

Psychiatrie pro praxi

2017

A

www.solen.cz | www.psychiatriepropraxi.cz | ISSN 1803-5914 | Ročník 18 | 2017

ABSTRAKTA

XIV. konference ambulantních psychiatrů

23.–24. listopadu 2017

Clarion Congress Hotel Olomouc

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

SOLEEN
MEDICAL EDUCATION



Znovu se probouzet do jasných dnů...

Brintellix
vortioxetin

O krok dál v léčbě deprese

ZKRÁCENÁ INFORMACE O LÉČIVÝCH PŘÍPRAVKÁCH Brintellix 5 mg potahované tablety a Brintellix 10 mg potahované tablety: LÉČIVÁ LÁTKA: Jedna potahovaná tableta obsahuje vortioxetini hydrobromidum, což odpovídá vortioxetinu 5 mg nebo 10 mg. **TERAPEUTICKÉ INDIKACE:** Brintellix je indikován k léčbě depresivních epizod u dospělých. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ:** Úvodní a doporučená dávka je 10 mg vortioxetinu jednou denně u dospělých mladších 65 let. V závislosti na individuální odpovědi pacienta může být dávka zvýšena na maximálně 20 mg vortioxetinu jednou denně nebo snížena na nejnižší možnou dávku 5 mg vortioxetinu jednou denně. Po vymizení depresivních symptomů se doporučuje pro upevnění antidepressivní odpovědi pokračovat v léčbě po dobu nejméně 6 měsíců. Starší pacienti: Nejnižší účinná dávka 5 mg vortioxetinu jednou denně musí být vždy použita jako úvodní dávka u pacientů ≥ 65 let. Opatrnost se doporučuje při léčbě pacientů ≥ 65 let dávkami vyššími než 10 mg vortioxetinu jednou denně, pro něž jsou omezené údaje. V závislosti na individuální odpovědi pacienta by měla být zvážena nižší dávka vortioxetinu, pokud je k léčbě přípravkem Brintellix přidán silný inhibitor CYP2D6. V závislosti na individuální odpovědi pacienta by měla být zvážena úprava dávkování vortioxetinu, pokud je k léčbě přípravkem Brintellix přidán silný induktor cytochromu P450. Potahované tablety se užívají perorálně, mohou být užívány s jídlem nebo nalačno. **KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Současné užívání s neselektivními inhibitory monoaminoxidázy (IMAO) nebo selektivními MAO-A inhibitory. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ:** Brintellix se nedoporučuje k léčbě deprese u pacientů mladších 18 let, protože pro ně nebyla stanovena bezpečnost a účinnost vortioxetinu. 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. U pacientů se záchvaty v anamnéze, případně nestabilní epilepsií, má být léčba zahájena s opatrností. Potenciálně život ohrožující stavy, serotoninový syndrom nebo neuroleptický maligní syndrom (NMS), se mohou objevit během léčby. Riziko serotoninového syndromu nebo NMS vzrůstá při současném užívání serotoninergních léčivých látek (včetně triptanů), přípravků narušujících metabolismus serotoninu (včetně IMAO), antipsychotik a dalších antagonistů dopaminu. Pacienti musí být sledováni pro případné známky a příznaky serotoninového syndromu nebo NMS. 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. Poruchy krvácení byly při užití antidepressiv se serotoninergním účinkem hlášeny vzácně. Doporučuje se opatrnost u pacientů užívajících antikoagulantia, antitrombotika a/nebo jiné přípravky ovlivňující funkci krevních destiček a u pacientů se sklony ke krvácení nebo s poruchami krvácivosti. Při léčbě antidepressiv se serotoninergním účinkem byla vzácně pozorována hyponatremie, u pacientů se zvýšeným rizikem je třeba opatrnosti. V případě výskytu symptomatické hyponatremie je třeba zvážit ukončení léčby. U pacientů s těžkou poruchou ledvin jsou k dispozici omezené údaje, proto je třeba postupovat s opatrností. Vortioxetin nebyl zkoumán u pacientů s těžkou poruchou jater, proto je třeba postupovat s opatrností. **INTERAKCE:** Léčba vortioxetinem nesmí být zahájena dříve než 14 dní po ukončení léčby ireverzibilními neselektivními IMAO a musí být ukončena nejméně 14 dní před začátkem léčby ireverzibilními neselektivními IMAO. Kombinace vortioxetinu s reverzibilním selektivním inhibitelem MAO-A nebo se slabým reverzibilním neselektivním inhibitelem MAO je kontraindikována. Pokud je však taková kombinace nutná, přidávaný přípravek by měl být podáván s nejnižším dávkováním a při pečlivém sledování z důvodu možného vzniku serotoninového syndromu. Kombinace vortioxetinu s ireverzibilním inhibitelem MAO-B nebo serotoninergními působícími léčivými přípravky může vést k serotoninovému syndromu. Kombinace s třezalkou tečkovanou může vést k vyššímu výskytu nežádoucích účinků včetně serotoninového syndromu. Antidepressiva se serotoninergním účinkem mohou snižovat práh pro vznik záchvatů. Při současném užívání s léčivými přípravky, které také mohou snižovat práh pro vznik záchvatů, je zapotřebí zvýšené opatrnosti. Je třeba zvážit snížení dávky vortioxetinu, pokud je k terapii vortioxetinem přidán silný inhibitor CYP2D6. Při současném podávání silných inhibitorů CYP3A4, inhibitorů CYP2C9 a vortioxetinu osobám s pomalým metabolismem CYP2D6 se předpokládá mírné zvýšení expozice vortioxetinem. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** Nejčastějším nežádoucím účinkem byla nauzea. Nežádoucí účinky byly zpravidla mírné nebo střední intenzity a vyskytly se během prvních dvou týdnů léčby. Účinky byly obvykle přechodné a nevedly k ukončení terapie. **PODMÍNKY UCHOVÁVÁNÍ:** Veškerý nepoužitý léčivý přípravek nebo odpad musí být zlikvidován v souladu s místním požadavkem. **VELIKOST BALENÍ:** 28 potahovaných tablet. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** H. Lundbeck A/S, Ottiliavej 9, DK-2500 Valby, Dánsko **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** EU/1/13/891/002, EU/1/13/891/010. **DATUM REGISTRACE:** 18. prosince 2013. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU SPC:** 1/2017. 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 Evropské agentury pro léčivé přípravky na adrese <http://www.ema.europa.eu>.

PSYCHIATRIE PRO PRAXI

XIV. konference ambulantních psychiatrů

23.–24. listopadu
2017

Clarion
Congress Hotel
Olomouc

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

GENERÁLNÍ PARTNER



HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

Alien technik s.r.o.

Angelini Pharma Česká republika s.r.o.

ELI LILLY ČR, s.r.o.

MYLAN PHARMACEUTICALS s.r.o.

Pfizer, spol. s r.o.

Schwabe Czech Republic s.r.o.

Teva Pharmaceuticals CR, s.r.o.

Viparm Slovakia s.r.o. organizační složka CZ

***AOP Orphan Pharmaceuticals AG –
organizační složka***

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

Psychiatrie
pro praxi



proLékaře
www.prolekare.cz

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

Program – čtvrtek 23. listopadu

9.05–10.40 NOVINKY Z BIOLOGICKÉ PSYCHIATRIE PRO AMBULANTNÍ PSYCHIATRY

garant prof. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D.

- **Nové poznatky biologické psychiatrie – budou přínosem pro klinickou praxi?** – Hosák L.
- **Tardivní dyskineze z nového pohledu – tetrabenazin a jeho modifikace** – Látalová K.
- **Transkraniální magnetická stimulace v doporučeních a běžné klinické praxi** – Ustohal L.
- **Udržovací elektrokonvulzivní léčba u nemocných s chronickou schizofrenií** – Křepela J.

10.40–11.10 Satelitní sympozium společnosti Janssen-Cilag s. r. o.

- **IP Dlouhodobě působící antipsychotika – aktuální přehled** – MUDr. Simona Papežová

11.10–11.40 PŘESTÁVKA

11.40–12.50 PRÁVNÍ OTÁZKY V AMBULANCI PSYCHIATRA

garant JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D., MUDr. Jiří Švarc, Ph.D.

- **Doporučené postupy v ambulantním ochranném léčení**
- **Omezení svéprávnosti a její přeceňovaný význam**

12.50–13.40 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

13.40–14.10 DOBRÁ RADA DO VAŠÍ ORDINACE

garantka Bc. PharmDr. Ivana Minarčíková, Ph.D.

- **Podmínky úhrady u léků v psychiatrii** – Minarčíková I.

14.10–15.10 Satelitní sympozium společnosti Servier s. r. o.

ÚSKALÍ LÉČBY KOMORBIDNÍCH PACIENTŮ – DIABETIK V ORDINACI PSYCHIATRA

– MUDr. Sylva Racková, Ph.D.

– MUDr. Jana Komorousová, Ph.D.

15.10–15.40 PŘESTÁVKA

15.40–16.30 Satelitní sympozium společnosti Zentiva, a. s.

AKTUÁLNÍ PŘÍSTUPY K LÉČBĚ GENERALIZOVANÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY, ROLE PREGABALINU

– prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.

– MUDr. Pavel Doubek, Ph.D.

16.30–18.00 SCHÉMATERAPIE – UKÁZKY TERAPEUTICKÉ PRÁCE

garant prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc., MUDr. Aleš Grambal, Ph.D.

- **Zlomy v dětství a současné karamboly**
 - u těch, co trápí sebe i druhé svým rozpínavým bolavým narcismem
 - a u těch, co přesně odměřují anankastický teror sobě či soupeřníkům

19.00 PROHLÍDKA ARCIBISKUPSKÉHO PALÁCE V OLOMOUCI

20.00 SPOLEČENSKÝ VEČER V RESTAURACI PODKOVA



TREVICTA®

ČAS, NA KTERÉM VÁM ZÁLEŽÍ

PŘEDEPIŠTE:

