

ПРИЗНАЧЕННЯ антипсихотичних препаратів для лікування психічних розладів

Антипсихотичні препарати використовуються для лікування широкого спектра захворювань і включені до низки національних клінічних настанов. При застосуванні належним чином і відповідно до клінічних даних антипсихотики є ефективними засобами, зокрема й із погляду вартості терапії. Вибір антипсихотика значною мірою залежить від уподобань пацієнта, причому прийнятний рівень побічних ефектів часто є важливішим, ніж об'єктивно оцінене зменшення тяжкості стану. Пропонуємо до вашої уваги основні положення настанови щодо використання антипсихотиків, створеної членами об'єднаного комітету із призначення лікарських засобів (JAPC) Національної служби охорони здоров'я Великої Британії (NHS, 2025).

Ця настанова містить стислий комплексний огляд рекомендацій щодо призначення антипсихотичних препаратів (АП) для лікування психічних розладів, зокрема рецептурні рішення, прийняті JAPC, а також вказівки й нагадування щодо дотримання узгоджених рекомендацій стосовно моніторингу фізичного здоров'я пацієнтів, яким призначають АП. Особливу увагу приділено оцінюванню співвідношення користі та ризику фармакотерапії, вибору мінімально ефективної дози та необхідності регулярного перегляду доцільності продовження лікування. Спеціалісти, які призначають АП, мають нести відповідальність за моніторинг стану пацієнтів принаймні протягом перших 12 місяців лікування.

Особливої уваги потребує призначення АП дітям та підліткам (пацієнтам віком до 17 років). Якщо виникає необхідність такого лікування, його слід розпочинати й продовжувати виключно у закладах спеціалізованої медичної допомоги і супроводжувати обов'язковим моніторингом фізичного стану, пов'язаного із прийманням конкретного препарату.

Психотичні стани

Широкий спектр пероральних АП включено до переліку препаратів першої/другої лінії, призначуваних при психозах. При цьому йдеться не лише про шизофренію та шизоафективні розлади, а охоплено також широкий спектр пов'язаних діагнозів. Імовірно тривале застосування цих ліків потребує контролю кардіометаболічних параметрів у більшості пацієнтів.

Меншу кількість ліків віднесено до препаратів другої лінії; зазвичай це «нові» лікарські засоби (зокрема марковані «чорним трикутником», застосування яких потребує ретельнішого моніторингу стану пацієнта) або ті, що призначаються хворим певних груп. Статус цих ліків переглянуто з урахуванням клінічного досвіду.

Згідно з системою кольорових позначок («системою світлофора» [traffic-light system]), використовуваною NHS для визначення відповідальності за призначення ліків фахівцями первинної та вторинної медичної допомоги (сімейними лікарями і спеціалістами відповідно):

- **червоний** колір означає, що ліки призначаються тільки фахівцями
- **жовтий** — початкове призначення має здійснити спеціаліст, а сімейний лікар може його продовжувати
- **зелений** — сімейний лікар може ініціювати призначення

Згідно із даною настановою, клоzapін є препаратом третьої лінії, який застосовують у резистентних до терапії випадках. Він має статус «червоного» препарату, тобто може бути призначений тільки фахівцем, а лікування обов'язково має супроводжуватися регулярним лабораторним і клінічним моніторингом стану пацієнта.

Передбачено також категорію четвертої лінії лікування, яку застосовують у випадках, коли клоzapін показаний, але виявляється неефективним або не переноситься пацієнтом. Така терапія потребує індивідуалізованого підходу та особливої обережності. До неї, зокрема, належить призначення АП у дозах, що перевищують максимальні, зазначені у Британському національному лікарському формулярі (BNF), як у режимі монотерапії, так в комбінації. У таблиці 1 наведено перелік пероральних АП для лікування психозів.

