

Петар НАСТОВ  
Драгослав КОПАЧЕВ

## МЕДИКАМЕНТОЗЕН ТРЕТМАН НА МЕНТАЛНО РЕТАРДИРАНИТЕ ДЕЦА СО ПРИДРУЖНИ МАНИФЕСТАЦИИ

Во рамките на една општа и сеопфатна тераписка програма на ментално ретардираните деца, медикаментозната терапија сè уште има значителна улога, која често пати се преценува, но заедно со другите тераписки процедури, уште долго време ќе има свое место.

Ментално ретардираните деца се најчестата категорија на хендикепираност, а нивниот третман е најважен дел во нашиот целокупен ангажман со нив. Раната возраст на пациентите и суптилната проблематика (ментален развој) бараат во третманот да се применува ригорозна научна логика, што претпоставува дека фармакотерапијата мора да се заснова врз сите постулати на современата наука.

Нашето практично искуство се темели врз долгогодишното работење со оваа проблематика и со оваа категорија деца. На приложените табели се прикажани регистрираните деца со ментална ретардација по возраст (Таб. 1) и децата медикаментозно третирани, според придружните состојби и дијагнози (Таб. 2), за последните пет години (1991/95) во Заводот за ментално здравје на деца и младинци во Скопје.

Според констатираните состојби, јасно се гледа дека постои потреба за користење широк дијапазон лекаарства, претежно за симптоматско дејствување врз самата ретардација и врз нејзините придружни манифестации, какви што се растројствата во однесувањето, потоа различни други психопатолошки растројства имплантирани врз ретардацијата, како и други паралелни заболувања.

Таб. 1

возраст	бр. на пациенти (годишно)	%	бр. на пациенти (за три години)	%
до 1 год.	66	7	323	34
1 - 2 год.	131	14		
2 - 3 год.	126	13		
3 - 4 год.	155	17	615	66
4 - 5 год.	216	23		
5 - 6 год.	244	26		
<b>вкупно</b>	<b>938</b>	<b>100</b>	<b>938</b>	<b>100</b>

Таб. 2

<i>дијагноза</i>	<i>регистрирани случаи</i>	<i>лекувани случаи</i>	<i>лекувани случаи (%)</i>
<i>ретардацио психомоторика</i>	313	273	87
<i>Р.П. со психоза</i>	10	10	100
<i>Р.П. со др. емоц. проблеми</i>	295	248	84
<i>Р.П. со неврол. испади</i>	149	64	43
<i>Р.П. со епилепсија</i>	118	114	97
<i>Р.П. со енцефалопатија</i>	53	18	34
<i>вкупно</i>	938	727	77

Сепак, во поглед на суштинскиот третман на менталната ретардација, се чини дека сè уште медицината не може да каже дефинитивен збор, а многу употребуваната медикаментозна терапија, за жал, не ги исполни очекувањата, освен можеби кај определени форми што настанале како последица на некои хормонални растројства, кога е можна супституциона хормонална терапија (на пр. хипотиреозата), или при определени метаболни растројства како што е фенилкетонуријата, кога можат да се применат специјални диети. Затоа, терапевската перспектива на менталната ретардација не може да биде куративата туку, нејзината превентивна насоченост.

### **Психофармаци**

Најчесто користени лекови во третманот на менталната ретардација во детската возраст се психофармаколошките препарати, поради потребноста и единствено ефикасно симптоматско дејствување.

При постоење на потешки ментални растројства или друг изразит психомоторен немир со еретична возбуда, потоа при постоење на авто или хетероагресивност, доаѓаат предвид психофармаци од групата на невролептици. Во почетокот беа актуелни претежно базичните, нископотентни, седативни невролептици-хлорпромазинот, левомепромазинот и промазинот, Денес сè повеќе се препорачуваат неседативните, високопотентни невролептици-халоперодолот, флуфеназинот, перициазинот и тиоридазинот. До скоро најомилен беше тиоридазинот, поради наводно предизвикување најмалку несакани ефекти, но сега веќе не е, бидејќи е докажано неговото влијание во снижувањето на конвулзивниот праг. Базичните невролептици сè повеќе

ги избегнуваме поради седативниот ефект, што ги компромитира когнитивните функции и учењето кај ментално ретардираните деца, каде што и без тоа тие се оштетени.

Децата се непредвидливи со своето реагирање на лековите. Посебно треба да се води сметка при појавата на несакани ефекти, кои создаваат забуна околу интерпретацијата на симптомите, како и за дозирањето на лековите. Во развојниот период не може да се применуваат однапред определени и “сигурни” дози, туку само рамковни вредности, кои преку “титрирање” можат да се стават во оптимални граници. Во нашето практично работење, ние сме биле во ситуации да ординираме и големи дози на високодиференцирани лекарства, но секогаш тоа било под строга контрола на искусен терапевт, во строго индицирани случаи и во строго ограничен временски период, па за вообичаен третман не се препорачуваат.

Состојбите на невротичност кај овие деца ги третираме со анксиолитична и транквилизантна терапија. Анксиолитиците од бензодиазепинскиот ред (дијазепам, медазепам, нитразепам, бромазепам и др.) се препишуваат многу често, поради брзиот анксиолитичен, миорелаксантен и седативен ефект. Сепак, треба да се биде внимателен со нив, пред сè, поради можноста за развој на толеранција и предизвикување зависност. Овие својства ги немаат небензодиазепинските анксиолитици, но тие не се препорачуваат на пациенти под 18 години. Засега најмногу би одговарал дифенхидраминот, кој изгледа дека може да ги замени дијазепамските препарати, без да ги манифестира нивните несакани ефекти.

Треба да споменеме уште еден психофармак, кој често го користиме кај оваа категорија деца и кој редовно ни е достапен, а тоа е сулпиридот, во производство на “Алкалоид” под името Еглонил. Се работи за оригинален синтетичен препарат, како според хемиската структура, така и по фармакодинамските својства и терапевски ефекти. Дејството му е специфично, нема седативен ефект, не прави депресивен učinok на свеста како повеќето други психофармаци, туку поседува тимо-аналептично, дезинхибиторно и елективно анксиолитично дејство, со што предизвикува позитивен učinok во однесувањето на децата, потврдено и со нашето долгогодишно искуство во користењето на овој препарат. Ако го ординираме во големи дози (Тбл. “Форте”) има карактер на невротептик со антипсихотично дејство.

На крајот би произлегле некои општи правила за практична употреба на психофармаците:

- Ако детето е мало или се работи за полесни растројства, лекови во принцип не се применуваат или се даваат ретко, како помошни средства. Ако сепак се неопходни, се даваат во мали дози (транзиторни проблеми во прилагодувањето, невротски реакции, па и нервози);
- При тешки растројства, на пр. при психози, лекови се неопходни, прво заради смирување на немирот, потоа за ублажување на симптомите, но и поради потребата од продолжено лекување.

Од сето ова произлегува дека иако психофармакотерапијата наголемо се применува во детската возраст, оправданоста за тоа, како и нејзиниот тераписки ефект, сè уште предизвикуваат контраверзни научни интерпретации.

### **Психостимуланси**

Во врска со обидите за директно дејствување врз менталната ретардација, односно за поттикнување на интелектуалните функции, може да се каже дека последниве години се произведуваат сè нови и нови препарати, како активатори на церебралниот метаболизам. Иако поранешните многу употребувани препарати на глутаминската киселина, церебролизинот, гаманеуронот и други не ги исполнија очекувањата, постојано се појавуваат и препорачуваат нови и сè поскапи “лекови” од оваа група, произведени од реномирани светски фирми, па изгледа дека ремето на фирмата е единствената гаранција за маркетингот на овие препарати, а не нивниот тераписки ефект. За жал, сè уште не е евидентирана нивната “тераписка” улога и не е докажано подобрување на ретардацијата по препорачаниот третман.

### **Витамини**

Лекувањето со витамини, исто така, претставува важно подрачје во терапијата на менталната ретардација. Тие се користат скоро во сите шеми на медикаментозниот третман на овие состојби.

Во последниве години на пазарот се нудат витамини од наводно чисти природни состојци и во многу поголеми дози (мега дози), кои се одликуваат, според упатствата, со постепенa и непрекината ресорпција, по нивната перорална примена (timed release). Посебно се препорачуваат таканаречените комплексни витамински препарати, во кои наводно научно е востановена најповолната пропорција на витамините, збогатени уште со минерали и олигоелементи во “оптимален” меѓусебен однос.

Сепак, и во најновите научни студии во однос на витаминотерапијата ги потврдуваат класичните ставови дека оправдана примена на витамините е само при потребата за обезбедување на дневните барања на организмот (растење и сл.); при хиповитаминози (неадекватна исхрана, нарушена ресорпција) и при лекување на некои патолошки состојби. Ова се однесува само на К и D витамините (хипопротромбинско крвавење, рахит).

Употребата на витамините за терапија на други состојби и болести, надвор од овие рамки може да се смета за полипрагазија и “витаминомија”. Отсуството на токсичност кај поголемиот број витамини и комерцијалните мотиви доведоа до нивна распространета примена, а дејствувањето многу автори го споредуваат со обичен placebo ефект.

## Антиепилептици

Епилепсијата е сигурно најчеста придружната болест на менталната ретардација. Нејзиното лекување претставува мошне сериозен и тежок проблем, пред сè, поради долготрајноста, потребата за строга редовност во земањето на лекови, редовни контроли заради следење на болеста и ограничувањата на некои активности во секојдневниот живот, што особено тешко им паѓа на децата од предучилишна возраст.

Сакаме да истакнеме некои важни забелешки, што треба да се имаат предвид во текот на долготрајното лекување.

- Првиот проблем е сврзан со започнувањето на антиепилептичната терапија. Во согласност со сознанието дека еден епилептичен напад не значи и епилепсија, сметаме дека по првиот напад не е потребно започнување со лекувањето, освен во некои исклучителни случаи.
- Времето на лекување е долготрајно и зависи од клиничката состојба на пациентот, како и од другите резултати, особено од електроенцефалографските, компјутерски и други дополнителни наоди. Општо прифатениот став и ние го почитуваме дека доколку поминале три до пет години од последниот напад, а ЕЕГ резултатите не покажуваат веќе позначајни специфични промени, може да се оди на постепено прекинување со терапијата (секако тоа да не се совпадне со “критичните периоди” во развојот, на пр. пубертет и сл.).
- Основно начело во лекувањето треба да биде употребата на само еден лек (монотерапија). Ако се установи дека дадениот лек не ги дава очекуваните ефекти, иако е постигната горна граница на терапевска концентрација во серумот, постепено треба да се замени со друг. Давањето истовремено на повеќе антиепилептици (политерапија) или комбинирање на антиепилептиците со други лекови, претставува можност за појава на додатни проблеми. Треба да се земе предвид дека при секое додавање на друг лек, концентрацијата на антиепилептикот може да се зголеми или намали. Тука немаме можност за исцрпна обработка на меѓусебното дејство на различни лекови, па целта ни е само да предупредиме на можноста дека комбинирањето на лекови може да ја покачи или да ја снижи концентрацијата на антиепилептикот. Ризикот е толку поголем, колку што е поголем бројот на лековите што се комбинираат, па и ова е една од причините, зошто монотерапијата се преферира во медикаментозниот третман на епилепсијата.
- При секое започнување на лекување со определен антиепилептик или при неговата евентуална замена со друг, лековите треба да се воведуваат многу полека и внимателно, а дозите да се зголемуваат постепено. Ако се појават непожелни ефекти, дозата не се зголемува. Прекинувањето на терапијата се спроведува по истиот принцип на постепеност и внимателност!

- При определувањето на бројот на дневните дози, треба да се земе предвид времето на полураспаѓање на секој одделен лек. Така на пример фенобарбитонот и дифетоинот имаат подолго време на полураспаѓање и можат да се ординираат поретко (еднаш до два пати дневно), а карбамазепинот и натриум валпроатот се со пократко време и затоа се ординираат три до четири пати дневно.
- Концентрацијата на лекот во серум пред сè, се определува при постоење на знаци за труење со лекот, потоа кога тој не е ефикасен иако се зема во потребни количини, а особено при состојби на статус епилептикус.

Земајќи го предвид ставот на значителен број современи автори, како и нашето релативно богато искуство со оваа проблематика, треба да се издвојат два медикаменти што се најпогодни за употреба-карбамазепинот и натриум валпроатот. Тие не само што имаат позитивен ефект врз основното заболување, туку имаат и благотворно дејство во регулирањето на целокупното однесување на овие деца, без да дејствуваат компромитирачки врз нивното внимание. По повеќегодишни истражувања и клиничка практика, карбамазепинот (кај нас познат под името Епиал, од фабриката “Алкалоид”), стана антиепилептик број еден, особено во детската возраст. Тоа се должи на неговата лесна подносливост, отсуство на седативно дејство и непредизвикување непријатни придружни појави. Помалку е токсичен од многу други антиепилептици, а ефикасен е во монотерапијата во над 75 % од случаите, кај кои е индициран и ординиран. Посебна предност има со своето психотропно дејство врз расположението, паметењето и интелектуалното функционирање на детето.

Лекарот, што ја презема одговорноста да лекува епилептично ретардирано дете, треба да знае дека ја презема одговорноста и за лекување на целото негово семејство. Затоа личноста и ставот на лекарот треба, со своите интервенции, да дејствуваат смирувачки и сугестивно, за родителите да ја сфатат болеста сериозно, но без драматизации. Основно е да се создадат услови целото семејство да остане во рамнотежа, состојбата на детето да не го нарушува нормалниот ритам на семејниот живот, бидејќи престанокот на нападите, односно излекувањето на епилепсијата не може да биде целосно, ако остане нарушена психичката рамнотежа на детето или на целото семејство.

### **Заклучок**

На крајот треба да истакнеме дека медикаментозното лекување на менталната ретардација и нејзините придружни манифестации во развојниот период, не се доволни да ги разрешат проблемите целосно. Тоа не може на пример да ги изгради и да ги оформи објектните односи, ниту да го измени начинот на меѓусебното влијание на детето со околината. Лекот не може да ги изградува или да ги менува обрасците на однесување, моралните норми, ставовите кон себе и кон другите, ниту битно да ги унапреди сознајните

процеси, па ни да ги зголеми интелектуалните способности. Може да се очекува лекот да ублажи некои симптоми и да помогне при воспоставувањето односи меѓу детето и околината, но не и да изгради такви односи. Лекот овозможува вознемирението, претерано агресивни и хиперкинетски деца да бидат смирени и да се задржат во семејството, или во групата на предучилишната установа, да се спречи нивното издвојување и да се создадат услови за започнување на сеопфатен план за лекување, кој секако би обезбедил многу поповолен исход од лекувањето.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Dulcan MK: Psychopharmacology in childhood and adolescence. *Psychiatr. Ann.* 1985; 15:64.
2. Fontana MJ: A multidisciplinary approach to the treatment of child abuse. *Pediatrics* 1976; 57:760.
3. Group for the Advancement of Psychiatry: The process of child Therapy. Brunner / Mazel, 1982.
4. Kaplan, CR: Pediatric psychopharmacology. In: The practitioner's Guide to Psychoactive Drugs. Bassuk EL, Gelenberg AJ (editors). Plenum Press, 1983.
5. McDaniel KD: Pharmacologic treatment of psychiatric and neuro-developmental disorders in children and adolescents. (2 parts). *Clin. pediatr.* 1986; 25:66.
6. Rickels K. Benzodiazepines in emotional disorders. In: Smith D. E. Wesson D. R. eds. *The Benzodiazepines*. Lancaster: MTP Press, 1985.
7. Greenblatt D. J. Benzodiazepines in clinical practice. New York: Raven Press, 1974.
8. Edwards J. G. Adverse effects of anti-anxiety drugs. *Drugs* 1981; 22: 495-514.
9. Wittenborn JR. Effects of benzodiazepines on psychomotor performance. *Br. J. Clin. Pharmac.* 1979; 7: 61S-67S.
10. Hall C. W. Zisook S. Paradoxical reactions to benzodiazepines. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 1981; 11: 99S-104S.
11. Hyman SE, Arana GW. *Handbook of psychiatric drug therapy*. Boston: Little Brown, 1987.
12. Dam M., Adverse reactions to antiepileptic drugs (textbook of epilepsy, Churchill, Edinburgh, 1982.
13. Glaser GH (cit. Woodbury DM et al., *Antiepileptic drugs*, Raven, N. York, 1972.
14. Jeavons PM, Clark JE, Maheswary MC, Treatment of generalized epilepsies of childhood and adolescence with sodium valproate. *Devel. Med. Child Neurology*, 19, 9, 1977.
15. Richens A, *Clinical pharmacology and medical treatment (Textbook of epilepsy, Churchill, Edinburgh, 1982).*
16. Dichens A, *Clinical pharmacokinetics of phenytoin, Clin. Pharmacokinetics*, 4, 153, 1979.
17. Sillanpaa M, Pynnonen S, Laippala P, Sako E, Carbamazepine in the treatment of partial epileptic seizures in infants and young children: a preliminary study, *Epilepsia*, 20, 563, 1979.
18. Kriegstein AR. The pathogenesis of epilepsy: relevance to therapy, *Curr. Opin. in Neurol.* 1, 200, 1988.
19. Vining EPG, Mellits E et al. Psychologic and behavioral effects of antiepileptic drugs in children: A double-blind comparison between phenobarbital and valproic acid, *Pediatrics*, 80, 165, 1987.

*Petar NASTOV*  
*Dragoslav KOPACEV*

## **REMEDIAL TREATMENT OF MENTALLY RETARDED CHILDREN WITH ACCOMPANIED MANIFESTATIONS**

In the frame work of a general and wholly therapeutic program, that is necessary for treatment of mentally retarded children, the remedial therapy i. e. medical treatment has jet its important role, very often estimated according the possibilities in this field, but in the frame work of all the other therapeutic procedures will have its own place for a long time further on.

The most used is psychopharmaco therapy, which is used as necessary, for symptomatic activities, very often in the sphere of behavior or different implanted psychopathological disorders of mentally retarded children. The priority is given to the non sedative high potential neuroleptocytes. The group of basic sedative low potential neuroleptocytes should be avoid, because of the shown sedation, which has an negative influence towards the cognition and learning, which are already damaged in mentally retarded children.

We treat conditions of neurotic of these children with "anksiolitici" and "tranklizeri". We should be very cautions using these drugs from the group of "benzodiazemini", because of the possibility of development of tolerance and possible dependency.

According to the direct remedial actions under the retardation i. e. the attempts to improve them with different cerebral stimulate and vitamin preparations, there are different and opposite opinions for their benefit and justification. From one point of view there is a statement that these preparations are necessary in the frame of complete treatment of mentally retarded children, from another point of view there are statements that unluckily prove that there is still no evidence of their therapeutic effectiveness.

We have paid more attention to the problem of antiepileptic therapy, which according to our notices, has indications for very frequent usage because the epileptic manifestations are the most accompanied symptomatology t. e. parallel disease of mentally retarded children. Remedial treatment of this disease is very serious and severe problem, that is why we have pointed out some important , practical notes that one should have on mind in the long term treatment.

In the general pharmacotherapy the classic rule still exist :accurate medicine in due time, and exact dose". The drug accurate remedy should have proved therapeutic action without growing worst of the disease and not being harmful for the patient's health.

It is very important and is needed to know that in the growth age, with the remedial therapy, it is not enough if we want to improve the patient's condition only to cure him or to reduce the symptoms, but at the same time to provide optimal conditions for growth, development and maturation.

Medicine, according to the treatment of this problem according to its capabilities, can tell the real state, that is why the therapeutic future of the mentally retardation is not the cure but giving directions to the preventive procedures, before all the encephalopathithes and early detection of every risk cases, for preventive and in due time intervention.