

Praktické aspekty elektrokonvulzívnej liečby na Slovensku

MUDr. Jozef Dragašek, PhD.

1. psychiatrická klinika UPJŠ LF a UNLP Košice

Ciele: Zhromaždiť a zhodnotiť údaje o praktickom využívaní elektrokonvulzívnej liečby na Slovensku.

Metóda: V súlade s realizovaným celonárodným prieskumom o využívaní elektrokonvulzívnej liečby (ECT) v Belgicku bol použitý rovnaký 30-položkový dotazník a rozoslaný všetkým pracoviskám na Slovensku, ktoré poskytujú ECT.

Výsledky: Najčastejšou z indikácií ECT bola depresia. 16 pracovísk (50 %) používa zastarané prístroje so sínusovou stimuláciou, bitemporálna stimulácia je preferovanou voľbou až na 93,8 % pracovísk. Pokračujúca ECT a ambulantná forma ECT sa využíva veľmi raritne.

Záver: Hoci je ECT liečba na Slovensku pomerne rozšírená, je v súvislosti s jej realizovaním priestor na zlepšovanie. Je potrebné zahrnúť ECT do systému kontinuálneho vzdelávania a pripraviť terapeutické postupy a odporúčania.

Kľúčové slová: elektrokonvulzívna liečba, prieskum, prístrojové vybavenie.

Practical aspects of electroconvulsive therapy in Slovakia

Objective: To review and describe the practice of electroconvulsive therapy in Slovakia.

Methods: A 30-item questionnaire according to Belgium nationwide survey on the practice of electroconvulsive therapy (ECT) was sent to all institutions providing ECT.

Results: The major indication for ECT was depression. 16 departments (50 %) used a sine wave device, bitemporal electrode placement was the preferred option in 93,8 % of all departments. Continuation ECT and outpatient ECT were very rarely used.

Conclusion: Although ECT is widely available in Slovakia, the practice of ECT is amenable for improvement, guidelines should be implemented and continuing education is needed.

Key words: electroconvulsive therapy, survey, device equipment.

Psychiatr. prax; 2010; 11 (5–6): 184–186

Úvod

Elektrokonvulzívna liečba sa s úspechom využíva v liečbe duševných porúch od roku 1938, keď Cerletti a Bini referovali o svojich skúsenostiach s liečbou tohto druhu, ktorú úspešne zaviedli do praxe. V našich podmienkach sa využíva od roku 1940, keď Matulay so Skotnickým zostrojili vlastný elektrokonvulzívny prístroj, využívali ho v terapii pacientov so schizofréniou a afektívnymi psychózami a prednášali o tejto novej terapeutickú metóde širokej odbornej verejnosti spolu s demonštráciami „šokov“ v rámci stretnutí Spolkov slovenských lekárov (7).

Elektrokonvulzívna liečba sa dnes považuje za najúčinnějšíu krátkodobú terapeutickú metódu v liečbe veľkej depresívnej poruchy (2, 9). Má viacero ďalších terapeutických indikácií, pri používaní v súlade s najnovšími poznatkami s využitím moderného technického vybavenia je bezpečnou a dobre tolerovanou formou liečby.

Materiál a metodika

V rokoch 2008 až 2010 sme do všetkých psychiatrických zariadení rôzneho typu (kliniky, oddelenia v nemocniciach, ústavy, samostatné primariáty) rozoslali 30-položkový dotazník o skúsenostiach s elektrokonvulzívou liečbou. Ako vzor sme po

súhlase autorov použili rovnaký dotazník využitý pri podobnom prieskume v Belgicku (10, 11). Použitie rovnakého dotazníka bolo plánované pre možnosť následného porovnávania výsledkov z iných krajín a ich administratívnymi jednotkami, zvlášť s tými (flámsky hovoriaca administratívna časť Belgicka – 5,9 milióna obyvateľov, francúzsky hovoriaca administratívna časť Belgicka – 4,4 milióna obyvateľov), ktoré majú porovnateľný počet obyvateľov ako Slovensko – 5,4 milióna obyvateľov.

