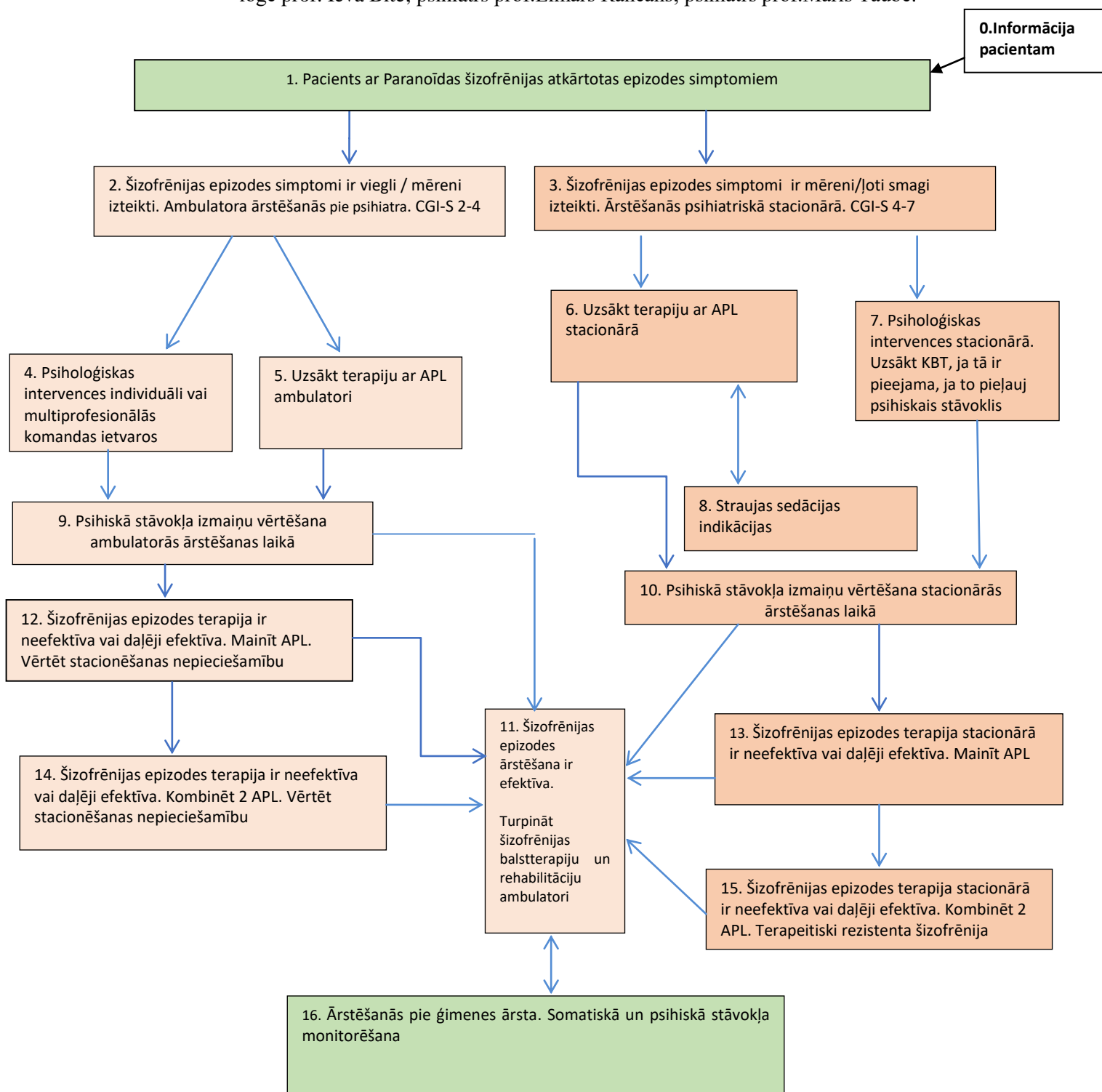


Klīniskais ceļš

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.



Klīniskā ceļa apraksts

0. Informācija pacientam

Papildu informācija: www.gaismasstars.lv/fa/sakums/pieredzes-stasti; www.nenoversies.lv

- Šizofrēnija ir psihiska saslimšana, kas visbiežāk izpaužas ar īstenībai neatbilstošām, aplamām domām (murgu idejām), grūtībām veidot loģiskas asociācijas, traucētu apkārtējās realitātes uztveri (halucinācijām), samazinātu spēju just un izrādīt emocijas, vienaldzības sajūtu, apātiju, dažkārt arī ar koncentrēšanās spēju un atmiņas traucējumiem.
- Šizofrēnijas cēloņi nav pilnībā skaidri – galvenās riska faktoru grupas ir pārmantotība, sarežģījumi grūtniecības laikā un dzemdībās, iespējams autoimūns iekaisums smadzenēs, psihoaktīvu vielu lietošana (marihuāna, stimulantu), arī sociālie faktori.
- Šizofrēnija var skart ap 1% no iedzīvotāju dažādos vecumos, bet biežāk slimības sākums ir 18-25 gadu vecumā.
- Šizofrēnija bieži norit ar paasinājumiem (60%), kam seko remisija jeb atlabšana. Ap 30% pacientu izdodas sasniegt pilnīgu izveseļošanos. Reizēm cilvēks piedzīvo tikai vienu slimības paasinājumu dzīves laikā, reizēm paasinājumi ik pēc laika atkārtojas. Retāk ir slimības formas, kur ārstēšanas rezultātā neizdodas panākt atveseļošanos.
- Lietojot medikamentus ir iespējams būtiski samazināt paasinājumu risku vai paasinājumu novērst, šādā veidā var saslimšanu kontrolēt.
- Ja kādam no tuviniekiem ir psihozes simptomi vai neskaidru iemeslu dēļ būtiski mainās raksturs un interešu loks, tad svarīgi ir iegūt iespējami daudz informāciju par šizofrēnijas raksturīgajām pazīmēm un norisi. Latviski ar šo informāciju var iepazīties mājas lapā www.nenoversies.lv sadaļā "Atpazīsti".
- Šizofrēnijas simptomi:
 - Murgu idejas – īstenībai neatbilstošas, nekoriģējamas idejas, biežāk tās ir saistītas speciālajiem dienestiem, izsekošanu, iedarbību ar aparāturu uz domām, pārliecība par pārdabiskām spējām, īpašu statusu sabiedrībā un tam līdzīgi. Arī cenšoties ar racionāliem argumentiem pacienta domas mainīt, tas neizdodas. Pacients nespēj kritiski izvērtēt savu ideju neiespējamību un neloģiskumu.
 - Halucinācijas – raksturīgākās šizofrēnijas gadījumā ir dzirdes halucinācijas, kad cilvēks dzird svešas "balsis" galvā, aiz sienas vai loga, vai reizēm no realitātē ar dzirdi nerasniedzamām vietām – citām planētām, zemēm. "Balsis" komentē, dod pavēles rīkoties, aprunā saslimušo. Tās var būt pazīstamas, nepazīstamas, arī sen mirušu cilvēku "balsis". Ar šizofrēniju saslimušajam "balsis" liekas realitāte.
 - Pacienta domāšana kļūst apkārtējiem nesaprotama un neloģiska. Tas var apgrūtināt komunikāciju ar šizofrēnijas slimnieku.
 - Retos gadījumos šizofrēnijas pacientiem var novērot kontaktēšanās grūtības, sastingšanu neparastās pozās, pat aptumšotu apziņu.
 - Bieži šizofrēnijas pacientiem novēro izmaiņas emociju pasaulē, grūtības plānot un uzsākt darbības, interešu trūkumu. Pacienti kļūst vientuļi, nejūt nepieciešamību kontaktēt ar apkārtējiem, dzīvo savu pārdzīvojumu pasaulē.
- Par savu vai tuvinieku psihiskās veselības stāvokli vajag sākotnēji konsultēties ar ģimenes ārstu vai arī uzreiz vērsties pie psihiatra (tiešās pieejamības speciālists, nav ne-

pieciešams ģimenes ārsta nosūtījums). Ja psihozes simptomi vai aplama uzvedība ir saistīta ar narkotisku vielu vai alkohola lietošanu, ieteicams konsultēties pie narkologa. Nepieciešams ierobežot vai pārtraukt pacienta narkotisko vielu vai alkohola lietošanu.

- Svarīgi ir ievērot slimības pirmās pazīmes, kas var būt nespecifiskas šizofrēnijai – trauksme vai nervozitāte, raudulīgums, aizkaitināmība, vai pat naidīgums, miega traucējumi, saasināta apkārtējo situāciju uztvere. Dažkārt novēro pārlieku aizraušanos ar kādu iepriekš neraksturīgu ideju vai nodarbi, kas noved pie izolēšanās no apkārtējiem, kā arī personīgās higiēnas neievērošana un norobežošanās.
- Šizofrēnijas paasinājums var sākties dažu dienu vai nedēļu laikā, retāk ir lēns un grūti pamanāms slimības sākums vairāku mēnešu periodā. Ir raksturīgi, ka cilvēki ar šizofrēniju paši nav kritiski pret saviem psihiskajiem traucējumiem, tāpēc būtu svarīgi, ka tuvinieki palīdz nokļūt pie ārsta, atbalsta ārstēšanas uzsākšanā.
- Pamanot pirmās šizofrēnijas paasinājuma pazīmes, svarīgi mudināt cilvēku vērsties pie ārsta, lai vizītē varētu izvērtēt saslimšanas izpausmes un nepieciešamības gadījumā uzsākt ārstēšanu ar medikamentiem un saņemt psihosociālo atbalstu, t.sk. psihoterapiju.
- Šizofrēnijas paasinājuma (psihozes) gadījumā nav vēlams padziļināti diskutēt, analizēt ar pacientu par īstenībai neatbilstošām (murgu) idejām un halucinācijām. Cilvēkam šīs idejas un halucinācijas šķiet ļoti reālas. Šīs murgu idejas ar sarunām vien neizzūdīs. Mēģinot cilvēku pārliecināt par objektīvo realitāti, pieaug spriedze un trauksme gan pašam slimniekam, gan sarunu partnerim. Var centieties novērst cilvēka uzmanību no šīm idejām, uzsākot sarunu par citām, neitrālākām tēmām. Uzslavējiet jebkuru rīcību vai izteikumus, kas nav saistīti ar murgu tēmām.
- Ja cilvēka iekšējo pārdzīvojumu (murgu ideju) saturs kļūst apdraudošs (piemēram, parādās idejas, ka jāiznīcina sevi vai apkārtējos), sazinieties ar ārstu vai zvaniet Neatliekamajai medicīniskajai palīdzībai (tālrunis 113), vai zvaniet policijai (tālrunis 112).
- Pasargājiet sevi. Lai arī vairumā gadījumu cilvēks, kurš slimo ar šizofrēniju, nav vardarbīgs, agresīvs vai bīstams apkārtējiem, reizēm murgu ideju vai halucināciju iespaidā trauksme, bailes vai naidīgums var būt tik izteikti, ka cilvēks izjūt nepieciešamību "aizstāvēties" vai uzbrukt. Ja jūtaties apdraudēts, centieties ieņemt atrašanās vietu pa diagonāli no slimnieka, atstājot Jums abiem pieejamu izeju no telpas. Izvairieties no tieša acu kontakta, runājiet mierīgi, bet skaidri. Nestrīdieties, neprovocējiet, dodiet iespēju tuviniekam izteikties, izsakiat sapratni, līdzjūtību, mēģiniet rast ar tuvinieku kompromisu, pārliecināt, ka palīdzēsiet viņam. Ja neviena no iepriekš minētajām metodēm nedarbojas un neizdodas nomierināt tuvinieku, atstājiet telpu. Izteikti akūtas un bīstamas situācijas gadījumā izsauciet neatliekamo medicīnisko palīdzību un ziņojiet, ka tuvinieks ir agresīvs.
- Palīdziet savam tuviniekam atrast tuvāko ambulatoro ārstniecības iestādi, kur viņš var regulāri apmeklēt ambulatoro psihiatru. Ja nepieciešams, palīdziet ar medikamentu sagādāšanu un lietošanu ikdienā, un jautājiet psihiatram par iespēju lietot medikamentus 1 vai 2 reizes dienā. Reizēm cilvēkiem ir grūti atcerēties lietot medikamentus divas vai pat trīs reizes dienā katru dienu, tāpēc patlaban ir pieejami arī pagarinātas darbības medikamenti, kas injicējami vienu reizi 2 līdz 4 nedēļās. Cilvēkiem, kuri slimo ar šizofrēniju, medikamentus apmaksā valsts 100% apmērā, tos var izrakstīt gan psihiatrs, gan ģimenes ārsts.
- Šizofrēnijas ārstēšanā izmanto antipsihotiskos līdzekļus (neiroleptiķus). Tos iedala tipiskajos (piemēram, haloperidols) un atipiskajos (piemēram, risperidons, olanzapīns

u.c.). Medikamenti ir jālieto ilgstoši – vismaz pusgadu pēc pirmā uzliesmojuma vai gadu un ilgāk pēc atkārtota uzliesmojuma. Vienmēr ar ārstu ir jāpārrunā medikamentu iespējamās blakus parādības un ir iespējams medikamentus individuāli piemērot. Antipsihotiskie medikamenti ir svarīgākais ārstēšanas veids, kas nodrošina, lai slimība neatkārtotos un neprogresētu.

- Psihiatriskā dienas stacionārā iespējams saņemt arī psihiatriskās rehabilitācijas pakalpojumus - klīniskā psihologa, psihiatrijas māsu, mākslas terapeitu, ergoterapeitu, fizioterapeitu palīdzību.
- Šizofrēnijas paasinājums bieži ir psiholoģiska krīze pacietam, kas izpaužas ar trauksmi, pašpārmetumiem, bailēm par nākotni, ar bailēm par savu veselību, nomāktu garastāvokli, reizēm arī ar pašnāvības domām. Pēc šizofrēnijas paasinājuma var sekot depresija. Svarīgi ir atbalstīt un iedrošināt pacientu meklēt palīdzību, palīdzēt pieteikt ārpuskārtas vizīti pie psihiatra.
- Atkārtota paasinājuma risku paaugstina - zāļu lietošanas pārtraukšana, pārlietu liela psihoemocionāla slodze, negulēšana naktīs, stress sadzīvē vai darbā, alkohola vai citu psihoaktīvo vielu lietošana vai kas cits. Vēlams izvairīties no paasinājumu izraisošajiem un veicinošiem faktoriem.
- Svarīgi pacientam ar šizofrēniju ievērot veselīga dzīve veida principus – izvēlēties veselīgu uzturu, nodrošināt regulāras fiziskas aktivitātes, mazināt stresu, strukturējot dienas režīmu u.c. Tuviniekiem būtu jāpalīdz strukturēt ikdienas aktivitātes, ko pašam pacientam bieži ir grūti izdarīt.
- Pacientiem, kuri nesamērīgi daudz laika pavada pie datora vai lietojot citas viedierīces, būtu vēlams dienas laikā šīs aktivitātes limitēt, jo tās rada nevēlamu slodzi smadzenēm un pastiprina norobežošanos no apkārtējiem.
- Pacientiem ar šizofrēniju vēlams palīdzēt atgriezties mācību procesā vai darbā, palīdzot atrast jaunu darba vietu, palīdzot nokārtot kādus juridiskus vai sociālus jautājumus.
- Šizofrēnija bieži ir saslimšana, kuras atveseļošanās ir ilgstošs un pakāpenisks process. Reizēm, neskatoties uz ārstēšanu un pilnvērtīgu aprūpi, slimība kļūst hroniska un arvien vairāk progresē. Šizofrēnijas ārējās izpausmes un slimības gaita tuviniekiem reizēm var radīt bažas, vilšanās sajūtu vai šķīst nogurdinoša. Neuztveriet personīgi tuvinieka uzvedību vai izteikumus, jo tās var būt slimības izpausmes. Rūpējieties par līdzsvaru starp rūpēm par slimo tuvinieku, savu labsajūtu un savu personīgo dzīvi. Apgūstiet relaksācijas vingrinājumus. Ja situācija kļūst pārlietu saspringta, atrodi veidu kā sevi nomierināt – fiziskās aktivitātes, pastaigas svaigā gaisā, sarunas ar uzticamu cilvēku u.c.

Psihiatriskās rehabilitācijas pieejamība:

- Klīniskā/veselības psihologa konsultācijas ir pieejamas ierobežotā apjomā Dienas stacionāros. No 2019.gada vasaras tās ierobežotā daudzumā varētu būt pieejamas arī ambulatorajiem pacientiem, kā valsts apmaksātas konsultācijas, tajā skaitā kognitīvi biheiviorālās terapijas sesijas un ģimenes terapijas sesijas, ja klīniskais veselības psihologs ir specializējies šajos terapiju veidos.
- Mākslas terapeitu (vizuāli plastiskās/ deju un kustību/ mūzikas/ psihodrāmas) konsultācijas pieejamas psihiatriskajos Dienas stacionāros valsts apmaksātu pakalpojumu ietvaros.
- Ergoterapeitu konsultācijas ir pieejamas psihiatriskā Dienas stacionārā pacientiem un ierobežotā daudzumā arī psihiatriskā stacionārā pacientiem.
- Fizioterapeita konsultācijas ir pieejamas psihiatriskā Dienas stacionārā pacientiem.

- Agrīnās intervences programma šobrīd pilota projekta veidā ir pieejama Daugavpils PNS.
- Psihoterapeita konsultācijas šobrīd nav pieejamas valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā. Ārstniecības iestādēm ir iespēja piesaistīt psihoterapeitus darbam ar psihiatriskiem pacientiem.

1. Pacients ar Paranoīdas šizofrēnijas atkārtotas epizodes simptomiem.

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.

Primārās aprūpes līmenis. Pacients var vērsties pie ģimenes ārsta, kas veic sākotnēju psihiskā stāvokļa izvērtējumu. Ja tiek konstatēti psihotiskie traucējumi ģimenes ārstam ir jānosūta konsultācijai pie psihiatra vai narkologa, vai neatliekamā kārtā jāorganizē pacienta stacionēšana.

Sekundārās aprūpes līmenis. Pacients var vērsties pie tiešās pieejamības speciālistiem – psihiatra vai narkologa, kas veic sākotnēju psihiskā stāvokļa izvērtējumu un lemj par tālāko ārstēšanas taktiku.

Sekundārās vai terciālās aprūpes līmenis. Pacients var vērsties multiprofilu stacionāra uzņemšanas nodaļā – dežūrējošais ārsts veic sākotnēju psihiskā stāvokļa izvērtējumu un lemj par tālāko ārstēšanas taktiku, nepieciešamības gadījumā nosūtot uz psihiatrisko stacionāru.

Ja pacientam, sakarā ar nepareizu vai apdraudošu uzvedību tiek izsaukta **Neatliekamā medicīniskā palīdzība**, neatliekamās palīdzības ārsts lemj par nepieciešamību nogādāt kādā no ārstniecības iestādēm stacionēšanai.

Svarīgi! Ja ir pašnāvības risks vai agresīva uzvedība, nekavējoties organizēt pacienta stacionēšanu psihiatriskā stacionārā.

2. Šizofrēnijas epizodes simptomi ir viegli / mēreni izteikti. Ambulatora ārstēšanās pie psihiatra. CGI-S 2-4. Sekundārās aprūpes līmenis.

Ambulatora psihiatra konsultācija. Katamnēzes datu ievākšana un izvērtēšana. Atkārtotas šizofrēnijas epizodes prodroma simptomi un provocējošie faktori (t.sk. alkohola vai psihoaktīvu vielu lietošana). Psihiskā, neiroloģiskā un somatiskā stāvokļa novērtēšana. Nosūtīšana uz papildus izmeklējumiem, ja to atļauj psihiskais stāvoklis un pastāv klīniska nepieciešamība. Pozitīvie un negatīvie simptomi atbilst Paranoīdas šizofrēnijas diagnostiskajiem kritērijiem F20.0_. CGI-S 2-4. Uzsākt ārstēties ambulatori pie psihiatra vai Dienas stacionārā.

Psihiatrs informē pacientu (ja to pieļauj psihiskais stāvoklis) un ģimeni par iespējam atkārtotu šizofrēnijas epizodi ārstēt ar antipsihotiskajiem līdzekļiem (APL), par psiholoģisko intervenču izmantošanu - par šo metožu efektivitāti un iespējamām blaknēm. Psihiatrs pārrunā arī riskus, kas saistīti ar alkohola vai psihoaktīvu vielu lietošanu psihotisku traucējumu gadījumā.

Var ieteikt informatīvus materiālus par psihotiskiem traucējumiem un šizofrēniju <http://www.nenoversies.lv/>.

Psihiatrs izvērtē psihotisko traucējumu smagumu, izmantojot CGI-S skalu (*Clinical Global Impression – Severity*; kopējais klīniskais iespaids – traucējumu smagums). Ambulatorai

ārstēšanai piemēroti pacienti ar CGI-S vērtībām – 2 (traucējumu robežlīmenis), 3 (viegli slims) vai 4 (mēreni slims).

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

Ambulatorās psihiatru prakses – <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/veselibas-aprupes-pakalpojumi/ambulatoras-iestades-un-arsti-specialisti>

Latvijā ir 100% medikamentu kompensācija pacientiem ar šizofrēnijas diagnozi, bet 75% pacientiem ar citiem šizofrēniskā spektra traucējumiem (no 01.04.2019). Psihiatra ambulatorās konsultācijas un ārstēšanos Dienas stacionārā apmaksā valsts.

3. Šizofrēnijas epizodes simptomi ir mēreni/ ļoti smagi izteikti. Ārstēšanās psihiatriskā stacionārā. CGI-S 4-7. Sekundārais aprūpes līmenis psihiatriskajā stacionārā.

Pozitīvie un negatīvie simptomi atbilst šizofrēnijas diagnostiskajiem kritērijiem F20.0_. Atkārtotas šizofrēnijas epizodes pacientam ir ieteicama ārstēšanās akūtas palīdzības psihiatriskā nodaļā. Psihiatrs izvērtē stacionēšanas indikācijas un pamatotību. Psihiatrs izvērtē nepieciešamību nosūtīt uz papildus izmeklējumiem. Nozīmē rutīnas klīniskās analīzes. Atipiskas klīniskās ainas gadījumā rekomendē arī papildus klīnisko analīžu veikšanu, instrumentālo izmeklējumu veikšanu, neirologa vai cita ārsta speciālista konsultāciju, klīniskā psihologa izmeklēšana (psihodiagnostiku).

Par pacienta informēšanu skatīt 2.punktu.

Saskaņā ar Ārstniecības likuma 67. pantu pacients savu piekrišanu stacionārai ārstēšanai apstiprina ar rakstisku piekrišanu (parakstu). Pacienta ārstēšanu stacionārā pret pacienta gribu (neatliekamības kārtā) Latvijā reglamentē Ārstniecības likuma 68. pants.

Stacionāra ārstēšana nosūtāmi pacientiem ar CGI-S vērtībām - 4 (mēreni slims), 5 (izteikti slims); 6 (smagi slims), 7 ļoti smagi (*extremely*) slims.

Latvijā ārstēšanos psihiatriskā stacionārā pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem apmaksā valsts, pacientiem nav jāmaksā arī līdzmaksājums.

Psihiatriskie stacionāri:

Rīga – Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs, <http://www.rpnc.lv/>

Jelgava – Slimnīca “Gintermuiža”, <http://www.gintermuiza.lv>

Strenči - Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca, <https://strencupns.lv/lv/>

Daugavpils – Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca, <https://dpns.gov.lv/index.php/lv/>

Liepāja - Piejūras slimnīcas, Psihiatriskā klīnika, <http://piejurasslimnica.lv/lv/kontakti/lapa/visi-kontakti>

4. Psiholoģiskas intervences individuāli vai multiprofesionālās komandas ietvaros. Sekundārās aprūpes līmenis.

Psihiatrs nozīmē pacientam psiholoģiskas / psihosociālās intervences individuāli vai grupā. Atkārtotas šizofrēnijas epizodes pacientam, kas ārstējas ambulatori, ieteicamas atsevišķu rehabilitācijas speciālistu konsultācijas vai multiprofesionālās komandas darbs (ja ir pieejamas). Psihiatriskā rehabilitācija ir nozīmīga psihozes ārstēšanas daļa.

Visiem šizofrēnijas pacientiem ir ieteicama atbalsta psihoterapija, ko var sniegt psihiatrs, klīniskais psihologs, kā arī apmācīta medicīnas māsa.

Paranoīdas šizofrēnijas otrās, arī trešās epizodes pacientam, individuāli izvērtējot, var tikt uzsākta Agrīnas intervences programma (skatīt pirmreizējas psihozes Klīnisko ceļu).

Uzsākt kognitīvi biheiviorālo terapiju (KBT). KBT var tikt uzsākta akūtā šizofrēnijas uzliesmojuma fāzē vai arī vēlāk gan ambulatori, gan stacionārā (ieteicamas 8 sesijas).

Ja ir lietderīgi, uzsākt ģimenes intervenci, ja ir pieejama. Izvērtēt vecāku/ģimenes un pacienta savstarpējās attiecības. Atbalstīt, informēt ģimeni par ārstēšanu, pārrunāt problēmu un krīzes situāciju risināšanu.

Var tikt rekomendēta mākslas terapija individuāli, 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.

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.

5. Uzsākt terapiju ar antipsihotisko līdzekli (APL) ambulatori. Sekundārās aprūpes līmenis. Antipsihotisko līdzekļu izvēle ambulatorajā etapā. Psihiatrs izvērtē ambulatori lietoto APL, palielinot APL devu līdz optimālai.

Ja pacients nav lietojis APL, atkārtota šizofrēnijas uzliesmojuma pacientam, ieteicams APL uzsākt ievērojot monoterapijas principu. Ja tiek nozīmēti vairāki APL, kombinēšanu pamatot medicīniskajā dokumentācijā, izvērtēt mijiedarbības riskus.

Uzsākot APL, apspriest izvēli ar pacientu un nepieciešamības gadījumā arī ar ģimenes locekļiem.

Rekomendējamie izmeklējumi, uzsākot ārstēšanu ar APL:

- Svārs, vidukļa apkārtmērs, KMI, pulss un arteriālais asins spiediens.
- 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 fermentus, elektrolītus serumā, nieru funkciju rādītājus, vairogdziedzera hormonus, sifilisa serodiagnostika, urīna toksikoloģija uz atkarības vielām, vīrusu hepatīta un HIV testus, kā arī EKG.
- Pirms uzsākt ārstēšanu ar APL, novērtēt un dokumentēt jebkādu kustību traucējumus.

Antiholīnēģiskos medikamentus nenozīmēt uzreiz, kopā ar APL. Vērtēt to nepieciešamību dinamikā.

Ja ir klīniski pamatoti, var tikt nozīmēts otrs APL simptomātiskai trauksmes, bezmiega u.c. traucējumu ārstēšanai nelielās devās, izvērtējot mijiedarbības.

Ja ir klīniski pamatoti, var tikt nozīmēts benzodiazepīnu grupas medikaments simptomātiskai trauksmes, bezmiega u.c. traucējumu ārstēšanai.

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.

6. Uzsākt terapiju ar antipsihotisko līdzekli (APL) stacionārā. Sekundārās aprūpes līmenis. Antipsihotisko medikamentu izvēle ārstējoties psihiatriskā stacionārā. Psihiatrs izvērtē iepriekš ambulatori saņemto medikamentu efektivitāti. Ieteicams nozīmēt perorālus

medikamentus, ja pacients ir līdzestīgs. APL jāizvēlas, iespēju robežās izvēli pārrunājot ar pacientu un nepieciešamības gadījumā arī ar ģimenes locekļiem
Pacients ir jāinformē gan par nozīmētā medikamenta darbību un terapijas ieguvumu, gan par izvēlēto antipsihotisko medikamentu iespējamām blaknēm, ja to atļauj psihiskais stāvoklis.
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).
Rekomendējamus izmeklējumus, uzsākot ārstēšanu ar APL skatīt 8.punktā.

Antipsihotisko līdzekli vēlams uzsākt ar mazu/vidēju devu, pakāpeniski to paaugstinot. Devas paaugstināšanas laikā jāvērtē simptomu izmaiņas, blakusparādības, kā arī līdzestība terapijas procesam.

Terapiju uzsākot nenozīmēt uzreiz lielas APL devas (“*rapid neuroleptisation*”), bet ja tās ir klīniski pamatotas, tad dokumentēt slimības vēsturē.

Psihiatrs vērtē APL terapijas efektivitāti stacionārā katru nedēļu 2-4 nedēļu periodā ar CGI-I. Optimālu (efektīvu) medikamenta devu ieteicams lietot 4 – 6 nedēļas, tad lemt par APL turpināšanu vai devas mazināšanu.

Izvērtēt nepieciešamību uzsākt modificēto elektrokonvulsīvo terapiju (katatoni traucējumi, augsts pašnāvības risks u.c.).

7. Psiholoģiskas intervences stacionārā. Uzsākt KBT, ja tā ir pieejama, ja to pieļauj psihiskais stāvoklis. Sekundārās aprūpes līmenis.

Psihiatrs nozīmē pacientam psiholoģiskas / psihosociālās intervences individuāli vai grupā.
Atkārtotas šizofrēnijas epizodes pacientam, kas ārstējas ambulatori, ieteicamas atsevišķu rehabilitācijas speciālistu konsultācijas vai multiprofesionālās komandas darbs (ja ir pieejamas). Psihiatriskā rehabilitācija ir nozīmīga psihozes ārstēšanas daļa.

Visiem šizofrēnijas pacientiem ir ieteicama atbalsta psihoterapija, ko var sniegt psihiatrs, klīniskais psihologs, kā arī apmācīta medicīnas māsa.

Paranoīdas šizofrēnijas otrās, arī trešās epizodes pacientam, individuāli izvērtējot, var tikt uzsākta Agrīnas intervences programma (skatīt pirmreizējas psihozes Klīnisko ceļu).

Uzsākt kognitīvi biheiviorālo terapiju (KBT). KBT var tikt uzsākta akūtā šizofrēnijas uzliesmojuma fāzē vai arī vēlāk gan ambulatori, gan stacionārā (ieteicamas 8 sesijas).

Ja ir lietderīgi, uzsākt ģimenes intervenci, ja ir pieejama. Izvērtēt vecāku/ģimenes un pacienta savstarpējās attiecības. Atbalstīt, informēt ģimeni par ārstēšanu, pārrunāt problēmu un krīzes situāciju risināšanu.

Var tikt rekomendēta mākslas terapija individuāli, 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.

Klīniskās kontrindikācijas psiholoģiskai intervecei 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. Straujas sedācijas indikācijas. 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.

Ierobežojošu līdzekļu pielietošana notiek saskaņā ar ĀL 68. un 69.¹ pantu. Dokumentēt ierobežojošu līdzekļu pielietojumu normatīvo dokumentu noteiktā kārtībā. Izmantot nomierinošu sarunu nekairinošā / drošā vidē, lai nomierinātu pacientu. Psiholoģisko intervenču neefektivitātes gadījumā nozīmēt benzodiazepīnus un/vai APL to korekcijai. Medikamentus nozīmēt perorāli vai parenterāli, ja nepieciešams.

9. Psihiskā stāvokļa izmaiņu vērtēšana ambulatorās ārstēšanas laikā. Sekundārās aprūpes līmenis.

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.

Psihiatrs izvērtē medikamentozās ārstēšanas un psiholoģisko intervenču efektivitāti uz šizofrēnijas simptomiem.

Psihiatrs vērtē APL efektivitāti, devu, blaknes, komorbīdos traucējumus. Vērtē arī psihosociālo intervenču piemērotību un efektivitāti, pārrunājot katru nedēļu pacienta psihiskā stāvokļa dinamiku ar psihiatriskās rehabilitācijas komandas speciālistiem.

Terapijas laikā ar APL nepieciešama blakņu monitorēšana. Terapijas laikā jāseko līdz ķermeņa svaram, vidukļa apkārtmēram, ĶMI, pulsam un arteriālajam asins spiedienam.

Atkarībā no nozīmētā APL, pēc klīniskās nepieciešamības ir jākontrolē 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 jāveic EKG.

Psihiatrs vērtē arī, vai ir turpināma ārstēšanās ambulatori / Dienas stacionārā, vai arī ir nepieciešama stacionārā psihiatriskajā stacionārā. APL nomainīt pakāpeniski, neefektīvo APL pakāpeniski samazinot, jaunā APL devu vienlaicīgi audzējot

Ja ambulatorā ārstēšana ir efektīva, tā koriģē šizofrēnijas pozitīvos un negatīvos simptomus, kā arī komorbīdos traucējumus (CGI-I "1" vai "2"), turpināt balstterapiju ambulatori.

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 ārstēšanās sākuma; 5-minimāla pasliktināšanās; 6 izteikta pasliktināšanās; 7-ļoti izteikta pasliktināšanās.

Psihiatrs pārrunā ar pacientu tālākās ārstēšanas un psihiatriskās rehabilitācijas plānu

10. Psihiskā stāvokļa izmaiņu vērtēšana stacionārās ārstēšanas laikā. Sekundārās aprūpes līmenis.

Psihiatrs vērtē paranoīdās šizofrēnijas pacienta psihiskā stāvokļa izmaiņas stacionārās ārstēšanas laikā. Izvērtē medikamentozās ārstēšanas un psiholoģisko intervenču efektivitāti uz šizofrēnijas simptomiem ne retāk kā reizi nedēļā. Vērtē un apspriež ar pacientu APL esošās un iespējamās blaknes. Izvērtē un uzsāk ārstēt komorbīdos traucējumus – trauksmi, miega traucējumus.

Terapijas laikā ar APL nepieciešama blakņu monitorēšana. Skatīt 9.punktu.

Ja stacionārā ārstēšana ir efektīva, tas koriģē šizofrēnijas pozitīvos un negatīvos simptomus, kā arī komorbīdos traucējumus, lemt par pacienta izrakstīšanu no stacionāra (CGI-I "1" vai "2"). Psihiatrs pārrunā ar pacientu tālākās ārstēšanas un psihiatriskās rehabilitācijas plānu.

11. Šizofrēnijas epizodes ārstēšana ir efektīva. Turpināt šizofrēnijas balstterapiju un rehabilitāciju ambulatori. Sekundārās aprūpes līmenis.

Psihiatrs vērtē ārstēšanas efektivitāti, ja šizofrēnijas epizodes terapija ir efektīva, iesaka turpināt balstterapiju un rehabilitāciju pie ambulatorā psihiatra vai Dienas stacionārā. Sadarbībā ar ģimenes ārstu *rekomendē* monitorēt somatisko stāvokli. Psihiatrs pārrunā ar pacientu tālākās ārstēšanas un psihiatriskās rehabilitācijas plānu. Vizītes pie psihiatra balstterapijas laikā reizi 4-8 nedēļās. Informē, ka APL lietošana ieteicama vismaz 2 gadu periodā. APL lietošanas pārtraukšana 2 gadu periodā ir saistīta ar paaugstinātu atkārtota uzliesmojuma risku.

12. Šizofrēnijas epizodes terapija ir neefektīva vai daļēji efektīva. Mainīt APL. Vērtēt stacionēšanas nepieciešamību. Sekundārās aprūpes līmenis.

Ja ambulatori nozīmētais APL nav būtiski mazinājis šizofrēnijas simptomātikas intensitāti (CGI-I "3", "4", "5"), psihiatrs vērtē / paaugstina APL devu vai pieņem lēmumu mainīt uz citu APL. Psihiatrs izvērtē ilgās darbības atipisko APL nozīmēšanas iespēju.

Psihiatrs izvērtē nepieciešamību pacientu stacionēt psihiatriskā stacionārā, ja CGI-I ir no "4" līdz "7", izsaucot NMP vai izsniedzot nosūtījumu uz stacionāru.

Psihiatrs ambulatorās ārstēšanas laikā vērtē psihiskā stāvokļa izmaiņas 2-4 nedēļu periodā. Atkārtotas vizītes ambulatori rekomendējamās ne retāk kā reizi 2 nedēļās, nepieciešamības gadījumā nozīmējot vizītes biežāk.

13. Šizofrēnijas epizodes terapija stacionārā ir neefektīva vai daļēji efektīva. Mainīt APL. Sekundārās aprūpes līmenis.

Ja APL nav būtiski mazinājis šizofrēnijas simptomātikas intensitāti (CGI-I "3", "4", "5"), psihiatrs vērtē un paaugstina APL devu, vai maina uz citu APL

Psihiatrs Izvērtē medikamentu lietošanu/līdzestību, iespējamās medikamenta mijiedarbības, alkohola vai PAV (t.sk. nikotīna) lietošanu, pārrunā to ar pacientu. Ja tiek mainīts APL, izvēlēties citu APL ar atšķirīgu darbības mehānismu /receptoru profilu, kas vairāk piemērots konkrētā pacienta šizofrēnijas simptomātikai vai blakņu riskam

APL efektivitāti vērtē katru nedēļu 2-4 nedēļu periodā, ja ir efektīvs turpināt terapiju pietiekamā devā vēl 4-6 nedēļas, tad vērtēt iespēju devu mazināt.

14.Šizofrēnijas epizodes terapija ir neefektīva vai daļēji efektīva. Kombinēt 2 APL. Vērtēt stacionēšanas nepieciešamību. Sekundārās aprūpes līmenis.

Psihiatrs konstatē, ka ambulatorā APL terapija nav efektīva. Jāvērtē simptomu izmaiņas, blakusparādības, kā arī līdzestība terapijas procesam.

Ja ambulatori nozīmētais APL nav būtiski mazinājis šizofrēnijas simptomātikas intensitāti (CGI-I "3", "4", "5"), psihiatrs nozīmē 2 APL kombināciju efektīvā devā. Efektu vērtē 6-8 nedēļu periodā, ambulatorās vizītes rekomendējamās ne retāk kā katras 2 nedēļas.

Izvērtēt nepieciešamību pacientu stacionēt psihiatriskā stacionārā, ja CGI-I ir no "4" līdz "7", izsaucot NMP vai izsniedzot nosūtījumu uz stacionāru.

Ja pacients nav līdzestīgs vai nevēlas lietot perorālos APL, ieteicams nozīmēt ilgās darbības tipisko vai atipisko APL injekcijas.

Ja pacients zaudējis darba spējas, vai tās ir izteikti ierobežotas, pēc pacienta pieprasījuma psihiatrs nosūta uz VDEĀVK darbspēju ekspertīzei.

15.Šizofrēnijas epizodes terapija stacionārā ir neefektīva vai daļēji efektīva. Kombinēt 2 APL. Terapeitiski rezistenta šizofrēnija? Sekundārās aprūpes līmenis.

Pacients turpina ārstēties stacionārā. Blakņu monitorēšana un novēšana. Izvērtēt medikamentu lietošanu/līdzestību, iespējamās medikamenta mijiedarbības, alkohola vai PAV (t.sk. nikotīna) lietošanu, pārrunāt ar pacientu.

Ja APL nav būtiski mazinājis šizofrēnijas simptomātikas intensitāti (CGI-I “3”, “4”, “5”), kombinēt 2 APL, vai kombinēt perorālu antipsihotīki ar ilgas darbības APL injekcijām.

Psihiatrs ārstēšanas efektivitāti stacionārā vērtē katru nedēļu 6-8 nedēļu periodā. Ja ārstēšana nav efektīva, nozīmēt klozapīnu (skatīt algoritmu „Terapeitiski rezistentas šizofrēnijas atpazīšana, vadīšana un aprūpe”).

Pēc pacienta pieprasījuma psihiatrs nosūta dokumentus uz VDEĀVK darbaspēju ekspertīzei.

16. Ārstēšanās pie ģimenes ārsta. Somatiskā un psihiskā stāvokļa monitorēšana. Primārais aprūpes līmenis.

Ja pacients balstterapijas periodā izvēlas ārstēties pamatā pie ģimenes ārsta, tad ģimenes ārsts monitorē somatisko un psihisko stāvokli. Ja ir stabils psihiskais stāvoklis, turpināt psihiatra uzsāktu APL šizofrēnijas balstterapiju. Vizītes pie ģimenes ārsta reizi 4-8 nedēļās. Atkārtota psihiatra konsultācija ne retāk kā 1 reizi pusgadā. Ja ģimenes ārsts konstatē atkārtotu šizofrēnijas epizodes sākumu (klīnisku simptomātikas pasliktināšanos), viņš nosūta pacientu konsultācijai pie psihiatra vai organizē stacionēšanu, izsniedzot nosūtījumu uz stacionāru vai izsaucot NMPD brigādi.