

Psychiatrie pro praxi

2018

A

www.solen.cz | www.psychiatriepropraxi.cz | ISSN 1803-5914 | Ročník 19 | 2018

ABSTRAKTA

XV. konference ambulantních psychiatrů

29.–30. listopadu 2018

Clarion Congress Hotel Olomouc

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

SOLEN
MEDICAL EDUCATION



TREVICTA®

ČAS, NA KTERÉM VÁM ZÁLEŽÍ



ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU

NÁZEV: TREVICTA 175 mg (263 mg, 350 mg, nebo 525 mg) injekční suspenze s prodlouženým uvolňováním. **ÚČINNÁ LÁTKA:** paliperidon palmitat. **INDIKACE:** Udržovací léčba schizofrenie u dospělých pacientů, kteří jsou klinicky stabilní po léčbě 1 měsíčním přípravkem s obsahem paliperidon-palmitátu. **DAVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ:** Přípravek TREVICTA je určen pouze k intramuskulárnímu podání zdravotnickým pracovníkem. Pacienti, kteří jsou adekvátně léčeni 1 měsíčním injekčním paliperidon-palmitátem (nejlépe čtyři měsíce nebo déle) a nevyžadují úpravu dávky, mohou být převedeni na přípravek TREVICTA. Podávání přípravku TREVICTA je nutno zahájit místo další plánované dávky 1 měsíčního injekčního paliperidon-palmitátu (± 7 dní). Základem pro dávku přípravku TREVICTA je předchozí dávka 1 měsíčního injekčního paliperidon-palmitátu a použije se 3,5krát vyšší dávka. Poté podáváte přípravek TREVICTA intramuskulární injekcí jednou za každé 3 měsíce (± 2 týdny). V případě potřeby lze úpravu dávky přípravku TREVICTA provést každé 3 měsíce, a to v rozsahu od 175 do 525 mg. Celá dávka přípravku TREVICTA musí být podána v jediné injekci. Je nutno ji injikovat pomalu, hluboko do deltového nebo gluteálního svalu. K podání do deltového svalu u pacientů ≥ 90 kg použijte jehlu o rozměrech 0,72 mm x 38,1 mm (22G 1" palec), u pacientů < 90 kg použijte jehlu o rozměrech 0,72 mm x 25,4 mm (22G 1" palec). K podání do gluteálního svalu použijte jehlu o rozměrech 0,72 mm x 38,1 mm (22G 1" palec). 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 neúplně injikované dávky se dávka zbylá v injekční stříkačce znovu injikovat nesmí a další dávku podat nelze, protože velikost skutečně podané dávky je obtížné odhadnout. Pacienta je nutno pečlivě sledovat a do doby příští plánované 3 měsíční injekce přípravku TREVICTA léčit podle klinické potřeby. **Pediatrická populace:** Účinnost a bezpečnost nebyla stanovena. **Starší osoby:** Účinnost a bezpečnost u osob ve věku > 65 let nebyla stanovena. **Porucha funkce ledvin: 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, hypotenzí, záchvatovitým onemocněním, prolaktin-dependentními nádory, Parkinsonovou chorobou, demencí s Lewyho tělisky a s konkomitanti medikací, která prodlužuje QT interval. Může indukovat ortostatickou hypotenzi. Bylo pozorováno zvýšení sérového prolaktinu. V případě výskytu tardivních dyskinezií 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 vzácně pozorováno u 1 měsíčního injekčního paliperidon-palmitátu. Byl hlášen výskyt hyperglykémie, diabetes mellitus a zhoršení dříve diagnostikovaného diabetu. Je nutno monitorovat příznaky hyperglykémie a u pacientů s diabetes mellitus je nutno pravidelně monitorovat glykémii. Varujte před rizikem nárůstu tělesné hmotnosti, tuto pravidelně kontrolujte. U paliperidonu byla hlášena indukce přispisumu. Opatrnost u pacientů typických stavů, které predisponují ke zvýšení jádrové 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 paliperidonom) může maskovat známky a příznaky předávkování jistými přípravky, obstrukce střev, Reyeův 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, snížení chuti k jídlu, agitovanost, deprese, úzkost, parkinsonismus, akatázie, sedace/somnolence, dystonie, závrať, dyskineze, tremor, bolest hlavy, tachykardie, hypertenze, kašel, kongesce nosní sliznice, bolest břicha, zvracení, nauzea, zácpa, průjem, dyspepsie, bolest zubů, zvýšení transamináz, muskuloskeletální bolest, bolest zad, bolest kloubů, amenorea, galaktorea, pyrexie, astenie, únava, reakce v místě vpichu. Další NU s frekvencí méně časté, vzácné a není známo viz SPC. **TEHOTENSTVÍ, 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 abstinenčních 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, tricyklické 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:** Nevyžaduje 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 SCHVALENÉHO SPC:** 05/2018. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Dříve než začnete přípravek předepisovat, seznáme 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 taktéž uveřejněny na webových stránkách Evropské lékové agentury (EMA) www.ema.europa.eu.

Nová adresa společnosti od 19.2.2018:

Janssen-Cilag s.r.o., Walterovo náměstí 329/1, 158 00 Praha 5 – Jinonice
tel.: +420 227 012 111, fax: +420 227 012 300, www.janssen-cilag.cz

PHCZ/TRE/1216/0005(2)a

janssen
Janssen-Cilag s.r.o.
a Janssen-Cilag

PROGRAM – čtvrtek 29. listopadu

9.00 ZAHÁJENÍ KONFERENCE

9.05–10.35 TSUNAMI V TRADICI ANEB TŘETÍ VLNA KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

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

Ukázka praktického postupu

10.35–11.05 Satelitní sympozium společnosti Janssen-Cilag s. r. o.

- Co jste chtěli vědět o TREVICTĚ a báli jste se zeptat – Fabíniová T., Papežová S.

11.05–11.30 PŘESTÁVKA

11.30–12.40 MODERNÍ LÉČBA PSYCHOFARMAKY

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

- Současné možnosti léčby antidepresiv – Mohr P.
- Farmaka v léčbě bipolární poruchy – Látalová K.
- Antipsychotika – Masopust J.

12.40–13.10 Satelitní sympozium společnosti Servier s. r. o.

SLASTI A STRASTI V LÉČBĚ DEPRESE ANEB JE PSYCHIATRIE RADOST ČI STAROST?

- IP Léčba deprese – dopad největší metaanalýzy na klinickou praxi – Anders M.

13.10–14.10 PŘESTÁVKA NA OBĚD

14.10–14.40 DOBRÁ RADA DO VAŠÍ ORDINACE

- Možnosti a rizika fytofarmak – Vranová V.

14.40–15.25 Satelitní sympozium společnosti Angelini Pharma Česká republika s. r. o.

ŽIVOT NENÍ JEN SEN ANEB JEN VYSPAT SE NESTAČÍ

- IP Čtyřleté zkušenosti s trazodonem ve formě Prolong – Kamarádová D., Hubeňák J.

15.25–16.00 PŘESTÁVKA

15.30 Křest knihy MUDr. Heleny Kučerové Bolest v psychiatrii

Křest se uskuteční v předsálí u stánku společnosti Galén

16.00–17.30 LÉČBA PSYCHIATRICKÝCH ONEMOCNĚNÍ U GRAVIDNÍCH A KOJÍCÍCH ŽEN

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

- Psychózy a gravidita – Látalová K.
- Úzkost – příznak chtěné i nechtěné gravidity – Vaněk J.
- Léčba afektivních poruch v graviditě a laktaci – Hajda M.
- Duševní poruchy v poporodním období – Mohr P.

17.30–17.40 Představení patientské organizace Společnost pro pomoc při Huntingtonově chorobě, z. s.

SPOLEČENSKÝ PROGRAM

od 19.00 Večerní prohlídka Olomouce s průvodcem

od 20.00 Společenský večer v restauraci Minipivovar a steakhouse Riegrovka

PROGRAM – pátek 30. listopadu

- 9.00–10.30 DISOCIATIVNÍ PORUCHY**
garanti MUDr. Aleš Grambal, Ph.D., prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.
- **KBT práce s pacienty s disociativními poruchami** – Grambal A.
 - **Použití gestalt terapie u pacientů s disociativními poruchami** – Kasalová P.
 - **Schematerapie a disociativní poruchy** – Praško J., Grambal A., Kasalová P.
- 10.30–11.00 Satelitní sympozium společnosti Lundbeck Česká republika s. r. o.**
- **IP Jaké „módy“ léčby deprese máme v běžné praxi?** – Šilhán P.
- 11.00–11.30 PŘESTÁVKA**
- 11.30–13.00 Interaktivní sympozium Sekce ambulantní péče PS ČLS JEP
JE ČAS PRO OPTIMISMUS NEBO PESIMISMUS V PSYCHIATRICKÉ AMBULANCI?**
garant MUDr. Erik Herman, Ph.D.
- **IP Interaktivní diskuze o aktuálních tématech z ambulantní praxe**
- 13.00–13.45 PŘESTÁVKA NA OBĚD**
- 13.45–15.00 REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE**
garant MUDr. Martin Holý, MBA
- **Reforma psychiatrické péče: racionále, aktuální stav a vyhlídky** – Winkler P.
 - **Pacient v systému komplexní ambulantní péče** – Papežová S.
 - **Transformace psychiatrických nemocnic** – Holý M.
- 15.00 LOSOVÁNÍ ANKETY A ZAKONČENÍ 15. ROČNÍKU KONFERENCE**

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

XV. konference ambulantních psychiatrů

29.–30. listopadu 2018 | Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořadatel

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

Odborná záštita

Psychiatrická klinika FN 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 kredity pro lékaře.



Supplementum A Psychiatrie pro praxi

Citační zkratka: Psychiatr. praxi 2018; 19(Suppl A).

ISBN 978-80-7471-252-4

ISSN 1803-5914

Vydal: Solen, s. r. o., IČ 25553933



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 epilepsii, 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 serotonergních 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 serotonergním účinkem hlášeny vzácně. Doporučuje se opatrnost u pacientů užívajících antikoagulanty, antitrombotika a/nebo jiné přípravky ovlivňující funkci krevních destiček a u pacientů se sklony ke krvácení nebo s poruchami krvácivosti. Při léčbě antidepressiv se serotonergním 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 serotonergně působícími léčivými přípravky může vést k serotoninovému syndromu. Kombinace s třezalkou tečkovanou může vést k vyššímu výskytu nežádoucích účinků včetně serotoninového syndromu. Antidepressiva se serotonergním 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 léčby. **PODMÍNKY UCHOVÁVÁNÍ:** Veškerý nepoužitý léčivý přípravek nebo odpad musí být zlikvidován v souladu s místním požadavky. **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>.

Moderní léčba psychofarmaky

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

čtvrtek / 29. listopadu 2018 / 11.30–12.40 hod.

Současné možnosti léčby antidepresiv

prof. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.

Národní ústav duševního zdraví Klecany

3. lékařská fakulta UK Praha

Antidepresiva především kauzálně upravují patologicky pokleslou náladu a úzkostné stavy. Kromě toho ale mají také další klinické využití, mj. v léčbě insomnie, impulzivity a agitovanosti, sexuálních dysfunkcí, poruch příjmu potravy, závislostí, ale také bolesti, urogenitálních poruch, gastrointestinálních příznaků, vazomotorických symptomů, obezity. Díky rozšiřujícím se indikacím je tedy zřejmé, že samotné označení této skupiny farmak jako „antidepresiva“ je nepřesné. To se ale týká všech psychofarmak a situaci reflektuje i nová nomenklatura založená na neurovědním základě připravovaná ECNP (<http://www.nbn2.org/>). Historicky prvními farmaky, která se zkoušela v léčbě deprese, byly opioidy a stimulantia. První skutečná antidepresiva byly hydrazinové deriváty (izoniazid), jejichž antidepresivní účinek byl prokázán na počátku 50. let 20. století. Společným podkladem antidepresivního působení je zvýšení nabídky monoaminů, které se podílejí na regulaci nálady, především noradrenalinu a serotoninu, částečně dopaminu, na synaptické štěrbině. Kromě tradiční blokády jejich zpětného vychytávání, inhibice jejich biodegradace, se v poslední době využívá také přímého receptorového působení a v současnosti se zavádějí antidepresiva, která jsou navržena tak, aby působila selektivně a specificky na jednom nebo více farmakologických místech a neurotransmitterových systémech, případně kombinují více mechanismů působení (duální, multimodální antidepresiva). Jaká je komparativní účinnost a snášenlivost jednotlivých antidepresiv, to naznačují výsledky kontrolovaných studií a meta-analýz. Jednou z největších je letos publikovaná síťová meta-analýza 522 randomizovaných kontrolovaných studií, s daty získanými od celkem 116 477 pacientů (Cipriani et al., Lancet 2018). Nicméně nejméně 30% pacientů s depresí má nedostatečnou odpověď na první léčbu antidepresivy. Vedle kombinací a augmentačních strategií má u farmakorezistentní deprese prokázanou účinnost aplikace subanestetické dávky ketaminu. Ketamin se mechanismem účinku liší od ostatních antidepresiv, je to glutamátergní antagonist. Jeho rychlý antidepresivní a antisuicidální účinek je však pouze krátkodobý.

Podpořeno projektem MŠMT NPU4NUDZ: LO1611.

Farmaka v léčbě bipolární poruchy

prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

Klinika psychiatrie FN a LF UP v Olomouci

Cílem akutní léčby bipolární poruchy je rychlá stabilizace stavu pacienta do plné remise včetně zachovalých nebo znovuobnovených sociálních dovedností, tedy bez subsyndromálních projevů. Následuje dlouhodobá léčba pro udržení remise a omezení rizika vzniku dalších akutních epizod. Základní skupiny psychofarmak v léčbě bipolární poruchy jsou vybraná antiepileptika s náladu stabilizujícím účinkem, která spolu s lithiem tvoří skupinu tzv. klasických stabilizátorů nálady, a některá atypická antipsychotika. Podávání antidepresiv je vyčleněno pouze pro léčbu depresivních fází bipolární poruchy, je podáváno pouze přechodně za podmínek krytí stabilizátorem nálady nebo antipsychotikem. Anxiolytika, hypnotika bývají podávána pouze na nezbytně nutnou dobu. Topiramát, pramipexol, hormony štítné žlázy, kognitiva a další látky mohou vést k částečné korekci některých příznaků, jejich podávání je však mimo indikační spektrum.

Antipsychotika

doc. MUDr. Jiří Masopust, Ph.D.

Psychiatrická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Neurologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Léčba antipsychotikem je základním prvkem komplexní péče. Obecně všechna registrovaná antipsychotika mají dostatečnou úroveň evidence pro jejich účinnost v akutní léčbě schizofrenie. Konkrétní lék volíme na základě charakteristik pacienta (klinický obraz, komorbidita, citlivost vůči nežádoucím účinkům, subjektivní preference) a plánu navazující udržovací léčby. Změna antipsychotika by měla následovat po 4–6týdenním terapeutickém pokusu s dostatečnými dávkami při ověřené adherenci. Nejsou dostatečné důkazy pro používání vyšších dávek nebo kombinací antipsychotik (vyjma kombinací s klozapinem). Klozapin je nejúčinnějším lékem pro terapii farmakorezistentní schizofrenie a dle vodítek bychom jej měli použít již po dvou neúspěšných terapeutických pokusech jinými antipsychotiky.

Stabilizační fáze léčby navazuje na akutní fázi a trvá 3–6 měsíců. Cílem je upevnění terapeutického vztahu, udržení a stabilizace remise, podpora náhledu a spolupráce, redukce nebo odstranění negativních, kognitivních, afektivních a reziduálních pozitivních příznaků, adaptace nemocného na život v komunitě, zvládání zátěžových situací a sociálních deficitů, podpora procesu uzdravy.

