

# Klīniskais algoritms

## Psihotiski traucējumi un šizofrēnija bērniem un pusaudžiem - atpazīšana, vadišana un ārstēšana

Autors psihiatrs Elmārs Tērauds

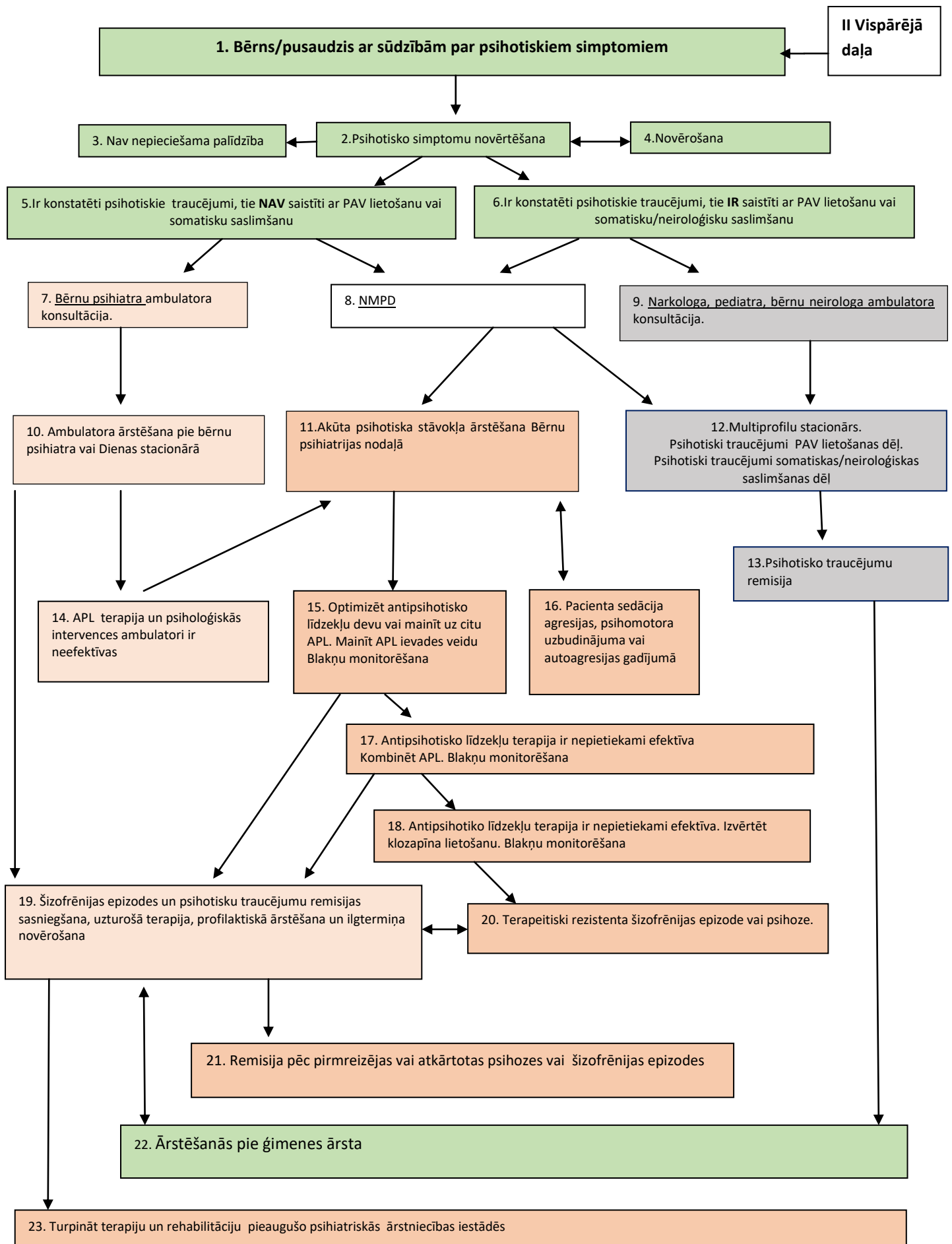
Darba grupa psihiatra Elmāra Tērauda vadībā: psihiatrs Nikita Bezborodovs; psihiatrs Aigars Kišuro; ģimenes ārste Līga Kozlovska; neirologs Ainārs Stepens; ģimenes ārsts Edgars Tirāns; klīniskā psiholoģe prof. Ieva Bite; psihiatrs prof. Elmārs Rancāns; psihiatrs prof. Māris Taube.

### 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. Bērns/pusaudzis ar sūdzībām par psihotiskiem simptomiem .....	8
2. Psihotisko simptomu novērtēšana.....	8
3. Nav nepieciešama palīdzība.....	8
4. Novērošana .....	8
5. Ir konstatēti psihotiskie traucējumi, tie NAV saistīti ar PAV lietošanu vai somatisku saslīmšanu.....	9
6. Ir konstatēti psihotiskie traucējumi, tie IR saistīti ar PAV lietošanu vai somatisku/neiroloģisku saslīmšanu.....	9
7. Bērnu psihiatra ambulatora konsultācija.....	9
8. NMPD .....	9
9. Narkologa, bērnu neirologa ambulatora konsultācija .....	10
10. Ambulatora ārstēšana pie bērnu psihiatra vai Dienas stacionārā.....	10
11. Akūta psihotiska stāvokļa ārstēšana Bērnu psihiatrijas nodaļā.....	12
12. Multipofilu stacionārs. Psihotiski traucējumi PAV lietošanas dēļ. Psihotiski traucējumi somatiskas/neiroloģiskas saslīmšanas dēļ.....	14

Simptomātisku psihotisku traucējumu ārstēšana .....	15
13.Psihotisko traucējumu remisija .....	15
14.APL terapija un psiholoģiskās intervences ambulatori ir neefektīvas .....	15
15.Optimizēt antipsihotisko līdzekļu devu vai mainīt uz citu APL. Mainīt APL ievades veidu. Blakņu monitorēšana .....	15
16.Pacienta sedācija agresijas, psihomotora uzbudinājuma vai autoagresijas gadījumā.....	16
17.Antipsihotisko līdzekļu terapija ir nepietiekami efektīva. Kombinēt APL. Blakņu monitorēšana.....	17
18.Antipsihotisko līdzekļu terapija ir nepietiekami efektīva. Izvērtēt klozapīna lietošanu. Blakņu monitorēšana .....	17
19.Šizofrēnijas epizodes un psihotisku traucējumu remisijas sasniegšana, uzturošā terapija, profilaktiskā ārstēšana un ilgtermiņa novērošana .....	17
20.Terapeitiski rezidenta šizofrēnijas epizode vai psihoze .....	18
21.Remisija pēc pirmreizējas vai atkārtotas šizofrēnijas epizodes vai psihozes .....	18
22.Ārstēšanās pie ģimenes ārsta .....	18
23.Turpināt ārstēšanos un rehabilitāciju pie psihiatra pieaugušo psihiatriskās ārstniecības iestādēs, ja patients ir sasniedzis 18 gadu vecumu.....	18
Atsauces.....	19