Біполярний афективний розлад

Згідно із рекомендаціями Національного інституту охорони здоров'я і клінічної досконалості (NICE, CG185, 2014) та отриманими пізніше даними, спектр

Таблиця 1. Пероральні антипсихотики для лікування психозів

Препарат	Коментарі	«Система світлофора»	
Перша/друга лінія терапії			
Амісульприд		Обов'язкове здійснення моніторингу протягом принаймні 1 року в закладі вторинної медичної допомоги відповідно до рекомендацій (Додаток 3)	
Арипіпразол			
Галоперидол			
Зуклопентиксол			
Кветіапін			
Луразидон			
Оланзапін			
Рисперидон			
Сультірид			
Трифлуоперазин			
Флупентиксол			
Хлорпромазин			
Тільки друга лінія терапії			
Карипразин*	Тільки після адекватного пробного курсу терапії арипіпразолом (якщо немає протипоказань)		
Третя лінія терапії			
Клозапін	У разі резистентних до лікування випадків та психозу при хворобі Паркінсона		
Четверта лінія терапії			
Поліфармація АП (окрім перехресного зменшення дози або додаткового приймання арипіпразолу при гіперпролактинемії**) Схеми лікування АП у високих дозах	У разі резистентних до лікування випадків, коли клозапін не є ефективним або не переноситься		

Примітки: * Жінки репродуктивного віку мають використовувати високоефективні засоби контрацепції під час лікування карипразином і протягом щонайменше 10 тижнів після його припинення; у разі використання системних гормональних контрацептивів слід додати другий (бар'єрний) метод; ** доведено ефективність додаткового призначення арипіпразолу (поза затвердженими показаннями) для зменшення гіперпролактинемії, спричиненої АП.

Адаптовано за Antipsychotic Prescribing and Management for mental health conditions Produced June 2025. NHS. Derbyshire Medicines Management and Clinical Policies

пероральних АП, що застосовуються для лікування біполярного афективного розладу (БАР), є вужчим, ніж у разі психозу. NICE визначає лікарські засоби першої/другої лінії терапії, а також надає чіткі рекомендації щодо подальших кроків у разі недостатньої ефективності початкового лікування. Вибір препарату має ґрунтуватися на клінічній фазі розладу, попередній відповіді на терапію, профілі побічних ефектів і супутній соматичній патології.

Лікування БАР, імовірно, потребуватиме середньота довгострокового застосування АП, особливо в межах підтримувальної терапії для профілактики рецидивів. У зв'язку з цим необхідним є регулярний моніторинг

Таблиця 2. Пероральні антипсихотики для лікування БАР

Препарат	Коментарі	«Система світлофора»
Перша/друга лінія терапії		
Арипіпразол	Згідно з настановою щодо оцінювання стану та лікування пацієнтів із біполярним афективним розладом (NICE CG 185, 2014*)	Обов'язкове здійснення моніторингу протягом щонайменше 1 року в закладі вторинної медичної допомоги відповідно до рекомендацій (Додаток 3)
Галоперидол		
Кветіапін		
Оланзапін		
Рисперидон		
Луразидон	Тільки за біполярної депресії	
Тільки за призначення спеціалістом		
Клозапін	У разі резистентних до лікування випадків	

Примітка: * Настанова доступна за посиланням www.nice.org.uk/guidance/cg185.

Адаптовано за Antipsychotic Prescribing and Management for mental health conditions Produced June 2025. NHS. Derbyshire Medicines Management and Clinical Policies

Таблиця 3. Антипсихотики як доповнення до лікування антидепресантами при депресії

Препарат	Коментарі	«Система світлофора»	
Перша/друга лінія терапії як доповнення до антидепресантів			
Арипіпразол		Обов'язкове здійснення моніторингу протягом щонайменше 1 року в закладі вторинної медичної допомоги відповідно до рекомендацій (Додаток 3)	
Кветіапін			
Оланзапін			
Рисперидон			
Перша/друга лінія терапії як доповнення до антидепресантів у разі депресії з психотичними симптомами			
Оланзапін			
Кветіапін			
Як монотерапія, після початкового призначення фахівцем при хронічній депресії			
Амісульприд	Призначення поза затвердженими показаннями, згідно з рекомендаціями NICE (NG222, 2022) Доза не має перевищувати 50 мг/добу, при цьому моніторинг фізичного стану не є обов'язковим; за вищих доз можливе погіршення перебігу депресії та підвищення ризику побічних ефектів		

Примітка: * Настанова доступна за посиланням www.nice.org.uk/guidance/ng222.

Адаптовано за Antipsychotic Prescribing and Management for mental health conditions Produced June 2025. NHS. Derbyshire Medicines Management and Clinical Policies

кардіометаболічних показників, зокрема маси тіла, артеріального тиску, рівня глюкози та ліпідного профілю. Доцільним також є періодичний перегляд доцільності продовження антипсихотичної терапії з урахуванням стабільності стану пацієнта та ризику загострення.

Таблиця 2 містить перелік пероральних АП для терапії пацієнтів із БАР.

Таблиця 4. Пероральні антипсихотики для лікування пацієнтів із некогнітивними симптомами деменції

Препарат	Коментарі	«Система світлофора»
Перша лінія терапії		
Галоперидол		Зелений для цього показання
Рисперидон		
Друга лінія терапії		
Арипіпразол	Не виключена можливість призначення фахівцями для короткострокового лікування, наприклад, командою екстреної допомоги для пацієнтів із деменцією	Зелений для цього показання, призначається за рекомендацією фахівця*
Оланзапін		
Кветіапін		

Адаптовано за Antipsychotic Prescribing and Management for mental health conditions Produced June 2025. NHS. Derbyshire Medicines Management and Clinical Policies

Тривожні розлади

АП не є фармакологічними засобами першої лінії для лікування тривожних розладів. Іноді фахівці можуть призначати їх пацієнтам, які не відповідають на інші втручання. Такі призначення, найімовірніше, будуть поза зареєстрованими показаннями, а АП слугуватимуть доповненням до інших ліків. Вибір АП базуватиметься на поточних рекомендаціях NICE щодо конкретного тривожного розладу, доповнених, за потреби, іншими консенсусними настановами, зокрема створеними Британською асоціацією психофармакології (ВАР), та даними наукової літератури. Доказова база не є достатньо переконливою, щоб зробити остаточні висновки щодо вибору АП при лікуванні тривожних розладів, що потребують інтенсивних втручань.

Згідно із BNF, для терапії тривожних розладів не слід призначати АП, для яких ще не визначено статус для лікування психозів за «системою світлофора». Те саме стосується вимог щодо моніторингу стану фізичного здоров'я пацієнтів.

Депресія

Деякі пероральні АП можуть бути призначені пацієнтам із депресією на додаток до антидепресантів, якщо монотерапія останніми не є достатньо ефективною. Пероральні АП також можна використовувати разом з антидепресантами особам, які страждають на депресію із психотичними симптомами; у таких випадках їх застосування може тривати протягом кількох місяців після досягнення ремісії з подальшим поступовим переглядом доцільності терапії. У таблиці 3 наведено варіанти призначення АП як допоміжних засобів першої та другої лінії терапії. Водночас не виключене використання інших АП із такою ж метою, якщо початкові варіанти терапії виявляються неефективними, протипоказаними або погано переносяться пацієнтами.

Оскільки за таких випадків застосування АП, імовірно, буде принаймні середньостроковим, доцільним є регулярний моніторинг кардіометаболічних параметрів пацієнтів. У разі відсутності потреби в тривалому застосуванні препарату після стабілізації стану питання щодо подальшого моніторингу може бути переглянute.

Таблиця 5. Антипсихотики в депо-формах та формах ін'єкцій тривалої дії

Препарат	Коментарі	«Система світлофора»
Перша/друга лінія терапії		
Галоперидолу деканоат	АП 1-го покоління	Призначення тільки спеціалістами
Зуклопентиксолу деканоат		
Флупентиксолу деканоат		
Арипіпразол для щомісячних ін'єкцій	Атипові АП 2-го покоління	
Паліперидон для щомісячних ін'єкцій		
Рисперидон		
Оланзапін ембонат	АП другого покоління; введення необхідно здійснювати в медичному закладі	

Адаптовано за Antipsychotic Prescribing and Management for mental health conditions Produced June 2025. NHS. Derbyshire Medicines Management and Clinical Policies

Некогнітивні симптоми деменції

Пероральні АП є варіантом терапії, який можна застосовувати з належною обережністю при лікуванні осіб із некогнітивними симптомами деменції: коли є ризик заподіяння самоушкоджень, прояви збудження, галюцинації чи маячення, що спричиняють сильний дистрес. Слід використовувати найнижчі можливі дози впродовж найкоротшого можливого терміну. Що шість тижнів варто повторно оцінювати стан пацієнта з метою підтвердження необхідності застосування ліків. Детальнішу інформацію містять настанова NICE (NG97, 2018) та рекомендації JAPC (2017) щодо лікування осіб із деменцією. Перелік АП наведено в таблиці 4. Моніторинг кардіометаболічних параметрів у разі таких призначень не є обов'язковим.

Депо-форми та ін'єкції тривалої дії

Застосування АП у депо-формах та у вигляді ін'єкцій тривалої дії (LAI) (табл. 5) забезпечує стабільність приймання ліків. Це може бути корисним для деяких пацієнтів, які потребують тривалого лікування АП. Незважаючи на вищу середню вартість, вони є економічно ефективними та асоційовані з нижчою частотою рецидивів і госпіталізацій, ніж пероральні форми АП (окрім клозапіну).

Зуклопентиксолу ацетат є ін'єкційним препаратом із середньою швидкістю початку дії та середньою тривалістю дії. Відповідно до клінічної настанови Фонду охорони здоров'я Дербіширу (NHS, DHCF, 2025), він має позначку «червоний» за «системою світлофора» і використовується зрідка для невідкладного лікування пацієнтів із психозами тільки у стаціонарних психіатричних закладах. Медпрацівникам слід бути пильними щодо ризику помилкового призначення зуклопентиксолу ацетату через плутанину із депо-препаратами зуклопентиксолу деканоату, які мають триваліший ефект.

ЕГОЛАНЗА

О Л А Н З А П І Н

ВИБІР ПРАВИЛЬНОГО НАПРЯМКУ



СКЛАД ТА ФОРМА ВИПУСКУ:

табл. в/плів. оболонкою 5 мг блістер, № 28

табл. в/плів. оболонкою 10 мг блістер, № 28

табл. в/плів. оболонкою 15 мг блістер, № 28



«Ми створюємо своє життя
силою свого вибору»

Річард Бах

Склад та лікарська форма. Таб., в/п/о 5,10,15 мг оланзапіну. **Фармакотерапевтична група.** Антипсихотичні засоби. **Показання.** Лікування шизофренії. Підтримання досягнутого клінічного ефекту під час тривалої терапії. Лікування маніакальних епізодів помірного та важкого ступеня. Профілактика повторних нападів у пацієнтів з біполярними розладами. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин препарату; відомий ризик закритокутової глаукоми. **Побічні реакції.** Сонливість, збільшення маси тіла, еозинофілія, підвищення рівня пролактину, холестерину, глюкози та ін. **Виробник.** ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС. UA_EGO_25_26_2



Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування. Відпускається за рецептом лікаря. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів, а також для розповсюдження на конференціях, семінарах, симпозіумах з медичної тематики. Р.П. № UA/11344/01/01-03-04.



Призначення антипсихотиків при антисоціальному та емоційно нестабільному (межовому) розладі особистості

АП застосовуються для короткострокового лікування за кризових станів у пацієнтів із діагнозом антисоціального чи емоційно нестабільного (межового) розладу особистості, мають позначку «червоних» згідно із «системою світлофора», та їх призначення слід контролювати командою фахівців.

Для довгострокового лікування за наявності коморбідних станів (наприклад, психозу та БАР) вибір, послідовність застосування АП і моніторинг стану пацієнтів мають здійснюватися відповідно до алгоритмів лікування цих захворювань.

Нижче наведені практичні рекомендації щодо призначення ліків при розладах особистості (не обмежуються АП), адаптовані згідно з настановою NHS (2017).

Основні рекомендації:

1. Немає препаратів, ліцензованих для лікування розладу особистості.

2. Фармакотерапія відіграє важливу роль у лікуванні коморбідних захворювань, та її слід призначати відповідно до настанов NICE і будь-яких місцевих клінічних рекомендацій.

3. Психотропні препарати можуть бути корисними для короткострокового лікування за кризових станів, але їх приймання слід припинити протягом одного тижня після усунення кризового стану.

4. Оскільки оцінювання тяжкості розладу особистості часто є неточним або неструктурованим, а супутні захворювання важко розпізнавати, оптимально розпочинати із соціально-психологічної допомоги, а також якомога швидше оцінити профіль симптомів/проблем.

5. Деякі пацієнти наполегливо вимагають призначення ліків, але найкращим підходом буде поставитися до цього з розумінням і терпінням та пояснити обмеження щодо призначень і запропонувати доступні альтернативи (соціально-психологічну допомогу).

6. Необхідно скласти план щодо лікування за кризового стану, який має включати роль госпіталізації та реалістичні очікування щодо призначення препаратів.

7. Має бути задокументоване всебічне пояснення причин призначення ліків, а також його перегляду в контексті загального плану терапії.

Якщо пацієнт та/або доглядальник чи член сім'ї наполягають на призначенні ліків, які не показані, рекомендовано:

- надати інформацію про доказову базу щодо застосування ліків;
- підтвердити цінність потреб і почуттів пацієнта без осуду та зі співчуттям;
- визначити, як доказова база підтримує використання психосоціальних підходів і як це співвідноситься із поточним планом ведення пацієнта;
- відмовити у запиті, якщо це доцільно, але збалансуйте це позитивним ставленням до ролі пацієнта у процесі лікування, зосередившись на спільному прийнятті рішень.

Перед початком короткострокового курсу фармакотерапії емоційно нестабільним пацієнтам із розладом особистості у кризовому стані:

- переконайтеся, що між лікарем, який призначає препарати, та іншими залученими фахівцями існує консенсус щодо використання ліків;

- встановіть можливі ризики, пов'язані з призначенням ліків, зокрема вживання алкоголю та психоактивних речовин;

- коротко обговоріть ризики ятрогенної шкоди та розвитку залежності, які можуть виникнути внаслідок неналежного застосування ліків;

- враховуйте психологічну роль призначення ліків (як для пацієнта, так і для клініциста) та вплив, який воно може чинити на терапевтичні стосунки та загальний план лікування, включаючи довгострокові стратегії;

- переконатися, що фармакотерапія не використовується замість інших, більш відповідних заходів;

- за можливості призначайте один препарат, уникаючи поліпрагмазії.

У разі призначення короткострокового курсу фармакотерапії емоційно нестабільним пацієнтам із розладом особистості у кризовому стані:

- обирайте препарат зі сприятливим профілем побічних ефектів, низьким ризиком звикання, мінімальним потенціалом зловживання та відносно безпекою при передозуванні; надайте пацієнтові письмову інформацію про препарат, щоб він міг прийняти обгрунтоване рішення;

- використовуйте мінімальну ефективну дозу;

- якщо є значний ризик передозування, виписуйте меншу кількість таблеток, але частіше;

- домовтеся з пацієнтом про цільові симптоми, порядок моніторингу, передбачувану тривалість і дотримання режиму лікування;

- відмініть препарат після пробного періоду (максимум одного тижня), якщо немає поліпшення цільових показників, пацієнт не переносить терапію або не відчуває її користі та просить припинити її;

- розгляньте альтернативні методи лікування, зокрема психотерапію, якщо цільові показники не поліпшуються або рівень ризику не знижується;

- розгляньте можливість домовленості, згідно з якою рецепт видається тільки на один тиждень, із зазначенням причин цього та підстав для припинення приймання препарату;

- домовтеся про візит для перегляду загального плану лікування після купірування кризового стану.

Перегляд плану лікування має включати такі чинники, як:

1. Переоцінювання фармакотерапії, зокрема його переваг, побічних ефектів, будь-яких проблем безпеки та ролі в загальній стратегії лікування.

2. Задокументована схема припинення медикаментозного лікування, розпочатого під час кризового стану, зазвичай протягом тижня. Якщо терапія не може бути припинена протягом тижня, слід регулярно контролювати її ефективність, побічні явища, ризики зловживання та розвитку залежності. Частота перегляду має бути узгоджена із пацієнтом і зафіксована в загальному плані ведення.

Ризики, пов'язані з призначенням ліків, не рекомендованих / не показаних пацієнтові:

1. Залежність / перешкоджання одужанню: якщо пацієнт відчуває «потребу» в ліках для одужання, це може призвести до розвитку залежності, почуття меншої спроможності сприяти одужанню та приймати власні рішення, коли він стикається з проблемами.

2. Поліфармація: даних літератури на підтримку призначення комбінованої терапії бракує, а основні настанови одноставно не рекомендують її призначати.

3. Зловживання ліками / передозування: пацієнти можуть приймати препарат у неправильній дозі, намагаючись посилити контроль над симптомами, або зловживати ліками через спробу запобігти самоушкодженню чи суїцидальну поведінку.

4. Неефективність соціально-психологічної допомоги: оскільки ліки використовуються для контролю емоцій, мислення та поведінки, це може призвести до зниження мотивації пацієнта до застосування психотерапії з метою формування емоційної стійкості.

Додаток 2

Застосування пероральних антипсихотиків пацієнтами віком від 18 років

Пероральний АП	Класифікація за «системою світлофора»			
	Психози	БАР	Додаткова терапія за депресії, зокрема із психотичними симптомами	Некогнітивні симптоми деменції
Хлорпромазин	Початкове призначення спеціалістом Моніторинг фізичного стану згідно із рекомендаціями (див. Додаток 3)	Зазвичай не призначається для цих показань Якщо рекомендований як препарат третьої лінії (або подальших), необхідне початкове призначення й стабілізація дози фахівцем Моніторинг фізичного стану згідно із рекомендаціями (див. Додаток 3)		Не призначати
Флупентиксол				
Галоперидол				
Промазин	Не призначати	Не призначати	Сірий**	Не призначати
Сульпірид	Початкове призначення спеціалістом Моніторинг фізичного стану згідно із рекомендаціями (див. Додаток 3)	Зазвичай не призначається для цих показань Якщо рекомендований як препарат третьої лінії (або подальших), необхідне початкове призначення й стабілізація дози фахівцем Моніторинг фізичного стану згідно із рекомендаціями (див. Додаток 3)		
Трифлуоперазин				
Зуклопентиксол				
Амісульприд		Призначення спеціалістом за хронічних симптомів депресії, тільки в низьких дозах***		
Арипіпразол	Початкове призначення спеціалістом Моніторинг фізичного стану згідно із рекомендаціями (див. Додаток 3)			Призначення фахівцем
Карипразин*		Не призначати	Не призначати	
Луразидон	Початкове призначення спеціалістом Моніторинг фізичного стану згідно із рекомендаціями (див. Додаток 3)	Призначення фахівцем за депресії при БАР Моніторинг фізичного стану згідно із рекомендаціями (див. Додаток 3)		
Оланзапін	Початкове призначення спеціалістом Моніторинг фізичного стану згідно із рекомендаціями (див. Додаток 3)	Початкове призначення фахівцем Моніторинг фізичного стану згідно із рекомендаціями (див. Додаток 3)		Призначення спеціалістом
Кветіапін				
Кветіапін MR				
Рисперидон				
Клозапін				
Паліперидон		Не призначати		
Азенапін		Не призначати		

Примітки: * Жінки репродуктивного віку повинні використовувати високоефективні засоби контрацепції за приймання карипразину і впродовж щонайменше 10 тижнів після припинення; у разі використання системних гормональних контрацептивів слід додатково застосовувати другий (бар'єрний) метод; ** ліцензований для короткострокового додаткового лікування психомоторного збудження, ажитації та неспокою у літніх осіб; *** рекомендований NICE (NG222, 2022) як варіант терапії хронічної депресії в низьких дозах (максимум 50 мг/добу), в цьому контексті моніторинг фізичного стану не обов'язковий.

Адаптовано за Antipsychotic Prescribing and Management for mental health conditions Produced June 2025. NHS. Derbyshire Medicines Management and Clinical Policies

Депо-форми та LAI таких препаратів першого покоління, як галоперидолу деканоат, зуклопентиксолу деканоат, арипіпразол і паліперидон (для щомісячних ін'єкцій), рисперидон, а також препарату другого покоління оланзапін ембонату за «системою світлофору» позначені як «червоні»; введення останнього необхідно здійснювати в медичному закладі.

Рекомендації щодо моніторингу фізичного стану при застосуванні антипсихотиків для лікування тяжких психічних захворювань

Результати/висновки медичного обстеження, які мають передаватися медичними працівниками

Базовий моніторинг — у медзакладі, де розпочато лікування

- Вміст сечовини та електролітів; загальний аналіз крові; печінкові проби; оцінювання функції щитоподібної залози; вміст пролактину; глікемія натще / визначена випадково / вміст глікованого гемоглобіну (HbA_{1c}); ліпідограма / розрахунок ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ), артеріальний тиск (АТ) і частота серцевих скорочень (ЧСС); вага / індекс маси тіла (ІМТ); окружність талії; скринінг на хронічні хвороби нирок; оцінювання способу життя (куріння, дієта, фізична активність)
- Дані електрокардіографії — у випадках, коли це обов'язково (для призначення певних АП, наприклад галоперидолу; за виявленого ризику ССЗ, сімейного анамнезу, додаткового ризику при одночасному прийманні інших ліків)



Моніторинг протягом перших 6 тижнів — у медзакладі, де розпочато лікування

Визначення маси тіла щотижня; за швидкого збільшення ваги (5 кг < 3 місяці) — переглянути вибір АП



Моніторинг через 3 місяці — у медзакладі, де розпочато лікування

- Маса тіла / ІМТ; АТ і ЧСС; глікемія / вміст HbA_{1c}
- Ліпідний профіль / ризик ССЗ; оцінювання способу життя



Оцінювання стану через 12 місяців

- Якщо терапію розпочато в установі спеціалізованої медичної допомоги, психіатр надсилає копію цих рекомендацій та план лікування пацієнта з останніми результатами аналізу крові сімейному лікареві
- Вміст сечовини й електролітів; загальний аналіз крові; печінкові проби; глікемія натще / визначена випадково / вміст HbA_{1c}; ліпідограма / розрахунок ризику ССЗ; АТ і ЧСС; вага / ІМТ; окружність талії; оцінювання способу життя (куріння, дієта, фізична активність)

Щорічний моніторинг у закладах первинної ланки для тих, хто не спостерігається у спеціалізованих закладах, та тих, хто перебуває у спеціалізованих закладах протягом 12 місяців і чий стан стабілізувався

Щорічний моніторинг у закладах первинної допомоги (загальний стан фізичного здоров'я та кардіометаболічні показники; національні програми скринінгу; узгодження призначення лікарських засобів та моніторинг результатів терапії)

1. З'ясувати, чи вживає пацієнт тютюн, алкоголь, психоакт. речовини
2. Визначити раціон харчування та рівень фізичної активності
3. Перевірити АТ і ЧСС
4. Оцінити ССЗ-ризик
5. Визначити ІМТ
6. Перевірити наявність цукрового діабету (ЦД)
7. Перевірити функцію нирок
8. Скринінг за національними програмами щодо онкопатологій
9. Скринінг сексуального здоров'я, перевірка контрацепції тощо
10. Перевірити точність записів про призначення препаратів лікарем загальної практики та психіатром
11. Якщо нові ліки або зміни фізичного стану підвищили ризик подовження інтервалу QT (QTc), призначити електрокардіографію

Запитайте про побічні ефекти, пов'язані з сексуальною функцією
Перевірте рівень пролактину, якщо є симптоми

З'ясуйте статус курця; куріння може змінювати метаболізм ліків, особливо клоzapіну
Складіть план відмови від куріння разом із психіатром



Співпраця зі спеціалізованими службами у таких випадках, як:

- Недостатня відповідь на лікування
- Недотримання режиму приймання препаратів
- Нестерпні побічні ефекти ліків
- Супутнє зловживання психоактивними речовинами
- Проблеми фізичного здоров'я, що потребують перегляду терапії або корекції дози (як-от погіршення хронічної ниркової недостатності)

Очікувана тривалість життя пацієнтів із серйозними психічними захворюваннями на 15–20 років менша, ніж у загальній популяції. Вони мають удвічі вищий ризик ожиріння й ЦД, утрічі — артеріальної гіпертензії та метаболічного синдрому і в'ятеро — дисліпідемії.

Деякі АП, особливо атипіві, порушують метаболізм, спричиняючи збільшення маси тіла та зміну ліпідного профілю, можуть мати прямий вплив на функцію інсуліну незалежно від підвищення ваги. Типові АП теж здатні чинити метаболічні ефекти.

У пацієнтів, яким призначено АП, слід здійснювати моніторинг кардіометаболічних параметрів, що не виключає контролю додаткових показників відповідно до їхніх індивідуальних особливостей (наприклад, за підвищеного ризику ССЗ або наявності ЦД).

АП можуть подовжувати інтервал QTc (норма: < 450 мс у чоловіків і < 460 мс у жінок). QTc > 499 мс є «червоним прапорцем» і потребує перегляду терапії, зокрема зменшення дози або зміни препарату; за потреби слід проконсультуватися із кардіологом.

Сигаретний дим є потужним індуктором печінкового ферменту (цитохрому P450 1A2). Рівень препарату в крові може змінитися, якщо пацієнт припинить курити, подібний ефект також буде спостерігатися при застосуванні нікотинової замісної терапії. Слід враховувати можливість коливання ефекту при нерегулярному вживанні тютюну, зокрема у пацієнтів, які змінили звички щодо куріння під час лікування клоzapіном. Спроби припинити тютюнокуріння слід планувати спільно із психіатром.

Підготувала **Наталія Кунко**

Оригінальний текст документа читайте на сайті www.derbyshiremedicinesmanagement.nhs.uk