

Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře



DEPRESE

Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

Psychiatrická společnost ČLS JEP

MUDr. Jaroslava Laňková

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

NOVELIZACE 2008

- **Screening deprese**
- **Diagnostický dotazník PHQ-9**
- **Nové možnosti léčby**
– **mirtazapin, trazodon**



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře
Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10

DEPRESE

Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře

Autoři:

Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc., Psychiatrická společnost ČLS JEP
MUDr. Jaroslava Laňková, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Oponenti:

Prof. MUDr. Eva Čěšková, CSc., Psychiatrická společnost ČLS JEP
MUDr. Zdeňka Vyhnánková, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
MUDr. Petr Herle, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
MUDr. Stanislav Konštický, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

ÚVOD

V této publikaci předkládáme novelizaci doporučeného postupu (DP) z roku 2004 (Laňková, J.; Siblíková, J.: Deprese, doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře, SVL ČLS JEP, 2004, ISBN: 80-903573-1-8).

Na základě současných epidemiologických dat a projekcí je odhadováno, že v roce 2020 se deprese stane druhým nejvíce invalidizujícím onemocněním na světě, hned po kardiovaskulárních chorobách. Rozvinutá depresivní porucha je spojená s vysokou mírou invalidity, polymorbidity, suicidia a snížením kvality života pacientů a jejich rodin. Pacienti s chronickou depresí jsou významnými konzumenty zdravotní péče se všemi ekonomickými důsledky pro systém. Vzhledem k tomu, že léčba je nejefektivnější v počátečních stádiích onemocnění, velký důraz je kladen na včasný záchyt deprese v primární péči a včasné započetí efektivní léčby. Vedle již zavedených screeningových programů na kardiovaskulární onemocnění, diabetes aj., které se odehrávají především v oblasti laboratorní diagnostiky, může požadavek všeobecného screeningu deprese v primární péči znamenat značnou zátěž pro lékaře. Je proto doporučeno soustředit se především na nejvíce rizikové skupiny a používat nejjednodušší efektivní screeningový nástroj, který byl ověřen i v českých podmínkách. U pacientů s nově diagnostikovanou depresí je dále požadováno, aby diagnostikující lékař určil i její tíži na začátku léčby za použití hodnotícího dotazníku validovaného pro použití v primární péči. Pro léčbu v primární péči byly od r. 2006 uvolněny dvě nové molekuly – trazodon a mirtazapin. Popis jejich vlastností a použití je též součástí předkládané novelizace.

MUDr. Jaroslava Laňková

Koordinátorka a spoluautorka novelizace doporučeného postupu

OBSAH

ÚVOD	1
EPIDEMIOLOGIE	3
ETIOLOGIE	3
KLASIFIKACE	3
DEPRESIVNÍ EPIZODA	3
PERIODICKÁ (REKURENTNÍ) DEPRESIVNÍ PORUCHA	3
DYSTYMIE	4
SCREENING	4
DIAGNOSTICKÝ POSTUP	4
NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA	5
FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA	5
LÉČEBNÉ FÁZE	5
Akutní léčba	5
Pokračovací léčba	5
Udržovací léčba, tymoprofylaxe	6
PŘEHLED ANTIDEPRESIV	6
Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI)	6
Tricyklická antidepresiva a tetracyklická antidepresiva (TCA)	7
Trazodon	7
Mirtazapin	8
Galenika	8
VÝBĚR ANTIDEPRESIVA	8
NASAZENÍ LÉČBY	8
NEÚSPĚCH PRVNÍHO LÉČEBNÉHO POKUSU	9
SLEDOVÁNÍ LÉČBY	9
UKONČENÍ LÉČBY	9
LÉČBA RELAPSU	9
LÉČBA DYSTYMIE	9
POUŽITÍ ANTIDEPRESIV U SENIORŮ	9
POUŽITÍ ANTIDEPRESIV V TĚHOTENSTVÍ A PŘI LAKTACI	10
POUŽITÍ ANTIDEPRESIV U ŽEN VE FERTILNÍM VĚKU	10
SCHOPNOST ŘÍZENÍ MOTOROVÝCH VOZIDEL	10
POSUDKOVÁ HLEDISKA	10
INDIKACE K PŘEDÁNÍ PACIENTA DO SPECIALIZOVANÉ PÉČE	10
INDIKACE K AKUTNÍ HOSPITALIZACI	10
PŘÍSTUP K PACIENTOVI S RIZIKEM SUICIDIA	10
LITERATURA	11
PŘÍLOHA Č. 1: PŘEHLED SSRI	12
PŘÍLOHA Č. 2: PŘEHLED TCA	13
PŘÍLOHA Č. 3: PŘEHLED DOSTUPNÝCH ANTIDEPRESIV	13
PŘÍLOHA Č. 4: FARMAKA S RIZIKEM INDUKCE DEPRESIVNÍHO SYNDROMU	14
PŘÍLOHA Č. 5: POSUZOVACÍ STUPNICE TÍŽE DEPRESE PHQ-9	15
PŘÍLOHA Č. 6: SCREENINGOVÝ NÁSTROJ - PRIME MD2	15
ALGORITMUS FARMAKOTERAPIE DEPRESE V PRIMÁRNÍ PÉČI	16

EPIDEMIOLOGIE

Podle studií z posledních let se odhaduje, že celoživotní prevalence deprese v běžné populaci se v civilizovaných zemích pohybuje mezi 5 a 16%. Praktický lékař může ve své denní klientele očekávat asi 10% depresivních nemocných. Ženy trpí depresí přibližně 2× častěji než muži. U žen se celoživotní prevalence obecně udává do 20%. Deprese velmi často doprovází některá chronická somatická onemocnění, zejména onkologická a kardiovaskulární, endokrinopatie (poruchy štítné žlázy, Addisonova choroba, dlouhodobá terapie kortikoidy, diabetes, obezita), nemoci revmatické, infekční (hepatitida, mononukleóza, endokarditida), neurologické (roztroušená skleróza, centrální mozková příhoda, Parkinsonova choroba), chronická bolest, abúzus alkoholu nebo jiných návykových látek. Častější výskyt deprese je také v období šestinedělí a perimenopauzy, v období dospívání a u seniorů.

Příklady jednorocní prevalence deprese u různých skupin pacientů se somatickým onemocněním:

chronicky nemocní obecně: 9,4%,

- hospitalizovaní pacienti obecně: 33%,
- hospitalizovaní onkologičtí pacienti: 42%,
- cévní mozkové příhody: 47%,
- infarkt myokardu: 45%.

ETIOLOGIE

Ve vztahu k depresi se zvažují 3 hlavní etiopatogenetické faktory:

1. **Genetické** (riziko onemocnění sourozence probanda, jehož rodiče netrpěli depresivní poruchou, je kolem 8%, pokud depresí trpěl jeden z rodičů, riziko stoupá na cca 24%).
2. **Biologické** (zejména deficit hlavních přenašečů nervového vzruchu, tj. serotoninu, noradrenalinu a dopaminu).
3. **Psychosociální** (intenzivní stresové a nepříznivé životní události, některé osobnostní a charakterové rysy).

KLASIFIKACE

Afektivní poruchy rozdělujeme na **unipolární** (častější) a **bipolární** poruchy (střídání epizod depresivních s manickými nebo hypomanickými). Předmětem tohoto DP jsou unipolární poruchy.

Současná klasifikace nepoužívá pojmy endogenní a exogenní deprese, užívané v minulosti. Rozhodující pro klasifikaci je zhodnocení tíže symptomů, přítomnost somatického syndromu, případně přidružení psychotických příznaků, dále délka trvání a návratnost onemocnění.

