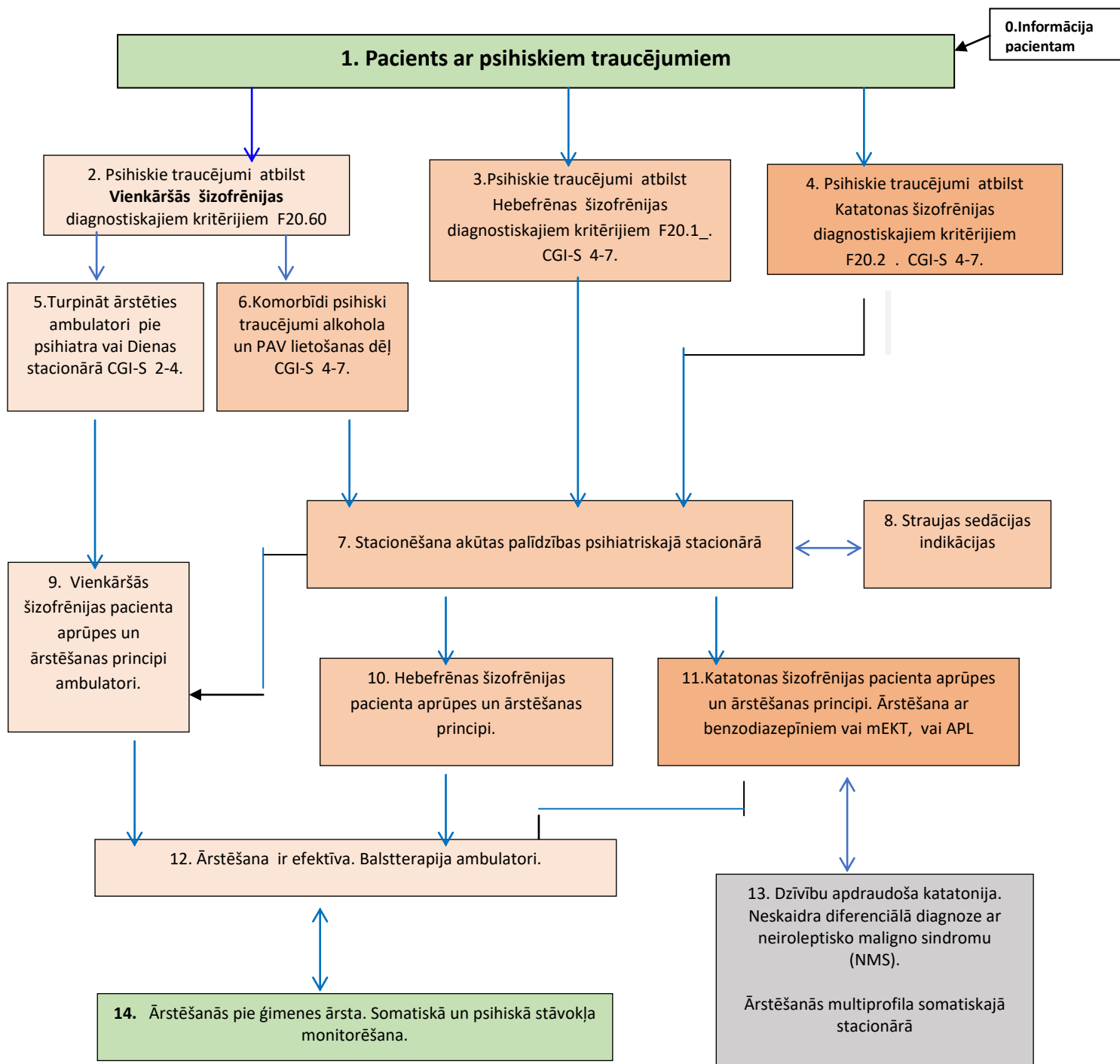


# Klīniskais ceļš

## 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



## Klīniskā ceļa apraksts

### 0. Informācija pacientam

Papildu informācija:

[www.gaismasstars.lv/fa/sakums/pieredzes-stasti](http://www.gaismasstars.lv/fa/sakums/pieredzes-stasti); [www.nenoversies.lv](http://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](http://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 nelogiskumu.
  - 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 nelogiska. 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 pārlietu 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 garstāvokli, 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 stacionāra pacientiem un ierobežotā daudzumā arī psihiatriskā stacionāra pacientiem.
- Fizioterapeita konsultācijas ir pieejamas psihiatriskā Dienas stacionāra 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 psihiskiem traucējumiem.

