

Klīniskais algoritms

Atkārtotas šizofrēnijas epizodes atpazīšana, vadīšana un ārstēšana

Autors psihiatrs Elmārs Tērauds

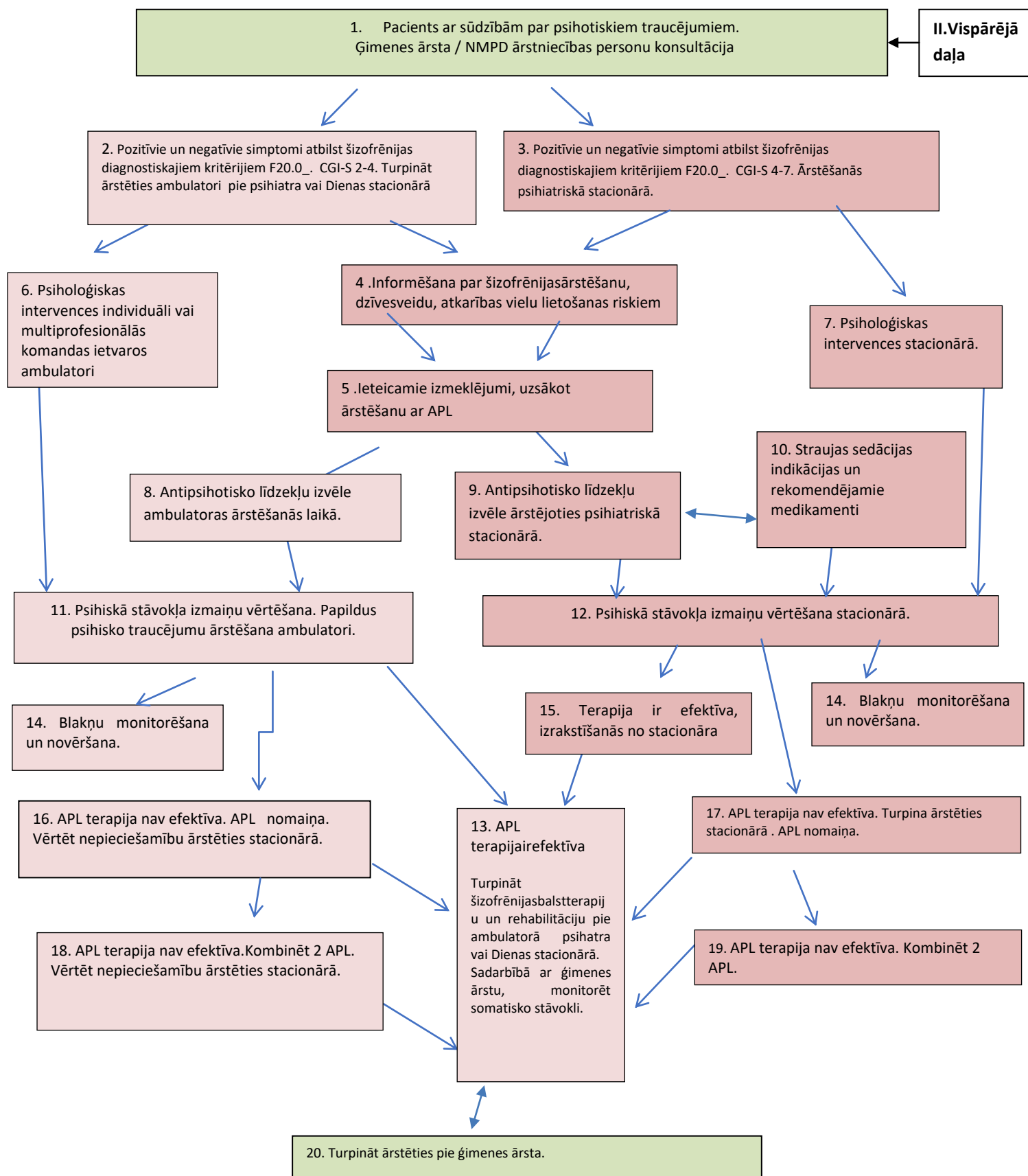
Darba grupa psihiatra Elmāra Tērauda vadībā: psihiatrs Ņikita Bezborodovs; psihiatrs Aigars Kišuro; ģimenes ārste Līga Kozlovska; neirologs Ainārs Stepens; ģimenes ārsts Edgars Tirāns; klīniskā psiholoģe prof. Ieva Bite; psihiatrs prof. Elmārs Rancāns; psihiatrs prof. Māris Taube.

Saturs

I. Algoritma shēma	3
II. Vispārējā daļa.....	4
Saīsinājumi.....	4
Ievads	5
Šizofrēnijas diagnostiskie kritēriji pēc SSK-10 [1]	5
Paranoīdā šizofrēnija F20.0_	6
Nediferencētā šizofrēnija F20.3_	6
Šizofrēnijas norises veidi pēc SSK-10.....	6
Algoritma mērķi.....	7
Mērķgrupas	7
Pamatprioritātes ieviešot algoritmu	7
III.Rekomendācijas.....	8
Klīniskā algoritma apraksts	8
1.Pacients ar sūdzībām par psihotiskiem traucējumiem. Ģimenes ārsta /NMPD ārstniecības personu konsultācija.	8
2.Pozitīvie un negatīvie simptomi atbilst šizofrēnijas diagnostiskajiem kritērijiem F20.0_ . CGI-S 2-4. Turpināt ārstēties ambulatori pie psihiatra vai Dienas stacionārā.....	9
3.Pozitīvie un negatīvie simptomi atbilst šizofrēnijas diagnostiskajiem kritērijiem F20.0_ . CGI 4-7. Ārstēšanās psihiatriskā stacionārā.	9
4.Informēšana par šizofrēnijas ārstēšanu, dzīvesveidu, atkarības vielu lietošanas risku.....	10
5.Ieteicamie izmeklējumi, uzsākot ārstēšanu ar APL	10
6.Psiholoģiskas intervences individuāli vai multiprofesionālās komandas ietvaros ambulatori	11
7.Psiholoģiskas intervences stacionārā	11
8.Antipsihotisko līdzekļu izvēle ambulatorās ārstēšanās laikā.	12

9. Antipsihotisko medikamentu izvēle ārstējoties psihiatriskā stacionārā.....	13
10. Straujas sedācijas indikācijas un rekomendējamie medikamenti.	14
11. Psihiskā stāvokļa izmaiņu vērtēšana. Papildus psihisko traucējumu ārstēšana ambulatori.	14
12. Psihiskā stāvokļa izmaiņu vērtēšana stacionārā.....	15
13. APL terapija ir efektīva. Turpināt šizofrēnijas balstterapiju un rehabilitāciju pie ambulatorā psihiatra vai Dienas stacionārā. Sadarbībā ar ģimenes ārstu monitorēt somatisko stāvokli.....	15
14. Blakņu monitorēšana un novēršana.	16
15. Terapija ir efektīva, izrakstīšanās no stacionāra.	17
16. APL terapija nav efektīva. APL nomaina. Vērtēt nepieciešamību ārstēties stacionārā...	17
17. APL terapija nav efektīva. Turpina ārstēties stacionārā. APL nomaina.	18
18. Ambulatora APL terapija nav efektīva. Kombinēt 2 APL. Vērtēt nepieciešamību ārstēties stacionārā.	18
19. APL terapija nav efektīva. Kombinēt 2 APL.....	18
20. Turpināt ārstēties pie ģimenes ārsta.	19

I. Algoritma shēma



II. Vispārējā daļa

Saīsinājumi

AIP	agrīnas intervences programma
APL	antipsihotiskie līdzekļi (antipsihotiķi, neiroleptiķi)
ĀL	ārstniecības likums
CGI-I	<i>Clinical Global Impression - Improvement</i> , Kopējais klīniskais iespaids – traucējumu uzlabošanās
CGI-S	<i>Clinical Global Impression – 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>International statistical classification of diseases and related health problems – 10th revision</i>)

Ievads

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.

Algoritma izstrādāšanas mērķis.

Paranoīdas šizofrēnijas ārstēšanas algoritma mērķis ir veicināt 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.

Šizofrēnijas diagnostiskie kritēriji pēc SSK-10 [1]

Vismaz viens simptoms no zemāk minētajiem, kurš pastāv jau ilgāk par vienu mēnesi:

- domu atbāsis, 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 patients 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, neolģismi, 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 neiroleptiķu terapijas vai depresijas sekas
- uzvedības traucējumi, pasivitāte, bezdarbība, interešu un motivācijas zudums.

Paranoīdā šizofrēnija F20.0_

Biežāk diagnosticētā šizofrēnijas forma. Laika kritērijs: simptomu ilgums – 1 mēnesis.

Klīniskajā ainā, uzliesmojuma struktūrā dominē pozitīvie simptomi: paranoīdie (attiecību, vajāšanas, iedarbības) murgi; draudošas, pavēlošas verbālās pseidohalucinācijas, psihiskie automātismi (izvērsti vai atsevišķu simptomu veidā), retāk ožas vai garšas halucinācijas. Primāra negatīvā simptomātika paranoīdās šizofrēnijas ietvaros ir iespējama, tomēr biežāk negatīvā simptomātikas intensitāte pieaug ar katru uzliesmojumu. Nepārtrauktas norises paranoīdās šizofrēnijas gadījumā ārstēšanas rezultātā izdodas vienīgi samazināt pozitīvo simptomu intensitāti, bet neizdodas pilnībā panākt atveseļošanos, kāda raksturīga epizodiskas norises pacientiem.

Nediferencētā šizofrēnija F20.3_

Laika kritērijs viens mēnesis. Pacienta klīniskajā ainā ir polimorfa pozitīvā un negatīvā simptomātika, kas apgrūtina kādas no augstāk minēto šizofrēnijas formu precizēšanu. Norise biežāk epizodiska, ar straujāku negatīvās simptomātikas attīstību, ar psidoneirotisku un pseidopsihopātisku traucējumu klātbūtni. Bieži diagnostiku apgrūtina atkarības vielu ietekme uz pacienta personību un psihotiskajiem simptomiem.

Šizofrēnijas norises veidi pēc SSK-10

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

Algoritma mērķi

1. Uzlabot Paranoīdas šizofrēnijas pacientu vadīšanu, ārstēšanu un aprūpi primārās un sekundārās veselības aprūpes līmenī Latvijā
2. Sekmēt mērķtiecīgāku, koordinētāku pacienta ar Paranoīdu šizofrēniju virzību veselības aprūpes sistēmā, kā arī efektīvu sadarbību starp dažādu specialitāšu ārstiem, sadarbību ar rehabilitācijas dienestiem, sociāliem dienestiem, mazinot vēlīnas diagnostikas un invalidizācijas riskus
3. Racionāli izmantot ārstniecības, aprūpes iespējas, mērķtiecīgi izmantojot uz pierādījumiem balstītas metodes
4. Mazināt nelietderīgu veselības aprūpes resursu izmantošanu, optimizēt pacienta vadīšanas, ārstēšanas un aprūpes plānu.

Mērķgrupas

1. Psihiatri
2. Ģimenes ārsti
3. Bērnu psihiatri
4. Klīniskie un veselības psihologi un psihoatriskās rehabilitācijas speciālisti
5. Neurologi, psihoterapeiti, citu specialitāšu ārsti
6. NMPD ārstniecības personas
7. Sociālo dienestu speciālisti
8. Pacienti un viņu tuvinieki, atbalsta personas

Pamatprioritātes ieviešot algoritmu

Pamatā algoritma prioritāte ir organizēt pacienta ar Paranoīdu šizofrēniju mērķtiecīgu virzību veselības aprūpes sistēmā, nodrošinot efektīvu ambulatoro un stacionārā strādājošu psihiatru sadarbību ar ģimenes ārstu, sekmēt psihiatriskās rehabilitācijas un psihosociālo intervenču ieviešanu, sociālo pakalpojumu racionālu izmantošanu, lai mazinātu nelietderīgu un pacientam apgrūtināšu pakalpojumu sniegšanu.

III.Rekomendācijas

Klīniskā algoritma apraksts^{vviviviiiixx}

1.Pacients ar sūdzībām par psihotiskiem traucējumiem. Ģimenes ārsta /NMPD ārstniecības personu konsultācija.

Primārās aprūpes līmenis.

Pacients ar sūdzībām par psihotiskiem simptomiem, 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. Un/vai konstatējami primāri negatīvie simptomi – apātija, runas nabadzība, autisms, emociju nobalējums vai neadekvātums, kā arī sociāla norobežošanās, gribas aktivitātes pazemināšanās.

Informāciju par pacienta psihiskā stāvokļa izmaiņām, uzvedību un sociālā stāvokļa pārmaiņām var saņemt no ģimenes, tuviniekiem, citu specialitāšu ārsta, klīniskā psihologa, policijas, sociālā dienesta u.c. No ģimenes un tuviniekiem ieteicams ievākt katamnēzes datus par pacienta sadzīves stresoriem, atkārtota šizofrēnijas paasinājuma provocējošiem faktoriem (neregulāru medikamentu lietošanu, medikamentu lietošanas pārtraukšanu, alkohola vai psihoaktīvu vielu lietošanu, galvas traumām u.c.)

- 1.1.Svarīgi ir arī katamnēzes dati par iespējamām atkārtota šizofrēnijas epizodes prodroma simptomiem: samazinātu interesi par ikdienas aktivitātēm, darbu, sociālu komunikāciju, pavājināta higiēnas normu ievērošana. Mainās komunikācija ar ģimeni. Sūdzības par miega traucējumiem, dažādiem trauksmes simptomiem, nomāktu garastāvokli. Iespējamās pārmaiņas impulsu kontroles jomā, iespējama agresija vai pasivitāte.
- 1.2.Ģimenes ārsts veic sākotnēju katamnēzes datu un psihiskā stāvokļa izvērtējumu. Ja tiek konstatēta psihiskā stāvokļa pasliktināšanās / atkārtotas šizofrēnijas epizodes simptomātika, rekomendējama nosūtīšana pie psihiatra vai jāorganizē stacionēšana psihiatriskā slimnīcā.

Svarīgi! Konsultējot pacientu ir jājautā par psihoaktīvu vielu lietošanu, kā arī par iepriekš konstatētiem psihiskiem traucējumiem.

Svarīgi! Ja ir pašnāvības risks vai agresīva uzvedība, nekavējoties organizēt pacienta stacionēšanu psihiatrijas nodaļā.

- 1.3.Neatliekamās medicīnas palīdzības dienesta ārstniecības personu uzdevums ir izvērtēt indikācijas neatliekamai stacionēšanai psihiatriskā stacionārā psihotisko traucējumu dēļ (skat.punktu 3.1.1.). NMPD etapā speciālistiem ir jābūt gataviem strādāt paaugstināta emocionālā stresa apstākļos.
- 1.3.1. Fiziska apdraudējuma gadījumos (agresija, naidīgums, bēgšana no NMPD ārstniecības personām - pacientu un apkārtējo drošību apdraudošu halucināciju vai murgu ideju iespaidā u.c.) jāpiesaista policijas darbinieki.
- 1.3.2. Ja psihotiskais pacients veicis pašnāvības mēģinājumu vai arī viņam ir komorbīda, klīniski nozīmīga somatiska saslimšana, pacients primāri jānogādā somatiska stacionāra Uzņemšanas nodaļā, lai tiktu precizēta somatisko traucējumu diagnoze un uzsākta to ārstēšana.
- 1.3.3. NMPD ārstniecības personai savas kompetences robežās ir jāizvērtē nepieciešamība pacientu nogādāt psihiatriskā stacionārā neatliekamā kārtā / pretēji pacienta gri-

bai, ja veselības traucējumi ir atbilstoši Ārstniecības likuma 68.panta normām, tomēr lēmumu par stacionēšanu pret pacienta gribu pieņem psihiatrs Uzņemšanas nodaļā.

- 1.3.4. 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.

2.Pozitīvie un negatīvie simptomi atbilst šizofrēnijas diagnostiskajiem kritērijiem F20.0_ . CGI-S 2-4. Turpināt ārstēties ambulatori pie psihiatra vai Dienas stacionārā.

Sekundārās aprūpes līmenis.

Psihiatrs izvērtē un apraksta katamnēzes datus, psihisko stāvokli, kā arī somatisko un neiroloģisko stāvokli. Psihiatrs noformulē diagnozi atbilstoši SSK-10 klasifikācijai.

2.1.Šizofrēnijas diagnostiskie kritēriji pēc SSK-10

Vismaz viens simptoms no zemāk minētajiem, kurš pastāv jau ilgāk par vienu mēnesi:

- domu atbāsis, 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 („māzie”) 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 nobālējums vai neadekvātums, kā arī sociāla norobežošanās, gribas aktivitātes pazemināšanās, ambivalence; dotie traucējumi nav neiroleptiķu terapijas vai depresijas sekas
- uzvedības traucējumi, pasivitāte, bezdarbība, interešu un motivācijas zudums

2.2.Atkārtotas šizofrēnijas epizodes (uzliesmojuma) smagums vērtējams 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).

3.Pozitīvie un negatīvie simptomi atbilst šizofrēnijas diagnostiskajiem kritērijiem F20.0_ . CGI 4-7. Ārstēšanās psihiatriskā stacionārā.

Sekundārās aprūpes līmenis.

Psihiatrs izvērtē un apraksta katamnēzes datus, psihisko stāvokli, kā arī somatisko un neiroloģisko stāvokli. Psihiatrs noformulē diagnozi atbilstoši SSK-10 klasifikācijai.

3.1. Stacionēšanas klīniskās indikācijas^{xi}:

3.1.1. 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
- Nepieciešamība būtiski mainīt antipsihotisko terapiju, ja ambulatori to veikt nav iespējams

3.1.2. atvērta tipa psihiatriskā stacionārā (nodaļā), ja:

- Nepietiekama līdzestība nozīmētajai terapijai ambulatori
- Nepieciešama medikamentu pielāgošana, kas nav veicama ambulatori
- Mēreni izteikti psihotiski, depresīvi, maniakāli traucējumi

4. Informēšana par šizofrēnijas ārstēšanu, dzīvesveidu, atkarības vielu lietošanas risku

Sekundārās aprūpes līmenis.

Pacienta un ģimenes informēšana par iespējam ārstēt ar antipsihotiskajiem līdzekļiem, par psiholoģisko intervenču izmantošanu - par šo metožu efektivitāti un iespējamām blaknēm.

4.1. Ieteikt informatīvus materiālus par psihotiskiem traucējumiem un šizofrēniju (piemēram: www.nenoversies.lv)

4.2. 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.

5. Ieteicamie izmeklējumi, uzsākot ārstēšanu ar APL

Sekundārās aprūpes līmenis.

5.1. Svars, vidukļa apkārtmērs, KMI, pulss un arteriālais asins spiediens

5.2. 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.

5.2.1. 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

5.3. Novērtēt un dokumentēt jebkādu kustību traucējumus.

6.Psiholoģiskas intervences individuāli vai multiprofesionālās komandas ietvaros ambulatori

Sekundārās aprūpes līmenis.

- 6.1. Atbalsta psihoterapiju izmantot šizofrēnijas pacientiem, ja nav pieejama KBT vai citas psihoterapijas metodes.
- 6.2. Otrās vai trešās epzides pacientiem ieteicams izvērtēt Agrīnas intervences programmas uzsākšana iespējas (skatīt Pirmreizējas psihozes algoritmu).
- 6.3. 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), izņemot Dienas stacionārā. Terapijas mērķis ir palīdzēt atpazīt saikni/atšķirību starp pacienta domām, sajūtām, uzvedību un psihotiskajiem simptomiem un nepareizu uzvedību.

KBT var palīdzēt pacientam arī mazināt negatīvo simptomu intensitāti. Normalizēt, palīdzēt izprast un pieņemt pacienta iepriekšējo pieredzi, veicināt alternatīvas stresa pārvarēšanas (*co-ping*) stratēģijas, mazināt distresu, uzlabot funkcionēšanu

- 6.4. Ja ir lietderīgi, uzsākt ģimenes intervenci. Izvērtēt vecāku/ģimenes un pacienta savstarpējās attiecības. Atbalstīt, informēt ģimeni par ārstēšanu, pārrunāt problēmu un krīzes situāciju risināšanu.
- 6.5. Var tikt rekomendēta mākslas terapija, ko realizē mākslas terapeits ar iepriekšēju pieredzi darbā ar psihotiskiem pacientiem. Ieteicamas mākslas terapijas grupu nodarbības, 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.
- 6.6. Svarīgi! Nerekomendē izolēti psiholoģiskās intervences psihotisku traucējumu ārstēšanā
- 6.7. Ambulatori atkārtotas šizofrēnijas epizodes pacients var tikt ārstēts Dienas stacionārā ar multiprofesionālu komandu.
 - 6.7.1. Multiprofesionālās komandas vadītājs ir psihiatrs
 - 6.7.2. Psihiatriskās rehabilitācijas procesā var tikt iesaistīti multiprofesionālas komandas speciālisti - klīniskais psihologs, psihoterapeits, ergoterapeits, fizioterapeits, mākslas terapeiti pēc klīniskās nepieciešamības.
 - 6.7.3. Uzsākt psihiatrisko rehabilitāciju atkārtotas šizofrēnijas epizodes pacientam nepieciešams sastādīt rehabilitācijas plānu, nosakot mērķus.
 - 6.7.4. Multiprofesionālās komandas apspriedēs regulāri vērtēt ārstēšanas un rehabilitācijas procesa efektivitāti. Vērtēt līdzestību terapijas procesā un iesaistīšanos psiholoģiskajās intervencēs.

7.Psiholoģiskas intervences stacionārā

Sekundārās aprūpes līmenis.

Uzsākt psiholoģiskās intervences, ja ir pieejamas. Skatīt punktus 6.1., 6.2., 6.3.

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.

8. Antipsihotisko līdzekļu izvēle ambulatorās ārstēšanās laikā.

Sekundārās aprūpes līmenis.

Ja pacients balstterapijā lietojis APL, palielināt tā devu līdz optimālai devai, kas nodrošina antipsihotisko efektu.

- 8.1. Nozīmējot APL atkārtota šizofrēnijas uzliesmojuma pacientam, ieteicams ievērot monoterapijas principu. Ja tiek nozīmēti vairāki APL, kombinēšanu pamatot medicīniskajā dokumentācijā, izvērtēt mijiedarbības riskus.
- 8.2. Uzsākot APL, apspriest izvēli ar pacientu un nepieciešamības gadījumā arī ar ģimenes locekļiem.
- 8.3. Izvēloties APL, izvērtēt iespējamās blaknes: metabolie riski (svara pieaugums, diabēts); ekstrapiramidālās blaknes (akatizija, diskinēzija, distonija); kardiovaskulārās blaknes (iekļaujot QT intervāla pagarināšanos); izmaiņas hormonālajā sfērā (hiperprolaktinēmija).
- 8.4. Ja pacients nav lietojis balstterapijā APL, kā pamata antipsihotisko līdzekli uzsākt vienu no:
Tabl. Haloperidoli 10 – 15 mg, Tabl. Risperidoni (vai perorālais šķīdums 1mg/1ml) 4-8mg; Tabl. Olanzapini 10-30mg; Tabl. Quetiapini 400 – 1000 mg; Tabl. Amisulpridi (vai perorālais šķīdums 100mg/1ml) 600 - 1200mg; Tabl. Ziprasidoni 120-160mg; Tabl. Aripiprazoli 15 - 30mg; Tabl. Sertindoli 12-20mg; Tabl. Cariprazini 1,5-6mg. Devas jātitrē un jāpiemēro individuāli.
- 8.5. Ja pacientam klīniskajā ainā dominē pozitīvā simptomātika, izvēlēties atipisko APL - Tabl. Haloperidoli, Tabl. Risperidoni (vai perorālais šķīdums); Tabl. Olanzapini; Tabl. Amisulpridi
- 8.6. Ja pacientam novēro primāro negatīvo simptomātiku, izvēlēties atipisko APL Tabl. Aripiprazoli, Tabl. Amisulpridi vai Tabl. Cariprazini;
- 8.7. Uzsākt simptomātisku terapiju, ja tāda ir nepieciešama
 - 8.7.1. Antiholīnērgiskos medikamentus nenozīmēt uzreiz, kopā ar APL. Vērtēt to nepieciešamību dinamikā.
 - 8.7.2. Ja ir klīniski pamatoti, var tikt nozīmēts otrs APL simptomātiskai trauksmes, bezmiega u.c. traucējumu ārstēšanai nelielās devās, izvērtējot mijiedarbības.
 - 8.7.3. Ja ir klīniski pamatoti, var tikt nozīmēts benzodiazepīnu grupas medikaments simptomātiskai trauksmes, bezmiega u.c. traucējumu ārstēšanai.
- 8.8. Ja medikamenti tiek nozīmēti neregulārai lietošanai („pēc vajadzības”) – regulāri jāseko līdz to patēriņam un izrakstīšanas pamatotībai.
- 8.9. Antipsihotisko līdzekli vēlams uzsākt ar mazu devu, pakāpeniski to paaugstinot. Devas paaugstināšanas laikā jāvērtē simptomu izmaiņas, blakusparādības, kā arī līdzestība terapijas procesam. APL efektivitāti var vērtēt ar CGI-I. APL efektivitāti vērtēt 4 nedēļu periodā.
 - 8.9.1. CGI-I (Clinical Global Impression - Improvement; Kopējais klīniskais iespaids – uzlabošanās). 1=ļoti izteikta uzlabošanās, kopš terapijas sākuma; 2= izteikta uzlabošanās; 3= minimāla uzlabošanās; 4=nav izmaiņu kopš ārstēšanās sākuma; 5=minimāla pasliktināšanās; 6= izteikta pasliktināšanās; 7=ļoti izteikta pasliktināšanās.

9. Antipsihotisko medikamentu izvēle ārstējoties psihiatriskā stacionārā

Sekundārās aprūpes līmenis.

- 9.1. Ieteicams nozīmēt perorālus medikamentus, ja pacients ir līdzestīgs antipsihotiskais medikaments jāizvēlas, iespēju robežās izvēli pārrunājot ar pacientu un nepieciešamības gadījumā arī ar ģimenes locekļiem
- 9.2. Pacients ir jāinformē gan par nozīmētā medikamenta darbību un terapijas ieguvumu, gan par izvēlēto antipsihotisko medikamentu iespējamām blaknēm
- 9.3. Nozīmējot medikamentus atkārtota šizofrēnijas uzliesmojuma pacientam ieteicams ievērot monoterapijas principu. Ja tiek nozīmēti vairāki APL, kombinēšanu pamatot medicīniskajā dokumentācijā, izvērtēt mijiedarbības riskus.
- 9.4. Izvēloties APL, izvērtēt iespējamās blaknes: metabolie riski (svara pieaugums, diabēts); ekstrapiramidālās blaknes (akatzizija, diskinezija, distonija); kardiovaskulārās blaknes (iekļaujot QT intervāla pagarināšanos); izmaiņas hormonālajā sfērā (hiperprolaktinēmija).
- 9.5. Atkārtotas šizofrēnijas epizodes akūtā periodā stacionārā terapija var tikt uzsākta ar APL injekcijām: sol. Haloperidoli 0,5% 1ml līdz 3ml i/m diennaktī; Ziprasidon (Zeldox) 20mg i/m injekcijas vai Olanzapin (Zyprexa) 10mg i/m (izvairīties no kombinēšanas ar diazepam i/m), vai Aripiprazol (Abilify) 9.75mg/1,3ml i/m injekcijas.
 - 9.5.1. Atipisko APL injekcijas retāk izraisa EPS kā haloperidols injekcijās.
 - 9.5.2. i/m nozīmētos medikamentus iespējami ātri nomainīt uz orāli lietotiem medikamentiem (3-5 dienu laikā)
- 9.6. Ja pacients NAV lietojis balstterapijā APL un ir līdzestīgs terapijai, kā pamata antipsihotisko līdzekli uzsākt vienu no:
 - 9.7. Tabl. Risperidoni (vai perorālais šķīdums 1mg/1ml) 4-8mg; Tabl. Olanzapini 10-30mg; Tabl. Quetiapini 400 – 1000 mg; Tabl. Amisulpridi (vai perorālais šķīdums 100mg/1ml) 600 - 1200mg; Tabl. Ziprasidoni 120-160mg; Tabl. Aripiprazoli 15 - 30mg; Tabl. Sertindoli 12-20mg; Tabl. Cariprazini 1,5-6mg vai Tabl. Haloperidoli 10 – 15 mg. Devas jāitirē un jāpiemēro individuāli.
 - 9.8. Ja pacientam novēro klīniskajā ainā dominē pozitīvā simptomātika, izvēlēties tipisko APL - Tabl. Haloperidoli vai atipiskos antipsihotiskus Tabl. Risperidoni (vai perorālais šķīdums); Tabl. Olanzapini; Tabl. Amisulpridi.
 - 9.9. Ja pacientam novēro primāro negatīvo simptomātiku, izvēlēties atipisko APL Tabl. Amisulpridi, Tabl. Aripiprazoli vai Tabl. Cariprazini;
 - 9.10. Antipsihotisko līdzekli vēlams uzsākt ar mazu devu, pakāpeniski to paaugstinot. Devas paaugstināšanas laikā jāvērtē simptomu izmaiņas, blakusparādības, kā arī līdzestība terapijas procesam.
 - 9.11. Terapiju uzsākot nenozīmēt uzreiz lielas APL devas (“*rapid neuroleptisation*”), bet ja tās ir klīniski pamatotas, tad dokumentēt slimības vēsturē.
 - 9.12. Vērtēt APL terapijas efektivitāti 2-4 nedēļu periodā ar CGI-I (skatīt 7.7.1. punktu)
 - 9.12.1. Optimālu (efektīvu) medikamenta devu ieteicams lietot 4 – 6 nedēļas, tad lemt par APL turpināšanu vai devas mazināšanu.
 - 9.13. Izvērtēt nepieciešamību uzsākt modificēto elektrokonvulsīvo terapiju (katatoni traucējumi, augsts pašnāvības risks u.c.)^{xii}
 - 9.14. Uzsākt simptomātisku terapiju, ja tāda ir nepieciešama
 - 9.14.1. Antiholinēģiskos medikamentus nenozīmēt uzreiz, kopā ar APL. Vērtēt to nepieciešamību dinamikā.
 - 9.14.2. Ja ir klīniski pamatoti, var tikt nozīmēts otrs APL simptomātiskai trauksmes, bezmiega u.c. traucējumu ārstēšanai nelielās devās, izvērtējot mijiedarbības.
 - 9.14.3. Ja ir klīniski pamatoti, var tikt nozīmēts benzodiazepīnu grupas medikaments simptomātiskai trauksmes, bezmiega u.c. traucējumu ārstēšanai.

10. Straujas sedācijas indikācijas un rekomendējamie medikamenti.

Sekundārās aprūpes līmenis.

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

- 10.1. Ierobežojošu līdzekļu pielietošana notiek saskaņā ar ĀL 68.pantu. Dokumentēt ierobežojošu līdzekļu pielietojumu normatīvo dokumentu noteiktā kārtībā.
- 10.2. Izmantot nomierinošu sarunu nekairinošā / drošā vidē, lai nomierinātu pacientu.
- 10.3. Psiholoģisko intervenču neefektivitātes gadījumā nozīmēt benzodiazepīnus un/vai APL to korekcijai. Medikamentus nozīmēt perorāli vai parenterāli, ja nepieciešams.
- 10.4. 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.
- 10.5. Psihomotora uzbudinājuma gadījumā, akūtā psihiatrijas nodaļā medikamentu ievadīšana ieteicama i/m, papildus 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 reizi divās trijās dienās. Sedācijai var tikt izmantots arī kāds no antihistamīna līdzekļiem injekcijās.
- 10.6. Ātrāka sedatīva efekta nodrošināšanai var sol.Haloperidoli un sol.Diazepamī ievadīt i/v sistēmā ar fizioloģisko šķīdumu.

11. Psihiskā stāvokļa izmaiņu vērtēšana. Papildus psihisko traucējumu ārstēšana ambulatori.

Sekundārās aprūpes līmenis.

APL efektivitāti vērtē 2-4 nedēļu periodā. Atkārtotas akūtas šizofrēnijas epizodes gadījumā vizītes pie psihiatra ambulatoriem pacientiem ne retāk kā 1 reizi 2 nedēļās (vēlams reizi nedēļā), Dienas stacionārā - ārstēšanās un rehabilitācija multiprofesionālas komandas pārraudzībā

- 11.1. Izvērtēt medikamentozās ārstēšanas un psiholoģisko intervenču efektivitāti uz šizofrēnijas simptomiem
- 11.2. Vērtēt un apspriest ar pacientu APL esošās un iespējamās blaknes
- 11.3. Izvērtēt komorbīdos traucējumus – trauksmi, miega traucējumus, alkohola un PAV lietošanu
- 11.4. Ja lietotais APL ir efektīvs, tas koriģē šizofrēnijas un komorbīdos traucējumus, turpināt APL lietot 4-6 nedēļu periodā efektīvā devā, tad devu mazināt
- 11.5. Ja APL nav mazinājis šizofrēnijas simptomātikas intensitāti, vērtēt / paaugstināt tā devu vai mainīt uz citu APL
 - 11.5.1. Ja tiek mainīts APL, izvēlēties citu APL ar atšķirīgu darbības mehānismu /receptoru profilu, kas vairāk piemērots konkrētā pacienta šizofrēnijas simptomātikai vai blakņu riskam
 - 11.5.2. APL nomainīt pakāpeniski, neefektīvo APL pakāpeniski samazinot, jaunā APL devu vienlaicīgi audzējot
- 11.6. Pārrunāt ar pacientu tālākās ārstēšanas un psihiatriskās rehabilitācijas plānu

12.Psihiskā stāvokļa izmaiņu vērtēšana stacionārā.

Sekundārās aprūpes līmenis.

- 12.1.Izvērtēt medikamentozās ārstēšanas un psiholoģisko intervencu efektivitāti uz šizofrēnijas simptomiem ne retāk kā reizi nedēļā
- 12.2.Vērtēt un apspriest ar pacientu APL esošās un iespējamās blaknes
- 12.3.Izvērtēt komorbīdos traucējumus – trauksmi, miega traucējumus

13.APL terapija ir efektīva. Turpināt šizofrēnijas balstterapiju un rehabilitāciju pie ambulatorā psihiatra vai Dienas stacionārā. Sadarbībā ar ģimenes ārstu monitorēt somatisko stāvokli.

Sekundārās aprūpes līmenis.

Pārrunāt ar pacientu tālākās ārstēšanas un psihiatriskās rehabilitācijas plānu. Informēt, ka APL lietošana ieteicama vismaz 2 gadu periodā. APL lietošanas pārtraukšana 2 gadu periodā ir saistīta ar paaugstinātu atkārtota uzliesmojuma risku.

- 13.1.Informēt pacientu par psihiatriskās ārstēšanās un rehabilitācijas iespējām saudzīgā un vismazāk stigmatizējošā veidā.
- 13.2.Piedāvāt pacientam balstterapijā ilgās darbības APL injekcijas (Paliperidon, Aripiprazol). Informēt pacientu par iespējamiem ieguvumiem un riskiem.
- 13.3.APL efektivitāti vērtēt vismaz reizi gadā.
- 13.4.Remisijas uzturēšanai, persistējošu psihotisku vai negatīvo simptomu gadījumā rekomendējama KBT vai ģimenes terapija, ja tā ir pieejama. Valsts apmaksātu pakalpojumu ietvaros var tikt apmaksātas 8 vizītes gada laikā pie psihoterapeita vai klīniskā psihologa (ja ir pieejamas).
- 13.5.Antipsihotiķu ieteicamās devas ilgtermiņa ārstēšanai (balstterapijai)

	Sākuma deva	Pieņemšanas reizes	Mērķa deva pirmajā epizodē (mg / dienā)	Mērķa deva atkārtotās epizodēs (mg / dienā)	Maksimālā deva
Haloperidol	1-10	(1)-2	1-4	3-15	30
Fluphenazin	0.4-10	2-3	0.4-10	10-20	20- (40)
Flupenthixol*	2-10	1-3	2-10	10-20	60
Zuclopenthixol	2-50	1-3	2-10	25-50	75
Chlorpromazin	50 - 150	2-4	300-500	300-1000	1000
Amisulprid	200	(1)-2	100-300	400-800	1200
Risperidon	<4		2 - 8		
Paliperidon**	3 - 6	1	3 - 9	3 - 12	12
Olanzapin	5-10	1	5 - 15	5 - 20	20
Quetiapin	50	2 / 1	300 - 600	400 - 750	750

Ziprasidon	40	2	40 - 80	80 - 160	160
Aripiprazol	5-15	1	15 – (30)	15 - 30	30
Sertindol	4	1	12 - 20	12 - 24	24
Clozapin***	25	2-(4)	100 - 250	300 - 800	900
Cariprazin****	1,5	1	3-6	3-6	6

*Latvijā Flupentixol (tabletes) nav reģistrēts šizofrēnijas ārstēšanai, indikācijas ir depresija ar nemieru, astēniju un aktivitātes trūkumu; hroniskas neiropzes, psihosomatiski traucējumi. Sol.Fluanxol depo indikācija ir - uzturošā terapija šizofrēnijas vai citu psihožu gadījumos (informācija no zāļu apraksta).

**nav pietiekamu pētījumu datu par efektivitāti pirmās šizofrēnijas epizodes ārstēšanā, Latvijā pieejams Ilgas darbības injekciju veidā

***nav ieteicams pirmās epizodes pacientiem agranulocitozes riska dēļ

****ieteicams primāras negatīvās simptomātikas gadījumā

14.Blakņu monitorēšana un novēšana.

Sekundārās aprūpes līmenis.

14.1.Svars, vidukļa apkārtmērs, KMI, pulss un arteriālais asins spiediens

14.2.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.

14.2.1. 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

14.3.Novērtēt un dokumentēt jebkādu kustību traucējumus.

14.4.APL somatisko blakņu monitorēšana

	Pirms terapijas uzsākšanas	Terapijas laikā
Cukura diabēts	Precizēt diabēta riska faktoros, glikozes līmenis asinīs	Glukozes 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. APLL), vismaz reizi pusgadā. 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	Mērīt arteriālo asin-	Kontrolēt pulsu un arteriālo asinsspie-

kontrolē (hipertensija, hipotensija)	spiedienu un pulsu	dienu 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)
Hiperprolaktinēmija	Anamnēze un objektīvās izpausmes, prolaktīna līmenis asinīs	Objektīvās pazīmes katrā vizītē, prolaktīna līmenis reizi 3 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
Agranulocitoze (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		

- 14.4.1. Ekstrapiramidālā sindroma gadījumā (akūta distonija, neiroleptiskais parkinsonisms, akatizija) jāpievieno antiholīnēģiski medikamenti – Tabl. Trihexiphenidyli, Tabl. Biperideni 6-8mg/ dienā vai sol. Akinetoni 0,5%-1ml i/m, kombinējot ar īslaicīgi ar benzodiazepīniem (p/o vai i/m) vai propranololu, jāsamazina antipsihotiķa deva vai tas jāmaina uz citu, vai jāatceļ antipsihotiķi.
- 14.4.2. Tardīvās diskinēzijas gadījumā nozīmējami benzodiazepīni (diazepams, klonazepams) un antiholīnēģiski medikamenti, izvērtēt beta- blokatoru nozīmēšanas indikācijas.
- 14.4.3. Neuroleptiskā malignā sindroma gadījumā jāatceļ APL, intensīva dezintoksikācija un simptomātiska terapija, pārvešana uz Multipofilu stacionāra intensīvās terapijas nodaļu.

15. Terapija ir efektīva, izrakstīšanās no stacionāra.

Sekundārās aprūpes līmenis.

Ja lietotais APL ir efektīvs, tas koriģē šizofrēnijas un komorbīdos traucējumus, lemt par pacienta izrakstīšanu no stacionāra (CGI I “1” vai “2”).

15.1. Pārrunāt ar pacientu tālākās ārstēšanas un psihiatriskās rehabilitācijas plānu

15.2. Izsniegt izrakstu ambulatorajam psihiatram par turpmāk rekomendējamo terapiju

16. APL terapija nav efektīva. APL nomaina. 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

- 16.1.Izvērtēt medikamentu lietošanu/līdzestību, iespējamās medikamenta mijiedarbības, alkohola vai PAV (t.sk. nikotīna) lietošanu, pārrunāt ar pacientu
- 16.2.Vērtēt iespēju/nepieciešamību nozīmēt garas darbības ANL injekcijas
- 16.3.Ja tiek mainīts APL, izvēlēties citu APL ar atšķirīgu darbības mehānismu /receptoru profilu, kas vairāk piemērots konkrētā pacienta šizofrēnijas simptomātikai vai blakņu riskam
- 16.4.APL nomainīt pakāpeniski, neefektīvo APL pakāpeniski samazinot, jaunā APL devu vienlaicīgi audzējot
- 16.5.Izvērtēt nepieciešamību pacientu stacionēt psihiatriskā stacionārā, ja CGI I ir no “4” līdz “7”, izsaucot NMP vai izsniedzot nosūtījumu uz stacionāru.

17.APL terapija nav efektīva. Turpina ārstēties stacionārā. APL nomaiņa.

Sekundārās aprūpes līmenis.

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

- 17.1.Izvērtēt medikamentu lietošanu/līdzestību, iespējamās medikamenta mijiedarbības, alkohola vai PAV (t.sk. nikotīna) lietošanu, pārrunāt ar pacientu
- 17.2.Ja tiek mainīts APL, izvēlēties citu APL ar atšķirīgu darbības mehānismu /receptoru profilu, kas vairāk piemērots konkrētā pacienta šizofrēnijas simptomātikai vai blakņu riskam
- 17.3.APL nomainīt pakāpeniski, neefektīvo APL pakāpeniski samazinot, jaunā APL devu vienlaicīgi audzējot
- 17.4.APL efektivitāti vērtē 2-4 nedēļu periodā, ja ir efektīvs turpināt terapiju pietiekamā devā 4-6 nedēļas, tad vērtēt iespēju devu mazināt.

18.Ambulatora APL terapija nav efektīva. Kombinēt 2 APL. Vērtēt nepieciešamību ārstēties stacionārā.

Sekundārās aprūpes līmenis.

- 18.1.Izvērtēt medikamentu lietošanu/līdzestību, iespējamās medikamenta mijiedarbības, alkohola vai PAV (t.sk. nikotīna) lietošanu, pārrunāt ar pacientu
- 18.2. Izvērtēt nepieciešamību pacientu stacionēt psihiatriskā stacionārā, ja CGI I ir no “4” līdz “7”, izsaucot NMP vai izsniedzot nosūtījumu uz stacionāru.
- 18.3.Ja APL nav būtiski mazinājis šizofrēnijas simptomātikas intensitāti (CGI I “3”, “4”, “5”), kombinēt 2 APL, vai kombinēt perorālu antipsihotiķi ar ilgas darbības APL injekcijām, vai nozīmēt klozapīnu
- 18.4. Skatīt algoritmu „Terapeitiski rezistentas šizofrēnijas atpazīšana, vadīšana un aprūpe”

19.APL terapija nav efektīva. Kombinēt 2 APL.

Sekundārās aprūpes līmenis.

- 19.1.Divu APL terapija stacionārā nav bijusi efektīva. Izvērtēt medikamentu lietošanu/līdzestību, iespējamās medikamenta mijiedarbības, alkohola vai PAV (t.sk. nikotīna) lietošanu, pārrunāt ar pacientu.

- 19.2. Ja APL nav būtiski mazinājis šizofrēnijas simptomātikas intensitāti (CGI I “3”, “4”, “5”), kombinēt 2 APL, vai kombinēt perorālu antipsihotiķi ar ilgās darbības APL injekcijām, vai nozīmēt klozapīnu. Vērtēt psihisko stāvokli, ja ir terapeitiski rezistenta pirmreizēja psihoze / šizofrēnijas epizode, skatīt algoritmu „Terapeitiski rezistentas šizofrēnijas atpazīšana, vadīšana un aprūpe”.

20. Turpināt ārstēties pie ģimenes ārsta.

Primārās aprūpes līmenis.

Balstterapijas periodā rekomendējama psihiatra konsultācija ne retāk kā reizi pusgadā. Psihiatrs sniedz izrakstu ģimenes ārstam ar tālākās ārstēšanas rekomendācijām primārās aprūpes līmenī.

- 20.1. Ja pacients regulāri ārstējas pie ģimenes ārsta, tad ārpus kārtas psihiatra konsultācijas rekomendē, ja pacients nav līdzestīgs terapijai, no nozīmētas terapijas nav uzlabojuma, ja izteiktas ANL blaknes, ja pacients pastiprināti lieto alkoholu vai PAV, ja pacienta uzvedība ir apkārtējiem apdraudoša.
- 20.2. Ģimenes ārsts 2 gadu periodā pēc APL pārtraukšanas monitorē psihisko stāvokli.
- 20.3. Ģimenes ārsts balstterapijas laikā seko līdz šizofrēnijas pacienta somatiskajam stāvoklim. Īpaši vēršot uzmanību uz izmaiņām kardiovaskulārajā sistēmā, metabolo, endokrīno un respiratoro traucējumu riskiem. Konstatējot somatiskus traucējumus, informē par tiem psihiatru. Psihiatrs vērtē un nozīmē nepieciešamās APL terapijas izmaiņas.
- 20.4. Ja ģimenes ārsts konstatē atkārtotu šizofrēnijas epizodes sākumu (klīnisku simptomātikas pasliktināšanos), nosūta pacientu konsultācijai pie psihiatra vai organizē stacionēšanu, izsniedzot nosūtījumu uz stacionāru vai izsaucot NMPD brigādi.

Atsauces

- ⁱŠica 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)
- ⁱⁱ 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_Ievads.pdf 2016
- ⁱⁱⁱ Sadock 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.
- ^{iv} Semple D, Smyth R. Oxford Handbook of Psychiatry, 3rd ed. (Oxford Medical Handbooks). Oxford University Press, Oxford, 2013.
- ^v Hasan A., Falkai P. et al. 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. The World Journal of Biological Psychiatry, 2012; 13: 318–378
- ^{vi} Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE guidelines [CG178] Published date: February 2014 (This guideline updates and replaces NICE clinical guideline 82 (published in March 2009).
- ^{vii} Hasan A., Falkai P. et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects, 2013. The World Journal of Biological Psychiatry, 2013; 14: 2–44.
- ^{viii} Donald Addington, et al. Canadian Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Patients with Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders - 2017 <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0706743717719899>
- ^{ix} Thomas RE Barnes et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269881110391123?journalCode=j>
- ^x Ala Alwan, 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
- ^{xi} E. Terauds, E. Rancans, R. Andreziņa, B. Kupča, I. Ķiece, I. Zārde, N. Bezborodovs
- Šizofrēnijas diagnostika un ārstēšana. 3. izdevums Latvijas Psihiatru asociācija. 2014. 39 lpp.
- ^{xii} Elektrokonvulsīvā 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](#)