

Psychiatrie pro praxi

2024

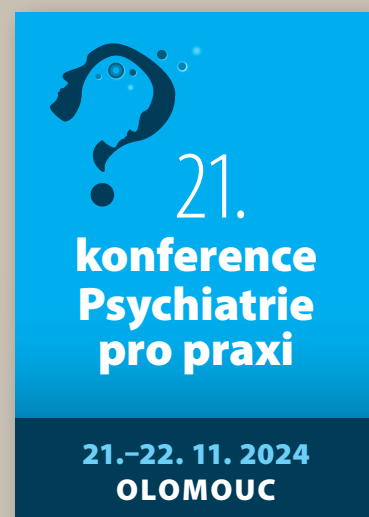
A

www.solen.cz | Psychiatr.praxi2024;25(SupplA) | ISSN 1803-5914 | Ročník 25 | 2024

ABSTRAKTA

21. konference Psychiatrie pro praxi

21.–22. listopadu 2024
Clarion Congress Hotel Olomouc



Pořadatel: Společnost SOLEN, s. r. o.,
a časopis Psychiatrie pro praxi
ve spolupráci s Psychiatrickou klinikou FN Olomouc



Abilify Maintena® 960 mg

Více času na život



1x ZA 2 MĚSÍCE

Abilify Maintena® 960mg

aripirazol v injekci s prodlouženým uvolňováním

ZKRÁCENÁ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU: Abilify Maintena 720 mg injekční suspenze s prodlouženým uvolňováním v předplněné injekční stříkačce. Abilify Maintena 960 mg injekční suspenze s prodlouženým uvolňováním v předplněné injekční stříkačce. **LÉČIVA LÁTKA:** Abilify Maintena 720 mg: Jedna předplněná injekční stříkačka obsahuje 720 mg aripirazolu ve 2,4 ml. Abilify Maintena 960 mg: Jedna předplněná injekční stříkačka obsahuje 960 mg aripirazolu ve 3,2 ml. **INDIKACE:** Přípravek Abilify Maintena je indikován k udržování léčbě schizofrenie u dospělých pacientů stabilizovaných pomocí perorálně podávaného aripirazolu. **DAVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ:** U pacientů, kteří nikdy neužívali aripirazol, musí být před zahájením léčby pomocí Abilify Maintena zjištěna snášenlivost perorálně podávaného aripirazolu. Přípravek Abilify Maintena je určen pouze k intramuskulárnímu podání a nesmí se podávat intravenózně nebo subkutánně. **Počáteční režim:** Při přechodu z podávání přípravku Abilify Maintena 400 mg jednou měsíčně se doporučuje podat přípravek Abilify Maintena 960 mg nejdříve za 26 dní po poslední injekci přípravku Abilify Maintena 400 mg. Přípravek Abilify Maintena 960 mg se má podávat jednou za 2 měsíce (každých 56 dní). **Počáteční dávka lze podat jedním z následujících dvou režimů:** Zahájení jednou injekcí: V den zahájení léčby po perorální terapii má být podána jedna injekce přípravku Abilify Maintena 960 mg a pokračuje se v léčbě perorálním aripirazolem v dávce 10 až 20 mg denně po dobu 14 dní, aby se udržela terapeutická koncentrace aripirazolu dosažená při zahájení léčby. Zahájení dvěma injekcemi: V den zahájení léčby po perorální terapii se do různých míst podá jedna injekce přípravku Abilify Maintena 960 mg (viz způsob podání v SmPCs) a jedna injekce přípravku Abilify Maintena 400 mg, spolu s jednou 20mg dávkou perorálně podávaného aripirazolu. Suspenze se má aplikovat pomalu v jedné injekci do hýžděového nebo deltového svalu (dávky se nesmí dělit). Je třeba dbát na to, aby se injekce náhodně neaplikovala do cévy. Pokud má být léčba zahájena dvěma injekcemi, aplikujte je do dvou různých míst ve dvou různých svazech. Neaplikujte obě do stejného hýžděového svalu. Po zahájení injekční léčby je doporučená udržovací dávka jedna injekce přípravku Abilify Maintena 960 mg každý druhý měsíc. Přípravek Abilify Maintena 960 mg aplikujte jednou za dva měsíce formou jednorázové injekce 56 dní po předchozí injekci. Pokud se při podávání dávky přípravku Abilify Maintena 960 mg vyskytnou nežádoucí účinky, je třeba zvážit snížení dávky na přípravek Abilify Maintena 720 mg jednou za dva měsíce. Pokud je pacient pomalým metabolizátorem CYP2D6, viz SmPC. **Starší osoby:** Bezpečnost a účinnost u pacientů ve věku 65 let a starších nebyla stanovena. **Porucha funkce ledvin:** Úprava dávky se nevyžaduje. **Porucha funkce jater:** U pacientů s lehkou až středně těžkou poruchou funkce jater se nevyžaduje úprava dávky. Doporučení pro pacienty s těžkou poruchou funkce jater nelze stanovit. U těchto pacientů se dávkování má řídit opatrně. Má být upřednostněna perorální forma. **Osoby se známým pomalým metabolismem CYP2D6 a úpravu dávky z důvodu interakcí se silnými inhibitory CYP2D6 a/nebo induktory CYP3A4 a/nebo induktory CYP3A4:** Přechěte si, prosím, úplné znění Souhrnu údajů o přípravku pro informace. **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost přípravku Abilify Maintena u dětí a dospívajících ve věku 0–17 let nebyla stanovena. **KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ:** Zlepšení klinického stavu pacienta se v průběhu antipsychotické léčby může objevit po několika dnech až týdnech. Pacienti mají být pečlivě sledováni po celou dobu tohoto období. Abilify Maintena se nesmí používat při ošetřování pacientů ve stavu akutní agitovanosti nebo těžké psychózy, kdy je okamžitě nutno dostat příznaky pod kontrolu. Vysoký sebezbedný chování byl v některých případech hlášen časné po zahájení nebo změně antipsychotické léčby, vysoce rizikovi pacienti mají být důkladně sledováni. Přípravek se má používat s opatrností u pacientů se známým kardiovaskulárním onemocněním, s cerebrovaskulárním onemocněním, se stavy, které by mohly pacienty predisponovat k hypotenzi nebo hypertenzi, s prodloužením QT intervalu v rodní anamnéze, u pacientů, kteří mají zachvatové onemocnění v anamnéze nebo mají stavy provázané epileptickými záchvaty. **Eozofagální dysmotilita a aspirace** by pozorování ve spojení s aripirazolem. Aripirazol má být užíván s opatrností u pacientů s rizikem aspirační pneumonie. V souvislosti s užíváním antipsychotik byly hlášeny případy žilního tromboembolismu (VTE). U pacientů má být před a během léčby přípravkem Abilify Maintena rozpoznány všechny možné rizikové faktory pro VTE a mají být provedena preventivní opatření. Případy akutní dyskineze vzniklé při léčbě aripirazolem byly hlášeny méně často. Pokud se u pacienta užívajícího přípravek Abilify Maintena projeví známky a příznaky tardivní dyskineze, má se zvážit snížení dávky

nebo přerušení léčby. Tyto příznaky se mohou dočasně zhoršit nebo mohou dokonce vzniknout až po přerušení léčby. V klinických studiích byly v souvislosti s léčbou aripirazolem hlášeny vzácné případy neuroleptické maligního syndromu (NMS). **Objeví-li se u pacienta známky a příznaky příznačné pro NMS nebo nevyvítili žádnou vysoká horečka bez dalších klinických projevů NMS, podávání všech antipsychotik, včetně aripirazolu musí být přerušeno.** Přípravek může způsobit somnolenci, posturální hypotenzi a motonickou a senzorickou nestabilitu, což může vést k pádům. Při léčbě rizikovějších pacientů (např. seniorů nebo oslabených pacientů) je třeba dbát zvýšené opatrnosti a zvážit zahájení léčby nižší dávkou. Přípravek Abilify Maintena není určen k léčbě pacientů s psychózou spojenou s demencí. U pacientů léčených aripirazolem byla zaznamenána hyperglykemie. Pacienti mají být sledováni kvůli známkám a příznakům hyperglykemie a pacienti s diabetem mellitem nebo s faktory rizikovými pro diabetes mellitus mají být pravidelně sledováni z hlediska možného zhoršení glukózové tolerance. U aripirazolu se mohou objevit hypersenzitivní reakce, vyznačující se alergickými příznaky. Během postmarketingového sledování bylo u pacientů, kterým byl předepsán perorálně užívaný aripirazol, zaznamenáno zvýšení tělesné hmotnosti. U pacientů léčených aripirazolem byla zaznamenána hyperglykemie. Pacienti mohou při užívání aripirazolu pociťovat větší nutkání, zejména k hazardnímu hrani, a neschopnost tato nutkání kontrolovat. Jiná hlášená nutkání zahrnují: zvýšená sexuální nutkání, kompulzivní nakupování, záchvatovitě nebo kompulzivní přejídání a jiné impulzivní a kompulzivní chování. Je důležité, aby se osoby, které léčí předepisují, konkrétně zeptaly pacientů nebo jejich pečovateli na rozvoj nových nebo zesílení stávajících nutkání. Pokud se u pacientů při užívání aripirazolu rozvinou taková nutkání, zvažte snížení dávky nebo vysazení léku. Je třeba opatrnosti při řízení nebo obsluhování strojů kvůli potenciálním účinkům na nervový systém a zrak, jako je sedace, somnolence, synkopa, rozmazané vidění, diplopie. Tento léčivý přípravek obsahuje méně než 1 mmol (23 mg) sodíku v jedné dávce, to znamená, že je v podstatě „bez sodíku“. **INTERAKCE:** Aripirazol může způsobit účinek některých antihypertenziv. Vzhledem k primárnímu účinku aripirazolu na centrální nervový systém (CNS) je zapotřebí věnovat zvýšenou pozornost, pokud je sníženo podávání v kombinaci s alkoholem nebo jinými léčivými přípravky působícími na CNS, které mají podobné nežádoucí účinky. Pokud je aripirazol podáván současně s léčivými přípravky, o nichž je známo, že prodlužují QT interval nebo způsobují nerovnováhu elektrolytů, je nutné postupovat s opatrností. **Viz Souhrn údajů o přípravku,** kde jsou uvedena doporučení pro úpravu dávky, pokud se přípravek používá současně se silnými inhibitory CYP2D6 a/nebo CYP3A4. **Současné podávání induktorů CYP3A4 není vhodné,** protože se snižují hladiny aripirazolu v krvi a mohou se snížit až pod úroveň mezí. U pacientů užívajících aripirazol byly hlášeny případy serotoninového syndromu; může se objevit zejména při současném užívání s jinými serotonergními léčivými přípravky, jako jsou selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu/norepinefrinu (SSRI/SNRI), nebo s jinými léčivými přípravky, o kterých je známo, že zvyšují koncentrace aripirazolu. **FERTILITA, TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Přípravek Abilify Maintena má být u žen plánujících těhotenství používán, pouze pokud je to nezbytné. U novorozenců, kteří byli vystaveni antipsychotikům během třetího trimestru těhotenství, existuje riziko výskytu nežádoucích účinků zahrnujících extrapyramidové příznaky a/nebo příznaky z vysazení. **Novorozenci** proto musí být pečlivě sledováni. Aripirazol/metabolity se vylučují do mateřského mléka. **Pacienti,** které jsou v současné době léčeni nebo které byly léčeny přípravkem Abilify Maintena v posledních 34 týdnech, nemají kojit. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** Další informace, viz úplné znění Souhrnu údajů o přípravku. Časté (≥ 1/100 až < 1/10): zvýšení tělesné hmotnosti, diabetes mellitus, snížení tělesné hmotnosti, agitovanost, úzkost, neklid, insomnie, extrapyramidová porucha, akatázie, tremor, dyskineze, sedace, somnolence, závrať, bolest hlavy, sucho v ústech, muskuloskeletální ztuhlost, erektilní dysfunkce, bolest v místě injekce, indurace v místě injekce, únava, zvýšená kreatinofosfokináza v krvi. Méně časté (≥ 1/1000 až < 1/100): neutropenie, anemie, trombotopenie, snížený počet neutrofilů, snížený počet leukocytů, hypersenzitivita, snížená hladina prolaktinu v krvi, hyperprolaktinémie, hyperglykemie, hypercholesterolemie, hyperinzulinémie, hyperlipidémie, hypertiglyceridémie, porucha chuti k jídlu, sebezbedná představa, psychotická porucha, halucinace, blud, hypersexuálna, panická reakce, deprese, afektivní labilita, apatie, dystonie, porucha spánku, bruxismus, snížená libido, změněná nálada, dystonie, tardivní dyskineze, parkinsonismus, porucha pohybu, psychomotorická hyperaktivita, syndrom neklidných nohou, fenomén zubeného kola, hypertonie, bradyknie,

slinění, dysgezie, parosmie, okulogyrická krize, rozmazané vidění, bolest oka, diplopie, fotofobie, komorové extrasystoly, bradykardie, tachykardie, snížení amplitudy T vlny na elektrokardiogramu, abnormální elektrokardiogram, inverze T vlny na elektrokardiogramu, hypertenze, ortostatická hypotenze, zvýšený krevní tlak, kašel, škytávka, gastroesofageální reflux, dyspepsie, zvracení, diaree, nauzea, bolest v epigastriu, břišní diskomfort, obtížné, časté vyprázdnování střev, hypersekrece slin, abnormální funkční jaterní test, zvýšené jaterní enzymy, zvýšená alaminamotransferáza, zvýšená gama-glutamyltransferáza, zvýšený bilirubin v krvi, zvýšená aspartátaminotransferáza, alopecie, akné, rosacea, ekzém, kožní indurace, svalová rigidita, svalové spasmy, svalové fascikulace, tuhost svalů, myalgie, bolest v končetině, artralgie, bolest zad, omezená kloubní hybnost, rigidita šje, trismus, nefrolitiáza, glykosurie, galaktorea, gynecomastie, citlivost prsu, vulvovaginální suchost, pyrexie, astenie, porucha chůze, hrudní diskomfort, reakce v místě injekce, erytém v místě injekce, zduření v místě injekce, diskomfort v místě injekce, pruritus v místě injekce, žízeň, pomalost, zvýšená glykemie, snížená glykemie, zvýšený glykosylovaný hemoglobin, zvýšený obvod pasu, snížení cholesterolu v krvi, snížení triacylglycerolů v krvi. **Není známo (z dostupných údajů nelze určit):** leukopenie, alergická reakce (např. anafylaktická reakce, angioedém, včetně otěklého jazyka, edému jazyka, edému obličje, pruritu nebo kopřivky), diabetický hyperosmolární koma, diabetická ketoacidóza, anorexie, snížená chuť k jídlu, hyponatremie, dokonaná sebezraďa, sebezraďevý pokus, patologické hráčství, impulzivní poruchy, záchvatovitě přejídání se, kompulzivní nakupování, poronanie, nervozita, agresivita, neuroleptický maligní syndrom, generalizovaný tonicko-klonický záchvat, serotoninový syndrom, porucha řeči, náhlá smrt, srdeční zástava, torsades de pointes, komorová arytmie, QT prodloužení, synkopa, venózní embolie (včetně plicní embolie a hluboké žilní trombozy), orofaryngeální spasmus, laryngospasmus, aspirační pneumonie, pankreatitida, dystázie, selhání jater, ikterus, hepatitida, zvýšená alkalická fosfatáza, vyrážka, fotosenzitivní reakce, hyperhidróza, léková reakce s eozinofilií a systémovými příznaky (DRESS), rhabdomyolýza, močová retence, močová inkontinence, syndrom z vysazení léku u novorozenců, priapismus, porucha termoregulace (hypotermie, pyrexie), bolest na hrudi, periferní otok, kolísání hladiny glukózy v krvi. **PŘEDÁVKOVÁNÍ:** Specifické antidotum proti aripirazolu neexistuje. Při léčbě předávkování je vhodné zaměřit se na podpojení péči a zajistit pečlivý lékařský dohled a monitorování. Zajistěte dostatečné dýchací cesty, zásobení kyslíkem a ventilaci. Monitorujte srdeční rytmus a vitální funkce. Nasadte podpořnou a symptomatickou léčbu. Vhodná jsou všeobecná opatření využívaná k léčbě předávkování jakýmkoli léčivým přípravkem. Při volbě léčby a formy zotavení je třeba vzít v úvahu dlouhodobé působení léčivého přípravku a dlouhý eliminační poločas aripirazolu. Případné nežádoucí účinky prosím hláste na: Otsuka Pharmaceuticals Europe Ltd prostřednictvím e-mailové adresy: vigilance@otsuka-europe.com. **UCHOVÁNÍ:** Chraňte před mrazem. **VELIKOST BALENÍ:** Injekční suspenze s prodlouženým uvolňováním v předplněné injekční stříkačce. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** Otsuka Pharmaceutical Netherlands B.V., Herikerbergweg 292, 1101 CT, Amsterdam, Nizozemsko. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** EU/1/13/882/009-010. **DATUM REGISTRACE:** 25. března 2024. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU:** 21. 06. 2024. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE ZKRÁCENÉ INFORMACE:** září 2024. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek Abilify Maintena 960 mg injekční suspenze s prodlouženým uvolňováním v předplněné injekční stříkačce je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek Abilify Maintena 720 mg injekční suspenze s prodlouženým uvolňováním v předplněné injekční stříkačce není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Předtím, než přípravek Abilify Maintena předepíšete, přečtěte si, prosím, úplné znění Souhrnu údajů o přípravku. Podrobné informace o tomto léčivém přípravku jsou k dispozici na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky na adrese <http://www.ema.europa.eu>. **KONTAKT:** Lundbeck Česká republika s. r. o., Bozděchova 7, 150 00 Praha 5, tel.: 225 275 600, www.lundbeck.cz





TIRÁŽ

21. konference Psychiatrie pro praxi**21.–22. listopadu 2024 | Clarion Congress Hotel Olomouc****Pořadatel**

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

Ve spolupráci s

Psychiatrickou klinikou FN Olomouc

Odborná garantka akce

prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

Organizátor

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

Organizační zajištění: Mgr. Marta Boučková, 770 194 701, bouckova@solen.cz

Programové zajištění: Mgr. Eva Kolbingerová, 773 779 632, kolbingerova@solen.cz

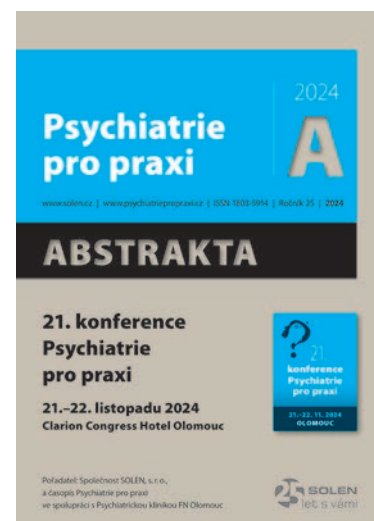
Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s.r.o., Michal Bajnok

Zajištění výstavních ploch: Daniela Stojanovská, 721 603 709, stojanovsk@solenz.cz

Ohodnocení

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 12 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 2024; 25(Suppl A).

ISBN 978-80-7471-517-4**ISSN 1803-5914****Vydavatel:** Solen, s.r.o., IČ 25553933

Program / čtvrtek 21. listopadu 2024

- 9.00 ZAHÁJENÍ**
prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.
- 9.05–10.15 NOVÉ NÁVYKOVÉ LÁTKY**
odborná garantka MUDr. Lucie Bundárová
- **Pregabalin jako zneužívaná látka 21. stol.** – Bundárová L. (15+5')
 - **Zombie drugs** – Echtei D. (15+5')
 - **Kratom a spektrum látek HHC** – Vrbová K. (15+5')
- 10.15–10.45 Přestávka s občerstvením**
- 10.45–11.45 JE LÉKAŘSKÉ TAJEMSTVÍ OPRAVDU TAJEMSTVÍM – JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D. (60')**
- 11.45–12.45 SATELITNÍ SYMPOZIUM SPOLEČNOSTI ANGELINI PHARMA ČESKÁ REPUBLIKA s. r. o. (60')**
Záhady a taje včasné farmakologické intervence
- **Silní a zranitelní: jak nadváha ovlivňuje úspěšnost léčby schizofrenie** – Köhler R.
 - **Léčba prověřená časem a pro všechny věkové kategorie dospělých pacientů** – Anders M.
- 12.45–13.45 Přestávka na oběd**
- 13.45–14.55 AMBULANTNÍ PSYCHIATRIE 2025: TRENDY, VÝZVY A PŘÍLEŽITOSTI**
odborný garant MUDr. Jan Knopp
- **Trilema současné adolescentní psychiatrie. Diferenciální diagnostika: disharmonický vývoj osobnosti směrem k hraniční poruše osobnosti, juvenilní bipolární porucha, porucha pozornosti s hyperaktivitou** – Janhuba K. (20')
 - **Praktické zkušenosti s transformací psychiatrické ambulance do ARP** – Pálenský V. (20')
 - **Financování psychiatrických ambulancí v roce 2025 – aktuality z úhradové vyhlášky a Seznamu zdravotních výkonů** – Knopp J. (20')
- 14.55–15.25 SATELITNÍ SYMPOZIUM SPOLEČNOSTI LUNDBECK ČESKÁ REPUBLIKA s. r. o.**
- **Můžeme léčit schizofrenii tak, aby byl spokojený lékař i pacient?** – Masopust J. (30')
- 15.25–16.00 Přestávka s občerstvením**
- 16.00–17.10 VLIVY SOCIÁLNÍCH SÍTÍ A DIGITÁLNÍCH TECHNOLOGIÍ NA DUŠEVNÍ ZDRAVÍ**
odborný garant prof. MUDr. Bc. Libor Ustohal, Ph.D.
- **Mobilní aplikace pro duševní zdraví: výhody, nevýhody a praktické využití** – Radimecká M. (20')
 - **Využití virtuální reality v psychiatrii** – Antoš A., Roman R., Bartečková E., Chromý A., Šopák P., Švec T. (20')
 - **Avatar-based therapy sluchových halucinací** – Vereš M. (20')
- 17.10–18.10 GERONTOPSYCHIATRIE – DEMENCE**
odborná garantka prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.
- **Nové možnosti léčby demence na obzoru?** – Látalová K. (15')
 - **Somatická problematika u demencí** – Procházková E. (15')
 - **BPSD u demencí a opomíjené potřeby pečovatelů** – Končelíková D. (15')
- 18.10 PŘEDPOKLÁDANÝ ZÁVĚR PRVNÍHO DNE KONFERENCE**

Změna programu vyhrazena



Dávkování jen 1x denně¹



Nezpůsobuje závislost¹

Kompletní škála balení a sil pro přesnější dávkování²



Balení
7 a 28 tablet

Balení
7 a 28 tablet

Balení
7 a 28 tablet

Balení
7 a 28 tablet

Balení
28 tablet

Balení
28 tablet

Balení
28 tablet

Zkrácená informace o přípravku ATOMINEX

Léčivá látka: atomoxetinum 10, 18, 25, 40, 60, 80 nebo 100 mg v 1 tvrdé tobolce. **Indikace:** léčba 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:** 1 denní dávka ráno, pokud se nedosáhne uspokojivé klinické odpovědi, může být přínosně užívání 2x denně v rovnoměrně rozdělených dávkách ráno a pozdě odpoledne nebo časně navečer. **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. **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 pulz. U středně těžké jaterní 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 zvažena nižší zahajovací dávka a její pomalejší zvyšování. Nemá se používat u dětí do 6 let. **Způsob podání:** perorální, nezávisle na jídle. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Kombinace s inhibitory monoaminooxidázy (MAO) (minimálně 2 týdny po vysazení léčby MAO). MAO 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 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. Pacienti s dalšími rizikovými faktory pro rozvoj cerebrovaskulárních stavů nutno při každé návštěvě zkontrolovat kvůli možným neurologickým znakům a příznakům. Léčba atomoxetinem se u pacientů se žlutoučkou nebo laboratorně prokázaným poškozením jater musí ukončit a nesmí již být znovu zahájena. Atomoxetin v běžných dávkách může u pacientů bez předchozí anamnézy psychického 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, hostility 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 potenciálním rizikem 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:** nesmí se 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. Vzhledem k neznámému riziku klinicky významného zvýšení expozice atomoxetinu in vivo je doporučena zvýšená opatrnost u pomalých metabolizátorů CYP2D6, pokud je atomoxetin kombinován se silnými inhibitory enzymů cytochromu P450 jinými než CYP2D6. Nutné podávat s opatrností pacientům léčeným vysokou dávkou salbutamolu (nebo jiných beta₂ agonistů) podávanou pomocí nebulizace nebo systémově, protože může být potencionálně účinek salbutamolu na kardiovaskulární systém. Zvýšené riziko prodloužení QT intervalu při současném podávání s jinými přípravky prodloužujícími 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 abstinenčních záchvatů při vysazení. Opatrnost při současném podání s antihypertenzivy, vasopresivou a přípravky zvyšujícími krevní tlak nebo s přípravky ovlivňujícími noradrenalin (např. antidepresiva imipramin, venlafaxin a mirtazapin nebo dekonogescenční látky pseudoefedrin nebo fenylefrin). **Těhotenství a kojení:** nemá se 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:** má malý vliv. Je třeba opatrnosti. **Nežádoucí účinky: pediatrická populace: nejčastěji:** bolest hlavy, bolest břicha, snížená chuť k jídlu, nauzea, zvracení, somnolence, zvýšení srdeční frekvence, zvýšení krevního tlaku. **Dospělí: nejčastěji:** snížení chuti k jídlu, insomnie, bolest hlavy, sucho v ústech, nauzea, zvýšení krevního tlaku, zvýšení tepové frekvence. **Velikost balení:** 7 nebo 28 tobolek. **Podmínky uchovávání:** v původním obalu, chránit před vlhkostí. **Registrační čísla:** Atomoxetin 10 mg: 06/191/18-C; Atomoxetin 18 mg: 06/192/18-C; Atomoxetin 25 mg: 06/193/18-C; Atomoxetin 40 mg: 06/194/18-C; Atomoxetin 60 mg: 06/195/18-C; Atomoxetin 80 mg: 06/196/18-C; Atomoxetin 100 mg: 06/197/18-C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Zentiva, k.s., U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10, Česká republika. **Datum poslední revize textu:** 9. 5. 2024. **Výdej:** přípravek je vázán na lékařský předpis a je plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním nebo výdejem přípravku se seznáme s úplnou informací o přípravku, kterou obdržíte na adrese: Zentiva, k. s., U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10, Česká republika.

Reference: 1. SPC přípravku Atomoxetin, datum revize textu: 9. 5. 2024. 2. Ceník Zentiva, k.s. platný od 1. 11. 2024.

Učeno pro odbornou veřejnost.

Zentiva, k.s., marketingové oddělení
U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10, tel.: (+420) 267 241 111, www.zentiva.cz

ZENTIVA

Program / pátek 22. listopadu 2024

9.00–10.30 GENDEROVÁ DYSFORIE – MEDICÍNSKÉ ASPEKTY LÉČBY

odborná garantka doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.

- **Vstup do problému z pohledu ambulantního pedopsychiatra** – Stárková L. (20')
- **Pohled sexuologa-psychoterapeuta** – Fifková H. (30')
- **Kontroverze u poruch rodové identity z pohledu dětského endokrinologa** – Zapletalová J. (30')

10.30–11.00 SATELITNÍ SYMPOZIUM SPOLEČNOSTI ZENTIVA, k. s.

- **IACHÉ v roce 2024** – Franková V. (30')

11.00–11.30 Přestávka s občerstvením**11.30–12.50 ADHD V DOSPĚLOSTI**

odborný garant prof. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.

- **ADHD jako neurovývojové onemocnění** – Mohr P. (15+5')
- **Emoční dysregulace jako součást ADHD** – Látalová K. (15+5')
- **ADHD a komorbidity, kazuistiky z praxe** – Ernsten H. (15+5')
- **Nefarmakologické (psychologické) přístupy v péči o dospělé s ADHD. Možnosti, limity, zkušenosti z ambulantní praxe** – Štěpánková T. (15+5')

12.50–13.20 SATELITNÍ SYMPOZIUM SPOLEČNOSTI JOHNSON & JOHNSON

- **Inovativní přístup k léčbě rezistentní deprese** – Hubeňák J., Thompson V. (30')

13.20–13.40 SATELITNÍ SYMPOZIUM MINDWALK s. r. o.

- **iCBT pro klienty s mírně až středně těžkými příznaky deprese a úzkosti** – Nesnídal V. (20')

13.40–14.30 Přestávka na oběd**14.30–15.30 CO MĚ NA PSYCHIATRII PŘEKVAPILO?**

odborný garant MUDr. Jakub Vaněk, Ph.D.