Udržovací fáze trvá 1–2 roky. Cílem je zabránění nové epizodě psychózy, udržení nebo zlepšování dosažené úrovně funkčních schopností a kvality života, monitorování nežádoucích účinků léčby, umožnění plné funkční uzdravy. Psychofarmakologická léčba musí být individualizovaná, cílená na potřeby a preference pacienta a zaměřená na prevenci relapsu, zlepšení subjektivního prožívání léčby a kvality života. Udržovací léčba může probíhat nižšími dávkami antipsychotik než úvodní fáze léčby. Doporučena je kontinuální antipsychotická léčba, která je účinnější než léčba přerušovaná. Zvláštní pozornost je třeba věnovat výskytu tardivních dyskinií a metabolických nežádoucích účinků. Pro většinu pacientů je doporučena navíc psychosociální intervence.

Dlouhodobě působící injekční antipsychotika (LAI) jsou účinnější v prevenci relapsu než perorální antipsychotika. Vedle nonadherentních pacientů mohou z jejich podávání profitovat i spolupracující edukovaní nemocní, kteří z nějakého důvodu tuto formu aplikace preferují.

Satelitní sympozium společnosti Servier s. r. o.

Slasti a strasti v léčbě deprese aneb je psychiatrie radost či starost?

čtvrtek / 29. listopadu 2018 / 12.40–13.10 hod.

Léčba deprese – dopad největší metaanalýzy na klinickou praxi

doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D.

Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

O tom, že depresivní poruchy jsou velmi rozšířené a závažná onemocnění, která je nezbytné adekvátním způsobem léčit, asi není třeba psychiatry přesvědčovat. Podle údajů Světové zdravotnické organizace se depresivní poruchy dotýkají 350 milionů lidí po celém světě a jen mezi lety 2005 až 2015 vzrostl počet léčených nemocných o jednu pětinu (viz Světový den zdraví 2017 věnovaný depresivním poruchám http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/).

Andrea Cipriani z britské Oxfordské univerzity, známý svými předchozími meta-analytickými pohledy na léčbu antidepresivy (Cipriani et al., 2009), společně s mezinárodním týmem publikoval v časopise Lancet systematický přehled a síťovou meta-analýzu hodnotící 21 nejčastěji předepisovaných antidepresivních přípravků (Cipriani et al. 2018 – text je volně ke stažení). Podle autora studie jsou podobné analýzy

velmi důležitým příspěvkem do diskuze o antidepresivech, kdy často místo argumentace podložené důkazy převládají spíše ideologické postoje.

Dosud největší meta-analýza zahrnuje, jak publikovaná, tak i nepublikovaná data z celkem 522 studií, kterých se zúčastnilo 116 477 pacientů. Studie porovnávaly účinky jednotlivých antidepresiv mezi sebou, tak srovnání konkrétního přípravku s podáváním placeba. K analýze byla zařazena data, která byla získána po uvedení antidepresivních přípravků na trh. **Jde o nejrozsáhlejší a nejkomplexnější analýzu účinnosti a bezpečnosti tohoto typu léčivých přípravků, která byla dosud zpracována.** V obecném závěru práce konstatuje, že antidepresiva jsou významně efektivnější než léčba placebem. Současně konstatuje fakt, který je zohledněn i v řadě doporučených postupech léčby, že mezi jednotlivými přípravky existují rozdíly, a to z pohledu účinnosti, tak výskytu vedlejších účinků.

Mezi pěti nejúčinnějších přípravků patří agomelatin (Valdoxan®), amitriptylin, escitalopram, mirtazapin a paroxetin. Mezi překvapení patří nízká míra účinnosti citalopramu, desvenlafaxinu, fluoxetinu, klomipraminu, reboxetinu a trazodonu (viz graf hodnotící účinnost).

Významným hodnoceným parametrem byla **akceptabilita**, pro snazší pochopení **perzistence na léčbě**, jež byla hodnocena velmi přísným kritériem, tj. **odstoupením pacienta z klinického hodnocení**, což znamená **přítomnost takového typu nežádoucího účinku nebo jeho intenzity anebo nedostatečné účinnosti, které vedly investigátory nebo samotné pacienty k ukončení účasti**. V tomto ohledu patří mezi nejlépe akceptované přípravky agomelatin (Valdoxan®), citalopram, escitalopram a fluoxetin.

Publikovanou meta-analýzu však nelze interpretovat tak, že jde o žebříček „nejlepších“ a „nejhorších“ antidepresiv. Klinicky bude vždy nutné přihlédnout k celkovému stavu jednotlivých pacientů, profilu jejich onemocnění, anamnestickým informacím, ale i předchozím zkušenostem s léčbou antidepresivy nebo použitými léčebnými modalitami. Bohužel je třeba se také smířit s tím, že u části pacientů ani současná nabídka různých antidepresiv či jejich kombinací (zde často nemáme dostatečně důkazy podložené informací) nedokáže dosáhnout kýženou pozitivní odpověď na léčbu a jejich léčbu je nutné vést jinými prostředky, např. stimulačními metodami.

Nezapomínejme, že v České republice pouze 30 % léčených užívá antidepresiva pravidelně, na rozdíl například od Švédska nebo Anglie, kde je to téměř 90 % pacientů (Lewer et al., 2015). K nejčastějším důvodům předčasného přerušení léčby patří právě přítomnost nežádoucích účinků. Výzkum v oblasti se posunuje pomaleji, než bychom potřebovali, právě možná na úkor přísného dohledu nad bezpečností antidepresiv.

Lze konstatovat, **že celkový efekt léčby antidepresivy v podmínkách reálného světa je dán určitou harmonií účinnosti a snášenlivosti antidepresiva. Jedno bez druhého se neobejde a nezajistí perzistenci nemocných na léčbě, která především při léčbě depresivních poruch doporučována a velmi žádoucí.**

LITERATURA

1. Stephen E, Gilman ScD, Ewa Sucha MSc, Mila Kingsbury PhD, Nicholas J. Horton ScD, Jane M. Murphy PhD, Ian Colman PhD. Depression and mortality in a longitudinal study: 1952–2011. CMAJ 2017; 189: E1304–1310.
2. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JP, Churchill R, Watanabe N, Nakagawa A, Omori IM, McGuire H, Tansella M, Barbui C. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. Lancet. 2009; 373(9665): 746–758.
3. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, Leucht S, Ruhe HG, Turner EH, Higgins JPT, Egger M, Takeshima N, Hayasaka Y, Imai H, Shinohara K, Tajika A, Ioannidis JPA, Geddes JR. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. Lancet. 2018; pii: S0140–6736(17)32802-7.
4. Lewer D, O'Reilly C, Mojtabai R, Evans-Lacko S. Antidepressant use in 27 European countries: associations with sociodemographic, cultural and economic factors. Br J Psychiatry. 2015; 207(3): 221–226.

Valdoxan®

Agomelatin

**NÁVRAT
DO RYTMU
ŽIVOTA**

TÝDEN 6

TÝDEN 12

TÝDEN 24

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. Klíčbě 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/ nadřáhou/ 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/mýšlenky 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, závrať, 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 melatoninerger agonista (receptorů MT₁ a MT₂) a antagonist serotoninergních 5-HT_{2A} 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 uchovávání:** 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



Dobrá rada do vaší ordinace

čtvrtek / 29. listopadu 2018 / 14.10–14.40 hod.

Možnosti a rizika fytofarmak

PharmDr. Vilma Vranová

Ústav aplikované farmacie, Farmaceutická fakulta VFU Brno

V současné době pozorujeme velký zájem pacientů o „přírodní léčbu“, snahu o omezení užívání antibiotik a jiných běžných léčiv.

V této snaze pacienti často hledají pomoc na internetu a užívají doplňky stravy a jiné neověřené preparáty, pouze výjimečně tuto léčbu konzultují s lékařem.

Léčivé rostliny mají značný terapeutický potenciál, při nerozumném užívání však mohou pacienta poškodit.

Sdělení se věnuje možnostem využití léčivých rostlin při terapii vybraných onemocnění se zaměřením na lékové interakce fytofarmak.

Satelitní sympozium společnosti

Angelini Pharma Česká republika s. r. o.

Život není jen sen aneb jen vyspat se nestačí

čtvrtek / 29. listopadu 2018 / 14.40–15.25 hod.

Čtyřleté zkušenosti s trazodonem ve formě Prolong

MUDr. Jan Hubeňák, Ph.D.

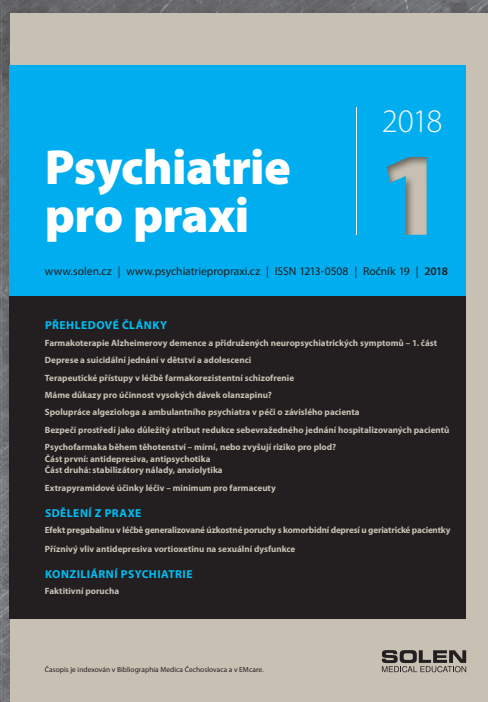
Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice v Hradci Králové

Antidepresivum trazodon v nové lékové formě Prolong je dostupné nemocným v České republice již téměř čtyři roky. Tato nová forma, užívající technologii Contramid®, dále posunuje léčebné možnosti v použití osvědčené molekuly trazodonu. Forma Prolong umožňuje podávání léku jen jednou denně, což zlepšuje léčebnou adherenci. Prolongované uvolňování léčiva zabraňuje možné nežádoucí sedaci v denních hodinách v případech, kdy je potřeba užívat dávky trazodonu vyšší než 150 miligramů denně. Dávka 300 miligramů denně pak vykazuje spolehlivé antidepresivní působení. Přitom je nadále zachován příznivý antagonismus 5HT₂ receptorů, což vede k redukci úzkosti, sexuální dysfunkce i gastrointestinálních příznaků, které často doprovází úzkost i depresi. I nová forma trazodonu zajišťuje dobrou úpravu spánku tak, jako je známo u kontrolované formy trazodonu komerčně dostupné s přídomkem AC. Dlouhodobé užívání trazodonu nevede k redukci dopaminergní ani noradrenergní transmise, která je jinak spojována s rozvojem emočního oploštění a poklesem volní aktivity například při léčbě antidepresivy ze skupiny SSRI. Léčba trazodonem není spojována se závažným nárůstem tělesné hmotnosti, což je další faktor vedoucí k příznivé adherenci při jeho užívání. Zkušenost ukazuje, že trazodon ve formě Prolong je dobře tolerovaným a účinným lékem i u nemocných v podmínkách akutní lůžkové psychiatrické péče.

Psychiatrie pro praxi s dárkem



časopis Naše příroda



Předplatte si časopis včas a získejte dárek



TIŠTĚNÝ ČASOPIS

3 čísla / rok
390 Kč

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

Aktuální informace
o připravovaných kongresech



DÁREK

roční předplatné
Naší přírody

v hodnotě 348 Kč

obdržíte jako dárek **při úhradě**
předplatného časopisu
Psychiatrie pro praxi na rok 2019
do 15. 12. 2018

Platí pouze při předplacení tištěné verze.



MLADÍ LÉKAŘI

50% SLEVA
195 Kč

Fandíme mladým lékařům,
a proto předplatitelé
do 35 let získají 50% slevu.

Stačí jen při objednávce
do poznámky uvést rok narození.



ELEKTRONICKÁ VERZE

3 čísla / rok
293 Kč

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



Léčba psychiatrických onemocnění u gravidních a kojících žen

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

čtvrtek / 29. listopadu 2018 / 16.00–17.30 hod.

Psychózy a gravidita

prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

Klinika psychiatrie FN a LF UP v Olomouci

Psychóza je (podobně jako schizofrenie) obecný sběrný pojem popisující stav, kdy dochází k dezintegraci myšlení, a tím i ke ztrátě schopnosti testování reality (odlišení vnitřních zkušeností a percepce vnějšího světa) a hranic sebe sama. Hlavním rysem psychózy je tedy ztráta kontaktu s realitou. Gravidita není ochranným faktorem před vznikem psychotického onemocnění, a naopak psychotické onemocnění není faktorem snížení rizika otěhotnění. K psychiatrické léčbě se tedy dostávají jak pacientky, které trpěly psychózou ještě před vznikem gravidity, ale i ty, které onemocněly psychózou v průběhu gravidity. Psychózy jsou léčeny lege artis antipsychotiky. Výběr vhodného antipsychotika, jeho dávkování, forma užívání i případné přerušení léčby je na bedlivém zvážení klinika. Uvažovány by měly být především: riziko relapsu, dopad neléčené psychózy na plod, dopad neléčené psychózy na schopnost pečovat o dítě, ale také možné nežádoucí účinky antipsychotik na plod.

Úzkost – příznak chtěné i nechtěné gravidity

MUDr. Jakub Vaněk

Klinika Psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc

Příspěvek má za úkol seznámit posluchače s problematikou úzkostných poruch u gravidních pacientek. Již samotná fyziologická gravidita může být pro ženu zdrojem úzkosti. Těhotenství je rizikovým faktorem pro rozvoj obsedantně kompulzivní poruchy, generalizované úzkostné poruchy a specifických fobií. V literatuře je popsán nespecifický protektivní vliv gravidity na rozvoj panické poruchy. Diskutovány budou výskyt a příznaky úzkostných poruch v těhotenství, probrány budou specifické úzkostné poruchy vzniklé v období gravidity. Dále se příspěvek zaměří na možnosti komplexní terapie úzkostných poruch. Bude diskutována vhodnost a indikace nefarmakologické intervence a možnosti farmakologického ovlivnění úzkostné symptomatologie. Budou probrána vhodná farmaka z hlediska jejich dopadu na graviditu, diskutovány budou úpravy dávkování a schéma léčby v průběhu trimestrů. Dalším tématem příspěvku bude poporodní období, které je také rizikové z hlediska rozvoje úzkostné poruchy či zhoršení již existujícího onemocnění. Probrána bude farmakoterapie a její úpravy po porodu a v laktaci.

Léčba afektivních poruch v graviditě a laktaci

MUDr. Miroslav Hajda

Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice v Olomouci, Lékařská fakulta Univerzity Palackého

Dosavadní studie těhotných žen s bipolární poruchou ukázala, že riziko vzniku alespoň jedné epizody během těhotenství je 71 %. Navíc ženy, které přerušily užívání medikace (6 měsíců předem a 12 po koncepci), měly dvakrát větší riziko vzniku epizody, 4x kratší medián do vzniku další epizody a 5x více času prožily s akutními příznaky nemoci, než ženy, které medikaci nepřestaly užívat. Bipolární pacientky mají ve srovnání se zdravými ženami 100násobné riziko vzniku poporodní psychózy. U zdravých žen je riziko pouze 0,1 %. Přednáška je zaměřena na komplikovanou léčbu bipolárně afektivních poruch během těhotenství a laktace. Diskutovány budou nejčastější otázky, jaké si klade psychiatr v této léčbě. Zaměříme se na limitující faktory profylaktické léčby. Probrána budou používaná psychofarmaka s ohledem na jejich označení dle FDA.

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

pátek / 30. listopadu 2018 / 10.30–11.00 hod.

Jaké „módy“ léčby deprese máme v běžné praxi?

MUDr. Petr Šilhán, Ph.D.

Oddělení psychiatrické FN Ostrava, Katedra neurologie a psychiatrie LF OU

V dennodenní praxi si každý lékař vytváří vlastní „módy“ léčby (z lat. *modus* – způsob, forma). V ideálním případě se zakládají na aktuálních vědeckých poznatcích stejně jako vlastních klinických zkušenostech. Tyto módy léčby si lékař podle svého založení méně či více pružně upravuje tváří v tvář novým informacím, zkušenostem a možnostem. Čas od času pronikají do našich postupů i některé „módní“ vlivy, které přinášejí do praxe média, sami pacienti nebo třeba farmaceutické firmy. Depresivní porucha je onemocněním heterogenního původu, které vyžaduje individualizovanou léčbu. Nová antidepresiva bohužel zatím nepřinášejí zásadní průlom v léčbě farmakorezistentních případů, ale spíše právě nové možnosti individualizované léčby, tedy lepší volbu antidepresiva pro konkrétního pacienta. V rámci individualizovaného přístupu bychom měli být schopni zohlednit rozdílný profil příznaků deprese, ale také jejich historii, závažnost, trvání, okolnosti vzniku, věk pacienta, jeho očekávání, preference, předpokládanou délku léčby aj. Zatím posledním antidepresivem uvedeným na český trh je vortioxetin, „multimodální“ přípravek s originálním farmakodynamickým profilem. Současnými způsoby i stereotypy v léčbě deprese a postavením vortioxetinu v individualizované léčbě, s jeho žádoucími i nežádoucími účinky, se bude zabývat vlastní sdělení.

Interaktivní sympozium Sekce ambulantní péče PS ČLS JEP Je čas pro optimismus nebo pesimismus v psychiatrické ambulanci?

garant MUDr. Erik Herman, Ph.D.

pátek / 30. listopadu 2018 / 11.30–13.00 hod.

Interaktivní diskuze o aktuálních tématech z ambulantní praxe

účastníci: MUDr. Jiří Syrovátka, MUDr. Zdeněk Šolle, MUDr. PhDr. David Vaněk

V symposiu budou interaktivní formou probrány sporné či neobvyklé situace v praxi ambulantního psychiatra. A to jak v oblasti klinické praxe, tak v oblasti komunikace s regulačními orgány, zdravotními pojišťovnami a dalšími institucemi. Konkrétní případy budou prezentovány publiku a elektronickým hlasováním bude vyvolána diskuze nad zajímavými tématy, z nichž některá nemají jednoduché řešení.

Reforma psychiatrické péče

garant MUDr. Martin Hollý, MBA

pátek / 30. listopadu 2018 / 13.45–15.00 hod.

Pacient v systému komplexní ambulantní péče

MUDr. Simona Papežová

Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha

V rámci reformy psychiatrické péče není možné zúžit péči o pacienta pouze do jednoho segmentu péče. Jednou ze základních myšlenek Strategie reformy psychiatrické péče je poskytování péče komplexně, provázaně a efektivně. Nejedná se pouze o péči o vážně duševně nemocné (SMI), ale o pacienty ze všech diagnostických skupin. Předpokládá se změna celého systému tak, aby péče duševně nemocným byla poskytována co nejbližší jejich vlastnímu sociálnímu prostředí. I pojetí ambulantní péče je širší. Předpokládá se rozšíření ambulantní péče o další profese, především o psychiatrické sestry, psychology, adiktology a další.

První ambulance tohoto typu již vznikají, základem je malý multidisciplinární (zdravotní) tým s různým úhlem pohledu na pacientovu problematiku a péče jednotlivých odborností je navzájem provázaná. Od r. 2000 do r. 2015 se zvýšil počet pacientů vyhledávajících ambulantní psychiatrickou péči o 80%, počet psychiatrů za stejné období vzrostl o 33%.

Podle průzkumu dostupnosti péče, kterou provedla Psychiatrická společnost v letošním roce, více než 45% ambulantní péče není schopno přijmout vzhledem přetížení pacienta do péče dříve než za 6 týdnů, přes 16% ambulantní péče nové pacienty nepřijímá. Proto je naprosto nezbytné, aby se oblast ambulantní péče rozvíjela v souladu s reformou psychiatrické péče. Cílem je vytvořit vyvážený model péče o duševní zdraví (inspirovaný tzv. balanced care modelem). Současný model péče se historicky opírá o nákladnou péči lůžkovou, a nereflektuje vždy potřeby pacientů. O část pacientů by se v budoucnu měli starat praktičtí lékaři, velká část pacientů bude nadále ošetřena v psychiatrických ambulancích (včetně ambulantní péče s rozšířenou péčí), o pacienty s těžším průběhem a současnou potřebou sociálních služeb by se měly starat multidisciplinární týmy a Centra duševního zdraví. Ke změně systému péče v ČR by měly napomoci i finance z ESIF. Do výzvy č. 75 (Deinstitucionalizace psychiatrické péče II) trvá příjem žádostí, objem finančních prostředků činí 425 mil. Kč. Podporovanými oblastmi jsou kromě CDZ také stacionáře a psychiatrické ambulance s rozšířenou péčí, dále vybavení a zařízení mobilních komunitních týmů. Aby celý systém mohl fungovat, základní otázkou je nastavení udržitelného financování. Na půdě MZ ČR probíhají intenzivní jednání, jejichž výstupy již jsou patrné nejvíce v oblasti poskytování ambulantní péče. Podařilo se dosáhnout významných změn v úhradách ambulantní péče (bez regulací na výkony, na léčivé přípravky, na ZÚLP, na indukovanou péči).

Ambulantní péče je, a nadále bude, nedílnou a významnou složkou komplexní péče o duševně nemocné.

PSYCHIATRIE PRO PRAXI

XV. konference ambulantních psychiatrů

29.–30.
listopadu
2018

Clarion
Congress Hotel
Olomouc

GENERÁLNÍ PARTNER



HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

**AOP Orphan Pharmaceuticals AG –
organizační složka**

CTCenter MaVe s. r. o.

DEYMED Diagnostic s. r. o.

Egis Praha spol. s r. o.

ELI LILLY ČR, s. r. o.

Health communication s. r. o.

KRKA ČR, s. r. o.

Pfizer, spol. s r. o.

Schwabe Czech Republic s. r. o.

**Společnost pro pomoc při
Huntingtonově chorobě, z. s.**

Vipfarm Slovakia s. r. o. organizační složka CZ

Zentiva Group, a. s.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU



TRITTICO® PROLONG

150 mg, 300 mg

Tablety s prodlouženým uvolňováním
Trazodoni hydrochloridum



Originální trazodon s řízeným uvolňováním léčivé látky¹



Literatura: 1. Aktuální SPC přípravku Trittico Prolong.

TRITTICO PROLONG 150 MG, 300 MG TABLETY S PRODLOUŽENÝM UVOLŇOVÁNÍM: S: Trazodoni hydrochloridum 150 mg, 300 mg v 1 tabletě s prodlouženým uvolňováním. **IS:** Antidepressivum. **I:** Deprese různé etiologie, včetně typů provázených anxiétou, poruchami spánku nebo sexuální dysfunkcí neorganického původu. **KI:** Přecitlivělost na účinnou látku nebo pomocné látky, intoxikace alkoholem nebo hypnotiky. **Aktuální infarkt myokardu.** **ZU:** Pacienti s rizikem sebevražedných myšlenek, sebepoškozování a sebevraždy (příhod souvisejících se sebevraždou) musí být pečlivě sledováni. Je nutné pravidelně monitorovat pacienty s epilepsií, hyperthyreoidismem, poruchami močení, akutním glaukomem s uzavřeným úhlem, zvýšeným nitroočním tlakem a hepatální, renální nebo kardiální onemocněním. Pokud se vyvine žloutenka, léčba musí být přerušena. Podávání antidepressiv pacientům s psychotickými onemocněními může vést ke zhoršení psychotických symptomů. U maniodepresivní psychózy musí být léčba trazodonom zastavena. U starších pacientů se může častěji vyskytnout ortostatická hypotenze, somnolence a anticholinergní účinky trazodonu. Přípravek by neměl být podáván dětem a mladistvým do 18 let věku. Neexistují žádné důkazy, že by byl trazodon návykový. **NÚ:** Ospalost, závrať, únava, bolest hlavy, insomnie, rozmazané vidění, nauzea, zácpa, sucho v ústech, serotoninový syndrom, ortostatická hypotenze. Vzácně priapismus. **IT:** Sedativní účinek antipsychotik, hypnotik, sedativ, anxiolytik a antihistaminik může být zvýšen, v těchto případech je doporučeno snížení dávky. Metabolizmus antidepressiv je zrychlován perorálními kontraceptivy, fenytoinem, karbamazepinem a barbituráty. Cimetidin a některá antipsychotika metabolismus antidepressiv inhibují. Je-li trazodon podáván se silným inhibitorem CYP3A4, měla by být zvážena nižší dávka trazodonu. Při podávání s přípravky obsahujícími extrakt z třezalky je možný vyšší výskyt nežádoucích účinků. **TL:** Data dokazují, že trazodon nemá žádné vedlejší účinky na těhotenství nebo na zdraví plodu či novorozence. Při kojení je nutno zvážit poměr risk/benefit. **D:** Dospělí: počáteční dávka 150 mg/den může být zvýšena o 75 mg/den každé tři dny až do maximální dávky 300 mg/den. V některých případech lze počáteční dávku snížit na 75 mg/den. Pro léčbu sexuálních dysfunkcí 150 mg denně. Doporučená dávka pro starší a oslabené pacienty je snížena na 75 mg/den. Přípravek se podává na lačno a zapije se sklenicí vody, vždy jednou denně, večer. Léčba by měla trvat alespoň jeden měsíc. Náhlému vysazení léčby je třeba se vyhnout. **B:** 14, 30 tablet s prodlouženým uvolňováním. **Datum poslední revize textu SPC:** 9.7.2018. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen zdravotními pojišťovnami. Seznamte se, prosím, se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).



Angelini Pharma Česká republika s.r.o., Páteční 7, 635 00 Brno, tel.: 546 123 111, www.angelini.cz