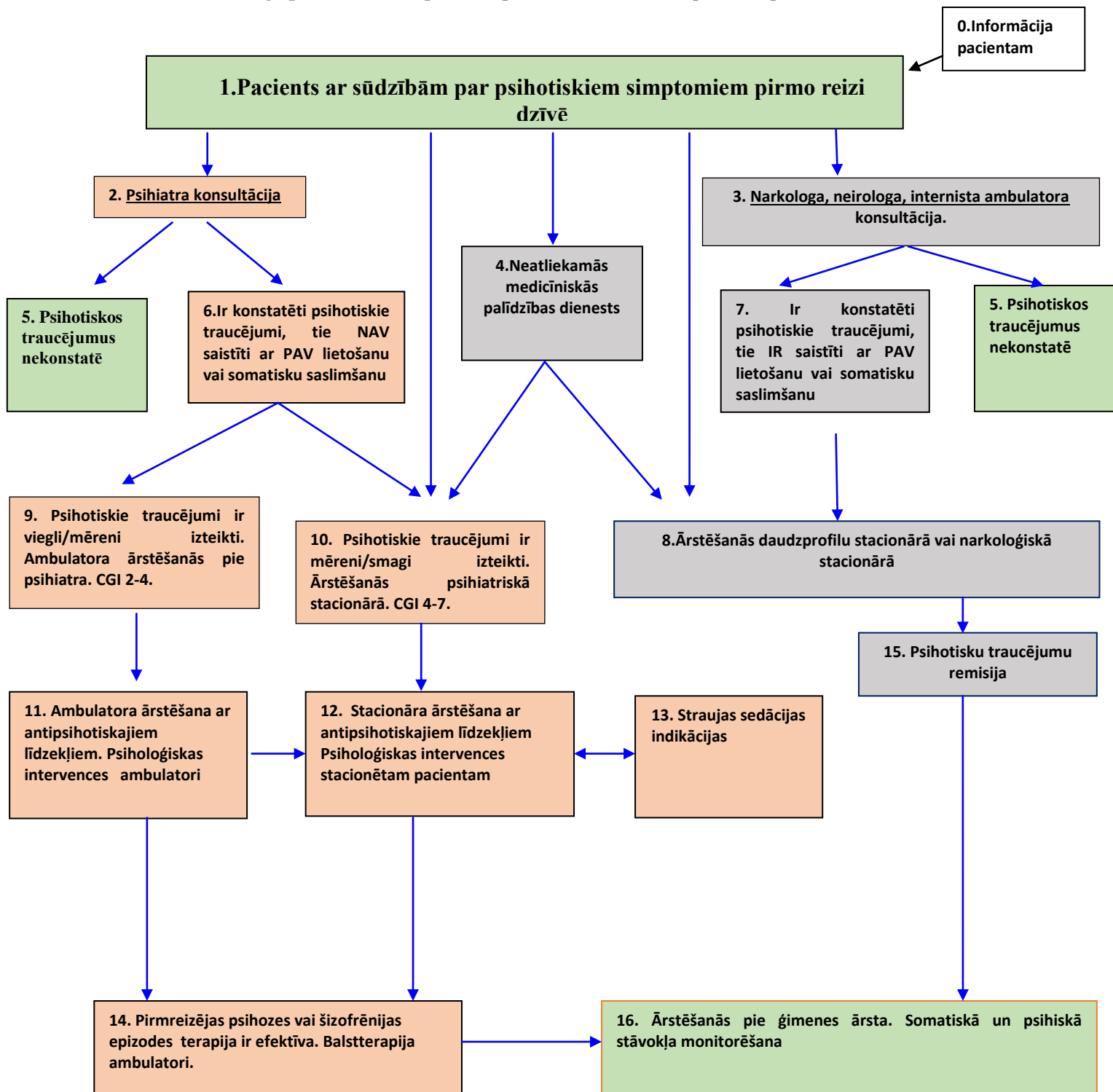


Klīniskais ceļš

Akūtu psihotisku traucējumu un pirmās šizofrēnijas epizodes atpazīšana, vadīšana un ārstēšana

Autors psihiatrs Elmārs Tērauds

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



Paskaidrojumi pie klīniskā ceļa “Akūtu psihotisku traucējumu un pirmās šizofrēnijas epizodes atpazīšana, vadīšana un ārstēšana”

0. Informācija pacientam

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

- Šizofrēnija ir psihiska saslimšana, kas visbiežāk izpaužas ar īstenībai neatbilstošām, aplamām domām (murgu idejām), grūtībām veidot loģiskas asociācijas, traucētu apkārtējās realitātes uztveri (halucinācijām), samazinātu spēju just un izrādīt emocijas, vienaldzības sajūtu, apātiju, dažkārt arī ar koncentrēšanās spēju un atmiņas traucējumiem.
- Šizofrēnijas cēloņi nav pilnībā skaidri – galvenās riska faktoru grupas ir pārmantotība, sarežģījumi grūtniecības laikā un dzemdībās, iespējams autoimūns iekaisums smadzenēs, psihoaktīvu vielu lietošana (marihuāna, stimulantu), arī sociālie faktori.
- Šizofrēnija var skart ap 1% no iedzīvotāju dažādos vecumos, bet biežāk slimības sākums ir 18-25 gadu vecumā.
- Šizofrēnija bieži norit ar paasinājumiem (60%), kam seko remisija jeb atlabšana. Ap 30% pacientu izdodas sasniegt pilnīgu izveseļošanos. Reizēm cilvēks piedzīvo tikai vienu slimības paasinājumu dzīves laikā, reizēm paasinājumi ik pēc laika atkārtojas. Retāk ir slimības formas, kur ārstēšanas rezultātā neizdodas panākt atveseļošanos.
- Lietojot medikamentus ir iespējams būtiski samazināt paasinājumu risku vai paasinājumu novērst, šādā veidā var saslimšanu kontrolēt.
- Ja kādam no tuviniekiem ir psihozes simptomi vai neskaidru iemeslu dēļ būtiski mainās raksturs un interešu loks, tad svarīgi ir iegūt iespējami daudz informāciju par šizofrēnijas raksturīgajām pazīmēm un norisi. Latviski ar šo informāciju var iepazīties mājas lapā www.nenoversies.lv sadaļā "Atpazīsti".
- Šizofrēnijas simptomi:
 - Murgu idejas – īstenībai neatbilstošas, nekoriģējamas idejas, biežāk tās ir saistītas speciālajiem dienestiem, izsekošanu, iedarbību ar aparāturu uz domām, pārliecība par pārdabiskām spējām, īpašu statusu sabiedrībā un tam līdzīgi. Arī cenšoties ar racionāliem argumentiem pacienta domas mainīt, tas neizdodas. Pacients nespēj kritiski izvērtēt savu ideju neiespējamību un neļūgskumu.
 - 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 nelūgiska. 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 neizzudīs. 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 (neiroleptiķus). Tos iedala tipiskajos (piemēram, haloperidols) un atipiskajos (piemēram, risperidons, olanzapīns u.c.). Medikamenti ir jālieto ilgstoši – vismaz pusgadu pēc pirmā uzliesmojuma vai gadu un ilgāk pēc atkārtota uzliesmojuma. Vienmēr ar ārstu ir jāpārrunā medikamentu iespējamās blakus parādības un ir iespējams medikamentus individuāli piemērot. Antipsihotiskie medikamenti ir svarīgākais ārstēšanas veids, kas nodrošina, lai slimība neatkārtotos un neprogresētu.
 - Psihiatriskā dienas stacionārā iespējams saņemt arī psihiatriskās rehabilitācijas pakalpojumus - klīniskā psihologa, psihiatrijas māsu, mākslas terapeitu, ergoterapeitu, fizioterapeitu palīdzību.
 - Šizofrēnijas paasinājums bieži ir psiholoģiska krīze pacietam, kas izpaužas ar trauksmi, pašpārmetumiem, bailēm par nākotni, ar bailēm par savu veselību, nomāktu garastāvokli, reizēm arī ar pašnāvības domām. Pēc šizofrēnijas paasinājuma var sekot depresija. Svarīgi ir atbalstīt un iedrošināt pacientu meklēt palīdzību, palīdzēt pieteikt ārpuskārtas vizīti pie psihiatra.
 - Atkārtota paasinājuma risku paaugstina - zāļu lietošanas pārtraukšana, pārlietu liela psihoemocionāla slodze, negulēšana naktīs, stress sadzīvē vai darbā, alkohola vai citu psihoaktīvo vielu lietošana vai kas cits. Vēlams izvairīties no paasinājumu izraisošajiem un veicinošiem faktoriem.
 - Svarīgi pacientam ar šizofrēniju ievērot veselīga dzīve veida principus – izvēlēties veselīgu uzturu, nodrošināt regulāras fiziskas aktivitātes, mazināt stresu, strukturējot dienas režīmu u.c. Tuviniekiem būtu jāpalīdz strukturēt ikdienas aktivitātes, ko pašam pacientam bieži ir grūti izdarīt.
 - Pacientiem, kuri nesamērīgi daudz laika pavada pie datora vai lietojot citas viedierīces, būtu vēlams dienas laikā šīs aktivitātes limitēt, jo tās rada nevēlamu slodzi smadzenēm un pastiprina norobežošanos no apkārtējiem.
 - Pacientiem ar šizofrēniju vēlams palīdzēt atgriezties mācību procesā vai darbā, palīdzot atrast jaunu darba vietu, palīdzot nokārtot kādus juridiskus vai sociālus jautājumus.

Šizofrēnija bieži ir saslimšana, kuras atveseļošanās ir ilgstošs un pakāpenisks process. Reizēm, neskatoties uz ārstēšanu un pilnvērtīgu aprūpi, slimība kļūst hroniska un arvien vairāk progresē. Šizofrēnijas ārējās izpausmes un slimības gaita tuviniekiem reizēm var radīt bažas, vilšanās sajūtu vai šķīst nogurdinoša. Neuztveriet personīgi tuvinieka uzvedību vai izteikumus, jo tās var būt slimības izpausmes. Rūpējieties par līdzsvaru starp rūpēm par slimo tuvinieku, savu labsajūtu un savu personīgo dzīvi. Apgūstiet relaksācijas vingrinājumus. Ja situācija kļūst pārlietu saspringta, atrodi veidu kā sevi nomierināt – fiziskās aktivitātes, pastaiģas 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 sūdzībām par psihotiskiem simptomiem pirmo reizi dzīvē.

Pacients ar sūdzībām par psihotiskiem simptomiem, kas raksturojas ar pozitīvo psihopatoloģisko simptomātiku – domāšanas procesu traucējumiem (murgu idejām, psihiskiem automātismiem; dezorganizētu, paraloģisku vai saraustītu domāšanu), katatoniem traucējumiem, apkārtējās pasaules aplamu uztveri (halucinācijām, pseidohalucinācijām), emociju sfēras traucējumiem. Un/vai konstatējami primāri negatīvie simptomi – apātija, runas nabadzība, autisms, emociju nobalējums vai neadekvātums, kā arī sociāla norobežošanās, gribas aktivitātes pazemināšanās.

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

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

Sekundārās vai terciālās aprūpes līmenis. Pacients var vērsties multiprofilu stacionāra uzņemšanas nodaļā – dežūrējošais ārsts veic sākotnēju psihiskā stāvokļa izvērtējumu un lemj par tālāko ārstēšanas taktiku.

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

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

2. Psihiatra konsultācija. Sekundārās aprūpes līmenis.

Anamnēzes datu ievākšana un izvērtēšana. Psihozes prodroma simptomi un provocējošie faktori (t.sk. alkohola vai psihoaktīvu vielu lietošana). Psihiskā, neiroloģiskā un somatiskā stāvokļa novērtēšana. Nosūtīšana uz papildus izmeklējumiem, ja to atļauj psihiskais stāvoklis un pastāv klīniska nepieciešamība. Primārās psihotisko traucējumu diagnozes precizēšana.

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

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

3. Narkologa, neirologa, internista ambulatora konsultācija. Sekundārās vai terciālās aprūpes līmenis.

Psihotisko traucējumu izvērtēšana. Primārās diagnozes noformulēšana.

Ģimenes ārstam vai jebkuras specialitātes ārstam iespējami ātri jānosūta pie narkologa pacients ar pirmreizēju psihozi, kas ir saistīta alkohola vai psihoaktīvu vielu lietošanu.

Ja ir anamnēzes dati par somatiskiem/neiroloģiskiem traucējumiem vai saslimšanu nesēnā anamnēzē, ar kuriem var būt saistīti psihotiskie traucējumi, pacients nosūtāms uz multiprofilu stacionāru. Primārās psihotisko traucējumu diagnozes precizēšana.

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

4. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests (NMPD).

Ja NMPD brigāde ir izsaukta uz mājām vai uz sabiedrisku vietu, un ārstniecības persona konstatē psihotiskus traucējumus (skat.1.punktu), tad jāizvērtē nepieciešamība neatliekami stacionēt pacientu atbilstoši klīniskajām indikācijām psihiatriskā, narkoloģiskā vai multiprofilu stacionārā. Ja pacients ir agresīvs vai ir agresīvas uzvedības risks, pacients stacionējams ar policijas palīdzību.

Ja pacienta psihotiskie traucējumi nenosaka pacienta rīcību, neapdraud apkārtējos vai pašu pacientu, kā arī pacients atsakās no ārstēšanās stacionārā, tad NMPD ārstniecības persona rekomendē ārstēšanos pie ambulatorā psihiatra, narkologa vai cita ārsta.

5. Psihotiskos traucējumus nekonstatē. Sekundārās aprūpes līmenis.

Psihiatra / narkologa konsultācijā nav konstatēti psihotiskie traucējumi, nav nepieciešama palīdzība vai pacients no tās atsakās. Rekomendējama atkārtota konsultācija pie psihiatra, narkologa vai ģimenes ārsta mēneša laikā, ja pacientam ir tranzitori vai neizteikti psihotiski traucējumi, kas saistīti ar reakciju uz stresu, posttraumatisko stresa reakciju vai sēru reakciju, kā arī, ja ārstam pastāv aizdomas par psihotisku traucējumu disimulāciju, bet pacients atsakās no izmeklēšanās un ārstēšanās.

6. Ir konstatēti psihotiskie traucējumi, tie NAV saistīti ar PAV lietošanu vai somatisku saslimšanu. Sekundārās aprūpes līmenis.

Psihiatrs izvērtē Šizofrēnijas (F20._), Akūtu un tranzitoru psihotisko traucējumu (F23._), Šizoafektīvo traucējumu diagnostiskos kritērijus (F25._) pēc SSK10.

Psihiatrs izvērtē psihotisko traucējumu smagumu, izmantojot CGI-S skalu (*Clinical Global Impression – Severity*; Kopējais klīniskais iespaids – traucējumu smagums). Ambulatorai ārstēšanai piemēroti pacienti ar CGI-S vērtībām – 2 (traucējumu robežlīmenis), 3 (viegli slims) vai 4 (mēreni slims).

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

7. Ir konstatēti psihotiskie traucējumi, tie IR saistīti ar PAV lietošanu vai somatisku saslimšanu. Sekundārās aprūpes līmenis.

Narkologs, neirologs vai internists konstatē, ka psihotiskie traucējumi saistāmi ar alkohola vai psihoaktīvu vielu lietošanu, rekomendējama nosūtīšana pie narkologa vai jāorganizē stacionēšana narkoloģiskā profila slimnīcā (nodaļā), izsniedzot nosūtījumu vai izsaucot NMP. Ja psihotiskie traucējumi saistāmi ar neiroloģiskiem vai somatiskiem traucējumiem vai saslimšanu, rekomendējama stacionēšana un ārstēšana daudzprofilu slimnīcā, izsniedzot nosūtījumu vai izsaucot NMP.

8. Ārstēšanās daudzprofilu stacionārā vai narkoloģiskā stacionārā. Sekundārais vai terciālais aprūpes līmenis.

Ja pacientam psihotiskie traucējumi saistīti ar alkohola vai psihoaktīvu vielu lietošanu jāuzsāk ārstēšanos narkoloģiskā stacionārā (narkologa kompetence). Ja psihotiskie traucējumi ir saistīti ar somatisku/neiroloģisku saslimšanu jāuzsāk ārstēšanās multiprofilu stacionārā (internista, neirologa u.c. specialitāšu ārsta kompetence).

Ja pacients lietojis alkoholu vai psihoaktīvas vielas, primāri veicama dezintoksikācija vai jāuzsāk atkarības ārstēšana, tad psihotisko traucējumu izvērtēšana un ārstēšana. Ja pacientam konstatē somatisku vai neiroloģisku saslimšanu, tad jāuzsāk pamatslimības ārstēšana, tad psihotisko traucējumu izvērtēšana un ārstēšana.

9. Psihotiskie traucējumi ir viegli / mēreni izteikti. Ambulatora ārstēšanās pie psihiatra. CGI-S 2-4. Sekundārais aprūpes līmenis.

Pozitīvie un negatīvie simptomi atbilst Paranoīdas šizofrēnijas (F20.0_) vai Akūtu psihotisku traucējumu diagnostiskajiem (F23.0_) kritērijiem, bet psihotisko traucējumu izteiktība pēc psihiatra vērtējuma ir viegla līdz mērena (CGI-S 2-4), turpināt ārstēšanu un izmeklēšanu ambulatori pie psihiatra vai Dienas stacionārā.

Psihiatrs klīniskas nepieciešamības gadījumā nosūta uz papildus izmeklējumiem, EEG (ja ir aizdomas par organisku CNS saslimšanu, epilepsiju u.c.), MRT (diferenciāldiagnostikai - atipiska psihozes klīniskā aina, agrīna neirodeģeneratīva saslimšana, vīrusu encefalīts, autoimūns encefalīts, terciālais sifiliss u.c.) izmeklējumu veikšana.

Latvijā ir 100% medikamentu kompensācija pacientiem ar šizofrēnijas diagnozi, bet 75% pacientiem ar citiem šizofrēniskā spektra traucējumiem (no 26.04.2019). Psihiatra ambulatorās konsultācijas un ārstēšanos Dienas stacionārā apmaksā valsts.

10. Psihotiskie traucējumi ir mēreni/smagi izteikti. Ārstēšanās psihiatriskā stacionārā. CGI 4-7. Sekundārais vai terciālais aprūpes līmenis psihiatriskajā stacionārā.

Pozitīvie un negatīvie simptomi atbilst Paranoīdas šizofrēnijas (F20.0_) vai Akūtu psihotisku traucējumu diagnostiskajiem (F23.0_) kritērijiem, bet psihotisko traucējumu izteiktība pēc psihiatra vērtējuma ir mērena līdz ļoti smagi (CGI-S 4 - 7), tad pirmreizējas psihozes pacientam ir ieteicama ārstēšanās pirmreizējo psihožu vai akūtas palīdzības psihiatriskā nodaļā. Psihiatrs izvērtē stacionēšanas indikācijas un pamatotību.

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 izvērtē nepieciešamību nosūtīt uz papildus izmeklējumiem. Nozīmē rutīnas klīniskās analīzes (skat.13.punktu). Atipiskas klīniskās ainas gadījumā rekomendē arī papildus klīnisko analīžu veikšanu, instrumentālo izmeklējumu veikšanu, neirologa vai cita ārsta speciālista konsultāciju, klīniskā psihologa izmeklēšana (psihodiagnostiku).

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>

11. Ambulatora ārstēšana ar antipsihotiskajiem līdzekļiem. Psiholoģiskas intervences ambulatori. Sekundārās aprūpes līmenis.

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

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

Ieteicams nozīmēt perorālus medikamentus, ja pacients ir līdzestīgs. APL jāizvēlas, iespēju robežās izvēli pārrunājot ar pacientu; jāpārrunā par medikamenta darbību, terapijas efektu un iespējamām blaknēm. Terapiju uzsākot, APL ieteicams monoterapijā.

Priekšroka pirmās epizodes pacientiem ir atipiskajiem APL – mazāk blaknes, kā arī atipiskā APL nozīmēšana pirmreizējas psihozes pacientiem var samazināt strukturālās pārmaiņas

galvas smadzenēs, kas ir saistītas ar neirotoksiskiem faktoriem psihozes laikā. Ja ir klīniski pamatoti, var tikt nozīmēts arī tipiskais APL, bet zemākajā efektīvajā devā, nodrošinot EPS kontroli.

Pirmreizējas psihozes pacienti ir jūtīgāki pret antipsihotisko līdzekļu terapiju – terapeitisku efektu var panākt ar mazākām medikamentu devām, bet arī pie mazākām devām var attīstīties ekstrapiramidālas, metabolas u.c. blaknes.

Rekomendējamie izmeklējumi, uzsākot ārstēšanu ar APL:

- a. Svars, vidukļa apkārtmērs, KMI, pulss un arteriālais asins spiediens.
- b. 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.
- c. Pirms uzsākt ārstēšanu ar APL, novērtēt un dokumentēt jebkādas kustību traucējumus.

Psihiatrs sastāda un pārrunā ar pacientu ārstēšanas un psihiatriskās rehabilitācijas plānu.

Psihiatrs nozīmē pirmās psihozes pacientam psiholoģiskas / psihosociālas intervences ambulatoram pirmreizējam pacientam individuāli vai grupā (ja tās ir pieejamas). Ieteicamas atsevišķu rehabilitācijas speciālistu konsultācijas ambulatori vai multiprofesionālas komandas darbs ambulatoriem pirmreizējam psihozes pacientam psihiatriskā dienas stacionārā.

Svarīgi! Psiholoģiskās intervences psihotisku traucējumu ārstēšanā nerekomendē izolēti (bez medikamentozās terapijas).

Visiem šizofrēnijas un psihotisku traucējumu pirmās epizodes pacientiem ir ieteicama atbalsta psihoterapija, ko var sniegt psihiatrs, klīniskais/veselības psihologs, kā arī apmācīta medicīnas māsa.

Iespējami ātri pēc pirmās epizodes rekomendē uzsākt Agrīnas intervences programmu (AIP). AIP ir pacienta individuālām vajadzībām balstīts ambulators multiprofesionāls komandas darbs, kura mērķis ir panākt klīnisku un funkcionālu atveseļošanu pēc pirmās psihozes, nodrošināt sekundāru profilaksi atkārtotai psihozei, kā arī sniegt psihosociālu atbalstu pacientam un ģimenes locekļiem. AIP realizēšanai nepieciešami sekojoši speciālisti: psihiatrs, klīniskais/veselības psihologs, garīgās veselības aprūpes māsa (AIP koordinatore), sociālais darbinieks, karjeras konsultants.

AIP ieteicamais ilgums ir 6 mēneši, tās ietvaros rekomendē: 10 psihiatra konsultācijas (ar pieaugošu laika intervālu pēc izrakstīšanās no akūtā psihiatrijas stacionāra), 3 psihoizglītošanas sesijas ģimenes locekļiem (veic psihiatrs, klīniskais/veselības psihologs vai medicīnas māsa), 6 KBT orientētas psihoterapijas nodarbības (individuāli vai grupā), 3 konsultācijas ar karjeras konsultantu. Uzsākot AIP ir jāparedz regulāras komandas apspriedes, katra pacienta vērtēšanai ietilpšamas 15-20 minūtes. Nepieciešamības gadījumā rekomendē piesaistīt sociālo darbinieku u.c. speciālistus.

Uzsākt kognitīvi biheiviorālo terapiju (KBT), ja ir pieejama. KBT var tikt uzsākta akūtā šizofrēnijas uzliesmojuma fāzē vai arī vēlāk (ieteicamas 8 sesijas). KBT veic psihoterapeits vai psihoterapijas speciālists, kurš ir sertificēts KBT.

Ja ir lietderīgi, uzsākt ģimenes intervenci/psihoterapiju, ja ir pieejama. Izvērtēt vecāku/ģimenes un pacienta savstarpējās attiecības. Atbalstīt, informēt ģimeni par ārstēšanu, pārrunāt problēmu un krīzes situāciju risināšanu. Terapiju veic psihoterapeits vai psihoterapijas speciālists, kurš ir sertificēts ģimenes psihoterapijā.

Var tikt rekomendēta mākslas terapija individuāli, ko realizē mākslas terapeits ar iepriekšēju pieredzi darbā ar psihotiskiem pacientiem (ieteicamas 4-8 sesijas). Ieteicamas arī mākslas terapijas grupu nodarbības 1-2 reizes nedēļā 4 nedēļu periodā, ja vien tas nesagādā grūtības pacientam.

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

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

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

Atkarībā no nozīmētā APL, pēc klīniskās nepieciešamības ir jākontrolē klīniskā asins aina, asins bioķīmija (glikoze (tukšā dūšā); ja ir metabolie riska faktori (HbA1c, asins lipīdu profils). Ja tiek nozīmēts APL ar augstu hiperprolaktinēmijas risku, jākontrolē prolaktīns. Nepieciešamības gadījumā jāveic EKG.

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

Psihiatrs konstatē, ka ambulatorā APL terapija 4-6 nedēļu laikā nav efektīva. Jāvērtē simptomu izmaiņas, blakusparādības, kā arī līdzestība terapijas procesam.

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

Ja ārstēšana nav efektīva, nozīmēt klozapīnu (skatīt TRŠ algoritmu).

Psihiatrs katrā apskatē vērtē arī - vai ir turpināma ārstēšanās ambulatori / dienas stacionārā. Ja CGI-I ir no “4” līdz “7”, ir nepieciešama stacionēšana psihiatriskajā stacionārā, izsaucot NMP vai izsniedzot nosūtījumu uz stacionāru.

CGI- I (*Clinical Global Impression - Improvement*, Kopējais klīniskais iespaids – traucējumu uzlabošanās): 1-ļoti izteikta uzlabošanās, kopš terapijas sākuma; 2- izteikta uzlabošanās; 3- minimāla uzlabošanās, 4-nav izmaiņu kopš ārstēšanās sākuma; 5-minimāla pasliktināšanās; 6 izteikta pasliktināšanās; 7-ļoti izteikta pasliktināšanās.

Ja ambulatorā ārstēšanās akūtajā periodā pie psihiatra ir efektīva (CGI-I “1”, “2”, dažkārt arī “3”), pacients turpina ambulatori balstterapiju.

12. Stacionāra ārstēšana ar antipsihotiskajiem līdzekļiem. Psiholoģiskas intervences stacionāriem pacientiem. Sekundārās vai terciālās aprūpes līmenis psihiatriskā stacionārā.

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

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

Psihiatrs nozīmē antipsihotisko līdzekli. Terapiju uzsākot, APL ieteicams monoterapijā.

Ieteicams nozīmēt perorālus medikamentus, ja pacients ir līdzestīgs. APL jāizvēlas, iespēju robežās izvēli pārrunājot ar pacientu; jāpārrunā par medikamenta darbību, terapijas efektu un iespējamām blaknēm. Priekšroka pirmās epizodes pacientiem ir atipiskajiem APL.

Ja ir klīniski pamatoti, var tikt nozīmēts arī tipiskais APL, bet zemākajā efektīvajā devā, nodrošinot EPS kontroli. Pirmreizējas psihozes pacienti ir jūtīgāki pret antipsihotiķu terapiju – terapeitisku efektu var panākt ar mazākām medikamentu devām, bet arī pie mazākām devām var attīstīties ekstrapiramidālas, metabolas u.c. blaknes.

Rekomendējamie klīniskie izmeklējumi, uzsākot ārstēšanu ar APL skatāmi 11. punktā.

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

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

Antiholīnērgiskos medikamentus nenozīmēt uzreiz, kopā ar APL. Vērtēt to nepieciešamību dinamikā. Ja ir klīniski pamatoti, var tikt nozīmēts benzodiazepīnu grupas medikaments simptomātiskai trauksmes, bezmiega u.c. traucējumu ārstēšanai.

Psihiatrs sastāda un pārrunā ar pacientu ārstēšanas un psihiatriskās rehabilitācijas plānu.

Psiholoģiskas intervences - individuāli vai grupā, stacionētam pirmreizējam psihozes pacientam (ja ir pieejamas).

Pirms nozīmēt psiholoģiskās intervences stacionētam pirmreizējas psihozes pacientam, jāizvērtē vai psihisko traucējumu dēļ nav kontrindikāciju to uzsākšanai. Klīniskās kontrindikācijas psiholoģiskai intervecei ir psihomotors uzbudinājums, agresīva un naidīga uzvedība psihotisku pārdzīvojumu iespaidā, murgu idejas ar medicīniskā personāla iesaisti idejās, katatoni traucējumi u.c. Psiholoģiskās intervences uzsākt pēc šo traucējumu klīniskās intensitātes samazināšanās.

Psiholoģiskās intervences skatīt 11.punktā.

Svarīgi! Psiholoģiskās intervences psihotisku traucējumu ārstēšanā nerekomendē izolēti (bez medikamentozās terapijas).

Psihiatrs katrā apskatē vērtē psihiskā stāvokļa izmaiņas stacionārās ārstēšanas laikā. Izvērtē medikamentozās ārstēšanas efektivitāti uz šizofrēnijas simptomiem ne retāk kā reizi nedēļā.

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

Psihiatrs vērtē nepieciešamību turpināt ārstēties psihiatriskajā stacionārā.

Ja stacionārā nozīmētais APL ir daļēji efektīvs vai nav efektīvs, tas nav būtiski mazinājis šizofrēnijas simptomātikas intensitāti (CGI-I “3” līdz “7”), psihiatrs vērtē / paaugstina APL devu vai pieņem lēmumu mainīt uz citu APL. Stacionāri ieteicams straujāk kāpināt devas. Psihiatrs diagnosticē un ārstē komorbīdos traucējumus. Efektivitāti katru nedēļu 4-6 nedēļu periodā.

Ja APL terapija ir daļēji efektīva vai nav efektīva. Pacients turpina ārstēties stacionārā (CGI-I “3” līdz “5”), kombinēt 2 APL, vai kombinēt perorālu antipsihotiķi ar ilgas darbības APL injekcijām.

Psihiatrs ārstēšanas efektivitāti stacionārā vērtē katru nedēļu 6-8 nedēļu periodā. Ja ārstēšana nav efektīva, nozīmēt klozapīnu (skatīt TRŠ algoritmu).

Ja ārstēšanās psihiatriskā stacionārā ir efektīva (CGI-I “1”, “2”, dažkārt arī “3”), pacients izrakstāms ambulatorai ārstēšanai un sekojošai balstterapijai.

13. Straujas sedācijas indikācijas. Sekundārās aprūpes līmenis.

Psihiatrs izvērtē straujas sedācijas indikācijas, tās 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 69.¹ pantu. Dokumentēt ierobežojošu līdzekļu pielietojumu normatīvo dokumentu noteiktā kārtībā.

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

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

14. Pirmreizējas psihozes vai šizofrēnijas epizodes terapija ir efektīva. Balstterapija ambulatori. Sekundārās aprūpes līmenis.

Psihiatrs vērtē ārstēšanas efektivitāti, ja pirmreizējas psihozes vai šizofrēnijas epizodes terapija ir efektīva, iesaka turpināt balstterapiju un rehabilitāciju pie ambulatorā psihiatra vai Dienas stacionārā. Sadarbībā ar ģimenes ārstu rekomendē monitorēt somatisko stāvokli. Psihiatrs pārrunā ar pacientu tālākās ārstēšanas un psihiatriskās rehabilitācijas plānu. Vizītes pie psihiatra reizi 4-8 nedēļās. Rekomendējama ārstēšanās pie psihiatra vai ģimenes ārsta vismaz 6 mēnešu periodā pēc remisijas sasniegšanas.

Latvijā ir 100% medikamentu kompensācija pacientiem ar šizofrēnijas diagnozi, bet 75% pacientiem ar citiem šizofrēniskā spektra traucējumiem (no 26.04.2019). Psihiatra ambulatorās konsultācijas un ārstēšanos Dienas stacionārā apmaksā valsts.

15. Psihotisku traucējumu remisija. Sekundārās aprūpes līmenis.

Ievērot narkologa, neirologa vai citas specialitātes ārsta rekomendācijas pamatslimības ārstēšanā. Nepieciešamības gadījumā konsultēties pie psihiatra.

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

Turpināt ārstēšanos pie ģimenes ārsta (vai psihiatra).

Ja pacients balstterapijas periodā izvēlas ārstēties pamatā pie ģimenes ārsta, tad ģimenes ārsts monitorē somatisko un psihisko stāvokli. Ja ir stabils psihiskais stāvoklis, turpināt psihiatra uzsāktu APL šizofrēnijas balstterapiju. Vizītes pie ģimenes ārsta reizi 4-8 nedēļās. Atkārtota psihiatra konsultācija ne retāk kā 1 reizi pusgadā.