# I. Algoritma shēma



## II. Vispārējā daļa

### Saīsinājumi

AIP	agrīnas intervences programma
APL	antipsihotiskie līdzekļi (antipsihotiķi, neuroleptiķi)
CGI-I	<i>Clinical Global Impression - Improvement</i> , Kopējais klīniskais iespaids – traucējumu uzlabošanās
CGI-S	<i>Clinical Global Impression – Severity</i> ; Kopējais klīniskais iespaids – traucējumu smagums
CNS	centrālā nervu sistēma
DSM-5	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
DT	datortomogrāfija
ĢĀ	ģimenes ārsts
EKG	elektrokardiogramma
EEG	elektroencefalogramma
EPS	ekstrapiramidālais sindroms
KBT	kognitīvi biheiviorālā terapija
MRT	magnētiskās rezonanses tomogrāfija
NMPD	Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests
NMP	neatliekamā medicīniskā palīdzība
PAV	psihoaktīvas vielas
SSK-10	Starptautiskā statistiskā slimību ar tām saistīto veselības traucējumu klasifikācija, 10.pārskats ( <i>International statistical classification of diseases and related health problems – 10<sup>th</sup> revision</i> )
TRŠ	terapeitiski rezistenta šizofrēnija
UDHS	uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms

## Ievads

Bērnu šizofrēnija ir reta šizofrēnijas forma. Bērnu šizofrēniju reti novēro pirms 6-7 gadu vecuma, par bērnu šizofrēniju biežāk uzskata saslimšanu, ar agrīnu sākumu 7-13 gadu vecumā (*Childhood-onset schizophrenia*). Ja psihotiskie traucējumi/šizofrēnija sākas 14-17 gadu vecumā, tas bieži ir sākums šizofrēniskam procesam, kas turpinās visas dzīves laikā.

Saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas 10. redakciju<sup>i</sup>, šizofrēniskā spektra traucējumi ir iekļauti F2 sadaļā "Šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi". Bērnu šizofrēnijas saskaņā ar SSK-10 kodējama ar F20.80-F20.89 Cita veida šizofrēnija, bērnu tips.

Latvijā 2016. gada beigās bija 1 950 116 iedzīvotāji<sup>ii</sup>, taču Latvijas veselības statistikas informācija<sup>iii</sup> liecina, ka 2016. gadā Latvijā reģistrēti 15 879 pacienti ar šizofrēniju, no tiem 1788 pacienti ar diagnozi Cita veida šizofrēnija. Lielākajai daļai šo pacientu nav Bērnu šizofrēnijas, bet ir Senestopātiska šizofrēnija un citas atipiskas pieaugušo šizofrēnijas. Diemžēl statistikas pārskatā nav datu par to – cik no šīs diagnozes pacientiem ir Bērnu šizofrēnijas forma. Dažādās publikācijās tiek minēts, ka bērnu vecumā šizofrēnija sastopama 1,6-1,9 uz 100 000 bērnu populācijā<sup>iv</sup>.

Bērniem pirms 6-7 gadu vecuma kognitīvie procesi un spēja novērtēt realitāti ir atšķirīga no pieaugušajiem. Bērni normas variantā fantazē, sazinās ar iedomu tēliem, kā arī ir iespējamās tranzitoras halucinācijas stresa iespaidā. Tāpēc SSK-10 un DSM5 šizofrēnijas kritēriju piemērošana bieži ir problemātiska. Uztveres traucējumus ir jādiferencē no fantazēšanas, dezorganizētu runu un uzvedību - jādiferencē no autismā un UDHS.

Saskaņā ar DSM5 pacientiem ar autiskā spektra traucējumiem diagnozi maina uz šizofrēniju tikai, tad, ja pievienojas vismaz mēnesi ilgi šizofrēnijas pozitīvie simptomi - murgi vai halucinācijas. Ap 27% autiskā spektra traucējumu pacientiem var dzīves laikā attīstīties šizofrēnija<sup>v</sup>.

Bērnu psihozes (šizofrēnija) ir jādiferencē no sadzīves fantazēšanas, organiskiem psihiskiem traucējumiem (temporālās daivas epilepsijas, vairogdziedzera saslimšanām, smadzeņu audzējiem, *Wilson* slimības, kā arī psihotiskiem traucējumiem psihoaktīvu vielu (PAV) lietošanas dēļ), garastāvokļa traucējumiem, autiskā spektra traucējumiem, obsesīvi kompulsīviem traucējumiem, disociatīviem traucējumiem.

Bērnu šizofrēnijas prodroma pazīmes bērniem: Grūtības mācībās, dezorganizēta vai dīvaina uzvedība, pazemināta spēja veikt ikdienas pienākumus, dīvaini higiēnas un ēšanas paradumi, afektīvas svārstības, impulsu kontroles traucējumi, naidīgums, agresija vai letarģija<sup>vi</sup>.

Šizofrēnijas diagnostiskās pazīmes (SSK-10):

- Vismaz viens simptoms no zemāk minētajiem, kurš pastāv jau ilgāk par 1 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 („mazi”) 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

### Šizofrēnijas norises veidi pēc SSK-10

F 20.\_0 nepārtraukta (visā novērošanas laikā nav remisijas pozitīvajā simptomātikā)

F 20.\_1 epizodiska ar pieaugošu reziduālu simptomātiku (negatīvās simptomātikas pieaugums starp psihotiskām epizodēm)

F 20.\_2 epizodiska ar stabilu reziduālu simptomātiku (nemainīga negatīvā simptomātika starp uzliesmojumiem)

F 20.\_3 epizodiska remitējoša (pilna remisija starp uzliesmojumiem)

F 20.-4 nepilna remisija

F 20.\_5 pilna remisija

F 20.\_9 novērošanas laiks mazāks par gadu

Klīniski bērnu šizofrēnijai ir raksturīgs pakāpenisks sākums, vāja premorbīda sociālā funkcionēšana, disharmoniska psihiskā attīstība, IQ zem vidējā līmeņa. Šizofrēnija bieži sākas ar negatīvajiem simptomiem, tie arī izteiktāki par pozitīvajiem simptomiem. Viens no biežākajiem simptomiem ir dzirdes halucinācijas. Iespējami ir arī formālie domāšanas traucējumi un murgu idejas. Augsts ir komorbiditātes risks ar uzvedības un attīstības traucējumiem un PAV lietošanu. Bieži ir konstatējama šizofrēnija tuviem radniekiem<sup>vii</sup>.

Sliktas prognozes rādītāji ir vāja premorbīda sociālā funkcionēšana, negatīvie simptomi, dezorganizācijas (hebefrēni) simptomi, kā arī ilgš neārstētas psihozes periods.

Neiropsiholoģiskas pazīmes – psiholoģiskās izpētes datos ir konstatējamas izmaiņas uzmanības, īslaicīgas atmiņas un reproducēšanas traucējumi. Izmaiņas smadzeņu struktūrā bērnu šizofrēnijas pacientiem – palielināti smadzeņu sānu vēderiņi par 20% un *corpus callosum/caudatum* par 7%. Samazināts smadzenīšu apjoms, samazināts *talamus* par 19% un *amygdala* par 15%. Var konstatēt arī samazinātu kopējo smadzeņu tilpumu par 9%, samazināts pelēkās vielas tilpums (vairāk frontālās daivā), pelēkās viela apjomu.

Algoritms “Šizofrēnija un psihotiski traucējumi bērniem un pusaudžiem - atpazīšana, vadīšana un ārstēšana” ietver informāciju par šizofrēnijas un psihotisko traucējumu vadīšanu, ārstēšanu un aprūpi pacientu grupā līdz 18 gadu vecumam - kvalitatīvai sistemātiskai, koordinētai un efektīvai palīdzības sniegšanai.

## **Algoritma mērķi**

1. Uzlabot Bērnu šizofrēnijas un psihotisku traucējumu pacientu vadīšanu, ārstēšanu un aprūpi primārās un sekundārās veselības aprūpes līmenī
2. Sekmēt mērķtiecīgāku, koordinētāku pacienta ar Bērnu šizofrēnijas un psihotisku traucējumiem virzību veselības aprūpes sistēmā, kā arī efektīvu sadarbību starp dažādu specialitāšu ārstiem, sadarbību ar rehabilitācijas dienestiem, sociāliem dienestiem, mazinot novēlotas diagnostikas un invalidizācijas riskus
3. Racionāli izmantot ārstniecības, aprūpes iespējas, iespējami izmantojot uz pierādījumiem balstītas metodes
4. Veicināt lietderīgu veselības aprūpes resursu izmantošanu, veicināt pacienta vadīšanas, ārstēšanas un aprūpes plānu izstrādi.

## **Mērķgrupas**

1. Bērnu psihiatri
2. Psihiatri, psihoterapeiti
3. Bērnu neirologi, neirologi
4. Pediatri
5. Ģimenes ārsti
6. NMPD ārstniecības personas
7. Citi ārsti speciālisti
8. Sociālo dienestu speciālisti
9. Pacienti un viņu tuvinieki, atbalsta personas

## **Pamatprioritātes ieviešot algoritmu**

Pamatā algoritma prioritāte ir veidot pacienta ar Bērnu šizofrēniju un psihotiskiem traucējumiem mērķtiecīgu virzību veselības aprūpes sistēmā, nodrošinot efektīvu bērnu psihiatru / psihiatru sadarbību ar ģimenes ārstu, sekmēt psihiatriskās rehabilitācijas un psihosociālo intervenču ieviešanu, sociālo pakalpojumu racionālu izmantošanu, lai veicinātu lietderīgu un pacientam draudzīgu pakalpojumu sniegšanu. Mazināt psihosociālo faktoru negatīvo ietekmi uz bērnu psihožu attīstību un norisi.

### III. Rekomendācijas <sup>viiiixxxixii</sup>

#### 1. Bērns/pusaudzis ar sūdzībām par psihotiskiem simptomiem

*Primārās aprūpes līmenis.*

Ģimenes ārsta konsultācija. Pacients sūdzas par halucinācijām (biežāk dzirdes) vai arī uzvedība liecina par uztveres traucējumiem. Pacientam ir neparasta satura fantāzijas. Domāšana kļuvusi nesakarīga, saraustīta, kas ir novērojams runā un pierakstos. Iespējama katatona simptomātika. Konstatējami primāri negatīvie simptomi – apātija, runas nabadzība, autisms, emociju nobalējums vai neadekvātums, kā arī sociāla norobežošanās, gribas aktivitātes pazemināšanās.

Ieteicams precizēt anamnēzes datus par iespējamiem prodroma simptomiem: samazinātu interesi par mācībām, ārpusskolas nodarbībām un sociālo funkcionēšanu, pavājināta higiēnas normu ievērošana. Nedēļu vai mēnešu periodā pavājinās sekmes un motivācija mācībām. Mainās komunikācija ar ģimeni un vienaudžiem. Bērns/pusaudzis sūdzas par miega traucējumiem, dažādiem trauksmes simptomiem, nomāktu garastāvokli. Iespējamās pārmaiņas impulsu kontroles jomā, iespējama agresija vai pasivitāte.

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

#### 2. Psihotisko simptomu novērtēšana

*Primārās aprūpes līmenis.*

Ģimenes ārsta sākotnējs psihiskā stāvokļa izvērtējums. Nosūtīt diagnozes precizēšanai pie bērnu psihiatra.

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

#### 3. Nav nepieciešama palīdzība

*Primārās aprūpes līmenis.*

Ja neapstiprinās informācija var psihotiskiem traucējumiem vai šizofrēniskā spektra traucējumiem, tad izvērtēt citu psihisku traucējumu esamību un ārstēt tos. Ja neapstiprinās citu psihisku traucējumu diagnoze ārstēšana un novērošana nav nepieciešama.

#### 4. Novērošana

*Primārās aprūpes līmenis.*

Ja daļēji apstiprinās aizdomas par psihotiskiem traucējumiem (prodroma stāvoklis vai augsta riska prepsihotisks stāvoklis), tad rekomendē pacienta psihiskas veselības stāvokli turpināt novērot 3 gadu periodā.

Vecākiem/likumiskajam pārstāvim un pašam pacientam rekomendē ambulatoras konsultācijas pie ģimenes ārsta ne retāk kā reizi 3-6 mēnešos.

Turpmāk nepieciešams sekot subklīnisko simptomu intensitātei un biežumam, to saistībai ar mācību un sociālās funkcionēšanas traucējumiem. Subklīnisku psihotisku traucējumu gadījumā rekomendēt individuālu kognitīvi biheiviorālu terapiju (KBT) un vai ģimenes terapiju (nav šobrīd valsts apmaksāts pakalpojums), psihoterapijas nepieciešamību saskaņot ar bērnu psihiatru.

Svarīgi! Nenožīmēt antipsihotiskos līdzekļus bez bērnu psihiatra rekomendācijas.



## **5. Ir konstatēti psihotiskie traucējumi, tie NAV saistīti ar PAV lietošanu vai somatisku saslimšanu**

*Primārās aprūpes līmenis.*

Ja bērnam vai pusaudzim psihotiskie simptomi NAV saistīti ar psihoaktīvu vielu lietošanu (PAV) vai somatisku/neiroloģisku saslimšanu, bērnu nosūta pie psihiatra uz konsultāciju vai organizē pacienta stacionēšanu bērnu psihiatrijas nodaļā.

Bērnu psihiatra konsultācija bērnam ar psihotiskiem traucējumiem rekomendējama ne vēlāk kā 4 nedēļu periodā no traucējumu sākšanās.

Svarīgi! Neuzsākt antipsihotisko līdzekļu lietošanu bez bērnu psihiatra konsultācijas.

## **6. Ir konstatēti psihotiskie traucējumi, tie IR saistīti ar PAV lietošanu vai somatisku/neiroloģisku saslimšanu**

*Primārās aprūpes līmenis.*

Ja bērnam vai pusaudzim psihotiskie traucējumi IR saistīti ar PAV lietošanu nosūta pie narkologa vai organizē stacionēšanu multiprofila stacionārā vai bērnu psihiatrijas nodaļā.

Ja bērnam vai pusaudzim psihotiskie traucējumi ir saistīti ar somatisku/neiroloģisku saslimšanu, viņu nosūta pie narkologa vai citas specialitātes ārsta, vai organizē stacionēšanu multiprofila stacionārā vai bērnu psihiatrijas nodaļā.

## **7. Bērnu psihiatra ambulatora konsultācija**

*Sekundārās aprūpes līmenis.*

Bērnu psihiatrs nodrošina savlaicīgu un kvalitatīvu bērna ar psihotiskiem traucējumiem klīnisko izmeklēšanu, diagnostiku un diferenciatu diagnostiku, kā arī nosaka turpmāko terapijas taktiku

Pacienta, ģimenes vai likumiskā pārstāvja informēšana par psihozi un ārstēšanas iespējām.

