

Jesenné psychofarmakologické sympóziu

*KNIHA
ABSTRAKTOV*



18. – 20. 10. 2018
Vysoké Tatry, Slovensko

ODBORNÁ ORGANIZÁCIA:

Psychofarmakologická sekcia Slovenskej psychiatrickej spoločnosti SLS



SLOVAK PSYCHIATRIC ASSOCIATION
SLOVENSKÁ PSYCHIATRICKÁ SPOLOČNOSŤ SLS

KOMUNIKÁCIA, ORGANIZÁCIA:

BERLINA
YOUR SUCCESS / OUR JOB

www.berlina.sk



Kniha abstraktov: Jesenné psychofarmakologické sympóziu

18. – 20. 10. 2018, Vysoké Tatry, Slovensko

Recenzenti:

MUDr. Breznoščáková Dagmar, Ph.D.

MUDr. Mária Králová, CSc.

Organizátor podujatia:

Psychofarmakologická sekcia SPsS SLS

Odborný garant podujatia:

MUDr. Dagmar Breznoščáková, Ph.D.

Organizácia, komunikácia:

Berlina, s.r.o.

Všetky práva vyhradené. Toto dielo ani žiadnu jeho časť nemožno reprodukovat', ukladať do informačných systémov, alebo inak rozširovať bez súhlasu majiteľov práv.

© 2018 Berlina, s.r.o.

ISBN 978-80-972674-2-1

EAN 9788097267421

OBSAH

Bodnár Boris Farmakologická liečba u jedincov s patologickým hráčstvom	8
Cesneková Dana et al. Liečba adolescentnej depresie z hľadiska nežiaducich účinkov – vlastné skúsenosti	9
Češková Eva et al. Off-label indikácie psychofarmak	11
Dóci Ivan Liečba v psychiatrii v roku 1897	13
Dragašek Jozef et al. Úloha dopamínových D3 parciálnych agonistov v modernej liečbe schizofrénie	15
Dúžek Ján Slovenský eHealth a jeho úskalia v psychiatickej praxi	16
Dúžek Ján Úskalia off-label liečby – analýza prepúšťacích správ	17
Dúžek Ján Úskalia psychiatickej ambulantnej praxe – prehľad	18
Dúžek Ján ŠDLP – od zrodu po príchod do praxe	19
Džodla Pavol et al. Psychiatrická liečebňa Samuela Bluma v Plešivci vznikla pred 120 rokmi	20
Džodla Pavol et al. Liečba v Psychiatrickej liečebni v Plešivci od r. 1898 do r. 1968	21
Gajdoš Jozef Polypragmázia v psychiatickej liečbe	22
Godinová Silvia et al. Kazuistika: Postinjekčný syndróm po podaní depotnej formy olanzapínu	23
Greškovič Jozef Kazuistika liečby farmakorezistentnej schizofrénie (80. roky)	24

Grünerová Lippertová Marcela	
Problematika poruch chování po cévní mozkové příhodě	25
Guttenová Dagmar	
Úskalia pedopsychiatrickej ambulatnej praxe	26
Hrtánek Igor et al.	
Pseudodefekt ako nežiaduci účinok antipsychotickej liečby v pedopsychiatrii – videokazuistika a praktické implikácie	27
Izáková Ľubomíra et al.	
Možnosti liečby obezity na Slovensku z pohľadu psychiatra	28
Janíková Zuzana	
Úskalia spolupráce denných psychiatrických stacionárov a ambulancií	29
Janíková Zuzana	
Úskalia indikačných obmedzení ALAI	30
Janíková Zuzana et al.	
Štandardy pre psychiatrickú liečbu – aplikácia v praxi	31
Klírová Monika	
Kontroverze použití transkraniální stimulace stejnosměrným proudem (tDCS) v psychiatrii	32
Kohútová Barbora	
Farmako-EEG v klinické praxi	33
Kolenič Marián et al.	
Bude nám umelá inteligencia určovať liečbu?	34
Kopeček Miloslav	
Měřit nebo neměřit sérové koncentrace depotních antipsychotik?	35
Králová Mária	
Diabezita v psychiatrii	36
Králová Mária	
Metabolické vstupné riziká či súčasť nežiaducich účinkov antidepressívnej liečby?	38
Majzlanová Mária et al.	
Ochranné liečenia v bežnej praxi psychiatra	39

Matisová Mária Eutanázia ako nový druh „liečby“?	40
Matisová Mária Endoteliálna dysfunkcia ako marker kardiovaskulárneho rizika u psychiatrických pacientov	41
Mayerová Michaela Léčba farmakorezistentní schizofrenie	42
Novák Tomáš Kontroverze v léčbě bipolární poruchy	43
Obdržálková Marie et al. Bezpečnost klozapinu v klinické praxi	44
Okruhlica Ľubomír Disulfiram hypoteticky 3 indikácie a 3 rôzne mechanizmy účinku	46
Oppa Miloslav et al. Vortioxetín a jeho význam v pedopsychiatrii	47
Orosová Andrea Arteterapia ako aktivizácia, analýza a akceptácia	49
Palkovič Pavel et al. Thiamín a magnézium – štandard v terapii alkoholizmu	50
Rihmer Zoltán Depression, antidepressants and suicidal behaviour	51
Shahpesandy Homayun et al. Management of people with emotionally unstable personality disorders (EUPD) in secondary psychiatric services: Time to revise guidelines, and get rid of the term EUPD?	53
Šidlo Jozef et al. Lítium – pre a proti	55
Trokanová Zdenka Depotný aripiprazol – kvalita života pred a po	56
Ustohal Libor et al. Hemodynamické parametry u schizofrenie a vliv farmakoterapie	57

Valkučáková Vanda	
Manažment pacientov s prolongáciou QT intervalu – pohľad psychiatra	59
Virčík Matúš	
Štandardné postupy pri liečbe klozapínom	60
Virčík Matúš	
Endokanabinoidný systém a kanabinoidy v kontexte psychotických porúch	61
Vránová Jana	
Úskalia posudzovania invalidity pri psychiatrických ochoreniach	62
Zelman Marek	
Štandardné postupy pri depotnej antipsychotickej liečbe	63
Zelman Marek	
Zmena v percepcii depotov očami slovenských psychiatrov. Porovnanie 2015 – 2018	64
Zholob Mykola et al.	
Štandardný postup pri zvládaní a liečbe agresívneho pacienta	65

Farmakologická liečba u jedincov s patologickým hráčstvom

MUDr. Boris Bodnár

Centrum pre liečbu drogových závislostí, Košice, SR

Patologické hráčstvo je chronické psychické ochorenie so závažnými dôsledkami pre život postihnutých jedincov a ich rodiny. Jeho prevalencia v bežnej populácii je 1 – 7 %. Pre toto ochorenie je charakteristické skoré ukončenie liečby zo strany pacientov ako aj to, že profesionálnu pomoc dostane menej ako 10 % postihnutých.

Potrebná je preto efektívna terapia. V liečbe patologického hráčstva je všeobecne akceptovaná, ako efektívna, hlavne psychoterapia. Doteraz žiaden liek nezískal súhlas príslušných autorít pre liečbu patologického hráčstva.

Vzhľadom na podobnosť neurobiologických mechanizmov pri vzniku a klinických prejavoch patologického hráčstva s ostatnými látkovými závislosťami sú v jeho liečbe skúmané aj farmakologické preparáty. V niekoľkých štúdiách boli opakovane použité najmä preparáty zo skupiny opioidných antagonistov (naltrexon, nalmefen), selektívnych inhibítorov vychytávania serotonínu (fluvoxamin, paroxetin, escitalopram, sertralin) a stabilizátorov nálady (lítium, valproát, karbamazepín, topiramát). Vo výskume je pozornosť zameraná aj na iné skupiny farmák. Výsledky týchto výskumov ukazujú, že farmakoterapia môže mať pozitívny efekt na liečbu patologického hráčstva, najmä na zníženie nutkania, liečbu komorbídnych ochorení a prevencii relapsu. Štúdie zahŕňajúce aj psychotherapeutickú liečbu, poukazujú na vyššiu retenciu v liečbe, pri kombinácii farmakoterapie a kognitívne behaviorálnej terapie ako aj pri kognitívne behaviorálnej liečbe samotnej.

Liečba adolescentnej depresie z hľadiska nežiaducich účinkov – vlastné skúsenosti

MUDr. Dana Cesneková

*Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského Martin, SR
Univerzitná nemocnica Martin, SR*

Spoluautori:

Hrtánek I.; Oppa M.; Hamráková A.; Peregrim L.; Ondrejka I.; Nosáľová G.

*Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského Martin, SR
Univerzitná nemocnica Martin, SR*

Depresívna porucha v detskom a adolescentnom veku patrí medzi závažné recidivujúce ochorenie. Nediagnostikovaná a neliečená depresia je často spojená s rizikom suicídia, chronifikácie, rekurencie ako aj s narušením osobnostného vývinu, funkčnosti a vývinom komorbídnych psychických porúch. Fluoxetín je jediné antidepresívum s jednoznačne potvrdenou účinnosťou v liečbe veľkej depresívnej poruchy u detí a adolescentov používané ako prvá línia liečby depresie v pedopsychiatrii. Pre nedostatočnú efektivitu fluoxetínu po akútnej fáze liečby sú predmetom výskumu nové augmentačné terapeutické stratégie. V súčasnosti sa kladie vysoký dôraz nielen na účinnosť, ale aj na bezpečnú a racionálnu farmakoterapiu akútnej fázy ochorenia ako východisko pre dlhodobú liečbu.

Cieľom príspevku je prezentovať vlastné skúsenosti porovnania rôznych nežiaducich účinkov akútnej fázy liečby veľkej depresívnej poruchy v súbore pacientov hospitalizovaných na detskom oddelení Psychiatrickej kliniky JLF UK a UNM v Martine. Pacienti v adolescentnom veku boli randomizovaní do troch terapeutických vetiev (monoterapia fluoxetínom, kombinovaná liečba fluoxetín/atomoxetín a fluoxetín/olanzapín).

Vybrané aspekty bezpečnosti sme hodnotili pomocou kardiovaskulárnych (EKG vyšetrenie so zameraním na QTc interval), antropometrických (body mass index), vybraných laboratórnych (biochemických a hemokoagulačných) parametrov a škály nežiaducich účinkov psychofarmák UKU (Udvalg for Kliniske Undersogelser).

Výsledky poukazujú na vyššie metabolické riziko, zvýšenie cholesterolu a hepatálnych enzýmov v kombinovanej liečbe fluoxetín/olanzapín a vyššie hemokoagulačné riziko vo fluoxetínovej vetve. Klinické nežiaduce účinky liečby ako cefalea, tachykardia, nauzea, jemný tremor rúk a zvýšená únava boli počas liečby

iba prechodné, nízkej intenzity, s častejším výskytom v kombinovanej liečbe fluoxetín/olanzapín. Kombinovaná liečba fluoxetín/atomoxetín bola u pacientov dobre tolerovaná.

Poznanie nových augmentačných terapeutických stratégií by mohlo prispieť ešte k lepšej efektívite a bezpečnosti liečby ako aj k rýchlejšiemu navodeniu remisie u adolescentných pacientov s depresívnou poruchou, pričom benefity prevažujú riziká.

prof. MUDr. Eva Češková^{1,2,3,4}

¹CEITEC MU, Brno, ČR; ²Psychiatrická klinika FN Brno, ČR; ³KNP LF University Ostrava, ČR; ⁴Psychiatrické oddělení, FN Ostrava, ČR

Spoluautoři:

Mgr. Stojarová Š.^{5,6}; PharmDr. Bc. Horská K., Ph.D.^{5,6}

⁵Ústav humánní farmakologie a toxikologie, Farmaceutická fakulta VFU Brno, ČR

⁶NL FN Brno, ČR

V psychiatrii je použití léčivých přípravků tzv. "off-label", tedy mimo schválené indikace uvedené v souhrnu údajů o přípravku (SPC), běžnou praxí a v mnoha klinických situacích nevyhnutelné. Preskripce "off-label" psychofarmak včetně dvou největších skupin, antidepresiv (AD) a antipsychotik (AP), hlavně AP druhé generace, roste. Dle zahraničních údajů týkajících se převážně ambulantního sektoru je přibližně 1/3 preskripce AD a polovina AP "off-label".

K nejčastějším "off-label" indikacím u AD i AP patří nespavost, u AD dále bolest a u AP úzkost a agitovanost. Trazodon je nejčastěji předepisované "off-label" AD, quetiapin AP. Oborem s nejvyšší preskripcí "off-label" je zřejmě pedopsychiatrie. Prevalence předepisování AD i AP u dětí a adolescentů stále stoupá, hlavně v kohortě 15- až 19-letých. Častá je preskripce AP "off-label" v gerontopsychiatrii i geriatrii pro behaviorální a psychologické projevy u demencí. Přes velkou snahu o redukci preskripce jsou AP stále předepisována u řady institucionalizovaných seniorů.

Na psychiatrické klinice v Brně byla provedena analýza "off-label" indikace se zaměřením především na AP a AD u hospitalizovaných pacientů. Do studie bylo zařazeno 130 pacientů. Nejčastěji "off-label" užívanými látkami byla AP druhé generace (72 % "off-label" indikací) s nejčastější preskripcí quetiapinu. AD tvořila 8,6 % a dominovalo "off-label" použití mirtazapinu. Toto koresponduje se složením hospitalizovaných pacientů na uzavřených odděleních, které tvoří hlavně nemocní s psychotickou symptomatologií a farmakorezistentní depresivní poruchou, u kterých jsou AP druhé generace používána jako augmentace. Jednou z hlavních příčin "off-label" indikací je nesoulad SPC a doporučených diagnostických a terapeutických postupů, které jsou častěji aktualizovány a pružněji reflektují nové vědecké poznatky.

Shrnutí a závěr: Problematice preskripce "off-label" bychom se měli více věnovat, již vzhledem k tomu, že doporučené postupy léčby uvádí látky, jejichž

preskripce je "off-label". Dále je žádoucí objasnit rozpory mezi účinností pozorovanou v běžné klinické praxi a počtem provedených kvalitních studií. Lze také očekávat, že plošné zavedení elektronické preskripce dovolí získat informace o "off-label" indikacích v ambulantní praxi také v ČR.

Podpora projektem CEITEC (CZ.1.05/1.1.00/02.0068), výzkumný projekt MŠMT ČR (0021622404).

Použitá literatura

1. STOJAROVÁ, Š. et al, 2018. „Off-label“ užití psychofarmak v klinické praxi = „Off-label“ use of psychotropic medications. In: *Psychiatrie*. **22**(Supl. 1), 42. ISSN 1211-7579.

Liečba v psychiatrii v roku 1897

doc. MUDr. Ivan Dóci, PhD.

*Univerzitná nemocnica Louisa Pasteura v Košiciach, I. psychiatrická klinika,
Rastislavova č. 43, 041 90 Košice, SR*

Prednáška oboznamuje so zásadami liečby v psychiatrii v rokoch 1897 – 1900. Je spracovaná na základe dvoch českých učebníc psychiatrie z uvedeného obdobia. Autorom učebníc je profesor Karel Kuffner, vtedy prednosta psychiatrickej kliniky v Prahe. Časť „Všeobecná psychiatria“ obsahuje všeobecné zásady liečby duševne chorých v roku 1897, v časti špeciálna psychiatria je opísaná liečba konkrétnych duševných chorôb. V tom období neexistovali žiadne antipsychotiká a ani antidepresíva, nebola známa elektrokonvulzívna terapia v dnešnej podobe. Jednou z dôležitých liečebných metód v tom období bola hydroterapia – použitie vody v liečbe duševne chorých.

V učebnici všeobecnej psychiatrie z roku 1897 (Psychiatrie: pro studium i praktickou potřebu lékaře. I. díl, část povšechná. Kuffner 1897) má kapitola o liečbe 42 strán. Obsahuje tieto podkapitoly: Úvod, Profylaxia, Psychoterapia, Liečba somatická: medikamentózna, hydroterapia, elektroterapia, masáž a gymnastika, Dietetika pre choromyselných, Liečba najdôležitejších príznakov (kongescia hlavy, liečba nekludu, liečba sexuálnej iritácie, liečba nečistotných, liečba snáh ničivých, opatrenia proti snahám suicidálnym, liečba nespavosti, liečba abstinencie – myslí sa abstinencia od jedla, v dnešnej terminológii hladovka).

Profesor MUDr. Karel Kuffner vydal učebnicu špeciálnej psychiatrie (Psychiatrie: pro studium i praktickou potřebu lékaře. II. díl, část speciální.) v roku 1900. V tejto prednáške sú z nej vybrané časti o liečbe niektorých duševných porúch (melanchólia, mánia, paranoia, amencia, neurasténia). Z dnešného pohľadu zaujímavosťou a zvláštnosťou uvedenej učebnice špeciálnej psychiatrie (Kuffner 1900) je, že v nej chýba kapitola o schizofrénii. Pojem schizofrénia vtedy ešte neexistoval, zaviedli ho nemeckí autori až neskôr.

Najdôležitejšou liečebnou metódou v tom období v psychiatrii bola hydroterapia. Pri indikovaní hydroterapie bolo potrebné rozhodnúť, či aplikovať mokrý zábal, alebo duševne chorého celého ponoriť do vody, ďalej bolo potrebné správne zvoliť teplotu vody a dĺžku procedúry. Hydroterapia má rôzne formy: prosté omývanie chorého vlhkou handrou alebo hubou, zábal do vlhkej plachty (najvhodnejšia je teplota vody 24 stupňov Celzia), vlažná prolongovaná kúpeľ, ktorá môže trvať 15 minút až 2 hodiny (indikácie: najmä depresie a mánie), chladná kúpeľ s teplotou vody 14 – 20 stupňov Celzia. Priessnitzove obklady aplikované okolo pása sa odporúčali aj pri hypochondrii.

Použitá literatura

1. KUFFNER, K., 1897. *Psychiatrie: pro studium i praktickou potřebu lékaře. I. díl, část povšechná.* Praha: Bursík a Kohout / Česká bibliotheka lékařská, díl 7, 295 s.
2. KUFFNER, K., 1900. *Psychiatrie: pro studium i praktickou potřebu lékaře. II. díl, část speciální.* Praha: Bursík a Kohout / Česká bibliotheka lékařská, díl 10, 367 s.

Úloha dopamínových D3 parciálnych agonistov v modernej liečbe schizofrénie

Mgr. MUDr. Jozef Dragašek, PhD., MHA

I. psychiatrická klinika UPJŠ LF a UNLP, Košice, SR

Spoluautori:

MUDr. Zuzana Vančová, PhD.

I. psychiatrická klinika UPJŠ LF a UNLP, Košice, SR

Odhaľovanie detailov dopamínovej neurotransmisie, predovšetkým troch najvýznamnejších receptorov z klinického hľadiska (D3, D2, D1), napomáha porozumieť patofyziológii viacerých psychiatrických a neurologických symptómov, ktoré súvisia s dysreguláciou tohto neurotransmitterového systému. Jednotlivé podtypy dopamínových receptorov sú distribuované v rôznej hustote v špecifických častiach mozgu, takže dopamín môže regulovať funkčnosť neuronálnych okruhov rozdielnym spôsobom v rôznych oblastiach CNS. Psychofarmaká určené na liečbu psychóz a afektívnych porúch účinkujúce prostredníctvom väzby na D2 a 5HT2A receptorech je možné klasifikovať aj na základe toho, či sa zároveň viažu na D3 alebo D1 receptor. Nová klasifikácia antipsychotík tak rozlišuje tri kategórie podľa väzby: na liečivá preferenčne viažúce sa na D2 receptory (väčšina antipsychotík), na liečivá efektívne pôsobiace aj na D3 receptorech (kariprazín, blonanserín) a na liečivá viažúce sa aj na D1 receptory (azenapín, klozapín, olanzapín, ale aj kvetiapín a ziprasidón). Medzi týmito tromi triedami existujú funkčné rozdiely s potenciálnym klinickým dopadom, ako je napr. rozdielny vplyv na úpravu kognície, motivácie, odmeňovacieho systému a ďalších prejavov súvisiacich s hypoaktivitou. V prezentácii budú predstavené dopamínové D3 agonisty v kontexte modernej terapie schizofrénie.

Grantová podpora: VEGA 2/0056/16

MUDr. Ján Dúžek

Psychiatrická ambulancia, Križovatka 3, Banská Štiavnica, SR

Slovenský eHealth a eZdravie. Jednou z najaktuálnejších a najkontroverzných tém nášho zdravotníctva je určite eZdravie. Od jeho zavedenia ubehlo viac ako trištvrte roka a MZ SR najmä na základe podnetov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti prednedávnom pripravilo novelu zákona upravujúcu pravidlá eZdravia. Snahou prezentácie je poskytnúť niekoľko praktických pohľadov psychiatrickej starostlivosti na problematiku eZdravia aj v kontexte poslednej novej.

MUDr. Ján Dúžek

Psychiatrická ambulancia, Križovatka 3, Banská Štiavnica, SR

Off-label liečba ostáva naďalej otvoreným, ticho tolerovaným problémom na Slovensku. Oproti krajinám Európskej únie máme jeden z najviac preregulovaných postupov povolenia off-label liečby v bežnej praxi. Je to problém všetkých odborností, nielen psychiatrie. Napriek tomu, že off-label liečba je podľa väčšinového odborného konsenzu neoddeliteľnou súčasťou lege artis liečby, podmienky jej povolenia na Slovensku svojou rigiditou zakladajú riziko ohrozenia zdravia občanov Slovenskej republiky. Prezentácia je zameraná na jeden z vážnych aspektov bežnej ambulantnej psychiatrickej praxe – pokračovanie v off-label liečbe nastavenej v ústavnom psychiatrickom zariadení po prepustení pacienta do ambulantnej starostlivosti. Prezentovaná je aj kvantifikácia tohto problému podľa analýzy prepúšťacích správ pacientov v ambulantnej starostlivosti našej psychiatrickej ambulancie. Cieľom prezentácie je najmä opäť upozorniť na vážnosť a rozsiahlosť problému. Problém off-label liečby nie je chybou ústavných psychiatrických zariadení, i keď sú určité rezervy a ústavné zariadenia by mali tejto problematike venovať určite oveľa väčšiu pozornosť, predovšetkým v záujme pacienta. Problém povolenia off-label liečby na Slovensku vzniká najmä v dôsledku systémovej chyby nášho zdravotníctva a naliehavosť riešenia narastá spolu so zvyšujúcim sa pripájaním do systému eZdravie.

MUDr. Ján Dúžek

Psychiatrická ambulancia, Križovatka 3, Banská Štiavnica, SR

Problémy slovenského zdravotníctva sa zákonite prenášajú do všetkých jeho oblastí vrátane psychiatrie. Jedná sa najmä o systémové chyby nášho zdravotníctva, ktoré napriek tomu, že sú verejne známe, neboli mnohé doteraz zo strany MZ SR riešené vôbec alebo len parciálne. Aj keď ide o systémové chyby, opakovane sme nielen vystavovaní ich následkom, ale dokonca i sankcionovaní. Hlavným problémom je financovanie nášho zdravotníctva. Nedostatočne financované sú prakticky všetky jeho oblasti. Stále pretrváva neochota nacenenia našich výkonov podľa skutočných nákladov. Prezentácia ďalej načrtáva mnohé ostatné problémy ako napr. realitu neodrážajúci súčasný zoznam zdravotných výkonov, off-label liečba, údajná nadspotreba liekov a neefektivita nášho zdravotníctva, chaotická legislatíva, prestárnutosť ambulantných lekárov, nezáujem lekárov o prácu v ambulanciách, v krátkom až strednedlhodobom časovom horizonte hroziaci kolaps ambulantného sektora.

MUDr. Ján Dúžek

Psychiatrická ambulancia, Križovatka 3, Banská Štiavnica, SR

Prezentácia je zameraná na proces tvorby ŠDLD (Štandardných diagnostických a liečebných postupov) od vzniku prvých koncepcií, smerodajného pôvodného legislatívneho prijatia v roku 2004 až po súčasnú tvorbu a plánované uvedenie do praxe v Slovenskej republike v širšom kontexte. Okrem stručného historického náhľadu je prezentácia upriamená na vlastný proces tvorby – prácu odbornej pracovnej skupiny, participujúce odbornosti a inštitúcie, pripomienkovanie, obhajobu, prijatie ministrom zdravotníctva, plán uvedenia do praxe, plán budúceho auditu a revízie SDLP.

Psychiatrická liečebňa Samuela Bluma v Plešivci vznikla pred 120 rokmi

MUDr. Pavol Džodla, MBA

Psychiatrická liečebňa Samuela Bluma v Plešivci, SR

Spoluautori:

MUDr. Agáta Džodlová

Psychiatrická liečebňa Samuela Bluma v Plešivci, SR

Dňa 4. júla 1898 založil v Plešivci Samuel Blum, majiteľ miestnej parketárne, nadáciu, ktorej venoval aj malý domček, čím položil základ ústavu, ktorý niesol potom jeho meno. 16. októbra toho istého roku bol ústav slávnostne otvorený pre 10 slabomyselných židovských chlapcov. Vtedajšie Ministerstvo vnútra a sociálnej starostlivosti Uhorska žiadalo zväčšenie kapacity i pôsobnosti ústavu a tak Samuel Blum vysiela syna Rudolfa do Nemecka, aby tam študoval moderné trendy starostlivosti o slabomyselných. Po návrate z tejto študijnej cesty sa Rudolf Blum stáva riaditeľom i majiteľom ústavu, ktorý sa v nasledujúcom období postupne zväčšoval vybudovaním nových budov v rokoch 1900 až 1914. Tak začala história najstaršej psychiatrickej liečebne na území Slovenska, ktorá najväčší rozmach prežívala v 30. rokoch minulého storočia a v súčasnosti hľadá, v meniacich sa podmienkach slovenského zdravotníctva, nové smerovanie, ktorým nadviaže na svoje bohatšie i slávnejšie tradície.

Liečba v Psychiatrickej liečebni v Plešivci od r. 1898 do r. 1968

MUDr. Pavol Džodla, MBA

Psychiatrická liečebňa Samuela Bluma v Plešivci, SR

Spoluautori:

MUDr. Agáta Džodlová

Psychiatrická liečebňa Samuela Bluma v Plešivci, SR

V dobe vzniku Psychiatrickej liečebne v Plešivci na prelome 19. a 20. storočia, v dobe veľkých teoretických pokrokov v psychiatrii, v syndromológii a nosológii, ale aj v materiálnej sfére, keď sa budovali veľké psychiatrické ústavy podľa nemeckých vzorov, v liečbe však chýbali účinné postupy a uplatňovali sa v tej dobe moderné metódy ako elektroliečba, vodoliečba, psychoterapia. S dobrými výsledkami sa liečila progresívna paralýza maláriou a epilepsia kobrinom. Z medikamentov sa na tlmenie nepokoja využívali sedatíva a hypnotiká. Po 2. svetovej vojne sa paleta medikamentov rozširovala, avšak zásadný prelom v liečbe znamenal až objav neuroleptík v roku 1952 a ich používanie aj v PL Plešivec po roku 1955, čo postupne zmenilo charakter liečebne z detenčného zariadenia na ústav, kde sa pacienti liečili a boli už aj prepúšťaní do domáceho prostredia. V práci sa analyzujú pacienti liečení v Psychiatrickej liečebni Plešivec v rokoch 1952-1953, 1960 a 1968.

MUDr. Jozef Gajdoš

Psychiatrické oddelenie FNsP Prešov, SR

V klinickej praxi sa často stretávame s terapeutickými postupmi, ktoré sa spočiatku môžu javiť ako nie najvhodnejšie, založené viac na empirii než na odporúčaných postupoch, s využitím viacerých skupín psychofarmák. Častokrát sa využívajú viaceré farmakoterapeutické postupy, buď v nadväznosti za sebou, alebo aj súčasne. Túto problematiku zahŕňa pojem polypragmázia. Pri niektorých okruhoch porúch sa stáva, že v terapii sa nachádzajú liečivá, ktoré primárne nie sú určené na terapiu danej poruchy. Dôvodom použitia sú ich vedľajšie účinky. Ako príklady nám môžu poslúžiť niektoré antidepresíva predpisované pri insomnii alebo nízke dávky antipsychotík, ktoré nachádzame v preskripcii pacientom s kognitívnym deficitom. Ako off-label preskripcia sa definuje to, kde liek bol predpísaný na inú ako schválenú indikáciu, alebo v dávkach odlišných od registrovaných dávok, podľa súhrnu charakteristických vlastností lieku. Časťtým dôvodom pre off-label liečbu je využitie nešpecifického účinku lieku. Pri zlepšení symptomatiky a vyčerpaní predošlých možností v rámci klinickej praxe nie je neobvyklé pridanie lieku formou vylučovacej metódy. Problematické sa javí pokračovanie terapie v tejto podobe v ambulantnej sfére, najmä pri preplácaní off-label lieku a hroziacich sankciách zo strany poisťovní pre nedodržanie štandardných postupov a SPC. V tejto prednáške sa pokúsím dané úskalía, ale aj výhody stručne zosumarizovať, čo ilustrujem aj krátkou kazuistikou.

Použitá literatúra

1. PEČENÁK, J. et al., 2016. *Psychofarmakológia*. Bratislava: Wolters Kluwer, s. 51. ISBN 978-80-8168-542-2.

Kazuistika: Postinjekčný syndróm po podaní depotnej formy olanzapínu

Mgr. Silvia Godinová, PhD., AMO

Psychiatrická nemocnica Hronovce, SR

Spoluautori:

MUDr. Mykola Zholob, GPO

Psychiatrická nemocnica Hronovce, SR

Postinjekčný syndróm (PIS) pri podaní depotnej formy olanzapínu sa vyskytuje zriedkavejšie než u 0,1 % zo všetkých podaných injekcií tejto účinnej látky a to približne u 2 % pacientov. Jeho klinické prejavy sú zhodné so symptómami predávkovania olanzapínom. Až v 98 % prípadoch dôjde k úprave stavu pacienta po takejto komplikácii do 72 hodín. (1, 2) kazuistická štúdia pojednáva o 31-ročnom pacientovi, ktorý bol na našom oddelení liečený s diagnózou reziduálna schizofrénia a u ktorého sa po podaní depotnej formy olanzapínu rozvinul postinjekčný syndróm. V časovom prehľade popisujeme postupnosť rozvoja PIS a následne i ústup tejto symptomatiky.

Použitá literatúra

1. Súhrn údajov o prípravku Zypadhera.
2. PEČENÁK, J. et al., 2016. *Psychofarmakológia*. Bratislava: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-8168-542-2.

Kazuistika liečby farmakorezistentnej schizofrénie (80. roky)

MUDr. Jozef Greškovič

V predloženej kazuistike opisujeme priebeh liečenia pacienta s chronickou farmakorezistentnou schizofróniou, kde napriek vyskúšaníu všetkých dostupných neuroleptík a prekročení terapeutických dávok, boli permanentne prítomné bludy a halucinácie, pod vplyvom ktorých sa dopúšťal závažných agresívnych útokov voči spolupacientom i personálu. Pri vysokých dávkach liekov sa napokon rozvinul malígny neuroleptický syndróm. Po preložení na ARO NsP RV došlo k exitu.

Problematika poruch chování po cévní mozkové příhodě

prof. MUDr. Marcela Grünerová Lippertová, Ph.D.

Klinika rehabilitačního lékařství FN Královské Vinohrady, Praha, ČR

3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy Praha, ČR

Pro dobrou kvalitu života a úspěšnou reintegraci pacientů po CMP je rozhodující dimenze neuropsychologických poruch a poruch chování.

Cílem studie bylo ukázat, kolik pacientů trpí poruchami chování a jestli se spektrum a tíže těchto poruch odlišuje mezi skupinami pacientů s těžkým omezením a lehkým omezením v aktivitách každodenního života (ADL).

V retrospektivní studii bylo zahrnuto 61 pacientů 0-6 měsíců po hemoragické nebo ischemické cévní mozkové příhodě. Vyšetření poruch chování bylo provedeno pomocí Neurobehavioral Rating Scale (NBRS), vyšetření aktivit každodenního života s pomocí Marburger Kompetenz Skála (MKS). V oblasti NBRS výsledku byly vytvořeny dvě podskupiny, první podskupina pacienti bez omezení nebo s lehkým omezením v ADL (Barthelův index 85-100 bodů) oproti druhé podskupině s pacienty s vyššími omezeními v ADL (Barthelův index 80 bodů nebo méně). Statistická analýza výsledku byla provedena pomocí neparametrického U-testu.

Výsledky ukazují, že již v rané fázi onemocnění bylo možné identifikovat široké spektrum behaviorálních deficitů, především – mimo dobře známé symptomy deprese a strachu – omezení schopnosti zátěže a pozornosti. Výsledky MKS skóre každodenních aktivit ukázaly největší omezení v rekreačních aktivitách, fyzické práci a mobilitě – toto jak v sebehodnocení tak i v hodnocení rodinných příslušníků. Podskupiny Barthelova indexu 85-100 bodů (žádné nebo menší omezení v ADL) oproti 80 bodů nebo méně (vyšší omezení v ADL) vykazovaly signifikantně rozdílné hodnoty ve smyslu vyššího stupně behaviorálních poruch u pacientů s větším postižením.

Úskalia pedopsychiatrickej ambulantnej praxe

MUDr. Dagmar Guttenová

VIA SPES s.r.o. – Psychiatrická ambulancia pre deti, dorast a dospelých, Zvolen, SR

Cieľom práce je oboznámiť kolegov s úskaliaми ambulantnej zdravotnej starostlivosti.

Vo svojej prednáške chcem kolegov oboznámiť s problémami, s ktorými sa stretávam pri každodennej práci v ambulancii.

Rozčlenila som ich do niekoľkých oblastí: farmakoterapia u detí, off-label terapia a jej riešenie, vzťahy s kolegami z ústavnej starostlivosti, vzťahy s poisťovňami, vzťahy s inštitúciami, problematika spolupráce v terapii s rodičmi pacientov, financovanie ambulancie a vzdelávania a na záver psychohygiena a osobný život.

Pseudodefekt ako nežiaduci účinok antipsychotickej liečby v pedopsychiatrii – videokazuistika a praktické implikácie

MUDr. PhDr. Igor Hrtánek, PhD.

*Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského Martin, SR
Univerzitná nemocnica Martin, SR*

Spoluautori:

Cesneková D.; Oppa M.; Ondrejka I.

*Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského Martin, SR
Univerzitná nemocnica Martin, SR*

Antipsychotická liečba patrí v pedopsychiatrii ku kľúčovej terapii psychotických stavov, hlavne v prípade podozrenia na schizofrénne ochorenie. Preskripcia antipsychotickej liečby v detskom veku je oproti liečbe dospelých komplikovanejšia vzhľadom na preskripčné obmedzenia (často „off-label liečba“), ale často aj pre neúplne vyjadrený klinický obraz duševnej poruchy s nedostatočným počtom príznakov pre konkrétnu diagnózu. Okrem toho v detskom veku hrozí často rýchlejší rozvoj širokej palety nežiaducich účinkov v prípade nesprávne indikovanej antipsychotickej liečby, ako napríklad rozvoj negatívnej symptomatiky, zásadne ovplyvňujúcej ďalšie smerovanie diagnostického procesu. V príspevku prezentujeme videokazuistiku pacientky, nastavenej na kombinovanú antipsychotickú liečbu vzhľadom na určenú diagnózu akútnej polymorfnej psychotickej poruchy s príznakmi schizofrénie. V kazuistickom prípade poukazujeme na rozvoj pseudodefektných psychopatologických fenoménov, rýchly vývoj „negatívnych“ príznakov a iných nežiaducich účinkov v súvislosti s antipsychotickou liečbou, čo viedlo k diagnostickému hodnoteniu stavu pacientky ako schizofrénia s postpsychotickým defektom, uvažovalo sa aj o elektrokonvulzívnej liečbe. Na našom pracovisku sa u pacientky výrazne redukovala, až vysadila antipsychotická liečba, pričom sa demaskovala dlhšie trvajúca, plne vyjadrená depresívna symptomatika. Po antidepresívnej liečbe došlo postupne k ústupu „pseudodefektu“, k prejasneniu nálady, u pacientky sa postupne rozvíja plná funkčnosť bez obmedzení. Príspevok obsahuje aj praktické implikácie pre preskripciu dlhodobej antipsychotickej liečby u detí a adolescentov, s cieľom eliminovať potenciálne nežiaduce účinky antipsychotickej liečby, komplikujúce diagnostický proces.

Možnosti liečby obezity na Slovensku z pohľadu psychiatra

MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD.

Psychiatrická klinika LF UK a UN Bratislava, SR

Spoluautori:

MUDr. Mária Kráľová, CSc.

Psychiatrická klinika LF UK a UN Bratislava, SR

V súčasnosti sledujeme postupne sa rozvíjajúcu pandémiu obezity. Dôvodmi jej zvýšenej prevalencie sú neustále sa zvyšujúci energetický príjem za súčasného znižujúceho sa energetického výdaja. Výsledkom sú zvýšené zásoby telesného tuku. Nadhmotnosť a obezita predstavujú riziko nárastu morbidity a predčasnej mortality. Keďže ide o chronickú chorobu, ktorá sa spája s mnohopočetnými rizikami a má typický progredujúci a relabujúci priebeh, odhaduje sa, že pri súčasnom trende bude v roku 2025 celosvetovo obéznych až 20 % dospelých ľudí.

Obezita je multidisciplinárne ochorenie. Manažment a liečba obezity zahŕňajú komplexný prístup – nefarmakologický (diétne opatrenia, pohybová aktivita, PST) a farmakologický. Posledným riešením je chirurgická liečba obezity. Cieľom nie je len zníženie telesnej hmotnosti, ale tiež zníženie zdravotného rizika a zlepšenie kvality života. Napriek tomu, že obezita býva ľahko zistiteľná a monitorovateľná, rovnako ako aj úspešnosť jej liečby, diagnostika a liečba obezity sú často neúspešné.

Epidemiologické štúdie dokumentujú, že obezita významne súvisí aj s psychickými poruchami a to obojsmerne. Na jednej strane obezita predstavuje stigmatizujúci stav a je významným psychologickým stresorom. Na druhej strane psychické poruchy a ich liečba predstavujú rizikový faktor pre rozvoj obezity. Nadváha a obezita sa u psychicky chorých vyskytujú 2- až 3-krát častejšie ako vo všeobecnej populácii.

V súčasnosti sledujeme, že narastá počet lekárskejších i vedeckých organizácií, ktoré sa venujú obezite. Zaniká mýtus, že obezita nie je choroba, ale je to voľba životného štýlu, prípadne len príznak, rizikový faktor pre rozvoj chorôb. Autorky sa v prednáške budú venovať možnostiam prevencie, diagnostiky a liečby obezity z pohľadu psychiatra.

Úskalia spolupráce denných psychiatrických stacionárov a ambulancií

MUDr. Zuzana Janíková

Psychiatrická ambulancia, Liptovská NsP MUDr. I. Stodolu, Liptovský Mikuláš, SR

Napriek viacročným snahám o synchronizáciu ambulatnej psychiatrickej praxe s dennými psychiatrickými stacionármi (ďalej DPS) stále narážame na dva základné problémy.

Prvým sú pretrvávajúce regionálne rozdiely v rozsahu poskytovanej starostlivosti v denných stacionároch, kde v niektorých DPS nefunguje ambulancia, ktorá by v čase dochádzania pacienta do DPS zabezpečila predpis psychofarmák.

Druhým je nedostatočná ochota alebo obava ambulantných psychiatrov zo „straty pacienta“ a v dôsledku toho obmedzená spolupráca pri odosielaní pacienta do DPS. Oba problémy majú svoje praktické riešenie, ktoré rozoberáme v prednáške.

Úskalia indikačných obmedzení ALAI

MUDr. Zuzana Janíková

Psychiatrická ambulancia, Liptovská NsP MUDr. I. Stodolu, Liptovský Mikuláš, SR

Indikačné obmedzenia v SR sú nástrojom ekonomickej regulácie preskripcie liekov, ktorá nie vždy dodržiava rovný princíp prístupu pacienta k liečbe a diskriminuje pacientov. V prípade atypických injekcií antipsychotík s dlhotrvajúcim účinkom (ďalej ALAI) sa jedná predovšetkým o najzraniteľnejšiu skupinu mladých pacientov, ktorí ochoreli na schizofrénne ochorenie, a ktorí, pokiaľ nespĺnia kritérium dvoch rehospitalizácií, nemajú preplatenú liečbu ALAI, ktorá môže byť pre udržanie remisie ochorenia kruciálna. Pritom existuje množstvo EBM dôkazov o tom, že práve pacienti po prvej epizóde majú na ALAI podstatne vyššie percento bez relapsu, ako v prípade ostatných typoch liečby. Je preto nevyhnutné vyvíjať tlak na regulačné orgány o zrušenie tých pravidiel, ktoré preukázateľne poškodzujú pacienta a bránia mu v dosiahnutí najvyššieho stupňa uzdravenia. Prednášku dopĺňa kazuistika pacienta, aký benefit priniesla žiadosť o výnimku od zdravotnej poisťovne.

Použitá literatúra

1. Indikačné obmedzenia vydané MZ SR.

Štandardy pre psychiatrickú liečbu – aplikácia v praxi

MUDr. Zuzana Janíková

Psychiatrická ambulancia, Liptovská NsP MUDr. I. Stodolu, Liptovský Mikuláš, SR

Spoluautori:

MUDr. Marek Zelman

Po dohode s autorom navrhovaných štandardov pre schizofréniu, schizoafektívnu poruchu, trvalú poruchu s bludmi a akútnu a prechodnú psychotickú poruchu, bude obsahom prezentácie pohľad psychiatra v klinickej praxi na použiteľnosť týchto materiálov v bežnej praxi, to či, a do akej miery, zodpovedajú aktuálnym podmienkam našej praxe, či sú plne aplikovateľné, akým spôsobom by sa dali využiť a budú aj uvedené prípadné pripomienky k ich doplneniu do budúcnosti. Ich aktuálna forma sa mi javí ako prakticky využiteľná, sú tu taxatívne vymenované postupy, alternatívy, kompetencie, text je zrozumiteľný a je v súlade s realitou našej dennej klinickej praxe.

Použitá literatúra

1. ZELMAN, M., 2018. *Komplexný manažment pacienta so schizofréniou. Uvedený materiál vydalo MZ SR ako štandard.* Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva SR.

Kontroverze použití transkraniální stimulační stejnosměrným proudem (tDCS) v psychiatrii

MUDr. Monika Klírová, PhD.

Národní ústav duševního zdraví, Klecany, ČR
3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy Praha, ČR

Transkraniální stimulační stejnosměrným proudem (tDCS) představuje nadějnou metodu v léčbě neuropsychiatrických poruch. Jedná se o neinvazivní a dobře tolerovanou metodu, která spočívá v administraci stejnosměrného proudu o velmi nízké intenzitě (1-2mA) nad cílenou kortikální oblast, což má za následek změnu neuronální aktivity v dané oblasti. Rozlišujeme 2 základní typy tDCS. Stimulaci anodální (kladnou), vedoucí k depolarizaci stimulované oblasti a tedy ke zvýšení kortikální excitability. Tato stimulační je klinicky aplikována na oblasti se sníženou aktivitou, tak jak je tomu např. při stimulaci dorsolaterální prefrontální kůry u deprese. Katodální (záporná) stimulační naopak vyvolává hyperpolarizaci membránového potenciálu a je tudíž vhodná k aplikaci v oblastech, ve kterých je neuronální aktivita zvýšená, např. temporoparietální kortex u sluchových halucinací. V rámci sdělení bude presentován dosavadní přehled tDCS studií a metaanalýz (Brunnoni et al. 2016), jenž se zabývaly efektem tDCS u různých neuropsychiatrických diagnóz, včetně závěrů nedávno publikovaných evidence based doporučených postupů (Lefaucheur et al. 2017), které aktuálně doporučují tDCS jako vhodnou terapii u pacientů s nerezistentní depresivní epizodou a pacientů s bažením po alkoholu, nikotinu a kokainu. Dále budou diskutována možná rizika tDCS (kožní léze, popáleniny, tinnitus, (hypomanie) opírající se o závěry dostupných studií a metaanalýz nežádoucích účinků tDCS (Brunnoni et al. 2011), srovnání přínosu tDCS versus farmakoterapie. Představíme nové trendy v léčbě tDCS, včetně možností domácí aplikace tDCS a dále vývoje nových technologií, jakými je např. high-definition (HD)-tDCS.

Grantová podpora: AZV 16-31380A

Použitá literatura

1. LEFAUCHEUR, J. P. et al., 2017. Evidence-based guidelines on the therapeutic use of transcranial direct current stimulation (tDCS). In: *Clinical Neurophysiology*. **128**(1), 56-92. ISSN 1388-2457.
2. BRUNNONI, A. R. et al., 2011. A systematic review on reporting and assessment of adverse effects associated with transcranial direct current stimulation. In: *International Journal of Neuropsychopharmacology*. **14**(8), 1133-1145. ISSN 1461-1457.
3. BRUNNONI, A. R. et al., 2016. Transcranial direct current stimulation for the acute major depressive episode: a meta-analysis of individual patient data. In: *The British Journal of Psychiatry*. **208**(6), 522-531. ISSN 0007-1250.

MUDr. Mgr. Barbora Kohútová, Ph.D.

Národní ústav duševního zdraví, Klecany, ČR

Farmako-EEG se profiluje jako samostatná vědní disciplína, sledující elektrofyziologické změny při užívání psychoaktivních léků a látek, a to jak v klasickém popisu (vizuální hodnocení záznamu) i kvantitativní počítačové analýze záznamu – QEEG.

Elektroencefalografie (EEG) je diagnostická metoda, pomocí které jsou snímány bioelektrické potenciály vznikající při činnosti mozku. Přestože většina psychických onemocnění nemá svůj specifický EEG korelát, možnosti využití v psychiatrii jsou široké. EEG si zachovává výsadní postavení v diagnostice epileptického onemocnění a při vyšetření spánku a jeho poruch. Nejčastější indikací EEG vyšetření v psychiatrii je screening a dif.dg. organicity. Významnou úlohu sehrává EEG při dif.dg. záchvatových stavů (disociační poruchy, panický záchvat vs. epilepsie) nebo při diagnostice již zmíněných poruch spánku.

Samostatnou kapitolou se stává tzv. farmako-EEG, sledující vliv psychofarmak na EEG záznam – EEG nález pak může přispět ke sledování efektu psychofarmak, případně ke sledování jejich nežádoucích účinků, následně lze v některých případech dle EEG farmakoterapii upravit. Změny v EEG způsobují např. benzodiazepiny, lithium nebo některá antipsychotika.

V příspěvku bude mj. prezentována EEG kazuistika pacienta s anamnézou epi paroxu při medikaci klozapinem, ukazující možnosti dávkování klozapinu s ohledem na stupeň abnormality v EEG. Dalším příkladem využití farmako-EEG v klinické praxi je určení stupně toxicity při předávkování lithiem. Budou předvedeny EEG nálezy typické pro pacienty léčené olanzapinem nebo užívající benzodiazepiny.

Krátce bude zmíněn i příklad užití nástrojů farmako-QEEG v klinické praxi, i když to je zatím téma více teoretické, neurovědecké. Hlavními výhodami EEG vyšetření je široká dostupnost v klinické praxi, nedostižná časová rozlišovací schopnost, dobrá snášenlivost, neinvazivnost a minimální cenové náklady. Všechny tyto výhody pak zvyšují i potenciál farmako-QEEG k jeho individuálnímu využívání v klinické praxi.

Bude nám umelá inteligencia určovať liečbu?

MUDr. Marián Kolenič

Spoluautori:

Franke K.; Hlinka J.; Hájek T.; Španiel F.

Prvky umelej inteligencie sa v posledných rokoch čoraz častejšie implementujú v medicíne, pričom oblasť psychiatrie nie je výnimkou. Strojové učenie (machine learning) sa momentálne využíva prioritne v oblasti psychiatrického výzkumu, napríklad pri analýze dát z magnetickej rezonancie (MR). Na úrovni medziskupinového porovnávania je strojové učenie už teraz užitočným nástrojom výzkumu, schopným odhaliť štruktúry mozgu, asociované s ochoreniami ako je schizofrénia alebo bipolárna afektívna porucha.

Ambíciou pre ďalší výzkum v oblasti umelej inteligencie je ale rozšíriť pole pôsobnosti taktiež na individuálnu úroveň, napríklad pri výbere vhodného psychofarmaka pre konkrétneho pacienta. Prezentácia sa bude zaoberať vyššie uvedenými témami s dôrazom na možné kontroverzie v oblasti využitia umelej inteligencie v klinickej praxi.

Grantová podpora: AZV 16-32696A

Měřit nebo neměřit sérové koncentrace depotních antipsychotik?

MUDr. Miloslav Kopeček, Ph.D.

Národní ústav duševního zdraví, Klecany, ČR

3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, ČR

Proti: Při aplikaci depotních antipsychotik je jisté, že pacient léčebnou dávkou dostal a není potřeba kontrolovat jeho compliance. Koncentrace antipsychotika je po celou dobu intervalu podání stejná, protože se lék uvolňuje postupně.

Pro: Měření sérových koncentrací se neprovádí jen kvůli compliance, ale také pro informaci o dosažení terapeutické koncentrace. Koncentrace léku v séru není stejná po celou dobu intervalu podání.

Proti: Terapeutická koncentrace je vztažena k dosažení odpovědi na léčbu, nikoliv k udržení odpovědi či remise. K udržení odpovědi či remise často stačí nižší dávky než k jejímu dosažení.

Pro: Jsou pacienti, kteří jsou zlepšeni na depotním antipsychotiku pouze polovinu intervalu a rád bych věděl, zda to je nižší koncentrací na konci intervalu.

Proti: To lze zjistit i tak, že se podá vyšší dávka či se zkrátí interval podání depotního antipsychotika.

Pro: To už může být mimo doporučení SÚKL a rád bych měl v ruce nějaký argument pro off-label dávkování.

Závěr: Není třeba paušálního měření sérových koncentrací depotních antipsychotik, avšak jsou individuální případy, kdy jeho stanovení může být pro pacienta i lékaře prospěšné.

Použitá literatura

1. MOHR, P. et al., 2017. *Klinická psychofarmakologie*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-546-0.

Zvyšujúca sa prevalencia nadváhy a obezity je dnes závažným celospoločenským problémom, a to nielen vo vyspelých krajinách. Dopad obezity na zdravie je významný, čoraz viac sa hovorí o fenoméne „diabezity“, ktorá nie je len rizikovým faktorom pre mnohé telesné ochorenia, no zvyšuje aj riziko vzniku mnohých častých psychických porúch, najmä depresie a anxiózných porúch. Vyšší výskyt psychických porúch u obéznych oproti všeobecnej populácii ovplyvňujú mnohé faktory. Obezita ako psychologický stresor môže u disponovanej osobnosti vyvolať psychoreaktívnu poruchu, ale vo väčšine prípadov sú prítomné aj biologické spojitosti. Psychické poruchy, najmä afektívne a anxiózne, sa u ľudí s diabazitou vyskytujú až dvojnásobne častejšie ako vo všeobecnej populácii.

Vzťah medzi psychickými poruchami a zvýšenou telesnou hmotnosťou, či diabazitou, má viacero rozmerov. Riziko obezity zvyšujú niektoré jadrové psychopatologické prejavy porúch, sociálne dôsledky porúch a životný štýl, ale aj spoločné patofyziologické mechanizmy. Osobitou kapitolou je vplyv liečby psychofarmakami na hmotnosť pacientov. Výsledkom súčinnosti týchto faktorov je, že zvýšená hmotnosť sa vyskytuje u pacientov s psychickými poruchami 2- až 3-krát častejšie ako je to v celkovej populácii. Obezita, ale najmä diabezita predstavuje pre každého psychicky chorého človeka ďalšiu záťaž. Môže fungovať ako „spúšťač“ novej fázy či ataku ochorenia. V rámci prebiehajúcej fázy depresie, či pri anxiózne poruche, môže viesť k zníženému sebavedomiu a tým k posilňovaniu základných psychopatologických prejavov. Vo všeobecnej rovine prispieva k stigmatizácii pacientov s akýmkoľvek psychickými poruchami, čo v konečnom dôsledku znamená horší výsledok liečby oboch chorobných stavov. Obezita, a s ňou spojený metabolický syndróm, znižujú kvalitu života pacientov so schizofróniou, ale pravdepodobne sa rozhodujúcou mierou podieľajú aj na skrátení očakávanej dĺžky života. Výskyt metabolického syndrómu u pacientov so schizofróniou je až dvojnásobne vyšší ako v bežnej populácii, v niektorých súboroch bol prítomný až takmer u polovice pacientov.

Nárast hmotnosti sa pri liečbe psychofarmakami pozoruje ako pomerne častý nežiaduci účinok. Z hľadiska prognózy psychickej poruchy predstavuje závažný problém, pretože často vedie k nonadherencii a k prerušeniu psychofarmakologickej liečby, aj keď je účinná, čo vystavuje pacienta riziku relapsu či recidívy. Okrem toho obezita nie je pre psychicky chorého len estetickým problémom, psychologickou záťažou potenciálne akcentujúcou základnú psychopatológiu, ale predstavuje niekoľkonásobné zvýšenie rizika vzniku a rozvoja závažných

telesných ochorení, ktoré sa rozhodujúcou mierou podieľajú na predčasnej úmrtnosti psychicky chorých.

Metabolické vstupné riziká či súčasť nežiaducich účinkov antidepresívnej liečby?

MUDr. Mária Králová, CSc.

Pacienti s depresiou majú cca 35 % nárast rizika vzniku diabetu oproti bežnej populácii (Knol 2007). Antidepresíva sa líšia s ohľadom na ich diabetogénny potenciál. Zjavne zvýšené riziko kardiovaskulárnych chorôb a diabetu je pravdepodobnejšie u mladých pacientov s depresiou. Najskôr samotná depresia, a nie antidepresívna liečba, je spojená so zvýšeným rizikom rozvoja kardiovaskulárnych chorôb a diabetu, neboli zatiaľ preukázané významné rozdiely v riziku vzniku kardiovaskulárnych chorôb a diabetu medzi pacientmi liečenými alebo neliečenými AD (Kuehl 2016).

Prírastok hmotnosti môže byť aj známkou zlepšenia pri antidepresívnej liečbe alebo reziduálny príznak (prejedanie – depresívny symptóm). Zvyšujúca hmotnosť po ústupe depresívnych príznakov, či v remisii, je pravdepodobne nežiaducim účinkom (Benazzi 1998; Masand 2002). Preukázalo sa niekoľkonásobné zvýšenie rizika vzniku diabetu spojeného s dlhodobou liečbou paroxetínom v denných dávkach nad 20 mg na deň, ale nie s dlhodobým užívaním fluoxetínu, citalopramu alebo sertralínu (Andersohn, 2009). Nadváha, obezita a negatívne metabolické zmeny sú výzvou pre klinikov pri liečbe pacientov s psychickými poruchami. Samotná psychofarmakologická liečba môže uvedené riziko zvýšiť, preto je na mieste potreba individualizovanej liečby. Stratégie minimalizujúcie prírastok hmotnosti sú dôležitou súčasťou komplexnej liečby. Celkovo je podiel pacientov s abnormálnymi hodnotami lipidov vysoký, hodnoty LDL cholesterolu aj sacharidov na začiatku liečby nad referenčným rozsahom sa vyskytujú takmer u 60 % pacientov. Pacienti najmä s rekurentnou depresiou, teda pri dlhobej liečbe, majú vysoké riziko prírastku hmotnosti, rozvoja metabolického syndrómu a s tým spojeného rizika vzniku kardiovaskulárneho ochorenia, diabetu aj predčasnej mortality.

V rozsiahlej kohortnej štúdii zahŕňajúcej viac ako 160 000 pacientov s depresívnou poruchou liečených antidepresívami (TCA aj SSRI), bolo dlhodobé užívanie antidepresív v stredne vysokej dennej dávke spojené s 84 % nárastom rizika vzniku metabolických komplikácií a diabetu. Krátkodobá liečba antidepresívami, či v nižšej dennej dávke, nebola spojená so zvýšeným rizikom (Andersohn 2009), pričom podobné zistenia sme zaznamenali aj v našom súbore pacientov.

Ochranné liečenia v bežnej praxi psychiatra

MUDr. Mária Majzlanová

Psychiater s. r. o., Partizánske, SR

Spoluautori:

MUDr. Jana Bahledová

SanaMens, s.r.o., Zvolen, SR

MUDr. Silvia Lúčna

Psychiatrická ambulancia, Nové Mesto nad Váhom, SR

Ochranné liečenia (OL) sa stali súčasťou prevažne každej, ak nie každej, neštátnej psychiatrickej ambulancie.

Súd nariadi výkon OL zdravotníckemu zariadeniu, ktoré je povinné ho realizovať. Prevažne sa jedná o protialkoholické a protitoxikomanické OL, menej často psychiatrické, ojedinele sexuologické. Vedenie takéhoto jedinca je náročné nielen po odbornej, ale i administratívno-právnej stránke. Často absencia spolupráce pacienta v základoch narušuje vybudovanie dôvery, vzťahu a spolupráce medzi lekárom a pacientom. Neraz sa stáva, že jedinec absolvuje liečbu počas výkonu trestu a do nástupu ambulantnej OL uplynie dlhší čas (2 aj viac rokov) a prax ukáže, že liečba už nie je potrebná. Inokedy jedinec odsúdený niekoľkokrát rôznymi súdmi, dostane nariadené viaceré OL.

Máme za to, aby OL boli vykonávané v špeciálnych zariadeniach, kde by mali byť zohľadnené špecifické podmienky OL, a ktoré by disponovali jednotne vyškoleným tímom odborníkov (z radov psychiatrov, psychológov, pedagógov), zabezpečujúcich realizáciu takýchto liečení.

Eutanázia ako nový druh „liečby“?

MUDr. Mária Matisová

Psychiatrická klinika LF UK a UN Bratislava, SR

Slovo eutanázia pochádza z gréčtiny a v preklade znamená „dobrú smrť“. V starovekom Grécku znamenala tiché a pokojné ukončenie života. Problematika eutanázie je stará ako samotné ľudstvo, avšak v pôvodnom význame slova je liečbou zameranou na potlačenie symptómov závažnej bolesti u terminálne chorých pacientov bez podstatného efektu na skrátenie života, ale zároveň „uľahčujúcou“ smrť. Najväčšiu zásluhu na zmene chápania významu tohto pojmu majú najmä nové, moderné medicínske prístroje, vďaka ktorým je možné dlhodobo udržiavať základné životné funkcie človeka aj pri nepriaznivej prognóze. Tak, ako sa postupom času menia väčšinové názory v spoločnosti, tak sa menia aj názory na eutanáziu a jej formy. Názory sú častokrát aj v rámci jedného štátu veľmi rozdielne, od striktného odmietania cez schvaľovanie či tolerovanie niektorých foriem až po úplných zástancov eutanázie. Takisto si treba uvedomiť rozdiel medzi eutanáziou a asistovanou samovraždou, aj keď obe vedú k predčasnému ukončeniu života človeka. Pri eutanázii sú prostriedky na ukončenie života podané druhou osobou, spravidla lekárom, a mala by byť spojená s terminálnym štádiom ochorenia, prípadne s nevyliciteľnou chorobou. Pri asistovanej samovražde poskytne asistujúca osoba, pričom to vôbec nemusí byť lekár, prostriedky (napr. smrtiacu látku) človeku, ktorý si smrť daným prostriedkom privodí sám. Z európskych krajín povoľujú eutanáziu štáty Beneluxu, asistovanú samovraždu zase Švajčiarsko, Albánsko a Nemecko. K najväčším rozporom, či už právnym alebo morálnym, patrí definícia „terminálneho štádia ochorenia, resp. nevyliciteľnej choroby“. V auguste tohto roka informovala britská spravodajská stanica BBC o prípade 29-ročnej ženy, ktorá nebola v terminálnom štádiu ochorenia, ani netrpela nevyliciteľnou chorobou a napriek tomu jej bola v januári 2018 umožnená eutanázia na holandskej klinike s príznačným názvom „Koniec života“. Bola to mladá žena psychiatricky liečená od svojich 12 rokov na úzkostne-depresívnu poruchu a hraničnú poruchu osobnosti. Nebola to však jediná psychiatrická pacientka, ktorá požiadala o eutanáziu a ktorej žiadosti bolo vyhovené. Preto sa dá konštatovať, že sa jedná o závažnú problematiku vyžadujúcu rozsiahlejšiu diskusiu aj medzi slovenskými psychiatrami.

Použitá literatúra

1. KOVÁČ, P., 2005. Eutanázia a asistovaná samovražda z hľadiska trestného práva. In: *Via Practica*. 2(4), 216-220. ISSN 1336-4790.
2. <https://www.bbc.com/news/stories-45117163>

Endoteliálna dysfunkcia ako marker kardiovaskulárneho rizika u psychiatrických pacientov

MUDr. Mária Matisová

Psychiatrická klinika LF UK a UN Bratislava, SR

V súčasnosti prebieha rozsiahly výskum, ktorého hlavnou úlohou je analýza možných rizikových faktorov, spôsobov predikcie rozvoja kardiovaskulárnych ochorení a tým aj ich včasnej prevencie. Ukazuje sa, že so zvýšenou zápalovou aktivitou a endoteliálnou dysfunkciou sú spojené aj viaceré psychické poruchy. Na základe doterajších zistení sa napr. pri schizofrénii zvýšené riziko rozvoja kardiovaskulárnych ochorení javí prevažne ako dôsledok, resp. nežiaduci účinnok liečby antipsychotikami. Naopak pri depresii je pravdepodobne oveľa podstatnejší vplyv psychickej poruchy samotnej, pričom vplyv terapie antidepressívami sa na riziku rozvoja kardiovaskulárnych ochorení podieľa v oveľa menšej miere ako sa pôvodne myslelo. Všeobecne známym sa javí fakt, že u pacientov s depresívnymi poruchami je zvýšené riziko rozvoja kardiovaskulárnych ochorení. Depresia a KVS ochorenia sú dva z najčastejších zdravotných problémov celosvetovo. Americká kardiologická spoločnosť dokonca navrhuje depresiu zaradiť spolu s diabetom, obezitou, hypertenziou a fajčením medzi rizikové faktory rozvoja kardiovaskulárnych ochorení. Ukazuje sa, že depresia a KVS ochorenia majú síce odlišný pôvod, ale spoločné niektoré patofyziologické mechanizmy, ktoré sú komplexné a dosiaľ nie celkom objasnené. Medzi tie objasnené patrí napr. zvýšená produkcia proinflatórných cytokínov, endoteliálna dysfunkcia, abnormality v krvnom toku, zhoršený metabolizmus glukózy, elevované plazmatické hodnoty homocysteínov, porucha v metabolizme D vitamínu a mnohé ďalšie. Podstatné je, že jedným z prvých prejavov či detekovateľných markerov kardiovaskulárnych ochorení je už spomínaná endoteliálna dysfunkcia, spojená s tzv. „low-grade“ zápalom. Tento marker je charakterizovaný zmenou reakcie endotelu na zníženú vazodilatáciu, ktorá závisí od hladiny oxidu dusnatého NO. Neinvazívnym spôsobom vyhodnotenia funkcie endotelu je napr. prietokom sprostredkovaná dilatácia (flow-mediated dilatation) alebo Laser Doppler flowmetria. Alternatívny prístup spočíva v meraní plazmatických hladín markerov súvisiacich s endotelom.

Použitá literatúra

1. DAWOOD, T. et al., 2016. Examining endothelial function and platelet reactivity in patients with depression before and after SSRI therapy. In: *Frontiers in Psychiatry*. **7**(February), Article no. 18. ISSN 1664-0640.
2. VAN DOOREN, F. E. P. et al., 2016. Associations of low grade inflammation and endothelial dysfunction with depression – The Maastricht study. In: *Brain, Behavior, and Immunity*. **56**(August), 390-396. ISSN 0889-1591.

Léčba farmakorezistentní schizofrenie

MUDr. Michaela Mayerová

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, ČR

Ve sdělení bude zmíněna definice, neurobiologie a obraz farmakorezistentní (FR) schizofrenie ve zobrazovacích metodách.

Před konstatováním, že je pacient FR, se ujišťujeme, že se nejedná o pseudo-rezistenci, neobvyklou metabolizaci léků, noncompliance apod.

Pokud je pacient opravdu FR, jako 3. volba je indikován klozapin. Klozapin vyšel jako nejúčinnější AP ve většině metaanalýz (MA) srovnávajících účinnost AP. Klozapin je účinný asi u 50% pacientů. Pokud jsou současně monitorovány plazmatické koncentrace, je to 60% i více. Klozapin je nasazován se zpožděním 5-10 let. Vede k tomu zejména obava ze závažných nežádoucích účinků. Některé studie popisují účinnost u 75-82% pacientů, pokud se nasadí včas. Lépe účinkuje u pacientů se závažnější psychopatií. FR pacientů je asi 30% ze všech pacientů se schizofrenií, ale klozapinem je ve většině zemí světa léčeno mnohem méně pacientů. U klozapinu je silně doporučeno monitorovat plazmatické hladiny.

Protože klozapin, mimo jiné, blokuje D4 receptory a méně D2 receptory, možná bychom čekali dobrou účinnost při kombinaci s AP blokující právě D2 receptory (například risperidon, haloperidol). Na kombinaci s haloperidolem není kupodivu příliš mnoho dat, kombinace s risperidonem vyšla ve dvou MA jako neúčinná. Vysvětlováno je to tím, že FR pacienti na klozapinu mají širší psychopatiologii než ti, co reagují na D2 blokátory. V praxi kombinaci klozapinu a risperidonu/haloperidolu vídáme a používáme. Ve studiích jako nejúčinnější kombinace vychází klozapin + amisulprid (D2/D3 antagonist). Špatně si nestojí ani kombinace klozapin + aripiprazol, byť není k dispozici tolik dat. Ze stabilizátorů nálady vychází v kombinaci s klozapinem jasně účinný pouze valproát. Tato kombinace má ale i své nevýhody, jako vyšší výskyt neutropenie nebo nejasná farmakologická interakce. Ve sdělení budou zmíněny kombinace s antidepresivy; a taky látky, které v kombinaci s klozapinem nevyšly jako účinné nebo k nim není příliš mnoho dat, byť některé určitou nadějí vzbuzují. Aplikace ECT ke klozapinu je dle recentní MA účinná, účinnost je asi 60%, ale chybí randomizované placebem kontrolované studie. Dle jiné nedávné MA je kombinace ECT + klozapin účinnější než kombinace ECT + jiné AP.

MUDr. Tomáš Novák, Ph.D.

Národní ústav duševního zdraví, Klecany, ČR

Přínos antidepresiv (AD) v akutní fázi, kombinované léčby v udržovací fázi a nedůvěra k lithiu jsou jen jedny z mnoha bodů na seznamu kontroverzí v léčbě bipolární poruchy (BP). Názory na význam AD (jako přídatné léčby ke stabilizátorům nálady [SN]) v depresivní epizodě BP jsou značně rozporné a jasnou odpověď nenajdeme ani v souhrnech kontrolovaných studií, nabízející závěry od absence účinku po efekt srovnatelný s léčbou depresivní poruchy. Shoda dnes panuje pouze v otázce bezpečnosti, kdy se riziko přesmyku do mánie jeví jako mírné. Navzdory praxi existuje shoda (alespoň u BP I typu) v doporučení podávat AD pouze po omezenou dobu, obvykle v průběhu depresivní epizody a následně 2-3 měsíce po dosažení remise s výjimkou případů návratu obtíží po jejich vysazení. Druhým nejasným bodem léčby BP je přínos kombinované léčby v udržovací fázi. Některé studie zpochybňují vyšší efektivitu kombinované léčby proti monoterapii (a zdůrazňují vyšší výskyt nežádoucích účinků a nižší adherenci k léčbě), jiné prokazují přínos kombinací jen po omezenou dobu (např. 6 měsíců po akutní epizodě), ale nikoliv v delším sledování. Diskuze se vede jak o kombinacích SN (např. lithium a valproát), tak o kombinacích SN a antipsychotik 2. generace (AP2), kdy u studií s AP2 je navíc kritizováno, že většina údajů o jejich účinnosti pochází z tzv. enriched design studií. Praktickým výstupem jsou pak doporučení zvážit (s odstupem 6-12 měsíců od poslední epizody) nutnost dalšího pokračování kombinované léčby udržovací fázi. Třetím bodem k diskuzím je nevyužitý potenciál lithia v klinické praxi navzdory jednoznačně nejsilnějším důkazům o jeho účinnosti v udržovací fázi, jak z intervenčních, tak neintervenčních studií. Výsledkem nárůstu důkazů o superioritě lithia v řadě ukazatelů průběhu BP jsou dnes (opět) doporučení některých odborných společností pokusit se o zavedení lithioprofylaxe u každého pacienta po stanovení diagnózy (tedy po první manické epizodě) a teprve při neúspěchu (absence účinku v prevenci epizod, výrazné nežádoucí účinky) zvažovat alternativní postup. Vedle nových informací o účinnosti lithia se objevují i data o jeho menší rizikovosti proti tradovaným představám.

Práce byla podpořena grantem GAČR 17-07070S.

MUDr. Marie Obdržálková

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, ČR

Spoluautoři:

Bc. PharmDr. Kateřina Horská, Ph.D.

Nemocniční lékárna FN Brno, Ústav humánní farmakologie a toxikologie FaF VFU Brno, ČR

Bc. PharmDr. Hana Kotolová, Ph.D.

Ústav humánní farmakologie a toxikologie FaF VFU Brno, ČR

MUDr. Petra Štrocholcová, Ph.D.

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, ČR

doc. Bc. MUDr. Libor Ustohal, Ph.D.

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, ČR

Středoevropský technologický institut (CEITEC MU), Brno, ČR

Léčba klozapinem představuje nenahraditelnou terapeutickou strategii zejména v léčbě rezistentní schizofrenie, která s sebou ovšem nese jistá rizika.

Z retrospektivní studie, prováděné na PK FN Brno v období 2012-2014, vyplývá, že z celkového počtu 336 pacientů hospitalizovaných s dg. F20, F23.1, F23.2 a F25 bylo léčeno klozapinem 62 pacientů. Bylo zjištěno spektrum nejčastějších nežádoucích účinků, které je uvedeno se sestupnou četností následovně: tachykardie, obstipace, metabolické nežádoucí účinky, únava, mírná až středně těžká neutropenie/leukopenie. Méně často byla zaznamenána hypertenze, slinění, epileptické paroxysmy, ojediněle pak insomnie, anticholinergní delirium, abnormálně časté močení a elevace jaterních enzymů.

V roce 2017 byl na naší klinice zachycen i případ agranulocytózy u pacientky přijaté pro první epizodu schizofrenie (FES). Jako 1. volbu terapie jsme u ní zvolili olanzapin (bez efektu), jako 2. amisulprid (pouze s parciálním efektem). Vzhledem k rezistenci jsme jako 3. volbu nasadili klozapin za pravidelné monitorace krevního obrazu, který byl v normě. Došlo ke stabilizaci jejího stavu, pacientka byla propuštěna, avšak 47 dní po nasazení klozapinu došlo k poklesu počtu leukocytů, o další dva dny později pokles progredoval. Klozapin byl proto vysazen a pacientka rehospitalizována. Pokles v bílé krevní řadě však pokračoval s úbytkem neutrofilů až k nulovým hodnotám. Do terapie jsme nasadili kolonie granulocytů stimulující faktor (G-CSF) filgrastim za profylaxe antibiotiky a antimykotiky. Již 4. den od jeho nasazení došlo k významnému nárůstu neutrofilů. Pacientka zůstávala v remisi, k prevenci relapsu jsme jí však raději nasadili

risperidon. Po roce od propuknutí FES zůstávala pacientka v remisi na medikaci risperidonem, krevní obraz byl v normě.

Naše poznatky ukazují, že benefit terapie klozapinem převyšuje rizika, z nichž při důsledné monitoraci a přijetí adekvátních opatření lze mnohá redukovat. Konkrétně se jedná zejména o tachykardii (nasazení betablokátorů), obstitaci (úprava stravy, případně podávání laxativ) i metabolické nežádoucí účinky (dietní opatření či farmakologické ovlivnění). Nejzávažnějším rizikem je rozvoj agranulocytózy, pravidelná monitorace krevního obrazu a včasná terapie pomocí G-CSF však minimalizují i toto riziko.

Disulfiram hypoteticky 3 indikácie a 3 rôzne mechanizmy účinku

MUDr. Ľubomír Okruhlica, CSc.

Centrum pre liečbu drogových závislostí, Hraničná 2, Bratislava, SR

Tradičnou indikáciou disulfiramu je averzívna liečba alkoholizmu. Po podaní blokuje odbúravanie alkoholu inhibíciou enzýmu alkoholdehydrogenázy, čím dochádza v organizme k hromadeniu vysoko toxického acetaldehydu. Mechanizmom pôsobenia terapie však nie je vyvolanie intoxikácie, ale jedná sa o psychologický efekt pôsobenia strachu z intoxikácie, ktorý bráni uspokojeniu cravingu požitím alkoholu. Odborná literatúra pozná ešte minimálne dve možné indikácie, ktoré sú čiastočne vedecky doložené, ale nie natoľko, aby boli registrované ako regulárna terapia. Ide o terapeutické použitie disulfiramu pri liečbe závislosti od kokaínu a použitie disulfiramu v onkologickej terapii. Cieľom príspevku je poskytnúť prehľad doterajších medicínskych zistení o predpokladaných mechanizmoch účinku a efektívite pre tieto dve ďalšie, aktuálne, ale "off-label" indikácie.

MUDr. Miloslav Oppa

*Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského Martin, SR
Univerzitná nemocnica Martin, SR*

Spoluautori:

Cesneková D.; Peregrim L.; Hamráková A.; Hrtánek I.; Ondrejka I.;
Nosáľová G.

*Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského Martin, SR
Univerzitná nemocnica Martin, SR*

Depresia je časté a závažné psychické ochorenie s výrazným vplyvom na fungovanie jednotlivca s tendenciou k rekurencii a chronifikácii, ktoré predstavuje obrovskú záťaž nielen pre jednotlivca, rodinu, ale aj pre spoločnosť a to vysokou morbiditou, mortalitou a stratou školskej produktivity. Výskyt veľkej depresívnej poruchy v detstve je relatívne nízky, ale rastie počas adolescencie, viac u dievčat. Navyše u adolescentov s depresiou pozorujeme zvýšené riziko komorbidity s úzkostnými poruchami, poruchami správania, škodlivým užívaním psychoaktívnych látok alebo ADHD v porovnaní s adolescentami bez depresie. Podľa údajov dosiahne kompletnú remisiu iba 30 až 40 % pacientov liečených konvenčnými antidepresívami, v pedopsychiatrii navyše narážame aj na ďalší problém a tým je množstvo potenciálne použiteľných antidepresív. V súčasnosti je na Slovensku zo SSRI len fluoxetín oficiálne schválený na liečbu depresívnych epizód v detstve, fluvoxamín a sertralín sú indikované výlučne na liečbu obsedantno-kompulzívnej poruchy v detstve a z tricyklických antidepresív má len dosulepín indikáciu na liečbu depresie v detstve, v minulosti aj ostatné tricyklické antidepresíva boli schválené na liečbu detskej depresie. Preto je nevyhnutné skúmať ďalšie antidepresíva s potenciálnym využitím u týchto vekových skupín. Jedným z perspektívnych liečiv v pedopsychiatrii je vortioxetín, antidepresívum s multimodálnym účinkom, ktoré v štúdiách u dospelých pacientov s depresiou preukázalo dostatočnú účinnosť a dobrú tolerabilitu. V prvej časti príspevku sú uvedené základné charakteristiky vortioxetínu a jeho výhody oproti konvenčným antidepresívam, ktoré sú najmä jeho bezpečnostný profil, nízky výskyt sexuálnych dysfunkcií, ale aj pozitívne ovplyvnenie kognitívnych funkcií u pacientov s depresiou. V ďalšej časti sú uvedené prvé vedecké štúdie s vortioxetínom v pedopsychiatrii, ako aj prvé vlastné skúsenosti s liečbou adolescentov s primárnymi poruchami nálady na detskom oddelení Psychiatrickej kliniky JLF UK a UNM v Martine, ktorí boli v minulosti liečení viacerými antidepresívami, hlavne zo skupiny SSRI, a ktorí nedostatočne odpovedali na liečbu, netolerovali ju, alebo u nich došlo k relapsu

depresívnej poruchy. Dostupné informácie zo štúdií svedčia pre dobrú tolerabilitu, pričom z nežiaducich účinkov sa najčastejšie vyskytovala cefalea a nevoľa, ktoré boli bez vzťahu k veľkosti dávky vortioxetínu. Nielen tieto dôvody robia z vortioxetínu potenciálne perspektívnu možnosť liečby depresie u detí a adolescentov.

Mgr. Andrea Orosová, PhD.

Psychiatrické oddelenie, pracovisko Trieda SNP 1, Košice, SR

Arteterapia je najstarší terapeutický prístup na psychiatrii, ktorý využíva výtvarný prejav ako formu komunikácie, rozvíjania kreativity, uvoľnenia a radosti z výsledku. Dnešná podoba tejto terapie si zakladá na spontánnej aktivite účastníka, ktorá sa v atmosfére slobody a spontaneity sama prebúdzá. Čo znamená, že svojou výtvarnou tvorbou sa klient s určitou istotou stáva aktérom diania a nevedome preberá aj zodpovednosť za svoje rozhodovanie a konanie. Táto výhoda nedovoľuje ostať v pasivite, či vo vyhýbavosti. Výsledkom terapeutického stretnutia je artefakt, ktorý ponúka svojou symbolikou spätnú väzbu, nielen vo svojej formálnosti, ale aj obsahovosti, ktorú terapeut svojimi postrehmi tlmočí klientovi.

MUDr. Pavel Palkovič

Centrum pre liečbu drogových závislostí, Hraničná 2, Bratislava, SR

Spoluautori:

Okruhlica L.; Koyšová M.; Rybár J.; Kamendy Z.; Simona S.

Centrum pre liečbu drogových závislostí, Hraničná 2, Bratislava, SR

Duševné poruchy v dôsledku pitia alkoholu patria k najčastejším činiteľom vedúcim k demencii. Liečba thiamínom je protektívnym faktorom prevencie vzniku a progresie demencie u pacientov s diagnózou závislosti od alkoholu. Thiamín je základným kofaktorom pre transketolázu, alfa-glutarátdehydrogenázu a pyruvát dehydrogenázu v mechanizmoch karbohydrátového metabolizmu. Chronické pitie vedie k thiamínovej deficiencii pre jeho nedostatočný príjem v potrave, malabsorbciu a narušenú utilizáciu. Thiamín sa zvyčajne administruje intravenózne, alebo intramuskulárne počas 5 dní 3-krát denne. V profylaxii sa podáva 100 – 200 mg 3-krát denne i.v., alebo i.m. a následne per os 100 mg 3-krát denne počas 1 – 2 týždňov a potom v dávke 100 mg za deň. Súčasne je potrebné zabezpečiť dostatočnú hladinu magnézia v sére. Magnézium je základným kofaktorom pre viacero enzýmov viazaných na thiamín. Nízke hladiny magnézia boli zistené u thiamínovej deficiencie, Wernickeho encephalopatii a pri nedostatočnej odpovedi na substitúciu thiamínom. Pitie je zodpovedné za ťažkú depléciu magnézia v organizme. Liečba thiamínom doplnená o magnézium by preto mala byť štandardnou súčasťou terapeutického plánu u pacientov s duševnými poruchami v dôsledku konzumácie alkoholu. Na dokreslenie aktuálnej praxe sme v deskriptívnej štúdii zisťovali z prepúšťacích správ pacientov liečených pre problémy s alkoholom na psychiatrických oddeleniach v Bratislave, aká bola frekvencia podávania thiamínu a magnézia. Z celkového počtu 84 ústavne liečených pacientov pre diagnózu závislosti od alkoholu v CPLDZ Bratislava 85 % dostávalo thiamín a 33 % magnesium, na porovnanie zo 142 pacientov liečených v iných ústavnych psychiatrických zariadeniach malo thiamín počas liečby 36 % a magnézium 21 % liečených pre alkoholizmus. Prezentované výsledky svedčia o potrebe systematickejšej preskripcie.

Prof. Zoltán Rihmer

*Department of Clinical and Theoretical Mental Health
Semmelweis University, Budapest, Hungary*

Untreated depression is the major cause of suicide and several follow-up studies show that successful acute and long-term treatment of major depression (with antidepressants) and bipolar disorders (with mood stabilizers, antidepressants and/or antipsychotics) markedly reduces the risk of further suicide attempts and committed suicide. Suicidal behaviour in patients taking antidepressants is relatively most frequent among the nonresponders and in the first 10-14 days of the treatment. Register based cohort studies also found that continuous treatment with antidepressants or mood stabilizers substantially reduced the risk of subsequent suicidal behaviour in unipolar or bipolar patients compared to those who were not pharmacologically treated. The recently decreased use of antidepressants in children and adolescents seen in USA, the Netherlands and Canada after the FDA warnings might be the cause of a concurrent marked increase in suicide rates in that age-groups.

On the other hand, however, the meta-analysis of Phase II/III randomized controlled clinical trials on antidepressant monotherapy in unipolar major depression (from which studies the most severe and acutely suicidal patients are excluded therefore no detectable antisuicidal effect could be expected) show a nonsignificant increase of suicidal behaviour in patients taking antidepressants compared to those who are taking placebo. Recent findings show that this small increase in suicidality relates to depression-worsening potential of antidepressant monotherapy (unprotected by mood stabilizers) in subthreshold bipolar depressives (in clinical trials on unipolar depression) and in unrecognized bipolar depressives (in real life situation).

The risk of suicidal behaviour in major depressives is an inherent phenomenon and the most frequent source of medical contact in depression is the suicidality. The suicide rate of untreated major depressives is 25-30 fold times higher than the same rate in the general population, but patients taking antidepressants show „only” on 8-fold increase in this risk. Considering only major depressives who receive successful antidepressive drug-treatments, this risk is much less and it is quite close to the suicide risk of the general population. The widespread use of antidepressants in the „new SSRI era” appear to have actually lead to a marked decline in suicide rates in most countries with traditionally high baseline suicide rates.

References

1. AKISKAL, H., 2007. Targeting suicide prevention to modifiable risk factors: has bipolar II been overlooked? In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*. **116**(6), 395-402. ISSN 0001-690X.
2. GIBBONS, R. D. et al., 2007. Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents. In: *American Journal of Psychiatry*. **164**(9), 1356-1363. ISSN 0002-953X.
3. ISACSSON, G. and J. AHLNER, 2014. Antidepressants and the risk of suicide in young persons—prescription trends and toxicological analyses. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*. **129**(4), 296-302. ISSN 0001-690X.
4. KATZ, L. Y. et al., 2008. Effect of regulatory warnings on antidepressant prescription rates, use of health services and outcomes among children, adolescents and young adults. In: *Canadian Medical Association Journal*. **178**(8), 1005-1011. ISSN 1488-2329.
5. RIHMER, Z. and H. AKISKAL, 2006. Do antidepressants treat (h)reat (en) depressives? Toward a clinically judicious formulation of the antidepressant–suicidality FDA advisory in light of declining national suicide statistics from many countries. In: *Journal of Affective Disorders*. **94**(1-3), 3-13. ISSN 0165-0327.
6. RIHMER, Z., 2007. Pharmacological prevention of suicide in bipolar patients – A realizable target. In: *Journal of Affective Disorders*. **103**(1), 1-3. ISSN 0165-0327.

Management of people with emotionally unstable personality disorders (EUPD) in secondary psychiatric services: Time to revise guidelines, and get rid of the term EUPD?

MUDr. MSc. Homayun Shahpesandy, Ph.D.

Consultant Psychiatrist

The Hartsholme Centre, Psychiatric Intensive Care Unit, Lincoln, United Kingdom

Spoluautori:

Dr Rosemary Mohamed-Ali; Dr Al-Kubaisy Tarik; Dr Umesh Ramaiah;

Dr Beena Rajkumar and Frances Senthil

Lincolnshire NHS Foundation Trust, Lincoln, United Kingdom

Background and aim: EUPD is an extremely challenging condition. In inpatient services its prevalence is estimated about 20% (Oldham 2005). In UK, NICE (NICE 2009) recommends psychotherapy as the treatment of choice, nevertheless, the use off-license medications is widespread.

We aim to identify clinical, and service delivery characteristics of people with EUPD admitted to inpatient services between January 2017 and August 2018.

Method: This is a retrospective cohort examination of 173 inpatients.

Results: Of total 1404 inpatients, 227 (16.1%) were identified with EUPD. Of 227, 54 (23.7%) were excluded; 31 (13.6%) with schizophrenia and 23 (10.1%) with bipolar disorders. Of 173 (120 women, and 53 men), average age 34.4 years; six (3.57%) died by suicide. The average length of admission was 123 days. 60% of women and 37.7% of men had a history of sexual abuse. 90 (52%) had at least one medical co-morbidity, 117 (67.3%) at least one psychiatric co-morbidity; substance abuse (34.6%) and stress-related conditions 31 (17%) as the commonest co-morbidities. 164 patients (94.8%) were on psychotropics; 128 (73.9%) at least one on one antidepressant and one antipsychotic, 95 (55%) on anxiolytics; 74 (42.7%) on hypnotics, and 41 (23.6%) on mood stabilisers. All patients had a history of multiple self-harm and suicide attempts requiring urgent treatment.

Conclusion: EUPD is a very complex psychiatric condition with polypharmacy and comorbidity widespread. The term EUPD causes stigma to patients and does not reflect the true nature and gravity of this condition and its psychopathology. An alternative term, tardive PTSD instead should be considered. The current guidelines do also require revising.

References

1. OLDHAM, J. M., 2005. *Guideline watch: practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. 2nd ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, pp. 1-9.
2. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2009. *Borderline personality disorder: treatment and management*. National Collaborating Centre for Mental Health. NICE Clinical Guidelines, No. 78. Leicester, UK: British Psychological Society, CG78. ISBN 978-1-85433-477-0.

doc. MUDr. Jozef Šidlo, CSc.

*Súdnolekárske pracovisko, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, Bratislava, SR
Ústav súdneho lekárstva Lekárskej fakulty Univerzity Komenského, Bratislava, SR*

Spoluautori:

MUDr. Dagmar Breznoščáková, Ph.D.

I. psychiatrická klinika UPJŠ LF a UNLP, Košice, SR

Úvod: Užívanie psychoaktívnych liekov v domácom prostredí je bežnou praxou u psychiatricky liečených pacientov. Lítium sa používa najmä v liečbe akútnej manickej fázy bipolárnej afektívnej poruchy s veľmi dobrou účinnosťou. Zároveň je aj liekom prvej voľby pri profylaxii bipolárnej afektívnej poruchy. Prezentujeme dva prípady intoxikácie lítium s následnou hospitalizáciou, liečbou a úmrtím. V oboch prípadoch šlo o staršie ženy, ambulantne psychiatricky liečené.

Pacienti a metódy: V oboch prípadoch bola vykonaná pitva s kompletným histopatologickým a toxikologicko-chemickým vyšetrením.

Výsledky: V prípade 70-ročnej ženy prijatej do zdravotníckeho zariadenia pre poruchu vedomia pri nevhodne kombinovanej liečbe lítium a meloxicamom bola post mortem zistená prítomnosť amisulpridu v niekoľkonásobne vyššej koncentrácii ako je terapeutická. V prípade 75-ročnej ženy prijatej do zdravotníckeho zariadenia pre poruchu vedomia došlo k úmrtiu aj napriek akútnej hemodialyzačnej liečbe. Pri vyšetrení post mortem bola v krvnom sére zistená hodnota lítia prevyšujúca terapeutickú koncentráciu.

Záver: Pacienti s duševnými poruchami liečení mimo zdravotníckeho zariadenia v domácom prostredí predstavujú určité riziko užitia nadmerného množstva liekov, či už náhodne alebo úmyselne. V demonštrovaných prípadoch nie je možné vylúčiť užitie liekov v samovražednom úmysle. Aj tieto prípady apelujú na potrebu hľadať možnosti a spôsoby, ako zabrániť otravám indikovanými liečivami v domácom prostredí.

MUDr. Zdenka Trokanová

Psychiatrická nemocnica Velké Zálužie, SR

Predkladáme kazuistiku 34-ročnej pacientky liečenej pre schizofréniu od 18. roku života, ktorá bola 20-krát hospitalizovaná v rôznych psychiatrických zariadeniach pre dekompenzácie ochorenia aj v dôsledku nedostatočnej ambulantnej compliance. V anamnéze má zadokumentovaných aj niekoľko závažných samovražedných pokusov. V jej liečbe bola využitá celá paleta dostupných antipsychotík, vrátane klozapínu, depotných antipsychotík prvej aj druhej generácie (všetkých) a elektrokonvulzívnej liečby, napriek tomu sa nedarilo udržať pacientku v stabilnejšej remisii. Najmä v posledných rokoch pacientka výrazne priberala na hmotnosti. Pre relaps ochorenia napriek užívaniu klozapínu bola hospitalizovaná na našom oddelení v roku 2016. Vzhľadom na intoleranciu ďalšieho zvyšovania dávky klozapínu sme do kombinácie zvolili aripiprazol. Pre frekventné relapsy v dôsledku nonadherencie aripiprazol v depotnej forme. Táto liečba priniesla pacientke najdlhšiu remisiu v doterajšom priebehu ochorenia. Na rozdiel od antagonistického pôsobenia ostatných antipsychotík na dopamínové receptory má aripiprazol odlišný mechanizmus účinku, parciálny agonizmus D2 receptorov. Stabilizuje dopaminergickú neurotransmisiu, čo súvisí s jeho vplyvom ako na pozitívne, tak aj na kognitívne, negatívne a afektívne príznaky a aj s jeho dobrou znášanlivosťou pri absencii väčšiny bežných vedľajších účinkov antipsychotík. Aripiprazol neovplyvňuje hmotnosť, má neutrálny až inhibičný vplyv na vyplavovanie prolaktínu. Jeho kombinácia s klozapínom vedie po roku k zlepšeniu metabolických parametrov, zníženiu hmotnosti a BMI (1). Tolerabilita antipsychotika je dôležitá najmä z hľadiska dlhodobej liečby. Depotné formy antipsychotík preukázali významnú redukciu v počte relapsov vyžadujúcich hospitalizáciu. Depotné antipsychotiká druhej generácie a perorálny aripiprazol sú spojené aj s najnižšou mortalitou u pacientov so schizofréniou v porovnaní s prvogeneračnými antipsychotikami a s neužívaním medikácie (2).

Použitá literatúra

1. FLEISCHHACKER, W. W., 2010. Effects of adjunctive treatment with aripiprazole on body weight and clinical efficacy in schizophrenia patients treated with clozapine: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. In: *International Journal of Neuropsychopharmacology*. **13**(8), 1115-1125. ISSN 1461-1457.
2. TAIPALE, H. et al., 2018. Antipsychotics and mortality in a nationwide cohort of 29,823 patients with schizophrenia. In: *Schizophrenia Research*. **2018**(197), 274-280. ISSN 0920-9964.

Hemodynamické parametry u schizofrenie a vliv farmakoterapie

doc. Bc. MUDr. Libor Ustohal, Ph.D.

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, ČR

Středoevropský technologický institut (CEITEC MU), Brno, ČR

Spoluautoři:

MUDr. Michaela Mayerová

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, ČR

PharmDr. Bc. Kateřina Horská, Ph.D.

Nemocniční lékárna FN Brno, Ústav humánní farmakologie a toxikologie FaF VFU Brno, ČR

MUDr. Marie Obdržálková

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, ČR

prof. MUDr. Eva Češková, CSc.

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, ČR

Středoevropský technologický institut (CEITEC MU), Brno, ČR

prof. MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D.

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, ČR

Recentní údaje hovoří o tom, že pacienti se schizofrenií se dožívají v průměru o cca 15 let nižšího věku než zbytek populace a že je u nich signifikantně zvýšen výskyt kardiovaskulárních onemocnění (CVD) a mortality způsobené CVD. Průřezové studie ukazují, že již u pacientů s prvními epizodami schizofrenie (FES) jsou zhoršeny hemodynamické parametry jako tzv. pulse pressure (rozdíl mezi systolickým a diastolickým tlakem), rate pressure product (RPP; počítaný jako násobek systolického tlaku a tepové frekvence) a střední arteriální tlak (MAP; počítaný jako součet jedné třetiny systolického tlaku a dvou třetin diastolického tlaku), zvýšen je i poměr neutrofilů/lymfocyty (NLR) a monocytů/lymfocyty (MLR), které jsou dle předpokladů markery zánětu a endoteliální dysfunkce a mohly by predikovat právě CVD a s CVD spojenou mortalitu. Zatím ale chybí data z dlouhodobějšího sledování.

Do naší pilotní studie jsme proto zařadili 30 pacientů, kteří na začátku hospitalizace pro FES podstoupili laboratorní (včetně stanovení krevního obrazu a diferenciálu), fyzikální (včetně vitálních funkcí) a psychiatrické vyšetření. Toto vyšetření jsme zopakovali o rok později.

Zjistili jsme, že v průběhu roku u našich pacientů došlo ke statisticky signifikantnímu nárůstu pulse pressure i RPP, při měření po roce jsme našli signifikantní korelaci mezi MLR a RPP a také mezi MLR a MAP. Nejvýznamněji se zvýšila hodnota RPP, protože došlo k signifikantnímu nárůstu obou složek, z nichž je počítána – systolického krevního tlaku i tepové frekvence. A právě sinusové tachykardii se věnuje u pacientů se schizofrenií málo pozornosti, byť je známo, že řada antipsychotik ji může působit. Zatím chybí studie, které by ukázaly, jak v těchto případech postupovat. Na základě kazuistik a jejich sérií se obvykle doporučuje nasazení betablokátorů, popř. ivabradinu či verapamilu.

Hemodynamické parametry jsou narušeny již u pacientů s FES na začátku léčby. Jak ukazují naše data, dochází k jejich zhoršování v dalším průběhu nemoci i díky nárůstu tepové frekvence a rozvoji tachykardie, na níž se mohou podílet antipsychotika. Ovlivnění tachykardie je zatím věnováno málo pozornosti.

Tato práce vznikla díky projektu (Ministerstva zdravotnictví) koncepčního rozvoje výzkumné organizace 65269705 (FN Brno).

Manažment pacientov s prolongáciou QT intervalu – pohľad psychiatra

MUDr. Vanda Valkučáková

Psychiatrické oddelenie, Fakultná nemocnica Trnava, SR

Predĺženie QT intervalu sa spája s proarytmogénnym rizikom rozvoja torsade de pointes a potenciálnym náhlym kardiálnym úmrtím. V klinickej praxi sa stretávame najčastejšie s farmakologicky navodenou prolongáciou QT intervalu, pričom psychiatrickí pacienti predstavujú obzvlášť rizikovú skupinu, nakoľko antipsychotiká a antidepresíva patria medzi farmaká s QT prolongujúcim potenciálom. Klasické antipsychotiká sú najčastejšie spájané s prolongáciou QT intervalu a popísanými prípadmi torsade de pointes, atypické antipsychotiká sú hodnotené ako farmaká s vhodnejším kardiologickým profilom. Z antidepresív si vyžadujú zvýšenú preskripčnú opatrnosť hlavne tricyklické a SSRI antidepresíva. K rozvoju ventrikulárnych arytmií pri užívaní QT-prolongujúcich farmák však prispievajú exacerbujúce faktory, ako napr. vek, pohlavie, renálne či hepatálne abnormality, elektrolytová dysbalancia, preexistujúce ochorenia srdca alebo genetická predispozícia – predpokladá sa komplexná súhra externých faktorov v čase expozície lieku. K prolongácií QT intervalu dochádza len u limitovaného množstva pacientov, avšak pre možné letálne dôsledky si opatrná preskripcia rizikových liečiv a včasná identifikácia susceptibilných pacientov zaslúži špeciálnu pozornosť. Vhodnosť EKG skríningu a možnosti vedenia liečby ilustrujeme na kazuistike.

Štandardné postupy pri liečbe klozapínom

MUDr. Matúš Virčík

Psychiatrická nemocnica Michalovce, n. o., SR

Približne jedna tretina pacientov so schizofréniou nereaguje, alebo len čiastočne reaguje na antipsychotickú liečbu, čím sa liečba farmakorezistentnej schizofrénie dostáva do popredia záujmu v starostlivosti o duševné zdravie. Ukázalo sa, že klozapín poskytuje osobité terapeutické výhody a je schválený, ako liečba prvej línie pre farmakorezistentnú schizofréniu. Tieto výhody zahŕňajú redukciu pozitívnych aj negatívnych symptómov, ako aj zníženie výskytu agresívneho a samovražedného správania u tejto skupiny pacientov. Využitie klozapínu pri liečbe farmakorezistentnej schizofrénie je v klinickej praxi obmedzené. Hlavným dôvodom nedostatočného využitia klozapínu je jeho široký profil nežiaducich účinkov, predovšetkým riziko životunebezpečnej agranulocytózy, ktorá si vyžaduje pravidelné hematologické monitorovanie. Ďalším faktorom prispievajúcim k obmedzenej preskripcii klozapínu, je využívanie iných antipsychotík druhej generácie, s menším množstvom nežiaducich účinkov. V liečbe farmakorezistentnej schizofrénie sa k nasadeniu klozapínu pristupuje častokrát až po vyčerpaní ostatných terapeutických možností – predovšetkým dostupných antipsychotík druhej generácie. Optimalizované využitie terapeutických možností klozapínu v klinickej praxi by tak mohlo viesť k vyššej efektívnosti liečby.

Endokanabinoidný systém a kanabinoidy v kontexte psychotických porúch

MUDr. Matúš Virčík

Psychiatrická nemocnica Michalovce, n. o., SR

V poslednom desaťročí narástol počet štúdií, ktoré významne prispeli k pokroku v pochopení neurobiologických mechanizmov endokanabinoidného systému, ako aj farmakologických účinkov tetrahydrokanabinolu (THC) a syntetických derivátov kanabinooidov. Kanabinoidy sa už v minulosti používali na zmiernenie niektorých príznakov spojených s poruchami centrálného nervového systému. Po starších správach o užívaní kanabinooidov na medicínske účely, nedávny výskum poukázal na potenciál kanabinooidov pri liečbe širokej škály neuropsychiatrických porúch, medzi ktoré patria – bolesť, motorické dysfunkcie alebo psychické poruchy. Na druhej strane zneužívanie kanabinooidov úzko súvisí s rozvojom rôznych psychických porúch, akými sú psychóza, závislosť, úzkosť, depresia alebo kognitívne dysfunkcie. Vzhľadom na to, že kanabinoidy môžu mať potenciálne terapeutické využitie, je aktuálnym trendom analyzovať neurobiologické a behaviorálne dôsledky ich podávania. V tejto prednáške sa pokúsím priblížiť možnosť využitia súčasných poznatkov o endokanabinoidnom systéme a jeho dysfunkciách v kontexte potenciálnych terapeutických intervencií.

Úskalia posudzovania invalidity pri psychiatrických ochoreniach

MUDr. Jana Vránová

NZZ Spirare spol. s r.o., Bratislava, SR

V príspevku prinesiem niekoľko zamyslení nad komplexnosťou posudzovania invalidity u psychiatrických pacientov, potreby a špecifikácie vyjadrení o zdravotnom stave od psychiatra – špecialistu. Na kazuistikách poukážem na problematiku chronických psychiatrických ochorení, ako aj komorbídnych pacientov – psychiatrická komorbidita, prípadne komorbidita somatických ochorení u pacientov so súčasnou psychiatrickou diagnózou.

Použitá literatúra

1. Zákon o sociálnom poistení č. 461/2003 Z. z. v zn. neskorších predpisov, príloha č. 4 a 2.
2. Zákon o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ŤZP č. 447/2008 Z. z. v zn. neskorších predpisov.

Štandardné postupy pri depotnej antipsychotickej liečbe

MUDr. Marek Zelman

Psychiatrická nemocnica Hronovce, SR

K tvorbe terapeutického štandardu na báze medicíny založenej na dôkazoch sa dá pristupovať v princípe dvomi spôsobmi. Prvým z nich je jeho vytvorenie de novo – systematickým analyzovaním všetkých dostupných zdrojov. Pochopiteľne tento prístup vyžaduje enormné personálne i iné kapacity. Druhým spôsobom je adaptovanie existujúcich renomovaných medzinárodných, národných, či inštitucionálnych metodík. Jedným z možných prístupov je metodika ADAPTE, použitá napríklad pri tvorbe štandardov Kanadskej psychiatrickej spoločnosti.

Príspevok prináša náčrt vytvárania indikačného štandardu pre depotnú antipsychotickú liečbu, popisuje spôsob výberu postupov pre zaradenie do prehľadu, ich revízie a vytvárania komplexného finálneho štandardného terapeutického postupu adaptovaného na naše kultúrne a organizačné podmienky.

Na základe analýzy a extrakcie informácií podľa medzinárodných metodík (WHO, APA, NICE, RANZAP, CPA, WFSBP, BAP, Maudsley) je možné ustáliť tieto indikácie pre podávanie depotnej/LAI antipsychotickej liečby.

Primárne: preferencia pacienta (úroveň evidencie A), nonadherencia (A), následne: nedostatočná účinnosť perorálnej AP liečby (B), podávanie depotov vo včasnej fáze liečby (B), aktívne "promovanie" depotov/LAI u nonadherentných pacientov (B) a v ďalšom kroku: pri dobrej predchádzajúcej odpovedi na depot (C/D), respektíve aj pri 1. epizóde schizofrénie (C/D).

Zmena v percepcii depotov očami slovenských psychiatrov. Porovnanie 2015 – 2018

MUDr. Marek Zelman

Psychiatrická nemocnica Hronovce, SR

S narastajúcim počtom atypických antipsychotík v depotnej/LAI forme sa vynára otázka ich výhod, či nevýhod ich využívania u pacientov so schizofróniou. Tiež doba, po ktorú túto formu antipsychotík máme, a narastajúce empirické skúsenosti, majú vplyv na vnímanie ich postavenia psychiatrami v terapii schizofrénie.

Zamerali sme sa zistenie zmien názoru slovenských psychiatrov na ich používanie v niektorých špecifických situáciách v rámci liečby schizofrénie. Zisťovanie bolo realizované formou dotazníkového prieskumu u psychiatrov v lôžkovej aj ambulatnej praxi počas konferencie v júni 2015 (n=47) a následne aj v júni 2018 (n=43).

Prvá časť bola zameraná na preferenciu orálnej či depotnej formy liečby. Depotnú/LAI liečbu by v roku 2018 (vo viac ako 85 % prípadoch) indikovali psychiatri pri nízkej kompliancii, anozognózii či pri častých epizódach. Naopak orálnu antipsychotickú terapiu preferujú u mladého pacienta či u zárobkovo činného. Relatívne menší vplyv na výber liečby má pritom typ príznakov (napr. pozitívne, negatívne) kde boli preferencie depotnej liečby relatívne najnižšie.

Depotná antipsychotická terapia podľa názoru psychiatrov nie je vhodná pri prvej epizóde ochorenia (podľa 74 % respondentov), naopak pri druhej či tretej epizóde by ju neindikovalo len 7 % lekárov.

Z hľadiska tendencie k výberu atypického či klasického depotu atypické antipsychotiká v depotnej forme boli favorizované pri výskyte nežiaducich účinkov (85 %), pri výskyte negatívnych príznakov (81 %) a pri krátkom trvaní ochorenia (67 %). Nezaznamenali sme preferenciu klasických depotov pri žiadnej situácii v liečbe schizofrénie.

V rámci porovnania vnímania indikácie depotnej liečby medzi rokmi 2015 – 2018 došlo k najvýznamnejšej zmene v oblasti zvyšovania jej preferencie u mladých pacientov (nárast z 13 % na 44 %) a u zárobkovo činných ľudí (z 0,23 % na 0,48 %).

Veľmi významný posun nastal aj v oblasti rozhodovania medzi klasickými a atypickými depotmi, keď vo všetkých sledovaných situáciách prevažovala voľba atypického preparátu, najvýraznejšie sa to prejavilo pri indikácii na chronické formy schizofrénie (nárast preferencie z 22 % v roku 2015 na 59 % v roku 2018).

Štandardný postup pri zvládaní a liečbe agresívneho pacienta

MUDr. Mykola Zholob

Psychiatrická nemocnica Hronovce, SR

Spoluautori:

PhDr. Mgr. Silvia Godinová; MUDr. Marek Zelman

Psychiatrická nemocnica Hronovce, SR

V podmienkach lôžkových psychiatrických zariadení je kladený dôraz na kvalitnú a dobrú starostlivosť o pacientov, medzi ktorých však patria i osoby s vyšším rizikom agresívneho správania. Cieľom príspevku je priblížiť problematiku správnej diagnostiky rizika agresívneho správania, možnosti zvládania a liečby agresivity. Popisujeme štandardné postupy pri dosahovaní krátkodobých a dlhodobých cieľov intervencie v slede od počiatočného rozpoznania závažnosti rizika takéhoto konania, cez verbálne metódy intervencie (deeskalácia), akútnu medikáciu a možné indikácie jednotlivých používaných látok, po prípadné fyzické obmedzenie. V rámci obsiahnutia témy dlhodobej liečby a prevencie sa venujeme popisu a špecifikám takto indikovatelných liekov (klasické a atypické AP, antidepresíva, tymoprofilaktiká, B-adrenoblokátory).

*KNIHA
ABSTRAKTOV*

**Jesenné
psychofarmakologické
sympóziu**

ISBN 978-80-972674-2-1
EAN 9788097267421



<https://psychofarmakologia.berlina.sk>

www.psychiatry.sk