

<b>Xəstəlik sinifi (XBT-10)</b>	<b>F- Psixi pozuntular və davranış pozuntuları</b>
---------------------------------	--

<b>İlkin versiyanın tərtibatçı (İSİM)</b>	<b>Yusifova B.</b>
---	--------------------

<b>XBT-10 rubrikası</b>	<b>Xəstəliklər</b>
F32	Depressiya epizodu
F32.0	Yüngül depressiv epizod
F32.1	Orta depressiv epizod
F32.2	Psixotik əlamətlərsiz ağır depressiv epizod
F32.8	Digər depressiv epizodlar
F32.9	Müəyyənləşdirilməmiş depressiv epizod

## **Müalicə**

1. Medikamentoz müalicə orta ifadəli və ya ağır depressiya diaqnozu qoyulan pasiyentlərə təyin edilməlidir. Depressiyanın yüngül mərhələsində medikamentoz müalicənin faydasının onun təhlükəsindən geridə qaldığını nəzərə alaraq, medikamentlərin ilkin təyini tövsiyə edilmir. Belə hallarda həkim 2 həftə pasiyentin halını diqqətlə müşahidə etməli və qeyrimedikamentoz müdaxilə həyata keçirməlidir (əvvəlki bölməyə bax).
2. Yüngül depressiya mərhələsində olan pasiyentlərə dərman preparatları, qeyri-medikamentoz müdaxilələrin effektiv olmaması, yaxud keçmişdə orta və ya ifadə olunmuş depressiya epizodlarının yaşanması hallarında, depressiyanın psixososial amil və ya somatik patologiya ilə əlaqədar olduğu təqdirdə təyin olunur. Belə hallarda yüngül depressiyanın medikamentoz müalicəsi orta ifadəli və ağır depressiyada olduğu kimi aparılır.
3. Antidepressantın seçimi pasiyentin xəstəlik tarixi, ailə anamnezi, preparatın əlavə təsiri və təhlükəsizlik profili ilə müəyyənləşdirilir. Məsələn: Əgər xəstə hər hansı bir preparata

“müsbət” reaksiya veribsə, bu preparatın gələn dəfə də effektiv olacağı ehtimalı var. Əgər pasiyentin hər hansı bir preparata həssas olan qohumu varsa, bu təqdirdə o həmin preparata həssas ola bilər. Preparatın klinik profil özəllikləri də seçimi müəyyənləşdirə bilər. Məsələn: Əsasən həyəcan şikayətləri olan xəstələr böyük sedativ effekti olan antidepressantlara (venlafaxine), tormozlanma müşahidə edilən xəstələr isə stimullaşdırıcı təsirə malik antidepressantlara (fluoxetine) müsbət reaksiya verə bilərlər.

4. Depressiya zamanı ilkin seçilən preparatlara serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru (SSRI) – fluoxetine, sertraline, escitalopram və serotoninin və noradrenalinin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru (SNRI) venlafaxine və duloxetine aiddir

5. İlk depressiv epizod yaşayan pasiyentlərə bu preparatlardan biri başlanğıc dozada təyin edilməlidir.

6. Depressiya simptomlarını qeyri-effektli üsullarla, məsələn vitamin inyeksiyaları, homeopatik vasitələr və ya infuzion terapiya ilə müalicə etmək olmaz.

7. SSRI və SNRI-nin qəbulunun əlavə təsirlərinə görə dayandırılması halı çox az ehtimalla xarakterizə olunur . Bir çox insanlar üçün SSRI və SNRI-nin qəbulunda ən xoşagəlməz əlavə təsir aşağıdakılardır:

✓ cinsi disfunksiyadır (anorqazmiya, libidonun azalması və ya erektil və ejakulyator disfunksiya).

✓ mədə-bağırsaq pozuntuları və çəkinin artması daha az təsadüf olunan əlavə təsirlərdir.

8. Dərmanlarla qarşılıqlı təsir, o cümlədən qaraciyərin P450 sitoxrom fermentlərində olan dəyişikliklər SSRI və SNRI üçün hipotetikdir və bir çox hallarda onlar digər preparatlarla eyni vaxtda istifadə oluna bilərlər.

9. Serotonin sindromunun yaranma riski ilə əlaqədar olaraq ilkin səhiyyə mütəxəssisləri eyni vaxtda 2 və daha artıq antidepressant və ya antidepressantı digər seratoninergik aktivliyə malik olan preparatlar (tərkibində dekstrometorfin, tramadol olan preparatlar) ilə birgə təyin etməməlidir.

