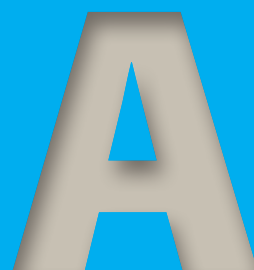


Psychiatrie pro praxi

2020

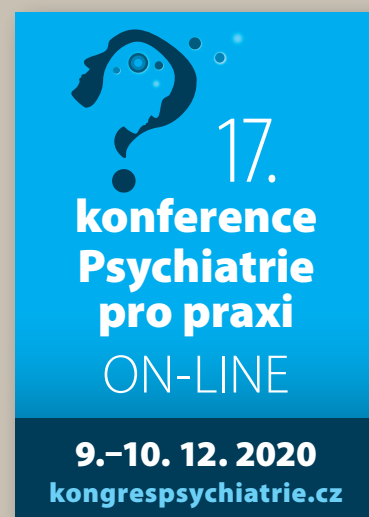


www.solen.cz | www.psychiatriepropraxi.cz | ISSN 1803-5914 | Ročník 20 | 2020

ABSTRAKTA

17. konference ambulantních psychiatrů

On-line: 9.–10. prosince 2020



Pořadatel: Společnost SOLEN, s.r.o.,
a časopis Psychiatrie pro praxi

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

NOVINKA**PRVNÍ ATYPICKÉ ANTIPSYCHOTIKUM
SCHVÁLENÉ AGENTUROU EMA PRO LÉČBU
ADOLESCENTNÍCH PACIENTŮ OD 13 DO 17 LET
S DIAGNÓZOU SCHIZOFRENIE²**

LÉČÍME MYSL, RESPEKTUJEME TĚLO

ÚČINNOST NA SCHIZOFRENIÍ S MINIMÁLNÍM DOPADEM NA METABOLISMUS¹

Zkrácená informace o přípravku Latuda

S: Lurasidonum 18,6 mg, 37,2 mg, 74,5 mg v 1 potahované tabletě. **I:** Léčba schizofrenie

u dospělých a dospívajících ve věku 13 let a starších. **D:** Doporučená počáteční dávka je 37 mg lurasidonu jednou denně s jídlem.

Není zapotřebí žádná titrace úvodní dávky. Přípravek je účinný v rozsahu dávek 37 až 148 mg jednou denně u dospělých a 37 až 74 mg jednou denně u dospívajících.

Zvýšení dávky musí být založeno na úsudku lékaře a klinickou odpověď je nutné sledovat. Maximální denní dávka 148 mg u dospělých a 74 mg u dospívajících. U pacientů se středně těžkou a těžkou poruchou funkce ledvin a jater je doporučena úprava dávky. **KI:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Souběžné podávání silných inhibitorů a induktorů CYP3A4. **ZU:** Ke zlepšení klinického stavu může dojít za několik dnů až několik týdnů. Pacienty je během tohoto období nutné pečlivě sledovat. Používejte opatrně u starších osob s demencí, které mají rizikové faktory pro výskyt cévní mozkové příhody. Pokud jsou antipsychotika předepsána pacientům s Parkinsonovou chorobou, mohou vyvolat skryté příznaky parkinsonismu. V případě známek neuroleptického maligního syndromu je nutné lurasidon vysadit. Jestliže se objeví známky a příznaky tardivní dyskineze, je třeba zvážit přerušení podávání lurasidonu. Byl zaznamenán zvýšený výskyt EPS po léčbě lurasidonom v porovnání s placebem. Lurasidon je nutné používat s opatrností u pacientů, kteří mají v anamnéze epileptické záchvaty nebo jiná onemocnění, jež potenciálně snižují práh vzniku záchvatů; kardiovaskulární poruchy; ortostatickou hypotenzi; diabetes a rizikové faktory pro něj a zvýšení tělesné hmotnosti. Lurasidon zvyšuje hladiny prolaktinu. Před a během léčby lurasidonom by měly být rozpoznány rizikové faktory pro žilní tromboembolismus a uplatněna preventivní opatření. U pacientů s prodlouženým intervalem QT, hypokalemií v rodinné anamnéze a při současném užívání s jinými léčivými přípravky, o nichž je známo, že mohou mít vliv na prodloužení QT intervalu, je zapotřebí užívat lurasidon s opatrností. Je nutné pečlivě sledování vysoce rizikových pacientů k sebevraždě. Během léčby lurasidonom je zapotřebí vyhnout se grapefruitové šťávě. Současné podávání Latudy a dalších serotonergních látek, jako jsou buprenorfin/opioidy, IMAO, SSRI, SNRI nebo tricyklická antidepresiva, může vést k potenciálně život ohrožujícímu serotoninovému syndromu. Pokud je souběžná léčba jinými serotonergními látkami klinicky odůvodněná, doporučuje se pečlivě sledování pacienta, zejména během zahájení léčby a zvyšování dávek. **IT:** Používat s opatrností v kombinaci s dalšími léčivými přípravky ovlivňujícími centrální nervovou soustavu, alkoholem a léčivými přípravky prodloužujícími interval QT. Inhibitory P-gp a BCRP mohou zvýšit expozici působení lurasidonu, lurasidon je inhibitor P-gp a BCRP. Pokud je lurasidon podáván se slabými nebo středně silnými induktory CYP3A4, je třeba monitorovat účinnost lurasidonu a v případě potřeby upravit dávkování. **TL:** Lurasidon nemá být během těhotenství užíván, pokud to není nezbytně nutné. U kojících žen, které užívají lurasidon, je třeba zvážit, zda potenciální přínos léčby ospravedlňuje potenciální riziko pro dítě. **NÚ:** Dospělí: Velmi časté NÚ: ($\geq 1/10$) Akatizie, somnolence. Časté NÚ: ($\geq 1/100$ až $< 1/10$) Hypersenzitivita, zvýšená tělesná hmotnost, insomnie, agitovanost, úzkost, anxieta, neklid, parkinsonismus, závratě, dystonie, dyskineze, nauzea, zvracení, dyspepsie, nadměrná sekrece slin, sucho v ústech, bolest v epigastriu, břišní diskomfort, vyrážka, pruritus, muskuloskeletální ztuhlost, zvýšení kreatinfosfokinázy v krvi, zvýšení kreatininu v séru, únava. Dospívající: Velmi časté NÚ: Akatizie, bolest hlavy, somnolence, nauzea. Časté NÚ: Hyperprolaktinémie, snížená/zvýšená chuť k jídlu, abnormální sny, agitovanost, úzkost, deprese, insomnie, psychotické poruchy, schizofrenie, napětí, poruchy pozornosti, závratě, dyskineze, dystonie, parkinsonismus, tachykardie, zácpa, sucho v ústech, nadměrná sekrece slin, zvracení, hyperhidróza, rigidita svalů, erektilní dysfunkce, astenie, únava, podrážděnost, zvýšení hladiny kreatinfosfokinázy v krvi, zvýšení C-reaktivního proteinu, snížení/zvýšení tělesné hmotnosti. Méně časté, vzácné NÚ a NÚ, kde frekvence není známa viz SPC. **B:** Tablety 28 x 18,5 mg, 28 x 37 mg, 28 x 74 mg. Držitel registračního rozhodnutí: Aziende Chimiche Riunite Angelini Francesco – ACRAF. S.p.A., Itálie. Datum poslední revize textu SPC: 25. 8. 2020. Latuda 18,5 mg je vázána na lékařský předpis a není hrazena zdravotními pojišťovnami. Latuda 37 mg a 74 mg jsou vázány na lékařský předpis a jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Seznamte se, prosím, se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).

1. Harvey PD. (2015). "The clinical utility of Lurasidone in schizophrenia: patient considerations." Neuropsychiatric disease and treatment 11: 1103-1109. 2. SPC přípravku Latuda.

PROGRAM / středa 9. prosince 2020

13.00–13.05 ÚVODNÍ SLOVO

prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

13.05–14.10 GERONTOPSYCHIATRIE

Odborná garantka: doc. MUDr. Martina Zvěřová, Ph.D.

- Jsou inhibitory cholinesteráz vhodné pro každého pacienta s Alzheimerovou nemocí? – doc. PharmDr. Jana Hroudová, Ph.D.
- Delirium – závažný a podceňovaný problém – doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc.
- Novinky v léčbě a výzkumu Alzheimerovy nemoci – doc. MUDr. Martina Zvěřová, Ph.D.

14.10–14.15 PŘESTÁVKA

14.15–15.15 *Satelitní sympozium společnosti Angelini Pharma Česká republika s.r.o.* OD TEORIE K PRAXI – CESTA ORIGINÁLNÍHO TRAZODONU

- Trittico in major depression: clinical overview – O. Univ. Prof. Dr. h. c. mult. Dr. med. Siegfried Kasper
- Postavení léku Trittico v léčbě deprese – MUDr. Sylva Racková, Ph.D.

