

ПСИХИАТРИЧНИ ПРОБЛЕМИ В ОБЩАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА

Тодор Тодоров

A stylized silhouette of a mountain range in shades of teal, located at the bottom right of the slide.

ПАНИЧЕСКО РАЗСТОЙСТВО (1)

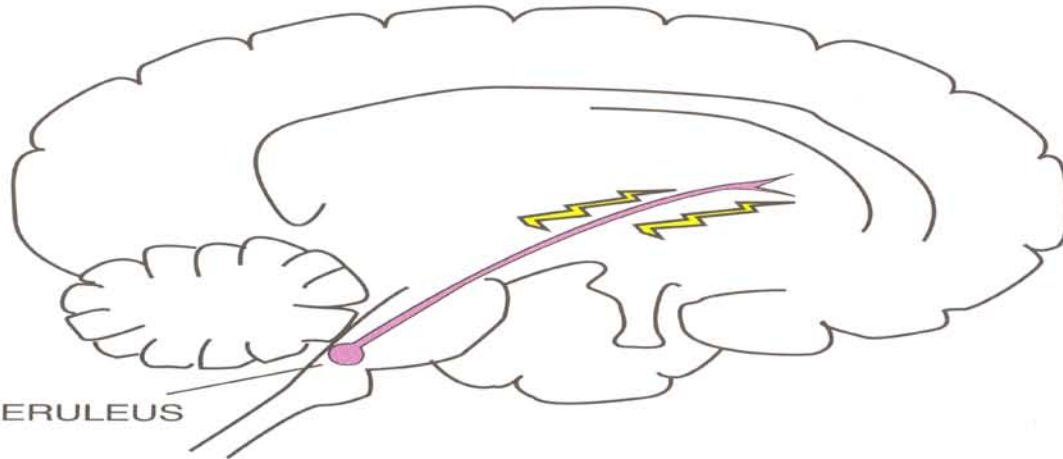
Клиника :

- паническа криза /пристъп на силна тревожност/
- антиципираща /изпреварваща/ тревожност
- избягващо поведение
- агорафобия
- съпътстваща депресия – лека, средна до тежка

Паническа атака :

период, който започва внезапно с интензивен страх (до ужас, често съпроводено с изживяване за загуба на контрол върху себе си, полудяване или предстояща смърт. По време на паническа атака често се наблюдават и сомато-вегетативни симптоми, като затруднено дишане, тахикардия, покачване на RR, тремор, изпотяване, разширяване на зениците, гастро-интестинални смущения. Продължителността и честотата на атаките са променливи.

LOCUS COERULEUS



anxiety



dilated pupils



tachycardia



tremor



sweating

Паническа криза

ПАНИЧЕСКО РАЗСТОЙСТВО (2)

Антиципираща /изпреварваща/ тревожност:
постоянен страх от повтаряне на паническа криза.

Избягващо поведение: ако първата или последващите панически кризи се случват в определена ситуация /напр. в превозно средство, в затворено пространство, сред много хора/, пациентите обичайно изпитват страх и избягват такива ситуации.

Агорафобия – страх от пресичане на широки пространства, страх от оставане сам или страх от места, от които трудно може да се избяга, или страх от ходене сам, общо свързващи се със страха, че при получаване на паническа криза пациентът не може да получи помощ.

ЛЕЧЕНИЕ НА ПАНИЧЕСКОТО РАЗСТРОЙСТВО

Бензодиазепини - Алпразолам, Ривотрил /Антелепсин/ и др.
в средни дози.

Буспирон /Buspar/

Антидепресанти - Кломипрамин /Хидифен, Анафранил/
- СИСТ – Флуоксетин, Циталопрам /Серопрам/,
Ципралекс, Пароксат, Золофт
- РИМА – Moclobemid

Допустими са комбинации с тимостабилизатори
– литий, карбамазепин, деривати на валпроевата киселина,
както и психотерапия

Критерии за приложение на БДЗ (1)

Лечението на тревожни разстройства е идеална мишена за приложение на БДЗ

Идеално повлияният пациент:
с ниски дози,
за минимален период от време!

Критерии за приложение на БДЗ (2)

Предикторни фактори за добър антитревожен /анксиолитичен/ ефект:

1. Остра, тежко изразена тревожност
2. Наличие на преципитиращ стрес
3. Ниско ниво на депресивитет и липса на интерперсонални проблеми
4. Пациентите не са лекувани преди предписването на БДЗ, или при предишно лечение са показали добър отговор
5. Очаквано възстановяване
6. Желание за вземане на лекарства
7. Увереност, че проблемите са психологични
8. Набелязано подобрене още в първата седмица от започване на лечението

Продължителност на лечението с БДЗ при тревожни разстройства

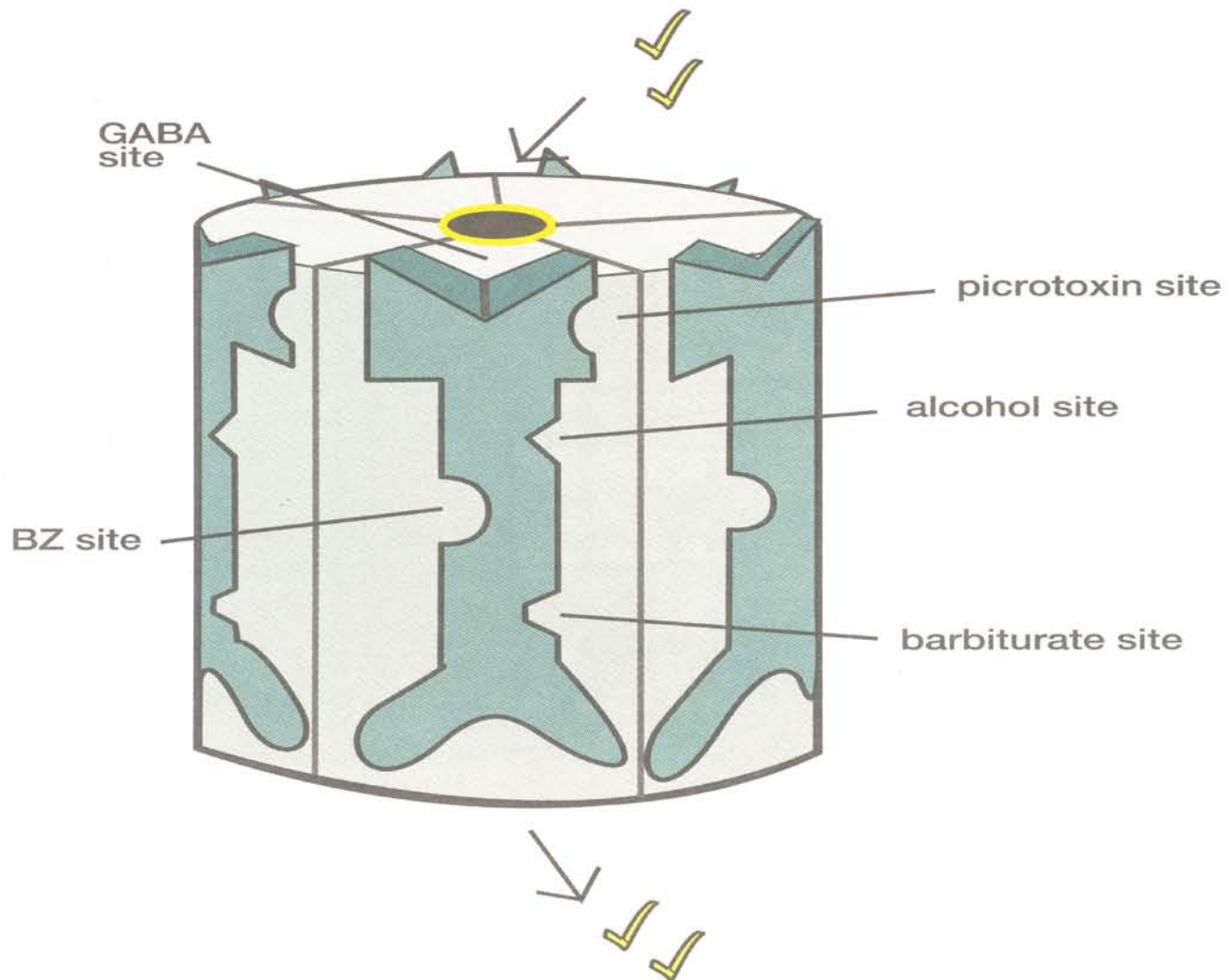
- ◆ Начално лечение: 1 месец
- ◆ Продължителност на лечението: толкова, колкото е необходимо
/European CNS Advisory Board, 2000/