- **Proměny akutní psychiatrie v čase** – Žlebková J. (20')
- **Konziliární psychiatrie – práce všeho druhu** – Bělohradová K. (20')
- **Dušnost jako mezioborový fenomén** – Procházková E. (20')

15.30 ZÁVĚR KONFERENCE, LOSOVÁNÍ ANKETY*Změna programu vyhrazena*

TRITTICO[®] PROLONG

150 mg, 300 mg

tablety s prodlouženým uvolňováním
trazodoni hydrochloridum**TRITTICO[®] AC**

75 mg, 150 mg

tablety s řízeným uvolňováním
trazodoni hydrochloridum

Trojí účinek pro maximální spokojenost vašich pacientů s depresí

Antidepresivní, anxiolytický, spánek normalizující

TRITTICO AC; TRITTICO PROLONG: S: Trazodoni hydrochloridum 75 mg, 150 mg v 1 tableti s řízeným uvolňováním. Trazodoni hydrochloridum 150 mg, 300 mg v 1 tableti s prodlouženým uvolňováním. **I: Trittico AC:** Léčba depresivních poruch u dospělých **Trittico Prolong:** Deprese různé etiologie u dospělých, včetně typů provázených anxiety, 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, sebepoškozování a sebevraždy, především na začátku léčby, po změně dávkování a zejména mladí dospělí do 25 let, musí být pečlivě sledováni. Je nutné dávkovat s opatrností a pravidelně monitorovat pacienty s epilepsií, hypertyreózou, poruchami močení, akutním glaukomem s uzavřeným úhlem, zvýšeným nitroočním tlakem a hepatálním, renálním nebo kardiálním onemocněním (včetně prodloužení QT intervalu). U starších pacientů může častěji docházet k ortostatické hypotenzi, somnolenci a anticholinergním účinkům trazodonu. V případě výskytu „flu-like“ syndromu (horečka, bolest v krku) se doporučuje sledovat hematologické parametry. Pokud se u pacienta vyvine žloutenka, léčba trazodonem musí být přerušena. Podávání antidepresiv pacientům s psychotickými onemocněními může vést ke zhoršení psychotických symptomů. Během léčby bipolární afektivní poruchy trazodonem se může depresivní fáze změnit v manickou. V tomto případě musí být léčba trazodonem zastavena. Možnost vzniku serotoninového syndromu v kombinaci s dalšími serotonergními látkami a neuroleptiky. Přípravek by neměl být podáván dětem a mladistvým do 18 let věku. Obsahuje sacharosu. Pacienti nemají řídit a obsluhovat stroje, pokud se u nich projevuje ospalost, sedace, závrať, stavy zmatenosti nebo rozmazané vidění. **NU:** Ospalost, závrať, nervozita, únava, cefalgie a nespavost, sedace, neklid, snížená pozornost, nauzea, zácpa, průjem, dyspepsie, ovlivnění chuti k jídlu a tělesné hmotnosti, poruchy hepatálních funkcí, xerostomie, serotoninový syndrom, ortostatická hypotenze, poruchy močení. Myalgie, artralgie, vyrážka, pruritus. **IT:** Sedativní účinek antipsychotik, hypnotik, sedativ, anxiolytik a antihistaminik může být zvýšen, v těchto případech je doporučeno snížení dávky. Metabolismus antidepresiv je zrychlován perorálními kontraceptivy, fenytoinem, karbamazepinem a barbituráty. Některá antipsychotika metabolismus antidepresiv inhibují. Tricyklická antidepresiva se nemají podávat souběžně s trazodonem. Je-li trazodon podáván se silným inhibítorem CYP3A4, měla by být zvážena nižší dávka trazodonu. Je však třeba, kdykoliv je to možné, se vyvarovat společného podávání trazodonu a silných CYP3A4 inhibitorů. Pokud je trazodon podáván spolu s přípravky obsahujícími třezalku tečkovanou, nežádoucí účinky mohou být častější. Podání s antikoagulancii a antiagregancii vzácně zvyšuje riziko krvácení. V průběhu léčby trazodonem by neměl být požíván alkohol. **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. Vliv na fertilitu není znám. **D:** TRITTICO AC: Obvykle 75-150 mg/den v jedné dávce večer před spaním, lze postupně zvýšit (o 50 mg každý 3.-4.den) na 300 mg/den ve dvou dílčích dávkách. U hospitalizovaných lze zvýšit na 600 mg/den, v rozdělených dávkách. Doporučená dávka pro starší a oslabené pacienty je snížena na 75-100 mg/den. Po dosažení klinické odpovědi má být dávka udržována alespoň jeden měsíc. Je doporučeno pokračovat v léčbě, dokud pacient nebude 4-6 měsíců bez příznaků. Při ukončení léčby, zejména po dlouhodobější léčbě, je doporučeno postupné snižování dávky. TRITTICO PROLONG: 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. Při léčbě depresí provázených sexuální dysfunkcí se podává 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. Při ukončování léčby se má dávka postupně snižovat. Neexistují žádné důkazy, že by byl trazodon návykový. **DRR:** Angelini Pharma Česká republika s.r.o., Palachovo náměstí 799/5, 625 00 Brno, Česká republika **Reg.č.:** Trittico AC 75: 30/504/99-C, Trittico AC 150: 30/505/99-C, Trittico Prolong 150 mg: 30/140/14-C, Trittico Prolong 300 mg: 30/141/14-C **Uchovávání:** Při teplotě do 25 °C, v původním obalu, chránit před světlem a vlhkostí. **Datum poslední revize textu SPC:** Trittico AC: 12.5.2023, 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).



Nové návykové látky

odborná garantka MUDr. Lucie Bundárová

čtvrtek / 21. listopadu 2024 / 9.10–10.15 hod.

Pregabalin jako zneužívaná substance 21. století

MUDr. Lucie Bundárová

Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého Olomouc
a Fakultní nemocnice Olomouc

Pregabalin (chemicky kyselina 3S-3-(aminomethyl)-5-methylhexan-1-ová) patří do skupiny antiepileptik. Indikován je k léčbě neuropatické bolesti (diabetická neuropatie, postherpetická neuropatie, poranění míchy), jako přídatná léčba parciálních epileptických záchvatů a od roku 2006 je schválen v Evropské unii jako první volba pro léčbu pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou. Pregabalin působí na kalciových kanálech v centrálním nervovém systému, čímž způsobuje efekt analgetický, antikonvulzivní a anxiolytický. Ukázalo se, že v populaci, která je riziková z hlediska závislostního chování, dochází k nadužívání pregabalínu v dávkách, které několikanásobně překračují maximální doporučenou dávku. Pak se dostaví účinky anxiolytické, ale také euforizační, a tím dělá tuto látku pro uživatele atraktivní. Po perorálním podání nalačno se rychle absorbuje. Pacienti, kteří lék užívají jako návykovou látku, často preferují sniffing pro rychlejší nástup účinku a výraznější počáteční euforizační efekt. Při vysazení supramaximálních dávek obvykle nad 1 500 mg se objevuje odvykávací stav a uživatelé popisují craving. V přednášce bych chtěla poukázat na to, že pacienti s predispozicí ke vzniku závislosti či pacienti již závislí zejména na opioidech mají sklon ke zneužívání pregabalínu. Setkáváme se s tím, že si dávku svévolně navyšují či redistribuují do jedné denní dávky. Dávkování si pacienti upravují podle efektu, který od léku požadují. Dávky do 1 000 mg mají efekt anxiolytický a sedativní. Nad 1 000 mg užitých v jedné dávce pak uživatelé popisují anxiolytický a euforizační efekt. Nežřídko se setkáváme s užíváním dávek nad 2 500 mg a vyššími. Ve specifických prostředích, jako např. vězení, se stal platidlem a oblíbenou látkou, která je zneužívána.

LITERATURA

1. Mohr P, Kopeček M, Brunovský M, Páleníček T. Klinická psychofarmakologie. Maxdorf. 2017.
2. Ustohal L, et al. Kazuistika pacientky vyššího věku léčené pregabalinem pro generalizovanou úzkostnou poruchu. Psychi- atr. Praxi. 2018;19(2):76-79.
3. Isoardi KZ, Polkinghorne G, Harris K, Isbister GK. Pregabalin poisoning and rising recreational use: a retrospective observa- tional series. British journal of clinical pharmacology. 2020;86(12):2435-2440.
4. Zellner N, Eyer F, Zellner T. Alarming pregabalin abuse in Munich: prevalence, patterns of use and complications. Deutsche Medizinische Wochenschrift (1946). 2017;142(19):e140-e147.
5. Zaccara G, Gangemi P, Perucca P, Specchio L. The adverse event profile of pregabalin: A systematic review and meta-ana- lysis of randomized controlled trials. Epilepsia. 2011;52(4):826-836.

Zombie drugs

MUDr. David Echtai

Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého Olomouc a Fakultní nemocnice
Olomouc

Jako „zombie drugs“ neboli zombie drogy se označuje několik látek ze skupiny opioidů, které svými účinky vyvolávají u uživatelů typické klinické příznaky při intoxikaci – nekoordinované pohyby (ataxií) a stavy několikahodinové strnulosti s dezorientací. V kombinaci při intravenózní aplikaci způsobují vznik abscesů a kožních vředů s následným odumíráním tkání, které doplňují symptomy intoxikace. Odtud vznikl název zombie drogy – ulice zaplavují kymácející se uživatelé s četnými kožními afekcemi.

Řadíme sem opioidní analgetikum fentanyl, který je přibližně 100x účinnější než morfin a 50x účinnější než heroin. Vyroben byl v 60. letech 20. století a pro své analgetické účinky se používá v anesteziologii a v léčbě bolesti u onkologických pacientů. Pro svoji nízkou perorální dostupnost

a vysokou lipofilitu se využívá zejména v transdermální a parenterální formě. Pro svoje euforizující účinky začal být zneužíván jako droga. Díky obdobným účinkům a nízkým výrobním nákladům začal postupně nahrazovat heroin. Zneužíván je buď přimícháváním do heroinu nebo jiných, na ulici dostupných drog, případě je zcela nahrazuje. Vzhledem k mnohonásobně vyšší potentnosti je rizikový stran předávkování při záměně s heroinem. V dnešní době patří mezi hlavní faktory opiatové epidemie v USA. Nezanedbatelné riziko představuje výroba falešných opioidů na předpis s fentanylem namísto udávané účinné látky.

Xylazin, veterinární lék používaný pro své analgetické, myorelaxační a sedativní účinky jako anestetikum dobytka. Kvůli nebezpečným vedlejším účinkům nebyl schválen pro použití v humánní medicíně, uplatňuje se pouze ve veterinární. V USA a Portoriku je zneužíván jako droga pod názvem tranq. Xylazin se míchá s heroinem a fentanylem za účelem prodloužení účinku těchto látek. V kombinaci při intravenózní aplikaci (xylazin + heroin/fentanyl) způsobuje abscesy a kožní vředy v místě vpichu s následným odumíráním tkání.

Nitazeny jsou nejnovější obávanou skupinou opioidů. Byly syntetizovány v 50. letech 20. století, dosud však neprošly klinickým testováním, a tudíž nebyly medicínsky nikdy užívány. Od roku 2019 figurují na listu „research chemical“ jako výzkumné látky, odkud se dostávají na černý trh a následně do ulic mezi narkomany. Jejich obrovským rizikem je 40x větší potentnost, než má fentanyl.

Problematika tzv. „zombie drugs“ je závažná i pro další rizika, která s sebou přináší užívání návykových látek, jako je kriminalita, prostituce a šíření infekčních onemocnění. Tyto nové drogy představují riziko ve své potentnosti, kdy i velmi malé dávky dokážou způsobit smrt uživatele útlumem dechového centra. Rovněž se často tajně přimíchávají do heroinu a ostatních návykových látek, někdy je dokonce zcela nahrazují. Závažnost jejich šíření dokládá prudký vzestup úmrtí spojených s předávkováním v USA, kde tyto nové drogy doslova zaplavily ulice.

V sympoziu budou představeni hlavní zástupci nových syntetických drog a jejich nežádoucí účinky. Rovněž bude zmíněno, jak tyto látky ovlivnily příčiny úmrtí v USA. Dále se bude diskutovat o tom, jak je na tom Evropa a Česká republika stran výskytu těchto látek.

Kratom a spektrum látek HHC

MUDr. Kristýna Vrbová, Ph.D.

Klinika psychiatrie FN Olomouc, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Kratom je přírodní látka, která se získává z listů tropického stromu *Mitragyna speciosa*. Tradičně se používá pro své stimulační a analgetické účinky. Jeho popularita vzrostla zejména v posledních letech. Konzumace kratomu není bez rizik, což je palčivý problém zejména proto, že je dosud volně dostupný v prodeji, a to i nezletilým osobám.

HHC neboli hexahydrocannabinol je relativně nově identifikovaný kanabinoid, který je syntetizován z CBD a nachází se v marihuaně. Nabízí psychoaktivní účinky, které jsou podobné THC. Spektrum látek HHC zahrnuje různé izomery, které se liší svou účinností a bezpečností.

V roce 2024 se očekává zásadní změna v regulaci těchto látek, které byly dosud v šedé zóně. Přednáška zmíní i přehled aktuálních legislativních trendů a předpokládaných reforem, které by mohly ovlivnit trh a uživatelské chování.

Je lékařské tajemství opravdu tajemstvím

čtvrtek / 21. listopadu 2024 / 10.45–11.45 hod.

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

AK PRUDIL a spol., s. r. o., Brno

Zachovávání lékařského tajemství je historicky známou povinností, která však v průběhu staletí doznala řady změn. V současné době tak hovoříme o povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovní-

ků (a někdy nejen zdravotnických pracovníků), která je, co do základu, upravena v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění (ale i v jiných obecně závazných právních předpisech). Příspěvek bude zaměřen na seznámení účastníků s rozsahem povinné mlčenlivosti, tzn. kdo je jí vázán, v jakém rozsahu a vůči komu. Z povinné mlčenlivosti existuje celá řada výjimek, v prezentaci budou zmíněny ty nejběžněji se vyskytující (např. poskytování informací orgánům sociálně právní ochrany dětí, soudům orgánům činným v trestním řízení, správním orgánům). Zároveň budou zmíněny možné právní důsledky v případě, že dojde k porušení povinné mlčenlivosti.

Ambulantní psychiatrie 2025: Trendy, výzvy a příležitosti

odborný garant MUDr. Jan Knopp

čtvrtek / 21. listopadu 2024 / 13.45–14.55 hod.

Trilema současné adolescentní psychiatrie. Diferenciální diagnostika: disharmonický vývoj osobnosti směrem k hraniční poruše osobnosti, juvenilní bipolární porucha, porucha pozornosti s hyperaktivitou

MUDr. Kamil Janhuba

Psychiatrická ambulance pro děti a dospělé, Poliklinika Zahradníková, Brno

OPTIME, pedopsychiatrie a psychiatrie, s. r. o., Doubravník

Dětská psychiatrická nemocnice, Velká Bíteš

50 % duševních poruch své první příznaky manifestuje do věku 14 let, a do 19 let se nějakým způsobem projeví zhruba 75 % duševních poruch. Z výše uvedeného vyvstává potřeba zvýšené pozornosti k duševnímu zdraví (a odlišení od duševní nemoci) v tomto citlivém vývojovém období.

Pro systémy veřejného zdravotnictví všude ve světě je velkou výzvou ekonomicky udržitelně a zároveň pro uživatele (či pacienty) dostupně služby tohoto typu pro tuto věkovou kohortu provozovat.

V našich podmínkách je situace ještě o to složitější, že nechybí jen finanční zdroje, ale zejména zdroje personální. Veškerou psychopatologii období dospívání jistě nemůžeme redukovat jen na v názvu uvedené tři duševní poruchy: disharmonický vývoj osobnosti směrem k hraniční poruše osobnosti, juvenilní bipolární poruchu a poruchu pozornosti s hyperaktivitou.

Nicméně tyto tři zástupci jsou spíše modelovými příklady poruch z důležitých diagnostických kategorií věku dospívání: poruchy osobnosti, poruchy nálady a neurovývojové poruchy. Tyto tři duševní poruchy jsou navíc velkou výzvou z hlediska diagnostiky prvního kontaktu v dorostové psychiatrii a následně, v době rané dospělosti, i v psychiatrických službách pro mladé dospělé.

Jejich symptomy se značně překrývají, odlišnosti často zůstávají skryté a je nutné po nich cíleně pátrat a dávat je do kontextu normálního vývoje.

V tomto příspěvku se snažím najít klíčová vodítka pro diferenciální diagnostiku mezi těmito třemi poruchami. Upozorňuji na podobnosti a společné rysy, které mohou vést k záměnám. Hledám odlišnosti a klinicky relevantní spolehlivé markanty použitelné v diferenciálně diagnostické rozvaze.

Nakonec se pokusím i objasnit, proč je přesná diagnóza užitečná, k čemu diagnostický závěr slouží a jak jej užít v dalším plánování léčby.



Znovu se probouzet do jasných dnů...

Brintellix[®]
vortioxetin

O krok dál v léčbě deprese

ZKRÁCENÁ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU. NÁZEV A LÉKOVÁ FORMA: Brintellix 5 mg potahované tablety, Brintellix 10 mg potahované tablety, Brintellix 15 mg potahované tablety, Brintellix 20 mg potahované tablety a Brintellix 20 mg/ml perorální kapky, roztok. **LÉČIVÁ LÁTKA:** Jedna potahovaná tableta obsahuje vortioxetini hydrobromidum, což odpovídá vortioxetinum 5 mg (pro Brintellix 5 mg), 10 mg (pro Brintellix 10 mg), 15 mg (pro Brintellix 15 mg) a 20 mg (pro Brintellix 20 mg), jeden ml roztoku obsahuje vortioxetini lactas, což odpovídá vortioxetinum 20 mg, jedna kapka odpovídá vortioxetinum 1 mg (pro Brintellix 20 mg/ml perorální roztok, kapky). **INDIKACE:** Brintellix je indikován k léčbě depresivních epizod u dospělých. **DAVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ:** Úvodní a doporučená dávka je 10 mg jednou denně, užitá perorálně s jídlem nebo nalačno. Starší pacienti ≥ 65 let: Úvodní dávka je 5 mg jednou denně. **Pediatrická populace (< 18 let):** Nemá se používat. **Ukončení léčby:** Aby se zabránilo výskytu příznaků z vysazení, lze zvážit postupné snižování dávky. Pro specifická doporučení týkající se harmonogramu snižování dávky u pacientů léčených přípravkem Brintellix však nejsou k dispozici dostatečné údaje. **KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Současné užívání s neselektivními inhibitory monoaminoxidázy (IMAO) nebo selektivními MAO-A inhibitory. ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ:** Deprese je spojena se zvýšeným rizikem sebevražedných myšlenek, sebepoškození a sebevraždy. Pacienti, a zvláště ti, kteří mají zvýšené riziko sebevraždy, by měli být během léčby pečlivě sledováni, a to především na začátku léčby a po změně dávkování. Pacienti (a jejich ošetřovatelé) by měli být upozorněni na to, že je nutné sledovat jakékoliv zhoršení jejich stavu, vznik sebevražedného chování nebo myšlenek a neobvyklých změn chování a na to, že pokud se tyto příznaky objeví, musí okamžitě vyhledat lékařskou pomoc. U pacientů se záchvaty v anamnéze, případně nestabilní epilepsii, má být léčba zahájena s opatrností. Pacienti musí být sledováni pro případné známky a příznaky serotoninového syndromu nebo neuroleptického maligního syndromu. Brintellix by měl být používán s opatrností u pacientů s anamnézou mánie/hypománie. U pacientů, kteří vstoupí do manické fáze, je nutno léčbu tímto přípravkem ukončit. Pacienti léčení antidepresivy, včetně vortioxetinu, mohou rovněž zaznamenat pocity agresivity, hněvu, agitovanosti a podrážděnosti. Stav pacienta i stav onemocnění musí být bedlivě monitorován. Při užívání antidepresiv se serotonergním účinkem, včetně vortioxetinu, byly hlášeny vzácné poruchy krvácení (ekchymóza, purpura, gastrointestinální nebo gynekologické krvácení) a vzácně byla pozorována hyponatremie. V souvislosti s užíváním antidepresiv, včetně vortioxetinu, byl hlášen výskyt mydriázy. Tento mydriatický účinek může vést k zúžení komorového úhlu oka a následně zvýšení nitroočního tlaku a glaukomu s uzavřeným úhlem. Je třeba postupovat s opatrností u pacientů s poruchou ledvin a jater. Brintellix 20 mg/ml perorální kapky, roztok obsahuje 85 mg alkoholu (96% ethanol) v jednom ml, což odpovídá 10,1 % obj. **INTERAKCE:** Je třeba opatrnosti při podání v kombinaci s inhibitory MAO, MAO-A, (moklobemid), MAO — reverzibilní neselektivní (linezolid), MAO-B ireverzibilní selektivní (selegilin, rasagilin), serotonergní působícími léčivými přípravky, s přípravky snižujícími práh pro vznik záchvatů, lithiem, tryptofanem, těžkou tekčovinou, perorálními antikoagulanty, antiagregancií a přípravky převážně metabolizovanými enzymy CYP2D6, CYP3A4, CYP2C9, CYP2C19 a cytochromem P450. U pacientů, kteří užívali vortioxetin, byly hlášeny falešně pozitivní výsledky testů používajících metodu enzymové imunanalýzy ke stanovení přítomnosti metadonu v moči. **TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Podání těhotným ženám pouze tehdy, pokud očekávaný přínos převáží nad potenciálním rizikem pro plod. Je nutno rozhodnout, zda přerušit kojení nebo ukončit/přerušit podávání přípravku. **SCHOPNOST RIDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Žádný nebo zanedbatelný vliv. S ohledem na hlášené nežádoucí účinky, např. závratě, je doporučena opatrnost pacientů. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** Nežádoucí účinky byly zpravidla mírné nebo střední intenzity a vyskytly se během prvních dvou týdnů léčby. Účinky byly obvykle přechodné a nevedly obvyčejně k ukončení terapie. Velmi časté: nauzea. Časté: abnormální sny, závratě, diaree, obstipace, zvracení, dyspepsie, pruritus, hyperhidróza. Méně časté: tremor, rozmazané vidění, návaly horka, noční pocení. Vzácné: mydriáza (která může vést k akutnímu glaukomu se zvýšeným komorovým úhlem). **Není známo:** anafylaktická reakce, hyperprolaktinémie, hyponatremie, serotoninový syndrom, bolest hlavy, krvácení (včetně kontuze, ekchymózy, epistaxe, gastrointestinálního nebo vaginálního krvácení), angioedém, urtikarie, vyrážka, insomnie, agitovanost a agresivita. **PODMÍNKY UCHOVÁVÁNÍ:** Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. **VELIKOST BALENÍ:** 28 potahovaných tablet (5 mg a 10 mg), 98 potahovaných tablet (15 mg), 98 potahovaných tablet (20 mg) a 15 ml ve skleněné lahvičce (perorální kapky, roztok 20 mg/ml). **PŘEDÁVKOVÁNÍ:** Zkušenosti s předávkováním omezené. Doporučena symptomatická léčba a odpovídající monitoring. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** H.Lundbeck A/S, Ørttilavej 9, 2500 Valby, Dánsko. **REGISTRAČNÍ ČÍSLA:** tablety — EU/1/13/891/002, 010, 012, 021, 029 030, perorální kapky, roztok — EU/1/13/891/036. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU SPČ:** 10. 1. 2024. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE ZKRÁCENÉ INFORMACE:** 17. 1. 2024. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Předtím, než přípravek Brintellix předepíšete, přečtěte si, prosím, úplné znění Souhrnu údajů o přípravku. Podrobné informace o tomto léčivém přípravku jsou k dispozici na webových stránkách www.lundbeck.cz a www.sukl.cz.

Financování psychiatrických ambulancí v roce 2025 – aktuality z úhradové vyhlášky a Seznamu zdravotních výkonů

MUDr. Jan Knopp

Psychiatrie Vyhlička, s. r. o., Brno

Přednáška se zaměří na aktuální otázky financování psychiatrických ambulancí v souvislosti s novou úhradovou vyhláškou pro rok 2025. Ústředním tématem bude rozbor změn bonifikací v úhradovém systému a jejich vliv na financování ambulantních zařízení poskytujících psychiatrickou péči. Dále budou prezentovány důležité aspekty valorizace bodových hodnot zdravotních výkonů uvedených v Seznamu zdravotních výkonů pro rok 2025 a jejich dopad na reálné financování jednotlivých výkonů.

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

čtvrtek / 21. listopadu 2024 / 14.55–15.25 hod.

Můžeme léčit schizofrenii tak, aby byl spokojený lékař i pacient?

prof. MUDr. Jiří Masopust, Ph.D.

Psychiatrická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Aripiprazol je parciálním agonistou dopaminu. Byl prokázán jeho efekt na pozitivní i negativní příznaky schizofrenie a vyznačuje se velmi dobrou snášenlivostí z pohledu metabolických, endokrinních i sexuálních nežádoucích účinků. Mimo tablet a injekcí s krátkodobým účinkem je v klinické praxi užíván i dlouhodobě působící intramuskulární aripiprazol, který se aplikuje jednou měsíčně (AOM 400). Od listopadu 2024 máme k dispozici intramuskulární aplikaci aripiprazolu, která se podává jednou za dva měsíce (Ari 2MRTU) v dávce 960 mg. Tato aplikace je schválena pro udržovací léčbu dospělých pacientů se schizofrenií stabilizovaných aripiprazolem. V 32týdenní studii byla hodnocena bezpečnost, snášenlivost a farmakokinetika, stejně jako závažnost psychopatologie posuzovaná škálou pozitivních a negativních příznaků schizofrenie (PANSS), indexu závažnosti a indexu zlepšení celkového klinického dojmu (CGI) a dotazníku subjektivní vnímání léčby antipsychotiky (SWN) AOM 400 a Ari 2MRTU 960. Snášenlivost v obou větvích byla obdobná a pacienti byli klinicky stabilní po celou dobu studie, významně se nelišilo subjektivní vnímání léčby a plazmatické koncentrace AOM 400 a Ari 2MRTU 960 byly stabilní a bez významného rozdílu.

Zůstává tak k dispozici moderní dlouhodobě působící injekční antipsychotikum s dobrou účinností v udržovací léčbě, výbornou snášenlivostí, subjektivně dobře vnímaný pacienty. Pro nemocné (případně jejich pečovatele) i lékaře pak delší interval představuje větší komfort a možnost snížení frekvence návštěv lékaře až o polovinu.

Vlivy sociálních sítí a digitálních technologií na duševní zdraví

odborný garant prof. MUDr. Bc. Libor Ustohal, Ph.D.

čtvrtek / 21. listopadu 2024 / 16.00–17.10 hod.

Mobilní aplikace pro duševní zdraví: výhody, nevýhody a praktické využití

Mgr. Bc. Monika Radimecká

Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Brno a Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, Brno

Česká republika se dlouhodobě potýká s nedostatkem odborné psychiatrické a psychologické péče, který vede k nadměrně dlouhým čekacím dobám, a to i přesto, že je psychická podpora často potřebná akutně. V reakci na tento nedostatek nabývají na důležitosti svépomocné mobilní aplikace zaměřené na duševní zdraví. Ačkoliv na světě existuje mezi 10 000–20 000 aplikacemi, výzkum jejich efektivity a klinického využití je teprve na svém začátku.

Nespornými výhodami mobilních aplikací pro duševní zdraví je jejich všudypřítomnost, praktický mobilní formát a neustálá dostupnost terapeutických nástrojů. Různorodost aplikací umožňuje uživatelům seznámit se s různými terapeutickými technikami včetně relaxace, všímavosti, nebo s metodami kognitivně behaviorální terapie. Aplikace často poskytují nástroje pro sledování nálady, spánku či emocí, čímž mohou fungovat jako efektivní doplněk tradiční psychoterapie. Tyto aplikace mohou také pomoci pacientům se sebezpečí mezi terapeutickými sezeními.

Mezi nevýhody svépomocných mobilních aplikací patří omezený výzkum jejich účinnosti, což ztěžuje hodnocení jejich skutečného přínosu pro uživatele. Dále existuje riziko ohrožení osobních údajů, protože citlivé informace nemusí být dostatečně chráněny. Výzvou je také udržení motivace uživatelů k pravidelnému používání aplikací, protože aplikace využívají ve svém volném čase a bez přímého odborného dohledu, což může snížit jejich efektivitu v dlouhodobém horizontu.

V českém prostředí je dostupná řada aplikací pro duševní zdraví, mezi nimiž vyniká například aplikace Nepanikař, která je bezplatná a nabízí podporu osobám trpícím depresí, úzkostmi, panickými atakami, poruchami příjmu potravy nebo myšlenkami na sebepoškození. Kromě terapeutických technik aplikace poskytuje i odkazy na krizové linky a možnost zaslat krizovou zprávu v akutních situacích. Mezi aplikace zaměřené na relaxaci a všímavost patří například Calmio nebo zahraniční aplikace Headspace a Pause. Pro uživatele, kterým nevdává si aplikaci zaplatit, je dostupná také aplikace VOS, která se zaměřuje na snižování stresu a úzkosti prostřednictvím dechových cvičení, meditací a sledování nálady.

Využití virtuální reality v psychiatrii

MUDr. David Antoš¹, doc. MUDr. Robert Roman, Ph.D.¹,

MUDr. Eliška Bartečková, Ph.D.¹, Ing. Adam Chromý, Ph.D.², Ing. Petr Šopák²,
Ing. Tomáš Švec³

¹Psychiatrická klinika, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity a FN Brno

²Kybernetika a robotika, CEITEC VUT, Brno

³Ústav počítačové grafiky a multimédií, FIT VUT, Brno

Virtuální realita (VR) představuje počítačem generované prostředí, pro které je charakteristická vysoká míra přítomnosti (tzv. prezence). Schopnost přístroje navodit pocit přítomnosti se označuje jako imerze. K nejčastěji užívaným technologiím patří brýle pro VR, které umožňují simulaci nepřeborného množství prostředí. Virtuální realita nabízí vysokou ekologickou validitu a snadnou kontrolovatelnost mnohdy rizikových situací.



„Kvalita přednášky často závisí na kvalitě kávy.“

Viktor Frankl
lékař a filozof

Užijte si čas přednášek s kávou od SOLENu

SOLEN MEDICAL EDUCATION

Na poli virtuální reality došlo v uplynulých deseti letech k nebývalému pokroku. Zároveň došlo k výraznému poklesu pořizovacích nákladů. V současné době jsou virtuální brýle natolik cenově přívětivé, že se staly dostupné i pro širokou veřejnost.

Přestože největší rozmach zažívá virtuální realita v posledních letech, v psychiatrii má daleko hlubší kořeny, které sahají až do devadesátých let.

Z využití VR v psychiatrii bývá nejčastěji skloňována možnost intervence, převážně se jedná o expoziční terapii v prostředí virtuální reality (VRET). V léčbě specifických fobií a látkových i ne-látkových závislostí byla prokázána srovnatelná účinnost VRET s in vivo terapií. Virtuální realita byla dokonce uznána jako nová lékařská technologie pro léčbu sociální fobie. U posttraumatické stresové poruchy a mentální bulimie byla taktéž popsána redukce symptomů po VRET. Simulace ve virtuálním prostředí vedly u pacientů s psychózou k redukci paranoi, perzekučních bludů a sluchových halucinací, nedostatek literatury ovšem brání generalizaci výsledků. VR by mohla být dále prospěšná při tréninku sociálních dovedností u pacientů s poruchou autistického spektra a ke zlepšení pozornosti při scénáři „virtuální třídy“ u pacientů s poruchou pozornosti s hyperaktivitou.

Kromě terapie bývá předmětem studia i využití virtuální reality v diagnostice. VR může přispět ke zhodnocení tíže poruch (např. úzkostných a návykových) a psychotických příznaků. Roli by mohla sehrát i v hodnocení kognitivních funkcí.

V neposlední řadě se virtuální realita uplatňuje při výzkumu patofyziologie nemocí a své místo nachází i na poli edukace.

Přes mnohé benefity virtuální reality je nutné zmínit jisté limity. Při delší době strávené ve virtuálním prostředí se mohou objevit nežádoucí účinky, z nichž převažuje kinetóza ve virtuálním prostředí (tzv. cybersickness). Nejpalčivějším problémem ovšem zůstává samotná kvalita literatury, a to především metodologie studií. Právě malé vzorky subjektů, chybějící adekvátní kontroly a nedostatek dvojité zaslepených studií ztěžují převod VR do běžné praxe.

Avatar-based therapy sluchových halucinací

MUDr. Martin Vereš

Psychiatrická klinika, FN Brno


Sluchové halucinace se vyskytují u přibližně 75 % pacientů trpících schizofrenií. I když je farmakologická terapie mnohdy účinná, u přibližně 25 % pacientů jsou rezistentní na léčbu. Avatar-based therapy (vypracována Julianem Leffem v roce 2008) je nový přístup, ve kterém lidé, kteří trpí sluchovými halucinacemi, vedou dialog s digitální reprezentací (avatarem) jejich domnělé entity, které hlas slyší. Avatar je vytvořen pacientem pomocí softwaru, který umožňuje výběr tváře a hlasu, aby co nejvíce odpovídal entitě, jejíž hlas slyší. Rozsah hlasů, ze kterých si pacient vybírá, je vytvářen modulací hlasu terapeuta do různých forem. To umožňuje terapeutovi mluvit s pacientem prostřednictvím avatara v reálném čase pomocí zvoleného hlasu. Tím, jak terapeut komunikuje skrze avatara, se avatar stává méně nepřátelským a postupně ztrácí svou moc nad pacientem. Koncept vychází ze zjištění, že pacienti udávali jako nejhorší aspekt sluchových halucinací bezmoc a následně předpokladu, že jakmile s nimi budou schopni navázat dialog, dostanou je více pod kontrolu. Dosavadní studie podporují tuto hypotézu výsledky, které potvrzují klinickou účinnost rychlým snížením závažnosti sluchových halucinací ve srovnání s podpůrnou terapií. Je potřeba však zdůraznit, že je nadále považována za experimentální terapii a stávajícím studiím byly vyčítány metodologické nedostatky a vysoké riziko bias. V současnosti se výzkum Avatar-based therapy posunul z 2D do technologie virtuální reality. Vychází z předpokladu, že zrealnění zážitku v kontrolovaném prostředí může vést k zefektivnění terapie. Do dnešního nebyly zaznamenány nežádoucí události ve vztahu VR a sluchových halucinací. Navzdory slibným výsledkům jsou dosavadní důkazy stále předběžné. S odkazem na poslední data, by tento typ léčby také mohl být upraven pro léčbu jiných psychiatrických poruch (např. PTSD nebo afektivních poruch), kde se sluchové halucinace mohou také vyskytovat. K dosažení pevnějších závěrů o účinku jsou však zapotřebí rozsáhlejší a důkladně provedené randomizované kontrolované studie.




mirzaten[®] oro-tab[®]


mirtazapinum tablety dispergovatelné v ústech 15 mg, 30 mg, 45 mg

Mirzaten je dostupný také v orodispergovatelných tabletách¹ s výhodami:


Rychlé rozpuštění a snadné polykání bez nutnosti zapíjení tekutinou^{2, 3}


Diskrétní a jednoduché užití při každé příležitosti³


Menší přírůstek hmotnosti ve srovnání s FCT.⁴


Téměř 50% pacientů je přesvědčeno, že ODT tablety zlepšují adhezenci.⁴


Příjemná POMERANČOVÁ chuť³



FCT – filmem potahované tablety

ODT – orodispergovatelné tablety

MIRZATEN ORO TAB Zkrácená informace o přípravku

Názvy přípravků: Mirzaten Oro Tab 15 mg, Mirzaten Oro Tab 30 mg, Mirzaten Oro Tab 45 mg, tablety dispergovatelné v ústech. **Složení:** 1 tableta dispergovatelná v ústech obsahuje mirtazapinum 15 mg, 30 mg nebo 45 mg. **Indikace:** Léčba epizod depresivní poruchy u dospělých. **Dávkování a způsob podání:** Účinná denní dávka je obvykle mezi 15 a 45 mg; počáteční dávka je 15 nebo 30 mg. Účinek mirtazapinu se začne projevovat obvykle po 1–2 týdnech léčby. Léčba dostatečnou dávkou má navodit příznivou odpověď během 2–4 týdnů. Nedostaví-li se dostatečná odpověď, je možno dávkou zvýšit až na dávku maximální. Nedostaví-li se odpověď během dalších 2–4 týdnů, má být léčba ukončena. Je doporučeno ukončovat léčbu mirtazapinem postupně, aby se předešlo příznakům z vysazení. Pacienti s depresí mají být léčeni dostatečnou dobu, nejméně však 6 měsíců, aby se zajistilo, že jsou bez příznaků. Přípravek Mirzaten Oro Tab se má užívat, pokud možno v 1 večerní dávce před spaním, ale je ho možno podávat také ve dvou rozdělených dávkách (1x ráno a 1x večer, kdy vyšší dávka má být užitá večer). Tablety se mají užívat perorálně. Tableta se rychle rozpadne a je možno ji spolknout i bez zapíjení vodou. Přípravek se nemá užívat k léčbě dětí a dospívajících do 18 let. U pacientů se středně závažnou až závažnou poruchou funkce ledvin u pacientů s poruchou funkce jater může být clearance mirtazapinu snížena. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku přípravku. Užívání společně s inhibitory monoaminooxidázy (MAO). **Zvláštní upozornění:** Pacienti s anamnézou sebevražedného chování v minulosti, nebo ti, kteří projevují významnou míru sebevražedných myšlenek a pokusů a mají být během léčby pečlivě sledováni. U osob užívajících mirtazapin byl zaznamenán útlum kostní dřeně, který se zpravidla projevoval granulocytopenií nebo agranulocytózou. V postmarketingovém období byl u mirtazapinu velmi vzácně hlášen výskyt agranulocytózy, většinou reverzibilní, ale v některých případech fatální. Lékaři mají věnovat pozornost výskytu příznaků jako je horečka, bolest v krku, stomatitida nebo jiné příznaky infekce; při výskytu těchto příznaků je třeba léčbu ukončit a vyšetřit krevní obraz. Přípravek se musí užívat s opatrností a pečlivým sledováním u pacientů s: epilepsií a organickým poškozením mozku, poruchou funkce jater nebo ledvin, onemocněním srdce, jako např. převodní poruchy, angina pectoris a infarkt myokardu, hypotenzi, diabetem mellitem, schizofrenií nebo jinou psychotickou poruchou, bipolární poruchou, poruchami močení, jako je hyperplazie prostaty, akutním glaukolem s úzkým úhlem a zvýšeným nitroočním tlakem. Léčbu je třeba přerušit v případě výskytu žloutenky. Byly hlášeny případy prodloužení intervalu QT, torsades de pointes, ventrikulární tachykardie a náhlé smrti, akatizie/psychomotorický neklid, hyponatémie, vzácné serotoninový syndrom; byly hlášeny také závažné kožní nežádoucí účinky, při jejichž výskytu je třeba mirtazapin okamžitě vysadit a již nesmí být znovu nasazen. Léčbu mirtazapinem je třeba vysazovat postupně pro riziko výskytu příznaků z vysazení. Starší pacienti jsou často citlivější, zvláště k nežádoucím účinkům antidepresiv. Přípravek obsahuje laktózu, sorbitol a aspartam. **Interakce:** Mirtazapin se nemá podávat souběžně s inhibitory MAO nebo v průběhu dvou týdnů po skončení terapie inhibitory MAO. Mirtazapin může zvyšovat sedativní vlastnosti benzodiazepinů a jiných sedativ a alkoholu. Další interakce: L-tryptofan, triptany, buprenorfin, tramadol, linezolid, methylenová modř, SSRI, venlafaxin, lithium, přípravky s těžalkou, tečkovou, warfarin, karbamazepin, fenytoin, ketokonazol, cimetidin, silné inhibitory CYP3A4, inhibitory proteázy HIV, azolová antimykotika, erytromycin, nefazodon. Léčivé přípravky prodlužující interval QT (např. některá antipsychotika nebo antibiotika). **Těhotenství a kojení:** Je nutná opatrnost, pokud je přípravek předepisován těhotným ženám. Pokud je přípravek Mirzaten Oro Tab užíván do porodu nebo krátce před porodem, je doporučeno postnatální sledování novorozence pro možné příznaky z vysazení. Rozhodnutí o užívání přípravku během kojení má být učiněno na podkladě zvážení přínosu kojení pro dítě a přínosu léčby pro ženu. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Přípravek Mirzaten Oro Tab má malý nebo žádný vliv na schopnost řídit a obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášené nežádoucí účinky jsou ospalost, sedace, sucho v ústech, zvýšení tělesné hmotnosti, zvýšení chuti k jídlu, závrátě a únava. Rovněž byly v souvislosti s léčbou mirtazapinem hlášeny závažné kožní nežádoucí účinky, včetně Stevensova-Johnsonova syndromu, toxické epidermální nekrolýzy, lékové reakce s eozinofilií a systémovými příznaky (DRESS), bulózní dermatitidy a erythema multiforme. **Balení:** 30 tablet dispergovatelných v ústech po 15 mg, 30 mg a 45 mg. **Doba použitelnosti:** 5 let. **Uchovávání:** Přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání.

Seznamte se, prosím, s úplnou informací o přípravku dříve, než jej předepíšete.

Datum registrace: 19.12.2001. Držitel rozhodnutí o registraci: Krka, d. d., Novo mesto, Slovinsko.

Reg. č.: Mirzaten Oro Tab 15 mg: 30/757/07-C, Mirzaten Oro Tab 30 mg: 30/758/07-C, Mirzaten Oro Tab 45 mg: 30/759/07-C. Léčivé přípravky jsou vydávány pouze na lékařský předpis. Léčivé přípravky jsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Veřejně přístupná odborná informační služba: tel. +420 221 115 150, e-mail: info.cz@krka.biz; www.krka.cz

Literatura: 1. www.suki.cz 2. Kokoszka A, Barbič-Žagar B, Brus S, Dular-Meglič T. Orally disintegrating tablets: advantages and disadvantages. Psychiatric News, Vol. 13, No. 2, April – May 2010.

3. Vozelj Škrab S, Rebolj V, Dular Meglič T. Treatment of depression, anxiety and depression with anxiety with Krka's antidepressants – a wide choice for different types of patients. Krka v medicini in farmaciji 2014 3. SPC Mirzaten Oro Tab.

4. Delini-Štula A, van Oers H, van Willigenburg A et al. Treating depression with different galenic drug formulations: Does it make a difference? The comparison of mirtazapine fast dissolving formulation (FDT) with conventional mirtazapine tablets (CT). Int J Psychiatry Clin Pract. 2009;13(2):109–16.

Krka ČR, s.r.o., Sokolovská 192/79, 180 00 Praha 8 - Karlín, Tel. +420 221 115 115, www.krka.cz

Sl. Med. 9/2024, Czech Republic, 2024-I-N-A-53

 KRKA | 70^{let}

Gerontopsychiatrie – demence

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

čtvrtek / 21. listopadu 2024 / 17.10–18.10 hod.

Nové možnosti léčby demence na obzoru?

prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

Klinika psychiatrie, LF UP a FN Olomouc

Přednáška se zaměřuje na důležitost problematiky demence a její nejčastější příčiny, přičemž klade důraz na Alzheimerovu chorobu. Diskutuje aktuální možnosti léčby, včetně farmakoterapie, a zdůrazňuje roli podpory pro pacienty a jejich rodiny. Zvláštní pozornost je věnována anti-amyloidovým terapiím, které představují klíčový směr ve vývoji nových léků pro Alzheimerovu nemoc. Přednáška se zabývá jak účinností těchto léčebných metod, tak i překážkami, které je třeba překonat při schvalování a zavádění těchto přípravků do klinické praxe. Tyto nové léčebné přístupy nabízejí naději nejen pacientům, ale i jejich blízkým, neboť existuje možnost, že progresi Alzheimerovy choroby a jiných neurodegenerativních onemocnění vedoucích k demenci lze zpomalit či zastavit. I přes potenciál těchto léčiv je však jejich indikace zatím omezená a do budoucna nebude možné, aby z nich těžili všichni pacienti. Proto je nezbytné plně využít dostupné možnosti symptomatické léčby, a to jak farmakologickými, tak nefarmakologickými metodami. Imunoterapie Alzheimerovy choroby představuje novou a slibnou oblast výzkumu, která se zaměřuje na aktivaci nebo modulaci imunitního systému, aby pomohl odstranit amyloidové plaky a tau proteiny, které jsou charakteristické pro tuto neurodegenerativní poruchu. Tato metoda se liší od tradiční farmakoterapie, která obvykle cílí na symptomy onemocnění.

Somatická problematika u demencí

MUDr. Eliška Procházková

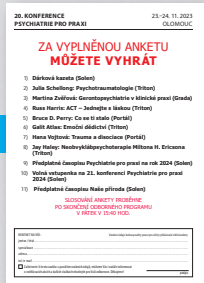
Klinika psychiatrie LF UP a FN Olomouc

Stárí je spojeno se zvýšeným rizikem výskytu úrazů, ztráty samostatnosti či chronických chorob, věk je nejvýznamnějším rizikovým faktorem demencí. U seniorů se mění farmakokinetika, zhoršují se senzorické, motorické i kognitivní schopnosti, což činí farmakoterapii v tomto věku zcela specifickou. Další nezanedbatelný problém tvoří geriatrická křehkost, čili snižování funkční výkonnosti člověka nepřiměřeně běžné involuci. Křehkost s sebou nese zvýšenou náchylnost vůči různým stresorům, apatii, malnutrici, hypomobilitu a celkové chátrání organismu a představuje výrazné riziko ztráty sebeobsluhy a nutnosti institucionalizace.

Ve vyšším věku se projevuje dlouhodobé působení chronických chorob – hypertenze, diabetu, srdečního selhávání, aterosklerózy a dalších – na kognitivní funkce. Kontrola těchto chorob je důležitá pro prevenci a zpomalení kognitivního deficitu, ale terapeutické cíle jsou ve vyšším věku často jiné než v mladších věkových kategoriích.

Demence je nevratná, progresivní ztráta dříve nabytých kognitivních schopností. U zhruba dvou třetin pacientů s demencí jsou přítomny behaviorální a psychologické symptomy demence (BPSD), které představují zátěž pro pečovatele a často vedou k hospitalizacím na gerontopsychiatrických odděleních či institucionalizaci. Poměrně častou ale opomíjenou problematikou je u seniorů somatizace, která vypadá jinak než u mladších lidí. Pacienti se zvýšeně pozorují a přehnaně se zabývají svými příznaky nebo jim přikládají velký význam, obvykle ale za přítomnosti potvrzené somatické choroby. Výzkumy naznačují, že pacienti s demencí mají větší tendenci somatizovat než jejich vrstevníci, kteří demencí netrpí.

Demence samy o sobě zvyšují mortalitu pacientů, bez ohledu na komorbidity, zejména v nižších věkových kategoriích. Zároveň mají pacienti s demencí více komorbidit v mladším věku, později se tento poměr vyrovnává. Komorbidity vedou k častějším a delším hospitalizacím, a tedy



ANKETA

Zajímá nás váš názor

- Byl pro vás program přínosný?
- Jaká další témata by vás zajímala?
- Chybí vám něco na konferenci?
- Využíváte on-line vzdělávání od Solenu?

Vyplněním naší ankety můžete ovlivnit podobu dalších ročníků konference a časopisu. Anketu najdete na našem stánku Solenu a za vyplnění můžete obdržet praktické ceny.

i k riziku rozvoje deliria. Mortalita pacientů s demencí je vyšší, pokud jsou hospitalizováni na gerontopsychiatrickém oddělení, ale psychiatrická dispenzarizace před nástupem příznaků demence je protektivním faktorem.

Posluchači budou seznámeni s doporučenými postupy v terapii nejčastějších somatických komorbidit pacientů s demencí.

Genderová dysforie – medicínské aspekty léčby

odborná garantka doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.

pátek / 22. listopadu 2024 / 9.00–10.30 hod.

Genderová dysforie z pohledu ambulantní praxe pedopsychiatra

doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.

PSYCHOMED s. r. o., a PK FN Olomouc

S vývojem společnosti, vývojem medicíny a s vývojem klasifikace duševních nemocí je zapotřebí věnovat pozornost změnám, které se týkají diagnostiky a léčby poruchy pohlavní identity (MKN 10). Zaměření pozornosti na prožívání subjektivní nepohody, která odráží nesoulad mezi prožívaným a úředně zapsaným pohlavím, vedlo ke změně názvu poruchy na termín Genderová dysforie (DSM 5, DSM-5-TR, ICD 11). Zkrácení utrpení, které s sebou nese skutečnost, že má dítě či adolescent silnou touhu být jiného pohlaví, má silný odpor k vlastní sexuální anatomii a silnou touhu po pohlavních znacích prožívaného genderu, vedlo k návrhu nových postupů v léčbě. Zatímco v popisu klinického obrazu se klasifikace příliš neliší, požadovaná doba trvání symptomatologie ano. Zatímco v DSM 5 došlo ke zkrácení doby trvání příznaků na 6 měsíců, ICD 11 uvádí trvání u dětí 2 roky a u dospívajících 6 měsíců. Klasifikace MKN 10 uváděla u transsexualismu také dobu trvání 2 roky, u poruchy pohlavní identity u dětí nebyla stanovena. Tyto diskrepance mohou dokumentovat, jak se ani profesionálové neshodnou a jak jsou tyto poruchy z pohledu transkulturního různě akceptovány. Proč byla požadovaná doba trvání v DSM 5 zkrácena? Měl by pedopsychiatr s potvrzením diagnózy a rychlým návrhem léčby spěchat? Psychiatr pro děti a dorost, který má porozumění pro utrpení nemocného a chce podat pomocnou ruku každému, kdo se trápí, ovšem také ví, jakými vývojovými krizemi každé dítě a adolescent prochází. Ví, jak je dospívání náročné, kolik vývojových úkolů je zapotřebí splnit na cestě k dospělosti. Přijetí vlastní identity a přijetí těla, jsou ty nejtěžší. Dnes jsou to především dívky, které volají po změně pohlaví–příčiny tohoto trendu zatím jasné nejsou. Je velmi obtížné potvrdit diagnózu jen na základě subjektivních pocitů jedince. Přijmout afirmativní přístup v léčbě, tedy okamžitě se ztotožnit s pocity adolescenta a okamžitě souhlasit s bezprostřední hormonální léčbou, je pro pedopsychiatra velmi bolestné. Samozřejmě o léčbě rozhoduje především sexuolog, nikoli psychiatr. Doporučené postupy léčby umožňují blokování puberty ve snaze poskytnout jedinci čas k rozhodnutí. Umožňují také zahájení hormonální léčby dříve, než bylo obvyklé v minulosti. Předpokládá se, že v 16 letech mají adolescenti už dostatečnou mentální kapacitu, aby byli schopni vyjádřit svůj souhlas s některými zdravotními zákroky a léčbou. Mají ale dostatečnou mentální kompetenci pro takové rozhodnutí? Nejde přece jen o změnu pohlaví a jeho prožívání, jde o mnohem širší dopady na celou identitu s psychosociálními konsekvencemi pro celé bytí člověka. Jsou opravdu všichni plně kompetentní porozumět všemu, co s léčbou přijde? Nové cesty v řešení těchto problémů vyvolávají řadu otázek, které by měly být zodpovězeny dříve, než bude v jednotlivých případech rozhodnuto o změnách ireverzibilního charakteru.

Genderová dysforie

MUDr. Hana Fifková

Sexuologická a psychotherapeutická ordinace, Praha

Transsexualita (rodový nesoulad) je stav, kdy se člověk, biologicky příslušný k jednomu pohlaví, psychicky cítí být příslušníkem pohlaví druhého.

Rodový nesoulad v dětství je stav, v rámci kterého dítě, biologicky příslušné k jednomu pohlaví, projevuje vlastnosti a způsoby chování, příslušné pohlaví opačnému. Tvrdí, že se cítí být příslušníkem opačného pohlaví, chce tak být vnímáno a oslovováno.

Zdaleka ne u každého dítěte, které nespĺňuje rodové stereotypy, jde o rodový nesoulad. Zdaleka ne každé dítě, které je s rodovým nesouladem diagnostikované, je později transsexuální.

Sexuologická společnost ČLS JEP přijala Doporučený postup péče o transsexuální klienty i Doporučený postup péče o děti a dospívající s rodovým nesouladem. Jsou k dispozici na stránkách společnosti a vznikly a byly přijaty jako mezioborový konsenzus.

V posledních několika letech dochází k mezioborově pozorovatelnému trendu – týká se nárůstu počtu pubertálních a adolescentních biologických dívek, které se identifikují jako trans chlapci. Etiologie tohoto jevu je bezesporu multifaktoriální. Již dnes z klinické praxe vyplývá, že u mnoha z nich jde jen o fázi jejich dospívání, nikoli o vážný vrozenou a stabilní identifikaci.

Více než kdykoli dříve je právě v současné době potřeba spolupráce sexuologů, dětských psychotherapeutů, dětských psychiatrů a dětských endokrinologů tak, aby se mladým lidem, kteří medicínskou péči ve smyslu blokádni a hormonální terapie potřebují, se jí včas dostalo, a aby zároveň mladí lidé, u kterých jde o identitní tápání v určité fázi jejich dospívání, nebyli stejnou medicínskou péčí poškozeni.

Kontroverze u poruch rodové identity z pohledu dětského endokrinologa

doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D.

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc, Etická komise FN Olomouc

Nárůst počtu dospívajících, kteří zpochybňují svou rodovou identitu (gender inkongruence, GI), zaznamenaný v posledních letech, se stává stále více diskutovaným tématem s urgentní potřebou věnovat této oblasti medicíny náležitou pozornost. Zlepšuje se přístup společnosti, který ústí v sociální přijetí těchto jedinců s jejich následnou destigmatizací, přitom je ale nutné objasnit příčiny stoupajícího trendu případů rodových dívek (tzv. transchlapců). Teorie GI s rychlým nástupem – „rapid onset gender dysforia“ (ROGD) byla podrobena kritice a je částí vědecké komunity považována za transfobní. Složitost pohlavní dysforie, zejména zmíněného podtypu s rychlým nástupem, podtrhuje potřebu longitudinálních, dobře navržených studií, které poskytnou spolehlivé údaje o mnohostranné podobě pohlavní dysforie a její vzájemné působení s doprovodnou psychopatologií, sociálními vlivy a vývojem identity.

Jedinci s GI vyžadují pravidelnou péči sexuologa, psychologa, endokrinologa a dalších odborníků. I přes značné pokroky zůstává mnoho nezodpovězených otázek, jako jsou dlouhodobé následky potlačení puberty, vliv hormonů opačného pohlaví na metabolismus, rostoucí skelet, vývoj mozku a psychiku. Rezervy jsou též v přístupech k zachování plodnosti a duševního zdraví. Jde o velmi složitou interakci mezi opodstatněnou péčí o malou skupinu pacientů s jednoznačně prokázanou rodovou neshodou a trvale se zvětšující skupinou jedinců, u kterých vlivy liberální společnosti přispívají k nejistotě včetně zpochybnění vlastní identity. Doporučené medicínské postupy musí být používány individuálně, po pečlivé diagnostice a v konsenzu s odborníky.

1. Celkovou medikamentózní léčbu pediatrických jedinců s GI indikuje sexuolog: podání analoga gonadoliberinu k zablokování puberty a následně v odstupu min 6–12 měsíců podávání hormonů opačného pohlaví. Součástí celého postupu je vyšetření klinickým psychologem, psychiatrem, gy-

Čtvrtstoletí zkušeností se vzděláváním lékařů

Při **on-line** vzdělávání
jsme zaregistrovali
31 960 lékařů

Počet **zobrazení**
webových stránek
našich časopisů je
959 120 za měsíc

Spustili jsme
podcasty
**Hovory
o medicíně**



Uspořádali jsme
**1 140 kongresů
a seminářů**



V našich časopisech
jsme vydali **16 523**
odborných článků

Nevěnujeme
se jen práci.
V Solenu se
narodilo **45 dětí**

Řekli o nás...

Podívejte se na krátká videa
se zkušenostmi těch, kteří s námi
spolupracují od samého začátku →

www.solen.cz



 **SOLEN**
let s vámi

nekologem/urologem a dětským endokrinologem. Farmakologickou léčbu analogy gonadoliberinu a hormony opačného pohlaví vede dětský endokrinolog.

2. V průběhu léčby GI je doporučena podpůrná psychoterapie jak pro pacienty, tak pro jejich rodinné příslušníky.

3. Léčba nezletilých pacientů s GI je možná pouze se souhlasem zákonných zástupců. Všichni odborníci zapojení v léčebném procesu (multidisciplinární péče) mají povinnost pacienta a jeho zákonné zástupce plně informovat o průběhu léčby: nejen o jejím očekávaném efektu, ale i o případných rizicích a nežádoucích účincích.

ADHD v dospělosti

odborný garant prof. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.

pátek / 22. listopadu 2024 / 11.30–12.50 hod.

ADHD jako neurovývojové onemocnění

prof. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.

Národní ústav duševního zdraví, Klecany

3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

ADHD je onemocnění s vysokou mírou dědičnosti, v až 76 %, je popsána souvislost mezi onemocněním a genotypy kódujícími dopaminergní neurotransmisi (D4 a D5), dopaminový transportér, dopaminovou beta-hydroxylázu a také serotoninový transportér. Další významnou úlohu hrají faktory prostředí (např. institucionální deprivace) a jejich interakce s geny, popisované jsou zejména prenatální rizikové faktory, jako je expozice alkoholu, nikotinu a drogám, hypertenze a stres matky v těhotenství, předčasný porod, nízká porodní hmotnost. Množství důkazů potvrzuje, že neurobiologický podklad poruchy pozornosti a hyperaktivity (ADHD) je multifaktoriální, zahrnuje strukturální a funkční mozkové abnormality a změny v přenosu neurochemických signálů, změny se týkají propojení mezi neuronálními sítěmi. Tyto změny jsou nespecifické a jsou typicky vysvětlovány opožděným vyžíváním mozku, jsou více vyjádřeny u dětí než u dospělých s ADHD. Oddálená maturace a gyrifikace kortexu u dětí a adolescentů s ADHD byla prokázána i v prospektivní studii s magnetickou rezonancí. Největší změny byly pozorovány v prefrontální kůře, která je důležitá pro řízení kognitivních procesů, včetně pozornosti a plánování. Kromě toho je u dětí s ADHD oddálená maturace dopaminergních nervových drah ve specifických mozkových oblastech. K narušení vývoje mozku dochází v prvních měsících života, dříve než se manifestují klinické projevy neurovývojových poruch. Například motorické příznaky ADHD, které se vyskytují v prvním roce života, jsou nespecifické, což limituje jejich využití při klinickém screeningu. Při přechodu do dospělosti, které je oproti zdravým jedincům zpožděné, dochází často k ústupu anebo úplnému vymizení příznaků nepozornosti.

Emoční dysregulace jako součást ADHD

prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

Klinika psychiatrie, LF UP a FN Olomouc

Emoční dysregulace představuje významný a často opomíjený aspekt poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), který se může projevovat intenzivními emocemi, obtížemi v ovládnutí impulzů a výkyvy nálad. Tato přednáška se zaměří na vzájemné vztahy mezi ADHD a emoční dysregulací, přičemž prozkoumá, jak tyto faktory ovlivňují každodenní fungování jedinců s ADHD. Budeme diskutovat neurobiologické základy emoční dysregulace, mechanismy, které vedou k obtížím v emocionálním zpracování, a psychosociální dopady, které si jednotlivci s ADHD často nesou. Kromě teoretických rámců představíme výsledky recentních studií, které ilustrují prevalence emoční dysregulace u různých věkových skupin s ADHD a jak může ovlivnit akademický výkon, mezilidské vztahy a celkovou kvalitu života. V závěru přednášky nabídneme strategie pro manage-

ment emoční dysregulace v kontextu ADHD, včetně terapeutických přístupů a intervencí, které mohou podpořit jedince ve zlepšení jejich emoční stability a funkčnosti. Cílem je zvýšit povědomí o významu emoční regulace v rámci diagnostiky a léčby ADHD a poskytnout užitečné nástroje pro odborníky pracující v této oblasti.

ADHD: Kde končí jádrová symptomatika a začíná komorbidita

MUDr. Hedvika Ersten

Psychiatrické oddělení, Oblastní nemocnice Jičín, a. s.

Zhruba 80 % dospělých s ADHD má minimálně jednu další diagnózu, která často překrývá jeho jádrovou symptomatiku.

Nejčastěji se jedná o poruchu nálady, úzkostné poruchy a závislosti.

Část dospělých pacientů s ADHD tak často přichází do péče pro tuto další diagnózu než pro příznaky ADHD samotného, se kterými jsou zvyklí žít od útlého věku.

Co se týká jádrových kognitivních příznaků, jako narušení pozornosti a exekutivy anebo ADHD běžně doprovázející anxiety a poruchy spánku, jsou tyto příznaky stejně dobře přiřaditelné ke clusteru poruch nálady či úzkostných poruch jako takových. Tato výsledná podoba pak komplikuje diagnózu ADHD v jeho dospělé podobě. Podstatné je, že také způsobuje zdánlivou rezistenci na léčbu této komorbidní poruchy.

Kudy pak běží hranice mezi symptomy přiřaditelnými ke komorbidní poruše, když tato provází i nadpoloviční většinu pacientů s ADHD?

Např. anxiózní příznaky přiřaditelné k jakémukoli poruše mohou u některých pacientů být také konstitučně založené, podobně jako je konstitučně dané neurovývojové kognitivní narušení.

Samostatnou kapitolou jsou pak poruchy nálady doprovázející ADHD, jejichž konstitučně, tj. neurovývojově založená, část málokdy sleduje periodicitu. Jedná se o poruchu trvalého rázu, která je odrazem dopaminergní dysfunkce. Kromě tohoto základu ještě může být provázená periodickou poruchou nálady, např. jako depresivní epizoda nasedající na dystymii. Nebo zastihneme pacienta v manické fázi bipolární poruchy I. typu, která výchozí dystymní anhedonii zcela překryje. Teprve po jejím odeznění po залéčení můžeme posuzovat jádrovou symptomatiku ADHD.

V rozhodovacím algoritmu by měla hrát roli co nejpodrobnější anamnéza dětského věku, abychom vytěžili maximum údajů, co se neurovývojově založené poruchy týká. Pokud není dostupný detailní popis charakteru a jednotlivých aspektů kognitivního deficitu ze specializovaného vyšetření, má škála ASRS uspokojivou diagnostickou hodnotu i proveditelnost v ambulantních podmínkách.

Popsaná kazuistika se zabývá rozbořením příznaků a nálezů u komorbidní OCD poruchy nasedající na základní onemocnění, jejíž manifestace a intenzita je ovlivněna i výběrem cílené ADHD medikace.

Nefarmakologické (psychologické) přístupy v péči o dospělé s ADHD. Možnosti, limity, zkušenosti z ambulantní praxe

Mgr. Tereza Štěpánková, Ph. D.¹, Mgr. Jana Gricová²,

prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.³

¹Ambulance klinické psychologie, Praha

²E-clinic, z. ú., Praha

³Psychiatrická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha

První zmínky o ADHD jsou k dohledání již v roce 1902, kdy britský lékař G. Still referoval o dětech s „poruchou mravní kontroly“ (Ptáček, Ptáčková 2018).

Pojem, etiologie i možnosti diagnostiky a léčby se v průběhu následujících let měnily ale ani dnes, i přes ukotvení ADHD mezi neurovývojovými poruchami v DSM 5, nepanuje jednomyslná shoda o oprávněnosti existence této diagnostické kategorie. ADHD i nadále budí kontroverzi mezi laickou i odbornou veřejností.



Přispějte
na dobrou věc!

Vraťte, prosím, při odchodu z této akce visačku.

Za každou visačku
věnuje Solen 10 Kč

na provoz Dětského centra Topolany.
Vracené visačky jsou recyklovány
a opět použity.



V roce 2023 jsme díky vám přispěli
částkou 30 000 Kč

S očekávaným odklonem od kategoriálního k dimenzionálnímu pojetí duševních poruch, se otvírá prostor k více diferencované a na míru adaptované diagnostice a následné cílené intervenci. Celoživotní přítomnost poruchy, vyžaduje longitudinální hledisko respektující měnící se manifestaci v kvalitě, kvantitě i závažnosti symptomů. Diagnostickou ani intervenční situaci neusnadňuje vysoká míra přítomnosti komorbidních duševních onemocnění, ani vysoká variabilita a komplexnost projevů (Kooij et al. 2019).

Od roku 2011 jsme realizovali několik projektů, které nám umožnily ověřit a adaptovat v zahraničí užívané psychologické techniky a metody práce s dospělými s ADHD. Jako účinná se jeví kombinace více druhů psychologické intervence. Vzhledem k vysoké dědičnosti poruchy (až 76%) je třeba zvažovat i preventivní opatření v rodinách s výskytem ADHD. Máme k dispozici první výsledky práce s metodikou ChildTalks+.

Lze konstatovat, že odezva na diagnostiku a následnou specializovanou multimodální léčbu je rychlá a u motivovaných dospělých s ADHD i poměrně stabilní. Kombinace KBT přístupu s farmakoterapií vykazuje, napříč studiemi větší úspěšnost než farmakoterapie samotná (Phillipsen et al. 2011). Zároveň u pacientů vytváří potenciál pro následné využití klasických forem psychoterapie.

Zajištění včasné diagnostiky a odpovídající péče snižuje riziko sekundárního postižení (deprese, úzkosti, závislost na návykových látkách) a zvyšuje kvalitu pacientova života. Aktuální nedostatek odborníků poskytující tyto služby však komplikuje situaci.

Iniciativa pro podporu duševního zdraví dětí“ Fond pro bilaterální vztahy v rámci programu Zdraví, Fondy EHP 2014 – 2021; číslo projektu na 1. LF UK: MF-21230/2024/580.

LITERATURA

1. Kooij JJS, et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*. 2019;56:13-34.
2. Phillipsen A, et al; Effects of Group Psychotherapy. Individual Counseling, Methylphenidate, and Placebo in the Treatment of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder A Randomized Clinical Trial, *Behaviour Research and Therapy*. March 2011;49(3):175-185.
3. Ptáček R, Ptáčková H. ADHD variabilita v dětství a dospělosti. *Karolinum*, 2018.

Satelitní sympozium MINDWALK s. r. o.

pátek / 22. listopadu 2024 / 13.20–13.40 hod.

iCBT pro klienty s mírně až středně těžkými příznaky deprese a úzkosti

MUDr. Vlastimil Nesnídal

MedKomplex s. r. o., Olomouc

Přednáška představí internetovou kognitivně-behaviorální terapii (iCBT) jako účinné řešení pro klienty s mírnými až středně těžkými příznaky deprese a úzkosti. Úvodní část se zaměří na koncept iCBT včetně jeho příležitostí, přínosů a případných omezení, a vymezí roli této terapie v současné péči o duševní zdraví. Jako příklad úspěšného využití bude představen český iCBT od Mindwell s důrazem na jeho účinnost, adherenci, specifika vhodného klienta a možnosti úhrady ze zdravotního pojištění.

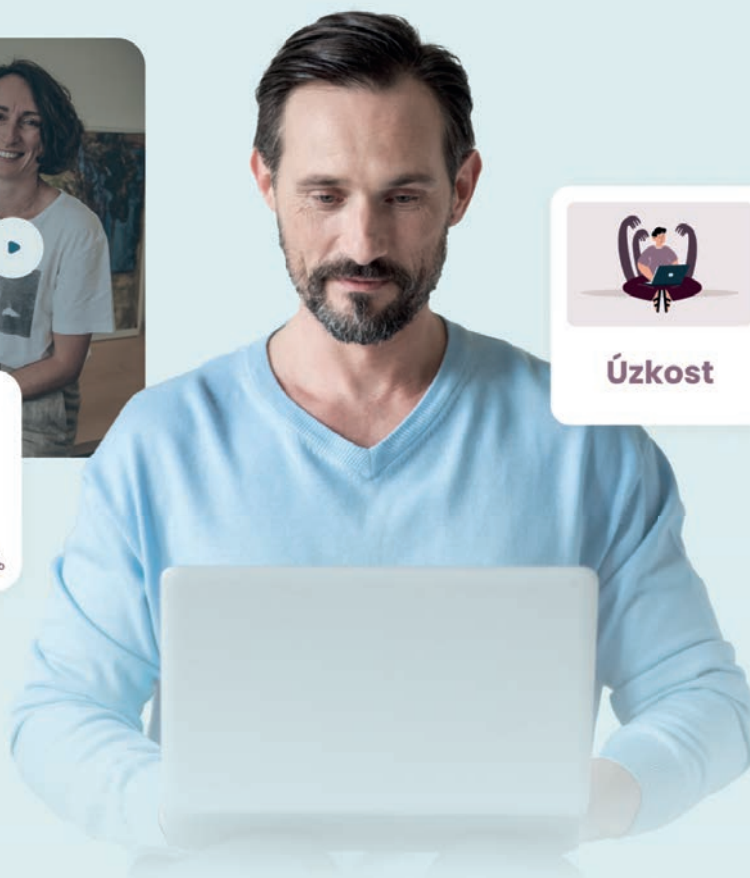
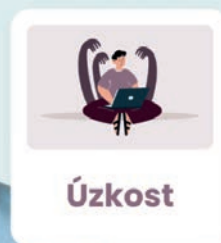
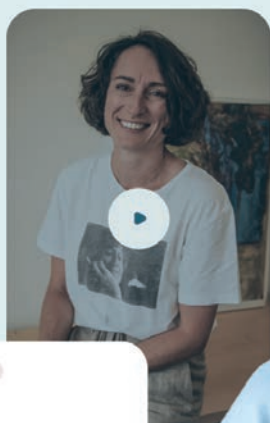
Pozornost bude věnována také roli terapeuta, který poskytuje písemnou asynchronní zpětnou vazbu, čímž podporuje aktivní zapojení klienta a zvyšuje efektivitu léčby. Přednáška ukáže, jak může iCBT fungovat jako efektivní doplněk systému péče o duševní zdraví, poskytující terapeutům flexibilní formu spolupráce s klienty s odpovídající symptomatologií.

mindwell

Systematická péče o duševní zdraví

Digitální terapeutické programy

Online KBT pro klienty s mírně až středně těžkými příznaky deprese a úzkosti.



Získejte **bezplatný**
náhled do programů
Mindwell



Digitální terapii mohou klienti získat v rámci zdravotního pojištění.

Co mě na psychiatrii překvapilo?

odborný garant MUDr. Jakub Vaněk, Ph.D.

pátek / 22. listopadu 2024 / 14.30–15.30 hod.

Proměny akutní psychiatrie v čase

MUDr. Jana Žlebková

Psychiatrická klinika, FN Olomouc

Zvyšující se potřeba psychiatrické péče a s tím související nedostatečný počet psychiatrů. Tento fenomén je zmiňován a zaznává poslední dobou čím dál častěji, ať už z úst široké veřejnosti či médií. V posledním desetiletí zaznamenáváme výrazný vzestup počtu osob trpících nějakou formou psychiatrického onemocnění. Tento fenomén může být připisován na vrub několika faktorům. Jeden z hlavních faktorů je novodobý životní styl, který je spojován s neustále se zvyšujícím stresem a pracovním tlakem. Svůj podíl má také nedávná pandemie covidu-19. A v neposlední řadě můžeme vzrůstající počty připisovat i postupné destigmatizaci duševních onemocnění. Ta vede k tomu, že lidé s větší ochotou a menšími obavami vyhledají pomoc v psychiatrických ambulancích. Zároveň můžeme sledovat také nárůst počtu nezletilých pacientů, kteří vyhledávají akutní psychiatrickou péči. Mezi nejčastější diagnózy, kvůli kterým lidé navštěvují akutní psychiatrické ambulance, patří v České republice depresivní poruchy a úzkostné poruchy. Oproti dřívějšíku se nyní ovšem do popředí dostávají také poruchy osobnosti. V první řadě emočně nestabilní porucha osobnosti. Novodobě s touto problematikou vyhledávají akutní psychiatrickou péči převážně lidé z mladších generací. Sebevražedné myšlenky a sebepoškozování jsou v dnešní době označovány za jeden z klíčových problémů adolescentní psychiatrie.

Konziliární psychiatrie – práce všeho druhu

MUDr. Kamila Bělohradová

Klinika psychiatrie FNOL, LF UP a FN Olomouc

Psychiatrické konziliární vyšetření neboli „poradu s lékařem se specializací v psychiatrii o postupu léčby“ si mohou žádat lékaři jiných odborností podle svého uvážení. Uchylují se k tomu ve chvíli, kdy při diagnostice nebo léčbě pacienta narazí na psychiatrickou problematiku, kterou je potřeba vyřešit hned a nevyčká předání do standardní péče psychiatra – nebo tak by to mělo teoreticky fungovat. Tento příspěvek se zabývá praktickou stránkou konziliární psychiatrie, zejména jejím metodickým rámcem, dostupností a reálným využíváním „psychiatrických rad“ v nemocničním i ambulancním provozu, včetně statistik z Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Olomouc a vybraných kazuistik.

Dušnost jako mezioborový fenomén

MUDr. Eliška Procházková

Klinika psychiatrie LF UP a FN Olomouc

Dušnost je subjektivně nepříjemný, ohrožující pocit nedostatku dechu, který zažívají pacienti trpící respiračními, kardiovaskulárními, nervosvalovými či duševními nemocemi. I když se dušnost může při dosažení určité úrovně námahy objevit u každého člověka, její vnímání je velmi individuální a závisí na řadě faktorů, jako je osobní anamnéza, emoční naladění či míra úzkosti. Vztah mezi dušností a úzkostí či depresivní náladou je složitý, ale ne nezbytně lineární – ne každé snížení úzkosti povede ke zmírnění dušnosti a podobně. Další nemalou proměnnou v této rovnici tvoří fyzická kondice pacientů. Řada z nich má obavy z námahové dušnosti a proto se vyhýbá fyzické aktivitě, což vede k dalšímu úpadku jejich fyzických sil, k depresi a posílení anticipační anxiety. Opakovaný nepříjemný prožitek vede procesem podmiňování k tomu, že pacienti s chronickým onemocněním jsou k varovným impulzům svého těla citlivější než zdraví lidé, proto se jako jeden

ze způsobů zmírnění pocitu dušnosti nabízí odvedení pozornosti. Léčba plicních onemocnění se z velké části spoléhá na schopnost pacienta rozeznat své příznaky a adekvátně na ně reagovat. Ukazuje se však, že řada pacientů nedokáže objektivně vyhodnotit míru omezení kapacity svých plic, což vede k nadužívání medikace, ale i zanedbání varovných signálů znamenajících ohrožení. Návčik dechových cvičení a zmírnění příznaků úzkosti a deprese může jejich vnímání zpřesnit a tím zlepšit kompenzaci jejich onemocnění. Správná terapie duševních onemocnění může pozitivně ovlivnit průběh plicních onemocnění.

Dvojitá sleva, dvojitá výhoda!

PŘEDPLATNÝM ČASOPISU NA ROK 2025 ZÍSKÁTE:

20% slevu na kongresy*
pořádané společností SOLEN

* platí pro
kongresy
uvedené
v seznamu →



20% slevu na předplatné časopisu
Psychiatrie pro praxi při úhradě do 15. 12. 2024

Tematická suplementa

Přístup do archivu časopisu on-line

Uhrad'te předplatné (3 čísla/rok)
do 15. 12. 2024 za cenu:

~~1 100 Kč~~ **880 Kč**

Objednávejte

www.psychiatriepropraxi.cz
predplatne@solen.cz



POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONFERENCE

PLATINOVÝ PARTNER



ZLATÍ PARTNEŘI



STŘÍBRNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI



Průlomové antidepresivum

k léčbě depresivní poruchy u pacientů,
kteří i nadále trpí v důsledku tohoto onemocnění*

SPRAVATO® první schválené antidepresivum v průběhu posledních 30 let s novým

- ✓ **mechanismem účinku¹**
– cílí na glutamatergní systém¹
- ✓ **způsobem podání**
– nosní sprej
- ✓ **rychlostí nástupu účinku**

s ohledem na akcelerující nástup účinku dokáže pacientům, u kterých nedošlo k odpovědi na léčbu dvěma jinými AD², přinést rychlou úlevu od utrpení spojeného s depresivní poruchou (MDD).²

* Přípravek SPRAVATO®, v kombinaci se SSRI nebo SNRI, je indikován u dospělých s depresivní poruchou rezistentní na léčbu, kteří při současné středně těžké až těžké depresivní epizodě neodpověděli na nejméně dvě různé terapie antidepresiv.¹

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU • **Název:** Spravato 28 mg nosní sprej, roztok. **Účinná látka:** esketamin hydrochloridum. **Indikace:** v kombinaci se SSRI nebo SNRI je indikován u dospělých s farmakorezistentní depresivní poruchou, kteří při současné středně těžké až těžké depresivní epizodě neodpověděli na nejméně dvě různé terapie antidepresiv. Současné podávání s p.o. antidepresivy je indikován u dospělých pacientů se středně těžkou až těžkou epizodou depresivní poruchy jako akutní krátkodobá léčba k rychlé redukci depresivních příznaků, které podle klinického úsudku představují psychiatrický akutní stav. **Dávkování a způsob podání:** Léčebná kúra sestává z intranasálního podání přípravku Spravato a období následného pozorování. Kvůli možnosti sedace, disociace a zvýšení krevního tlaku musí pacienta sledovat zdravotnický pracovník, dokud pacient nebude klinicky stabilní. Přípravek Spravato je určen pouze k nosnímu podání. Nosní sprej je jednorázový aplikátor, který dodává celkem 28 mg esketaminu, a to ve dvou vstřicích (jeden vstřík do jedné nosní dírky). Je určen k tomu, aby si jej pacient podal sám pod dohledem zdravotnického pracovníka, přičemž mezi použitím jednotlivých aplikátorů je 5minutová přestávka. **Doporučené dávkování přípravku Spravato u dospělých < 65 let:** Farmakorezistentní depresivní porucha: **Indukční fáze:** 1.-4. týden: Zahajovací dávka 1, den: 56 mg. Následné dávky: 56 mg nebo 84 mg dvakrát týdně. **Udržovací fáze:** 5.-8. týden: 56 mg nebo 84 mg jednou týdně. Od 9. týdne: 56 mg nebo 84 mg každé 2 týdny nebo jednou týdně. **Krátkodobá léčba u akutních psychiatrických stavů u depresivní poruchy:** Doporučené dávkování přípravku Spravato u dospělých pacientů (< 65 let) je 84 mg dvakrát týdně po dobu 4 týdnů. S ohledem na snášenlivost lze dávku snížit na 56 mg. Po 4 týdnech léčby přípravkem Spravato se má podle klinického posouzení pokračovat v léčbě perorálním antidepresivem (AD). **Doporučené dávkování přípravku Spravato u dospělých ≥ 65 let:** **Indukční fáze:** 1.-4. týden: Zahajovací dávka 1, den: 28 mg. Následné dávky: 28 mg, 56 mg nebo 84 mg dvakrát týdně. **Udržovací fáze:** 5. až 8. týden: 28 mg, 56 mg nebo 84 mg jednou týdně. Všechny změny dávků mají být učiněny v průběhu 2 až 8 týdnů. 28 mg, 56 mg nebo 84 mg každé 2 týdny nebo jednou týdně, všechny změny dávků mají být o 28 mg. Léčba se doporučuje po dobu nejméně 6 měsíců po zlepšení depresivních příznaků. **ZVLÁŠTNÍ POPULACE: Porucha funkce jater:** U pacientů s lehkou nebo středně těžkou poruchou funkce jater není úprava dávky nutná. U pacientů se středně těžkou poruchou funkce jater se však má s opatrností používat maximální dávka 84 mg. U pacientů s těžkou poruchou funkce jater se použití přípravku nedoporučuje. **Porucha funkce ledvin:** U pacientů s lehkou až středně těžkou poruchou funkce ledvin není úprava dávky nutná. **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost přípravku Spravato u dětí ve věku 17 let a mladších nebyla stanovena. **Starší osoby (65 let a starší):** Přípravek Spravato nebyl hodnocen u starších pacientů při akutní krátkodobé léčbě psychiatrických akutních stavů. **Doporučení ohledně příjmu potravy a tekutin před podáním:** Pacienty je nutno poučit, aby nejméně 2 hodiny před podáním nejedl a nejméně 30 minut před podáním nepili tekutiny. **Nosní kortikosteroid nebo nosní dekonstant:** Pacienti musí být poučeni, aby si tyto přípravky nepodávali v období 1 hodiny před podáním přípravku Spravato. **KONTRAIKADICE:** Hypersenzitivita na esketamin, ketamin nebo na kteroukoliv pomocnou látku přípravku. Pacienti, u kterých vzestup krevního tlaku nebo nitrolebního tlaku představuje závažné riziko: pacienti s aneurýzmální cévní chorobou (včetně intrakraniální, hrudní nebo abdominální aorty nebo periferních arterií); pacienti s anamnézou intracerebrálního krvácení; nedávna (během 6 týdnů) kardiovaskulární příhoda, včetně infarktu myokardu. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ A OPATŘENÍ PRO POUŽITÍ: Neuropsychiatrické a motorické poruchy:** Přípravek vyvolává somnolenci, sedaci, disociativní příznaky, percepční poruchy, točení hlavy, vertigo a úzkost. Tyto účinky mohou zhoršit pozornost, úsudek, myšlení, rychlost reakcí a motorické dovednosti. **Respirační deprese:** Při vysokých dávkách po rychlé intravenózní injekci esketaminu nebo ketaminu může dojít k útlumu dechu. Byly hlášeny vzácné případy hluboké sedace. Současné použití esketaminu s látkami tlumícími CNS a/nebo komorbidity může zvýšit riziko sedace (viz SPC). **Vliv na krevní tlak:** Přípravek může vyvolat přechodné zvýšení systolického a/nebo diastolického krevního tlaku, které vrcholí přibližně 40 minut po podání přípravku a trvá přibližně 1 až 2 hodiny. Před podáním přípravku, 40 minut po podání a dále dle klinické potřeby je nutno změřit krevní tlak. Pokud je nutno pečlivě sledovat krevní tlak, je nutno zvážit, zda přípravek podat. Pokud po podání dávky zůstává krevní tlak zvýšený delší dobu, je nutno urychleně vyhledat pomoc u lékaře se zkušenostmi s léčbou hypertenze. Pacienti, u kterých se objeví příznaky hypertenzní krize, je nutno ihned odeslat na oddělení neodkladné péče. **Pacienti s klinicky významnými nebo nestabilními kardiovaskulárními nebo respiračními stavy:** Léčbu zahajte pouze, pokud přínos převažuje nad rizikem. Těmto pacientům se přípravek musí podávat za podmínek, kdy je k dispozici příslušná resuscitační vybavení a zdravotní pracovníci proškolení v kardiopulmonální resuscitaci. **Sebevražda/ sebevražedné myšlenky nebo klinické zhoršení:** Deprese je spojena se zvýšeným rizikem sebevražedných myšlenek, sebepoškození a sebevraždy. Pacienti se zvýšeným rizikem sebevraždy musí být během léčby pečlivě sledováni, a to především na začátku léčby a po změně dávkování. Pacienti (a jejich ošetřovatelé) mají být upozorněni na to, že je nutné sledovat jakékoliv zhoršení jejich stavu, vznik sebevražedného chování nebo myšlenek a neobvyklých změn chování, a na to, že pokud se tyto příznaky objeví, musí okamžitě vyhledat lékařskou pomoc. **Abusus léčiv, závislost, vysazování:** u každého pacienta je nutno vyhodnotit riziko zneužívání nebo nesprávného používání přípravku a pacienti musí být během léčby sledováni s ohledem na rozvoj abusu nebo nesprávného používání. Při dlouhodobém používání ketaminu (racemické směsi) byla hlášena závislost a vznik tolerance. **Další ohrožené populace:** Přípravek se musí používat opatrně u pacientů s následujícími stavy: psychóza v současnosti nebo v anamnéze; mánie nebo bipolární afektivní porucha v současnosti nebo v anamnéze; nedostatečně léčená hyperthyreóza; poranění mozku, hypertenzní encefalopatie, jakýkoliv stav spojený se zvýšeným nitrolebním tlakem v anamnéze. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Přípravek Spravato má výrazný vliv na schopnost řídit a obsluhovat stroje. Před podáním přípravku Ahmusi být pacienti poučeni, aby se neúčastnili potenciálně nebezpečných činností vyžadujících úplnou duševní bdělost a motorickou koordinaci, jako je řízení dopravních prostředků nebo obsluha strojů, dokud se do druhého dne rádně nevyspí. **Interakce:** Současné používání přípravku s látkami tlumícími CNS může zesílit sedaci. Pokud se přípravek Spravato používá s přípravky, které mohou zvyšovat krevní tlak, je nutno pečlivě sledovat krevní tlak. **Fertilita, těhotenství, kojení:** Údaje o podávání esketaminu těhotným ženám jsou omezená. U zvířat ketamin vyvolává u vyvíjejících se plodů neurotoxicitu. Podobné riziko u esketaminu nelze vyloučit. Pokud žena během léčby přípravkem Spravato otěhotní, musí se léčba co nejdříve ukončit. Není známo, zda se esketamin vylučuje do lidského mateřského mléka. Riziko pro kojení nelze vyloučit. Studie na zvířatech prokázaly, že fertilita ani reprodukční kapacita nejsou esketaminem nepřímě ovlivněny. **Nežádoucí účinky: velmi časté:** disociace, závrať, bolest hlavy, dysgezie, somnolence, vertigo, nauzea, zvracení, zvýšený krevní tlak; **časté:** úzkost, euforická nálada, stav zmatenosti, derealizace, iritabilita, halucinace vč. vizuálních agitovaností, iluze, panická ataka, narušené vnímání času, parestezie, sedace, třes, duševní postižení, letargie, dysartrie, porucha pozornosti, rozmazané vidění, tinnitus, hyperakuzie, tachykardie, hypertenze, nosní diskomfort, podráždění hrdla, orofaryngeální bolesti, sucho v nose včetně krust v nose, svědění v nose, orální hypostézie, sucho v ústech, hyperhydrosa, polakisurie, dysurie, nutkání na močení, abnormální pocity, pocit opilsti, astenie, plác, pocit změny tělesné teploty. Další NU s frekvencí méně časté, vzácné a není známo viz SPC. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** žádné. **Obsah balení:** V každém balení je aplikátor jednotlivě zabalen v uzavřeném blistru. Velikosti balení po 1, 2, 3 nebo 6 aplikátorech nosního spreje. **Doba použitelnosti:** 2 roky. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, Beerse, Belgie. **Registrační čísla:** EU/1/19/1410/001-006 **Datum revize posledního schváleného SPC:** 22.8.2024 Přípravek je vázán na lékařský předpis a úhrada za prostředků veřejného zdravotního pojištění nebyla dosud stanovena. Dříve než začnete přípravek předepisovat, seznáňte 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.janssen-cilag.cz. Podrobné informace o přípravku jsou takéž uveřejněny na webových stránkách Evropské lékové agentury (EMA) www.ema.europa.eu.

¹ V návaznosti na vývoj fluoxetinu SSRI a jeho schválení v roce 1987 cílila i další schválená léčba (včetně „atypických“ antidepresiv, jako je mirtazapin, agomelatin atd.) nadále v první řadě na monoaminergní systém. ² Přípravek SPRAVATO® na rozdíl od výše zmíněných typů léčby působí jako antagonistu NMDA glutamátového receptoru a je vytvořen s cílem zvýšit stimulaci AMPAR a neurotrofní signalizaci. Obnova dopaminergní neurotransmise v oblastech mozku, které se podílejí na odměňování a motivaci, a snížení stimulace oblastí zapojených do anhedonie mohou přispívat k rychlé léčebné odpovědi pozorované u přípravku SPRAVATO®.

* AD - antidepresivum.

REFERENCE: 1. SPC - SPRAVATO®, datum revize 8/2024. 2. Popova V et al. Am J Psychiatry 2019; 176(6): 428-438. 3. Hillhouse TM, Porter JH. Exp Clin Psychopharmacol 2015; 23(1): 1-21.

Datum revize: září 2024
CP-430376

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

**PRVNÍ ATYPICKÉ ANTIPSYCHOTIKUM
SCHVÁLENÉ AGENTUROU EMA PRO
LÉČBU ADOLESCENTNÍCH PACIENTŮ
OD 13 LET A DOSPĚLÝCH S DIAGNÓZOU
SCHIZOFRENIE¹**

**LĚČÍME MYSL,
RESPEKTUJEME TĚLO**

**ÚČINNOST NA SCHIZOFRENIÍ
S MINIMÁLNÍM DOPADEM
NA METABOLISMUS²**

Literatura: 1. SPC přípravku Latuda. 2. Harvey PD. (2015): The clinical utility of lurasidone in schizophrenia: patient considerations, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Vol. 11: 1103-1109.

Latuda 18,5 mg, Latuda 37 mg, Latuda 74 mg: S: Lurasidonum 18,6 mg, 37,2 mg, 74,5 mg v jedné potahované tabletě. **I:** Léčba schizofrenie u dospělých a dospívajících ve věku 13 let a starších. **KI:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo pomocné látky. Souběžné podávání silných inhibitorů a induktorů CYP3A4. **ZU:** Ke zlepšení klinického stavu pacienta může dojít za několik dnů až několik týdnů. Pacienty je během tohoto období nutně pečlivě sledovat. Je zapotřebí pečlivě sledovat pacienty vysoce rizikové k sebevraždě. U pacientů s Parkinsonovou chorobou může vyvolat skryté příznaky parkinsonismu. Byl zaznamenán zvýšený výskyt EPS po léčbě lurasidonom v porovnání s placebem. Jestliže se objeví známky a příznaky tardivní dyskineze, je třeba zvážit přerušení podávání všech antipsychotik, včetně lurasidonu. U pacientů s kardiovaskulárním onemocněním, 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. Lurasidon je nutně používat s opatrností u pacientů, kteří mají v anamnéze epileptické záchvaty nebo jiná onemocnění, která potenciálně snižují práh vzniku záchvatů; kardiovaskulární poruchy; ortostatickou hypotenzi; diabetes a rizikové faktory pro něj a zvýšení tělesné hmotnosti. V případě známek neuroleptického maligního syndromu je nutně lurasidon vysadit. Lurasidon se musí používat s opatrností u starších pacientů s demencí, kteří mají rizikové faktory pro výskyt cévní mozkové příhody. Před a během léčby lurasidonom by měly být rozpoznány rizikové faktory žilního tromboembolismu a následně by měla být uplatněna preventivní opatření. Lurasidon zvyšuje hladiny prolaktinu. 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 antidepressiva, 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. **NU: Dospělí:** Velmi časté: (≥1/10) insomnie, akatázie a nauzea. Časté: (≥1/100 až <1/10) hypersenzitivita, zvýšená tělesná hmotnost, snížená chuť k jídlu, agitovanost, úzkost, neklid, somnolence, parkinsonismus, závratě, dystonie, dyskineze, tachykardie, hypertenze, průjem, zvracení, dyspepsie, nadměrná sekrece slin, sucho v ústech, bolest v epigastriu, břišný diskomfort, vyrážka, pruritus, bolest v zádech, muskuloskeletální ztuhlost, zvýšení kreatininu v séru, únava, zvýšení hladiny kreatininofosfokinázy v krvi. **Dospívající:** Velmi časté NU: akatázie, bolest hlavy, somnolence, nauzea. Časté NU: hyperprolaktinémie, snížená/zvýšená chuť k jídlu, abnormální sny, agitovanost, úzkost, deprese, insomnie, psychotické poruchy, schizofrenie, napětí, poruchy pozornosti, závratě, dyskineze, tachykardie, zácpa, sucho v ústech, nadměrná sekrece slin, zvracení, hyperhidróza, rigidita svalů, erektilní dysfunkce, astenie, únava, podrážděnost, zvýšení hladiny kreatininofosfokinázy v krvi, zvýšení C-reaktivního proteinu, snížení/zvýšení tělesné hmotnosti. **IT:** Používat s opatrností v kombinaci s dalšími léčivými přípravky ovlivňujícími centrální nervovou soustavu, alkoholem a léčivými přípravky prodloužujícími interval QT. Pokud je lurasidon podáván se slabými nebo středně silnými induktory CYP3A4, je třeba monitorovat účinnost lurasidonu a v případě potřeby upravit dávkování. Souběžné podávání lurasidonu se středně silnými inhibitory CYP3A4 může zvýšit expozici působení lurasidonu. Souběžné podávání lurasidonu s inhibitory P-gp a BCRP může zvýšit expozici působení lurasidonu. Lurasidon je inhibitor efluxních transportérů BCRP. Souběžné podání substrátů BCRP může vést k zvýšeným koncentracím těchto substrátů v plazmě. **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. **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 nutně sledovat. Maximální denní dávka nesmí překročit 148 mg u dospělých a 74 mg u dospívajících. U pacientů se středně těžkou a těžkou poruchou funkce ledvin a jater je doporučená úprava dávek. **DRR:** Aziende Chimiche Riunite Angelini Francesco – ACRAF. S.p.A., Viale Amelia 70, 00181, Rome, Itálie **Reg.č.:** Latuda 18,5 mg: EU/1/14/913/001-007, Latuda 37 mg: EU/1/14/913/008-014, Latuda 74 mg: EU/1/14/913/015-021 **Uchovávaní:** V původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Datum poslední revize textu SPC:** 15. 4. 2024 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).