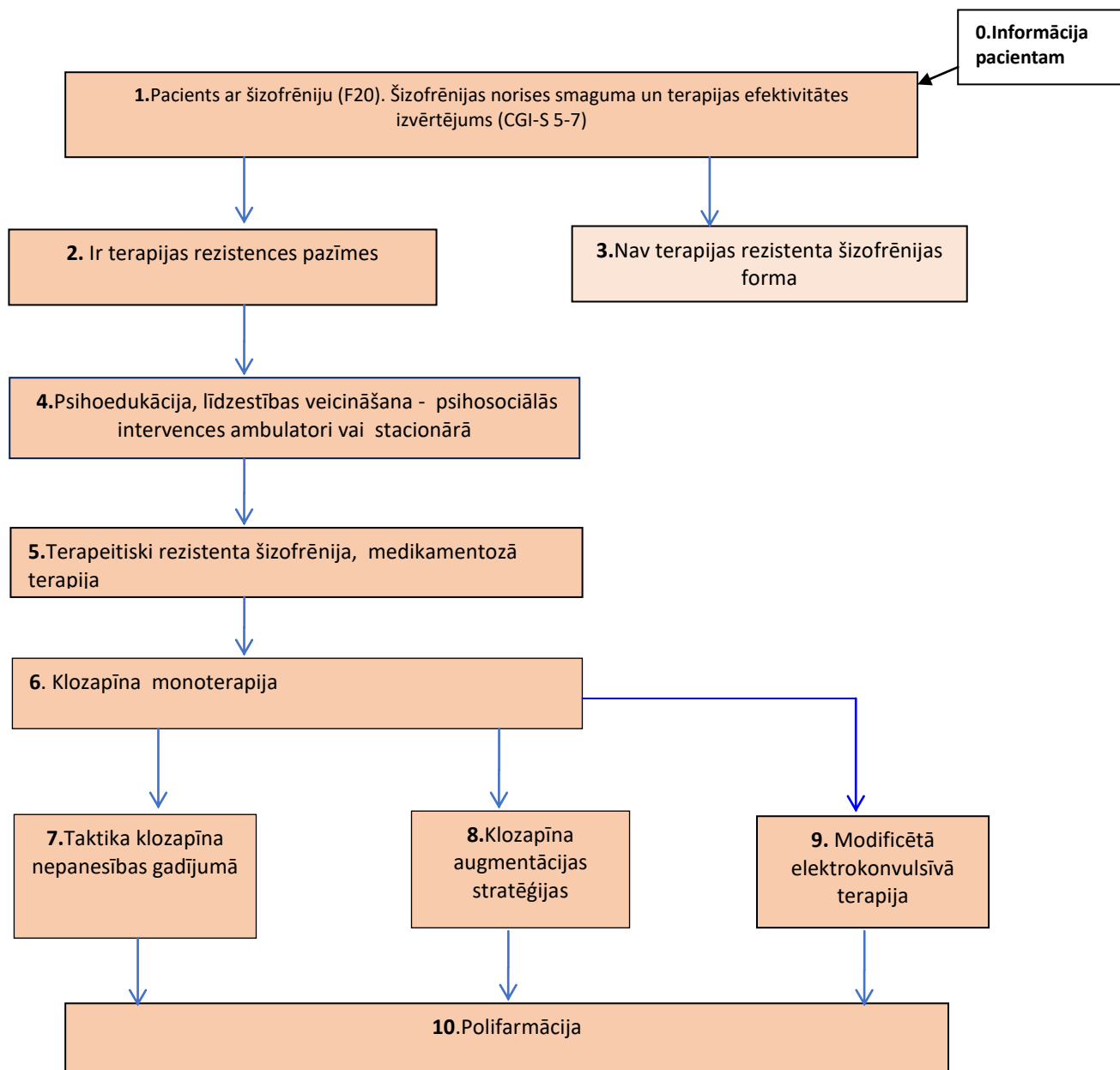


Klīniskais ceļš

Terapeitiski rezistentas šizofrēnijas atpazīšana, 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; 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, stimulantī), 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 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 nepieciešams 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 saņemtu 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 šizo-

- frēniju, medikamentus apmaksā valsts 100% apmērā, tos var izrakstīt gan psihiatrs, gan ģimenes ārsts.
- Šizofrēnijas ārstēšanā izmanto antipsihotiskos līdzekļus (neiroleptiskus). 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, pašpārmētumiem, 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 norobežošanas 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 bi-

heiviorālās 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 šizofrēniju (F20). Šizofrēnijas norises smaguma un terapijas efektivitātes izvērtējums (CGI-S 5-7). Sekundārās aprūpes līmenis.

Psihiatrs izvērtē šizofrēnijas klīnisko simptomu smagumu ar CGI-S 5-7. Viens no biežākajiem TRŠ kritērijiem tiek formulēts kā nepietiekams psihiskā stāvokļa uzlabojums vai terapijas neefektivitāte, to vērtē ar CGI-I, uzlabojums no terapijas ar iepriekš nozīmētajiem antipsihotiskajiem līdzekļiem (APL) ir minimāls, vai nav izmaiņu, vai stāvoklis ar pasliktinājies (CGI-I 3 līdz 7).

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

Terapijas efektivitāti ieteicams vērtēt ar 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 precizē anamnēzes datus par medikamentu devām, lietošanas ilgumu, līdzestību terapijas procesam, iespējamām mijiedarbībām, kā arī komorbīdu psihoaktīvu vielu un alkohola lietošanu un komorbīdus somatiskus traucējumus.

2. Ir terapijas rezistences pazīmes. Sekundārās aprūpes līmenis.

Psihiatrs konstatē terapijas rezistences pazīmes šizofrēnijas pacientam.

Terapeitiski rezistentas šizofrēnijas (TRŠ) jēdziens. TRŠ pacienti nepietiekami reaģē vai nereaģē uz APL terapiju laika periodā, kas ir ilgāks par 12 nedēļām. Pacienti nav reaģējuši uz 2 dažādiem APL vismaz 6 nedēļu periodā, APL bijuši nozīmēti efektīvā devā, kas ir atbilstoša vismaz 600mg hlopromazīna ekvivalentiem/dienā. Anamnēzē vismaz divas šizofrēnijas epizodes, kas ārstētas ar dažādiem APL, t.sk. ilgas darbības APL injekcijām (vismaz 4 mēnešu periodā). Pacientiem saglabājas būtiski sociālās funkcionēšanas traucējumi.

Pacienti slikti reaģē uz APL terapiju (CGI-S “4” līdz “7” vai CGI-I “3” līdz ”7” kopš terapijas sākuma.

Pēc pacienta pieprasījuma psihiatrs nosūta uz VDEĀVK darbspēju ekspertīzei.

3. Nav terapijas rezidenta šizofrēnijas forma. Sekundārās aprūpes līmenis.

Psihiatrs izvērtējot nekonstatē terapijas rezistences pazīmes vai tās ir neizteiktas. Terapijas nepietiekamo efektivitāti nosaka dažādi, biežāk ārējie faktori – šīs situācijas publikācijās apzīmē arī kā pseidorezistenci šizofrēnijas ārstēšanā.

Pacienti, kuri atšķirīgi, biežāk slikti reaģē uz APL terapiju (CGI-S “3” līdz “6” vai CGI-I “3” līdz “5” kopš terapijas sākuma) periodā līdz 12 nedēļām, biežāk šiem pacientiem ir atjaunojusies salīdzinoši laba sociālā funkcionēšana.

Faktori, kas var izraisīt pseido rezistenci ir smēķēšana, alkohola vai psihoaktīvu vielu lietošana un līdzestības trūkums.

Psihiatrs un/vai psihiatriskās rehabilitācijas speciālisti informē pacientu par iespējām ārstēt ar šizofrēniju ar antipsihotiskajiem līdzekļiem, par psiholoģisko intervenču izmantošanu - par šo metožu efektivitāti un iespējamām blaknēm. Pārrunā ar pacientu medikamentu izvēli.

Nozīmē ilgās darbības tipisko vai atipisko APL injekcijas.

Ja šizofrēnijas pacientam pseidorezistenci pret medikamentiem nosaka medikamentu blaknes – tās iespēju robežās jānovērš.

4. Psihoedukācija, līdzestības veicināšana - psihosociālās intervences ambulatori vai stacionārā. Sekundārās aprūpes līmenis.

Psihiatrs un/vai psihiatriskās rehabilitācijas speciālisti uzsāk/turpina psihoedukāciju, līdzestības veicināšanu - psihosociālās intervences ambulatori vai stacionārā.

Rekomendē uzsākt individuālu kognitīvi biheiviorālo terapiju (KBT), ja pacients to nav saņēmis (ja šī metode ir pieejama). KBT ieteicamais vizīšu skaits ir 8 - 16 sesijas (nav valsts apmaksāts pakalpojums, izņemt Dienas stacionārā). Terapijas mērķis ir palīdzēt atpazīt saikni/atšķirību starp pacienta domām, sajūtām, uzvedību un sociāli neatbilstošu, nepareizu uzvedību. KBT var palīdzēt pacientam mazināt gan pozitīvo, gan 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. Psihiatrs ar psihiatriskās rehabilitācijas speciālistiem izvērtē arī citu psiholoģisko intervenču pielietojuma iespēju, piemēram ģimenes intervenci (nav valsts apmaksāts pakalpojums).

Ambulatori TRŠ pacients var tikt ārstēts Dienas stacionārā ar multiprofesionālu komandu, kas nodrošina intensīvāku rehabilitācijas procesu. Rehabilitācijas procesā iesaistītās psihiatrs, psihiatrijas māsa, klīniskais psihologs vai psihoterapeits, mākslas terapeiti, ergoterapeits, fizioterapeits un sociālais darbinieks.

5. Terapeitiski rezidenta šizofrēnija, medikamentozā terapija. Sekundārās aprūpes līmenis.

Psihiatrs, izvērtējot terapeitiski rezistentas šizofrēnijas iespējamās iemeslus izvēlas vienu no:

- Noteikt medikamentu līmeni asins plazmā (Latvijā pieejams ierobežoti), lai novērtētu vai pacients ir līdzestīgs terapijai, kā arī novērtētu medikamentu uzsūkšanos gremošanas traktā.
- Kombinēt 2 APL līdzekļus ar atšķirīgiem receptoru profiliem.
- Kombinēt APL ar ilgās darbības APL injekcijām. Gan tipisko, gan atipisko APL ilgās darbības injekcijas, pierādījušas efektivitāti TRŠ ārstēšanā.
- APL augmentācijas (efektivitātes uzlabošana kombinējot dažādus medikamentus) efektivitāte ir maz pierādīta ar klīniskajiem pētījumiem. APL var tikt augmentēti ar: normotīmiķiem antidepresantiem, benzodiazepīniem, NMDA agonistiem.

- Psihiatrs ar pacienta piekrišanu, izvērtējot soamtisko un neiroloģisko stāvokli var nozīmēt modificēto elektrokonvulsīvo terapiju – atsevišķi ziņojumi par efektivitāti pacientiem ar TRŠ, augmentācija ar transkraniālo magnētisko stimulāciju – atsevišķi pozitīvi ziņojumi par šo terapijas taktiku.
- Kombinēt lietoto APL ar klozapīnu, pakāpeniski audzējot devu un sekojot līdz iespējamām blaknēm, klīnisko uzlabojumu vērtēt 8-10 nedēļu periodā.

6. Klozapīna monoterapija. Sekundārās aprūpes līmenis.

Ja iepriekšējā ārstēšanas taktika nav bijusi efektīva, nozīmēt klozapīnu monoterapijā pakāpeniski titrējot devu mēneša laikā līdz 400-600mg/ dienā (maksimāli 900mg dienā) stacionārā vai līdz 600mg dienā ambulatori, klīnisko uzlabojumu vērtēt sākot ar 8-10 nedēļām. Terapiju ar klozapīnu ir mērķtiecīgi turpināt un vērtēt 3-6 mēnešu periodā.

Ārstēšanas laikā ar klozapīnu ir nepieciešams kontrolēt leikocītu skaitu asins analīzē, sekot izmaiņām EKG un EEG, saskaņā ar medikamenta aprakstu. Efektīvs klozapīna līmenis asins plazmā ir ap 350 mikrog/l. Sekot līdz iespējamām klozapīna mijiedarbībām CYP-450 izoenzīmu sistēmā.

Ja ir jāpārtrauc terapija ar klozapīnu, darīt to pakāpeniski 1-2 nedēļu laikā. Straujas atcelšanas gadījumā var novērot nelabumu, vemšanu, caureju, galvas sāpes, distoniju un diskinēziju, retāk psihotisko simptomu intensitātes pastiprināšanos. Agranulocitozes gadījumā atcelt klozapīnu strauji.

7. Taktika klozapīna nepanesības gadījumā. Sekundārās aprūpes līmenis.

Psihiatrs izvērtē terapijas efektivitāti. Ja pacientam novēro blaknes no klozapīna, kuras nepieļauj turpināt klozapīna lietošanu, mainīt terapiju uz citu atipisko APL augstā devā, piemēram amisulprīdu līdz 1000mg, olanzapīnu līdz 30mg, risperidonu līdz 8mg, aripiprazolu 30mg vai kvetiapīnu 750mg u.c. TRŠ ārstēšanai nerekomendē APL devu, kas ir augstāka par 1000mg/dienā hlorpromazīna ekvivalentos.

Ja tiek nozīmēts APL augstās devās TRŠ ārstēšanai stingri jāseko somatiskajām un neiroloģiskajām blaknēm. Jāseko metabolajām blaknēm, jākontrolē svars, vidukļa apkārtmērs, KMI, pulss un arteriālais asins spiediens. Regulāri jākontrolē klīniskā asins aina, asins bioķīmijā (glikoze (tukšā dūšā), bilirubīns, aknu fermenti); ja ir metabolie riska faktori (HbA1c, asins lipīdu profils); ja tiek nozīmēts APL ar augstu hiperprolaktinēmijas risku, jākontrolē prolaktīns. Ja antipsihotīks ir ar augstu risku pagarināt QT intervālu, jākontrolē EKG.

Augstas APL devas rekomendē nozīmēt 3 mēnešu periodā, vērtējot to efektivitāti, ja nav efekta mainīt uz citu.

8. Klozapīna augmentācijas stratēģijas. Sekundārās aprūpes līmenis.

Klīnisko pētījumu dati par klozapīna augmentācijas stratēģijām ir pretrunīgi. Klīnisko pētījumu dati par APL kombinēšanu ir pretrunīgi. Biežāk tiek rekomendēts klozapīnu augmentēt ar dopamīna D2 receptoru antagonistiem (sulpirīdu, amisulprīdu vai haloperidolu). Rekomendē klozapīnu augmentēt arī ar risperidonu, ziprasidonu vai aripiprazolu.

9. Modificētā elektrokonvulsīvā terapija. *Sekundārās vai terciālās psihiatriskās aprūpes līmenis.*

Ja medikamentozā terapija ir neefektīva, izvērtēt iespēju uzsākt ārstēšanu ar modificēto elektrokonvulsīvo terapiju (mEKT).

mEKT var tikt izmantota TRŠ ārstēšanai:

- ja pacientam ir katatonija, kas nepadodas terapijai ar benzodiazepīniem vai ir dzīvību apdraudoša katatonijas simptomātika (febrilā katatonija)
- individuāli izvērtēt ieguvumus un riskus TRŠpacienti, ja pacientam ir TRŠ un nav efektīvs vai ir kontrindicēts klozapīns, kā arī nav bijis efekts no klozapīna augmentēšanas ar citu APL, kā arī, ja ir augsts pašnāvības risks šizofrēnijas pacientam
- mEKT ir kopumā efektīvākā no ārstēšanas metodēm katatonijas pacientiem un viena no efektīvām metodēm TRŠ pacientiem, kaut trūkst randomizētu klīnisko pētījumu, kas to apstiprina,
- mEKT veic ar pacienta piekrišanu, iepriekš izvērtējot kontrindikācijas metodes izmantošanai
- mEKT var izraisīt, biežāk īslaicīgus atmiņas traucējumus pēc mEKT seansa
- Katatonas šizofrēnijas pacientiem rekomendē pa 1 seansom 3-5 dienas, līdz katatonā simptomātika reducējas. Seansu skaitu TRŠ pacientiem nosaka individuāli, biežāk 6-12 seansus, pa 2-3 seansi nedēļā, līdz novēro klīnisku uzlabošanu.
- mEKT ir viena no efektīvām terapijas metodēm gados veciem (vecākiem par 65 gadiem) pacientiem ar TRŠ,
- mEKT tiek rekomendēta arī pacientiem ar terapeitiski rezistentu depresiju un terapeitiski rezistentu māniju.

10. Polifarmācija. *Sekundārās aprūpes līmenis.*

Ja iepriekšminētās terapijas stratēģijas nav devušas uzlabojumu, psihiatrs izvērtē iespēju kombinēt 3 vai vairāk APL, iespējami izvērtējot iespējamus klīniskos ieguvumus, blakņu riskus, mijiedarbības u.c. aspektus.

Jāizvērtē nepieciešamība ārstēties ilgstošas psihiatriskās ārstēšanās nodaļā vai stacionārā, ja pacients šizofrēnijas un/vai komorbīdo traucējumu dēļ nespēj dzīvot patstāvīgi. Iespēju robežās jāiesaistās pacienta sociālo jautājumu risināšanā.