

Stažuotė ligoninėje, kurioje prasidėjo neuroleptikų era

Giedrius Gerulskis
Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė



Šių metų spalio pabaigoje Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė man suteikė galimybę tris savaites stažuoti Paryžiaus Šv. Onos ligoninėje (*Centre hospitalier Sainte-Anne*). Stažuotės tikslas buvo pagilinti žinias transkranijinės magnetinės stimuliacijos (TMS) srityje, įgauti daugiau patirties taikant šį metodą klinikinio, praktinio bei techninio požiūriu.



1. Šv. Onos ligoninė

Šv. Onos ligoninė – tai aukštos reputacijos Prancūzijos ligoninė, garsi savo istorija ir plačia veikla. Ligoninėje yra didžiulis neurologijos ir neurochirurgijos centras, kuriame teikiamos moderniausios neurologijos ir neurochirurgijos paslaugos. Ligoninės istorija prasideda

1650 m. – būtent tais metais Prancūzijos karaliaus Liudviko XIV motina karalienė Ana Austrietė (*Anne d'Autriche*) įsakė pastatyti Paryžiuje ligoninę ir pavadino ją Šv. Onos garbei. Pradžioje čia buvo izoliuojami maru sergantys ligoniai. Pasibaigus maro epidemijai buvo nuspręsta ligoninę paversti ferma – į ją buvo siunčiami dirbti tuometinės visuomenės atmosferos: asocialūs asmenys, prostitutės, sergantieji sifiliu, psichikos ligoniai. Tuo metu pastarieji buvo izoliuojami gretimoje Bisetro (*Bicêtre*) ligoninėje. Po Prancūzijos revoliucijos (1789-1794) tobulėjo mokslas, daugiau dėmesio atkreipta ir į psichikos ligas. 1838 m. buvo išleistas įstatymas kurti Prancūzijos departamentuose pamišėlių prieglaudas. 1863 m. Napoleonas III įsakė perstatyti tuometinius prieglaudas pastatus, ir juose buvo įkurta psichiatrijos ligoninė. Senos prefektas baronas Hausmanas, imperatoriui įsakius, perstatė Paryžių – pavertė jį miestu su plačiomis alėjomis ir aikštėmis, taip pat suprojektavo didingus ligoninės pastatus. Istoriskai ši ligoninė psichiatrijoje garsi tuo, kad būtent joje ir prasidėjo neuroleptikų era – čia 1952 m. pirmą kartą išbandytas chlorpromazinas. Lygiagrečiai ligoninėje vystantis neurochirurgijai, 1947 m. buvo atrastas stereotaksinės neurochirurgijos principas, iki šiol plačiai taikomas neurochirurgijoje. Anksčiau čia buvo atliekamos ir lobotomijos operacijos psichikos ligoniams. Su neurochirurgų pagalba rezistentiškiems gydymui psichiatrijos pacientams čia taiko-

mi ir giluminės smegenų stimuliacijos gydymo metodai, todėl į ligoninę siunčiami sunkiausi pacientai ne tik iš ligoninės aptarnaujamų zonos, bet ir iš kitų Prancūzijos departamentų.

Ligoninė yra pietinio Paryžiaus 14-ajame rajone, jos teritorija didžiulė, užima 60 ha plotą. Čia išsibarstę senoviniai ir modernūs pastatai, plyti gražūs parkai. Ligoninėje yra 7 suaugusiųjų psichiatrijos sektoriai, 2 vaikų ir paauglių sektoriai. Nuo praėjusio amžiaus 7-ojo dešimtmečio visi psichiatrijos skyriai Prancūzijoje yra mišrūs. Pasak vietos psichiatrų, tokiuose skyriuose žymiai sumažėjo agresyvių pacientų, tačiau neišvengiama nepageidaujama nėštumų, nors skyriuose dirba gausus ir kvalifikuotas slaugos personalas.

Psichiatrijos sektoriai pagal teritorinį padalijimą aptarnauja pietinę Paryžiaus dalį. Yra universitetinis sektorius, kuriam vadovauja profesorius Jean Pierre Olie. Skyrius aptarnauja vieną Paryžiaus rajoną, taip pat į jį siunčiami pacientai, kuriems reikalingi konsiliumai diagnozei patikslinti. Skyriuje taip pat organizuojami tobulinimosi kursai gydytojams, yra rezidentūros bazė, mokymo bazė 5-tojo Paryžiaus universiteto medicinos ir psichologijos studentams; yra priklausomybės ligų sektorius, specializuotas sektorius pacientams su valgymo sutrikimais, depresijomis ir savižudiškais ketinimais.



Yra keli dienos stacionarai, regioninis ambulatorinis skyrius – panašus į mūsų psichikos sveikatos centrus, ten vadinamas medicinos ir psichologiniu centru.

Psichiatrijos sektoriai dideli, išsikūrę atskiruose trijų arba keturių aukštų pastatuose. Sektoriuose yra specializuoti stacionariniai skyriai po 50-60 lovų, krizių intervencijos skyrius, po atskirą dienos stacionarą, psichoterapijos skyrius. Kiekvienas sektorius turi po keletą vietų socialinio būsto programoje, į jas po stacionarinio gydymo gali būti siunčiami pacientai siekiant gerinti jų savarankiškumą, psichosocialinius įgūdžius. Ši programa gali trukti nuo kelių mėnesių iki kelių metų.

Stažavau klinikinės neurofiziologijos skyriuje. Skyrius nedidelis, panašus į Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninės (RVPL) Elektrofiziologinių tyrimų skyrių. Čia užrašomos EEG, atliekami sukeltųjų potencialų tyrimai, yra ir epileptologijos centras. Skyriuje taip pat atliekama TMS. Procedūrą atlieka gydytojai neurologai-neurofiziologai ir jiems pavaldūs medicinos biologai. Pacientus transkranijinei stimuliacijai atsiunčia ligoninės psichiatrijos sektoriai, taip pat ambulatoriniai centrai. Atliekamos ir palaikomosios TMS procedūros ambulatoriniams pacientams, kuriems po sėkmingo gydymo TMS įvyksta atkrytis.

Turėjau progą dalyvauti bendrojoje vizitacijoje universitetinio sektoriaus uždareme poskyryje, kuriame ligoniniai gydomi prievarta. Skyrius mišrus, 19-os lovų. Įdomu tai, kad guldant pacientą priverstinai Prancūzijoje nereikia kreiptis į teismą. Reikalingas tik ligonio artimojo ar policijos raštas ir galiausiai – parašas priėmimo skyriaus gydytojo, kuris įvertina, ar tokia hospitalizacija yra pagrįsta. Pietų Prancūzijos Provanso regione priverstinę hospitalizaciją nustato merijos. Uždareme skyriuje gydomi pacientai su įvairiausia psichikos patologija, daugiausia – psichozėmis. Pagerėjus psichikos būklei pacientai perkeliama į kitame aukšte esantį atvirą skyrių. Gydymo stacionare trukmė nėra apribota terminais – vidutiniškai pacientai gydomi apie 6-9 mėn., o kartais ir apie metus, įskaitant gydymą dienos stacionare ir dalyvavimą socialinio būsto programoje. Vėliau pacientų gydymu aktyviai rūpinasi ambulatoriniai psichiatrijos centrai, kuriuose gerai išvystyta socialinė pagalba. Centrų funkcijos – užtikrinti, kad pacientai nenutrauktų palaikomojo gydymo, juose taikomos įvairios psichosocialinės reabilitacijos programos siekiant, kiek įmanoma, pagerinti pacientų socialinę readaptaciją ir funkcionavimą.

Kalbant apie vaistus, psichoziniai pacientai Šv. Onos ligoninėje gydomi daugiausia atipiniais neuroleptikais.

Klasikiniai neuroleptikai skiriami tik išskirtiniais atvejais, ir tai tik keli (psichomotorinio susijaudinimo atveju naudojamas chlorpromazinas ar haloperidolis). Kad valstybė turtinga (Prancūzija skiria sveikatos apsaugai 10,6 proc. nuo BVP ir pagal tai yra trečia valstybė Europos Sąjungoje po Švedijos ir Olandijos, tuo tarpu Lietuva skiria vos 5,2 proc. ir yra trečia valstybė ES nuo galo – 2005 m. duomenys) galima įsitikinti ir tuo, kad 80 proc. psichozinių pacientų palaikomajam gydymui gauna *Rispolept Constanta*. Įdomu tai, kad Prancūzijoje kvetiapienas nenaudojamas, nes nebuvo registruotas.

2. Kaip pasikeitė TMS taikymas RVPL po stažuotės Prancūzijoje

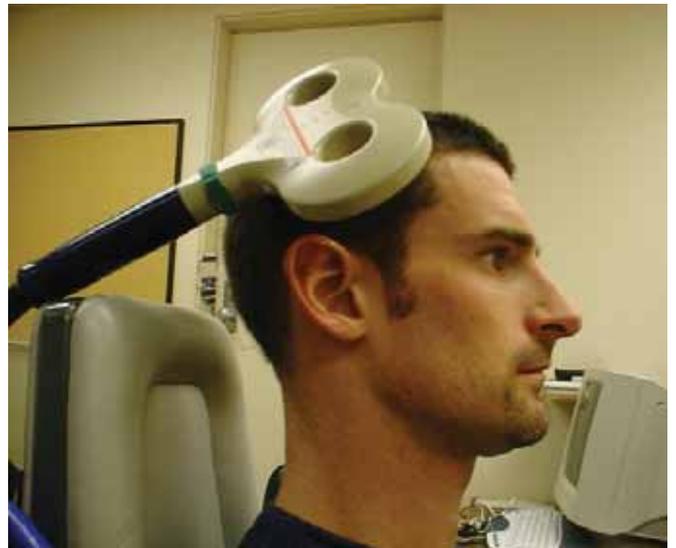
Stažuotė man buvo naudinga tuo, kad įgautą patirtį jau pradėjau diegti RVPL, taikydamas TMS psichikos pacientams gydyti. Paryžiuje buvau labai maloniai priimtas, man buvo suteiktos sąlygos dalyvauti TMS procedūrose ir pačiam jas taikyti, pagilinti praktinius įgūdžius, gilintis į klinikinius šio gydymo metodo ypatumus. Buvo sudarytos sąlygos Paryžiaus regione susitikti su keletu psichiatrų, kurie yra geri TMS specialistai. Iš jų gavau daug naudingos aktualios informacijos, literatūros šaltinių nuorodų. Parvežiau efektyvių TMS gydymo protokolų, kurie taikomi Šv. Onos ligoninėje. Juos įdiegėme mūsų ligoninėje.

TMS mūsų ligoninėje pradėta taikyti 2009 m. balandžio mėn. Tai saugus, neinvazinis metodas, efektyvus gydant rezistentiškus afektinius sutrikimus ir klausos haliucinacijas sergant šizofrenija. Pagal šias indikacijas TMS RVPL buvo taikytas apie 10 pacientų, todėl apie gydymo efektyvumą kalbėti dar anksti. Prieš gydant TMS pacientą būtina paruošti. Kad būtų išvengta galimų komplikacijų, atliekami kraujo, šlapimo tyrimai, konsultuoja okulistas, stomatologas, terapeutas.

Pritaikant mano patirtį, įgytą stažuotės Prancūzijoje metu, mūsų ligoninėje jau pakoreguotas TMS taikymo reglamentas. Į jį papildomai įtraukėme EEG tyrimą ruošiant pacientą TMS procedūrai (kad būtų pašalinta epilepsijos priepuolių rizika); išplėtėme TMS indikacijų sąrašą. Po stažuotės TMS pradėjome taikyti ne tik rezistentiškų depresijos, manijos sindromų, klausos haliucinacijų sergant paranoidine šizofrenija gydymui, bet ir negatyvių šizofrenijos simptomų, taip pat rezistentiško obsesinio-kompulsinio sindromo, skausminio sindromo gydymui.

Šiuo metu nagrinėjama galimybė įdiegti palaikomosios TMS procedūros reglamentą, panašų kaip palaikomosios elektroimpulsinės terapijos (EIT), nes po efektyvaus gydymo TMS, kaip ir gydant EIT, neišvengiama ligos atkryčių. Kaip teko matyti Prancūzijoje, pacientams, kuriems po sėkmingo gydymo TMS įvyksta atkrytis, taikoma palaikomoji TMS. 6 mėn. kas mėnesį atliekamos 3-5 TMS procedūros ir pasiekama stabili ligos remisija. Taigi ir mūsų ligoninėje ketiname sukurti sąlygas priimti ambulatorinius pacientus palaikomajai TMS.

Dažnai mūsų praktikoje kyla klausimas, ką rinktis gydant rezistentiškus sindromus: EIT ar TMS. Remiantis literatūroje pateiktais klinikiniais tyrimais, gydant rezistentiškas depresijas be psichozės simptomų nustatyta, kad TMS yra lygiai taip pat veiksminga kaip ir EIT. Gydymo efektyvumas yra maždaug 60 proc. visų pacientų. Taip pat TMS, kaip ir EIT, turi panašų terapinį efektą gydant



rezistentiškas klausos haliucinacijas pacientams, sergantiems šizofrenija.

TMS pranašumas prieš EIT yra tas, kad TMS praktiškai nesukelia šalutinių reiškinių, procedūrai nereikalinga narkozė, tuo tarpu EIT gana dažnai sukelia kognityvinius sutrikimus, pati procedūra sudėtingesnė, reikalinga bendroji nejautra, pacientai ir jų artimieji procedūrą dažnai suvokia kaip grėsmingą, neretai nuo jos atsisako. TMS pacientams procedūra atrodo visiškai nebaisi ir yra gerai toleruojama.

Remiantis naujausia literatūra ir stažuotėje įgyta patirtimi, įvertinant TMS ir EIT naudą bei riziką gydant rezistentiškas depresines būsenas be psichozės simptomų ir rezistentiškas klausos haliucinacijas sergant šizofrenija, pirmiausia turi būti pasirenkama TMS, o ne EIT. Taigi norėčiau, mieli kolegos, paraginti jus aktyviau siųsti tokius pacientus transkranijinei magnetinei stimuliacijai. Tuo tarpu EIT yra žymiai efektyvesnė už TMS gydant rezistentiškas depresijas, kai yra psichozės simptomų, gydant rezistentišką kliesdinę simptomatiką, todėl šiuo atveju reikėtų rinktis EIT.