

Klīniskais algoritms

Akūtu psihotisku traucējumu un pirmās šizofrēnijas epizodes atpazīšana, vadīšana un ārstēšana

Autors psihiatrs Elmārs Tērauds

Darba grupa psihiatra Elmāra Tērauda vadībā: psihiatrs Nikita Bezborodovs; psihiatrs Aigars Kišuro; ģimenes ārste Līga Kozlovska; neirologs Ainārs Stepens; ģimenes ārsts Edgars Tirāns; klīniskā psiholoģe prof. Ieva Bite; psihiatrs prof. Elmārs Rancāns; psihiatrs prof. Māris Taube.

Saturs

I. Algoritma shēma	3
II. Vispārējā daļa.....	4
Saīsinājumi.....	4
Ievads	5
Akūtu psihotisku traucējumu jēdziens	5
Algoritma mērķi.....	6
Mērķgrupas	6
Pamatprioritātes ieviešot algoritmu	6
III. Rekomendācijas.....	7
1. Pacients ar sūdzībām par psihotiskiem simptomiem pirmo reizi dzīvē.....	7
2. Psihiatra konsultācija.....	7
3. Narkologa, neirologa, internista ambulatora konsultācija	8
4. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests	8
5. Psihotiskos traucējumus nekonstatē	8
6. Ir konstatēti psihotiskie traucējumi, tie NAV saistīti ar PAV lietošanu vai somatisku saslīmšanu.....	9
7. Ir konstatēti psihotiskie traucējumi, tie IR saistīti ar PAV lietošanu vai somatisku saslīmšanu.....	10
8. Ārstēšanās multipofilu stacionārā vai narkoloģiskajā stacionārā.....	11
9. Primāri intoksikācijas un pamatslimības ārstēšana, tad psihotisko traucējumu izvērtēšana un ārstēšana.....	11
10. Psihotiskie traucējumi ir viegli / mēreni izteikti. Ambulatora ārstēšanās pie psihiatra. CGI-S 2-4	11
11. Psihotiskie traucējumi ir mēreni/smagi izteikti. Ārstēšanās psihiatriskā stacionārā. CGI-S 4-7	12
12. Informēšana par šizofrēnijas ārstēšanu, dzīvesveidu, atkarības vielu lietošanas riskiem ...	12
13. Ambulatoras terapijas ar APL uzsākšana	12
14. Terapijas ar APL uzsākšana stacionārā	13
15. Straujas sedācijas indikācijas	14

16.Psiholoģiskas intervences ambulatori.....	14
17.Psiholoģiskas intervences stacionētam pacientam.....	16
18.Psihiskā stāvokļa izmaiņu vērtēšana ambulatori	16
19.Psihiskā stāvokļa izmaiņu vērtēšana stacionārā	16
20.Pirmreizējas psihozes vai šizofrēnijas epizodes terapija ir efektīva. Balstterapija ambulatori.....	18
21.APL terapija nav efektīva. APL nomaīņa. Vērtēt nepieciešamību ārstēties stacionārā	18
22.APL terapija nav efektīva. Turpina ārstēties stacionārā. APL nomaīņa uz 2.izvēles APL	19
23.APL terapija nav efektīva. Kombinēt 2 APL. Vērtēt nepieciešamību ārstēties stacionārā .	19
24.APL terapija nav efektīva. Kombinēt 2 APL	19
25.Psihotisko traucējumu remisija.....	19
26.Ārstēšanās pie ģimenes ārsta. Somatiskā un psihiskā stāvokļa monitorēšana	20
Atsauces.....	21

I. Algoritma shēma

II. Vispārējā daļa

1. Pacients ar sūdzībām par psihotiskiem simptomiem pirmo reizi dzīvē

2. Psihiatra konsultācija

5. Psihotiskos traucējumus nekonstatē

6. Ir konstatēti psihotiskie traucējumi, tie **NAV** saistīti ar PAV lietošanu vai somatisku saslimšanu

4. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests

3. Narkologa, neirologa, internista ambulatora konsultācija.

7. Ir konstatēti psihotiskie traucējumi, tie **IR** saistīti ar PAV lietošanu vai somatisku saslimšanu

5. Psihotiskos traucējumus nekonstatē

10. Psihotiskie traucējumi ir viegli/mēreni izteikti. Ambulatora ārstēšanās pie psihiatra. CGI 2-4.

11. Psihotiskie traucējumi ir mēreni/smagi izteikti. Ārstēšanās psihiatriskā stacionārā. CGI 4-7.

8. Ārstēšanās multiprofilu stacionārā vai narkoloģiskā stacionārā

9. Primāri intoksikācijas vai pamatslimības ārstēšana, tad psihotisko traucējumu izvērtēšana un ārstēšana

12. Informēšana par šizofrēnijas ārstēšanu, dzīvesveidu, atkarības vielu lietošanas riskiem

17. Psiholoģiskas intervences stacionātam pacientam

16. Psiholoģiskas intervences ambulatori

13. Ambulatoras terapijas ar APL uzsākšana

14. Terapijas ar APL uzsākšana stacionārā

15. Straujas sedācijas indikācijas

25. Psihotisku traucējumu remisija

19. Psihiskā stāvokļa izmaiņu vērtēšana stacionārā

18. Psihiskā stāvokļa izmaiņu vērtēšana ambulatori

20. Pirmreizējās psihozes vai šizofrēnijas epizodes terapija ir efektīva. Balstterapija ambulatori.

22. APL terapija nav efektīva. Turpina ārstēties stacionārā. APL nomaina uz 2. izvēles APL.

21. APL terapija nav efektīva. APL nomaina. Vērtēt nepieciešamību ārstēties stacionārā.

24. APL terapija nav efektīva. Kombinēt 2 APL

23. APL terapija nav efektīva. Kombinēt 2 APL. Vērtēt nepieciešamību ārstēties stacionārā.

26. Ārstēšanās pie ģimenes ārsta. Somatiskā un psihiskā stāvokļa monitorēšana

II. Vispārējā daļa

Saīsinājumi

AIP	agrīnas intervences programma
APL	antipsihotiskie līdzekļi (antipsihotiķi, neiroleptiķi)
CGI-I	<i>ClinicalGlobalImpression - Improvement</i> , kopējais klīniskais iespaids – traucējumu uzlabošanās
CGI-S	<i>ClinicalGlobalImpression – Severity</i> ; kopējais klīniskais iespaids – traucējumu smagums
CNS	centrālā nervu sistēma
DT	datortomogrāfija
ĢĀ	ģimenes ārsts
EPS	ekstrapiramidālais sindroms
KBT	kognitīvi biheiviorālā terapija
LPA	Latvijas Psihiatru asociācija
MRT	magnētiskās rezonanses tomogrāfija
NMPD	Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests
NMP	neatliekamā medicīniskā palīdzība
PAV	psihoaktīvas vielas
SSK-10	Starptautiskā statistiskā slimību ar tām saistīto veselības traucējumu klasifikācija, 10.pārskats (<i>Internationalstatisticalclassificationofdiseasesandrelatedhealthproblems – 10threvision</i>)

Ievads

Pirmās psihotiskās epizodes gadījumā ir svarīgi agrīni precizēt diagnozi un uzsākt ārstēšanu, neatkarīgi no pacienta vecuma vai psihozes etioloģijas. Svarīgi ir iespējami saīsināt neārstētas pirmreizējas psihozes ilgumu.

Šizofrēnija ir viena no smagākajām psihiskajām slimībām, ar kuru slimo apmēram 1% (0,3 – 1,9%) iedzīvotāju visā pasaulē. Saskaņā ar Slimību profilakses un kontroles centra datiem Latvijā 2016. gadā psihisko traucējumu reģistrā ar šizofrēniju (F20._ grupa) reģistrēti 15 879 pacientiⁱ.

Saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas 10. redakcijuⁱⁱ, šizofrēniskā spektra traucējumi ir iekļauti F2 sadaļā “Šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi”. Paranoīdā šizofrēnija ir biežākā no šizofrēnijas formām, ar to slimo ap 80-90% no šizofrēnijas pacientiem.