Výsledky

Z 36 oslovených pracovísk alebo samostatných primariátov nevyplnili dotazník 3 pracoviská, pretože ECT nevyužívajú (2 pedopsychiatrické pracoviská, 1 liečebňa, kde nie je dostupný anestetológ). Podiel odovzdaných dotazníkov z pracovísk, ktoré ECT používajú (33 pracovísk) bol 90,7 % (32 pracovísk). 29 pracovísk odovzdalo dotazník v roku 2008 (3), zvyšné boli získané po opakovanej žiadosti v roku 2010. Časť výsledkov dotazníka je spracovaná v tabuľke 1.

Ako anestetikum pri ECT používa propofol 9 pracovísk, thiopental 28 pracovísk, z tohto počtu 5 pracovísk používa oba uvedené preparáty. 31 pracovísk využíva v rámci myorelaxácie sukcinylcholínjodid (96,9 %), 1 pracovisko využíva

iný typ svalového relaxans. 26 pracovísk má pre ECT vyhradenú špeciálnu miestnosť, 4 pracoviská realizujú liečbu priamo na izbe pacienta. K prebúdzaniu dochádza na 17-tich pracoviskách v mieste, kde sa realizuje liečba, 20 pracovísk používa aj špeciálnu, na to určenú miestnosť, na 7-mich pracoviskách je pacient prebúdzaný na vlastnej izbe. 50 % pracovísk má na realizovanie liečby špeciálne určený stredný zdravotný personál. Vývoj klinického stavu pacienta po ECT liečbe hodnotí 90,1 % pracovísk klinickým zhodnotením stavu, 6,3 % používa Hamiltonovu škálu depresie, 25 % používa CGI. Na jednom pracovisku sa používajú aj samohodnotiace škály (bližšie nešpecifikované). Väčšina pracovísk (90,6 %) využíva schému podávania ECT 3 x týždenne, niektoré využívajú schému 2 x týždenne, prípadne používajú obe schémy. Pokračujúcu ECT (trvajúcu do 6 mesiacov od začiatku liečby) nevyužíva vôbec 19 pracovísk, menej než 5 x mesačne používa túto liečbu 11 pracovísk (34,4 %), 2 pracoviská ju využívajú častejšie než 5 x mesačne. Udržiavaciu ECT (trvajúcu viac ako 6 mesiacov od začiatku liečby) poskytuje 10 pracovísk (31,3 %). Ambulantnú formu ECT poskytujú podľa výsledkov dotazníka celkovo 3 pracoviská. 50 % pracovísk už realizovalo ECT aj u osôb mladších ako 18 rokov. 84,4 % respondérov považuje vzde-

Tabuľka 1. Výsledky prieskumu o využívaní ECT na Slovensku

Počet liečebných kúr za mesiac (počet liečených pacientov)	N	%
0 – 4	10	31,25 %
5 – 9	5	15,625 %
10 – 19	2	6,25 %
20 – 29	2	6,25 %
30 – 39	4	12,5 %
40 – 49	1	3,125 %
viac než 50	4	12,5 %
viac než 75	4	12,5 %
Hlavné indikácie na jednotlivých pracoviskách v %		
psychotická forma depresie		34,3 %
nepsychotická forma depresie		12,0 %
mánia		16,7 %
psychóza (nie afektívna)		32,6 %
iné		4,4 %
Stimulačná dávka (viaceré možné odpovede)		
stále fixná dávka	4	12,5 %
dávka určená metódou polovičného veku	4	12,5 %
dávka určená metódou skutočného veku	21	65,6 %
titrácia dávky	6	18,8 %
inak	2	6,3 %
Rozloženie elektród (viaceré možné odpovede)		
bitemporálne	30	93,8 %
bifrontálne	5	15,6 %
unilaterálne vpravo	4	12,5 %
Počet „zámkrov“ v priebehu liečby u jedného pacienta (viaceré možné odpovede)		
pevne stanovený počet		43,75 %
príemerný počet za pracoviská pri pevne stanovenom počte	7,15	
pokiaľ sa nedosiahne remisia		34,4 %
pokiaľ sa nedosiahne zlepšenie		71,8 %
ECT prístroj, typ stimulu		
sínusový	16	50,0 %
krátkopulzný	15	46,9 %
neuveďené	1	3,1 %
Redukcia psychofarmakologickej liečby počas ECT (viaceré možné odpovede)		
žiadna	3	9,4 %
lítium	8	25,0 %
antikonvulzíva	24	75,0 %
benzodiazepíny	25	78,1 %
antipsychotiká	3	9,4 %
antidepresíva	2	6,3 %
Somatické vyšetrenia pred ECT		
klinické vyšetrenie (interné)	30	93,8 %
krvné vyšetrenie	31	96,9 %
EKG	31	96,9 %
RTG hrudníka	18	56,3 %
CT	6	18,8 %
NMR	0	0 %
EEG	5	15,6 %
zubné konzílium	1	3,1 %
denzitometria kostí	0	0 %
Monitoring terapeutической odpovede		
manžetovou metódou na členku	6	18,75 %
pomocou EEG	6	18,75 %
oboma metódami	0	0 %
žiadnou z týchto metód	20	62,5 %
Vyžadovanie informovaného súhlasu		
áno	27	84,4 %
nie	5	15,6 %

lávanie v ECT za nedostatočné, 16 (50 %) hodnotí ECT liečbu ako dostatočne využívanú.

Diskusia

Publikované výsledky odrážajú terapeutické postupy na slovenských pracoviskách prevažne z roku 2008. Počet zrealizovaných liečebných kúr závisí od veľkosti pracoviska, od terapeutických zvyklostí, ale aj prístrojového vybavenia. Pracoviská s novším prístrojovým vybavením zrealizujú viac ECT a ich zástupcovia považujú využívanie tejto liečby za dostatočné. Polovica pracovísk používa zastarané sínusové zariadenia, ktoré spôsobujú výraznejšie kognitívne nežiaduce účinky, zvlášť ak sa kombinujú s bitemporálnou stimuláciou. Napriek tomu, že postupne dochádza k modernizácii prístrojového vybavenia, je podiel pracovísk využívajúcich zastaraný typ stimulácie stále vysoký. S tým súvisí aj problém s titráciou podávanej dávky, liečba je nedostatočne prispôbená konkrétnemu pacientovi (8). Z výsledkov dotazníka vyplýva aj nedostatočné vzdelávanie v tejto oblasti, nedostatok vzdelávacieho materiálu pre personál a informačných materiálov pre pacientov, ako aj nedostupnosť terapeutických odporúčaní. To, že neexistuje špecializované vzdelávanie a nie sú dostupné národne platné terapeutické postupy, ktoré by zjednocovali postup pri aplikácii ECT, sa prejavuje aj v nedostatočnom monitorovaní terapeutической odpovede. Takýto postup môže pre pacienta znamenať vyššie riziko rozvoja nežiaducich účinkov, realizovanie abortívnych stimulácií, ktoré nemajú dostatočný terapeutický účinok, čo zvyšuje počet podávaných elektrokonvulzií, negatívne ovplyvňuje vnímanie terapeutického úspechu zo strany pacienta a tak ovplyvňuje postoj k tomuto druhu biologickej liečby (5). Vyšetrenie somatického stavu pacientov pred ECT sa na väčšine pracovísk realizuje na predpisanej úrovni, avšak redukcia psychofarmakologickej liečby (obzvlášť lítia, ktoré sa považuje v kombinácii s ECT za neutotoxické (1, 4)) sa nerealizuje v súlade s odporúčaniami (6) a najnovšími poznatkami vedy v tejto oblasti. V našich podmienkach je stále problematické realizovať pokračujúcu alebo udržiavaciu ECT, hlavne v ambulantných podmienkach. Pracoviská, ktoré realizujú tento typ liečby, tak robia prevažne v rámci parciálnych hospitalizácií v denných psychiatrických stacionároch. Priestor pre diskusiu vzniká tiež v súvislosti s vyžadovaním informovaného súhlasu. Hoci 84,4 % pracovísk takýto súhlas vyžaduje, z výsledkov dotazníka nie je zrejme, či súhlas s ECT je vyžadovaný samostatne pred celou sériou, pred každou kúrou, alebo je súčasťou „generálneho“ informovaného súhlasu pri prijatí pacienta

spolu s ďalšími navrhovanými terapeutickými postupmi.

Záver

Najčastejšou indikáciou ECT na Slovensku je depresia (tak psychotická, ako aj nepsychotická forma). Len 50 % zástupcov psychiatrických zariadení na Slovensku považuje túto liečebnú metódu za dostatočne využívanú. Chýbajú celonárodne platné odporúčané terapeutické postupy pri elektrokonvulzívnej liečbe, ktoré by stanovili štandardy liečby a zjednotili postup aplikácie tejto terapeutickéj metódy.

Podakovanie

Autor ďakuje všetkým kolegom, ktorí zodpovedali na otázky v dotazníku a tak umožnili zrealizovanie tohto prieskumu.

Literatúra

1. Bell AJ, Cole A, Eccleston D, Ferrier IN. Lithium neurotoxicity at normal therapeutic levels. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 689–692.
2. Brunoni AR, et al. Neuromodulation approaches for the treatment of major depression: challenges and recommendations from a working group meeting. *Arq Neuropsiquiatr*. 2010 Jun; 68(3): 433–51.
3. Dragašek J, et al. Practical issues of electroconvulsive therapy in Slovakia. In: *European Neuropsychopharmacology: the Journal of the European College of Neuropsychopharmacology* 2008; Vol. 18 (suppl. 4) p. S381.
4. Jha AK, Stein GS, Fenwick P. Negative interaction between lithium and electroconvulsive therapy—a case-control study. *Br J Psychiatry* 1996 Feb; 168(2): 241–3.
5. Kellner CH, et al. Electrode placement in electroconvulsive therapy (ECT): A review of the literature. *J ECT* 2010 Sep; 26(3): 175–80.
6. Kořínková V, Novotný V. Metodický list racionálnej farmakoterapie – 42. Racionálna liečba depresie. Metodický list Ústrednej komisie racionálnej farmakoterapie a liekovej politiky MZ SR. 2007; 11(3–4): 8 s.

7. Matulay K, Skotnický J. Liečenie duševných chorôb elektrickým šokom. Zvláštny odtlačok z časopisu "Slovenský lekár" 1941; III(10): 5 strán.
8. Peterchev AV, et al. Electroconvulsive therapy stimulus parameters: rethinking dosage. *J ECT* 2010 Sep; 26(3): 159–74.
9. Sackeim HA, et al. Effect of concomitant pharmacotherapy on electroconvulsive therapy outcomes: short-term efficacy and adverse effects. *Arch Gen Psychiatry* 2009 Jul; 66(7): 729–37.
10. Sienaert P, Dierick M, Degraeve G, Peuskens J. Electroconvulsive therapy in Belgium: a nationwide survey on the practice of electroconvulsive therapy. *J Affect Disord* 2006 Jan; 90(1): 67–71.
11. Sienaert P, Bouckaert F, Millo W, Peuskens J. Electroconvulsive therapy in Belgium: a questionnaire study on the practice of electroconvulsive therapy in Flanders and the Brussels Capital region. *J ECT* 2005 Mar; 21(1): 3–6.

MUDr. Jozef Dragašek, PhD.

1. psychiatrická klinika UPJŠ LF
a UNLP Košice
Trieda SNP 1, 040 11 Košice
jozef.dragasek@upjs.sk



Tlačová správa

Depotná forma olanzapínu bez doplatku a bez schvaľovania revíznym lekárom

Spoločnosť Eli Lilly priniesla v apríli pacientom na Slovensku nový liek pod obchodným názvom ZypAdhera. Tento nový liek je registrovaný na udržiavaciu liečbu schizofrenie. Ide o depotnú formu osvedčeného antipsychotika olanzapín (Zyprexa). ZypAdhera je určená pre dospelých schizofrénnych pacientov, ktorí majú problémy s pravidelným užívaním perorálnej antipsychotickej liečby a sú ohrození relapsom schizofrenie.

Od 1. júla majú pacienti na ZypAdheru nulový doplatok.

Od 1. októbra 2010 nie je potrebné schvaľovanie predpisania ZypAdhery revíznym lekárom. Táto povinnosť je zrušená na základe novej kategorizácie liekov Ministerstva zdravotníctva platnej od 1. októbra 2010.

Je známe, že non-adherencia k liečbe je u pacientov so schizofrénou veľmi častá. Skutočnosť, že títo pacienti často pravidelne neužívajú svoju perorálnu antipsychotickú liečbu, je významným dôvodom pre opakované relapsy ochorenia, hospitalizáciu a zhoršovanie psychického stavu pacientov. Lekár nemusí rozpoznať non-adherenciu, navyše non-adherenciu možno len ťažko objektivizovať. Relapsy ochorenia sa niekedy riešia zvyšovaním alebo úpravami dávok liekov, namiesto riešenia problému non-adherencie. Pri depotnej antipsychotickej liečbe má však lekár, pacient aj rodina pacienta istotu, že pacientove ochorenie je liečené. Prípadná non-adherencia pacienta sa prejaví okamžite keď sa pacient nedostaví na plánovanú aplikáciu lieku.

Perorálna forma olanzapínu pod obchodným názvom Zyprexa je na trhu už 11 rokov a používa sa na liečbu schizofrenie dospelých pacientov a na liečbu stredne ťažkých až ťažkých manických epizód, ako aj na prevenciu rekurencie u pacientov s bipolárnou poruchou, u ktorých liečba manickej epizódy olanzapínom bola účinná. Nový liek ZypAdhera, ktorý je na trhu od apríla, sa bude používať ako udržiavacia liečba u dospelých pacientov so schizofrénou. Je určený pacientom, ktorí sú už dostatočne stabilizovaní počas predchádzajúcej akútnej liečby perorálnym olanzapínom.

Každá injekčná liekovka obsahuje prášok palmoátu olanzapínu a rozpúšťadlo na prípravu injekčného roztoku s predĺženým, tzv. depotným uvoľňovaním. Liek sa aplikuje injekčne do svalu a odtiaľ sa účinná látka

pomaly uvoľňuje do krvného obehu z miesta vpichu a udržiava efektívnu hladinu lieku počas niekoľkých týždňov po podaní. Táto depotná forma je vhodná hlavne pre schizofrénnych pacientov, ktorí majú problémy s pravidelným každodenným užívaním perorálnej medicíny, a ktorí s touto formou liečby súhlasia. Pred podaním ZypAdhery by mal byť pacient stabilizovaný na perorálnom olanzapíne, aby sa zistila účinnosť a znášanlivosť tejto molekuly u daného pacienta. Liek ZypAdhera sa potom injekčne podáva každé dva alebo štyri týždne. Liek je viazaný na lekárske predpisy a aplikuje ho lekár alebo zdravotná sestra injekčne intramuskulárne.

Účinok ZypAdhery na psychotické príznaky nastupuje veľmi rýchlo – v štúdiách bol antipsychotický účinok viditeľný už v 1. týždni liečby. Nie je preto potrebné súbežne užívať perorálnu suplementačnú antipsychotickú medicínu. Počas liečby sa môže dávkovanie upravovať podľa individuálneho klinického stavu v rozmedzí od 150 mg do 300 mg každé 2 týždne alebo 300 až 405 mg každé 4 týždne.

Pri podávaní ZypAdhery do svalu dochádza asi v 0,07 % aplikácií (teda asi v 1 prípade z 1400 aplikácií) k takzvanému postinjekčnému syndrómu. Pri ňom dôjde k nechcenému preniknutiu olanzapínu zo svalu do krvného obehu. Tento stav obvykle začne do 1 hodiny, najneskôr však do 3 hodín od aplikácie injekcie a prejavuje sa podobnými príznakmi ako predávkovanie perorálnym olanzapínom – teda hlavne sedáciou a/alebo delíriom. Na zistenie bezpečnosti pacienta v prípade výskytu tejto vzácnej komplikácie je potrebné, aby pacienti zostali v zdravotníckom zariadení počas 3 hodín po aplikácii, a aby neodchádzali zo zdravotníckeho zariadenia sami.

ZypAdhera nebola systematicky hodnotená u starších pacientov, a preto sa neodporúča u pacientov nad 75 rokov, neodporúča sa používať u detí a mladistvých mladších ako 18 rokov. ZypAdhera sa nemá používať na liečbu pacientov so schizofrénou, ktorí sú v akútnom agitovanom alebo závažnom psychotickom stave, ktorý si vyžaduje okamžitú kontrolu príznakov.

Tlačová správa môže obsahovať aj obchodné informácie spoločnosti ELI LILLY ČR, s.r.o.