

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЈА КАЈ ДЕЦА И АДОЛЕСЦЕНТИ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при психофармакотерапија кај деца и адолесценти.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при психофармакотерапија кај деца и адолесценти е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при психофармакотерапија кај деца и адолесценти 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 згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при психофармакотерапија кај деца и кај адолесценти („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14).

Член 5

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

Бр. 17-2728/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЈА КАЈ ДЕЦА И АДОЛЕСЦЕНТИ

МЗД Упатство

29.8.2013 • Последна промена 12.7.2013

Päivi Lindholm

- Основи
- Пред ординирање на медикација
- Испитувања пред и во тек на третманот
- Започнување и прекинување на третманот
- Лекови кои се користат
- Поврзани извори

ОСНОВИ

- Психофармакотерапијата не е често користена кај децата и адолесцентите. Како и да е, медикаментозниот третман е втемелен како дел од севкупната нега, особено кога се лекуваат тешки психолошки проблеми.
- Ако лекот соодветно се користи и се комбинира со психотерапевтски и други третмани, може да го олесни менталното страдање на детето и да го забрза излекувањето.
- Психијатриската медикација кај децата обично бара специјалистички менаџмент.
 - Професионалците од примарната здравствена заштита може да бидат одговорни за дел од мониторирањето на медикаментозниот третман.
 - Важно е професионалците од примарната здравствена заштита да имаат сознание за психијатриската медикација на детето (интеракциите со други медицински продукти, несакани ефекти итн.).
 - Сите здравствени професионалци треба да прифатат позитивен став кон психофармацевтските средства со цел да се мотивира детето и неговото/нејзиното семејство да го прифатат третманот.

ПРЕД ОРДИНИРАЊЕ НА МЕДИКАЦИЈА

- Пред да се ординира лекот треба да се изврши внимателно дијагностицирање и да се испитаат можностите за различни приоди во третманот.
- Можните ризици од започнувањето на медикацијата треба да бидат проценети наспроти ризиците од нејзиното незапочнување. Бенефитите добиени од лекот исто така се проценуваат наспроти можните ризици.
- Причините поради кои се препорачува психијатриска медикација треба да се дискутираат со детето и неговите/нејзините родители, како и начинот на дејство и можните несакани ефекти од лекот. Исто така често е корисно испитувањето на најчестите стравови и верувања асоцирани со психијатриската медикација.
- Многу е значајно да се постигне согласност за третманот.
- Пред да се започне третманот корисно е да се идентифицираат таргет симптомите кои ќе се мониторираат и можните несакани ефекти од лекот. Исто така треба да се постигне договор за тоа кој ќе го спроведува мониторирањето (при амбулантски третман обично родителите, наставникот итн., а при хоспитален третман сестринскиот персонал, болничкиот терапевт, родителите итн.).
 - Мониторирањето идеално треба да започне пред медикаментозниот третман и да продолжи доволно долго време, зависно од ефектите на лекот.

- Мониторирањето може да се состои од пополнување на стандардни табели за симптоми или може да бидат креирани индивидуални табели специфични за детето.

ИСПИТУВАЊА ПРЕД И ВО ТЕК НА ТРЕТМАНОТ

- Клиничката егзаминација треба да се спроведе пред да се започне медикацијата, да се утврди физикалниот и невролошкиот статус на пациентот. Физикалните и невролошките егзаминации треба да се повторуваат и во тек на третманот ако е индицирано.
- Секоја лабораторија специфична за лекот и други испитувања треба да се спроведат пред да започне третманот. Важно е да се спроведува потребното лабораториско мониторирање во тек на третманот.

ЗАПОЧНУВАЊЕ И ПРЕКИНУВАЊЕ НА ТРЕТМАНОТ

- Започнувањето на психијатрискиот медикаментозен третман кај децата и адолесцентите обично вклучува постепено зголемување на дозата. Исто така, третманот често се прекинува со постепено намалување на дозата.
 - Дозата и честотата на дозирање може да се разликуваат од препораките кај возрасните како резултат на специфичните метаболни и други карактеристики кај децата.
 - Некои лекови може да влијаат на таргет симптомите само неколку недели откако е започнат третманот.
 - Централниот нервен систем на децата и адолесцентите не е целосно развиен и ефектите од лековите може да се разликуваат од оние кај возрасните.

ЛЕКОВИ КОИ СЕ КОРИСТАТ

- **Антипсихотичните лекови** се користат за да ги контролираат и превенираат рекурентните психотични симптоми. Некои невролептични агенси може исто така да бидат корисни во третманот на други симптоми (растројство со тикови, Туретов синдром, агресивност асоцирана со психијатриско растројство итн.).
 - Во третманот кај деца и адолесценти новата генерација на антипсихотици (атипични) значително ги замени конвенционалните агенси.
- **Антидепресиви:** селективните инхибитори на повторното преземање на серотонин (SSRIs) се користат во третманот на депресијата, паничното растројство, опсесивно-компулсивното растројство и одредени други анксиозни растројства кај децата и адолесцентите.
 - Како и да е, употребата на SSRIs може да биде асоцирана со зголемена вознемиреност и агитација, особено во почетокот на третманот. Медикаментите исто така се поврзуваат со зголемен суицидален ризик. Затоа SSRI од избор за оваа група на пациенти обично е флуоксетинот (ннд-В). Пациентот треба внимателно да биде мониториран за одговорот од третманот и можните несакани ефекти.
 - Другите антидепресиви (MAOIs, трициклични антидепресиви, venlafaxine, mirtazapine итн.) не се користат често во третманот на депресијата кај децата и адолесцентите.
- **Анксиолитици** (бензодиазепини, hydroxyzine hydrochloride итн.) може да се користат после внимателно разгледување како краткотрајна терапија каде другиот третман не е доволен да ги контролира високите анксиозни состојби, каде лекот е потребен за да се обнови нормалниот циклус на спиење или да се лекуваат други растројства на спиењето.
 - Овие агенси не се користат како долготраен медикаментозен третман за да ги контролираат анксиозните растројства.
- Медикаментозниот третман на **хиперактивното растројство со дефицит во вниманието (ADHD)** се состои од methylphenidate, dexamfetamine и инхибиторот на повторното преземање на норадреналин atomoxetine, кои сите се докажани дека се ефикасни во третманот на децата и адолесцентите со ADHD. Ефектот на клонидинот беше испитуван

кај хиперкинетските деца со дефицит во вниманието, како и кај растројствата со тикови и Туретовиот синдром. Употребените дози беа помали од оние користени кај хипертонијата.

- **Стабилизаторите на расположението** го вклучуваат карбамазепинот кој се користи со позитивни резултати кај деца не само во лекувањето на биполарното растројство, туку исто така и за контролирање на хиперактивноста и агресивните бихејвиорални растројства. Се смета дека е побезбеден отколку антипсихотиците како резултат на неговиот погоден профил на несакани ефекти.
 - Натриум валпроатот се користи со позитивни резултати во третманот на биполарното растројство и агресивноста.
 - Литиумот се користи и во третманот на агресивните бихејвиорални растројства и кај афективните растројства. Мониторинг во тек на третманот со литиум.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Кохранови прегледи

- Некои антиепилептици веројатно се ефикасни во редуцијата на агресивноста и асоцираната импулсивност, иако доказите се недоволни (ннд-**D**).
- Клозапинот може да има некои предности во однос на халоперидолот во третманот на резистентната шизофренија со почеток во детството, но е асоциран со значителен ризик од потенцијално сериозни несакани ефекти (ннд-**C**).

Литература

- Kutcher S. (ed). Practical Child and Adolescent Psychopharmacology. Cambridge University Press 2002

Претходни автори:

Irma Moilanen and Eila Räsänen

Последно ажурирање 29.8.2013 • Последна промена 12.7.2013

Article ID: ebm00695 (033.021)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 29.8.2013, www.ebm-guidelines.com.**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2016 г.**

Упатството го ажурирала Ас. д-р З. Бабинкостова, м-р сци.

Координатор: Проф. д-р К. Зафировска