

Perazyna: dla kogo i kiedy? Możliwości zastosowania leku w codziennej praktyce psychiatrycznej

Perazine – for whom and when? Possible uses of the drug
in everyday psychiatric practice

prof. WMCM UKSW; dr hab. n. med. Anna Antosik-Wójcińska

Katedra Psychiatrii, Wydział Medyczny, Collegium Medicum,
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

Kierownik: prof. WMCM UKSW, dr hab. n. med. Anna Antosik-Wójcińska

WSTĘP

Perazyna jest piperazynową pochodną fenotiazyny o działaniu neuroleptycznym. Jej wpływ wynika przede wszystkim z oddziaływania hamującego układu dopaminergicznego – blokowania receptorów postsynaptycznych oraz hamowania uwalniania i wychwytu neuronalnego dopaminy. Przeciwpyschotyczne działanie perazyny związane jest z oddziaływaniem na receptory D_2 , co w efekcie powoduje zmniejszenie nasilenia objawów wytwórczych. Perazyna powoduje również rozluźnienie mięśni szkieletowych oraz ma słabe działanie przeciwhistaminowe.

W badaniu Jaremy i wsp. dokonano analizy opinii praktykujących, wybranych losowo polskich psychiatrów na temat leków stosowanych w pierwszym epizodzie schizofrenii. Wykazano, że postrzegają oni perazynę jako lek bezpieczny i skuteczny we wszystkich postaciach zaburzeń psychotycznych [1]. W porównaniu z innymi lekami klasycznymi perazyna powoduje mniej objawów pozapiramidowych

i znacznie słabszą sedację oraz można ją elastycznie dawkować oraz stosować indywidualny dobór dawek [2, 3].

W ostatnich kilkunastu latach klasyczne leki przeciwpsychotyczne zastępowane są lekami przeciwpsychotycznymi II generacji, które postrzegane są jako bezpieczniejsze i lepiej tolerowane [3–5]. Podejście to jest zgodne z międzynarodowymi rekomendacjami, według których pierwszym wyborem w leczeniu schizofrenii jest zawsze atypowy lek przeciwpsychotyczny [6]. Stosując neuroleptyki II generacji, powinniśmy pamiętać, że chociaż są one bezpieczniejsze, to jednak nie są całkowicie pozbawione działań niepożądanych. Trzeba także mieć na uwadze, że tolerancja leczenia jest w dużej mierze kwestią indywidualną, dlatego powinno ono być dostosowane do preferencji i oczekiwań danego pacjenta oraz uwzględniać inne zaburzenia i objawy współwystępujące, a także wcześniejsze odpowiedzi terapeutyczne i działania niepożądane [2, 3]. Bywa, że argumentem staje się również (niestety) aspekt finansowy, który chociaż nie powinien mieć przy doborze leczenia kluczowego znaczenia, to jednak często decyduje o tym, czy pacjenta stać będzie na kontynuację terapii lekiem przeciwpsychotycznym. Wszystkie te aspekty są ważne i wszystkie powinny być uwzględnione w procesie decyzyjnym.

W artykule przedstawiono trzy przypadki kliniczne obrazujące różne zastosowania perazyzny. W pierwszym przypadku poprawę kliniczną u pacjenta uzyskano dopiero po powrocie do terapii perazyzną stosowanej w przeszłości, mimo wcześniejszego leczenia atypowymi lekami przeciwpsychotycznymi, w tym preparatami LAI (*long-acting injectable*). Zastosowane leczenie cechowało się dobrą tolerancją i pełną akceptacją ze strony pacjenta.

Drugi przypadek pokazuje, w jaki sposób zastosowanie perazyzny może stanowić uzupełnienie leczenia neuroleptykiem II generacji.

Trzeci przypadek potwierdza, że kilkunastoletnie stosowanie perazyzny może być skuteczne i dobrze tolerowane, bez występowania nawrotów objawów chorobowych, przy pełnej akceptacji terapii przez pacjenta.

PRZYPADEK PIERWSZY

Pacjent 64-letni, leczony z powodu schizofrenii paranoidalnej od ponad 40 lat. W wywiadzie kilkanaście hospitalizacji psychiatrycznych. Był leczony zarówno klasycznymi lekami przeciwpsychotycznymi, jak i lekami atypowymi. Pacjent miał ambiwalentny stosunek do potrzeby leczenia psychiatrycznego mimo prowadzonych przez wiele lat oddziaływań psychoedukacyjnych oraz pobytów na od-

działach dziennych psychiatrycznych oraz oddziale rehabilitacji psychiatrycznej – nadal prezentuje jedynie częściowy wgląd chorobowy. W ostatnich 2 latach próbowano leczenia neuroleptykami w formie LAI, jednak w przypadku każdego z zastosowanych leków (olanzapina, paliperydon, rysperydon, aripiprazol) sytuacja wyglądała podobnie – po pierwszej iniekcji i podaniu leku w formie domięśniowej o przedłużonym uwalnianiu pacjent nie zgłaszał się na kolejną iniekcję. Chory trafił pod opiekę zespołu leczenia środowiskowego. Podczas pierwszego spotkania był negatywnie nastawiony do kolejnej próby włączenia farmakoterapii. W momencie wizyty miał objawy wytwórcze o nasileniu umiarkowanym, głównie omamy słuchowe komentujące, widoczne były deficyty dotyczące funkcjonowania. Pacjent był apatyczny, praktycznie nie podejmował interakcji społecznych, dom opuszczał rzadko, wychodził jedynie do sklepu lub apteki. Mieszkanie chorego było dosyć zaniedbane, z powodu nasilonych objawów chorobowych miał on również problemy z wykonywaniem podstawowych czynności higienicznych. W zespole początkowo rozważano powrót do terapii neuroleptykami w formie LAI, jednak reakcja pacjenta przy poruszeniu tego tematu była bardzo gwałtowna. Stwierdził on, że czuł się przymuszany do iniekcji, których nie akceptował i których się obawiał. Pomimo prób wyjaśnienia choremu zalet takiej formy terapii wyrażał on nieprzerwanie swój brak akceptacji dla takiej formy leczenia, obawy o swoje bezpieczeństwo oraz obawę, że substancja będzie cały czas utrzymywać się w jego organizmie i „nie jest on już panem własnego ciała”. Próba dalszej rozmowy na ten temat zakończyła się wyrzuceniem członków zespołu za drzwi. Podczas kolejnego spotkania zespół podkreślił, że nic nie dzieje się wbrew woli pacjenta i celem wizyty jest jedynie rozmowa o jego samopoczuciu na przestrzeni lat, gdy był leczony. Stwierdzenie to uspokoiło nieco pacjenta i zgodził się on na rozmowę. Udało się nawiązać kontakt terapeutyczny i ustalić, że w ciągu ponad 40 lat chorowania jedyny okres, gdy bez przerw i samodzielnych modyfikacji dawek chory przyjmował lek przeciwpsychoetyczny, dotyczył leczenia perazylną. Leczenie to zostało decyzją lekarza przerwane po niemal 17 latach (w tym czasie miała miejsce tylko jedna hospitalizacja psychiatryczna!), gdyż „są nowsze leki”. Podczas wdrażanych później terapii lekami atypowymi obserwowano rozliczne działania niepożądane oraz systematycznie pogarszała się współpraca z pacjentem. Podczas leczenia olanzapiną wystąpił znaczny przyrost masy ciała, przy terapii rysperydonem pojawiły się obrzęki kończyn dolnych i wypadanie włosów, w trakcie przyjmowania aripiprazolu doszło do nasilonych akatyzi, podobnie jak po włączeniu lurazydonu (w tym przypadku dodatkowo pojawiły się nudności). Terapie te były na przestrzeni lat przerywane przez

pacjenta i ponownie wdrażane, zwykle w warunkach szpitalnych, gdy pacjent był hospitalizowany z powodu kolejnego zaostrzenia objawów psychiatrycznych. Pomimo stosowania różnych skojarzeń lekowych i opisywanej w wypisach szpitalnych poprawy objawowej nie była obserwowana rzeczywista poprawa funkcjonowania. W ciągu kilkunastu lat od odstawienia perazyny pacjent był hospitalizowany 18 razy. W tym czasie następowały też wielokrotne zmiany lekarza prowadzącego w poradni zdrowia psychicznego, co przekładało się na brak zaufania chorego do nowych osób, które w jego opinii były „niedoświadczone i nie rozumiały jego chorowania”. Pacjent na wizyty przez niemal 20 lat zgłaszał się wraz z matką, która pełniła nad nim opiekę i wspierała go w jego chorobie, jednak matka zmarła 7 lat temu.

Po zebraniu szczegółowego wywiadu i ustaleniu, które elementy w leczeniu przeciwpsychotycznym budzą największy opór i niepokój, zaproponowano pacjentowi powrót do niegdyś skutecznego i dobrze tolerowanego leczenia perazyną. Kluczowym argumentem przemawiającym za wyborem perazyny było dla pacjenta to, że lek będzie krótko utrzymywał się w organizmie, będzie przyjmowany kilka razy dziennie, tym samym przyjęcie kolejnej dawki będzie decyzją chorego. Nic nie wydarzy się bez jego woli i współpracy. Pacjent przystał na tę propozycję. Nie bez znaczenia był dla niego również aspekt finansowy oraz to, że lek jest w pełni refundowany.

Wdrożono leczenie perazyną, początkowo w dawce 50 mg/24 h w dawkach podzielonych, podczas kolejnych wizyt zwiększano ją do 300 mg/24 h. Współpraca z pacjentem była dobra, deklarował on regularne przyjmowanie zaleconego leku. Z wizyty na wizytę obserwowana była również wyraźna poprawa kliniczna, zarówno w odniesieniu do niemal całkowitego ustąpienia objawów wytwórczych, jak i funkcjonowania. Pacjent zaczął rozmawiać z sąsiadem, częściej wychodził do sklepu. Z pomocą siostry zaczął sprzątać mieszkanie. Bardziej dbał również o higienę. W ciągu pół roku leczenia perazyną nie zaobserwowano nawrotu objawów. Utrzymuje się poprawa kliniczna. Pacjent przyjmuje lek regularnie, akceptuje tę formę leczenia.

Komentarz

Przedstawiony przypadek kliniczny dobrze obrazuje rolę współpracy z chorym w leczeniu oraz rozumienia i akceptacji przez niego stosowanych metod terapeutycznych. Obrazuje również, że czasem lepsze jest wrogiem dobrego. Tak właśnie stało się w przypadku tego pacjenta. Mimo ewidentnie dobrej odpowiedzi klinicz-

nej (brak objawów wytwórczych, skuteczność w zapobieganiu nawrotom, przez 17 lat tylko jedna hospitalizacja psychiatryczna) oraz dobrej tolerancji perazylna została odstawiata, a na jej miejsce były włączane kolejne leki nowej generacji, które jednak nie były przez pacjenta tak dobrze tolerowane. Działania niepożądane tych leków były powodem przerywania leczenia przez pacjenta, co skutkowało kolejnymi hospitalizacjami psychiatrycznymi. W rozumieniu formalnym sytuacja spełniała przesłanki do tego, by stwierdzić „uporczywy brak współpracy”. Przez „udokumentowany uporczywy brak współpracy” chorego w leczeniu należy rozumieć długotrwałe (trwające co najmniej 4 tygodnie) i utrzymujące się mimo prób zmiany postępowania chorego, co najmniej jedno z poniższych:

1. Niestosowanie się chorego do zaleceń lekarza w przedmiocie przyjmowania leku w zaleconej dawce i w zalecony sposób; przez zalecenia lekarza rozumie się poinformowanie chorego o konieczności i sposobie leczenia (czyli wyboru leku, jego dawkowania i formy podawania leku).
2. Stosowanie leków i ich dawek niezgodnych z zaleceniem lekarza.
3. Dokonywanie w przyjmowaniu leków przerw, które nie są zalecane przez lekarza ani uzasadnione medycznie.
4. Niezgłaszanie się na kolejne wizyty do lekarza, gdy powoduje to niezalecane zmiany w przyjmowaniu leków [7].

W tej sytuacji próby stosowania leków w formie LAI pozornie miały szanse na powodzenie.

Podstawowe warunki, które muszą być spełnione przy wyborze leczenia LAI, to [7]:

1. Konieczność stosowania leczenia przeciwpsychotycznego.
2. Przewidywany długi okres leczenia.
3. Konieczność poprawy współpracy chorego w leczeniu.

Leki o przedłużonym działaniu zapewniają stabilne stężenie substancji czynnej w organizmie, co teoretycznie powinno przełożyć się na większą skuteczność leczenia. Uważa się, że wahania stężenia leku nie sprzyjają utrzymaniu długotrwałej poprawy klinicznej, a więc zwiększają ryzyko pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, w tym nawrotu psychozy lub ryzyka hospitalizacji, zwiększają ryzyko występowania uciążliwych dla chorego działań niepożądanych [6, 7]. W tym przypadku obserwowana była jednak sytuacja odwrotna. Zastosowanie LAI budziło u pacjenta opór i była to forma przez niego nieakceptowana. To, co mogłoby być zaletą LAI – czyli długie utrzymywanie się leku w organizmie i brak konieczności pamiętania

przez pacjenta o przyjęciu kolejnej tabletki – tutaj stało się wadą, gdyż pozbawiło pacjenta sprawczości i możliwości decydowania. Dodatkowo pominięto tak istotny aspekt jak działania niepożądane. W tym przypadku najbardziej nieakceptowanym przez pacjenta objawem, który był obecny podczas terapii wszystkimi atypowymi lekami przeciwpsychotycznymi, były akatyzje. To działanie niepożądane nie występowało w trakcie terapii perazyną.

Wdrożone postępowanie terapeutyczne miało na celu zbudowanie przymierza terapeutycznego, ustalenie wspólnych celów leczenia oraz tego, co dla pacjenta jest kluczowe, co jest akceptowalne, a co nie. Na tej podstawie udało się uzyskać informację, że leczenie perazyną było przez niego dobrze tolerowane, było w przeszłości skuteczne, a to z kolei dało pacjentowi gotowość do ponownego jego włączenia. Strategia okazała się skuteczna, a uzyskana poprawa kliniczna stanowi dowód nie tylko na skuteczność przeciwpsychotyczną perazyny, lecz także na wagę współpracy z pacjentem, jego nastawienia do leczenia i zaufania wobec prowadzonej farmakoterapii.

PRZYPADEK DRUGI

Pacjent 37-letni, po raz pierwszy hospitalizowany psychiatrycznie z rozpoznaniem zespołu paranoidalnego. Przy przyjęciu silne pobudzenie psychoruchowe, liczne treści urojeniowe, głównie prześladowcze i ksobne, omamy słuchowe o charakterze głosów komentujących oraz omamy imperatywne.

Pacjent otyły (masa ciała 110 kg), z zespołem metabolicznym. Tuż przed hospitalizacją próba leczenia ambulatoryjnego rysperydonem – przy dawce 5 mg/24 h obserwowano obrzęki kończyn dolnych i nasilone objawy pozapiramidowe, bez wymiernej poprawy w zakresie objawów wytwórczych. Lek odstawiono. W szpitalu włączono arypiprazol i osiągnięto dawkę 30 mg/24 h. W początkowym okresie leczenia, przed uzyskaniem efektu terapeutycznego leczenia arypiprazolem, usiłowano stosować benzodiazepiny, jednak nie uzyskano poprawy. Obserwowano nasilenie pobudzenia (reakcja paradoksalna). Po dołączeniu perazyny w dawce zwiększanej od 50 mg/24 h do 150 mg/24 h w dwóch dawkach podzielonych obserwowano ustąpienie pobudzenia psychoruchowego, pacjent stał się wyraźnie spokojniejszy, przestał prezentować zachowania agresywne. Leczenie arypiprazolem 30 mg/24 h i perazyną 150 mg/24 h utrzymano przez kolejne 2 tygodnie, a potem zredukowano do dawki perazyny 100 mg/noc.

Komentarz

Warto w tym miejscu odnieść się do publikacji Kiejny i wsp., którzy wśród lekarzy praktyków przeprowadzili badanie metodą delficką [2]. W badaniu tym perazyna została oceniona przez lekarzy praktyków jako lek relatywnie dobrze tolerowany, niewywołujący wielu działań niepożądanych ani niewymagający częstego monitorowania. Podkreślono też, że lekarze oceniają perazynę jako lek zapewniający dobrą współpracę z pacjentem w procesie leczenia dzięki skuteczności przeciwpsychotycznej i przeciwlękowej [2]. Tak korzystna ocena jest godna podkreślenia, szczególnie w perspektywie aktualnych wytycznych dotyczących monitorowania terapii lekami przeciwpsychotycznymi II generacji [7]. Perazyna w Polsce nadal stanowi ważny lek w terapii ostrych stanów psychotycznych, a także pierwszego epizodu schizofrenii, mimo refundacji leków przeciwpsychotycznych II generacji w tych wskazaniach [2, 3]. Perazyna w opinii lekarzy także powinna być obecna we współczesnej farmakoterapii schizofrenii jako lek wspomagający terapię lekami przeciwpsychotycznymi II generacji [2].

Wskazania do leczenia perazyną obejmują większość zaburzeń psychotycznych z towarzyszącymi objawami pobudzenia psychoruchowego, manii i urojeń [2]. Lekarze poza wymienionymi wskazaniami wysoko ocenili użyteczność perazyny także w wielu innych zastosowaniach *off-label*, w tym w zaburzeniach organicznych, zaburzeniach zachowania u osób z niepełnosprawnością intelektualną, uzależnieniach (psychozy ponarkotykowe, halucynoza alkoholowa). Zwraca się uwagę na użyteczność perazyny zarówno w mono-, jak i w politerapii, i to niezależnie od wieku pacjenta.

Warto w tym miejscu odnieść się również do możliwości jej zastosowania w stanach pobudzenia psychoruchowego w przebiegu schizofrenii, szczególnie u osób starszych. Choć zastosowanie perazyny w tej populacji wymaga ostrożności i dostosowania (zmniejszenia) dawki, to z uwagi na fakt, że populacja osób w wieku podeszłym cechuje się pod względem klinicznym inną wrażliwością na neuroleptyki, często już początkowe, niewielkie dawki perazyny (25–50 mg) mogą wywołać w tej grupie tak pożądane w sytuacji niepokoju i pobudzenia psychoruchowego uspokojenie.

Zachowania agresywne i impulsywne, a także wiele objawów określanых mianem „neuropsychiatrycznych” mogą również często występować w przebiegu nabytych zaburzeń mózgowia i zmian organicznych [8]. Często współistnieją one z objawami psychotycznymi, stąd zapewne wysoka skuteczność neuroleptyków w tym wskazaniu.

Oficjalne wytyczne dotyczące dawkowania perazyliny wskazują, że u osób dorosłych dawka ambulatoryjna wynosi ok. 300 mg/24 h, szpitalna 200–600 mg/24 h, maksymalna 800–1000 mg/24 h, natomiast w leczeniu przewlekłym 75–300 mg/24 h. Respondenci stwierdzili, że małe dawki perazyliny są skuteczne w leczeniu zaburzeń lękowych. Dawka do 100 mg/24 h ma zastosowanie w zaburzeniach lękowych i zaburzeniach snu. Dawki przeciwpsychotyczne w ostrych stanach wahają się między 500 mg a 600 mg na dobę, a w leczeniu przewlekłym 300–500 mg/24 h. Lekarze podkreślili wygodę dawkowania leku dzięki tabletkom 25 mg i 100 mg dającym możliwość elastycznego doboru dawki i jej zwiększania w trakcie terapii.

PRZYPADEK TRZECI

52-letni pacjent zgłosił się na wizytę psychiatryczną w celu skonsultowania prawidłowości aktualnie prowadzonego leczenia przeciwpsychotycznego. W przeszłości był 3-krotnie hospitalizowany psychiatrycznie, od lat jest leczony z powodu schizofrenii paranoidalnej. Na początkowym etapie choroby leczony był haloperydolem, potem rysperydonem, a od ponad 15 lat przyjmuje perazyne w dawce 300 mg/24 h. Od 15 lat w remisji, bez nawrotu objawów psychotycznych, bez obserwowanych działań niepożądanych, tolerancja leczenia dobra. Zgłosił się na konsultację na skutek sugestii rodziny, że są nowsze leki przeciwpsychotyczne i leczenie powinno być zmienione. Sam pacjent swój stan psychiczny określał jako dobry, pracuje jako dozorca, dobrze funkcjonuje w rodzinie, radzi sobie bezproblemowo z codziennymi obowiązkami, śpi dobrze, objawów psychotycznych nie ujawnia. Podczas wizyty pogodny, w nastroju wyrównanym. Przeprowadzono rozmowę psychoedukacyjną, podczas której ustalono, że nie ma wskazań do modyfikacji leczenia przeciwpsychotycznego. Pacjent decyzję tę przyjął z ulgą, przyznał, że obawiał się zmian, jednak nie wiedział, jak odnieść się do sugestii rodziny, że „leki czasem trzeba zmieniać na nowsze”.

Komentarz

Leczenie przeciwpsychotyczne uznajemy za optymalne, gdy powoduje ono ustąpienie objawów chorobowych i jest dobrze tolerowane przez pacjenta. Dokładnie tak było u opisanego pacjenta, leczonego perazyną długoterminowo z dobrymi skutecznością i tolerancją. Lepsze czasem bywa wrogiem dobrego i próby modyfikacji dobrze dobranego leczenia tylko po to, aby zastosować lek nowszej generacji, wydają się nie tylko niezasadne, lecz także ryzykowne i potencjalnie szkodliwe dla

pacjenta. Opisany przypadek pokazuje, że terapia perazyiną może być dobrze tolerowana i prowadzić do poprawy stanu psychicznego, a u przytoczonego pacjenta doprowadziła nawet do całkowitej remisji.

PODSTAWOWE INFORMACJE O PERAZYINIE

Początkowo stosuje się od 50 do 100 mg na dobę, w dalszym etapie leczenia stopniowo zwiększa się dawkę do 300 mg lub 600 mg na dobę w dawkach podzielonych [9]. Maksymalna dawka lecznicza wynosi 800 mg/24 h w dawkach podzielonych. Dawka podtrzymująca wynosi od 75 mg do 300 mg na dobę [9]. Leczenie pacjentów ambulatoryjnych należy rozpocząć od najmniejszych skutecznych dawek, a następnie zwiększać aż do uzyskania pożądanej reakcji na leczenie.

Dawki przeciwpyschotyczne w ostrych stanach wahają się między 500 mg a 600 mg na dobę, a w leczeniu przewlekłym wynoszą 300–500 mg/24 h [2, 3].

W niewydolności nerek nie ma konieczności zmiany dawkowania perazyiny. Natomiast u pacjentów z zaburzeniami czynności wątroby wskazane jest zmniejszenie dawek.

Pacjenci w podeszłym wieku powinni otrzymywać zmniejszone dawki. Zaleca się u nich stosowanie połowy dawki dla dorosłych.

Perazyina jest szybko wchłaniana z przewodu pokarmowego i osiąga maksymalne stężenie w osoczu 2–4 h od podania. Lek wiąże się w 95–98% z białkami osocza. Przenika barierę krew–mózg i osiąga wyższe stężenie w mózgu niż w osoczu.

PODSUMOWANIE

W ostatnich kilkunastu latach perazyina została w dużej mierze zapomniana i wyparta przez inne, nowsze leki. W artykule zaprezentowano sytuacje kliniczne, w których zastosowanie perazyiny może być dla pacjenta korzystniejsze niż wdrożenie innych strategii terapeutycznych. Przedstawione opisy przypadków nie wyczerpują możliwych zastosowań leku. Ich celem było wskazanie, że lek ten wciąż może mieć swoje miejsce we współczesnej farmakoterapii, a gdy stosowany jest właściwie, w określonych wskazaniach i sytuacjach klinicznych i jego dawka jest podwyższana w sposób rozważny, wówczas nadal może zapewnić skuteczne i bezpieczne leczenie przeciwpyschotyczne.

STRESZCZENIE

Perazyna to piperazynowa pochodna fenotiazyny o zrównoważonym profilu działania klinicznego. Perazyna zaliczana jest do neuroleptyków klasycznych, jednak w porównaniu z innymi lekami z tej grupy zdecydowanie rzadziej wywołuje ona działania niepożądane ze strony układów pozapiramidowego i autonomicznego oraz wywołuje mniejszą sedację. Od czasu wprowadzenia na rynek atypowych leków przeciwpsychotycznych klasyczne leki przeciwpsychotyczne są rzadziej stosowane. W artykule przedstawiono przypadki pacjentów, u których dopiero zastosowanie perazyny przyniosło oczekiwaną poprawę kliniczną. Na tej podstawie opracowano podsumowanie najważniejszych informacji dotyczących perazyny, wskazując sytuacje kliniczne, w których zastosowanie tego leku może przynieść wymierne korzyści.

Słowa kluczowe: perazyna, lek przeciwpsychotyczny, neuroleptyk

ABSTRACT

Perazine is a piperazine derivative of phenothiazine with a balanced clinical profile. Perazine is classified as a classic neuroleptic, but compared to other drugs in this class, it significantly less frequently causes side effects related to the extrapyramidal and autonomic nervous systems and induces less sedation. Since the introduction of atypical antipsychotics to the market, classic antipsychotics have been rarely used. This article presents case reports of patients who achieved clinical improvement only after using perazine. Based on this information, a summary of the most important information regarding perazine was developed, indicating clinical situations where its use can provide measurable clinical benefits.

Key words: perazine, antipsychotic, neuroleptic

PIŚMIENNICTWO

1. Jarema M, Meder J, Araszkiwicz A et al. Leki przeciwpsychotyczne w praktyce lekarza psychiatry. Leczenie pierwszego epizodu schizofrenii. *Psychiatr Pol.* 2008; 42(6): 841-58.
2. Adamowski T, Kiejna A. Opinie lekarzy dotyczące perazyny w leczeniu zaburzeń psychicznych – wyniki badania metodą delficką. *Psychiatr Pol.* 2012; 46(6): 985-93.
3. Kiejna A. Perazyna w leczeniu zaburzeń psychotycznych – przegląd badań. *Psychiatr Pol.* 2010; 44(3): 427-34.
4. Prah P, Petersen I, Nazareth I et al. National changes in oral antipsychotic treatment for people with schizophrenia in primary care between 1998 and 2007 in the United Kingdom. *Pharmacoepid Drug Saf.* 2012; 21(2): 161-9.
5. Schulte PF, Bogers JP, Steenhoek A. First generation versus second generation antipsychotics: little benefit in the real world. *Tijdschr Psychiatr.* 2010; 52(3): 181-90.
6. Jarema M. Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych. Wydanie III. Via Medica, Gdańsk 2022.
7. Jarema M, Wichniak A, Dudek D et al. Wskazówki do stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji o przedłużonym działaniu. *Psychiatr Pol.* 2015; 49(2): 225-41.
8. Bidzan L, Grabowski J, Dudczak B et al. Porównanie kwasu walproinowego i neuroleptyków klasycznych w terapii objawów neuropsychiatrycznych towarzyszących uszkodzeniom CUN. *Psychogeriatría Polska.* 2010; 7(1): 1-10.
9. Charakterystyka Produktu Leczniczego. Perazin.

Adres autora:

prof. WCM UKSW; dr hab. n. med. Anna Antosik-Wójcińska

Katedra Psychiatrii, Wydział Medyczny, Collegium Medicum,

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

00-774 Warszawa, ul. Dolna 42