10. Serotonin sindromu yarandıqda aşağıdakı simptomlar müşahidə edilir:

✓ miokloniya,

✓ diareya (ishal)

✓ hiperrefleksiya

✓ diqqət cəmləmənin pozulması

✓ temperaturun yüksəlməsi

✓ hiperhidroz

- ✓ arterial təzyiqin dəyişməsi
- ✓ ürəkbulanma və qusma (Əlavə 5) göstərilən potensial təhlükəli reaksiyanın – serotonin sindromunun inkişafına gətirib çıxara bilər

11. Serotonin sindromu antidepressantın dozanın azaldılması və ya preparatın qəbulunun dayandırılmasından sonra çox vaxt 24 saat ərzində aradan qalxan, geri dönməlidir. Ağır hallarda simptomatikanın ifadəliliyini azaltmaq üçün serotonin reseptorlarının qeyri-spesifik antaqonistlərindən olan Metiserqid və Siproheptadindən (peritol) və həmçinin də 5-HT<sub>1A</sub> reseptorunun blokatoru hesab edilən Propranololdan istifadə etmək tövsiyə edilir.

12. SSRI və SNRI-nin monoaminoksidazanın (MAO) dönmə və dönməyən inhibitorları ilə birgə istifadəsi yolverilməzdir.

13. Antidepressantların terapevtik təsirinin dərhal üzə çıxmadığını nəzərə alsaq, klinik ifadəli təşviş və/ və ya təlaşla müşayiət olunan depressiya yaşayan xəstələrə antidepressantlarla eyni zamanda anksiolitiklərin (kiçik trankvilizator) təyini də məqsədəuyğundur (Buspiron, Hidroksizin). Daha ifadə olunmuş sedativ təsire malik olan (Alprozolam, Lorazepam, Klonozepam) benzodiazepin trankvilizatorlarının istifadəsinə böyük diqqətlə yanaşmaq və onları qısa müddətə (2 həftədən çox olmayaraq) təyin etmək lazımdır.

14. Trankvilizatorların əksəriyyəti depressiya zamanı yuxuculluğu gücləndirə və fikri cəmləmə qabiliyyətini zəiflədə bilər. Bu səbəbdən də xüsusilə nəqliyyat vasitələrini idarə edən pasiyentlər bu effektlərə dair məlumatlandırılmalıdırlar.

15. Müalicənin ilk ayında 2 həftədə 1 dəfədən az olmayaraq terapevtik monitorinq həyata keçirmək lazımdır. Ağır depressiya zamanı monitorinqlər daha tez-tez keçirilməlidir. Monitorinq zamanı ehtimal olunan əlavə təsirlərə, intihar cəhdlərinə, təşviş və təlaşın yaranması və güclənməsinə, həmçinin həkimin göstərişlərinə xəstənin necə əməl etməsinə nəzarət etmək lazımdır. Müalicə rejiminə və həkim göstərişlərinə riayət etmək müalicədə əsas (aparıcı) faktordur.

16. Həkim göstərişlərinə riayət etməyə, pasiyenti aşağıdakılara dair məlumatlandırmaqla nail olmaq olar:

- ✓ Terapiyanın ilkin hissə olacaq nəticələri (səmərəsi) 2 həftədən tez olmayaraq meydana çıxma bilər. Lakin depressiyanın öhdəsindən gəlmək üçün daha uzun müddət tələb olunur.

- ✓ Əlavə təsirlər terapiyanın müsbət təsirini qabaqlaya bilər və onlar adətən əlavə tədbirlər aparılmadan keçib gedirlər.

