

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
180-sonli buyrug'iga
ilova

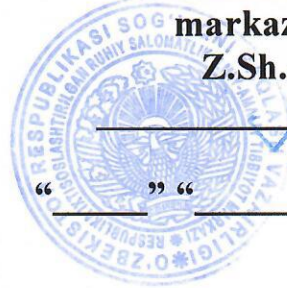
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

**RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN RUHIY SALOMATLIK ILMIY-
AMALIY MARKAZI**

**MILLIY KLINIK PROTOKOL
TASHXIS VA DAVOLASH
"BIPOLYAR AFFEKTIV BUZILISH"**

Toshkent – 2025

“KELISHILGAN”
Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy
salomatlik ilmiy-amaliy
markazi direktori
Z.Sh.Ashurov



“ ” “ ” 202__ yil

MILLIY KLINIK PROTOKOL
TASHXIS VA DAVOLASH
"BIPOLYAR AFFEKTIV BUZILISH"

Toshkent – 2025

MILLIY KLINIK PROTOKOL
TASHXIS VA DAVOLASH
"BIPOLYAR AFFEKTIV BUZILISH"

Toshkent – 2025

Kirish qismi

XKT-10/11 kodlash

F 31 –	Bipolyar affektiv buzilish
F 31.0 –	Epizod gipomanik joriy
F 31.1 –	Psixotik alomatlarsiz maniya epizodi joriy
F 31.2 –	Psixotik alomatlar bilan maniya epizodi joriy
F31.20 –	Psixotik alomatlar bilan maniya epizodi joriy. Kayfiyatga mos keladigan psixotik alomatlar
F31.21 –	Psixotik alomatlar bilan maniya epizodi joriy. Kayfiyatga mos kelmaydigan psixotik alomatlar
F31.3 –	O'rtacha yoki engil depressiya epizodi hozirgi
F31.30 –	O'rtacha yoki engil depressiya epizodi hozirgi somatik alomatlarsiz
F31.31 –	Somatik alomatlar bilan davom etadigan o'rtacha yoki engil depressiya epizodi
F31.4 –	Psixotik alomatlarsiz og'ir depressiya epizodi joriy
F31.5 –	Psixotik alomatlar bilan og'ir depressiya epizodi joriy
F31.50 –	Psixotik alomatlar bilan og'ir depressiya epizodi joriy. Kayfiyatga mos keladigan psixotik alomatlar
F31.51 –	Psixotik alomatlar bilan og'ir depressiya epizodi joriy. Kayfiyatga mos kelmaydigan psixotik alomatlar
F31.6 –	Hozirgi aralash epizod
F31.7 –	Remissiya
F31.8 –	Boshqa bipolyar affektiv buzilishlar
F31.9 –	Bipolyar affektiv buzilish aniqlanmagan

<https://icd.who.int/browse10/2010/en#>

Bipolyar yoki o'xshash buzilishlar (Bipolar or related disorders)

6A60	Bipolyar buzilish I tipa
6A60.0	Bipolyar buzilish I tipa, joriy maniakal epizod, psixotik alomatlarsiz
6A60.1	Bipolyar buzilish I tipa, joriy maniakal epizod, psixotik alomatlar bilan
6A60.2	Bipolyar buzilish I tipa, joriy gipomaniakal epizod
6A60.3	Bipolyar buzilish I tipa, joriy depressiv epizod, engil
6A60.4	Bipolyar buzilish I tipa, joriy depressiv epizod, o'rtacha, psixotik alomatlarsiz
6A60.5	Bipolyar buzilish I tipa, joriy depressiv epizod, o'rtacha, psixotik alomatlar bilan

6A60.6	Bipolyar buzilish I tipa, joriy depressiv epizod, og'ir, psixotik alomatlarsiz
6A60.7	Bipolyar buzilish I tipa, joriy depressiv epizod, og'ir, psixotik alomatlar bilan
6A60.8	Bipolyar buzilish I tipa, joriy depressiv epizod, noma'lum darajada
6A60.9	Bipolyar buzilish I tipa, joriy aralash epizod, psixotik alomatlarsiz
6A60.A	Bipolyar buzilish I tipa, joriy aralash epizod, psixotik alomatlar bilan
6A60.B	Bipolyar buzilish I tipa, joriy qisman remissiya, oldingi epizod maniakal yoki gipomaniakal
6A60.C	Bipolyar buzilish I tipa, joriy qisman remissiya, oldingi epizod depressiv
6A60.D	Bipolyar buzilish I tipa, joriy qisman remissiya, oldingi epizod aralash
6A60.E	Bipolyar buzilish I tipa, joriy qisman remissiya, oldingi epizod noma'lum
6A60.F	Bipolyar buzilish I tipa, joriy to'liq remissiya
6A60.Y	Bipolyar buzilish I tipaning boshqa aniklangan turlari
6A60.Z	Bipolyar buzilish I tipa, noma'lum
6A61	Bipolyar buzilish II tipa
6A61.0	Bipolyar buzilish II tipa, joriy gipomaniakal epizod
6A61.1	Bipolyar buzilish II tipa, joriy depressiv epizod, engil
6A61.2	Bipolyar buzilish II tipa, joriy depressiv epizod, o'rtacha, psixotik alomatlarsiz
6A61.3	Bipolyar buzilish II tipa, joriy depressiv epizod, o'rtacha, psixotik alomatlar bilan
6A61.4	Bipolyar buzilish II tipa, joriy depressiv epizod, og'ir, psixotik alomatlarsiz
6A61.5	Bipolyar buzilish II tipa, joriy depressiv epizod, og'ir, psixotik alomatlar bilan

6A61.6	Bipolyar buzilish II tipa, joriy depressiv epizod, noma'lum darajada
6A61.7	Bipolyar buzilish II tipa, joriy qisman remissiya, oldingi epizod gipomaniakal
6A61.8	Bipolyar buzilish II tipa, joriy qisman remissiya, oldingi epizod depressiv
6A61.9	Bipolyar buzilish II tipa, joriy qisman remissiya, oldingi epizod noma'lum
6A61.A	Bipolyar buzilish II tipa, joriy to'liq remissiya
6A61.Y	Bipolyar buzilish II tipaning boshqa aniklangan turlari
6A61.Z	Bipolyar buzilish II tipa, noma'lum
6A62	Siklotimik buzilish
6A6Y	Bipolyar yoki o'xshash buzilishlarning boshqa aniklangan turlari
6A6Z	Bipolyar yoki o'xshash buzilishlar, noma'lum
6A60.Y	Bipolyar buzilish I tipaning boshqa aniklangan turlari
	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi: 2025 yil, qayta ko'rib chiqish sanasi 2028 yil yoki yangi asosiy dalillar mavjud bo'lganda. Taqdim yetilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha o'zgartirishlar tegishli hujjatlarda ye'lon qilinadi.

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa: Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy Salomatlik ilmiy-amaliy markazi

Biz klinik protokol va standartni ishlab chiqishga hissa qo'shdik:

1. Baxramov F. Sh. RIRSIAM direktorining ilmiy ishlar bo'yicha o'rinbosari
2. Irmuxamedov T. B. TPTI kafedrasida assistenti

Mas'ul ijrochilar

Ashurov Z. Sh. - t.f.d., professor, . RIRSIAM direktori, Toshkent tibbiyot akademiyasining psixiatriya va narkologiya kafedrasini mudiri, O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirligining bosh psixiatr va narkolog, O'zbekiston psixiatrlar assotsiatsiyasi Prezidenti.

Alimov O'. X. - t.f.d., professor, tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazining psixiatriya va psixoterapiya kafedrasini mudiri.

Abdullayeva V. K. – t.f.d., professor, ToshPMI psixiatriya, narkologiya va bolalar psixiatriyasi, tibbiy psixologiya va psixoterapiya kafedrasini mudiri.

Chembaev B. R. - PhD RIRSIAM psixiatriya Toshkent filiali direktori o'rinbosari

Rogov A. V. – PhD., ToshPMI psixiatriya, narkologiya va bolalar psixiatriyasi, tibbiy psixologiya va psixoterapiya kafedrasini assistenti.

Userbaeva R. K.-TMA psixiatriya va narkologiya kafedrasini assistenti.

Sharhlovchilar:

Sivolap Yu.P. - Tibbiyot fanlari doktori, uzluksiz tibbiy ta'lim fakulteti psixiatriya, psixoterapiya va Psixosomatik patologiya kafedrasini professori, Patris Lumumba RUDN

Velilyaeva A.S. - psixiatriya, tibbiy psixologiya va narkologiya, Samarqand davlat tibbiyot kafedrasini mudiri

Klinik protokol oliy ta'lim muassasalari fakulteti, O'zbekiston psixiatrlari assotsiatsiyasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari (RIRSIAM filiallari direktorlari va ularning o'rinbosarlari), hududiy muassasalar shifokorlari ishtirokidagi ishchi guruhning yakuniy yig'ilishida norasmiy konsensusga yerishish orqali muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya yetildi.

Klinik protokol №3 15 may 2025 Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy Salomatlik ilmiy-amaliy markazi ilmiy Kengashi tomonidan ko'rib chiqildi va tasdiqlandi

Ilmiy Kengash raisi- RIRSIAM direktori, tibbiyot fanlari doktori, professor Z. Sh. Ashurov

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi yekspertlar guruhi yekspertlari tomonidan yekspert bahosi:

1. Ibadullaev Zarifboy Rajabovich-Toshkent Tibbiyot Akademiyasi
2. Nurxadjayev Sobir Nosirxadjayevich-Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti

Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vaziri o'rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi boshlig'i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko'magi asosida ishlab chiqilgan.

Qisqartmalar ro'yxati:

AD — antidepressantlar

AD – aralash depressiya

AM – aralash maniya

BAA — birinchi avlod antipsikotiklari

BAB — bipolyar affektiv buzilish

BD — bipolyar depressiya

DE – depressiv epizod

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EEG - elektroensefalografiya

EKG - elektrokardiografiya

EKT — elektrokonvulsiv terapiya

EPS – ekstrapiramidal simptomatologiya

ETIT – erkin triiodotironin

IAA — ikkinchi avlod antipsikotiklari

KT – kompyuter tomografiyasi

MH – manik holatlar

MRT – magnit-rezonans tomografiya

PAM – psixoaktiv moddalar

RNOT– randomizatsiyalangan nazorat ostida tadqiqotlar

SSRI – selektiv serotoninni qaytarib olish ingibitorlari (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors)

TDB – Takroriy depressiv buzilish

TSA – trisiklik antidepressantlar

TT – tez trankvilizatsiya

TTG – tireotrop gormoni

TTO — tez tsiklik oqim

XKT – Kasalliklarning xalqaro tasnifi

*preparat O'zbekiston Respublikasining hayotiy muhim dori vositalari ro'yxatiga kiritilmagan

Protokol Foydalanuvchilari:

1. Psixiatrlar;
2. Psixoterapevtlar
3. Klinik psixologlar
4. Umumiy amaliyot shifokorlari;
5. Sog'liqni saqlash tashkilotchilari
6. Umumiy amaliyot shifokorlari
7. Umumiy amaliyot shifokorlari
8. Tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalari, rezidentlar, magistrlar, doktorantlar

Bemor toifalari: bipolyar affektiv buzilishi, manik va depressiv yepizodlari bo'lgan bemorlar

**Dalillarning ishonchliligi darajasini baholash shkalasi (DIDBSH) diagnostika usullari uchun
(diagnostik aralashuvlar)**

DIDBSH	Dekodlash
1	Yo'naltiruvchi usul bilan boshqariladigan tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
2	Meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar bundan mustasno, mos yozuvlar usuli bilan boshqariladigan individual tadqiqotlar yoki individual randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
3	Mos yozuvlar usuli bilan ketma-ket nazorat qilinmagan tadqiqotlar yoki tadqiqot usulidan mustaqil bo'lmagan mos yozuvlar usuli bilan tadqiqotlar yoki tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kohort tadqiqotlari
4	Qiyosiy tadqiqotlar, klinik holatning tavsifi
5	Faqat harakat mexanizmini asoslash yoki mutaxassislarning fikri mavjud

**Dalillarning ishonchliligi darajasini baholash shkalasi (DIDBSH) profilaktik, terapevtik,
reabilitatsiya tadbirlari uchun**

DIDBSH	Dekodlash
1	Meta-tahlil yordamida RNOSni tizimli ko'rib chiqish
2	Alohida RNOS va meta-tahlilni qo'llagan holda RNOSdan tashqari har qanday dizayndagi tadqiqotlarni muntazam ravishda ko'rib chiqish
3	Tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari
4	Taqqoslanmaydigan tadqiqotlar, klinik holat yoki bir qator holatlarning tavsifi, vaziyatni nazorat qilish bo'yicha tadqiqotlar
5	Faqatgina aralashuv mexanizmini (klinikadan oldingi tadqiqotlar) asoslash yoki mutaxassislarning fikri mavjud

**Tavsiyalarning ishonchliligi darajasini baholash shkalasi (TIDBSH) profilaktik, diagnostik,
terapevtik, reabilitatsiya tadbirlari uchun**

TIDBSH	Dekodlash
--------	-----------

A	Kuchli tavsiya (ko'rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil)
B	Shartli tavsiya (ko'rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va/yoki ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil emas)
C	Zaif tavsiya (tegishli sifatli dalillarning yo'qligi (ko'rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) ahamiyatsiz, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil emas)

TA'RIF VA TASNIFLASH

1.1 Ta'rif

Bipolyar affektiv buzilish (BAB) - bu affektiv sohaning ruhiy kasalliklari toifasidagi surunkali takrorlanadigan kasallik. BAB takroriy (kamida ikkita) epizod bilan tavsiflanadi, unda kayfiyat va faollik darajasi sezilarli darajada buziladi. Ba'zi hollarda maniya yoki gipomaniya, boshqalarda somatik buzilish, moddalarni iste'mol qilish (PAM), organik ruhiy kasallik (F00 – F09) tufayli bo'lmagan depressiya qayd etiladi. O'tkir epizodning alomatlari, qoida tariqasida, remissiya davrida to'liq kamayadi. Maniyaning takroriy epizodlari bilan og'rigan bemorlar kam uchraydi.

1.2 Etiologiya va patogenez

BAB etiologiyasi va patogenezini to'liq aniq emas. Etiologiya tushunchalari asosan genetik nazariyaga asoslangan [1,2 va boshqalar]. Birinchi darajali qarindoshlarda unipolyar depressiya va BAB holatlari soni to'plangan.

Genetik, biologik, neyrotransmitter va neyroendokrin tadqiqotlar natijalari, nazariy fiziologik modellar va psixososyal nazariyalar kasallikning murakkab etiologiyaga ega ekanligini taxmin qilish imkoniyatini beradi. Shaxsiy predispozitsiya qiluvchi genetik va biologik omillar atrof-muhit ta'siri va turli psixososyal omillar bilan o'zaro ta'sir qiladi. Shizofreniya bilan taqqoslaganda, atrof-muhit omillari kasalligining rivojlanishiga ta'siri (homiladorlik va tug'ish patologiyasi yoki yirik shaharlarda yashash) unchalik ishonchli emas, ammo bipolyar spektr kasalliklarining irsiy og'irligi boshqa ruhiy kasalliklarga qaraganda yuqori. Erta boshlash va o'z vaqtida tashxis qo'yish komorbid ruhiy kasalliklarning paydo bo'lish xavfini oshiradi va BAB kursini og'irlashtiradi [1-4 va boshqalar].

1.3 Tasniflash

Bab klinik kursining variantlariga ko'ra, o'zgaruvchan, doimiy, tez tsiklik (TTO) ajratiladi (Ultra tez tsiklik va Ultra tez tsiklik).

1. O'zgaruvchan oqim-keyingi affektiv fazadan keyin eutim davrining boshlanishi bilan tavsiflanadi. Affektiv fazalar avtoxton tarzda rivojlanadi va o'z-o'zidan hal qilinadi.

Bosqich tugaganidan keyin paydo bo'lgan intermissiya evtimik kayfiyat va og'riqli epizod uchun tanqidning paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Bemorlarning ijtimoiy moslashuvi birinchi navbatda rivojlanayotgan alevlenmeler chastotasi, ularning davomiyligi va zo'ravonlik darajasi bilan belgilanadi [1]].

2. Uzluksiz oqim [20-23] - oraliqlarning yo'qligi, fazalarning uzluksiz o'zgarishi. Kasallikning o'z-o'zidan og'irlashishi yoki noto'g'ri farmakoterapiya bilan o'zgaruvchan oqimning doimiy holatga o'tishi mumkin. Kasallikning bunday noqulay rivojlanishi bilan ham, ba'zida ancha uzoq evtimal davrlar paydo bo'lishi mumkin.

3. Tez tsiklik kurs (TTO) kasallikning eng noqulay variantlaridan biri bo'lib, bir yil ichida kamida 4 ta affektiv fazaning rivojlanishi bilan belgilanadi [24, 25].

4. Ultrafast tsikllar-bir oy ichida 4 yoki undan ortiq affektiv fazalarni rivojlantirish.

5. Bir kun ichida yuzaga keladigan Ultra-Ultra tezkor tsikllar, ularni doimiy, o'ta beqaror aralash affektiv holatdan ajratish deyarli mumkin emas [26].

Ushbu variantlar va klinik ko'rinishda ularga yaqin bo'lgan aralash affektiv holatning o'zgaruvchan varianti, shuningdek aralash maniya kasallikning noqulay prognozini ko'rsatadigan doimiy kursda odatiy faza ko'rinishlari hisoblanadi; ularni davolash qiyin. Tez tsikllar ayollarda tez-tez uchraydi va ularning paydo bo'lishi kasallikning erta boshlanishi, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish, hipotiroidizm, ayol jinsiy gormonlarining ta'siri va adni qabul qilish bilan bog'liq [27].

