

# Настанови щодо ведення пацієнтів із шизофренією

Вашій увазі представлено огляд рекомендацій щодо ведення пацієнтів із шизофренією та шизоафективними розладами, у яких узагальнено і стандартизовано лікувальні заходи для вказаної нозологічної групи. Представлене керівництво створене глобальною організацією охорони здоров'я Optum, яка забезпечує інформаційну та технологічну підтримку клініцистів. В основу настанов покладено рекомендації Американської психіатричної асоціації (APA, 2016) щодо оцінки психічного стану в дорослих. Розробники наголошують, що для підтримання здоров'я пацієнта, насамперед потрібно виконувати настанови державних нормативних документів, тоді як зазначений документ має лише рекомендаційний характер.

## Діагностичні рекомендації

Процес скринінгу та оцінювання має відбуватися із застосуванням загальноновизнаних і затверджених інструментів. Наявність симптомів у пацієнтів можливо діагностувати за такими ранговими шкалами, як: коротка психіатрична оцінювальна шкала (BPRS), шкала оцінки позитивних симптомів (PSRS), коротка шкала оцінки негативних симптомів (BNSA). Періодичне оцінювання індивідуальної відповіді пацієнта на лікування можна здійснювати за допомогою Техаського проекту розробки алгоритмів медикаментозного лікування (TMAP, 2008).

Під час проведення оцінювання психіатричного стану осіб дитячого та підліткового віку слід послуговуватися скринінговими запитаннями щодо психозу, а також уточнення та обґрунтування діагнозу. Можливе застосування структурованого діагностичного інтерв'ю, розробленого для осіб молодого віку, яке уміщує блок з оцінювання психотичних симптомів Американською академією дитячої та підліткової психіатрії (AACAP, 2013).

Обов'язково мають бути ідентифіковані фактори ризику, а саме: рання маніфестація, висока небезпека заподіяння шкоди, обтяжений шизофренією сімейний анамнез, соціальна ізоляція, відсутність належного лікування та низький рівень допомоги, а також захисні фактори, такі як міцна родинна підтримка, навички щодо подолання симптомів хвороби (APA, 2004).

Диференційну діагностику шизофренії та шизоафективного розладу слід проводити з наступними розладами:

- 1) великий депресивний розлад чи біполярний афективний розлад із психотичними чи кататонічними проявами;
- 2) шизоафективний розлад;
- 3) шизофреноподібний розлад і короткочасний психотичний розлад;
- 4) маячний розлад;
- 5) шизотиповий розлад особистості;
- 6) obsесивно-компульсивний розлад і дисморфобічний розлад;
- 7) посттравматичний стресовий розлад;
- 8) розлад аутистичного спектра: аутизм та первазивні порушення розвитку відрізняються від шизофренії відсутністю психотичних симптомів та переважанням характерних девіантних мовних патернів, аберантною соціальною скутістю чи повторювальною поведінкою;

9) інші стани, які пов'язані з психотичним епізодом; манія в підлітків часто проявляється частковими психотичними симптомами (галюцинації, маячення та порушення мовлення);

10) інфекції ЦНС, делірій, неопластичний процес, захворювання ендокринної, імунної системи, генетичні розлади та токсичний вплив;

11) психотичні симптоми через вживання психоактивних речовин, таких як декстрометорфан, діетиламід лізергінової кислоти, галюциногенні гриби, псилоцибін, мескалін, канабіс, стимулятори та інгаляційні наркотичні речовини.

Коли зловживання наркотиками передусе маніфестації шизофренії, важко визначити, чи психоз є незалежним процесом, чи наслідком вживання наркотичних речовин, чи поява симптомів шизофренії спровокована наркотичними речовинами в особи з нейробіологічною схильністю до розвитку психозу.

## **Психосоціальні втручання**

При шизофренії та шизоафективних розладах психосоціальні втручання зазвичай застосовують як доповнення до психофармакотерапії, вони націлені на покращення чи стабілізацію симптомів. Метою впровадження психосоціальних заходів є підвищення залученості пацієнта в процес лікування та зниження ризику рецидиву, а також підвищення стійкості особистості. Хворі на шизофренію потребують значної соціальної допомоги, адже серед безпритульних осіб вони становлять понад третину. Пацієнти із шизофренією завжди відчувають необхідність у базовій соціальній, професійній підтримці та оволодінні навичками взаємодії, а когнітивно-поведінкова психотерапія може зменшити як і психотичні, так і негативні симптоми захворювання.

Комплексне лікування поєднує асертивні суспільні програми, що сприяють сімейній підтримці, тренінгу соціальних навичок, зменшують виразність психотичних і негативних симптомів, знижують рівень вживання психоактивних речовин, зменшують кількість днів перебування в стаціонарі, покращують прихильність до інтервенцій та рівень задоволення лікуванням (Ferri's Clinical Advisor, 2016).

## **Психофармакотерапія**

Психофармакологічні рекомендації для дітей і підлітків при шизофренії та шизоафективному розладі тожогні до настанов для дорослих із зазначеними нозологічними формами, хоча перед призначенням відповідних лікарських засобів має бути врахований вік та співвідношення ризику та користі їх застосування. Для поліпшення позитивного ефекту психофармакологічних втручань слід:

- врахувати вік і рівень розвитку кожної особи, особливо, коли це дитина чи підліток, а також оцінити потенційний ризик щодо вибору препарату;
- ознайомити пацієнта, сімейне та соціальне оточення з потенційним ризиком лікування;
- навчити пацієнта та його оточення навичок, які потрібні для забезпечення процесу психофармакологічного втручання;
- поінформувати про альтернативні медикаментозні засоби, які не довели ефективності або мали серйозні побічні ефекти щодо їхньої взаємодії з іншими ліками;
- уникати надмірно складного режиму лікування, коли пацієнт приймає інші препарати при супутній патології.

## **Лікування гострого психозу при шизофренії**

В разі гострого психозу при шизофренії слід призначати адекватне дозування антипсихотичних препаратів та контролювати його. Під час прийому антипсихотиків першого (галоперидол, перфеназін, флудифеназін, хлорпромазін) та другого покоління (рисперидон, оланзапін, кветіапін, зипразидон, арипіпразол, клозапін, луразидон) не було відмічено суттєвої різниці щодо їхньої ефективності в пацієнтів із медикаментозною резистентністю.

Однак нейролептики першого покоління, порівняно з антипсихотиками другого покоління, дещо більшою мірою зумовлюють симптоми паркінсонізму та подальшу пізню дискінезію (ризик пізньої дискінезії становить 15 проти 30 %). Для того щоб усунути вказані симптоми, зазвичай призначають протипаркінсонічні препарати, наприклад, бензтропін, амантадин та ін.

Рисперидон, порівняно з галоперидолом, виявив вищий рівень ефективності щодо попередження рецидиву гострого психотичного епізоду. Седативні препарати, зокрема бензодіазепіни, меншою мірою, ніж барбітурати, можливо застосовувати протягом нетривалого періоду в пацієнтів при психомоторному збудженні (Ferri's Clinical Advisor, 2016).

Як препарати першої лінії терапії бажано призначати антипсихотики першого чи другого покоління (PORT, 2009). Альтернативний варіант другої лінії терапії – застосування іншого антипсихотичного препарату першого чи другого покоління. Третьою лінією вибору є призначення клозапіну, який може бути препаратом вибору за наявності рекурентних суїцидальних тенденцій, коморбідного вживання психоактивних речовин чи персистуючих продуктивних симптомів, які тривають довше 2 років. Четвертою лінією вибору, або при медикаментозній резистентності, слід вдаватись до комбінації нейролептику першого чи другого покоління із клозапіном чи електродомною терапією.

Варто розглянути можливість призначення ін'єкційного антипсихотичного препарату тривалого вивільнення (депо-форма), коли зміна стану пацієнта чи його поточне самопочуття достовірно вказують на те, що після виписки чи завершення активного лікування відбудеться рецидив захворювання (TMAP, 2008). Зазвичай не рекомендовано одночасно призначати кілька антипсихотичних засобів першого чи другого покоління (TMAP, 2009). Проте в деяких випадках слід розглянути можливість додаткового лікування щодо супутніх симптомів, медикаментозної взаємодії чи побічних ефектів (APA, 2009).

Необхідно проводити моніторинг відповіді пацієнта на лікування та коригувати дозування препарату: зміна терапевтичної дози може відбуватися значно повільніше протягом первинного психотичного епізоду за відсутності даних анамнезу щодо застосовуваних інтервенцій (TMAP, 2008), а також важливо усунути небажані явища, такі як сонливість, запаморочення, метаболічні зміни (гіперглікемія, цукровий діабет), пізня дискінезія та екстрапірамідні побічні ефекти (PORT, 2009).

### **Психофармакологія при шизофренії з безперервним перебігом**

Основною метою лікування шизофренії є запобігання рецидиву хвороби. Застосування антипсихотичних препаратів має бути продовжено в дозуванні, необхідному для редукції психозу. Вказані засоби можна призначати у вигляді ін'єкційних препаратів із тривалим вивільненням раз на місяць або на 2 тижні.

Більшість пацієнтів часто змінюють антипсихотичний препарат, що призводить до виникнення індивідуальних відмінностей у відповіді на лікування, переносимості та схильності до певних побічних ефектів.

Клозапін є ефективнішим у лікуванні пацієнтів із резистентною шизофренією, ніж інші нейролептики, хоча прийом вказаного препарату потребує певного спостереження щодо появи побічних ефектів, що можуть становити загрозу життю.

Оланзапін також може бути більш дієвим, порівняно з антипсихотичними препаратами першого покоління, проте має суттєвий побічний ефект, що проявляється у вигляді метаболічного синдрому.

Поліпшення нейрокогнітивної функції не відрізняється при лікуванні антипсихотиками першого чи другого покоління. Скажімо, протипаркінсонічні ліки можливо призначати на довгостроковий період. Пізню дискінезію спостерігали в 30 % пацієнтів, які тривалий період приймали нейролептики.

Іноді негативні симптоми шизофренії розцінюють як депресивні, причому останні можуть виникати у хворих на шизофренію. Лікування антидепресантами негативних симптомів,

як правило, не дає позитивного ефекту, проте при коморбідних депресивних епізодах вони можуть бути дієвими. Стабілізатори настрою (препарати літію, вальпроат, карбамазепін) рідко застосовують навіть при коморбідних порушеннях контролю над імпульсами.

Часто прийом окремих антипсихотичних препаратів, таких як оланзапін, клозапін, пов'язаний зі збільшенням маси тіла та подовженням інтервалу QT при електрокардіографічному дослідженні серця. Гіперліпідемія та цукровий діабет можуть бути асоційовані із застосуванням антипсихотичних препаратів другого покоління, тоді як гіперпролактинемія — антипсихотичних засобів першого та другого покоління (рисперидон). Клозапін пов'язаний із таким побічним ефектом, як агранулоцитоз, тому перед початком лікування та надалі регулярно слід оцінювати стан метаболічних процесів пацієнта та масу тіла.

Хворим на шизофренію притаманний вищий ризик розвитку суїцидальної поведінки: понад 20 % скоюють більш ніж 2 спроби, а 5–6 % — завершене самогубство. До факторів ризику суїцидальних тенденцій належать супутнє вживання психоактивних речовин та переживання відчуття безнадійності та безпорадності.

Прийом клозапіну асоційований зі зниженням ризику суїцидальних випадків у пацієнтів із шизофренією. Деякі антипсихотичні препарати першого і другого покоління ефективні та доступні в ін'єкційних формах із тривалим вивільненням (Ferri's Clinical Advisor, 2016).

### **Психофармакотерапія шизоафективного розладу**

Застосування антипсихотичних препаратів другого покоління — сучасний загальноприйнятний стандарт лікування шизоафективного розладу. Вибір антипсихотичного засобу потребує встановлення належного діалогу між пацієнтом та лікарем, а також подальшої його підтримки, навчання, наявності прихильності до лікування та регулярного оцінювання і відповідного менеджменту щодо побічної дії.

Стабілізатори настрою можна призначати як засоби додаткової терапії до антипсихотичного лікування в разі наявності симптомів біполярного чи депресивного розладу або тоді, коли немає повної відповіді на лікування антипсихотичними препаратами.

Антидепресанти можливо застосовувати як додаткову терапію при антипсихотичному лікуванні, коли депресивні симптоми зберігаються після стабілізації психозу, а також за умови контролю швидкої зміни маніакально-депресивних фаз і при змішаних епізодах.

Для оцінювання їхньої ефективності психофармакотерапію слід проводити протягом 8–12 тижнів. Варто здійснювати моніторинг балансу між психотичними та афективними симптомами, адже шизоафективний розлад згодом може трансформуватися у шизофренію, великий депресивний чи маніакальний епізод із психотичними симптомами.

З метою досягнення кращого ефекту фармакотерапію слід поєднувати з нефармакологічним лікуванням. Інші методи, такі як електросудомна терапія або призначення клозапіну, наразі недостатньо вивчені щодо шизоафективного розладу, а тому потребують клінічного підтвердження результатами мультицентрових досліджень (Current Psychiatry, 2010).

### **Фармакотерапія під час вагітності**

У разі отримання позитивної відповіді тесту на вагітність у жінок, психофармакологічне лікування слід розглядати як потенційну небезпеку для плода та в подальшому при грудному вигодовуванні. Якщо вагітність є достовірно підтвердженою, лікар має контролювати перинатальний період для того, щоб уникнути негативних наслідків (низької маси плоду при народженні), а також розглядати можливість переривання вагітності при неналежному веденні перинатального періоду та застосування інтервенцій, що протипоказані під час вагітності.

Зважаючи на термін і перебіг вагітності, лікар зобов'язаний ретельно оцінити ризик та користь психофармакотерапії, а в разі потреби відкоригувати її. Попри те, що ризик залежить від застосовуваного препарату, він є вищим у першому триместрі вагітності та в період народження дитини, коли відбувається синдром відміни.

Через можливий вплив антипсихотичних препаратів на метаболічні процеси зростає небезпека розвитку цукрового діабету, що потребує постійного моніторингу. Бензодіазепіни та стабілізатори настрою мають вищий ризик розвитку вроджених вад плоду та поведінкових порушень. Як свідчать дані клінічних досліджень, симптоми хвороби менше виражені протягом вагітності та більше – в післяпологовому періоді (APA, 2004).

### **Психофармакотерапія осіб похилого віку**

Пацієнтам похилого віку рекомендовано поєднання психофармакотерапії та психосоціальних втручань. Психосоціальні фактори, які пов'язані з віковими особливостями, чинять суттєвий вплив на вибір препарату (APA, 2004). Тому при виборі схеми лікування потрібно враховувати такі моменти:

1. Зменшення серцевого викиду та кровопостачання органів, зниження метаболізму, збільшений вміст жирів у крові позначається на швидкості абсорбції, що призводить до пролонгації та підвищеної чутливості до ліків.
2. Первинне дозування лікарського засобу має становити четвертину від половини звичайної початкової дози для дорослих.
3. Наявність супутніх захворювань або одночасний прийом кількох препаратів значно ускладнює фармакотерапевтичну дію, що потребує ретельного моніторингу потенційних ризиків і взаємодій між ліками.
4. Враховуючи когнітивні зміни, які можуть спостерігатися під час старіння, та когнітивні ефекти, що пов'язані з шизофренією, варто звертати увагу на дотримання режиму лікування.
5. Через ризик виникнення екстрапірамідних розладів і розвиток пізньої дискінезії, перевагу краще надавати антипсихотичним препаратам другого покоління.
6. Слід пам'ятати, що при застосуванні антипсихотичних засобів можливий ризик втрати рівноваги тіла.

*Підготувала Юлія Крамар*

*Оригінальний текст документа читайте на сайті  
[www.providerexpress.com](http://www.providerexpress.com)*