- ✓ Uğurlu müalicə dozanın dəyişdirilməsini və ya digər antidepressantın təyini tələb edə bilər.
  - ✓ Terapiya əhval-ruhiyyənin yaxşılaşmasından sonra 6 aydan az olmayaraq hələ davam etdiriləcək.
  - ✓ Dərman preparatı həkimin göstərişinə əsasən ardıcıl formada qəbul olunmalıdır. Müalicə rejiminə riayət edilməməsi depressiv simptomların kəskinləşməsinə və ya yeni epizodun inkişafına gətirib çıxara bilər.
  - ✓ Müalicə ilə bağlı bütün məsələlərə dair həkimlə məsləhətləşmək lazımdır.
17. SSRI və SNRI-nin standart dozasının terapevtik effektinin kifayət qədər olmadığı təqdirdə və əlavə təsirlərin yoxluğu zamanı preparatın ilkin dozası tədricən artırıla bilər.
18. Müalicənin başlanmasından sonra, 4 həftə ərzində standart dozada preparat qəbul edildiyi halda terapevtik effektin olmaması, terapiyanın əvvəlində olmayan və əhəmiyyətsiz (cüzi) dərəcədə ifadə olunan depressiv simptomatikanın artması və ya intihar tendensiyasının güclənməsi və ya əlavə təsirlərin kəskinləşməsi zamanı başqa SSRI və ya SNRI təyin etmək lazımdır.
19. İlk səhiyyə sisteminin həkimləri tritsiklik antidepressanlar (TSA), MAO-nun dönməyən inhibitorlarını, iki antidepressantla uyğunlaşdırılmış terapiyanı, antidepressantla antipsixotik, və ya əhval stabilizatorlarının kombinasiyasını təyin etməməlidirlər. Bu cür təyinatlar yalnız mütəxəssis psixiatr tərəfindən verilə bilər.
20. Antidepressantlarla aparılan terapiyanın davamlılığı, birinci epizodda remissiya əldə olunandan sonra altı aydan, ikinci epizodda isə iki ildən az olmamalıdır.
21. Qeyri-məhdud zaman kəsiyində istifadə olunan antidepressantlı, dəstəkləyici terapiya üçüncü epizoddan və ya ifadə olunmuş ağırlıq dərəcəsi, intihar cəhdləri, psixoz, uzunmüddətli depressiv epizodlarla müşayiət olunan ikinci epizoddan və ya 60 yaşından sonra təyin olunmalıdır. Müalicənin fəal fazasından fərqli olaraq dəstəkləyici terapiya zamanı antidepressantların daha az terapevtik dozalarından istifadə etmək olar.
22. Dərman qəbulunun kəsilməsi sindromunun yaranma ehtimalı ilə əlaqədar olaraq terapiyanın dayandırılması prosesi dozanın iki həftə ərzində tədricən azaldılması yolu ilə aparılmalıdır. Pasiyentlər dərman qəbulunun müstəqil formada (həkimlə məsləhətləşmədən) dayandırılmasının yolverilməzliyinə dair məlumatlandırılmalıdırlar. Həkim müalicənin dayandırılması qərarını qəbul edərkən əvvəlcədən pasiyentin psixi halını müayinə etməlidir.
23. İxtisaslaşdırılmış yardım səviyyəsinə göndəriş aşağıdakı hallarda

həyata keçirilməlidir:

✓ İntihar təhlükəsi və ya xəstənin öz tələbatlarına etinasız yanaşması

✓ Ağır və ya psixotik depressiya inkişafı zamanı

✓ 8 həftə ərzində müalicənin rezistentliyi

✓ Pasiyentin alkohol və narkotik maddələrdən istifadəsi

✓ Maniakal və ya qarışıq epizodun mövcudluğuna dair məlumatların əldə olunması ilə əlaqədar ilkin diaqnozun dəyişdirilməsi

✓ Şəxsiyyət pozuntusu daxil olmaqla komorbid psixi pozuntunun mövcudluğu zamanı

✓ İlkin tibbi yardım şəraitində arzu olunan nəticənin əldə edilməsinin mümkünsüzlüyü zamanı

24. İlkin səhiyyə sisteminin həkimi mütəxəssis yanına göndəriş verərkən depressiv pozuntunun davamlılığı, ağırlıq dərəcəsi və dinamikası, intihar tendensiyaları və ətrafdakılara təhlükə, davam edən və öncədən aparılan müalicə haqqında məlumat təqdim etməlidir. Bundan əlavə mütəxəssisdən tələb olunan yardımı da qeyd etmək lazımdır (konsultasiya, ilkin səhiyyə sistemində və ya hospitalizasiya daxil olmaqla psixiatrik müəssisədə ümumi müalicə).

## Ədəbiyyat

1. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder Second Edition Washington DC 2010, www.psych.org
2. American Psychological Association. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts American Psychological Association Guideline Development Panel for the Treatment of Depressive Disorders Adopted as APA Policy Feb. 16, 2019
3. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. Can J Psychiatry. 2016 Sep;61(9):540-60. doi: 10.1177/0706743716659417. Epub 2016 PMID: 27486148; PMCID: PMC4994790.
4. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. Clinical

Practice Guideline for the Management of Major Depressive Disorder. Washington, D.C.: U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense; 2016.

<https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/VADoDMDDC PGFINAL82916.pdf>

5. National Institute for Health and Clinical Excellence: Clinical Guideline 23 (amended) Depression: management of depression in primary and secondary care April 2010 Updated 2020

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guideline-pdf4840934509>

6. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders: major depression summary. Med J Aust. 2018 Mar 5;208(4):175-180. doi: 10.5694/mja17.00659. PMID: 29490210

7. World Health Organization. (2016). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP), version 2.0. World Health Organization.

<https://app.who.int/iris/handle/10665/250239>

8. World Health Organization. (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision).

Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

9. N.Ə. Əliyev, F.İ. Məmmədova, M.Z. Sultanov Əsas Psixiatrik Reyting (Psixometrik) Cədvəllərinin Toplumu Bakı, 2009