1.4 Kasallik yoki holatning klinik ko'rinishi (kasalliklar yoki holatlar guruhleri)

BAB murakkab kasallik bo'lib, uning tarkibida turli vaqt oralig'ida turli psixopatologik simptom komplekslari uchraydi.

Turli xil zo'ravonlik va tipologiyaga ega bo'lgan turli xil qutblarning affektiv fazalari (maniya, depressiya, aralash holatlar, affektiv-delusional shakllanishlar) o'z-o'zidan tugashi mumkin, bu eutim kayfiyati va og'riqli epizod uchun to'liq tanqid bilan tavsiflanadi.

Kayfiyat va xatti - harakatlarning buzilishi bilan bir qatorda, BAB ko'pincha ruhiy faoliyatning boshqa sohalarida (masalan, kognitiv, idrok), shuningdek neyrovegetativ alomatlar (uyqu, ishtahaning buzilishi, sirkadiyalik ritm, energiya muvozanati va boshqalar) kuzatiladi. Kasallikning turli davrlarida ushbu alomatlarining mavjudligi va zo'ravonligi sezilarli darajada o'zgarishi mumkin [28, 29].

Kasallikning turli bosqichlarida BAB bilan og'rigan bemorlarning yarmidan ko'pi psixotik simptomlarni ko'rsatadi. 65% - komorbid kasalliklar (ko'pincha giyohvand moddalarni suiiste'mol qilish yoki tashvishlanish buzilishi) tashxisi qo'yilgan [26]. Bab bilan vahima belgilari takroriy depressiyaga qaraganda tez-tez uchraydi va fazani sezilarli darajada kechiktirishi mumkin [9]. Spirtli ichimliklarga qaramlikni rivojlanish xavfi umumiy aholiga qaraganda 6-7 baravar yuqori [8], erkaklarda bu xavf 3 baravar, ayollarda esa 7 baravar yuqori [30].

Somatik kasalliklar bilan komorbidlik kam uchraydi (yurak-qon tomir patologiyasi, diabet, semirish va tiroid disfunktsiyasi eng keng tarqalgan). Bunday bemorlarda somatik xavf omillariga qarshi kurashish uchun ixtiyoriy harakatlar va motivatsiyaning etishmasligi tez-tez uchraydi, bu esa oxir-oqibat BAB kasallari populyatsiyasida umumiy og'riq va o'limning ko'payishiga olib keladi [31].

BIPOLYAR AFFEKTIV BUZILISH DIAGNOSTIKASI

Tashxisni aniqlash mezonlari

BAB (F31) - bu affektiv sohaning ruhiy kasalliklari toifasidagi surunkali takrorlanadigan kasallik. BAB takroriy (kamida ikkita) epizod bilan tavsiflanadi, unda kayfiyat va faollik darajasi sezilarli darajada buziladi. Ba'zi hollarda maniya yoki gipomaniya qayd etiladi, boshqalarida somatik buzilish, PAM foydalanish, organik ruhiy kasallik (F00 – F09) tufayli bo'lmagan depressiya mavjud. O'tkir epizodning alomatlari, qoida tariqasida, remissiya davrida to'liq kamayadi. Maniyaning takroriy epizodlari bilan og'rigan bemorlar kam uchraydi. Ular bipolyar (F31.8. Boshqa bipolyar affektiv buzilishlar. Takroriy manik epizodlar).

2.1 Shikoyatlar va anamnez

5C

Barcha bemorlarga ruhiy holatdagi depressiya, maniya yoki aralash holatlarning alomatlarini aniqlash bo'yicha chora-tadbirlar birlamchi tashxis sifatida tavsiya etiladi [32, 33].

5C

Ruhiy holatida depressiya, maniya yoki aralash holat belgilari aniqlangan barcha bemorlarga majburiy qadamlar sifatida tavsiya etiladi:

- bemorda mavjud bo'lgan simptomlarning depressiv, manik yoki aralash epizodlarni tashxislash mezonlariga muvofiqligini baholash
- kasallik davomida turli qutblarning kamida ikkita epizodi mavjudligi haqida tarix yoki tibbiy hujjatlar ma'lumotlarini oling
- shikastlanishlar, yuqumli miya kasalliklari, somatik kasalliklar, affektiv simptomlarning rivojlanishidan oldin mavjudligi to'g'risida anamnestic ma'lumotlarni to'plash
- bemor va uning oila a'zolari o'rtasida manik yoki depressiv simptomlarni keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan PAM yoki dori-darmonlarning keyingi affektiv epizodi boshlanishidan oldin bemorni qabul qilish faktini istisno qilish uchun maqsadli so'rov o'tkazing [32, 33].

5C

Birlamchi yoki takroriy depressiv epizodga ega bo'lgan barcha bemorlarga mumkin bo'lgan gipomaniya tarixini aniqlash uchun HCL-32 shkalasining tasdiqlangan rus tilidagi versiyasidan foydalangan holda gipomaniya tarixini tekshirish tavsiya etiladi [34, 35].

5C

HCL-32 skriningi ijobiy bo'lgan barcha bemorlarga) [34,-35] bemorning gipomaniya tarixi tashxisini qo'yish uchun tavsiya etiladi:

- gipomaniya tarixini aniqlashga qaratilgan bemorning diqqat bilan yo'naltirilgan klinik so'rovini o'tkazing [32-36];
- mumkin bo'lgan gipomaniya tarixini aniqlash uchun bemorning qarindoshlari va do'stlari tomonidan ob'ektiv ma'lumotlarni to'plashni amalga oshiring;

2.2 Fizikal tekshiruv

5C

Standart fizik tekshiruvdan tashqari, barcha bemorlarga quyidagilar tavsiya etiladi:

- bemorning PAM yoki manik yoki depressiv alomatlarga olib kelishi mumkin bo'lgan dori-darmonlarni qabul qilish faktini istisno qilish uchun in'ektsiya izlarini aniqlash uchun terini tekshirish [32, 34];
- antipsikotiklarni qabul qilishda ekstrapiramidal yon ta'sirlarni istisno qilish uchun patologik beixtiyor harakatlar va mushaklarning gipertonikligini baholash (AP) [32, 37]

2.3 Laboratoriya diagnostikasi

BAB diagnostikasi uchun laboratoriya usullari mavjud emas.

5C

Terapiyani tayinlashdan oldin, boshqa kasalliklar bilan BAB differentsial diagnostikasini o'tkazish, agar kerak bo'lsa kasalxonaga yotqizish va somatik sog'liq uchun turli xil xavflarni baholash uchun barcha bemorlarga qo'shimcha tekshiruv usullarini o'tkazish tavsiya etiladi [32], bunga quyidagilar kiradi:

- qondagi umumiy gemoglobin darajasini tekshirish
- qondagi qizil qon tanachalari darajasini tekshirish
- qonda trombositlar darajasini tekshirish
- qondagi oq qon hujayralari darajasini tekshirish
- oq qon hujayralarining differentsial soni (oq qon hujayralari formulasi)
- rang ko'rsatkichini aniqlash
- beta amiloidni fagotsitlovchi monotsitlarni aniqlash
- eritrotsitlarning cho'kish tezligini o'rganish
- qondagi eozinofil katyonik oqsil darajasini o'rganish
- sarum kreatinin darajasini tekshirish
- siydikdagi oqsilni aniqlash,
- siydikda gemoglobinni aniqlash,
- siydikda qizil qon hujayralarini (gemoglobin) aniqlash
- siydikdagi kreatinin darajasini tekshirish,
- siydikdagi karbamid darajasini tekshirish
- qonda kreatinin darajasini tekshirish
- qondagi tireotrop gormon (TTG) darajasini tekshirish
- qondagi erkin triiodotironin (ETIT) darajasini o'rganish
- qondagi erkin va bog'langan bilirubin darajasini tekshirish
- qondagi umumiy bilirubin darajasini tekshirish
- qonda aspartat aminotransferaza faolligini aniqlash
- qondagi alanin aminotransferaza faolligini aniqlash
- qonda lipoprotein darajasini tekshirish
- qonda xolesterin miqdorini tekshirish
- qondagi triglitseridlar darajasini tekshirish
- qonda glyukoza miqdorini tekshirish
- qonda yuqori zichlikdagi lipoprotein xolesterin darajasini tekshirish
- past zichlikdagi lipoprotein xolesterin darajasini o'rganish

Izohlar: Qalqonsimon bez gormonlari darajasini tekshirish (ETIT, TTG) ilgari hech qachon ushbu tadqiqotni o'tkazmagan yoki klinik yoki anamnestik ko'rsatmalar mavjud bo'lgan birlamchi bemorlarga tavsiya etiladi.

2.4 Instrumental diagnostika

5C

BAB diagnostikasi uchun instrumental usullar mavjud emas.

Terapiyani tayinlashdan oldin, boshqa kasalliklar bilan BAB differentsial diagnostikasini o'tkazish, agar kerak bo'lsa kasalxonaga yotqizish va somatik sog'liq uchun turli xil xavflarni baholash uchun barcha bemorlarga qo'shimcha tekshiruv usullarini o'tkazish tavsiya etiladi [32, 37 va boshqalar], ular quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- elektrokardiografiya (EKG)
- elektroensefalografiya (EEG)
- magnetorezonans tomografiyasi (MRT) (afzal)/kompyuter tomografiyasi (KT)

- Metabolik sindromni baholash uchun ortiqcha vaznli barcha bemorlarga [32, 37 va boshqalar] tavsiya etiladi.
- qon bosimini o'lchash
- bel atrofini o'lchash, tana massasi indeksini aniqlash

Izohlar: MRT yoki KT va EEG ushbu tadqiqotlarni ilgari hech qachon o'tkazmagan yoki klinik yoki anamnestik ko'rsatmalar mavjud bo'lgan birlamchi bemorlar uchun tavsiya etiladi.

2.5 Boshqa diagnostika

5C

Barcha bemorlarga o'z joniga qasd qilish xavfi bo'yicha Kolumbiya shkalasi yordamida majburiy ravishda yo'naltirilgan klinik va anamnestik tekshiruv tavsiya etiladi) [32, 38, 39] o'z joniga qasd qilish xavfini aniqlash uchun.

5C

Shaxsiyat buzilishi va/yoki differentsial diagnostika qiyinchiliklari bo'lgan bemorlar uchun klinik psixolog bilan maslahatlashish tavsiya etiladi [32, 37, 40].

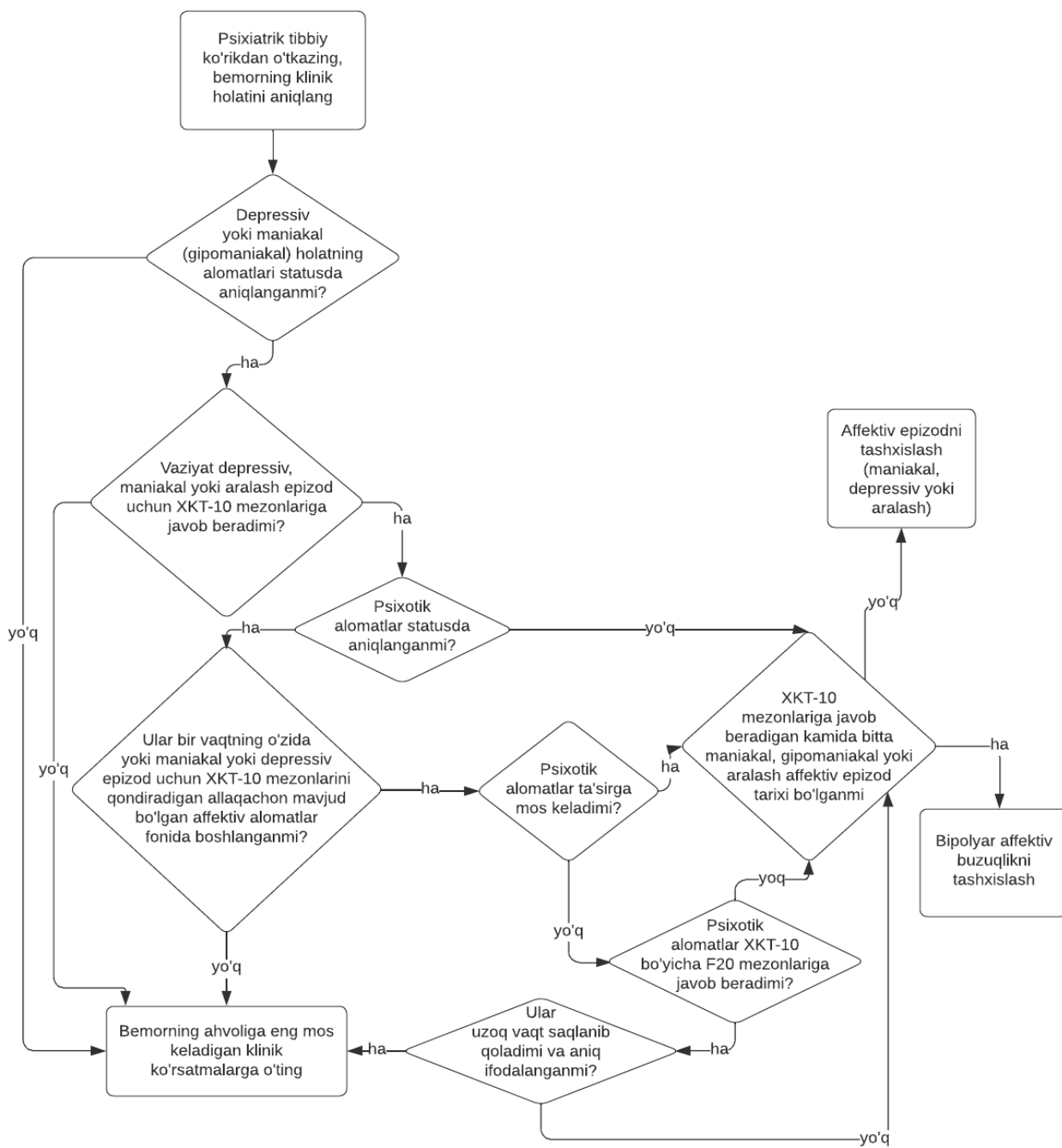
5C

Terapiyani tayinlashdan oldin, boshqa kasalliklar bilan BAB differentsial diagnostikasini o'tkazish, BAB uchun buyurilgan bir qator dorilarga qarshi ko'rsatmalarni istisno qilish, agar kerak bo'lsa kasalxonaga yotqizish va somatik sog'liq uchun turli xil xavflarni baholash uchun barcha bemorlarga tavsiya etiladi [32, 37, 40] umumiy amaliyot shifokori, oftalmolog, nevrolog, ayol shifokor bilan maslahatlashish- akusher-ginekolog.

Tashxis	Differentsial diagnostika uchun asos	Tekshiruvlar	Tashxisni istisno qilish mezonlari
Shizoaffektiv kasalliklar	XKT-10 noaniq tasvirlangan. Muayyan aniq mezonlar mavjudligiga qaramay	Taqdim etilgan tadqiqotlarning butun spektri	Depressiv epizod mezonlari orasida quyidagilar keltirilgan: kayfiyatning pasayishi, qiziqish va zavqning yo'qolishi, asosiy alomatlar sifatida energiyaning pasayishi, ularni quyidagilar bilan to'ldirish mumkin: kontsentratsiyaning

			<p>pasayishi, o'z-o'zini hurmat qilishning pasayishi, keyinchalik aybdorlik g'oyalarning shakllanishi, kelajakka nisbatan pessimizmning kuchayishi, uyquning buzilishi va ishtahaning pasayishi, o'z-o'ziga zarar etkazish yoki o'z joniga qasd qilishga qaratilgan g'oyalar yoki harakatlar. Kuzatilgan epizodning davomiyligi kamida 2 hafta bo'lishi kerak</p>
Organik affektiv buzilish	XKT-10 noaniq tasvirlangan. Muayyan aniq mezonlar mavjudligiga qaramay	Taqdim etilgan tadqiqotlarning butun spektri	<p>Kasallik, miya shikastlanishi yoki disfunktsiyasi yoki tizimli jismoniy kasallikning mavjudligi, bu aniq tavsiflangan sindromlardan biri bilan bog'liq; Asosiy kasallikning rivojlanishi va ruhiy sindromning boshlanishi o'rtasidagi vaqt (hafta yoki bir necha oy) o'rtasidagi bog'liqlik; Taxmin qilingan asosiy kasallikni yo'q qilish yoki davolashdan keyin ruhiy kasallikdan tiklanish;</p>

			<p>Ruhy syndromning boshqa sabablari to'g'risida taxminiy ma'lumotlarning etishmasligi (masalan, aniq oilaviy og'irlik yoki stressni keltirib chiqarish).</p>
--	--	--	---



Tavsiya etilgan BAB diagnostika algoritmi

BIPOLYAR AFFEKTIV BUZUQLIKNI DAVOLASH

Farmakoterapiya

Manik holatlarni to'xtatish terapiyasi (MH)

Birinchi tanlov terapiyasi

1A

MH tashxisi qo'yilgan barcha bemorlarga simptomlarni bartaraf etish va remissiyaga erishish uchun farmakoterapiya tavsiya etiladi .