Izvērtēt indikācijas hospitalizācijai bērnu psihiatriskā stacionārā vai ārstēšanos dienas stacionārā.

Sastādīt ārstniecības plānu, uzsākt APL terapiju. Plānot psiholoģiskas, sociālas intervences, psihiatrisko rehabilitāciju, ja tās ir pieejamas, ja ārstēsies ambulatori

Bērniem, kas savu psihotisko traucējumu dēļ nespēj turpināt mācības vispārizglītojošā skolā, vērtēt individuālās izglītības vajadzības un ieteikt akūtā periodā rekomendējamo mācību veidu, ar ilgtermiņa mērķi – pēc iespējas ātrāk turpināt vispārējo izglītību vispārizglītojošā skolā.

## **8. NMPD**

Neatliekamās medicīnas palīdzības dienesta ārstniecības personu uzdevums ir izvērtēt indikācijas neatliekamai stacionēšanai bērnu psihiatriskā stacionārā (nodaļā) psihotisko traucējumu dēļ. NMPD etapā speciālistiem ir jābūt gataviem strādāt paaugstināta emocionālā stresa apstākļos.

Vienmēr, kad tas ir iespējams stacionēšana jāsaskaņo ar bērna vecākiem vai likumisko pārstāvi.

Fiziska apdraudējuma gadījumos (agresija, naidīgums, bēgšana no NMPD ārstniecības personām - pacientu un apkārtējo drošību apdraudošu halucināciju vai murgu ideju iespaidā u.c.) jāpiesaista policijas darbinieki.

Ja bērns ar psihotiskiem traucējumiem ir veicis pašnāvības mēģinājumu vai arī viņam ir komorbīda, klīniski nozīmīga somatiska saslimšana, pacients primāri jānogādā somatiska stacionārā Uzņemšanas nodaļā, lai tiktu precizēta somatisko traucējumu diagnoze un uzsākta to ārstēšana.

NMPD ārstniecības personai savas kompetences robežās ir jāizvērtē nepieciešamība pacientu nogādāt psihiatriskā stacionārā neatliekamā kārtā / pretēji pacienta gribai, hospitalizāciju saskaņojot ar bērna aizgādni vai vecākiem, nepieciešamības gadījumā ziņojot policijai vai Bāriņtiesai. Lēmumu par bērna stacionēšanu pret pacienta gribu pieņem psihiatrs Uzņemšanas nodaļā.

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

## **9.Narkologa, bērnu neirologa ambulatora konsultācija**

*Sekundārās aprūpes līmenis.*

Psihiskā, neiroloģiskā un somatiskā stāvokļa izvērtēšana un dokumentēšana. Klīnisko analīžu un paraklīnisko izmeklējumu nozīmēšana.

Pacienta, ģimenes vai aizbildņa informēšana par ar psihoaktīvu vielu vai alkohola lietošanu saistītiem riskiem un psihiskiem traucējumiem. Pacienta, iespēju robežās arī ģimenes vai aizbildņa izglītošana par psihotiskiem traucējumiem, kas saistīti ar neiroloģisku vai somatisku saslimšanu, kā arī par to ārstēšanu.

Izvērtēt indikācijas hospitalizācijai bērnu psihiatriskā stacionārā, indikācijas ārstēties dienas stacionārā pie narkologa vai pie bērnu neirologa.

Sastādīt ārstniecības plānu. Uzsākt atkarības terapiju/ somatiskas vai neiroloģiskas saslimšanas terapiju/ APL terapiju, ja pacients ārstēsies ambulatori.

## **10.Ambulatora ārstēšana pie bērnu psihiatra vai Dienas stacionārā**

*Sekundārās aprūpes līmenis.*

Psihiskā, neiroloģiskā un somatiskā stāvokļa izvērtēšana un dokumentēšana. Klīnisko analīžu un paraklīnisko izmeklējumu nozīmēšana.

Bērnam / pusaudzim ar pirmreizēju psihozi/pirmo šizofrēnijas epizodi ieteicams:

Precizēt PAV un alkohola lietošanu t.sk. smēķēšanu, kā arī ārsta nozīmētu / nenozīmētu medikamentu lietošanu. Ievākt somatisko saslimšanu anamnēzi, t.sk. precizēt organiskus psihiskus traucējumus, ja tādi ir. Izjautāt par attiecībām ģimenē, t.sk. ar sibliņiem; sociālo funkcionēšanu, psiholoģiskām traumām; attīstības traucējumiem. Izjautāt par dzīves veidu, diētām, fiziskām aktivitātēm, hobijiem, seksuālo veselību. Izjautāt par mācību apmeklēšanu, sekmēm un aizņemtību. Precizēt komorbīdus psihiskus traucējumus.

Ieteikt informatīvus materiālus par psihotiskiem traucējumiem un šizofrēniju (piemēram: [www.nenoversies.lv](http://www.nenoversies.lv)) Pacienta un ģimenes informēšana par iespējam ārstēt ar antipsihotiskajiem līdzekļiem, par psiholoģisko intervenci izmantošanu - par šo metožu efektivitāti un iespējamām blaknēm.

Bērnu psihiatrs nozīmē terapiju ar perorālu antipsihotisko līdzekli (APL). Uzsākot APL, apspriest izvēli ar pacientu, vecākiem vai likumisko pārstāvi.

Izvērtēt APL metabolo, ekstrapiramidālo, kardiovaskulāro, endokrīno blakņu risku, īpaši svāra pieauguma riskus. Pirms APL terapijas uzsākšanas noteikt augumu un ķermeņa svaru (atbilstoši procentīļu tabulām), pulsu un asinsspiedienu. Pirms terapijas uzsākšanas (vai terapijas pirmajās dienās) nozīmēt analīzes – glikozi tukšā dūšā, glikolizēto hemoglobīnu (HbA<sub>1c</sub>), lipīdu profilu, prolaktīna līmeni. 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. Novērtēt un dokumentēt jebkādu kustību traucējumus.

Vērtēt APL terapijas efektivitāti ik nedēļu 1 mēneša periodā

Antiholinerģiskos medikamentus nenozīmēt uzreiz, kopā ar APL. Vērtēt to nepieciešamību dinamikā. Uzsākt simptomātisku terapiju, ja tāda ir nepieciešama

Uzsākt psiholoģiskās un psihosociālās intervences, ja tās ir pieejamas

Novērtēt vai pacients nav krīzes stāvoklī, uzsākt krīzes intervenci. Rekomendēt ārstēšanos Dienas stacionārā vai stacionārā.

Svarīgi! Nerekomendē izolēti psiholoģiskās intervences psihotisku traucējumu terapijā

Ja bērnam/pusaudzim ir problēmas mācīties vispārīgglītojošā skolā, izvērtēt citas izglītības iespējas, kas atbilstu bērna vai pusaudža vajadzībām un iespējām.

Multiprofesionālas komandas darbs ar bērnu/pusaudzi, kuram ir konstatēta pirmreizēja psihoze vai pirmā šizofrēnijas epizode Dienas stacionārā:

Multiprofesionālās komandas vadītājs ir bērnu psihiatrs. Uzsākt psihiatrisko rehabilitāciju, sastādīt rehabilitācijas plānu, nosakot mērķus. Iesaistīt rehabilitācijas procesā multiprofesionālas komandas speciālistus - klīnisko psihologu, ergoterapeitu, fizioterapeitu, mākslas terapeitus un citus speciālistus pēc iespējam un klīniskās nepieciešamības.

Uzsākt KBT, ja ir pieejama. Ieteicamais vizīšu skaits ir 8-16 sesijas. Terapijas mērķis ir palīdzēt atpazīt saikni starp pacienta domām, sajūtām, uzvedību un psihotiskajiem simptomiem, kā arī veicināt izpratni par domu vai simptomu atšķirību no realitātes un palīdzēt mainīt neatbilstošu uzvedību. Palīdzēt bērnam/pusaudzim monitorēt/vērtēt savas domas, sajūtas, uzvedību un to izmaiņas ārstēšanas procesā

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

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

Vērtēt APL terapijas un/ vai psiholoģisko intervenci efektivitāti viena mēneša periodā.

Bērnu psihiatrs izvērtē APL efektivitāti, izmaiņām simptomos un uzvedībā, izvērtē medikamentu blaknes (t.sk. ekstrapiramidālos traucējumus), izvērtē jaunu simptomu parādīšanos (piemēram: trauksme, miega traucējumi, apetītes pārmaiņas u.c.). Novērtē un dokumentē jebkādu kustību traucējumus, kā arī novērtē līdzestību ārstēšanas procesā.

Nozīmē turpmāko ārstēšanas kursu, iespējami izvairoties no vairāku APL kombinēšanas.

Nozīmē un izvērtē klīniskās analīzes – glikozi tukšā dūšā, glikolizēto hemoglobīnu (HbA<sub>1c</sub>), lipīdu profilu un prolaktīnu (12.terapijas nedēļā un turpmāk reizi 6 mēnešos). Novērtē somatisko stāvokli, nepieciešamības gadījumā rekomendē ģimenes ārsta konsultāciju.

Medicīnas māsas kontrolē ķermeņa svaru (pirmajās 6 nedēļās katru nedēļu, tad reizi 3 līdz 6 mēnešos), mēra augumu (reizi 6 mēnešos), nepieciešamības gadījumā atzīmēt procentīgu tabulās. Reizi pusgadā mēra vidukļa apkārtmēru. 12.terapijas nedēļā un turpmāk reizi 3 mēnešos mēra pulsu un asinsspiedienu. Uzsākot terapiju ar atipiskajiem APL pārrunāt ar pacientu blakņu risku, īpaši svara pieauguma riskus.

Ja ārstēšanās Dienas stacionārā ir neefektīva, lemt par turpmāku ārstēšanos bērnu psihiatrijas nodaļā. Atkārtotaspriehozes / šizofrēnijas epizodes pacientiem nozīmēt terapiju ar orāli lietojamu APL. Atkārtoti uzsākt psiholoģiskas intervences (KBT, ģimenes), ja tās ir pieejamas. Pacienta izvērtēšanu un ārstēšanas principus skatīt iepriekš.

## **11. Akūta psihotiska stāvokļa ārstēšana Bērnu psihiatrijas nodaļā**

### *Sekundārās aprūpes līmenis.*

Stacionēt bērnu / pusaudzi ar pirmreizēju psihozi vai pirmo šizofrēnijas epizodi bērnu psihiatrijas nodaļā nepieciešams, ja nav iespējama ārstēšanās ambulatori vai Dienas stacionārā.

Izvērtēt indikācijas hospitalizācijai psihiatriskā stacionārā. Pacienta, ģimenes vai likumiskā pārstāvja informēšana par psihozi un ārstēšanas iespējām.

Svarīgi! Vecāku vai likumiskā pārstāvja informēšana par nepieciešamību stacionēt bērnu psihiatriskajā stacionārā/nodaļā. Saņemt pacienta vai likumiskā pārstāvja informētu piekrišanu ārstēšanai stacionārā<sup>xiii</sup>

Ārstniecības likuma 68.panta normas piemērojamas tiešā veidā tikai tad, ja ārsts uzskata, ka nepilngadīgais patients pēc sava psihiskā stāvokļa un brieduma ir spējīgs pieņemt informētus lēmumus par savu veselību. Ja bērns pēc 14 gadu vecuma sava psihiskā stāvokļa vai nepietiekamā brieduma dēļ nespēj pieņemt informētu lēmumu – lēmumu jāpieņem un piekrišanu jāsniedz viņa likumiskajam pārstāvim. Ja pārstāvis nepiekrīt, bet ir tieši draudi pacienta veselībai, un bērna interesēs ir ārstēšanās stacionārā, tad ir jāinformē Bāriņtiesa ar lūgumu ierobežot vecāku tiesības uz ārstēšanās laiku, un tad lēmumu par ārstēšanos pieņem Bāriņtiesa. Bērnam līdz 14 gadu vecumam jebkurā gadījumā strādā iepriekš minētais mehānisms.

Papildus indikācijas stacionēšanai psihiatriskā nodaļā: Augsts pašnāvības risks. Apkārtējos cilvēkus apdraudoša uzvedība psihotisko vai negatīvo simptomu iespaidā. Izteikti psihotiski traucējumi, kas nosaka pacienta uzvedību. Katatons stupors vai uzbudinājums. Nepieciešamība būtiski mainīt antipsihotisko terapiju, ja ambulatori to veikt nav iespējams.

Psihiskā, neiroloģiskā un somatiskā stāvokļa izvērtēšana un dokumentēšana. Klīnisko analīžu un paraklīnisko izmeklējumu nozīmēšana.

Pirmreizējas psihozes/pirmās šizofrēnijas epizodes pacientiem iestājoties stacionārā ievākt anamnēzesdatus (skatīt 10. punktu). Iespēju robežās izvairīties no atkārtotas vienu un to pašu datu ievākšanas pie dažādiem speciālistiem.

Pacienta un ģimenes informēšana par iespējam ārstēt ar antipsihotiskajiem līdzekļiem, par psiholoģisko intervencu izmantošanu - par šo metožu efektivitāti un iespējamām blaknēm. Ieteikt informatīvus materiālus par psihotiskiem traucējumiem un šizofrēniju (piemēram: [www.nenoversies.lv](http://www.nenoversies.lv)) vai citus interneta resursus vai grāmatas.

Bērnu psihiatrs nozīmē terapiju ar perorālu antipsihotisko līdzekli (APL), kurš ir reģistrēts bērnu un pusaudžu ārstēšanai. Uzsākot APL, iespēju robežās apspriest izvēli ar pacientu, vecākiem vai likumisko pārstāvi. Izvērtēt APL metabolo, ekstrapiramidālo, kardiovaskulāro, hormonālo blakņu risku, īpaši svara pieauguma riskus. Pirms APL terapijas uzsākšanas (vai terapijas pirmajās dienās) noteikt augumu un ķermeņa svaru (atbilstoši procentīlu tabulām), pulsu un asinsspiedienu; nozīmēt analīzes – glikozi tukšā dūšā, glikolizēto hemoglobīnu (HbA<sub>1c</sub>), lipīdu profilu, prolaktīna līmeni. Novērtēt un dokumentēt jebkādas kustību traucējumus pirms terapijas uzsākšanas. Veikt EKG izmeklēšanu pirms APL uzsākšanas. Svarīgi! Uzsākt terapiju ar mazu APL devu, pakāpeniski to titrējot līdz klīniskā efekta sasniegšanai vai blakņu novērošanai

Ja tiek uzsākta terapija ar APL, kas nav reģistrēts lietošanai bērnu praksē, uzsākt terapiju ar zemāku devu, kā pieaugušo zemākā terapeitiskā deva. Saskaņot ar bērna/pusaudža vecākiem vai likumisko pārstāvi par neregistrēta medikamenta nozīmēšanu un pamatot neregistrētā medikamenta nozīmēšanu medicīniskajā dokumentācijā.

Vērtēt APL terapijas efektivitāti 1 mēneša periodā, dokumentēt APL terapijas rezultātus un grūtības (blaknes). Uzsākt simptomātisku terapiju, ja tāda ir nepieciešama. Antiholīnēģiskos medikamentus nenozīmēt uzreiz, kopā ar APL. Vērtēt to nepieciešamību dinamikā.

Uzsākt psiholoģisku un psihosociālu intervenci (skatīt 10. punktu). Ja bērns mācās vispārīgglītojošā skolā, nodrošināt mācību turpināšanos normatīvo dokumentu noteiktā kārtībā, ja to atļauj psihiskais stāvoklis.

Nodrošināt ārstēšanās laikā iespēju un vidi jēgpilnai un drošai laika pavadīšanai stacionārās ārstēšanās laikā. Jāietver brīvai laika aktivitātes vai spēles, mācības, pašaprūpe, iespēja sazināties ar ģimeni/ sabiedrību (ja to īpaši neierobežo psihotiskie traucējumi – lemj bērnu psihiatrs individuāli). Aktivitātes pārrauga nodaļas personāls.

Nodaļā jānodrošina veselīga dzīves veida principi – veselīgs uzturs, fiziskā aktivitāte, smēķēšanas aizliegums.

Atkārtotas psihozes / šizofrēnijas epizodes bērnam/pusaudzim nozīmēt terapiju ar orāli lietojamu APL. Atkārtoti uzsākt psiholoģiskas intervences (KBT, ģimenes), ja tās ir pieejamas.

APL pielietošanas rekomendācijas:

Saskaņā ar Latvijā reģistrētajiem medikamentu aprakstiem:

Haloperidols 13-17 g.v. pusaudžiem, ja cita farmakoloģiskā ārstēšana bijusi neveiksmīga vai pacients to nav panesis.

Aripiprazols tikai 15 gadu veciem un vecākiem pusaudžiem

Olanzapīns – nav rekomendēts līdz 18 g.v.

Risperidons - nav rekomendēts līdz 18 g.v. (bet ir pie uzvedības traucējumiem bērniem no 5 līdz 18 g.v.)

Kvetiapīns - nav rekomendēts līdz 18 g.v.

APL līdzekļu klīniska pielietojuma rekomendācijas bērniem un pusaudžiem:

Medikaments	Sākuma deva	Mērķa devas
Risperidon	0,25 mg 2x/dienā	Bērni: 1-2 mg Pusaudži: 2,5-4 mg
Olanzapin	2,5-5 mg 1x/dienā	Bērni: 5-10 mg Pusaudži: 10-15 mg
Aripiprazol	Svars zem 25 kg – 1mg 1x/dienā 25-50 kg – 2mg 1x/dienā 50-70 kg – 6mg 1x/dienā Virš 70 kg – 10mg 1x/dienā	Bērni: 5-15 mg Pusaudži: 10-20 mg
Haloperidol	3-12 gadi (15-40kg) – 0,5 mg Var palielināt 0,5 mg inkrementos ik pēc 5-7 dienām (p/o deva sadalāma 2x-3x dienā) 0,05-0,075 mg/kg/dienā	Bērni: 1-4 mg Pusaudži: 2-10 mg
Quetiapin	12,5mg 2x/dienā, kāpina pa 12,5-25 mg dienā līdz minimalaieftivai devai.	Bērni: 150-400 mg Pusaudži: 250-550 mg

Saskaņā ar ASV Pārtikas un zāļu aģentūras (FDA) datiem pie bērnu šizofrēnijas ir atļauts nozīmēt Aripiprazolu no 13 gadu vecuma, Olanzapīnu no 13 gadu vecuma, Paliperidon no 12 gadu vecuma, Kvetiapīn no 13 gadu vecuma, Risperidonu no 13 gadu vecuma.

## 12. Multipofilu stacionārs. Psihotiski traucējumi PAV lietošanas dēļ.

### Psihotiski traucējumi somatiskas/neiroloģiskas saslimšanas dēļ

*Sekundārās vai terciālās aprūpes līmenis.*

Psihiskā, neiroloģiskā un somatiskā stāvokļa izvērtēšana. Klīnisko analīžu un paraklīnisko izmeklējumu nozīmēšana. Izvērtēt indikācijas hospitalizācijai multipofilu stacionārā, t.sk. intensīvās terapijas nodaļā, bērnu neiroloģijas u.c. specializētās nodaļās

Ģimenes un likumiskā pārstāvja informēšana par nepieciešamību stacionēt bērnu psihiatriskajā stacionārā/nodaļā. Pacienta, ģimenes vai likumiskā pārstāvja informēšana par

psihozi un ārstēšanas iespējām. Saņemt pacienta vai likumiskā pārstāvja informētu piekrišanu ārstēšanai stacionārā

Simptomātisku psihotisku traucējumu ārstēšana  
*Sekundārās vai terciālās aprūpes līmenis.*

Psihoaktīvu vielu intoksikācijas vai abstinences gadījumā nozīmēt dezintoksikācijas pasākumus un simptomātisku ārstēšanu, izvērtējot vielas īpatnības. Tad izvērtēt psihotiskos traucējumus un ārstēt tos, uzsākot terapiju ar APL. Primāri somatiskas vai neiroloģiskas saslimšanas ārstēšana, tad psihotisko traucējumu izvērtēšana un ārstēšana.

Terciārais aprūpes līmenis – BKUS Bērnu psihiatrija klīnika, kurā tiek stacionēti bērni un pusaudži ar atipisku psihozes gaitu (t.sk. simptomātiskas psihozes), agrīnu psihozes sākumu (līdz 12 gadu vecumam), autoimīnu encefalītu, arī autiskā spektra pacientus augstu psihozes risku.

### **13.Psihotisko traucējumu remisija**

*Sekundārās vai terciārās aprūpes līmenis.*

Ja ārstniecības pasākumu rezultātā simptomātiskie psihotiskie un citi veselības traucējumi ir būtiski mazinājušies un nenosaka pacienta uzvedību, vai tie ir pilnībā koriģējušies un ir izveidojusies kritiska attieksme pret veselības problēmām, stāvoklis vērtējams kā daļēja vai pilnīga remisija. Turpmāka novērošana rekomendējama pie bērnu psihiatra un ģimenes ārsta.

### **14.APL terapija un psiholoģiskās intervences ambulatori ir neefektīvas**

*Sekundārās aprūpes līmenis.*

Ja APL terapija un psiholoģiskās intervences psihiatriska profila Dienas stacionārā ir neefektīva noskaidrot vai pacients ir bijis līdzestīgs terapijai. Precizēt diagnozi. Precizēt vai pacients nelieto psihoaktīvas vielas. Lemt jautājumu par stacionēšanu bērnu psihiatriskajā stacionārā. Skaidrot nepieciešamību stacionēt pašam pacientam, vecākiem / likumiskajam pārstāvim.