15.15–15.40 PŘESTÁVKA

15.40–17.10 NOVINKY V TERAPII PSYCHOTICKÝCH PORUCH

Odborná garantka: prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

- Mikrobiom a schizofrenie – prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.
- Zánět a psychotické poruchy – MUDr. Kryštof Kantor
- Možnosti stimulačních metod v terapii psychotických poruch – doc. MUDr. Dana Končelíková, Ph.D.
- Klinické zkušenosti s novějšími antipsychotiky (cariprazin a lurasidon) – MUDr. Jakub Vaněk

17.10–17.15 PŘESTÁVKA

17.15–17.55 MOŽNOSTI TERAPIE ÚZKOSTNÝCH PORUCH

- Stereotaktická léčba pomocí přední kapsulotomie u refrakterní OCD – doc. PhDr. Lenka Krámská, Ph.D.
- Silexan v léčbě úzkostných poruch – O. Univ. Prof. Dr. h. c. mult. Dr. med. Siegfried Kasper

17.55–18.00 PŘESTÁVKA

18.00–18.40 REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE

- Psychiatrická péče nejen v návaznosti na reformu – doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D., MUDr. Simona Papežová

PROGRAM / čtvrtek 10. prosince 2020

13.00–14.10 ADHD – TEORIE, VIZE A PRAXE

Zlatý partner bloku – ZENTIVA, k.s.

Odborná garantka: doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.

- **ADHD a komorbidita** – doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.
- **ADHD – terapeutické přístupy u dospělých pacientů** – Mgr. Tereza Štěpánková, Ph.D.
- **ADHD u dospělých pacientů – kazuistiky** – MUDr. Hedvika Ersten
- **Jak rozhodovat u žadatelů o ŘP?** – MUDr. Miroslav Novotný

14.10–14.15 PŘESTÁVKA

14.15–14.45 *Satelitní sympozium společnosti Lundbeck Česká republika s.r.o.*

BREXPIRAZOL: NOVÉ ANTIPSYCHOTIKUM

prof. MUDr. Jiří Masopust, Ph.D.

14.45–15.05 PŘESTÁVKA

15.05–15.35 *Satelitní sympozium společnosti Janssen-Cilag s.r.o.*

LÉČBA PACIENTŮ S TĚŽŠÍM PRŮBĚHEM PSYCHOTICKÉHO ONEMOCNĚNÍ

MUDr. Simona Papežová, MUDr. Tatiana Fabíniová

15.35–15.40 PŘESTÁVKA

15.40–17.20 „WORKSHOP“ – UKÁZKY TERAPEUTICKÉHO PŘÍSTUPU

- **Rej plyšáků a masek při práci s pacienty s výraznou osobností** – prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc., a kol.

17.20–17.25 SLOVO ZÁVĚREM

prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.

» TIRÁŽ

17. konference Psychiatrie pro praxi

On-line: 9.–10. prosince 2020

Pořadatel

Společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Psychiatrie pro praxi

Odborná záštita

Psychiatrická klinika FN Olomouc

Prezidenti akce

prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D., prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazická 297/51, 779 00 Olomouc

Kontaktní osoba: Mgr. Barbora Ludvová, 777 557 413, ludvova@solen.cz

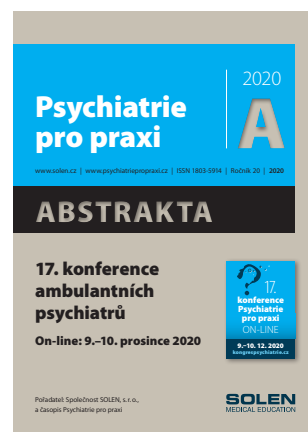
Programové zajištění: Mgr. Kateřina Dostálová, 725 003 510, dostalova@solen.cz

Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s.r.o., Kristýna Javůrková, javurkova@solen.cz

Ohodnocení

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 10 kredity pro lékaře.

Konference je dále evidována v registru akcí AKP ČR v rámci celoživotního vzdělávání klinických psychologů, kde je ohodnocena 8 kredity.



Supplementum A Psychiatrie pro praxi

Citační zkratka: Psychiatr. praxi 2020; 21(Suppl A).

ISBN 978-80-7471-339-2

ISSN 1803-5914

Vydal: Solen, s.r.o., IČ 25553933



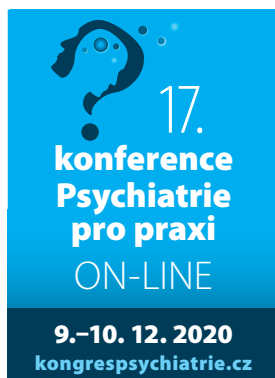
Vyšší účinnost než SSRI u těžších fází deprese a u rezistentních pacientů¹

- Tablety s prodlouženým uvolňováním²
- Inhibitor zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu, slabě inhibuje i vychytávání dopaminu²
- U těžké depresivní epizody lze zvýšit dávku přípravku Argofan SR až na 375 mg/den²
- Bez doplatku²
- Bez laktózy²

Reference: 1. Racková S, Janů L, Využití duálních antidepresiv v léčbě depresivní poruchy. *Psychiatr Prax* 2008; 9(6):257–26. 2. SPC přípravku Argofan, 28. 11. 2019.

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU Argofan 75 mg tablety s prodlouženým uvolňováním, Argofan 150 mg tablety s prodlouženým uvolňováním. **Léčivá látka:** Venlafaxinum 75 nebo 150 mg. **Indikace:** Léčba a prevence recidivy těžkých depresivních epizod. Léčba generalizované úzkostné poruchy, sociální úzkostné poruchy a panické poruchy s agorafobií nebo bez ní. **Dávkování a způsob podání:** Těžké depresivní epizody: zahajovací dávka je 75 mg jednou denně, lze zvýšit na max. 375 mg/den. Generalizovaná úzkostná porucha: zahajovací dávka je 75 mg jednou denně, lze zvýšit na max. 225 mg/den. Sociální úzkostná porucha: doporučená dávka je 75 mg jednou denně. Není prokázáno, že by vyšší dávky měly další léčebný přínos, avšak lze zvýšit až na max 225 mg/den. Panická porucha: dávka je 37,5 mg/den po 7 dnů, poté 75 mg/den, max. 225 mg/den. **Starší pacienti:** není nutná úprava dávek, avšak je třeba postupovat s opatrností. **Pediatrická populace (do 18 let):** použití se nedoporučuje. **Pacienti s jaterním poškozením:** u mírné a středně těžké poruchy funkce jater dávku snížit o 50 %. U pacientů s těžkou poruchou funkce jater uvažovat o snížení dávky o více než 50 %. **Pacienti s poruchou funkce ledvin:** u pacientů, kteří vyžadují hemodialýzu a u pacientů s GFR <30 ml/min má být dávka venlafaxinu snížena o 50 %. Přípravek se nemá náhle vysazovat. Přípravek je určen k perorálnímu podávání, tablety užívat s jídlem, každý den přibližně ve stejnou dobu, polykat celé, zapíjet tekutinou a nesmí se dělit, drtit, žvýkat ani rozpouštět. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo pomocné látky, současná léčba inhibitory MAO, léčba možná nejdříve za 14 dnů od ukončení léčby inhibitory MAO. **Podávání venlafaxinu ukončit min. 7 dní před zahájením léčby inhibitory MAO.** **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Deprese je spojena se zvýšeným rizikem suicidálních myšlenek, sebepoškození a sebevraždy, riziko přetrvává až do dosažení signifikantní remise, a to zvláště u pacientů mladších než 25 let. V průběhu léčby se může vyskytnout serotoninový syndrom, zvláště při souběžném podávání s jinými léčivými ovlivňujícími serotoninergní systém nebo které ovlivňují metabolismus serotoninu, s prekurzory serotoninu, s antipsychotiky či jinými antagonisty dopaminu. Pacienti se zvýšeným nitroočním tlakem a/nebo s rizikem glaukomu s uzavřeným úhlem se doporučuje pečlivě monitorovat. Bylo pozorováno zvýšení krevního tlaku závislé na dávce, může se vyskytnout zvýšená srdeční frekvence, u pacientů s vysokým rizikem závažné srdeční arytmie nebo prodloužení QT intervalu je třeba zvážit rizika a přínosy terapie. Podávání venlafaxinu může vést ke vzniku křečí, snížené funkci krevních destiček, klinicky významnému zvýšení hladiny cholesterolu a také k ovlivnění glykemie vyžadující úpravu dávkování inzulínu a/nebo perorálních antidiabetik. U malé části pacientů se může vyskytnout mánie/hypománie, agrese, akatie, sucho v ústech. Při ukončování léčby postupně snižovat dávky venlafaxinu po dobu několika týdnů nebo měsíců. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Pacienti by neměli pít alkohol. Při současném užívání s ostatními léky, které prodloužují QT interval, je zvýšené riziko vzniku prodloužení QT intervalu a/nebo ventrikulární arytmie. Souběžné podávání inhibitorů CYP 3A4 (např. atazanavir, klaritromycin, indinavir, itraconazol, vorikonazol, posakonazol, ketokonazol, neflavin, ritonavir, sachinavir, telitromycin) a venlafaxinu může zvýšit hladiny venlafaxinu a O-desmethylvenlafaxinu, podávat s opatrností. Při souběžném podávání venlafaxinu a lithia se může objevit serotoninový syndrom. Opatrnost při podávání imipraminu a metoprololu. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Těhotným ženám podávat jen v případě, kdy přínosy převažují nad možným rizikem. Venlafaxin a jeho metabolit O-desmethylvenlafaxin se vylučují do mateřského mléka, je třeba brát v úvahu přínos kojení pro dítě a přínos terapie pro matku. Prokázáno snížení fertility u potkanů. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Jakýkoli psychoaktivní lék může snížit schopnost úsudku, myšlení a ovlivnit motorické schopnosti. **Nežádoucí účinky:** Snížení chuti k jídlu, snížení libida, anorgasmie, insomnie, nervozita, zmatenost, depersonalizace, abnormální sny, apatie, halucinace, derealizace, agitovanost, abnormální orgasmus (u žen), hypománie, bruxismus, závrť, bolest hlavy, hypertonie, somnolence, parestezie, třes, akatie/psychomotorický neklid, synkopa, myoklonus, abnormální koordinace, porucha rovnováhy, dysgezie, poruchy akomodace, mydriáza, poruchy vidění včetně rozmazaného vidění, tinitus, palpitace, tachykardie, hypertenze, vazodilatace (zejména návaly horka), ortostatická hypotenze, zívání, dyspnoe, nauzea, sucho v ústech, zácpa, zvracení, průjem, gastrointestinální krvácení, hyperhidróza, včetně nočního pocení, vyrážka, alopecie, angioedém, fotosenzitivní reakce, ekchymóza, dysurie, polakisurie, retence moči, poruchy ejakulace, erektilní dysfunkce, menstruační poruchy spojené se zvýšeným krvácením nebo nepravidelným krvácením, poruchy ejakulace, erektilní dysfunkce, astenie, vyčerpanost, zimnice, zvýšená hladina cholesterolu, zvýšení/snížení tělesné hmotnosti. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte v původním vnitřním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Druh obalu a velikost balení:** Blister, krabička, 30 tablet. **Registrační čísla:** 30/337/06-C, 30/338/06-C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Zentiva, k. s., U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10, Česká republika. **Datum revize textu:** 28. 11. 2019. Výdej je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před použitím přípravků se seznáme s úplnou informací o přípravcích, které obdržíte na adrese: Zentiva, k. s., U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10, Česká republika.

Určeno pro odbornou veřejnost.



» ARCHIV PŘEDNÁŠEK «

K jednotlivým částem programu se budete moci vracet.

Archiv všech přednášek z konference bude
zpřístupněn od 14. prosince 2020 do 31. října 2020.

Gerontopsychiatrie

odborná garantka: doc. MUDr. Martina Zvěřová, Ph.D.

středa / 9. prosince 2020 / 13.05–14.10 hod.

Jsou inhibitory cholinesteráz vhodné pro každého pacienta s Alzheimerovou nemocí?

doc. PharmDr. Jana Hroudová, Ph.D.

Farmakologický ústav, 1. lékařská fakulta, UK, Praha

Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, UK, Praha

Oddělení klinické farmakologie VFN v Praze

Alzheimerova nemoc (AD) je nejčastější příčinou demence, přesto jsou současné možnosti léčby AD limitovány a jsou založeny na podávání inhibitorů cholinesteráz a/nebo memantinu. Léčba inhibitory cholinesteráz je často provázena nežádoucími účinky a rizikem jsou také interakce se současně podávanými léky. V prezentaci jsou shrnuty rozdíly mezi jednotlivými látkami, nejčastější nežádoucí účinky a interakční potenciál. Na dvou kazuistikách jsou uvedeny příklady z praxe, kdy byly inhibitory cholinesteráz vysazeny z důvodu nežádoucích účinků a/nebo kvůli lékovým interakcím.

Klíčová slova: Alzheimerova nemoc, inhibitory cholinesterázy, interakce.

Delirium – závažný a podceňovaný problém

doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Deliria jsou nespecifické reakce na řadu poruch, vedoucích k následným poruchám mozkového metabolismu a neurotransmise. Klinicky se projevují kvalitativní poruchou vědomí, která se prezentuje jako zmatenost různého stupně – dezorientace v prostoru, čase, někdy i osobě. Pro deliria je typická porucha paměti – je porušena vstřípivost, pacienti mají na deliria amnézii nebo pouze neúplné, ostrůvkové vzpomínky. Myšlení je dezorganizované, což se projeví v řeči roztěkaností, irelevantními projevy až inkoherecemi. Vyskytují se poruchy percepce – halucinace, iluze, misinterpretace. Psychomotorické tempo je obvykle sniženo, nebo naopak zvýšeno. Typické jsou poruchy cyklu spánků-bdění, deliria se vyskytují častěji v noci. Je výrazná porucha pozornosti. V průběhu delirií se vyskytuje globální kognitivní deficit. Typické pro deliria jsou náhlý začátek a tendence k fluktuaci. Deliria bývají většinou krátkého trvání, ale mají tendenci se opakovat, někdy i mnohokrát za den.

Deliria vznikají působením modifikovatelných precipitačních faktorů – spouštěčů na predispoziční (trvalé,

nemodifikovatelné) faktory. Precipitačních faktorů existuje velká řada, často se navzájem kombinují. Jsou to např. zánět, infekce, sepse, horečnaté stavy, pooperační a postanestetické stavy, metabolické faktory včetně dehydratace a hypoglykemie, traumata mozku, nádory, intoxikace, ale také psychosociální stresory a další. Mezi predispoziční faktory náleží např. věk, mnohočetná komorbidita, kognitivní porucha. Deliria jsou časté poruchy, jejich výskyt roste s věkem, i když se mohou vyskytnout i v dětském věku. Deliria se vyskytují u 20–30 % seniorů hospitalizovaných na somatických odděleních, ale na chirurgických odděleních je to až 61 % a u kriticky nemocných pacientů na jednotkách intenzivní péče až 87 %. Delirium nejenže prodlužuje léčbu základní poruchy, ale také zvyšuje mortalitu nemocných. Výrazně snižuje jejich kvalitu života.

Vyskytují se 3 základní klinické obrazy delirií. Delirium hypoaktivní, hyperaktivní a smíšené, u něhož se objevují střídavě obě formy. Obzvláště hypoaktivní delirium bývá často přehlédnuto, proto skutečný výskyt delirií je vyšší, než bývá uváděn.

Deliriím se snažíme především předcházet. Důležitá je úprava prostředí pacienta, správná hydratace a alimentace, adekvátní léčba všech somatických poruch. Optimalizace medikace – vyhnout se centrálně působícím anticholinergikům, polypragmázii, lékovým inkompatibilitám. Když ani toto nezabere, přidáme farmakoterapii, a to především v případech hyperaktivních delirií. Ke zklidnění delirií používáme buď látky ze skupiny benzodiazepinů, nebo atypická antipsychotika, ev. v případě velkých neklidů antipsychotikum 1. generace haloperidol.

Klíčová slova: delirium, terapie, výskyt, vědomí.

Novinky v léčbě a výzkumu Alzheimerovy nemoci

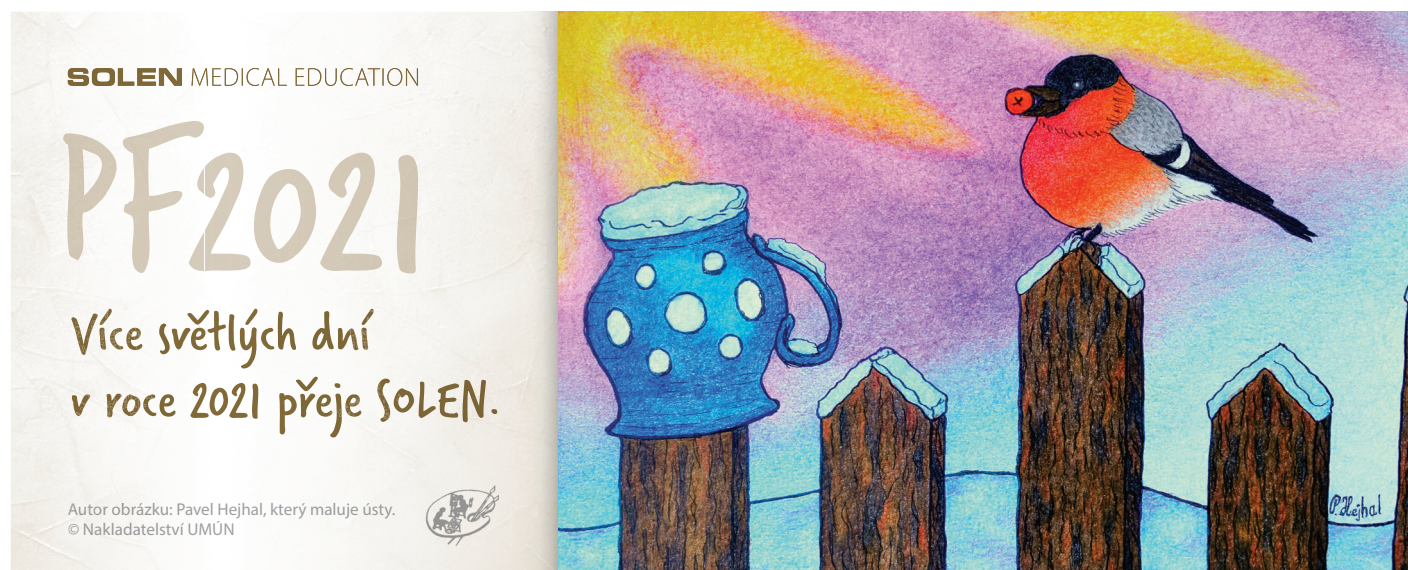
doc. MUDr. Martina Zvěřová, Ph.D.

Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta UK v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
Nemocnice Na Homolce, Praha

Přes současnou globální pandemii infekce COVID-19, kterou způsobuje koronavirus SARS-CoV-2, zůstává Alzheimerova nemoc jedním z předních celosvětových problémů. V posledních letech se stále více uvažuje o Alzheimerově nemoci nikoliv jen jako o neurodegenerativním onemocnění mozku, ale jako o systémovém onemocnění s projevy i v krvi a periferních tkáních, které jsou způsobeny patologickými metabolickými, oxidativními, biochemickými a zánětlivými pochody. V prezentaci jsou uvedena první dostupná data o možných dopadech virové choroby COVID-19 na pacienty trpící demencí.

Předkládané sdělení dále shrnuje současné poznatky o etiologii, neuropatologii a rizikových faktorech Alzheimerovy nemoci. Stručně jsou zmíněny hypotézy vzniku onemocnění a směry vývoje nových látek pro léčbu této choroby.

Klíčová slova: Alzheimerova nemoc, zánět, COVID-19, obezita, terapie.



Satelitní sympozium společnosti Angelini Pharma Česká republika s.r.o. Od teorie k praxi – cesta originálního trazodonu

středa / 9. prosince 2020 / 14.15–15.15 hod.

Postavení léku Trittico v léčbě deprese

MUDr. Sylva Racková, Ph.D.

Psychiatrická ambulance, Plzeň

Výskyt duševních poruch, zejména úzkostí a deprese, je v populaci velmi vysoký. V současné době v souvislosti s probíhající pandemií dochází ke zvýšenému výskytu; u nás v České republice došlo k nárůstu deprese 3×, úzkostí 2× a 3× se zvýšilo riziko sebevražd. Došlo také ke změnám v současné lékařské péči, k její omezenější dostupnosti a kapacitě. K léčbě depresivních a úzkostných příznaků máme k dispozici velké množství antidepresiv. Trazodon je antidepresivum, které patří u nás k nejpředepisovanějším. Jeho výhodou je nízké riziko výskytu sexuálních dysfunkcí, pozitivní vliv na spánek, anxiolytický účinek a poměrně rychlý nástup účinku. Jsou k dispozici dvě formy trazodonu. V léčbě deprese využíváme formu s prodlouženým uvolňováním, která nám umožňuje podávat jednou denně a léčba je spojena s nižším výskytem nežádoucích účinků.

Klíčová slova: deprese, úzkost, pandemie, antidepresiva, trazodon.

Novinky v terapii psychotických poruch

odborná garantka: prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

středa / 9. prosince 2020 / 15.40–17.10 hod.

Mikrobiom a schizofrenie

prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

Klinika psychiatrie FNOL a LF UP v Olomouci

Schizofrenie je závažné psychotické onemocnění spojené s rizikem sociální i fyzické devastace. Etiologii schizofrenie dokonale neznáme. Základní léčbou schizofrenie je podávání antipsychotik, případně v kombinaci s vybranými psychosociálními intervencemi. Aktuální terapeutické možnosti nejsou s to uspokojivě řešit veškeré aspekty poruchy. V poslední době roste zájem o vztah mezi střevním mikrobiomem a duševním zdravím, včetně schizofrenie. Tento přehled prezentuje dosavadní výsledky výzkumu dysbiózy u schizofrenie a diskutuje, zda by se předpokládaná dysbióza mohla hodit do známých hypotéz její patogeneze se zaměřením na zánět, metabolity tryptofanu a hladiny BDNF. Dále je kriticky hodnocen klinický potenciál manipulace střevního mikrobiomu probiotiky a prebiotiky jako doplňkové léčby u schizofrenie. Současné údaje o změnách mikrobiomu u schizofrenie jsou velmi rozporuplné. Není známo, zda jsou změny mikrobiomu spojeny se zvýšeným rizikem vznik poruchy, nebo jsou pouze výsledkem vnějších faktorů a/nebo jsou důsledkem podávané léčby.

Klíčová slova: schizofrenie, střevní mikrobiom, antipsychotika, zánět.

TRITTICO®

Trazodoni hydrochloridum



Originální
trazodon
v purifikované
formě

TRITTICO AC; TRITTICO PROLONG S: Trazodoni hydrochloridum 75 mg, 150mg v 1 tableť s řízeným uvolňováním; Trazodoni hydrochloridum 150 mg, 300 mg v 1 tableť s prodlouženým uvolňováním. **IS:** Antidepressivum. **I:** Deprese různé etiologie, včetně typů provázených anxiétou, poruchami spánku nebo sexuální dysfunkcí neorganického původu. **KI:** Přecitlivělost na účinnou látku nebo pomocné látky, intoxikace alkoholem nebo hypnotiky. Akutní infarkt myokardu. **ZU:** Pacienti s rizikem sebevražedných myšlenek, sebepoškození a sebevraždy (příhod souvisejících se sebevraždou) musí být pečlivě sledováni. Je nutné pravidelně monitorovat pacienty s epilepsií, hyperthyreoidismem, poruchami močení, akutním glaukomem s uzavřeným úhlem, zvýšeným nitroočním tlakem a hepatálními, renálními nebo kardiálními onemocněními. Pokud se vyvine žloutenka, léčba musí být přerušena. Podávání antidepressiv pacientům s psychotickými onemocněními může vést ke zhoršení psychotických symptomů. U manio-depresivní psychózy musí být léčba trazodonom zastavena. U starších pacientů se může častěji vyskytnout ortostatická hypotenze, somnolence a anticholinergní účinky trazodonu. Přípravek by neměl být podáván dětem a mladistvým do 18 let věku. Neexistují žádné důkazy, že by byl trazodon návykový. **NÚ:** Ospalost, závratě, únava, bolest hlavy, insomnie, rozmazané vidění, nauzea, zácpa, sucho v ústech, serotoninový syndrom, ortostatická hypotenze. **VZ:** vzácně priapismus. **II:** Sedativní účinek antipsychotik, hypnotik, sedativ, anxiolytik a antihistaminik může být zvýšen, v těchto případech je doporučeno snížení dávky. Metabolismus antidepressiv je zrychlován perorálními kontraceptivy, fenytoinem, karbamazepinem a barbituráty. Cimetidin a některá antipsychotika metabolismus antidepressiv inhibují. Je-li trazodon podáván se silným inhibitorem CYP3A4, měla by být zvážena nižší dávka trazodonu. Při podávání s přípravky obsahujícími extrakt z řezalky je možný vyšší výskyt nežádoucích účinků. **TL:** Data dokazují, že trazodon nemá žádné vedlejší účinky na těhotenství nebo na zdraví plodu či novorozence. Při kojení je nutno zvážit poměr risk/benefit. **D: TRITTICO AC:** Dospělí 75-150 mg/den v jedné dávce večer před spaním, lze zvýšit na 300 mg/den ve dvou dílčích dávkách. U hospitalizovaných lze zvýšit na 600 mg/den, v rozdělených dávkách. Při léčbě sexuálních dysfunkcí 150-200 mg denně. Doporučená dávka pro starší a oslabené pacienty je snížena na 100 mg/den. **TRITTICO PROLONG:** Dospělí počáteční dávka 150 mg/den může být zvýšena o 75 mg/den každé tři dny až do maximální dávky 300 mg/den. V některých případech lze počáteční dávku snížit na 75 mg/den. Pro léčbu sexuálních dysfunkcí 150 mg denně. Doporučená dávka pro starší a oslabené pacienty je snížena na 75 mg/den. Přípravek se podává na lačno a zapije se sklenicí vody, vždy jednou denně, večer. Léčba by měla trvat alespoň jeden měsíc. Náhlému vysazení léčby je třeba se vyhnout. **B:** Tablety s řízeným uvolňováním 30x75 mg, 60x150 mg; tablety s prodlouženým uvolňováním 14x150 mg, 30x300 mg. **Datum poslední revize textu SPC:** Trittico AC: 18. 11. 2020, Trittico Prolong: 1. 11. 2020. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen zdravotními pojišťovnami.

Seznamte se, prosím, se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).



Angelini Pharma Česká republika s.r.o.
Palachovo náměstí 5, 625 00 Brno, www.angelini.cz



Zánět a psychotické poruchy

MUDr. Kryštof Kantor

Klinika psychiatrie FNOL a LF UP v Olomouci

Zánět je součástí reakce imunitního systému na zevní i vnitřní podněty, především infekčního charakteru. V posledních letech se pozornost řady odborníků přenáší od akutní zánětlivé reakce k chronickému mírnému zánětu. Tento fenomén zřejmě hraje roli v etiopatogenezi řady chronických onemocnění, jako jsou kardiovaskulární onemocnění, diabetes či obezita. Z hlediska psychiatrie je zkoumán zejména souvis zánětu a psychotických onemocnění.

Množí se důkazy o tom, že u jisté skupiny pacientů s psychózou hraje zánět roli. Byly identifikovány markery, které mohou tento stav pomoci rozeznat, a to jak u akutních, tak i chronických psychotických poruch. Je přijímána myšlenka, že existuje specifický fenotyp onemocnění schizofrenního okruhu, u kterého hraje zánět významnější roli. Výzkum v této oblasti taktéž přináší hypotézy o zánětu jako možném faktoru v rámci neurovývojové hypotézy vzniku schizofrenie. Přednáška rozebírá jednotlivá teoretická a výzkumná východiska propojení psychotických onemocnění a imunitního systému a také prezentuje náhled na pokusy o praktickou implementaci těchto poznatků do klinické praxe.

Klíčová slova: psychóza, schizofrenie, zánět, imunitní systém.

Možnosti stimulačních metod v terapii psychotických poruch

doc. MUDr. Dana Končelíková, Ph.D.

Klinika psychiatrie FNOL a LF UP v Olomouci

Neurostimulační metody jsou v léčbě duševních onemocnění používány už dlouhou dobu. Navzdory tomu, že doposud nebyl jednoznačně ozřejměn mechanismus jejich účinku, patří mezi účinné léčebné přístupy. V současné chvíli je jejich použití schváleno zejména u farmakorezistentních pacientů a zvláštních skupin pacientů. Mezi nejznámější a také nejvíce ověřenou metodu patří elektrokonvulzivní terapie, která je v léčbě používána už dlouhá desetiletí. Mezi novější léčebné přístupy, které však stále hledají své uplatnění, patří repetitivní transkraniální magnetická stimulace, hluboká mozková stimulace a stimulace nervus vagus.

Klíčová slova: neurostimulační metody, elektrokonvulzivní terapie, hluboká mozková stimulace, repetitivní transkraniální stimulace, stimulace nervus vagus.

Klinická zkušenost s novými antipsychotiky

MUDr. Jakub Vaněk

Klinika psychiatrie FNOL a LF UP v Olomouci

Příspěvek má za cíl seznámit posluchače s novými antipsychotiky. V posledních dvou letech byla na český trh uvedena hned 3 nová antipsychotika. Prvním z nich je kariprazin v minulém roce, letos na jaře lurasidon a velmi recentně na podzim brexpiprazol. V přednášce jsou jednotlivá psychofarmaka diskutována z hlediska jejich farmakologického profilu, nežádoucích účinků a indikací. Součástí příspěvku je aktuální zkušenost našeho pracoviště se jmenovanými léky a relevantní kazuistika.

Klíčová slova: antipsychotika, brexpiprazol, lurasidon, kariprazin.

SLEDUJTE NÁS NA SOCIÁLNÍCH SÍTÍCH



[https://www.facebook.com/
SolenMedicalEducation/
@SolenMedicalEducation](https://www.facebook.com/SolenMedicalEducation/)



[https://twitter.com/
MedicalSolen
@MedicalSolen](https://twitter.com/MedicalSolen)



Možnosti terapie úzkostných poruch

středa / 9. prosince 2020 / 17.15–17.55 hod.

Neuropsychologické výsledky po přední kapsulotomii u refrakterní obsedantně-kompulzivní poruchy

doc. MUDr. Lenka Krámská, Ph.D.^{1, 2}, Jaroslava Skopová, MD³, Dušan Urgošík, MD⁴, Lucia Hrešková¹

¹Oddělení klinické psychologie, Nemocnice Na Homolce, Praha

²Katedra psychologie, Univerzita Karlova v Praze

³Oddělení psychiatrie, Nemocnice Na Homolce, Praha

⁴OSRN, Nemocnice Na Homolce, Praha

Přední kapsulotomie (AC) se používá jako poslední možnosti léčby refrakterní obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD). Přednáška přináší historické souvislosti a současný stav chirurgických postupů v léčbě těžkých forem OCD. Zaměřuje se na multioborovou spolupráci, indikační kritéria a neuropsychologické studie hodnotící efektivitu a bezpečnost AC. Shrnuje výsledky studie, která probíhá v Nemocnici Na Homolce od roku 2012. V souladu se zahraničními studiemi došlo k signifikantnímu poklesu OCD, úzkosti a depresivní symptomatologie hodnocené pomocí Y-BOCS, BDI-II a BAI ($p < 0,05$) 6 měsíců po AC. Nebyl zaznamenán pokles kognitivního výkonu u žádného pacienta, ale identifikovali jsme lepší výkon ve vizuální paměti ($p < 0,05$). AC zmírnila OCD a úzkostně-depresivní příznaky a nemá negativní vliv na kognitivní výkon, a to ani po opakovaném zákroku.

Klíčová slova: přední kapsulotomie, kognitivní testy, neuropsychologie, stereotaktická neurochirurgie, refrakterní OCD.

Podpořeno grantem MZČR grant MH CZ and DRO NHH, IG 161201

Silexan v léčbě úzkostných poruch

o. Univ. Prof. Dr. h. c. mult. Dr. med. Siegfried Kasper

Department of Cognitive Neurobiology (Center for Brain Research), Medical University of Vienna

Cíl: Silexan je preparát levandulového oleje dostupný v 80 mg kapslích. Cílem tohoto článku je poskytnout přehled klinických studií, zabývajících se jeho anxiolytickou účinností, bezpečností a snášenlivostí u lidí, jakož i předklinických sledování, které toto terapeutické využití podporují.

Metodika: Vedle tří vybraných publikací uvádějících předklinická sledování bylo zařazeno sedm klinických studií, přičemž v pěti z nich byla délka léčby 6 nebo 10 týdnů. Primárním cílem bylo snížení celkového skóre na Hamiltonově škále úzkosti (HAMA), přičemž jednotlivé položky byly hodnoceny s ohledem na účinky na doprovodné depresivní příznaky a na kvalitu spánku.

Výsledky: U pacientů se subsyndromální úzkostí nebo generalizovanou úzkostnou poruchou byl anxiolytický účinek užívání Silexanu patrný po dvou týdnech. Pokles celkového skóre HAMA mezi výchozím stavem a ukončením léčby byl signifikantně superiorní oproti placebu u pacientů se subsyndromální úzkostí a srovnatelný s poklesem dosaženým při užívání lorazepamu nebo paroxetinu u pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou. Navíc měl Silexan prospěšné účinky i na typické doprovodné příznaky úzkostných poruch, jako jsou zhoršený spánek, somatické obtíže, komorbidní deprese nebo snížená kvalita života. S výjimkou mírných gastrointestinálních symptomů nezpůsobil Silexan žádné další nežádoucí účinky, ani nevyvolal lékové interakce, příznaky sedace či příznaky z vysazení, a to při denních dávkách 80 nebo 160 mg.

Závěr: Silexan je bezpečná a účinná léčba úzkostných poruch.

Reforma psychiatrické péče

středa / 9. prosince 2020 / 18.00–18.40 hod.

Psychiatrická péče nejen v návaznosti na reformu

MUDr. Simona Papežová, MZ ČR; Psychiatrická společnost ČLS JEP

doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D., 1. LF UK a VFN v Praze; Psychiatrická společnost ČLS JEP

Prezentace připomíná a sumarizuje základní principy a milníky Strategie reformy psychiatrické péče. Podává přehled novinek v oblasti psychiatrické péče v jednotlivých jejích segmentech tj. ambulantní péči, akutní a následné lůžkové péči, denních stacionářích, ale také zmiňuje tzv. oblast nových služeb, které jsou pilotovány v rámci projektů EU. Z důležitých odkazů připomíná zdroj informací, který vzniká ve spolupráci s ÚZISem – Národní portál psychiatrické péče (pracovní verze na <https://psychiatrie.uzis.cz>).

Klíčová slova: úhrady DRG, ambulance s rozšířenou péčí, lůžková péče, centrum duševního zdraví, denní stacionář.

Lavekan[®]

Silexan[®]

bezpečná
cesta z
úzkosti

inovativní
anxiolytikum



Lavekan 80 mg měkké tobolky. **Složení:** Jedna měkká tobolka obsahuje *Lavandula angustifolia* Mill., aetheroleum (levandulová silice) 80 mg. **Indikace:** Rostlinný léčivý přípravek k léčbě přechodných úzkostných nálad u dospělých. **Dávkování:** Dospělí užijí jednu měkkou tobolku jednou denně v přibližně stejnou dobu. Délka léčby nemá přesáhnout 3 měsíce. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Porucha funkce jater. **Upozornění:** U pacientů starších 65 let jsou k dispozici pouze omezené údaje o bezpečnosti a účinnosti. Použití přípravku Lavekan se u pacientů, kteří vyžadují dialýzu, kvůli chybějícím klinickým údajům nedoporučuje. Pokud příznaky přetrvávají nezměněny po 1 měsíci léčby nebo se zhoršují, je třeba se poradit s lékařem. **Interakce:** Nebyly hlášeny. V koktejlové studii Lavekan nevykazoval klinicky významný vliv na aktivitu izoenzymů cytochromu P-450 CYP1A2 (kofein), CYP2C9 (tolbutamid), CYP2C19 (omeprazol), CYP2D6 (dextrometorfan) a CYP3A4 (midazolam). Pokud jde o CYP2C19, horní hranice 90% intervalu spolehlivosti pro poměr přípravku Lavekan k placebu mírně překročila prahovou hodnotu přijatelnosti předem stanovenou pro tuto studii. Nebyl zjištěn žádný relevantní klinický vliv týkající se antikoncepční účinnosti kombinované perorální antikoncepce (ethinyllestradiol/levonorgestrel). Dostupné neklinické údaje neposkytují žádné důkazy týkající se interakcí s jinými látkami účinnými na CNS. Preventivně se nemá přípravek Lavekan užívat spolu s jinými anxiolyty, sedativními léky nebo alkoholem vzhledem k tomu, že chybí klinické údaje o potenciálních interakcích. **Nežádoucí účinky:** Říhání (časté). Další gastrointestinální potíže, alergické kožní reakce (frekvence neznáma). **Uchovávání:** do 30 °C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Willmar-Schwabe-Str. 4, 76227 Karlsruhe, Německo. **Datum registrace a revize textu:** 17. 7. 2019. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Lék je k dispozici v lékárnách bez receptu.

ADHD – teorie, vize a praxe

Zlatý partner bloku – ZENTIVA, k.s.

odborná garantka: doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.

čtvrtek / 10. prosince 2020 / 13.00–14.10 hod.

ADHD a komorbidita

doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.

Klinika psychiatrie FNOL a LF UP v Olomouci

V rámci sdělení přiblížíme výsledky některých zahraničních studií, které byly realizovány v posledních letech a jejichž cílem bylo podtrhnout nebezpečí některých psychiatrických komorbidit u dospělých pacientů s ADHD. Zvýšené riziko předčasných úmrtí u těchto pacientů by mělo zvýšit úsilí o zlepšení diagnostiky a léčby. Porozumění souvislostem mezi mortalitou, ADHD terénem a psychiatrickými komorbiditami by mělo vést k rozvoji nových terapeutických postupů. Pozornost bude věnována také neúmyslným zraněním v souvislosti s ADHD, která zahrnují především závažná zranění při dopravních nehodách.

Klíčová slova: ADHD v dospělosti, mortalita, komorbidita, léčba.

ADHD – terapeutické přístupy u dospělých pacientů

Mgr. Tereza Štěpánková, Ph.D., Mgr. Jana Gricová, prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.

E-clinic – Institut pro studium, prevenci a léčbu poruch příjmu potravy a komorbidních onemocnění, z.ú., Praha

V příspěvku představím testovou baterii, sestavenou k cílenému psychologickému vyšetření přítomnosti ADHD v dospělosti. Seznámím s podpůrným skupinovým programem, který realizujeme od roku 2013 a průběžně monitorujeme pomocí dotazníků jeho přínos pro pacienty. Dále popíšu služby, které jsme od roku 2018–2020 nabízeli v rámci programu, podpořeného z grantu MPSV spolufinancovaného Evropskou unií: skupinová setkání, individuální poradenství, kognitivní trénink, profesní/studijní poradenství, EEG-biofeedback, nutriční poradenství, on-line individuální a skupinová setkání.

Klíčová slova: ADHD v dospělosti, testová baterie, podpůrná skupinová terapie, EEG biofeedback, kvalita života.

ADHD u dospělých pacientů – kazuistiky

MUDr. Hedvika Ersten

Psychiatrické oddělení Nemocnice Jičín

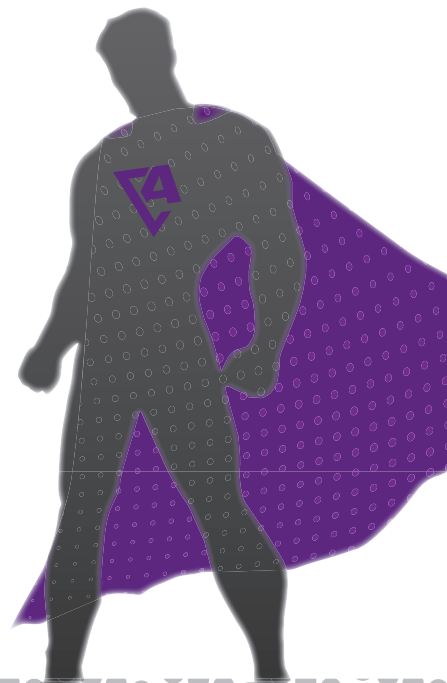
ADHD v dospělosti má specifickou formu a projevy odlišné od dětského věku. Jedná se o vrozenou neurovývojovou poruchu s charakteristickými deficity s přesahem do dospělosti.

Při identifikaci pacienta s ADHD je důležité odebrání detailních anamnestických údajů a jejich zasazení do kontextu. Pozitivní bývá i rodinná anamnéza, zjiitelná zejména u dětí pacientů.

Komorbidita jako anxiózní porucha, anxiózně-depresivní porucha či chronická hypohedonie s kolísáním emotivity jsou přímým důsledkem strukturálních i funkčních odchylek charakteristických pro ADHD a tvoří příznakové kontinuum s jádrovou symptomatikou. U pacientů s ADHD lze často najít i další specifické komorbidity jak v osobní, tak v rodinné anamnéze.

SÍLA SOUSTŘEDĚNÍ

Nestimulační léčba ADHD
pro děti i dospělé¹



Reference: 1. SPC přípravku Atominox, datum revize textu: 7. 11. 2018.

Zkrácená informace o přípravku Atominox 10 mg, Atominox 18 mg, Atominox 25 mg, Atominox 40 mg, Atominox 60 mg, Atominox 80 mg a Atominox 100 mg tvrdé tobolky. Léčivá látka: Atomoxetinum 10, 18, 25, 40, 60, 80 nebo 100 mg v jedné tvrdé tobolce. **Indikace:** K léčbě hyperkinetické poruchy (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD) u dětí od 6 let a starších, u dospívajících a u dospělých, jako součást komplexního léčebného programu. Léčba musí být zahájena odborníkem na léčbu ADHD, jako je pediatr, psychiatr se specializací na děti a dospívající nebo psychiatr. Diagnóza má být stanovena podle současných kritérií DSM nebo vodítek v ICD. **Dávkování:** *Dávkování u pediatrické populace do 70 kg tělesné hmotnosti:* Zahajovací celková denní dávka přibližně 0,5 mg/kg, udržovat minimálně 7 dní před vzestupnou titrací, a to podle klinické odpovědi a snášenlivosti. Doporučená udržovací dávka je přibližně 1,2 mg/kg/den. *Dávkování u pediatrické populace nad 70 kg tělesné hmotnosti a u dospělých:* Zahajovací celková denní dávka 40 mg, udržovat minimálně 7 dní před vzestupnou titrací, a to podle klinické odpovědi a snášenlivosti. Doporučená udržovací dávka je 80 mg (u dospělých až 100 mg). Maximální doporučená celková denní dávka je 100 mg. Perorální podání v jedné denní dávce ráno, u neuspokojivé klinické odpovědi může být přínosné užívání 2x denně v rovnoměrně rozdělených dávkách ráno a pozdě odpoledne nebo časně navečer. Může být podáván nezávisle na jídle. *Screeningové vyšetření před zahájením léčby:* Je nezbytné odebrat anamnézu a vyhodnotit kardiovaskulární stav pacienta včetně krevního tlaku a srdeční frekvence. Kardiovaskulární stav pacienta má být monitorován po každé úpravě dávky a následně nejméně každých 6 měsíců měřen a zaznamenáván krevní tlak a puls. U středně těžké a těžké insuficience úvodní a cílové dávky snížit na 50 %, u těžké insuficience na 25 % obvyklé dávky. V terminálním stadiu onemocnění ledvin nebo s nižším stupněm insuficience ledvin může být podáván v normálním dávkovacím režimu. V terminálním stadiu onemocnění ledvin může atomoxetin exacerbovat hypertenzi. U známého genotypu pomalých metabolizátorů CYP2D6 má být zvážena nižší zahajovací dávka a její pomalejší zvyšování. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Kombinace s inhibitory monoaminoxidázy (IMAO) (minimálně 2 týdny po vysazení léčby IMAO). IMAO nesmí být nasazeny v době kratší než 2 týdny po vysazení atomoxetinu. Glaukom s úzkým úhlem (zvýšený výskyt mydriázy). Závažné kardiovaskulární (těžká hypertenze, srdeční selhání, arteriální okluzní choroba, angina pectoris, hemodynamicky významná vrozená srdeční porucha, kardiomyopatie, infarkt myokardu, potenciálně život ohrožující arytmie a poruchy způsobené dysfunkcí iontových kanálů) nebo cerebrovaskulární poruchy (cerebrální aneurysma nebo cévní mozková příhoda). Feochromocytom nebo anamnéza feochromocytomu. **Zvláštní upozornění:** U léčených atomoxetinem má být pečlivě sledován nový výskyt nebo zhoršení sebevražedného chování. Atomoxetin má být používán u pacientů se známými závažnými srdečními strukturálními abnormalitami pouze se zvýšenou opatrností a po konzultaci s kardiologem. Může ovlivnit srdeční tep a krevní tlak. Má být používán se zvýšenou opatrností u pacientů s vrozeným nebo získaným prodloužením QT intervalu nebo prodloužením QT intervalu v rodinné anamnéze. Pacienty s dalšími rizikovými faktory pro rozvoj cerebrovaskulárních stavů nutno při každé návštěvě kontrolovat kvůli možným neurologickým známám a příznakům. Léčba atomoxetinem se u pacientů se žloutenkou nebo laboratorně prokázaným poškozením jater musí ukončit a nesmí již být znovu zahájena. Atomoxetin v běžných dávkách může u pacientů bez předchozí anamnézy psychotického onemocnění nebo mánie vyvolat rozvoj psychotických nebo manických symptomů, jako jsou halucinace, bludy, mánie nebo agitovanost. U pacientů má být pečlivě sledován nový výskyt nebo zhoršení agresivního chování, hostilita nebo emoční lability. I když méně často, byly u pacientů užívajících atomoxetin zaznamenány alergické reakce, včetně anafylaktické reakce, vyrážky, angioneurotického edému a kopřivky. Při podávání atomoxetinu jsou potenciálními riziky epileptické záchvaty. Atomoxetin má být podáván se zvýšenou opatrností u pacientů se záchvaty v anamnéze. Během léčby atomoxetinem má být u dětí a dospívajících sledován tělesný růst a celkový vývoj. U pacientů, kteří jsou léčeni atomoxetinem pro ADHD, má být sledován výskyt nebo zhoršení příznaků úzkosti, depresivní nálady a deprese nebo tiků. **Interakce:** Atomoxetin se nesmí používat společně s IMAO. Inhibitory CYP2D6 (SSRI (např. fluoxetin, paroxetin), chinidin, terbinafin: expozice atomoxetinu může být zvýšena 6 až 8krát a může být nutná pomalejší titrace a nižší konečná dávka. Nutné podávat s opatrností pacientům léčeným vysokou dávkou salbutamolu (nebo jiných beta2 agonistů) podávanou pomocí nebulizace nebo systémově, protože může být potencován účinek salbutamolu na kardiovaskulární systém. Zvýšené riziko prodloužení QT intervalu při současném podávání s jinými přípravky prodlužujícími QT interval (jako jsou neuroleptika, antiarytmika třídy IA a III, moxifloxacin, erythromycin, methadon, meflochin, tricyklická antidepresiva, lithium nebo cisaprid), přípravky způsobujícími nerovnováhu elektrolytů (jako jsou thiazidová diuretika) a přípravky inhibujícími CYP2D6. Při podávání atomoxetinu je potenciální riziko epileptických záchvatů, zvýšená opatrnost při současném podávání přípravků snižujících křečový práh (tricyklická antidepresiva nebo SSRI, neuroleptika, fenothiaziny nebo butyrofenon, meflochin, chlorochin, bupropion nebo tramadol). Zvýšená pozornost při ukončování konkomitantní terapie benzodiazepiny z důvodu možných abstinčních záchvatů při vysazení. Opatrnost při současném podání s antihypertenzivy, vasopresivy a přípravky zvyšujícími krevní tlak nebo s přípravky ovlivňujícími noradrenalin (např. antidepresiva imipramin, venlafaxin a mirtazapin nebo dekongescenční látky pseudoefedrin nebo fenylefrin). **Fertilita, těhotenství a kojení:** Atomoxetin se nemá užívat v těhotenství, pokud možný přínos nepřeváží případná rizika pro plod, a nemá se podávat v průběhu kojení. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Atomoxetin má malý vliv na schopnost řídit a obsluhovat stroje. Je třeba opatrnosti. **Nežádoucí účinky:** *Pediatrická populace: nejčastější:* bolest hlavy, bolest břicha, snížená chuť k jídlu, nauzea, zvracení, somnolence, zvýšení krevního tlaku, zvýšení tepové frekvence. *Dospělí: nejčastější:* snížení chuti k jídlu, insomnie, bolest hlavy, sucho v ústech, nauzea, zvýšení krevního tlaku, zvýšení tepové frekvence. **Uchovávání:** V původním obalu, chránit před vlhkostí. **Balení:** 7, 14, 28, 30, 56, 84, 60 nebo 90 tobolek. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Zentiva, k.s., U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10, Česká republika. **Registrační čísla:** 06/191/18-C; 06/192/18-C; 06/193/18-C; 06/194/18-C; 06/195/18-C; 06/196/18-C; 06/197/18-C; **Datum revize textu:** 7. 11. 2018. Výdej je vázán na lékařský předpis. Přípravek je plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před použitím přípravku se seznamte s úplnou informací o přípravku, které obdržíte na adrese: Zentiva, k. s., U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10, Česká republika.

Určeno pro odbornou veřejnost.

Zentiva, k.s., marketingové oddělení, U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10, Česká republika, www.zentiva.cz

ZENTIVA

Příznaky ADHD jsou diferenciatně diagnosticky odlišitelné od ostatních forem afektivní, úzkostné nebo poruchy osobnosti. V jejich farmakoterapii bývají rutinně používané preparáty málo účinné.

Zásadní roli v prognóze pacienta hraje také edukace o diagnóze a pacientova schopnost jejího přijetí.

Klíčová slova: ADHD v dospělosti, kazuistická sdělení, diagnostika, anamnestické údaje, komorbidity ADHD, přijetí diagnózy dospělým pacientem.

Diagnostika a léčba ADHD u dospělých se zřetelem na schopnosti řízení motorových vozidel

MUDr. Miroslav Novotný

Centrum duševního zdraví Jeseník, Šumperk

Akreditovaná dopravně psychologická laboratoř Ministerstva dopravy ČR, Jeseník, Šumperk

Kasuistické sdělení, na jehož základě je objasněna potřeba pečlivého vyšetření pacienta s ADHD v dospělosti. Teprve komplex psychologických vyšetření, počítačových diagnostických testů a EEG vyšetření, dokáže odhalit ADHD persistentního typu se všemi důsledky v psychosociálním fungování včetně rizika pro řízení motorových vozidel.

Klíčová slova: persistentní ADHD, diagnostika, důsledky, léčba.

Satelitní sympozium společnosti Lundbeck Česká republika s.r.o.

Brexpiprazol: nové antipsychotikum

čtvrtek / 10. prosince 2020 / 14.15–14.45 hod.

Brexpiprazol: nové antipsychotikum

prof. MUDr. Jiří Masopust, Ph.D.

Psychiatrická klinika, Lékařská fakulta v Hradci Králové

Brexpiprazol, aripiprazol a kariprazin jsou parciálními agonisty dopaminových D2 a D3 receptorů (DRPA) a serotoninových 5-HT1A receptorů a také antagonisty jiných serotoninových a histaminových receptorů bez významné anticholinergní aktivity. Jedná se o heteprogenní skupinu s důležitými rozdíly v indikacích, dostupných lékových formách, farmakodynamice, farmakokinetice, interakcích, snášenlivosti a dávkování. Oproti aripiprazolu má brexpiprazol vyváženější aktivační a sedativní působení. Brexpiprazol méně způsobuje akatízi, insomii a somnolenci, naopak jeho podávání je spojeno s mírně vyšším rizikem nárůstu hmotnosti ve srovnání s aripiprazolem.

Ve sdělení se zaměřím na farmakologii, účinnost, snášenlivost a dávkování brexpiprazolu, dále na praktická doporučení týkající se převodu z jiného antipsychotika.

Klíčová slova: antipsychotika, brexpiprazol, farmakologie.



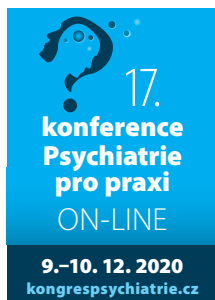
Když hledáte **řešení...**

účinné a dobře snášené
antipsychotikum



Nedílnou součástí tohoto materiálu je aktuální
Souhrn údajů o přípravku Rxulti, který je dostupný
na profilu společnosti Lundbeck v části Výstava firem.





POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONFERENCE

GENERÁLNÍ PARTNER



ZLATÝ PARTNER



HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNER





TREVICTA®

paliperidon palmitát

injekce s prodlouženým uvolňováním

REMISE, ZPŮSOB, JAK **POMOCI** **DOSÁHNOUT** **CÍLŮ VAŠEHO** **PACIENTA**



ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU • **NÁZEV:** TREVICTA 175 mg (263 mg, 350 mg, nebo 525 mg) injekční suspenze s prodlouženým uvolňováním. **ÚČINNÁ LÁTKA:** paliperidon palmitas **INDIKACE:** Udržovací léčba schizofrenie u dospělých pacientů, kteří jsou klinicky stabilní po léčbě 1 měsíčním přípravkem s obsahem paliperidon-palmitátu. **DAVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ:** Přípravek TREVICTA je určen pouze k intramuskulárnímu podání zdravotnickým pracovníkem. Pacienti, kteří jsou adekvátně léčeni 1 měsíčním injekčním paliperidon-palmitátem (nejlépe čtyři měsíce nebo déle) a nevyžadují úpravu dávky, mohou být převedeni na přípravek TREVICTA. Podávání přípravku TREVICTA je nutno zahájit místo další plánované dávky 1 měsíčního injekčního paliperidon-palmitátu (± 7 dní). Základem pro dávku přípravku TREVICTA je předchozí dávka 1 měsíčního injekčního paliperidon-palmitátu a použije se 3,5krát vyšší dávka. Poté podáváte přípravek TREVICTA intramuskulární injekcí jednou za každé 3 měsíce (± 2 týdny). V případě potřeby lze úpravu dávky přípravku TREVICTA provést každé 3 měsíce, a to v rozsahu od 175 do 525 mg. Celá dávka přípravku TREVICTA musí být podána v jediné injekci. Je nutno ji injikovat pomalu, hluboko do deltového nebo gluteálního svalu. K podání do deltového svalu u pacientů ≥ 90 kg použijte jehlu o rozměrech 0,72 mm x 38,1 mm (22G 1½ palce), u pacientů < 90 kg použijte jehlu o rozměrech 0,72 mm x 25,4 mm (22G 1 palec). K podání do gluteálního svalu použijte jehlu o rozměrech 0,72 mm x 38,1 mm (22G 1½ palce). Strídejte levou a pravou stranu. Přípravek TREVICTA se smí podávat pouze pomocí tenkostěnných jehel, které jsou součástí balení. **Injekční stříkačkou je nutno nejméně 15 sekund silně třepat a držet ji přitom špičkou nahoru v ruce s uvolněným zápěstím, čímž se zajišťuje homogenizace suspenze. Přípravek TREVICTA se musí podat do 5 minut po potřepání.** Pokud by před aplikací mělo uplynout více než 5 minut, znovu silně 15 sekund potřepávejte, aby se léčivý přípravek znovu suspendoval. V případě neúplně injikované dávky se dávka zbylá v injekční stříkačce znovu injikovat nesmí a další dávku podat nelze, protože velikost skutečně podané dávky je obtížné odhadnout. Pacienta je nutno pečlivě sledovat a do doby příští plánované 3 měsíční injekce přípravku TREVICTA léčit podle klinické potřeby. **Pediatrická populace:** Účinnost a bezpečnost nebyla stanovena. **Starší osoby:** Účinnost a bezpečnost u osob ve věku > 65 let nebyla stanovena. **Porucha funkce ledvin:** • • • • • clearance kreatininu ≥ 50 až < 80 ml/min: upravte dávku a stabilizujte pacienta za pomoci 1 měsíčního injekčního paliperidon-palmitátu a poté převedte na přípravek TREVICTA. • • • • • clearance kreatininu < 50 ml/min: přípravek se nedoporučuje. **Porucha funkce jater:** Opatrnost u těžké jaterní poruchy. **KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na paliperidon, risperidon nebo na kteroukoli pomocnou látku. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ A OPATŘENÍ PRO POUŽITÍ:** TREVICTA se nesmí používat při ošetřování pacientů ve stavu akutní agitovanosti nebo těžké psychózy. Nedoporučuje se u starších pacientů s demencí. Používejte s opatrností u pacientů se známým kardiovaskulárním onemocněním (včetně rodinné anamnézy prodloužení QT intervalu), cerebrovaskulárním onemocněním, hypotenzí, záchvatovitým onemocněním, prolaktin-dependentními nádory, Parkinsonovou chorobou, demencí s Lewyho tělisky a s konkomitanti medikací, která prodlužuje QT interval. Může indukovat ortostatickou hypotenzi. Bylo pozorováno zvýšení sérového prolaktinu. V případě výskytu tardivních dyskinezi zvažte vysazení všech antipsychotik. Byla pozorována leukopenie, neutropenie a agranulocytóza; jejich výskyt může vyžadovat další sledování či ukončení léčby. V případě objevení neuroleptického maligního syndromu (NMS) zvažte ukončení léčby antipsychotiky. Kombinované užívání psychostimulancií (např. methylfenidátu) s paliperidonom může při úpravě dávky jednoho nebo obou léčiv vést k extrapyramidovým příznakům. I u pacientů, kteří dříve tolerovali perorální risperidon nebo perorální paliperidon, se mohou vyskytnout anafylaktické reakce, jak bylo vzácně pozorováno u 1 měsíčního injekčního paliperidon-palmitátu. Byl hlášen výskyt hyperglykémie, diabetes mellitus a zhoršení dříve diagnostikovaného diabetu. Je nutno monitorovat příznaky hyperglykémie a u pacientů s diabetes mellitus je nutno pravidelně monitorovat glykémii. Varujte před rizikem nárůstu tělesné hmotnosti, tuto pravidelně kontrolujte. U paliperidonu byla hlášena indukce priapismu. U novorozenců, kteří byli vystaveni antipsychotikům během třetího trimestru těhotenství, existuje riziko výskytu extrapyramidových a/nebo abstinčních příznaků, které se mohou po porodu vyskytnout v různé závažnosti a délce trvání. Paliperidon je vylučován do mateřského mléka, proto se nesmí při kojení užívat. **INTERAKCE:** Opatrnost se doporučuje při předepisování současně s léčivými přípravky prodlužující QT interval (antiarytmika třídy IA a III, některá antihistaminika, některá antibiotika, některá jiná antipsychotika, některá antimalarika), s jinými centrálně působícími léčivými přípravky (anxiolytika, antipsychotiky, hypnotiky, opiáty atd. nebo alkoholem), s léky s hypotenzním účinkem a s léky, které snižují křečový práh (fenothiaziny, butyrofenony, tricyklicky, SSRI, tramadol, melloquine). Levodopa a jiní dopaminoví agonisté se musí předepisovat v nejnižších účinných dávkách. Při zahájení léčby karbamazepinem je nutno přehodnotit dávkování přípravku s možným zvýšením dávky paliperidonu, při ukončení léčby karbamazepinem s možným snížením dávky paliperidonu. Současné podávání risperidonu nebo perorálního podávání paliperidonu s přípravkem TREVICTA je třeba zvážit. Tento seznam není úplný – viz SPC. **ZVLÁŠTNÍ OPATŘENÍ PRO UCHOVÁVÁNÍ:** Nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. **OBSAH BALENÍ:** Balení obsahuje 1 předplněnou injekční stříkačku a 2 jehly. **DOBA POUŽITELNOSTI:** 2 roky. **DRŽTELÉ ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, Beerse, Belgie. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** EU/1/14/971/007, EU/1/14/971/008, EU/1/14/971/009, EU/1/14/971/010. **DATUM REVIZE POSLEDNÍHO SCHVÁLENÉHO SPC:** 09/2018. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Dříve než začnete přípravek předepisovat, seznámte se, prosím, s úplnou informací o přípravku (SPC), která je dostupná na vyžádání. Úplná informace o přípravku je k dispozici v Souhrnu údajů o přípravku nebo na adrese: Janssen-Cilag s.r.o., Walterovo náměstí 329/1, 158 00 Praha 5; www.janssencilag.cz. Podrobné informace o přípravku jsou také zveřejněny na webových stránkách Evropské lékové agentury (EMA) www.ema.europa.eu

Janssen-Cilag s.r.o., Walterovo náměstí 329/1, 158 00 Praha 5 – Jinonice
tel.: +420 227 012 227, fax: +420 227 012 333, www.janssen.com/czech
CP-197338 • Datum vytvoření: Listopad 2020

Janssen  Neuroscience
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF 