

Klīniskais algoritms

Katatonas, hebefrēnas un vienkāršās šizofrēnijas atpazīšana, diferenciālā diagnostika, vadīšana un aprūpe

Autors psihiatrs Elmārs Tērauds

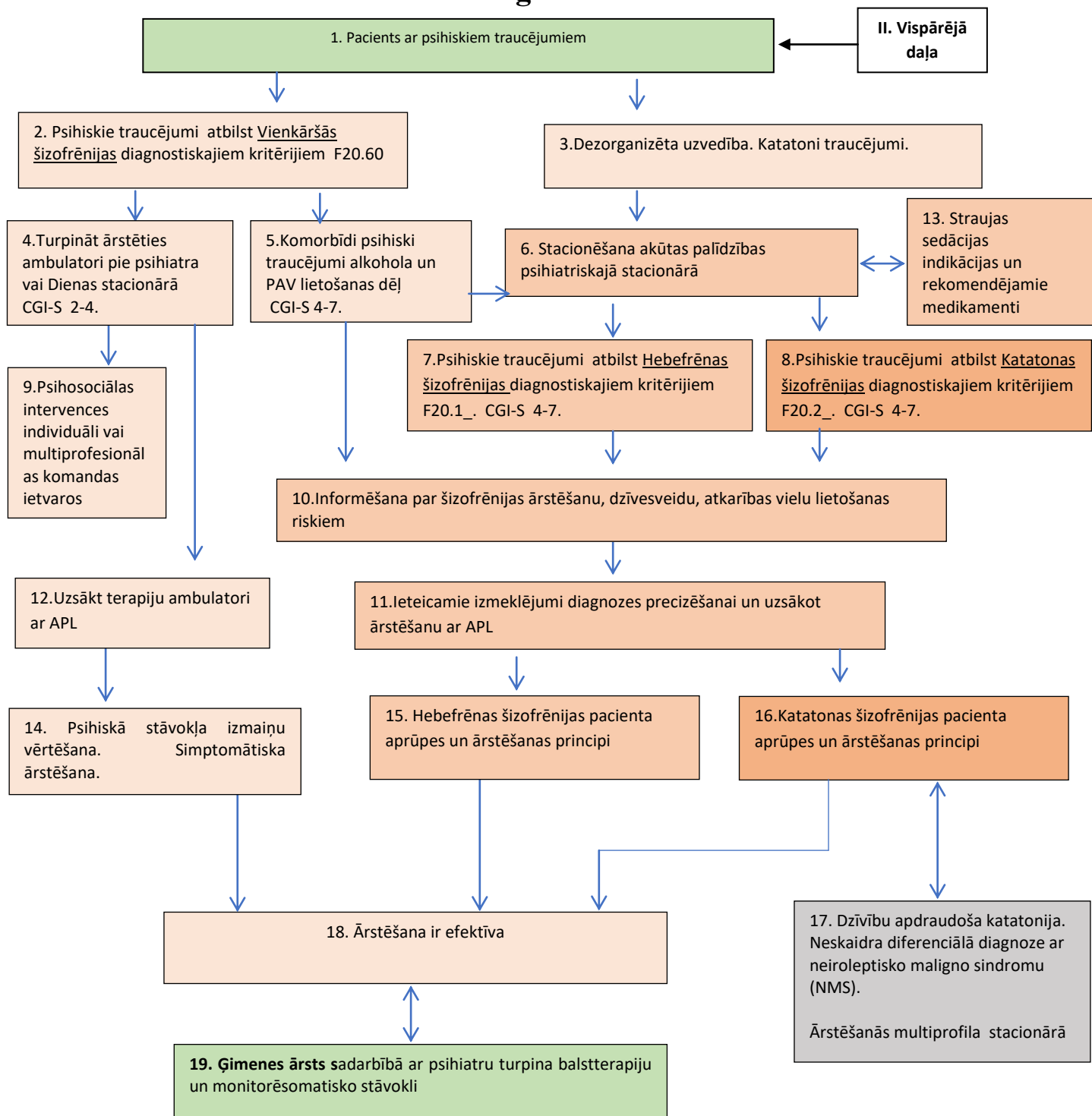
Darba grupa psihiatra Elmāra Tērauda vadībā: psihiatrs Ņikita Bezborodovs; psihiatrs Aigars Kišuro; ģimenes ārste Līga Kozlovska; neirologs Ainārs Stepens; ģimenes ārsts Edgars Tirāns; klīniskā psiholoģe prof. Ieva Bite; psihiatrs prof. Elmārs Rancāns; psihiatrs prof. Māris Taube.

Saturs

I. Algoritma shēma	3
II. Vispārējā daļa.....	4
Saīsinājumi.....	4
Ievads	5
Algoritma mērķi.....	7
Mērķgrupas	7
Pamatprioritātes ieviešot algoritmu	7
III. Rekomendācijas.....	8
1. Pacients ar psihiskiem traucējumiem.....	8
2. Psihiskie traucējumi atbilst vienkāršās šizofrēnijas diagnostiskajiem kritērijiem F20.60.9	
3. Dezorganizēta uzvedība. Katatoni traucējumi	9
4. Turpināt ārstēties ambulatori pie psihiatra vai dienas stacionārā CGI-S 2- 4.....	10
5. Komorbīdi psihiski traucējumi alkohola un PAV lietošanas dēļ CGI-S 4-7	10
6. Stacionēšana akūtas palīdzības psihiatriskajā stacionārā.....	10
7. Psihiskie traucējumi atbilst Hebefrēnas šizofrēnijas diagnostiskajiem kritērijiem F20.1_ . CGI-S 4-7.....	10
8. Psihiskie traucējumi atbilst Katatonas šizofrēnijas diagnostiskajiem kritērijiem F20.2_ . CGI-S 4-7.....	11
9. Psihosociālas intervences individuāli vai multiprofesionālas komandas ietvaros.....	12
10. Informēšana par šizofrēnijas ārstēšanu, dzīvesveidu, atkarības vielu lietošanas riskiem	12
11. Ieteicamie izmeklējumi diagnozes precizēšanai un uzsākot ārstēšanu ar APL	13
12. Uzsākt terapiju ambulatori ar APL	13
13. Straujas sedācijas indikācijas un rekomendējamie medikamenti	14
14. Psihiskā stāvokļa izmaiņu vērtēšana. Simptomātiska ārstēšana	14
15. Hebefrēnas šizofrēnijas pacienta aprūpes un ārstēšanas principi	15
16. Katatonas šizofrēnijas pacienta aprūpes un ārstēšanas principi.....	16
16.4. Antipsihotiskolīdzekļu lietošana katatonijas pacientiem.....	16

17. Dzīvību apdraudoša katatonija. Neskaidra diferenciālā diagnoze ar neiroleptiskomaligno sindromu (NMS). Ārstēšanās multiprofilu stacionārā	17
18. Ārstēšana ir efektīva	17
19. Ģimenes ārsts sadarbībā ar psihiatru turpina balstterapiju un monitorē somatisko stāvokli	20

I. Algoritma shēma



II. Vispārējā daļa

Saīsinājumi

AIP agrīnas intervences programma

APL antipsihotiskie līdzekļi (antipsihotiķi, neiroleptiķi)

CGI-I *ClinicalGlobalImpression - Improvement*, Kopējais klīniskais iespaids – traucējumu uzlabošanās

CGI-S *ClinicalGlobalImpression – Severity*; Kopējais klīniskais iespaids – traucējumu smagums

CNS centrālā nervu sistēma

DT datortomogrāfija

EPS ekstrapiramidālais sindroms

EKG elektrokardiogramma

EEG elektroencefalogramma

ĢĀ ģimenes ārsts

KBT kognitīvi biheiviorālā terapija

MRT magnētiskās rezonanses tomogrāfija

mEKT modificētā elektrokonvulsīvā terapija

NMS neiroleptiskais malignais sindroms

NMP neatliekamā medicīniskā palīdzība

PAV psihoaktīvas vielas

SSK-10 Starptautiskā statistiskā slimību ar tām saistīto veselības traucējumu klasifikācija, 10.pārskats

(*Internationalstatisticalclassificationofdiseasesandrelatedhealthproblems – 10threvision*)

Ievads

Algoritma izstrādāšanas mērķis

Katatonās, hebefrēnās un vienkāršās šizofrēnijas ārstēšanas algoritma mērķis ir veicināt retāk izplatīto šizofrēnijas formu agrīnu diagnostiku un ārstēšanu, balstoties uz jaunākajām atziņām pasaules medicīnas literatūrā, vadlīnijām un autoru klīnisko pieredzi par 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 vien simptoms no zemāk minētajiem, kurš pastāv jau ilgāk par vienu 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 neiroleptiķu terapijas vai depresijas sekas
- uzvedības traucējumi, pasivitāte, bezdarbība, interešu un motivācijas zudums

Hebefrēnās, katatonās un vienkāršās šizofrēnijas īss raksturojumsⁱⁱⁱⁱⁱⁱ

Visas trīs šizofrēnijas formas ir retas, nereti ir grūtības diagnostikā un diferenciālajā diagnostikā. Visām šīm šizofrēnijas formām trūkst uz pierādījumiem balstītu ārstēšanas vadlīniju gan pasaulē, gan arī Latvijā.

Hebefrēnā šizofrēnija F20.1_

Laika kritērijs 1 mēnesis, tomēr diagnozes precizēšanai bieži nepieciešams ilgāks klīniskās novērošanas periods. Viena no retām šizofrēnijas formām.

Hebefrēna (dezorganizēta) šizofrēnija raksturojas ar izteiktu regresu uz primitīvu, atkavētu un dezorganizētu uzvedību, bet nav novērojama katatona simptomātika. Hebefrēna šizofrēnija sākas parasti agrīni, pirms 25 gadu vecumam. Hebefrēnās šizofrēnijas pacienti parasti uzvedībā ir bezmērķīgi aktīvi, nekonstruktīvi. Viņiem ir raksturīgs vājš kontakts ar realitāti. Hebefrēno šizofrēniju raksturo neadekvāts, tukšs, muļķīgi pacilāts noskaņojums, ko pavada manierīgums, grimasēšana, haotisks uzbudinājums. Murgu idejas ir fragmentāras, nesistematizētas, uztveres traucējumi – īslaicīgi. Kontaktu ar pacientu būtiski traucē saraustīta, dezorganizēta domāšana un runa. Hebefrēnās šizofrēnijas pacientiem raksturīga strauja negatīvās simptomātikas attīstība un darba nespēja. Norise biežāk nepārtraukta, tomēr iespējams slimības sākums ar epizodisku norisi.

Katatonā šizofrēnija F20.2_

Laika kritērijs viens mēnesis. Katatono šizofrēniju raksturo smagi gribas un kustību sfēras traucējumi – katatonija. Katatons stupors - pazemināta/iztrūkst atbildes reakcija uz ārējiem stimuliem; pacients nav pieejams vārdiskam kontaktam (mutisms), negatīvisms, muskuļu rigiditāte, vaska lokanība. Katatons uzbudinājums – bezmērķīga, stereotipa, neprognozējama, nekoriģējama motora aktivitāte. Iespējami arī citi pozitīvie simptomi, tomēr tie nenosaka stāvokļa smagumu, katram uzliesmojumam seko strauja negatīvās simptomātikas attīstība un straujš darbaspēju zudums. Iespējama febrīlā (malignā) katatonija.

Katonija mūsdienās tiek novērota pie dažādām psihiskām un neiroloģiskām saslimšanām (bipolāri afektīviem traucējumiem 43%, šizofrēnijas 30%, organiskiem psihiskiem traucējumiem 25% (t.sk. anti N-metil- D- aspartāta receptoru encefalīts). Katatonus traucējumus reti novēro arī pie obsesīvi kompulsīviem traucējumiem, post-traumatiskā stresa sindroma, alkohola un benzodiazepīnu abstinences^{iv}.