DEPRESIVNÍ EPIZODA (F32)

Neléčená depresivní epizoda po **6–12 měsících** spontánně odezní, nebo přejde do chronické formy.

Formy depresivní epizody podle MKN 10:

F32.0 mírná depresivní epizoda (výkon běžné práce a aktivit s lehkými obtížemi);

F32.1 středně těžká depresivní epizoda (výkon běžné práce a aktivit se značnými obtížemi);

F32.2 těžká depresivní epizoda bez psychotických příznaků (neschopnost pokračovat v aktivitách, pokud ano, tak velmi omezeně, **vždy je přítomen somatický syndrom**);

F32.3 těžká depresivní epizoda **s psychotickými příznaky** (přítomny poruchy myšlení a vnímání – bludy, halucinace);

F32.9 nespecifikovaná depresivní epizoda.

Somatický syndrom

Tento termín je vyhrazen pro klinicky zvláště významné příznaky deprese, které byly dříve označovány jako melancholické nebo endogenní. Jde o zřetelnou ztrátu zájmů, neschopnost radovat se, nedostatek emočních reakcí, časně ranní probouzení (kolem 3.–4. hodiny), nechutenství, úbytek na váze (5% a více v posledním měsíci), výrazné snížení libida, psychomotorické zpomalení nebo naopak agitovanost. Maximum obtíží bývá v ranních a dopoledních hodinách.

Larvovaná (maskovaná) deprese

Takto mimo MKN označujeme depresi, která se primárně manifestuje somatickými příznaky, které maskují psychickou podstatu poruchy – různé bolesti, tlaky u srdce, palpitace, bolesti hlavy, pocity těžkých končetin, únava, gastrointestinální obtíže apod.

PERIODICKÁ (REKURENTNÍ) DEPRESIVNÍ PORUCHA (F33)

Jde o **opakovaný výskyt depresivních epizod**, v minulosti se již vyskytla alespoň jedna mírná, středně těžká nebo těžká depresivní epizoda trvající minimálně 2 týdny a oddělená od současné epizody obdobím remise. Podle tíže ji dělíme podobně jako u depresivní epizody. Kromě toho označujeme ještě periodickou depresivní poruchu v remisi (F33.4).

DYSTYMIE (F34.1)

Dystymie patří mezi chronické poruchy nálady (F34). Jde o dlouhodobou depresivní náladu, která nesplňuje kritéria pro mírnou nebo těžší depresivní poruchu, ani pokud jde o závažnost nebo délku trvání. Dystymici mohou mít období, kdy se cítí dobře, ale po většinu času jsou unavení, skleslí, z ničeho nemají pravou radost a potěšení (u dětí a mladistvých může být naopak podrážděnost). Dystymie má mnoho společného s dřívějším pojmem depresivní neurozy či neurotické deprese. Pro diagnózu je důležitá doba trvání poruchy – u dospělých alespoň 2 roky, u dětí a mladistvých jeden rok. Porucha obvykle začíná v rané dospělosti a trvá léta, až celoživotně. Prevalence dystymie v populaci se odhaduje asi na 3%. Na dystymii se může superponovat epizoda deprese, v takovém případě se hovoří o tzv. **dvouleté depresi**.

SCREENING

Deprese má závažné dopady na zdraví, délku života a sociálně-ekonomickou situaci postiženého. Přitom léčba je dostupná a zejména v začátku onemocnění vysoce efektivní. Je proto doporučeno, aby případy deprese byly aktivně vyhledávány s cílem jejich zachytu v jejich počínající fázi. Doporučuje se, aby pozornost byla věnována zejména rizikovým skupinám, kde je výskyt deprese obzvláště vysoký (viz epidemiologie).

Existuje řada screeningových nástrojů. V Česku byl vyzkoušen a ověřen 2-otázkový **dotazník PRIME MD2**, zaměřený na dva hlavní příznaky deprese – **pokles nálady a ztrátu zájmů**:

1. Během posledního měsíce mívám smutnou náladu nebo pocity selhání, neúspěchu, nebo beznaděje (ANO/NE).
2. Během posledního měsíce nepocituji potěšení z věcí, které běžně rád/a dělám, nebo nemám o ně zájem (ANO/NE).

Výsledek testu je pozitivní, pokud alespoň jedna otázka byla zodpovězena kladně. Lékař by při tomto nálezu měl pokračovat v diagnostice deprese podle níže uvedeného diagnostického postupu. Dotazník je možno použít buď ve formě předtištěného formuláře (příloha č. 6) nebo jej modifikovat do formy otázek v přímém rozhovoru s pacientem.

DIAGNOSTICKÝ POSTUP

Diagnostika je relativně snadná, pokud na depresivní poruchu myslíme. Pro diagnostiku psychických poruch je důležitý pohovor a pozorování. Na rozdíl od somatických onemocnění nemáme zatím žádná objektivní kritéria deprese (např. laboratorní nálezy).

Diagnostická kritéria:

Je přítomen alespoň jeden z hlavních příznaků a minimálně 4 z přidružených příznaků a obtíže trvají alespoň 2 týdny.

Hlavní příznaky:

1. pokleslá nebo smutná nálada,
2. pokles zájmu nebo příjemných prožitků (ve všem, téměř všem, v aktivitách).

Přidružené příznaky:

3. únava nebo ztráta energie nebo snížené libido,
4. porucha chuti k jídlu, signifikantní úbytek nebo příbytek hmotnosti,
5. porucha spánku (insomnie nebo hypersomnie),
6. pocity viny, sebeobviňování, ztráta sebedůvěry,
7. obtížná koncentrace, nerozhodnost,
8. neklid nebo psychomotorické zpomalení,
9. myšlenky na smrt nebo sebevraždu.

Pohovor je základním diagnostickým nástrojem. Zjišťujeme charakter a délku trvání příznaků – kdy poprvé, jaká je pracovní výkonnost, psychomotorické tempo, míra soustředění, schopnost komunikace, změny v oblasti sexuálního života, chuť k jídlu, poruchy spánku, změny hmotnosti.

Rizikové faktory v anamnéze: chronická stresová zátěž nebo nedávná tragická či nepříjemná událost a nedostatek sociální podpory (smrt v rodině, ztráta/změna zaměstnání, rozvod, domácí násilí apod.), před-

chozí výskyt depresivní epizody, výskyt depresivní nebo bipolární poruchy v RA, medikace s rizikem indukce deprese.

Nejčastější vstupní obtíže depresivního pacienta: bolest, únava, obava z vážného onemocnění, polymorfní, hypochondrické obtíže. Při opakovaných návštěvách pacienta v ordinaci s polymorfními nebo nespecifickými obtížemi, by měla být zvážena diagnóza deprese jako základní nemoci nebo komorbidity.

Fyzikální vyšetření by mělo být minimálně v rozsahu cíleného vyšetření zaměřeného na udávané somatické příznaky.

Základní laboratorní vyšetření se zaměřuje na somatické choroby s příznaky únavy: krevní obraz (anémie), CRP nebo FW (zánět, onkolog. onemocnění), základní biochemické vyšetření séra a moče (chronické onemocnění) a TSH (hypotyreóza).

Při stanovení diagnózy posuzujeme:

- závažnost (příloha č. 5 – dotazník PHQ-9),
- přítomnost **somatického syndromu**,
- přítomnost **psychotických příznaků** v NO, ale i OA a RA,
- riziko **suicidia**,
- **opakování epizod**.