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 (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 NMPD, ģimenes, tuviniekiem, ģimenes ārsta, citu specialitāšu ārsta, klīniskā psihologa, policijas, sociālā dienesta u.c.

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.

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 “Ģintermuiža”, <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>

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, nepieciešamības gadījumā stacionēšanas procesā iesaistot arī policiju.

### 2. Psihiskie traucējumi atbilst Vienkāršās šizofrēnijas diagnostiskajiem kritērijiem F20.60. Sekundārais aprūpes līmenis.

Psihiatra konsultācija. Klīniskajā ainā ilgāk par vienu gadu dominē šizofrēnijas negatīvie simptomi, tie atbilst vienkāršās šizofrēnijas diagnostiskajiem kritērijiem. Jāprecizē, vai pacients ilgstoši nav bijis norobežojies no sabiedrības, kā arī alkohola un/vai psihoaktīvu vielu lietošana.

3. Psihiskie traucējumi atbilst Hebefrēnas šizofrēnijas diagnostiskajiem kritērijiem F20.1 . CGI-S 4-7. Sekundārais vai terciālais aprūpes līmenis.

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.

Psihiatra konsultācija. Klīniskajā ainā ilgāk par vienu mēnesi dominē uzvedības traucējumi, juceklīga/ dezorganizēta domāšana, 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. Pacients nespēj turpināt strādāt, mācīties, kā arī dzīvot patstāvīgi. Rekomendējama ir stacionēšana slēgta tipa psihiatriskā stacionārā diagnozes precizēšanai un ārstēšanas uzsākšanai. Jāprecizē alkohola un/vai psihoaktīvu vielu lietošana.

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.

4. Psihiskie traucējumi atbilst Katatonas šizofrēnijas diagnostiskajiem kritērijiem F20.2 . CGI-S 4-7. Sekundārais vai terciālais aprūpes līmenis.

Psihiatrs konsultācija. Klīniskajā ainā dominē 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. Katonas šizofrēnijas simptomātikas laika kritērijs ir 1 mēnesis.

Katonai šizofrēnijas ir raksturīgi izteikti psihomotori traucējumi: no hiperkinēzēm līdz stuporam, automātiska pakļaujamība vai negatīvisms. Iespējami oneroīdi un febrilās katatonijas sindromi.

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

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.

5. Turpināt ārstēties ambulatori pie psihiatra vai Dienas stacionārā CGI-S 2-4. Sekundārais aprūpes līmenis.

Ārstēšanās pie psihiatra ambulatori. Vienkāršās šizofrēnijas pacienta ārstēšanu uzsāk ambulatori, ja nav komorbīdu traucējumu, psihiatrs ambulatorai ārstēšanai. Piemēroti pacienti ar CGI-S vērtībām 2 līdz 4. Klīniskajā ainā dominē šizofrēnijas negatīvā simptomātika.

6. 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.

## 7. Stacionēšana akūtas palīdzības psihiatriskā stacionārā. Sekundārais aprūpes līmenis.

Klīniskās indikācijas stacionēšanai 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
- Katatons stupors vai uzbudinājums
- Nonākšana bezpalīdzīgā stāvoklī šizofrēnijas pozitīvo (t.sk. dezorganizēta uzvedība un domāšana) vai negatīvo simptomu dēļ
- Nepieciešamība būtiski mainīt antipsihotisko terapiju, ja ambulatori to veikt nav iespējams

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.

Psihiatrs informē pacientu (ja to pieļauj psihiskais stāvoklis) un ģimeni par iespējām šizofrēniju ārstēt ar antipsihotiskajiem līdzekļiem (APL), kā arī 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 nozīmē klīniskos izmeklējumus diagnozes precizēšanai vai uzsākot ārstēšanu ar APL:

Svars, vidukļa apkārtmērs, ĶMI, 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.

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

## 8. Straujas sedācijas indikācijas. Sekundārās aprūpes līmenis.

Straujas sedācijas klīniskās indikācijas ir: 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.<sup>1</sup> 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. Vienkāršās šizofrēnijas pacienta aprūpes un ārstēšanas pamatprincipi ambulatori. *Sekundārais aprūpes līmenis.*

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

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.)

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

Terapijas rezistences gadījumā nozīmēt klozapīnu nelielās devās. Lai uzlabotu efektu uz negatīvo simptomātiku, to rekomendē kombinēt ar lamotrigīnu vai citu atipisko APL nelielās devās. Terapijas efektivitāti vērtēt 4-6 nedēļu periodā. Nepieciešamības gadījumā mainīt antipsihotisko līdzekli, vai terapijā pievienot citu grupu psihotropos līdzekļus.

Lai vērtētu šizofrēnijas ārstēšanas efektivitāti var tikt izmantota CGI-I skala. 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.

Psihiatrs nozīmē psiholoģiskas intervences individuāli vai grupā. Izvērtējamās atsevišķu psihiatriskās rehabilitācijas speciālistu konsultācijas vai multiprofesionālās komandas darbs ar vienkāršās šizofrēnijas pacientu (ja ir pieejamas).

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

Vienkāršās šizofrēnijas pacientam ir rekomendējama kognitīvi biheiviorālo terapija (KBT). KBT var tikt uzsākta gan ambulatori, gan stacionārā. 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.

Ja nav pieejama KBT, uzsākt atbalsta psihoterapiju.

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, ko realizē mākslas terapeits ar iepriekšēju pieredzi darbā ar šizofrēnijas pacientiem. Ieteicamas mākslas terapijas grupu nodarbības, ja vien tas nesagādā grūtības pacientam.

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



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

#### 10. Hebefrēnas šizofrēnijas pacienta aprūpes un ārstēšanas principi. Sekundārais aprūpes līmenis.

Hebefrēnas šizofrēnijas pacientam, iespēju robežās psihiatrs nozīmē psihosociālās intervences, skatīt 9. punktu, ja to atļauj psihiskais stāvoklis un pacients ir spējīgs iesaistīties jēgpilnās aktivitātēs.

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

Psihiatrs pacientu saprotamā veidā informē gan par nozīmētā medikamenta darbību un terapijas ieguvumu, gan par izvēlēto antipsihotisko medikamentu iespējamām blaknēm.

Terapiju vēlams uzsākt ar mazu 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.

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

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 lietojamiem medikamentiem (3-5 dienu laikā).

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

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

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 ilgas darbības antipsihotiķu injekcijām.

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

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

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

#### 11. Katatonas šizofrēnijas pacienta aprūpes un ārstēšanas principi. Ārstēšana ar benzodiazepīniem vai mEKT, vai APL. Sekundārais vai terciārās aprūpes līmenis.

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).

Benzodiazepīnu lietošana katatonijas pacientiem.

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

Modificētā elektrokonvulsīvā terapija (mEKT)

mEKT jāuzsāk, ja katatonijas pacientam nav efekta no terapijas ar benzodiazepīniem vai ir dzīvību apdraudoša katatonijas simptmātika (febrilā katatonija). Febrilā katatonija raksturojas ar idiopātisku drudzi (temperatūra ir >39C), tahikardiju, izteiktām arteriālā asinsspiediena svārstībām, smagu vispārējo somatisko stāvokli un oneiroīdiem pārdzīvojumiem. mEKT ir kopumā efektīvākā no ārstēšanas metodēm, kaut trūkst randomizētu klīnisko pētījumu, kas to apstiprina.

mEKT rekomendē pa 1 seansam 3-5 dienas, līdz katatonā simptomātika reducējas. Seansu skaitu katatonijas gadījumā nosaka individuāli.

Antipsihotisko līdzekļu lietošana katatonijas pacientiem

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

Gan tipiskie, gan atipiskie APL var būt saistīti ar katatonijas paildzināšanos vai klīniskās ainas pasliktināšanos un iespējamu NMS riska pieaugumu. Ja pacientam, kurš saņem APL attīstās katatonija, izvērtēt tā nozīmēšanas pamatotību un neuroleptiskā malignā sindroma (NMS) iespēju.

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

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.

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.

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

## 12. Ārstēšana ir efektīva. Balstterapija ambulatori. Sekundārais aprūpes līmenis

Katatonās, hebefrēnās un vienkāršās šizofrēnijas ārstēšana psihiatriskajā vai daudzprofilu stacionārā ir bijusi efektīva. Psihiatrs pārrunā ar pacientu tālākās ārstēšanas un psihiatriskās rehabilitācijas plānu.

Psihiatrs informē, ka APL lietošana ieteicama vismaz divu gadu periodā. APL lietošanas pārtraukšana divu gadu periodā ir saistīta ar paaugstinātu atkārtota uzliesmojuma risku. Visā balstterapijas laikā ir jāseko medikamentu blaknēm un somatiskajm stāvoklim.

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

Vienkāršās šizofrēnijas pacientu aprūpē būtiska loma ir psihosociālajām intervencēm, kas realizējamās sadarbībā ar pašvaldības sociālajiem dienestiem. Ar pacientu un tuviniekiem jārunā par alkohola un psihoaktīvu vielu lietošanas riskiem un negatīvo ietekmi uz vienkāršās šizofrēnijas norisi.

Hebefrēnās šizofrēnijas pacientu balstterapijā priekšroka dodama APL monoterapijai, ja nav efekta - kombinēt 2 APL vai kombinēt perorālo antipsihotisko līdzekli ar ilgas darbības antipsihotiķu injekcijām. APL ieteicams kombinēt ar normotīmiķiem. Hebefrēnās šizofrēnijas pacientu aprūpē būtiska loma ir psihosociālajām intervencēm, kas realizējamās sadarbībā ar pašvaldības sociālajiem dienestiem.

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.

Psihiatrs ar pacientu un tuviniekiem pārrunā par alkohola un psihoaktīvu vielu lietošanas riskiem un negatīvo ietekmi uz hebefrēnās šizofrēnijas norisi.

Katatonās šizofrēnijas pacientu balstterapijā priekšroka dodama atipisko APL nelielām devām monoterapijā vai kombinēt 2 atipiskos APL vai nozīmēt klozapīnu. Benzodiazepīnu lietošana katatonas šizofrēnijas balstterapijā rekomendējama ar piesardzību, sekojot atkarības riskiem.

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

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.

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

### 13. Dzīvību apdraudoša katatonija. Neskaidra diferenciālā diagnoze ar neuroleptisko maligno sindromu (NMS). Ārstēšanās multiprofila somatiskajā stacionārā. Terciālais aprūpes līmenis.

Dzīvību apdraudoša katatonija. Febrīlās (malignās) katatonijas gadījumā psihiatrs vai psihiatru konsilijs lemj jautājumu par pacienta stacionēšanu multiprofilu stacionāra intensīvās terapijas nodaļā.

Intensīvās terapijas ārsts sadarbībā ar konsultējošo psihiatru nodrošina turpmāko somatisko traucējumu simptomātisku terapiju, kā arī katatonijas ārstēšanu. Pēc stāvokļa stabilizēšanās lemj par turpmāku ārstēšanu ambulatori vai pārvešanu uz psihiatrisko stacionāru.

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

Febrīlās katatonijas ārstēšanas pirmās izvēles metode ir mEKT.

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

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.

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.

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.

Pēc APL pārtraukšanas ģimenes ārsts divu gadu periodā monitorē psihisko stāvokli.