

Алгоритм депрескрайбинга антипсихотических лекарственных средств

Пациент в возрасте 60 лет и старше принимает антипсихотические препараты в связи:

*Пациентам с тяжелыми поведенческими и психотическими симптомами деменции и/или использующим антипсихотические ЛС в течение длительного времени (более 6 месяцев) рекомендуется более медленное снижение дозы (тейперинг), тщательный мониторинг симптомов отмены и установление четкого индивидуального плана ведения пациента. Схема снижения дозы (тейперинга) может быть в ряде случаев разработана индивидуально, в зависимости от начальной дозы антипсихотического ЛС, доступных лекарственных форм.

**РЕКОМЕНДОВАН
ДЕПРЕСКРАЙБИНГ**

СНИЗИТЬ ДОЗУ АНТИПСИХОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ И В ДАЛЬНЕЙШЕМ ПРЕКРАТИТЬ АНТИПСИХОТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ*:

- снижение дозы до 75%, 50% и 25% от первоначальной дозы (шаг титрации - 1 раз в 2 недели) перед полной отменой; или
- каждую неделю примерно на 50% уменьшать предыдущую дозу до достижения дозировки ЛС, составляющей 25% от его начальной дозы, затем полностью отменить.

При рецидивах поведенческих и психотических симптомов деменции рекомендуется:

- Немедикаментозные подходы (стратегии поведенческой и когнитивно-поведенческой психотерапии, музыка- и ароматерапия и др.)
- Повторное назначение антипсихотических препаратов
- возможно повторное применение антипсихотических препаратов, в первую очередь тех, что были отменены, в минимальной дозировке, с рассмотрением вопроса о повторной отмене антипсихотических препаратов по истечении одного месяца
- Необходимо сделать как минимум 2 попытки отмены антипсихотических препаратов.

С поведенческими и психотическими симптомами деменции, общая продолжительность приема антипсихотического препарата больше одного месяца, при этом симптоматика исчезла или возникла НПР

- Шизофрения
- Шизоаффективное расстройство
- Биполярное расстройство
- Хореическая деменция (деменция при болезни Гентингтона)
- Психоз при деменции продолжительностью менее одного месяца
- Дополнительная терапия большого депрессивного расстройства
- Пациенты, которым неоднократно предпринимались безуспешные попытки депрескрайбинга

**ПРОДОЛЖИТЬ
АНТИПСИХОТИЧЕСКУЮ
ТЕРАПИЮ**
(или проконсультироваться с психиатром, если рассматривается вопрос о проведении депрескрайбинга)

Примечание:
ЛС – лекарственное (-ые) средство (-а); НПР – нежелательная побочная реакция

Алгоритм депрескрайбинга антипсихотических лекарственных средств

Пациент в возрасте 60 лет и старше принимает антипсихотические препараты в связи с инсомнией:

первичная инсомния при любой длительности лечения

**РЕКОМЕНДОВАН
ДЕПРЕСКРАЙБИНГ**

вторичная инсомния, при которой лежащие в ее основе сопутствующие расстройства устранены

****Если в конкретной клинической ситуации имеется высокая вероятность рецидива инсомнии в случае немедленного прекращения приёма антипсихотических ЛС, тейперинг (предварительное снижение дозы) также является более предпочтительной стратегией депрескрайбинга по сравнению с резкой отменой ЛС независимо от предшествующей длительности приема антипсихотического ЛС**

если пациент принимал антипсихотические ЛС в течение короткого периода времени (например, менее 6 недель), то можно сразу прекратить использование антипсихотического ЛС одновременно, без предварительного снижения дозы**;

- если пациент принимал антипсихотические ЛС в течение более длительного периода времени, то предпочтительной стратегией представляется предварительное снижение дозы (тейперинг) антипсихотического ЛС перед его полной отменой;

При возникновении рецидивов инсомнии рекомендуется:

- Свести к минимуму использование веществ, которые нарушают сон (например, кофеин, алкоголь)
- исключить прием пациентом ЛС, вызывающих лекарственно-индуцированную инсомнию
- Немедикаментозные мероприятия (гигиена сна)

При неэффективности - использование лекарственных средств (снотворные ЛС или возобновление терапии антипсихотическим ЛС)

Примечание: ЛС – лекарственное (-ые) средство (-а)

Заметки по депрескрайбингу антипсихотических средств

Схемы снижения дозы антипсихотических препаратов (тейперинг)

Нет доказательств, что одни подходы по снижению дозы препаратов лучше, чем другие

- снижение дозы до 75%, 50% и 25% от первоначальной дозы (шаг титрации - 1 раз в 2 недели) перед полной отменой; или
- каждую неделю примерно на 50% уменьшать предыдущую дозу до достижения дозировки ЛС, составляющей 25% от его начальной дозы, затем полностью отменить.
- предполагается снижение на 75%, 50%, 25% от исходной дозы в неделю или 2 недели с последующей отменой препарата или
- при инсомнии предварительное снижение дозировки может не понадобиться, если пациент использует только низкую дозу препарата и/или продолжительность лечения составляла менее 6 недель

Терапия антипсихотиками ассоциирована с повышением риска:

смертности от всех причин, инфаркта миокарда, удлинения интервала QTc, инсульта, пневмонии, лекарственно-индуцированного сахарного диабета, падений и переломов, ухудшением когнитивных функций и др.

Тактика ведения пациентов с поведенческими и психотическими симптомами деменции

Немедикаментозные методы:

- релаксационные техники, обеспечение социального взаимодействия, сенсорные стимулы (музыкотерапия или ароматерапия), поведенческая или когнитивно-поведенческая терапия.
- Необходимо устранить физические и другие неблагоприятные факторы: например болевой синдром, инфекционный процесс, запор, депрессия и др.
- Учитывать окружающую обстановку: например свет и шум
- Следить за приемом пациентом препаратов, которые могут ухудшать симптоматику

Пациенты и/или их родственники и/или лица, осуществляющие уход за пациентом должны понимать:

обоснованность депрескрайбинга (риск побочных эффектов при продолжающемся приеме антипсихотических препаратов); возможность развития синдрома отмены, включая рецидив поведенческих и психотических симптомов деменции или инсомнии; необходимость мониторинга возможных нежелательных последствий отмены антипсихотических препаратов (необходим более тщательный контроль в случаях с исходно более тяжелыми поведенческими и психотическими симптомами) и ожидаемых положительных изменений от депрескрайбинга (прекращение падений, улучшение когнитивных функций, увеличение функциональной активности, редукция экстрапирамидных симптомов, улучшение походки, нормализация АД, отсутствие ортостатической гипотензии)

ГИГИЕНА СНА

Основные рекомендации

1. Укладываться спать только при возникновении сонливости
2. Не использовать кровать или спальню для чего-либо кроме сна (или интимной близости)
3. Если вы не засыпаете в течение около 20-30 минут в начале ночи или после пробуждения, посетите уборную
4. Если вы не засыпаете в течение 20-30 минут после возвращения в постель, повторите пункт №3
5. Используйте будильник для пробуждения утром в одно и то же время
6. Не дремать

Рекомендации по уходу за пациентами в стационаре

1. Раздвигать шторы в дневное время чтобы обеспечить доступ дневного света
2. Установить громкость будильника на минимальный уровень
3. Способствовать увеличению дневной активности и снижению времени дневного сна у пациента
4. Уменьшить эпизоды дремоты (не более 30 минут, а также исключить дремоту после 14:00)
5. Предложить теплый безкофеиновый напиток, стакан теплого молока перед сном