По-широко употребявани у нас БДЗ

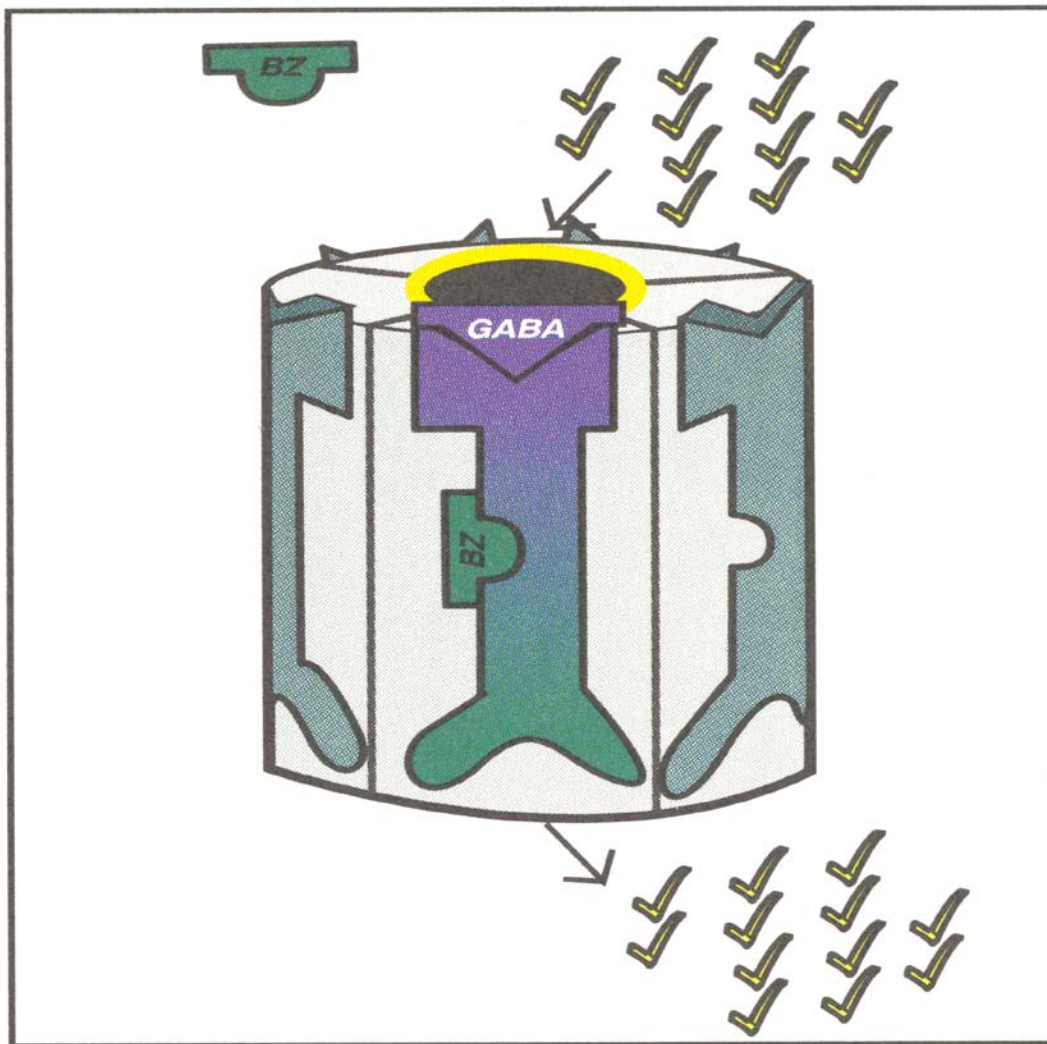
- ◆ Alprazolam, Ханах, Frontin/
- ◆ Chlordiazepoxid /Librium, Dizepin, Elenium/
- ◆ Diazepam /Valium, Relanium/
- ◆ Oxazepam /Тазепам/
- ◆ Chlorazepat /Tranxene/
- ◆ Triazolam /Halcion/
- ◆ Midazolam /Dormicum/
- ◆ Nitrazepam /Radedorm/
- ◆ Flunitrazepam /Rohypnol/
- ◆ Bromazepam /Lexotan/
- ◆ Tetrazepam /Myolastan/
- ◆ Medazepam /Rudotel/
- ◆ Grandaxin /Tofisopam/

Предимства на Alprazolam при лечение на паническо разстройство

- ◆ В много ръководства Alprazolam се сочи за средство на първи избор за лечение на ПР
- ◆ Alprazolam бързо купира тревожността, наблюдава се атенюиране, разреждане и прекратяване на паническите атаки. Антидепресантите имат забавен терапевтичен ефект
- ◆ Високо потентните БДЗ при ПР са Alprazolam и Clonazepam.
- ◆ При комбинирано лечение на ПР с БДЗ и антидепресант Alprazolam блокира синдрома на свръхнервност /jitterness/, или обострянето на паническите симптоми, което се наблюдава в началото на лечението; по този начин се подобрява сътрудничеството на пациента при лечението
- ◆ Подобрява възможностите на пациента за справяне с психосоциалния стрес
- ◆ При необходимост от продължително лечение на ПР с комбинация антидепресант + БДЗ най-подходящ е Alprazolam, който има и антидепресивни свойства. Дозите трябва да са титрирани, флексибилни и/или интермитиращи
- ◆ Купирането на тревожността подобрява и когницията



Множество модулиращи места около ГАМК А рецептора, включително БДЗ рецептор, рецептор на конвулсанта Picrotoxin, антиконвулсанта Barbiturate и алкохол / ГАМК А рецепторен комплекс /



Анксиолитичният ефект се дължи на залавянето на ГАМК към рецепторно място А, залавяне на БДЗ към БДЗ рецепторното място и алостерично засилва отварящото Cl канал действие на ГАМК:
настъпва бърза невротрансмисия и анксиолиза

Ефекти на бензодиазепините (петобална асцендираща скала)

МЕДИКАМЕНТ	Седативно-хипнотично	Увреждане на способността за шофиране	Дискинезии	Когнитивни нарушения	Потенциране на алкохола
Алпразолам	2	2	2	3	2
Диазепам	5	5	5	5	4
Лоразепам	5	5	5	5	5
Бромазепам	3	2	5	3	3

Лекарствени взаимодействия на бензодиазепините

МЕДИКАМЕНТ	Ефект върху плазменото ниво
Валпроати	+
Карбамазепин	-
SSRIs	+
Дилтиазем	
- мидазолам	+++
- алпразолам	+++
- триазолам	+++
Антимикотици	
- триазолам	++
- мидазолам	++
Дигоксин	повишено внимание!

Показания за рационално използване на БДЗ (1)

1. Тревожни разстройства

- ◆ Паническо разстройство
- ◆ Генерализирано тревожно разстройство
- ◆ Остро стресово разстройство
- ◆ Посттравматично стресово разстройство
- ◆ Голямо депресивно разстройство с тревожност
- ◆ Адаптационни разстройства с тревожност
- ◆ Обсесивно-компулсивно разстройство
- ◆ Социална фобия

Показания за рационално използване на БДЗ (2)

2. Психози, включително мания – като алтернатива на невролептици
3. Абстинентни синдроми (алкохолизъм и наркомании)
4. Инсомнии и парасомнии
5. Епилепсия, остри екстрапирамидни синдроми (дискинезия, акатизия), късна дискинезия, мускулни спазми, мигрена, тензионно главоболие
6. Преди хирургични (въвеждаща анестезия), диагностични и терапевтични процедури в онкологията, в кардиологията, гастроентерологията, пневмологията.

Какво трябва да знае лекарят преди лечение с БДЗ?

1. Какви са точните индикации?
2. Какви са контраиндикациите?
3. Как да избере определен БДЗ измежду всички?
Познаване на препаратите
4. Как да се избегне оформянето на зависимост към БДЗ при пациенти, които ще го приемат по-продължително?
5. Ако след преустановяване на приема има възвръщане на някои от симптомите на тревожност – дали това е “рекушет” от отнемането на БДЗ, или рецидив на тревожното разстройство?
6. Има ли “личностов тип” на зависим пациент /предразположен към зависимост/, на който не бива да се предписва БДЗ?

БЕНЗОДИАЗЕПИНОВА
ЗАВИСИМОСТ:
МИТ И РЕАЛНОСТ

Честота на зависимост към БДЗ

Честотата на зависимост към БДЗ
измежду редовно употребяващите се движи между 0,5 и 2%

Пример:

Франция /1998/ - 5-7% от общата популация редовно приема БДЗ;
от тях зависими: 0.01 – 0.07%

Швеция /1996/ - 2–9% от общата популация приема БДЗ;
от тях зависими: 0.05%

Швейцария /1992/ - риск от злоупотреба с БДЗ
и евентуална зависимост 1/50 000 прескрипции

“ ... БДЗ са високоефективна група медикаменти,
към която няма значим риск от злоупотреба и пристрастяване”
Hollister L.E. et al. J Clin Psychopharm 1993.

“БДЗ са най-безопасните психотропни медикаменти.
Те са слабо токсични и имат по-благоприятен профил
на странични ефекти в сравнение с другите психофармака”
APA 1990; Hindmarch J. Royal Soc Med press, 1998.

“Личностов тип” на зависим пациент

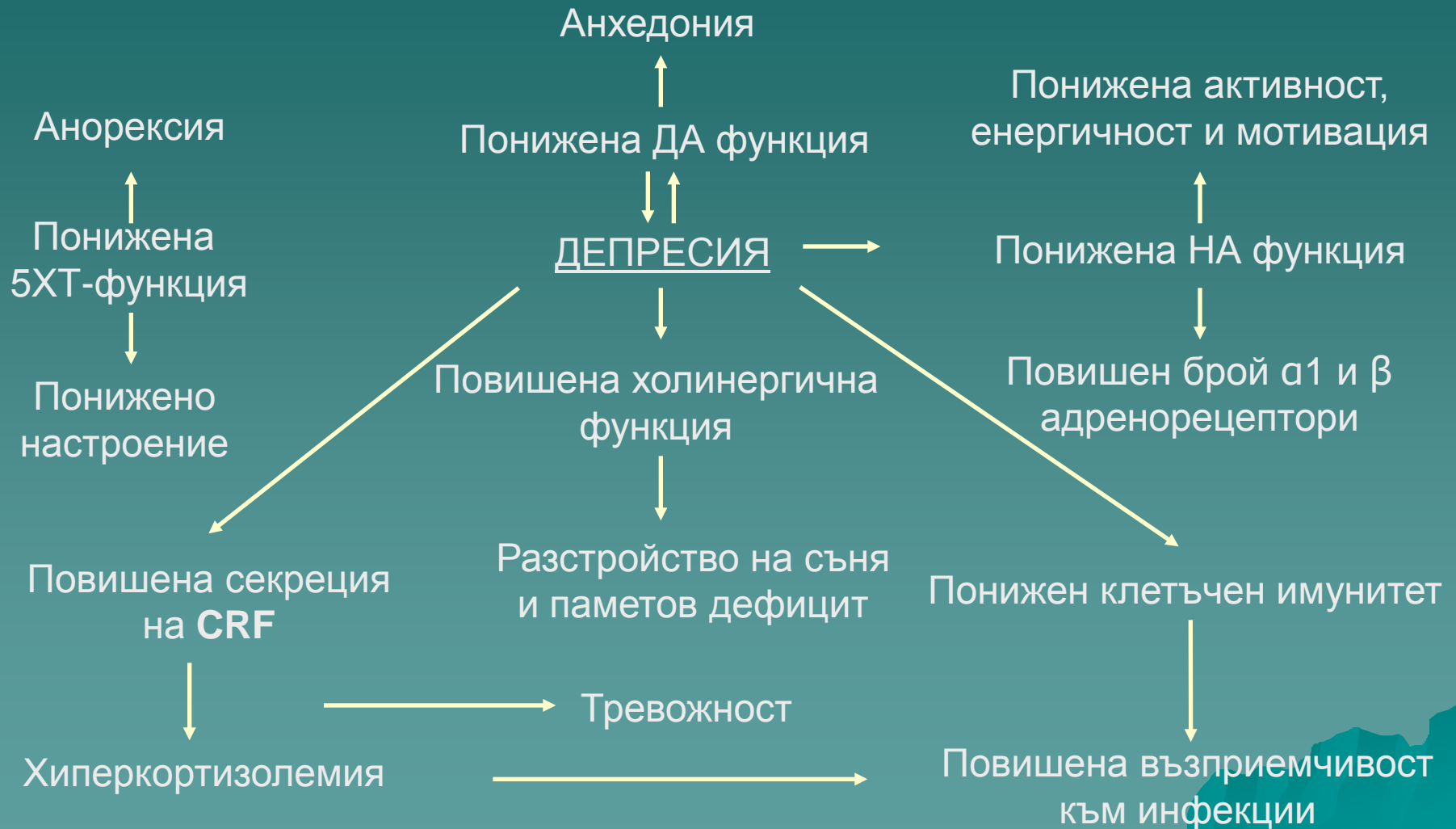
Пасивни личности,
склонни към прехвърляне на отговорността
за вземане на решение на околните
/съпрузи, родители, роднини,
даже на лекаря/, себенеуверени
и изпитващи страх от загуба на подкрепа
от важните за тях лица

Заключение на експертно международно жури:

“Зависимостта към терапевтични дози БДЗ не представлява голям клиничен проблем и не обръща благоприятното съотношение полза/риск от приложението на БДЗ при тревожни разстройства

/ 11th ECPN Congress, Paris, France /

Биохимични промени при депресия



Невротрофини

Duman R.S., Heninger G.R., Nestler E.J. /1997/

Молекулярна и невронална теория за депресията

Стрес → повишено ниво на глюкокортикоидните хормони
→ намалени нива на 5HT и NA → променено
интраневронално второ сигналиране → намаляване
на мозъчните трофични фактори /BDNF/ → инхибиране
на неvroгенезата в хипокамп и префронтален кортекс
/загуба на неврони и намаляване обема на хипокампа/
емоционални и когнитивни симптоми, характерни за ГДР

При депресивните пациенти нивото на BDNF е ниско.
Лечението с АД нормализира нивото му, особено в хипокампа,
което отговаря и на антидепресивния ефект.

Класификация на антидепресантите

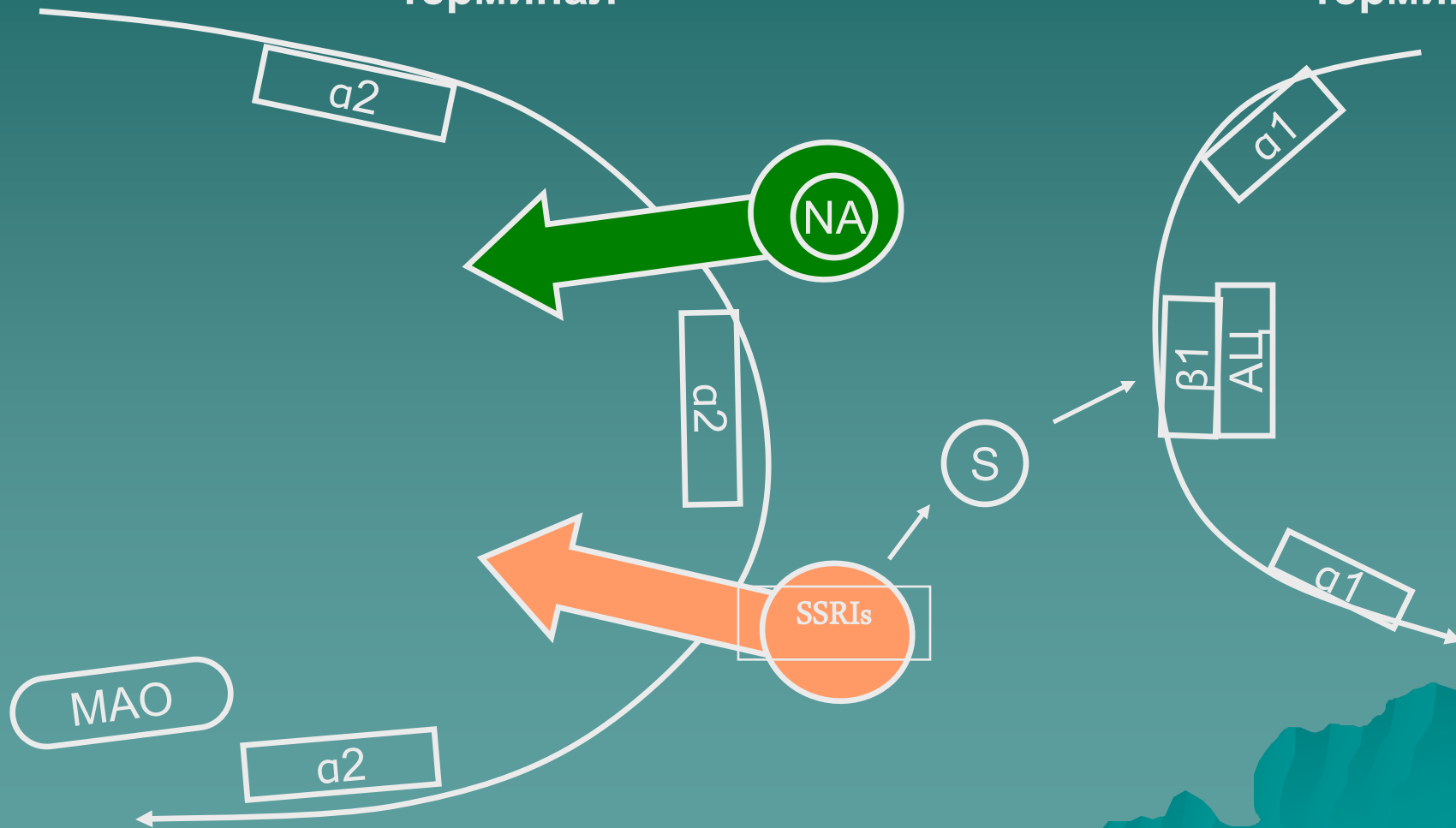
- Хетероциклични (инхибитори на обратно поемане на 5-НТ и NA в различна степен):
Psychoforin, Anafranil, Nortrilen, Amitriptylin, Doxepin, Mianserin, Insidon, Pertofran
- SSRI (специфични инхибитори на обратното поемане на 5-НТ):
Prozac, Paroxetin, Fluvoxamine, Citalopram, Sertraline
- NARI (специфични инхибитори на обратното поемане на NA):
Vivalan, Ludiomil, нови - Reboxetine
- SNRI (серотонин-норадреналин реаптейк инхибитори):
Venlafaxine, Mirtazapin
- RIMA (MAO-A): Mocobemid
- Trazodon, Nefazogon, Вупропион и други

Невротрансмитери и предаване на нервен импулс

Система на първи сигнали и механизъм на действие на АД

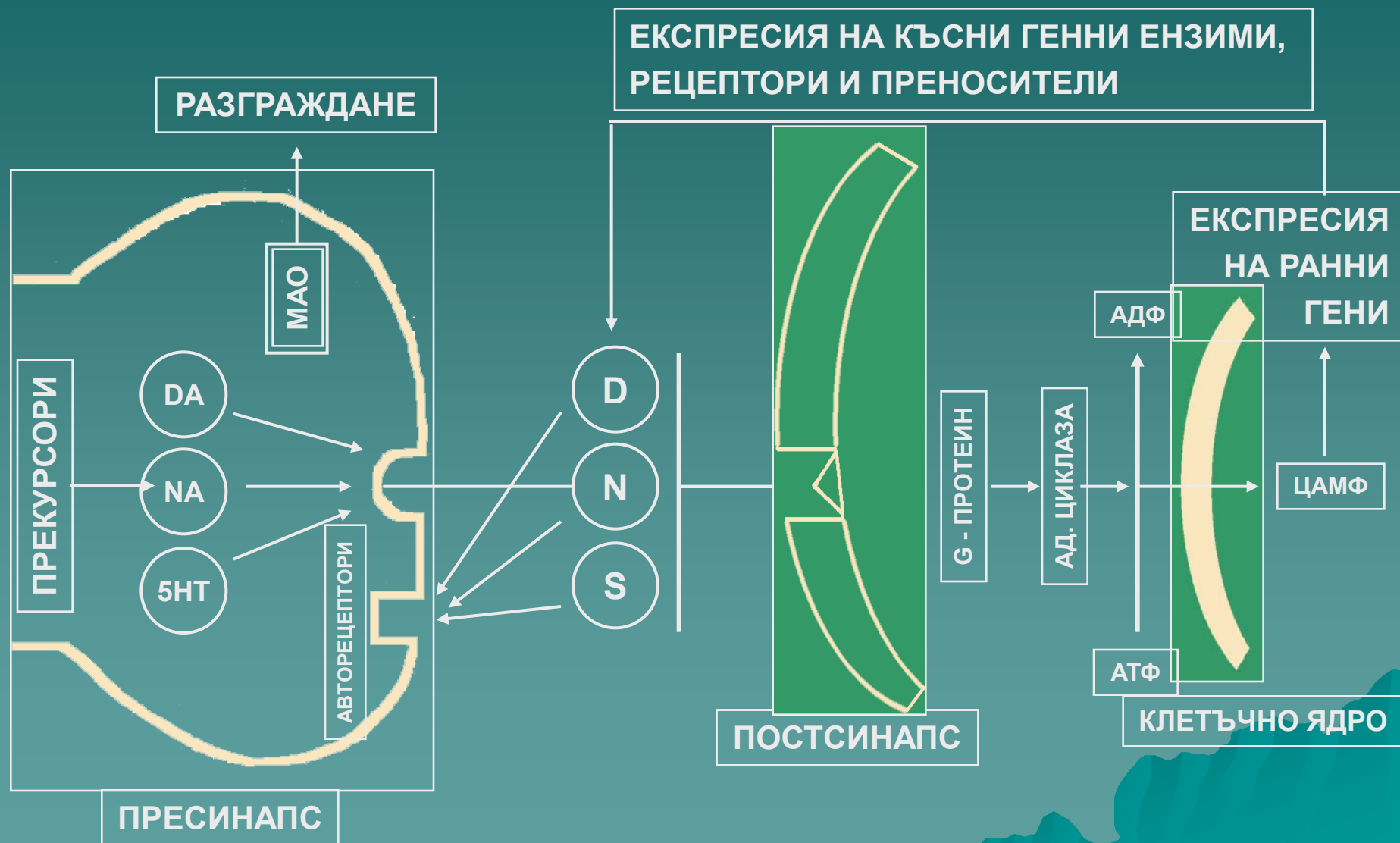
Пресинаптичен невронален терминал

Постсинаптичен невронален терминал



Невротрансмитери и предаване на нервен импулс

Система на втори сигнали и механизъм на действие на АД



Депресия при неврологични заболявания

- ◆ Болест на Huntington,
болест на Parkinson,
деменция на Alzheimer,
болест на Wilson,
мултиплена склероза,
синдром на Gilles de la Tourette:
налице е депресия в 30 – 80%
от случаите, а често – и психози

Депресия при ендокринологични заболявания

- ◆ Захарен диабет: 36%
- ◆ Хипотиреоидизъм: 50%
- ◆ Хипертиреоидизъм: 28%
- ◆ Синдром на Cushing: 63% (вкл. психози)
- ◆ Хиперпаратиреоидизъм: 8%

Поведение при депресия

- ◆ При всяка депресия съществува суициден риск
- ◆ При наличие на когнитивен дефицит: да се прецизира диференциална диагноза депресия/деменция
- ◆ Да се изясни дали пациентът приема депресиогенни медикаменти (резерпин, пропранолол, халоперидол) и дали злоупотребява с психоактивни вещества
- ◆ Антидепресанти да се прилагат много внимателно при пациенти с кардиологични заболявания (ортостатични проблеми!)

Поведение при суицидни опити и заявления

- ◆ При хора над 45-годишна възраст (особено мъже), без социална подкрепа, със зависимост от алкохол, данни за предишни изявления за суицид и/или суицидни опити, тежки соматични болести с болки.
- ◆ При наличие на реален суициден риск: насочване към хоспитализация в психиатрична здравна служба

Поведение при ажитация/възбуда

- ◆ Често е свързана с когнитивни разстройства (деменция); отменяне на медикаменти (седативни, хипнотици, опиоиди), алкохол, стимуланти
- ◆ Да се изключи медикаментозна интоксикация
- ◆ Да се търсят активно императивни халюцинации или налудности, на които пациентът реагира с възбуда
- ◆ Халюцинации се регистрират при алкохолен делир; при други психоорганични (токсични) синдроми; при шизофренни психози.
- ◆ Парентерално лекуване с Haloperidol, Clopixol Acuphase, бензодиазепини (I.V.); внимателно физическо обездвижване; насочване към психиатър

Други чести психиатрични проблеми

- ◆ Разстройства на съня: най-често поради болка; ранно събуждане при депресия; трудно заспиване при тревожни разстройства; при отменяне на много медикаменти от различни класове. Прилагат се аналгетици, антидепресанти, анксиолитици
- ◆ Симптоми/оплаквания без органична находка: конверзия, соматизация, рентна насоченост, симулация
- ◆ Състояния на обърканост: делир, деменция. Изследват се: метаболитен статус, неврологичен статус, сема се анамнеза за злоупотреба с ПАВ. Взимат се мерки за предпазване от нараняване. Прилагат се ниски дози антипсихотици. БДЗ могат да влошат състоянието.
- ◆ Несъгласие/отказ от лечение/процедури: уточняват се взаимоотношенията лекар/пациент; търсят се когнитивни нарушения; изследват се причините за страх от лечебни намеси. Понякога се налага оценка в съдебно дело след експертиза.