### **15.Optimizēt antipsihotisko līdzekļu devu vai mainīt uz citu APL. Mainīt APL ievades veidu. Blakņu monitorēšana**

*Sekundārās aprūpes līmenis.*

APL efektu vērtē 4 nedēļu periodā pakāpeniski, titrējot APL devu. Ja pacienta psihiskais stāvoklis neuzlabojas (psihotisko traucējumu intensitāte, garastāvokļa traucējumu intensitāte, uzvedības traucējumi u.c.) 4 nedēļu periodā (klīniskas nepieciešamības gadījumā ātrāk), lemt jautājumu par APL nomaiņu uz citu. Uzsākt terapiju ar citu antipsihotisko līdzekli.

Izvērtēt vai pacients lieto nozīmēto APL. Ja ir klīniska nepieciešamība, nozīmēt APL injekciju veidā. Injekcijas nozīmēt uz iespējami īsu laiku, pie iespējas atkal nozīmēt APL perorāli.

Terapijas nomaiņas laikā sekot klīniskā stāvokļa pārmaiņām un blaknēm.

## **16.Pacienta sedācija agresijas, psihomatora uzbudinājuma vai autoagresijas gadījumā**

*Sekundārās aprūpes līmenis.*

Pirms šizofrēnijas epizodes/psihotisku traucējumu terapijas uzsākšanas, izvērtēt ažitācijas, agresijas, suīcīda draudu, psihomatora uzbudinājuma intensitāti.

Ierobežojošu līdzekļu pielietošana notiek saskaņā ar ĀL 68. un 69.pantu. Dokumentēt ierobežojošu līdzekļu pielietojumu normatīvo dokumentu noteiktā kārtībā. Informēt likumisko pārstāvi par nepieciešamību ārstēt bērnu pret pacienta gribu. Izmantot nomierinošu sarunu nekairinošā vidē, lai nomierinātu pacientu.

Psiholoģisko intervenču neefektivitātes gadījumā nozīmēt benzodiazepīnus un/vai APL to korekcijai. Medikamentus nozīmēt perorāli vai parenterāli, ja nepieciešams. Augstas potences APL (piemēram, Haloperidol), ātrai sedācijai bērniem izmantot piesardzīgi, jo bērniem/pusaudžiem ir paaugstināts akūtu distoniju risks.

Vērtēt medikamentu efektivitāti, pārrunāt ar pacientu.

Ja 16.-17.gadus veca pacienta uzvedība ir apdraudoša, lemt par viņu stacionēšanu pusaudžu akūtās psihiatrijas nodaļā (šobrīd Latvijā nav pieejama), ievērojot visas bērnu/pusaudžu tiesības un normatīvajos dokumentos ietvertās prasības.

Perorālā terapija ātrās sedācijas gadījumā Tabl.Diazepami 2,5-10mg (maksimāli 40mg/24st) vai Tabl.Olanzapini 2,5-5mg (maksimāli 20mg/24st) vai Tabl.Quetiapini 25-50mg (maksimāli 750mg/24st) vai Tabl.Risperidoni 0,5-2mg (maksimāli 16mg/24st). Izvērtēt nepieciešamību p/o Tabl.Diazepami un antipsihotiķa (Tabl.Olanzapini vai Tabl.Quetiapini vai Tabl.Risperidoni) kombināciju, ja pēc pirmās Tabl.Diazepami devas nav klīniskā efekta.

Pēc jebkura sedatīva medikamenta saņemšanas (p/o vai i/m) ik pēc 15 min pirmās stundas laikā, tad 1x/stundā 4 stundu laikā, tad 1x/4 stundās līdz pat 12 stundu laikā, ir jāreģistrē ķermeņa temperatūru, puslu, elpošanas frekvenci, arteriālo asinsspiedienu.

Parenterāla terapija ātrās sedācijas gadījumā Sol.Diazepami 0,5% 200-300mg/kg i/m (maksimāli 20mg). Lietojot i/m Sol.Diazepami, tiešā pieejamībā jābūt iespējai nodrošināt elpceļus un ventilāciju + i/v Sol.Flumazenili.

vai

Sol.Olanzapini 2,5-5mg i/m (maksimāli 10mg). Lietojot i/m Sol.Olanzapini, tiešā pieejamībā jābūt iespējai nodrošināt i/m vai i/v Sol.Biperidoni lactas 2,5-5mg.

Pēc injekcijas, atkārtoti apsver perorālu atipiskuantipsihotiķu lietošanu (kā iepriekš).Turpināt runāt un izmantot ne-medikamentozās stratēģijas agresijas, psihomatora uzbudinājuma vai autoagresijas mazināšanai. Nogaidīt efektu divas stundas, tad, ja nav efekta, atkārtot diazepamā vai olanzapīna injekcijas (devas kā iepriekš).



## **17. Antipsihotisko līdzekļu terapija ir nepietiekami efektīva. Kombinēt APL. Blakņu monitorēšana**

*Sekundārās aprūpes līmenis.*

Otrās izvēles APL līdzekļu efekta izvērtēšana. Ja 2-4 nedēļu periodā otrās izvēles APL lietošanas laikā pacienta psihiskais stāvoklis neuzlabojas (psihotisko traucējumu intensitāte, garastāvokļa traucējumu intensitāte, uzvedības traucējumi u.c.), lemt jautājumu par APL nomaiņu uz citu, vai kombinēt divus antipsihotiskos līdzekļus.

Izvērtēt, vai pacients lieto nozīmētos APL. Ja ir klīniska nepieciešamība, nozīmēt APL injekciju veidā. Injekcijas nozīmēt uz iespējami īsu laiku, pie iespējas atkal nozīmēt APL perorāli. Terapijas nomaiņas laikā sekot klīniskā stāvokļa pārmaiņām un blaknēm.

Izvērtēt bērna/pusaudža sociālo un ģimenes situāciju, nepieciešamības gadījumā iesakot ģimenes terapiju.

## **18. Antipsihotisko līdzekļu terapija ir nepietiekami efektīva. Izvērtēt klozapīna lietošanu. Blakņu monitorēšana**

*Sekundārās aprūpes līmenis.*

Ja APL terapija atkal ir nepietiekami efektīva, atkārtoti vērtēt diagnozi un līdzestību terapijas procesam.

Izvērtēt, vai pacients nelieto alkoholu vai PAV. Nepieciešamības gadījumā nosūtīt pie narkologa.

Izvērtēt pacienta spēju iesaistīties psiholoģiskajās intervencēs. Izvērtēt iespēju uzsākt KBT vai ģimenes intervenci, ja tās nav iepriekš saņemtas (Latvijā nav pietiekami pieejamas valsts apmaksātu pakalpojumu ietvaros).

Izvērtēt klozapīna nozīmēšanu, ka pacienta stāvoklis nav uzlabojies vismaz no diviem antipsihotiskiem līdzekļiem efektīvā devā, katrs 6-8 nedēļu terapijas periodā.

Klozapīna lietošanas laikā sistemātiski sekot izmaiņām asins ainā, kontrolēt EKG saskaņā ar medikamenta aprakstu.

## **19. Šizofrēnijas epizodes un psihotisku traucējumu remisijas sasniegšana, uzturošā terapija, profilaktiskā ārstēšana un ilgtermiņa novērošana**

*Sekundārās aprūpes līmenis.*

Šizofrēnijas epizodes un psihotisku traucējumu remisijas sasniegšana. Psihotiskie traucējumi, uzvedības traucējumi un citi psihiski traucējumi ir būtiski mazinājušies vai pilnībā koriģējušies uz ārstēšanas fona. Turpmāk nav nepieciešama ārstēšanās Dienas stacionārā vai psihiatriskā stacionārā.

Turpināt uzturošo terapiju un profilaktisko APL terapiju pie bērnu psihiatra vai ģimenes ārsta. Turpināt blakņu monitorēšanu.

Pirmreizējas un atkārtotas psihozes / šizofrēnijas epizodes pacientiem rekomendē turpināt ārstēšanos ar APL divu gadu periodā, jo šajā laikā ir augstākais atkārtota uzliesmojuma risks. Ja pacients pārtrauc terapiju šajā periodā rekomendē regulāri sekot viņa psihiskā stāvokļa izmaiņām.

## **20. Terapeitiski rezistenta šizofrēnijas epizode vai psihoze**

*Sekundārās aprūpes līmenis.*

Nav pietiekamu klīnisko pētījumu datu par bērnu un pusaudžu ārstēšanas taktiku TRŠ gadījumā, tāpēc ārstēšanas taktikai ir jābūt individualizētai un iespējami saudzīgai. Skatīt terapeitiski rezistentas šizofrēnijas algoritmu. Individuāli jāvērtē modificētās elektrokonvulsīvās terapijas iespējamie ieguvumi un riski.

## **21. Remisija pēc pirmreizējas vai atkārtotas šizofrēnijas epizodes vai psihozes**

*Sekundārās aprūpes līmenis.*

Pēc pirmreizējas epizodes - psihotiskie traucējumi, uzvedības traucējumi un citi psihiski traucējumi ir būtiski mazinājušies vai pilnībā koriģējušies uz ārstēšanas fona. 6 mēnešus rekomendē turpināt APL profilaktisko terapiju pēc simptomātiskas remisijas, tad pakāpeniski mazināt APL devu un to atcelt.

Pēc atkārtotas epizodes - psihotiskie traucējumi, uzvedības traucējumi un citi psihiski traucējumi ir būtiski mazinājušies vai pilnībā koriģējušies uz ārstēšanas fona. Rekomendē 2 – 5 gadu periodā turpināt APL profilaktisko terapiju. Iespēju robežās turpināt psiholoģiskās un psihosociālās intervences.

Pilna izveseļošanās (*recovery*), ja psihiski traucējumi nav novēroti ilgāk par 5 gadiem.

## **22. Ārstēšanās pie ģimenes ārsta**

*Primārais aprūpes līmenis.*

Turpināt bērnu psihiatra uzsākto APL terapiju.

Sekot līdz APL iespējamām blaknēm, plānveidā nosūtīt uz izmeklējumiem (skatīt 11.16.punktu)

Indikācijas sūtīšanai pie bērnu psihiatra – nepietiekams APL efekts, līdzestības trūkums terapijai, izteiktas APL blaknes, nepieciešamība saņemt psiholoģiskas intervences (ierobežoti pieejamas Latvijā kā valsts apmaksāts pakalpojums), bērns/pusaudzis lieto PAV, paškaitējoša vai agresīva uzvedība vai augsts tās risks.

## **23. Turpināt ārstēšanos un rehabilitāciju pie psihiatra pieaugušo psihiatriskās ārstniecības iestādēs, ja pacients ir sasniedzis 18 gadu vecumu**

*Sekundārais ārstēšanas līmenis.*

## Atsauces

### ii Atsauces

Pasaules Veselības organizācijas 2015. Gada izdevums "International statistical classification of diseases and related health problems – 10<sup>th</sup> revision, Fifth edition 2016, Volume 1

[http://www.spkc.gov.lv/ssk10/rsc/SSK\\_1\\_Ievads.pdf](http://www.spkc.gov.lv/ssk10/rsc/SSK_1_Ievads.pdf) 2016

<sup>ii</sup>Centrālais statistikas birojs <https://www.csb.gov.lv/lv/statistika/statistikas-temas/iedzivotaji/iedzivotaju-skaitis/meklet-tema/2402-iedzivotaju-skaita-izmainas-latvija-2017> (skatīts 2018. gada 19. novembrī)

<sup>iii</sup>Šica K, Pulmanis T, Taube M. Psihiskā veselība Latvijā 2016. gadā, Tematisks ziņojums, Slimību profilakses un kontroles centrs, Rīga, 2017

[https://www.spkc.gov.lv/upload/Psihiska\\_veseliba\\_faili/tz\\_pvl\\_2016\\_final.pdf](https://www.spkc.gov.lv/upload/Psihiska_veseliba_faili/tz_pvl_2016_final.pdf) (skatīts 2018. gada 19. novembrī)

<sup>iv</sup>Abidi S, Mian I, Garcia-Ortega I, Lecomte T, Raedler T, Jackson K, Jackson K, Pringsheim T, Addington D Canadian Guidelines for the Pharmacological Treatment of Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders in Children and Youth. *Can J Psychiatry*. 2017 Sep; 62(9): 635–647. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5593251/>

<sup>v</sup>Rapoport J, Chavez A, Greenstein D, Addington A, Gogtay N. Autism spectrum disorders and childhood-onset schizophrenia: clinical and biological contributions to a relation revisited. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009 Jan; 48(1):10-8.

<sup>vi</sup>Masi G. et al. Children with schizophrenia: clinical picture and pharmacological treatment. *CNS Drugs*. 2006;20(10):841-66.

<sup>vii</sup>David Kupfer et al. Oxford American Handbook of. 1st Edition. Oxford University press, 2008.

<sup>viii</sup>Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People. Recognition and Management. 2013. Last update 2016. NICE National Clinical Guideline Number 155. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg155>

<sup>ix</sup>Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG et al. EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses, 2015. <https://www.europsy.net/wp-content/uploads/2013/11/2.-EPA-Guidance-on-the-early-intervention-in-clinical-high-risk-states-of-psychoses.pdf>

<sup>x</sup>Abidi S, Mian I, Garcia-Ortega I, Lecomte T, Raedler T, Jackson K, Jackson K, Pringsheim T, Addington D Canadian Guidelines for the Pharmacological Treatment of Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders in Children and Youth. *Can J Psychiatry*. 2017 Sep; 62(9): 635–647. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5593251/>

<sup>xi</sup>E. Terauds, E. Rancans, R. Andrežina, B. Kupča, I. Ķiece, I. Zārde, Ņ. Bezborodovs Šizofrēnijas diagnostika un ārstēšana. 3. izdevums Latvijas Psihiatru asociācija. 2014.

<sup>xii</sup>Ala Alwan, Benedetto Saraceno, Shekhar Saxena et al. World Health Organisation. MHGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. [https://www.paho.org/mhgap/en/Psychosis\\_flowchart.html?reload](https://www.paho.org/mhgap/en/Psychosis_flowchart.html?reload)

<sup>xiii</sup>Ārstniecības likums.