

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита (`Службен весник на Република Македонија` број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
ТРЕТМАН НА НЕВРОЛЕПТИЧЕН МАЛИГЕН СИНДРОМ (НМС)

Член 1

Со ова упатство се пропишува третманот на невролептичен малиген синдром (НМС).

Член 2

Начинот на третман на невролептичен малиген синдром (НМС) е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на третман при невролептичен малиген синдром (НМС) по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на третманот, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-9031/2
30 ноември 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

НЕВРОЛЕПТИЧЕН МАЛИГЕН СИНДРОМ (НМС)

МЗД Упатство
30.09.2011

- Основи
- Епидемиологија
- Клиничка слика
- Лабораториски испитувања
- Диференцијална дијагноза
- Третман
- Третман по нмс
- Референци

ОСНОВИ

- Можноста за невролептичен малиген синдром мора да биде разгледана кај пациенти кои се на антипсихотични медикаменти со:
 - Треска.
 - Екстрапирамидни симптоми.
 - Нарушувања на функцијата на автономниот нервен систем.
 - Нарушувања на свеста.
 - Леукоцитоза или зголемување на серумските концентрации на креатин киназата (СК) како дополнителен лабораториски наод.
- НМС може да се појави со секој тип на антипсихотик и исто така и со metoclopramide.
- Треба да се исклучат други растројства кои предизвикуваат нарушување на свеста, конфузност и покачување на телесната температура. Започнувањето на антипсихотична медикација по НМС бара мислење од специјалист.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Инциденцијата на НМС е околу 0,01-0,02% од пациентите кои примаат антипсихотици. Несаканите ефекти обично се развиваат кратко по започнувањето на антипсихотичниот третман или по голема промена на неговата доза.
- НМС, исто така, може да биде причинет и со третманот со metoclopramide или со ненадеен прекин со допаминергичен лек, како што е леводопата.

КЛИНИЧКА СЛИКА

- Веројатно НМС може да се дијагностицира ако пациентот има два или повеќе основни симптоми заедно или со нарушување на свеста, леукоцитоза или покачено серумски ниво на креатин киназа.
 1. Хипертермија: телесната температура е повисока од 37.5°C без алтернативно објаснување за тоа.
 2. Интензивни екстрапирамидни симптоми; најмалку два од следниве:
 - Ригидитет (често доминантен симптом како додаток на треската).
 - Окулогирни кризи (дистонија на очните мускули).
 - Опистотонус.

- Ретроколис.
 - Тризмус.
 - Хореоатетотични движења.
 - Дискинезија.
 - Неуспех при исхранувањето, неможност за голтање.
 - Саливација.
3. Нарушувања на автономниот нервен систем:
- Покачување или промена на крвниот притисок.
 - Тахикардија.
 - Тахипнеја.
 - Обилно потење.
 - Инконтиненција или уринарна ретенција.

Дополнителни критериуми

- Промени во нивото на свеста.
- Леукоцитоза.
- Покачена серумска креатин киназа.

ЛАБОРАТОРИСКИ ИСПИТУВАЊА

- Не се дијагностицирани промени во лабораториските параметри. Најчесто сретнати промени се:
 - Зголемена концентрација на серумската креатин киназа (кај околу 2/3 од случаите).
 - Леукоцитоза.
 - Покачување на хематокритот поради дехидрацијата.
- Освен тоа, пациентите може да имаат електролитен или ацидо-базен дисбаланс.
- Се советува следење на серумската креатин киназа, бидејќи нормализацијата на нивото значи поволен одговор на третманот.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Важно е да се исклучат другите растројства кои предизвикуваат нарушување на свеста, конфузност и покачување на телесната температура.
 - Менингитис, енцефалитис (церебрспинална пункција, компјутеризирана томографија на главата).
 - Малигна хипертермија (поврзана со анестезија).
 - Летална кататонија кај пациент со шизофренија. На состојбата ѝ претходи екстремна агитација и халуцинации. Мускулна ригидност, ненормално држење и подоцна развој на ступор. Состојбата често тешко се разликува од НМС. Корисна е електроконвулзивната терапија.
 - Термална парализа кај пациентите кои примаат антихолинергетици. Нема потење, ригидитет или покачување на серумската креатин киназа.
 - Централен антихолинергичен синдром е состојба која е создадена со прекумерна употреба на антихолинергици и некои психофармацевтски лекови. Симптомите вклучуваат: конфузија, агитација, конвулзии и благо покачување на телесната температура. Зениците се широки, кожата е сува и зацврнета, устата е сува. Типични се тахикардијата, уринарната ретенција и тапи звуци од утробата.
- Серотонинскиот синдром е состојба која наликува на НМС и е предизвикана од конкурентна употреба на антидепресиви кои го инхибираат серотонинското преземање(SSRI) и MAO инхибитори. Симптомите вклучуваат треска, тремор, конфузија, неспокојство, ригидитет, миоклонус и епилептични напади. Пациентот, исто така, може да е предиспониран на серотонински синдром со конкурентна употреба на трамадол или триптински тип на антимигренозни лекови и SSRI. Состојбата се третира со престанување на земањето на серотонергични лекови.

ТРЕТМАН

- Лесните случаи може да се третираат и во примарната здравствена заштита ако се обезбеди лабораториско следење.
 - Прекин на антипсихотици.
 - Обрнување внимание на внесување на течност и на бубрежното функционирање (следење на рабдомиолизата и на бубрежната слабост).
 - Контрола на телесната температура со давање на антипиретици или по механички пат.
 - Третман на секундарните инфекции (може да се јави аспираторна пневмонија).
 - Респираторна поддршка.
 - Лабораториско следење.
 - Третман со бромокриптин (или dantrolene).
 - Препорачана почетна доза на бромокриптин е 5 мг 3 пати во денот. Се следи одговорот на дозата од 15мг/дневно (ублажување на мускулниот ригидитет, пад на телесната температура и на серумското ниво на креатин киназата) и дозата се зголемува до ниво на кое симптомите се ублажени (до 20 мг 3 пати дневно). По исчезнувањето на симптомите, земањето на лекот се продолжува уште 10 дена со негово намалување.
- Во текот на синдромот, неспокојството може да се третира со бензодијазепини. Ако има сомневање за кататонија, треба да се предвиди електроконвулзивна терапија. Антихолинергиците не се покажале ефикасни.

ТРЕТМАН ПО НМС

- Повторно се започнува со антипсихотични медикаменти откако НМС ќе стане одговорност на специјалист. Се советува да се почека најмалку 2-4 недели откако симптомите се повлечени пред да се започнат антипсихотици. Треба да се користат антипсихотици од различна хемиска класа со оние кои го предизвикале синдромот.
- НМС е интензивна компликација на третманот за која треба да се известат и државните органи, одговорни за лекови.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Strawn JR, Keck PE Jr, Caroff SN. Neuroleptic malignant syndrome. Am J Psychiatry 2007 Jun; 164(6):870-6. PubMed
2. Authors: Hannu Koponen Article ID: ebm00724 (035.014) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 23.08.2010, www.ebm-guidelines.com.**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во август 2015 година.**