Diferenciální diagnostika depresivního syndromu:

- depresivní syndrom navozený psychoaktivními látkami a léky (příloha č. 4),
- demence, depresivní pseudodemence,
- bipolární deprese (tj. výskyt depresivní fáze v rámci bipolární poruchy) – výskyt mánie v OA, výskyt bipolární poruchy v RA, počátek v mladém věku, výraznější psychomotorický útlum,
- fyziologický smutek (je méně intenzivní, nebrání adaptaci na běžnou životní zátěž, má zjevnou příčinu, doba do odeznění se udává mezi 6 a 12 měsíci),
- deprese u jiného psychotického onemocnění (např. schizoafektivní psychóza).

NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

SPECIFICKÁ PSYCHOTERAPIE (PT)

Je zaměřena přímo na léčbu deprese. Jde o krátkodobé systematické postupy, při nichž léčba trvá 12–16 týdnů. Provádí ji specializovaný odborník (klinický psycholog, psychiatr, praktický nebo jiný lékař) s platnou licenci. Psychoterapeutické metody podložené důkazy – interpersonální PT, kognitivně-behaviorální PT a krátká dynamická PT – jsou u většiny pacientů v akutní fázi léčby mírné a středně těžké deprese srovnatelně účinné jako farmakoterapie. Měly by být rovnocenně zvažovány při první volbě léčby, zejména pak u pacientů, kteří tento druh léčby upřednostňují. Není-li znatelné žádné zlepšení po 6–8 týdnech léčby nebo není-li dosaženo remise do 12 týdnů, je doporučeno nasazení antidepresiv. Kombinace psychoterapie a medikamentózní léčby by měla být zvážena u pacientů, kteří léčebně nedostatečně odpověděli na samotnou léčbu antidepresivy nebo na samotnou psychoterapii. Význam psychoterapie v dlouhodobé léčbě deprese není dostatečně prozkoumán. Studie posledních let potvrzují, že nejlepších léčebných výsledků u deprese je dosahováno při kombinaci farmakoterapie a psychoterapie.

PODPŮRNÁ PSYCHOTERAPIE

Měla by být součástí léčby každého pacienta. Provádí ji ošetřující lékař. Základními prostředky jsou empatie, laskavost, naslouchání, porozumění, podpora a povzbuzování, realistické cíle a informování pacienta o léčbě a očekávaném vývoji. Podpůrná psychoterapie zvyšuje compliance pacienta s léčbou, sama o sobě však k léčbě deprese nestačí.

FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

LÉČEBNÉ FÁZE

Léčebná strategie u mírné, středně těžké a těžké deprese se neliší. Z hlediska farmakologické léčby rozlišujeme (viz obr. č. 1):

Akutní léčba

Jde o období do odeznění akutních příznaků nemoci, čili dosažení remise. Toto období trvá zpravidla několik týdnů až měsíců – podle zvolené terapie a tíže deprese.

Pokračovací léčba

Remise ještě neznamená vyléčení, i když pacient již nespĺňuje kritéria pro depresivní poruchu a nemá žádné nebo jen minimum příznaků nízké intenzity, které neomezují výkon běžné práce a aktivit. V léčbě

je třeba pokračovat dalších minimálně 4–6 měsíců, obecně se doporučuje **pokračovat v léčbě jeden rok**. Předčasné ukončení léčby zvyšuje riziko relapsu (na konci akutní léčby je riziko relapsu kolem 50%). **Dávka léku u pokračovací léčby je stejná jako dávka, která vedla k dosažení remise.**

Udržovací léčba, tymoprofylaxe

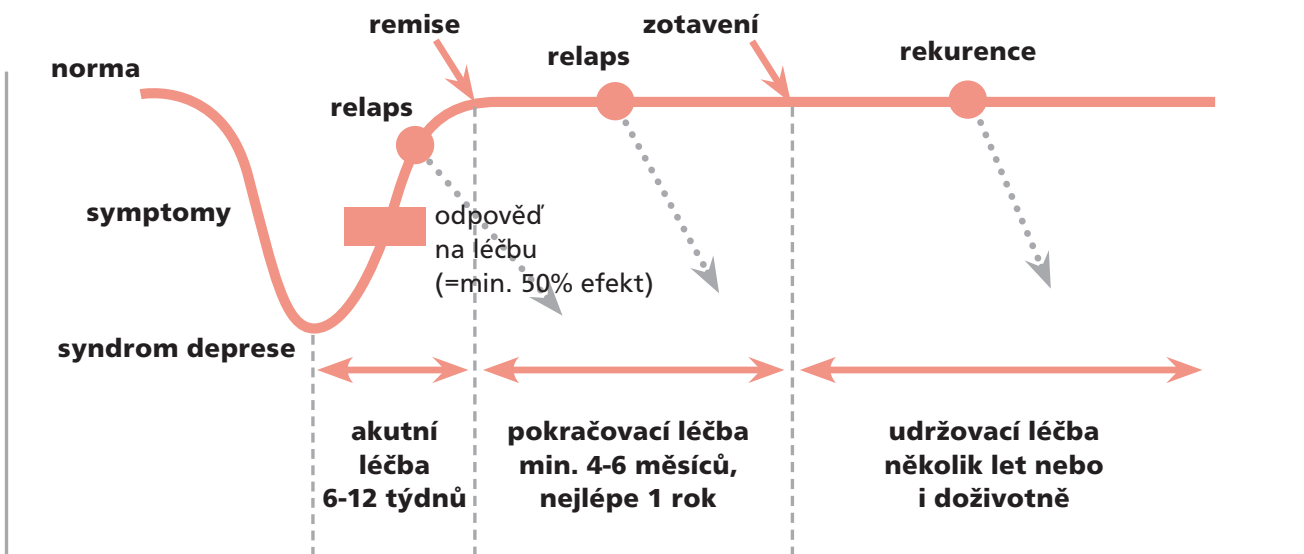
Udržovací léčbu nasazujeme u indikovaných případů po vyléčení depresivní fáze. Bývá často podceňována, přestože redukuje riziko recidivy 2–3×. Otázka jejího trvání není jednoznačně dořešena. Pokus o ukončení profylaxe se doporučuje nejdříve po 5 letech plné remise, lečdy je třeba pokračovat doživotně. Po ukončení profylaktické léčby musíme stále počítat s rizikem recidivy onemocnění. Ukazuje se, že je méně rizikové v léčbě pokračovat, než ji přerušovat.

Indikace k udržovací léčbě (u všech nemocných s vysokým rizikem):

- první fáze deprese ve vyšším věku (po 60. roce) nebo u mladistvých (před 20. rokem),
- tři depresivní fáze v anamnéze, především v posledních 5 letech,
- dvě depresivní fáze v anamnéze, jestliže hrozí suicidium nebo je přítomna rodinná zátěž nebo je pacient starší než 50 let,
- je přítomna tzv. dvojitá deprese (tj. deprese nasedající na dystymii),
- jde o přání pacienta.

V udržovací léčbě se mají používat stejné dávky antidepresiv jako při léčbě vlastní depresivní fáze. S opatrností se lze pokusit o postupné snižování dávky.

Obr. 1: Léčebné fáze deprese



PŘEHLED ANTIDEPRESIV (AD) POUŽITELNÝCH V PRIMÁRNÍ PÉČI

Pro primární péči v ČR jsou v současné době preskripčně volná antidepresiva (AD) ze skupiny TCA, SSRI, trazodon a mirtazapin.

Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI)

Všechny SSRI mají schváleny indikace pro léčbu deprese a v současné době jsou pro svou dobrou snášenlivost, jednoduchost podání, bezpečnost při předávkování a nízký počet lékových interakcí považovány za léky první volby u depresivních a úzkostných pacientů v primární péči.