Tiek uzskatīts, ka pasaulē šizofrēnijas punkta prevalence ir 4,6 un 1000 iedzīvotājiem, bet risks saslimt dzīves laikā 7,2 uz 1000 iedzīvotājiemⁱⁱⁱ. Saskaņā ar pēdējiem epidemioloģiskiem datiem no Eiropas, šizofrēnijas un citu psihotisko traucējumu 12 mēnešu prevalence ir 1,2%, kas nozīmē, ka katru gadu tie skar līdz 5 miljoniem cilvēku Eiropas valstīs. Šizofrēnijas sākums biežāk pacientiem ir ap 18 – 25 gadu vecumu, saskaņā ar epidemioloģiskiem datiem vīriešiem šizofrēnija sākas vidēji 23 gadu vecumā, bet sievietēm 26 gadu vecumā^{iv}. Otrs periods ar paaugstinātu saslimšanas risku ir ap 40 gadu vecumu.

Šizofrēnijas ārstēšanu Latvijā 100% kompensē valsts, kompensēta tiek gan ambulatora, gan stacionāra ārstēšana, tiek apmaksāti nepieciešamie medikamenti. 75% apmērā kompensē medikamentus citu šizofrēnijas spektra traucējumu gadījumā, t.sk., akūtus psihotiskus traucējumus.

Algoritma izstrādāšanas mērķis.

Akūtu psihotisku traucējumu un pirmās šizofrēnijas epizodes šizofrēnijas ārstēšanas algoritma mērķis ir veicināt akūtu psihotisku traucējumu un šizofrēnijas agrīnu diagnostiku un ārstēšanu, balstoties uz jaunākajām atziņām pasaules medicīnas literatūrā, vadlīnijām un autoru klīnisko pieredzi par paranoīdas šizofrēnijas mūsdienīgas ārstēšanas principiem.

Šizofrēnijas jēdziens.

Mūsdienās šizofrēnija ir klīniski daudzveidīga, multifaktoriālas etioloģijas psihiska saslimšana (slimību grupa), kas raksturojas ar pozitīvo psihopatoloģisko simptomātiku – domāšanas procesu traucējumiem (murgu idejām, psihiskiem automātismiem; dezorganizētu, paraloģisku vai saraustītu domāšanu), katatoniem traucējumiem, apkārtējās pasaules aplamu uztveri (halucinācijām, pseidohalucinācijām), emociju sfēras traucējumiem, šie traucējumi bieži kombinējas ar negatīvo šizofrēnijas simptomātiku – apātiju, abuliju, autismu, ataktisku domāšanu, kas savukārt ir par iemeslu pacienta sociālai dezadaptācijai un darbaspēju zudumam.

Akūtu psihotisku traucējumu jēdziens

Diagnostiskā kategorija biežāk piemērojama, pacientiem, kuriem ir pirmreizēja psihoze, kā arī, ja nav pietiekams traucējumu ilgums šizofrēnijas diagnozei. Akūtus psihotiskus traucējumus raksturo akūti sākušies uztveres traucējumi, afektīvi piesātinātas murgu idejas, nesaprotama vai saraustīta runa, vai šo traucējumu kombinācija. Pacientam var būt tranzitors apjukums, apziņas traucējumi, uzmanības un koncentrēšanās traucējumi. Akūtu psihotisku traucējumu sākumu var iedalīt - *pēkšņos* (līdz 48 stundām) un *akūtos* līdz divām nedēļām, akūti psihotiski traucējumi var būt vai nebūt saistīti ar stresa situāciju divu nedēļu periodā pirms traucējumu sākuma.

Akūtu psihotisku traucējumu viennozīmīga saistība ar šizofrēniju ir diskutabla. Šajā grupā var tikt iekļautas arī psihozes, kurām ir multifaktoriāli cēloņi – piemēram: psihoaktīvu vielu

reibums, neiroloģiskas saslimšanas (encefalīti), endokrinoloģiskas saslimšanas (hipertireoze), pēcdzemdību psihozes u.c. Turpmāku piederību šizofrēnijai biežāk parāda traucējumu patomorfoze dinamikā.

Algoritma mērķi

1. Uzlabot Akūtu psihotisku traucējumu un pirmās šizofrēnijas pacientu vadīšanu, ārstēšanu un aprūpi primārās un sekundārās veselības aprūpes līmenī Latvijā
2. Sekmēt mērķtiecīgāku, koordinētāku pacienta ar akūtu psihozi virzību veselības aprūpes sistēmā, kā arī efektīvu sadarbību starp dažādu specialitāšu ārstiem, sadarbību ar rehabilitācijas dienestiem, sociāliem dienestiem, veicinot savlaicīgu diagnostiku un ārstēšanu, mazinot invalidizācijas riskus
3. Racionāli izmantot ārstniecības, aprūpes iespējas, mērķtiecīgi izmantojot uz pierādījumiem balstītas metodes
4. Veicināt lietderīgu veselības aprūpes resursu izmantošanu, optimizēt pacienta vadīšanas, ārstēšanas un aprūpes plānu.

Mērķgrupas

1. Psihiatri
2. Ģimenes ārsti
3. Klīniskie un veselības psihologi un psihiatriskās rehabilitācijas speciālisti
4. Narkologi, psihoterapeiti, neiroloģi, citu specialitāšu ārsti
5. NMPD ārstniecības personas
6. Sociālo dienestu speciālisti
7. Pacienti un viņu tuvinieki, atbalsta personas

Pamatprioritātes ieviešot algoritmu

Pamatā algoritma prioritāte ir organizēt pacienta ar pirmreizēju psihozi vai pirmo šizofrēnijas epizodi agrīnu atpazīšanu primārās aprūpes etapā, mērķtiecīgu virzību veselības aprūpes sistēmā, nodrošinot efektīvu ambulatoro un stacionārā strādājošu psihiatru sadarbību ar ģimenes ārstu, sekmēt psihiatriskās reahilitācijas un psihosociālo intervenču ieviešanu, sociālo pakalpojumu racionālu izmantošanu, lai mazinātu nelietderīgu un pacientam apgrūtinošu pakalpojumu sniegšanu.

Paskaidrojumi pie algoritma “Akūtu psihotisku traucējumu un pirmās šizofrēnijas epizodes atpazīšana, vadīšana un ārstēšana”^{vviiviiiixxi}

III. Rekomendācijas

1. Pacients ar sūdzībām par psihotiskiem simptomiem pirmo reizi dzīvē

Primārās aprūpes līmenis.

Pacients ar sūdzībām par psihotiskiem simptomiem, kas raksturojas ar pozitīvo psihopatoloģisko simptomātiku – domāšanas procesu traucējumiem (murgu idejām, psihiskiem automatismiem; dezorganizētu, paraloģisku vai saraustītu domāšanu), katatoniem traucējumiem, apkārtējās pasaules aplamu uztveri (halucinācijām, pseidohalucinācijām), emociju sfēras traucējumiem. Un/vai konstatējami primāri negatīvie simptomi – apātija, runas nabadzība, autisms, emociju nobalējums vai neadekvātums, kā arī sociāla norobežošanās, gribas aktivitātes pazemināšanās.

- 1.1. Ja pacients ir vērsies pie ģimenes ārsta, tad ģimenes ārsts (ĢĀ) ievāc sākotnējos anamnēzes datus un novērtē pacienta psihisko un somatisko stāvokli. Ja pacients ir vērsies pie ĢĀ rekomendējama nosūtīšana pie psihiatra vai jāorganizē stacionēšana psihiatriskā slimnīcā, izsniedzot nosūtījumu vai izsaucot NMP.
- 1.2. Ģimenes ārstam vai jebkuras specialitātes ārstam iespējami ātri jānosūta pie narkologa pacients ar pirmreizēju psihozi, kas ir saistīta alkohola vai psihoaktīvu vielu lietošanu.
- 1.3. Konsultējot pacientu ir jājautā par psihoaktīvu vielu (PAV) lietošanu, kā arī par iepriekš konstatētiem psihiskiem traucējumiem.
- 1.4. Pacients ar psihotiskiem traucējumiem var vērsties arī pa tiešo pie psihiatra, narkologa, kā arī pats vērsties pēc palīdzības psihiatriskā vai multiprofila stacionāra uzņemšanas nodaļā, kur tad arī tiek veikts sākotnējais psihiskā un somatiskā stāvokļa novērtējums.

2. Psihiatra konsultācija

Sekundārās aprūpes etaps.

- 2.5. Psihiatrs ievāc anamnēzes datus, novērtē un apraksta psihisko stāvokli, kā arī somatisko un neiroloģisko stāvokli.
- 2.6. Informāciju par pacienta psihiskā stāvokļa izmaiņām, uzvedību un sociālā stāvokļa pārmaiņām var saņemt no ģimenes, tuviniekiem, ģimenes ārsta, citu specialitāšu ārsta, klīniskā psihologa, policijas, sociālā dienesta u.c.
- 2.7. Anamnēzes dati par iespējamiem šizofrēnijas prodroma simptomiem: samazinātu interesi par ikdienas aktivitātēm, darbu, sociālu komunikāciju, pavājināta higiēnas normu ievērošana. Izmainījusies saskarsme ģimenē, ar tuviniekiem un draugiem. Sūdzības par miega traucējumiem, dažādiem trauksmes simptomiem, nomāktu garastāvokli. Iespējamās pārmaiņas impulsu kontroles jomā, iespējama agresija vai pasivitāte.
- 2.8. Anamnēzes dati par somatiskiem traucējumiem, neiroloģiskajiem traucējumiem, PAV lietošanu nesenā anamnēzē, kā arī dzīves laikā.
- 2.9. Psihiatrs var nosūtīt uz papildus izmeklējumiem, ja to atļauj psihiskais stāvoklis un pastāv klīniska nepieciešamība.
- 2.10. **Svarīgi!** Ja ir augsts pašnāvības risks vai agresīva uzvedība psihotisku pārdzīvojumu iespaidā, nekavējoties organizēt pacienta stacionēšanu psihiatrijas nodaļā.

3.Narkologa, neurologa, internista ambulatora konsultācija.

Sekundārās aprūpes etaps.

- 3.1. Ģimenes ārstam vai jebkuras specialitātes ārstam iespējami ātri jānosūta pie narkologa pacients ar pirmreizēju psihozi, kas ir saistīta alkohola vai psihoaktīvu vielu lietošanu.
- 3.2. Ja ir anamnēzes dati par somatiskiem/neiroloģiskiem traucējumiem vai saslimšanu nesēnā anamnēzē, ar kuriem var būt saistīti psihotiskie traucējumi, pacients nosūtāms uz multiprofilu stacionāru.
- 3.3. Narkologs vai citas specialitātes ārsts ievāc anamnēzes datus, apraksta psihisko stāvokli, kā arī somatisko un neiroloģisko stāvokli.
- 3.4. **Svarīgi!** Ja ir augsts pašnāvības risks vai agresīva uzvedība psihotisku pārdzīvojumu iespaidā, nekavējoties organizēt pacienta stacionēšanu psihiatrijas nodaļā.

4. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests

Ja pacientam ir konstatēti psihotiskie traucējumi, stacionējams, atbilstoši klīniskajām indikācijām psihiatriskā, narkoloģiskā vai multiprofilu stacionārā. Ja pacients ir agresīvs vai ir agresīvas uzvedības risks pacients stacionējams ar policijas palīdzību.

4.1. Akūtas psihozes pacients nogādājams / stacionējams psihiatriskā stacionārā, ja ir:

- Augsts pašnāvības risks (aktuālas, uzmācīgas pašnāvības domas; ir pašnāvības plāns vai sagatavoti līdzekļi pašnāvības veikšanai; anamnēzē bijuši pašnāvības mēģinājumi; psihotiski pārdzīvojumi ar pašnoniecinošu saturu, halucinācijas ar pavēlošu saturu, kas mudina uz pašnāvību u.c.);
- Apkārtējos cilvēkus apdraudoša uzvedība vai homicīdas rīcības risks psihotisko vai negatīvo simptomu iespaidā;
- Izteikti psihotiski, depresīvi, maniakāli traucējumi
- Katatons stupors vai uzbudinājums
- Nonākšana bezpalīdzīgā stāvoklī šizofrēnijas pozitīvo vai negatīvo simptomu dēļ

Pamatojumu stacionēšanai psihiatriskā stacionārā vērtē Uzņemšanas nodaļas psihiatrs.

4.2. NMPD etapā, agresīvas vai apdraudošas uzvedības gadījumā var tikt nozīmēti benzodiazepīnu grupas medikamenti (alprazolams, diazepams u.c.). Nerekomendē pacientam nozīmēt antipsihotiskos līdzekļus, atstājot specifiskas terapijas uzsākšanu Uzņemšanas nodaļas psihiatra ziņā.

5. Psihotiskos traucējumus nekonstatē

Primārās aprūpes līmenis.

- 5.1. Nav konstatēti psihotiskie traucējumi, nav nepieciešama palīdzība vai pacients no tās atsakās. Rekomendējama atkārtota konsultācija pie psihiatra vai ĢĀ mēneša laikā, ja pacientam ir tranzitori vai neizteikti psihotiski traucējumi, kas saistīti ar reakciju uz stresu, posttraumatisko stresa reakciju vai sēru reakciju, kā arī, ja ārstam pastāv aizdomas par psihotisku traucējumu disimulāciju, bet pacients atsakās no izmeklēšanās un ārstēšanas.
- 5.2. Iespēju robežās informēt pacientu un viņa ģimenes locekļus par psihotiskiem traucējumiem un šizofrēniju, ieteikt literatūru vai interneta resursus par psihotiskiem traucējumiem un šizofrēniju (piemēram: www.nenoversies.lv).

6.Ir konstatēti psihotiskie traucējumi, tie NAV saistīti ar PAV lietošanu vai somatisku saslimšanu

Sekundārās aprūpes līmenis.

Psihiatra konsultācija ambulatori vai psihiatriskā stacionāra uzņemšanas nodaļā. Psihiatrs precīzē psihotisko traucējumu diagnozi saskaņā ar SSK-10 klasifikāciju.

6.1. Šizofrēnijas (F20.) diagnostiskie kritēriji (pēc SSK10)

Psihiskos traucējumus neizraisa organisks CNS bojājums vai alkohola/psihoaktīvu vielu lietošana. Vismaz 1 simptoms no zemāk minētajiem, kurš pastāv jau ilgāk par 1 mēnesi:

- domu atbalsis, domu atņemšana, domu ielikšana galvā, domu pārraidīšana
- iedarbības murgi - iedarbība uz domām, kustībām, sajūtām, murgaina apkārtnes uztvere
- halucinatoras balsis, kas komentē pacienta uzvedību vai apspriež pacientu savā starpā; pseidohalucinatoras balsis, kurus pacients dzird kādā no ķermeņa daļām
- ilgstošas murgu idejas, kas ir kultūras normām neatbilstošas, ar neparastu un pilnīgi neiespējamu saturu, piemēram: par pārcilvēciskām spējām iespaidot, mainīt cilvēces un dabas norises

Vismaz divi („mazie”) simptomi, kuri pastāv ilgāk par vienu mēnesi:

- ilgstošas jebkāda veida halucinācijas, kuras ir pacientam ilgāk par mēnesi, balsis pavada atbilstošas, bieži nenoformētas murgu idejas, bez afektīva piesātinājuma
- formālie domāšanas traucējumi – nesakarīga, saraustīta domāšana, neoloģismi, kas tiek novēroti kā saraustīta vai nesaprotama runa
- katatons uzbudinājums vai stupors, vaska lokanība, mutisms un negatīvisms
- primāri negatīvie simptomi – apātija, runas nabadzība, autisms, emociju nobalējums vai neadekvātums, kā arī sociāla norobežošanās, gribas aktivitātes pazemināšanās, ambivalence; dotie traucējumi nav antipsihotisko līdzekļu terapijas vai depresijas sekas
- uzvedības traucējumi, pasivitāte, bezdarbība, interešu un motivācijas zudums

Šizofrēnijas norises veidi pēc SSK-10. Klīniskajā praksē norises veidi ir attiecināmi uz paranoīdu un nediferencētu šizofrēniju. Katatonas un hebefrēnas šizofrēnijas norise visbiežāk ir nepārtraukta, reti epizodiska ar progresējošu negatīvo simptomātiku. Vienkāršās un reziduālās šizofrēnijas norise ir nepārtraukta.

F 20._0 nepārtraukta (visā novērošanas laikā nav remisijas pozitīvajā simptomātikā)

F 20._1 epizodiska ar pieaugošu reziduālu simptomātiku (negatīvās simptomātikas pieaugums starp psihotiskām epizodēm)

F 20._2 epizodiska ar stabilu reziduālu simptomātiku (nemainīga negatīvā simptomātika starp uzliesmojumiem)

F 20._3 epizodiska remitējoša (pilna remisija starp uzliesmojumiem)

F 20.-4 nepilna remisija

F 20._5 pilna remisija

F 20._9 novērošanas laiks mazāks par gadu

6.2. Akūtu psihotisku traucējumu (F23._) diagnostiskie kritēriji pēc SSK10

6.2.1. Akūtus psihotiskus traucējumus raksturo akūti sākušies uztveres traucējumi, afektīvi piesātinātas murgu idejas, nesaprotama vai saraustīta runa, vai šo traucējumu kombinācija.

Pacientam var būt tranzitors apjukums, apziņas traucējumi, uzmanības un koncentrēšanās traucējumi.

6.2.2. Akūtu psihotisku traucējumu viennozīmīga saistība ar šizofrēniju ir diskutabla. Šajā grupā var tikt iekļautas arī psihozes, kurām ir multifaktoriāli cēloņi – piemēram: psihoaktīvu vielu reibums, neiroloģiskas saslimšanas (encefalīti), endokrinoloģiskas saslimšanas (hipertireoze), pēcdzemdību psihozes u.c. Turpmāku piederību šizofrēnijai biežāk parāda traucējumu patomorfoze dinamikā.

F23.0 Akūti polimorfī psihotiski traucējumi bez šizofrēnijas simptomiem. Psihiskie traucējumi strauji mainīgi laikā un pēc intensitātes. Emocionāls apmulsums, strauja emocionālā stāvokļa maiņa no laimes sajūtas un ekstāzes līdz masīvai trauksmei un disforijai. Iespējams apjukums, cilvēku un vietu aplama atpazīšana, psihomotorās aktivitātes intensitātes pacēlumi un kritumi. Kopējais traucējumu ilgums nepārsniedz 3 mēnešus.

F23.1 Akūti polimorfī psihotiski traucējumi ar šizofrēnijas simptomiem - traucējumi kā F23.0. Papildus viens vai vairāki šizofrēnijai raksturīgie pozitīvie simptomi. Traucējumu ilgums līdz 1 mēnesim.

F23.2 Akūti šizofrēnijai līdzīgi traucējumi. Simptomātika strauji mainīga laikā un pēc intensitātes. Papildus jebkuri šizofrēnijai raksturīgie pozitīvie vai negatīvie simptomi. Traucējumu ilgums līdz vienam mēnesim.

6.2.3. Šizoafektīvie traucējumi F25._, diagnostiskie kritēriji pēc SSK-10

Raksturīga vienlaicīga šizofrēnijas un afektīvo simptomu attīstība vismaz 2 nedēļu periodā. Stāvokļa smagumu un hospitalizācijas nepieciešamību biežāk nosaka šizofrēnijai raksturīgie pozitīvie simptomi.

F25.0 Šizoafektīvie traucējumi, maniakālais tips.

Paaugstināts garastāvoklis ar sevis pārvērtēšanas idejām vai mēreni paaugstināts garastāvoklis ar palielinātu aizkaitināmību vai uzbudinājums ar agresīvu uzvedību, stāvoklis atbilst SSK-10 mānijas kritērijiem (F30), kā arī viens vai divi šizofrēnijas pamatsimptomi.

F25.1 Šizoafektīvie traucējumi, depresīvais tips.

Izteikta depresija, kas ietver vismaz divas depresijas pamatsimptomus vai depresīva uzvedība, kas aprakstīta SSK-10 depresijas sadaļā (F32). Vismaz divi šizofrēnijas pamatsimptomi ar depresīvu nokrāsu

F25.2 Šizoafektīvie traucējumi, jauktais tips.

Viens vai divi šizofrēnijas pamatsimptomi. Depresīvi un maniakāli simptomi (F31.6)

7. Ir konstatēti psihotiskie traucējumi, tie IR saistīti ar PAV lietošanu vai somatisku saslimšanu

Sekundārās aprūpes līmenis.

7.1. Ja psihiskie traucējumi saistāmi ar alkohola vai psihoaktīvu vielu lietošanu, rekomendējama nosūtīšana pie narkologa vai jāorganizē stacionēšana narkoloģiskā profila slimnīcā (nodaļā), izsniedzot nosūtījumu vai izsaucot NMP.

7.2. Ja psihiskie traucējumi saistāmi ar neiroloģiskiem vai somatiskiem traucējumiem vai saslimšanu, rekomendējama jāorganizē stacionēšana daudzprofilu slimnīcā, izsniedzot nosūtījumu vai izsaucot NMP.

8. Ārstēšanās multiprofilu stacionārā vai narkoloģiskajā stacionārā

Sekundārais vai terciālais aprūpes līmenis.

Psihotiski traucējumi PAV lietošanas dēļ. Psihotiski traucējumi somatiskas/neiroloģiskas saslimšanas dēļ.

9. Primāri intoksikācijas un pamatslimības ārstēšana, tad psihotisko traucējumu izvērtēšana un ārstēšana

Sekundārais vai terciālais aprūpes līmenis.

Primāri PAV intoksikācijas, somatiskas vai neiroloģiskas saslimšanas/traucējumu ārstēšana, tad psihotisko traucējumu izvērtēšana un ārstēšana.

10. Psihotiskie traucējumi ir viegli / mēreni izteikti. Ambulatora ārstēšanās pie psihiatra. CGI-S 2-4

Sekundārais aprūpes līmenis.

Pozitīvie un negatīvie simptomi atbilst šizofrēnijas diagnostiskajiem kritērijiem F23._ vai F20.0_. Psihotisko traucējumu smagumu ieteicams vērtēt pēc CGI-S (skat.10.1.) skalas.

10.1. Akūtas psihozes/pirmreizējas šizofrēnijas epizodes smagumu vērtē pēc CGI-S (Clinical Global Impression – Severity; Kopējais klīniskais iespaids – traucējumu smagums). CGI-S vērtības: 1 (traucējumus nekonstatē), 2 (traucējumu robežlīmenis), 3 (viegli slims), 4 (mēreni slims), 5 (izteikti slims); 6 (smagi slims), 7 (ļoti smagi (*extremely*) slims).

10.2. Ja psihotisko traucējumu smagums ir vērtējams ar 2 (traucējumu robežlīmenis), 3 (viegli slims), 4 (mēreni slims), tad ieteicams turpināt ārstēšanu un izmeklēšanu ambulatori pie psihiatra vai Dienas stacionārā.

10.3. Nosūtīšana uz papildus izmeklējumiem - klīniskajām analīzēm, EEG (ja ir aizdomas par organisku CNS saslimšanu, epilepsiju u.c.), MRT (diferenciāldiagnostikai - atipiska psihozes klīniskā aina, diferencēt no agrīnas neurodeģeneratīvas saslimšanas, vīrusu encefalīta, autoimūna encefalīta, terciālā sifilisa u.c.) izmeklējumu veikšana.

Neirovizuālās izmeklēšanas tehnikas (DT un MRT) nerekomendē kā rutīnas metodi iniciālai diagnostikai pirmreizējas psihozes pacientiem. Nepieciešamības gadījumā, kā pirmās izvēles metodi iesaka MRT, jo labāk vizualizējas smadzeņu mīkstie audi, metode ir drošāka (nav apstarojuma). DT izvēlēties, ja ir jāprecizē kaulu un cieto audu bojājums. Ap 5-10% no populācijas cieš no klaustrofobijas, kas var tikt novērota arī psihozes pacientiem.

11.Psihotiskie traucējumi ir mēreni/smagi izteikti. Ārstēšanās psihiatriskā stacionārā. CGI-S 4-7

Sekundārais vai terciālais aprūpes līmenis.

Pozitīvie un negatīvie simptomi atbilst šizofrēnijas diagnostiskajiem kritērijiem F23._ vai F20.0_. Pēc CGI-S (skat.10.1.) psihotiskie traucējumi atbilst: 4 (mēreni slims), 5 (izteikti slims); 6 (smagi slims), 7 (ļoti smagi (*extremely*) slims).

Pirmreizējas psihozes pacientam ir ieteicama ārstēšanās pirmreizējo psihožu vai akūtas palīdzības psihiatriskā nodaļā.

11.1.Klīniskās indikācijas hospitalizācijai psihiatriskā stacionārā^{xii}: slēgta tipa psihiatriskā stacionārā (nodaļā), ja ir: augsts pašnāvības risks; apkārtējos cilvēkus apdraudoša uzvedība vai homicīdas rīcības risks psihotisko vai negatīvo simptomu iespaidā; pacienta uzvedība psihotisko pārdzīvojumu iespaidā rada būtisku risku zaudēt darbu, ģimeni, stāvokli sabiedrībā; izteikti psihotiski, depresīvi, maniakāli traucējumi, katatons stupors vai uzbudinājums; nonākšana bezpalīdzīgā stāvoklī šizofrēnijas pozitīvo vai negatīvo simptomu dēļ. Atvērta tipa psihiatriskā stacionārā (nodaļā), ja: nepietiekama līdzestība nozīmētajai terapijai ambulatori; nepieciešama medikamentu pielāgošana, kas nav veicama ambulatori; mēreni izteikti psihotiski, depresīvi, maniakāli traucējumi.

11.2.Nosūtīšana uz papildus izmeklējumiem (skat.10.3.). Atipiskas klīniskās ainas gadījumā rekomendē arī klīnisko analīžu veikšanu, instrumentālo izmeklējumu veikšanu, neirologa vai cita ārsta speciālista konsultāciju, klīniskā psihologa izpēti (psihodiagnostiku).

12.Informēšana par šizofrēnijas ārstēšanu, dzīvesveidu, atkarības vielu lietošanas riskiem

Sekundārās aprūpes līmenis.

12.1.Uzsākot ārstēšanu ir ieteicama pacienta (ja to atļauj psihiskais stāvoklis) un ģimenes informēšana par iespējām ārstēt psihotisko stāvokli ar antipsihotiskajiem līdzekļiem, kā arī par psiholoģisko intervenču izmantošanu - par šo metožu efektivitāti un iespējamām blaknēm. Ieteikt informatīvus materiālus par psihotiskiem traucējumiem un šizofrēniju (piemēram: www.nenoversies.lv).

12.2.Pacienta informēšanai, simptomu smaguma pašnovērtējuma veikšanai (psihotiskiem, negatīviem, depresīviem u.c. simptomiem) un ārstniecības procesa uzlabošanai (atgādinājumam par vizītēm u.c.) var tikt izmantotas mobilās aplikācijas un interneta resursi. Latvijā šobrīd nav izstrādātas specifiskas programmas šizofrēnijas pacientiem.

13.Ambulatoras terapijas ar APL uzsākšana

Sekundārās aprūpes līmenis.

Uzsākot terapiju ar antipsihotisko līdzekli (APL), jānovērtē ne tikai psihiskais stāvoklis, bet arī somatiskais un neiroloģiskais stāvoklis.

13.1.Klīniskie izmeklējumi uzsākot ārstēšanu ar APL:

13.1.1. Ķermeņa svars, vidukļa apkārtmērs, ĶMI, pulss un arteriālais asins spiediens

13.1.2. Klīniskā asins aina, asins bioķīmija (glikoze (tukšā dūšā); ja ir metabolie riska faktori (HbA1c, asins lipīdu profils); ja tiek nozīmēts APL ar augstu hiperprolaktinēmijas risku, jākontrolē prolaktīns. Nepieciešamības gadījumā nozīmē asins bioķīmijā aknu

- fermentos, elektrolītus serumā, nieru funkciju rādītājus, vairogdziedzera hormonus, sifilisa serodiagnostiku; urīna toksikoloģiju uz atkarības vielām, vīrusu hepatīta un HIV testus
- 13.1.3. EKG veikt gadījumos, ja tas prasīts medikamenta aprakstā, ja pacientam vai viņa pirmās pakāpes radniekiem anamnēzē ir sirdsdarbības traucējumi vai izmaiņas EKG, kā arī, ja pacientam ir paaugstināts arteriālais asinsspiediens
- 13.2. Pirms uzsākt ārstēšanu ar APL, novērtēt un dokumentēt jebkādu kustību traucējumus.
- 13.3. Ja pacients ir līdzestīgs, ieteicams nozīmēt perorālus medikamentus. APL jāizvēlas, iespēju robežās izvēli pārrunājot ar pacientu; jāpārrunā par medikamenta darbību, terapijas efektu un iespējamām blaknēm.
- 13.4. Uzsākot psihotisko traucējumu ārstēšanu, APL ieteicams monoterapijā.
- 13.4.1. Priekšroka pirmās epizodes pacientiem ir atipiskajam APL – mazāk blaknes, kā arī atipiskā APL nozīmēšana pirmreizējas psihozes pacientiem var samazināt strukturālās pārmaiņas galvas smadzenēs, kas ir saistītas ar neirotoksiskiem faktoriem psihozes laikā.
- 13.4.2. Izvēloties APL, izvērtēt iespējamās blaknes: metabolie riski (svara pieaugums, diabēts); ekstrapiramidālās blaknes (akatzija, diskinēzija, distonija); kardiovaskulārās blaknes (iekļaujot QT intervāla pagarināšanos); izmaiņas hormonālajā sfērā (hiperprolaktinēmija).
- 13.4.3. Ja tiek nozīmēts tipiskais APL, ieteicams to nozīmēt zemākajā efektīvajā devā, nodrošinot EPS kontroli. Pirmreizējas psihozes pacienti ir jutīgāki pret antipsihotīku terapiju – terapeitisku efektu var panākt ar mazākām medikamentu devām, bet arī pie mazākām devām var attīstīties ekstrapiramidālas, metabolas u.c. blaknes.
- 13.5. Izvēlēties vienu no: Izvēlēties tipisko APL – Tabl. Haloperidoli 5 (līdz 10) mg (vai citu tipisko APL), vai vienu no atipiskajiem APL - Tabl. Risperidoni 4-6mg vai perorālais šķīdums (1mg/1ml), Tabl. Olanzapini 10-20mg, Tabl. Quetiapini 400 – 800 mg, Tabl. Amisulpridi 600-800mg vai perorālais šķīdums (100mg/1ml), Tabl. Ziprasidoni 120-160mg, Tabl. Aripiprazoli 15 - 30mg. Devas jātitrē un jāpiemēro individuāli. Ja klīniskajā ainā dominē primāra negatīvā simptomātika nozīmēt Tabl. Aripiprazoli 15 - 30mg, Tabl. Amisulpridi 600-800mg vai perorālais šķīdums (100mg/1ml), vai Tabl. Cariprazini 1,5-3mg.

14. Terapijas ar APL uzsākšana stacionārā

Sekundārās vai terciālās aprūpes līmenis.

Uzsākt terapiju stacionāri ar antipsihotisko līdzekli. Vispārējos principus APL nozīmēšanai skatīt punktus 13.1. līdz 13.4.

14.1. Pirmreizējas šizofrēnijas epizodes akūtā periodā stacionārā terapija var tikt uzsākta ar APL injekcijām: sol. Haloperidoli 0,5%- 1ml līdz 2ml i/m diennaktī; ja pieejami - Ziprasidoni (Zeldox) 20mg i/m injekcijas vai Olanzapin (Zyprexa) 10mg i/m (izvairīties no kombinēšanas ar diazepamu i/m), vai Aripiprazol (Abilify) 9.75mg/1,3ml i/m injekcijas.

14.1.1. Atipisko APL injekcijas retāk izraisa EPS kā haloperidols injekcijās.

14.1.2. i/m nozīmētos medikamentus iespējami ātri nomainīt uz orāli lietotiem medikamentiem (3-5 dienu laikā)

14.2. Izvēlēties tipisko APL - Haloperidol 5 (līdz 10) mg (per os vai inj.), vai vienu no atipiskajiem APL - Tabl. Risperidoni vai Risperidona perorālais šķīdums (1mg/1ml) 4-6mg, Tabl. Olanzapini 10-20mg, Tabl. Quetiapini 400 – 800 mg, Tabl. Amisulpridi

600-800mg vai Amisulprīda perorālais šķīdums (100mg/1ml), Tabl.Ziprasidoni 120-160mg (vai injekcijās 20 mg i/m 2-3 x dienā), Tabl.Aripiprazoli 15 - 30mg. Devas jāititrē pakāpeniski (ja to pieļauj klīniskā situācija) un jāpiemēro individuāli.

- 14.3. Uzsākot terapiju, nenozīmēt uzreiz lielas APL devas (“*rapid neuroleptisation*”), bet ja tās ir klīniski pamatotas, tad dokumentēt slimības vēsturē.
- 14.4. Izvērtēt nepieciešamību uzsākt modificēto elektrokonvulsīvo terapiju (katatoni traucējumi, augsts pašnāvības risks u.c.)^{xiii}
- 14.5. Uzsākt simptomātisku terapiju, ja tāda ir nepieciešama
 - 14.5.1. Antiholīnērgiskos medikamentus nenozīmēt uzreiz, kopā ar APL. Vērtēt to nepieciešamību dinamikā.
 - 14.5.2. Ja ir klīniski pamatoti, var tikt nozīmēts otrs APL simptomātiskai trauksmes, bezmiega u.c. traucējumu ārstēšanai nelielās devās, izvērtējot mijiedarbības.
 - 14.5.3. Ja ir klīniski pamatoti, var tikt nozīmēts benzodiazepīnu grupas medikaments simptomātiskai trauksmes, bezmiega u.c. traucējumu ārstēšanai.

15. Straujas sedācijas indikācijas

Sekundārās aprūpes līmenis.

Straujas sedācijas indikācijas ir: psihomotors uzbudinājums/ disforija/ izteikts naidīgums psihotisku pārdzīvojumu iespaidā, agresīva vai autoagresīva uzvedība, ažitācija, katatons uzbudinājums, hebefrēns uzbudinājums u.c.

- 15.1. Ierobežojošu līdzekļu pielietošana notiek saskaņā ar ĀL 68.pantu. Dokumentēt ierobežojošu līdzekļu pielietojumu normatīvo dokumentu noteiktā kārtībā.
- 15.2. Izmantot nomierinošu sarunu nekairinošā / drošā vidē, lai nomierinātu pacientu.
- 15.3. Psiholoģisko intervenču neefektivitātes gadījumā nozīmēt benzodiazepīnus un/vai APL to korekcijai. Medikamentus nozīmēt perorāli vai parenterāli, ja nepieciešams.
- 15.4. Pirms medikamentu ievades noskaidrot vai pacientam nav kāda intoksikācija, akūti somatiskās veselības traucējumi, grūtniecība. Iespēju robežās noskaidrot agrāk saņemtās terapijas efektivitāti, blaknes, ņemt vērā mijiedarbību riskus. Vērtēt nozīmēto medikamentu dienas devu.
- 15.5. Psihomotora uzbudinājuma gadījumā, akūtā psihiatrijas nodaļā medikamentu ievadīšana ieteicama i/m, nozīmējot sol.Haloperidoli 0,5% - 1 līdz 3ml/ dienā sol.Diazepamī 0,5% - 4 līdz 8ml/ dienā un / vai sol.Cisordinol-Acutard 50 līdz 150mg i/m vienu reizi divās trijās dienās. Sedācijai var tikt izmantots arī kāds no antihistamīna līdzekļiem injekcijās.
- 15.6. Ātrāka sedatīva efekta nodrošināšanai var sol.Haloperidoli un sol.Diazepamī ievadīt i/v sistēmā ar fizioloģisko šķīdumu.

16. Psiholoģiskas intervences ambulatori

Sekundārās aprūpes līmenis.

Psihiatrs nozīmē pirmās psihozes pacientam psiholoģiskas / psihosociālas intervences ambulatoram pirmreizējam pacientam individuāli vai grupā. Ieteicamas atsevišķu rehabilitācijas speciālistu konsultācijas ambulatori vai multiprofesionas komandas darbs ambulatoriem pirmreizējam psihozes pacientam psihiatriskā dienas stacionārā (ja ir pieejamas). Psihiatriskā rehabilitācija ir nozīmīga psihozes ārstēšanas daļa.

- 16.1. Uzsākot psihiatrisko rehabilitāciju, t.sk. psiholoģiskās intervences (ambulatori individuāli vai Dienas stacionārā) pirmreizējas psihozes / pirmās šizofrēnijas epizodes pacientam nepieciešams sastādīt rehabilitācijas plānu, nosakot mērķus. Reizi nedēļā ārstēšanas un rehabilitācijas gaita speciālistiem ir jāapspiež ar psihiatru.
- 16.2. Svarīgi! Nerekomendē izolēti psiholoģiskās intervences psihotisku traucējumu ārstēšanā
- 16.3. Ieteicama atbalsta psihoterapija, ko var sniegt psihiatrs, klīniskais psihologs, kā arī apmācīta medicīnas māsa.
- 16.4. Iespējami ātri pēc pirmās epizodes rekomendē uzsākt Agrīnas intervences programmu (AIP). AIP ir pacienta individuālām vajadzībām balstīts ambulators multiprofesionāls komandas darbs, kura mērķis ir panākt klīnisku un funkcionālu atveseļošanos pēc pirmās psihozes, nodrošināt sekundāru profilaksi atkārtotai psihozei, kā arī sniegt psihosociālu atbalstu pacientam un ģimenes locekļiem. AIP realizēšanai nepieciešami sekojoši speciālisti: psihiatrs, klīniskais/veselības psihologs, garīgās veselības aprūpes māsa (AIP koordinatore), sociālais darbinieks, karjeras konsultants.

AIP ieteicamais ilgums ir 6 mēneši, tās ietvaros rekomendē: 10 psihiatra konsultācijas (ar pieaugošu laika intervālu pēc izrakstīšanās no akūtā psihiatrijas stacionāra), 3 psiholoģiskās sesijas ģimenes locekļiem (veic psihiatrs, klīniskais/veselības psihologs vai medicīnas māsa), 6 KBT orientētas psihoterapijas nodarbības (individuāli vai grupā), 3 konsultācijas ar karjeras konsultantu. Uzsākot AIP ir jāparedz regulāras komandas apspriedes, katra pacienta vērtēšanai ietilpšamas 15-20 minūtes. Nepieciešamības gadījumā rekomendē piesaistīt sociālo darbinieku u.c. speciālistus.

- 16.5. Uzsākt kognitīvi biheiviorālo terapiju (KBT), ja ir pieejama. KBT var tikt uzsākta akūtā šizofrēnijas uzliesmojuma fāzē vai arī vēlāk. KBT ieteicamais vizīšu skaits ir līdz 8 sesijām (nav valsts apmaksāts pakalpojums, izņemt Dienas stacionārā). Terapijas mērķis ir palīdzēt atpazīt saikni starp pacienta domām, sajūtām, uzvedību un psihotiskajiem simptomiem, kā arī veicināt izpratni par domu vai simptomu atšķirību no realitātes un palīdzēt mainīt neatbilstošu uzvedību.

16.5.1. KBT var palīdzēt pacientam arī mazināt negatīvo simptomu intensitāti. Normalizēt, palīdzēt izprast un pieņemt pacienta iepriekšējo pieredzi, veicināt alternatīvas stresa pārvarēšanas stratēģijas, mazināt distresu, uzlabot funkcionēšanu.

- 16.6. Ja ir lietderīgi, uzsākt ģimenes intervenci. Izvērtēt vecāku/ģimenes un pacienta savstarpējās attiecības. Atbalstīt, informēt ģimeni par ārstēšanu, pārrunāt problēmu un krīzes situāciju risināšanu.
- 16.7. Var tikt rekomendēta mākslas terapija, ko realizē mākslas terapeits ar iepriekšēju pieredzi darbā ar psihotiskiem pacientiem. Ieteicamas 4-8 sesijas. Ieteicamas arī mākslas terapijas grupu nodarbības 1-2 reizes nedēļā 4 nedēļu periodā, ja vien tas nesagādā grūtības pacientam. Terapijas mērķis ir palīdzēt veidot jaunus kontaktus ar apkārtējiem, palīdzēt pacientam izteikt sevi un organizēt savu pieredzi estētiskā veidā, palīdzēt pieņemt un izprast jūtas, kas rodas radošā procesā.
- 16.8. Ambulatori pirmās šizofrēnijas epizodes pacients var tikt ārstēts Dienas stacionārā ar multiprofesionālu komandu. Multiprofesionālās komandas vadītājs ir psihiatrs.
 - 16.8.1. Psihiatriskās rehabilitācijas procesā var tikt iesaistīti multiprofesionālas komandas speciālisti – psihoterapeits, klīniskais psihologs, ergoterapeits, fizioterapeits, mākslas terapeiti pēc klīniskās nepieciešamības.

- 16.8.2. Multiprofesionālās komandas apspriedēs regulāri (ieteicams 1 reizi nedēļā) jāvērtē ārstēšanas un rehabilitācijas procesa efektivitāti. Jāvērtē līdzestību terapijas procesā un iesaistīšanos psiholoģiskajās intervencēs.

17.Psiholoģiskas intervences stacionētam pacientam.

Sekundārās aprūpes līmenis.

Svarīgi! Nerekomendē izolēti psiholoģiskās intervences psihotisku traucējumu ārstēšanā.

Klīniskās kontrindikācijas psiholoģiskai intervencei ir psihomotors uzbudinājums, agresīva un naidīga uzvedība psihotisku pārdzīvojumu iespaidā, murgu idejas ar medicīniskā personāla iesaisti idejās, katatoni traucējumi. Psiholoģiskās intervences uzsākt pēc šo traucējumu klīniskās intensitātes samazināšanās.

Psiholoģiskās intervences skatīt 16.1.-16.6.

18.Psihiskā stāvokļa izmaiņu vērtēšana ambulatori

Sekundārās aprūpes līmenis.

- 18.1. Antipsihotisko līdzekli vēlams uzsākt ar mazu devu, pakāpeniski to paaugstinot. Devas paaugstināšanas laikā jāvērtē gan pozitīvo, gan negatīvo, gan kognitīvo u.c. simptomu izmaiņas, blakusparādības, kā arī līdzestība terapijas procesam.
- 18.2. Izvērtēt medikamentozās ārstēšanas un psiholoģisko intervenču efektivitāti uz šizofrēnijas simptomiem ne retāk kā reizi nedēļā. APL efektivitāti vērtēt 2-4 nedēļu periodā.
- 18.3. Vērtēt un apspriest ar pacientu APL esošās un iespējamās blaknes (skatīt 19.3-19.5.).
- 18.4. Izvērtēt komorbīdos traucējumus – trauksmi, miega traucējumus un ārstēt tos.

19.Psihiskā stāvokļa izmaiņu vērtēšana stacionārā

Sekundārās vai terciālais aprūpes līmenis.

- 19.1. Antipsihotisko līdzekli vēlams uzsākt ar mazu devu, pakāpeniski to paaugstinot. Devas paaugstināšanas laikā jāvērtē gan pozitīvo, gan negatīvo, gan kognitīvo u.c. simptomu izmaiņas, blakusparādības, kā arī līdzestība terapijas procesam.
- 19.2. Izvērtēt medikamentozās ārstēšanas un psiholoģisko intervenču efektivitāti uz šizofrēnijas simptomiem ne retāk kā reizi nedēļā. APL efektivitāti vērtēt 2-4 nedēļu periodā.
- 19.3. Vērtēt un apspriest ar pacientu APL esošās un iespējamās blaknes. Blakņu monitorēšana:
- 19.3.1. Svars, vidukļa apkārtmērs, KMI, pulss un arteriālais asins spiediens
- 19.3.2. Klīniskā asins aina, asins bioķīmija (glikoze (tukšā dūšā); ja ir metabolie riska faktori (HbA1c, asins lipīdu profils); ja tiek nozīmēts APL ar augstu hiperprolaktinēmijas risku, jākontrolē prolaktīns.

19.3.3. EKG veikt gadījumos, ja tas prasīts medikamenta aprakstā, ja pacientam vai viņa pirmās pakāpes radiniekiem anamnēzē ir sirds darbības traucējumi vai izmaiņas EKG, kā arī, ja pacientam ir paaugstināts arteriālais asinsspiediens

19.3.4. Novērtēt un dokumentēt jebkādu kustību traucējumus.

19.4. Ieteicamais APL somatisko blakņu monitorēšanas biežums:

	Pirms terapijas uzsākšanas	Terapijas laikā
Cukura diabēts	Precizēt diabēta riska faktorus, glikozes līmenis asinīs	Glikozes vai glikolizētā hemoglobīna noteikšana ik 3 mēnešus
Paaugstināts lipīdu līmenis asinīs	Lipīdu līmenis asinīs	Lipīdu līmenis asinīs pēc 3 mēnešiem, tad ik gadu
QT intervāla pagarināšanās	EKG (īpaši ziprasidons, sertindols)	EKG (ziprasidons, sertindols, klozapīns, risperidons u.c. APL), vismazreizpusgadā. Nozīmētais medikaments ir jāmaina, ja QTc ir >450/470 – 500 ms vai tas ir palielināts vairāk par 30 – 60 ms.
Ķermeņa svara kontrole (aptaukošanās)	Noteikt ķermeņa svaru Mērīt vidukļa apkārtmēru	Kontrolēt ķermeņa svaru katru mēnesi, vidukļa apkārtmēru katru gadu
Arteriāla spiediena un pulsa kontrole (hipertensija, hipotensija)	Mērīt arteriālo asinsspiedienu un pulsu	Kontrolēt pulsu un arteriālo asinsspiedienu pēc 4, 12 nedēļām, tad reizi pusgadā
Hiperprolaktinēmija	Anamnēze un objektīvās izpausmes, prolaktīna līmenis asinīs (sulpirīds, amisulprīds, risperidons u.c.)	Objektīvās pazīmes (izmaiņas krūts dziedzeros, apmatojumā) katrā vizītē, prolaktīna līmenis reizi 3-6 mēnešos (prolaktīnu nesaudzējošiem APL)
Katarakta	Oftalmologa konsultācija (vecākiem par 40g.)	Līdz 40g.v. ik 2. gadus, pēc 40 g.v. 1 reizi gadā oftalmologa konsultācija
Agranulocitose (īpaši klozapīns)	Asins analīze uzsākot	Asins analīzes pēc shēmas (klozapīns), citiem APL reizi 6 – 12 mēnešos
Elektroencefalogrāfija – pie klīniskām indikācijām pirms terapijas uzsākšanas, tad reizi gadā		
Grūtniecības tests – pozitīvi vai neskaidri anamnēzes dati par grūtniecību, biežums pēc klīniskās nepieciešamības		

19.5. Ekstrapiramidālā sindroma gadījumā (akūta distonija, neiroleptiskais parkinsonisms, akatizija) jāpievieno antiholinerģiski medikamenti – Tabl. Trihexiphenidyli, Tabl. Biperideni vai sol. Akinetoni i/m, kombinējot ar īslaicīgi ar benzodiazepīniem (p/o vai i/m) vai propranololu, jāsamazina antipsihotika deva vai tas jāmaina uz citu, vai jāatceļ antipsihotīki.

19.5.1. Tardīvās diskinēzijas gadījumā nozīmējami benzodiazepīni (diazepams, klonazepams) un antiholinerģiski medikamenti, izvērtēt beta- blokatoru nozīmēšanas indikācijas.

19.5.2. Neiroleptiskā malignā sindroma gadījumā jāatceļ APL, intensīva dezintoksikācija un simptomātiska terapija, pārvešana uz Multiprofilu stacionāra intensīvās terapijas nodaļu.

19.6. Izvērtēt komorbīdos traucējumus – trauksmi, miega traucējumus un ārstēt tos.

20.Pirmreizējas psihozes vai šizofrēnijas epizodes terapija ir efektīva. Balstterapija ambulatori

Sekundārās aprūpes līmenis.

Turpināt šizofrēnijas balstterapiju un rehabilitāciju pie ambulatorā psihiatra vai Dienas stacionārā. Sadarbībā ar ģimenes ārstu monitorēt somatisko stāvokli.

- 20.1.Pēc pirmreizējas šizofrēnijas epizodes 6- 12 mēnešus rekomendē turpināt APL profilaktisko terapiju pēc simptomātiskas remisijas, tad pakāpeniski mazināt APL devu un to atcelt.
- 20.2.Remisija pēc pirmās šizofrēnijas epizodes - psihotiskie traucējumi, uzvedības traucējumi un citi psihiski traucējumi ir būtiski mazinājušies vai pilnībā koriģējušies uz ārstēšanas fona.
- 20.3.Pilna izveseļošanās (*recovery*), ja psihiski traucējumi nav novēroti ilgāk par 5 gadiem.

21.APL terapija nav efektīva. APL nomaiņa. Vērtēt nepieciešamību ārstēties stacionārā

Sekundārās aprūpes līmenis.

Ja ambulatori nozīmētais APL nav būtiski mazinājis šizofrēnijas simptomātikas intensitāti (CGI-I “3”, “4”, “5”), vērtēt / paaugstināt tā devu vai mainīt uz citu APL.

CGI- I (Clinical Global Impression - Improvement, Kopējais klīniskais iespaids – traucējumu uzlabošanās): 1-ļoti izteikta uzlabošanās, kopš terapijas sākuma; 2- izteikta uzlabošanās; 3- minimāla uzlabošanās, 4-nav izmaiņu kopš ārstēšanas sākuma; 5-minimāla pasliktināšanās; 6 izteikta pasliktināšanās; 7-ļoti izteikta pasliktināšanās.

- 21.1.Jāvērtē simptomu izmaņas, blakusparādības, kā arī līdzestība terapijas procesam.
- 21.2.Izvērtēt nepieciešamību pacientu stacionēt psihiatriskā stacionārā, ja CGI-I ir no “4” līdz “7”, izsaucot NMP vai izsniedzot nosūtījumu uz stacionāru.
- 21.3.Jāizvērtē medikamentu lietošanu/līdzestību, iespējamās medikamenta mijiedarbības, alkohola vai PAV (t.sk. nikotīna) lietošanu, pārrunāt šos jautājumus ar pacientu
- 21.4.Terapija daļēji efektīva – paaugstināt APL devu vai mainīt uz citu APL ar atšķirīgu darbību, titrējot tā devu. Izvērtēt Tabl.Sertindol (12-16mg) nozīmēšanas iespēju. Izvērtēt APL klīnisko efektu 4-6 nedēļu periodā.
- 21.5.Ja pacients nav līdzestīgs vai nevēlas lietot perorālos APL, nozīmēt ilgas darbības tipisko vai atipisko APL injekcijas.

Izvērtēt ilgas darbības atipisko APL nozīmēšanas iespēju. Pirmās (otrās, trešās) epizodes pacientiem priekšroka dodama atipisko antipsihotiķu ilgas darbības injekcijām, kurām ir gan labs antipsihotiskais efekts, gan labvēlīgāks blakņu profils. Ilgas darbības APL injekcijas: Paliperidon (iekļauts zāļu kompensācijas sarakstā); nav iekļauti kompensācijas sarakstā: Risperidon; Olanzapin; Aripiprazol.

22.APL terapija nav efektīva. Turpina ārstēties stacionārā. APL nomaiņa uz 2.izvēles APL

Sekundārās aprūpes līmenis.

- 22.1.Ja stacionārā nozīmētais APL ir daļēji efektīvs vai nav efektīvs, tas nav būtiski mazinājis šizofrēnijas simptomātikas intensitāti (CG-I „4” līdz „7”), vērtēt efektivitāti, paaugstināt tā devu vai mainīt uz citu APL, pakāpeniski pielāgojot devu. Straujāk kāpināt devas. Efektivitāti vērtēt katru nedēļu 4-6 nedēļu periodā.
- 22.2.Jāvērtē simptomu izmaiņas, blakusparādības, kā arī līdzestība terapijas procesam. Diagnosticēt un ārstēt komorbīdos traucējumus.
- 22.3.Piedāvāt psihosociālās intervences, ja pacients tās nav saņēmis, ja tās ir pieejamas, skatīt 16.1.-16.6.

23.APL terapija nav efektīva. Kombinēt 2 APL. Vērtēt nepieciešamību ārstēties stacionārā

Sekundārās aprūpes līmenis.

Jāvērtē simptomu izmaiņas, blakusparādības, kā arī līdzestība terapijas procesam.

- 23.1.Ja ambulatori nozīmētais APL nav būtiski mazinājis šizofrēnijas simptomātikas intensitāti (CGI-I “3”, “4”, “5”), kombinēt 2 APL efektīvā devā, vērtēt efektu 4-8 nedēļu periodā.
- 23.2.Izvērtēt nepieciešamību pacientu stacionēt psihiatriskā stacionārā, ja CGI-I ir no “4” līdz “7”, izsaucot NMP vai izsniedzot nosūtījumu uz stacionāru.
- 23.3.Jāizvērtē medikamentu lietošanu/līdzestību, iespējamās medikamenta mijiedarbības, alkohola vai PAV (t.sk. nikotīna) lietošanu, pārrunāt ar pacientu.
- 23.4.Ja pacients nav līdzestīgs vai nevēlas lietot perorālos APL, nozīmēt ilgas darbības tipisko vai atipisko APL injekcijas.

24.APL terapija nav efektīva. Kombinēt 2 APL

Sekundārās vai terciālās aprūpes līmenis

Pacients turpina ārstēties stacionārā. Blakņu monitorēšana un novēršana.

- 24.1.Ja APL nav būtiski mazinājis šizofrēnijas simptomātikas intensitāti (CGI-I “3”, “4”, “5”), kombinēt divas APL vai kombinēt perorālu antipsihotiķi ar ilgas darbības APL injekcijām.
- 24.2.Efektivitāti vērtēt 6-8 nedēļu periodā. Ja nav efektīvs, nozīmēt klozapīnu. Vērtēt psihisko stāvokli, ja ir terapeitiski rezistenta pirmreizēja psihoze / šizofrēnijas epizode, skatīt terapeitiski rezistentas šizofrēnijas algoritmu.

25.Psihotisko traucējumu remisija

Primārais aprūpes līmenis.

Turpināt ārstēšanos pie ģimenes ārsta vai citas specialitātes ārsta. Ģimenes ārsts sadarbībā ar psihiatru monitorē somatisko stāvokli.

26. Ārstēšanās pie ģimenes ārsta. Somatiskā un psihiskā stāvokļa monitorēšana

Primārais aprūpes līmenis

Ja ir stabils psihiskais stāvoklis, turpināt psihiatra uzsākto APL šizofrēnijas balstterapiju. Atkārtota psihiatra konsultācija ne retāk kā 1 reizi pusgadā.

- 26.1. Sekot līdz APL iespējamām blaknēm, plānveidā nosūtīt uz izmeklējumiem (skatīt 19.4.).
- 26.2. Indikācijas sūtīšanai pie psihiatra – nepietiekams APL efekts, līdzestības trūkums terapijai, izteiktas APL blaknes, nepieciešamība saņemt psiholoģiskas intervences (ierobežoti pieejamas Latvijā kā valsts apmaksāts pakalpojums), pacients lieto PAV, paškaitējoša vai agresīva uzvedība vai augsts tās risks.

Atsauces

Šica K, Pulmanis T, Taube M. Psihiskā veselība Latvijā 2016. gadā, Tematisks ziņojums, Slimību profilakses un kontroles centrs, Rīga, 2017
https://www.spkc.gov.lv/upload/Psihiska_veseliba_faili/tz_pvl_2016_final.pdf (skatīts 2018. gada 19. novembrī)

Pasaules Veselības organizācijas 2015. gada izdevums "International statistical classification of diseases and related health problems – 10th revision, Fifth edition 2016, Volume 1
http://www.spkc.gov.lv/ssk10/rsc/SSK_1_levads.pdf 2016

¹Sadock BJ, MD, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10th edition.
Lippincott Williams and Wilkins and Wolter Kluwer Health, 2009. Pages 1470.

¹Semple D, Smyth R. Oxford Handbook of Psychiatry, 3rd ed. (Oxford Medical Handbooks).
Oxford University Press, Oxford, 2013.

¹Psychosis and schizophrenia in adults Treatment and management. The NICE, updated edition 2014. Guideline Number 178 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>

¹[Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG et al.](#) EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses, 2015. <https://www.europsy.net/wp-content/uploads/2013/11/2.-EPA-Guidance-on-the-early-intervention-in-clinical-high-risk-states-of-psychoses.pdf>

¹[Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ et al.](#) EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses, 2015. <https://www.europsy.net/wp-content/uploads/2013/11/3.-EPA-Guidance-on-the-early-detection-of-clinical-high-risk-states-of-psychoses.pdf>

¹Gary Remington et al. Canadian Schizophrenia Guidelines.
Guidelines for the Pharmacotherapy of Schizophrenia in Adults, 2017

¹[Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, Thibaut F, Möller HJ; WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Schizophrenia.](#)
World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)
guidelines for biological treatment of schizophrenia - a short version for primary care. 2017
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28498090>

¹Ala Alwan, Benedetto Saraceno, Shekhar Saxena et al. World Health Organisation. MHGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. https://www.paho.org/mhgap/en/Psychosis_flowchart.html?reload

¹Alkomiet Hasan, Peter Falkai, Thomas Wobrock, Jeffrey Lieberman, Birte Glenthøj, Wagner F. Gattaz, Florence Thibaut, Hans-Jürgen Möller & the WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Schizophrenia. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. https://www.wfsbp.org/fileadmin/user_upload/Treatment_Guidelines/WFSBP_SZ_Guidelines_Part1_2012.pdf

¹E. Terauds, E. Rancans, R. Andrežina, B. Kupča, I. Ķiece, I. Zārde, N. Bezborodovs

Šizofrēnijas diagnostika un ārstēšana. 3.izdevums Latvijas Psihiatru asociācija. 2014. 39 lpp.

¹Elektrokonvulsīvā terapija vispārējā anestēzijā ar miorelaksantiem (Modificētā EKT).
<http://www.vmnvd.gov.lv/lv/datu-bazes/rstniecib-izmantojamo-medicnisko-tehnolojiu-datu-bze/13-psihiatrijas-un-psihoterapijas-mediciniskie-pakalpojumi/297-pielikumi-izverstie-mediciniskas-tehnologijas-metodes-apraksti-un-citi-materiali/elektrokonvulsiva-terapija-vispareja-anestezija-ar-miorelaksantiem-modificeta-ekt>
