

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2013 წლის 30 აპრილის N1 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 24 ივლისის N 01-151 / ო ბრძანებით

რეკომენდაციები შიზოფრენიის მკურნალობისა და მართვის გაიდლაინის მიხედვით

დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი)

1. (7.1.2.1) როდესაც მუშაობთ შიზოფრენიის მქონე პირებთან და მხარდამჭერებთან:
 - მიაწოდეთ ინფორმაცია მათთვის გასაგებ ენაზე;
 - მოერიდეთ კლინიკური ტერმინების გამოყენებას შესაბამისი ახსნა-განმარტებების გარეშე;
 - მიაქციეთ ყურადღება, რომ სრულყოფილი წერილობითი ინფორმაცია ხელმისაწვდომი იყოს შესაბამის ენაზე;
 - უზრუნველყავით თარჯიმნის დახმარება საჭიროების შემთხვევაში. (ხარისხი D, დონე Va)
2. (7.1.4.1) დარწმუნდით, რომ შიზოფრენიის მქონე პირებს ჩაუტარდათ სრული მულტიდისციპლინური ფსიქიატრიული, ფსიქოლოგიური, სოციალური და სომატური შეფასება (ხარისხი B, დონე II, Slade 1995, Royal College of Psychiatrists, 2007).

7.1.8 მეორე პროფესიონალის კონსულტაცია

3. (7.1.8.1) შიზოფრენიის მქონე პირის ან მხარდამჭერის მიერ დიაგნოზთან დაკავშირებით სხვა სპეციალისტის კონსულტაციის მოთხოვნა უნდა დაკმაყოფილდეს, თუ მხედველობაში მივიღებთ შიზოფრენიის დიაგნოზით განპირობებულ პიროვნულ და სოციალურ შესაძლო შედეგებს (ხარისხი C, დონე III, The Mental Health Policy Implementation Guide (Department of Health, 2001)).

7.2.1 ადრეული რეფერალი

4. (7.2.1.1) პაციენტები ფსიქოზის პირველი ნიშნებით პირველადი ჯანდაცვიდან დაუყოვნებლივ უნდა გადაიგზავნონ თემში არსებულ სპეციალიზებულ სამსახურებში (მაგალითად ამბულატორიული სამსახური, კრიზისული ინტერვენციის გუნდი, ადრეული ინტერვენციის სამსახურები, სათემო ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრები). სერვისის შერჩევა უნდა მოხდეს სიმპტომთა სიმძიმის და ლოკალური კონტექსტის მიხედვით; რეფერალი ადრეული ინტერვენციის სერვისებთან შეიძლება განხორციელდეს სამედიცინო მომსახურების პირველადი ან მეორადი რგოლიდან.
5. (7.2.1.2) სამედიცინო მომსახურების მეორად დონეზე უნდა განხორციელდეს ფსიქოზური სიმპტომების მქონე პირის სრული შეფასება. პაციენტის მონაწილეობით უნდა შემუშავდეს დახმარების გეგმა, რომელის ასლი გადაეცემა გამომგზავნ პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალს და სერვისის მომხმარებელს.
6. (7.2.1.3) რისკის შეფასების საფუძველზე ჩართეთ კრიზისის დაძლევის გეგმა დახმარების გეგმაში. კრიზისის გეგმა უნდა მოიცავდეს პირველადი და მეორადი დონის პროფესიონალთა დახმარების გეგმას და ძირითად კლინიკურ კონტაქტებს კრიზისის შემთხვევაში. (ხარისხი B, დონე II, Osborn 2003; Rodgers, 2003; Burns,2000)

7.2.2 ადრეული ინტერვენციის სერვისები

7. (7.2.2.1) ადამიანებს ფსიქოზის პირველი ეპიზოდით ან პირველი გამოვლინებით, შესთავაზეთ ადრეული ინტერვენცია მიუხედავად ასაკისა ან ფსიქოზის ხანგრძლივობისა; რეფერალი შეიძლება განხორციელდეს სამედიცინო მომსახურების პირველადი ან მეორადი დონიდან.
8. (7.2.2.2) ადრეული ინტერვენციის სერვისების მიზანია, მიაწოდოს ფსიქოზის მქონე პირებს მთელი რიგი შესაბამისი ფარმაკოლოგიური, ფსიქოლოგიური, სოციალური, ოკუპაციური და

საგანმანათლებლო ინტერვენცია ამ გაიდლაინის მიხედვით. (ხარისხი A, დონე I, Craig 2004; Grawe 2006; Petersen 2005, Mihalopoulos et al., 1999)

7.2.3 ფარმაკოლოგიური ინტერვენცია

9. (7.2.3.1) პირებს, რომელთაც შიზოფრენიის დიაგნოზი ახალი დასმული აქვთ:
 - შესთავაზეთ ანტიფსიქოზური მედიკამენტები პერორალურად;
 10. (7.2.3.2) სანამ ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით მკურნალობას დაიწყებთ, გადაიღეთ ელექტოკარდიოგრამა (ეკგ) თუ:
 - ეს ხაზგასმულია მედიკამენტის ანოტაციაში;
 - სომატურმა გამოკვლევამ გამოავლინა სპეციფიკური კარდიოვასკულარული რისკი (მაგალითად მაღალი არტერიული წნევა);
 - პაციენტს აღენიშნება კარდიოვასკულარული დაავადება ან
 - სერვისის მომხმარებელი მოთავსდა სტაციონარში.
 - პაციენტის სტაციონარიდან გაწრისას თუ მოხდა მედიკამენტის მიღების რეჟიმის შეცვლა;
- (ხარისხი A, დონე I, Ray, 2009, Hennekens, 2005; Osborn et al., 2006, 2007a, 2007b; Brown et al., 1999).

7.3 მწვავე ეპიზოდის მკურნალობა

7.3.1 ინტერვენცია სერვისის დონეზე

11. (7.3.1.1) შიზოფრენიის მქონე პირების მკურნალობა ხორციელდება ამბულატორიული სამსახურების, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო გუნდების ან სხვა თემში არსებული სამსახურების მიერ.
12. (7.3.1.2) კრიზისის დაძლევის და სახლში ზრუნვის ჯგუფები გამოყენებული უნდა იყოს თემში მწვავე ეპიზოდის კუპირებისთვის; გუნდმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციოს რისკის შეფასებას, როგორც ყველაზე მნიშვნელოვან რუტინულ აქტივობას.
13. (7.3.1.3) კრიზისის დაძლევის და სახლში ზრუნვის გუნდები გამოყენებული უნდა იყოს ხანმოკლე მკურნალობის შემდეგ სტაციონარიდან გამოწერილი პაციენტებისთვის.
14. (7.3.1.4) მწვავე დღის ჰოსპიტლები კრიზისულ და სახლშიმომსახურების გუნდებთან ერთად უნდა განიხილებოდეს, როგორც სტაციონარული მკურნალობის ალტერნატივა და სტაციონარული მკურნალობის ვადების შემცირები საშუალება. (ხარისხი A, დონე I Audini 1994; Bond 1988; 1990; Lehman 1997; Morse, 1992, Fenton 1998; Muijen 1992; Pasamanick 1984)
15. (7.3.3.3) სწრაფი ტრანკვილიზაციის განხორციელება
 - შესთავაზეთ თავიდან თუ შესაძლებელია პერორალური მედიკამენტი;

- სწრაფი ტრანკვილიზაციის განმავლობაში პაციენტს უნდა შეეძლოს კონტაქტზე რეაგირება;
- მედიკამენტის პერორალურ ან პარენტერალურ დოზებს შორის საკმარისი დრო უნდა გავიდეს კლინიკური რეაგირებისთვის;
- ერთი და იმავე კლასის ორი პრეპარატის გამოყენება არ არის რეკომენდებული, გარდა განსაკუთრებული გარემოებებისა, რომლის შესაბამისი დასაბუთება სამედიცინო ჩანაწერებში უნდა მოხდეს;
- არ უნდა მოხდეს მედიკამენტების ერთ შპრიცში შერევა;
- როდესაც სწრაფი ტრანკვილიზაციისთვის გამოიყენება ჰალოპერიდოლი კუნთში ინექციის სახით, პაციენტს დაუყოვნებლივ უნდა მიეცეს ანტიქოლინერგული პრეპარატი (მაგალითად ციკლოდოლი) ან ბენზოდიაზეპინი, დისტონიის და სხვა ექსტრაპირამიდული გვერდითი ეფექტის რისკის შესამცირებლად; (ხარისხი A, დონე I, Royal College of Psychiatrists 2006; Stahl 2004, TREC Collaborative Group, 2003; Alexander 2004)

7.3.4 ფსიქოლოგიური და ფსიქოსოციალური ინტერვენცია

16. (7.3.4.1) შესთავაზეთ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია (კბთ) შიზოფრენიის მქონე პაციენტს მწვავე ფაზაში ან მოგვიანებით, მათ შორის სტაციონარულ განყოფილებებში.
17. (7.3.4.2) შესთავაზეთ ოჯახური ინტერვენცია ყველა ოჯახს, რომელიც ცხოვრობს ან ახლო ურთიერთობა აქვს შიზოფრენიის მქონე პირებთან; ინტერვენცია შეიძლება დაიწყოს მწვავე ფაზაში ან მოგვიანებით, მათ შორის სტაციონარულ განყოფილებებში.
18. (7.3.4.3) განიხილეთ ხელოვნებით თერაპიის დაწყება შიზოფრენიის მქონე პაციენტთან, განსაკუთრებით ნეგატიური სიმპტომების შემცირებისთვის; ინტერვენცია შეიძლება დაიწყოს მწვავე ფაზაში ან მოგვიანებით, მათ შორის სტაციონარულ განყოფილებებში. (ხარისხი A, დონე I, Gilroy & McNeilly, 2000; Jones, 1996; Richardson 2007; Tarrier et al 1998; Sensky et al., 2000; Turkington et al., 2000; 2007).

7.4.5 დეპო/პროლონგირებული ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გამოყენება

19. (7.4.5.1) როდესაც იყენებთ დეპო/პროლონგირებულ ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებს:
 - გაითვალისწინეთ პაციენტის სურვილი და დამოკიდებულება და ორგანიზაციული საკითხები (მაგალითად სახლში ვიზიტი ან უახლოესი კლინიკის მდებარეობა);
 - გამოიყენეთ იგივე რეკომენდაციები რაც მოცემულია პერორალური მედიკამენტების დანიშვნისას
 - დასაწყისში გამოიყენეთ დაბალი დოზები. (ხარისხი B, დონე II, Kane JM et al., 1998)

7.4.6 შიზოფრენიის მქონე იმ პირთა მკურნალობა, რომელთა დაავადება რეზისტენტულია მკურნალობისადმი

20. (7.4.6.1) შიზოფრენიის მქონე იმ პირთა მკურნალობისას, რომელთა დაავადება რეზისტენტულია მკურნალობისადმი:

- გადახედეთ დიაგნოზს
- დარწმუნდით, რომ დანიშნულება სრულდება და ანტიფსიქოზური მედიკამენტების დოზები ადეკვატურია;
- განიხილეთ ფსიქოლოგიური დახმარების ჩართვის საკითხები ამ გაიდლაინის მიხედვით;
- თუ კბთ ჩატარებულია, შესთავაზეთ ოჯახური ინტერვენცია;
- განიხილეთ რეზისტენტობის სხვა მიზეზები, როგორცაა ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა გამოყენება (ალკოჰოლის ჩათვლით), სხვა მედიკამენტების მიღება ან სომატური დაავადება;

21. (7.4.6.2) შესთავაზეთ კლოზაპინი თუ უკვე გამოყენებულია არანაკლებ ორი განსხვავებული ანტიფსიქოზური მედიკამენტი ადეკვატური დოზებით; ერთი მედიკამენტი მაინც უნდა იყოს მეორე თაობის ანტიფსიქოზური პრეპარატი (არა-კლოზაპინი). (ხარისხი A, დონე I, Taylor 2000, 2009)