

Фармакотераписки пристап во ургентната психијатрија

ЈЗУ Психијатриска болница „Скопје,, -Скопје

Истанбул Универзитет ,
Медицински Факултет, Чапа Кампус, оддел за
Психијатрија- Истанбул, Турција
/2 јуни-4 јули ,2014 година/

Ас.д-р Вилма Виденова, психијатар

Скопје, 11.07.2014 година

Фармакотераписки пристап во ургентната психијатрија

Рапидна транкилизација:

- процедура на давање на разни количини антипсихотици и бензодијазепини во кратки временски интервали за контрола на агитирани болни
- брз, безбеден и ефикасен третман
- треба да се преферира и.м.начин на апликација
- и.м. ресорпција ќе биде побрза кај агитирани болни отколку кај мирни
- парентералните дози се попотентни од оралните така што несоодветна е нивната споредба
- бензодијазепините се генерално безбедни ако се даваат споро

- секој ден се прави проверка на дозите , се внимава да се не се пречекори максималната доза
- антипсихотиците (АП) можат да бидат фатални и во средни дози кај „drug-naive,, пациенти
- нема потреба од високи дози АП, виолентните болни реагираат и на стандардни дози.
- високите дози може да се и помалку ефикасни , на пр. со индукција на акатизија
- конкомитантна употреба и на бензодиазепини е поефикасна отколку само високи дози на АП
- манија- бензодиазепини + АП (адјунктна)
- шизофренија-АП+бензодиазепини(адјунктна)

Опити принципи :

- да се добие добра фармаколошка анамнеза
- , да се направи соматски преглед ако е можно
- , кај оние што дотогаш не примале лекови да се започне со најмали дози
- се дава комбинација АП+бензодиазепини
- парентералното давање е побрзо и посигурно
- антихолинергици се препорачува да не се даваат, бидејќи ќе ја маскираат клиничката слика
- префрлањето на орални дози да се направи што е можно побрзо
- потребно е да се врши честа проверка на телесната температура.

Потенцијални компликации од Репидна
транкилизација

- 1) КВС-ненадејна смрт, продолжен QTc-интервал (лекови кои доведуваат до продолжување на QTc се контраиндицирани кај пациенти со претходни КВС проблеми, треба да се внимава и кај вознемирени пациенти со висок адреналин, т.н. “adrenaline driven”)
- 2) респираторни компликации (депресија, хипоксија)

3) ЕПС-акутна дистонија, особено кај млади мажи во први 24h се јавува кај 10-30%, подоцна и до 50%. Ако по воспоставување на бихејвиорална контрола со АП се јави повторно агитација, треба да се мисли на актизија индуцирана од лекови

4) акутна хипотензија (особено од фенотијазини)

5) епи напади (ЦНС токсичност)

6) малиген невролептичен синдром (контрола на температура, СРК)

- кај пациенти кои веќе примаат АП, дополнителни акутни дози може да доведат до токсични нивоа

- при третман на акутни состојби во ургентната психијатрија често се користи Haloperidol, парентерално (и.м.) во дневни дози max, до 18 mg, Olanzapine орални дози до 40 mg дневно, Diazepam 10 mg i.m, по 4 h дозата може да се повтори.

Антипсихотици кои се користат во депо форма :

Како хронична терапија за одржување кај психотични болни покрај Haloperidol decanoat (конвенционален антипсихотик од групата на butirofenoni) на 4 недели и Risperidone consta (атипичен антипсихотик) на 2 недели,кои ги користиме и кај нас , се користат :

- Paliperidone palmitat, на 4 недели
- Flupentixol decanoat (класичен антипсихотик од групата на tioxanteni) на 2-3 недели
- Zuclorentixol decanoat (класичен антипсихотик од групата на tioxanteni) на 2-3 недели.

Paliperidone palmitat

-дозна јачина од 39,78,117,156 и 234 mg (25,50,75,100 и 150 mg –по хидролиза)

-234 mg прва доза, 156 mg втора доза (по 1 недела)

-потоа 117 mg, месечна доза за одржување

- дозата се одредува индивидуално за секој пациент зависно од податоците за претходната толерабилност и ефикасност на лекот. Се препорачува кај секој пациент најпрвин да се постигне толерабилност со орална примена на paliperidone или risperidone.

•Paliperidone таблети од 1.5, 3,6,9,15 mg со продолжено ослободување , се ординираат еднаш дневно во третман на шизофренија кај адолесценти и возрасни и шизоафективно растројство. Кај болните со шизофренија најчеста доза е 6 mg. Лекот кај нас не се користи

Flupentixole decanoat

-доза од 20 и 100mg

- почетните дози се од 5-20 mg доколку пациентот претходно не примал депо препарат

-доколку претходно примал депо препарат и има добра толеранција, дозите се движат од 20-40 mg

За пациент кој бил претходно на терапија со Fluphenazine decanoat и се префрла на терапија со Flupentixole decanoat, соодносот е следниот: 25mg fluphenazine одговараат на 40mg flupentixole. За пациент кој примал Haloperidol decanoat и се префрла на Flupentixole, приближно 50 mg haloperidol одговараат на 40 mg flupentixole

Zuclopentixol decanoat :

-доза од 200mg.

-првата доза најчесто е 100mg (половина инекција од 1ml) а наредните дози на одржување се најчесто 200 mg, иако индивидуално варираат од 100-600mg.

- Aripirazole е атипичен антипсихотик од втората генерација кој е парцијален допамин агонист. Се користи во третман на шизофренија , биполарно афективно растројство, мајор депресивно растројство (како адјунктна терапија) , тикови, аутизам. Во САД лекот е регистриран од 2002 година, во Европа од 2004 година.

- во однос на потентноста на антипсихотиците и натаму Clozapine е неприкосновен.. Дозите се движат до 600 mg дневно, над тие дози нема некој дополнителен тераписки ефект, а се јавуваат несакани ефекти.

- дозите на Risperidone кои се чинат оптимални се од 4-6 mg

БАР:

- При третман со Carbamazepine потребно е да се постигне концентрација ≥ 7 mg/l за тераписки одговор, што значи околу 600 mg дневно.

-Lithium- и високи (0,8-1 mmol/l) и ниски (0,5-0,8mmol/L) концентрации се исто ефикасни во профилакса на релапс. Кај акутна манија потребно е постигнување на концентрација од 1,3-1,5 mmol/l.

Односот на концентрацијата мозок: серум расте со годините.

Комбинации на лекови:

Lithium+AP

Lithium+ Carbamazepine (особено кај rapid cycling)

Lithium + Fluoxetine (за превенција на депресија)

Lithium + Lamotrigine

Lithium+ Valproate (за резистентна БАР 1)

Olanzapine + Fluoxetine (за биполарна депресија)

Valproate +AP (Clozapine, Risperidone)

Valproate +Carbamazepine

Valproate +Lamotrigine (да се внимава поради поголема инциденца на осип, valproate ги зголемува нивоата на lamotrigine

Примери

- Пациентка, 17г, Dg: Bipolarno afektivno rastrojstvo.tip 1. Почеток на болеста пред 1 година, при прием манична, агитирана, со елевиран афект, раздразлива, Th: tbl.Olanzapine 10 mg 0,0,1,, tbl.Lithium carbonas a 300 mg 2x2, tbl.Alprazolam a 0,5 mg 1,0,0. При компарација на психофармакотерапијата кај нас и тука, нема разлика бидејќи се следи истата комбинација на атипичен антипсихотик и психостабилизатор. Најпотентниот психостабилизатор е литиумот кој е лек на избор, но бидејќи кај нас пациентите сами го набавуваат, се ординира само кај оние кои можат да си го дозволат тоа финансиски, додека кај останатите се ординира друг психостабилизатор кој е на позитивна листа и е достапен во болничката аптека за хоспитализираните болни, како и во аптеките за амбулантските болни

- Пациентка со Dg: Bipolarno afektivno rastrojstvo, со opsesivno kompulsivni i konverzivni simptomi. Th: caps..Fluoxetine 60 mg pro die, tbl.Carbamazepine 400 mg ,tbl.Clonazepam 2 mg , tbl.Clomipramine 75 mg . Оваа комбинација на психостабилизатор, антидепресив од групата на SSRI и бензодиазепин се користи и кај нас, лековите се достапни , со таа разлика што во нашата пракса не е вообичаено да се употребуваат така високи дози на Fluoxetine, освен во поединечни случаи на резистентни опсесивно-компулсивни симптоми каде ефективните дози се повисоки.

Clomipramine, трицикличен антидепресив од имипраминската група , се користи во третман на мајор депресија, опсесивно компулсивно растројство, панично растројство, дисморфофобија, деперсонализација, енуреза, трихотиломанија, нарколепсија, катаплексија, прерана ејакулација, синдром на хронична болка. Лекот е особено ефикасен во третман на резистентни форми на опсесивно компулсивно растројство. Кај нас е повлечен од употреба .

- Психофармакотерапија кај пациентка со биполарно афективно растројство : два атипични антипсихотици (Quetiapine и Olanzapine) , психостабилизатор (Valproate) и конвенционален антипсихотик (Haloperidol).

Примери за комбинација на фармакотерапија со ЕСТ кај пациенти со депресивна симптоматологија. :

- Пример 1. Се комбинира фармакотерапија од два антидепресиви Mirtazapine (NaSSA) и Escitalopram (SSRI) и атипичен антипсихотик (Aripiprazole) со ЕСТ.
- Пример 2. Комбинација на два антидепресиви Venlafaxine (SNRI) и Escitalopram (SSRI) , атипичен антипсихотик (Quetiapine) и ЕСТ.
- Пример 3. Комбинација од антидепресив Mirtazapine (NaSSA) , атипичен антипсихотик Clozapine и ЕСТ.

- Пример 4. Комбинација на два атипични антипсихотици (Quetiapine и Olanzapine) ,антидепресив Escitalopram (SSRI) и ЕСТ.
- Пример 5. Комбинација од трицикличен антидепресив (Clomipramine), два атипични антипсихотици (Amisulpride и Risperidone) и ЕСТ.

- Пример за третман на депресивна епизода кај 26 годишна пациентка : Комбинација од два антидепресиви caps. Duloxetine (SNRI) 60 mg дневно, и tbl.Mirtazapine (NaSSA) 15 mg, со атипичен антипсихотик Aripiprazole 5 mg и ниски дози на бензодијазепински анксиолитик (Lorazepam 1,25 mg).
- Третман на депресивно растројство кај 85 годишна пациентка : tbl.Mirtazapine 30 mg, caps.Duloxetine 60 mg , tbl.Alprazolam 1 mg.

Duloxetine (SNRI) 20,30, 60 mg капсули се користат во третман на депресија и генерализирано анксиозно растројство. . Се ординираат 20- 30 mg два пати дневно или 60 mg еднаш дневно. Оптималните дози се движат до 60 mg ,над оваа доза не е забележан дополнителен тераписки бенефит. Кај нас овој лек се уште не е достапен.

Заклучоци

- Во однос на дијагностиката на психијатриските растројства не постои некоја значајна разлика бидејќи се користат истите меѓународно утврдени критериуми (ICD X).
- Во однос на фармакотерапијата разликата е во достапноста на поширока палета на лекови, особено од поновата генерација.
- Генерално како и секаде во светот важи правилото на персонализирана медицина .