Фармакологічне лікування пацієнтів із шизофренією та пов'язаними з нею психозами

Шизофренія – це психічний розлад, якому притаманні порушення процесів мислення та емоційних реакцій. Лікування пацієнтів із шизофренією, а також пов'язаними з нею психотичними розладами є комплексним і довготривалим, яке передбачає медикаментозну терапію антипсихотичними препаратами, психотерапію та соціальну реабілітацію для успішної інтеграції в суспільство. До вашої уваги представлено огляд основних положень настанови Національної служби охорони здоров'я Великої Британії (NHS, 2024) щодо фармакотерапії шизофренії та симптомів психозів, опублікованої на *Devon Partnership NHS Trust*.

Раннє лікування пацієнтів із психозом має позитивний вплив на перебіг захворювання, сприяє ефективному контролю симптомів та значно покращує якість їхнього життя. Згідно з настановою Національного інституту здоров'я і клінічної досконалості Великої Британії (NICE, 2014), пацієнтам із першим епізодом психозу рекомендовано призначати терапію пероральним антипсихотичним препаратом і психологічне втручання (сімейну психотерапію та індивідуальну когнітивно-поведінкову терапію [КПТ]).

Критично важливим компонентом оптимального раннього лікування є правильне та ефективне застосування відповідних медикаментозних засобів. Досвід пацієнтів щодо приймання препаратів на перших етапах терапії підтверджує тривалий вплив на майбутнє ставлення до лікарських засобів, комплаєнс і результати лікування. Особливо це актуально для пацієнтів, які не ніколи раніше не приймали антипсихотики.

Тож призначення адекватної терапії пацієнтам із першим епізодом психозу є критично важливим етапом для оптимізації медикаментозного лікування та максимізації шансів на досягнення позитивного результату. Дотримання відповідних рекомендацій сприяє досягненню вищої ефективності втручань, хорошій їх переносимості, належному комплаєнсу, а також позитивній взаємодії пацієнтів із фахівцями у сфері психічного здоров'я.

На рисунку 1 наведено алгоритм медикаментозної терапії пацієнтів із шизофренією, а на рисунку 2 — за першого епізоду психозу.