Ve srovnání s tricyklickými antidepresivy (TCA) jsou SSRI méně rizikové, a proto jsou vhodné zejména v léčbě pacientů vyššího věku a u pacientů s kardiologickými komorbiditami. Metaanalýzy konstatují srovnatelnou účinnost SSRI a TCA v léčbě mírné a středně těžké deprese, pouze v případě hospitalizovaných pacientů s těžkou depresivní poruchou se udává nižší účinnost SSRI oproti TCA. Nevýhodou oproti TCA je vyšší cena a větší nežádoucí vliv na sexuální funkce. Terapeutické účinky jednotlivých SSRI se zásadně neliší, individuální nemocní však mohou reagovat rozdílně. Pro praxi to znamená, že při nedostatečném účinku nebo špatné toleranci může být vhodná záměna v rámci skupiny. Na léčbu SSRI bývají rezistentní pacienti s neléčenou hypothyreózou (i subklinickou). Účinnost SSRI pozitivně ovlivňuje také substituce estrogenem u postmenopau-

zálních žen. Pravděpodobnost, že ženám v menopauze s hormonální substitucí pomohou SSRI, je 4× vyšší, než když hormony neužívají. Podávají se v jedné denní dávce obvykle ráno.

Přehled SSRI registrovaných v ČR a jejich doporučené dávkování viz v příloze č. 1.

Nežádoucí účinky (NÚ)

SSRI mají převážně serotoninergní NÚ, dochází k nim u 6–30%. Ve velkých skupinách je četnost i intenzita nežádoucích účinků podobná u všech SSRI.

Nauzea, vomitus, průjem – přechodné účinky, objevují se hned po prvních dávkách SSRI. K prevenci může pomoci užívání léku při jídle nebo dočasné podání antiemetik. Obtíže zmizí obvykle do několika dnů bez nutnosti přerušování léčby. Je třeba na to pacienta předem upozornit, aby zbytečně a předčasně léčbu neukončil.

Afektivní tenze – přibližně u 10–25% nemocných, někdy i anxiozita, cefalgie a mírný tremor, někdy insomnie, u 10–50% nemocných snížení chuti k jídlu. Jde o přechodný stav. K překlenutí může pomoci krátkodobé podávání anxiolytik.

Hyponatremie – při současné terapii diuretiky až u 20% pacientů, obvykle jde o lehký a přechodný stav, při závažném průběhu však může být důvodem k přerušování léčby.

Mánie – u nerozpoznané bipolární poruchy (antidepresiva v monoterapii mohou vést k přesmyku do manické fáze).

Serotoninový syndrom – nastupuje v průběhu 24 hodin od nepřiměřeného zvýšení dávky nebo nevhodné kombinace léků, které zvyšují dostupnost serotoninu. Zakázaná je kombinace AD a neselektivních inhibitorů monoaminoxidázy IMAO, nutné je i dodržení odstupů mezi vysazením a nasazením těchto lékových skupin. V klinické praxi jsou projevy nejčastěji mírné (myoklonus, neklid) a mohou zůstat nerozpoznány. V těžších případech se může objevit zmatenost, agitovanost, průjem, pocení, tachykardie, hyperreflexie, hyperpyrexie. Hypertenze, kóma, záchvaty a smrt jsou výjimečné. Při včasné diagnóze obvykle stačí vysadit AD a příznaky vymizí do 24 hodin. V případě těžšího průběhu nutno zajistit intenzivní léčbu během hospitalizace.

Sexuální dysfunkce (SD) – SD je jedním z nejčastějších důvodů vysazení medikace SSRI. Prevalence se udává 58%. Nejčastěji jde o opoždění orgasmu nebo ejakulace nebo jejich úplné vymizení, jiné dysfunkce jsou vzácné. Diagnostika farmakogenní SD u antidepresiv je obtížná, neboť sexuální dysfunkce je po poruchách spánku druhým nejčastějším somatickým příznakem deprese.

Opatření při SD po SSRI: Čekání na ústup SD bez redukce dávek antidepresiv obvykle nebývá úspěšné, i když se uvádí, že tolerance se vytvoří asi u 10% pacientů. Redukce dávky AD může být úspěšná, ale nese riziko zhoršení deprese. Lze využít doplňkovou farmakoterapii, jako nejúčinnější se jeví sildenafil (podává se až ve dvojnásobné dávce, tj. 200 mg), v této indikaci působí příznivě i u žen. Vhodné může být převedení pacienta na antidepresivum s menším vlivem na sexuální funkce (trazodon, mirtazapin).

Lékové interakce

V této vlastnosti se jednotlivé SSRI mezi sebou liší, nejméně interakcí má **citalopram**, proto je doporučován zejména u starší populace užívající kombinace více léků.

Tricyklická antidepresiva a tetracyklická antidepresiva (TCA)

Oproti SSRI mají více vyjádřený sedativní účinek, mají podstatně silnější krátkodobé i dlouhodobé nežádoucí účinky a představují daleko větší riziko při předávkování. Nevhodná jsou zejména v ambulanci léčbě u seniorů a kardiaků. Při léčbě deprese v primární péči jsou jednoznačně upřednostňovány SSRI. Přehled TCA registrovaných v ČR a jejich dávkování – příloha č. 2.

Trazodon

Je specifické serotoninergní antidepresivum charakterizované mírnou inhibicí zpětného vychytávání serotoninu a silnou blokadou serotoninových receptorů. Kromě antidepresivního působení má **velmi dobré anxiolytické vlastnosti**, které jsou srovnatelné s chlórdiazepoxidem a diazepamem a jsou prokazatelné již v dávce 50 mg denně. Vzhledem k sedativním vlastnostem a **příznivému vlivu na spánkovou architekturu** je užíván i jako hypnotikum, a to hlavně tam, kde je užití benzodiazepinových hypnotik riskantní. Trazodon prodlužuje celkovou dobu spánku a dobu pomalovlnného spánku, snižuje počet a trvání nočního probouzení a prodlužuje latenci REM fáze spánku. Ovlivňuje příznivě parametry spánku, které jsou změněny u deprese. Antidepresivní účinnost v krátkodobé i dlouhodobé léčbě je srovnatelná jako u SSRI a TCA. Podává se v jedné denní dávce na noc.

Nežádoucí účinky

Trazodon má široké terapeutické rozmezí a je relativně bezpečný při předávkování. Nejčastějšími vedlejšími účinky jsou **sedace, ortostatická hypotenze, závratě, bolesti hlavy, nauzea, sucho v ústech**. Hypotenzivní účinek limituje jeho použití u gerontopopulace (popsána i synkopa), kde je jinak klinický profil velmi výhodný. V terapeutických dávkách nemá negativní inotropní efekt na srdce. Při podávání trazodonu se můžeme zřídka setkat s priapizmem nebo prolongovanou erekcí bez přítomnosti sexuálního stimulu. Pro nízký výskyt SD jej lze použít jako alternativní léčbu pro sexuálně aktivní pacienty. V ČR je t. č. dostupný pouze trazodon ve formě s pomalým uvolňováním (Trittico AC), u kterého předpokládáme, oproti klasickému trazodonu, nižší výskyt vedlejších účinků a lepší compliance pacienta.

Mirtazapin

Patří do 4. generace antidepresiv s duálním působením označovaných jako NaSSA (noradrenergní a specifické serotonergní antidepresivum). Jde o antidepresivum strukturálně a co do účinnosti podobné TCA, ale lépe snášené. Ve srovnání s SSRI je **účinnější** v léčbě depresivní poruchy a má stejnou účinnost v léčbě úzkostných poruch. Zdá se, že také nástup účinku mirtazapinu by mohl být rychlejší než u SSRI. Mirtazapin má výrazný **hypnogenní účinek** a je často používán k ovlivnění insomnie u deprese. Podává se v jedné denní dávce na noc (1/2 hod před spaním). S výhodou je možno použít kombinaci SSRI s mirtazapinem v dávkách 15–30 mg denně. Bylo pozorováno rychlé zlepšení architektury spánku.

Nežádoucí účinky

Nevýhodou tohoto jinak dobře snášeného léku je **sedace a přírůstek hmotnosti**. Frekvence SD je u mirtazapinu nízká, což umožňuje použít mirtazapin jako alternativní léčbu pro sexuálně aktivní pacienty.

Galenika

Na českém trhu je k dispozici výtažek z třezalky tečkované (*Hypericum perforatum*). Mechanismus účinku spočívá v inhibici zpětného vychytávání noradrenalinu, serotoninu a dopaminu a v působení v systému GABA a L-glutamátu. Je účinnější než placebo v léčbě mírné až středně těžké deprese a je srovnatelně účinný s antidepresivy. K dosažení terapeutického účinku je nutno jej podávat v dostatečné dávce několikrát denně. U těžké deprese není účinnější než placebo. Není zaručen standardní obsah účinné látky v tabletách. Kombinace SSRI a extraktu třezalky vzhledem ke sčítání nežádoucích účinků je kontraindikována.

Placebo reaktoři

Na placebo odpoví asi 1/3 léčených pacientů. Placebo samo o sobě může přinést zlepšení v akutní fázi. Tzv. „placebo reaktoři“ vykazují nepřiměřeně rychlé zlepšení při léčbě akutní fáze antidepresivem vzhledem k jeho očekávanému nástupu účinku. Podle četných studií zlepšení díky placebo efektu nepřetrvává dlouhodobě, a i pro skupinu placebo reaktorů proto platí stejné zásady dlouhodobé farmakoterapie deprese.

VÝBĚR ANTIDEPRESIVA

Při volbě AD vycházíme:

- z předchozí zkušenosti pacienta s léčbou, pokud nějakou má,
- z klinického obrazu deprese,
- ze znalostí vedlejších účinků jednotlivých AD.

Léky první volby při léčbě deprese v primární péči jsou antidepresiva ze skupiny SSRI.

U depresivních poruch s převažující úzkostí a insomnií, která bývá častá u periodické depresivní poruchy (až 40%), můžeme s výhodou indikovat trazodon, u těžších poruch pak hlavně mirtazapin. U depresivních nemocných sexuálně aktivních a vyžadujících dlouhodobou léčbu antidepresivy můžeme upřednostnit trazodon nebo mirtazapin vzhledem k jejich minimálnímu vlivu na sexuální funkce.

NASAZENÍ LÉČBY

Pro úspěch léčby je zásadní poučit pacienta o principu a předpokládané délce léčby, stanovit reálné cíle a upozornit na možné nežádoucí účinky a zdůraznit jejich přechodnost. S poučením o nežádoucích účincích na sexuální funkce nespěcháme a pokud možno vyčkáme dosažení remise.

Léčbu zpravidla začínáme **poloviční dávkou dávky obvyklé pro léčbu** (příloha č. 1), po několika dnech (individuálně) při dobré snášenlivosti zvyšujeme na obvyklou dávku. Při výskytu nežádoucích účinků prodloužíme tento interval užívání poloviční dávky nebo i dávku na čas snížíme a pak pomalu stoupáme až k dávce obvyklé. SSRI podáváme v jedné denní dávce obvykle ráno, trazodon a mirtazapin v jedné dávce večer před spaním. Mirtazapin je výhodné podat rovnou ve výši obvyklé dávky, tj. 30 mg večer, čímž se vyhneme sedativnímu efektu během dne, který paradoxně může vyvolat dávka nižší.

LÉČBA ÚZKOSTI A INSOMNIE U DEPRESE

Zhruba 2/3 nemocných s depresí trpí současně úzkostí. Úzkost a nespavost zvyšují utrpení depresivního pacienta a zvyšují riziko sebevraždy. Po nasazení některých SSRI se navíc může zpočátku projevit nežádoucí afektivní tenze vedoucí k dočasnému zhoršení úzkosti. SSRI sice mají anxiolytické účinky, ale k těm dochází až po 2–3týdenní latenci. V případě masivní komorbidní úzkosti je proto vhodná počáteční kombinace SSRI s benzodiazepiny (např. s alprazolamem – až do dávek 4–5 mg/den, klonazepamem – až do dávek 4–6 mg na den). Jejich podávání by mělo být omezeno na maximálně 6–8 týdnů. Výhodnější než kombinace s benzodiazepiny, zejména u pacientů s rizikem vzniku závislosti, může být podání trazodonu nebo mirtazapinu v monoterapii nebo v kombinaci s SSRI. Pokud jde o lehčí formu insomnie, může stačit přechodné podávání hypnotik (zopiclon, zolpidem), i samotná léčba deprese vede do 2–3 týdnů ke zlepšení lehčích spánkových poruch. Při nočním neklidu lze nasadit tiaprid.

NEÚSPĚCH PRVNÍHO LÉČEBNÉHO POKUSU

U 2/3 léčených dojde k dostatečné odpovědi na léčbu (tj. alespoň k 50% zlepšení depresivní symptomatologie) během 4–6 týdnů, 1/3 ani po 8 týdnech na léčbu neodpoví. Pokud se neprojeví zřetelné zlepšení v období 4 až 6 týdnů při léčbě obvyklými klinicky účinnými dávkami, nabízí se následující možnosti v pokračování léčby:

Zvýšení dávky

Oproti TCA jsou vysoké dávky SSRI povětšinou dobře snášeny, např. fluoxetin v dávce 40–80 mg může být úspěšný u non-respondentů na 20 mg.

Změna antidepresiva

Léčebný neúspěch při podávání maximálních, ještě tolerovaných dávek po dobu alespoň 2 týdnů je indikací ke změně antidepresiva. Převádění AD s krátkým na AD s dlouhým vylučovacím poločasem může být spojeno s rizikem vzniku syndromu z vysazení – např. při převodu ze sertralinu na fluoxetin je třeba podávat oba léky současně po dobu 7 dnů. Při převádění antidepresiva s dlouhým na krátký vylučovací poločas naopak hrozí riziko vzniku serotoninového syndromu – např. při převodu z fluoxetinu na sertralin se sertralin nasadí až za 3 dny po ukončení léčby fluoxetinem, další tři dny se podává poloviční dávka a podle snášenlivosti se zvýší na obvyklou dávku. TCA je možno převést na SSRI přímo ze dne na den.

Augmentace a kombinace léčby

Augmentace znamená přidání jiného léčebného prostředku, který nemá primárně antidepresivní účinek. Kombinace znamená současné podávání dvou nebo více léků s antidepresivním účinkem. K tomu je potřeba dobrá znalost farmakokinetiky a farmakodynamiky použitých látek, a proto tento způsob terapie patří převážně do kompetence psychiatra.

SLEDOVÁNÍ LÉČBY

Pro úspěch léčby antidepresivy je důležité sledovat její průběh a dokončení. V období akutní léčby (prvních 4–6 týdnů) zveme pacienta častěji – 1–2× týdně, některé návštěvy můžeme nahrazovat telefonickými konzultacemi. Sledujeme dodržování léčby, její léčebné i vedlejší účinky, suicidální tendence, případné komorbidity. V prvním období pokračovací léčby stačí zvát pacienta jednou za měsíc. Po dosažení stabilizovaného klinického stavu a stabilizované léčby kontrolujeme pacienta každé 3 měsíce. Pacienta poučíme, aby nás kontaktoval v případě zhoršení stavu, problémů s léčbou nebo při úmyslu změnit nebo ukončit léčbu.

UKONČENÍ LÉČBY

Syndrom z náhlého vysazení SSRI. Jde o relativně málo závažnou komplikaci léčby, která ale může způsobit výraznou subjektivní nepohodu – závratě, parestezie, úzkost, diarhoea, únava, nejistá chůze, cefalea, insomnie, podrážděnost, nauzea nebo zvracení, tremor, zrakové poruchy. Příznaky vzniknou během 1–7 dnů po vysazení nebo skokovém snížení dávky AD po nejméně jednoměsíčním podávání a mohou být snadno zaměněny za relaps deprese a vést ke zbytečnému návratu k dlouhodobé léčbě. **AD je třeba vysazovat postupně, po dobu nejméně 1 týdne,** raději však déle. Výjimkou je fluoxetin, jehož dlouhodobý poločas vede sám o sobě k pozvolnému poklesu hladiny a riziko vzniku syndromu z vysazení je velmi nízké. Před ukončením dlouhodobé léčby může být vhodné převedení na fluoxetin zároveň se snižovanou dávkou původního SSRI, pak se týden vysazuje původní SSRI a potom se jednorázově vysadí i fluoxetin.

LÉČBA RELAPSU

V případě relapsu při zavedené pokračovací léčbě se doporučuje jako první krok zvýšení dávky stejného AD. V případě relapsu po ukončení pokračovací léčby se doporučuje opětovné nasazení AD, které bylo použito v předchozí léčbě.

LÉČBA DYSTYMIE

Vzdor relativně nevýrazným subjektivním obtížím pacienta znamená tato porucha mnohaletou, někdy celoživotní zátěž, a tím i nezanedbatelnou psychosociální újmu pro postiženého i jeho okolí. Léčbou volby u dystymie v primární péči je podávání SSRI antidepresiv či amilsulpridu nebo specifická psychoterapie. Strategie podávání SSRI antidepresiv se neliší od léčby deprese, pouze délka léčby je vzhledem k chronicitě poruchy mnohaletá až celoživotní. Přestože psychoterapie byla u dystymie dlouho považována za léčebnou doménu, její účinnost byla prokázána pouze u interpersonální psychoterapie a u kognitivně-behaviorální terapie. Rozhodnutí o zahájení léčby u dystymického pacienta je individuální a závislé na jeho preferencích.

POUŽITÍ ANTIDEPRESIV U SENIORŮ

Pro snížení renálních a hepatálních funkcí a časté komorbidity jsou senioři více ohroženi nežádoucími účinky a dalšími farmakologickými interakcemi. Z tohoto důvodu nejsou u seniorů doporučena TCA a jednoznačně jsou upřednostňována antidepresiva ze skupiny SSRI, zejména citalopram, který má nejméně lékových interakcí. Léčbu začínáme nejnižší možnou dávkou, zvyšování dávek má být pozvolnější než u mladších jedinců. V případě úporné insomnie lze celkem bezpečně použít mirtazapin.

POUŽITÍ ANTIDEPRESIV V TĚHOTENSTVÍ A PŘI LAKTACI

V současné době nemáme dostatek informací o vlivu psychofarmak v tomto reprodukčním období. Zejména v prvním trimestru těhotenství upřednostňujeme psychoterapeutické metody. Souborná literatura z posledních let, která se zaměřuje na nežádoucí vlivy AD při léčbě gravidních pacientek, se shoduje v názoru, že většina preparátů nemá nežádoucí účinky pro plod ani pro matku (mezi nimi všechny SSRI s výjimkou paroxetinu). Do mateřského mléka se dostává okolo 0,3% celkového množství požitého léku. Rozhodnutí o podávání antidepresiva u těhotných a kojících žen je multidisciplinární otázkou, užitek musí převážit nad možným rizikem poškození plodu nebo dítěte.

POUŽITÍ ANTIDEPRESIV U ŽEN VE FERTILNÍM VĚKU

Ženy ve fertilním věku je třeba upozornit na možné riziko působení antidepresiva na plod, doporučit účinnou antikoncepci a případně individuálně rozhodnout o další léčbě v případě plánovaného nebo vzniklého těhotenství.

SCHOPNOST ŘÍZENÍ MOTOROVÝCH VOZIDEL PŘI LÉČBĚ ANTIDEPRESIVY

Možnost řízení motorových vozidel při léčbě AD není absolutně kontraindikována. TCA prodlužují reakční dobu mnohem výrazněji než SSRI. Citlivost je individuální a je třeba opatrnosti, zejména v začátku léčby a při zvyšování dávek.

POSUDKOVÁ HLEDISKA

Potřeba vystavení pracovní neschopnosti (PN) u lehké a středně těžké deprese je individuální, obvykle trvá po dobu akutní fáze léčby. U těžších stupňů deprese je PN nevyhnutelná. Chronická deprese patří mezi časté příčiny trvalé invalidity.

INDIKACE KE KONZULTACI NEBO PŘEDÁNÍ PACIENTA DO SPECIALIZOVANÉ PÉČE PSYCHIATRA

- Komplikovaný obraz s příznaky více duševních poruch, diagnostická nejistota.
- Symptomy mánie (i v OA) nebo bipolární porucha v OA nebo RA.
- První těžká epizoda se suicidálními myšlenkami.
- V anamnéze epizody těžké deprese, které vyžadovaly léčbu psychiatrem.
- Pacient si přeje být léčen psychiatrem.
- Léčba v primární péči není úspěšná (po 8–12 týdnech bez uspokojujivé léčebné odpovědi).

INDIKACE K AKUTNÍ HOSPITALIZACI NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ

- Sebevražedný pokus nebo vážné riziko sebevraždy.
- Problémy s příjmem potravy nebo tekutin.
- Excesivní agitovanost nebo výrazný psychomotorický útlum (melancholický stupor).
- Potřeba zabránit negativním sociálním důsledkům.

PŘÍSTUP K PACIENTOVI S RIZIKEM SUICIDIA

- 5–15% nemocných s depresivní poruchou ukončí svůj život sebevraždou, asi polovina se o sebevraždu pokusí. Předvídání suicidální aktivity v jednom konkrétním případě je velmi obtížné. K nejvýznamnějším znakům hrožící sebevraždy depresivního pacienta patří sebevražedné jednání jak v rodinné, tak osobní anamnéze pacienta, celoživotní sklony k agresi a impulzivitě, aktuální hlubší deprese s pocity beznaděje, suicidální úvahy spolu s připraveným plánem a dostupnými prostředky, aktuální abúzus návykových látek, případně akutní intoxikace. S takovýmito pacienty je třeba problematiku sebevraždy podrobně prodiskutovat a položit jim některé konkrétní otázky, jako např.:

- Přestal vás bavit život?
- Domníváte se, že by bylo lepší nežít?
- Uvažoval/a jste někdy o sebevraždě?
- Uvažoval/a jste o tom, jakým způsobem ji provést?
- Proč byste ji nebyl/a schopen/na provést?

- Jestliže dotyčný nedokáže uspokojivě zodpovědět poslední otázku, je nebezpečí sebedestruktivního jednání skutečně reálné.
- Není pravda, že kdo o suicidii mluví, tak ho nevykoná.
- Je-li pacient suicidální, je nutné jej předat do specializované péče. Pokud pacient bezprostředně neohrožuje sebe nebo své okolí, musíme respektovat jeho svobodnou vůli. To může znamenat, že se nám nemocného nepodaří přesvědčit o nutnosti psychiatrické léčby, nebo dokonce léčby vůbec. Pak je třeba se chránit před obviněním ze zanedbání povinné péče – získat od pacienta podpis na revers a informovat o tomto případu spádové psychiatrické oddělení. Pacienta i tak nespouštíme z dohledu, informujeme jeho blízké o hrozícím riziku, předáme kontakty na specializované pracoviště, zvýšíme frekvenci kontrol a podle možností nabídneme svou dosažitelnost na telefonu i mimo ordinanční dobu.
- Pokud pacient přímo ohrožuje svůj nebo jiný život, je indikován převoz bez souhlasu pacienta a za asistence policie.
- Medikace: nasazení nebo zvýšení dávky AD nemá v akutní intervenci význam. Pokud se pro medikaci rozhodneme, pak volíme benzodiazepiny nebo antipsychotika (chlorprothixen, tiaprid, risperidon).

LITERATURA

Bouček, J.; Pidrman, V.: *Psychofarmaka v medicíně*. Praha, Grada 2005, 139–261.

Češková, E.: *Možnosti léčby deprese*. *Postgraduální medicína*. 2008, 10, 23–31.

Höschl, C.; Libiger, J.; Švestka, J.: *Psychiatrie*. Praha, Tigis 2002, 410–452.

Murray, C.J.; Lopez, A.D.: *Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study*. *Lancet*. 1997 May 24; 349 (9064), 1498–504. [abstract]

National Quality Measures Clearing House; DEP2 Quality Indicator 2007.

Pidrman, V.: *Psychofarmaka v interních a některých dalších oborech medicíny*.

Raboch, J.; Pavlovský, P.; Janotová, D.: *Psychiatrie, minimum pro praxi*. Praha, Triton 2006, 211 s.

Raboch, J.; Jiráček, R.; Paclt, I.: *Psychofarmakologie pro praxi*. Praha, Triton 2007, 167 s.

Pidrman, V.: *Antidepresiva v léčbě seniorů v r. 2007*, *Čes Ger Rev* 2007, 5(4), 234–240.

Raboch, J.; Anders, M.; Kryl, M.: *Depresivní poruchy u dospělých*.

Raboch, J.; Anders, M.; Praško, J.; Hellerová, P.: *Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče II*. *Noctis Studio*, 2006.

PŘÍLOHA Č. 1: PŘEHLED SSRI REGISTROVANÝCH V ČR K 1. 2. 2008

Generický název	Obchodní název	Síla tablet (mg)	Schválené dávkování*	Zahajovací dávka
<p>Citalopram Je ze všech SSRI nejselektivnější, netlumí ani neaktivuje. Má minimální nežádoucí účinky a nejméně lékových interakcí ze všech SSRI. Lze ho podávat v jedné dávce denně, ráno nebo večer.</p>	<p>APO-CITALOPRAM APO-CITAL CEROTOR CITALEC CITA CITALON CITALOPRAM DALSAN PRAM SEROPRAM ZYLORAM</p>	10, 20, 40	20–60*	10 mg
<p>Escitalopram Je s-enantiomerem citalopramu. Metaanalytické porovnání s citalopramem prokazuje jeho rychlejší nástup účinku a vyšší anti-depresivní účinnost. Má méně nežádoucích účinků než citalopram včetně vlivu na sexuální funkce.</p>	CIPRALEX	10	10–20*	5 mg
<p>Fluoxetin Lehce aktivuje, při podání večer může narušovat spánek. Aktivace může být spojena s nárůstem tenze a úzkosti. Je vhodný zejména pro utlumené a hypodynamické nemocné. Má dlouhý vylučovací poločas, takže nevadí, když nemocný vynechá denní dávku, a nejsou problémy s náhlým ukončením léčby.</p>	<p>APO-FLUOXETINE DEPREX FLOXET FLUMIREX FLUOXETIN FLUOXIN FLUZAK MAGRILAN PORTAL PROZAC</p>	20, 30, 40	20–50*	10 mg
<p>Fluvoxamin Více než ostatní SSRI tlumí. Podává se na noc. Vhodný je pro neklidné anxiózně-depresivní nemocné. Pravděpodobně nejrychleji ze všech SSRI vede k odeznění suicidálních tendencí.</p>	FEVARIN	50, 100	100–300*	50 mg
<p>Paroxetin Mohutnost inhibice zpětného vychytávání serotoninu je u paroxetinu ze všech SSRI nejvyšší. Z SSRI je nejméně selektivní, z čehož vyplývá jeho mírně duální účinek. Má mírné anticholinergní účinky. Pro velmi dobré anxiolytické účinky je vhodné ho využít u depresivních stavů s výraznou anxiózní symptomatologií.</p>	<p>ARKETIS APO-PAROX PAROLEX REMOOD SEROXAT</p>	20, 30, 40	20–50*	10 mg
<p>Sertralin Podobně jako citalopram minimálně ovlivňuje psychomotoriku. Má rychlý nástup účinku a vyšší riziko syndromu z vysazení.</p>	<p>ADJUVIN APO-SERTRAL ASENTRA SERLIFT SERTRALIN STIMULOTON ZOLOFT</p>	50, 100	50–200*	25 mg

Vysvětlivky: * Dávkování (mg) antidepresiv SSRI schválené v ČR u depresivního syndromu. Zvýrazněné číslo představuje dávku obvyklou.

PŘÍLOHA Č. 2: PŘEHLED TCA REGISTROVANÝCH V ČR K 1. 2. 2008

	Generický název	Obchodní název	Síla tablet (mg)	Běžné antidepressivní dávky
I. generace	Amitriptylin	AMITRIPTYLIN	25	150–300 mg
	Nortriptylin	NORTRILEN	25	75–150 mg
	Imipramin	MELIPRAMIN	25, 75	100–200 mg
	Dosulepin	PROTHIADEN	25, 75	150–200 mg
	Klomipramin	ANAFRANIL	25, 75	150–250 mg
II. generace	Dibenzepin	NOVERIL	240	240–480 mg
	Maproptilin	LUDIOMIL, MAPROTIBENE	25, 75	100–150 mg

PŘÍLOHA Č. 3: PŘEHLED ANTIDEPRESIV

Skupina	Hlavní účinky	Dostupnost v primární péči
TCA	Působí nepříliš selektivně na zpětné vychytávání noradrenalinu, dopaminu a serotoninu	Všechny molekuly
SSRI	Selektivní blokátory zpětného vychytávání serotoninu	Všechny molekuly
SNRI	Blokátory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu	0
SARI	Serotoninoví antagonisté a blokátory zpětného vychytávání serotoninu (nefazodon, trazodon)	Trazodon (TRITTICO AC)
NaSSA	Noradrenergní a specifická serotoninergní antidepressiva (mirtazapin)	Mirtazapin (ESPRITAL, CALIXTA, MIRTAZAPIN, MIRZATEN, REMERON)
NARI	Blokátory zpětného vychytávání noradrenalinu (reboxetin)	0
NDRI	Blokátory zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu (bupropion)	0
SRE	Stimulátory zpětného vychytávání serotoninu (tianeptin)	0
IMAO – A, B	Inhibitory monoaminoxidázy typu A či B	0
Jiné léky s antidepressivním účinkem:		
Benzodiazepiny	Jako antidepressiva se nevyužívají vzhledem k možnosti vzniku závislosti. V léčbě depresivních a anxiózních poruch mají však své důležité místo jako symptomatická léčba (sedace, anxiolytické účinky) k překlenutí doby do nástupu účinku vlastního antidepressiva.	
Buspiron	K léčbě deprese se nevyužívá.	
Galenika	Extrakt třezalky tečkované (Hypericum perforatum Linn) – JARSIN – má komplexní mechanismus působení a slabé antidepressivní účinky. Nesmí se podávat současně s antidepressivy.	

PŘÍLOHA č. 4: FARMAKA S RIZIKEM INDUKCE DEPRESIVNÍHO SYNDROMU

Molekula	Poznámka
Acyklovir	ve vysokém dávkování
Alkohol	
Amfetaminové deriváty	
Anabolické steroidy	
Antikonvulziva	ve vysokém dávkování
Antipsychotika 1. generace	
Asparagináza	
Baklofen	obvyčejně po náhlém vysazení
Barbituráty	hlavně u dětí a starých lidí
Benzodiazepiny	po vysazení
Betablokátory	v obvyklých dávkách
Bromokryptin	deprese může přetrvávat týdny po vysazení
Digitalis	
Disopyramid	
Disulfiram	bez souvislosti s reakcí na alkohol
H ₂ -antagonisté	ve vyšších dávkách, hlavně u starých lidí
Interferon alfa	
Izoniazid	raritně
Kortikosteroidy	ve vysokých dávkách
Klonidin	deprese může vymizet při prodlouženém užívání
Levodopa	u starých lidí
Metoklopramid	raritně
Nifedipin	raritně
Nesteroidní antirevmatika	
Phenylefrin	při nadužívání nosních sprejů
Perorální antikoncepce	zvláště ve vysoké dávce
Prazosin	raritně
Reserpin	při dávce > 0,5 mg/den
Sulfonamidy	raritně
Teofyliny	při vysoké hladině v séru
Thiazidy	po několika týdnech užívání
Tyreoidální hormony	
Vinblastin, vinkristin	

PŘÍLOHA Č. 5: POSUZOVACÍ STUPNICE TÍŽE DEPRESE PHQ-9

(modifikovaná verze diagnostického nástroje pro diagnostiku běžných psychických onemocnění v primární péči PRIME-MD)

Míváte během posledních 2 týdnů (nebo i déle) následující obtíže?	Vůbec ne	Několikrát	Více než polovinu času	Téměř každý den
1. Smutnou nebo pokleslou náladu, nebo pocity beznaděje?	0	1	2	3
2. Málo nebo žádnou radost; malé nebo žádné potěšení z práce, koníčků, věcí?	0	1	2	3
3. Špatný spánek, problémy s usínáním, buzení se nebo naopak nadměrné spaní?	0	1	2	3
4. Únavu nebo nedostatek energie?	0	1	2	3
5. Nechuť k jídlu nebo naopak přejídání?	0	1	2	3
6. Pocity vlastní nedostatečnosti nebo selhání nebo neúspěchu?	0	1	2	3
7. Potíže soustředit se - např. při studiu, problém číst noviny, knížku, sledovat pořad v televizi?	0	1	2	3
8. Pomalé myšlení, mluvení nebo pohybování, nebo nervozitu a neschopnost vydržet chvíli v klidu?	0	1	2	3
9. Myšlenky na to, že by bylo lepší vůbec nebýt nebo si dokonce vzít život?	0	1	2	3
Bodové skóre	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>			

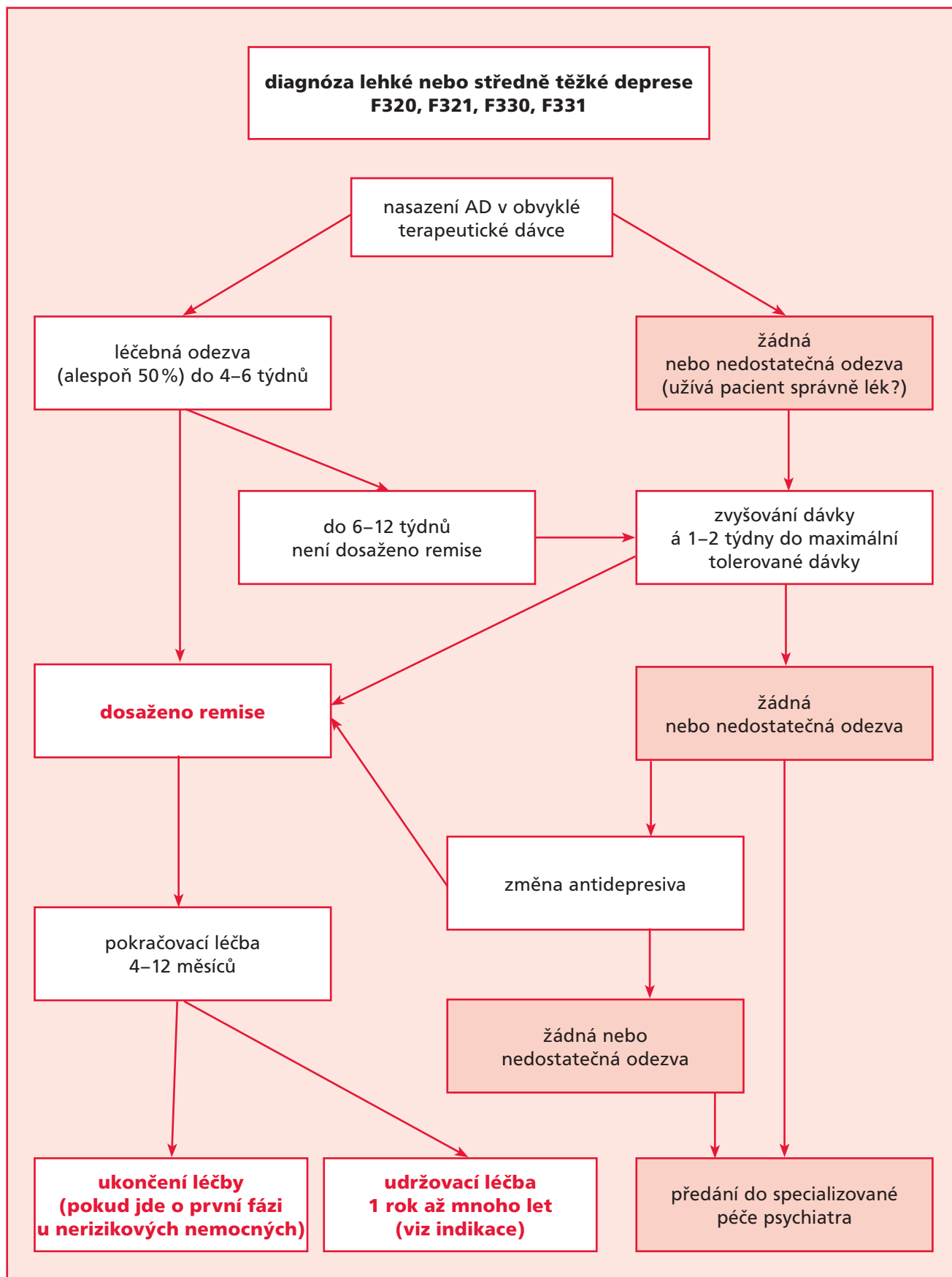
Hodnocení tíže deprese podle bodového skóre:
0–4: žádná deprese
5–9: mírná deprese (F320)
10–14: středně těžká deprese (F321)
15–19: těžká deprese (F322)
20–27: velmi těžká deprese (F322)

PŘÍLOHA Č. 6: SCREENINGOVÝ NÁSTROJ NA DEPRESI - PRIME MD2

Dotazník nálady:

1. Během posledního měsíce mívám smutnou náladu nebo pocity selhání, neúspěchu, nebo beznaděje.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
2. Během posledního měsíce nepocituji potěšení z věcí, které běžně rád/a dělám, nebo nemám o ně zájem.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE

ALGORITMUS FARMAKOTERAPIE DEPRESE V PRIMÁRNÍ PÉČI



Tisk podpořen společností
ZENTIVA

Doporučený postup byl vytvořen s podporou nadačního fondu Praktik

NADAČNÍ FOND
PRAKTIK

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

e-mail: svl@cls.cz

<http://www.svl.cz>

ISBN: 978-80-86998-22-0

ISBN 978-80-86998-22-0



© 2008 Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP