

პანიკური აშლილობა (პა)

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

პანიკური აშლილობა (პა)

1. დაავადების დეფინიციის

პანიკური აშლილობა (პა) წარმოადგენს განმეორებადი, სპონტანური მწვავე შფოთვის შეტევებით (პანიკური შეტევები) მიმდინარე ავადმყოფურ მდგომარეობას.

პანიკური შეტევის (პშ) ქვეშ იგულისხმება ავადმყოფისათვის აუხსნელი, მტანჯველი შიშისა და შფოთვის პაროქსიზმი, რასაც თან ახლავს მრავალი ვეგეტატიური (სომატური) გამოვლინება.

2. დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

F41.0 პანიკური აშლილობა (ეპიზოდური პაროქსიზმული შფოთვა) (ICD-10-ის მიხედვით)

1. პანიკური შეტევების განმეორებადი (რეკურენტული) აღმოცენება;
2. პანიკური შეტევების განმეორება (ერთი ან რამდენიმე) ერთი თვის განმავლობაში. თან ახლავს შემდეგი სიმტომები:
 - მუდმივი წუხილი და მოლოდინი შეტევის შესაძლო გამეორების გამო;
 - შეშფოთება და შიში შეტევის გართულებისა და მისი შედეგების გამო.
3. შეტევის აღმოცენება არ არის განპირობებული რაიმე ნივთიერებების ან სომატური დაავადებების უშუალო მიზეზით (არითმია, თირეოტოქსიკოზი, ჰიპერტონული დაავადება, გულის იშემიური დაავადება, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება და ა.შ.);
4. შეტევა აღმოცენდება სიტუაციებში, რომელიც არ არის დაკავშირებული ობიექტურ საფრთხესთან.

3. კლინიკური სიმპტომატიკა

პანიკური აშლილობის ძირითად გამოვლინებას წარმოადგენს რეკურენტული პანიკური შეტევები (ხშირად მას თან ახლავს გარდაუვალი სიკვდილის შიში). როგორც წესი, ეს მდგომარეობა არ არის განპირობებული კონკრეტული სიტუაციით ან მოვლენებით და ამიტომ მისი აღმოცენების წინასწარგანჭვრეტა შეუძლებელია. სხვა შფოთვითი აშლილობების მსგავსად ამ დროსაც გვხვდება რიგი სიმპტომებისა რომელთაგან მინიმუმ 4-ის არსებობა აუცილებელია პანიკური აშლილობის დიაგნოზის გამოტანისათვის.

ეს სიმპტომებია:

1. პულსაცია, გაძლიერებული გულისცემა, ტაქიკარდია;
2. ოფლიანობა;
3. ქოშინი, დისპნოე;
4. ჰაერის უკმარისობა, მოხრჩობის შეგრძნება;

5. შემცივნება, ტრემორი, შინაგანი კანკალი;
6. თავბრუსხვევა, წონასწორობის დაკარგვა, სიმსუბუქის შეგრძნება თავში;
7. წამოწითლება (სახის ჰიპერემიის გარეშე), “ბატის კანი”;
8. დაბუების ან ჩხვლეტის შეგრძნება კიდურებში (პარესთეზიები);
9. ტკივილი ან დისკომფორტი გულმკერდის არეში;
10. გულისრევა ან აბდომინალური დისკომფორტი;
11. დერეალიზაცია და/ან დეპერსონალიზაცია;
12. სიკვდილის შიში;
13. “გაგიჟების” ან არაკონტროლირებადი საქციელის ჩადენის შიში.

მნიშვნელოვანია, რომ მრავალი პაროქსიზმული მდგომარეობისაგან განსხვავებით, პანიკური შეტევებისთვის არ არის დამახასიათებელი პროდრომული პერიოდი. პანიკასთან ასოცირებული სიმპტომები ვითარდება უეცრად და თავის პიკს აღწევს 10 წუთის განმავლობაში. შეტევის შემდგომი პერიოდი ხასიათდება საერთო სისუსტით, დაღლილობის შეგრძნებით. პაციენტების ნაწილი აღნიშნავს, რომ შეტევის შემდეგ გრძნობს “შემსუბუქებას”. შეტევის ხანგრძლიობა საშუალოდ 15-30 წთ-ს გრძელდება, თუმცა ზოგიერთი შეტევა შეიძლება გაგრძელდეს უფრო დიდხანსაც (1 სთ და მეტი).

პანიკურ აშლილობას ქრონიკული მიმდინარეობა ახასიათებს. ამ აშლილობის განვითარების კვალდაკვალ ხდება გართულებების ჩამოყალიბება.

უპირატესი კომორბიდული მდგომარეობები პანიკური აშლილობის დროს:

- აგორაფობია;
- დეპრესია;
- გენერალიზებული შფოთვა;
- სოციალური ფობია;
- ალკოჰოლიზმი;
- სამკურნალწამლო საშუალებების ბოროტად გამოყენება;
- პიროვნული აშლილობა.

4. ბამოკვლევის სქემა

ა. კლინიკური ინტერვიუს დროს ექიმი ვალდებულია შეაფასოს შემდეგი ფაქტორები:

1. პანიკური შეტევების რაოდენობა და სიმწვავე;
2. პანიკური შეტევის წინმსწრები შფოთვის სიმწვავე;
3. აგორაფობიული სიმპტომების სიმწვავე;
4. სუიციდური აზრები და მცდელობები;
5. სამსახურის/სკოლის გაცდენები;
6. სამსახურში/სკოლაში წარუმატებლობები;
7. სოციალური ქცევის ცვლილება;
8. შესაძლებლობების შეზღუდვა.

ბ. სიმპტომების სიმწვავის შეფასება შესაძლებელია შიხანის სკალით (დანართი №1).

5. მკურნალობის სქემა

მკურნალობა ნაჩვენებია პაციენტთა უმრავლესობისათვის, რომლის მდგომარეობა კვალიფიცირებულია ICS-10-ის ან DSM-IV-ის კრიტერიუმების შესაბამისად, როგორც პანიკური აშლილობა.

პანიკური აშლილობის თანამედროვე თერაპიაში წარმატებით გამოიყენება ფსიქოთერაპია და ფარმაკოთერაპია.

ავადმყოფობის ისტორიის, არსებული სიმპტომებისა და თანმხლები დაავადებების ყოველმხრივი შეფასების შემდეგ პანიკური აშლილობის მკურნალობაში გამოიყენებული რეკომენდაციები შემდეგი სახითაა ჩამოყალიბებული:

ფსიქოგანათლება

პაციენტის და მისი ოჯახის ფსიქოგანათლება ეფექტური მკურნალობის უმნიშვნელოვანესი კომპონენტია. ამ მიზნით:

- პაციენტს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია პანიკური აშლილობის ბუნების და მიმდინარეობის შესახებ;
- პაციენტს უნდა განემარტოს პანიკური შეტევების საფუძველი;
- პაციენტი უნდა გაეცნოს მკურნალობის პრინციპებს, მოსალოდნელ დადებით დინამიკას და მკურნალობის ხანგრძლივობას;
- პაციენტს უნდა განემარტოს, რომ მკურნალობის დასაწყისში არ არის გამორიცხული შფოთვის გაძლიერება, აგრეთვე ისიც, რომ მკურნალობის დამთავრების შემდეგ შესაძლებელია დარჩეს გარკვეული რეზიდუალური სიმპტომატიკა;
- პაციენტს უნდა განემარტოს ცხოვრების სტილისა და ჩვევების ცვლილების საჭიროება (მაგალითად, კოფეინის მოხმარების შემცირება).

მტკიცებულებებზე დამყარებული თერაპიული სტრატეგიები:

კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპია

პანიკური აშლილობის კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიით მკურნალობა უფრო ეფექტური და იაფი მეთოდია, ვიდრე მედიკამენტური თერაპია.

- კბთ პანიკური აშლილობის მკურნალობის მეთოდია, რომელიც სიმპტომზეა ორიენტირებული.
- კბთ-ის ძირითადი კომპონენტებია:
 - o ფსიქოგანათლება;
 - o პანიკის მონიტორინგი;
 - o სუნთქვითი ვარჯიშები;
 - o მცდარი სხეულებრივი შეგრძნებების კორექცია კოგნიტიური რესტრუქტურით;
 - o საშიშ სიტუაციებთან შეხება/ექსპოზიცია.

- კბთ უფრო ხანგრძლივი მკურნალობის მეთოდია, მაგრამ პაციენტთა უმრავლესობას დადებითი შედეგი აქვს და მკურნალობაზე უარის თქმა უფრო იშვიათია, ვიდრე მედიკამენტური მკურნალობის დროს;
- ეფექტური მედიკამენტური თერაპია შესაძლებელია ჩართული იყოს ფსიქოთერაპიის პროცესში, რათა დაძლეულ იქნას არიდების ქცევა პანიკის მაპროვოცირებელი სიტუაციების მიმართ (მაგალითად, აგორაფობია);
- ბენზოდიაზეპინის ჯგუფის პრეპარატებთან კბთ-ის კომბინირება ნაკლებეფექტურია, ვიდრე მხოლოდ კბთ;
- არ არსებობს სარწმუნო მონაცემები კბთ-ის ანტიდეპრესანტებთან კომბინაციის სასარგებლოდ;
- დადებითი შედეგი ჩვეულებრივ დგება 6-8 კვირაში;
- კურსი საშუალოდ 12 სესიამდე გრძელდება, თუმცა შესაძლოა უფრო ხანგრძლივი თერაპიაც მწვავე აგორაფობიის შემთხვევაში.

პირველი რიგის მედიკამენტური თერაპია

- ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები და სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორები თანაბრად ეფექტურია პანიკური აშლილობის მკურნალობისას და ეს ჯგუფები უნდა ვამჯობინოთ ბენზოდიაზეპინების ჯგუფის პრეპარატებს;
- სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორების, როგორც პირველი რიგის პრეპარატების, საწყისი რეკომენდებული დოზებია: ფლუოქსეტინი – 10 მგ/დღ; სერტრალინი – 25 მგ/დღ; პაროქსეტინი – 10 მგ/დღ; ფლუოქსამინი - 50 მგ/დღ.
- რეკომენდებულია სუმსი-ის ინიციალური დოზის შენარჩუნება რამდენიმე დღის ან კვირის მანძილზე და შემდეგ ამ დოზის სტანდარტულ დღიურ დოზამდე გაზრდა (ფლუოქსეტინი, პაროქსეტინი – 20 მგ/დღ; სერტრალინი – 50 მგ/დღ; ფლუოქსამინი - 150 მგ/დღ.)
- პანიკური აშლილობისას სუმსი-ით მკურნალობა გრძელდება 6-12 კვირა და უფრო მეტიც. ზოგადად მიღებულია, რომ დადებით შედეგს არ უნდა ველოდოთ პირველი 4 კვირის მანძილზე;
- ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში ტცა-ის გამოყენება შეზღუდულია გვერდითი მოვლენების (ანტიქოლინერგული ეფექტი, ძილის დარღვევები, ოფლიანობა, ორთოსტატული ჰიპოტენზია, საერთო სისუსტე, კოგნიტიური დარღვევები და სხვა) გამო;
- ტცა-ის ფონზე პანიკური შეტევების ინტენსივობა და სიხშირე კლებულობს, მცირდება მოლოდინის შფოთვა და დეპრესიული სიმპტომები. ტცა ეფექტურია ფობიკური არიდების ქცევის სამკურნალოდაც;
- ტცა-ის დოზირება: იმიპრამინის რეკომენდებული ინიციალური დოზაა 10 მგ/დღ, მომდევნო კვირების განმავლობაში თანდათანობითი მატებით მაქსიმუმამდე - 100მგ/დღ. თუ 4 კვირის შემდეგ ტცა-ით მკურნალობა ეფექტური არ არის, შესაძლოა დოზის მომატება 300მგ/დღ - მდე. კლომიპრამინის შემთხვევაში დოზის ჩარჩოებია 25-150 მგ/დღ;
- ტცა-ის მკურნალობის საშუალო ხანგრძლივობაა 8-12 კვირა ან მეტი;

- პანიკური აშლილობის მკურნალობაში ბენზოდიაზეპინები მაღალი ეფექტურობით ხასიათდება, მაგრამ ამ ჯგუფის პრეპარატების გამოყენება შეზღუდულია წამალდამოკიდებულების განვითარების მაღალი რისკის გამო;
- რეკომენდებული დოზები მოწოდებულია ცხრილის სახით:

პრეპარატი	საწყისი დოზა	შემანარჩუნებელი დოზა
ალპრაზოლამი	0.25 მგ 2-ჯერ დღეში ან 0.5 მგ დღეში ერთხელ	1 მგ 3-ჯერ დღეში ან 3 მგ დღეში ერთხელ
ქლორდიაზეპოქსიდი	5 მგ 3-ჯერ დღეში	25 მგ 3-ჯერ დღეში
კლონაზეპამი	0.25 მგ ერთხელ დღეში	1 მგ 3-ჯერ დღეში
კლორაზეპატი	7.5 მგ 2-ჯერ დღეში	7.5 მგ 3-ჯერ დღეში ან 17 მგ 2-ჯერ დღეში
დიაზეპამი	2 მგ 3-ჯერ დღეში	5 მგ 3-ჯერ დღეში
ლორაზეპამი	0.5 მგ 3-ჯერ დღეში	1 მგ მგ 3-ჯერ დღეში
ოქაზეპამი	10 მგ 3-ჯერ დღეში	15 მგ 3-ჯერ დღეში

მეორე რიგის არჩევანი რეზისტენტულ შემთხვევებში

- თუ ინიციალური მკურნალობის ფონზე მდგომარეობის გაუმჯობესება არ აღინიშნება, ახალი მედიკამენტის დანიშვნა ან დამატებაა საჭირო;
- თუ პანიკური აშლილობა უფრო მწვავეა, ვიდრე თანმხლები დაავადება და იწვევს ყოველდღიური საქმიანობის შეზღუდვასა და დისტრესს, მკურნალობის ფოკუსირება უნდა მოხდეს პანიკურ აშლილობაზე;
- მწვავე აგორაფობია უარყოფითი პროგნოზული სიმპტომია, მაშინ როცა თანმხლებ დეპრესიას გამოსავალზე სერიოზული გავლენა არა აქვს.

6. ბაილჰაინი, რომელსაც ეხრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი – „პანიკური აშლილობა (პა)“.

7. ადამიანური და მატერიალურ-ტიქნიკური რესურსი

ფსიქიატრიული მენეჯმენტი საჭიროებს:

- მულტიპროფესიულ მიდგომას – მკურნალობის გატარება ხდება გუნდური პრინციპით: შემთხვევის მმართველი, ფსიქიატრი, კლინიკური ფსიქოლოგი, ფსიქოთერაპევტი, ექთანი, სოციალური მუშაკი;
- ფსიქიკური აშლილობის მკურნალობას საერთაშორისოდ აპრობირებული ფსიქოტროპული საშუალებებით და მტკიცებულებითი მედიცინის შესაბამისი პატერნებით;
- დიაგნოსტიკების და მკურნალობის გვერდითი ეფექტების მართვის პროცესში ზოგადი პროფილის სპეციალისტების ჩართვას – ნევროპათოლოგი, თერაპევტი, კარდიოლოგი, ენდოკრინოლოგი და სხვა;

- პაციენტის ფსიქიკური და ფიზიკური სტატუსის გამოკვლევას თანამედროვე ტექნიკით აღჭურვილ კლინიკურ ლაბორატორიებში – ღვიძლის, თირკმლის და ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციების განსაზღვრა, სისხლში ელექტროლიტების და სამკურნალო პრეპარატების კონცენტრაციის განსაზღვრა, ელექტროენცეფალოგრაფია და ელექტროკარდიოგრაფია, MRI-ტომოგრაფია, სისხლის და შარდის საერთო ანალიზი და სხვა;
- გარდა მედიკამენტური მკურნალობისა აქცენტი უნდა გაკეთდეს ფსოქოსოციალურ ინტერვენციაზე;
- ფსიქიატრიული დახმარების ხელმისაწვდომობის და უწყვეტობის მიზნით ფსიქიატრიული დახმარების სამსახურები, როგორც ამბულატორიული, ასევე სტაციონარული განთავსებული უნდა იყოს რეგიონული/კომუნური პრინციპით;
- თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამის სასწავლო პროგრამების შედგენას და ფსიქიატრიული სამსახურის სპეციალისტების მომზადება/გადამზადება/ტრენინგებას.

შინანის პანიკის შეფასების სკალა

გასაღები:

0. არა 1. მცირედ 2. ზომიერად 3. საკმარისად 4. უკიდურესად ძლიერ

1	ჩასუნთქვის გაძნელება, ჰაერის უკმარისობა ან აჩქარებული სუნთქვა	0	1	2	3	4
2	მოსრჩობის შეგრძნება ან ბურთი ყელში	0	1	2	3	4
3	გული ხტის, ფართხალებს, მზადაა ამოხტეს მკერდიდან	0	1	2	3	4
4	ტივილი მკერდის ძვლის არეში, უსიამოვნო სიმძიმის გრძნობა გულ-მკერდის არეში	0	1	2	3	4
5	ძლიერი ოფლიანობა, ოფლში ცურვის შეგრძნება	0	1	2	3	4
6	სისუსტე, გულის წასვლისა და თავბრუსხვევის შეგრძნება	0	1	2	3	4
7	”ბამბის ფეხები” - შეგრძნება თითქოს ფეხები არ გემორჩილება	0	1	2	3	4
8	სხეულის არამყარი მდგომარეობის შეგრძნება ან წონასწორობის დაკარგვა	0	1	2	3	4
9	გულისრევის ან კუჭის არეში უსიამოვნო შეგრძნება	0	1	2	3	4
10	შეგრძნება, რომ გარშემო ყველაფერი არარეალური, უცნაური, ბურუსით მოცული ან დაშორებული გახდა	0	1	2	3	4
11	შეგრძნება, რომ ყველაფერი მიცურავს (“სხეულის გარეთ ვარსებობა”)	0	1	2	3	4
12	სხეულის სხვადასხვა ნაწილში ჩხვლეტის ან დაბუყების შეგრძნება	0	1	2	3	4
13	შეხურების ან შეცივების შეგრძნება	0	1	2	3	4
14	კანკალი (ტრემორი)	0	1	2	3	4
15	სიკვდილის შიში ან შიში იმისა, რომ ახლა რაღაც საშინელება მოხდება	0	1	2	3	4
16	ჭკუაზე შეშლის შიში ან იმის შიში, რომ საკუთარ თავს ვერ მართავ	0	1	2	3	4
17	შფოთვის (განგაშის) მოულოდნელი შეტევები, რომელსაც თან ახლავს 3 ან მეტი ზემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომი – აღმოცენებული უშუალოდ ისეთი სიტუაციის წინ ან მასში მოხვედრისას, რომელსაც თქვენი გამოცდილებით შეუძლია შეტევა გამოიწვიოს	0	1	2	3	4
18	შიშის მოულოდნელი შეტევები, რომელსაც თან ახლავს 3 ან მეტი ზემოთ ჩამოთვლილი ნიშნები, აღმოცენებული მცირე საბაბით ან საბაბის გარეშე (ე.ი. როდესაც თქვენ არ იმყოფებით ისეთ სიტუაციაში, რომელსაც თქვენი გამოცდილებით შეუძლია შეტევა გამოიწვიოს)	0	1	2	3	4
19	უეცარი, მოულოდნელი შეტევები, რომელსაც თან ახლავს 1 ან 2 ზემოთ ჩამოთვლილი ნიშნები, აღმოცენებული მცირე საბაბით ან საბაბის გარეშე (ე.ი. როდესაც თქვენ არ იმყოფებით ისეთ სიტუაციაში, რომელსაც თქვენი გამოცდილებით შეუძლია შეტევა გამოიწვიოს)	0	1	2	3	4
20	პანიკის (შფოთვის) პერიოდები, რომელიც მატულობს იმისდა მიხედვით, როდესაც თქვენ ემზადებით გააკეთოთ ისეთი რამ, რასაც თქვენი გამოცდილებით შეუძლია გამოიწვიოს განგაში, თანაც იმაზე ძლიერი, ვიდრე ადამიანთა უმეტესობა ასეთ სიტუაციაში განიცდის	0	1	2	3	4
21	ისეთი სიტუაციის თავის არიდება, რომელიც თქვენ გაშინებთ	0	1	2	3	4
22	მდგომარეობა, როდესაც სხვაზე ხართ დამოკიდებული	0	1	2	3	4

23	დაძაბული ხართ და არ შეგიძლიათ მოეშვათ (მოდუნდეთ)	0	1	2	3	4
24	განგაში (შფოთვა), "ნევროტულობა", მოუსვენრობა	0	1	2	3	4
25	მომეტებული მგრძობელობა ბგერის, სინათლის და შეხების მიმართ	0	1	2	3	4
26	ფაღარათის შემთხვევები	0	1	2	3	4
27	გადამეტებული წუხილი საკუთარ ჯანმრთელობაზე	0	1	2	3	4
28	დაღლილობის, სისუსტის და მომეტებული განღვეადობის შეგრძნება	0	1	2	3	4
29	თავის ტკივილები ან ტკივილი კისრის არეში	0	1	2	3	4
30	ჩაძინების გაძნელება	0	1	2	3	4
31	დამით გაღვიძება ან მოუსვენარი ძილი	0	1	2	3	4
32	დეპრესიის მოულოდნელი პერიოდები, რომლებიც უმნიშვნელო საბაბით ან მის გარეშე აღმოცენდება	0	1	2	3	4
33	გუნებ-განწყობის და ემოციის მერყეობა, რაც ძირითადად დამოკიდებულია თქვენს გარშემო მიმდინარე მოვლენებზე	0	1	2	3	4
34	განმეორებადი და მოუცილებელი აზრები, წარმოდგენები, აზრები, იმპულსები ან ხატები, რომლებსაც თქვენ არიქვამთ როგორც მძიმეს, უსიამოვნოს, უაზროს და მიუღებელს	0	1	2	3	4
35	ერთიდაიგივე მოქმედების განმეორება რიტუალის სახით (მაგ. გადამოწმება, გადათვლები, ხელები განმეორებითი ბანვა), რაც აუცილებლობით არ რაის გამოწვეული	0	1	2	3	4

ჯამი

დამუშავება და ინტერპრეტაცია: შფოთვის დონე 30 ქულის ზემოთ ითვლება ანომალურად, ხოლო 80-ის ზემოთ – მაღალ დონედ. პანიკური აშლილობის დროს საშუალო დონე 57 ქულას შეადგენს, მკურნალობის მიზანი უნდა იყოს განგაშის დონის 20 ქულაზე დაბლა დაყვანა.