

UREDNIŠKI KOMENTAR

S prevodi dveh člankov pomembnega tujega raziskovalca spet širimo in krepimo znanje o razvoju sodobne psihofarmakoterapije in njeni obogatitvi z »atipičnimi nevroleptiki«. Priča smo napredku, ki psihiatrijo skupaj z dosežki v psihoterapiji, socioterapiji, skupnostni skrbi in še marsičem postavlja v vrsto najbolj prodornih medicinskih strok. Ob tem ves hrup okoli »varovanja pravic psihiatričnih bolnikov« in medijske sovražnosti predstavlja le udarce s palico po vodi. Bistven je napredek v zdravljenju bolnikov.

Ob tem pa velja ugotoviti, da smo izrabili šele del možnosti, ki nam jih ponujajo odkritja v nevroloških znanostih in sodobni farmakologiji. Zato niso odveč stalna, vedno znova poudarjena dejstva o znanstvenem napredku v psihofarmakoterapiji. Tu nikakor ne mislimo samo na rezultate zdravljenja s klopazinom, ki ga, skladno z mnenjem RR. Conleya (1) še premalo uporabljamo pri zdravljenju bolnikov z rezistentno shizofrenijo, marveč tudi na smoterno vključevanje drugih atipičnih nevroleptikov v terapijo shizofrenije in tej sličnih psihoz.

Res pa je, da o Laponexu in njegovi uporabi v slovenskem zdravstvenem prostoru kar precej vemo. Že od leta 1992 spremljamo več kot petsto bolnikov v štirimesečnih intervalih, ki prejemajo Laponex, predvsem dogajanje v zvezi z belo krvno sliko in možnim upadom levkocitov; pomeni torej hematološki nadzor za varno uporabo Laponexa. O potrebi takega nadzora smo še pred njegovo uvedbo pisali v *Viceversi* (marec 1992; 1: 3-4). Firma Sandoz je dovolila ponovni uvoz Laponexa v Slovenijo le pod pogojem, da izvajamo hematološki nadzor. Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo je za to delo pooblastil podpisanega. Nimamo primerjave, ali se približujemo zahtevam, ki jih uveljavlja Clozaril National Registry v ZDA. Mnenja smo, da smo z našimi oblikami nadzora stalno opozorilo vsem, ki predpišejo Laponex, in v primernem skladu z navodili.

V našem zgodovinskem spominu je bolnik, pri katerem so ugotovili agranulocitozo. V vsem obdobju nadzora takšnega resnega zapleta nismo zasledili. Zdravniki so se navadili na previdnost. Ker so kontrole krvi dokaj zanesljive in redne, ob vsakem znižanju levkocitov ali zgolj pri-

bliževanju kritični meji, ponavljajo hemogram. V ogromni večini ni razlogov za izključitev bolnika iz terapije. V izjemno redkih primerih pa so zdravniki to zaradi bolnikovega telesnega zdravja tudi storili.

Uspešno oblika nadzora so »konference o Leponexu«, na katerih so se zvrstile vse psihiatrične hospitalne ustanove. Pri tem je prišlo na dan marsikaj pomembnega že pri sami hematologiji (n.pr. toksične granulacije leukocitov, makrocitna anemija, naraščanje sedimentacije).

Najbolj pomemben strokovni problem pa je kombinacija Leponexa z drugimi nevroleptičnimi zdravili. Kombinacija je v nasprotju z navodili in indikacijo za uporabo Leponexa pri shizofreniji, ki je rezistentna za »tradicionalno« zdravljenje in za tiste bolnike, ki ne prenašajo drugih nevroleptikov. Ugotoviti pa je mogoče, da približno polovica bolnikov z Leponexom prejema še drug nevroleptik, po pravilu v oralni obliki. Problem zastavljamo strokovno, o njem redno poročamo, pričakujoč odziv proizvajalca. Hkrati pa spoštujemo avtonomnost zdravnika in njegovih odločitev, za katere pa prav sam nosi polno odgovornost.

Zdravniki, ki uporabljajo različne kombinacije zdravljenja z Leponexom, so zelo trdni v svojih izkušnjah, da pri nakaterih bolnikih zgolj in samo določena kombinacija nevroleptikov skupaj z Leponexom zagotavlja bolnikovo stabilizacijo. Poskusi ukinitve dodatnega zdravila so se končali tako neuspešno, da so se vrnili h kombiniranju Leponexa z drugim anti-psihotičnim zdravilom.

Tudi glede istočasne uporabe zdravila v depojski obliki so izjeme. Tako ni bilo mogoče, kot poroča zdravnik, umsko manj razvite bolnice z nacepljeno shizofrenijo stabilizirati in je zelo dolgo ostajala v bolnišnici. Sedaj prejema 100 do 150 mg Leponexa dnevno ob depojski injekciji Clopixola in Haldola. Pacientka je že dve leti vodljiva v domačem okolju.

Izkustveno ni nobenih zanesljivih podatkov, da bi kombinacije Leponexa z drugimi zdravili bistveno vplivale na znižanje levkocitov, vsaj na alarmantnejšo levkopenijo in granulocitopenijo, če že ne kar na agranulocitozo. Študijsko bi veljalo zastaviti odgovor, ali obstajajo signifikantne razlike v beli krvni sliki pri monoterapiji na eni in pri kombinaciji Leponexa z nevroleptiki na drugi strani.

Ne smemo pa prezreti opozoril o pojavih levkopenije tudi pri uporabi drugih »atipičnih« nevroleptikov (2).

O kombinaciji Leponexa z drugimi zdravili se pogovarjamo že mnogo let. Svetovati bi bilo objavo strokovno obdelanih rezultatov o teh kombinacijah v svetovnem psihiatričnem tisku, da bi odprli v tem pogledu splošnejšo razpravo.

Vsi psihiatri, predvsem pa tisti, ki vodijo našo dejavnost, morajo tako rekoč vsakodnevno premisliti o vseh možnostih, ki jih odpirajo Leponex in drugi nevroleptiki v tem razredu. Gre za rezistentne shizofrenije, za bolnike, ki slabo prenašajo druge nevroleptike, za preprečevanje in ublažitev tardivnih diskinezij, če so te že izražene (3), pa tudi za zmanjševanje samomorilnosti. Pri tem je treba premagovati logistične ovire, če in kje obstajajo. Že dolgo naj bi bila v naši stroki v veljavi »konferenca o pacientu« (case conference), ki na timski in konziliaren način obravnava tudi pacienta z rezistentnimi in drugimi pojavi in sprejme terapevtsko pomembne sklepe. Na ta način bo zanesljivo še več pacientov dobilo najbolj primerno terapijo.

Manjše nevšečnosti je možno premagovati, kot so na primer tiste s plačevanjem hematoloških storitev. Sistem zdravstvenega varstva je z zasebništvom postal bolj zapleten, zavarovalnica pa je tudi bolj skopuška v svojih merilih. V izjemnih prilikah je pripravljeno pri palačilu hematoloških pregledov sodelovati tudi predstavništvo NOVARTISA. Zaradi teh drobnih, pa premagljivih težav, ne bi smeli ukinjati zdravila, če ga bolnik potrebuje in mu po večini tudi pomaga.

Dobri uspehi zdravljenja bistveno znižujejo suicidalnost psihiatričnih bolnikov, zlasti tistih s shizofrenijo. O tem podrobneje govori drugi sestavek HY. Meltzerja. V vseh obdobjih nadzora pa smo prav pri prekomernem jemanju Leponexa morali poročati o poskusih in suicidih s tem zdravilom. Prva poročila so bila povezana z osebami v zaporu. Center za zatrupitve KC je opozarjal na hudo toksičnost Leponexa., zlasti ob zlorabi Leponexa med obsojenci. Med temi se je Leponex po jatrogeni in manipulativni poti nekaj časa kar »prijel«. Eden od naših zdravnikov je v poročilu zapisal, da »počasi dojema, zakaj imajo zaporniki tako radi Leponex. Deluje za razliko od drugih anksiolitično. Podoben učinek ima tudi Zyprexa. Kako so to zaporniki pogruntali, pa ne vem.«

Stanje v zaporih smo poskušali urediti tako, da tega preparata pri obsojencih ne bi uporabljali. Število intoksikacij te vrste se je na Centru za zastrupitve pomembno zmanjšalo. Zaradi svojega resnega toksičnega vpliva pa je svetovati tudi v običajnem predpisovanju Leponexa ustrezno previdnost. Presenetil in obremenil pa nas je tudi suicid zdravstvenega delavca, ki mu je bil v njegovi ustanovi ta preparat zlahka dostopen.

Komentar pa je vendarle potrebno zaključiti optimistično. Leponex ima zelo dobro mesto med zdravili, ki jih uporabljamo. Spoštovanje navodil glede indikacij in hematološkega nadzora je pomembno, širjenje uporabe na druga področja in kombinacije pa sodijo v zdravnikovo svobodo odločanja in njegovo odgovornost. Čeprav za naše bolnike storimo mnogo, lahko ob napredku znanosti storimo še več, predvsem pa bolje, upoštevaje, da velja zlasti kvaliteta njihovega življenja.

Literatura

1. Conley RR. Optimizing Treatment With Clozapine. J Clin Psychiatry 1998; 59 (suppl 3): 44 - 48.
2. Dernovsek Z, Tavcar R. Risperidone - induced leucopenia and neutropenia. Brit J Psychiatry 1997; 17: 393 -394.
3. Casey DE. Effects of Clozapine Therapy in Schizophrenic Individuals at Risk for Tardive Dyskinesia. J Clin Psychiatry 1998; 59 (suppl 3): 31 - 37.

MF. KOBAL