

ბუნება-ბანაობის (ავექტური)
აულოლობა

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

გუნება-განწყობის (აფექტური) აშლილობა

გუნება-განწყობის (აფექტური) აშლილობა ხასიათდება დათრგუნვის – დეპრესიის ან აწევის – ეიფორიის, მანიის პათოლოგიური გრძნობით და ერთმანეთისაგან განცალკევებული აფექტური (დეპრესიული, მანიაკალური, შერეული და ა. შ) ეპიზოდების მონაცვლეობით. (1)

დეპრესიული ეპიზოდი (1, 3-5, 8, 13-15, 18, 152)

(პროტოკოლი)

1. დეფინიცია (1, 8, 18)

დეპრესიული სინდრომი (სინონიმები: დეპრესია, მელანქოლია) – დათრგუნული გუნება-განწყობა, იდეატორული და მოტორული აქტივობის რეტაცია (ე. წ. დეპრესიული ტრიადა) შერწყმული სომატო-ვეგეტატიურ აშლილობებთან.

ტიპური დეპრესიული სინდრომის მრავალფეროვნება ძირითადად დეპრესიული ტრიადის ამა თუ იმ კომპონენტის ან ცალკეული სიმპტომის დომინირებაზეა დამოკიდებული, ხოლო მის სტრუქტურაში ჰეტეროგენური ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომების აღმოცენება აფართოვებს დეპრესიულ სინდრომთა სპექტრს და აყალიბებს ატიპურ დეპრესიულ სინდრომებს.

დეპრესიული სინდრომებია:

- კლასიკური დეპრესია („ტრიადა“);
- შფოთვიანი, აჟიტირებული დეპრესია, აგზნების პიკია დეპრესიული რაპტუსი – **Raptus melancholicus**;
- ასთენიური დეპრესია;
- აღინამიური დეპრესია;
- ცრემლიანი დეპრესია;
- დისფორეული (მოწუწუნე, ბოღმიანი) დეპრესია;
- აპათიური დეპრესია, რომლის კულმინაციაა დეპრესიული სტუპორი;
- ანესთეზიური დეპრესია – გართულების შემთხვევაში ვითარდება ფსიქიკური ანესთეზია – **Anaesthezia psychica dolorosa**;
- დეპრესია დეპერსონალიზაციით და დერეალიზაციით;
- დეპრესია აკვიატებებით;
- იპოქონდრიული დეპრესია;
- შენიღბული ანუ ლარვირებული, ლატენტური, ფარული, სომატიზირებული;
- დეპრესიულ-ბოდვითი სინდრომი;
- დეპრესიულ-პარანოიდული სინდრომი;

დეპრესიული სინდრომი ასევე შეიძლება დამძიმდეს ცნობიერების ონეროიდული შეცვლით, ჰალუცინაციებით და ფსევდოჰალუცინაციებით, ფსიქიკური ავტომატიზმებით და სხვა.

2. დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები (18)

F 32 დეპრესიული ეპიზოდი

F 32.0; F 32.1; F32.2; F32.3 რუბრიკაში დეპრესიული ეპიზოდის დიაგნოსტიკისას აუცილებელი პირობაა:

- დეპრესიული მდგომარეობის ხანგრძლივობა უნდა იყოს არა ნაკლები 2 კვირისა;
- ანამნეზში არ უნდა იყოს მანიაკალური ან ჰიპომანიაკალური ეპიზოდები;
- ეპიზოდი არ უნდა უკავშირდოდეს ფსიქოაქტიური ნივთიერების მიღებას, სხვა ფსიქოტროპულ ან სომატურ აშლილობას.

ძირითადი კრიტერიუმებია:

- გუნება-განწყობის დაქვეითება;
- ინტერესების და სიამოვნების მიღების უნარის დაკარგვა;
- ენერჯის დაქვეითება აქტივობის დაქვეითებით და დაღლილობის გრძნობა.

დამატებითი კრიტერიუმებია:

- ყურადღების კონცენტრირების უნარის დაქვეითება;
- თვითრწმენისა და თვითშეფასების დაქვეითება;
- თვითბრალდების და თვითდამცირების დაუსაბუთებელი იდეები;
- მომავლის ბუნდოვანი და პესიმისტური ხედვა;
- ხშირი, განმეორებადი აზრი ან ქმედება თვითდაზიანებისა და თვითმკვლელობის მიზნით;
- ძილის დარღვევა;
- მადის დაქვეითება.

დეპრესიის ტიპური სიმპტომები:

- დაქვეითებული გუნება-განწყობა ნაკლებად იცვლება გარეგანი ფაქტორების ზეგავლენით და იკავებს დღის უმეტეს ნაწილს;
- ხასიათდება ცირკადულობით;
- შესაძლებელია შფოთვა უიმედობა და აჟიტაცია უფრო მეტად იყოს გამოხატული, ვიდრე დეპრესია.

გუნება-განწყობის დაქვეითება შესაძლებელია შენიღბული იყოს დამატებითი სიმპტომებით:

- გამღიზიანებლობით;
- ალკოჰოლის (ფსიქოაქტიური ნივთიერებების) ჭარბი მოხმარებით;
- ისტერიულობით;
- ობსესიურ-კომპულსიური სიმპტომებით;
- * სომატო-ვეგეტატიური სიმპტომებით.

განსაკუთრებული კლინიკური მნიშვნელობა აქვს დეპრესიის სომატო-ვეგეტატიურ ანუ “მელანქოლიის” ნიშნებს:

- ჩვეულებრივ მისთვის სასიამოვნო საქმიანობისადმი ინტერესის და სიამოვნების მიღების უნარის დაკარგვა – ანჰედონია;
- ემოციური რეაქტიულობის დაკარგვა გარემოსა და მოვლენებზე;
- დილით ჩვეულ დროზე ადრე გამოღვიძება (>2 საათით);
- დეპრესია უფრო მძიმეა დილაობით;
- მადის მკვეთრი დაქვეითება;
- წონაში დაკლება – ბოლო ერთი თვის მანძილზე 5%-ით;
- ობიექტური მონაცემები მკვეთრად გამოხატულ შეკავებაზე ან აჟიტაციაზე;
- ლიბიდოს დაქვეითება;
- ფსიქომოტორული შეკავება ან აჟიტაცია.

F 32.0 მსუბუქი დეპრესიული ეპიზოდი

დიაგნოსტიკური მითითება:

კლინიკურ სურათში წარმოდგენილი უნდა იყოს:

- დეპრესიის მინიმუმ ორი ძირითადი კრიტერიუმი
- და ორი დამატებითი კრიტერიუმი მაინც
- არც ერთი სიმპტომი არ უნდა იყოს გამოხატული ღრმა ხარისხში;
- დეპრესიული ეპიზოდის ხანგრძლივობა უნდა იყოს არანაკლები 2 კვირა.

ტიპიური სიმპტომებია:

- გუნება-განწყობის დაქვეითება;
- ინტერესების დაკარგვა და ანჰედონია;
- იოლი დაღლა.

მე-5 ნიშანის გამოყენება შესაძლებელია სომატური სინდრომის აღსანიშნავად:

FXX. X0 – სომატური სიმპტომების გარეშე;

FXX. X1 – სომატური სიმპტომებით

- აკმაყოფილებს მსუბუქი დეპრესიული ეპიზოდის კრიტერიუმებს;
- და თან ახლავს 4 ან მეტი სომატური სიმპტომი ან
- თან ახლავს 2 ან სამი მძიმე სომატური სიმპტომი.

მსუბუქი დეპრესიული ეპიზოდის დროს, მიუხედავად სიმკვრივისა შენარჩუნებულია ფსიქოსოციალური ფუნქციონირება.

F32. 1 – ზომიერად გამოხატული დეპრესიული ეპიზოდი

დიაგნოსტიკური მითითება:

- ძირითადი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ორის არსებობა;
- ძირითად კრიტერიუმებთან ერთად 4-5 დამატებითი კრიტერიუმის არსებობა

მე-5 ნიშანის გამოყენება შესაძლებელია სომატური სინდრომის აღსანიშნავად:

FXX. X0 – სომატური სიმპტომების გარეშე;

FXX. X1 – სომატური სიმპტომებით

- აკმაყოფილებს ზომიერი დეპრესიული ეპიზოდის კრიტერიუმებს;
- და თან ახლავს 4 ან მეტი სომატური სიმპტომი ან
- თან ახლავს 2 ან 3 მძიმე სომატური სიმპტომი.

ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირება ზომიერი დეპრესიული ეპიზოდის დროს მნიშვნელოვნად გაძნელებულია.

F32. 2 მძიმე დეპრესიული ეპიზოდი ფსიქოზური სიმპტომების გარეშე

მნიშვნელოვნადაა გამოხატული:

- მოუსვენრობა და აჟიტაცია ან შესაძლებელია შეკავება;
- საკუთარი არასრულფასოვნების, თვითდანაშაულის და თვითბრალდების აზრები;
- მაღალია სუიციდური რისკი;
- მუდმივია სომატო-ვეგეტატიური სიმპტომები.

დიაგნოსტიკური მითითება:

- საერთო სამი ძირითადი კრიტერიუმიდან სამივე არსებობს;
- ძირითად კრიტერიუმებთან ერთდროულად არსებობს არანაკლები 4 დამატებითი კრიტერიუმი, რომელთაგან ნაწილი მძიმე ხარისხით უნდა იყოს წარმოდგენილი;
- დეპრესიული ეპიზოდი უნდა გრძელდებოდეს არანაკლები 2 კვირა;
- მწვავე დასაწყისის და სიმპტომების განსაკუთრებული სიმძიმისას, დასაშვებია მძიმე დეპრესიული ეპიზოდის დიაგნოსტიკა 2 კვირაზე ადრე.

მძიმე დეპრესიული ეპიზოდის დროს ავადმყოფის ფსიქოსოციალური ფუნქციონირება მკვეთრად შეზღუდულია.

F32. 3 მძიმე დეპრესიული ეპიზოდი ფსიქოზური სიმპტომებით

დიაგნოსტიკური მითითება:

- შეესაბამება მძიმე დეპრესიული ეპიზოდის (F32. 2), კრიტერიუმებს, რომელსაც თან ერთვის:
- ბოღვითი იდეები, უფრო ხშირად თვითბრალდების, თვითდანაშაულის ცოდვიანობის, დანაკლისის;
- სმენითი ან ყნოსვითი ჰალუცინაციები – ხმები, რომლებიც ადანაშაულებენ და შეურაცხყოფას აყენებენ ან გახრწნილი ხორცის და სიბინძურის სუნი;
- დეპრესიული სტუპორი – მძიმე მოტორული შეკავება შეიძლება სტუპორში გადაიზარდოს.

თუ არსებობს ამის საჭიროება, ბოღვა და ჰალუცინაცია შეიძლება განისაზღვროს, როგორც

F32. 30 _ წამყვანი აფექტის კონგრუენტული ან

F32. 31 წამყვანი აფექტის არაკონგრუენტული

F33. რეკურენტული დეპრესიული აშლილობა

ძირითადი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებია:

- დეპრესიის განმეორებადი ეპიზოდები (მსუბუქი – **F32.0**; ზომიერი – **F32.1**; ან მძიმე – **F32.2**);
- მანიაკალური ეპიზოდების (**F30.1 ; F30.2**), არარსებობა ანამნეზში;
- დასშვებია ანამნეზში ჰიპომანიაკალური ეპიზოდის **F30.0**-ის არსებობა, თუ ის მოყვება უშუალოდ დეპრესიულ ეპიზოდს და შესაძლებელია თიმოანალექტიური მკურნალობის შედეგი იყოს.

დამატებითი კრიტერიუმებია:

- პირველი დეპრესიული ეპიზოდი ვითარდება უფრო გვიან, ვიდრე ბიპოლარული დეპრესიის დროს, შუა ხნის ასაკში;
- ეპიზოდის ხანგრძლივობა არის 3 –12 თვე (საშუალოდ 6 თვე);
- დეპრესიული ეპიზოდი უმეტესად გამოჯანმრთელებით მთავრდება;
- იშვიათად, განსაკუთრებით მოხუცებში, იღებს ქრონიკულ ხასიათს;
- ნებისმიერი სიძლიერის ცალკეული ეპიზოდი, ხშირად სტრესული სიტუაციით არის პროვოცირებული;
- 2-ჯერ უფრო ხშირია ქალებში.

დიაგნოსტიკური მითითება:

- უნდა აკმაყოფილებდეს რეკურენტული დეპრესიული აშლილობის კრიტერიუმებს;
- მიმდინარე ეპიზოდი აკმაყოფილებს დეპრესიული ეპიზოდის კრიტერიუმებს შესაბამისად: **F33.0 _ F32.0; F33.1 _ F32.1; F33.2 _ F32.2; F33.3 _ F32.3**;
- წარსულში უნდა იყოს, არანაკლები ორი კვირის ხანგრძლივობის, სულ მცირე ორი ეპიზოდი და მათ შორის რამდენიმე თვე ინტერვალი რაიმე მნიშვნელოვანი დარღვევის გარეშე.

F34.1 დისტიმია

ძირითადი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებია:

- ქრონიკული დეპრესიული გუნება-განწყობა;
- მოცემულ მომენტში დეპრესია სიძლიერით ვერ აკმაყოფილებს რეკურენტული დეპრესიული აშლილობის კრიტერიუმებს.

F38.10 ხანმოკლე რეკურენტული დეპრესიული აშლილობა

ხანმოკლე დეპრესიული ეპიზოდები, აღმოცენებული, ბოლო წლის განმავლობაში, დაახლოებით თვეში ერთხელ. თითოეული ეპიზოდის ხანგრძლივობა არის 2 კვირაზე ნაკლები (ტიპურია 2-3 დღე, სრული გამოჯანმრთელებით), მაგრამ პასუხობს მსუბუქი, ზომიერი ან მძიმე დეპრესიული ეპიზოდის კრიტერიუმებს (**F32.0; F32.1; F32.2**)

3. სიმპტომები და ნიშნები (1, 3, 4, 8)

დეპრესიის კლინიკური ნიშნები, სიმპტომები

- გარეგნულად მოუწესრიგებელი, მოუვლელია, დაშვებულია ტუჩის კუთხეები, შუბლი შეჭმუნულია, მზერა ჩამქრალი, ქუთუთოები დამძიმებული, მხრები ჩამოვარდნილია, თავჩაქინდრული და თვალებდახრილია, ექსტიკულაცია მინიმუმამდეა დაყვანილი, ზოგჯერ კი, სრული ამიმიაა. მიუხედავად ღრმა დეპრესიისა ზოგი ავადყოფი სახეზე ღიმილს ინარჩუნებს;
- გუნება-განწყობა დაქვეითებულია, დომინირებს მელანქოლიური, შფოთვით-ნადვლიანი ან აპათიური აფექტი;
- ვლინდება ზოგადი იდეატორული შეკავება, ასოცირებული პროცესის შენელებით და ე.წ. პესიმისტური, „დეპრესიული აზროვნებით“. დრო შენელებულია და ზოგჯერ გაჩერებულიც;
- გამოსატულია მოტორული შეკავება ან აუიტაცია;
- მეტყველების ტემპი შენელებულია, ხმა დახშული;
- დამახასიათებელია ანჰედონია და
- ბიოლოგიური ანუ სომატო-ვეგეტატიური სიმპტომები:
 - გუნება-განწყობის ცირკადულობა;
 - ძილის დარღვევა;
 - ანორექსია და წონაში დაკლება ან ბუღიმია და სიმსუქნე;
 - შინაგანი გამოფიტვა, იოლი დაღლა, ანერგია;
 - ლიბიდოს დაქვეითება;
 - მრავლობითი სომატური ჩივილები.
- მაღალია სუიციდური რისკი – სუიციდური აზრების, სუიციდური ტენდენციების და დასრულებული სუიციდის მაღალი სიხშირის გამო აუცილებელია სუიციდური რისკის შეფასება. მოტივაცია შეიძლება იყოს სრულიად განსხვავებული, უხშირესად დაუძლეველი სიძნელების გადალახვზე უარის თქმა ან უსასრულო, მოჩვენებითი, მტანჯველი სულერი განცდებისათვის წერტილის დასმის სურვილი.

4. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალური კონსულტაციები (1, 3, 4, 13)

ა) დიაგნოსტიკური შეფასება (18)

- განსაზღვრე არის თუ არა დეპრესია; (13, 14, 152, 153)
- განსაზღვრე ფსიქიკური და ზოგადი სამედიცინო კომორბიდული ფაქტორების არსებობა. (13, 14, 152, 153)

თანმიმდევრული დიაგნოსტიკური შეფასებისას გაითვალისწინე:

- ფსიქიკური აშლილობის, მათ შორის გადატანილი მანიაკალური ან დეპრესიული ეპიზოდის და წარსულში ჩატარებული მკურნალობის სუბიექტური და ობიექტური ისტორია, ასევე მიმდინარე სიმპტომები და მკურნალობის ეფექტურობა; (73, 148, 178-A)
- ზოგადი სამედიცინო ისტორია (148, 178-A);
- ფსიქოპათიური ნივთიერებების მიღებით გამოწვეული აშლილობების ისტორია (101 D);
- პერსონალური ისტორი – მაგ. გენეტიკური ფაქტორი, ადრეული ფსიქო-ფიზიკური განვითარება, მნიშვნელოვან ცხოვრებისეულ ცვლილებებზე რეაგირება (94-D; 44-A)
- სოციალური, პროფესიული და ოჯახური ისტორია (173-C, 44-A);
- პაციენტის მკურნალობის გადასინჯვა (153)
- ფსიქიატრიული დახმარების შესაბამისი დონის შერჩევა(16);
- ფსიქიკური სტატუსის გამოკვლევა (1, 3, 5, 8) (24, 34, 36, 37-A);
- ფიზიკური სტატუსის გამოკვლევა(1 – 4) (178-A):
 - სისხლის საერთო ანალიზი;
 - თირკმლის ფუნქციური სინჯები (შარდოვანას და კრეატინინის განსაზღვრა);
 - ელექტროლიტების კონცენტრაცია სისხლში;
 - ღვიძლის ფუნქციური სინჯები;
 - ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური სინჯები;
 - ეკგ და ეეგ (38, 158-B);
- გამოიყენე სპეციალისტების კონსულტაცია კლინიკური და პარაკლინიკური გამოკვლევების შედეგების შესაბამისად (178-A)
- მიზანშეწონილია გამოიყენო დეპრესიის საკვლევი უნიფიცირებული სკალა დიაგნოზის დაზუსტების და მკურნალობის ეფექტურობის შეფასების მიზნით (153):
 - ბეკის დეპრესიის კითხვარი – **BDI (11, 12)**
 - ჰამილტონის დეპრესიის რეიტინგული სკალა – **HDRS (9, 10)**

ბ) პაციენტის და სხვა პირების უსაფრთხოების შეფასება (1, 3, 13, 152, 153)

- განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს სუიციდური რისკის შეფასებას (დაფა 1);
(29, 89-A)
- თუ პაციენტი ავლენს სუიციდურ ან ჰომიციდურ იდეებს, ინტენციებს ან გეგმებს, საჭიროა უშუალო მეთვალყურეობა;
- თუ რისკი მნიშვნელოვანია, შეიძლება მიზანშეწონილი იყოს ჰოსპიტალიზაცია (16).
- **ყურადღება!**
სუიციდური მცდელობის წინასწარი განჭვრეტის შესაძლებლობა ძალზე მწირია!



დაფა 1. სუიციდური რისკის შეფასებისას საყურადღებო(13, 152, 153):

- სუიციდური ან ჰომოციდური აზრების, ინტენციების ან გეგმების არსებობა;
 - სუიციდური საშუალებების და ამ საშუალებების ლეგალურობის ხარისხის შეაფასება;
 - ფსიქოზური სიმტომების, იმპერატიული ჰალუცინაციების ან ძლიერი შფოთვის და აუიტაციის არსებობა;
 - კომორბიდული ფაქტორების, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების არსებობა;
 - წინა სუიციდური მცდელობის ისტორია და მისი სერიოზულობა;
 - ოჯახის წევრთა შორის ბოლოდროინდელი გამჟღავნებული სუიციდის ისტორია.
- ყურადღება!**
აღნიშნული ფაქტორების არსებობისას მდგომარეობა ფასდება, როგორც მაღალი სუიციდური რისკის მქონე.

ფსიქიატრიული დახმარების დონის შერჩევას გაითვალისწინე:

- კლინიკური მდგომარეობა – სიმპტომების სიმწვავე, კომორბიდული ფაქტორები, სუიციდურობა, ჰომოციდურობა და ფსიქოსოციალური ფუნქციონირების დონე;
- მხარდამჭერი სისტემების ხელმისაწვდომობა;
- პაციენტის უნარი მიიღოს გაცნობიერებული გადაწყვეტილება შეთავაზებული ფსიქიატრიული დახმარების შესაბამისობის, ფსიქიატრთან საიმედო უკუკავშირისა და მკურნალობის დროს თანამშრომლობის შესახებ.

(164-C; 29, 73, 89, 166, 178 - A);

გაითვალისწინე ჰოსპიტალიზაციის საჭიროება, თუ პაციენტი (16):

- სერიოზულ საშიშროებას უქმნის თავის თავს ან ირგვლიმყოფებს – თუ პაციენტი უარს აცხადებს მკურნალობაზე, შეიძლება მისი არანებაყოფლობითი მკურნალობა (29, 89 – A);
- აგზნებულია, არ აქვს შესაბამისი სოციალური მხარდაჭერა და ალტერნატიული ინტენსიური მკურნალობის შესაძლებლობა–მაგ. დღის სტაციონარი, სტაციონარი ბინაზე და სხვა. (164, 173–C, 166- A);

- გამოხატულია ფსიქიკური ან ზოგადი სამედიცინო კომორბიდული ფაქტორები (101- D, 44, 94-A);
- არ ან ვერ მიიღებს ადექვატურ ამბულატორიულ მკურნალობას, ფსიქიატრიული დახმარების დაყოვნება კი საფრთხეს შეუქმნის პაციენტის ან სხვა პირის სიცოცხლეს და/ან ჯანმრთელობას.

ურგენტულ სიტუაციაში, რომელიც ხშირია მძიმე დეპრესიის დროს, ექიმი მოკლებულია სრულყოფილი გამოკვლევის ჩატარების შესაძლებლობას და გადაუდებელი თერაპიის აუცილებლობის დროს უნდა დაეყრდნოს მდგომარეობის სიტუაციურ ანალიზს და იხელმძღვანელოს საკუთარი გამოცდილებით (4)

მონიტორინგს და შეფასებას საჭიროებს:

- თერაპიის ეფექტურობა;
- გვერდითი ეფექტები (იხ. სურ. 4; 5; დაფა 3);
- კლინიკური მდგომარეობა;
- უსაფრთხოება (მაგ. სუიცუდურობა).

(58-C, 73-A);

მონიტორინგის სიხშირე დამოკიდებულია

- დაავადების სიმძიმეზე;
- სუიცუდურ რისკზე;
- მნიშვნელოვან გვერდით ეფექტებზე ან წამლების ინტერაქტიულობაზე (იხ. სურ. 6, 10) (74- ექსპერტთა მოსაზრება);
- პაციენტის მკურნალობისადმი დამოკიდებულებაზე;
- სოციალურ მხარდაჭერაზე და
- კომორბიდული ზოგადი სამედიცინო პრობლემების არსებობაზე.

(172-D, 57,73-A):

თერაპიული დოზის მისაღწევად ანტიდეპრესანტის ტიტრაციის დროს გაითვალისწინე (სურ.2, 3):

- გვერდითი ეფექტები (იხ. სურ. 4; 5; დაფა 3)
- პაციენტის ასაკი
მაგ. ინიციალური და თერაპიული დოზა უნდა განახევრდეს მოხუცებსა და ფიზიკურად დაუძლურებულ პაციენტებში;
- კომორბიდული ფაქტორები.

მონიტორინგის მეთოდები განსაზღვრე კლინიკური კონტექსტის შესაბამისად

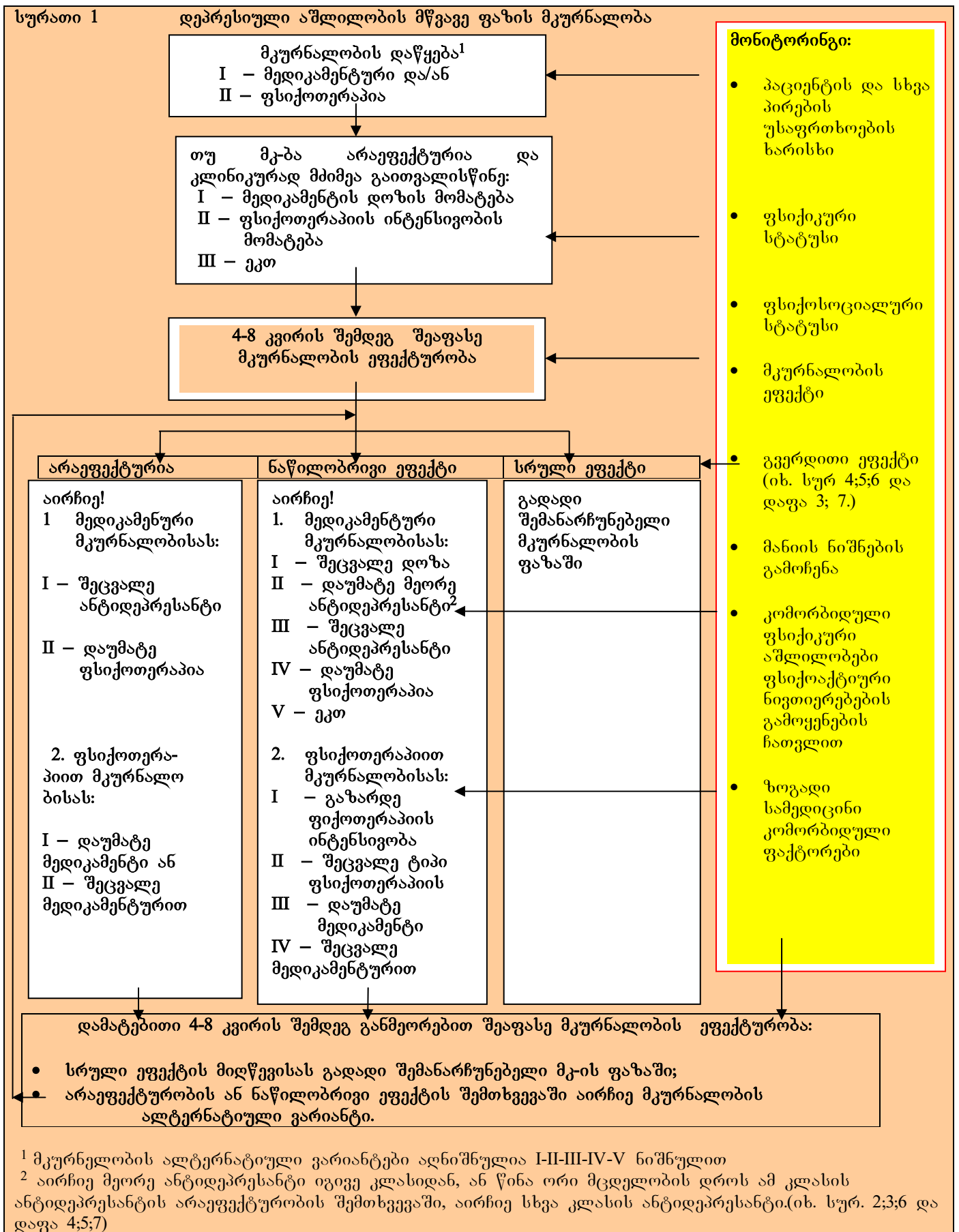
(74- ექსპერტთა მოსაზრება; 164-C; 29, 73, 89, 166, 178 - A);

5. დეპრესიული ეპიზოდის მკურნალობა (1, 3, 4, 5, 13, 14, 15, 152)

დეპრესიის დიაგნოზის დადგენისთანავე აუცილებელია მკურნალობის თანმიმდევრული გეგმის შედგენა, რომელიც სამ პერიოდს მოცავს (7)

- მწვავე ფაზის მკურნალობა ანუ კუპირება – მწვავე დეპრესიული სიმპტომების სწრაფი აღაგება, ავადმყოფის ტანჯვის შემცირებისა და სუიციდის თავიდან აცილების მიზნით;
- შემანარჩუნებელი ანუ მასტაბილიზებელი თერაპია – დეპრესიული სიმპტომების სრული აღაგება და თერაპიული რემისიის მიღწევა;
- დამჭერი ანუ პროფილაქტიკური თერაპია – გამწვაების და ახალი ეპიზოდის განვითარების რისკის შემცირება და თავიდან აცილება, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია, შრომითი ადაპტაცია.
(164, 174-C, 73, 148, 178-A)

A. მწვავე ფაზის მკურნალობა ანუ კუპირება (სურ. 1) (13)



ინიციალური ფსიქოთერაპიული მკურნალობა

- მსუბუქი დეპრესიის დროს უპირატესობა ენიჭება ფსიქოთერაპიას მონოთერაპიის სახით ან კომბინაციას მედიკამენტებთან;
- ზომიერი და მძიმე დეპრესიის დროს ფსიქოთერაპიის გამოყენება ხდება კომბინაციაში მედიკამენტებთან ან ეკო-სთან;
- ფსიქოთერაპიული ინტერვენცია დამოკიდებულია შემდეგ თავისებურებებზე:
 - მნიშვნელოვანი ფსიქოსოციალური სტრესორების არსებობა;
 - ინტრაფსიქიკური კონფლიქტი;
 - ინტერპერსონალური სიძნელეები;
 - კომორბიდული პერსონოლოგიური აშლილობა;
 - ორსულობის და ლაქტაციის პერიოდი ან დაორსულების სურვილი;
 - პაციენტის არჩევანი.

ფსიქოთერაპიული მკურნალობის მოდელის შერჩევისას გაითვალისწინე:

- პაციენტის არჩევანი;
- სპეციფიურ პრობლემებზე სათანადოდ ტრენირებული კლინიცისტის ხელმისაწვდომობა.

ფსიქოთერაპიის ინტენსივობა მწვავე ფაზაში (ჩვეულებრივ კვირაში ერთხელ ან რამდენჯერმე) დამოკიდებულია:

- ფსიქოთერაპიის სპეციფიკაზე და მიზნებზე;
- თერაპიული ალიანსის შექმნისა და ხელშეწყობის საჭიროებაზე;
- კომპლექსურობის მიღწევის აუცილებლობაზე
- გაითვალისწინე ფსიქოთერაპიული ჩარევა თერაპიული ალიანსის გაუმჯობესების და მკურნალობის რეჟიმის დარღვევის თავიდან აცილების მიზნით;
- სუიციდურობის მონიტორინგის და მართვის საჭიროებაზე.
(20, 22–ექსპერტთა მოსაზრება; 159, 167–ექსპერტთა მოსაზრება; 70, 71, 72, 73, 78, 85-B, 77, 79, 166, 180, 181, 182-A)

ელექტროკონვულსიური თერაპიის განხილვა ხდება შემდეგი ფაქტორების არსებობისას:

- დეპრესიული ეპიზოდის სიმძიმის მაღალი ხარისხი, ფსიქოსოციალური ფუნქციონირების დარღვევით;
- ფსიქოზური სიმპტომები და კატატონია;
- ანტიდეპრესიული ეფექტის ურგენტული საჭიროება (მაგ. სუიციდურობა ან უარი საკვების მიღებაზე).

ეკო შესაძლებელია პრივილეგირებული მკურნალობა იყოს:

- ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის გამომრიცხავი ზოგადი სამედიცინო კომორბიდული ფაქტორების არსებობის დროს;
- წარსულში ეკო-ს კარგი ეფექტურობის დროს;
- როცა პაციენტი ირჩევს ეკო-ს.
(156, 74, 43–ექსპერტთა მოსაზრება; 25-C, 157, 67-B, 66-A)

ინიციალური მედიკამენტოზური მკურნალობის პრივილეგირებას განსაზღვრავს:

- წარსულში მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე დადებითი ეფექტის ისტორია;
- ფსიქიკური მდგომარეობის სიმძიმე (დაფა 2);
- ძილის და მადის მნიშვნელოვანი დარღვევა ან აუიტაცია;
- სავარაუდოა დამჭერი თერაპიის აუცილებლობა;
- პაციენტის არჩევანი მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე;
- ალტერნატიული ადექვატური მკურნალობის მოდელის დეფიციტი.
(20, 22, 28, 67- ექსპერტთა მოსაზრება; 25, 33, 58-C, 24, 29, 32, 36 56, 57, 73, 80, 84, 178-A)

დაფა 2

დეპრესიული ეპიზოდის სიმძიმის ხარისხი:	ფარმაკოთერაპია
მსუბუქი	ანტიდეპრესანტი, თუ პაციენტი მას ანიჭებს უპირატესობას
ზომიერი და მძიმე	ანტიდეპრესანტი არის მკურნალობის არჩევანი, თუ არ არის დაგეგმილი ეკთ
მძიმე, ფსიქოზური სიმპტომებით	ანტიდეპრესანტი + ანტიფსიქოზური პრეპარატი ან ეკთ

ანტიდეპრესანტის ინიციალური სელექციისას ყურადღება უნდა მიექცეს შემდეგ ფაქტორებს:

- მოსალოდნელი გვერდითი ეფექტები (სურ. 4, 5, 6 და დაფა 3, 7);
- პაციენტის ინდივიდუალური ამტანობა;
- თერაპიული უსაფრთხოების დიაპაზონი;
- პაციენტის არჩევანი;
- კლინიკური გამოკვლევის შედეგები;
- ღირებულება.

გასათვალისწინებელია სხვა ფაქტორებიც:

- დეპრესიული სინდრომის თავისებურება, მისი ცალკეული სიმპტომის გამოსატვის ხარისხი;
- წარსულში გარკვეული ანტიდეპრესანტის მაღალი ეფექტურობის ისტორია;
- ფსიქიკური ან ზოგადი სამედიცინო კომორბიდული ფაქტორები.

(20, 22, 28, 74, 92, 154, 155–ექსპერტთა მოსაზრება; 33-35-C, 45, 48-B, 31, 32, 36, 49, 56, 73, 75, 84, 87, 178– A)

ამ ფაქტორების გათვალისწინებით:

- პაციენტების უმრავლესობის მკურნალობისას ეფექტური იქნება: სეროტონინის რეაპტეიკის სელექტიური ინჰიბიტორი – სუმსი (48, 53, 54–A), ან დეზიპრამინი, ნეფაზადონი, ნორტრიფტილინი, ბუპროპიონი (37, 39, 49 50, 51, 87–A), ვენლაფაქსინი (53, 54–A) და მირტაზაპინი.
- ტრიციკლური ანტიდეპრესანტის (ტცა) პირველი რიგის და ხანგრძლივი მოხმარების პრეპარატად არჩევა შეზღუდულია ძლიერი ქოლინოლიზური და კარდიოტოქსიური გვერდითი ეფექტის გამო (62-ექსპერტთა მოსაზრება; 40, 41, 45–B, 75– A ღონის მტკიცებულება).

- მონოამინოქსიდაზას ინჰიბიტორები (მალი) გამოიყენე მხოლოდ სხვა კლასის ანტიდეპრესანტების არაეფექტურობის შემთხვევაში – მათი გამოყენებისას მოსალოდნელია სერიოზული გვერდითი ეფექტები და საჭიროა თირამინის შემცველ პროდუქტებზე მკაცრი დიეტური შეზღუდვა. (30, 31, 32, 34, 55, 56-A),

სურ. 2. ანტიდეპრესანტების კლასიფიკაცია, დოზირება და ნახევარდაშლის პერიოდი (4,13,14,15)

Generic Name	დოზირება მგ/დღეში			ნახევარდაშლის პერიოდი (სთ-ში)
	ინიციალური	თერაპიული	მაქსიმალური	
1. ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები (ტცა)				
ამიტრიფტილინი	25	75 - 150	300	27 – 32 (18 – 96)
კლომიპრამინი	25	100 – 200	250	17 – 28 (57 – 77)
დოქსეპინი	25	75 – 150	300	8 –24 (28 –52)
იმიპრამინი	25	50 – 150	300	5–25
ტრიმიპრამინი	25	50 – 150	200 –300	7 – 23
დეზიპრამინი	25	100 – 200	300	24
ნორტრიფტილინი	10 – 25	75 – 150	300	36 (18 –96)
თიანეპტინი	25	37, 5	50	3 – 5
პროტრიფტილინი	15	15 – 40	60	74 (50 –200)
2. ტეტრაციკლური ანტიდეპრესანტები – ტეტცა				
ამოქსაპინი	50 – 75	200 – 300	400 (600)	8 – 24
მაპროტილინი	25	75 – 150	225	51
მიანსერინი	30	30 – 90	120	10 – 20
3. სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორები – სუმსი				
ციტალოპრამი	20	20 – 40	60	23 – 45
ფლუოქსეტინი	20	20 – 40	80	48 – 360
ფლუოქსამინი	50	50 – 200	300	9 – 28
პროქსეტინი	20	20 – 40	50	24
სერტრალინი	50	50 – 150	200	22 – 36 (10 –109)
4. სხვა ქიმიური სტრუქტურის ანტიდეპრესანტები				
ბუპროპიონი	150	150 – 300	450	10 – 27
ვენლაფაქსინი	37,5	75 – 225	375	3 – 7 (9–13)
5. სეროტონინის მოდულატორი				
ნეფაზადონი	200	300 – 500	600	2 – 4 (12)
ტრაზადონი	150	300 – 400	400 – 600	3 – 9
6. მალ-ს შეუქცევადი ინჰიბიტორები				
ნიალამიდი	300	300 - 400	500	?
ფენელზინი	45	45 – 75	90	1,5 – 3 (21 დღემდე)
ტრანილციპრომინი	30	30–40	60	1,5–3 (21დღემდე)
7. მალ-ს შექცევადი ინჰიბიტორი				
მოკლობემიდი	150	300 – 600	600	1 – 4 (24)
პირაზიდოლი	100	150 – 400	500	?

ფსიქოზური სიმპტომებით მიმდინარე დეპრესიული ეპიზოდის დროს სიმპტომების მართვისათვის გამოიყენე ანტიფსიქოზური მედიკამენტები

- მიზანშეწონილია 2-გენერაციის (ატიპიური) ანტიფსიქოზური პრეპარატებით მეურნალობა, მათი ზოგადად უფრო ასატანი გვერდითი ეფექტების პროფილის გამო:

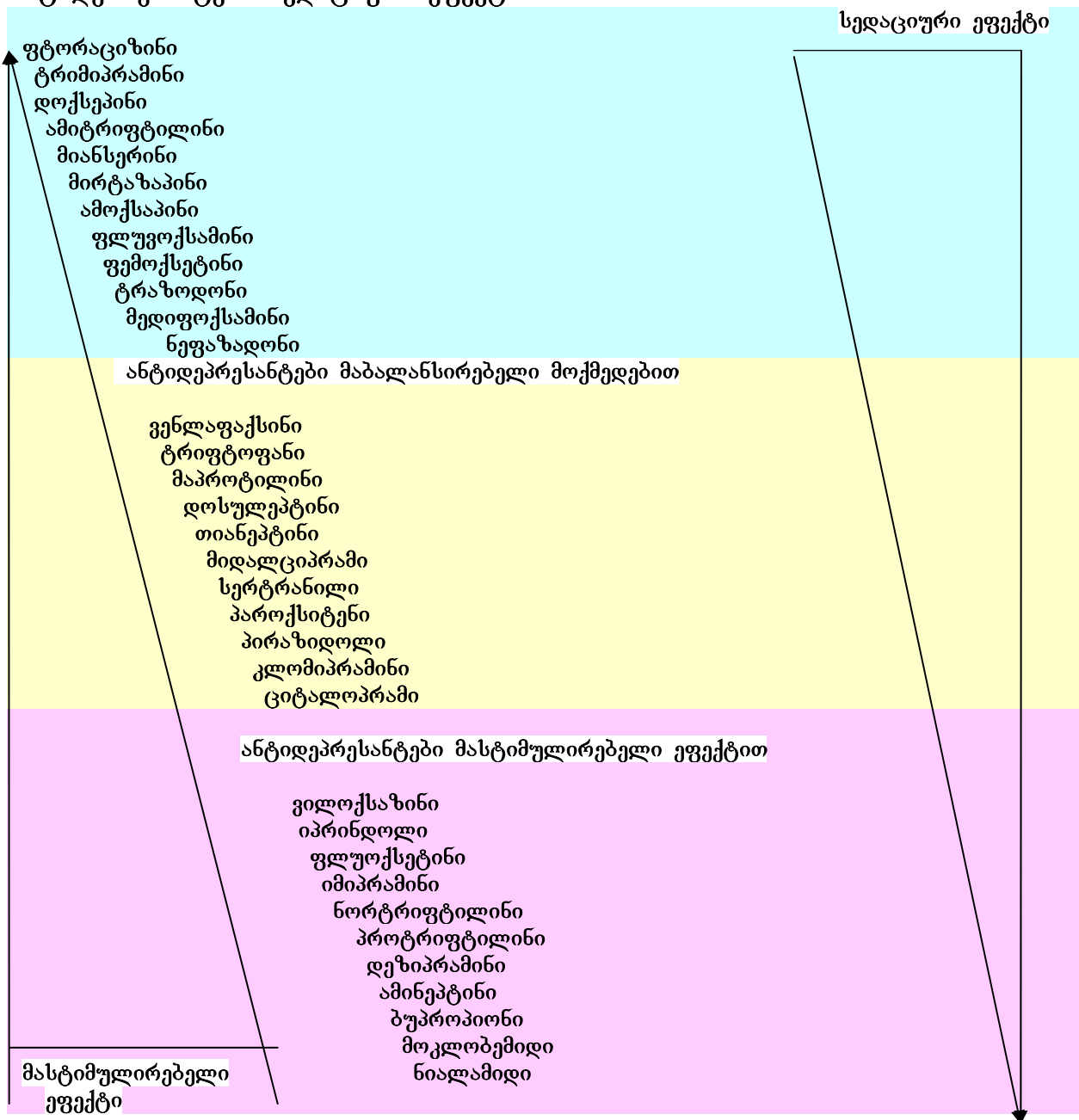
მაგ.

- რისპერიდონი 0,5 – 8 მგ/დღეში;
- ოლანზაპინი 5 -20 მგ/დღეში;
- ქუეთიაპინი 200–400 მგ/დღეში;

(28- ექსპერტოა მოსაზრება; 96, 161-D, 28, 29-A)

ანტიდეპრესანტების კლნიკური კლასიფიკაცია(4)

ანტიდეპრესანტები სედაციური ეფექტით



ანტიდებრესანტების გვერდითი ეფექტები(4)

ტცა	მალი	სუმსი
<p>ქოლინერგული: პირის სიმშრალე, ყაბზობა, შარდის შეკავება, პერისტალტიკის და ეაკულაციის დათრგუნვა, აკომოდაციის დარღვევა, დელირიუმი-სშირად მოხუცებში</p> <p>კუპირება:-დოზების შემცირება ან მოხსნა, დეტოქსიკაცია. სიმპტომატური თერაპია – პროზერინი ან გალანტამინი 1-4მგ კანქვეშ; ფიზოსტიგმინი 0,5-2მგ ყოველ საათში, I/M ან კანქვეშ; პილოკარპინი 1-2% (თვალის წვეთები);</p>	<p>იგივე, რც ტცა-ს დროს</p>	<p>–</p>
<p>კარდიო-ვასკულარული:</p> <ul style="list-style-type: none"> ტაქიკარდია, ორთოსტატიკური ჰიპოტენზია; <p>საჭიროა: –დოზის შემცირება; კორდიამინი 2% –1,0მლI/M</p> <ul style="list-style-type: none"> ეკგ-ს დარღვევა: T კბილის დათრგუნვა ან ინვერსია, QRS სეგმენტის გახანგრძლივება, არითმია, გამტარებლობის დარღვევა. (ხანგრძლივი მიღებისას – მიოკარდიუმის ინფარქტი და კარდიომიოპათია); <p>საჭიროა: მკ-ის შეწყვეტა; სიმპტომატური თერაპია;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ტაქიკარდია, ორთოსტატიკური ჰიპოტენზია; <p>კუპირება: დოზების შემცირება</p>	<ul style="list-style-type: none"> ტაქიკარდია, TA-ს მომატება <p>საჭიროა: დოზების შემცირება</p>
<p>გასტრო-ენტეროლოგიური:</p> <ul style="list-style-type: none"> გულისრევა, დებინება, პირში მწარე გემო, ნაწლავების პერისტალტიკის დარღვევა; <p>საჭიროა: – დოზების შემცირება; –მედიკამენტის უფრო დანაწევრებული მიღება;</p>	<ul style="list-style-type: none"> სევითლე, ჰეპატიტი; <p>კუპირება: მკურნალობის შეწყვეტა</p>	<p>გულისრევა, კუჭის გადავსების გრძნობა, დებინება, ბუებუყი, მუცლის კოლიკა, დიარეა, მეტეოტიზმი;</p>
<p>ჰემატოლოგიური: ლეიკოციტოზი, ლეიკოპენია, ეზინოფილია, თრომბოციტოპენია; საჭიროა: მკურნალობის შეწყვეტა</p>		
<p>ცენტრალური: სედაცია, ძილიანობა, სისუსტე, თავბრუსხვევა, ნისტაგმი, ატაქსია, დიზარტრია, პაროქსიზმული მოვლენები, ექსტრაპირამიდული სიმპტომები, წვრილამპლიტუდიანი ტრემორი, რომელიც არ რეაგირებს ქოლინოლიტიკებზე);</p> <p>საჭიროა: – დოზის შემცირება ან მკურნალობის შეწყვეტა; დოზის შემცირება+ბეტა ბლოკატორები; ფენობარბიტალი; მანიაკალური მდგ-ის განვითარებისას</p> <p>საჭიროა-მკ-ის შეწყვეტა+ლითიუმი+ნეიროლეპტიკები</p>	<p>ჰიპერტონული კრიზი; კომა, სხვა პრეპარატებთან ინტერაქტივობის გამო. სმენის და ოპტიკური ნერვის დაზიანება</p> <p>საჭიროა მკ-ის მოხსნა</p>	
<p>ალერგიული: * ქოლესტატიკური სევითლე, აგრანულოციტოზი, (მკ-ის დაწყებიდან 1-2 თვეში), დერმატოვასკულიტი, ჭინჭრის ციება; საჭიროა: მკურნალობის მოხსნა</p>		<p>დერმატოვასკულიტი ართროპათია, ართრიტი, ლიმფადენოპათია</p> <p>საჭიროა: მკ-ის მოხსნა</p>
<p>სხვადასხვა:</p> <ul style="list-style-type: none"> „მოხსნის სინდრომი“- საჭიროა მედიკამენტის მოხსნა 4-6კვირის განმავლობაში წონის მომატება, ლიბიდოს დაქვეითება, პროლაქტინემია, ჰიპოგლიკემია 	<p>პრიაპიზმი, ლიბიდოს დაქვეითება, ანორგაზმია, „მოხსნის სინდრომი“ (დაფა 7)</p>	<p>პროლაქტინემია „სეროტონინული სინდრომი“. (იხ. სურ 5)</p>

სეროტონინული სინდრომი (4, 14)

- კუჭნაწლავის მხრივ – მუცლის კოლიკა და ბუყბუყი, მეტეორიზმი, გულისრევა, იშვიათად ღებინება, დიარეა;
- ცნს-ის მხრივ: ტრემორი, დიზართრია, აკატიზია, ჰიპერრეფლექსია, კუნთოვანი ჰიპერტონუსი, მიოკლონური შეკრთომები (იწყება ტერფში და ვრცელდება მთელ სხეულში), შესაძლოა ატაქსია და კორდინაციის დარღვევა;
- გულსისხლძარღვთა სისტემა: TA-ს მომატება, ტაქიკარდია (ჩვეულებრივ ბრადიკარდიას იწვევს);
- მდგ-ის დამძიმებისას: ფსევდომანიაკალური სინდრომი, მეტყველების გაძნელება, იდეათა რბოლა, ძილის დარღვევა, ჰიპერაქტიურობა, აბნევა და დეზორიენტაცია;
- ტერმინალური სტადია ძალიან წააგავს ავთვისებიან ნეიროლეფსიურ სინდრომს – მაღალი ტემპერატურა, პროფუზული ოფლი, ნიღბისებური, გაპოხილი სახე;
- სიმპტომები ქრება სუმსი-ს დოზის შემცირების ან მოხსნის შემდეგ. მკურნალობა მძიმე შემთხვევებში –ციპროჰეპტადინი 16-32 მგ დღეში; ბეტა-ბლოკერები; დეტოქსიკაცია, სიმპტომური თერაპია;
- სიკვდილი ვითარდება მწვავე კარდიო-ვასკულარული უკმარისობით.

ფარმაკოკინეტიკური ინტერაქტივობა(14)			
P450IA2	P4502C	P4502D6	P4503A
გენეტიკური პოლიმორფიზმი	თეთრი რასის 5-10% აქვს მისი უკმარისობა	თეთრი რასის 3-5% აქვს მისი უკმარისობა	P450 შემცველობის 60%
ინდუცირება: სიგარეტის მოწევა შეშის ნახშირის ბოლი კარბამაზეპინი ომეპრაზოლი ფენობარბიტალი ფენიტონი	ინდუცირება: ფენიტონი რიფამპიცინი	ინდუცირება: კარბამაზეპინი ფენიტონი	ინდუცირება: კარბამაზეპინი ფენიტონი პრედნიზოლონი რიფამპიცინი
ინჰიბირება: ციმეტიდინი ციპროფლოქსაცინი ერთთრომიცინი ფლუოქსამინი პაროქსეტინი	ინჰიბირება: ციმეტიდინი ფლუოქსეტინი ფლუოქსამინი სერტრალინი	ინჰიბირება: ქლორპრომაზინი ციტალოპრამი დულოქსეტინი ფლუფენაზინი ჰალოპერიდოლი პაროქსეტინი სერტრალინი ტრიციკლურები	ინჰიბირება: ერთთრომიცინი ფლუოქსეტინი ფლუოქსამინი კეტოკონაზოლი პაროქსეტინი სერტრალინი ტრიციკლურები
მეტაბოლიზმი: კლოზაპინი ჰალოპერიდოლი მირტაზაპინი ოლანზაპინი თეოფილინი ტრიციკლურები ვარფარინი	მეტაბოლიზმი: დიაზეპამი ომეპრაზოლი ფენიტონი ტოლბუტამიდი ტრიციკლურები ვარფარინი	მეტაბოლიზმი: კლოზაპინი კოდეინი დონეპეზილი ჰალოპერიდოლი ფენოთიაზინი რისპერიდონი ტცა მეორადი ამინები ტრამადოლი ტრაზადონი ვენლაფაქსინი	მეტაბოლიზმი: ბენზოდიაზეპინები Ca ⁺⁺ ბლოკატორები კარბამაზეპინი ციმეტიდინი კლოზაპინი კოდეინი დონეპეზილი ერთთრომიცინი გალანტამინი მეტადონი მირტაზაპინი რისპერიდონი სტეროიდები ტერფენადინი ტრიციკლურები ვალპროატი ვენლაფაქსინი Z – ჰიპნოტიკურები

დაფა 3

მედიკამენტოზური მკურნალობის გვერდითი ეფექტების
მენეჯმენტი (13-15, 150, 152)
(74, 155-ექსპერტთა მოსაზრება)

მიაწოდე პაციენტს ინფორმაცია პოტენციური გვერდითი ეფექტების შესახებ, მოთხოვე განსაკუთრებული ყურადღებით იყოს მათ მიმართ

მოახდინე გამოვლენილი გვერდითი ეფექტების მონიტორინგი

მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტების გამოვლენისას:

- დააკვირდი და დაიცადე – თუ არ არის თერაპიული რისკი;
- შეცვალე წამლების დოზა, მიღების სიხშირე და დრო;
- შეცვალე სხვა, დიფერენცირებული კლასის მედიკამენტით;
- უზრუნველყავი გვერდითი ეფექტების სპეციალური მკურნალობა.

გააგრძელე გვერდითი ეფექტების მონიტორინგი, განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციე:

- თერაპიული რისკის არსებობას;
- პაციენტის მიერ მკურნალობის რეჟიმის მკაცრად დაცვას;
- პაციენტის თვითგრძნობას.

ინიციალური მკურნალობის წარუმატებლობისას – თუ 4-8 კვირის შემდეგ პაციენტის მდგომარეობა ზომიერად მაინც არ გაუმჯობესდება (73, 166-A):

- შეცვალე მკურნალობის რეჟიმი (სურ. 1, 2, 3 დაფა 4, 5)
- გაარკვიე, თანმიმდევრულად იცავს თუ არა პაციენტი მკურნალობის რეჟიმს (25-C, 72, 78-B, 23, 26, 77, 79-A);
- გაითვალისწინე ფარმაკოდინამიური და ფარმაკოკინეტიკური ფაქტორები (სურ 2, 6) (58- B, 57-A);
- გადასინჯე მკურნალობის გეგმა:

I ალტერნატივა

მაქსიმუმამდე გაზარდე ინიციალური თერაპიული დოზა

ნაწილობრივი ეფექტის მიღებისას გაახანგრძლივე მკურნალობა

გაზრდილი დოზით, მაგ. 2-4 კვირით და დააკვირდი

გვერდითი ეფექტებს. (74, 155-ექსპერტთა მოსაზრება; 58-C; 44, 45, 67-B; 46, 57, 81-A).

II ალტერნატივა

დაუმატე, შეცვალე, ან გაზარდე ფსიქოთერაპიის ინტენსივობა;

(20, 69, 92- ექსპერტთა მოსაზრება; 25-C, 72, 78-B, 23, 26, 77, 79-A);

III ალტერნატივა

გადადი სხვა, იგივე ან განსხვავებული კლასის, არა მათი-ს ჯგუფის ანტიდეპრესანტზე (იხ. სურ. 2, 3 დაფა 5) (27-C; 24, 31, 48, 64-A);

IV ალტერნატივა

თუ ნაწილობრივი ეფექტი მაინც გაქვს, დაუმატე:

- არა მაოი-ს ჯგუფის, სხვა დიფერენცირებული კლასის ანტიდეპრესანტი (იყავი ფხიზლად წამლებს შორის ინტერაქტიობის გამო; იხ. სურ. 2, 6 და დაფა 5) (27-C; 24, 55, 56, 87-A) ან
- სხვა დამხმარე მედიკამენტი – მაგ. ლითიუმი (59, 60-C; 106-B), თიროიდული ჰორმონი (61-ექსპერტთა მოსაზრება. 62-D), ანტიკონვულსანტი (60, 63-C) ან ფსიქოსტიმულატორი (62-ექსპერტთა მოსაზრება);

V ალტერნატივა

გადადი მაოი-ს ჯგუფის ანტიდეპრესანტზე (იხ. სურ. 2 დაფა 4); (62-ექსპერტთა მოსაზრება; 30, 32, 34, 56-A);

VI ალტერნატივა

დანიშნე ეკთ.

(156, 43-ექსპერტთა მოსაზრება; 25-C, 67-B, 66-A)

დაფა 4. აუცილებელი ინტერვალი ანტიდეპრესანტების შეცვლის დროს (1, 13)

ანტიდეპრესანტების შეცვლა	მინიმალური ინტერვალი
1. ხანგრძლივი ნახევარდაშლის პერიოდის მქონე პრეპარატების (მაგ. ფლუოქსეტინი) შეცვლა მაოი-ს პრეპარატებით	5 კვირა
2. მაოი-ს პრეპარატების შეცვლა ხანგრძლივი ნახევარდაშლის პერიოდის მქონე პრეპარატებით (მაგ. ტცა, პაროქსეტინი, ფლუოქსამინი, ვენლაფაქსინი) ან მაოი-ს სხვა პრეპარატით;	2 კვირა
3. მაოი-ს პრეპარატების შეცვლა არა-მაოი-ს პრეპარატებით	2 კვირა

როდესაც ერთი ანტიდეპრესანტი მეორე ანტიდეპრესანტით იცვლება, მიზანშეწონილია არაეფექტური ან დაბალი ტოლერანტობის მქონე ანტიდეპრესანტის დოზების შემცირება გარკვეული დროის განმავლობაში და ახალი პრეპარატით თანდათანობითი ჩანაცვლება (14).
გარდა ზემოთ, დაფა 4 –ზე გათვალისწინებული შეზღუდვებისა

დაფა 5
მაგალითი (14)

	პირველი კვირა	მეორე კვირა	მესამე კვირა	მეოთხე კვირა	
დოთიაპინის მოხსნა	150მგ	100 მგ /დღეში	50მგ/დღეში	25მგ/დღეში	არაფერი
ციტალპრამის დანიშვნა	არაფერი	10მგ/დღეში	10მგ/დღეში	20მგ/დღეში	20მგ/დღეში

. შემანარჩუნებელი ანუ მასტაბილიზებელი მკურნალობის ფაზა

შემანარჩუნებელი ანუ მასტაბილიზებელი მკურნალობის ფაზა განისაზღვრება მწვავე ფაზის ამოწურვის და რემისიის ჩამოყალიბებიდან 16–20 კვირის ხანგრძლივობის პერიოდით (82–B, 73-A)

<p>რეციდივის პრევენციის მიზნით:</p> <p>I ალტერნატივა</p> <ul style="list-style-type: none"> • გააგრძელე ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა იგივე დოზით, როგორც მწვავე ფაზის პერიოდში. (73, 80, 82, 84-A). • გაითვალისწინეთ ფსიქოთერაპიის გამოყენება. (85–B, 166, 179, 180, 181-A) <p>II ალტერნატივა გაითვალისწინეთ ეკთ-ს შეთავაზება, თუ არაეფექტური იყო მედიკამენტური ან ფსიქოთერაპიული მკურნალობა. (86–B):</p> <ul style="list-style-type: none"> • კლინიკური მდგომარებასა და გამოყენებული მკურნალობის სპეციფიურობის შესაბამისად განსაზღვრე ვიზიტების სიხშირე. სიხშირე შეიძლება მერყეობდეს კვირაში რამდენიმე ვიზიტიდან, 2-3 თვეში ერთხელ ვიზიტამდე.

C. დამჭერი ანუ პროფილაქტიკური თერაპიის ფაზა

- დამჭერი ანუ პროფილაქტიკური თერაპიის მიზანია დეპრესიული ეპიზოდის რეკურენტულობის პრევენცია, ფსიქოსოციალური და შრომითი რეაბილიტაცია. (174–C, 73, 148, 178 -A)

დაფა 6.

<p>დამჭერი ანუ პროფილაქტიკური თერაპიის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას გაითვალისწინე შემდეგი ფაქტორები (13):</p>	
<p>ფაქტორი</p> <ul style="list-style-type: none"> • განმეორების რისკი • ეპიზოდების სიმძიმე • შემანარჩუნებელი მკურნალობის პერიოდში გვერდითი ეფექტები • პაციენტის არჩევანი 	<p>კომპონენტი</p> <ul style="list-style-type: none"> • წინა ეპიზოდების რაოდენობა, ეპიზოდების პოლარულობა, კომორბიდული პრობლემები, ეპიზოდებს შორის რეზიდუალური სიმპტომები; • სუიციდურობა, ფსიქოზური სიმპტომები, ფსიქოსოციალური ფუნქციონირების დაქვეითების დონე;

- გააგრძელე მკურნალობა, რომელიც ეფექტური იყო მწვავე და შემანარჩუნებელი მკურნალობის ფაზაში (82, 85, 87-B, 80-A)

I ალტერნატივა

- გამოიყენე ანტიდებრესანტების იგივე დოზები, რომელიც ეფექტური იყო მკურნალობის წინა ფაზაში.
(80, 81, 82, 84 - A).

II ალტერნატივა

- განსაზღვრე ვიზიტების სიხშირე კლინიკური მდგომარეობის და გამოყენებული მკურნალობის სპეციფიურობის შესაბამისად. სტაბილური პაციენტებისათვის ვიზიტი შეიძლება დაიგეგმოს 2-3 თვეში ერთხელ, ხოლო თუ პაციენტი მკურნალობს ფსიქოდინამიური ფსიქოთერაპიით – კვირაში რამდენჯერმე (180, 181, 182- A)

III ალტერნატივა

- განსაზღვრეთ ეკთ-ს გამოყენების საჭიროება პაციენტებთან, რომლებიც უარს აცხადებენ, განმეორებადი ზომიერი ან მძიმე ეპიზოდის დროს, შესაბამის ფარმაკოლოგიურ მკურნალობაზე (86-B).

6. რეაბილიტაცია და დაპვირვება, მონიტორინგის სამიზნეები

- გაითვალისწინე, რომ აქტიური მკურნალობის შეწყვეტა იგივე ფაქტორებზეა დამოკიდებული, რომლის მიხედვითაც გამოგვაქვს დასკვნა დამჭერი მკურნალობის დაწყებაზე (73, 80, 81, 82, 84 - A) – გაითვალისწინე გამეორების შესაძლებლობა, სიხშირე და ბოლო ეპიზოდის სიმძიმე (იხ. დაფა 6), შეაფასე დებრესიული ეპიზოდის რეკურენტულობის რისკი (13,14).

რეაბილიტაციის პერიოდის მონიტორინგის სამიზნეებია (13, 14, 152):

- რეკურენტულობის პრევენცია;
- „მოხსნის სინდრომი“ (დაფა 7);
- ფსიქოსოციალური ფუნქციონირების დონე და ფსიქოსოციალური ინტერვენციის საჭიროების განსაზღვრა;
- ფსიქოგანათლება – სტრესორების შეცნობა და რეციდივის ადრეული ნიშნების მართვა.

დებრესიული ეპიზოდის რეკურენტულობის რისკ-ფაქტორები (13, 14, 152):

- ანამნეზში ხშირი დებრესიული ეპიზოდები;
- ბოლო დებრესიული ეპიზოდის სიმძიმე;
- ოჯახური უთანხმოება, ცუდი ემოციური და სოციალური მახარდაჭერა;
- სტრეს-ფაქტორებისადმი აწეული მგრძობელობა;
- დისტიმიური ან სხვა ფსიქიკური აშლილობის კომორბიდობა;
- თანმხლები ქრონიკული სომატური დაავადების არსებობა.

გაითვალისწინე:

- თუ პაციენტს აქვს მკურნალობის შეწყვეტის შემთხვევაში

რეციდივის გამოცდილება, აღადგინე ადრინდელი, თერაპიულად ეფექტური მკურნალობა;

- დეპრესიის სიმპტომების რეციდივის შემთხვევაში უფრო სწრაფად დაუბრუნდი სრულ თერაპიულ დოზას;
- შემუშავე მკურნალების განახლების გეგმა რეციდივის შემთხვევისათვის (14).

„მოხსნის სინდრომის” მართვა (14):

- ექვს კვირიანი, ან უფრო ხანგრძლივი თიმონალეპტიური მკურნალობის მკვეთრად შეწყვეტა არ არის მიზანშეწონილი, შესაძლებელია „მოხსნის სინდრომის” განვითარება (იხ. დაფა 5, 7) ანტიდეპრესანტების მოხსნა ხდება თანდათანობით, დოზის შემცირებით 4 კვირის მანძილზე ან უფრო მეტ ხანს, ზოგჯერ საჭიროა პრეპარატის დატოვება კვირაში 2-3-ჯერ.
- თუ გამოვლინდა „მოხსნის სინდრომი”, წამლის შეწყვეტა კი აუცილებელია, გაახანგრძლივე მოხსნის ვადები და შეამცირე წამლის დაკლების დოზა (იხ. მაგ. 2; დაფა 7)
- თუ მოხსნის სიმპტომები 1-2 კვირაზე მეტ ხანს მაინც რჩება, ხელახლა შეაფასე და გადაწყვიტე, რა უფრო რეკომენდირებულია, მოხსნა თუ მკურნალობის გაგრძელება.

მაგალითი 2 ანტიდეპრესანტების შეწყვეტა (14).

პრეპარატი	დოზების კლება (მგ/დღეში)				
	თერაპიული დოზა	I კვირის შემდეგ	II კვირის შემდეგ	III კვირის შემდეგ	IV კვირის შემდეგ
ამიტრიფტილინი	150	100	50	25	არაფერი
პაროქსეტინი	30	20	10	10მგ დღეგამოშვებით	არაფერი
ტრაზოდონი	450	300	150	75	არაფერი

დაფა 7.

ანტიდეპრესანტების „მოსხნის სინდრომი“ (14)			
	მალი	ტკცა	სუმსი
სიმპტომები	აჟიტაცია, ატაქსია გამლიზიანებლობა, აშლილობის გამწვავება, ინსომნია, სომნოლენცია, კოშმარული სიზმრები, კოგნიტური დარღვევები, გაუგებარი მეტყველება, * იშვიათად – ჰალუცინაცია, ბოდვა	გრიპისმაგვარი სიმპტომები – შემცივნება, მიაღვია, ჰიპერჰიდროზი, თავის ტკივილი, გულისრევა), უძილობა ან მძაფრის სიზმრები. * იშვიათად ვითარდება მანია და კარდიალური არითმია	გრიპისმაგვარი სიმპტომები, „ელექტრო შოკისმაგვარი“ შეგრძნებები, ინსომნია, ან უზომო ძილიანობა თავბრუსხვევა, გამლიზიანებლობა, წამოყვებიერებები. * იშვიათად –აშლილობის გამწვავება, ყურადღების კონცენტრაციის და მეხსიერების პრობლემები.
ხშირად იწვევს ხანმოკლე ნახევარდაშლის პერიდის მქონე ანტიდეპრესანტი	ტრანილციპრომინი	ამიტრიფტილინი იმპრამინი	პაროქსეტინი ვენლაფაქსინი

ფსიქოსოციალური ინტერვენცია:

- განსაზღვრე და მართე ფსიქოსოციალური ფუნქციონირების დონე (164, 173, 174-C);
- მკურნალობის შეწყვეტისას ფსიქოთერაპიის მეთოდის არჩევა, დამოკიდებულია პაციენტის პრობლემებზე, ფსიქოთერაპიის ტიპზე, მკურნალობის ხანგრძლივობასა და ინტენსივობაზე. (85-B, 166, 179, 180, 181, 182-A)

ფსიქოგანათლება – რეციდივის ადრეული ნიშნების მართვა:

- მოახდინე პაციენტის (და ოჯახის) ინფორმირება რეციდივის რისკის არსებობის შესახებ;
- ასწავლე პაციენტს (და ოჯახს) ახალი ეპიზოდის ადრეული ნიშნების და სიმპტომების შეცნობა; ხაზგასმით აუხსენი პაციენტს, თუ ვის მიმართოს ფსიქიატრიული დახმარების მისაღებად რეციდივის პირველივე ნიშნების და სიმპტომების გამოვლინებისას, რათა თავიდან აიცილოს დაავადების სრული ეგზაცერბაცია. (85-B, 166, 179, 180, 181, 182-A)

7. ბაილანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი – “გუნება-განწყობის (აფექტური) აშლილობა”

8. აღამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი:

- ფსიქიატრიული მენეჯმენტი საჭიროებს მულტიდისციპლინარულ მიდგომას – მკურნალობის გატარება ხდება გუნდური პრინციპით: შემთხვევის მმართველი, ფსიქიატრი, ფსიქოლოგი, ფსიქოთერაპევტი, ექთანი, სოციალური მუშაკი (შემთხვევის მმართველი შეიძლება იყოს გუნდის ნებისმიერი წევრი);
- გუნება-განწყობის (აფექტური) აშლილობის დიაგნოსტიკურ შეფასებას ახდენს ექიმი-ფსიქიატრი, რომელიც პაციენტისა და სხვა პირების უსაფრთხოების, ფსიქოსოციალური ფუნქციონირების დონის შეფასების

- შედგების და კომორბიდული ფაქტორების გათვალისწინებით, ახდენს ფსიქიატრიული დახმარების შესაბამისი დონის შერჩევას.
- თერაპიული გეგმის შედგენასა და განხორციელებაში მონაწილეობის გუნდის ნებისმიერი წევრი, კვალიფიკაციის შესაბამისად.
 - გუნება-განწყობის (აფექტური) აშლილობის მკურნალობა ხდება საერთაშორისოდ აპრობირებული და გაიდლაინით რეკომენდირებული ფსიქოფარმაკოთერაპიული, ფსიქოთერაპიული მეთოდებით, ასევე რეკომენდირებულია ელექტროკონვულსიური თერაპია ან ამ სამკურნალო მეთოდების კომბინაცია.
 - დიაგნოსტიკის, კომორბიდული ფაქტორების გამოვლინებისა და მკურნალობის გვერდითი ეფექტების მართვისათვის, გაიდლაინით რეკომენდირებული კლინიკურ-ლაბორატორიული და ინსტრუმენტალური გამოკვლევების განსახორციელებლად, აუცილებელია ფსიქიატრიული დახმარების სამსახურების უზრუნველყოფა თანამედროვე ტექნიკით აღჭურვილი კლინიკურ ლაბორატორიებით.
 - კლინიკური მდგომარეობის მონიტორინგის შედეგების შესაბამისად, აუცილებელია სათანადო სპეციალისტების კონსულტირებით პაციენტის უზრუნველყოფა.
 - ფსიქიატრიული მენეჯმენტის ეფექტურობის, ფსიქიატრიული დახმარების ხელმისაწვდომობის და უწყვეტობის მიზნით ფსიქიატრიული დახმარების სამსახურები, რეგიონული/კომუნური პრინციპით, ზოგადი პროფილის სამედიცინო სამსახურების კომპლექსში;
 - გუნება-განწყობის (აფექტური) აშლილობის პრევენციისა და ადრეული გამოვლინების მიზნით, სკრინინგის განხორციელება პოპულაციაში, განსაკუთრებით კი მოწყვლად და მარგინალურ ჯგუფებში.
 - მქონე პირებისათვის სპეციალური ფსიქოსარეაბილიტაციო პროგრამების შედგენა და დანერგვა.
 - გუნება-განწყობის (აფექტური) აშლილობის გაიდლაინით რეკომენდირებული ფსიქიატრიული მენეჯმენტის ეფექტური განხორციელების მიზნით, აუცილებელია, სათანადო სასწავლო პროგრამების შედგენა და ფსიქიატრიული სამსახურის სპეციალისტების მომზადება/გადამზადება/ტრენინგება.

ბიპოლარული აშლილობა (1, 3, 4, 8, 13, 14, 15, 18, 151)

(პროტოკოლი)

1. დიაგნოზის/ნოზოლოგიის/ სინდრომის მოკლე განმარტება (1, 3, 8, 18)

ბიპოლარული აფექტური აშლილობა ჩვეულებრივ წარმოდგენილი უნდა იყოს დეპრესიული, ჰიპომანიაკალური, მანიაკალური ან შერეული აფექტური ეპიზოდების მონაცვლეობითა და მათ შორის სრული გამოჯანმრთელების პერიოდებით.

მიღებულია ბიპოლარული აშლილობის დაყოფა ბიპოლარულ – I და ბიპოლარულ – II აფექტურ აშლილობად. პირველი შემთხვევა გულისხმობს მანიაკალურ დეპრესიული ფსიქოზის ტიპურ მიმდინარეობას, გაშლილი მანიაკალური და დეპრესიული ფაზების ან უპირატესად მანიაკალური ეპიზოდების მონაცვლეობით, მეორე შემთხვევაში – მიმდინარეობს გაშლილი, უპირატესად დეპრესიული და ცალკეული ჰიპომანიაკალური ეპიზოდების მონაცვლეობით, შეიძლება მიიღოს კონტინუალური სახე. ეპიზოდი შესაძლებელია შერეული აფექტის სახით იყოს წარმოდგენილი.

მანიაკალური სინდრომი (სინ. მანია) – აწეული გუნება-განწყობა (ჰიპერთიმია, ეიფორია), იდეატორული და მოტორული ჰიპერაქტიუობა (ე. წ. მანიაკალური ტრიადა) შერწყმული სომატო-ვეგეტატიურ აშლილობებთან.

ტიპური მანიაკალური სინდრომის მრავალფეროვნება ძირითადად მანიაკალური ტრიადის ამა თუ იმ კომპონენტის ან ცალკეული სიმპტომის დომინირებაზეა დამოკიდებული, ხოლო მის სტრუქტურაში ჰეტეროგენური ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომების აღმოცენება აყალიბებს ატიპურ მანიაკალურ სინდრომს.

მანიაკალური სინდრომებია:

- მხიარული მანია;
- მრისხანე მანია;
- მანია აბნევით;
- არაპროდუქტიული მანია;
- შეკავებული მანია; მოტორული შეკავება, ზოგჯერ სტუპორის ინტენსივობას აღწევს;
- მანია ოხუნჯობით;
- ექსპანსიური მანია;
- მანიაკალური აგზნება – *furor maniakalis*;
- მანიაკალურ-ბოდვითი სინდრომი;
- მანიაკალურ – პარანოიდული სინდრომი;
- ონეროიდული მანიაკალური მდგომარეობა;
- მორია;
- რაჟმ – მანია;
- ექსტაზი.

2. კრიტერიუმები (18)

F30 – მანიაკალური ეპიზოდი

გამოყოფილია სიმძიმის სამი ხარისხი, რომლისთვისაც საერთო ძირითადი კრიტერიუმია:

- გუნება-განწყობის აწევა;
 - ფსიქო-ფიზიკური აქტივობის ტემპის და მოცულობის გაზრდა.
- ამ კატეგორიის ქვერუბრიკები, შეიძლება გამოყენებული იყოს მხოლოდ ერთადერთი მანიაკალური ეპიზოდის დროს.

F 30. 0 ჰიპომანია

კრიტერიუმები:

- გუნება-განწყობის მსუბუქად აწევა;
- მომატებული ენერგიულობა და აქტივობა;
- ფსიქო-ფიზიკური კეთილდღეობის და პროდუქტულობის განცდა.

ასევე:

- მომატებული სოციალური აქტივობა;
- ჭარბსიტყვაობა;
- ზედმეტი ფამილარობა;
- აწეული სექსუალური აქტივობა;
- ძილის მოთხოვნების დაქვეითება;
- ყურადღების კონცენტრირების გაძნელება.

ეიფორიულობისა და მომატებული სოციალური აქტივობის ნაცვლად შეიძლება იყოს:

- გამღიზიანებლობა;
- მომატებული თვითშეფასება;
- უხეში ქცევა.

დიაგნოსტიკებისთვის აუცილებელი პირობაა:

- აწეული ან შეცვლილი გუნება-განწყობის ზემოთ მოყვანილი სიმპტომიდან ზოგიერთი მაინც უნდა არსებობდეს უწყვეტად, არანაკლები რამდენიმე დღისა, რამდენადმე მეტი სიძლიერით და მეტი მუდმივობით, ვიდრე ციკლოთიმის დროს (F34.0);
- ფსიქოსოციალური ფუნქციონირება შენარჩუნებულია, მიუხედავად ნაწილობრივი გაძნელებისა.

F30.1 მანია ფსიქოზური სიმპტომების გარეშე

ძირითადი კრიტერიუმებია:

- აწეული გუნება-განწყობა, რომელიც შეუსაბამოა რეალობასთან (შეიძლება ვარირებდეს უზრუნველი მხიარულებიდან უკონტროლო აგზნებამდე);
- ენერგიის სიჭარბე;
- ჰიპერაქტივობა;
- მეტყველების აჩქარება;
- ძილის მოთხოვნების დაქვეითება.

დამატებითი კრიტერიუმები:

- დაკარგულია ნორმალური სოციალური თავშეკავება;
- ყურადღების კონცენტრირება გაძნელებულია, იოლად ხდება გადანაცვლება;
- მომატებულია თვითშეფასება;
- გამოთქვამს ზე-ოპტიმისტურ და განდიდების იდეებს.

შესაძლებელია იყოს:

- აღქმის დარღვევა, სუბიექტური ჰიპერაკუზია;
- მოუფიქრებელი, მოურიდებელი და ექსტრაგაგანტური გადაწყვეტილებები;
- გამღიზიანებლობა და აგრესია.

დიგნოსტიკური მითითება:

- პირველი შეტევა უფრო ხშირად 15-30 წლის ასაკში იწყება (შესაძლებელია ნებისმიერ ასაკში დაწყება);
- ეპიზოდი უნდა გაგრძელდეს არანაკლები ერთი კვირა;
- სიმპტომების სიმძიმემ უნდა გამოიწვიოს ფსიქოსოციალური ფუნქციონირების დარღვევა;
- გამოხატული უნდა იყოს აწეული გუნება-განწყობა და
 - მომატებული ენერგიულობა;
 - მეტყველების აჩქარება;
 - ძილის მოთხოვნის დაქვეითება;
 - განდიდების აზრები;
 - გადაჭარბებული ოპტიმიზმი.

F30.2 მანია ფსიქოზური სიმპტომებით

დიაგნოსტიკური მითითება:

- **F 30.1** –ის კლინიკური სურათი დამძიმებულია;
- გამოხატული იდეათა რბოლა შესაძლებელია მივიდეს აბნევამდე;
- მეტყველება გაუგებარია;
- მანიაკალურ აფექტს თან ერთვის ფსიქოზური სიმპტომები – ბოდვა, ჰალუცინაცია, ცნობიერების აბნევა, მის აღსანიშნავად შეიძლება გამოყენებული იყოს **მესუთე ?????** მაჩვენებელი:

FXX.20 – აფექტის კონგრუენტული. მაგ. განდიდების ზედირებულოვანი იდეების და აწეული თვითშეფასების ფონზე ვითარდება განსაკუთრებული წარმოშობის და განდიდების ექსპანსიური ბოდვა, ხოლო გამღიზიანებლობის და ეჭვიანობის დომინირების დროს, ვითარდება დევნის ბოდვა;

FXX.21 – აფექტის არაკონგრუენტული – აფექტურად ნეიტრალური ჰალუცინაციური და ბოდვითი აშლილობა. მაგ. დამოკიდებულების ბოდვა დანაშაულის გრძნობისა და ბრალდების გარეშე ან ხმები, რომლებიც ესაუბრებიან ავადმყოფს მისთვის არაემოციურ მოვლენებზე.

დამატებითი კრიტერიუმები:

- მოსალოდნელია აგრესია და ძალადობა აღგზნების გამო;

- შესაძლებელია დეჰიდრატაცია და ხელმიშვებულობა საკვების, სითხის მიღებისა და პირადი ჰიგიენისადმი დაუდევარი დამოკიდებულების გამო.

F31 ბიპოლარული აფექტური აშლილობა

ძირითადი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები:

- განმეორებადი აფექტური ეპიზოდები, რომლის დროსაც გუნება-განწყობა და ფსიქო-ფიზიკური აქტივობა მნიშვნელოვნადაა დარღვეული (დეპრესია, მანია, ჰიპომანია ან შერეული აფექტი);
- ეპიზოდებს შორის ჩვეულებრივ არის სრული გამოჯანმრთელება;
- ავადობა თანაბარია ქალებსა და მამაკაცებს შორის.

დამატებითი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები:

- მანაკალური ეპიზოდი ჩვეულებრივ იწყება მწვავედ და გრძელდება საშუალოდ 4 თვეს (შესაძლებელია – 2 კვირიდან 5 თვემდე);
- დეპრესიული ეპიზოდი გრძელდება საშუალოდ 6 თვეს, იშვიათად ერთ წლამდე (მოხუცებში იღებს გახანგრძლივებულ და ქრონიკულ მიმდინარეობას);
- პირველი ეპიზოდი შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერ ასაკში.

F31.0; F31.1; F31.2—ბიპოლარული აფექტური აშლილობა მიმდინარე ეპიზოდი <ჰიპომანიაკალური ეპიზოდი>, <მანიაკალური ეპიზოდი ფსიქოზური სიმპტომების გარეშე>, <მანიაკალური ეპიზოდი ფსიქოზური სიმპტომებით>

დიაგნოსტიკური მითითება:

- მიმდინარე ეპიზოდი პასუხობს სათანადოდ <ჰიპომანიაკალური ეპიზოდი (F30.0) >, <მანიაკალური ეპიზოდი ფსიქოზური სიმპტომების გარეშე (F30.1) >, <მანიაკალური ეპიზოდი ფსიქოზური სიმპტომებით (F30.2) > კრიტერიუმებს;
- ანამნეზში უნდა იყოს სულ მცირე ერთი აფექტური აშლილობის ეპიზოდი მაინც (ჰიპომანიაკალური, მანიაკალური, დეპრესიული ან შერეული ეპიზოდი).

F31.3; F31.4; F31.5 – ბიპოლარული აფექტური აშლილობა მიმდინარე ეპიზოდი <მსუბუქი ან ზომიერი დეპრესიის>, <მძიმე დეპრესიის ფსიქოზური სიმპტომების გარეშე>, <მძიმე დეპრესიის ფსიქოზური სიმპტომებით>

დიაგნოსტიკური მითითება:

- მიმდინარე ეპიზოდი პასუხობს სათანადოდ: <მსუბუქი ან ზომიერი დეპრესია (F32. 0; F32. 1)>, <მძიმე დეპრესიის ფსიქოზური სიმპტომების გარეშე (F32. 2)>, <მძიმე დეპრესიის ფსიქოზური სიმპტომებით (F32. 3)> კრიტერიუმებს;
- ანამნეზში უნდა იყოს სულ მცირე ერთი აფექტური აშლილობის ეპიზოდი მაინც (ჰიპომანიაკალური, მანიაკალური ან შერეული ეპიზოდი).

F31. 3 – ამ რუბრიკაში დიაგნოსტიკის დროს შეიძლება გამოყენებული იყოს მე-5 მარკენბელი:

F31. 30 სომატური სიმპტომების გარეშე;

F31. 31 სომატური სიმპტომებით.

- თუ გამოხატულია 4 ან მეტი სომატური სიმპტომი;
- ან 2 ან 3 საკმაოდ მკვეთრად გამოხატული სომატური სიმპტომი.

F31. 2 და **F31. 5** რუბრიკაში დიაგნოსტიკების დროს შესაძლებელია გამოყენებული იყოს მე-5 მანქანებელი ფსიქოზური სიმპტომების კონგრუენტულობის აღსანიშნავად:

- **FX. X0** – წამყვანი აფექტისადმი კონგრუენტული;
- **FX. X1** – წამყვანი აფექტისადმი არაკონგრუენტული.

F31. 6 ბიპოლარული აფექტური აშლილობა, მიმდინარე შერეული ეპიზოდი

ძირითადი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმია:

- ანამნეზში უნდა იყოს სულ მცირე ერთი აფექტური აშლილობის ეპიზოდი მაინც (ჰიპომანიაკალური, მანიაკალური, დეპრესიული ან შერეული ეპიზოდი);
- მიმდინარე ეპიზოდში ვლინდება ჰიპომანიაკალური, მანიაკალური ან დეპრესიული სიმპტომები შერეული ან ალტერნირებადი სახით (აფექტის ცვლილება შესაძლებელია დღეგამოშვებით ან საათობრივ ხდებოდეს);
- აუცილებელია ორი აფექტის შერეული სიმპტომების არსებობა თანაბარი სიძლიერით, არანაკლები ორი კვირის მანძილზე.

F31. 7 ბიპოლარული აფექტური აშლილობა, რემისიის მდგომარეობა

დიგნოსტიკური კრიტერიუმები:

- ავადმყოფს წარსულში უნდა ჰქონდეს ერთი დადასტურებული ჰიპომანიაკალური, მანიაკალური ან შერეული ტიპის აფექტური ეპიზოდი მაინც;
- დამატებით, კიდევ ერთი, ჰიპომანიის, მანიის, დეპრესიის ან შერეული აფექტური ეპიზოდი;
- მოცემულ პერიოდში არ უნდა იყოს აფექტური აშლილობა;
- დასაშვებია ავადმყოფი აგრძელებდეს პროფილაქტიკურ მკურნალობას რეციდივის თავიდან აცილების მიზნით.

F31. 8 სხვა ბიპოლარული აფექტური აშლილობები

- ბიპოლარული აშლილობა II ტიპი;
- რეკურენტული მანიაკალური ეპიზოდები.

F34. 0 ციკლოთიმია

ძირითადი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებია:

- გუნება-განწყობის მუდმივი, ქრონიკული მერყეობა, მსუბუქი დეპრესიის ან განწყობის მსუბუქად აწევის მრავალრიცხოვანი პერიოდები;
- აფექტური ეპიზოდები ხანმოკლეა და არასაკმარისად გამოხატული;
- არცერთი პერიოდი არ აკმაყოფილებს ბიპოლარული, რეკურენტული, მანიაკალური ან დეპრესიული ეპიზოდის კრიტერიუმებს.

F38 გუნება-განწყობის (აფექტური) სხვა აშლილობები

F38.0 გუნება-განწყობის (აფექტური) ერთეული აშლილობა

F38.00 შერეული აფექტური ეპიზოდი

აფექტური ეპიზოდი, რომელიც გრძელდება არა ნაკლები 2 კვირის განმავლობაში და ხასიათდება ჰიპომანიაკალური, მანიაკალური და დეპრესიული სიმპტომების სწრაფი მონაცვლეობით (ჩვეულებრივ რამდენიმე საათის განმავლობაში) ან შერეული სიმპტომებით.

3. სიმპტომები და ნიშნები (1, 3, 8, 18)

ა. გარეგნობა – ავადმყოფი გამოიყურება გაახლგაზრდავებული, გაბრწყინებული თვალებით და შეფაკული ღოყებით, ყოველმხრივ ცდილობს ყურადღების ცენტრში მოქცევას;

ბ. აწეული გუნება-განწყობა – ავადმყოფი ოპტიმისტური, ექსპანსიური და ეიფორიულია, რომლის რეალური მიზეზი არა თუ არ არსებობს, არამედ შეიძლება ავადმყოფის ცხოვრებასთან გროტესკულად შეუსაბამოც კი იყოს. შეიძლება გამოვლინდეს მომატებული გამღიზიანებლობა, ბრაზი, აგრესია;

გ. აზროვნების დარღვევა – ვლინდება ტემპის აჩქარებაში. ვითარდება „იდეთა რბოლა“. ზოგჯერ გვხვდება შინარსობრივი დარღვევაც – აღმოცენდება განდიდების ზედირებულოვანი იდეები. ყურადღების კონცენტრირება გაძნელებულია, შესაძლებელია ჰიპერმნეზია;

დ. მოტორული აქტივობა – მომატებულია ქმედითობა – ერთდროულად იწყებს უამრავ საქმეს, რომელიც ბოლომდე ვერ მიჰყავს. საქმიანობა ხდება უმიზნო და უშედეგო;

ე. მეტყველება – ავადმყოფი ლაპარაკობს სწრაფად, ხმამაღლა, დრამატულად, თეატრალურად, ჩახლეჩილი ხმით;

ვ. ვეგეტატიური ფუნქციები – ენერგია მოზღვავეებულია, პულსი აჩქარებულია, დაქვეითებულია ძილის მოთხოვნილება. აწეულია ლიბიდო. მადა უფრო ხშირად მომატებულია;

ზ. ადექვატური შეფასების და დასკვნის გაკეთების, რაციონალური გადაწყვეტილების მიღების უნარი დაქვეითებულია, ხდება საკუთარი ავადმყოფობის სრული უარყოფა.

ასაკობრივი თავისებურება – მოზარდებში მანიის ნიშნები ვლინდება ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ჭარბი მოხმარების და ასოციალური ქმედებების სახით.

4. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები (1, 3, 4, 13, 14, 15, 151, 153)

თანმიმდევრული დიაგნოსტიკური შეფასებისას გაითვალისწინე:

- ზოგადი სამედიცინო და ფსიქიკური აშლილობის ისტორია (93- D);
- ფსიქიკური და ფიზიკური სტატუსის გამოკვლევა (172- D 178 - A);
- ფსიქიატრიული და ზოგადი სამედიცინო კომორბიდული ფაქტორების არსებობა და კონსულტაცია შესაბამისი სამედიცინო დარგის სპეციალისტთან (1, 2, 8) (103, 104, 171-C, 101, 102-D);
- უზრუნველყავი პაციენტის და სხვა პირების უსაფრთხოება (90, 91, 103-C, 88, 89, 100, 102-D);
- განსაზღვრე ფსიქიატრიული დახმარების ოპტიმალური დონე (16).

ინიციალური სამუშაო:

ზოგადი რეკომენდაციები ლითიუმით მკურნალობის დაწყებამდე:

- სისხლში შარდოვანას და კრეატინინის კონცენტრაციის განსაზღვრა;
- ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური სინჯების (FT₃; FT₄; TSH) ჩატარება;
- ელექტროკარდიოგრამა;
- ორსულობის ტესტი (შვილოსნობის ასაკის მქონე ქალებში). (105, 106, 123- B, 122- A);

ზოგადი რეკომენდაციები ვალპროატით მკურნალობის დაწყების წინ:

- შეისწავლე ზოგადი სამედიცინო ისტორია, განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციე ღვიძლის, ჰემატოლოგიურ პათოლოგიას და სისხლდენის შემთხვევებს;
- სასურველია ღვიძლის ფუნქციური ტესტების და ჰემატოლოგიური მაჩვენებლების განსაზღვრა.

ზოგადი რეკომენდაციები კარბამაზეპინით მკურნალობის დაწყების წინ:

- აუცილებელია ჰემატოლოგიური, ჰეპატოლოგიური და რენალური ფუნქციების ტესტების ჩატარება და გაანალიზება;
- სასურველია შრატში ელექტროლიტების კონცენტრაციის განსაზღვრა, განსაკუთრებით მოხუცებში სადაც ჰიპონატრემიის მაღალი რისკია;
- ზოგადი სამედიცინო ისტორიის და ფიზიკური სტატუსის გამოკვლევა უნდა გაკეთდეს წესისამებრ, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს წარსულში ძვლის ტვინის კომპრესიის და ღვიძლის დაავადების არსებობის ისტორიას.

ლაბორატორიული მაჩვენებლების გრძელვადიანი მონიტორინგი ლითიუმით მკურნალობისას (1, 3, 8, 13, 151):

განსაზღვრე სისხლის პლაზმაში ლითიუმის კონცენტრაცია:

- დოზის ყოველი მომატების შემდეგ (კონცენტრაციის გაწონასწორება დოზის კორექტირებიდან დაახლოებით 5 დღის ვადაში ხდება);
- სტაბილური პაციენტებისათვის ყოველ 3-6 თვეში ერთხელ და
- ყოველთვის კლინიკური სტატუსი შეცვლისას.

მონიტორინგის სიხშირის ოპტიმალობა დამოკიდებულია ლითიუმის სისხლის პლაზმაში კონცენტრაციის სტაბილურობაზე და პაციენტის მდგომარეობაზე.

რომელიც შეიძლება შეიცვალოს საყურადღებო და ანგარიშგასაწევი სიმპტომებით.

(119-D და 68, 91, 120, 121-C);

რენალური ფუნქციები განსაზღვრე:

- მკურნალობის პირველი 6 თვის განმავლობაში ანალიზი ყოველ 2-3 თვეში ერთხელ;
- შემდგომი კონტროლი ყოველ 6-12 თვეში ერთხელ სტაბილური პაციენტებისათვის და
- ყოველთვის კლინიკური სტატუსის შეცვლისას. (68, 120, 121-C);

ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციები განსაზღვრე:

- მკურნალობის პირველი 6 თვის განმავლობაში ერთი ან ორი ტესტი;
- შემდგომი კონტროლი 6-12 თვეში ერთჯერ სტაბილური პაციენტებისათვის და
- ყოველთვის კლინიკური სტატუსის შეიცვლისას. (118-C და 117-B);

ლაბორატორიული მონაცემების ხანგრძლივი მონიტორინგი ვალპროატი მკურნალობისას (1, 3, 8, 13, 151):

- საჭიროა პაციენტმა იცოდეს ღვიძლის და ჰემატოლოგიური დისფუნქციის ნიშნებისა და სიმპტომების შესახებ და ამ სიმპტომების გამოჩენის შემთხვევაში აცნობოს ექიმს;
- სტაბილურ პაციენტებში, რომლებიც იღებენ ვალპროატს, ფსიქიატრის მიერ ჰეპატოლოგიური და ჰემატოლოგიური ტესტების პასუხის კლინიკური შეფასება საჭიროა მინიმუმ ექვს თვეში ერთხელ;
- კლინიკური ჩვენების არსებობისას სასურველია სისხლის პლაზმაში ვალპროატის მუავას კონცენტრაციის განსაზღვრა (მაგ. როცა ვალპროატის მუავას მეტაბოლიზმი შეიძლება შეცვალოს სხვა მედიკამენტმა). (63, 175, 177-D, 130-B, 125, 176-A);

ლაბორატორიული მაჩვენებლების ხანგრძლივი მონიტორინგი კარბამაზეპინით მკურნალობისას (1, 3, 8, 13, 151):

- კარბამაზეპინით მკურნალობის დაწყებიდან ორი თვის განმავლობაში ჰემატოლოგიური და ჰეპატოლოგიური ფუნქციური ტესტები უნდა შემოწმდეს ორ კვირაში ერთხელ;
- ამის შემდეგ, თუ ლაბორატორიული ტესტები ნორმის ფარგლებში დარჩა, არ გამოვლინდა ძვლის ტვინის კომპრესიის და ჰეპატიტის სიმპტომები, სისხლის ანალიზი და ღვიძლის ფუნქციური ტესტები უნდა გაკეთდეს 3-6 თვეში ერთხელ;
- მონიტორინგის ინტენსივობა ჰემატოლოგიური ან ჰეპატოლოგიური დარღვევების გამოვლინებაზე დამოკიდებული. (132-C, 177-D, 133-B);

5. მკურნალობა

A. მწვავე მანიაკალური ან შერეული ეპიზოდის მკურნალობა

I ეტაპი

პირველად პაციენტებში:

I ალტერნატივა

მძიმე მანიაკალური ან შერეული ეპიზოდის დროს, რეკომენდირებულია მკურნალობის დაწყება (114-B და 162-C):

- ლითიუმით, რომელიმე ანტიფსიქოზურ პრეპარატთან კომბინაციაში (111-112-A) ან
- ვალპროატით რომელიმე ანტიფსიქოზურ პრეპარატთან კომბინაციაში. (127-B და 129, 128, 140-A)

ნაკლებად მძიმე პაციენტებისათვის რეკომენდირებუ მონოთერაპია:

- ლითიუმით (105-107, 109-B, 115, 147-A) ან
- ვალპროატით (124-B, 110 125-126-A) ან
- რომელიმე ანტიფსიქოზური პრეპარატით (მაგ. ოლანზაპინით); (111, 112, 136, 137, 138-A)

გაითვალისწინე:

- შეიძლება საჭირო იყოს, ხანმოკლე პერიოდის განმავლობაში ბენზოდიაზეპინებით დამტვბითი მკურნალობა (142-143-A);
- შერეული ეპიზოდის დროს შეიძლება, ლითიუმთან შედარებით, უფრო ეფექტური იყოს ვალპროატი (110, 115-A);
- ატიპიურ ანტიფსიქოზურ პრეპარატებს უპირატესობა ენიჭება ტიპურთან შედარებით, ძირითადად მათი უფრო ასატანი გვერდითი ეფექტები გამო-მაგ. ოლანზაპინი ან რისპერიდინი (138-139-A);

II ალტერნატივა

- კარბამაზეპინი ან ოქსკარბამაზეპინი, ლითიუმის ან ვალპროატის ნაცვლად (132, 165-B და 108, 131,133, 138-A);
- ზიპრაზიდონი ან ქუეტიაპინი სხვა ანტიფსიქოზური პრეპარატის ნაცვლად (3, 13)

გაითვალისწინე:

- ლითიუმის აქტიური მოქმედების დაწყებამდე ლატენტური პერიოდი 4-10 დღეა, ამიტომ მანიის სიმტომების მართვის მიზნით, შეიძლება საჭირო გახდეს ანტიფსიქოზური პრეპარატების დამატება(139-141-A);
- ანტიდეპრესანტი შემცირებული ან შეწყვეტილი უნდა იყოს საჭიროების მიხედვით(97, 164-C, 98, 106, 154-B, 134, 145, 147, 66-A);
- რეკომენდირებულია ფსიქოსოციალური და ფსიქოფარმაკოლოგიური

ფსიქოზური სიმპტომებით მიმდინარე მანიაკალური ან შერეული ეპიზოდის დროს სიმპტომების მართვისათვის გამოიყენე:

I ალტერნატივა

ანტიფსიქოზური მედიკამენტები.

გაითვალისწინე:

- მიზანშეწონილია 2-გენერაციის (ატიპიური) ანტიფსიქოზური პრეპარატებით მკურნალობა, მათი ზოგადად უფრო ასატანი გვერდითი ეფექტების პროფილის გამო:
 - რისპერიდონი 2-6 მგ;
 - ოლანზაპინი 10-20 მგ;
 - ქუეთიაპინი 200–400 მგ;
 - ზიპრაზიდონი 40–80 მგ.(127-B, 128, 136-141-A დონის მტკიცებულება)
- არაკომპლავენტური, მძიმე მანიაკალურ პაციენტებში, ორალური ანტიფსიქოზური პრეპარატების ნაცვლად, მიზანშეწონილია დეპონირებული ფენოთიაზინის გამოყენება, მაგ. **Sol. Fluphenazine 12,5 _25 mg.** კუნთებში 3-4 კვირაში ერთხელ (3).

II ალტერნატივა

- ელექტროკონველსიური თერაპია – შესაბამისი თერაპიული ჩვენებით. (156, 43-ექსპერტთა მოსაზრება, 157- B);

II ეტაპი

თუ მანიის სიმპტომები 10-14 დღის განმავლობაში პირველი რიგის მედიკამენტური მკურნალობის ოპტიმიზებული დოზებით არასაკმარისად კონტროლირდება:

I ალტერნატივა

დაუმატე სხვა პირველი რიგის მედიკამენტი;
(113, 114-C, 110-112, 115-A)

II ალტერნატივა:

- პირველი რიგის მედიკამენტების (ლითიუმი, ვალპროატი, ანტიფსიქოზური პრაპარატი) დამატების ნაცვლად, დაუმატე კარბამაზეპინი ან ოქსკარბამაზეპინი (113-C, 116, 165-B, 108-A);

III ალტერნატივა

- დაუმატე ანტიფსიქოზური პრეპარატი, ან ერთი ანტიფსიქოზური პრეპარატი შეცვალე მეორე ანტიფსიქოზური პრეპარატით; (დაავადებების რეზისტენტულობის დროს შეიძლება ნაწილობრივ ეფექტური იყოს კლოზაპინი). (149-B, 139-141-A);

IV ალტერნატივა:

- **ელექტროკონვულსიური თერაპია (ეკთ) მიზანშეწონილია:**
 - პაციენტებში მძიმე მანიაკალური ან მედიკამენტოზური თერაპიისადმი რეზისტენტული მდგომარეობის დროს;
 - როცა პაციენტი აირჩევს ეკთ-ს ფსიქიატრთან კონსულტაციის შემდეგ;
 - პაციენტებში შერეული ეპიზოდით და
 - პაციენტებში, რომლებსაც განუვითარდათ მძიმე მანია ორსულობის პერიოდში;
- (43, 155, 156-ექსპერტთა მოსაზრება, 157- B)

B. ბიპოლარული მწვავე დეპრესიის მკურნალობა

პაციენტებთან, რომლებსაც პირველად უტარდებათ მკურნალობა ბიპოლარული აშლილობის გამო:

I ალტერნატივა

მკურნალობა დაიწყო:

- ლითიუმით (105-107-B) ან
- ლამოტრიჯინით (145- B, 99, 134, 135, 144-A);.

II ალტერნატივა:

- განსაკუთრებით უფრო მძიმე დეპრესიის დროს – მიზანშეწონილია მკურნალობა დაიწყო ლითიუმის და ანტიდეპრესანტის ერთდროულად მიცემით (3, 13);

გაითვალისწინე:

- ანტიდეპრესანტთან კომბინირებული მკურნალობის ხანგრძლივობა შეზღუდულია – საშუალოდ 4-12 კვირა (3, 13);
- ანტიდეპრესანტებით მონოთერაპია არ არის რეკომენდირებული. (146-A, 98- B);

III ალტერნატივა:

- **ელექტროკონვულსიური თერაპია, სათანადო სამედიცინო ჩვენებით:**
 - ფიზიკურად დაუძღვრებულ, სუიციდურ ან ფსიქოზურ პაციენტებთან;
 - პაციენტებთან, რომლებსაც ორსულობის ფონზე განუვითარდათ მძიმე დეპრესია;
- (155, 43-ექსპერტთა მოსაზრება, 160-D, 67, 86, 157- B და 66-A)

გაითვალისწინე:

- ინტერპერსონალური და კოგნიტურ-ბეჰევიორული ფსიქოთერაპია შესაძლებელია სასარგებლო იყოს ფარმაკოთერაპიასთან კომბინაციაში (167) (180, 181-A);
- ბიპოლარული აშლილობის დროს ფსიქოდინამიური ფსიქოთერაპიის ეფექტურობა არ არის მეცნიერულად შესწავლილი, მაგრამ კლინიკურ პრაქტიკაში ფართოდ გამოყენება ფსიქოფარმაკოთერაპიასთან კომბინაციაში. (159) (179-A);

ყურადღება!

- მკურნალობის სელექციისას უნდა იხელმძღვანელო დაავადების სიმძიმით, რომელიც სწრაფ ციკლორობაში ან ფსიქოზური სიმპტომების არსებობაში ვლინდება და ასევე, შესაძლებლობის ფარგლებში, უნდა გაითვალისწინო პაციენტის არჩევანი (96, 172-D, 178-A).

I. პაციენტებთან, რომლებსაც დამჭერი თერაპიის პერიოდში დაეწყო დეპრესიული ეპიზოდის შეტევა:

I ალტერნატივა

- საჭიროა მედიკამენტების დოზების ოპტიმიზება;
- ფსიქოზური სიმპტომებით მიმდინარე დეპრესია ჩვეულებრივ საჭიროებს დამატებით ადექვატურ მკურნალობას ანტიფსიქოზური პრეპარატებით. (63, 175-D, 123, 149-B, 122, 139-141- A).

თუ დამჭერი თერაპიის ოპტიმიზების შემდეგ პაციენტის მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, მიზანშეწონილია:

I ალტერნატივა

დაუმატო:

- ლამოტრიჯინი (134, 135- A) ან
- ბუპროპიონი ან
- პაროქსეტინი. (98-B, 146-A)

II ალტერნატივა

- დაუმატეთ სხვა, ახალი ანტიდეპრესანტი მაგ. სუმსი-ის სხვა პრეპარატი ან ვენლაფაქსინი ან მონოამინოქსიდაზას ინჰიბიტორი –მაოი (13);

ყურადღება!

- ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების დანიშვნა სარისკოა, ის შეიძლება ფაზის ინვერსიის პრეციპიტირებადი ფაქტორი გახდეს (13);
- მაოი-ის გამოყენება რთული და შეზღუდულია სხვა მედიკამენტებსა და საკვებთან ინტერაქტივობის რისკის გამო(13).

III ალტერნატივა:

- მიზანშეწონილია ეკთ:
 - მძიმე ან თერაპიისადმი რეზისტენტული დეპრესიის დროს;
 - ფსიქოზური სიმპტომებით მიმდინარე დეპრესიისას;
 - კატატონური სიმპტომებით მიმდინარე დეპრესიისას. (43-ექსპერტთა მოსაზრება; 157-B, 66-A)

C. სწრაფი ციკლურობა

გამოავლინე სწრაფი ციკლურობის ხელშემწყობი კომორბიდული ფაქტორები, როგორცაა ჰიპოთირეოდიზმი, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება და ჩაატარე სათანადო მედიკამენტური მკურნალობა და თუ შესაძლებელია შეზღუდე მედიკამენტები, განსაკუთრებით ანტიდეპრესანტები, რომლებსაც შეუძლიათ ხელი შეუწყონ ციკლურობას. (102-D, 98, 103, 118-C, 117-B, 146-A)

სწრაფი ციკლურობის დროს, გუნება-განწყობის მასტაბილიზებული პირველი რიგის პრეპარატებით, მათ შორის ლითიუმით ან ვალპროატით ინიციალური მკურნალობის

I ალტერნატივა

- მკურნალობა ლამოტრიჯინით (99-A);

II ალტერნატივა

- მიზანშეწონილია მედიკამენტების კომბინაცია, ე.ი კომბინაცია ორი ზემოთ ხსენებული პირველი რიგის პრეპარატების (108, 110, 115-A), ან

III ალტერნატივა

- ერთ-ერთ პირველი რიგის პრეპარატს დამატებული რომელიმე ანტიფსიქოზური პრეპარატი. (111, 112, 128, 129, 140, 141-A);

ყურადღება!

- ლითიუმის ანტიკონვულსანტთან კომბინაციისას რეკომენდირებულია ორივე პრეპარატის თერაპიული დოზა განახევრდეს ან შემცირდეს 1/3-ით, სისხლის პლაზმაში შესაფერისი და უსაფრთხო კონცენტრაციის დაცვის მიზნით (3).

D. დამჭერი ანუ პროფილაქტიკური თერაპია

მკურნალობის მიზნები:

- რეციდივის და რეკურენტულობის პრევენცია;
- რეზიდუალური სიმპტომების რედუცირება;
- სუიციდური რისკის რედუცირება;
- ციკლურობის სიხშირის ან გუნება-განწყობის უმნიშვნელო ლაბილურობის რედუცირება;
- ზოგადი ფუნქციონირების გაუმჯობესება. (164, 174-C, 178-A).

განსაზღვრე დამჭერი თერაპიის ჩვენება:

- დამჭერი თერაპიის რეკომენდირება გამომდინარეობს მანიაკალური ან დეპრესიული ეპიზოდის მიმდინარეობიდან;
- ბიპოლარული II აშლილობის დროს, სულ უმნიშვნელო დახმარებაც კი, გააზრებულად და მკაცრი მეთვალყურეობის გარანტიით უნდა გატარდეს. (174-C, 172-D, 178-A)

რეკომენდირებული არჩევანი:

I ალტერნატივა

მკურნალობის არჩევანში დიდი უპირატესობა ენიჭება

- ლითიუმს (165-B, 147-A) ან
- ვალპროატს (125-A).

II ალტერნატივა

- ლამოტრიჯინის (145-B და 144, 99-A),
- კარბამაზეპინის ან ოქსკარბამაზეპინის (131, 133-A)

გაითვალისწინე:

- თუ ერთ-ერთმა ზემოთ აღნიშნულმა პრეპარატმა ბოლო დეპრესიული ან მანიაკალური ეპიზოდის შემდეგომი რემისია გამოიწვია, დამჭერი თერაპიის დროს იგივე პრეპარატი უნდა გაგრძელდეს 6 თვე, შემდეგ 1-3 თვის განმავლობაში თანდათანობით შემცირდეს და შეწყდეს (3) (98-B და 146-A);
- გუნება-განწყობის მასტაბილიზებელი პრეპარატის მიღება უნდა განახლდეს ეპიზოდის შემობრუნებისას და შენარჩუნდეს, თუ ეპიზოდი მეორდება 3 წელზე ნაკლებ დროში;
- პროფილაქტიკური მკურნალობა მიზანშეწონილია ლითიუმით, თუ 2 ტიპური მანიაკალური ეპიზოდის შეტევა განვითარდა 3 წელზე ნაკლებ დროში (3);
- პროფილაქტიკური მკურნალობის მიზნით ანტიდეპრესანტების გამოყენებამ, თუნდაც ნორმოთიმულ პრეპარატებთან კომბინაციაში, შესაძლებელია სწრაფი ციკლურობის პროვოცირება გამოიწვიოს (146-A, 98-B);
- ეკთ გამოყენება დამჭერი თერაპიის მიზნით შეიძლება მიზანშეწონილი იყოს პაციენტებისათვის, რომლებსაც კარგი ეფექტი ჰქონდათ ეკთ-ზე მწვავე ეპიზოდის დროს (43, 156-ექსპერტთა მოსაზრება; 86, 157-B);
- დამჭერი თერაპიის სელექციისას უნდა იხელმძღვანელო დაავადების სიმძიმით, რასაც დაავადების სწრაფი ციკლურობა ან ფსიქოზური სიმპტომების არსებობა განაპირობებს და როცა შესაძლებელია უნდა გაითვალისწინო პაციენტის არჩევანი (96, 172-D, 178-A).

ანტიფსიქოზური პრეპარატების როლი

- ანტიფსიქოზური პრეპარატებით მკურნალობა უნდა შეწყდეს, თუ კი ის პერსისტენტული ფსიქოზის მართვის ან გუნება-განწყობის ეპიზოდის რეკურენტულობის პრევენციისათვის არ არის საჭირო (1, 13).

თუ პაციენტი არასაკმარისად რეაგირებს, გამოხატულია ქვემწვავე სიმპტომები ან გრძელდება გუნება-განწყობის ეპიზოდის შეტევა, დაუმატე სხვა მედიკამენტი:

I ალტერნატივა

- რომელიმე ატიპიური ნეიროლეპტიკი ან (127-B, 136-141-A);

II ალტერნატივა

- ანტიდეპრესანტი; (146-A, 98- B);

III ალტერნატივა

- ეკთ გამოყენება დამჭერი თერაპიის მიზნით შეიძლება მიზანშეწონილი იყოს პაციენტებისათვის, რომლებსაც კარგი ეფექტი ჰქონდათ ეკთ-ზე მწვავე ეპიზოდის დროს (86-B დონის მტკიცებულება).

E. დამატებითი ინფორმაცია ფარმაკოთერაპიული აგენტების შესახებ

ლითიუმის კარბონატის, ნატრიუმის ვალპროატის და კარბამაზეპინის ზოგიერთი შედარებითი ფარმაკოკინეტიკური პარამეტრი(4)			
პარამეტრები	პრეპარატები		
	ლითიუმი	ვალპროატი	კარბამაზეპინი
სადღეღამისო დოზის თერაპიული ინტერვალი (გრ-ში)	0,6 – 1, 2	0,6 – 1, 4	0,4 –1,0
სისხლის პლაზმაში ოპტიმალური თერაპიული კონცენტრაცია	0,5–0,8 მმოლი/ლ	50 –100 მკგ/მლ	6 – 8 მკგ/მლ
სისხლში პრეპარატის კონცენტრაციის თერაპიულ ეფექტთან კავშირი	++ აშკარა, პირდაპირი	+	? (საეჭვო)
ტოქსიური კონც-ია	1,5 მმოლი/ლ	200 მკგ/მლ	18 მკგ/მლ
თირკმლის ფერმენტების აუტონიდუქცია	–	–	+
per - os მიღებისას შრატში კონც-ის პიკი	1 – 3 სთ–ს შემდეგ	1 – 4 სთ-ს შემდეგ	4–10 სთ-ს შემდეგ
სისხლის ცილებთან შეკავშირება (%)	0	90	75
სისხლის პლაზმიდან ნახევარგამოყოფის პერიოდი	8 – 41 სთ (საშუალოდ 24სთ)	8 – 17 სთ	30 – 40 სთ (8–17სთ ხანგრძლივად მიღებისას ფერმენტული აუტონიდუქციის გამო)
სისხლის პლაზმაში სტაბილური კონც-ის ფაზის მიღწევის დრო	2–6 დღის შემდეგ (არ იცვლება ხანგრძლივი მიღებისას)	2 დღის შემდეგ (არ იცვლება ხანგრძლივი მიღებისას)	7–10 დღე დაწყებიდან, ხანგრძლივი მიღებისას, დოზის შეცვლიდან 3–5დღე
ორგანიზმიდან გამოყოფის ძირითადი გზები	80–90% შარდით შეუცვლელი სახით	3% შარდით და განავლით შეუცვლელად, დანარჩენის მეტაბოლიზმი– დვიდლში, გლუკურონის მუავასთან მიერთებით	2% შარდით და განავლით შეუცვლელად, დანარჩენის მეტაბოლიზმი ხდება დვიდლში გლუკურონის მუავასთან მიერთების და ჰიდროქსილირების გზით
წამლებთან ურთიერთმოქმედება	ზრდის ლითიუმის ნეიროტოქსიურობას: –ანტიფსიქოზური პრეპარატები, –Ca ანტაგონისტები, –ACE ინჰიბიტორები კონცენტრაციას ზრდის: ალკოჰოლი დიურეტიკები; გამოყოფას აძლიერებს – NaCl; სიფრთხილეა საჭირო: აცეტილსალიცილის მუავა, იბუპროფენი	კომპლექსური ინტერაქტივობა: სხვა ანტიკონვულსანტებთან –საჭიროა ნევროლოგის კონსულტაცია ან წამლების ცნობარი; პოტენცირებას ახდენს აცეტილსალიცილის მუავა და ვარფარინის აქტივობის; შეუძლია გაზარდოს მაიო-ს და ტცა-ს კონც-ია.	ზრდის ცნს-ის მხრივ გვერდით ეფექტს: ლითიუმი, ანტიფსიქოზური პრ-ბი, Ca ⁺⁺ ანტაგონისტები; მაიო-თან– აუცილებელია 2 კვირა ინტერვალი; ტცა, ნეიროლეპტიკი. ტოქსიურია გრიპის ვაქცინაციისას, ეფექტი სხვადასხვაა ფენიტონთან და ორალურ კონტრაცეპტივებთან.

ლითიუმის თერაპიული ეფექტურობა

დადებითი თერაპიული ეფექტის პრედიქტორებია:

- მანიაკალური სინდრომის ტიპიურობა;
- წელიწადში 2-ზე ნაკლები აფექტური ეპიზოდი;
- ლითიუმის დადებითი თერაპიული ეფექტურობის პერსონალური ან ოჯახური ისტორია. (105, 122, 123-B და 109, 147-A)

ლითიუმი არაეფექტურია:

- შერეული ეპიზოდის დროს;
- ბიპოლარული აშლილობის სწრაფი ციკლურობის დროს;
- შფოთვის კომორბიდობისას;
- ფსიქოპატიური ნივთიერებების ჭარბი მოხმარებისას;
- ნევროლოგიური დაავადებების კომორბიდობისას. (113-C, 172-D და 114, 116-B, 178-A);

დოზირება (13)

- გვერდითი მოვლენების მინიმუმების მიზნით ლითიუმის კარბონატით მკურნალობა დაიწყე დაბალი, დანაწევრებული დოზებით მაგ. 300მგ. 2-3-ჯერ დღეში პაციენტის წონისა და ასაკის გათვალისწინებით;
- დოზების მომატება ხდება 7-10 დღის განმავლობაში, ვიდრე სისხლის პლაზმაში ლითიუმის კონცენტრაცია არ მიაღწევს 0,8 – 1,0 mEq/L, რაც ჩვეულებრივ 450-900 მგ. ლითიუმის რეგულარული მიღების შედეგად ყალიბდება;
- დოზების ტიტრაციის მომატება (სისხლის შრატში ლითიუმის კონცენტრაცია ჩვეულებრივ 0,5–1,2 mEq/L ფარგლებში უნდა იყოს შენარჩუნებული) დამოკიდებულია თერაპიულ ეფექტსა და გვერდით მოვლენებზე;
- ლითიუმის ეფექტური სამკურნალო დოზა და თერაპიული კონცენტრაცია სისხლის პლაზმაში ინდივიდუალურია თითოეული პაციენტისათვის;
- დოზის ყოველი მომატების შემდეგ განსაზღვრე სისხლის პლაზმაში ლითიუმის კონცენტრაცია (კონცენტრაციის გაწონასწორება დოზის კორექტირებიდან დაახლოებით 5 დღის ვადაში ხდება);
- მოზარდებში რენალური ფუნქციების გაძლიერების გამო, საჭიროა ლითიუმის მაღალი თერაპიული დოზებით მკურნალობა;
- მოხუცებში საჭიროა ლითიუმის დაბალი დოზებით მკურნალობა;
- ლითიუმის დოზა და სისხლის პლაზმაში კონცენტრაცია მწვავე ფაზის მკურნალობისას უფრო მაღალი უნდა იყოს, ვიდრე დამჭერი თერაპიის დროს;
- სისხლის პლაზმაში ლითიუმის კონცენტრაციის განსაზღვრა უნდა მოხდეს ლითიუმის ბოლო დოზის მიღებიდან 12 საათის შემდეგ, უმჯობესია დილით, უზმოზე, პრეპარატის პირველი დოზის მიღებამდე (120-C, 68, 109, 123-B, 122-A)

ლითიუმის გვერდითი ეფექტების მენეჯმენტი (183)	
გვერდითი ეფექტი	კუპირება
<p>პოსტაბსორფციული სინდრომი G/I დისკომფორტი, გულისრევა, სისუსტე, თავბრუსხვევა</p> <ul style="list-style-type: none"> გამოწვეულია სისხლში ლითიუმის კონცენტრაციის სწრაფი მომატებით გაივლის დროთა განმავლობაში 	<ul style="list-style-type: none"> დოზების შემცირება ან დანიშნულების რეჟიმის შეცვლა – დღის დოზის შემცირების ხარჯზე საღამოს დოზის გაზრდა; ალტერნატიული პრეპარატის მიცემა
<p>ხელების წვრილამპლიტუდიანი ტრემორი, რომელიც დაღლილობისას ვლინდება და პერსისტენტულია</p>	<ul style="list-style-type: none"> გაზომე კონცენტრაცია სისხლში დამოიყენე პროპრანოლოლი ან მსგავსი პრეპარატი
<p>წყურვილი, პოლიდიფსია, პოლიურია, შარდის დაბალი ხვედრითი წონა</p> <ul style="list-style-type: none"> მედიკამენტით ინდუცირებული რენალური დისფუნქცია, ანტიდიურეტიკულ პორმონზე თირკმლის საპასუხო რეაქციის შემცირების გამო ზოგიერთ პაციენტს შეიძლება დაქვეითებული ქონდეს კონცენტრაციის უნარი შესაძლოა ნეფროგენული უშაქრო დიაბეტი გამოვლინდეს 	<ul style="list-style-type: none"> პოლიურია შეიძლება მოწესრიგდეს მედიკამენტის ძილის წინ ერთჯერადი მიცემით დოზების რედუცირება შეიძლება იქნეს გამოყენებული სიმპტომების კონტროლისთვის სათანადო ხსნარების და ელექტროლიტების გადასხმა შეიძლება იქნეს გამოყენებული მწვავე სიმპტომების დროს შეიძლება გამოყენებული იქნეს თიაზიდური სტრუქტურის პრეპარატები, მაგრამ ელექტროლიტების მონიტორინგია საჭირო, კალიუმის მიცემა შეიძლება იყოს საჭირო და ლითიუმის დოზა უნდა შემცირდეს. კალიუმის დამზოგავი დიურეტიკი შეიძლება ეფექტური იყოს, რომელიც ჩვეულებრივ არ გააძლიერებს პოტასიუმის ექსკრეციას და ლითიუმის რეაბსორბციას
<p>ინტერსტინალური ფიბროზი, გლომერულური სკლეროზი, აუარესებს წყლის რეაბსორბციას, იწვევს სისხლში კრეატინინის მომატებას</p> <ul style="list-style-type: none"> ასოცირებულია ლითიუმის ხანგრძლივად გამოყენებასთან, ზოგიერთ ეტაპზე 	<ul style="list-style-type: none"> თირკმლის ფუნქციის მონიტორინგი დასაწყისში და წელიწადში ორჯერ
<p>რეპოლარიზაციის დარღვევა ეკგ-ზე – გამტარებლობის დარღვევა ან ზოგჯერ არითმია</p>	<ul style="list-style-type: none"> ეკგ გამოკვლევა დასაწყისში და ინდივიდუალურად 40 წ < ასაკის ზემოთ
<p>ჰიპოტირეოდიზმი</p> <ul style="list-style-type: none"> უფრო ხშირია ქალებში ვლინდება პაციენტების 1/3 -ში ლითიუმით მკურნალობისას შეიძლება გამოვლინდეს პაციენტებში ლითიუმით მკურნალობისას 6-18 თვის განმავლობაში არსებობს დეპრესიის გამოვლინების რისკი ლითიუმით ინდუცირებული ჰიპოტირეოდიზმის მქონე პაციენტებში 	<ul style="list-style-type: none"> ლევოთიროქსინის გამოყენება პაციენტებში, რომლებიც მოიხმარენ ლითიუმს თირიდიული პორმონის ჩართვა მკურნალობაში და გუნება-განწყობის სტაბილიზებადი სხვა პრეპარატით ჩანაცვლება შეიძლება იქნეს გამოყენებული როცა სწრაფი ციკლურობა ან დეპრესიაა გამოხატული თირიდიული პორმონების გამოკვლევა უნდა მოხდეს ინიციალურ ეტაპზე და 1-2-ჯერ წელიწადში
<p>დერმატოლოგიური ცვლილებები – ჩირქოვანი გამონაყარი, ფსორიაზის ექსაცერბაცია ან პრეციპიტაცია, ანტიპსორიაზული მკურნალობის ინჰიბირება.</p>	<ul style="list-style-type: none"> მკურნალობა ემპირიულად
<ul style="list-style-type: none"> სისხლის პლაზმაში 1,5 mEq/L -ზე უფრო მაღალი კონცენტრაცია პაციენტებისათვის უფრო ხშირად ტოქსიურია, ხოლო 2,0 mEq/L -ზე უფრო მაღალი კონცენტრაცია ჩვეულებრივ სიცოცხლისათვის საშიშ გვერდით მოვლენებთან ასოცირდება. მაღალი კონცენტრაციისას ტოქსიურობის მინიმუმებისათვის შეიძლება საჭირო გახდეს ჰემოდიალიზი. 	

ვალპროატი / ვალპროატის მჟავა / დივალპროექსი

ანტიკონვულსანტების თერაპიული უპირატესობა ლითიუმთან შედარებით, მათი უფრო ფართო თერაპიული ინდექსით და შედარებით დაბალი რენალური ტოქსიურობით განისაზღვრება (63-D, 124, 127-B, 125, 126, 128, 176-A);

დოზირება (3, 8, 13, 14, 15)

- პაციენტებს მწვავე მანიით, სტაციონარის პირობებში შეიძლება დაენიშნოს ვალპროატის საწყისი დოზა 20-30 mg/kg დღეში. ვალპროატის თერაპიულად ეფექტური დოზა შეესაბამება სისხლის პლაზმაში 50 – 125 mg/mL ვალპროატის კონცენტრაციას;
- დოზის მომატება ხდება თანდათანობით 250-500მგ-ით, 2-3 დღის ინტერვალით, რაც დამოკიდებულია კლინიკურ ეფექტსა და გვერდით მოვლენებზე;
- ჩვეულებრივ მოზრდილის მაქსიმალური დღიური დოზა 60 mg/kg-ზე დღეში, იძლევა სისხლის პლაზმაში 50-125 mg/mL პრეპარატის კონცენტრაციას;
- პაციენტებს ამბულატორიულ პირობებში, მოხუცებს, ან პაციენტებს ჰიპომანიით და ეუთიმით, ენიშნება ვალპროატის საწყისი დოზა 250 მგ 3-ჯერ დღეში. სტაბილურ პაციენტებს შეიძლება დაენიშნოს ერთჯერადი ან ორჯერადი დღიური დოზა გამარტივებულად ერთხელ დღეში;
- გახანგრძლივებული მოქმედების პრეპარატის, მაგ. დივალპროექსი ER-ის ბიოსარგებლიანობა, დაახლოებით 15%-ით უფრო ნაკლებია, ვიდრე უშუალო მოქმედების პრეპარატების. ამიტომ დივალპროექს ER-ის დოზის მატება უნდა მოხდეს პროპორციულად. (63-D, 125, 126, 128, 176-A)

ვალპროატით გამოწვეული გვერდითი ეფექტების მართვა (183)

გვერდითი ეფექტი	კუპირება
სედაცია და GI დისტრესი გამოვლენილი მკურნალობის დაწყებისას	<ul style="list-style-type: none"> • წამლებით გამოწვეული GI დისტრესის მართვა ხდება დოზების შემცირებით, ვალპროატის ჯგუფის სხვა პრეპარატის დანიშვნით და/ან H₂-რეცეპტორის ბლოკატორის დანიშვნით
თმების ცვენა, წონაში მომატება, მადის გაძლიერება	<ul style="list-style-type: none"> • ურჩიე დიეტა და ვარჯიში • განიხილე წონის დამკლები აგენტები
მსუბუქი ლეიკოპენია, თრომბოციტოპენია, თრომბოციტების ფუნქციის გაუარესება	<ul style="list-style-type: none"> • უნდა გაკეთდეს სისხლის საერთო ანალიზი სრულად; • განსაზღვრე თრომბოციტების ანალიზი და სისხლის შედედების დრო, თუ პაციენტს დაგეგმილი აქვს ოპერაცია და როცა პაციენტს აქვს ძლიერი სისხლნაჟღენთები ან ჰემორაგია; • შექცევადია მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგ.
შეიძლება გამოვლინდეს ტრემორი	<ul style="list-style-type: none"> • მკურნალობა ბეტა-ბლოკერებით
შეიძლება გაზარდოს პოლიცისტოზური ოვარიული სინდრომის გამოვლინების შემთხვევები	<ul style="list-style-type: none"> • მკურნალობა ორალური კონტრაცეპტივებით
ღვიძლის ფუნქციის დარღვევა, ჰიპერამონემიის მძიმე შემთხვევების გამოვლინება ზოგიერთ პაციენტში	<ul style="list-style-type: none"> • ღვიძლის ფუნქციური სინჯების მონიტორი ყოველთვიურად მკურნალობის დასაწყისში და შემდეგ წელიწადში ორჯერ

<p>ჰეპატოცელულარული ნეკროზი, ჰემორაგიული პანკრეატიტი და აგრანულოციტოზი. იშვიათად იდიოსინკრაზიული რეაქცია</p>	<ul style="list-style-type: none"> • პაციენტი გაფრთხილებული უნდა იყოს რომ დაუყოვნებლივ მიმართოს სამედიცინო დახმარებას აბდომინალური ტკივილის, სიყვითლის სიცხით მიმდინარე მწვავე ფარინგიტის, სისხლდენის ან პურპურის გამოვლინების შემთხვევაში
--	---

კარბამაზეპინი

კარბამაზეპინის თერაპიული ეფექტურობა

- მონოთერაპია მწვავე მანიის კუპირებისას;
- კომბინირებული მკურნალობა ანტიფსიქოზურ პრეპარატებთან მწვავე მანიის დროს;
- მონოთერაპია ბიპოლარული დეპრესიის დროს;
- კომბინირებული მკურნალობა ანტიდეპრესანტებთან ან სხვა გუნება-განწყობის მასტაბილიზებელ პრეპარატთან რეფრაქტორული უნიპოლარული დეპრესიის დროს
- ბიპოლარული აშლილობის პროფილაქტიკური მკურნალობა ლითიუმისადმი რეზისტენტული შემთხვევების დროს სწრაფი ციკლურობის დროს (4 ან მეტი შეტევა წელიწადში) (116, 127-B, 108, 131, 133-A);

დოზირება (4, 13, 14, 15)

- კარბამაზეპინის ჩვეულებრივი საწყისი დღიური დოზა არის 200–600 მგ 3-4-ჯერ დღეში (14, 15);
- პაციენტებში მწვავე მანიით, სტაციონარულ პირობებში, დოზა შეიძლება გაიზარდოს 200-დან 800-1000მგ-მდე დღეში, მომატება ხდება თანდათანობით, ყოველ კვირაში 200 მგ-ით, განაწილებული დღის განმავლობაში, შესაბამისი ჩვენების და გვერდითი მოვლენების გათვალისწინებით (15);
- დაავადების ქვემწვავე გამოვლენებისას, ამბულატორიულ პაციენტებში დოზა თანდათან უნდა შემცირდეს გვერდითი ეფექტების მინიმიზების მიზნით (13);
- თერაპიული დოზა საშუალოდ უტოლდება 1000მგ-ს დღეში, მაგრამ შეიძლება მერყეობდეს კლინიკურ პრაქტიკაში დასაშვების ფარგლებში 200–1600 მგ. დღეში (4, 13);
- აშლილობის კუპირებისათვის საჭიროა ბიპოლარული აშლილობის მქონე პაციენტების სისხლის პლაზმაში კარბამაზეპინის თერაპიული კონცენტრაციის მიღწევა. (სისხლის პლაზმაში პრეპარატის თერაპიული კონცენტრაცია 4-12 mg/mL ფარგლებში მერყეობს) (13);
- სისხლის პლაზმაში კონცენტრაციის პიკი დგება პრეპარატის მიღებიდან 4–10 საათის შემდეგ (13);
- სისხლის პლაზმაში კარბამაზეპინის კონცენტრაციის მონიტორინგი უნდა გაკეთდეს დილით, დღის პირველი დოზის მიღებამდე (14);

- დედის რძეში კარბამაზეპინის კონცენტრაცია სისხლის პლაზმაში კონცენტრაციის 25-60%-ს შეადგენს (3);
- შესაბამისი თერაპიული კონცენტრაცია სისხლის პლაზმაში, დოზის შეცვლიდან 5 დღის შემდეგ ყალიბდება (13);

კარბამაზეპინით მკურნალობის სავარაუდო გვერდითი ეფექტები

- პაციენტების 50%-ზე მეტს კარბამაზეპინის მიღებისას უვლინდებათ გვერდითი ეფექტები;
- ყველაზე ხშირი გვერდითი ეფექტები: დაღლილობა, გულისრევა, ნევროლოგიური სიმპტომები – დიპლოპია, ლაქები მხედველობის ველში და ატაქსია;
- ნაკლები სიხშირის გვერდითი ეფექტები – კანზე გამონაყარი, ზომიერი ლეიკოპენია, ღვიძლის ენზიმების ზომიერი მომატება, ზომიერი თრომბოციტოპენია, ჰიპონატრემია – მოითხოვს მკურნალობის შეწყვეტას;
- იშვიათი, იდიოსინკრაზიული, მაგრამ სერიოზული და პოტენციურად ფატალური გვერდითი ეფექტებია აგრანულოციტოზი, აპლასტიური ანემია, თრომბოციტოპენია, ღვიძლის უკმარისობა, ექსფოლიატიური დერმატიტი (მაგ სტევენ-ჯონსონის სინდრომი) და პანკრეატიტი;
- დამატებითი სიფრთხილეა საჭირო კლინიკური სტატუსის მონიტორინგის დროს – აუცილებელია პაციენტს ასწავლო ღვიძლის, ჰემატოლოგიური და დერმატოლოგიური რეაქციების ნიშნები და სიმპტომები, ინსტრუქტირებული უნდა იყოს, რომ ამ სიმპტომების გამოვლენის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ მიმართოს ექიმს;
- სხვა იშვიათი გვერდითი ეფექტებია: სისტემური ჰიპერსენზიტიური რეაქციები, გულის გამტარებლობის დარღვევა, ფსიქოზების სპორადულ შემთხვევები და ძალიან იშვიათია რენალური ეფექტი – თირკმლის უკმარისობა, ოლიგურია, ჰემატურია და პროტეინურია;
- კარბამაზეპინთან შედარებით ოქსკარბამაზეპინს ზომიერი ეფექტურობა და ნაკლები გვერდითი ეფექტები აქვს. (4, 13, 14, 15)

ლამოტრიჯინი (13,14,15)

მკურნალობის თანმიმდევრობა

- ლამოტრიჯინი უნდა დაიწიოს 25 მგ/დღეში პირველი ორი კვირის განმავლობაში; შემდეგ 50მგ/დღეში მესამე და მეოთხე კვირაში;
- ამის შემდეგ 50მგ/კვირაში შეიძლება მოემატოს კლინიკური ჩვენებით; ვალპროატის მიმღებ პაციენტებში გამონაყარის პოტენციური რისკის მინიმიზებისათვის, ლამოტრიჯინის დოზა უნდა განახევრდეს და ტიტრაციის პერიოდი 2-ჯერ უფრო გახანგრძლივდეს (მაგ. 12,5 მგ/დღეში ან 25მგ დღეგამომშვებით 2 კვირის განძილზე, ხოლო 25 მგ/დღეში მესამე და მეოთხე კვირის განმავლობაში). (134, 135, 144–A და 145–B)

გვერდითი ეფექტები (13)

- ყველაზე ხშირი გვერდითი ეფექტია სედაცია, თავბრუსხვევა, ატაქსია, ტრემორი, ინსომნია, თავის ტკივილი, გულის რევა, ინფექციები და მხედველობის დაბინდვა ან გაორება, დაღლილობა, გასტრო-ინტესტინალური დისფუნქცია, გრიპისმაგვარი სიმპტომები, ცვლილებები სისხლში (13);
- ლამოტრიჯინის დოზის სწრაფმა ტიტრაციამ შეიძლება გამოიწვიოს სეროზული გამონაყარი – სტევენ-ჯონსონის სინდრომი და ტოქსიური ეპიდერმალური ნეკროლიზი. მოზრდილებში რისკი არის დაახლოებით 0,3%; ბავშვებში – დაახლოებით 1% (13);
- პაციენტი ინფორმირებული უნდა იყოს გამონაყარის განვითარების რისკის შესახებ; (13)
- გამონაყარი შეიძლება მკურნალობის ნებისმიერ პერიოდში გამოვლინდეს, მაგრამ უფრო სავარაუდოა მკურნალობის დასაწყისში;
- გამონაყარის გამოვლინებისას ძნელი გასარჩევია რამდენად სერიოზული ან კეთილთვისებიანია გამონაყარი; (13)
- განსაკუთრებით შემაშფოთებელია, როცა გამონაყარს თან ერთვის ცხელება და ყელის ტკივილი, გამონაყარის დიფუზური გავრცელება და სახის და ლორწოვანის შეშუპება. ამ შემთხვევაში როგორც ლამოტრიჯინი, ასევე ვალპროატი უნდა მოიხსნას; (13)
- კლინიკური დაკვირვებით დაბალი დოზების ტიტრაციის რეჟიმის გამოყენება ამცირებს სეროზული გამონაყარის რისკს მოზრდილებში 0,01%-ით (იგივეა სხვა ანტიკონვულსანტების დოზირების დროს) (13);
- უფრო ნაკლებადაა მოსალოდნელი გამონაყარით გართულება თუ ვმართავთ ნორმოთიმიული პრეპარატების გვერდით მოვლენებს. (13); (134, 135, 144–A და 145–B)

6. რეაბილიტაცია და დაპვირვება

მონიტორინგის სამიზნეები

თერაპიული ალიანსის შექმნა და ხელშეწყობა

- გადმწვევტია თითოეული პაციენტისაგან ფსიქიატრიულ დახმარებაზე თანხმობის მიღების და შემთხვევის მართვის პროცესში;
- პაციენტისა და ავადმყოფობის შესახებ უფრო მეტი ინფორმაციის მიღების, პროდრომული სიმპტომების ადრეული იდენტიფიცირების და ახალი ეპიზოდის ადრეული შეცნობის საშუალებას იძლევა. (92-ექსპერტთა მოსაზრება, 95, 181-A).

ფსიქოსოციალური ინტერვენცია

- თანმხლები ფსიქოსოციალური ინტერვენცია მიმართულია დაავადების მართვაზე – მკურნალობის რეჟიმის თანმიმდევრულობის მკაცრი დაცვა, ცხოვრების სტილის შეცვლა, პროდრომული სიმპტომების ადრეული შეცნობა და ასევე ინტერპერსონალური პრობლემების მოწესრიგება;
- მედიკამენტებთან კომბინაციაში ფართოდ გამოიყენება მხარდაჭერითი და ფსიქოდინამიური ფსიქოთერაპია;
- ჯგუფური და ოჯახური ფსიქოთერაპია დაეხმარება პაციენტს ისეთი

პრობლემების გადაჭრაში, როგორცაა თერაპიული გეგმის თანმიმდევრულობის მკაცრი დაცვა, ქრონიკულ დაავადებასთან ადაპტირება, პიროვნული ჩვევების რეგულირება, ცოლ-ქმრული და სხვა ფსიქოსოციალური სადაო საკითხების მართვა;

- მხარდამჭერი ჯგუფები დაეხმარება ბიპოლარული აშლილობების და მისი მკურნალობის შესახებ საჭირო ინფორმაციის მიღებაში. (153 - ექსპერტთა მოსაზრება, 95, 166, 178, 179, 180-A)

პაციენტის ფსიქიკური სტატუსის მონიტორინგი

- განსაკუთრებულად მნიშვნელოვანია მონიტორინგი მანიაკალური ეპიზოდის მიმდინარეობისას, როცა პაციენტს შეზღუდული ან დაკარგული აქვს საკუთარი დაავადების გაცნობიერების უნარი;
- იცოდეთ, რომ ქცევის ან გუნება-განწყობის მცირედი ცვლილება კი შეიძლება ეპიზოდის დასაწყისის მაუწყებელი იყოს. (95, 178-A);

პაციენტის და მისი ოჯახის ფსიქოგანათლება

- თანდათანობით პაციენტი უფრო კომპეტენტური ხდება, იგებს და იმახსოვრებს მიწოდებულ ინფორმაციას, იღებს და ეგუება დაავადების ხანგრძლივი მკურნალობის საჭიროებას;
- ფსიქოგანათლება უნდა იყოს უწყვეტი პროცესი, რომლის დროსაც ფსიქიატრი თანდათანობით აწვდის ცნობებს ავადმყოფობისა და მისი მკურნალობის შესახებ;
- შეიძლება გამოყენებული იყოს ბეჭდვითი და/ან ინტერნეტის მასალები;
- იგივე საგანმანათლებლო მეთოდები გამოიყენე ოჯახის წევრებისა და მკურნალობაში ჩართული სხვა პირებისათვის. (173– C, 181-A)

გააუმჯობესე მკურნალობის რეჟიმის მკაცრი დაცვა

- მკურნალობისადმი ამბივალენტური დამოკიდებულება ხშირად როგორც მედიკამენტური, ასევე სხვა სახის მკურნალობის რეჟიმის დარღვევის მიზეზი ხდება;
- ამბივალენტური დამოკიდებულების მიზეზებია:
 - საკუთარი დაავადების სერიოზულობის მიმართ გაცნობიერებული დამოკიდებულების უკმარისობა;
 - ჰიპომანიის ან მანიის შესახებ მიღებული პირადი გამოცდილების იგნორირება;
- პაციენტთან დისკუსიისას განხილული უნდა იყოს მედიკამენტების გვერდითი ეფექტები, ღირებულება და სხვა პრობლემები, რომელიც ხანგრძლივი მკურნალობისას შეიძლება ტვირთად დააწვეს პაციენტს;
- გვერდითი ეფექტების უმეტესობის კორექცია შეიძლება დოზების ფრთხილი შერჩევით, დანიშნულების რეჟიმის და წამლის ფორმის შეცვლით (მაგ. გახანგრძლივებული მოქმედების, თხევადი ფორმის). (92- ექსპერტთა მოსაზრება; 166- A).

დაეხმარე შეიცნოს სტრესორი, შექმნას აქტიურობისა და ძილის რეგულარული მოდელი

- სტრესორი ძირითადად წინ უსწრებს დაავადების ეპიზოდს;

- სოციალური რითმის დარღვევა, ძილის და აქტიურობის რითმის დარღვევასთან ერთად, შეიძლება ჩაითვალოს მანიაკალური ეპიზოდისათვის სპეციფიურ ბიძგის მიმცემ ფაქტორად;
- პაციენტს და მისი ოჯახის წევრებს უნდა ჰქონდეს ინფორმაცია მანიაკალური ეპიზოდის ასხლეტვაში ძილის დარღვევის პოტენციურ როლზე;
- ხელშეწყობილი უნდა იყოს დღის აქტიურობის რეგულარული მოდელი (ძილის, კვების, ფიზიკური აქტიურობის, სოციალური და ემოციური სტიმულირების ჩათვლით). (93, 94- D, 95, 181-A);

მუშაობა პაციენტთან გამწვავების ადრეული ნიშნების შეცნობის და მართვის მიზნით

- ფსიქიატრი ეხმარება პაციენტს, მისი ოჯახის წევრებს და დაინტერესებულ სხვა პირებს მანიაკალური ან დეპრესიული ეპიზოდის ადრეული ნიშნების და სიმპტომების წინასწარ შეცნობასა და მართვაში;
- ეპიზოდის შეტევის ადრეული მარკერები ხშირად თითოეული პაციენტისათვის ეპიზოდის დაწყების მაუწყებელია;
- ფსიქიატრის მჭიდრო ურთიერთობა, როგორც პაციენტთან, ასევე მის ოჯახთან, აადვილებს პროდრომის ადრეულ შეცნობას; (95, 181-A);

განსახდვრე და წარმართე ფსიქოსოციალური ფუნქციონირების გაუარესება

- დაეხმარე პაციენტს საქმიანობის და სხვა მოვალეობების განრიგის შედგენაში;
- დაეხმარე პაციენტს თავი აარიდოს მნიშვნელოვან ცხოვრებისეულ ცვლილებებს მანიაკალურ ან დეპრესიულ მდგომარეობაში;
- შეაფასე ბიპოლარული აშლილობის მქონე პაციენტის ბავშვების პრობლემები და დახმარება აღმოუჩინე მათ. (96-D; 97, 163, 164, 174-C)

7. გაიდლაინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი – “გუნება-განწყობის (აფექტური) აშლილობა”

8. აღამიანური და მატერიალურ-ტიმნიკური რესურსი

- ფსიქიატრიული მენეჯმენტი საჭიროებს მულტიდისციპლინარულ მიდგომას – მეურნეობის გატარება ხდება გუნდური პრინციპით: შემთხვევის მმართველი, ფსიქიატრი, ფსიქოლოგი, ფსიქოთერაპევტი, ექთანი, სოციალური მუშაკი (შემთხვევის მმართველი შეიძლება იყოს გუნდის ნებისმიერი წევრი);
- გუნება-განწყობის (აფექტური) აშლილობის დიაგნოსტიკურ შეფასებას ახდენს ექიმი-ფსიქიატრი, რომელიც პაციენტისა და სხვა პირების უსაფრთხოების, ფსიქოსოციალური ფუნქციონირების დონის შეფასების შედეგების და კომორბიდული ფაქტორების გათვალისწინებით, ახდენს ფსიქიატრიული დახმარების შესაბამისი დონის შერჩევას.
- თერაპიული გეგმის შედგენასა და განხორციელებაში მონაწილეობის გუნდის ნებისმიერი წევრი, კვალიფიკაციის შესაბამისად.

- გუნება-განწყობის (აფექტური) აშლილობის მკურნალობა ხდება საერთაშორისოდ აპრობირებული და გაიდლაინით რეკომენდირებული ფსიქოფარმაკოთერაპიული, ფსიქოთერაპიული მეთოდებით, ასევე რეკომენდირებულია ელექტროკონვულსიური თერაპია ან ამ სამკურნალო მეთოდების კომბინაცია.
- დიაგნოსტიკების, კომორბიდული ფაქტორების გამოვლინებისა და მკურნალობის გვერდითი ეფექტების მართვისათვის, გაიდლაინით რეკომენდირებული კლინიკურ-ლაბორატორიული და ინსტრუმენტალური გამოკვლევების განსახორციელებლად, აუცილებელია ფსიქიატრიული დახმარების სამსახურების უზრუნველყოფა თანამედროვე ტექნიკით აღჭურვილი კლინიკურ ლაბორატორიებით.
- კლინიკური მდგომარეობის მონიტორინგის შედეგების შესაბამისად, აუცილებელია სათანადო სპეციალისტების კონსულტირებით პაციენტის უზრუნველყოფა.
- ფსიქიატრიული მენეჯმენტის ეფექტურობის, ფსიქიატრიული დახმარების ხელმისაწვდომობის და უწყვეტობის მიზნით ფსიქიატრიული დახმარების სამსახურები, რეგიონული/კომუნური პრინციპით, ზოგადი პროფილის სამედიცინო სამსახურების კომპლექსში;
- გუნება-განწყობის (აფექტური) აშლილობის პრევენციისა და ადრეული გამოვლინების მიზნით, სკრინინგის განხორციელება პოპულაციაში, განსაკუთრებით კი მოწყვლად და მარგინალურ ჯგუფებში.
- მქონე პირებისათვის სპეციალური ფსიქოსარეაბილიტაციო პროგრამების შედგენა და დანერგვა.
- გუნება-განწყობის (აფექტური) აშლილობის გაიდლაინით რეკომენდირებული ფსიქიატრიული მენეჯმენტის ეფექტური განხორციელების მიზნით, აუცილებელია, სათანადო სასწავლო პროგრამების შედგენა და ფსიქიატრიული სამსახურის სპეციალისტების მომზადება/გადამზადება/ტრენინგება.