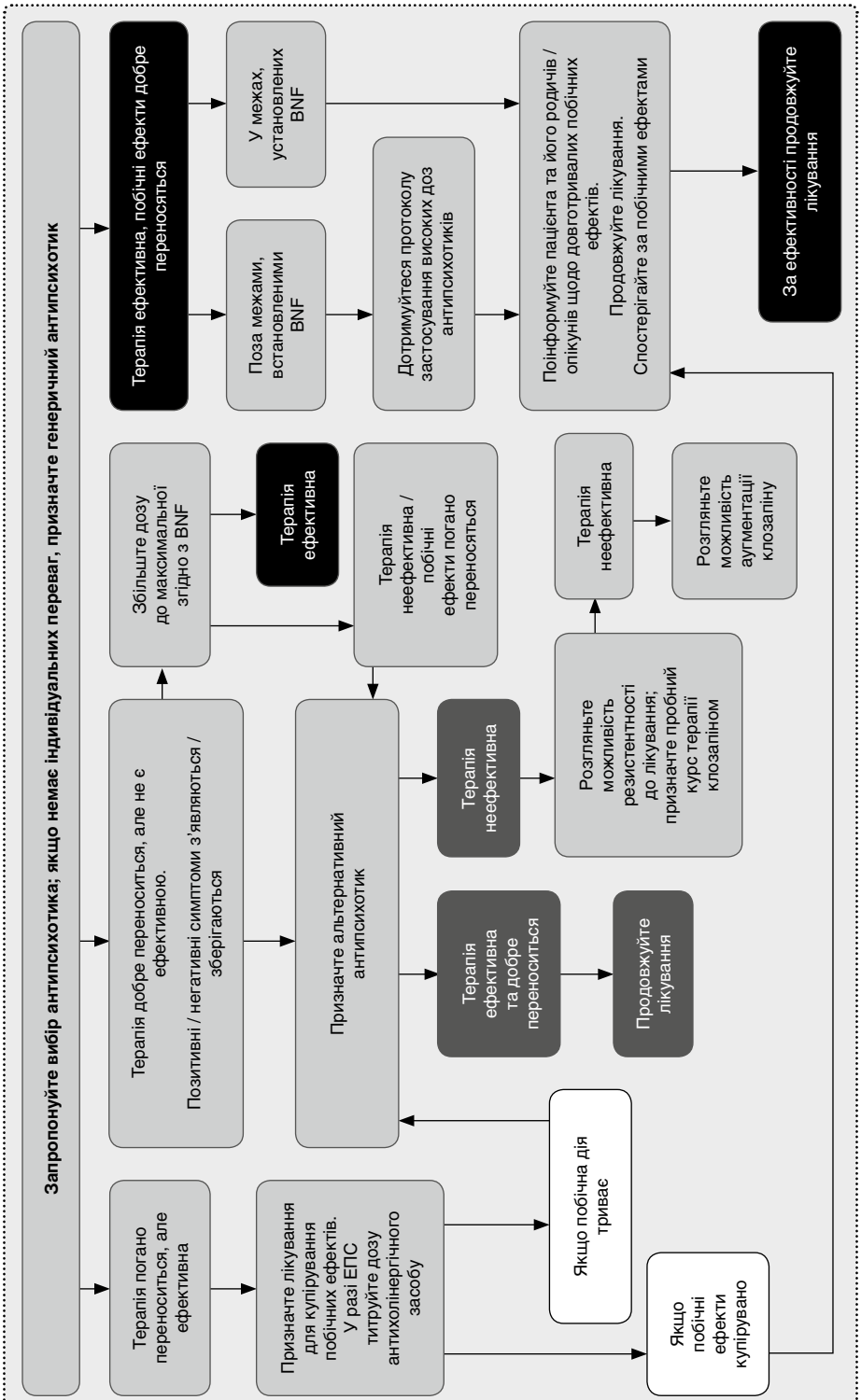
Лікування пацієнтів із шизофренією

Ключові положення терапії шизофренії:

1. *Максимально залучайте пацієнта, членів його сім'ї / доглядальників до вибору антипсихотиків, і документуйте це в його медичній карті.* Надайте відповідну інформацію та обговоріть переваги лікування й профіль побічних ефектів кожного препарату.

2. *Антипсихотичні препарати для лікування пацієнта з першим епізодом психозу призначає фахівець вторинної ланки медичної допомоги або первинної ланки — тільки після консультації з лікарем, який призначає раннє втручання.* За можливості останнього рекомендовано залучати до прийняття рішення про призначення лікування для стаціонарних пацієнтів.

3. *Арипіпразол вважається препаратом вибору, якщо немає чіткої переваги іншого доступного антипсихотика.* Це підтверджено наявними даними щодо його сприятливого профілю побічних ефектів і користь для пацієнтів, яким раніше не призначали антипсихотичні препарати.



Примітки: BNF — Британський національний реєстр лікарських засобів; ЕПС — екстрапірамідні симптоми.

Рисунок 1. Алгоритм медикаментозної терапії шизофренії

Адаптовано згідно з Pharmacological Treatment of Schizophrenia and Related Psychoses Approved by Drugs and Therapeutics Committee: December 2024 (PG10). *Devon Partnership. NHS Trust.*

4. *Переоцінюйте результати медикаментозного лікування і чітко їх документуйте*. Необхідно фіксувати обґрунтування про зміни або припинення приймання ліків, а також наслідки таких дій, а також ретельно відстежувати побічні ефекти терапії.

5. *Призначайте антипсихотичні препарати пробними курсами в оптимальному дозуванні протягом 4–6 тижнів, перш ніж розглядати питання про їх зміну*. На початку лікування пацієнтів із шизофренією рекомендовано призначати дозу з нижньої межі ліцензованого діапазону і повільно титрувати її в бік збільшення в межах діапазону дозувань, наведеного в Британському національному реєстрі лікарських засобів (BNF) або Інструкції для застосування препарату. Призначайте найнижчу можливу дозу.

Для профілактичної терапії рекомендовано застосовувати дози, які були ефективними за гострого періоду захворювання. У пацієнтів із першим психотичним епізодом, які досягли повної та стійкої ремісії, слід продовжувати лікування антипсихотичними препаратами щонайменше протягом 12 місяців після початку ремісії.

Особливості фармакотерапії за першого епізоду психозу

За рекомендацією NICE (2014), не варто призначати антипсихотики пацієнтам із ризиком розвитку психозу або для зменшення цього ризику / запобігання психозу. Таких пацієнтів можливо ідентифікувати завдяки комплексному оцінюванню їхнього психічного стану за допомогою валідованих інструментів (Yung et al., 2005). Комплексне оцінювання допомагає виявити причини і тяжкість психічних проблем; скласти індивідуальний план лікування, зважаючи на всі аспекти стану пацієнта; відстежувати динаміку його стану під час терапії.

Антипсихотичні препарати для лікування першого епізоду психозу має призначати фахівець вторинної медичної допомоги (або первинної — після консультації з лікарем, який призначає раннє втручання). За можливості пацієнт має брати участь у виборі антипсихотика, і це слід задокументувати в історії хвороби.

Препаратом першої лінії терапії є арипіпразол. Тривале призначення антипсихотичних препаратів іноді може призводити до змін рівня дофамінових рецепторівх, зумовлюючи надчутливість, що може знизити ефективність терапії із часом. Цей ризик є меншим за приймання часткових агоністів дофаміну (Murray et al., 2016).

За даними систематичного огляду і метааналізу ефективності та безпеки окремих антипсихотиків другого покоління порівняно з антипсихотиками першого покоління, застосовуваними за першого епізоду психозу, оланзапін, амісульприд та меншою мірою рисперидон і кветіапін є ефективнішими, а їх приймання, як зазначають дослідники, рідше припиняли через побічні реакції (Davis et al., 2004; Leucht et al., 2013).

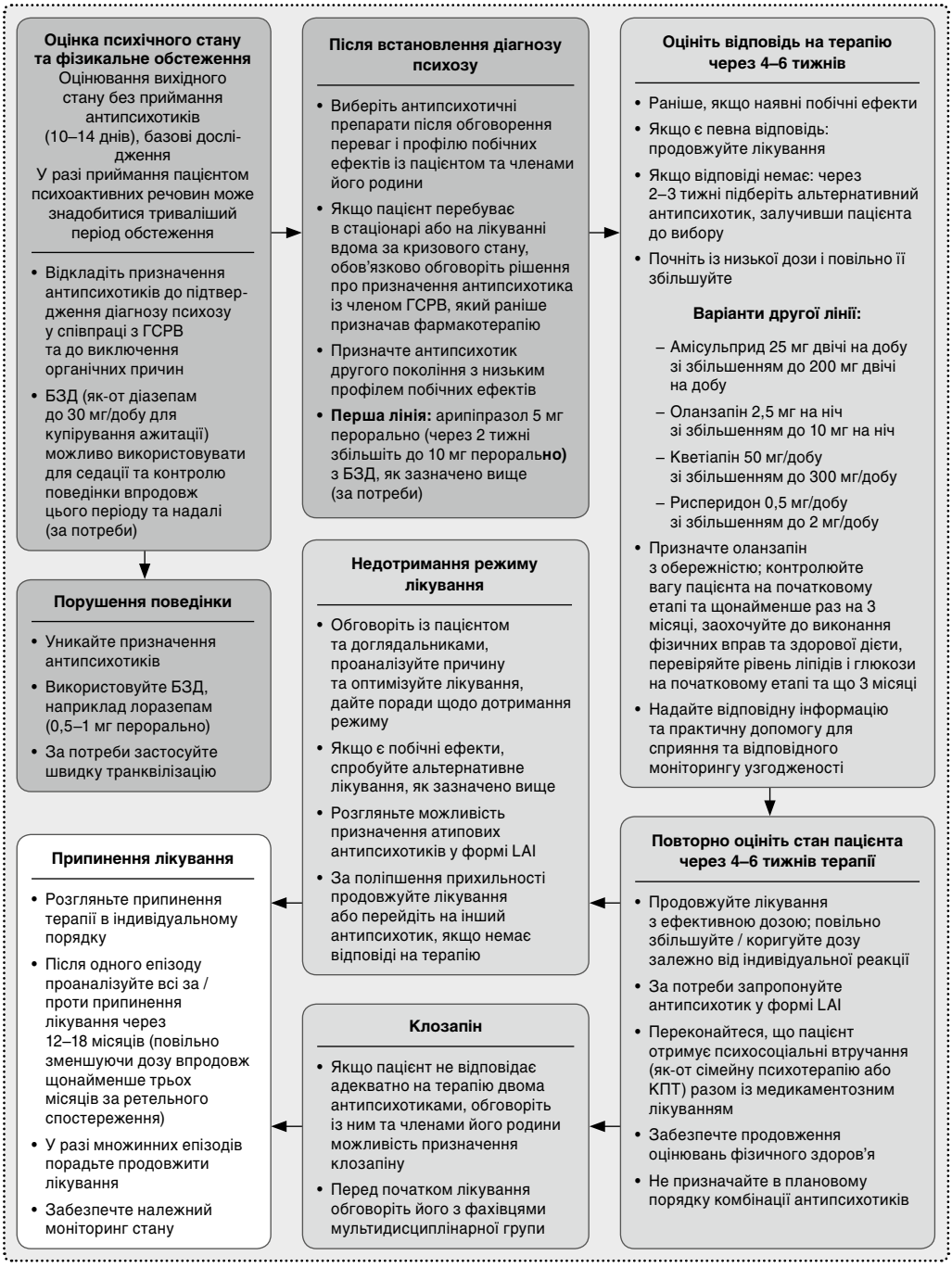
Однак у разі застосування оланзапіну, рисперидону і клозапіну збільшення маси тіла було значнішим, а за приймання оланзапіну фіксували помітніші метаболічні зміни (Davis et al., 2004; Zhang et al., 2013).