Pēdējās desmitgades pētījumi arvien biežāk norāda uz katatonijas saistību ar neiroloģisku patoloģiju, piemēram ar autoimūnu encefalītu (*anti-N-Methyl-D-Aspartate* (NMDA) receptoru encefalīts). Katonu traucējumu gadījumā ieteicams veikt lubālpunkciju (piemēram: anti-NMDA antivielu noteikšanai) un kodolmagnētiskās rezonanses tomogrāfiju, lai izslēgtu autoimūna encefalīta diferenciāldiagnozi, kuras gadījumā ārstēšanā nozīmējama plazmaforēze, steroīdi vai imunoterapijas līdzekļi.

Vienkāršā šizofrēnija F20.6_

Laika kritērijs: traucējumu ilgums lielāks par 1 gadu. Vienkāršās šizofrēnijas pacientam lēni, pakāpeniski pieaug šizofrēnijas negatīvā (deficitārā) simptomātika, sociāla izolācija un autizācija un dezadaptācija, uzvedības un interešu dīvainības. Bieži diagnostiku apgrūtina alkohola un narkotisko vielu pārmērīgi kaitējoša lietošana un atkarība. Bieži raksturīgas pazeminātas darbaspējas. Diagnostiski neviennozīmīga šizofrēnijas forma.

Algoritma mērķi

1. Uzlabot hebefrēnās, katatonās un vienkāršas šizofrēnijas pacientu vadīšanu, ārstēšanu un aprūpi primārās un sekundārās veselības aprūpes līmenī Latvijā
2. Sekmēt mērķtiecīgāku, koordinētāku pacienta ar hebefrēnās, katatonās un vienkāršas 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. Veicināt lietderīgu veselības aprūpes resursu sociālo dienestu izmantošanu, optimizēt pacienta vadīšanas, ārstēšanas un aprūpes plānu.

Mērķgrupas

1. Psihiatri
2. Ģimenes ārsti
3. Bērnu psihiatri
4. Klīniskie un veselības psihologi un psihiatriskās rehabilitācijas speciālisti
5. Psihoterapeiti, neirologi, 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 pacienus ar hebefrēno, katatono un vienkāršo 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^{234vvviiiviiiix}

1. Pacients ar psihiskiem traucējumiem

Primārās aprūpes līmenis.

Gimenes ārsta konsultācija. 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 (katatonu stuporu vai uzbudinājumu), 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, ģimenes ārsta, citu specialitāšu ārsta, klīniskā psihologa, policijas, sociālā dienesta u.c.

No ģimenes un tuviniekiem ieteicams ievākt katamnēzes datus par pacienta sadzīves stresoriem, pārmantotību, psihiskiem traucējumiem bērnībā u.c. Svarīgi ir arī anamnēzes dati par iespējamiem prodroma simptomiem: samazinātu interesi par ikdienas aktivitātēm, darbu, sociālu komunikāciju, pavājināta higiēnas normu ievērošana. Mainās komunikācija ar ģimeni, interese par darbu un/vai mācībām. Sūdzības par miega traucējumiem, dažādiem trauksmes simptomiem, nomāktu garstāvokli. Iespējamās pārmaiņas impulsu kontroles jomā, iespējama agresija vai pasivitāte. Iespējama nonākšana policijas uzmanības lokā nepareizas uzvedības vai citu pārkāpumu dēļ.

- 1.1. Gimenes ārsts veic sākotnēju anamnēzes datu un psihiskā stāvokļa izvērtējumu. Ja pacients ir vērsies pie ģimenes ārsta un ir konstatēti katatoni vai dezorganizācijas simptomi, vai izteikta šizofrēnijas negatīvā (deficitārā) 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.

- 1.1. Neatliekamās medicīnas palīdzības dienesta ārstniecības personu uzdevums ir izvērtēt indikācijas neatliekamai stacionēšanai psihiatriskā stacionārā psihotisko, dezorganizācijas vai negatīvo šizofrēnijas simptomu dēļ (skat.punktu 6.1.). NMPD etapā speciālistiem ir jābūt gataviem strādāt paaugstināta emocionālā stresa apstākļos.
 - 1.1.1. Fiziska apdraudējuma gadījumos (agresija, naidīgums, bēgšana no NMPD ārstniecības personām - pacientu un apkārtējo drošību apdraudošu halucināciju vai murgu ideju iespaidā, dezorganizēta uzvedība, katatons uzbudinājums u.c.) jāpiesaista policijas darbinieki
 - 1.1.2. 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. Katatona uzbudinājuma / stupora gadījumā jāizvērtē citus iemeslus sašaurinātas / aptumšotas apziņas traucējumiem (intoksikācija, epilepsija, smadzeņu asinsrites traucējumi u.c.).
 - 1.1.3. NMPD ārstniecības personai savas kompetences robežās ir jāizvērtē nepieciešamība pacientu nogādāt psihiatriskā stacionārā neatliekamā kārtā / pretēji

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

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

2.Psihiskie traucējumi atbilst vienkāršās šizofrēnijas diagnostiskajiem kritērijiem F20.60

Sekundārās aprūpes līmenis.

Klīniskajā ainā ilgāk par 1 gadu dominē negatīvie simptomi, tie atbilst vienkāršās šizofrēnijas diagnostiskajiem kritērijiem F20.60. CGI-S vērtība 2 līdz 4 punkti. Turpināt ārstēties ambulatori pie psihiatra vai Dienas stacionārā

- 2.1 Vienkāršā šizofrēnija F20.6 (SSK-10) Sarežģīti diagnosticējama šizofrēnijas forma, kuru raksturo negatīvo (deficitāro) simptomu pakāpeniska attīstība ilgāk kā viena gada laikā.

- 2.1.1. Klīniskās izpausmes: Nozīmīgas un pastāvīgas izmaiņas personas uzvedībā, gribas un interešu procesu pavājināšanās, bezmērķīgums, bezdarbīgums, nespēja uz pašnovērtējumu un sociāla norobežošanās. Negatīvo simptomu pakāpeniska intensitātes pastiprināšanās – izteikta apātija, nabadzīga runa, bezdarbība, afekta blāvinājums, pasivitāte un iniciatīvas trūkums, nabadzīga neverbālā komunikācija ar mīmiku, acu kontaktu, balss modulāciju, apstingšana noteiktās pozās. Nozīmīgi traucēta sociālās, mācību un profesionālās funkcionēšanas spējas. Anamnēzē nav halucināciju, murgu, nav agrāku psihotisku epizožu. Nav datu par demenci vai citiem organiskiem psihiskiem traucējumiem.

- 2.1.2. Izvērtēt, vai negatīvā simptomātika nav saistīta ar alkohola vai psihoaktīvu vielu atkarību, vai APL lietošanu. Negatīvie simptomi var būt saistīti arī ar ilgstošu atrašanos aprūpes iestādē, savrupu dzīves veidu.

3.Dezorganizēta uzvedība. Katatoni traucējumi

Sekundārās aprūpes līmenis.

Klīniskajā ainā ilgāk par vienu mēnesi dominē uzvedības traucējumi vai katatoni traucējumi, tos pavada pēc intensitātes mainīgi šizofrēnijas pozitīvie vai negatīvie simptomi. Klīniskā aina bieži neskaidra, ir traucēta pašaprūpe un sociālā funkcionēšana vai arī ir novērota nepareiza uzvedība. Rekomendējama ir stacionēšana slēgta tipa psihiatriskā stacionārā diagnozes precizēšanai.

4.Turpināt ārstēties ambulatori pie psihiatra vai dienas stacionārā CGI-S 2- 4

Sekundārās aprūpes līmenis.

Vienkāršās šizofrēnijas ambulatorai ārstēšanai piemēroti pacienti ar CGI-S vērtībām 2 līdz 4. Klīniskajā ainā dominē šizofrēnijas negatīvā simptomātika. Psihiatrs ievāc anamnēzes datus, novērtē un apraksta psihisko stāvokli, kā arī somatisko un neiroloģisko stāvokli.

Šizofrēnijas smagums vērtējams pēc CGI- S (Clinical Global Impression – Severity; Kopējais klīniskais iespaids – traucējumu smagums). 1 (nav psihisku traucējumu); 2 (traucējumu robežlīmenis), 3 (viegli slims), 4 (mēreni slims), 5 (izteikti slims); 6 (smagi slims), 7 ļoti smagi (*extremely*) slims.

5.Komorbīdi psihiski traucējumi alkohola un PAV lietošanas dēļ CGI-S 4-7

Sekundārās aprūpes līmenis.

Vienkāršās šizofrēnijas pacients stacionējams slēgta tipa psihiatriskā slimnīcā, ja klīniskā aina ir neskaidra, šizofrēnijas negatīvā simptomātika kombinējas ar alkohola vai psihoaktīvu vielu lietošanu un izteiktu sociālu bezpalīdzīgumu. Vienkāršās šizofrēnijas stacionārai ārstēšanai piemēroti pacienti ar CGI-S vērtībām 4 līdz 7.

6.Stacionēšana akūtas palīdzības psihiatriskajā stacionārā

Sekundārais vai terciālais aprūpes līmenis.

6.1.Katatonas vai hebefrēnas šizofrēnijas pacientu stacionēšana neatliekamā kārtā, diagnozes precizēšana akūtā psihiatriskā stacionārā. Psihiatrs ievāc anamnēzes datus, novērtē un apraksta psihisko stāvokli, kā arī somatisko un neiroloģisko stāvokli.

6.2.Stacionēšanas klīniskās indikācijas: 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. Atvērta tipa psihiatriskā stacionārā (nodaļā), ja: nepietiekama līdzestība nozīmētajai terapijai ambulatori; nepieciešama medikamentu pielāgošana, kas nav veicama ambulatori; mēreni izteikti psihotiski, depresīvi, maniakāli traucējumi.

7.Psihiskie traucējumi atbilst Hebefrēnas šizofrēnijas diagnostiskajiem kritērijiem F20.1_. CGI-S 4-7

Sekundārās vai terciālais aprūpes līmenis.

7.1.Hebefrēna (dezorganizēta) šizofrēnija, klīniskās pazīmes pēc SSK-10 (F20.1_) Hebefrēnas šizofrēnijas sākums parasti ir 15-25 gadu vecumā. Ieteicams pacienta psihiskās veselības traucējumus vērtēt 2-3 gadu periodā. Izpildās vispārējie šizofrēnijas kritēriji. Garastāvoklis ir svārstīgs un neatbilstošs situācijai, to bieži pavada ķīķināšana vai

pašapmierināta smaidīšana, augstprātīgas manieres, grimasēšana, manierība, blēņošānās, hipohondriskas sūdzības, frāžu atkārtošana. Domāšana ir dezorganizēta, runa juceklīga un saraustīta. Murgu idejas un halucinācijas ir mainīgas, fragmentāras, uzvedība ir bezatbildīga un neprognozējama, kā arī manierība. Tendence uz norobežošanu, uzvedība bezmērķīga un bezjūtīga. Virspusēja un manierīga pārņemtība ar reliģiju, filozofiju vai citām abstraktām tēmām var apgrūtināt izprast pacienta domāšanas procesu. Prognoze nelabvēlīga, jo strauji attīstās negatīvie simptomi, blāvināts afekts, kā arī gribas procesu zudums.

7.2. Hebefrēnu pacientu uzvedība bieži ir neadekvāta, apdraudoša apkārtējiem un ar augstu paškaitēšanas risku. Bieži ir nepieciešama ārstēšana akūtā psihiatriskā stacionārā neatliekamā kārtā Ārstniecības likuma 68.panta kārtībā.

8.Psihiskie traucējumi atbilst Katatonas šizofrēnijas diagnostiskajiem kritērijiem F20.2_ . CGI-S 4-7

Sekundārās vai terciālās aprūpes līmenis.

8.1. Izteikti psihomotori traucējumi: no hiperkinēzēm līdz stuporam, automātiska pakļaujamība vai negatīvisms. Kontaktēšanās grūtības un sastingšana ilgstošus laika periodā. Iespējami pēkšņa uzbudinājuma stāvokļi. Katatona šizofrēnija reti sastopama attīstītās valstīs. Katatonie traucējumi var kombinēties ar oneiroīdiem pārdzīvojumiem (spīgtām scēniskām halucinācijām).

Klīniskie kritēriji:

- (a) stupors (izteikti samazināta atbildes reakcija uz ārējās vides kairinājumiem, spontānām kustībām un aktivitāti) vai mutisms.
- (b) uzbudinājums (redzami bezmērķīga aktivitāte, ko neprovocē ārēji kairinātāji)
- (c) apstingums (nepatvaļīgas, noturīgas neparastas vai dīvainas pozas)
- (d) negatīvisms (acīmredzami nemitivēta pretestība visām instrukcijām vai mēģinājumi kustēties vai kustība pretējā virzienā)
- (e) rigiditāte (noturība rigīdās pozās, pretošanās mēģinājumam izkustināt no vietas)
- (f) vaska lokanība (ekstremitāšu vai ķermeņa ārēji piedotas pozas)
- (g) eholalija, ehopraksija, vārdu vai frāžu perseverācija.

Katatonija var būt saistīta ar cerebrālu saslimšanu, metaboliem traucējumiem, alkohola vai narkotisko vielu lietošanu, kā arī afektīviem traucējumiem.

8.2. Katatonas šizofrēnijas pacientu uzvedība bieži ir impulsīva un neparedzama, pacienti zaudē spēju sev aprūpēt, ir iespējami aptumšotas apziņas simptomi un krasa somatiskā stāvokļa pasliktināšanās. Bieži ir nepieciešama ārstēšana akūtā psihiatriskā stacionārā neatliekamā kārtā Ārstniecības likuma 68.panta kārtībā.

9.Psihosociālas intervences individuāli vai multiprofesionālas komandas ietvaros

Sekundārās aprūpes līmenis.

Atsevišķu psihiatriskās rehabilitācijas speciālistu konsultācijas vai multiprofesionālās komandas darbs ar vienkāršās šizofrēnijas pacientu.

9.1. Psihosociālas intervences individuāli ambulatori piemērojamas pacientiem ar vienkāršo šizofrēniju, kuriem klīniskās simptomātikas intensitāte ir neizteikta līdz mērena (<CGI-S 4).

9.2. Uzsākt individuālu kognitīvi biheiviorālo terapiju (KBT), ja ir pieejama. 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 sociāli neatbilstošu, nepareizu uzvedību. KBT var palīdzēt pacientam mazināt negatīvo simptomu intensitāti. Normalizēt, palīdzēt izprast un pieņemt pacienta iepriekšējo pieredzi, veicināt alternatīvas stresa pārvarēšanas stratēģijas, mazināt distresu, uzlabot funkcionēšanu.

9.3. Ja nav pieejama KBT, uzsākt atbalsta psihoterapiju.

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

9.5. Ambulatori vienkāršās šizofrēnijas epizodes pacients var tikt ārstēts Dienas stacionārā ar multiprofesionālu komandu, kas nodrošina intensīvāku rehabilitācijas procesu.

9.5.1. Multiprofesionālās komandas vadītājs ir psihiatrs. Psihiatriskās rehabilitācijas procesā var tikt iesaistīti multiprofesionālas komandas speciālisti – psihoterapeits, klīniskais psihologs, ergoterapeits, fizioterapeits, mākslas terapeiti pēc klīniskās nepieciešamības.

9.5.2. Uzsākot psihiatrisko rehabilitāciju vienkāršās šizofrēnijas pacientam nepieciešams sastādīt rehabilitācijas plānu, nosakot mērķus.

9.5.3. Multiprofesionālās komandas apspriedēs nepieciešams regulāri vērtēt ārstēšanas un rehabilitācijas procesa efektivitāti. Vērtēt līdzestību terapijas procesā un iesaistīšanos psiholoģiskajās intervencēs.

9.6. Vienkāršās šizofrēnijas pacientam īpaši nepieciešams ir atbalsts sociālo jautājumu risināšanā, ieteicama ir psihiatriskā stacionāra sociālā darbinieka iesaistīšanās vai sadarbība ar pašvaldības sociālo dienestu.

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

Sekundārās aprūpes līmenis.

10.1. Šizofrēnijas ārstēšana ir jāuzsāk iespējami ātri, lai samazinātu negatīvās simptomātikas attīstību, kas ir saistīta ar šizofrēnijas procesa neirotoksiskiem faktoriem, kā arī sociālu izolēšanos.

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

10.3. Ja pacientam ir alkohola vai psihoaktīvu vielu atkarība, ieteicamas ir specifiskas intervences programmas to ārstēšanai.

11. Ieteicamie izmeklējumi diagnozes precizēšanai un uzsākot ārstēšanu ar APL

Sekundārās aprūpes līmenis.

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

11.2. 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.

11.2.1. Papildus analīzes pie katatonijas asins bioķīmijā - urea, kreatinīns, dzelzs (biežāk pazemināts pie NMS, kā pie katatonijas), kreatinīnfosfokināze. Lumbālpunktāta izmeklējumi, t.sk. anti-NMDAR encefalīta diferenciālaijai diagnostikai – IgG antivielas pret N-metil-D-aspartāta receptoriem.

11.2.2. 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.

11.2.3. Nozīmēt magnētisko rezonansi galvas smadzenēm diagnozes precizēšanai pacientiem ar hebefrēnu un katatonu šizofrēniju, lai izslēgtu neiroloģiskas saslimšanas iespēju.

11.3. Novērtēt un dokumentēt jebkādu kustību traucējumus.

12. Uzsākt terapiju ambulatori ar APL

Sekundārās aprūpes līmenis.

12.1. APL izvēle vienkāršās šizofrēnijas pacientiem ambulatorajā etapā. Nozīmējot APL, ieteicams ievērot monoterapijas principu.

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

12.3. 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).

12.4. Vienkāršās šizofrēnijas pacientam izvēlēties terapijā tipisko APL (flupentiksolu vai sulpirīdu) vai kādu no atipiskajiem APL, kas ir efektīvs uz šizofrēnijas negatīvo simptomātiku, piemēram amisulprīdu, aripiprazolu vai kariprazīnu. Ir pierādījumi arī par atipisko APL, kuriem ir D3 receptoru antagonisms, efektivitāti uz negatīvajiem simptomiem (olanzapīns, kvetiapīns u.c.)

12.5. Antipsihotisko līdzekli vēlams uzsākt ar mazu devu, pakāpeniski to paaugstinot. Devas paaugstināšanas laikā jāvērtē simptomu izmaiņas, blakusparādības, kā arī līdzestība terapijas procesam. Negatīvo simptomu ārstēšanā pamatā rekomendē nelielas APL devas. APL efektivitāti var vērtēt ar CGI-I.

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.

12.6. Terapijas rezistences gadījumā nozīmēt klozapīnu nelielās devās. Lai uzlabotu efektu uz negatīvo simptomātiku, to rekomendē kombinēt ar citu atipisko APL nelielās devās vai lamotrigīnu.

13. 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.

13.1. Ierobežojošu līdzekļu pielietošana notiek saskaņā ar ĀL 68.pantu. Dokumentēt ierobežojošu līdzekļu pielietojumu normatīvo dokumentu noteiktā kārtībā.

13.2. Izmantot nomierinošu sarunu nekairinošā / drošā vidē, lai nomierinātu pacientu.

13.3. Psiholoģisko intervenču neefektivitātes gadījumā nozīmēt benzodiazepīnus un/vai APL to korekcijai. Medikamentus nozīmēt perorāli vai parenterāli, ja nepieciešams.

13.4. 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.

13.5. 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 50līdz 150mg i/m reizi divās trijās dienās. Sedācijai var tikt izmantots arī kāds no antihistamīna līdzekļiem injekcijās.

13.6. Ātrāka sedatīva efekta nodrošināšanai var sol.Haloperidoli un sol.Diazepamī ievadīt i/v sistēmā ar fizioloģisko šķīdumu.

14. Psihiskā stāvokļa izmaiņu vērtēšana. Simptomātiska ārstēšana

Sekundārās aprūpes līmenis.

Ārstēšanas procesā vienkāršās šizofrēnijas pacienta psihiskā stāvokļa izmaiņas ieteicams vērtēt 4-6 nedēļu periodā. Vērtēt gan medikamentu, gan psihosociālo intervenču efektivitāti.

14.1. Ja terapija nav efektīva, vērtēt, vai ir pareizi noteikta diagnoze, vērtēt līdzestību ārstēšanas procesam, precizēt alkohola vai psihoaktīvu vielu lietošanu.

14.2. Uzsākt simptomātisku terapiju, ja tāda ir nepieciešama

14.2.1. Antiholinerģiskos medikamentus nenozīmēt uzreiz kopā ar APL. Ja pacientam novēro ekstrapiramidālos traucējumus, mazināt APL devu un/vai nozīmēt triheksifenidilu terapijas kursam.

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

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

14.2.4. Ja vienkāršās šizofrēnijas pacientam ir depresīvi traucējumi vai trauksme, nozīmēt kursa veidā antidepresantus.

14.2.5. Uzvedības traucējumu un garastāvokļa svārstību korekcijai var tikt nozīmēti garastāvokļa stabilizatori. Neefektivitātes gadījumā izvērtēt klozapīna nozīmēšanu.

15. Hebefrēnas šizofrēnijas pacienta aprūpes un ārstēšanas principi

Sekundārās aprūpes līmenis.

15.1. Hebefrēnas šizofrēnijas pacientam, iespēju robežās izmantojamas psihosociālās intervences, skatīt 9.1. un 9.2. punktus, ja to atļauj psihiskais stāvoklis un pacients ir spējīgs iesaistīties jēgpilnās aktivitātēs.

15.1.1. Ja pacients ir līdzestīgs, ieteicams nozīmēt perorālus medikamentus (APL un garastāvokļa stabilizatorus), antipsihotiskais medikaments jāizvēlas mono- terapijā, iespēju robežās, izvēli pārrunājot ar pacientu un nepieciešamības gadījumā arī ar ģimenes locekļiem

15.1.2. Pacients ir jāinformē gan par nozīmētā medikamenta darbību un terapijas ieguvumu, gan par izvēlēto antipsihotisko medikamentu iespējamām blaknēm

15.1.3. Izvēloties APL, izvērtēt iespējamās blaknes: metabolie riski (svara pieaugums, diabēts); ekstrapiramidālās blaknes (akatizija, diskinezija, distonija); kardiovaskulārās blaknes (iekļaujot QT intervāla pagarināšanos); izmaiņas hormonālajā sfērā (hiperprolaktinēmija).

15.1.4. Ja pacients ir līdzestīgs terapijas procesam, izvēlēties perorālu antipsihotisko līdzekli. Terapiju vēlams uzsākt ar mazu devu, pakāpeniski to paaugstinot. Devas paaugstināšanas laikā jāvērtē simptomu izmaiņas, blakusparādības, kā arī līdzestība terapijas procesam.

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

15.1.6. Ja tiek nozīmēti vairāki APL, kombinēšanu pamatot medicīniskajā dokumentācijā, izvērtēt mijiedarbības riskus.

15.1.7. Hebefrēnas šizofrēnijas epizodes akūtā periodā, stacionārā terapija var tikt uzsākta ar APL injekcijām. Atipisko APL injekcijas retāk izraisa EPS kā haloperidols injekcijās. I/m nozīmētos medikamentus ieteicams iespējami ātri nomainīt uz orāli lietotiem medikamentiem (3-5 dienu laikā);

15.2. Hebefrēnas šizofrēnijas ārstēšanā bieži ir klīniski pamatoti nozīmēt garastāvokļa stabilizatorus (valproātus, karbamazepīnu), lai mazinātu afekta labilitāti un uzvedības traucējumus.

15.3. Vērtēt APL terapijas efektivitāti 4-6 nedēļu periodā ar CGI-I (skatīt 12.4. punktu). Optimālu (efektīvu) medikamenta devu ieteicams lietot 4 – 6 nedēļas, tad lemt par APL turpināšanu vai devas mazināšanu.

15.4. Ja 4-6 nedēļu periodā APL līdzeklis pietiekami lielā devā nav efektīvs, tad mainīt to uz citu vai kombinēt 2 APL vai APL kombinēt ar ilgās darbības antipsihotiķu injekcijām.

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

15.4.2. APL neefektivitātes gadījumā izvērtēt klozapīna nozīmēšanu (Skatīt algoritmu „Terapeitiski rezistentas šizofrēnijas atpazīšana, vadīšana un aprūpe”).

16. Katatonas šizofrēnijas pacienta aprūpes un ārstēšanas principi

Sekundārās aprūpes līmenis.

16.1. Monitorēt somatisko stāvokli:

- sekot ķermeņa temperatūrai, pulsam un arteriālajam asinsspiedienam;
- pozicionēt pacientu ar stuporu, lai mazināt izgulējumu risku;
- sekot uzņemtā (arī izvadītā) šķidruma daudzumam – novērst dehidratāciju, sekot elektrolītu balansam, nepieciešamības gadījumā nodrošināt intravenozu šķidruma ievadi;
- sekot uzturam, ja pacients neēd, nodrošināt barošanu caur nazogastrālu zondi vai parenterāli, novērst tiamīna deficītu;
- sekot urīnceļu infekcijas riskiem;
- sekot vēnu trombembolijas riskam (izvērtēt antikoagulantu nozīmēšanas nepieciešamību stupora pacientiem).

16.2. Benzodiazepīnu lietošana katatonijas pacientiem

16.2.1. Benzodiazepīni ir pirmās izvēles medikamenti katatonijas ārstēšanai. Izvēles medikaments ir lorazepāms, nozīmējams pakāpeniski titrējot devu no 1-2mg katras 4-12 stundas, rekomendējamā diennakts deva ir 8-24mg.

16.2.2. Katatonijas ārstēšanai var tikt izmantoti arī diazepāms, oksazepāms, klonazepāms, kā arī zolpidēms.

16.3. Modificētā elektrokonvulsīvā terapija (mEKT)^x:

16.3.1. mEKT jāuzsāk, ja katatonijas pacientam nav efekta no terapijas ar benzodiazepīniem vai ir dzīvību apdraudoša katatonijas simptomātika (febrīlā katatonija). Febrīlā katatonija raksturojas ar idiopātisku drudzi (temperatūra ir >39C), tahikardiju, izteiktām arteriālā asinsspiediena svārstībām, smagu vispārējo somatisko stāvokli un oneiroīdiem pārdzīvojumiem.

16.3.2. mEKT ir kopumā efektīvākā no ārstēšanas metodēm, kaut trūkst randomizētu klīnisko pētījumu, kas to apstiprina.

16.3.3. mEKT rekomendē pa vienam seansam 3-5 dienas, līdz katatonā simptomātika reducējas. Seansu skaitu katatonijas gadījumā nosaka individuāli.

16.4. Antipsihotiskolīdzekļu lietošana katatonijas pacientiem

16.4.1. APL efektivitāte katatonijas pacientiem ir diskutabla, pēdējo gadu pētījumi liecina par atipisko APL ar zemu D2 receptoru antagonismu (olanzapīns, kvetiapīns, aripiprazols) nedaudz labāku efektivitāti katatonijas pacientiem, salīdzinot ar tipiskajiem APL.

16.4.2. Gan tipiskie, gan atipiskie APL var būt saistīti ar katatonijas paildzināšanos vai klīniskās ainas pasliktināšanos un iespējamu NMS riska pieaugumu.

16.4.3. Ja pacientam, kurš saņem APL attīstās katatonija, izvērtēt tā nozīmēšanas pamatotību un neiroleptiskā malignā sindroma (NMS) iespēju.

16.4.4. Atipiskos APL katatonijas pacientiem rekomendē nozīmēt pēc sekmīgas terapijas ar benzodiazepīniem un/vai mEKT, reziduālas pozitīvās un afektīvās simptomātikas terapijai.

- 16.5. Glutamāta antagonisti. Katatonijas ārstēšanā var tikt izmantoti NMDA antagonisti amantadīns (100-500mg divas līdz trīs reizes dienā) un memantīns (5-20mg dienā). NMDA antagonisti ieteicami pacientiem, kuriem katatonie simptomi sākušies pēc augstas potences ANL saņemšanas, jo pastāv grūta diferenciālā diagnoze ar NMS
- 16.6. Citas katatonijas ārstēšanas iespējas. Medikamenti, kas atsevišķos klīniskajos ziņojumos bijuši efektīvi katatonijas gadījumā – biperidēns, bromkriptīns, garastāvokļa stabilizatori. Atsevišķi ziņojumi par efektivitāti pie katatonijas ir transkraniālajai magnētiskajai stimulācijai.
- 16.7. Katatonas šizofrēnijas pacientam, iespēju robežās izmantojamas psihosociālās intervences, skatīt 9.1. un 9.2. punktus, ja to atļauj psihiskais stāvoklis un pacients ir spējīgs iesaistīties jēgpilnās aktivitātēs.

17.Dzīvību apdraudoša katatonija. Neskaidra diferenciālā diagnoze ar neiroleptiskomaligno sindromu (NMS). Ārstēšanās multipofilu stacionārā

Sekundārās vai terciālās aprūpes līmenis.

Febrīlās (malignās) katatonijas gadījumā lemt jautājumu par pacienta stacionēšanu multipofilu stacionāra intensīvās terapijas nodaļā.

17.1. Nodrošināt somatisko un neiroloģisko traucējumu simptomātisku terapiju.

17.2. Izvērtēt vai katatonija nav saistīta ar APL nozīmēšanu, diferencēt no neiroleptiskā malignā sindroma.

17.3. Febrīlās katatonijas ārstēšanas pirmās izvēles metode ir mEKT.

18.Ārstēšana ir efektīva

Sekundārās ārstēšanas līmenis.

Katatonās, hebefrēnās un vienkāršās šizofrēnijas ārstēšana ir efektīva. 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.

18.1. Vienkāršās šizofrēnijas pacientu balstterapijā priekšroka dodama APL nelielās devās, kā arī antidepresantiem un vai lamotrigīnam, kas var mazināt negatīvās simptomatikas intensitāti.

18.1.1. Vienkāršās šizofrēnijas pacientu aprūpē būtiska loma ir psihosociālajām intervencēm, kas realizējamas sadarbībā ar pašvaldības sociālajiem dienestiem.

18.1.2. Ar pacientu un tuviniekiem jārunā par alkohola un psihoaktīvu vielu lietošanas riskiem un negatīvo ietekmi uz vienkāršās šizofrēnijas norisi.

18.2. Hebefrēnās šizofrēnijas pacientu balstterapijā priekšroka dodama APL monoterapijai, ja nav efekta - kombinēt 2 APL vai kombinēt perorālo antipsihotisko līdzekli ar ilgās darbības antipsihotiķu injekcijām. APL ieteicams kombinēt ar normotīmiķiem.

18.2.1. Hebefrēnās šizofrēnijas pacientu aprūpē būtiska loma ir psihosociālajām intervencēm, kas realizējamas sadarbībā ar pašvaldības sociālajiem dienestiem.

18.2.2. Iespēju robežās rekomendē informēt pacientu un viņa tuviniekus par saslimšanu, ārstēšanas un aprūpes iespējām. Rekomendē informēt tuviniekus par atkārtota uzliesmojuma pazīmēm un iespējamo rīcību atkārtota uzliesmojuma gadījumā.

18.2.3. Ar pacientu un tuviniekiem jārunā par alkohola un psihoaktīvu vielu lietošanas riskiem un negatīvo ietekmi uz hebefrēnās šizofrēnijas norisi.

18.3. Katatonās šizofrēnijas pacientu balstterapijā priekšroka dodamaatipisko APL nelielām devām monoterapijā vai kombinēt 2 atipiskos APL vai nozīmēt klozapīnu.

18.4. Benzodiazepīnu lietošana katatonas šizofrēnijas balstterapijā rekomendējama ar piesardzību, sekojot atkarības riskiem.

18.4.1. Katonās šizofrēnijas pacientu aprūpē būtiska loma ir psihosociālajām intervencēm, kas realizējamas sadarbībā ar pašvaldības sociālajiem dienestiem.

18.4.2. Iespēju robežās rekomendē informēt pacientu un viņa tuviniekus par saslimšanu, ārstēšanas un aprūpes iespējām. Rekomendē informēt tuviniekus par atkārtota uzliesmojuma pazīmēm un iespējamo rīcību atkārtota uzliesmojuma gadījumā.

18.5. Antipsihotīku ieteicamās devas ilgtermiņa ārstēšanai (balstterapijai)

	Sākuma deva	Pieņemšana 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 neirozes, 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

18.6. APL blakņu monitorēšana.

18.6.1. 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.

18.6.2. 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.

18.6.3. Novērtēt un dokumentēt jebkādu kustību traucējumus.

18.6.4. APL somatisko blakņu monitorēšana

	Pirms terapijas uzsākšanas	Terapijas laikā
Cukura diabēts	Precizēt diabēta riska faktorus, glikozes līmeni 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), 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 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
Agranulocitoze (īpaši klozapīns)	Asins analīze uzsākot	Asinsanalīzes 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. Ģimenes ārsts sadarbībā ar psihiatru turpina balstterapiju un monitorē somatisko stāvokli

Aprūpe un ārstēšana primārajā līmenī.

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

- 19.1. Ģimenes ārsts balstterapijas laikā seko līdz šizofrēnijas pacienta psihiskajam un somatiskajam stāvoklim, īpaši vēršot uzmanību uz izmaiņām kardiovaskulārajā sistēmā, metabolo, endokrīno un respiratoro traucējumu riskiem. Konstatējot somatiskus traucējumus, informē par tiem psihiatru. Psihiatrs vērtē nepieciešamās APL terapijas izmaiņas.
- 19.2. 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.
- 19.3. 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.
- 19.4. Pēc APL pārtraukšanas ģimenes ārsts 2 gadu periodā monitorē psihisko stāvokli.

Atsaucesⁱ

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

ⁱⁱSadock BJ, MD, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 11th edition. Lippincott Williams and Wilkins and Wolter Kluwer Health, 2015.

ⁱⁱⁱE.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

^{iv}Sienaert P. et al. A Clinical Review of the Treatment of Catatonia. Front Psychiatry, 2014; 5: 181. Published online 2014 Dec 9. Prepublished online 2014 Oct 3.

^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 Elektrokonvulsīvā terapija vispārējā anestēzijā ar miorelaksantiem (Modificētā EKT). <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/datu-bazes/rstniecib-izmantojamo-medicinisko-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>