PLÁNY DO BUDOUČNA

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU • NÁZEV: TREVICTA 175 mg (263 mg, 350 mg, nebo 525 mg) suspenze s prodlouženým uvolňováním pro injekci. **ÚČINNÁ LÁTKA:** paliperidon palmitas **INDIKACE:** Udržovací léčba schizofrenie u dospělých pacientů, kteří jsou klinicky stabilní po léčbě 1 měsíčním přípravkem s obsahem paliperidon-palmitátu **DAVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ:** Přípravek TREVICTA je určen pouze k intramuskulárnímu podání zdravotnickým pracovníkem. Pacienti, kteří jsou adekvátně léčeni 1 měsíčním injekčním paliperidon-palmitátem (nejlépe čtyři měsíce nebo déle) a nevyžadují úpravu dávky, mohou být převedeni na přípravek TREVICTA. Podávání přípravku TREVICTA je nutno zahájit místo další plánované dávky 1 měsíčního injekčního paliperidon-palmitátu (± 7 dní). Základem pro dávku přípravku TREVICTA je předchozí dávka 1 měsíčního injekčního paliperidon-palmitátu a použije se 3,5krát vyšší dávka. Poté podávejte přípravek TREVICTA intramuskulární injekcí jednou za každé 3 měsíce (± 2 týdny). V případě potřeby lze úpravu dávky přípravku TREVICTA provést každé 3 měsíce, a to v rozsahu od 175 do 525 mg. Celá dávka přípravku TREVICTA musí být podána v jediné injekci. Je nutno ji injikovat pomalu, hluboko do deltového nebo gluteálního svalu. K podání do deltového svalu u pacientů ≥ 90 kg použijte jehlu o rozměrech 22G 1 1/2 palce, u pacientů < 90 kg použijte jehlu o rozměrech 22G 1 1/2 palce. K podání do gluteálního svalu použijte jehlu o rozměrech 22G 1 1/2 palce. Střídejte levou a pravou stranu. Přípravek TREVICTA se smí podávat pouze pomocí tenkostěnných jehel, které jsou součástí balení. **Injekční stříkačkou je nutno nejméně 15 sekund silně třepat a držet ji přitom špičkou nahoru v ruce s uvolněným zápěstím, čímž se zajistí homogenizace suspenze. Přípravek TREVICTA se musí podat do 5 minut po potřepání. Pokud by před aplikací mělo uplynout více než 5 minut, znovu silně 15 sekund potřepávejte, aby se léčivý přípravek znovu suspendoval. V případě neúplné injikované dávky se dávka zbylá v injekční stříkačce znovu injikovat nesmí a další dávku podat nelze, protože velikost skutečně podané dávky je obtížné odhadnout. Pacienta je nutno pečlivě sledovat a do doby příští plánované 3měsíční injekce přípravku TREVICTA léčit podle klinické potřeby. **Pediatrická populace:** Účinnost a bezpečnost nebyla stanovena. **Starší osoby:** Účinnost a bezpečnost u osob ve věku ≥ 65 let nebyla stanovena. **Porucha funkce ledvin:** Lehká (clearance kreatininu ≥ 50 až < 80 ml/min): upravte dávku a stabilizujte pacienta za pomoci 1 měsíčního injekčního paliperidon-palmitátu a poté převedte na přípravek TREVICTA. **Středně těžká až těžká** (clearance kreatininu < 50 ml/min): přípravek se nedoporučuje. **Porucha funkce jater:** Opatrnost u těžké jaterní poruchy. **KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na paliperidon, risperidon nebo na kteroukoli pomocnou látku. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ A OPATŘENÍ PRO POUŽITÍ:** TREVICTA se nesmí používat při ošetřování pacientů ve stavu akutní agitovanosti nebo těžké psychózy. Nedoporučuje se u starších pacientů s demencí. Používejte s opatrností u pacientů se známým kardiovaskulárním onemocněním (včetně rodinné anamnézy prodloužení QT intervalu), cerebrovaskulárním onemocněním, hypotenzi, záchvatovitým onemocněním, prolaktin-dependentními nádory, Parkinsonovou chorobou, demencí s Lewyho tělísky a s konkomitantní medikací, která prodlužuje QT interval. Může indukovat ortostatickou hypotenzi. Bylo pozorováno zvýšení sérového prolaktinu. V případě výskytu tardivních dyskinezi zvažte vysazení všech antipsychotik. Byla pozorována leukopenie, neutropenie a agranulocytóza; jejich výskyt může vyžadovat další sledování či ukončení léčby. V případě objevení neuroleptického maligního syndromu (NMS) zvažte ukončení léčby antipsychotiky. U pacientů, kteří dříve tolerovali perorální risperidon nebo perorální paliperidon, se mohou vyskytnout anafylaktické reakce, jak bylo zvláště pozorováno u 1 měsíčního injekčního paliperidon-palmitátu. Byl hlášen výskyt hyperglykémie, diabetes mellitus a zhoršení dříve diagnostikovaného diabetu. Je nutno monitorovat příznaky hyperglykémie a u pacientů s diabetes mellitus je nutno pravidelně monitorovat glykémii. Varujte před rizikem nárůstu tělesné hmotnosti, tuto pravidelně kontrolujte. U paliperidonu byla hlášena indukce napřipismu. Opatrnost u pacientů třicetých stávk, které predisponují ke zvýšení jadrové tělesné teploty. Před zahájením léčby a během léčby je nutné identifikovat všechny možné rizikové faktory VTE a přijmout preventivní opatření. Antiemetický efekt (pozorován v preklinických studiích s paliperidone) může maskovat známky a příznaky předávkování jistými přípravky, obstrukce střev. Rýchev syndrom a nádory mozku. U pacientů léčených přípravky s alfa 1a-adrenergním antagonistickým účinkem, jako je TREVICTA, byl pozorován během operací katarakty peroperační syndrom plovoucí duhovky. Další zvláštní upozornění viz SPC. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** velmi časté: insomnie. časté: infekce horních cest dýchacích, infekce močových cest, chřipka, hyperprolaktinémie, hyperglykémie, zvýšení/snížení tělesné hmotnosti, agitovanost, deprese, úzkost, parkinsonismus, akatázie, sedace/somnolence, dystonie, závrať, dyskineze, tremor, bolest hlavy, bradykardie, tachykardie, hypertenze, kašel, kongesce nosní sliznice, bolest břicha, zvracení, nauzea, zácpa, průjem, dyspepsie, bolest zubů, zvýšení transamináz, vyrážka, muskuloskeletální bolest, bolest zad, bolest kloubů, amenorrhoea, pyrexie, astenie, únava, reakce v místě injekce. Další NÚ s frekvencí méně časté, vzácné a není známo viz SPC. **TĚHOTENSTVÍ, KOJENÍ:** Přípravek TREVICTA se nesmí podávat během těhotenství, pokud to není zcela nezbytné. U novorozenců, kteří byli vystaveni antipsychotikům během třetího trimestru těhotenství, existuje riziko výskytu extrapyramidových a/nebo abstinčních příznaků, které se mohou po porodu vyskytnout v různé závažnosti a délce trvání. Paliperidon je vylučován do mateřského mléka, proto se nesmí při kojení užívat. **INTERAKCE:** Opatrnost se doporučuje při předepisování současně s léčivými přípravky prodlužující QT interval (antiarytmika třídy IA a III, některá antihistaminika, některá antibiotika, některá jiná antipsychotika, některá antimalarika), s jinými centrálně působícími léčivými přípravky (anxiolytika, antipsychotiky, hypnotiky, opiáty atd. nebo alkoholem), s léky s hypotenzním účinkem a s léky, které snižují křečový práh (fenothiaziny, butyrofenony, tryptikly, SSRI, tramadol, mefloquine), Levodopa a jiní dopaminoví agonisté se musí předepisovat v nejnižších účinných dávkách. Při zahájení léčby karbamazepinem je nutno přehodnotit dávkování přípravku s možným zvýšením dávky paliperidonu, při ukončení léčby karbamazepinem s možným snížením dávky paliperidonu. Současné podávání risperidonu nebo perorálního podávání paliperidonu s přípravkem TREVICTA je třeba zvážit. Tento seznam není úplný – viz SPC. **ZVLÁŠTNÍ OPATŘENÍ PRO UCHOVÁVÁNÍ:** Nevžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. **OBSAH BALENÍ:** Balení obsahuje 1 předplněnou injekční stříkačku a 2 jehly. **DOBA POUŽITELNOSTI:** 2 roky. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, Beerse, Belgie. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** EU/1/14/971/007, EU/1/14/971/008, EU/1/14/971/009, EU/1/14/971/010 **DATUM REVIZE POSLEDNÍHO SCHVÁLENÉHO SPC:** 09/2016 Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Dříve než začnete přípravek předepisovat, seznámte se, prosím, s úplnou informací o přípravku (SPC), která je dostupná na vyžádání. Úplná informace o přípravku je k dispozici v Souhrnu údajů o přípravku nebo na adrese: Janssen-Cilag s.r.o., Karla Engliše 3201/6, 150 00 Praha 5; www.janssen-cilag.cz. Podrobné informace o přípravku jsou také zveřejněny na webových stránkách Evropské lékové agentury (EMA) www.ema.europa.eu.**

Program – pátek 24. listopadu

9.00–10.30 FARMAKOTERAPIE V PSYCHIATRII

garant MUDr. Petr Šilhán, Ph.D.

- **Nové přístupy v léčbě závažných psychických poruch** – Češková E.
- **Nežádoucí účinky psychofarmak: někdy skryté a přece významné** – Šilhán P.
- **Interakce psychofarmak a jak vážně je brát** – Hýža M.
- **Doporučené postupy TDM psychofarmak** – Šilhán P.

10.30–11.00 PŘESTÁVKA

11.00–11.30 Satelitní sympozium společnosti Lundbeck Česká republika s. r. o. MODERNÍ LÉČBA DEPRESE

garant doc. MUDr. Jiří Masopust, Ph.D.

- **IP Vortioxetin – dvouleté zkušenosti v ČR** – Masopust J.

11.30–12.00 DOBRÁ RADA DO VAŠÍ ORDINACE

garantka PharmDr. MVDr. Vilma Vranová, Ph.D.

- **Možnosti využití adaptogenů při zvládání stresu** – Vranová V.

12.00–12.50 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

12.50–14.50 PSYCHOTERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY V PRAXI

garant prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.

- **Gestalt psychoterapie** – Rektor J.
- **Komplexní terapie šitá na míru; různé formy psychiatricko-psychologické spolupráce** – Skorunka D., Fialová D.
- **Hypnoterapie** – Unger D.
- **Eklektická skupinová psychoterapie v léčbě neuróz** – Suchá R.

14.50 LOSOVÁNÍ ANKETY, ZÁVĚR KONFERENCE

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

XIV. konference ambulantních psychiatrů

23.–24. listopadu 2017 | Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořadatel

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

Záštita

OS ČLK Olomouc

Prezident akce

prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.

Organizátor

SOLEN, s. r. o., Lazická 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Mgr. Jitka Nováková, 777 714 680, novakova@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Kateřina Dostálová, 725 003 510, dostalova@solen.cz
Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s. r. o., Aneta Mikulíková

Ohodnocení

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání
dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 12 kredity pro lékaře.



Supplementum A Psychiatrie pro praxi

Citační zkratka: Psychiatr. praxi 2017; 18(Suppl A).

ISBN 978-80-7471-215-9

ISSN 1803-5914

Vydal: Solen, s. r. o., IČ 25553933

Pregabalin

od firmy Zentiva



Zkrácená informace o přípravku Pregabalin Zentiva k.s. 75 mg tvrdé tablety, Pregabalin Zentiva k.s. 150 mg tvrdé tablety, Pregabalin Zentiva k.s. 300 mg tvrdé tablety

Léčivá látka: Pregabalinum 75 mg nebo 150 mg nebo 300 mg v 1 tvrdé tobolce. **Indikace:** Neuropatická bolest: Přípravek Pregabalin Zentiva k.s. je indikován k léčbě periferní a centrální neuropatické bolesti u dospělých. **Epilepsie:** Přípravek Pregabalin Zentiva k.s. je indikován jako přídatná léčba u dospělých s parciálními záchvaty se sekundární generalizací nebo bez ní. **Generalizovaná úzkostná porucha:** Přípravek Pregabalin Zentiva k.s. je indikován k léčbě generalizované úzkostné poruchy (Generalised Anxiety Disorder, GAD) u dospělých. **Dávkování:** Dávkovací rozmezí je 150 až 600 mg denně rozdělených buď do dvou, nebo tří dávek. Počáteční dávka je 150 mg denně. Maximální dávka je 600 mg denně. Případné vysazení pregabalinu postupně minimálně po dobu 1 týdne. Snížení dávek u pacientů s poruchou funkce ledvin musí být stanoveno individuálně podle clearance kreatininu. U pacientů s poruchou funkce jater není zapotřebí žádná úprava dávek. Bezpečnost a účinnost pregabalinu u dětí a dospívajících do 17 let věku nebyla stanovena. **Starší pacienti** mohou vyžadovat snížení dávky vzhledem ke snížené funkci ledvin. Lze podávat s jídlem nebo bez jídla. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** U pacientů s diabetem může vzniknout potřeba úpravy dávek léčivých přípravků užívaných ke snížení glykémie. V případě hypersenzitivní reakce zahrnující příznaky angioedému je nezbytné ihned pregabalin vysadit. Pacienti měli být instruíváni ke zvýšené opatrnosti z důvodu možného výskytu závratí, somnolence, ztráty vědomí, zmatenosti a poruchy mentálních funkcí. Možný, většinou přechodný, výskyt rozmazaného vidění, snížení zrakové ostrosti, změny zorného pole, ztráty zraku; tyto oční příznaky může vyřešit nebo zlepšit vysazení pregabalinu. Hlášeny případy selhání ledvin. Možné příznaky z vysazení: nespavost, bolest hlavy, nauzea, úzkost, průjem, příznaky podobné chřipce, nervozita, deprese, bolest, křeče, hyperhidróza a závratě. Na začátku léčby je nutné o této skutečnosti informovat pacienta. Mohou se vyskytnout epileptické záchvaty včetně status epilepticus a záchvatů tonicko-klonického typu (grand mal). Opatrnost u starších pacientů se zhoršenou kardiovaskulární funkcí v indikaci neuropatie z důvodu hlášených případů městnavého srdečního selhání. Opatrnost u léčby centrální neuropatické bolesti v důsledku poranění míchy. Nutné monitorovat příznaky sebevražedných myšlenek a chování; poučení pacientů. Při současném podávání pregabalinu a opioidních léků je vhodné přijmout opatření pro prevenci zácpy. Nutná opatrnost u pacientů se zneužíváním léků v anamnéze. Byly hlášeny případy encefalopatie. Obsahuje laktózu. **Interakce:** Pregabalin se vylučuje převážně v nezměněné formě močí, podléhá u člověka zanedbatelnému metabolismu (méně než 2 % dávky se objeví v moči jako metabolity), neinhibuje metabolismus léků in vitro a neváže se na plazmatické bílkoviny. Není tedy pravděpodobné, že by vedl k farmakokinetickým interakcím nebo byl jejich příčinou. Pregabalin může zesilovat účinky ethanolu a lorazepamu. Pregabalin má zjevně aditivní účinek na zhoršení kognitivních a hrubých motorických funkcí způsobených oxykodonem. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Není známo riziko pro člověka, ženy v reprodukčním věku musí užívat účinnou antikoncepci. Ženy v těhotenství smíjí přípravek Pregabalin Zentiva užívat, pouze je-li to nezbytné. Pregabalin se vylučuje do mateřského mléka, je nutno rozhodnout, zda přerušit kojení nebo přerušit podávání pregabalinu. Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje: Pregabalin může mít mírný až střední vliv na schopnost řídit a obsluhovat stroje. Pregabalin může vyvolávat závratě a somnolenci, a proto může ovlivňovat schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** **Velmi časté:** závratě, somnolence, bolest hlavy; **časté:** nazofaryngitida, zvýšená chuť k jídlu, euforická nálada, zmatenost, podrážděnost, dezorientace, nespavost, snížení libida, ataxie, poruchy koordinace, třes, dysartrie, amnézie, zhoršení paměti, poruchy pozornosti, parestezie, hypestezie, sedace, porucha rovnováhy, letargie, rozmazané vidění, dvojité vidění, vertigo, zvracení, pocit na zvracení, zácpa, průjem, flatulence, břišní distenze, sucho v ústech, svalové křeče, artralgie, bolesti zad, bolesti končetin, cervikální spasmus, erektilní dysfunkce, periferní otoky, otoky, poruchy chůze, pády, pocit opilosti, zvláštní pocity, únava, zvýšení tělesné hmotnosti; **méně časté:** neutropenie, hypersenzitivita, anorexie, hypoglykemie, halucinace, panická ataka, neklid, agitovanost, deprese, depresivní nálada, povznesená nálada, agresivita, kolísání nálady, depersonalizace, obtíže s hledáním slov, abnormální sny, zvýšení libida, anorgazmie, apatie, synkopa, stupor, myoklonus, ztráta vědomí, psychomotorická hyperaktivita, dyskineze, posturální závratě, intenzívní třes, nystagmus, kognitivní porucha, porucha mentálních funkcí, porucha řeči, hyporeflexie, hyperstezie, pocíty pálení, ageuzie, malátnost, ztráta periferního vidění, poruchy zraku, otok očí, porucha zorného pole, snížení zrakové ostrosti, bolest očí, astenopie, fotopsie, suchost očí, zvýšené slzení, podráždění oka, hyperacuze, tachykardie, atrioventrikulární blokáda I. stupně, sinusová bradykardie, městnavé srdeční selhání, hypotenze, hypertenze, návaly horka, zčervenání, pocit chladných končetin, dušnost, epistaxe, kašel, zduření nosní sliznice, rýma, chrápání, sucho v nose, gastroezofageální reflux, zvýšená sekrece slin, hypestezie v ústech, papulární vyrážka, urtikárie, hyperhidróza, pruritus, otok kloubů, myalgie, svalové záškuby, bolesti šje, svalová ztuhlost, inkontinence moči, dysurie, sexuální dysfunkce, opožděná ejakulace, dysmenorea, bolesti prsů, generalizovaný otok, otok obličeje, pocit tísně na prsou, bolest, horečka, žízeň, třesavka, astenie, zvýšení hladiny kreatinfosfokinázy, zvýšení hladiny alaninaminotransferázy, zvýšení hladiny aspartátaminotransferázy, zvýšení hladiny glukózy v krvi, pokles počtu krevních destiček, zvýšení hladiny kreatininu v krvi, pokles hladiny draslíku v krvi, snížení tělesné hmotnosti. **Předávkování:** Při předávkování nejčastěji somnolence, stav zmatenosti, agitovanost a neklid. Léčba spočívá v obecných podpůrných postupech a může v případě potřeby zahrnovat hemodialýzu. **Uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 30 °C. **Balení:** PVC/alu blistry. **Velikost balení:** 56 tvrdých tobolek. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Zentiva, k.s., U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10, Česká republika. **Registrační čísla:** Pregabalin Zentiva k.s. 75 mg: EU/1/16/1166/012, Pregabalin Zentiva k.s. 150 mg: EU/1/16/1166/018, Pregabalin Zentiva k.s. 300 mg: EU/1/16/1166/027. **Datum revize textu:** 27. 2. 2017. **Výdej je vázán na lékařský předpis. Přípravek je plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se seznáme s úplnou informací o přípravku, kterou obdržíte na adrese: Zentiva, k.s., budova ARGO, Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6, tel.: (+420) 233 086 333, fax: (+420) 233 086 222, www.zentiva.cz.**

Určeno pro odbornou veřejnost.

Datum přípravy: září 2017

Kód materiálu: SACS.GPGAZ.17.09.1063

ZENTIVA
SPOLEČNOST SKUPINY SANOFI

Novinky z biologické psychiatrie pro ambulantní psychiatrii

garant prof. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D.

čtvrtek / 23. listopadu 2017 / 9.05–10.40 hod.

Nové poznatky biologické psychiatrie – budou přínosem pro klinickou praxi?

prof. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D.

Psychiatrická klinika, Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové
a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Ve dnech 18.–22. června 2017 se v Kodani konal 13. světový kongres biologické psychiatrie. Kongresu se zúčastnilo přibližně 1 500 odborníků z celého světa. Témata přednášek se týkala zejména genetiky, epigenetiky, transkriptomu, proteomu, metabolomu, mikrobiomu, neurochemie, neurofyzologie, elektroencefalografie, neuropsychologie, zobrazovacích metod mozku, animálních modelů duševních poruch a neuropsychofarmakologie. Cílem této přednášky je sdělit posluchačům některé nové poznatky z oblasti biologické psychiatrie a zamyslet se, zda budou přínosem pro běžnou klinickou praxi v našem oboru.

Jako perspektivní oblast výzkumu se jeví „omika“ (anglicky „omics“). „Omics“ je neologismus, označuje obor biologického výzkumu, zahrnující podobory, končící na „-omics“ (genomics, epigenomics, transcriptomics, proteomics, metabolomics, microbiomics...). V biologické psychiatrii se nálezy v oblasti „-omics“ zkoumají ve vztahu k predikci, diagnostice, léčbě, profylaxi a prevenci duševních poruch, tj. hledány jsou biologické markery duševních poruch. Prakticky žádný z biologických markerů doposud není využíván v běžné klinické praxi. Lze však předpokládat, že v budoucnu budou využitelné „panely“ (tj. kombinace několika) biologických markerů současně, které již budou schopny předvídat například terapeutický neúspěch daným lékem u konkrétního nemocného.

V oblasti léčby demence u Alzheimerovy choroby se jako nadějná, alespoň zatím v oblasti výzkumu, jeví imunoterapie proti beta-amyloidu. V současné době probíhají studie aktivní i pasivní imunizace v animálních modelech u transgenních myší. Imunizace významně redukuje počet plaků v mozkové kůře a hippocampu. Nyní již probíhají klinické studie u lidí. Uvedený terapeutický zásah by v budoucnu mohl být využitelný i v prevenci Alzheimerovy demence.

Jedno ze sympozií se zabývalo délkou neléčené psychózy a jejím vztahem k výsledku léčby. Délka neléčené psychózy byla opakovaně potvrzena jako moderátor výsledku léčby schizofrenie. Čím delší je tento časový úsek, tím jsou výraznější negativní příznaky schizofrenie a tím horší je odpověď na léčbu, sociální dopad onemocnění a kvalita života pacienta. Také narůstají ekonomické náklady přímé i nepřímé. Tento negativní efekt přetrvává i po desítkách let. Délka neléčené psychózy je odlišná v různých částech světa, medián činí něco přes jeden rok. V praxi je nutno zvyšovat povědomí o příznacích schizofrenie pomocí edukace praktických lékařů a laické veřejnosti, aby se předešlo dlouhodobému průběhu neléčené schizofrenie u postižených osob.

Několik sympozií, mimo jiné s českou účastí, se věnovalo novým léčebným metodám deprese. Studie probíhají s anestetiky, kanabinoidy a psychedeliky. Pokud jde o nové neurotransmitery ve výzkumu potenciálních psychofarmak, jedná se například o glutamát, receptory endokannabinoidů či brain-derived neurotrophic factor. To povede k vývoji nových léků s odlišným mechanismem účinku než u preparátů současných.

Závěrem je nutno zdůraznit, že nové poznatky se v běžné klinické praxi neuplatní nikdy, pokud jim lékaři nevyjdou vstříc a nebudou jejich prosazení obětovat potřebný čas a ekonomické náklady.

Tardivní dyskineze z nového pohledu – tetrabenazin a jeho modifikace

prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Olomouc

Tardivní dyskineze zůstává občasným problémem i v dnešní době. Ke zvýšenému zájmu o účinnější léčbu TD vedly nové poznatky o patofyziologii a možných mechanismech léčby TD. Tardivní dyskineze není řešitelná, podobně jako u jiných extrapyramidových potíží, snížením dávky nebo vysazením antipsychotika, naopak se může horšit. Proto se jedná o nepříjemnou, zdlouhavou a obtížně řešitelnou komplikaci, která může pacienta sociálně vylučovat, snižovat compliance a přispívat k nelichotivému hodnocení jinak prospěšné psychofarmakologické léčby. Mezi účinné strategie léčby TD jsou řazeny: převod na AP2G, případně klopazin, a přídatná léčba tetrabenazinem, klonazepamem, amantadinem nebo extraktem z ginkgo biloby.

Transkraniální magnetická stimulace v doporučeních a běžné klinické praxi

MUDr. Bc. Libor Ustohal, Ph.D., Mgr. Tomáš Svěrák, MUDr. Lenka Albrechtová,
prof. MUDr. Eva Češková, CSc., prof. MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D.

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno; CEITEC MU, Brno

Transkraniální magnetická stimulace, respektive repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS), patří mezi neinvazivní neurostimulační (neuromodulační) metody. Její princip spočívá v ovlivnění mozkové kůry pomocí proměnného magnetického pole o vysoké intenzitě.

V současnosti se používá ve výzkumu a terapii řady (nejen) duševních poruch. Její nejvýznamnější indikací, pro kterou je schválena k rutinnímu používání, je depresivní porucha. Dle doporučení skupiny evropských expertů z roku 2014 má nejvyšší evidenci v léčbě depresivní poruchy vysokofrekvenční rTMS cílená na oblast levého dorsolaterálního prefrontálního kortexu (DLPFC) – úroveň A důkazů (definitivně účinná), dále nízkofrekvenční rTMS cílená na oblast pravého DLPFC – úroveň B důkazů (pravděpodobně účinná – dáno nižším počtem provedených studií s nižším počtem zařazených pacientů). Dle doporučení kanadských expertů z CANMAT se rTMS poprvé dostává v rámci neurostimulačních metod na první místo (i před elektrokonvulzivní terapii, byť s řadou výjimek). V první linii uvádějí rovněž vysokofrekvenční rTMS cílenou na oblast levého DLPFC nebo nízkofrekvenční rTMS cílenou na oblast pravého DLPFC, ve druhé linii doporučují rTMS bilaterální (vysokofrekvenční vlevo a nízkofrekvenční vpravo), výměnu stimulačních protokolů z první linie nebo tzv. theta burst stimulaci (TBS). Ve třetí linii doporučují případně vyzkoušet vysokofrekvenční rTMS dorsomedálního prefrontálního kortexu bilaterálně.

Z dalších indikací uvádí evropská doporučení léčbu schizofrenie – konkrétně negativních příznaků pomocí vysokofrekvenční rTMS levého DLPFC (úroveň důkazů B – pravděpodobně účinná) nebo sluchových halucinací pomocí nízkofrekvenční rTMS temporoparietálního kortexu vlevo, popř. bilaterálně (úroveň důkazů C – možná či potenciálně účinná). Kromě toho je úroveň důkazů C ještě udělena léčbě cravingu či závislosti na tabáku (vysokofrekvenční rTMS levého DLPFC) a léčbě posttraumatické stresové poruchy (vysokofrekvenční rTMS pravého DLPFC, dle recentní metaanalýzy i nízkofrekvenční rTMS). K léčbě obsedantně kompulzivní poruchy není zaujato v těchto doporučeních žádné stanovisko, recentní metaanalýza ukazuje vyšší účinnost aktivní stimulace ve srovnání s shamovou (placebovou) v případě nízkofrekvenční rTMS suplementární motorické oblasti, vysokofrekvenční DLPFC vlevo či bilaterálně či nízkofrekvenční pravého DLPFC (ta je relativně nejúčinnější).

V současnosti je připravována i revize doporučení Psychiatrické společnosti ČLS JEP, která reflektuje výše uvedená doporučení a zdůrazňuje, že kromě depresivní poruchy jsou ostatní indikace stále více či méně experimentální a vycházejí ze zkušeností jednotlivých pracovišť. Kromě výše uvedených indikací se rTMS zkouší i v léčbě tinnitu (byť toto není ryze psychiatrická indikace),

dále u kognitivních poruch, popř. ADHD, mimo psychiatrii v algeziologii, epileptologii nebo léčbě Parkinsonovy nemoci. V klinické praxi je stále nabízena jen psychiatrickými pracovišti v Brně a v Praze v indikacích dle jejich zkušeností a zvyklostí; nejvíce je asi stále používána ve výzkumu.

Podpořeno MŠMT v rámci projektu CEITEC 2020 (LQ1601) a projektem (Ministerstva zdravotnictví) koncepčního rozvoje výzkumné organizace 65269705 (FN Brno).

Elektrokonvulzivní terapie u schizofrenie

**MUDr. Josef Křepela, prof. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D.,
prof. MUDr. Michal Hrdlička, Ph.D., MUDr. Barbora Pachlová**
Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod

Cílem přednášky je seznámit odbornou psychiatrickou veřejnost s možností aplikování udržovací elektrokonvulzivní terapie (uECT) u pacientů s těžce probíhající farmakorezistentní schizofrenií či schizoafektivní psychózou. Lékaři Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod mají desítky let zkušeností s uECT u pacientů trpících farmakorezistentním chronicky probíhajícím psychotickým onemocněním. UECT je obecně praktikována hlavně u depresivních pacientů. U pacientů se schizofrenií se tato metoda používá málo. V současnosti existují pouze dva týmy autorů (z Francie z roku 2010 a z Dánska v r. 2012), kteří publikovali podobné zkušenosti s uECT u schizofrenie, jaké máme my. Přednáška je o retrospektivní observační studii celkem 19 pacientů trpících schizofrenií a schizoafektivní psychózou (17 pacientů trvale hospitalizovaných a 2 pacienti docházející na uECT z domova – tedy ambulantní formou), kteří doposud jsou či v nedávné době byli léčeni výše uvedenou metodou. Cílem přednášky je seznámení s naší dosavadní praxí, možnostech a smyslu a výsledcích uECT u těžce farmakorezistentních pacientů s psychózou.

Satelitní sympozium společnosti Janssen-Cilag s. r. o.

čtvrtek / 23. listopadu 2017 / 10.40–11.10 hod.

Dlouhodobě působící antipsychotika – aktuální přehled

MUDr. Simona Papežová
Psychiatrická ambulance MUDr. Simona Papežová s.r.o., Praha

Cílem sdělení je shrnout indikace aktuálně registrovaných dlouhodobě působících antipsychotik druhé generace (LAI-AP 2G), včetně základních údajů o prvním dlouhodobě působícím antipsychotiku s tříměsíční účinností (podávaném 4x ročně) a stručně informovat o novinkách ve vykazování ambulantní péče.

Na našem trhu jsou dostupné následující účinné látky: risperidon mikrosféry, paliperidon palmitát, olanzapin pamoát, aripiprazol monohydrát. Výzkumy z posledních let prokazují, že 40–60 % pacientů neužívá spolehlivě medikaci, 75–90 % pacientů se stane nonadherentními do dvou let po propuštění z hospitalizace. LAI jsou efektivnější v prevenci rehospitalizace (Kishimoto T, et al. J Clin Psychiatry 2013). Přesto jsou tyto preparáty v ČR relativně málo využívány, Česká republika je na 15. místě ze 17 evropských zemí, co se týká počtu užitých balení na 100 000 obyvatel.

Doporučené postupy akutní farmakologické léčby schizofrenie mají jako první krok uvedenou monoterapii AP2G a/nebo AP1G v perorální a/nebo dlouhodobě působící injekční formě (Doporučené postupy psychiatrické péče IV, 2014). Na základě našeho uvážení lze tedy použít LAI jako první volbu, nicméně v rámci běžné praxe je nutno dbát na indikační omezení (Vyhláška č. 376/2011 Sb. ze dne 1. prosince 2011, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění, § 34). Všechna LAI-AP 2G jsou dle SPC indikována k udržovací léčbě schizofrenie u dospělých stabilizovaných pacientů. Výjimkou je paliperidon palmitát s měsíčním

intervalem podání, který lze dle SPC užít i u pacientů bez předchozí stabilizace p.o. léčbou za předpokladu, že psychotické symptomy jsou mírné až středně závažné. Novou lékovou formou paliperidonu je paliperidon palmitát s tříměsíčním podáním, který je indikován u pacientů stabilizovaných na jednoměsíčním paliperidonu (dávka se odvozuje od jednoměsíční formy, je to 3,5násobek měsíční dávky).

Je dobré mít na paměti, že i 3–6 let stabilní nemocní stále relabují po přerušení léčby (1. Leucht et al. Lancet 2012; 279: 2063–2071, 2. Leucht et al. Cochrane Database Syst Rev 2012; 5: CD008016). Zajímavé jsou výsledky ve studiích placebo versus paliperidonem v perorální formě, paliperidonem s jednoměsíčním podáním a paliperidonem s tříměsíčním podáním. Medián času do relapsu od randomizace byl u perorální formy 58 dní, u paliperidonu podávaného 1x měsíčně 172 dní, u tříměsíčního 395 dní (1. Kramer et al. J Clin Psychopharmacol 2007; 27: 6–14; 2. Hough et al. Schizophr Res 2010; 116: 107–117; 3. Berwaerts et al. JAMA Psychiatry 2015; 72: 830–839, 3. Kim et al. Poster presented at the 15th ICOSR; March 28 – April 1, 2015; Colorado Springs, CO, USA).

Vzhledem k riziku relapsu po vysazení medikace jsou dlouhé dávkovací intervaly výhodné pro pacienty, pečovatele i lékaře a dávají nám více času na práci směřující k znovuoobnovení léčby.

K zjednodušení v péči o pacienty se schizofrenií dochází i vzhledem ke změně přístupu Ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven k úhradám této formy léčby u pacientů s vážným duševním onemocněním (Úhradová vyhláška – Vyhláška č. 348/2016 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017, Vyhláška o dispensární péči – Vyhláška č. 39/2012 Sb.).

Závěr: Mezi dlouhodobě působícími antipsychotiky je paliperidon palmitát v jednoměsíční injekci jediný, který před první aplikací nevyžaduje stabilizaci pacienta, paliperidon palmitát s tříměsíční aplikací je jediný lék na schizofrenii, který umožňuje aplikaci pouze 4x ročně.

Péče o pacienty s těžkým průběhem duševního onemocnění nemusí být podle současných úhradových mechanismů pro ambulanci komplikovaná ani ztrátová.

Právní otázky v ambulanci psychiatra

garant MUDr. Jiří Švarc, Ph.D., JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

čtvrtek / 23. listopadu 2017 / 11.40–12.50 hod.

Právní otázky v ambulanci psychiatra:

Doporučené postupy v ambulantním ochranném léčení

Omezení svéprávnosti a její přeceňovaný význam

MUDr. Jiří Švarc, Ph.D.¹, JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.²

¹Psychiatrická nemocnice Bohnice, lektor IPVZ

²AK Lukáš Prudil a spol., Právnická fakulta Masarykovy univerzity Brno

Doporučené postupy v ambulantním ochranném léčení (OL)

Komu soud ukládá OL:

Ochranné léčení (jak ambulantní, tak i ústavní) ukládá soud dle § 99 trestního zákoníku pachateli trestného činu,

- který je pro duševní poruchu nepříčetný (jeho trestní stíhání se v tom případě zastavuje) a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný – v tom případě soud uloží OL obligatorně – typickým příkladem je pachatel s psychotickou poruchou,
- který je pro duševní poruchu zmenšeně příčetný a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný – v tom případě soud uloží OL fakultativně a může současně uložit i trest nebo snížit trestní sazbu nebo upustit od potrestání (pokud OL splní účel lépe),
- který zneužívá návykovou látku, spáchal trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním (jde o OL uložené dle § 99 odst. 2 písm. b tr. zákoníku, nazývané „protialkoholní“)

nebo „protitoxikomanické“); soud však takové OL neuloží, je-li vzhledem k osobě pachatele zřejmé, že jeho účelu nelze dosáhnout.

Povinnosti soudu před výkonem ambulantního OL:

- OL se ukládá pachateli rozhodnutím (tj. rozsudkem nebo usnesením) a poskytovateli zdravotní péče se nařizuje nařízením (proti kterému není přípustný opravný prostředek).
- Dle § 353 tr. řádu k nařízení OL soud připojí znalecký posudek; a podle § 42 odst. 1 jednacího řádu soudů i opis rozhodnutí, kterým bylo OL uloženo, tzn. rozsudek nebo usnesení (jde o tzv. veřejné listiny, nikoli zdravotnickou dokumentaci).
- Dle § 42 odst. 1, 2 jednacího řádu soudů se OL ambulantní nařizuje podle bydliště nebo pobytu léčené osoby. Po dohodě s ambulancí stanoví soudce, kdy nejpozději má být s OL započato. Soudce vyzve osobu, aby se k OL přihlásila nejpozději do stanovené doby.

Povinnosti ambulantního lékaře při výkonu OL:

Zákonný důvod, proč pacienta s OL nepřijmout, je dle § 84 odst. 2 zákona 373/2011 Sb. „překročení únosného pracovního zatížení“ – pak má ale lékař povinnost uvést předpokládaný termín přijetí (§ 87 odst. 2 písm. a zákona 373/2011 Sb.).

Výkon OL se neliší od léčby jiných pacientů (postupuje se standardně podle zákona o zdravotních službách) kromě výjimek uvedených v § 83–87 zákona 373/2011 Sb., o speciálních zdravotních službách. Jedná se o:

- Ambulance zašle soudu (který OL nařídil) oznámení o započetí OL ve smyslu § 351 odst. 4 tr. řádu (zejm. datum zahájení).
- Pokud se pacient nedostaví ve stanoveném termínu, lékař to dle § 87 odst. 2 písm. b zákona č. 373/2011 Sb. oznámí do 24 h soudu, který OL nařídil; a (dle úpravy platné od 1. 11. 2017) Policii ČR.
- Dle § 85 odst. 3 zákona č. 373/2011 Sb. lékař musí na počátku OL formulovat individuální léčebný plán a pacient a přítomný svědek musí podepsat poučení, kde musí být pacient seznámen s jeho právy a povinnostmi, s předpokládanou dobou léčení a možností změny formy (tedy na formu ústavní), s individuálním léčebným postupem a s vnitřním řádem. Takové poučení musí být součástí zdravotnické dokumentace. Do zdravotnické dokumentace se rovněž zaznamená případný nesouhlas pacienta s navrženým individuálním léčebným postupem.
- Podle § 88 zákona 373/2011 Sb., o speciálních zdravotních službách, pacient v OL je povinen podrobit se stanovenému individuálnímu léčebnému postupu.
- Dle § 353 odst. 1 tr. řádu lékař podá soudu ve svém okrese návrh na ukončení OL, jakmile bylo dosaženo účelu OL (popř. jakmile zjistí, že účelu OL nelze dosáhnout podle § 99 odst. 6 tr. zákoníku). Nebo podá návrh na přeměnu OL na ústavní formu, pokud pac. podmínky ambulantního OL neplní (tzn. odmítá se podrobit plánu OL, je nebezpečný, nebo nelze očekávat splnění účelu OL ambulantní formou). V návrhu lékař popíše průběh a výsledky OL a uvede důvody navrhovaného postupu. Soud pak ve veřejném zasedání rozhodne o ukončení OL, popř. změně OL ústavního.

Omezení svéprávnosti a její přeceňovaný význam

Mnozí od omezení svéprávnosti marně očekávají vyřešení finančních problémů, zmírnění psychopatologických příznaků (např. kverulací), hospitalizaci pacienta, kdykoli je to třeba apod. Ve skutečnosti omezení svéprávnosti může zejm. omezit nakládání s majetkem a jiné specifikované právní jednání (tedy potencionálně zabránit dalším problémům, nikoli vyřešit stávající). Nijak nemůže zabránit kverulantovi v kverulacích (jeho stížnosti je nadále nutné vyřizovat). Nikoho nelze omezit v jednání, které upravují zvláštní právní předpisy, tedy např. nelze omezit právo mít řidičské oprávnění (řeší silniční zákon) nebo poskytovat souhlas s hospitalizací (řeší zákon o zdravotních službách). Přesto se s takovými rozsudky setkáváme.

Z občanského zákoníku:

Omezit svéprávnost člověka může soud jen tehdy, hrozila-li by mu jinak závažná újma a nepostačí-li vzhledem k jeho zájmům mírnější opatření. (Nelze tedy omezit např. v pasivním volebním právu, pokud soud nezdůvodní, jak by volební akt mohl způsobit závažnou újmu.)

Soud může omezit svéprávnost člověka v rozsahu, v jakém člověk není pro duševní poruchu, která není jen přechodná, schopen právně jednat, a vymezí rozsah, v jakém způsobilost člověka samostatně právně jednat omezil.

Soud může svéprávnost omezit v souvislosti s určitou záležitostí na dobu nutnou pro její vyřízení, nebo na jinak určenou určitou dobu, nejdéle však na tři roky.

Změní-li se okolnosti, soud své rozhodnutí bezodkladně změní nebo zruší. Rozhodnutí o omezení svéprávnosti nezabývá člověka práva samostatně právně jednat v běžných záležitostech každodenního života.

Ze zákona o zvláštních řízeních soudních:

Návrh na zahájení řízení o omezení nebo vrácení svéprávnosti může podat též zdravotní ústav. Nepodal-li návrh na zahájení řízení státní orgán nebo zdravotní ústav, může soud uložit navrhovateli, aby předložil lékařskou zprávu o duševním stavu posuzované osoby, jinak zastaví řízení. Soud jmenuje posuzovanému opatrovníka. Soud vyslechne posuzovaného, znalce, popř. ošetřujícího lékaře, opatrovníka... Pokud posuzovaný sám požádá, aby byl vyslechnut, soud ho vyslechne. Od výsledku posuzovaného může soud upustit, nelze-li tento výsledek provést; soud však posuzovaného vždy zhlédne. Na návrh znalce – psychiatra, který musí být vždy přibrán, může soud nařít, aby posuzovaný byl po dobu nejvýše 4 týdnů vyšetřován ve zdravotním ústavu, jestliže je to nezbytně třeba k vyšetření zdravotního stavu a nelze-li toho dosáhnout jinak.

Dobrá rada do vaší ordinace

garantka Bc. PharmDr. Ivana Minarčíková, Ph.D.

čtvrtek / 23. listopadu 2017 / 13.40–14.10 hod.

Podmínky úhrady u léků v psychiatrii

Bc. PharmDr. Ivana Minarčíková, Ph.D.

www.farmakoekonomie.cz, www.eLekarnice.cz

Systém stanovování cen a úhrad v České republice je nepřetržitý a kontinuální proces. Všechny registrované léčivé přípravky, které jsou indikovány u psychiatrických pacientů a kterým byla stanovena úhrada, prošly různými druhy správních řízení Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) a byly jim stanoveny podmínky úhrady, které jsou na jedné straně aktuálně platné a jejich dodržování je vyžadováno, avšak z druhé strany nemusí odrážet aktuální doporučené postupy psychiatrické péče, představy předepisujících lékařů a potřeby psychiatrických pacientů.

Léčivý přípravek má stanoveny podmínky úhrady, na které je navázána úhrada léku zdravotní pojišťovnou a které omezují jeho předepsání.

Ke stanovení podmínek úhrady SÚKL přistoupí i bez návrhu farmaceutické firmy, resp. zdravotnické pojišťovny, např. v případě, že to vyžadují odborná hlediska nebo hlediska bezpečnosti nebo účinnosti, popř. pokud má lék významnou terapeutickou hodnotu pro určitou skupinu pacientů nebo pokud je nezbytné zajištění účelného a hospodárného používání léčivého přípravku.

Stanovené podmínky úhrady mohou mít preskripční a/nebo indikační omezení.

Preskripční omezení vymezuje, kdo může lék předepsat a/nebo kde je lék předepsán.

Vymezení „kdo může lék předepsat“ znamená, že lék může být předepsán lékařem s konkrétní specializací (např. PSY, SEX, NEU), s omezením pouze na specializaci označenou v podmínkách úhrady (E) nebo s možností přenesení preskripce na lékaře jiné specializace (L).

Vymezení „kde může být lék předepsán“ znamená, že lék může být předepsán v ambulantní péči (A), na specializovaném pracovišti (S), ve zvláštní ambulantní zdravotní péči (C1, C2, C3).

Indikační omezení definuje skupinu pacientů, kterým je možné lék předepsat nebo klinický stav pacienta, popř. krok v léčebném postupu, při kterém je možné lék předepsat, resp. kdy již není možné lék předepsat atd.

Stanovené indikační omezení podmínek úhrady se může týkat užší skupiny pacientů, než je uvedeno v Doporučených postupech léčby a než bylo dokázáno v klinických studiích. Např. klinické studie potvrdily účinnost léčivé látky u všech pacientů v 1. linii léčby, doporučené postupy léčby

shodně uvádí použití léčivé látky v 1. linii, ale podmínky úhrady jsou omezující a oddalují podání léčivé látky až ve 3. linii. Důvodem takového zjevného **rozporu** bývá skutečnost, že léčivá látka musí být při předepsání v systému úhrady nákladově efektivní a její dopad na rozpočet musí být akceptovatelný, což se mohlo stát v uvedeném příkladu, kdy mohlo být prokázáno, že farmakoeconomicky je léčivá látka efektivní až při podání ve 3. linii.

V návaznosti na důležitost farmakoeconomického posouzení efektivní úhrady se stává, že čím na trhu existuje více generických léčivých přípravků od jedné léčivé látky, tím více se léčivé látce snižuje výše úhrady a tím více jsou stanovené podmínky úhrady rozvolněnější a méně omezující.

Soulad preskripce léku se stanoveným zněním podmínek úhrady je nezbytný pro vykazování úhrady a následnou úhradu ze strany zdravotních pojišťoven a je sledován nejen zdravotními pojišťovnami, ale má jej na zřeteli i SÚKL.

Při zachování souladu preskripce léku se stanoveným zněním podmínek úhrady vychází lékaři v odbornosti psychiatrie (305), dětská a dorostová psychiatrie (306), návykové nemoci (308) a sexuologie (309) vstříc úhradové vyhlášky pro rok 2016, 2017 a 2018*, které v čase více změkčují regulační omezení pro poskytovatele zdravotní péče v odbornosti 305, 306, 308 a 309 vztahující se k úhradě léčivých přípravků u psychiatrických pacientů.

**k 25. 9. 2017 je znám pouze návrh úhradové vyhlášky pro rok 2018*

Satelitní sympozium společnosti Servier s. r. o.

Úskalí léčby komorbidních pacientů –

Diabetik v ordinaci psychiatra

čtvrtek / 23. listopadu 2017 / 14.10–15.10 hod.

Úskalí léčby komorbidních pacientů – Diabetik v ordinaci psychiatra

MUDr. Sylva Racková, Ph.D., MUDr. Jana Komorousová, Ph.D.

Psychiatrická ambulance, Plzeň

Pacienti s diabetem jsou poměrně velkou a specifickou skupinou lidí, kteří přicházejí do psychiatrických ambulancí. Psychiatr by při jejich léčbě měl věnovat pozornost nejen jejich psychickému stavu a léčbě, ale i základnímu onemocnění diabetem a případným dalším komorbiditám. Ty se totiž navzájem ovlivňují – diabetes ovlivňuje psychický stav a psychický stav ovlivňuje průběh a kompenzaci diabetu.

Diabetes mellitus je závažné chronické celoživotní onemocnění, které nutí pacienty přizpůsobovat jejich každodenní život mnoha pravidlům, vystavuje je nutnosti neustále hlídat dietní režim, tělesnou hmotnost, rytmus spánku, pravidelnou aplikaci léků a nebo inzulinu i několikrát denně. Nemoc drží pacienty v neustálém střehu, i když se jim většinu času nijak nepřipomíná, a to ji činí ještě náročnější na trvalou pozornost vůči tělesným projevům a péči o sebe.

Řada psychických poruch se vyskytuje u diabetiků častěji než v ostatní populaci. V našem sdělení se zaměříme na výskyt a léčbu deprese u pacientů s diabetem. Léčba deprese u pacientů s touto somatickou diagnózou má řadu specifíků, omezení... Měli bychom se zajímat o typ diabetu a jeho dosavadní průběh, při vlastním výběru antidepressivní medikace musíme zohlednit vliv antidepressiva na ovlivnění nálady (antidepressivní a anxiolytické působení), dále na ovlivnění dalších parametrů, které jsou pro diabetika klíčové: kvalita spánku, vliv na hmotnost, krevní tlak, možné interakce s ostatní medikací a přímý vliv antidepressivní medikace na glukózový metabolismus.

Farmakoterapie v psychiatrii

garant MUDr. Petr Šilhán, Ph.D.

pátek / 24. listopadu 2017 / 9.00–10.30 hod.

Nežádoucí účinky psychofarmak: někdy skryté a přece významné

MUDr. Petr Šilhán, Ph.D., MUDr. Martin Hýža

¹Oddělení psychiatrické FN Ostrava

²Katedra neurologie a psychiatrie LF OU, Ostrava

Pacienti se závažnými duševními onemocněními (SMI), jako jsou depresivní porucha, bipolární porucha a schizofrenie, mají 2–3násobné riziko mortality oproti zdravé populaci a jejich očekávaná délka života je proto o 10–25 let kratší. Nejčastějšími příčinami smrti jsou somatická onemocnění, která mohou být psychiatry přehlížena. Mezi důvody zvýšené somatické morbidity patří faktory přímo spojené s nemocí, faktory související s nezdravým způsobem života, faktory spojené s nedostatečnou péčí o somatické zdraví a faktory související s užívanou medikací.

Riziko obezity je u pacientů se schizofrenií 3–4x vyšší, u pacientů s poruchami nálady 1,5x vyšší než u zdravé populace. Antipsychotika 2. generace (AP2) mají vyšší riziko přírůstku hmotnosti než antipsychotika 1. generace (AP1), mírnější efekt na přírůstek hmotnosti mají také antidepressiva (AD) a stabilizátory nálady (SN). Přírůstek hmotnosti bývá významný především na začátku léčby, zatímco postupně se zpomaluje a může dosáhnout svého stropu. Dyslipidemie především v podobě zvýšení koncentrace triglyceridů a snížení HDL cholesterolu se vyskytují často nezávisle na obezitě, mohou jí předcházet, ale s délkou léčby míra dyslipidemie spíše narůstá. Bývá pozorována zvl. při podávání AP, v případě AD či SN jsou výsledky nejednoznačné.

Morbidita a mortalita na kardiovaskulární onemocnění u pacientů s SMI je zvýšená 1,5–3násobně. Hypertenze se u pacientů s SMI vyskytuje častěji než u srovnatelné populace a je spojena s užíváním některých AP i AD, ale nikoliv SN. Některé studie (ale jiné nikoliv) zjistily zvýšené riziko ischemie srdeční či mozkové u starších pacientů užívajících AP. Jak některá AP, tak většina tricyklických AD a v klinicky málo závažné míře rovněž SSRI, zvl. citalopram, mohou prodloužit QT interval a senzibilizovat vůči rozvoji maligních arytmií. Uvedené stavy pak mohou vyústit v náhlou srdeční smrt. Po klopazinu, zvl. jeho nasazení, se zřídka může rozvinout myokarditida.

U pacientů se schizofrenií, schizoafektivní či bipolární poruchou existuje 2–3x vyšší prevalence DM II. typu, u pacientů s depresivní poruchou je riziko 1,2–2,5x vyšší. Přestože na rozvoji DM II. typu participují i nepřímé faktory jako obezita, prokázán je vliv AP a mnohem méně vliv AD a SN. Rychlý nástup DM II. typu se může v případě AP, zvl. AP2, manifestovat jinak méně obvyklou diabetickou ketoacidózou. AP stejně jako AD, zvl. SSRI, bývají spojeny s nižší sekrecí adiuretinu a hyponatremií, lithium je spojeno s vyšší výskytem hypotyreoidózy.

Užívání AP, zvl. AP1, je prokazatelně spojeno s výskytem akutních i tardivních dyskinezi a dystonií, které mohou být někdy zaměňovány s tremorem a myoklony vyvolanými lithiem či valproátem. Většina AP, tricyklická AD a bupropion a ve vyšších dávkách také lithium snižují záchvatový práh. Při užívání AP (zvl. klopazinu), tricyklických AD a karbamazepinu se může dostavit leukopenie a agranulocytóza. Valproát může zase provokovat trombocytopenii. Většina AP může vyvolat spíše mírné a přechodné zvýšení jaterních testů podobně jako valproát a karbamazepin, o něco méně častý je výskyt hepatopatie u AD. Jak AP, tak AD jsou spojeny při dlouhodobém užívání se snížením kostní denzity a zvýšeným rizikem zlomenin. Dostatečně je známá nefrotoxicita lithia, přestože klinický význam je opakovaně popisován jako nízký. Podávání AP i AD může v jednotlivých případech vést ke vzniku močové inkontinence.

Interakce psychofarmak a jak vážně je brát

MUDr. Martin Hýža

Oddělení psychiatrické, FN Ostrava

Katedra neurologie a psychiatrie, LF Ostravské univerzity, Ostrava

Vzájemné interakce psychofarmak vystupují do popředí v souvislosti se stále narůstající pre-skripcí. Údaje z r. 2013 např. hovoří až o 11 % anglických žen užívajících antidepresiva. Okolo 1/3 pacientů v ambulantní péči užívá kombinaci nejméně 3 psychofarmak.

Poměrně známé jsou interakce týkající se stabilizátorů nálady, zejm. alterace cytochromu P450 3A4 při podávání karbamazepinu; podobně v obecném povědomí je potenciál fluvoxaminu k inhibici CYP1A2 a 2C19 nebo paroxetinu k inhibici CYP2D6 a bohatý interakční potenciál IMAO.

V posledních letech se objevují další klinicky relevantní interakce antidepresiv a antipsychotik v souvislosti s hlášením výrobce v listopadu 2011 o nebezpečí prodloužení QT intervalu při podávání citalopramu; informace o podobných vlastnostech escitalopramu následovaly o několik let později. Stejně tak kombinace antipsychotik navzájem, jinak velmi časté v léčbě psychotických poruch, naráží nejčastěji na neúměrně vysoké riziko (aditivní, ale i synergický efekt) prodloužení QT intervalu a maligní komorové tachyarytmie.

V rámci NIS je nejčastěji používaným softwarovým nástrojem modul f. Drug Agency. V praxi je limitem hlášení interakce stupně 5 – velmi závažná, v tom případě je další podávání kombinace kontraindikováno. Informace pro hodnocení interakčního potenciálu jsou celkově nedostatečné, někdy protichůdné a obecně vychází z několika typů zdrojů. Existuje jen velmi málo studií a většina údajů pochází z jednotlivých kazuistik nebo kazuistických sérií, kde však chybí průkaz jasné kauzality. I designově kvalitní studie, které byly provedeny, často zahrnovaly malý počet zdravých dobrovolníků a nízké dávky léčiv, takže extrapolace výsledků v praxi má být prováděna s opatrností. Studie na velkém počtu pacientů jsou schopny hodnotit průměrné prodloužení QT intervalu v závislosti na dávce. Dalším zdrojem informací jsou databáze hlášení nežádoucích příhod (zejm. americký FAERS) a doporučení výrobce z preklinických studií. Referenčním standardem v oblasti prodloužení QT intervalu je portál CredibleMeds.

Největší potenciál k prodloužení QT intervalu mají amisulprid, haloperidol, klozapin, levomepromazin, olanzapin, quetiapin, sertindol, sulpirid, tiaprid, ziprasidon, zyklopentixol. Při jejich kombinacích pak dostáváme hlášení o velmi závažné interakci, a přesto se v praxi někdy společnému podávání nevyhneme.

Přednáška kriticky hodnotí jednotlivé kombinace z hlediska rizika vyvolání závažných komplikací.

Doporučené postupy TDM psychofarmak

MUDr. Petr Šilhán, Ph.D.^{1,2}, MUDr. Martin Hýža^{1,2}, doc. MUDr. Iva Kacířová, Ph.D.³

¹Oddělení psychiatrické FN Ostrava

²Katedra neurologie a psychiatrie LF OU, Ostrava

³Oddělení klinické farmakologie FN Ostrava

Terapeutické monitorování léčiv (TDM) je specifická metoda pro monitorování léčby pomocí měření koncentrace léčiva v séru nebo plazmě. Je-li užívána s přihlédnutím k vlastním možnostem i limitům, může se stát významným pomocníkem při zlepšování péče a její individualizaci, a jako taková byla zahrnuta rovněž do nových doporučených postupů.

TDM je v psychiatrii užíváno rutinně u látek s dobře definovaným terapeutickým referenčním rozmezím (TRR) a úzkým terapeutickým indexem (lithium, valproát, karbamazepin, lamotrigin), u ostatních farmak je využíváno ve specifických situacích (SS) jako: (a) podezření na non-adherenci, (b) nedostatečné odpovědi při doporučených dávkách, (c) výskytu nežádoucích účinků (NÚ), (d) kombinaci léčiv s interakčním potenciálem, event. (e) problémech po záměně generických preparátů. TDM je žádoucí také u specifických subpopulací jako: (a) jedinců s abnormně vysokou nebo nízkou hmotností, (b) jedinců s farmakokineticky relevantní komorbiditou, (c) těhotných a kojících

žen, (d) dětí, (e) starších osob (> 65 r.), (f) mentálně retardovaných, (g) jedinců s ochrannou léčbou, (h) jedinců s abúzem/závislostí na návykových látkách.

Podle průkazu účelnosti TDM jsou psychofarmaka tříděna do čtyř skupin: (1) TDM **rozhodně doporučeno** při titraci dávek a ve SS: TRR je průkazně spojeno s klinickou odpovědí či výskytem NÚ/intoxikací, (2) TDM **doporučeno** při titraci dávek a ve SS: TRR je odvozeno od koncentrací pacientů s klinickou odpovědí nebo NÚ/intoxikací, (3) TDM **užitečné** ve SS: TRR je odvozeno od koncentrací při běžných terapeutických dávkách, (4) TDM **potenciálně užitečné** ve SS: koncentrace nekorelují s účinkem nebo je snadné účinek posoudit.

TRR jsou stanovena pro nejnižší denní koncentrace farmak, odběr je proto potřeba realizovat před podáním léčiva, nejlépe po nejdelší pauze (obvykle ráno). Odebraný vzorek by měl být doručen do laboratoře během téhož dne. Pokud to není možné, musí být uchován v lednici (nejdéle 2 dny) a transportován v chladu.

Výsledkem TDM by neměla být jen naměřená koncentrace, ale rovněž interpretace výsledku klinickým farmakologem, jejíž součástí je porovnání koncentrace s TRR, zvážení lékových aj. interakcí, porovnání koncentrace ve vztahu k dávce a u vybraných léčiv stanovení poměru koncentrací metabolit/mateřská látka. TRR představuje rozmezí koncentrací, pod nimiž je vyvolání terapeutické odpovědi nepravděpodobné a nad nimiž se snižuje tolerance nebo se další zlepšení nepředpokládá. TRR je uváděno pouze pro primární indikaci léčiva, je orientační a nemusí být použitelné pro všechny pacienty. Pokud koncentrace odpovídá TRR a klinický účinek i NÚ vyhovují, doporučuje se pokračovat v léčbě. Pokud účinek nebo NÚ nevyhovují a existuje dostatečná rezerva v TRR, je možné upravit dávkování, pokud rezerva v TRR chybí, je vhodné zvážit záměnu medikace. Je-li koncentrace mimo TRR a účinek i NÚ vyhovují, je rovněž možno pokračovat v léčbě, pokud nevyhovují, je nutno ověřit adherenci, posoudit interakce a příp. zopakovat TDM, protože výsledky jednotlivého odběru nemusí být reprezentativní. TDM je žádoucí zopakovat s odstupem 4–5 eliminačních poločasů po úpravách dávkování.

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

Moderní léčba deprese

garant doc. MUDr. Jiří Masopust, Ph.D.

pátek / 24. listopadu 2017 / 11.00–11.30 hod.

Vortioxetin – dvouleté zkušenosti v ČR

doc. MUDr. Jiří Masopust, Ph.D.

Psychiatrická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Neurologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

V poslední době se více zajímáme o preference pacienta v léčbě deprese, vliv léčby na celkové fungování, bezpečnost a snášenlivost antidepresiv. Hodnocení úspěšnosti léčby mezi psychiatrem a pacientem se stále ještě do jisté míry liší.

Pacienti si uchovávají předstupy, že deprese je způsobena výhradně vnějšími faktory, antidepresiva jsou návyková a mění osobnost a není nutné dodržovat dávkovací schéma. Při léčbě pak očekávají dobré duševní zdraví (optimismus, vitalitu, sebehodnocení), navrácení pocitu užitečnosti a normality, stejnou úroveň fungování doma i v práci jako dříve, pocit kontroly nad emocemi, kvalitně prožívané vztahy se členy rodiny a přáteli a poté až nepřítomnost depresivních příznaků. V kontrastu s tím psychiatr hodnotí především ústup depresivních symptomů a dále nežádoucí účinky. Vnímání důležitosti a rizika nežádoucích účinků mezi lékařem a pacientem se také liší. Pro nemocného je problematický nárůst hmotnosti, akathizie, sexuální dysfunkce nebo emoční oploštělost.

V současném pojetí je deprese již vnímána jako systémové onemocnění často provázené somatickými poruchami, zejména kardiovaskulárními. Deprese urychluje začátek onemocnění a zhoršuje jejich prognózu, snižuje odpověď na léčbu a kvalitu života pacientů, zvyšuje náklady na terapii a riziko úmrtí. Některá psychofarmaka mají kardiovaskulární nežádoucí účinky a některé léky používané k terapii KV chorob mohou mít depresogenní působení.

Od moderních antidepresiv tedy očekáváme mj. vyšší účinnost, rychlejší nástup účinku, dobrou snášenlivost (zejména v oblasti pro pacienty negativně vnímaných nežádoucích účinků), nízké riziko interakcí, jednoduché dávkování, vliv na kognitivní dysfunkci a možnost využití u častých komorbidit deprese se somatickými a psychiatrickými poruchami.

Dobrá rada do vaší ordinace

garantka PharmDr. MUDr. Vilma Vranová, Ph.D.

pátek / 24. listopadu 2017 / 11.30–12.00 hod.

Možnosti využití adaptogenů při zvládání stresu

PharmDr. MUDr. Vilma Vranová, Ph.D.

Ústav aplikované farmacie, FAF VFU Brno

Stres je nazýván epidemií 21. století. Je to odpověď organismu na výrazně působící fyzickou nebo psychickou zátěž, která v sobě zahrnuje jak fyzické, tak i psychické složky. Stres jako takový se dá řešit jedinečně snahou o odstranění jeho příčin. Léky mohou pomoci zvládnout některé průvodní obtíže, mohou být užitečnými pomocníky při překonávání těžké životní situace. Mezi látky, které pomáhají zvyšovat odolnost proti stresu, patří tzv. adaptogeny. K rostlinám s adaptogenním účinkem se řadí např. ženšen pravý (*Panax ginseng*), eleuterokok ostnité (*Eleutherococcus senticosus*) nebo rozchodnice růžová (*Rhodiola rosea* L.). Koncept adaptogenů uznávají i zdravotní autority jako Food and Drug Administration nebo European Medicines Agency.

Psychoterapeutické přístupy v praxi

garant prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.

pátek / 24. listopadu 2017 / 12.50–14.50 hod.

Gestalt psychoterapie

MUDr. Juraj Rektor

Psychosociální centrum Přerov

V kostce bude představena praxe této psychoterapeutické modality. Přednáška začne „výtažkovou definicí“, popíše vývoj fixovaného procesu a osvětlí princip terapeutického působení, které směřuje k uvědomění a svobodě volby.

Komplexní terapie šitá na míru; různé formy psychiatricko-psychologické spolupráce

MUDr. David Skorunka, Ph.D.¹, Mgr. Darina Fialová²

¹Psychiatrická ambulance, Rychnov nad Kněžnou

Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Hradec Králové

²Psychologická ambulance, Rychnov nad Kněžnou

Ve společném příspěvku autoři představují různé formy psychiatricko-psychologické spolupráce v ambulantní praxi. Různé formy této interdisciplinární spolupráce ovlivňují psychoterapeutická vzdělání a rozmanité klinické zkušenosti obou autorů. Spolupráce je odstupňovaná, nabývá podoby



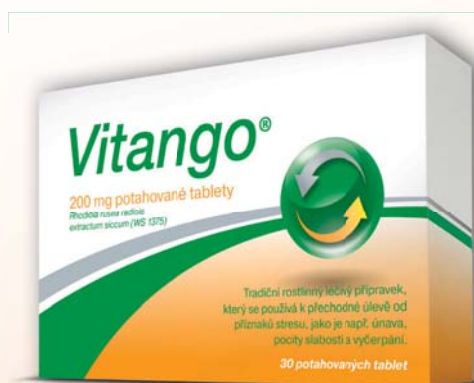
Více energie. Méně stresu.

S dvojitým účinkem přípravku Vitango®



1 Uvolňuje energii pro vyšší
výkonnost a méně únavy

2 Normalizuje vylučování stresových
hormonů pro více klidu a vyšší
odolnost vůči stresu



Vitango® 200 mg, potahované tablety

Složení: Jedna potahovaná tableta obsahuje: *Rhodiolae roseae radices extractum siccum* (WS 1375) (1,5 – 5 : 1), extrahováno ethanolem 60% (m/m) 200 mg. **Indikace:** Tradiční rostlinný léčivý přípravek k přechodné úlevě od příznaků stresu, jako je např. únava, pocity slabosti a vyčerpání. Použití tohoto tradičního rostlinného léčivého přípravku je založeno výlučně na zkušenosti z dlouhodobého použití. **Dávkování:** Dospělí starší 18 let: 2 tablety denně, 1 před snídaní a 1 před obědem. Lék by se měl zapít sklenicí vody. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Upozornění:** Použití tohoto léčivého přípravku u dětí a dospívajících mladších 18 let nebylo vzhledem k nedostatku adekvátních údajů dosud stanoveno. **Interakce:** Dosud nebyly hlášeny. **Nežádoucí účinky:** Byl hlášen jediný případ hypersenzitivní reakce a jediný případ hypoglykémie. Příčinná souvislost s užitím extraktu z rostliny *Rhodiola rosea* nebyla prokázána. **Farmakodynamické vlastnosti:** Extrakt z rostliny *Rhodiola rosea* zvyšuje nespecifickou rezistenci proti různým typům stresových stavů. V preklinických studiích bylo zjištěno, že extrakt z rostliny *Rhodiola rosea* uplatňuje svůj adaptogenní účinek normalizací přeměn monoaminů, kortizolu a beta-endorfinu a modulací systému primární reakce těla na stres, tzv. HPA (hypothalamus-hypofýza-nedledvinky) osy. Výsledky studií také naznačují, že má rovněž antioxidační účinky a zlepšuje tvorbu buněčné energie, např. zvyšováním hladiny ATP. Klinické studie ukazují, že *rhodiola* může pomoci snižovat duševní a tělesnou únavu zapříčiněnou stresem. **Zvláštní opatření pro uchování:** Nevyžaduje. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Willmar-Schwabe-Str. 4, D-76227 Karlsruhe, Německo. **Datum první registrace a revize textu:** 9.9.2015. Volně prodejný léčivý přípravek. Není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.



150 let
Dr. Willmar Schwabe
From nature. For Health.

Schwabe Czech Republic s.r.o.
Čestmírova 1, 140 00 Praha 4
tel.: +420 241 740 447
e-mail: info@schwabe.cz
www.schwabe.cz, www.vitango.cz

od běžného doporučení či předání do souběžné psychiatrické a/nebo psychoterapeutické péče, doplnění vyšetření v rámci diferenciální diagnózy, přes pravidelné konzultace v rámci paralelně probíhající psychiatricko-psychoterapeutické péče až po ko-terapeutickou týmovou spolupráci s páry a rodinami. Z dosavadní klinické zkušenosti se zejména užší a specifitější formy spolupráce, jako jsou pravidelné konzultace a ko-terapie zdají být přínosné jak pro pacienty/klienty a jejich rodiny, tak pro samotné terapeuty. Užší a specifitější formy spolupráce, zvláště pokud probíhají v systematické a průběžně reflektované podobě, mohou pozitivně ovlivnit kvalitu a výsledek terapie. S odkazem na odezvu některých pacientů můžeme hovořit o snaze zajistit dostatečně komplexní a při tom na míru šité terapie ve smyslu individualizovaného a zároveň integrativně zaměřeného přístupu. V příspěvku se zaměříme na přínos různých forem zmíněné spolupráce, ale i na obtíže či nároky, které taková spolupráce vyžaduje.

Klinická hypnóza a hypnoterapie – tradiční přístup

PhDr. David Unger, klinický psycholog, psychoterapeut a lektor Kroměřížských kurzů hypnózy

Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, Oddělení klinické psychologie

Hypnotického stavu a hypnotizace se v rámci psychoterapie užívá ve dvou přístupech. V tradičním (klasickém) hypnoterapeutickém přístupu je metoda rozšířením nebo paralelní součástí jiného psychoterapeutického směru. V Německu se jedná o metodu propojenou výhradně s kognitivně-behaviorální terapií (výcvik klasické hypnózy probíhá jen v rámci komplexního výcviku v KBT), se kterou tradiční přístup sdílí klasickou vědeckou metodologii. V československém prostředí je díky Stanislavu Kratochvílovi (*1932) tradiční přístup doplněn v podstatě všech psychoterapeutických směrů – nejen KBT, ale i psychoanalytické či psychodynamické psychoterapie nebo humanistických přístupů včetně gestalt-terapie a dalších směrů. S touto koncepcí se v tradičním přístupu v rámci našich Kroměřížských kurzů hypnózy vzdělávají lékaři a psychologové z českého a slovenského prostředí již téměř půlstoletí, přesně od roku 1970.

Oproti klasickému přístupu se stav hypnózy využívá i v jiném – ericksonovském pojetí. Hypnoterapie je zde součástí ericksonovské a komunikační psychoterapie zahrnující rovněž blízké systemické nebo narativní přístupy. Vychází se ze sociálního konstrukcionismu, tedy nikoli z metodologie klasické vědy.

V tradičním přístupu pracujeme s koncepty sugestibility a hypnability pacienta. Hypnabilitu chápeme jako trvalou osobnostní vlastnost, která předjímá schopnost pacienta pohroužit se do lehké, střední nebo hluboké hypnózy. Odhaduje se, že do hluboké hypnózy lze uvést 15 % osob, 5 % osob naopak nejde vůbec zhypnotizovat. Zbývá populace 80 % je buď lehce nebo středně hypnabilní (cca 30–40 % lehce a 40–50 % populace středně hypnabilní). Při každé hypnotizaci se však nemusí plně projevit plná hypnabilita pacienta, v dalších sezeních totiž bývá patrné prohloubení hypnotického stavu.

Při hypnotizaci (nikoli však v rámci settingu) postupujeme směrem od terapeuta k pacientovi. (V ericksonovém přístupu je to naopak.) Metoda v tradičním pojetí má tyto fáze (Zeig, 2014):

- 1) Vytvoření raportu
- 2) Diagnostikování problému
- 3) Zrušení mýtů o hypnóze
- 4) Diagnostika hypnability
- 5) Vlastní léčba (využitím přímých i nepřímých sugescí nebo terapeutická práce s problémem v hypnóze)
- 6) Ukončování

V přednášce uvádíme jednotlivé kazuistiky při práci s pacienty s úzkostnými příznaky a bolestmi hlavy v rámci krizové intervence, nebo také v rámci dlouhodobé systematické psychoterapie poruchy osobnosti. Dále se kazuisticky zmiňujeme o hypnoterapii hypochondrické poruchy nebo podpůrné hypnoterapii při celiakii zaměřené na odstranění pruritu.

Eklektická skupinová psychoterapii v léčbě neuróz

PhDr. Romana Suchá

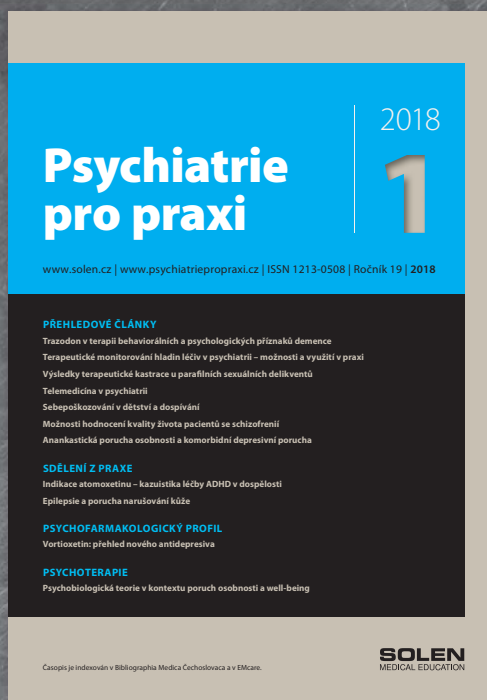
Psychiatrická nemocnice Kroměříž, psychoterapeutické oddělení pro léčbu neuróz – 18B

Příspěvek přiblíží léčbu na psychoterapeutickém oddělení 18B Psychiatrické nemocnice Kroměříž, které je určeno pro pacienty s neurotickými obtížemi. Toto oddělení má dlouholetou tradici, bylo založeno v r. 1972 prof. Kratochvílem a patří k prvním terapeutickým komunitám v ČR. Posluchači budou podrobněji seznámeni s léčebným programem, který je velmi intenzivní, založený na pevně stanoveném režimu a řádu. Pomocí krátkých kazuistik a ukázek budou představeny různé terapeutické aktivity – skupinová psychoterapie, psychodrama, psychogymnastika a další techniky (ostrov rodiny, sochání).

Psychiatrie pro praxi s dárkem



časopis Naše Příroda



Předplatné časopisu na rok 2018



TIŠTĚNÝ ČASOPIS

3 čísla
390 Kč / rok

Přístup k aktuálnímu číslu
na www.psychiatriepropraxi.cz
Supplementa a odborné publikace

Aktuální informace
o připravovaných kongresech



DÁREK

Při úhradě předplatného časopisu
Psychiatrie pro praxi
na rok 2018 **do 15. 12. 2017**
obdržíte jako dárek
roční předplatné časopisu
NAŠE PŘÍRODA
v hodnotě 348 Kč

Dárek (Naše příroda) obdržíte pouze
při předplacení tištěné verze!



ELEKTRONICKÁ VERZE

5 čísel
293 Kč / rok

Elektronická verze se slevou 25 %
k zakoupení na
www.alza.cz/media

Čtěte nás na počítači nebo
na mobilních zařízeních



Znáte elektronickou verzi časopisu Psychiatrie pro praxi?

OBJEDNÁVEJTE

na webu www.psychiatriepropraxi.cz

e-mailem předplatne@solen.cz

telefonem 585 204 335



Valdoxan®

Agomelatin

**NÁVRAT
DO RYTMU
ŽIVOTA**



TÝDEN 12

TÝDEN 24

TÝDEN 6

TÝDEN 1



Zkrácená informace o přípravku Valdoxan 25 mg Složení:** Jedna potahovaná tableta obsahuje agomelatinum 25 mg. Obsahuje laktózu jako pomocnou látku. **Indikace**:** Léčba depresivních epizod. **Klábě dospělých. Dávkování a způsob podání**:** Doporučená dávka je 25 mg jednou denně užitá perorálně před spaním. Po dvou týdnech léčby, pokud nenastane zlepšení příznaků, může být dávka zvýšena na 50 mg jednou denně, tedy dvě 25 mg tablety, užitá najednou před spaním. Rozhodnutí zvýšit dávku musí být učiněno s přihlédnutím k vyššímu riziku zvýšení transamináz. Jakékoliv zvýšení dávky na 50 mg by mělo být provedeno na základě zhodnocení poměru přínos/riziko pro pacienta a s pečlivým monitorováním jaterních funkcí. **U všech pacientů by měly být provedeny testy jaterních funkcí před zahájením léčby. Léčba nemá být zahájena, pokud transaminázy dosahují 3násobku horního limitu normálního rozmezí (viz body Kontraindikace a Zvláštní upozornění).** Během léčby mají být transaminázy pravidelně monitorovány po přibližně třech týdnech, šesti týdnech léčby (konec akutní fáze), dvanácti týdnech a dvaceti čtyřech týdnech (konec udržovací fáze) a poté, pokud je to klinicky indikováno (viz bod Zvláštní upozornění). Léčba má být zastavena, pokud transaminázy dosáhnou 3násobku horního limitu normálního rozmezí (viz body Kontraindikace a Zvláštní upozornění). Při zvýšení dávky by měly být znovu provedeny testy jaterních funkcí se stejnou četností, jako při zahájení léčby. Pacienti by měli být léčeni dostatečně dlouhou dobu nejméně 6 měsíců. **Kontraindikace**:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Porucha funkce jater (tj. cirhóza nebo aktivní jaterní onemocnění) nebo transaminázy převyšující 3násobek horního limitu normálního rozmezí (viz body Dávkování a Zvláštní upozornění). Souběžné podávání silných inhibitorů CYP1A2 (např. fluvoxamin, ciprofloxacin) (viz bod Interakce). **Zvláštní upozornění**:** **Monitorování jaterních funkcí:** Po uvedení na trh byly u pacientů léčených přípravkem Valdoxan hlášeny případy poškození jater včetně jaterního selhání (u pacientů s jaterními rizikovými faktory bylo výjimečně hlášeno několik případů s fatálním důsledkem nebo transplantací jater), zvýšení hladiny jaterních enzymů na více než 10násobek horní hranice normálního rozmezí, hepatitidy a žloutenky. **Opatrnosti je třeba před zahájením léčby a pečlivé monitorování má být prováděno po celou dobu léčby u všech pacientů, zvláště u pacientů s rizikovými faktory poškození jater nebo se současným užíváním léčivých přípravků spojených s rizikem poškození jater. Před zahájením léčby:** Léčba přípravkem Valdoxan má být předepsána pouze po pečlivém zvážení přínosu a rizika u pacientů s rizikovými faktory poškození jater např. s obezitou/ nadvažou/ nealkoholickým steatotickým postižením jater, diabetem, abúzem alkoholu / značným příjmem alkoholu a u pacientů současně užívajících léčivé přípravky spojené s rizikem poškození jater. Vstupní testy jaterních funkcí mají být provedeny u všech pacientů a léčba nemá být zahájena u pacientů se vstupními hodnotami ALT a/nebo AST > 3násobek horního limitu normálního rozmezí. Opatrnosti je třeba při podávání přípravku Valdoxan pacientům se zvýšenými transaminázami před léčbou (> horní limit normálního rozmezí a ≤ 3násobek horního limitu normálního rozmezí). **Frekvence jaterních testů:** u všech pacientů by měly být provedeny testy jaterních funkcí (viz bod Dávkování a způsob podání). U každého pacienta, u něhož dojde ke zvýšení koncentrací sérových transamináz, by měly být testy jaterních funkcí opakovány do 48 hodin. **Během léčby:** Léčba přípravkem Valdoxan má být okamžitě ukončena, jestliže se u pacienta objeví symptomy nebo projevy možného jaterního poškození, jestliže zvýšení koncentrací sérových transamináz převyší 3násobek horního limitu normálního rozmezí. Po ukončení léčby přípravkem Valdoxan by měly být opakovány testy jaterních funkcí do té doby, dokud se hladiny sérových transamináz nevrátí do normálního rozmezí. **Použití u pacientů mladších 18 let:** nedoporučuje se. **Použití u starších pacientů (≥75 let):** neměli by agomelatin užívat. **Starší pacienti s demencí:** neměli by agomelatin užívat. **Bipolární porucha / mánie / Hypománie:** přípravek by měl být používán s opatrností a měl by být vysazen, pokud se rozvinou manické příznaky. **Sebevražda/myšlenky na sebevraždu:** pacienti by měli být pečlivě sledováni. Kombinace se silnými inhibitory CYP1A2 je kontraindikována. **Pomocné látky:** obsahuje laktózu. **Interakce**:** **Kontraindikováno:** silné inhibitory CYP1A2. **Nedoporučuje se:** alkohol, středně silné inhibitory CYP1A2 **Fertilita**.** **Těhotenství**:** nedoporučuje se. **Kojení**:** s opatrností. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje**:** Je třeba vzít v úvahu možné závratě a ospalost. **Nežádoucí účinky**:** **Velmi časté:** Bolest hlavy. **Časté:** Úzkost, abnormální sny, závrat, ospalost, nespavost, nauzea, průjem, zácpa, bolest břicha, zvracení, zvýšení ALT a/nebo AST, bolest zad, únava, zvýšení tělesné hmotnosti. **Méně časté:** Sebevražedné myšlenky nebo chování, agitovanost, podrážděnost, neklid, agresivita, noční můry, migréna, parestézie, rozmazané vidění, hyperhidróza, ekzém, svědění, kopřivka, snížení tělesné hmotnosti, syndrom neklidných nohou, tinitus, mánie/hypománie, stav zmatenosti, zvýšení GMT. **Vzácné:** Halucinace, neklid, hepatitida, zvýšení ALP, jaterní selhání, žloutenka, erytematózní vyrážka, otok obličejů a angioedém, retence moči. **Neznámá frekvence výskytu: Předávkování**.** **Farmakodynamické vlastnosti**:** Agomelatin je melatoninergní agonista (receptorů MT₁ a MT₂) a antagonist serotoninergních 5-HT_{2C} receptorů. Agomelatin resynchronizuje cirkadiální rytmy u zvířecích modelů s narušením cirkadiální rytmicity. Agomelatin zvyšuje uvolňování noradrenalinu a dopaminu specificky ve frontální kůře a nemá žádný vliv na extracelulární hladiny serotoninu. **Podmínky uchování:** Žádné zvláštní podmínky. **Velikost balení**:** 28, 84 potahovaných tablet Valdoxanu 25 mg. **Držitel rozhodnutí o registraci: Les Laboratoires Servier**, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. **Registrační číslo:** EU/1/08/499/003, EU/1/08/499/007. **Datum poslední revize textu:** 07/2017. **Výdej:** Přípravek je k dispozici v lékárnách a je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Před předepsáním Valdoxanu si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 511, www.servier.cz

* všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Valdoxan ** pro úplnou informaci si prosím přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku

