак, бунда терапиянинг турли босқичлари кетма-кетлиги, олдинги терапиянинг самарадорлиги ва чидамлилиги, ҳолатнинг клиник хусусиятлари (масалан, психотик аломатлар, қўзғалиш, ташвиш, уйқу бузилиши ёки атипик аломатлар мавжудлиги), касалликнинг оғирлиги ва ўз жонига қасд қилиш хавфи, беморнинг комплаентлиги, сирт фаол моддаларни суиистеъмол қилиш, ёндош касалликлар мавжудлиги ва улар билан боғлиқ равишда қабул қилинган терапия, ҳомиладорлик еҳтимоли ва буюрилган АБ самарадорлиги ва чидамлилигига таъсир қилиши мумкин бўлган бошқа индивидуал омиллар ҳисобга олиниши керак.

Кўрсатмалар мавжуд бўлганда (масалан, психотик аломатлар ва ўз жонига қасд қилиш фикрлари биргаликда келганда) стационар даволаниш масаласини кўриб чиқиш керак. Касалликларнинг ўткир даврида тимоаналептик терапияни ўтказиш, шунингдек, беморнинг руҳий ва соматик ҳолатини камида ҳафталик динамик кузатишни, шу жумладан ташхисни даврий равишда қайта кўриб чиқишни ва ўз жонига қасд қилиш хавфини баҳолашни, терапияга жавобни ва ножўя таъсирларнинг ривожланишини кузатишни, шунингдек, беморнинг мувофиқлигини текширишни ва турли психо-таълим усулларида фойдаланган ҳолда терапияга содиқликни шакллантиришни талаб қилади.

Ушбу моделга мувофиқ, ДЕНИ даволашда учта асосий терапевтик босқичга риоя қилиш муҳим:

- 1) тўхтатувчи (фаол) терапия,
- 2) барқарорлаштирувчи терапия.
- 3) узоқ муддатли рецидивга қарши (профилактик) терапия.

### 3.1 Консерватив даволаш

1А

ДЕ ва РДР (ХКТ-10) нинг замонавий диагностик мезонларини қониктирадиган беморлар учун тимоаналептик фармакотерапияни қўллаш тавсия етилади: минимал самарали дозаларда АБ буюриш; ножўя таъсирлар бўлмаганда ёки бир неча кун давомида ножўя таъсирлар камайганда, симптомлар заифлаша бошлагунга қадар стандарт дозалар доирасида дозани ошириш тавсия етилади. Агар динамика бўлмаса ёки таъсир етарли бўлмаса (симптомларнинг камайиш даражаси 25% дан 50% гача), 3-4 ҳафтадан сўнг дозани максимал даражагача ошириш тавсия етилади (1-жадвал). 2) [

Изоҳ: Тимоаналептик таъсир одатда даволашнинг 3-4 ҳафтасидан кейин пайдо бўлади, аммо баъзи ҳолларда, айниқса СИОЗС қўлланилганда, яхшиланиш аста-секин ривожланади ва тўлиқ таъсирга еришиш 4-6 ёки ҳатто 8-ҳафтада кузатилади. Терапияга жавоб берувчиларнинг кўпчилигида клиник яхшиланиш даволашнинг дастлабки икки ҳафтасидаёқ сезиларли бўлади. Одатда бундай ерта жавоб ўтказилаётган терапия курс самарадорлигининг янада ижобий прогнози билан боғлиқ. Депрессив синдромнинг замонавий мезонлари биологик детерминацияланган ҳолатлардан (ендоген ёки меланхолик депрессиялар деб аталадиган) турли даражадаги вазият билан қўзғатилган ёки шахсий патология билан боғлиқ бўлган (реактив ёки невротик депрессиялар деб аталадиган) турли хил депрессия турлари бўлган беморларнинг анча гетероген гуруҳларини ўз ичига олиши мумкин.

Афсуски, антидепрессив таъсирга ега дори воситаларининг аксарият рандомизацияланган назоратли тадқиқотлари (РНК) умумлаштирилган дифференциацияланмаган ДЕ мезонларидан фойдаланган ва уларнинг алоҳида клиник вариантларга нисбатан, масалан, хавотирли, меланхолик (соматик аломатлар билан), атипик, тормозланган (кататоник аломатлар билан), мавсумий ёки когнитив бузилишларнинг устунлиги билан) исботланган самарадорлигини ажратиш мумкин эмас.

Госпитализация талаб қиладиган оғир депрессияларда баъзи трициклик антидепрессантлар (ЦА) (амитриптилин\*\* ва кломипрамин\*\*) ва венлафаксин серотонинни қайта қамраб олиш селектив ингибиторларига (СКҚИМ) қараганда бироз самаралироқ бўлса-да, бирорта синфдаги АБнинг юқори самарадорлиги ёки таъсирининг тезроқ бошланиши ҳақида далиллар мавжуд эмас [35].

Иккинчи авлод АҚБга нисбатан 25,928 нафар беморни ўз ичига олган 117 та РКИни қиёсий мета-таҳлили шуни кўрсатдики, миртазапин, эсситалопрам, венлафаксин ва сертралин\*\* дулоксетин, флуоксетин\*\*, флувоксамин ва пароксетинга\*\* нисбатан бироз самаралироқ бўлган. АБ биринчи навбатда ножўя таъсирлар профили, бошқа препаратлар билан ўзаро таъсир потенциали ва дозани ошириб юбориш хавфи билан фарқланади.

Иккинчи (масалан, пирлиндол, мапротилин, миансерин, тразодон, моклобемид) ва учинчи (масалан, СЮҚТТ, серотонин ва норадреналинни қайта қамраб олишнинг селектив ингибиторлари (СЮҚТТ), миртазапин, агомелатин\*\*, вортиоксетин) авлоднинг янги

АБлари умуман олганда биринчи авлод ЦАга қараганда яхшироқ ўтказилади, бу еса беморларнинг уларни қабул қилишдан мустақил равишда воз кечиш еҳтимолини камайтиришга ёрдам беради.

## 2-ЖАДВАЛ.

Препарат	Тавсия етилган доз, мг/кун
<b>Иккинчи авлод антипсихотиклари</b>	
Арипипразол	15-30
Кветиапин	200-800
Клозапин	150-600
Оланзапин	5-20
Палиперидон	3-12
Рисперидон	1-6
Карипразин	3-6
<b>Биринчи авлод антипсихотиклари</b>	
Хлорпромазин табл.	25-1500
Хлорпромазин инъекции	25-1000 в/в 25-600 в/м
Галоперидол табл.	0,5-15
Галоперидол инъекции	5-20
Левомепромазин табл.	200-300
Левомепромазин инъекции	75-250
<b>Бензодиазепинлар</b>	
Диазепам табл.	1-60
Диазепам р-р для инъекций	5-10
Медазепам	10-40
Лоразепам	2-10
<b>Нормотимик моддалар</b>	
Литий карбонат*	0,6-2,1

	Плазменная концентрация 0,8-1,2 мкг/мл
Ламотриджин	25-400
Карбамазепин	400-1600
Вальпроевая кислота	1000-2000
Топиромат	200-1600
Габапентин	900-3600
Трисиклик антидепрессантлар (ТСА)	
Амитриптилин	50-200
Селектив серотонинни қайтариб олиш ингибиторлар (Селестиве Серотонин Реуптаке Ибхибиторс, ССРИ)	
Пароксетин	20-50
Сертралин	50-200
Флувоксамин	50-300
Флуоксетин	20-60
Циталопрам	20-40
Эсситалопрам	10-20
Селектив серотонинни қайтариб олиш ингибиторлари (Серотонин анд норепинепхрине Реуптаке Ибхибиторс, СНРИ)	
Венлафаксин	75-375
Бошқа гуруҳларнинг гиёҳванд моддалари	
Дроперидол	2,5-10

### 3.1.1 Ўпка ДЕ ни бартараф етиш терапияси

Ўпка ДЕ ни даволаш одатда амбулатория шароитида психиатрик ёрдамнинг бирламчи бўғини доирасида амалга оширилади.

1А

Енгил ДЕ билан оғриган беморларга перорал шаклда АД (асосан СИОЗС, агомелатин\*\*, шунингдек бошқа янги авлод препаратлари қўлланилади) буюриш тавсия этилади.

3B	Анъанавий антидепрессантларни қабул қилишни истамайдиган беморлар учун ўсимлик препаратлари, масалан, далачой экстракти кўринишидаги муқобил вариант мавжуд.
----	--

1A	Баъзи ҳолларда беморнинг индивидуал хусусиятлари ва/ёки сўровларига қараб, психотерапевтик, психологик таълим ёки ижтимоий реабилитация усулларини қўллаш билан чекланиш тавсия етилади.
----	--

**Изоҳлар:** Анамнезида ривожланган депрессиялар мавжуд бўлган, ўтмишдаги ҳолатларда қон босими яхши таъсир кўрсатган, сўнгги икки йил ичида бўсаға ости депрессиялари мавжуд бўлган, шунингдек, психосоциал аралашувлар таъсири бўлмаган ёки яқин қариндошларида РДР мавжуд бўлган беморларда психотерапияга нисбатан АҚБ фойдасига устувор танловни амалга ошириш лозим.

### 3.1.2 Ўртача оғирликдаги ДЕ ни даволаш

Ўртача ДЕ билан оғриган беморларни даволаш депрессия хусусиятлари ва ижтимоий шароитларга қараб амбулатор, ярим стационар ёки стационар шароитда амалга оширилади. Қариндошларидан алоҳида яшайдиган ёлғиз беморларда ҳолатнинг кэскин ўзгариши хавфи юқорилигини, шунингдек, ўз жонига қасд қилиш фикрлари пайдо бўлиши еҳтимолини ҳисобга олган ҳолда, даволашни стационар ёки ярим стационар шароитида амалга ошириш афзалроқдир.

1A	АБ ни перорал шаклда буюриш тавсия етилади: биринчи қатор препаратлари бўлиб СЮҚТТ, СЮҚТТ, миртазапин, вортиоксетин ва агомелатин** ҳисобланади. ЦА одатда иккинчи танлов препарати сифатида қаралади.
----	--

**Изоҳлар:** Моноаминоксидаза ингибиторларини (ИМАО) тайинлашга келсак, бу масалада камроқ келишув мавжуд, аммо қайтар ИМАО - моклобемид ва пирлиндол танлов дори воситалари сифатида қаралиши мумкин, гарчи ИМАО кўпинча атипик депрессияларни даволашда ва терапияга чидамлилиқ босқичларида қўлланилса ҳам.

Биринчи босқичда асосан перорал дори шакллари қўлланилади.

Психотерапия иложи борича фармакотерапия билан бирга олиб борилади.

### 3.1.3 Оғир даражадаги ДЕ ни бартараф етиш терапияси

Оғир даражали ДЕ билан оғриган беморларни стационар шароитда даволаш афзалроқдир.

2A	Оғир даражадаги депрессияни даволашда, оғир даражадаги депрессияни даволашда, оғир даражадаги депрессияни даволашда, оғир даражадаги депрессияни даволашда, оғир даражадаги депрессияни даволашга нисбатан бирмунча юқори самарадорликка ега бўлган,
----	--

нейрокимёвий таъсир механизмининг кенг спектрига ега бўлган препаратни танлаш тавсия етилади [18, 28].

**Изоҳлар.** Яхшироқ кўтара олиш қобилияти туфайли СИОЗСН (венлафаксин, дулоксетин, милнаципран), сўнгра ЦА (имипрамин\*\*, амитриптилин\*\*, кломипрамин\*\*) ёки бошқа биринчи авлод гетероциклик препаратларга (мапротилин\*\*, пиразидол, пипофезин\*\*, тразодон ва бошқалар) афзаллик бериш керак, улар ҳам бироз яхшироқ кўтара олиш қобилиятига ега, аммо камроқ самарадорликка ега.

Баъзи антидепрессантлар (кломипрамин) учун АБ ни мушак ичига ва/ёки вена ичига томчилаб юбориш усулидан фойдаланишга рухсат етилади.

Оғир депрессияни даволашнинг дастлабки босқичларида психотерапия одатда самарасиз бўлади.

2А Ўз жонига қасд қилиш хавфи юқори бўлган беморларни стационар шароитда даволаш тавсия етилади. Ўз жонига қасд қилиш хавфи юқори бўлса, ЕСТни тезда ўтказиш имкониятини кўриб чиқиш тавсия етилади [2, 21].

**Изоҳлар.** Қон босими дозасини ошириб юбориш ўз жонига қасд қилиш мақсадида қўлланилганда, ЮҚТТК билан таққослаганда, ЦА, венлафаксин ва миртазапин қабул қилинганда оғирроқ оқибатлар кузатилади.

### 3.1.4 Психотик аломатлар билан оғир даражадаги ДЕ ни даволаш

Терапевтик тактика психознинг "узилишига" тезроқ еришишга қаратилган.

1А Психотик симптомлар билан оғир ДЕ ни даволашни стационар шароитда ўтказиш тавсия етилди.  
Дастлабки кунларданок нейрокимёвий таъсир механизмининг кенг спектрига ега бўлган АД (СИОЗСН, ЦА, тетрациклик антидепрессантлар) ни АВП билан биргаликда буюриш тавсия етилди.

**Изоҳлар:** Психотик депрессияни даволашда флувоксаминни қўллаш самарадорлиги ҳақидаги енг ишончли маълумотлар. Агар беморнинг руҳий ҳолати туфайли препаратни пер ос қабул қилиш қийин бўлса, антипсихотикларни м/о қўллаш мумкин.

Яхши кўтариш ҳолатида препаратлар дозаси тезда максимал даражага етказилади.

### 3.1.5 2-босқичда ДЕ ни бартараф етиш терапияси

Беморларда ДЕнинг камида 30-50% ҳолатларида биринчи қатор терапияси етарли даражада ўтказилганда танланган АБлардан бирортасининг етарли самарадорлигига еришилмайди. Бундай вазиятда ташхиснинг тўғри қўйилганлиги, буюрилган препаратнинг дозаси етарли эканлиги ва беморнинг комплаентлик даражаси яна бир бор текширилиши керак.

Самарадорлик етишмовчилигининг фармакокинетик сабабларини (псевдорегрессивлик) аниқлаш учун препаратнинг қондаги концентрациясини аниқлаш ва маълум бир АД метаболизми секинлашган ёки тезлашган шахсларни аниқлаш учун генотиплаш мақсадга мувофиқдир. Бу айниқса ситохром Р450 нинг ўша изоферментлари билан метаболизмга учрайдиган препаратлар билан биргаликдаги терапияни ўтказишда муҳимдир.

Агар терапиянинг 3-4 ҳафтаси давомида динамика бўлмаса ёки клиник таъсир етарли бўлмаса (симптоматикани камайтириш даражаси 25% дан 50% гача), ёки антидепрессив фармакотерапияни ёмон кўтара олса, терапиянинг иккинчи курси ёки босқичига ўтиш керак. Келтирилган стратегияларни асослаш учун далиллар жуда чекланган, чунки беморларнинг катта намуналарида РКИни ўтказилмаган. Ҳозирги вақтда терапияга жавоб бермайдиган беморларни даволашда стратегиялардан бирининг афзаллиги тўғрисида аниқ консенсус мавжуд эмас. Айниқса, бу иккинчи танлов препаратларига тегишли. СТАР\*Д лойиҳаси маълумотларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, ремиссия билан оғриган беморлар фоизини биринчи танлов терапиясидан фойдаланганда еришилган 27% дан терапевтик аралашувларнинг барча кейинги тўрт босқичидан сўнг 67% гача ошириш мумкин. Бироқ, терапиянинг дастлабки икки курсидан кейин ремиссияга еришиш эҳтимоли сўнгги икки курсдан кейин (10-20%) нисбатан юқори (20-30%).

4C	Мумкин бўлган псевдорезистентлик ҳодисаларини бартараф етиш учун АБ дозасини максимал даражагача ошириш ёки қисман парентерал юбориш йўлига ўтиш тавсия етилади (ЦА қўлланилганда) [16].
----	--

3B	Дозани ошириш мақсадга мувофиқ бўлмаган ҳолларда (масалан, ёмон кўтара олишда), АБни ўша фармакологик синф доирасидаги ёки бошқа таъсир механизмига ега бўлган препаратга алмаштириш тавсия етилади.
----	--

**Изоҳлар:** Терапевтик резистент депрессиянинг замонавий таърифлари АДнинг тузилиши ва нейрокимёвий таъсири бўйича фармакологик жиҳатдан фарқ қилувчи ўртача 3-4 ҳафта давом этадиган адекват монотерапиянинг кетма-кет икки курси самарасизлигини (яъни Гамилтон шкаласи бўйича симптомларнинг камайиши 50% дан ошмаслигини) кўрсатади. Қайтмас ИМАО билан монотерапияга ўтказиш стратегияси илгари кенг қўлланилган, аммо сўнгги йилларда гипертоник криз ривожланиш эҳтимоли ва ушбу АД гуруҳининг клиник амалиётдан йўқолиши туфайли қўлланилмаяпти.

Шунга қарамай, бир қатор ҳолларда селектив қайтар ИМАО (пирлиндол, моклобемид) га ўтказиш тез ижобий таъсир кўрсатиши мумкин, чунки гап бутунлай бошқача таъсир механизми ва барча учта моноамин нейромедиаторларнинг синаптик бўшлиққа чиқарилишини рағбатлантириш ҳақида кетмоқда.

### 3.1.6. 3-босқичда ДЕ ни бартараф етиш терапияси

Клиник таъсир етарли бўлмаганда ва бундай самарасизликнинг аниқ сабаблари бўлмаганда, шу жумладан нотўғри ташхис қўйиш (масалан, БАР ИИ), компаенцизлик, коморбид руҳий ва соматик касалликлар ва бошқа омиллар, беморга нисбатан резистентлик хос деб ҳисобланади ва терапиянинг учинчи босқичига, яъни ҳақиқий қаршилик кўрсатиш чораларига ўтиш керак.

Вазиятга қараб, курс давомийлиги 3-4 ҳафта бўлган ҳар қандай терапия вариантини танлаш мумкин, аммо самарадорлиги исботланган ва яхши қабул қилинадиган воситаларга устунлик бериш, шунингдек, мумкин бўлган дори-дармон ўзаро таъсирларини, шу жумладан рақобатдош жигар метаболизми туфайли юзага келадиган ўзаро таъсирларни ҳисобга олиш керак.

2А	Синергик тимоаналептик таъсирга еришиш учун АДнинг комплементар таъсир механизмлари билан комбинациясидан фойдаланган ҳолда комбинацияланган терапия тавсия этилади: ЦА ва СИОЗСни бирлаштириш; моноаминларнинг қайта ушланиб қолишини блокловчи воситалардан бирини (СИОЗС, СИОЗСН ёки ЦА) алфа-2-адренергик ауторецепторлар блокаторлари (масалан, миртазапин, миансерин ва бошқалар) билан бирлаштириш.
----	--

**Изоҳлар:** Ушбу стратегиянинг салбий томонларига қўлланиладиган дори воситалари ўртасидаги ўзаро таъсирлар хавфининг ортиши, ноўя таъсирларнинг кучайиши ва юқори иқтисодий харажатларни киритиш лозим. Антигистамин ноўя таъсирлар (вазн ортиши ва ортиқча седация) ва антихолинергик ноўя таъсирлар (диққат концентрациясининг пасайиши ва чалкашлик) пайдо бўлиш хавфи энг катта. Серотонин синдроми ривожланиш еҳтимоли туфайли ИМАОнинг ҚСТОҚ ва бошқа серотонинергик АБ (масалан, кломипрамин\*\*, венлафаксин ва б.) билан бирга келишига йўл қўймаслик керак [19].

2А	АВП таъсирини кучайтириш тавсия этилади: АҚБга кветиапин, арипипразол, оланзапин ва рисперидонни қўшиш. Кветиапин**, арипипразол ва оланзапин** (охиргисини флуоксетин** билан бирга қўллаш тавсия этилади) қўллаш энг афзал ҳисобланади.
----	---

**Изоҳлар:** Ҳар қандай АВП қўшилганда ноўя таъсирларнинг умумий сони ортади, жумладан гиперпролактинемия, метаболик бузилишлар (тана вазнининг ортиши, дислипидемия, углевод алмашинувининг бузилиши), лейкопения, седация ва уйқучанлик, антихолинергик ва экстрапирамидал ноўя таъсирлар, бу еса уларни антидепрессантлар билан биргаликда қўллашда хавф/фойда нисбатини синчковлик билан баҳолашни талаб қилади.

Аугментация мақсадида бериладиган арипипразолнинг тавсия этилган бошланғич дозаси 2-5 мг/сут. Дозани кунига 5 мг дан ошириш самарадорлик назорати остида бир ҳафтадан кам бўлмаган вақт оралиғида аста-секин амалга оширилиши керак, максимал якуний доза 15 мг/кун. Бунда акатизия ривожланиши мумкинлигини ҳисобга олиш керак. Кветиапиннинг секин ажралиб чиқишини қўллаш бўйича кўрсатмаларга кўра, терапияни 50 мг дан бир марталик кечки қабул қилишдан бошлаш керак, 3-куни дозани 150 мг гача (бир марталик кечки қабул) ва кейинчалик кунига 300 мг гача ошириш мумкин (юқори дозаларни қўллаш ўрганилмаган). Седация ва семиришнинг пайдо бўлиш еҳтимолини ҳисобга олиш керак.

2А	Литий тузлари билан АД таъсирини кучайтириш тавсия этилади. Литийнинг кичик дозалари (қондаги концентрацияси 0,4-0,8 ммол/л) бир неча кун давомида бемор аҳволининг яхшиланишига олиб келиши мумкин. Терапия курси 2-4
----	--

хафтадан ошмайди, аммо таъсирга еришилган тақдирда терапия бир неча ой давом эттирилиши керак.

**Изоҳлар:** Литий посцинапстик мембрананинг рецептор сезувчанлигини ўзгартириши ва серотонин таъсирини кучайтириши мумкин деб ҳисобланади. Самарадорлик ҳолатлари РДРнинг нотўғри ташхиси ва ИИ типдаги БАП билан оғриган беморларда аниқланмаганлиги ёки "яширин биполярлик" билан боғлиқ бўлганлигини истисно қилиб бўлмайди. АДни литий тузлари билан еҳтиёткорлик билан бирлаштириш керак, чунки юқори дозалар нейротоксик реакцияларнинг ривожланишига (миоклония, атаксия, кўзғалиш, чалкашлик), Л-триптофан ("Нюкасл" ёки "серотонин" коктейли) билан биргаликда еса - серотонинли неврологик синдромга олиб келиши мумкин [19]. Бундан ташқари, литий билан даволашда ножўя ҳодисаларга кардиотоксиклик, нефротоксиклик, тиреотоксиклик ва вазн ортиши киради. Терапевтик диапазон торлиги сабабли қондаги литий концентрациясини мунтазам назорат қилиш талаб этилади.

4Д

АПП таъсирини кучайтириш тавсия этилади (қўшимча симптоматик кўрсатмалар мавжуд бўлганда): АДга сулпирид\*\*, флупентиксол\*\*, трифлуоперазин\*\* кўшилиши [1, 16].

4Д

Қон босими таъсирини антиконвулсантлар билан кучайтириш тавсия этилади: ламотриджин билан бошланғич дозада 25 мг/с, аста-секин 200 мг/с гача ошириш, карбамазепин\*\* билан 200-600 мг/с дозада. Литий карбонат Катталар учун доза 300-600 мг дан кунига 3-4 марта. Литийнинг плазмадаги терапевтик концентрацияси 0,6-1 ммол/л. 12 ёшгача бўлган болалар учун - 15-20 мг дан кунига 2-3 марта. Катталар учун ичишга қабул қилишда максимал суткалик доза 2,4 г. Натрий валпроати Ичишга, овқат пайтида ёки ундан кейин дарҳол, чайнамасдан: катталар ва ўсмирларга - 20-30 мг/кг тана вазнига ёки 300-500 мг/сут, кейин аста-секин 200 мг/сут га 3-4 кун оралиғида 0,9-1,5 г/сут гача ошириш (қунига 2-3 марта 300-450 мг дан), максимал суткалик доза 50 мг/кг ёки 2,4 г;

2В

АБ таъсирини 1 ой давомида 25-50 мг/сут дозада триёдтиронин билан кучайтириш тавсия этилади. Таъсир одатда даволанишнинг биринчи кунларида пайдо бўлади.

**Изоҳлар:** Препарат АБнинг қон оқсиллари билан боғланишига тўсқинлик қилади ва уларнинг қондаги еркин фракциясини оширади. Терапия жараёнида кўпинча гипертиреоз ҳодисалари (бош оғриғи, гипергидроз, тахикардия, титроқ, аритмия, юрак оғриғи) ривожланади, қон босими кўтарилиши мумкин.

### 3.1.7. 4-босқичда ДЕ ни бартараф этиш терапияси

Кўрсатилган чора-тадбирлар самарасиз бўлган тақдирда, резистентликни енгиш учун тўртинчи босқичга ўтилади, у ҳам бир нечта вариантлардан иборат.

2А

ЕТТ курсини монотерапия кўринишида ёки АДни қўллаш фониди 8-12 сеансдан (2-4 ҳафта, ҳафтасига 3 сеансдан кун ора) ўтказиш тавсия этилади. ЕСТни резистент депрессияни даволашнинг ҳар қандай босқичида, клиник кўринишга ва тез таъсир кўрсатиш заруратига қараб қўллаш мумкин [2, 21]. Психомотор кўзғалиш ёки тормозланиш билан ифодаланган вазвасали кечинмалар, ўз жонига қасд қилиш хавфи юқори бўлган, овқатдан бош тортиш, фармакотерапияга қарши кўрсатмалар (масалан, кўтара олмаслик ёки ҳомиладорлик) билан психотик депрессиялар ЕСТни ерта қўллаш учун асосий кўрсатмалардир. Бундан ташқари, ЕСТни олдинги эпизодларда усулнинг самарадорлиги маълум бўлган ҳолда ертароқ танлаш воситаси сифатида кўриб чиқиш лозим [2, 21,].

**Изоҳлар:**Курснинг самарадорлиги яхши исботланган бўлиб, 50-80% ни ташкил этади ва барча бошқа стратегиялардан юқори туради. Шу сабабли, қарши кўрсатмалар бўлмаганда, депрессиянинг янада чўзилиши ва сурункали тус олишининг олдини олиш мақсадида ЕКТ (Электроконвулсив терапия) ушбу босқичдаги барча бошқа усулларга нисбатан афзал кўрилиши керак.

Ҳозирда хавфсизлик стандарти сифатида қисқа муддатли вена ичига наркоз, миорелаксантлар ва ўпканинг сун'ий вентиляцияси қўлланилган модификацияланган ЕКТ ишлатилмоқда, бунда тутқаноқнинг тиришиш компоненти деярли тўлиқ бартараф этилади. ЕКТ яхши хавфсизлик ва ўзлаштирилиш хусусиятига ега (ножўя ҳолатлар 0,4% ҳолларда учрайди) ва бош мия ички босимининг ошишидан ташқари мутлақ қарши кўрсатмаларга ега емас.

Сереброваскуляр етишмовчилик, юрак-қон томир касалликлари, масалан, яқинда ўтказилган миокард инфаркти, миокард ишемияси, димланган юрак етишмовчилиги, аритмия ёки кардиостимуляторли беморларда, шунингдек, қорин аневризмаси ва оғир остеопорозли беморларда еҳтиёт чораларини кўриш зарур.

Ножўя та'сирлар орасида енг муҳимлари даволаш давридаги мнестик бузилишлар бўлиб, улар электродларни унилатерал жойлаштиришда камроқ намоён бўлади. Бирок, битемпорал ЕКТ бироз самаралироқдир.

3С

Психофармакотерапияни бир вақтнинг ўзида тўхтатиш тавсия этилади. Бир вақтнинг ўзида тўхтатишни амалга оширишда дори-дармонлар билан "тўйиниш" босқичи ЦА ва антихолинергик корректорлар (баъзан схемага нейрорептик ҳам киритилади) дозаларини максимал даражада кўтарилишигача (яъни ножўя таъсирлар пайдо бўлгунча) оширишни ўз ичига олади ва 10-14 кун давом этади. Кейин терапияни бир вақтнинг ўзида тўхтатиш амалга оширилади. Тўхтатиш таъсирини кучайтириш учун диуретиклар, кўп миқдорда ичимлик, в/и физиологик еритма куйиш ёки плазмаферез қўлланилади. Беморларнинг ярмида депрессив симптоматиканинг критик редукцияси бекор қилиш фазасидан кейин 5-10-кунли содир бўлади. Ушбу даврда яққол соматовегетатив бузилишларни

тузатиш учун симптоматик воситалар ва бензодиазепин транквилизаторлари буюрилади [1, 16, 26].

**Изоҳлар:** Усул ўтган асрнинг 70-80-йилларида ишлаб чиқилган ва кенг синовдан ўтган бўлиб, исботланганлик даражаси паст.

ЕЧТ ва бир вақтнинг ўзида тўхтатишдан ташқари, илгари қўлланилмаган ИИИ босқич аугментация ёки комбинацияланган терапия усулларидан, айниқса А1 ва Б2 тавсиялари билан, шунингдек, қон босимини оширишнинг бошқа дори-дармон усулларидан фойдаланишга ҳаракат қилиш мумкин.

3В

СИОЗСни пиндолол (бета-адренорецептор ва 5-НТ1А рецепторлари антагонисти) билан биргаликда қўллаш тавсия этилади [30].

**Шарҳлар:** Пиндололнинг ноўя таъсирларига уйқучанлик, кўнгил айнаши, брадикардия, ортостатик гипотензия, терлаш ва оғиз қуриши киради.

3Б

СИОЗСни буспирон (5-НТ1А рецепторларининг қисман агонисти) билан биргаликда қўллаш тавсия этилади [30].

3В

АД таъсирини омега-3 политўйинмаган ёғ кислоталари (ейкозапентаен ва докозагексаен) билан 1 г/сут дозада кучайтириш тавсия этилади.

4Д

Бошқа дорилар: Л-триптофан, Л-дофа ва бошқа дофамин агонистлари, модафинил, резерпин, алфа- ва бета-адреноблокаторлар, антиоксидантлар, иммуномодуляторлар, алфа- токоферол (Е витамини), ўсимлик маҳсулотлари ва бошқалар билан АД таъсирини кучайтириш тавсия этилади [5, 12, 16, 23].

**Изоҳлар:** Ушбу аугментация усуллари бўйича тадқиқотлар асосан очиқ бўлиб, зарур назорат ва тасодифий танлашсиз ўтказилган, шунинг учун ҳозирда уларнинг исботланганлик даражаси паст.

4С

Мияни электростимуляция қилиш усули - транскраниал магнит стимуляция (ТМС) ёки монотерапия сифатида, ёки АД таъсирини кучайтириш учун тавсия этилади. Юқори частотали импульсли ёки сиклик стимуляция (рТМС) (5-20 Гс) одатда ўртача рағбатлантирувчи таъсир кўрсатади, паст частотали (1 Гс) еса тинчлантирувчи, безовталиққа қарши таъсир кўрсатади. Терапевтик резистент депрессияда енг кенг тарқалган вариант юқори частотали унилатерал рТМС бўлиб, чап дорсолатерал префронтал кортекс проекциясига қўлланилади.

**Изоҳлар:** ЕСТ билан таққослаганда, муолажа камроқ самарали, аммо беморлар томонидан сезиларли даражада яхшироқ қабул қилинади [6, 21, 32] ва когнитив бузилишларни

яхшироқ баргараф этади [28]. Камдан-кам учрайдиган ўртача бош оғриғи ва стимуляция жойидаги нокулайликдан ташқари, ТМСнинг 2 ҳафталик курсидан кейин ҳеч қандай ножўя таъсирлар кузатилмайди.

4Д Мияни электростимуляция қилиш усули магнит-конвулсив терапия (МКТ) тавсия этилади, бу epileptiform тутқаноқни қўзғатиш учун зарур бўлган қувватни кучайтириш билан импульсли рТМС вариантдир.

**Шарҳлар:** МКТ самарадорлиги таққосланадиган бўлса-да, у ЕСТга нисбатан камроқ ифодаланган когнитив ва мнестик бузилишларга олиб келади.

4Д Бош миянинг транскраниал тўғридан-тўғри электростимуляцияси (ТЦЕМ) тавсия этилади.

4Д Мияни чуқур магнит стимуляцияси (МЧМ) тавсия этилади.

4Д Санаб ўтилган барча босқичлар ва айниқса, ЕСТ курси самарасиз бўлган тақдирда, мутлақ резистентликни тан олиш ва илгари қўлланилмаган АБнинг узок муддатли курсларини, комбинацияланган терапиянинг янги вариантларини, шу жумладан моноаминларни пресинаптик ушлаб қолиш ингибиторларини ИМАО билан комбинациясини ёки аугментация ва бошқа қаршилик кўрсатиш чораларини, шу жумладан мияни электростимуляция қилишнинг янги усулларини ўз ичига олган бешинчи босқичга ўтиш тавсия этилади.  
Самарага еришилганда, самарали терапияни яна 6-9 ой давомида давом еттириш керак, бунда резидуал белгиларнинг тўлиқ камайишига ва барқарор ремиссияга еришишга еришиш лозим.

### 3.2 Жарроҳлик йўли билан даволаш

ДЕ нинг мутлақ резистентлиги тан олинган тақдирда, баъзи жарроҳлик даволаш усулларини қўллашнинг мақсадга мувофиқлиги тўғрисидаги масалани кўриб чиқиш мумкин.

4Д Адашган асабни қўзғатиш тавсия этилади, бу адашган асаб орқали мияни билвосита қўзғатишни ўз ичига олади. Кичик генератор ўмров суягининг чап томонига ўрнатилади ва электрод ёрдамида чап вагусга уланади. Генератор асабга ҳар 5 дақиқада 30 сония давомида ритмик электр импульсларини юборади.

**Изоҳлар:** Усулнинг камчиликларига унинг инвазив хусусияти ва бир қатор ножўя таъсирларни (овознинг бўғилиши, йўтал рефлексининг кучайиши ва бошқалар) киритиш лозим.

4С	Нейровизуализация назорати остида мианинг маълум бир нейроанатомик соҳаларида митти электродларни стереотаксик жойлаштиришни ўз ичига олган чуқур мия стимуляцияси (ЧМ) тавсия етилади. Электродлар кўкрак қафаси териси остига имплантация қилинган юқори частотали электр импульслар генераторига уланган ўтказгичга уланади. Терапевтик резистент депрессияларда электродларни билатерал жойлаштириш учун мўлжалланган зоналар белбоғ‘ пуштасининг мағиз ости қисми, ясимксимон ядро, шунингдек, Бродман 25 (БА25) пўстлоқ зонаси ҳисобланади.
----	---

**Изоҳлар:** Усулнинг камчиликларига жарроҳлик амалиётининг инвазивлиги, усулнинг чекланган мавжудлиги ва юқори нархи, шунингдек, қайси рағбатлантириш параметрлари оптимал эканлиги ноаниқлиги киради.

### 3.3 Дориларсиз даволаш усуллари

Фармакотерапияга қўшимча равишда, АДнинг терапевтик таъсирини кучайтириш ёки тезлаштириш учун турли хил дори-дармон бўлмаган таъсир усулларини қўллаш мумкин.

1А	Даволашнинг ҳар қандай босқичида қўшимча таъсир сифатида беморнинг долзарб муаммоларига кўпроқ еътибор қаратувчи ва психотаълим элементларини ўз ичига олган адекват психотерапияни қўллаш тавсия етилади. Бу, айниқса, комплаентлик етишмовчилиги бўлган беморларда муҳимдир [30].
----	---

**Изоҳлар.** Депрессияда психотерапиянинг энг кўп ўрганилган ва самарали шакллари когнитив-бихевиорал терапия ва шахслараро (интерперсонал) терапия ҳисобланади. Психотерапиянинг бу турлари энгил ва ўртача оғирликдаги депрессияни даволашда энг самарали ҳисобланади. Қайталанувчи, сурункали ёки оғир депрессияли беморлар учун фармакотерапия ва тасдиқланган психотерапия усулларидан бирининг комбинацияси ушбу даволаш усулларининг ҳар бирига қараганда афзалроқ бўлиши мумкин.

3Б	"Қишки" депрессиялар деб аталадиган мавсумий аффектив бузилишларда нур терапияси тавсия етилади [29].
----	---

4С	Уйқу депривацияси тавсия етилади [29]
----	---------------------------------------

4С Жисмоний машқларни бажариш тавсия етилади.

4Д Рефлексотерапия ўтказиш тавсия етилади [25].

4Д Енгиллаштирувчи-парҳезли терапия (РДТ) ўтказиш тавсия етилади [22, 24].

4Д Вена ичига қонни лазер билан нурлантириш (ВЛОК) тавсия етилади [4, 20].

4Д Қонни ултрабинафша нурлар билан нурлантириш тавсия етилади [8].

4Д Нормобарик гипоксия тавсия етилади [7].

4Д Плазмаферез тавсия етилади [14].

#### 4. ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ УСУЛЛАРИНИ ҚЎЛЛАШГА ТИББИЙ КЎРСАТМАЛАР ВА ҚАРШИ КЎРСАТМАЛАР

1А Енгиллаштирувчи терапиядан сўнг ҳатто ягона ДЕ бўлганда ҳам, енгиллаштирувчи даврда самарали АБ дан фойдаланган ҳолда ва 4-6 ой давомида олдинги дозани сақлаб қолган ҳолда барқарорлаштирувчи терапияни ўтказиш тавсия етилади. Стабилизацияловчи терапиянинг мақсади ҳолатнинг кучайишини олдини олиш ва беморнинг ДЕ дан кейин тўлиқ тикланишига еришишдир [30].

**Изоҳлар.** Депрессия аломатлари тўхтаганидан кейинги дастлабки ярим йил ичида барқарорлаштирувчи психофармакотерапия олмаган беморларда касалликнинг қайталаниш хавфи ўртача 50% га тенг. Муддат ва доза бўйича етарли фармакотерапия депрессиянинг қайталаниш хавфини 10% гача камайтиради [11].

4С	Бемор ва унинг қариндошларининг касаллик табиати, унинг кечиши, прогнози ва даволаш усуллари тўғрисида хабардорлигини ошириш мақсадида психотаълим методикаларини қўллаш тавсия етилади. Бемор ва унинг қариндошларига доридармонларни қабул қилиш тартиби ва қоидалари, психиатрия стационарига ётқизиш ёки амбулатория шароитида даволаниш ва шифокор-психиатр назорати зарурлиги тушунтирилади [30]
----	--

**Изоҳлар:** Психологик таълим методикалари қуйидаги асосий вазифаларни ҳал қилади: о комплаенсни яхшилаш ва узок муддатли рецидивга қарши нормотимик терапияга содиқликни фаол шакллантириш; о даволовчи шифокор, бемор ва унинг қариндошлари ўртасида зарур иттифоқни ўрнатиш; о терапия режимига риоя қилиш ва лаборатория таҳлилларини мунтазам кузатиб бориш, шу жумладан қондаги препаратни ва терапиянинг ножўя таъсирларини аниқлаш; о ижтимоий фаолият даражасини тўлиқ тиклаш; рецидивларнинг дастлабки кўринишлари ва еҳтимолий ножўя таъсирларни аниқлаш; о касаллик ва ўтказилаётган терапия билан боғлиқ хавфларни (ўз жонига қасд қилиш, қонунбузарлик, сирт фаол моддаларни суиистеъмол қилиш, ҳомиладорлик ва бошқалар) холисона баҳолаш.

## 5. ПРОФИЛАКТИКА ВА ДИСПАНСЕР НАЗОРАТИ, ПРОФИЛАКТИКА УСУЛЛАРИНИ ҚЎЛЛАШГА ТИББИЙ КЎРСАТМАЛАР ВА ҚАРШИ КЎРСАТМАЛАР.

РДР кечишининг сурункали қайталанувчи характери касаллик қайталанишининг иккиламчи профилактикасини ўтказиш заруратини белгилайди. Ҳозирги вақтда профилактик таъсир деганда бир қатор препаратларнинг узок вақт давомида узлуксиз қабул қилишда рецидив ривожланишини бостириш ёки навбатдаги аффектив фазанинг ифодаланишини камайтириш қобиляти тушунилади [16].

1А	РДРда депрессив фазани бартараф етиш ва ҳолатни барқарорлаштириш даврида самарали бўлган дори воситаларининг дозаларидан фойдаланган ҳолда психофармакотерапияни узлуксиз узок муддатли (камида 3-5 йил) қўллаш тавсия етилади.
----	---

**Шарҳлар:**

Психофармакотерапия шу кунгача РДР (Рекуррент Депрессив Бузилиш) қайталанишининг олдини олишнинг ягона самарали усули бўлиб келган ва шундай бўлиб қолмоқда. Клиник амалиётга янги авлод АД (Антидепрессантлар) киритилгунга қадар РДР қайталанишининг олдини олиш учун нормотимик таъсирга ега препаратлар ишлатилган. Бир нечта РКИ (Рандомизацияланган Клиник Тадқиқотлар)да литий тузларининг РДРда қайталанишга қарши самарадорлигига қарамай, шунингдек, карбамазепиннинг бир қатор очик тадқиқотларида ижобий натижалар кўрсатилган бўлса-да, ҳозирда РДР профилактикаси учун кўпроқ ўрганилган ва тан олинган препаратлар АД ҳисобланади. Карбамазепин АД ва литийни кўтара олмаслик ҳолатларида қўллаш тавсия етилади. Шунингдек, карбамазепин АД монотерапиясининг самарасизлиги сабабли профилактик терапияни интенсивлаштириш учун ҳам ишлатилиши мумкин.

ТСА (Трициклик Антидепрессантлар) (амитриптилин, имипрамин ва бошқ.)нинг РДРдаги қайталанишга қарши самарадорлигини ўрганган дастлабки тадқиқотлар ҳам уларнинг плацебога нисбатан афзаллигини кўрсатди. Депрессия қайталаниши хавфини сезиларли даражада камайтириш қобиляти тетрасиклик тузилишга ега препаратларда (турли таъсир механизмига ега) – мапротилин ва миансеринда ҳам аниқланди. Дозани камайтириш профилактик терапиянинг самарадорлигини пасайтириши кўрсатилган. Шу билан бирга, гетероциклик АДларни узок муддат қўллашга тўсик бўлиб, беморларда деярли муқаррар равишда юзага келадиган ножўя таъсирлар ҳисобланади, бу еса препаратларнинг адекват дозаларини қўллаш имкониятини чеклайди. ТСАлар кардиотоксиклиги ва узок муддат қабул қилинганда юрак мушагида тўпланиш қобиляти туфайли РДР профилактикаси учун тавсия етилмайди. ТСАлар билан узок муддатли терапия фақат бошқа АДлар самарасиз бўлган ҳолда ва фақат ўзлаштирилиш ва ЕКГнинг мунтазам назорати шартлари билан рухсат етилади.

ТСАлардан фарқли ўларок, янги авлод АДлари дозаларнинг бутун диапазонида яхши ўзлаштирилишга ега, бу узок муддатли терапияни ўтказишда уларнинг муҳим афзаллиги ҳисобланади. РДРда қайталанишга қарши терапиянинг замонавий босқичдаги мақсадга мувофиқлиги қуйидаги фактлар билан асосланади:

Депрессив бузилишга чалинган беморларнинг тахминан 50-80% ҳаёти давомида такрорий зўрайишни қайд етади;

Зўрайиш хавфи ёш билан ортади ва ўтказилган эпизодлар сонига мутаносибдир;

Эпизодлар сонининг кўпайиши билан ремиссиялар давомийлиги қисқаради;

ДЕ (Депрессив Эпизод) профилактикаси мақсадида АДларнинг самарадорлиги ҳақида маълумотлар мавжуд;

Антидепрессив терапияга терапевтик жавоб ўтказилган эпизодлар сони ортиши билан сусайиши мумкин;

Ҳар бир эпизод билан ногиронлик ортади ва беморларнинг ҳаёт сифати пасаяди.

РДРни давомли ва профилактик терапия қилишда турли стратегиялар қўлланилади [33].

Даволашда ижобий динамика мезонлари 6 ой ва ундан юқори муддат давомида барқарор терапевтик ремиссияга еришиш ҳисобланади, аммо терапиянинг давомийлиги даволовчи шифокор-психиатр томонидан клиник манзаранинг ўзига хос хусусиятларига мувофиқ индивидуал равишда белгиланади:

Фаол терапевтик стратегия – АД фармакотерапиясини тўлиқ терапевтик дозада давом еттириш (тез-тез қайталанишда, ДЭнинг сезиларли оғирлигида ва беморларнинг нисбий соматоневрологик фаровонлигида тавсия етилади).

АД фармакотерапиясини пасайтирилган дозада давом еттириш (РДР кечишининг янада қулай шаклларида тавсия етилади). Кўришиб турибдики, бир қатор ҳолларда самарали терапевтик доза жуда юқори бўлиб чиқади, бу еса ножўя таъсирлар билан бирга кечади. Кўпчилик ТСАлар узок муддат қўлланилганда кардиотоксик таъсирга ега еканлиги, кўплаб АДлар гепатотоксик еканлиги маълум, шунинг учун баъзи тоифадаги беморларда (кекса, соматик жиҳатдан ноқулай) юқори дозаларда узок муддатли терапиянинг мақсадга мувофиқлиги масаласи баъзан АД дозасини камайтириш фойдасига ҳал қилинади. Стратегия депрессиянинг оғир бўлмаган шакллари (енгил ДЕ) ёки кам учрайдиган депрессиялар (5 йил ичида 2 ва ундан кам ДЕ) бўлган беморларда қўлланилиши мумкин.

Тўлиқ даволовчи терапия тугагандан сўнг (4-6 ой) АД фармакотерапиясини тўхтатиш, янги фазанинг дастлабки белгилари пайдо бўлганда даволашни ерта бошлаш билан (депрессиянинг оғир бўлмаган шакллари (енгил ДЕ) ёки кам учрайдиган депрессиялар (5 йил ичида 2 ва ундан кам ДЕ) бўлган беморларда қўлланилиши мумкин).

1А

Профилактик терапияни режали равишда тугатиш ёки уни муддатидан олдин тўхтатишга мажбур бўлганда (ёмон комплаентлик ёки соматик сабабларга кўра) препарат дозасини босқичма-босқич камайтириш йўли билан бекор қилиш тавсия этилади. Дозани камайтириш даври камида 4-6 ой давом этиши керак.

**Изоҳлар:** Дозани аста-секин камайтириш зарурати бекор қилиш белгилари ривожланиши еҳтимоли билан боғлиқ. Одатда улар транзитор бўлиб, АҚБ қайта тайинланганда тезда бартараф этилади. Препаратнинг антихолинергик хусусиятлари қанчалик юқори бўлса, қўлланиладиган доза қанчалик юқори бўлса ва қабул қилиш даври қанчалик узоқ бўлса, уларнинг ривожланиш хавфи шунчалик юқори бўлади.

Янги авлод АҚБ орасида бекор қилиш аломатлари венлафаксин ва ярим чиқарилиш даври қисқа бўлган СИОЗС (масалан, пароксетин\*\*) учун энг хос бўлиб, флуоксетин\*\* учун камроқ хосдир.

ЦАни тўсатдан тўхтатиш холинергик "қайтиш" феноменини келтириб чиқариши мумкин (гриппсимон ҳолат, миалгия, қоринда хуружсимон оғриқлар).

Узоқ муддатли профилактик терапия олаётган беморлар қайталанишнинг ерта белгиларини аниқлаш ва уларни ўз вақтида бартараф этиш, терапиянинг мумкин бўлган ножўя таъсирларини кузатиш ва дори-дармонларни қабул қилиш режимига риоя қилиш, беморни даволанишни давом еттиришга ундашга қаратилган психотерапевтик чора-тадбирларни амалга ошириш, шунингдек, психотравматик вазиятлар юзага келганда ёрдам кўрсатиш мақсадида шифокорнинг мунтазам кузатувиغا муҳтож.

Иккиламчи профилактик терапиянинг асосий қоидалари:

- бемор билан узоқ муддатли терапиянинг қайталаниш хавфи билан таққосланган афзалликлари ва камчиликларини муҳокама қилиш;
- рецидивнинг дастлабки белгиларини аниқлаш ва уларни ўз вақтида бартараф этиш мақсадида бемор билан алоқа ўрнатиш;
- қайталаниш хавфини камайтириш учун соғлом турмуш тарзи дастурини ишлаб чиқиш;
- беморга реабилитация тадбирларини режалаштириш ва амалга оширишда ёрдам бериш; коморбид касалликлар ва рухий-ижтимоий стресслар юзага келганда даволаш режасини қайта кўриб чиқиш;
- депрессив симптоматиканинг қайталанишини ерта аниқлаш мақсадида фаол динамик кузатув олиб бориш;
- қайталанишнинг олдини олиш учун психотерапевтик усуллардан фойдаланиш
- профилактик фармакотерапия ўтказиш.

## 6. ТИББИЙ ЁРДАМ КўРСАТИШНИ ТАШКИЛ ЕТИШ

ГПП	Енгил ва ўрта даражадаги депрессив эпизод билан оғриган беморларни ўз жонига қасд қилиш хавфи бўлмаганда (ўз жонига қасд қилиш хавфи паст) даволаш психоневрологик диспансернинг (диспансер бўлими, кабинет) амбулатория шароитида ўтказилиши тавсия етилади [27].
ГПП	Қариндошларидан алоҳида яшайдиган ёлғиз беморларда ўртача даражадаги депрессив эпизод билан оғриган беморларни даволаш, ҳолатнинг кэскин ўзгариши ва ўз жонига қасд қилиш фикрларининг пайдо бўлиш хавфи юқорилигини ҳисобга олган ҳолда, руҳий касалликлар шифохонаси ёки ярим шифохона шароитида ўтказиш тавсия етилади [27].
ГПП	Психотик аломатларсиз ёки психотик аломатлар билан оғир даражадаги депрессив эпизод билан оғриган беморларни, шунингдек, депрессиянинг оғирлигидан қатъи назар, ўз жонига қасд қилиш хавфи юқори бўлган беморларни даволаш психиатрия шифохонаси шароитида амалга ошириш тавсия етилади [27].
ГПП	Беморларни руҳий касалликлар шифохонасидан ёки ярим шифохонадан чиқаришни тўхтатувчи терапия босқичи муваффақиятли яқунлангандан ва симптоматик ремиссия ўрнатилгандан сўнг амалга ошириш тавсия етилади [27].
ГПП	Симптоматик ремиссияга еришган беморларга психоневрологик диспансер (диспансер бўлими, кабинет) нинг амбулатор шароитида барқарорлаштирувчи ва профилактик терапия ўтказиш тавсия етилади [27].

## 7. ҚЎШИМЧА МАЪЛУМОТЛАР (ЖУМЛАДАН, КАСАЛЛИК ЁКИ ҲОЛАТНИНГ ОҚИБАТИГА ТАЪСИР ЕТУВЧИ ОМИЛЛАР).

### 7.1 Ҳомиладорлик ва унга тайёргарлик даврида депрессия билан оғриган беморларни бошқариш бўйича тавсиялар.

Ҳомиладорларга психофармакологик воситаларни фақат қатъий клиник кўрсатмалар бўйича: ҳомиладорлар ва туғувчи аёлларнинг соматик ҳолатини оғирлаштирадиган хавотир, қўзғалиш, уйку ва иштаҳанинг бузилиши билан ифодаланган аффектив кўринишларда, ўз жонига қасд қилиш фикрлари ва мойилликларида тавсия етилади.

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. М.: Медицина, 1988; 528 с.
2. Авруцкий Г.Я., Недува А.А., Мощевитин С.Ю. и соавт. Применение электросудорожной терапии (ЭСТ) в психиатрической практике. Методические рекомендации. М., 1989; 42 с.
3. Алексеева Д.Н., Ларских М.В. Патопсихологическое обследование как диагностический инструмент врача-психиатра. Прикладные информационные аспекты медицины. 2014. Т. 17. № 1. С. 8-13.
4. Вернекина Н.С., Картелишев А.В., Игельник М.В. Лазеротерапия в комплексном лечении психически больных. Социальная и клиническая психиатрия 1994; №4: с.125-130.
5. Вовин Р.Я., Аксенова И.О. Затяжные депрессивные состояния. Л.: Медицина, 1982; 191 с.
6. Ильин С.А., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н. Сравнительная эффективность и переносимость циклической транскраниальной магнитной стимуляции и электросудорожной терапии при затяжных, терапевтически резистентных депрессиях. Социальная и клиническая психиатрия 2008; №2: с. 73-80.
7. Каримулаев И.А., Калинин В.В., Мосолов С.Н. Применение метода адаптации к периодической нормобарической гипоксии в лечении фармакорезистентных депрессий. В книге: Новые достижения в терапии психических заболеваний. /ред. С.Н. Мосолов/. - М., 2002; с. 579-592.
8. Кекелидзе З.И., Тваладзе М.Г., Чечелашвили А.П. и соавт. Роль и место инфузий облученной ультрафиолетом аутокрови в лечении депрессивных состояний. Социальная и клиническая психиатрия 1993; №3: с. 88-94.
9. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина 2011.
10. Куташов В.А., Припутневич Д.Н., Саблина Л.А., Склярова А.В. Распространенность депрессивных расстройств среди больных гипотиреозом // Прикладные информационные аспекты медицины. - 2014. - Т. 17. - №1. - С. 85-86.
11. Мазо Г.Э. Терапевтически резистентные депрессии: подходы к терапии. Социальная и клиническая психиатрия 2004; №4 (14): с. 59-65.
12. Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г. Терапевтически резистентные депрессии. СПб.: Береста, 2012; 448 с.
13. Масалова О.О., Сапронов Н.С. Тиреоидные гормоны и депрессия//Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. -2004. -Т. 3, № 2. -С. 2-9.
14. Малин Д.И. Плазмаферез в психиатрии и наркологии. М.: Спутник, 1997; 143 с.
15. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Санкт-Петербург, 1994; 300 с.
16. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. Медицинское информационное агентство. СПб., 1995; 566 с.
17. Мосолов С.Н. Современные биологические гипотезы рекуррентной депрессии (обзор). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2012; т. 112, № 11-2: с. 29-40.
18. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Ладыженский М.Я. Алгоритм биологической терапии острого эпизода рекуррентного депрессивного расстройства. Современная терапия психических заболеваний 2016; №3: с.27-40.
19. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Сердитов О.В. Серотониновый синдром при лечении депрессии. Международный журнал медицинской практики 2000; № 8: с. 28-33.
20. Anderson I.M. Meta-analytical studies on new antidepressants. Br Med Bull 2001; 57: 161-178.
21. Anderson I.M. Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. J Affect Disord 2000; 58: 19-36.
22. Anderson I.M., Nutt D.J., Deakin J.F. Evidence-based guidelines for treating depressive

- disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines. *British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol* 2000; 14, 1: 3-20.
23. Aronson R., Offman H. J., Joffe R.T. et al. Triiodothyronine augmentation in the treatment of refractory depression. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53 (9): 842-848.
24. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):1425.
25. Baghai T.C., Blier P., Baldwin D.S. et al. General and comparative efficacy and effectiveness of antidepressants in the acute treatment of depressive disorders: a report by the WPA section of pharmacopsychiatry. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2010; 261 Suppl 3: 207-245.
26. Ballesteros J., Callado L.F. Effectiveness of pindolol plus serotonin uptake inhibitors in depression: a meta-analysis of early and late outcomes from randomised controlled trials. *J Affect Disord* 2004; 79 (1-3): 137-147.
27. Bauer M., Baur H., Berghofer A. et al. Effects of supraphysiological thyroxine administration in healthy controls and patients with depressive disorders. *J Affect Disord* 2002; 68 (2-3): 285-294.
28. Bauer M., Dopfmer S. Lithium augmentation in treatment-resistant depression: metaanalysis of placebo-controlled studies. *J Clin Psychopharmacol* 1999; 19 (5): 427-434.
29. Bekhuis E, Boschloo L, Rosmalen JG, Schoevers RA. Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms. *J Psychosom Res*. 2015;78(2):116-22.
30. Bersani F.S., Minichino A., Enticott P.G. et al. Deep transcranial magnetic stimulation as a treatment for psychiatric disorders: a comprehensive review. *Eur Psychiatry* 2013; 28 (1): 30-9.
31. Bretlau L.G., Lunde M., Lindberg L. et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) in combination with escitalopram in patients with treatment-resistant major depression: a double-blind, randomised, sham-controlled trial. *Pharmacopsychiatry* 2008; 41 (2): 41-47.
32. Bschor T., Baethge C. No evidence for switching the antidepressant: systematic review and meta-analysis of RCTs of a common therapeutic strategy. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 121 (3): 174-179.
33. Carpenter L.L., Yasmin S., Price L.H. A double-blind, placebo-controlled study of antidepressant augmentation with mirtazapine. *Biol Psychiatry* 2002; 51 (2): 183-188.
48. Cipriani A., Furukawa T.A., Salanti G. et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2009; 373 (9665): 746-758.
34. Cole M.G., Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160 (6): 1147-56.
35. Connolly K.R., Thase M.E. If at first you don't succeed: a review of the evidence for antidepressant augmentation, combination and switching strategies. *Drugs* 2011; 71 (1): 43-64.
36. Cowen P.J. Pharmacological management of treatment-resistant depression. *Advances in Psychiatric Treatment* 1998; 4: 320-327.
37. Daban C., Martinez-Aran A., Cruz N. et al. Safety and efficacy of Vagus Nerve Stimulation in treatment-resistant depression. A systematic review. *J Affect Disord* 2008; 110 (1-2): 1-

15.

38. de Jonghe F., Hendricksen M. et al. Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 37-45.