Не варто використовувати оланзапін як препарат першої лінії терапії, оскільки несприятливі метаболічні ефекти його застосування можуть бути особливо обтяжливими для пацієнтів молодого віку з першим епізодом психозу (Murray et al., 2016).

Хоча сумнівно вважати оланзапін засобом другої лінії для лікування першого епізоду психозу, оскільки його дія є доволі високою, а ретельний моніторинг і контроль несприятливих метаболічних ефектів може зменшити довгострокові ризики (Zhang et al., 2013).

Лікування антипсихотичними препаратами рекомендовано починати з низьких доз, повільно титруючи їх у бік збільшення. Для мінімізування побічних ефектів пацієнтам слід призначати антипсихотики в найнижчих ефективних дозах. Ефективність застосування комбінацій антипсихотичних препаратів (окрім клозапіну) не підтверджена доказами і пов'язана з більшою кількістю небажаних явищ (Buchanan et al., 2010; Essock et al., 2011).

Це особливо важливо за лікування пацієнтів із першим епізодом психозу, вразливіших до побічних ефектів ліків (Buchanan et al., 2010). Майже 40 % осіб, які досягають ремісії після першого епізоду психозу, можуть мати хороший результат у довгостроковій перспективі або без застосування антипсихотичних препаратів, або в разі приймання їх у дуже низьких дозах (Murray et al., 2016).



Примітки: ГСРВ — група спеціалістів із раннього втручання; БЗД — бензодіазепіни; LAI — ін'єкційні антипсихотики тривалої дії; КПТ — когнітивно-поведінкова терапія

Рисунок 2. Ведення пацієнтів із шизофренією за першого епізоду психозу

Адаптовано згідно з Pharmacological Treatment of Schizophrenia and Related Psychoses Approved by Drugs and Therapeutics Committee: December 2024 (PG10). *Devon Partnership NHS Trust*.

Таблиця 1. Мінімальні ефективні добові дози пероральних антипсихотиків для лікування психозу

Препарат	Перший епізод	Повторні епізоди
Галоперидол	2 мг	4 мг
Сульпірид	400 мг*	800 мг
Зуклопентиксол	Невідомо	Невідомо
Амісульприд	300 мг*	400 мг*
Арипіпразол	10 мг	10 мг
Оланзапін	5 мг	7,5 мг
Кветіапін	150 мг*	300 мг
Рисперидон	2 мг	4 мг

Примітка. * Необхідне додаткове оцінювання через недостатню кількість даних.

Адаптовано згідно з Pharmacological Treatment of Schizophrenia and Related Psychoses Approved by Drugs and Therapeutics Committee: December 2024 (PG10). *Devon Partnership NHS Trust*

Вибір антипсихотичного засобу

Слід з обережністю призначати антипсихотики, що підвищують рівень пролактину, пацієнтам віком до 25 років з остеопорозом, гормонозалежним раком молочної залози в анамнезі та молодим жінкам.

До дозволених на місцевому рівні (або внесених до формулярів) пероральних препаратів для лікування шизофренії належать:

- Препарати першого покоління — галоперидол, сульпірид, зуклопентиксол.
- Засоби другого покоління — амісульприд, арипіпразол, оланзапін, кветіапін, рисперидон.

Кветіапін із модифікованим вивільненням дозволений до застосування лише у разі, коли пацієнти не переносять кветіапін із негайним вивільненням, дотримання режиму приймання кветіапіну двічі на день ускладнене або потрібне швидке титрування.

Обмежено застосування таких антипсихотиків:

- Луразидон для лікування шизофренії:

1. У дорослих:
   - які не відповіли на пробні курси терапії амісульпридом / арипіпразолом або не переносили їх;
   - із подовженим скоригованим інтервалом QT (QTc) на початку або під час лікування антипсихотиками, якщо пацієнти раніше не відповідали на терапію арипіпразолом або не переносили його.
2. У дітей і підлітків віком від 13 років, які не відповідали на терапію арипіпразолом або не переносили його:

- Карипразин не рекомендовано для лікування пацієнтів із шизофренією.

Мінімальні ефективні добові дози застосування пероральних препаратів наведено в таблиці 1, а їхні побічні ефекти — у таблиці 2.

Виявити небажані явища внаслідок застосування антипсихотиків можливо за шкалою Глазго (GASS), яка допомагає медичним працівникам швидко та в ефективний спосіб встановити наявність побічних ефектів. Діти та особи молодого віку можуть бути більш схильними до розвитку побічних реакцій, зокрема до збільшення маси тіла, спричиненої прийманням антипсихотиків. Це спостерігалося навіть за приймання антипсихотичних засобів, які не чинили впливу на вагу в дорослих пацієнтів (як-от арипіпразол), і не залежало від призначеної дози. За наявності в пацієнтів епілепсії, печінкової, серцевої та ниркової недостатності необхідна консультація фахівців з оптимізації фармакотерапії.

Таблиця 2. Побічні ефекти застосування пероральних антипсихотиків

Препарат	Седація	Збільшення маси тіла	Акатизія	Паркінсонізм	Антихолінергічний синдром	Гіпотензія	Підвищення рівня пролактину
Амісульприд	–	+	+	+	–	–	+++
Арипіпразол	–	–	+	–	–	–	–
Клозапін	+++	+++	–	–	+++	+++	–
Галоперидол	+	+	+++	+++	+	+	++
Луразидон	+	–	+	+	–	–	–
Оланзапін	++	+++	–	–	+	+	+
Кветіапін	++	++	–	–	+	++	–
Сульпірид	–	+	+	+	–	–	+++
Рисперидон	+	++	+	+	+	++	+++
Зуклопентиксол	++	++	++	++	++	+	+++

Примітки: «+++» — значна частота / тяжкість, «++» — помірна, «+» — низька, «-» — дуже низька.

Адаптовано згідно з Pharmacological Treatment of Schizophrenia and Related Psychoses Approved by Drugs and Therapeutics Committee: December 2024 (PG10). *Devon Partnership NHS Trust*.

Профілактика рецидивів і подальших епізодів

Перехід з одного антипсихотика на інший

У клінічній практиці застосовують три загальноприйнятні способи переходу з одного антипсихотичного препарату на інший. Найприйнятніший залежатиме від клінічних і супутніх чинників, а також від індивідуальних особливостей пацієнта:

1. Безмедикаментозний інтервал (скасуйте перший антипсихотик, зробіть перерву і призначте другий).
2. Без перерви в медикаментозній терапії (скасуйте один антипсихотик й одразу призначте другий).
3. Із перекриттям / перехресним титруванням (частковим або повним залежно від обставин).

За зміни антипсихотика, особливо якщо йдеться про ін'єкції пролонгованої дії, зверніться за консультацією до членів групи з оптимізації фармакотерапії.

Комбінована терапія антипсихотиками

Не призначайте комбінації двох або більше антипсихотичних препаратів у плановому порядку, окрім випадків, коли необхідно застосувати:

- Перехресне титрування двох різних антипсихотиків, і лише впродовж короткого часу.
- Аугментацію клозапіну доказовим антипсихотиком, який не посилює побічні ефекти клозапіну.
- Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), за потреби й короткостроково.

За призначення комбінації антипсихотиків переконайтеся, що є чітке обґрунтування плану лікування, задокументованого і доведеного до відома всіх фахівців, які залучені до терапії. Комбінування антипсихотиків тривалої дії (депо-форм) обговоріть із фармацевтом відповідної кваліфікації.

Високі дози антипсихотиків

Високими дозами антипсихотиків вважаються такі дозування одного засобу, що перевищують межі, або комбінації антипсихотичних препаратів, сумарна частка яких щодо визначеного BNF

максимально становить понад 100 %. Обґрунтуйте та зафіксуйте причини дозування, що виходять за межі діапазону, зазначеного у BNF або інструкції для застосування препарату. Для моніторингу стану здоров'я пацієнта співпрацюйте з лікарем загальної практики.

У разі лікування складних клінічних випадків психозів використовуйте комбінації засобів або дози, що перевищують зазначені у BNF або інструкціях для препаратів:

- Якщо це узгоджено і задокументовано членами мультидисциплінарної команди та пацієнтом (його сім'єю, опікуном або адвокатом).
- Призначення пробного курсу терапії з поверненням до звичайних доз / монотерапії через три місяці, якщо тільки клінічна користь вищих доз або комбінованої терапії явно не переважає ризики.
- Для купірування специфічних симптомів, що призводять до непрацездатності / дистресу.
- Урахування лікарських взаємодій і побічних ефектів (обережно додавайте антидепресант до клозапіну для пацієнтів із симптомами манії в анамнезі).
- Якщо є можливість моніторингу реакції пацієнта на лікування та побічних ефектів (зокрема, фізикальне обстеження, виконання електрокардіографії [ЕКГ] і відповідних гематологічних досліджень).

Ін'єкційні антипсихотики тривалої дії

Розгляньте ін'єкційні антипсихотичні препарати тривалої дії для пацієнтів із шизофренією:

- Які віддають йому перевагу після гострого епізоду.
- Коли уникнення недотримання режиму приймання антипсихотиків (навмисного / ненавмисного) є клінічним пріоритетом у плані лікування.

Діючими речовинами ін'єкційних антипсихотиків тривалої дії (LAI) є препарати: першого покоління — флупентиксол, галоперидол, зуклопентиксол; другого покоління — арипіпразол, оланзапін, паліперидон, рисперидон.

Примітки:

- *Не призначайте початкову терапію рисперидоном у формі LAI, продовжуйте призначене лікування.*
- *Через постін'єкційний синдром у разі застосування оланзапіну у формі LAI та потребу в моніторингу впродовж трьох годин після кожної такої ін'єкції перед призначенням препарату забезпечте місцеві заходи, а також місце для виконання повторних ін'єкцій.*
- *Препарати паліперидону у формі LAI (для ін'єкцій раз на 3 і 6 місяців) призначайте пацієнтам, стан яких стабілізувався за щомісячних ін'єкцій паліперидону, протягом щонайменше чотирьох місяців.*

Вибір ін'єкційних антипсихотиків тривалої дії

Згідно з настановою NICE (2014), вибирати антипсихотичний препарат необхідно разом із пацієнтом, зважаючи також на думку доглядальника.

Надайте відповідну інформацію про призначені препарати пацієнтам / доглядальникам та обговоріть переваги їх застосування і ймовірні побічні ефекти, а саме:

- метаболічні (збільшення маси тіла і цукровий діабет);
- екстрапірамідні побічні ефекти (як-от акатизія, дискінезія та дистонія);
- побічні ефекти з боку серцево-судинної системи (подовження інтервалу QT);
- зміна рівнів гормонів (підвищення рівня пролактину в плазмі крові);
- небажані явища (як-от неприємні суб'єктивні відчуття).

У таблиці 3 наведено інформацію про поширені побічні ефекти антипсихотиків у формі LAI.

Початок приймання антипсихотиків тривалої дії

У разі призначення ін'єкційних антипсихотичних препаратів тривалої дії:

- Застосовуйте пробні та навантажувальні дози, наявність доказів попередньої переносимості препарату і ліцензованих місць для виконання ін'єкцій.

Таблиця 3. Побічні ефекти застосування антипсихотиків у формі LAI

Препарат	Седація	Збільшення маси тіла	Акатизія	Паркінсонізм	Антихолінергічний синдром	Гіпотензія	Підвищення рівня пролактину
Арипіпразол	–	–	+	–	–	–	–
Флупентиксол	+	++	++	++	++	+	+++
Галоперидол	+	+	+++	+++	+	+	++
Оланзапін	++	+++	–	–	+	+	+
Паліперидон	+	++	+	+	+	++	+++
Рисперидон	+	++	++	+	+	++	+++
Зуклопентиксол	++	++	++	++	++	+	+++

Примітки: «+++» — значна частота / тяжкість, «++» — помірна, «+» — низька, «-» — дуже низька.

Адаптовано згідно з Pharmacological Treatment of Schizophrenia and Related Psychoses Approved by Drugs and Therapeutics Committee: December 2024 (PG10). *Devon Partnership NHS Trust*.

- Зважайте на вподобання пацієнта, зокрема щодо способу введення препарату (регулярні внутрішньом'язові ін'єкції) та умов виконання організаційних процедур (відвідування вдома та розташування клініки).
- Дотримуйтеся вимог щодо введення оланзапіну у формі LAI в клінічних умовах та післяін'єкційного моніторингу в клінічних умовах протягом 3 годин.
- Обговоріть із пацієнтом переваги лікування та профіль побічних ефектів кожного препарату.
- Зверніться за порадою до групи фахівців з оптимізації фармакотерапії.

Місце ін'єкції

Для різних препаратів ліцензовано відповідні місця для ін'єкцій (дельтоподібний, сідничний м'язи та бічна поверхня стегна), які іноді відрізняються і для введення конкретної дози (для паліперидону перші дві дози вводьте тільки в ділянки дельтоподібного м'яза). Ін'єкція в іншій ділянці вважатиметься не ліцензованим використанням препарату.

Якщо препарат необхідно ввести в ділянку дельтоподібного м'яза, для якого ліцензовано сідничний м'яз або бічну поверхню стегна, вводьте не більше 2 мл і використовуйте низькі дози, оскільки поглинання з ділянки дельтоподібного м'яза відбувається швидше, ніж із ділянок сідничного м'яза або бічної поверхні стегна. Для оланзапіну у формі LAI рекомендовано введення тільки в сідничний м'яз.

Моніторинг стану пацієнта

Здійснюйте моніторинг фізичного здоров'я пацієнта, а також регулярно переглядайте та обговорюйте з пацієнтом питання про розвиток імовірних побічних ефектів і переносимість лікування. Ризик подовження інтервалу QTc, тахікардії та ортостатичної гіпотензії є особливо актуальним у разі застосування антипсихотиків тривалої дії у формі LAI через значну тривалість дії та більшу складність контролю дози. Для багатьох препаратів ризик раптової серцевої смерті залежить від його дозування, тож призначайте такі засоби з обережністю, особливо якщо невідома їхня переносимість. У таблиці 4 наведено дані про вплив антипсихотиків на інтервал QTc.

Переведення з одного ін'єкційного препарату тривалої дії на інший

Переводьте пацієнта з терапії одним ін'єкційним препаратом на лікування іншим лише в індивідуальному порядку. Такі заходи обговоріть із членом групи з оптимізації фармакотерапії.

Таблиця 4. Ступінь впливу антипсихотиків на інтервал QTc

Незначний	Помірний	Значний	Невідомий
Арипіпразол	Галоперидол	Антипсихотики у високих дозах, окремо або в комбінаціях, а також у поєднанні з іншими засобами, за яких збільшується ризик подовження інтервалу QTc	Зуклопентиксол
Флупентиксол			
Оланзапін			
Паліперидон			
Рисперидон			

Адаптовано згідно з Pharmacological Treatment of Schizophrenia and Related Psychoses Approved by Drugs and Therapeutics Committee: December 2024 (PG10). *Devon Partnership NHS Trust*.

Неадекватна / недостатня відповідь на лікування

Якщо пацієнт не відповідає на фармакологічне лікування та/або психотерапію:

- Перегляньте встановлений раніше діагноз.
- Переконайтеся, що пацієнт дотримується схеми приймання антипсихотиків, призначених в адекватній дозі, впродовж періоду належної тривалості.
- Проаналізуйте ефективність залучення психотерапії.
- Розгляньте інші причини недостатньої відповіді, як-от зловживання супутніми психоактивними речовинами (алкоголем), одночасне приймання інших ліків або фізичні захворювання.

