

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2020 წლის 21 თებერვლის №1 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2020 წლის 3 ივლისის №01-319/ო ბრძანებით

პერინატალური პერიოდის მართვა ფსიქიკური აშლილობების დროს

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი (პროტოკოლი)

სარჩევი

პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები.....	3
პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია.....	3
პროტოკოლის მიზანი	3
სამიზნე ჯგუფი.....	4
ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი.....	4
სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები.....	4
რეკომენდაციები	5
1.1. საკითხები რომელიც ეხება რეპროდუქციული ასაკის ქალებს	5
1.2. ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში მკურნალობის პრინციპები	5
1.3. მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრა, კონსულტაცია და მეთვალყურეობა იმ ქალებისათვის, რომლებიც გეგმავენ ორსულობას, არიან ორსულად ან იმყოფებიან ლოგინობის ხანაში.....	6
1.4. ინფორმირება და კონსულტირება	6
1.5. ანტიდეპრესანტების გამოყენება	7
1.6. ბენზოდიაზეპინების გამოყენება	8
1.7. ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გამოყენება	8
1.8. ნორმოთიმიკების/გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორების გამოყენება....	9
1.9. ლითიუმის გამოყენება.....	9
1.10. ფსიქოლოგიური ჩარევები მძიმე ფსიქიკური აშლილობებისთვის.....	11
1.11. სწრაფი ტრანკვილიზაცია.....	11
აუდიტის კრიტერიუმები	12
პროტოკოლის გადახედვის ვადები.....	12
პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი.....	12
რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე	12

პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1 კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	<ul style="list-style-type: none"> F53 (ICD 10) ფსიქიკური ან ქცევითი დარღვევები, რომლებიც დაკავშირებულია მშობიარობის შემდგომ პერიოდთან და არ არის კლასიფიცირებული სხვა თავებში. O99.3 (ICD 10) ფსიქიკური აშლილობები და ნერვული სისტემის ავადმყოფობები, რომლებიც ართულებს ორსულობას, მშობიარობას და ლოგინობის ხანას
2 ჩარევის/ინტერვენციის დასახელება	<ul style="list-style-type: none"> კლინიკური გამოკვლევა AAF899 სხვა ფსიქოლოგიური გამოკვლევა ფსიქოფარმაკოთერაპია R4R140 ფსიქოთერაპია ZYZX80 კლინიკური დაკვირვება და შემდგომი მეთვალყურეობა

პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

ა) პროტოკოლი შემუშავებულია დიდი ბრიტანეთის ჯანმრთელობისა და კლინიკური დახელოვნების ინსტიტუტის (National Institute for Health and Clinical Excellence) ანალოგიური რეკომენდაციებისა (Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance., Clinical guideline [CG192] Published date: December 2014 Last updated: April 2018 და ინგლისის ეროვნული ჯანმრთელობის სამსახურის (NHS) მიერ მოწოდებული პრინციპების საფუძველზე (NHS Perinatal Mental Health: Prescribing Guidance for Trust Prescribers and GPs (Version 3 – January 2018);

ბ) პროტოკოლის შემუშავებისას ავტორთა ჯგუფმა უცვლელად დატოვა ორიგინალური გაიდლაინების რეკომენდაციები.

პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლში მოცემულია პერინატალურ პერიოდში ფსიქიკურ აშლილობათა ფარმაკოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სერვისების დონეზე მართვის რეკომენდაციები, რომელთა მიზანია:

- ორსულობის, ლოგინობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში სპეციფიკური ფარმაკოლოგიური მკურნალობისა და მართვის შეფასება;
- ორსულობის, ლოგინობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში სპეციფიკური ფსიქოლოგიური თერაპიების შეფასება;
- ორსულობის, ლოგინობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში სერვისების დონეზე სპეციფიკური ინტერვენციების შეფასება;
- ორსულობის, ლოგინობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში ფსიქიკური აშლილობების მართვის საუკეთესო პრაქტიკაზე დაფუძნებული რეკომენდაციების დარეგვა.

სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება ორსულ, ლოგინობის ან მშობიარობის შემდგომ პერიოდში მყოფ ქალებს, რომელთაც აღემიშნებათ ფსიქიკური აშლილობების განვითარების რისკი ან აქვთ ფსიქიკური აშლილობები.

პროტოკოლში განხილულია სხვადასხვა სიმწვავის ფართო ჯგუფი ფსიქიკური აშლილობებისა (ფსიქოზები, ბიპოლარული, დეპრესიული, შფოთვითი, კვებითი, ალკოჰოლ და წამალმოხმარების აშლილობები) და მათი მართვის პრინციპები ანტე და პერინატალურ პერიოდში.

ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

- პროტოკოლი განკუთვნილია ყველა პროფესიული ჯგუფისთვის, რომლებიც ზრუნავენ ორსულ, ლოგინობის ან მშობიარობის შემდგომ პერიოდში მყოფი ქალების ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე:
 - ფსიქიატრი, კლინიკური ფსიქოლოგი, ფსიქიატრიული მედდა;
 - მეან-გინეკოლოგი, ბეზიაქალი, ნეონატოლოგი;
 - ოჯახის ექიმი, ექთანი;
 - ფარმაკოლოგი;
 - სხვა სამედიცინო და არასამედიცინო სპეციალისტი, რომლებიც ჩართულები არიან ორსულთა, მელოგინეთა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში მყოფი ქალების ზრუნვაში.

სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის რეკომენდაციები მოიცავს ჯანდაცვის სისტემის ყველა დონეს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებიდან სპეციალიზებული ფსიქიატრიული სამსახურების ჩათვლით.

რეკომენდაციები

1.1. საკითხები რომელიც ეხება რეპროდუქციული ასაკის ქალებს

1.1.1. რეპროდუქციული ასაკის ქალებში, რომლებსაც ანამნეზში ან ამჟამად აღენიშნებათ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემა რეკომენდებულია შემდეგი საკითხების განხილვა:

- კონტრაცეფციის გამოყენება და ორსულობის დაგეგმვა;
- ორსულობისა და მშობიარობის გავლენა ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, მათ შორის, მდგომარეობის გამწვავების რისკი;
- ფსიქიკური დაავადების ან მისი მკურნალობის გავლენა დედაზე, ნაყოფსა და ახალშობილზე;
- ფსიქიკური დაავადების ან მისი მკურნალობის გავლენა ბავშვის აღზრდაზე.

1.1.2. რეპროდუქციული ასაკის ქალებში ფსიქოტროპული მედიკამენტების დანიშვნამდე გაითვალისწინეთ უახლეს მონაცემებზე დაყრდნობით პრეპარატის გავლენა ნაყოფსა და ახალშობილზე.

1.1.3. რეპროდუქციული ასაკის ქალებში არ ინიშნება ვალპროატი ხანმოკლე ან ხანგრძლივი დროით.

1.2. ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში მკურნალობის პრინციპები

1.2.1. გაიაზრეთ ქალის როლი ბავშვის აღზრდაში და მხარი დაუჭირეთ მას.

1.2.2. ჩართეთ ქალი და მისი თანხმობის შემთხვევაში, პარტნიორი, ოჯახი ან მომვლელი ყველა გადაწყვეტილების მიღებაში, რომელიც ეხება მას და ბავშვის მკურნალობას.

1.2.3. მსგავსი ტიპის პაციენტებთან ურთიერთობისას ეროვნული და ლოკალური გაიდლაინის მიხედვით დაიცავით ბავშვის უფლებები და კონფიდენციალობა.

1.2.4. გაითვალისწინეთ პარტნიორის და ოჯახის საჭიროებები, რომელმაც შეიძლება გავლენა იქონიონ ქალის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ორსულობის და პოსტნატალურ პერიოდში:

- ბავშვის და სხვა არასრულწლოვანი ბავშვების კეთილდღეობა;
- პარტნიორის, ოჯახის ან მომვლელის მხარდაჭერა;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის გავლენა პარტნიორთან ან ოჯახთან ურთიერთობაზე;
- კოორდინირებული მკურნალობა.

1.2.5. შექმენით ინტეგრირებული მოვლის გეგმა ფსიქიკური აშლილობების მქონე ქალებისთვის ორსულობის და ლოგინობის ხანაში:

- დაავადების მკურნალობა და მართვა;
- ჯანდაცვის მუშაკებს შორის პასუხისმგებლობის განაწილება;
- ინტეგრირებული მკურნალობის კოორდინაცია;
- მონიტორინგის განრიგი;
- ჩარევის საშუალებებისა და მისი გამოსავლის პაციენტთან შეთანხმება.

1.3. მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრა, კონსულტაცია და მეთვალყურეობა იმ ქალებისათვის, რომლებიც გეგმავენ ორსულობას, არიან ორსულად ან იმყოფებიან ლოგინობის ხანაში.

ორსულობის დროს არანამკურნალევი ფსიქიკური აშლილობები მაღალ რისკებს უკავშირდება. მაღალი სარწმუნოებით დადასტურებულია, რომ ორსულობისას დედის შფოთვითი და დეპრესიული აშლილობები ბავშვებში ემოციურ და ქცევით პრობლემებს იწვევენ. ამასთან, თუ დედის ფსიქიკური მდგომარეობა მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგ მწვავედება, მაშინ მედიკამენტები უფრო მაღალი დოზებით ინიშნება. (Perinatal Mental Health: Prescribing Guidance for GP, NHS, 2018).

1.4. ინფორმირება და კონსულტირება

1.4.1. ორსულ ან მელოგინე ქალს, ფსიქიკური აშლილობების შესახებ ინფორმაცია მიეწოდება სოციოკულტურული კონტექსტის გათვალისწინებით. ქალის თანხმობის შემთხვევაში ინფორმაციის გაზიარება ხდება პარტნიორთან, ოჯახის წევრებსა და/ან მზრუნველთან.

მნიშვნელოვანია იმის ახსნა, რომ ფსიქიკური აშლილობები ორსულობისა და პოსტნატალურ პერიოდში არაა იშვიათი და მათი მკურნალობა ეფექტურადაა შესაძლებელი.

1.4.2. თუ ქალს აქვს, ან როდესმე ჰქონია მწვავე ფსიქიკური პრობლემა და ორსულობას გეგმავს, საჭიროა, რომ იგი ორსულობის დადგომამდე კონსულტაციისთვის შესაბამისი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისში გადაამისამართოთ.

1.4.3. განიხილეთ მკურნალობის და პრევენციის არჩევანი და ნებისმიერი კონკრეტული შეკითხვა, რომელიც ქალს ორსულობის, ნაყოფის, ან ახალშობილის შესახებ გააჩნია. ქალს და მისი თანხმობის შემთხვევაში, ასევე მის პარტნიორს, ოჯახის წევრებს და მზრუნველს მიაწოდეთ შემდეგი ინფორმაცია:

- ფსიქოტროპული მედიკამენტების და ფსიქოლოგიური ინტერვენციების პოტენციური სარგებელი;
- მკურნალობაზე უარის თქმის შესაძლო შედეგები;

- მკურნალობასთან დაკავშირებული შესაძლო ზიანი/გვერდითი მოვლენები;
- რა შეიძლება მოხდეს, თუ მკურნალობა შეიცვალა ან შეჩერდა, განსაკუთრებით, თუ ქალმა ფსიქოტროპული მედიკამენტების მიღება უეცრად შეწყვიტა.

1.4.4. ძუძუთი კვების საკითხი განიხილეთ ყველა იმ ქალთან, რომელთაც ორსულობის ან ლოგინობის ხანაში შესაძლოა მედიკამენტების მიღების საჭიროება დაუდგეთ. აუხსენთ მათ ძუძუთი კვების უპირატესობები, ასევე, პოტენციური რისკები, რომელიც უკავშირდება ძუძუთი კვების დროს ფსიქოტროპული მედიკამენტების მიღებას და ძუძუთი კვების დასაწყებად ზოგიერთი მათგანის შეწყვეტას.

1.5. ანტიდეპრესანტების გამოყენება

ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები (TCA);

სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორები SSRI);

(სეროტონინის) ნორადრენალინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორები ((S)NRI).

1.5.1. მკურნალობისთვის ტრიციკლური ანტიდეპრესანტის (TCA), სეროტონინის სელექციური უკუმიტაცების ინჰიბიტორების (SSRI) ან (სეროტონინი-) ნორადრენალინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორების [(S) NRI] [5] არჩევისას, მხედველობაში მიიღეთ:

- ქალის წინა გამოცდილება ამ პრეპარატების მიღებასთან დაკავშირებით;
- ორსულობის ეტაპი;
- ამ პრეპარატებთან დაკავშირებული ინფორმაცია მათი რეპროდუქციული უსაფრთხოების შესახებ (მაგალითად, ნაყოფის გულის მანკების და ახალშობილში მყარი ფილტვისმიერი ჰიპერტენზიის რისკების შესახებ);
- არასაკმარისი ცოდნა იმისა, თუ რამდენად შეიძლება, ნაყოფისთვის გაზრდილი ნებისმიერი რისკი და ქალის ან ბავშვის სხვა პრობლემები, უშუალოდ ამ პრეპარატებს მივაწეროთ, თუ ეს გართულებები, შესაძლოა, სხვა ფაქტორებითაა განპირობებული;
- წამლის მიღების შეწყვეტის შემდეგ აღკვეთის სიმპტომების და ახალშობილთა ადაპტაციის სინდრომის განვითარების რისკები, რაც ანტიდეპრესანტების უმრავლესობისთვის, განსაკუთრებით კი პაროქსეტინისა და ვენლაფაქსინისთვისაა დამახასიათებელი. [2014]

1.5.2. ქალისთვის, რომელიც ძუძუთი კვების შესაძლებლობას განიხილავს, TCA- ების, SSRI- ების ან (S)NRI- ების რისკებისა და სარგებელის შეფასებისას გაითვალისწინეთ:

- ქალისა და ბავშვისთვის ძუძუთი კვების უპირატესობა;
- ძუძუთი კვებაზე მყოფი ბავშვისთვის ამ წამლების უსაფრთხოებაზე არასაკმარისი ცოდნა;
- რისკები, რომლებიც დაკავშირებულია ქალისთვის ეფექტური მედიკამენტის სხვა მედიკამენტით ჩანაცვლებასა ან მოხსნასთან.

1.6. ბენზოდიაზეპინების გამოყენება

1.6.1. ბენზოდიაზეპინების დანიშვნა არ ხდება იმ ქალებისთვის, რომლებიც ორსულობის ან ლოგინობის ხანაში იმყოფებიან. გამონაკლისია ხანმოკლე მკურნალობის კურსი ძლიერი შფოთვის და აჟიტაციის (აგზნების) დროს. [2014]

1.6.2. ქალებში, რომლებიც გეგმავენ ორსულობას, ორსულად არიან ან გადაწყვეტილი აქვთ ჩვილის ძუძუთი კვება, ბენზოდიაზეპინების მიღების შეწყვეტა თანდათანობით უნდა მოხდეს [2014].

1.7. ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გამოყენება

1.7.1. ორსული ქალებისთვის ანტიფსიქოზური მედიკამენტების რისკის და სარგებლის შეფასებისას მხედველობაში მიიღეთ გესტაციური დიაბეტის და ჭარბი წონის განვითარების რისკის ფაქტორები.

1.7.2. ანტიფსიქოზური საშუალების შერჩევასა გაითვალისწინეთ მონაცემების სიმწიერე ამ მედიკამენტების უსაფრთხოების შესახებ ორსულობის ან ლოგინობის ხანაში.

1.7.3. გააკონტროლეთ პროლაქტინის დონე ქალებში, რომლებიც ორსულობას გეგმავენ და იღებენ ისეთ ანტიფსიქოზურ პრეპარატებს, რომლებიც პროლაქტინის დონის მატებას იწვევენ. პროლაქტინის მაღალი მაჩვენებლის შემთხვევაში განიხილეთ ისეთი ანტიფსიქოზური პრეპარატის დანიშვნა, რომელიც პროლაქტინის დონეზე არ მოქმედებს.

1.7.4. თუ ანტიფსიქოზური მედიკამენტის მოქმედების ფონზე ორსული ქალის მდგომარეობა სტაბილურია და წამლის შეწყვეტის შემთხვევაში მოსალოდნელია ფსიქიკური სიმპტომების გამწვავება, ასეთ დროს მას ანტიფსიქოზური საშუალების მიღების გაგრძელება უნდა შესთავაზოთ.

1.7.5. ორსულ ქალს, რომელიც ანტიფსიქოზურ საშუალებას იღებს ურჩიეთ დაიცვას დიეტა და გააკონტროლეთ სხეულის წონის მატება.

1.7.6. გესტაციური დიაბეტის გამოვლენის მიზნით აწარმოეთ მონიტორინგი იმ ორსულებში, რომლებიც ანტიფსიქოზურ მედიკამენტს იღებენ. *(მაგალითად, NICE-ის გაიდლაინის - დიაბეტი ორსულებში - მიხედვით და) შესთავაზეთ ორალური გლუკოზის მიმართ ტოლერანტობის ტესტი.*

1.7.7. იმ ქალებისთვის, რომლებიც ორსულობას გეგმავენ, არიან ორსულად ან ჩვილის ძუძუთი კვება აქვთ გადაწყვეტილი, დეპო ანტიფსიქოზური საშუალების შეთავაზება არ არის რეკომენდებული, გარდა იმ

შემთხვევებისა, როდესაც ანამნეზში ორალურად მისაღები მედიკამენტების მიმართ კომპლენტურობა არ დასტურდება, ხოლო დეპო პრეპარატს გამოხატული დადებითი შედეგი აქვს.

1.8. ნორმოტიმიკების/გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორების გამოყენება

1.8.1. მწვავე და ქრონიკული ფსიქიკური დარღვევების მკურნალობის მიზნით იმ ქალებისთვის, რომლებიც ორსულობას გეგმავენ, ორსულად არიან ან გადაწყვეტილი აქვთ ჩვილის ძუძუთი კვება, ვალპროატის შეთავაზება არ ხდება.

1.8.2. იმ შემთხვევაში, თუ ქალი უკვე იღებს ვალპროატს და გეგმავს ორსულობას, ურჩიეთ მედიკამენტის მიღება თანდათანობით, დოზის კლებით შეამციროს, ვინაიდან ორსულობის პერიოდში ამ მედიკამენტის მიღებისას არსებობს ნაყოფის მალფორმაციის და ნეიროგანვითარების დარღვევების რისკი [2018].

1.8.3. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების სამკურნალოდ იმ ქალებს, რომლებიც გეგმავენ ორსულობას, არიან ორსულად ან გადაწყვეტილი აქვთ ჩვილის ძუძუთი კვება, კარბამაზეპინი არ შესთავაზოთ.

1.8.4. თუ ქალი უკვე იღებს კარბამაზეპინს და გეგმავს ორსულობას ან უკვე არის ორსულად, წამლის გვერდითი მოქმედებისა და ნაყოფის მალფორმაციის განვითარების რისკის გამო, განიხილეთ წამლის მიღების შეწყვეტის შესაძლებლობა.

1.8.5. თუ ქალი ორსულობის დროს იღებს ლამოტრიჯინს, შესთავაზეთ ლამოტრიჯინის დოზის ხშირი განსაზღვრა ორსულობის ან ლოგინობის ხანაში, რადგან მისი დონე არსებითად ცვალებადობს ამ დროს [2014]. (ახალმა კვლევამ აჩვენა, რომ ახალშობილებს, რომელთა დედეები ეპილეფსიის გამო ლამოტრიჯინს იღებდნენ, ნაყოფის მალფორმაციის განვითარების გაზრდილი რისკი არ გამოუვლინდათ - 2019).

1.9. ლითიუმის გამოყენება

1.9.1. ლითიუმის შეთავაზება იმ ქალებისთვის, რომლებიც გეგმავენ ორსულობას ან არიან ორსულად, არაა რეკომენდებული, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით მკურნალობა არაა ეფექტური.

1.9.2. ორსულობის დაგეგმვისა ან ორსულობის შემთხვევაში ლითიუმის დანიშვნისას (იმ შემთხვევაში თუ ანტიფსიქოზური პრეპარატებით მკურნალობა არაეფექტურია) აუცილებელია დარწმუნდეთ, რომ:

- ქალი აცნობიერებს ნაყოფის გულის მანკების განვითარების რისკს იმ შემთხვევებში, როდესაც ლითიუმის მიღება ხდება ორსულობის პირველ ტრიმესტრში;
- ქალმა იცის, რომ ლითიუმის შემცველობა შესაძლოა მაღალი იყოს დედის რძეში და არსებობს ჩვილის ინტოქსიკაციის რისკი;

- ლითიუმის დონის მონიტორინგი უფრო ხშირად უნდა განხორციელდეს ორსულობის ან ლოგინობის ხანაში.

1.9.3. ლითიუმით მკურნალობის შემთხვევაში თუ დადგება ორსულობა, დამაკმაყოფილებელი ფსიქიკური მდგომარეობის შემთხვევაში, საჭიროა ლითიუმის დოზის კლება და შეწყვეტა 4 კვირის განმავლობაში. ასევე, ქალს უნდა აუხსნათ, რომ:

- მედიკამენტის მიღების შეწყვეტა არ გულისხმობს, რომ ნაყოფის გულის მანკის განვითარების რისკი მოიხსნა;
- არსებობს გამწვავების საფრთხეც, განსაკუთრებით - ლოგინობის ხანაში, თუ პაციენტს ბიპოლარული აშლილობის დიაგნოზი აქვს.

1.9.4. ლითიუმის მიღების შემთხვევაში, როდესაც ქალი ორსულდება და მისი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი არ არის, ან არსებობს რელაფსის (გამწვავების) მაღალი რისკი, რეკომენდებულია:

- ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებზე თანდათანობითი გადასვლა; ან
- ლითიუმის მიღების შეწყვეტა და მისი განახლება ორსულობის მეორე ტრიმესტრში (იმ შემთხვევაში, თუ ქალი არ გეგმავს ჩვილის ძუძუთი კვებას და წარსულში მისი სიმპტომები უკეთესად ექვემდებარებოდა ლითიუმის, ვიდრე სხვა მედიკამენტების მოქმედებას) ან
- ლითიუმით მკურნალობის გაგრძელება, თუ ქალი გამწვავების განვითარების მაღალი რისკის ქვეშაა, ხოლო ანტიფსიქოზური მედიკამენტები მისი მკურნალობისთვის ეფექტური არაა [2014].

1.9.5. ორსულობის განმავლობაში თუ ქალი აგრძელებს ლითიუმის მიღებას, უნდა გაითვალისწინოთ, რომ:

- პლაზმაში ლითიუმის დონის განსაზღვრა ყოველ 4 კვირაში ერთხელ, ხოლო 36-ე კვირიდან - ყოველკვირეულად უნდა მოხდეს;
- წამლის დოზის დადგენა ხდება იმგვარად, რომ პლაზმაში ლითიუმის დონე შენარჩუნდეს ქალისთვის დადგენილ თერაპიულ დიაპაზონში;
- უზრუნველყავით, რომ ქალმა სითხის ადეკვატური ბალანსი შეინარჩუნოს;
- უზრუნველყავით, რომ ქალმა საავადმყოფოში იმშობიაროს;
- უზრუნველყავით მონიტორინგი სამეანო გუნდის მეშვეობით, რათა მშობიარობის დაწყებისთანავე გააკონტროლონ ლითიუმის დონე და სითხის ბალანსი, რომ არ განვითარდეს დეჰიდრატაცია და ლითიუმით ინტოქსიკაცია;
- მშობიარობის დროს შეწყდეს ლითიუმის მიღება და მოხდეს პლაზმაში ლითიუმის დონის განსაზღვრა წამლის ბოლო მიღებიდან 12 საათის შემდეგ.

1.10. ფსიქოლოგიური ჩარევები მძიმე ფსიქიკური აშლილობებისთვის

1.10.1. განიხილეთ ფსიქოლოგიური ჩარევა ფსიქიკური აშლილობის მქონე ქალებისთვის.

ეს მოიცავს:

- კოგნიტურ-ქცევით თერაპიას (CBT, ინტერპერსონალურ თერაპიას (IPT) და წყვილთა ქცევითი თერაპია ბიპოლარული დეპრესიისთვის.
- სტრუქტურირებული ინდივიდუალური, ჯგუფური და ოჯახური ინტერვენციები, რომლებიც განკუთვნილია მძიმე ფსიქიკური აშლილობისთვის, რეციდივის რისკის შესამცირებლად, განსაკუთრებით მედიკამენტების შეცვლის ან შეჩერების შემთხვევაში.

1.10.2. განიხილეთ ფსიქოლოგიური ჩარევის შესაძლებლობა (CBT ან ოჯახური ინტერვენცია), როგორც ეს აღწერილია ფსიქოზის ან შიზოფრენიის დიაგნოზის მქონე ზრდასრულის გაიდლაინში. გაითვალისწინეთ, რომ ორსულობის დროს რეციდივის რისკი მატულობს შემდეგი მიზეზების გამო:

- ორსულობის ან ლოგინობის ხანის პერიოდთან დაკავშირებული სტრესი;
- მედიკამენტური მკურნალობის ცვლილება, მათ შორის - ანტიფსიქოზური მედიკამენტების მიღების შეჩერება.

1.11. სწრაფი ტრანკვილიზაცია

1.11.1. ორსულ ქალს, რომელსაც სწრაფი დამშვიდება სჭირდება, მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეს დიდი სიფრთხილით და აგრესიის მოკლევადიანი მართვის მოთხოვნათა შესაბამისად, გარდა ამისა:

- ქალი არ უნდა იყოს იზოლირებული სწრაფი დამშვიდების შემდეგ;
- შეზღუდვის პროცედურები უნდა იყოს ადაპტირებული, რათა თავიდან იქნას აცილებული ნაყოფზე ზიანის მიყენების რისკი. ფიზიკური შეზღუდვა შესაძლებელია შეიცავდეს მნიშვნელოვან რისკს ორსული პაციენტისათვის, განსაკუთრებით მეორე და მესამე ტრიმესტრებში, ვენური ობსტრუქციის გამო და გულაღმა წოლისას ჰიპერტენზიის სინდრომის გამო. ამდენად, თუ ფიზიკური შეზღუდვის საჭიროება დგება, რეკომენდებულია, ის მჯდომარე პოზიციაში განხორციელდეს;
- როდესაც ორსულ ქალში, სწრაფი ტრანკვილიზაციისთვის აგენტის არჩევა ხდება რეკომენდებულია ანტიფსიქოზური ან ბენზოდიაზეპინი - მოკლე ნახევარდაშლის პერიოდით; თუ ანტიფსიქოზიკური საშუალებაა გამოყენებული, ის უნდა იყოს მინიმალური ეფექტური დოზით, ახალშობილთა ექსტრაპირამიდული სიმპტომების რისკის გამო; თუ ბენზოდიაზეპინი გამოიყენება, გათვალისწინებული უნდა იქნას მოდუნებული ბავშვის სინდრომის რისკები;

- პერინატალურ პერიოდში ქალის მოვლა უნდა მოხდეს პედიატრთან და ანესთეზიოლოგთან მჭიდრო თანამშრომლობით;
- მოსალოდნელი შედეგები.

პროტოკოლის დანერგვის შედეგად მოსალოდნელია ორსულობის, ლოგინობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში განვითარებული ფსიქიკური აშლილობების დიაგნოსტიკისა და მართვის მაჩვენებლების გაუმჯობესება.

აუდიტის კრიტერიუმები

- პირველად ან სპეციალიზებულ დაწესებულებაში მიმართვის დროს ორსულობის, ლოგინობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში განვითარებული ფსიქიკური აშლილობების დიაგნოზის გამოვლენის მაჩვენებლის (%) ზრდა.
- ანტე და პოსტნატალური ფსიქიკური აშლილობის მქონე ზრუნვაში ჩართული ქალების რაოდენობის (%) ზრდა.
- ანტე და პოსტნატალური ფსიქიკური აშლილობებით გამოწვეული დედათა ფუნქციური გაუარესების ხარისხისა და ბავშვთა ფსიქოფიზიკური განვითარების შეფერხების (%) შემცირება.

პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა უნდა მოხდეს 3 წლის შემდეგ, წყარო გაიდლაინის გადახედვის შემთხვევაში - უფრო ადრე.

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის განხორციელებისთვის აუცილებელი ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი მოცემულია ცხრილში (ცხრილი N1).

რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

ადგილობრივ დონეზე სპეციალისტებს შორის კოპეტენციების გადანაწილება შესაძლებელია დაზუსტდეს, რამდენადაც ამის საშუალებას სპეციალისტის პროფესიული კომპეტენცია იძლევა.

პროტოკოლის პრაქტიკაში ადაპტაციისათვის მნიშვნელოვანია შემდეგი დონისძიებების განხორციელება:

- პროტოკოლის დაბეჭდვა და გავრცელება ჯანდაცვის ქსელში (შესაბამისი სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებში);
- პროტოკოლის ელექტრონული ვერსიის განთავსება საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის,

ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე (www.moh.gov.ge);

- პროტოკოლის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და ჯანდაცვის პერსონალისათვის პერმანენტულად ტრენინგების ორგანიზება.

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

ცხრილი №1

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური	აღწერეთ რა მიზნით ხდება ამა თუ იმ რესურსის გამოყენება	რამდენად სავალდებულოა ამ რესურსის არსებობა
ფსიქიატრი ოჯახის ექიმი ფსიქიკური ჯანდაცვის სპეციალისტი, ფსიქიატრიული მედდა/ფსიქოლოგი/სოციალური მუშაკი	კლინიკური შეფასება დიაგნოზის დადასტურება პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება, მიმდინარე მეთვალყურეობა	სავალდებულო
რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა	სავალდებულო
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სავალდებულო
მატერიალურ-ტექნიკური		
რისკის შეფასების სქემა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
სისხლის საერთო, შარდის საერთო ანალიზი და სხვა ლაბორატორიული გამოკვლევები	საჭიროების მიხედვით	სასურველი
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები.	პაციენტის ინფორმირება	სავალდებულო

პროტოკოლი მომზადებულია მულტიპროფესიული სამუშაო ჯგუფის მიერ:

- **ნინო ოკრიბელაშვილი:** ექიმი-ფსიქიატრი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, თსუ-ს პროფესორი.
- **თენგიზ ასათიანი:** ექიმი-მეან გინეკოლოგი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი.
- **თინათინ გაგუა:** ექიმი-მეან გინეკოლოგი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, დავით ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტი.
- **ეკა ჭყონია:** ექიმი-ფსიქიატრი, მედიცინის დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორი.
- **ლიკა მიქაბერიძე:** ექიმი, გაეროს მოსახლეობის ფონდის ექსპერტი რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაში.