www.neuronews.com.ua

Ведення пацієнтів із деменцією, ускладненою поведінковими та психологічними симптомами

Поведінкові та психологічні проблеми, як-от збудження, агресія, дратівливість, маячення, галюцинації тощо, часто супроводжують перебіг деменції, посилюючи страждання пацієнтів та їх догляд. До вашої уваги представлено огляд останньої оновленої версії рекомендацій щодо ведення пацієнтів із діагностованою або підозрюваною деменцією в закладах первинної та вторинної медичної допомоги, розроблені фахівцями Національної служби охорони здоров'я Великої Британії (NHS, 2021).

Ведення пацієнта з деменцією, ускладненою поведінковими та психологічними симптомами, має охоплювати низку необхідних заходів. Насамперед слід перевірити, чи немає в нього ознак делірію; переглянути схему лікування, зважаючи на можливі побічні ефекти антихолінергічних засобів, препаратів для лікування хвороби Паркінсона (ХП), опіатів; визначити та по можливості усунути провокувальні чинники проблеми з фізичним здоров'ям. Також необхідно враховувати особистий анамнез пацієнта, проконсультуватися з доглядальниками для отримання додаткової інформації. Разом із сім'єю / опікунами пацієнта слід розробити індивідуальний план догляду. Симптоми можуть зникнути без втручання протягом кількох місяців, тож розпочинати слід із пильного спостереження. Розглядаючи медикаментозне лікування, слід спочатку визначити цільовий симптом, який домінує. За потреби розпочати медикаментозну терапію, яка відповідає наявним симптомам. Огляд пацієнта має відбутися через шість тижнів, надалі його слід проводити що три місяці. Якщо немає нагальної потреби в медикаментозному лікуванні, слід намагатися припинити приймання препарату. Крім того, треба пам'ятати, що деякі симптоми (як-от блукання, крик) не реагують на фармакотерапію.

У разі переведення пацієнта з медзакладів комунальних служб психічного здоров'я слід у належний спосіб повідомляти фахівців вторинної медичної допомоги про зміну препарату. Необхідно ретельно обґрунтовувати кожне призначення препарату для зменшення ознак поведінкових і психологічних симптомів, переглядати схему терапії що три місяці та старатися скасовувати / припиняти застосування препарату без нагальної потреби. Після завершення курсу лікування призначеним антипсихотиком слід надіслати копію звіту лікареві загальної практики.

Лікарям загальної практики та первинної медичної допомоги необхідно складати план лікування з відображенням поточного призначення антипсихотичних препаратів. Якщо застосовані заходи неефективні, слід залучити патронажних працівників до надання допомоги пацієнтам, які перебувають у закладах для осіб похилого віку. Антипсихотичні препарати має призначати тільки фахівець відповідного профілю, переглядаючи схему терапії що три місяці та намагаючись скасовувати / припиняти приймання препарату, якщо в ньому немає нагальної потреби. Фармацевти мають підтримувати лікарів загальної практики та вимагати перегляду призначень.

Укладачі настанов зауважують, що ведення пацієнтів із деменцією, яка супроводжується поведінковими та психологічними симптомами, це складна й доволі суперечлива сфера. Розроблені рекомендації є орієнтирами, але вони не завжди можуть застосовуватися за конкретної клінічної ситуації. Тож медпрацівники мають передусім керуватися власним професійним судженням.

На рисунку представлено алгоритм ведення пацієнтів із діагностованою або підозрюваною деменцією, ускладненою поведінковими та психологічними проблемами.

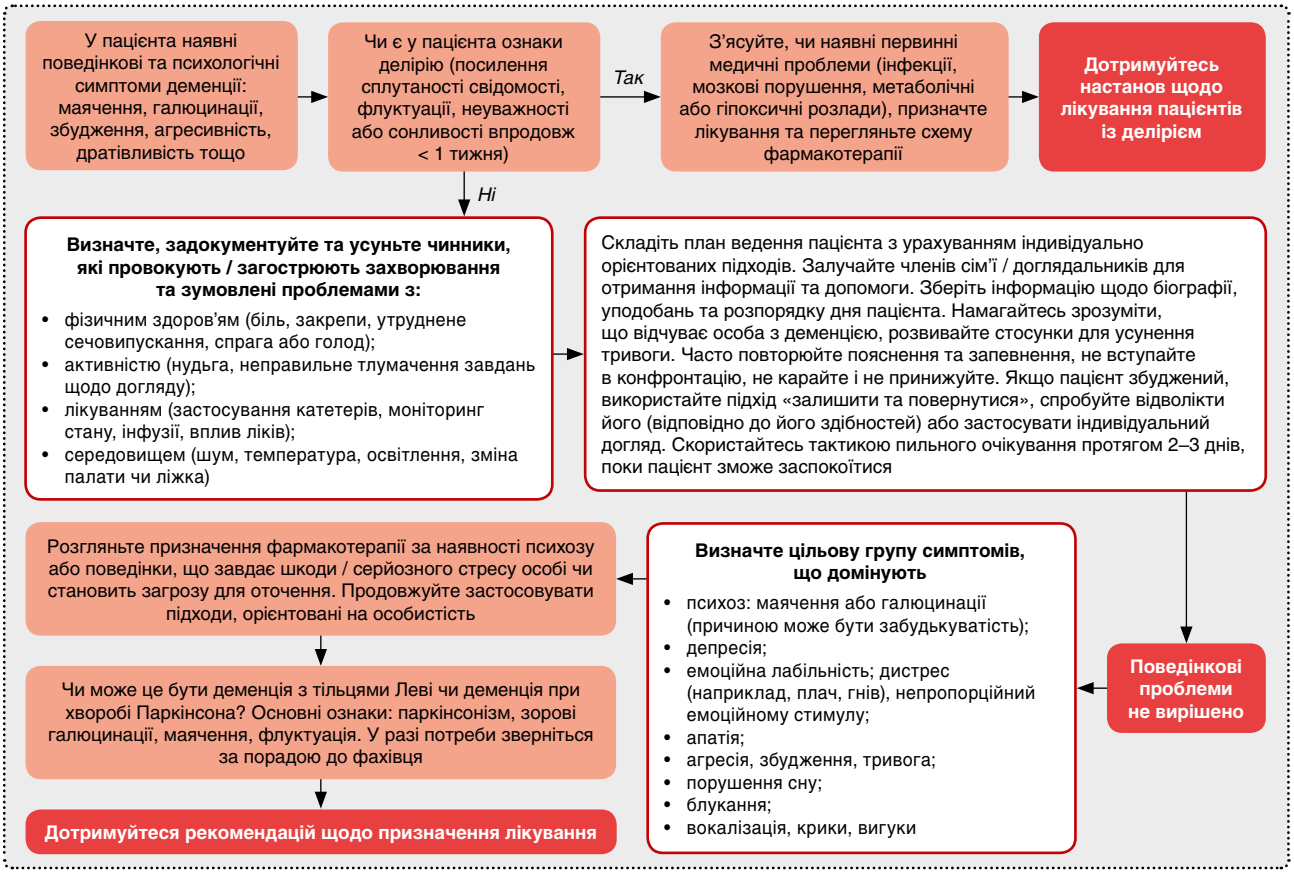

Рисунок. Алгоритм ведення пацієнтів із діагностованою або підозрюваною деменцією, ускладненою поведінковими та психологічними проблемами

Адаптовано згідно з Managing Behaviour and Psychological Problems in Patients with Diagnosed or Suspected Dementia in Primary and Secondary Care. NHS V4.0 Last reviewed: October 2021. URL: https://www.nottsapc.nhs.uk

Призначення антипсихотичних препаратів

Як типові, так і атипові антипсихотики погіршують когнітивні функції, збільшують ризик інсульту (втричі) і смерті (вдвічі), а також можуть значно знизити якість життя. Тому їх слід застосовувати лише після обговорення можливих переваг і ризиків із пацієнтом (якщо він здатний до цього) або особою, яка доглядає його. Ризик зростає з віком і за наявності судинних чинників ризику та цереброваскулярних захворювань. У разі потреби в антипсихотичній терапії слід починати з низького дозування та повільно збільшувати його що 2–4 дні, якщо немає відповіді на лікування.

Завжди слід перевіряти дію препаратів та побічний вплив. Пацієнти з деменцією з тільцями Леві або деменцією при ХП особливо вразливі щодо реакцій чутливості до антипсихотичних засобів і екстрапірамідних побічних ефектів, тож за їх призначення потрібна максимальна обережність.

Пацієнтів, які відповідають на лікування, слід оглянути через шість тижнів, розглянувши можливість скасування фармакотерапії. Зокрема, необхідно зменшити дозу вдвічі протягом тижня, і якщо стан не погіршиться, скасувати приймання препарату. Через тиждень слід повторно оглянути пацієнта. Якщо симптоми з'явилися знову, необхідно повторно призначити препарат у початковій дозі. Більшість поведінкових і психологічних симптомів зникають упродовж шести місяців.

Однак у разі збереження цих симптомів лікування антипсихотиками може знадобитися в довгостроковій перспективі; тож схему терапії слід переглядати що три місяці. Під час кожного огляду розпитувати пацієнта про седацію, падіння, антихолінергічні та екстрапірамідні побічні ефекти. Моніторинг артеріального тиску, пульсу, маси тіла, вмісту глікованого гемоглобіну (HbA1C), ліпідного профілю, функції нирок і печінки, показників загального аналізу крові, вмісту пролактину та показників електрокардіографії (ЕКГ) слід виконувати на початку лікування, через три місяці, а потім щорічно (фізично ослабленим пацієнтам може знадобитися частіший моніторинг фізичного стану).

Вторинна медична допомога

Фахівці вторинної медичної допомоги мають повідомляти лікаря загальної практики про зміну препарату, обґрунтовувати кожне призначення та складати план надання антипсихотичної терапії з переглядом що три місяці.

Первинна медична допомога

Лікарі первинної медичної допомоги мають складати план призначення антипсихотичних препаратів. Спробуйте скасувати / припинити приймання препарату через три місяці. Пацієнтам, які тривалий час приймали антипсихотики, рекомендовано більш обережне зниження дозування протягом 4–6 тижнів або довше, залежно від індивідуальних особливостей пацієнта. Якщо проблеми тривають і далі, слід звернутися до місцевого центру психічного здоров'я або залучити патронажних працівників до надання допомоги особам із деменцією.

Таблиця 1. Симптоми пацієнтів із хворобою Альцгеймера та засоби лікування

Симптоми	Лікування першої лінії	Лікування другої лінії
Депресія[1]	Стратегія пильного спостереження	Циталопрам[2], міртазапін[1]
Емоційна лабільність	Циталопрам[2]	Міртазапін[1]
Психоз[3]	Рисперидон[6]	Амісульприд, арипіпразол
Агресія	Рисперидон[6]	Галоперидол, мемантин
Тяжка форма тривожності	Міртазапін	Тразодон[7]
Тяжка форма ажитації	Рисперидон[6]	Амісульприд, арипіпразол або міртазапін ± короткий курс лоразепаму
Порушення сну[4]	Гігієна сну та когнітивно-поведінкова терапія	Зопіклон
Вокалізація / крик	Визначте первинні симптоми або проблеми Немає специфічного медикаментозного лікування	
Блукання	Немає специфічного медикаментозного лікування	

Адаптовано згідно з Managing Behaviour and Psychological Problems in Patients with Diagnosed or Suspected Dementia in Primary and Secondary Care. NHS V4.0 Last reviewed: October 2021. URL: https://www.nottsapc.nhs.uk

Таблиця 2. Симптоми пацієнтів деменцією з тільцями Леві / хворобою Паркінсона та засоби лікування

Симптоми	Лікування першої лінії	Лікування другої лінії
Депресія[1,5]	Циталопрам[2]	Міртазапін
Психоз[3]	Припиніть приймання агоністів дофаміну, розгляньте можливість зниження дозування леводопи	Кветіапін[5], ривастигмін
Агресія[1,5]	Кветіапін[5]	Мемантин, ривастигмін
Тяжка форма тривожності[5]	Циталопрам[2]	Донепезил, міртазапін, ривастигмін
Тяжка форма ажитації[5]	Циталопрам[2]	Кветіапін[5], ривастигмін або мемантин ± короткий курс лоразепаму
Порушення сну[4]	Гігієна сну та когнітивно-поведінкова терапія	Зопіклон
Порушення фази швидкого сну (кошмари, гіперактивність)	Клоназепам[8]	Мелатонін[8]
Вокалізація / крик	Визначте первинні симптоми або проблеми Немає специфічного медикаментозного лікування	
Блукання	Немає специфічного медикаментозного лікування	

Адаптовано згідно з Managing Behaviour and Psychological Problems in Patients with Diagnosed or Suspected Dementia in Primary and Secondary Care. NHS V4.0 Last reviewed: October 2021. URL: https://www.nottsapc.nhs.uk

Примітки до таблиць 1 і 2: [1]Доказів ефективності міртазапіну для лікування депресії при ХА бракує; використовуйте з обережністю для пацієнтів із тяжкими психічними розладами. [2]Дозування циталопраму слід починати з 10 мг/добу, доза не має перевищувати 20 мг/добу через дозозалежне подовження інтервалу QTc. [3]Доказова база щодо застосування для лікування психозу є недостатньою. Терапія антипсихотиками буде неефективною при галюцінаціях, зумовлених забудькуватістю (так зване «життя в минулому»). [4]Порушення сну є дуже поширеними; слід збільшити денну активність, виправданим є пробний курс снодійних засобів, але може знадобитися триваліше лікування, якщо проблеми не зникають. [5]Кветіапін і селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) можуть погіршити моторні симптоми пацієнтів із деменцією, спричиненою ХП. [6]Рисперидон – єдиний пероральний атиповий антипсихотик, ліцензований для короткочасного (до 6 тиж.) лікування стійкої агресії у пацієнтів із деменцією середнього та тяжкого ступенів, спричиненою ХА. [7]Тразодон – починайте з призначення 25 мг/добу, обережно збільшуючи дозування з тижневими інтервалами до 50–100 мг/добу. Тразодон і СІЗЗС можуть збільшити ризик падіння. [8]Розпочинати лікування розладів швидкого сну при ХП згідно з відповідними рекомендаціями NHS (NG 71).

Таблиця 3. Психотропні препарати, які призначають пацієнтам із деменцією, та їх дозування

Препарат	Початкове дозування	Звичайне дозування
Рисперидон	250 мкг двічі на добу	500 мкг — 1 мг двічі на добу
Кветіапін	25 мг раз на добу	25–150 мг раз на добу (або розділити дозу)
Галоперидол	500 мкг двічі на добу	500 мкг — 1 мг двічі на добу
Амісульприд	25 мг раз на добу	25–50 мг раз на добу (або розділити дозу)
Арипіпразол	2,5 мг раз на добу	2,5–10 мг раз на добу
Лоразепам	0,5 мг раз на добу	0,5 мг — 1 мг на добу
Тразодон	25 мг раз на добу	50–100 мг у кілька приймань

У таблицях 1 і 2 представлено психотичні та поведінкові симптоми пацієнтів із хворобою Альцгеймера (ХА) та деменцією з тільцями Леві / ХП відповідно, а також засоби лікування першої та другої ліній.

Судинна або пов'язана з інсультом деменція та інші форми деменції

Доказова база щодо лікування пацієнтів із психотичними й поведінковими симптомами при судинній та інших формах деменції нині є недостатньою, тому лікарям, які призначають психотропні препарати, слід дотримуватися вказівок щодо лікування пацієнтів із ХА. Крім того, може знадобитися консультація фахівця, особливо за рідкісних форм, як-от лобно-скронева деменція.

Дозування психотропних препаратів при деменції

У таблиці 3 наведено перелік психотропних препаратів, які призначають для лікування пацієнтів із деменцією, а також їх дозувань. Необхідність таких призначень слід оцінювати відповідно до ситуації, зважаючи на тяжкість симптомів, попередню реакцію на ліки, вік і масу тіла пацієнта, а також загальну фізичну підготовку або ознаки астенії.

Висновки

Зрештою, після перегляду рекомендацій у жовтні 2021 р. відповідно до отриманих даних клінічних досліджень та досвіду лікарів відбулися такі зміни:

- зроблено додаткові вказівки щодо моніторингу фізичного здоров'я осіб із деменцією;
- амісульприд і арипіпразол додано до засобів другої лінії терапії для пацієнтів із ХА та ознаками психозу, а галоперидол і оланзапін видалено з рекомендованих препаратів для цієї популяції;
- темазепам видалено з рекомендацій;
- для лікування пацієнтів із деменцією з тільцями Леві та деменцією, спричиненою ХП, додано як засоби другої лінії кветіапін (за ознак психозу та тяжкої ажитації) та міртазапін (за тяжкої ажитації).

Підготувала ***Наталія Купко***

Оригінальний текст читайте на сайті www.nottsapc.nhs.uk

UA-ERID-PUB-032023-014

Сприймай реальність
БЕЗ ВИКРИВЛЕНЬ

acino

ЕРІДОН®
рисперидон

- Доведена ефективність при позитивній та негативній симптоматиці шизофренії[1-2]
- Симптоматичне лікування аутичних розладів у дітей віком від 5 років[3]
- Доведена біоеквівалентність оригінальному рисперидону[4]

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЕРІДОН

Діюча речовина. Рисперидон. Лікарська форма. 1 таблетка містить рисперидону 2 мг або 4 мг, 1 мл розчину містить 1 мг рисперидону. **Фармакотерапевтична група.** Антипсихотичні засоби. **Фармакологічні властивості.** Рисперидон — селективний антагоніст 5-HT 2-серотонінергічних та D2-дофамінергічних рецепторів; він блокує також α1-адренергічні та меншою мірою — гістамінові H1- і α2-адренергічні рецептори, не виявляючи впливу на холінергічні рецептори, не спричиняє значного пригнічення моторної активності та порівняно з класичними нейролептиками меншою мірою індукує каталепсію. Збалансований центральний антагонізм до серотоніну і дофаміну зменшує схильність до екстрапірамідних побічних ефектів та розширює терапевтичний вплив препарату з охопленням негативних та афективних симптомів шизофренії. **Показання.** Лікування шизофренії та інших психічних розладів, у тому числі підтримуюча терапія, у пацієнтів, у яких спостерігалася відповідь на терапію, з метою запобігання рецидиву хвороби; лікування маніакальних епізодів при біполярних розладах (допоміжна терапія у комбінації з нормотимиками як початкове лікування або як монотерапія на період тривалістю до 12 тижнів); короткочасне лікування вираженої агресії або тяжких психічних симптомів у пацієнтів з деменцією при існуванні загрози заподіяння шкоди собі чи іншим; симптоматичне лікування зухвалих опозиційних розладів або інших розладів соціальної поведінки у дітей, підлітків та дорослих з розумовим розвитком нижче середнього або розумовою відсталістю, які мають прояви деструктивної поведінки (імпульсивність, аутоагресія); симптоматичне лікування аутичних розладів у дітей віком від 5 років, у яких симптоми варіюють від гіперактивності до роздратованості (включаючи агресію, завдання собі тілесних ушкоджень, тривожність та патологічні циклічні дії). **Протипоказання.** Гіперчутливість до активного компонента або до будь-якої допоміжної речовини у складі препарату. Деменція та симптоми хвороби Паркінсона (ригідність, брадикінезія та паркінсонічні порушення постави). Деменція та підозра на деменцію з тільцями Леві (окрім симптомів деменції щонайменше два з таких симптомів: паркінсонізм, візуальні галюцинації, хиткість ходи). **Побічні реакції.** Паркінсонізм, головний біль; акатизія, запаморочення, тремор, дистонія, сонливість, седація, летаргія, дискінезія; безсоння; тривога, хвилювання, розлади сну, депресія; нечіткість зору; тахікардія, артеріальна гіпертензія; дистное, носова кровотеча, кашель, закладеність носа, фаринголаринґічний біль; пневмонія, грип, бронхіт, інфекції верхніх дихальних шляхів, інфекції сечовивідних шляхів; блювання, діарея, запор, нудота, біль у животі, диспепсія, сухість у роті, абдомінальний дискомфорт, зубний біль, підвищення апетиту, зниження апетиту; енурез; висипання, еритема; артралгія, біль у спині, біль у кінцівках; пріапізм, втома, периферичний набряк, астенія; гіперпролактинемія, збільшення маси тіла тощо. **Категорія відпуску.** За рецептом. Р. П. МОЗ України: №UA/17620/01/01, UA/17620/01/02. Наказ МОЗ України від 30.08.2019 №1 925. Виробник:Дексель Лтд./Dexcel Ltd, Ізраїль. Повна інформація знаходиться в інструкціях для медичного застосування препаратів. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних установ та лікарів, і для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. 1. Iskedjian M., Hux M., Remington G.J. The Canadian experience with risperidone for the treatment of schizophrenia: an overview. Journal of Psychiatry and Neuroscience 1998;23:229–39. 2. Song F. Risperidone in the treatment of schizophrenia: a meta-analysis of randomized controlled trials. J Psychopharmacol 1997;11(1): 65–71. 3. Інструкція для медичного застосування препарату Ерідон. Р. П. МОЗ України: №UA/17620/01/01, UA/17620/01/02. Наказ МОЗ України від 30.08.2019 №1 925 №UA/17620/01/01, UA/17620/01/02. 4. Bioequivalence Study Number – P1CU04001, Clin report May. 2005.

UA-ERID-IMI-082022-011

ТОВ АСІНО УКРАЇНА | бульвар В. Гавела, 8 | Київ | 03124 | Україна
www.acino.ua