Призначте клозапін пацієнтам із шизофренією, яка не піддається адекватному лікуванню, попри послідовне застосування щонайменше двох різних антипсихотиків у належних дозах. Щонайменше один із препаратів має бути антипсихотиком другого покоління (не клозапіном).

Для пацієнтів зі складними випадками психозу, які не відповідають адекватно на приймання клозапіну в оптимізованій дозі (вимірювання терапевтичних рівнів ліків), залежно від цільових симптомів розгляньте можливість доповнення терапії клозапіном такими препаратами:

- антипсихотиком, як-от арипіпразолом за шизофренії та пов'язаних із нею психозів *та/або*
- стабілізатором настрою за психозу зі значними афективними симптомами *та/або*
- антидепресантом, якщо на додаток до психотичного стану є виразні симптоми депресії.

У разі потреби зверніться за порадою до іншого фахівця, наприклад до психіатра, що спеціалізується на резистентних до лікування випадках, або до фармацевта — спеціаліста з психотропних препаратів. Для тих, хто відмовився від приймання клозапіну через непереносимість або протипоказання, розгляньте інші варіанти лікування.

Припинення лікування

Протягом п'яти років після припинення лікування у 80 % осіб із шизофренією спостерігається високий ризик рецидиву. Якщо медикаментозне лікування неефективне, розгляньте можливість припинення терапії:

- Після ретельного перегляду втручань.
- Після узгодження з мультидисциплінарною командою та пацієнтом (членами родини, опікуном або за потреби адвокатом).
- З особливою обережністю, якщо пацієнт приймав препарат протягом багатьох років.
- Дуже повільно зменшуючи дозу антипсихотика (протягом місяців / років) і ретельно відстежуючи симптоми рецидиву.
- Зниження дози має бути рівномірним; через особливості зв'язування дофамінових D2-рецепторів це може бути значним і за низької дози препарату (Horowitz et al., 2021).

У разі скасування антипсихотиків продовжуйте спостереження за станом пацієнта щодо симптомів рецидиву щонайменше впродовж двох років. За гострих і тяжких побічних ефектів (дискразії крові за терапії клозапіном), коли необхідна екстрена відміна препарату, зверніться за консультацією до відповідного фахівця для забезпечення адекватної підтримки та перегляду лікування.

Негативні симптоми шизофренії

До 20 % пацієнтів із шизофренією мають стійкі первинні негативні симптоми. Щоб запобігти розвитку негативних симптомів, необхідно якомога раніше виявляти психотичне захворювання і призначати лікування.

Якщо негативні симптоми зберігаються після гострого епізоду: забезпечте купірування екстрапірамідних побічних ефектів і симптомів депресії (вторинних негативних симптомів); розгляньте можливість призначення пробних курсів терапії; переконайтеся, що призначення є чітким, регулярно переглядається і лікування припиняється за неефективності; зверніться до групи з оптимізації фармакотерапії для застосування стратегій із доказовою базою.

Моніторинг фізичного здоров'я

Тривалість життя пацієнтів із шизофренією скорочується на 20 років. Збільшення смертності на 60 % у цій когорті осіб пов'язане з фізичними захворюваннями. Для своєчасного виявлення хвороб, зниження захворюваності та смертності завдяки контролю чинників ризику важливе значення має моніторинг фізичного стану пацієнта.

Окрім щорічної перевірки, яку мають проходити пацієнти із шизофренією, тим, хто приймає антипсихотики, рекомендовано додаткове спостереження за перебігом хвороби, станом, або одним чи декількома медичними параметрами. Якщо базовий та/або поточний моніторинг неможливий, аналізуйте ймовірні ризики та переваги застосування антипсихотиків чи відмови від них перед призначенням та/або під час лікування.

Швидка транквілізація

Методи швидкої транквілізації застосовують за невідкладних психіатричних станів, коли пацієнту загрожує неминучий ризик заподіяння шкоди собі та/або особам з оточення. Такі заходи призначає та виконує лише персонал, який має спеціальну підготовку.

Підготувала ***Наталія Купко***

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