Izohlar: Barcha bemorlar uchun BABni davolashda, hozirgi psixopatologik simptomlarni iloji boricha tezroq bartaraf etish va keyinchalik eutim davrini saqlab qolish uchun uchta majburiy bosqichni bajarish tavsiya etiladi: to'xtatish terapiyasi, davolash (qo'llab-quvvatlash) terapiyasi va profilaktik (relapsga qarshi) terapiya [1, 32].

BAB uchun MH terapiyasi strategiyasi keyingi profilaktika bosqichini hisobga olgan holda quriladi. MHni og'irlik (engil, o'rta, og'ir) va manik sindrom turini hisobga olgan holda bosqichma-bosqich to'xtatish tavsiya etiladi: quvnoq (eyforik) maniya, g'azablangan (disforik) maniya, psixotik xususiyatlarga ega maniya (manik-delusional holat) [1, 32].

MHni to'xtatishda terapiyani tanlash nafaqat turli xil dorilar guruhlari ta'sirining xususiyatlari, balki ularning bardoshlilik bilan ham belgilanadi. Uni amalga oshirishning ma'lum uslubiy qoidalariga rioya qilgan holda terapiya samaradorligini sezilarli darajada oshirish mumkin. Etarli doz va terapiyaning dinamik va o'z vaqtida o'zgarishi simptomlarni tezda to'xtatishga imkon beradi va epizodning kechikishiga yo'l qo'ymaydi.

Shuni ham yodda tutish kerakki, qo'llab-quvvatlovchi normotimik terapiya uchun preparatni buyurish (lityum tuzlari, antikonvulsanlar, ikkinchi avlod antipsikotik (IAA) juda erta amalga oshirilishi va to'xtatuvchi terapiyaning dastlabki bosqichiga "qo'shilishi" kerak, chunki bu dorilarning profilaktik ta'siri nisbatan sekin rivojlanadi [1,32,40].

IAA dan foydalanish ko'p hollarda birinchi avlod antipsikotiklaridan (BAA) afzalroqdir, birinchi navbatda ularning eng yaxshi qabul qilinganligi sababli (kamroq aniqlangan sedasyon, ekstrapiramidal simptomatologiya (EPS) rivojlanish xavfi, giperprolaktinemiya xavfi, depressiv ta'sir, faza inversiyasi xavfi). Bundan tashqari, affektiv kasalliklarga chalingan bemorlarda AP qo'llanilganda EPS shizofreniya bilan kasallanganlarga qaraganda bir necha baravar tez-tez rivojlanib borishi ma'lum, bu esa antikolinerjik dorilarni qo'shimcha ravishda qo'shishni talab qiladi [1, 32].

Terapiyaning maqsadi: remissiyaga erishish (remissiyani aniqroq psixometrik aniqlash uchun yangi shkalasidan foydalanish mumkin, unga ko'ra simptomlarning og'irligi 10-12 ball dan oshmasligi kerak).

Terapiya vazifalari:

- ✓ manik simptomlarni iloji boricha tezroq to'xtatish
- ✓ psixomotor qo'zg'alish va tajovuzkorlikni tezkor boshqarish
- ✓ depressiv simptomlarning rivojlanishi yoki kuchayishining oldini olish (aralash sharoitlarda)
- ✓ keyinchalik uzoq muddatli profilaktik foydalanish uchun individual tolerantlikni hisobga olgan holda dori-darmonlarni tanlash.

Manik terapiya rejasi bemorning holatini tahlil qilish, anamnez ma'lumotlari va kasallikning dominant kutupluluklar asosida tuzilgan.

1A

MH terapiyasining dastlabki bosqichida yoki gipomaniya paytida quvnoq (eyforik) maniya bilan og'rigan bemorlar uchun normotimik preparatlardan biri bilan monoterapiya tavsiya etiladi: natriy valproat [32, 40 va boshqalar].

1A

MH terapiyasining dastlabki bosqichida yoki gipomaniya holatida g'azablangan maniya bilan og'rigan bemorlar uchun normotimik preparatlardan biri bilan monoterapiya tavsiya etiladi:

- Natriy valproat,
- Karbamazepin [20, 37, 40 va boshqalar.]

Izohlar. To'xtatuvchi terapiya preparatini tanlash terapiyaning keyingi profilaktik bosqichini hisobga olgan holda amalga oshirilishi kerak va bemor tomonidan uzoq muddatli foydalanish uchun tanlangan preparatning individual tolerantligini hisobga olish kerak. Natriy valproat lityumdan afzalroqdir (natriy valproat plazma kontsentratsiyasini muntazam ravishda kuzatishni talab qilmaydi va yon ta'sirining yanada qulay profiliga ega) [1,2,20, 21, 32, 37, va boshqalar]. Boshqa antikonvulsantlar (muqobil terapiya uchun karbamazepin va kaltsiy kanal blokerlari qo'llanilishi mumkin [1, 21, 32, 37, 40, va boshqalar]. MH ni to'xtatishning birinchi bosqichida haloperidolni buyurish tavsiya etilmaydi, aniq psixomotor qo'zg'alish va/yoki aniq g'azab va tajovuzkorlik hollari bundan mustasno [1, 20, 32, 37, 40, va boshqalar]

2A

Terapiyaning dastlabki bosqichida 3-4 hafta davomida samaradorligi past bo'lgan bemorlarga antipsikotik (IAA yoki galoperidol) sxemaga qo'shilish yoki boshqa normotimikdan foydalanish tavsiya etiladi [1, 20, 32, 37, 40 va boshqalar]

Izohlar: Lityum karbonat* bilan davolashning antimanik ta'siri 0,8-1,0 mmol/l konsentratsiyasida yuqori (dalil darajasi a) [6], dozani titrlashda haftada bir marta tekshirilishi kerak. Shuning uchun lityum karbonat kursining samarasizligi faqat preparatning qon plazmasidagi terapevtik oralig'iga yetganda aniqlanishi mumkin. Bundan tashqari, shuni yodda tutish kerakki, MH da lityum karbonatning ta'siri terapiyaning 7-10 kunidan oldin amalga oshiriladi.

• Og'ir maniya va kuchli psixomotor qo'zg'alish bilan og'rigan yoki psixotik alomatlari bo'lgan maniya bilan og'rigan bemor uchun terapiyani darhol normotimik + antipsikotik (IAA yoki haloperidol) kombinatsiyasi bilan boshlash tavsiya etiladi [1, 32, 37, 40]. Etarli doz va terapiyaning dinamik va o'z vaqtida o'zgarishi simptomlarni tezda to'xtatishga imkon beradi va epizodning kechikishiga yo'l qo'ymaydi.

Shuni ham yodda tutish kerakki, qo'llab-quvvatlovchi normotimik terapiya uchun preparatni buyurish (lityum tuzlari, antikonvulsanlar, ikkinchi avlod antipsikotik (IAA) juda erta amalga oshirilishi va to'xtatuvchi terapiyaning dastlabki bosqichiga "qo'shilishi" kerak, chunki bu dorilarning profilaktik ta'siri nisbatan sekin rivojlanadi [1,32,].

IAA dan foydalanish ko'p hollarda birinchi avlod antipsikotiklaridan (BAA) afzalroqdir, birinchi navbatda ularning bardoshlilik (kamroq aniqlangan) sedasyon, ekstrapiramidal simptomatologiya (EPS) rivojlanish xavfi, giperprolaktinemiya xavfi, depressiv ta'sir, faza inversiyasi xavfi). Bundan tashqari, affektiv kasalliklarga chalingan bemorlarda AP qo'llanilganda EPS shizofreniya bilan kasallanganlarga qaraganda bir necha baravar tez-tez rivojlanib borishi ma'lum, bu esa antikolinergik dorilarni qo'shimcha ravishda qo'shishni talab qiladi [1, 32].

*preparat O'zbekiston Respublikasining hayotiy muhim dori vositalari ro'yxatiga kiritilmagan

Terapiyaning maqsadi: remissiyaga erishish (remissiyani aniqroq psixometrik aniqlash uchun Yang shkalasidan foydalanish mumkin, unga ko'ra simptomlarning og'irligi 10-12 balldan oshmasligi kerak).

Terapiya vazifalari:

- ✓ manik simptomlarni iloji boricha tezroq to'xtatish
- ✓ psixomotor qo'zg'alish va tajovuzkorlikni tezkor boshqarish
- ✓ depressiv simptomlarning rivojlanishi yoki kuchayishining oldini olish (aralash sharoitlarda)
- ✓ keyinchalik uzoq muddatli profilaktik foydalanish uchun individual tolerantlikni hisobga olgan holda dori-darmonlarni tanlash.

Manik terapiya rejasi bemorning holatini tahlil qilish, anamnez ma'lumotlari va kasallikning dominant kutuplulugi asosida tuzilgan.

1A

MH terapiyasining dastlabki bosqichida yoki gipomaniya holatida quvnoq (eyforik) maniya bilan og'rigan bemorlar uchun normotimik preparatlardan biri bilan monoterapiya tavsiya etiladi:
litiy karbonat*, natriy valproat yoki IAA [32, 40 va boshqalar].

Izohlar. Dastlabki kunlarda m/i kirish yo'li afzalroqdir [1, 32].

1A

Kuchli psixomotor qo'zg'alishi bo'lgan og'ir maniya yoki birinchi kunlarda qo'zg'alishni to'xtata olmagan psixotik simptomli maniya bilan og'rigan bemorlarga normotimik + antipsikotik (IAA yoki galoperidol) kombinatsiyasi benzodiazepinlarni (diazepam, fenazepamning in'eksion shakllari) biriktirish va/yoki sedativ AP (xlorpromazin, in'eksion "qisqa") qo'llash tavsiya etiladi. [1,2,20, 21, 32, 37, va boshqalar].

Izohlar. Qisqa yarim umrli benzodiazepinlarga ustunlik berish va nafas olish funksiyasini inhibe qilish imkoniyatini (ayniqsa diazepamda), miorelaksant ta'sirini va uzoq umr ko'radigan preparatlarda kumulyatsiya ta'sirini (fenazepam, diazepam)hisobga olish kerak. [32] .

4B

Kuchli psixomotor qo'zg'alishi bo'lgan og'ir maniya yoki psixotik alomatlari bo'lgan maniya bilan og'rigan bemorlarga birinchi kunlarda normotimik + antipsikotik (IAA yoki galoperidol) kombinatsiyasi bilan qo'zg'alishni to'xtata olmagan bemorlarga manik simptomlarni bartaraf etish uchun ikkinchi normotimik (afzal antikonvulsant) qo'shilishi tavsiya etiladi [1,2,20, 21, 32, 37 va boshqalar].

4B

Ketma-ket qo'llaniladigan ikkita IAA yoki BAA kurslarida terapiya ta'siriga erishmagan bemorlarga klozapin yoki ikkita IAA va antikonvulsant kombinatsiyasini buyurish tavsiya etiladi [4 va boshqalar].

Farmakoterapiyaning samarasizligi uchun terapevtik strategiyalar

4B

Dori terapiyasi samarasiz bo'lgan bemorlarga farmakologik bo'lmagan davolash usullaridan foydalanish tavsiya etiladi: elektrokonvulsiv terapiya

(EKT) yoki maxsus qarshilik choralari (plazmaferez, Immunomodulyatorlar, kaltsiy kanal blokerlari va boshqalar). [32].

Izohlar. EKTni maniya belgilari to'xtatilguncha haftada 3 marta o'tkazish tavsiya etiladi. Odatda uchdan oltitagacha EKT sessiyalari o'tkaziladi. MH chidamli deb hisoblanadi, agar 6-10 EKT seansidan keyin alomatlar to'xtatilmasa [23, 32, 37, 40 va boshqalar].

Manik sharoitlarni qo'llab-quvvatlovchi terapiya

1A

O'tkir MH to'xtatilgandan so'ng, barcha bemorlar uchun qoldiq simptomlarni kamaytirish, faza inversiyasini rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik va barqaror remissiyaga erishish uchun holatni barqarorlashtirish (davolash) bosqichiga o'tish tavsiya etiladi.

2B

Samarali normotimik yoki dorilar kombinatsiyasi bilan terapiyani 3-4 oy davomida davom ettirish tavsiya etiladi, BAA sedativ antipsikotik terapiyasini va benzodiazepinlarni asta-sekin kamaytiradi yoki bekor qiladi, ularning yuqori giyohvandlik potentsiali tufayli doimiy foydalanish 1-2 oydan ortiq tavsiya etilmaydi [32 va boshqalar].

2A

Litik simptomatik pasayish davom etayotgan bemorlarga IAA bilan birgalikda normotimik bilan keyingi terapiya tavsiya etiladi [1, 32 va boshqalar].

4B

Normotimik va IAA kombinatsiyasini qabul qilgan bemorlarga, agar remissiya 3-4 oy davomida saqlanib qolsa, davolashda eng katta ta'sirga erishilgan va yaxshi bardoshlik qayd etilgan preparat bilan uzoq muddatli qo'llab-quvvatlovchi monoterapiyaga o'tish tavsiya etiladi [1, 32 va boshqalar].

4C

Dozani kamaytirish davrida yoki IAA bekor qilingandan so'ng darhol erta relapsni rivojlantiradigan bemorlarga kombinatsiyalangan terapiyani qayta boshlash tavsiya etiladi [32 va boshqalar]

MH bilan og'rigan bemorni aniq psixomotor qo'zg'alish va tajovuzkorlik bilan boshqarish

G'azabli maniya, aralash xususiyatlarga ega maniya va psixotik alomatlar bilan maniya bilan og'rigan bemorlarni davolashda qo'zg'alish, shuningdek tajovuzkorlik namoyon bo'lishi ko'pincha alohida muammo hisoblanadi. Manik bemorlardagi tajovuz odatda tasodifiy shaxslarga qaratilgan bo'lib, ular motivatsiyasiz yoki ahamiyatsiz omillar bilan qo'zg'atilishi mumkin: bildirilgan izohlar, cheklovlar, yoqimsiz qarashlar. Shuningdek, qo'zg'atuvchi omil manik holati bo'lgan bemorning etarli bo'lmagan talablarini bajarishni rad etish bilan bog'liq nizolar bo'lishi mumkin. Shu bilan birga, psixotik maniya bilan tajovuz tartibsiz xatti-harakatlar doirasida rivojlanadi va idrokning aldanishi yoki delusional alomatlar tufayli yuzaga kelishi mumkin. Maniya bilan, shizofreniya bilan og'rigan bemorlardan farqli o'laroq, kasalxonaga yotqizilganidan keyin kasalxonada tajovuzning yuqori xavfi saqlanib qoladi.

Qo'zg'alish va tajovuz terapiyasi

3C

Bemorni qo'zg'atishning psixofarmakologik bosqichidan oldingi birinchi bosqichda deeskalatsiya usullari qo'llaniladi [2 – 6].

Izohlar: Deeskalatsiya usullari bir vaqtning o'zida bir nechta tarkibiy qismlarni o'z ichiga oladi. Bu, birinchi navbatda, xavfni doimiy ravishda baholashni va bemor atrofidagi xavfsiz muhitni modellashtirish bilan vaziyatni nazorat qilishni o'z ichiga oladi. Bemor va xodimlar uchun xavfsiz masofani saqlash, provokatsiya va majburlashdan qochish, unga hurmat bilan munosabatda bo'lish, hamdardlik ko'rsatish va bemorning ehtiyojlarini aniqlash ajralmas shartdir. Bemorni chalg'itishga urinish, vaziyatni qayta ko'rib chiqish, og'zaki aloqa o'rnatish, muzokaralar va ishontrish ham qo'llanilishi kerak [2 – 4].

4C

Og'iz orqali, bukkal (orodispergik tabletkalar) psixofarmakoterapiya birinchi qadam sifatida, uni qo'llash imkoniyati (muvofiqlik mavjudligi) sharoitida qo'llaniladi. [6-8]

4C

Diazepam va boshqa benzodiazepinlarni, shuningdek, past darajadagi antipsikotiklarni (xlorpromazin, levomepromazin) qo'zg'alishni davolash uchun buyurish, tolerantlikning yomonlashishi va yarim umrga nisbatan ehtiyotkorlik bilan tavsiya etiladi .

Izohlar: Bemorning engil qo'zg'alishi va muvofiqligi bilan sedativ ta'sir komponentiga ega bo'lgan dorilarning og'iz shakllari afzalroq bo'lishi mumkin. Bunday holda, benzodiazepinlar va antipsikotik dorilar qo'zg'alish va tajovuz terapiyasida taqqoslanadigan samaradorlikni ko'rsatadi . Terapiyaning ushbu bosqichida bemor har soatda kuzatishni talab qiladi .

4C

Psixotik qo'zg'alishning parenteral terapiyasi og'iz terapiyasining samarasizligi, uni qo'llashning mumkin emasligi, shuningdek simptomlarning dastlabki og'irligi bilan qo'llaniladi .

1A

IAAning parenteral shakllari mushak ichiga haloperidol ta'siridan kam emas, ammo kamroq nevrologik yon ta'sirga olib keladi [7 – 8].

Izohlar: Qo'zg'alish va tajovuz uchun terapevtik yondashuvlarni farqlash kerak. Agressiyaning namoyon bo'lishi, shuningdek uning rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan holatlar shoshilinch terapevtik tadbirlarni talab qiladi. Ular tez trankvilizatsiyani (TT) qo'llashni va agar kerak bo'lsa, fiksatsiya yoki izolyatsiyani o'z ichiga oladi . Shu bilan birga, xulq-atvor terapiyasi usullarini qo'llash kerak. Agressiyaning engil namoyon bo'lishi (og'zaki tajovuz va boshqalar) bo'lsa, TTni o'tkazish amaliy bo'lmasligi mumkin. TTni o'tkazishda chuqur sedasyon (arterial gipotenziya va nafas olish depressiyasining rivojlanishi) bilan bog'liq xavflarni baholash ko'nikmalari zarur. Yon ta'sirlarni rivojlantirishda shoshilinch yordam uchun zarur bo'lgan texnik vositalar bilan ta'minlash ham maqsadga muvofiqdir .

Terapiyaning boshida dorilar eng past samarali dozalarda buyurilishi kerak, agar kerak bo'lsa, ularni asta-sekin oshirish mumkin. Qo'zg'alishning og'irroq shakllari parenteral terapiyani talab qiladi . Qo'zg'alishni to'xtatganda, tinchlantiruvchi yoki engil sedasyon darajasida terapevtik ta'sirga erishish maqsadga muvofiqdir. Agar kerak bo'lsa, tajovuzning namoyon bo'lishi bilan og'ir to'lanmagan qo'zg'alish holatlarida chuqur sedasyon yoki hatto behushlikka erishishga ruxsat beriladi .

TT qo'zg'alishini nazorat qilish uchun dastur oxirgi qator vositasi sifatida qaraladi . Biroq, tajovuzkorlik xavfi bilan bog'liq bo'lgan o'ta og'ir qo'zg'alish bilan uni darhol qo'llash kerak.

1A

Kombinatsiyalangan mushak ichiga psixofarmakoterapiya mushak ichiga monoterapiya samarasiz bo'lganda qo'llaniladi..

Izohlar: Ushbu kombinatsiyadan foydalanganda, bemorni doimiy ravishda kuzatib borishni talab qiladigan nojo'ya ta'sirlarni rivojlanish xavfini hisobga olish kerak. Haloperidolning benzodiazepinlar bilan kombinatsiyasi odatda qo'llaniladi .

4C

Nafas olish etishmovchiligi xavfi tufayli mushak ichiga yuboriladigan benzodiazepinlarni klozapin bilan birgalikda qo'llash tavsiya etilmaydi .

4C

Kombinatsiyalangan parenteral mushak ichiga terapiyaning samarasizligi bilan benzodiazepinlar (diazepam) yoki antipsikotiklarni (galoperidol, xlopromazin, droperidol)tomir ichiga yuborish qo'llaniladi. .

Izohlar: Vena ichiga yuborish yo'lidan foydalanganda tomchilatib yuborish usuli afzalroqdir. Dori-darmonlarni tomir ichiga yuborish bilan yotoqxonada xodimlarni doimiy ravishda kuzatib borish, EKG, qon bosimi va to'yinganlik monitoringi zarur . QT uzayishi xavfi tufayli droperidolni tomir ichiga yuborishda EKG monitoringi qat'iy majburiydir . Ushbu talablar intensiv terapiya bo'limida amalga oshiriladi.

4C

Chidamli psixotik qo'zg'alish bilan keyingi terapevtik qadamlar kollegial ravishda, shu jumladan boshqa profil mutaxassislarini (reanimatologlar va nevrologlar)jalb qilgan holda qabul qilinadi. .

Izohlar: Bunday holda, bemorni keyingi boshqarish psixo-reanimatsiya bo'limi sharoitida amalga oshiriladi. Tashxisni aniqlashtirish uchun bemorni qo'shimcha tekshirish tavsiya etiladi. Asosiy terapevtik variantlardan biri EKTni qo'llashdir, ayniqsa affektiv alomatlar, katatonik alomatlar, shuningdek, uning o'tmishdagi yaxshi ta'siri haqida ko'rsatmalar mavjud bo'lganda .

BAB uchun depressiyani to'xtatish terapiyasi

Birinchi tanlov terapiyasi

1A

BD tashxisi qo'yilgan barcha bemorlarga simptomlarni bartaraf etish va remissiyaga erishish uchun farmakoterapiya tavsiya etiladi [32].

Terapiyaning maqsadi: remissiyaga erishish (remissiyani aniqroq psixometrik aniqlash uchun Gamilton shkalasi yordamida depressiyani baholash mumkin, unga ko'ra simptomlarning og'irligi 7 balldan oshmasligi kerak yoki Montgomeri-Asberg shkalasi remissiya 10 balldan past bo'lgan simptomlarni baholashda aniqlanadi).

Terapiya vazifalari:

- ✓ depressiya alomatlarini iloji boricha tezroq to'xtatish
- ✓ o'z joniga qasd qilishga urinishlarning oldini olish
- ✓ faza inversiyasining oldini olish (manik simptomlarning rivojlanishi)

BD terapiyasi rejasi bemorning klinik holatini, anamnez ma'lumotlarini va kasallikning dominant polaritesini tahlil qilish asosida tuzilgan.

Statsionar yoki ambulatoriya sharoitida davolanish to'g'risida qaror qabul qilishda quyidagilarni hisobga olish kerak:

- ✓ holatning og'irligi
- ✓ o'z joniga qasd qilish xavfi
- ✓ psixotik simptomlarning mavjudligi yoki yo'qligi
- ✓ anamnestik ma'lumotlar
- ✓ mikrosotsial muhit sharoitlari va yaqinlarning terapevtik jarayonda ishtirok etish darajasi.

O'z joniga qasd qilish xavfi va/yoki psixotik alomatlar mavjud bo'lganda statsionizatsiya majburiydir. BAB I va BAB II doirasidagi depressiv fazalar uchun terapevtik taktikalar sezilarli darajada farq qilmaydi, ammo preparatni tanlash quyidagilarni hisobga olgan holda tavsiya etiladi:

- kasallik paytida ta'sirning ustun qutbliligi
- vaziyatning og'irligi va depressiyaning klinik varianti
- aralash xususiyatlarning mavjudligi/yo'qligi
- oldingi depressiyalarni to'xtatishda ma'lum bir preparatning samaradorligi, shuningdek faza inversiyasi xavfi

Barcha holatlarda, BDni davolashda trisiklik antidepressantlar (TSA) va klassik antipsikotiklarni buyurishdan saqlanish tavsiya etiladi. Kuchli tashvish bo'lsa, asosiy terapiya sxemasiga alimemazin qo'shilishi mumkin [13, 14].

Antikonvulsantlarning kombinatsiyasi bilan jigar fermentlari darajasida dorilarning o'zaro ta'sirini hisobga olish kerak. Shunday qilib, natriy valproat lamotriginning sarum konsentratsiyasini oshiradi, shuning uchun ikkinchisining dozalarini sozlash va sekinroq titrlashdan foydalanish tavsiya etiladi. Karbamazepin klirensni tezlashtiradi, qondagi natriy valproat konsentratsiyasini pasaytiradi va jigarga toksik ta'sir ko'rsatadi, shuning uchun bu kombinatsiya istalmagan [1, 32].

2B

Farmakoterapiya fonida engil va o'rtacha og'irlikdagi BD bilan og'rigan barcha bemorlarga kognitiv xulq-atvor va boshqa psixoterapiya turlari tavsiya etiladi [15-17].

Izohlar: Engil depressiyalarda terapiyani bunday tuzatish ko'pincha ta'sirga erishish uchun etarli. Engil va o'rtacha depressiya bilan og'rigan bemorlarni davolashda muvaffaqiyatga erishishning eng muhim omili, shuningdek, uyqu buzilishlarini tez normallashtirish va xronobiologik buzilishlarni tuzatishdir.

Psixotik simptomlarsiz birinchi BD 1 turini tanlash terapiyasi

2B

Psixotik simptomlarsiz 1-toifa BD tashxisi qo'yilgan barcha bemorlarga simptomlarni bartaraf etish va remissiyaga erishish uchun quyidagi terapevtik variantlardan biri tavsiya etiladi:

- ✓ ketiapin
- ✓ litiy karbonat*
- ✓ lamotrigin

Agar bemor allaqachon profilaktika maqsadida normotimik terapiyani qabul qilsa, depressiyani to'xtatish qabul qilingan normotimik fonda amalga oshiriladi.

Birinchi tanlov terapiyasining samarasizligi bilan psixotik simptomlarsiz 1-toifa BD terapiya strategiyalari

2B

Psixotik simptomlarsiz 1 - toifa BD tashxisi qo'yilgan bemorlarga simptomlarni bartaraf etish va remissiyaga erishish uchun birinchi tanlov terapiyasi samarasiz bo'lsa, birinchi bosqichning foydalanilmagan variantlaridan birini yoki normotimik va birinchi tanlov IAA kombinatsiyasini yoki kariprazinni qo'llash tavsiya etiladi .

Izohlar: Kasallik davrida manik fazalar ustun bo'lgan taqdirda terapiyaning keyingi profilaktik bosqichini hisobga olgan holda antikonvulsant normotimiklar orasida natriy valproatga, depressantlarga esa lamotriginga ustunlik berish tavsiya etiladi. Karbamazepin uchun dalillar bazasi yomonroq [1, 12, 16], uni BD uchun qo'llash faqat bemor ushbu preparatni profilaktika terapiyasi sifatida qabul qilgan taqdidagina oqlanadi [37].

2B

Psixotik simptomlarsiz 1-toifa BD tashxisi qo'yilgan bemorlarga simptomlarni bartaraf etish va remissiyaga erishish uchun birinchi va ikkinchi bosqich terapiyasining samarasizligi bilan quyidagi terapevtik variantlardan birini qo'llash tavsiya etiladi:

- natriy valproat
- SSRI guruhidagi AD bilan natriy valproatning kombinatsiyasi
- SSRI guruhidan AD bilan lityum karbonat birikmasi
- SSRI guruhidan AD bilan IAA kombinatsiyasi
- olanzapinning fluoksetin bilan birikmasi
- EKT .

Izohlar: Ma'lumotlar qisqa muddatli impulsli o'ng bir tomonlama joylashtirish samaradorligini qo'llab-quvvatlaydi, ammo ma'lumotlar bipolyar depressiyada elektrodlarning bir tomonlama yoki ikki tomonlama joylashuvi to'g'risida qaror qabul qilish uchun etarli emas.

5C

Yuqorida sanab o'tilgan terapevtik chora-tadbirlar samarasiz bo'lgan psixotik simptomlarsiz 1-toifa BD tashxisi qo'yilgan bemorlarga quyidagi terapevtik variantlardan birini qo'shish tavsiya etiladi:

- aripiprazol
- karbamazepin
- yorug'lik terapiyasi
- olanzapin
- TMS chap yoki o'ng dorsolateral korteks mintaqasiga
- SSRI/qaytariladigan monoaminoksidaza ingibitorlar

Izohlar: ADni tanlashda selektiv serotoninni qaytarib olish ingibitorlar (SSRI) ustunlik berish kerak . ADning normotimik terapiyaga qo'shilishi AD terapiyasining ijobiy ta'siri bo'lgan bemorlarda BAB I va BAB II doirasida depressiya uchun asosli bo'lishi mumkin. Depressiya tarkibida aralash xususiyatlar mavjud bo'lsa (2 yoki undan ortiq manik alomatlar) yoki bemorda anamnezda o'zgarishlar inversiyalari bo'lgan AD qo'llanilganda, ularning qo'shilishi kontrendikedir. AD monoterapiyasidan qochish kerak, chunki faza inversiyasi va faza shakllanishining kuchayishi va umuman kasallikning og'irligi xavfi yuqori [10 -12,16]. AD tayinlanganda gipomaniya/maniya yoki psixomotor qo'zg'alish belgilarining paydo bo'lishini diqqat bilan kuzatib borish kerak, agar ular paydo bo'lsa, AD bekor qilinishi kerak.

TTO tarixi bo'lmagan BD bilan og'rikan bemorlarda yoki depressiv simptomlarni bartaraf etgandan so'ng, manik epizodning haqiqiy depressiyasidan oldin, ADni normotimik bilan birgalikda qabul qilish qoldiq simptomlarni bartaraf etish va barqaror remissiyaga erishish uchun 6-12 haftagacha davom etishi mumkin. Agar TTO tarixi yoki depressiyaning haqiqiy epizodi

manik holatdan oldin sodir bo'lgan bo'lsa, depressiv simptomlarni bartaraf etgandan so'ng, AD klinik remissiyaga erishilgandan keyin ikkinchi haftadan boshlab imkon qadar erta bekor qilinishi kerak. Barcha holatlarda dozani asta-sekin kamaytirish tavsiya etiladi (har 2-4 kunda 25-33%). Dozani kamaytirish davrida yoki AD bekor qilingandan so'ng darhol depressiyaning qaytalanishi bo'lsa, to'xtatish terapiyasi rejimini tiklash tavsiya etiladi [1, 2, 37].

ADdan foydalanish muddatini cheklash zarurligiga qaramay, BAB bilan og'rigan bemorlarning taxminan 20 foizi ADni qo'llab-quvvatlash terapiyasiga muhtoj [14]. ADni olib tashlash natijasida tez-tez takrorlanadigan depressiya bilan og'rigan bemorlar uchun ular profilaktika terapiyasi dasturining bir qismi sifatida uzoq muddatli tavsiya etilishi mumkin.

Psixotik xususiyatlarga ega 1-toifa og'ir BD uchun birinchi tanlov terapiyasi strategiyalari

5C

Psixotik xususiyatlarga ega bo'lgan og'ir BD tashxisi qo'yilgan barcha bemorlarga normotimik va IAA kombinatsiyasini buyurish tavsiya etiladi [1, 2, 32, 37, va boshqalar] simptomlarni bartaraf etish va remissiyaga erishish uchun

Psixotik alomatlar bilan og'ir BD – 1 turini davolash strategiyalari birinchi tanlovning samarasizligi bilan

5C

Yuqorida sanab o'tilgan terapevtik choralar samarasiz bo'lgan psixotik xususiyatlarga ega og'ir BD tashxisi qo'yilgan bemorlarga foydalanilmagan birinchi tanlov variantlarini tayinlash yoki normotimikani BAA bilan birlashtirish tavsiya etiladi [32, 37].

Izohlar: Ayrim klinik holatlarda BAA tayinlanishi mumkin, ammo BAB bilan og'rigan bemorlarning moyilligi tufayli, ayniqsa depressiya davrida, nevrologik yon ta'sirlarni rivojlanishiga IAA ustunlik berishi kerak.

Psixotik alomatlar bilan BD-1 tipidagi farmakoterapiyaning samarasizligi uchun terapevtik strategiyalar

5C

Psixotik alomatlari va farmakoterapiya samaradorligi past bo'lgan 1-toifa BD tashxisi qo'yilgan bemorlarga ektdan foydalanish tavsiya etiladi [2, 23, 32 va boshqalar].

5C

BD tashxisi qo'yilgan va farmakoterapiya va EKT samaradorligi past bo'lgan bemorlarga quyidagi terapevtik variantlardan birini qo'shish tavsiya etiladi:

- aripiprazol
- karbamazepin
- olanzapin
- TMS chap yoki o'ng dorsolateral korteks mintaqasiga
- SSRI/qaytariladigan monoaminoksidaza inhibitorlar

Psixotik alomatlarsiz II turdagi BD uchun birinchi tanlov terapiyasi

1A

Psixotik simptomlarsiz BD II turi tashxisi qo'yilgan bemorlarga simptomlarni bartaraf etish va remissiyaga erishish uchun ketiapinni buyurish tavsiya etiladi.

Psixotik alomatlarsiz BD II turi terapiya strategiyalari birinchi tanlov topshiriqlari samarasiz bo'lganda

2B

Psixotik simptomlarsiz BD II turi tashxisi qo'yilgan bemorlarga simptomlarni bartaraf etish va remissiyaga erishish uchun birinchi bosqich terapiyasining samarasizligi bilan quyidagi terapevtik variantlardan birini qo'llash tavsiya etiladi:

- * litiy karbonat
- * lamotrigin
- * EKT
- * Sertralin
- * Venlafaksin

Birinchi va ikkinchi tanlovli retseptlarning samarasizligi bilan psixotik alomatlarsiz II turdagi BD terapiyasi strategiyalari

5C

Psixotik simptomlarsiz BD II turi tashxisi qo'yilgan bemorlarga simptomlarni bartaraf etish va remissiyaga erishish uchun birinchi va ikkinchi tapa terapiyasining samarasizligi bilan quyidagi terapevtik variantlardan birini qo'llash tavsiya etiladi:

- natriy valproat
- fluoksetin

Psixotik xususiyatlarga ega II turdagi og'ir BD uchun birinchi tanlov terapiyasi strategiyalari

5C

Psixotik xususiyatlarga ega og'ir BD II turi tashxisi qo'yilgan barcha bemorlarga simptomlarni bartaraf etish va remissiyaga erishish uchun normotimikning IAA bilan kombinatsiyasini buyurish tavsiya etiladi [1, 2, 32, 37, va boshqalar] simptomlarni bartaraf etish va remissiyaga erishish uchun

Birinchi tanlov topshiriqlari samarasiz bo'lsa, psixotik alomatlar bilan og'ir BD II turini davolash strategiyalari

5C

Yuqorida sanab o'tilgan terapevtik chora-tadbirlar samarasiz bo'lgan psixotik xususiyatlarga ega og'ir BD tashxisi qo'yilgan bemorlarga simptomlarni bartaraf etish va remissiyaga erishish uchun foydalanilmagan birinchi tanlov variantlarini tayinlash yoki normotimikani BAA bilan birlashtirish tavsiya etiladi [32, 37]

Izohlar: Ayrim klinik holatlarda BAA tayinlanishi mumkin, ammo BAB bilan og'rigan bemorlarning moyilligi tufayli, ayniqsa depressiya davrida, nevrologik yon ta'sirlarni rivojlanishiga IAA ustunlik berishi kerak.

5C

Psixotik alomatlari bo'lgan va farmakoterapiyaning samaradorligi etarli bo'lmagan II turdagi BD tashxisi qo'yilgan bemorlarga simptomlarni bartaraf etish va remissiyaga erishish uchun EKTdan foydalanish tavsiya etiladi [2, 23, 32, 37].

5C

Psixotik alomatlari bo'lgan va yuqoridagi barcha usullarning samaradorligi past bo'lgan BD II turi tashxisi qo'yilgan bemorlarga simptomlarni to'xtatish va remissiyaga erishish uchun BDni to'xtatish uchun yuqorida sanab o'tilgan usullardan foydalanish tavsiya etiladi [32].

Aralash affektiv epizod yoki aralash holat terapiyasi (AH)

AH farmakoterapiyasining taktikasi va bosqichlari

Izohlar: XKT-10 ahni dominant ta'sir bilan ajratmaydi. XKT-10 dan farqli o'laroq, DSM-5 "aralash xususiyatlar" spetsifikatorini taqdim etadi va aralash xususiyatlarga ega depressiv epizod va aralash xususiyatlarga ega manik epizod ajralib turadi. Aralash xususiyatlarga ega depressiyaning diagnostik mezonlari takroriy depressiv buzuvchi va BAB doirasidagi depressiv epizod uchun bir xil: bemor depressiv epizod mezonlariga javob berishi va 3 yoki undan ortiq maniya/gipomaniya belgilariga ega bo'lishi kerak: (1) ko'tarilgan yoki kengaygan kayfiyat, (2) o'z-o'zini hurmat qilish yoki bombardimon qilish, (3) nutqiylikning kuchayishi yoki bosh bilan gapirish, (4) g'oyalar parvozi yoki sakrash fikrlari, (5) energiya yoki maqsadli faoliyatning ko'payishi, (6) xavfli xatti-harakatlar, (7) uyquga bo'lgan ehtiyojning pasayishi. Semptomlar ko'pincha depressiv epizod davrida aniqlanishi kerak, xatti-harakatlar odatdagidan farq qilishi va boshqalar tomonidan sezilishi kerak.

DSM-5 bo'yicha tashxis qo'yish uchun manik yoki gipomanik epizod aralash xususiyatlarga ega bo'lgan manik yoki gipomanik epizod mezonlari qondirilishi va quyidagi 6 depressiv alomatlardan kamida 3 tasi bo'lishi kerak: (1) og'ir disforiya yoki tushkun kayfiyat, (2) psixomotor inhibitsiya, (3) qadrsizlik yoki haddan tashqari aybdorlik hissi, (4) deyarli barcha tadbirlarda qiziqish yoki zavqning pasayishi, (5) charchoq yoki energiya yo'qolishi yoki 6) o'lim haqida takrorlanadigan fikrlar. Semptomlar ko'pincha hozirgi yoki oxirgi manik/gipomanik epizod davrida paydo bo'lishi kerak. Xulq-atvor odatdagidan farq qilishi kerak va bu boshqalarga sezilarli bo'lishi kerak [19].

Ko'pgina RNOTlar DSM-5 bo'yicha yuqoridagi aralash kasalliklarni tashxislash mezonlaridan foydalanganligini hisobga olsak, ushbu klinik ko'rsatkichlar ahning asosiy ta'siriga qarab aralash depressiya (AD) va aralash maniya (AM) bo'linadi.

AH terapiyasining barcha bosqichlarida optimal terapevtik dozani tanlash bemorning preparatga individual sezgirligini hisobga olgan holda amalga oshiriladi. Yon ta'sirlarning rivojlanishi tufayli etarli dozalarni qo'llashning iloji bo'lmasa, boshqa preparatga o'tish tavsiya etiladi. Birinchi tanlovli dorilar bilan terapiya davomiyligi kamida 2-4 hafta.

Agar bemorda qisman ta'sir bo'lsa, davolanishni yana 4 hafta davom ettirish mumkin yoki terapiyaning ikkinchi bosqichidagi dorilar buyurilishi mumkin. Agar birinchi tanlovli dorilar bilan 4 haftalik terapiyadan so'ng ta'sir bo'lmasa, siz terapiyaning ikkinchi bosqichiga o'tishingiz kerak [19].

Depressiv simptomlarning ustunligi bilan birinchi tanlangan AH terapiyasi (aralash depressiya (AD))

2B

Semptomlarni bartaraf etish va remissiyaga erishish uchun normotimik qabul qilmaydigan AD tashxisi qo'yilgan barcha bemorlarga ziprasidon* tavsiya etiladi [10,18]

Izohlar. Ziprasidon * faqat BAB II tipidagi aralash sharoitlarda o'rganilgan. Ushbu ma'lumotlar I turdagi BAB-ga so'zsiz ekstrapolatsiya qilinishi mumkinmi degan savol munozarali

bo'lib qolmoqda. Biroq, hozirgi vaqtda boshqa dori-darmonlarga nisbatan ADda ijobiy natija bilan ko'proq dalillarga asoslangan tadqiqotlar o'tkazilmagan.

2B

Normotimik olgan AD tashxisi qo'yilgan bemorlarga simptomlarni bartaraf etish va remissiyaga erishish uchun tavsiya etiladi ziprasidonning qo'shilishi [18]

Birinchi tanlov terapiyasining samarasizligi uchun AD terapiya strategiyalari

4B

Davolash terapiyasining birinchi bosqichida etarli ta'sir ko'rsatmasdan ziprasidon olgan AD tashxisi qo'yilgan bemorlarga simptomlarni bartaraf etish va remissiyaga erishish uchun olanzapin, yoki karbamazepin, EKTni buyurish tavsiya etiladi .

Izohlar: agar buyurilgan dori samarasiz bo'lsa, foydalanilmagan variantni tayinlashga o'tishingiz kerak. Bemor allaqachon profilaktika maqsadida normotimik qabul qilgan hollarda, qabul qilingan normotimik fonida ADni to'xtatish terapiyasini o'tkazish tavsiya etiladi.

Manik simptomlarning ustunligi bilan AH uchun birinchi tanlov terapiyasi (aralash maniya (AM))

2A

Belgilangan AM tashxisi qo'yilgan barcha bemorlarga simptomlarni bartaraf etish va remissiyaga erishish uchun olanzapinni buyurish tavsiya etiladi

2A

Normotimik olgan AM tashxisi qo'yilgan bemorlarga simptomlarni to'xtatish va remissiyaga erishish uchun tavsiya etiladi olanzapinning qo'shilishi [

Birinchi tanlov terapiyasining samarasizligi uchun AM terapiya strategiyalari

2B

Olanzapinni to'xtatish terapiyasining birinchi bosqichida etarli ta'sir ko'rsatmasdan qabul qilingan AM tashxisi qo'yilgan bemorlarga simptomlarni bartaraf etish va remissiyaga erishish uchun olanzapinni natriy valproat [17-19] yoki aripiprazol [20 – 22] yoki ketiapin+normotimik bilan birgalikda buyurish tavsiya etiladi [26].

Izohlar: agar buyurilgan dori samarasiz bo'lsa, foydalanilmagan variantni tayinlashga o'tishingiz kerak. Bemor allaqachon profilaktika maqsadida normotimik qabul qilgan hollarda, qabul qilingan normotimik fonida AM terapiyasini to'xtatish tavsiya etiladi). Anksiyete alomatlarini tuzatish uchun asosiy terapiya sxemasiga alimemazin qo'shilishi mumkin [13, 14, 27].

Ikkinchi tanlov terapiyasining samarasizligi uchun AM terapiya strategiyalari

3B

AM tashxisi qo'yilgan, terapiyaning ikkinchi bosqichidagi dorilar samarasiz bo'lgan bemorlarga quyidagi dorilardan birini buyurish tavsiya etiladi:

- kariprazin [2-21]
- klozapin [22, 23]
- risperidon [27]
- BAA [28]
- EKT [29-23]

Izohlar: agar buyurilgan dori samarasiz bo'lsa, foydalanilmagan variantni tayinlashga o'tish tavsiya etiladi. Bemor allaqachon profilaktika maqsadida normotimik qabul qilgan hollarda, AMni to'xtatish terapiyasi qabul qilingan normotimik fonida amalga oshirilishi kerak.

Uchinchi tanlov terapiyasining samarasizligi uchun AM terapiya strategiyalari

2C

AM tashxisi qo'yilgan, terapiyaning uchinchi bosqichidagi dorilar samarasiz bo'lgan bemorlarga simptomlarni bartaraf etish va remissiyaga erishish uchun tavsiya etiladi *topiramadni tayinlash [24]

Izohlar: agar buyurilgan dori samarasiz bo'lsa, foydalanilmagan variantni tayinlashga o'tishingiz kerak. Bemor allaqachon profilaktika maqsadida normotimik qabul qilgan hollarda, qabul qilingan normotimik fonida AM terapiyasini to'xtatish tavsiya etiladi.

O 'zbekiston Respublikasining "asosiy dori vositalari umumiy ro'yxatiga" kiritilgan dori vositalari guruhlarini

Kod	Anatomik va terapevtik kimyoviy tasniflash guruhlari (ATK)	Xalqaro patentlanmagan nom	Kuniga o'rtacha doz	Kurs uchun o'rtacha doz
N05AA	Fenotiyazin alifatik birikmalari	Xlorpromazin	600 mg	6000 mg
		Levomepromazin	100 mg	1000 mg
N05AB	Fenotiyazin piperazin birikmalari	Trifluoperazin	20 mg	420 mg
		Flufenazin	100 mg	1000 mg
N05AC	Fenotiyazin piperidin birikmalari	Tioridazin	200 mg	4200 mg
N05AD	Butirofenon birikmalari	Galoperidol	10 mg	210 mg
N05AH	Diazepinlar	Sibazon	5 mg	100 mg
N05AL	Benzamidlar	Sulpirid	300 mg 300 mg	6300 mg
		Tiaprid		6300 mg
N05AX	Boshqa antipsikotik vositalar	Risperidon	2 mg	42 mg
N03AF	Karboksamid hosilalari	Karbamazepin	400 mg	1200 mg
N03AG	Yog ' kislotalarining hosilalari	Valproik kislota	750 mg	22500 mg

N03AX	Boshqa antiepileptik dorilar	Lamotrigin	25 – 50 mg	1500 mg

Reabilitatsiya

Tibbiy reabilitatsiya, tibbiy ko'rsatmalar va reabilitatsiya usullaridan foydalanishga qarshi ko'rsatmalar

BAB tashxisi qo'yilgan barcha bemorlarga depressiv fazani davolash samaradorligini oshirish va davolashning profilaktik bosqichida takrorlanish intensivligini kamaytirish uchun psixososyal yordam va psixoterapiya tavsiya etiladi.

Izohlar: BAB uchun maxsus ishlab chiqilgan ba'zi psixososyal usullar shaxslararo ziddiyatlarni kamaytirishga, fazani rivojlantirishning potentsial qo'zg'atuvchi mexanizmlarini tekislashga va/yoki sirkadiyalik ritmni yumshatishga qodir.

2A

BAB tashxisi qo'yilgan barcha bemorlarga kasallikning tabiati, uning kechishi, prognozi va davolash usullari to'g'risida xabardorlikni oshirish maqsadida psixo-ta'lim usuli tavsiya etiladi.

Izohlar. Shu bilan birga, quyidagi asosiy vazifalar hal qilinadi: muvofiqlikni yaxshilash va uzoq muddatli relapsga qarshi normotimik terapiyaga sodiqlikni faol shakllantirish; davolovchi shifokor, bemor va uning qarindoshlari o'rtasida zarur ittifoqni o'rnatish; terapiya rejimiga rioya qilish va laboratoriya tekshiruvlarini muntazam ravishda kuzatib borish, shu jumladan qonda preparatni aniqlash va terapiyaning yon ta'siri; ijtimoiy faoliyat darajasini to'liq tiklash; relapslarning erta namoyon bo'lishini tan olish va ehtimol yon ta'siri; kasallik va terapiya bilan bog'liq xavflarni ob'ektiv baholash (o'z joniga qasd qilish, qonunni buzish, PAMni suiiste'mol qilish, homiladorlik va boshqalar). Psixo-ta'lim yondashuvidan foydalanishda bunga yaqin vazifalar ushbu bemorlarning oilalari bilan ishlashda, shu jumladan oila a'zosida kasallik tufayli stressni engish va oilaviy munosabatlarni o'rnatishda ham belgilanadi.

Bemor va qarindoshlarga dori-darmonlarni qabul qilish tartibi va qoidalari, psixiatriya shifoxonasiga yotqizish yoki ambulatoriya sharoitida davolanish va psixiatr tomonidan nazorat qilish zarurligi tushuntiriladi. 2-jadvalda turli xil normotimikalarni olgan bemorlarda psixo-ta'lim seminarlarini o'tkazishda yoritilishi tavsiya etilgan ba'zi muhim ma'lumotlar keltirilgan.

3.3 Profilaktika va dispanser nazorati

2A

BAB tashxisi qo'yilgan barcha bemorlarga relapslarning oldini olish va eutim davrini saqlab qolish uchun uchinchi darajali profilaktika terapiyasini o'tkazish uchun normotimik ta'sir ko'rsatadigan dorilarni buyurish tavsiya etiladi.

Izohlar:

Normotimik terapiyaning vazifalari:

- ✓ normotimik vositani tayinlash va etarli dozani tanlash
- ✓ terapiyaning tolerantligi va samaradorligini baholash

- ✓ eutim davrini saqlab qolish va engil yangi yoki qoldiq affektiv va boshqa ruhiy kasalliklarni simptomatik tuzatish
- ✓ bemorning somatonevrologik holatini nazorat qilish
- ✓ ijtimoiy moslashuv va hayot sifatining premorbid darajasini saqlab qolish

O'tkazish shartlari-ambulatoriya

Profilaktik terapiya uchun preparatni tanlash kasallikning rivojlanish variantini, ta'sirning ustun polaritesini, bemorning somatonevrologik holatini, dorilarning mumkin bo'lgan yon ta'sirini, ularni tayinlashga qarshi ko'rsatmalarni hisobga olgan holda, shuningdek, ushbu bemorda kasallikning o'tkir bosqichida ma'lum bir preparatning oldingi samaradorligini hisobga olgan holda amalga oshirilishi kerak [1, 32]

Tavsiya etilmaydi: bemorlarga nisbatan kontrendikatsiyaga ega bo'lgan preparatni buyurish, agar boshqa dorilarni tanlashning terapevtik imkoniyatlari tugamagan bo'lsa [1,32, 37 va boshqalar.. Preparatning dozasini tanlash individual tolerantlikni, tavsiya etilgan terapevtik dozalar oralig'ini, farmakokinetik parametrlarni, birgalikda terapiyani hisobga olgan holda va preparatni qo'llash bo'yicha tasdiqlangan yo'riqnomadagi sxemaga muvofiq amalga oshiriladi [1,32, 37 va boshqalar].

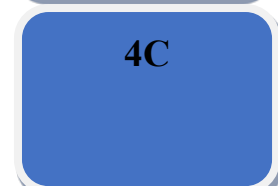
Profilaktik terapiyani tanlash davrida bemorni shifokor tomonidan har oyda terapiyaning tolerantligini nazorat qilish va prekursiv kasalliklarni aniqlash uchun tekshirish kerak.

Profilaktik terapiya taktikasi o'zgaruvchan oqim va TTO yoki doimiy BAB oqimida ba'zi farqlarga ega. Ko'p yillik profilaktik terapiya jarayonida yuzaga keladigan kurs variantlari va klinik vaziyatlarning keng individual xilma-xilligini hisobga olgan holda, davolash algoritmi faqat asosiy bosqichlar va harakatlar ketma-ketligini ko'rsatgan holda umumiy shaklda taqdim etilishi mumkin.

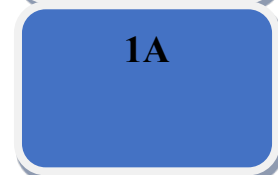
Profilaktik terapiyaning birinchi bosqichi



Profilaktik terapiyaning birinchi bosqichida keyingi bosqichni rivojlantirgan yoki prekursiv (subsindromal) kasalliklarga chalingan BAB tashxisi qo'yilgan bemorlarga o'tkir simptomlarni to'xtatish va profilaktika terapiyasini optimallashtirish tavsiya etiladi (ilgari buyurilgan normotimik yoki IAA dozasini oshirish, so'ngra profilaktika samaradorligini baholash) [1,32, 37 va boshqalar].



Relapsdan oldingi buzilishlarning rivojlanishi yoki affektiv simptomlarning qaytalanishi munosabati bilan profilaktikaning birinchi bosqichida terapiyani optimallashtirish samarasiz bo'lgan BAB tashxisi qo'yilgan bemorlar uchun kayfiyat stabilizatorini almashtirish tavsiya etiladi. [1,32, 37 va boshqalar]



Profilaktik terapiya uchun dori buyurilgan va baholash davrining oxiriga kelib terapiyaning qisman ta'sirini ko'rsatadigan BAB tashxisi qo'yilgan bemorlarga ikkinchi normotimik yoki IAA rejimiga kirish tavsiya etiladi [1,32, 37, 40, va boshqalar]

Izohlar: Dozani tanlash mumkin bo'lgan dorilarning o'zaro ta'sirini hisobga olgan holda amalga oshirilishi kerak. Agar terapiyaning birinchi bosqichida tanlangan normotimik doz samarali bo'lsa, ammo preparatning yon ta'siri kuzatilsa, dozani toqat qilinadigan dozaga kamaytirishga harakat qilish tavsiya etiladi. Agar bunday vaziyatda terapiya ta'siri butunlay yo'qolsa, asosiy preparatni boshqa normotimik bilan almashtirish kerak (qisman ta'sir bilan normotimik kombinatsiyalangan terapiya yoki IAA qo'shilishi mumkin).

Agar bemorda buyurilgan dori bilan davolanishga xalaqit beradigan asoratlar yoki qo'shma kasalliklar paydo bo'lsa, normotimikani o'zgartirish va profilaktika terapiyasini yo'lga qo'yish uchun yangi urinish qilish kerak.

5A

Birinchi bosqichda tanlangan preparat yaxshi tolerantlikka ega bo'lgan va affektiv fazalarni to'liq bostirishni ta'minlaydigan BAB tashxisi qo'yilgan bemorlarga eutim davrini saqlab qolish uchun davolanishni cheksiz davom ettirish tavsiya etiladi.

Izohlar: Terapiyani to'xtatishga urinish 5 yillik barqaror remissiyadan oldin va faqat bemorning tashabbusi bilan, agar uning doimiy istagi bo'lsa yoki ayollarda rejalashtirilgan homiladorlik bo'lsa, homila uchun potentsial xavf terapiyani davom ettirish foydasidan oshsa mumkin. Bemorni alevlenme xavfi yuqori ekanligi haqida ogohlantirish va terapiyani abadiy davom ettirish zarurligiga ishonitirishga harakat qilish kerak.

Shuni yodda tutish kerakki, terapiyaning ushbu bosqichida, hatto bir necha yillik barqaror remissiyadan keyin ham, dastlab buyurilgan terapiya samaradorligini yo'qotish yoki oldingi rejimda davolanishni davom ettirishga qarshi bo'lgan kech yon ta'sirlar, asoratlar yoki qo'shma kasalliklarning rivojlanishi mumkin. Bunday holda, terapiyani tuzatish birinchi bosqich yondashuvlariga muvofiq tavsiya etiladi. 2 yil davom etadigan barqaror remissiyaga erishgandan so'ng, bemorning shifokorga tashriflari 3 oylik interval bilan tavsiya etiladi. Shifokorga tashrif buyurganingizda, o'tgan vaqt davomida bemorning ruhiy holatidagi mumkin bo'lgan o'zgarishlarning barcha tafsilotlarini va belgilangan dori-darmonlarga chidamliligini aniqlash va baholash, shuningdek, bemor bilan keyingi terapiya rejasini tuzish va muhokama qilish kerak. Shifokor bilan aloqa qilish uchun ajratilgan vaqtdan samarali foydalanish uchun bemorning o'z-o'zidan hisobot berishning standartlashtirilgan shakllari xizmat qilishi mumkin, ular tashriflar oralig'ida va shifokorga tashrif buyurishdan oldin uyni to'ldirish uchun qo'llariga beriladi. Bemor tomonidan mustaqil ravishda muntazam ravishda qayd etiladigan ushbu holatni baholash uning o'z holatini nazorat qilish tajribasini shakllantirishga yordam beradi. Bundan tashqari, alevlenme davrida, masalan, depressiyada, bemor remissiyani o'rnatish ehtimoliga ishonchini yo'qotadi yoki aksincha, maniya davrida u hech qachon muammoga duch kelmasligini ta'kidlaydi, bemorning qo'li bilan to'ldirilgan kartalar davolanish zarurligi to'g'risida ishonchli dalil bo'lib xizmat qilishi mumkin.

Doimiy va TTO BAB bilan og'rigan bemorlarni davolash xususiyatlari

5A

Doimiy yoki TTO oqimi bo'lgan BAB tashxisi qo'yilgan barcha bemorlarga noqulay kursni to'xtatish va eutim davrini shakllantirish uchun faza shakllanishining ko'payishi bilan affektiv beqarorlikni shakllantirish va saqlashga yordam beradigan mumkin bo'lgan dori omillarini istisno qilish tavsiya etiladi [14,32]

Izohlar: TTO kursi bo'lgan BAB bemorlarini davolashda bab profilaktik terapiyasining umumiy tamoyillariga rioya qilish tavsiya etiladi. Shu bilan birga, ushbu eng qiyin kasal BAB uchun terapiyaning ba'zi xususiyatlarini hisobga olish kerak [21, 22, 23]. Barcha adlar, ayniqsa trisiklik bo'lganlar, faza inversiyasini keltirib chiqarishi mumkinligini hisobga olsak, ularni bekor qilishga urinish tto bilan kasallangan bemorlarni boshqarishda birinchi qadam bo'lishi kerak [32, 40].

3B

Noqulay oqimni to'xtatish va evtimik davrni shakllantirish uchun doimiy yoki TTO oqimi bo'lgan BAB tashxisi qo'yilgan barcha bemorlarga normotimikani tanlashda normotimiklarga ustunlik berish tavsiya etiladi, chunki ularning tto

oqimidagi lityum karbonat bilan solishtirganda samaradorligi yuqori [21, 22, 23].

4A

Doimiy yoki TTO kursi bo'lgan BAB tashxisi qo'yilgan barcha bemorlarga, agar birinchi belgilangan normotimik samarasiz bo'lsa, noqulay kursni to'xtatish va evtimik davrni shakllantirish uchun normotimikani o'zgartirish yoki EKTni o'tkazish tavsiya etiladi, keyinchalik normotimik terapiya buyuriladi [40].

Izohlar. Kengaytirilgan affektiv fazalar, qisqa evtimal davrlar yoki doimiy oqim bilan kasallikning og'ir kechishi uchun ektni terapiyaning dastlabki bosqichlarida o'tkazish tavsiya etiladi. Oldingi EKT kursining samaradorligi va normotimik dorilarning kombinatsiyalangan sxemalarining samarasizligi bo'lgan bemorlarda qo'llab-quvvatlovchi ektni o'tkazish mumkin. BAB kursining tto terapiyasi bemorning ahvolini muntazam ravishda (oyiga kamida 1 marta) diqqat bilan kuzatishni talab qiladi. Belgilangan terapiya samaradorligini baholash uchun faza dinamikasini baholash amalga oshiriladi.

Hozirgi epizodni to'xtatish faktini o'z-o'zidan terapiyaning ijobiy ta'sirining namoyon bo'lishi deb hisoblash mumkin emas, shuningdek, uning samarasizligi sababli normotimikni o'zgartirish uchun yagona alevlenme asos bo'lmasligi kerak. Terapiya samaradorligini baholashda va keyingi terapevtik taktikalar to'g'risida qaror qabul qilishda bemor tomonidan har kuni to'ldiriladigan o'z – o'zini baholash xaritasi yaxshi yordam berishi mumkin (1-ilovaga qarang-kayfiyat o'zgarishini o'z-o'zini qayd etish kartasi). Bu, ayniqsa, psixo-ta'lim maqsadlarida juda muhimdir, chunki xaritada epizodlarning asta-sekin kamayishi, qisqarishi yoki pasayishi aniq kuzatiladi. Og'ir depressiya yoki maniya davom etayotgan relapslar bo'lsa ham, qo'llanilgan terapevtik taktikani baholashning dastlabki uch oyi davomida fazalar intensivligining pasayishining har qanday dalillari kelajakdagi yaxshilanishning xabarchisi bo'lishi mumkin. Yangi tayinlangan normotimik yoki ADni bekor qilishning ta'siri bir necha oy davomida ko'rinmasligi mumkin. Shuning uchun uch tsikl yoki to'rt oy davomiyligidan qisqa vaqt ichida qayd etilgan terapevtik taktikaning natijalari faqat indikativ, ammo indikativ emas. Ko'pgina hollarda, yangi buyurilgan terapiyaning samaradorligini baholash uchun olti oy yoki undan ko'proq vaqt kerak bo'ladi. Klinik ehtiyoj ba'zan terapiyani intensivlashtirishni to'rt oydan ko'proq vaqtga kechiktirishning iloji yo'qligini aniqlaganiga qaramay, har qanday normotimik terapiya ta'sirini shakllantirishning ma'lum muddatlarini hisobga olgan holda kutish va ko'rish taktikasini saqlab qolish uchun barcha imkoniyatlarni ishga solish tavsiya etiladi. Faqatgina bunday taktika ma'lum bir preparatning samaradorligi to'g'risida haqiqiy g'oyalarni olishga imkon beradi. Ushbu davrda optimal samaradorlikni ta'minlaydigan dorilarning maksimal toqat qilinadigan dozalaridan foydalanish kerak. [1, 21, 32, 37, 40, va boshqalar].

Normotimik dozaning ko'payishi faza shakllanishining pasayishiga va relaps davrida manik yoki depressiv simptomlarning to'xtashiga yordam beradi. Bunday taktika, ba'zi hollarda "qopqoq terapiyasi" dan foydalanish bilan bir qatorda, maniya yoki AD davrida depressiya davrida BAA tayinlanishining oldini oladi va shu bilan tsiklik kuchayishning provokatsiya xavfini kamaytiradi.

In'ektsion shakllarda mavjud bo'lgan benzodiazepin trankvilizatorlaridan foydalanish ko'p hollarda maniada psixomotor qo'zg'alishni yoki kasalxonada depressiyada aniq tashvishlarni nazorat qilish imkonini beradi. Agar kerak bo'lsa, antipsikotiklarga IAA ustunlik berishi kerak.

Og'ir depressiyalarda, ayniqsa o'z joniga qasd qilish tendentsiyalari bilan, AD tayinlanishidan qochish mumkin emas. Bunday hollarda BD davolash taktikasi tavsiya etiladi va alomatlar to'xtatilgandan so'ng, ular yana tto oqimining uzilishiga qaratilgan usullarga qaytadilar. Bunday holda, o'tkir epizodni davolash normotimik terapiyadan oldin bekor qilinmasdan amalga oshiriladi [1, 21, 32, 37, 40, va boshqalar] .

4C

Belgilangan normotimikning qisman ta'siri bo'lgan taqdirda doimiy yoki TTO kursi bo'lgan BAB tashxisi qo'yilgan barcha bemorlarga va klinik zaruratga qarab, kuzatuv davrini davom ettirish yoki ikkinchi normotimikni doimiy tsiklni buzish va evtimik davrni o'rnatish uchun qo'shish tavsiya etilishi mumkin [1, 21, 32, 37, 40 va boshqalar].

Izohlar: TTO davolash rejimida relapsga qarshi terapiya ko'p hollarda kasallik kursi ushbu mezonlarga javob bermasa ham tavsiya etiladi. Yiliga 1-3 epizodli bemorlar uchun asosiy sa'y-harakatlar ularning hayot sifatini maksimal darajada oshirish uchun uzoqroq remissiyaga erishishga qaratilgan bo'lishi kerak [1, 21, 32, 37, 40 va boshqalar]

TIBBIY YORDAM KO'RSATISHNI TASHKIL ETISH

Statsionar yoki ambulator davolanish masalasini hal qilish:
O'rtacha yoki og'ir maniya uchun bemorni kasalxonaga yotqizish tavsiya etiladi.
Gipomaniya bilan-stasionizatsiya masalasini hal qilish uchun quyidagilarni hisobga olish tavsiya etiladi:

- xulq-atvor va ijtimoiy buzilishlarning zo'ravonlik darajasi noto'g'ri moslashuvlar
- o'z joniga qasd qilish xavfi (aralash sharoitlar mavjud bo'lganda)
- anamnestik ma'lumotlar (maniya rivojlanish xavfi va rivojlanish tezligi oldingi manik epizodlar)
- bemorning mavjud simptomlarga nisbatan tanqidiy darajasi
- mikrosotsial muhit sharoitlari va yaqinlarning ishtirok etish darajasi terapevtik jarayon

Gipomaniya uchun ambulatoriya terapiyasini o'tkazish quyidagi sharoitlarda mumkin:

- bemor vaziyatga nisbatan tanqidiy munosabatda bo'ladi
- bemor shifokorning ko'rsatmalarini bajarishga qodir
- bemorning yaqinlari bor, ular uchrashuvlarning bajarilishini va bemorning ahvolini nazorat qilishda yordam bera oladilar.

Engil yoki o'rtacha depressiya uchun stasionizatsiya masalasini hal qilish uchun quyidagilarni hisobga olish tavsiya etiladi:

- ijtimoiy moslashuvning zo'ravonlik darajasi
- o'z joniga qasd qilish xavfi
- anamnestik ma'lumotlar (faza inversiyasi xavfi, o'z joniga qasd qilish tendentsiyalarining shakllanishi bilan simptomlarning og'irligi, tashvish belgilarining og'irligi)
- bemorning mavjud simptomlarga nisbatan tanqidiy darajasi
- mikrosotsial muhit sharoitlari va yaqinlarning terapevtik jarayonda ishtirok etish darajasi

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

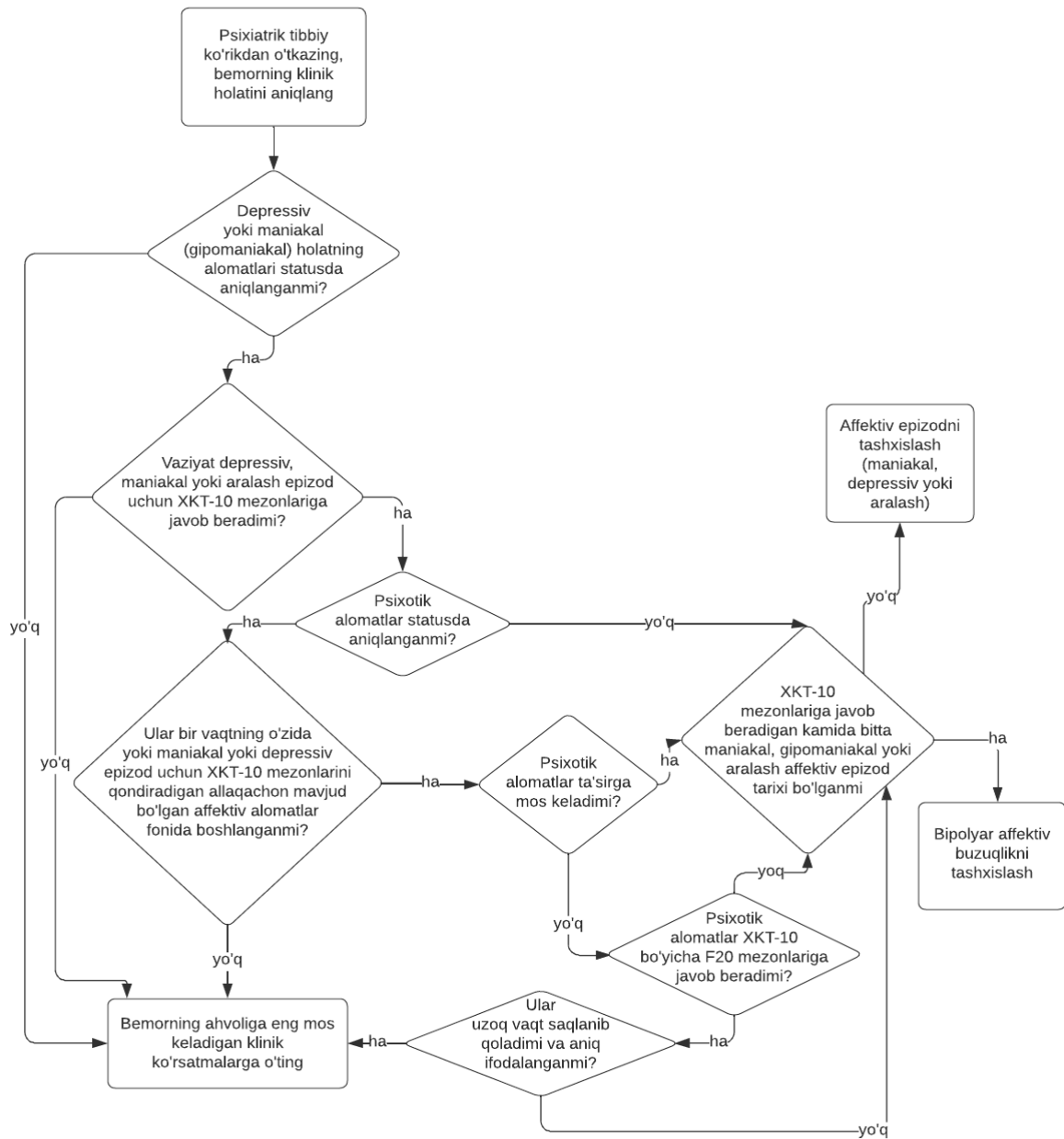
1. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Кузавкова М.В. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия / под редакцией С.Н. Мосолова М.: МЕДпресс-информ, 2008. – с.15
2. Grunze H., Vieta E., Goodwin GM., Bowden C., Licht R.W., Möller H.J., et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2010 on the treatment of acute bipolar depression. //World J Biol Psychiatry. – 2010. – №11. – p.81–109
3. McDonald K.C., Bulloch A.G.M., Duffy A., et al. Prevalence of bipolar I and II disorder in Canada // Can J Psychiatry. -2015; N. 60 P. 151-6.
4. Bauer M., Glenn T., Alda M., et al. Influence of birth cohort on age of onset cluster analysis in bipolar I disorder // Eur Psychiatry. - 2015; N. 30 P. 99-105.
5. Hwu H.G., Yeh E.K., Chang L.Y. Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule // Acta Psychiatr Scand. –1989 N. 79 P. 136-147.
6. Wittchen H.U., Essau C.A., von Zerssen D., Krieg J.C., Zaudig M. Lifetime and sixmonth prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study // Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. -1992 N. 241 P. 247-258.
7. Hirschfeld R.M.A., Calabrese J.R., Weissman M., et al. Lifetime prevalence of bipolar I and II disorders in the United States [abstract] // Presented at the 155th American Psychiatric Association Annual Meeting, -2002, May 18-23, Philadelphia, PA, USA
8. Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S., et al. Lifetime and 12-month prevalence of DMS-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. Arch. Gen. Psychiatry. - 1994, N.51 P. 18–19.
9. Angst J., Gamma A., Benazzi F., Ajdacic V., Eich D., Rössler W. Diagnostic issues in bipolar disorder // Europ. Neuropsychopharm. – 2003. – Vol. 13. – S43–S50.
10. Angst J., Stassen H.H., Clayton P.J. et al. Mortality of patients with mood disorders: follow up over 34-38 years // J. Affect. Disord. – 2002. – Vol.68. – p. 167-181
11. Licht R.W., Vestergaard P., Brodersen A. Long-term outcome of patients with bipolar disorder commenced on lithium prophylaxis during hospitalization: a complete 15-year register-based follow-up. Bipolar Disord. – 2008, N. 10. P. 79-86.
12. Беляев Б. С. Клиническая дифференциация и систематика эндогенных аффективных психозов // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1991. — Т. 91. — No 12. — С. 51-55.
13. Психиатрическая помощь населению Российской Федерации в 2015-2017 гг. Аналитический обзор под ред. З.И. Кекелидзе. ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, М., - 2018, с. 142
14. Lish J.D., Dime-Meenan S., Whybrow P.C., et al. The national Depressive and Manic-Depressive Association (DMDA) survey of bipolar members // J. Affect Disord., - 1994; N. 31. P. 281–294.
15. Hirschfeld R.M., Lewis L., Vornik L.A. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the National Depressive and Manic-Depressive Association 2000 survey of individuals with bipolar disorder // J Clin Psychiatry. – 2003. – Vol. 64. – P. 161–174.
16. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Всемирная организация здравоохранения. Перевод на русский язык под ред. Нуллер Ю.Л., Циркин С.Ю. // Россия. С-П «Оверлайд», 1994.

17. Мосолов С.Н., Ушкалова А.В., Костюкова Е.Г., Шафаренко А.А., Алфимов П.В., Костюкова А.Б. Диагностика биполярного аффективного расстройства II типа среди пациентов с текущим диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства//Современная терапия психических расстройств. – 2014. – Вып. 2. – С. 2–14
18. Мосолов С.Н., Шафаренко А.А., Ушкалова А.В., Алфимов П.В., Костюкова А.Б. Формализованная диагностика биполярного аффективного расстройства у больных с приступообразной шизофренией и шизоаффективным расстройством// Современная терапия психических расстройств. – 2014. – Вып. 3. – С. 2– 8
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric. J Clin Psychiatry 78:8, September/October 2017 1100
20. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии // Восток. – 1996. – 374 с.
21. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г. Клинические рекомендации по терапии быстроциклического течения биполярного расстройства // Современная терапия психических расстройств. - 2008. - № 1. - С. 38-46.
22. Мосолов С.Н. Обрыв континуального течения аффективных колебаний с помощью карбамазепина и вальпроата натрия у резистентных к лечению солями лития больных эндогенными психозами // Психопатологические и патогенетические аспекты прогноза и терапии депрессий. – М., 1986. – С. 75–80
23. Мосолов С.Н., Мошевитин.С.Ю. Применение электросудорожной терапии для обрыва континуального течения терапевтически резистентных аффективного и шизоаффективного психозов. Ж-л Невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1990, 4, с.121-125
24. Bauer M.S., Calabrese J.R., Dunner D.L., et al. Multisite data reanalysis of the validity of rapid cycling as a course modifier for bipolar disorder in DSM-IV // Am J Psychiatry. -1999. N. 151 P. 506-515.
25. Dunner D., Patrick V., Fieve R. Rapid cycling manic-depressive patients // Comprehensive Psychiat., - 1977, Vol.18, N 6, p.561-566.
26. Suppes T., Leverich G.S., Keck P.E. et al. The Stanley Foundation Bipolar treatment outcome Network II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients // J. Affect. Disorder, - 2001. N. 67 P. 45-59.
27. Wehr T.A., Sack D.A. et al., Rapid cycling affective disorder% contributing factors and treatment responses in 51 patients. Am J Psychiatry. – 1988. – №145. – p 179 -184
28. Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н. Современная диагностика и терапия биполярного аффективного расстройства: от доказательных научных исследований к клинической практике. // Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина-клинической практике) под редакцией С.Н. Мосолова. Москва, 2012, стр. 491-529
29. Kogan J.N., Otto M.W., Bauer M.S. et al. Demographic and diagnostic characteristics of the first 1000 patients enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) // Biol Psychiatry, - 2004.
30. Frye M.A., Altshuler L.L., McElroy S.L. et al. Gender differences in prevalence, risk and clinical correlate of alcoholism comorbidity in bipolar disorder //Am. J. Psychiatry, 2003, Vol.160, p.883-889.
31. Kupfer D.J., Frank E. Trends in diagnosis and treatment of bipolar disorders // Medicographia, - 2005. N.27 P. 254-260.
32. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г. Биполярное аффективное расстройство// Национальное руководство. Психиатрия под ркд. Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г. – Геотар Медиа.– 2018– с. 704-799
33. Angst J, Gamma A, Bowden CL, et al. Diagnostic criteria for bipolarity based on an international sample of 5,635 patients with DSM -IV major depressive episodes // Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. - 2012; N. 262. P. 3-1

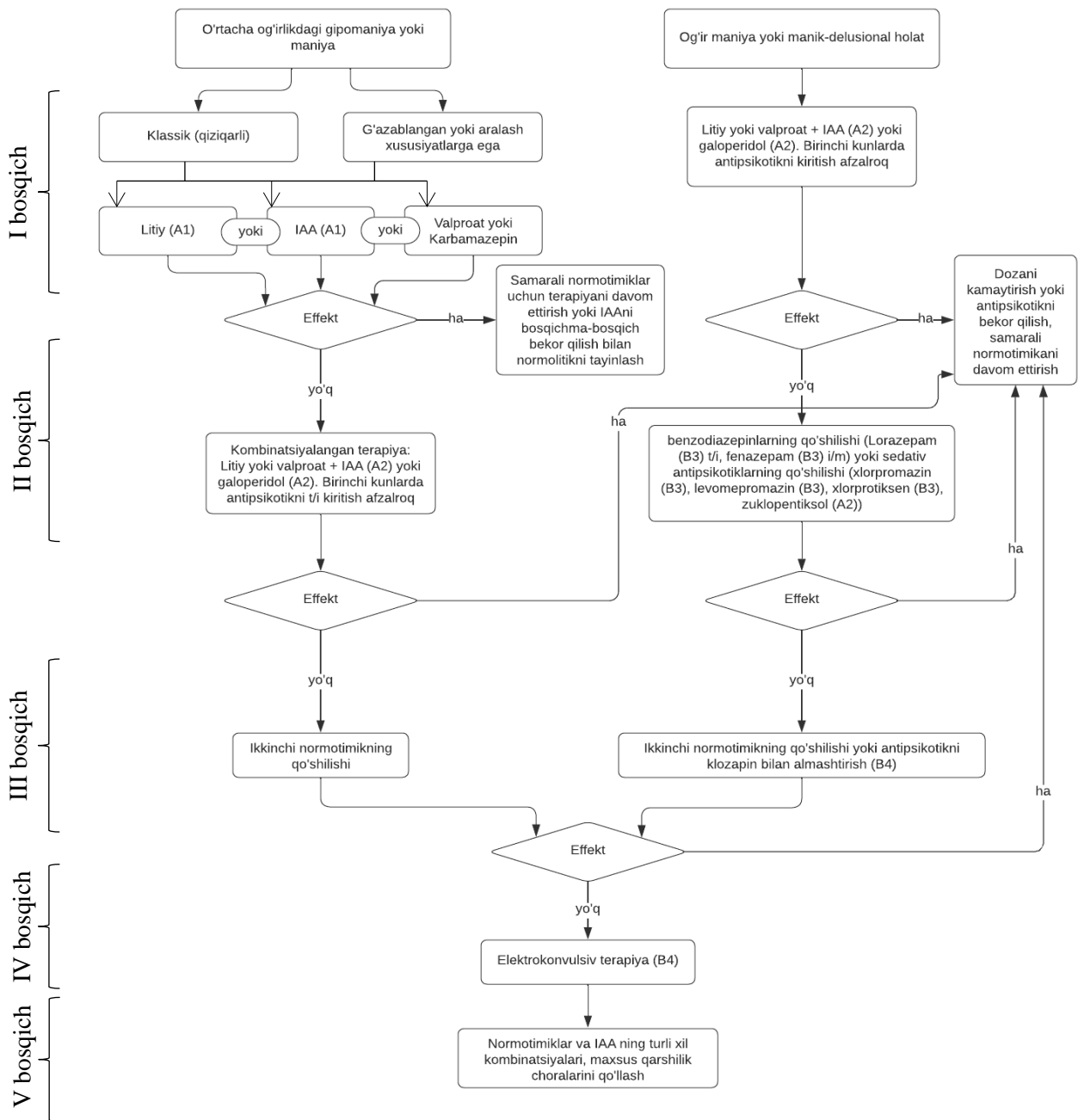
34. Angst J., Adolfsson R., Benazzi F. et al. The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients // *J Affect Dis.* – 2005. – Vol. 88, No 22. – P. 217–233.
35. Мосолов С.Н., Ушкалова А.В., Костюкова Е.Г., Шафаренко А.А., Алфимов П.В., Костюкова А.Б., Курсаков А.А., Образцова Л.В. Валидизация российской версии опросника HCL-32 для выявления пациентов с биполярным аффективным расстройством II типа среди больных, наблюдающихся с диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2015. – Т. 25, Вып. 1. – С. 22–30.
36. Truman C.J., Goldberg J.F., Ghaemi S.N., Baldassano C.F., Wisniewki S.R., Dennehy E.B., Thase M.E., Sachs G.S. Self-reported history of manic/hypomanic switch associated with antidepressant use: data from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) // *J Clin Psychiatry.* – 2007.N. 68 P. 1472–1479
37. Yatham L., Kennedy S., Parikh S. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder// *Bipolar Disorders.*-2018. P. 1–74.
38. Posner K., Oquendo M.A., Gould M., Stanley B., Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants // *Am J Psychiatry*, 200; 164:1035- 1043.
39. Dong M. et al. Prevalence of suicide attempts in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of observational studies // *Epidemiology and Psychiatric Sciences.* – 2019. P. 1–9.
40. Grunze H., Vieta E., Goodwin G.M. et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2012 on the long-term treatment of bipolar disorder // *World J Biol Psychiatry.* - 2013. - Vol. 14. - P. 154-219

Ilova 1. Shifokor harakatlarning algoritmlari

Ilova 1.1. Bipolyar Affektiv Buzilish Diagnostikasi Algoritmi



Ilova 1.2. "Kattalardagi bipolyar affektiv buzilish" klinik ko'rsatmalarida manik holatlar uchun biologik terapiya algoritmi



Ilova 2. Turli xil normotimik vositalar bilan uzoq muddatli profilaktika terapiyasini o'tkazishda psixo-ta'lim seminarlarida muhokama qilish uchun maxsus ma'lumotlar

Normotimik preparat	Tashqi ko'rinish ehtimoli haqida ogohlantirish	Agar paydo bo'lsa, shifokorga xabar bering	Maxsus muhokama qiling
lityum karbonat	engil titroq tez-tez chanqoqlik siydik chiqarish uyquchanlik oshqozon-ichak traktining buzilishi	titroq nutqning buzilishi mushaklarning burishishi yurish va muvozanat buzilishlari xotira buzilishi	laboratoriya testlarining muntazamligi og'irlikni nazorat qilish oddiy tuzli ovqatlanish rejimiga rioya qilish teratogen xavf
natriy valproat	oshqozon-ichak traktining buzilishi (ko'ngil aynish) uyquchanlik titroq	toshma ko'rish buzilishi shish kutilmagan ko'karishlar qorin bo'shlig'ining shishishi sariqlik yuz shishishi soch to'kilishining ko'payishi	og'irlikni nazorat qilish mumkin bo'lgan dorilarning o'zaro ta'siri vitaminlar va minerallarni qabul qilish (folatlar, qishloqlar, rux va boshqalar) teratogen xavf
karbamazepin	uyquchanlik bosh aylanishi oshqozon-ichak traktining buzilishi	toshma sariqlik aritmiya, yurak urishlarini muvofiqlashtirishning buzilishi yuz shishishi kutilmagan ko'karishlar	og'irlikni nazorat qilish mumkin bo'lgan dorilarning o'zaro ta'siri teratogen xavf vitaminlar va minerallarni qabul qilish (folatlar, qishloqlar, rux va boshqalar)
lamotrigin	uyqusizlik uyquchanlik ko'ngil aynish bosh aylanishi	toshma kutilmagan ko'karishlar qorin bo'shlig'i sariqlik yuz shishishi	mumkin bo'lgan dorilarning o'zaro ta'siri vitaminlar va minerallarni qabul qilish (folatlar, qishloqlar, rux va boshqalar)

Ilova 3. Litiyning farmakokinetik xususiyatlari va homiladorlik paytida foydalanish va monitoring bo'yicha tavsiyalar

Farmakokinetikaning xususiyatlari	Tavsiyalar
<ul style="list-style-type: none"> Homiladorlikning ikkinchi yarmida klirens 30% ga oshadi-50% 	<ul style="list-style-type: none"> Tayinlashdan oldin qalqonsimon bez va buyraklar faoliyatini aniqlash kerak.

- Qon zardobidagi terapevtik konsentratsiya darajasi 0,6-1,2 mekv/l
- * Yarim umr: 22 soat

- Har 3-6 oyda TTG konsentratsiyasini aniqlang
- Minimal samarali dozada qo'llang.
- Odatda dozasi parvarishlash terapiyasi uchun kuniga 900-1200 mg va o'tkir epizod uchun kuniga 1200-2400 mg
- Qonda yuqori konsentratsiyani yaratmaslik uchun kunlik dozani bir necha dozaga bo'ling.
- Iloji bo'lsa, birinchi trimestrda foydalanishdan saqlanang.
- Barqaror holatdagi kasallikning engil shakli: homiladorlikdan oldin bosqichma-bosqich (2 haftadan ortiq) bekor qilish va iloji bo'lsa, qo'llab-quvvatlovchi terapiyasiz homiladorlik paytida boshqaruv rejasini ishlab chiqish.
- Kasallikning o'rtacha takrorlanish xavfi bo'lgan og'ir shakli: foyda va xavfni baholash; iloji bo'lsa, hech bo'limganda birinchi trimestrda foydalanishdan saqlanang.
- Relaps xavfi yuqori bo'lgan kasallikning og'ir shakli: teratogenlik xavfi to'g'risida xabardor qilingan ayolning roziligi bilan homiladorlik paytida terapiyani davom ettirish.
- Homiladorlik paytida preparatning qondagi darajasi pasayishi mumkin, konsentratsiyani muntazam ravishda kuzatib borish kerak.
- Qondagi konsentratsiya darajasini o'lchash har oyda homiladorlikning 1-yarmida, haftada – III trimestrda amalga oshirilishi kerak.
- Onada namlikni saqlang.
- Agar preparat tug'ruq paytida bekor qilingan bo'lsa, tug'ruqdan keyingi davrda, ayolning ahvoli barqarorlashishi bilanoq, homiladorlikdan oldin ishlatilgan dozada foydalanishni davom ettiring.
- * Birinchi trimestrda qo'llanilganda-16-18 xaftada yuqori aniqlikdagi ultratovush tekshiruv va homila ekokardiyografiyasini o'tkazang

Ilova 4. Antikonvulsantlarning farmakokinetik xususiyatlari va homiladorlik paytida ulardan foydalanish va monitoring qilish bo'yicha tavsiyalar [258]

Preparat	Farmakokinetikasi	Tavsiyalar
natriy valproat	Tozalash farq qiladi Sarum terapevtik konsentratsiyasi darajasi: 50-100 mg/ml Yarim umr: 9-16 soat	Iloji bo'lsa, homiladorlik paytida va/yoki birinchi trimestrda foydalanishdan saqlaning. Teratogen xavfning pasayishi kuniga <1000 mg dozada (qon zardobidagi <70 mkg/ml konsentratsiyasi) 3 dozaga bo'lingan holda qo'llanilganda kuzatiladi Kuniga bir marta dozalash oldindan aytib bo'lmaydigan darajada yuqori cho'qqilarni yaratishga olib kelishi mumkin Qonda konsentratsiyani aniqlash har oyda II trimestrda va haftada – III trimestrda tavsiya etiladi. Qon darajasini kuzatib boring. Homiladorlikning so'nggi oyida K vitaminini qo'llang va yangi tug'ilgan chaqaloqqa yuboring. Folik kislotani kontsepsiya davrida va birinchi trimestrda qo'llang. Birinchi trimestrda ishlatilganda-18-haftada yuqori aniqlikdagi ultratovush tekshiruvini o'tkazing.
karbamazepin	Tozalash farq qiladi Yarim umr: o'zgaruvchan	Iloji bo'lsa, homiladorlik paytida va/yoki birinchi trimestrda foydalanishdan saqlaning. Agar kerak bo'lsa, monoterapiya shaklida foydalaning, kunlik dozani bir necha dozaga bo'ling. Preparatning oqsil bilan bog'liq bo'lmagan fraksiyasining sarum konsentratsiyasini kuzatib boring Qonda konsentratsiyani aniqlash har oyda II trimestrda va haftada – III trimestrda tavsiya etiladi. Folik kislotani kontsepsiya paytida va birinchi trimestrda qo'llang. Homiladorlikning so'nggi oyida K vitaminini qo'llang va yangi tug'ilgan chaqaloqqa yuboring Kontsepsiyadan keyin foydalanishni boshlagan ayollarda jiddiy yon ta'sirlar xavfi yuqori (agranulotsitoz, jigar etishmovchiligi, Stivens-Jonson sindromi). Birinchi trimestrda qo'llanilganda-18-haftada yuqori aniqlikdagi ultratovush tekshiruvi va homila ekokardiyografiyasini o'tkazing.
lamotrigin	Standart sarum darajasi yo'q	Tug'ma anomaliyalar xavfini kamaytirish uchun kuniga 200 mg dan past dozada foydalanish tavsiya etiladi.

	<p>Yarim umr: 25 soat (ferment ishlab chiqaruvchi antikvulsantlar bilan birgalikda ishlatilganda farq qiladi) Homiladorlikning ko'payishi bilan klirensning oshishi, sarum darajasining pasayishiga olib keladi, tug'ruqdan keyin qondagi konsentratsiyalar kontseptsiyadan oldingi darajaga tezda qaytadi</p>	<p>Homiladorlik paytida va tug'ruqdan keyingi davrda dozalarni diqqat bilan tanlash kerak, chunki homiladorlik paytida preparatning klirensi sezilarli darajada oshadi.</p>
--	--	---

Ilova 5. O'z joniga qasd qilish xavfi bo'lgan holatlarda kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar

<p>A. kasalxonaga yotqizish uchun mutlaq ko'rsatmalar:</p>
<p>1) O'z joniga qasd qilishga urinish yoki parasuitsiddan keyin, qachon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - psixozda bemor - o'lim xavfi yuqori bo'lgan o'z joniga qasd qilishga urinish - rejalashtirilgan takroriy o'z joniga qasd qilish yoki o'z joniga qasd qilish haqidagi faol fikrlar - o'z joniga qasd qilishni takrorlash xavfini aniqlash qiyin (shu jumladan bemor o'z tajribalarini oshkor qilmasa) - o'z joniga qasd qilishga sabab bo'lgan tashqi omillarning davom etishi/kuchayishi - erkak jinsi, 45 yoshdan oshgan, ayniqsa bemor birlamchi bo'lsa - bemorda oilaviy yoki ijtimoiy yordam yo'q/etarli emas - ruhiy holatdagi quyidagi belgilar/alomatlarining mavjudligi: qo'zg'alish, impulsivlik, tanqidsizlik va yordamdan bosh tortish - ruhiy holatdagi o'zgarishlar, ehtimol, organik geneziga ega (toksik, infeksiyalar va boshqalar).
<p>2) O'z joniga qasd qilishga urinish bo'lmagan, ammo mavjud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - o'lim xavfi yuqori bo'lgan o'z joniga qasd qilish rejasiga ega bo'lish - faol o'z joniga qasd qilish fikrlari
<p>B. kasalxonaga yotqizish zarur bo'lishi mumkin:</p>
<p>1) O'z joniga qasd qilishga urinish yoki parasuitsiddan keyin va o'z joniga qasd qilish fikri mavjud bo'lganda, qachon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bemorda yana bir og'ir ruhiy kasallik bor - o'z joniga qasd qilishga urinishlar o'tmishda sodir bo'lgan, ayniqsa ular og'ir bo'lsa - somatik kasallikning mavjudligi (saraton, qon tomir va boshqalar) - ambulatoriya va yarim statsionar sharoitlarda oldingi davolanishning samarasizligi (shuningdek, yordamdan voz kechish) - tekshirish zarurati, shu jumladan. laboratoriya diagnostikasi - oilaviy yoki ijtimoiy qo'llab-quvvatlashning etishmasligi, yomon yashash sharoitlari - terapevtik aloqani o'rnatish qiyin - ambulatoriya sharoitida davolanish uchun masofadan turib yashash
<p>2) O'z joniga qasd qilishga urinish bo'lmagan, bemor ham o'z joniga qasd qilishni o'ylash va/yoki rejalashtirish haqida xabar bermaydi. Shu bilan birga, o'z joniga qasd qilishning yuqori xavfi ruhiy holatni baholashda aniqlanadi yoki ob'ektiv ma'lumotlar bilan tasdiqlanadi</p>

D. kunduzgi kasalxonada davolanish mumkin:
O'z joniga qasd qilishga urinishdan keyin va o'z joniga qasd qilish rejasi yoki fikrlari mavjud bo'lganda, qachon: - agar bemorning vaziyatga munosabati o'zgargan bo'lsa, ular sodir bo'lgan voqealarga (shaxslararo muammolar, imtihonlarning muvaffaqiyatsizligi va boshqalar) munosabatdir - o'z joniga qasd qilish rejasi / fikrlari o'lim xavfi past - bemor yaxshi oilaviy / ijtimoiy yordamga ega - bemor hamkorlik qiladi, tavsiyalarni bajaradi, "davolash shartnomasi tuziladi"
E. kasalxonaga yotqizishdan ko'ra yordamning boshqa shakllari afzalroqdir:
Bemor juda uzoq vaqt davomida o'z joniga qasd qilish fikriga ega, shuningdek, yaxshi oilaviy/ijtimoiy qo'llab-quvvatlash va ambulatoriya sharoitida ishlab chiqilgan terapevtik reja mavjud bo'lganda, engil o'z-o'ziga zarar etkazish (yuzaki kesish va boshqalar) mumkin

Ilova 6. BAB profilaktik terapiyasining boshida normotimikani birlamchi tanlash uchun klinik ko'rsatmalar

Tashxis	Xarakter fazalarni shakllantirish	Kasallikning asosiy belgilari	Preparat Birlamchi tanlovlar				
			lityum karbonat	natriy valproatya	karbamazepin	lamotrigin	
BAB I	O'zgaruvchan oqim	Depressiyalarning ustunligi	Psixotik alomatlar yo'q	+	+	+	+
			Psixotik alomatlar mavjud	-	+	+	-
		Maniyalarning ustunligi	Psixotik alomatlar yo'q	+	+	-	-
			Psixotik alomatlar mavjud	-	+	-	-
	Doimiy/tez tsiklik oqim	Depressiyalarning ustunligi	Psixotik alomatlar yo'q	-	+	+	-
			Psixotik alomatlar mavjud	-	+	+	-
		Maniyalarning ustunligi	Psixotik alomatlar yo'q	-	+	-	-
			Psixotik alomatlar mavjud	-	+	-	-

BAB II	O'zgaruvchan oqim	Depressiyalarning ustunligi	Psixotik alomatlar yo'q	+	+	+	+
			Psixotik alomatlar mavjud	-	+	+	-
		Gipomaniyalarning ustunligi	Psixotik alomatlar yo'q	+	+	-	-
			Psixotik alomatlar mavjud	-	+	-	-
	Doimiy/tez tsiklik oqim	Depressiyalarning ustunligi	Psixotik alomatlar yo'q	-	+	+	+
			Psixotik alomatlar mavjud	-	+	+	+
		Gipomaniyalarning ustunligi	Psixotik alomatlar yo'q	-	+	-	-
			Psixotik alomatlar mavjud	-	+	-	-

Ilova 7. Litiy, karbamazepin, valproat va lamotrigindan foydalanish uchun ehtiyot choralari va kontrendikatsiyalar.

	lityum karbonat	karbamazepin	natriy valproat	lamotrigin
Mutlaq kontrendikatsiyalar	1. Buyrak kasalliklari ularning funktsiyasining pasayishi bilan (glomerulonefrit, pielonefrit va boshqalar)	1. Atrioventrikulyar blok va boshqa yurak ritmining buzilishi. 2. Karbamazepin yoki TSA uchun allergik yuqori sezuvchanlik 3. MAOI bilan birlashtirish yoki bekor qilinganidan keyin 2 haftadan kamroq vaqt ichida qo'llash. 4. Funktsiyaning pasayishi bilan og'ir jigar kasalliklari.	1. Natriy valproatga allergik yuqori sezuvchanlik 2. Funktsiyaning pasayishi bilan og'ir jigar kasalliklari (o'tkir va surunkali gepatit va boshqalar). 3. Gemorragik diatez	1. Lamotriginga allergik yuqori sezuvchanlik
Nisbiy kontrendikatsiyalar	1. Eu-va hipotiroid guatr, miksedema.	1. Ko'z ichi bosimining	1. Yurak-qon tomir etishmovchiligi.	1. Buyrak etishmovchiligi

	<p>2. Tuzsiz parhez.</p> <p>3. Ob'ektivning xiralashishi (senil katarakt).</p> <p>4. Osteoporoz bilan kechadigan suyak kasalliklari.</p> <p>5. Yuqori isitma va ko'p terlash bilan yuzaga keladigan kasalliklar.</p> <p>6. Homiladorlikning dastlabki 3 oyi va laktatsiya davri (qondagi tarkibning 50% sutga kiradi).</p>	<p>oshishi (glaukoma).</p> <p>2. Yurak-qon tomir etishmovchiligi.</p> <p>3. Buyrak va jigar etishmovchiligi.</p> <p>4. Qarilik.</p> <p>5. Oq niholni inhibe qilish bilan kechadigan qon kasalliklari.</p> <p>6. Prostata adenomasi.</p> <p>7. Homiladorlikning dastlabki 3 oyi va laktatsiya davri (qondagi tarkibning 30-60% sutga kiradi).</p>	<p>2. Buyrak va jigar etishmovchiligi.</p> <p>3. Qon kasalliklari, ayniqsa trombositopeniya bilan birga keladi).</p> <p>4. Homiladorlikning dastlabki 3 oyi va laktatsiya davri (qondagi tarkibning 1-10% sutga kiradi, shuning uchun bu holatlarda Valproatni tanlash afzaldir)</p>	<p>2. Jigar etishmovchiligi</p> <p>3. Homiladorlik va laktatsiya davri</p>
Ehtiyot choralari	<p>1. Qalqonsimon bez faoliyatini har 6 oyda bir marta nazorat qilish.</p> <p>2. 6 oyda bir marta umumiy qon tekshiruvi.</p> <p>3. Buyrak faoliyatini nazorat qilish (siydikni tahlil qilish, konsentratsiyani aniqlash buyrak qobiliyati, kreatinin klirensi, elektrolitlar, qonda karbamid azot) har 6 oyda bir marta.</p> <p>4. Optometristni tekshirish (linzalarning xiralashishining dastlabki shakllarini</p>	<p>1. Avtomobil haydash va turli mexanizmlarni boshqarish.</p> <p>2. Qonning bir xil elementlarini oyiga bir marta nazorat qilish (davolanishning birinchi oyida har hafta).</p> <p>3. Jigar faoliyatini har 6 oyda bir marta nazorat qilish.</p> <p>4. 6 oyda bir marta siydik tekshiruvi, shu jumladan kreatinin klirensi.</p> <p>5. EKG har 6 oyda bir marta</p> <p>6. Elektrolitlar uchun qon tekshiruvi (giponatremi tekshiruvi) har 6 oyda bir marta.</p>	<p>1. Har 6 oyda bir marta qon va pıhtılaşma elementlarini nazorat qilish.</p> <p>2. Oshqozon osti bezi faoliyatini har 6 oyda bir marta nazorat qilish.</p> <p>3. Oshqozon tekshiruvi yiliga 1 marta.</p> <p>4. Jigar faoliyatini har 6 oyda bir marta nazorat qilish (davolashning birinchi oyida transaminazalarning vaqtinchalik ko'payishiga yo'l qo'yiladi).</p> <p>5. Yiliga bir marta siydik tekshiruvi (asetonga noto'g'ri ijobiy reaksiya berishi mumkin).</p>	<p>1. Avtomobil haydash va turli mexanizmlarni boshqarish</p> <p>2. Mumkin bo'lgan allergik reaksiyalarni diqqat bilan kuzatib boring</p> <p>3. Jigar va buyraklar faoliyati buzilgan taqdirda dozani kamaytirish</p> <p>4. Homiladorlik va laktatsiya davrida ehtiyotkorlik bilan buyuriladi</p> <p>5. Birgalikda terapiyani tayinlash yoki bekor qilishda</p>

	aniqlash) yiliga bir marta.			dozani tuzatish
Anamnezda quyidagilarga alohida e'tibor berish kerak:	1. Buyrakning yallig'lanish kasalliklari. 2. Qalqonsimon bezning buzilishi.	1. Teri allergik reaksiyalari. 2. Gepatit. 3. Suyak iligining gematopoetik o'sishi funksiyasini inhibe qilish. 4. Yurak ritmining buzilishi.	1. Allergik hepatit. 2. Qon ivish tizimining buzilishi.	1. Allergik reaksiyalar

Ilova 8. Litiy karbonat, karbamazepin, natriy valproat va lamotriginning ba'zi qiyosiy farmakokinetik parametrlari

Parametrlar\preparat	lityum karbonat	karbamazepin	natriy valproat	lamotrigin
O'rtacha kunlik dozalarning grammdagi eng keng tarqalgan diapazoni	0,6 - 1,2	0,4 - 1,0	0,6 - 1,4	0,2-0,4
Qon plazmasidagi terapevtik konsentratsiyaning optimal oralig'i	0,5 - 0,8 mmol/l	6-8 mkg/ml	50 - 100 mkg/ml	2-10 mkg/ml
Preparatning qondagi konsentratsiyasi va profilaktik terapiya ta'siri o'rtasidagi bog'liqlik	++ (aniq, to'g'ri)	? (shubhali)	+ lityum karbonat bilan solishtirganda unchalik aniq emas	?
Toksik konsentratsiya	1,5 mmol/l	18 mkg/ml	200 mkg/ml	?
Jigar fermentlarining avtoinduktsiyasi (dozani sozlash zarurati bilan qonda preparatning o'z-o'zidan pasayishi ehtimoli)	-	+	-	-
Og'iz orqali qabul qilinganda sarum konsentratsiyasining eng yuqori darajasi	1 - 3 soatdan keyin	4- 10 soatdan keyin	1 - 4 soatdan keyin	2,5 soatdan keyin
Qon oqsillari bilan bog'lanish (%)	0	75	90	55

Qonda yarim umr vaqti	8-41 soat (o'rtacha 24 soat)	30 - 40 soat (8-17 soat. tufayli uzoq muddatli foydalanish bilan fermentativ. avtoinduksiyalar)	8 -17 soat	24-35 soat (o'rtacha-32,8 soat) - bitta doz.
Qon plazmasidagi konsentratsiyaning barqaror bosqichiga erishish	2-6 kundan keyin (uzoq muddatli foydalanish bilan o'zgarmaydi)	7-10 kundan keyin, birinchi navbatda va 3-5 kundan keyin, uzoq muddatli dozadan keyin dozani o'zgartirganda	2 kundan keyin (uzoq muddatli foydalanish bilan o'zgarmaydi)	bir kundan keyin (uzoq muddatli qabul qilishdagi o'zgarishlar noma'lum)
Tanadan olib tashlashning asosiy usullari	80-90% o'zgarmagan holda siydik bilan	2% siydik va najas bilan o'zgarmagan holda, qolganlari jigarda gidroksillanish orqali metabollanadi va keyin glyukuron kislotasi bilan birlashtiriladi	Siydik va najas bilan 3% o'zgarmagan holda, qolganlari jigarda glyukuron kislotasi bilan birikib metabollanadi	10% siydikda va 2% najasda o'zgarmagan holda, qolganlari jigarda glyukuron kislotasi bilan birikib metabollanadi

Ilova 9. Tavsiya etilgan dori dozalari va ruhiy kasalliklarni davolash bo'yicha tavsiyalarning kuchi

Preparat	Tavsiya etilgan doz, mg/kun
Ikkinchi avlod antipsikotiklar	
Aripiprazol	15-30
Ketiapin	200-800
Klozapin	150-600
Olanzapin	5-20
Paliperidon	3-12
Risperidon	1-6
Kariprazin	3-6
Birinchi avlod antipsikotiklar	
Xlorpromazin tabl.	25-1500
Xlorpromazin in'ektsiyalari	25-1000 B/B 25-600 B/M

Galoperidol tabl.	0,5-15
Galoperidol in'ektsiyalari	5-20
Levomepromazin tabl.	200-300
Levomepromazin in'ektsiyalari	75-250
Benzodiazepinlar	
Diazepam tabl.	1-60
Diazepam in'ektsion eritmasi	5-10
Medazepam	10-40
Lorazepam	2-10
Normotimik moddalar	
Litiy karbonat*	0,6-2,1 Plazma konsentratsiyasi 0,8-1,2 MKГ/MЛ
Lamotrigin	25-400
Karbamazepin	400-1600
Valproik kislota	1000-2000
Topiromat	200-1600
Gabapentin	900-3600
Trisiklik antidepressantlar (TSA)	
Amitriptilin	50-200
Selektiv serotoninni qaytarib olish ingibitorlar (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRI)	
Paroksetin	20-50
Sertralin	50-200
Fluvoksamin	50-300
Fluoksetin	20-60
Sitalopram	20-40
Essitalopram	10-20
Selektiv serotoninni qaytarib olish ingibitorlari (Serotonin and norepinephrine Reuptake	

Ibhibitors, SNRI)	
Venlafaksin	75-375
Boshqa guruhlarning preparatlari	
Droperidol	2,5-10

