Komorbidita a kvalita života pacientů v ambulantní péči s diagnózou schizofrenie, depresivní poruchy a generalizované úzkostné poruchy: projekt Cosmos Výsledky průřezového šetření

Comorbidities and quality of life in outpatients with schizophrenia, depressive disorder, and generalized anxiety disorder: Project Cosmos The cross-sectional results

BARBORA KOHÚTOVÁ [1,2], TOMÁŠ NOVÁK [1,2], JIŘÍ KOŽENÝ [1,2], LÝDIE TIŠANSKÁ [1,2], KATEŘINA MRAVČÍKOVÁ [1,2], JOSEF BEDNAŘÍK [3], CYRIL HÖSCHL [1,2]

[1] Národní ústav duševního zdraví, Klecany
[2] Klinika psychiatrie a lékařské psychologie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Praha
[3] Neurologická klinika Lékařské fakulty Masarykovy Univerzity a Fakultní nemocnice Brno

SOUHRN

Cíle: Projekt Cosmos (COmorbiditieS in MOst Severe Neurology and Psychiatric Indications in the Czech Republic) má za cíl zmapovat výskyt souběžných duševních a tělesných poruch a jejich vliv na kvalitu života u pacientů se zvolenou primární diagnózou (schizofrenie – SCH), depresivní porucha (MDD), generalizovaná úzkostná porucha (GAD) a neuropatická bolest (NP) v ambulantní péči. Jde o observační, multicentrickou, prospektivní studii, z níž jsou zde prezentovány výsledky od pacientů s primární duševní poruchou při vstupním vyšetření (průřezové výsledky).

Metody: Výskyt komorbidit byl určován samotnými ambulantními lékaři, vedle primárních a komorbidních poruch byly zaznamenány další demografické a klinické údaje, včetně aktuální léčby a závažnosti onemocnění (stupnice CGI), souběžně pacienti hodnotili kvalitu svého života pomocí stupnice Q-les-Q (The Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire).

Výsledky: Do projektu se zapojilo 162 lékařů, kteří získali data od 2 266 pacientů (744 pacientů se SCH, 896 pacientů s MDD a 626 pacientů s GAD). Souběžné duševní poruchy byly zjištěny v rozmezí od 32 % (SCH) až po téměř 50 % (MDD), nejčastěji šlo o poruchy způsobené užíváním návykových látek, úzkostné poruchy a poruchy osobnosti. Somatické komorbidity pak byly identifikovány s četností od 48 % (SCH) po 59 % (MDD), nejčastěji byly zjišťovány hypertenzní nemoc, obezita, poruchy funkce štítné žlázy a metabolismu lipidů a cukrů. Kvalitu svého života hodnotili nejhůře pacienti s depresivní poruchou. U všech tří skupin pacientů byla kvalita života horší v situaci další souběžné duševní poruchy, souběžné somatické poruchy naproti tomu dopad na subjektivní hodnocení kvality neměly.

Závěr: I když jsou výsledky předběžné, dokládají četný výskyt komorbidit u pacientů s duševní poruchou v běžné klinické praxi a jejich negativní dopad na kvalitu života.

Klíčová slova: komorbidita, schizofrenie, depresivní porucha, generalizovaná úzkostná porucha, kvalita života

SUMMARY

Aims: The aim of Cosmos project (COmorbiditieS in MOst Severe Neurology and Psychiatric Indications in the Czech Republic), an observational, multicenter, prospective study, is to survey the prevalence of comorbid mental and physical disorders and their impact on quality of life in patients with a selected primary diagnosis (schizophrenia – SCH), depressive disorder (MDD), generalized anxiety disorder (GAD) and neuropathic pain (NP) in outpatient care. These preliminary results pertain to data obtained from patients with primary mental disorder at the time of initial examination (cross-sectional results).

Methods: The data were collected by outpatient physicians, and besides the primary and comorbid disorders, demographic and clinical data, including current treatment and severity of the disease (CGI scale), were recorded. In addition, Quality of life (QoL) was self-assessed by patients using the Q-les-Q questionnaire (The Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire).

Results: One hundred and sixty-two physicians collected data from 2 266 patients (SCH – 744 patients (33 %), MDD – 896 patients (40 %), GAD – 626 patients (27 %). Comorbid mental disorders were found in 32 %, 49 %, and 48 % of patients with SCH, MDD, and GAD, respectively. The most frequent comorbidies were substance use disorders, anxiety disorders, and personality disorders. Somatic comorbidities were identified with a frequency of 48 %, 59 %, and 54 % in SCH, MDD, and GAD, respectively. Hypertension, obesity, thyroid illnesses and disorders of lipid and carbohydrate metabolism were the most common comorbidities. Patients with a depressive disorder rated QoL lower than patients with schizophrenia, and comparable to patients with generalized anxiety disorder. In all groups, the presence of psychiatric, but not somatic comorbid condition was related to significantly worse QoL.

Conclusion: Despite preliminary nature, the results demonstrate evidence of a substantial prevalence of comorbidities in patients with mental disorder in routine clinical practice, with accompanying negative impact on patients‘ lives.

Key words: comorbidity, schizophrenia, depressive disorder, generalized anxiety disorder, quality of life

Úvod

Výzkumný projekt „Cosmos (COmorbiditieS in MOst Severe Neurology and Psychiatric Indications in the Czech Republic): Komorbidita pacientů s diagnózou schizofrenie (SCH), depresivní poruchy (MDD), generalizované úzkostné poruchy (GAD) a neuropatické bolesti (NP): prospektivní multicentrická studie" organizuje Národní ústav duševního zdraví (NUDZ) v rámci smluvního výzkumu. Jedná se o studii podpořenou grantem firmy Krka ČR, s.r.o.

Primárním cílem studie bylo zjistit četnost výskytu komorbidit (psychiatrických a somatických) u pacientů s diagnózou schizofrenie (SCH), depresivní poruchy (MDD), generalizovaná úzkostná porucha (GAD), neuropatická bolest (NP), kteří jsou léčeni v ambulancích specialistů (psychiatrů a neurologů), a případných změn v četnosti komorbidit při následném šestiměsíčním sledování. Sekundárním cílem projektu bylo sledování subjektivní kvality života v závislosti na hlavní a vedlejších diagnózách. U duševních poruch byly voleny diagnostické jednotky reprezentující hlavní diagnostické okruhy. U poruch nálady byla upřednostněna MDD před bipolární afektivní poruchou (BAP). Ta je sice také spojena s významnou psychiatrickou i somatickou komorbiditou, v daném uspořádání studie by však volba BAP s vysokou pravděpodobností vedla k zařazování pacientů s velmi heterogenním charakterem obtíží – od stavů s přesahem do poruch psychotických, stavů obtížně odlišitelných od jiných poruch nálady až po osobnostní poruchy (tzv. bipolární spektrum). Stávající text je zaměřen na výsledky získané u pacientů s duševními poruchami (SCH, MDD, GAD) v péči ambulantních psychiatrů při zařazení do sledování (při první vizitě), jde tedy o průřezová data.

Metodika

Data byla shromažďována v ordinacích ambulantních specialistů ve dvou vlnách. První vlna náboru pacientů a sběr dat proběhl v druhé polovině roku 2017. Pacienti starší 18 let byli osloveni svými ambulantními psychiatry, kteří souhlasili se zapojením do projektu, konsekutivně počínaje jednotně stanoveným časovým bodem. Sběr dat byl ukončen po dosažení alespoň 15 osob na daném pracovišti. Kromě souhlasu pacienta (a aktuální schopnosti souhlas udělit) byla kritériem zařazení do studie primární diagnóza jedné ze tří zvolených duševních poruch podle diagnostických kritérií Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10, Diagnostická kritéria pro výzkum, 1996), tedy schizofrenie (SCH), depresivní poruchy (MDD) a generalizované úzkostné poruchy (GAD). Po zaškolení zaznamenávali lékaři údaje o pacientech elektronicky přímo do dotazníku na webovém rozhraní. Elektronický dotazník zahrnoval vedle informací o lékařích (pohlaví, věk, specializace, délka praxe, lokalita) následující informace od pacientů: hlavní diagnózu, výskyt přidružených duševních a tělesných chorob, předepsané léky a jejich dávkování. Kromě toho obsahoval údaje o pohlaví, věku, diagnóze, trvání choroby, aktuální závažnosti na stupnici celkového klinického dojmu (CGI; Guy, 1976), vzdělání, stavu, zaměstnanosti, stupni invalidity, počtu osob v domácnosti a počtu dětí. Pro duševní poruchy dotazník obsahoval diagnostická kritéria pro jednotlivé duševní poruchy, sledovaná tělesná onemocnění byla tabelárně vyjmenovaná a označovala se jejich případná přítomnost, stejně byla zaznamenána i užívaná medikace. Rozhodnutí o diagnóze duševní poruchy bylo ponecháno na lékaři, nebylo vyžadováno žádné strukturované interview. Tělesná onemocnění lékaři určovali podle informací od pacientů a podle zdravotní dokumentace. Kvalitu života zařazení pacienti hodnotili pomocí sebeposuzovacího dotazníku Q-les-Q-SF (The Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Short Form; Endicott et al., 1993; v českém jazyce Dotazník kvality života – Q-les-Q, 2003), během stejné návštěvy ordinace. Dotazník Q-les-Q-SF kvality života obsahuje 14 položek, patnáctá odráží spokojenost pacienta s předepsanými léky. Respondent vyjadřuje svůj pocit na 5bodové stupnici [(1) nikdy (2) zřídka (3) někdy (4) často (5) stále], kde vyšší hodnota znamená vyšší spokojenost; teoretický rozsah je 14–75. Informovaný souhlas pro pacienty a studie byly schváleny Etickou komisí NUDZ.

Statistické metody

Demografické a klinické charakteristiky souboru jsou prezentovány jako průměr a směrodatná odchylka nebo procentem výskytu sledovaného jevu. Meziskupinová srovnání a srovnání mezi pohlavími byla v závislosti na charakteru dat prováděna chí-kvadrát testem, jednofaktorovou analýzou rozptylu (ANOVA) nebo nepárovým t-testem. Vícefaktorová ANOVA byla použita pro hodnocení vlivu závažnosti nemoci (CGI), výskytu komorbidit a pohlaví na hodnocenou kvalitu života (Q-les-Q), metody regresní analýzy byly použity pro zhodnocení vlivu dalších proměnných před vlastní analýzou rozptylu. Jednofaktorová ANOVA spolu s neparametrickým testem Jonckheere-Terpstra byly použity k hodnocení dopadu závažnosti onemocnění na kvalitu života. Jako post hoc test byl použit test Šidákův. Analýzy byly realizovány v programu IBM SPSS, version 23 (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA).

Výsledky

Lékaři

Osloveno bylo 248 ambulantních psychiatrů ze všech 14 krajů ČR. Do projektu se jich finálně zapojilo 126 (51 % oslovených), z toho bylo 42 mužů (33 %) ve věku 47,8±9,8 let a délkou praxe 21,3±9,5 let a 84 žen ve věku 48,0±9,3let a délkou praxe 21,5±9,7let. Lékaři se rekrutovali převážně z pražských ordinací (33,3 %), méně z dalších krajů (další v pořadí kraje Zlínský 11 %, Moravskoslezský 10 % a Jihočeský 8 %).

V první vlně shromáždili lékaři údaje od 2 266 pacientů (61 % žen) se zvolenou duševní poruchou (průměr 18 pacientů na lékaře).

Pacienti

Pacienti s primární diagnózou schizofrenie (SCH) představovali 32,8 % (N = 744) ze všech zařazených pacientů s duševní poruchou. V souboru převažovali muži (59,9 %). Průměrný věk v době šetření byl 43,4±12,2 let a trvání nemoci (od stanovení diagnózy) 15,4±10,7 let. Nejvyšší dosažené vzdělání bylo nejčastěji vyučen/a (32,8 %) či středoškolské (30,0 %), většina pacientů byla svobodná (78,9 % mužů a 46,6 % žen). Po stránce pracovní byla většina pacientů v invalidním důchodu (80,4 %), nejčastěji 3. stupně (66,5 %), naopak pouze menší část pacientů (18,9 %) byla zaměstnaná. Z hlediska závažnosti byla největší část pacientů hodnocena „se středními obtížemi" (CGI 4; 24,7 %) a „mírnými obtížemi" (CGI 3; 22,0 %), průměrný skór byl 3,62±1,46. Podrobněji viz tabulka 1.

Pacienti s diagnózou depresivní porucha (MDD) tvořili 39,5 % (N = 896) souboru. V souboru převažovaly ženy (68,8 %). Průměrný věk byl 51,2±13,5 let a trvání nemoci

Tabulka 1: ***Demografické a klinické charakteristiky pacientů podle hlavní diagnózy a pohlaví***

		SCH (N = 744)		MDD (N = 896)		GAD (N = 626)	
		muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
Počet (%)		446 (59,9)	298 (40,1)	280 (31,3)	616 (68,8)	173 (27,6)	453 (72,4)
Věk	M (SD)	41,8 (11,8)	45,9 (12,9)	49,1 (13,4)	52,1 (13,5)	43,1 (13,9)	49,7 (13,5)
Věkové kategorie	18–46	313 (71,3)	159 (54,1)	107 (38,6)	189 (31,4)	89 (52,4)	197 (43,9)
	46–62	98 (22,3)	101 (34,4)	122 (44,0)	260 (43,2)	62 (36,5)	172 (38,3)
	>62	28 (6,4)	34 (11,6)	48 (17,3)	153 (25,4)	19 (11,2)	80 (17,8)
Vzdělání	ZŠ	109 (24,4)	63 (21,1)	28 (10,0)	94 (15,3)	17 (9,8)	58 (12,8)
	OU	172 (38,6)	82 (27,5)	92 (32,9)	172 (27,9)	56 (32,4)	118 (26,0)
	SŠ	112 (25,1)	118 (39,6)	88 (31,4)	254 (41,2)	56 (32,4)	197 (43,5)
	VŠ	11 (2,5)	14 (4,7)	14 (5,0)	25 (4,0)	8 (4,6)	27 (5,9)
Stav	svobodný	352 (78,9)	139 (46,6)	89 (31,8)	90 (14,6)	57 (32,9)	86 (19,0)
	ženatý/vdaná	44 (9,9)	87 (29,2)	128 (45,7)	300 (48,7)	89 (51,4)	251 (55,4)
	rozvedený/á	39 (8,7)	56 (18,8)	51 (18,2)	149 (24,2)	24 (13,9)	76 (16,8)
	vdovec/vdova	5 (1,1)	12 (4,0)	10 (3,6)	64 (10,4)		31 (6,8)
Stupeň invalidity	ne	79 (17,7)	73 (24,5)	194 (69,3)	430 (69,8)	135 (78,0)	366 (80,8)
	1. st.	10 (2,2)	4 (1,3)	18 (6,4)	62 (10,1)	18 (10,4)	48 (10,6)
	2. st.	39 (8,7)	24 (8,1)	35 (12,5)	49 (8,0)	8 (4,6)	17 (3,8)
	3. st.	318 (71,3)	197 (66,1)	33 (11,8)	75 (12,2)	12 (6,9)	22 (4,9)
Zaměstnán		86 (19,3)	60 (20,1)	141 (54,4)	430 (69,8)	99 (57,2)	240 (53,0)
Délka nemoci (léta); M(SD)		14,6 (10,2)	16,7 (11,5)	8,2 (7,4)	10,0 (9,1)	7,1 (7,0)	7,3 (7,1)
CGI	1) žádné potíže	37 (8,3)	35 (11,7)	60 (21,4)	126 (20,5)	29 (16,8)	81 (17,9)
	2) občas přítomné	55 (12,3)	39 (13,1)	45 (16,1)	102 (16,6)	32 (18,5)	79 (17,4)
	3) mírné potíže	102 (22,9)	68(22,8)	82(29,3)	182 (29,5)	63 (36,4)	128 (28,3)
	4) střední potíže	119 (26,7)	72 (24,2)	65 (23,2)	136 (22,1)	37 (21,4)	110 (24,3)
	5) častěji přítomné	88 (19,7)	55 (18,5)	22 (7,9)	50 (8,1)	8 (4,6)	41 (9,1)
	6) výrazné potíže	38 (8,5)	23 (7,7)	5 (1,8)	15 (2,4)	2 (1,2)	9 (2,0)
	7) velmi závažné	5 (1,1)	5 (1,7)	0	1 (0,2)	1 (0,6)	3 (0,7)

V závorkách jsou uvedena procenta nebo směrodatná odchylka.

Použité zkratky: CGI – celkový klinický dojem, GAD – generalizovaná úzkostná porucha, M – průměr, MDD – depresivní porucha, OU – vyučen, SCH – schizofrenie, SD – směrodatná odchylka, SŠ – středoškolské vzdělání, VŠ – vysokoškolské vzdělání, ZŠ – základní vzdělání

9,4±8,6 let. Nejvyšší dosažené vzdělání bylo nejčastěji středoškolské (38,2 %). Většina pacientů v souboru byla rozvedená (47,8 %) nebo ovdovělá (22,3 %). Po stránce pracovní byla většina pacientů bez invalidního důchodu (69,6 %) a zaměstnáno bylo 63,7 % z nich. Z hlediska závažnosti byla největší část pacientů hodnocena „s mírnými obtížemi" (CGI 3; 29,5 %) a „se středními obtížemi" (CGI 4; 22,1 %), s průměrným skórem 2,88±1,33. Podrobněji viz tabulka 1.

Pacienti s primární diagnózou generalizované úzkostné poruchy (GAD) tvořili 27,6 % (N = 626) ze zařazených pacientů. V souboru převažovaly ženy (72,4 %). Průměrný věk v době šetření byl 47,9±13,6 let a trvání nemoci 7,2±7,1 let. Nejvyšší dosažené vzdělání bylo nejčastěji středoškolské (40,4 %). Více než polovina pacientů v souboru byla rozvedená (54,3 %). Po stránce pracovní byla většina pacientů bez invalidního důchodu (80,0 %), zaměstnáno bylo jen 54,2 % z nich. Z hlediska závažnosti byla největší část pacientů hodnocena „s mírnými obtížemi" (CGI 3; 30,5 %) a „se středními obtížemi" (CGI 4; 23,5 %), průměrně pak 2,94±1,30. Podrobněji viz tabulka 1.

S ohledem na výraznou odlišnost jednotlivých poruch bylo provedeno jen základní meziskupinové srovnání. Pacienti se schizofrenií byli mladší než ostatní dvě skupiny [ANOVA, $F(2,2263) = 71,9$, $p<0,001$; SCH vs. MDD i GAD: Šidákův post hoc test $p<0,001$], s vyšším zastoupením mužů ($\chi2(2) = 192,2$, $p<0,001$), současně s delším trváním nemoci [$F(2,2263) = 158,5$, $p<0,001$; SCH vs. MDD i GAD: post hoc $p<0,001$] i její závažnosti podle CGI [$F(2,2263) = 17,26$, $p<0,001$; SCH vs. MDD i GAD: $p<0,001$].

Výskyt přidružených (komorbidních) onemocnění

Psychiatrické komorbidity

U pacientů se schizofrenií lékaři identifikovali souběh další duševní poruchy u 31,8 % z nich (u 6,4 % to byly dvě a více souběžné poruchy), u mužů obdobně (33,9 %) jako u žen (28,2 %, $\chi2$ test, $p=0,10$). Nejčastější komorbiditou u mužů s diagnózou schizofrenie byly poruchy způsobené užíváním návykových látek (F10–F19, nezahrnuta závislost na nikotinu; 21,7 %), další komorbidity byly sporadické, u žen byly nejčastěji zastoupené úzkostné poruchy (F40–F43; 12,7 %), závislosti byly méně časté (5,3 %).

U pacientů s depresivní poruchou byl výskyt další duševní poruchy zjištěn v polovině případů (49,2 %, u 11,8 % případů šlo o dvě a více komorbidit) s obdobnou četností u mužů (50,0 %) i žen (48,9 %, $p = 0,75$). U mužů i žen byla nejčastější souběžnou poruchou některá forma úzkostné poruchy (21,1 % u mužů a 25,3 % u žen), u mužů byly na druhém místě

Tabulka 2: ***Výskyt a charakter psychiatrických přidružených chorob u pacientů s diagnózou SCH, MDD, GAD***

KOMORBIDITY	SCH (N = 744)		MDD (N = 896)		GAD (N = 626)	
	Muži (N = 446)	ženy (N = 298)	muži (N = 280)	ženy (N = 616)	muži (N = 173)	ženy (N = 453)
F00–F09	18 (4,0)	3 (1,0)	4 (1,4)	16 (2,6)	3 (1,7)	3 (0,7)
F10	65 (14,6)	9 (3,0)	28 (10,0)	17 (2,8)	16 (9,2)	20 (4,4)
F11–F19	32 (7,2)	7 (2,3)	4 (1,4)	6 (1,0)	5 (2,9)	12 (2,6)
F32–F33	3 (0,7)	21 (7,0)	-	-	23 (13,3)	49 (10,8)
F40	15 (3,4)	0	10 (3,6)	11 (1,8)	7 (4,0)	29 (6,4)
F41	6 (1,3)	29 (9,7)	34 (12,1)	101 (16,4)	24 (13,9)	88 (19,4)
F42	2 (0,4)	3 (1,0)	5 (1,8)	10 (1,6)	0	10 (2,2)
F43	9 (2,0)	6 (2,0)	10 (3,6)	34 (5,5)	6 (3,5)	23 (5,1)
F50–F52	24 (5,4)	6 (2,0)	18 (6,4)	31 (5,0)	8 (4,6)	30 (6,6)
F60–F69	24 (5,4)	16 (5,4)	26 (9,3)	42 (6,8)	14 (8,1)	33 (7,3)
Celkem	151 (33,9)	84 (28,2)	140 (50,0)	301 (48,9)	77 (44,5)	226 (49,9)

V závorkách jsou uvedena procenta.

Použité zkratky: GAD – generalizovaná úzkostná porucha, MDD – depresivní porucha, SCH – schizofrenie

F00–F09 – Demence a organické duševní poruchy, F10 – Poruchy způsobené užíváním alkoholu, F11–F19 – Poruchy způsobené užíváním návykových látek jiných než alkohol a nikotin, F32–F33 Depresivní porucha, F40 – Fobické úzkostné poruchy, F41 – Jiné úzkostné poruchy, F42 – Obsedantně kompulzivní porucha, F43 – Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení, F50–F52 – Behaviorální syndromy, F60–F69 – Poruchy osobnosti a chování u dospělých

poruchy spojené s užíváním návykových látek (11,4 %), u žen poruchy osobnosti (6,8 %).

Neurologické komorbidity

Ze somatických souběžných poruch byly jako zvláštní kategorie vyňaty neurologické poruchy. Jejich výskyt, který lékaři uváděli, však byl relativně nízký, u pacientů se schizofrenií byl 9,0 %, u pacientů s depresivní poruchou 14,7 % a u pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou 13,9 %. Rozdíl mezi pohlavími byl výraznější pouze u GAD (ženy 15,5 %, muži 9,8 %), u ostatních poruch byl výskyt vyrovnaný. Nejčastější neurologickou komorbiditou byly bolesti hlavy (7,6 % všech pacientů). Extrapyramidové syndromy včetně sekundárních byly uváděny jen sporadicky, u pacientů se schizofrenií jen u 3 % z nich.

Somatické komorbidity

Přibližně polovina pacientů se schizofrenií trpěla alespoň jednou souběžnou tělesnou poruchou (48,1 %), přičemž u žen byl výskyt vyšší (54,4 %) než u mužů (43,9 %, $\chi 2$ test, $p = 0{,}005$). Nejčastější se objevovaly obezita (19,1 %), hypertenze (13,4 %) a onemocnění štítné žlázy (8,9 %), poslední porucha se objevovala výrazně častěji u žen (17,4 % proti 4,5 % u mužů). U mužů byla třetí nejčastější somatickou komorbiditou porucha metabolismu lipidů (9,2 %). Pětina pacientů pak trpěla dvěma a více tělesnými onemocněními (21,2 %), výskyt více souběžných nemocí rostl s věkem.

Mezi pacienty s depresivní poruchou byla zjištěna somatická komorbidita u 59,4 % s podobnými výsledky u žen (60,2 %) i mužů (57,5 %, $p = 0{,}44$), u třetiny pacientů (32,5 %) pak byly zjištěny dvě a více nemocí. Nejčastěji se objevovala hypertenzní nemoc (27,9 %), obezita (14,6 %) a onemocnění štítné žlázy (14,0 %), které se vyskytovalo především u žen (18,7 % proti 3,6 % u mužů). U mužů byla třetí nejčastější somatickou komorbiditou porucha metabolismu lipidů (10,0 %).

V případě pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou byl výskyt tělesných komorbidit 53,4 % bez rozdílu mezi pohlavími (54,3 % proti 50,9 % u mužů, $p = 0{,}44$). Souběh více tělesných nemocí byl zjištěn u 24,1 %. U obou pohlaví byla nejčastější nemocí hypertenze (22,2 %), následovaná onemocněními štítné žlázy (14,5 %; ženy 17,4 % a muži 6,9 %) a obezitou (11,0 %, ženy 12,1 % a muži 8,1 %).

Bez ohledu na primární diagnózu a pohlaví byly nejčastějšími tělesnými souběžnými nemocemi hypertenzní nemoc (21,8 %), obezita (15,4 %) a onemocnění štítné žlázy (12,4 %). Podrobnější popis somatických komorbidit uvádí tabulky 3 a 4. Výskyt somatických komorbidit byl nejvyšší u depresivní poruchy [MDD vs. GAD: $\chi 2(1) = 5{,}45$, $p = 0{,}02$; MDD vs. SCH: $\chi 2(1) = 20{,}8$, $p<0{,}001$].

Léčba podle diagnostických skupin

Pacienti se schizofrenií (N = 570, u 23 % chyběla data) byli až na výjimky (98,4 %) léčeni antipsychotiky (AP), nejčastěji olanzapinem (38,4 %), aripiprazolem (18,4 %) a překvapivě klozapinem (14,6 %). Více než třetina pacientů (37,4 %) užívala jiná, obvykle klasická antipsychotika. Nadpoloviční většina pacientů (55,8 %) pak užívala více než jedno AP souběžně. Pacienti se schizofrenií též poměrně často užívali antidepresiva (40,0 %), nejčastěji se skupiny SSRI (25,4 %) menší část pak také antiepileptika (16,7 %), nejčastěji valproát (8,9 %). Souhrnně pak na monoterapii psychofarmaky (bez anxiolytika a hypnotik) bylo 29,6 % pacientů, 70 % užívalo dvě a více psychofarmak, 33,2 % tři a více psychofarmak a 10,9 % čtyři a více preparátů. Vedle uvedených užívalo pravidelně 21,4 % pacientů pravidelně anxiolytika, 5,8 % hypnotika.

Pacienti s depresivní poruchou (N = 679, u 24,2 % chyběla data) byli téměř všichni (96,5 %) léčeni antidepresivy (AD), nejčastěji venlafaxinem (22,5 %), escitalopramem (22,1 %) a sertralinem (19,0 %), a necelá třetina (27,9 %) pak užívala více než jedno AD. Pacienti s depresí byli dále léčeni AP (26,5 %), nejčastěji quetiapinem (10,8 %) a olanzapinem (4,0 %) a dále antiepileptiky (19,0 %), z nich nejčastěji pregabalinem (8,8 %) a lamotriginem (5,9 %). Souhrnně bylo jedním psychofarmakem (bez anxiolytik a hypnotik) léčeno 44,8 % pacientů,

Tabulka 3: ***Prevalence somatických přidružených chorob u pacientů s diagnózou SCH, MDD, GAD***

KOMORBIDITY	SCH (N = 744)		MDD (N = 896)		GAD (N = 626)	
	muži (N = 446)	ženy (N = 298)	muži (N = 280)	ženy (N = 616)	muži (N = 173)	ženy (N = 453)
C00–C97	12 (2,7)	14 (4,7)	3 (1,1)	36 (5,8)	4 (2,3)	16 (3,5)
D50–D89	5 (1,1)	4 (1,3)	2 (0,7)	18 (2,9)	0	11 (2,4)
E00–E07	20 (4,5)	46 (15,4)	10 (3,6)	115 (18,7)	12 (6,9)	79 (17,4)
E11	32 (7,2)	24 (8,1)	23 (8,2)	32 (5,2)	7 (4,0)	20 (4,4)
E66	70 (15,7)	78 (26,2)	34 (12,1)	97 (15,7)	14 (8,1)	55 (12,1)
E78	41 (9,2)	21 (7,0)	28 (10,0)	54 (8,8)	10 (5,8)	32 (7,1)
H00–H59	12 (2,7)	15 (5,0)	15 (5,4)	39 (6,3)	5 (2,9)	17 (3,8)
H60–H95	1 (0,2)	5 (1,7)	3 (1,1)	12 (1,9)	3 (1,7)	8 (1,8)
I10–I15	62 (13,9)	42 (14,1)	90 (32,1)	160 (26,0)	35 (20,2)	104 (23,0)
I20–I25	5 (1,1)	4 (1,3)	9 (3,2)	12 (1,9)	7 (4,0)	8 (1,8)
I26–I27	0	0	3 (1,1)	9 (1,5)	2 (1,2)	4 (0,9)
I30–I52	7 (1,6)	3 (1,0)	6 (2,1)	20 (3,2)	4 (2,3)	14 (3,1)
I60–I69	2 (0,4)	2 (0,7)	5 (1,8)	9 (1,5)	3 (1,7)	4 (0,9)
I70–I79	3 (0,7)	0	4 (1,4)	8 (1,3)	0	4 (0,9)
I80–I89	9 (2,0)	12 (4,0)	8 (2,9)	40 (6,5)	1 (0,6)	22 (4,9)
J43, J44	4 (0,9)	1 (0,3)	8 (2,9)	15 (2,4)	1 (0,6)	4 (0,9)
J45	25 (5,6)	11 (3,7)	10 (3,6)	43 (7,0)	10 (5,8)	23 (5,1)
K21	2 (0,4)	10 (3,4)	7 (2,5)	25 (4,1)	9 (5,2)	15 (3,3)
K25–K31	6 (1,3)	6 (2,0)	18 (6,4)	34 (5,5)	11 (6,4)	27 (6,0)
K75–K77	9 (2,0)	7 (2,3)	5 (1,8)	13 (2,1)	2 (1,2)	7 (1,5)
L00–L99	16 (3,6)	4 (1,3)	6 (2,1)	14 (2,3)	2 (1,2)	7 (1,5)
M00–M36	5 (1,1)	12 (4,0)	17 (6,1)	54 (8,8)	4 (2,3)	23 (5,1)
N00–N99	13 (2,9)	15 (5,0)	19 (6,8)	36 (5,8)	5 (2,9)	25 (5,5)
SOM	196 (43,9)	162 (54,4)	161 (57,5)	371 (60,2)	88 (50,9)	246 (54,3)

V závorkách jsou uvedena procenta.

Použité zkratky: GAD – generalizovaná úzkostná porucha, MDD – depresivní porucha, SCH – schizofrenie,

C00–C97 Zhoubné novotvary; D50–D89 Nemoci krve, krvetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity (např. anémie); E00–E07 Poruchy štítné žlázy; E11 Diabetes mellitus 2. typu; E66 Obezita – otylost; E78 Poruchy metabolismu lipoproteinů a jiné lipidémie; H00–H59 Nemoci oka; H60–H95 Nemoci ucha; I10–I15 Hypertenzní nemoci; I20–I25 Ischemické nemoci srdeční; I26–I27 Plicní embolie, jiné kardiopulmonální nemoci; I30–I52 Jiné formy srdečního onemocnění (arytmie); I60–I69 Cévní nemoci mozku; I70–I79 Nemoci tepen, tepének a vlásečnic; I80–I89 Nemoci žil, mízních cév a mízních uzlin nezařazené jinde; J43, J44 Rozedma, Jiná chronická obstruktivní plicní nemoc; J45 Astma; K21 Gastroezofageální refluxní onemocnění; K25–K31 Vředová choroba gastroduodenální; K75–K77 Nemoci jater (např. steatóza); L00–L99 Nemoci kůže a podkožního vaziva; M00–M36 Artropatie, Systémová onemocnění pojivové tkáně, Dna; N00–N99 Nemoci močové a pohlavní soustavy

dvěma a více 52,4 % a třemi a více preparáty 16,8 % pacientů. Vedle uvedeného užívalo pravidelně anxiolytika 29,0 % a hypnotika 7,7 % pacientů.

Pacienti s generalizovanou úzkostnou poruchou (N = 477, u 23,8 % chyběla data) byli nejčastěji léčeni některým z AD (92,9 %), nejčastěji escitalopramem (24,5 %), sertralinem (21,8 %) a venlafaxinem (15,1 %). V porovnání s jinými psychiatrickými pacienty byli pacienti s GAD častěji léčeni antiepileptiky (25,2 %), a to téměř výhradně pregabalinem (21,4 %, tedy častěji než např. venlafaxinem), léčba AP byla vzácnější (15,7 %), nejčastěji byl použit quetiapin (6,5 %). Polovina pacientů byla léčena monoterapií (52,4 %), třetina kombinací dvou léčiv (32,3 %). Častý byl nicméně výskyt souběžného užívání anxiolytik (35,0 %), méně pak hypnotik (9,2 %).

Kvalita života

Ze získaných dotazníků Q-les-Q-SF pouze 11 (0,5 %) nebylo možno vyhodnotit. Vnitřní konzistence stupnice odhadovaná Cronbachovým koeficientem alfa byla na podkladě našeho souboru 0,91. Srovnání všech tří skupin ukázalo na rozdíly ve vnímané kvalitě života [jednofaktorová ANOVA; $F(2,2252) = 4,58$, $p = 0,01$], následné srovnání pak ukázalo signifikantně nižší kvalitu života u pacientů s depresivní poruchou proti pacientům se schizofrenií (Šidákův post hoc test, $p = 0,007$), jiná meziskupinová srovnání nebyla signifikantní. Kvalita života u pacientů s duševními poruchami byla hodnocena muži i ženami v rámci jednotlivých skupin obdobně.

Do dalších analýz (vícefaktorová analýza rozptylu, ANOVA) byly zahrnuty faktory diagnóza a závažnost onemocnění (podle stupnice CGI). Věk pacienta (stejně jako pohlaví) nebyl do modelu zařazen, neboť regrese Q-les-Q na věk nebyla statisticky významná. Zahrnuta byla korekce na délku onemocnění. Pro hodnocení vlivu závažnosti onemocnění na kvalitu života byli vybráni pouze pacienti s GCI 2–6, s ohledem k nízkému zastoupení osob s CGI 7 a nejistým údajům ze stupně 1.

Výsledky ukazují, že jak diagnóza, tak závažnost onemocnění mají vliv na kvalitu života. U všech onemocnění se úroveň kvality života významně zhoršuje mezi úrovní

Tabulka 4: ***Počet souběžných somatických komorbidit u jednotlivých sledovaných diagnóz celkově a podle věkových skupin***

Diagnóza	Věková kategorie	0	1	2	3	≥4	N
SCH	18–46	278 (58,4)	128 (26,9)	34 (7,1)	23 (4,8)	13 (2,7)	476
	46–62	85 (42,3)	55 (27,4)	35 (17,4)	17 (8,5)	9 (4,5)	201
	>62	21 (33,9)	15 (24,2)	15 (24,2)	8 (12,9)	3 (4,8)	62
	celkem	384 (52,0)	198 (26,8)	84 (11,4)	48 (6,5)	24 (3,3)	739
MDD	18–46	186 (62,6)	80 (26,9)	20 (6,7)	7 (2,4)	4 (1,3)	297
	46–62	132 (34,1)	106 (27,4)	86 (22,2)	30 (7,8)	32 (8,2)	387
	>62	44 (21,0)	57 (27,1)	44 (21,0)	37 (17,6)	28 (13,3)	210
	celkem	362 (40,5)	243 (27,2)	150 (16,8)	74 (8,3)	64 (7,2)	894
GAD	18–46	169 (58,5)	88 (30,4)	23 (8,0)	7 (2,4)	2 (0,7)	289
	46–62	99 (41,9)	73 (30,9)	37 (15,7)	17 (7,2)	10 (4,2)	236
	>62	24 (23,8)	24 (23,8)	31 (30,7)	14 (13,9)	8 (8,0)	101
	celkem	292 (46,6)	185 (29,6)	91 (14,5)	38 (6,1)	19 (3,1)	626

V závorkách jsou uvedena procenta.

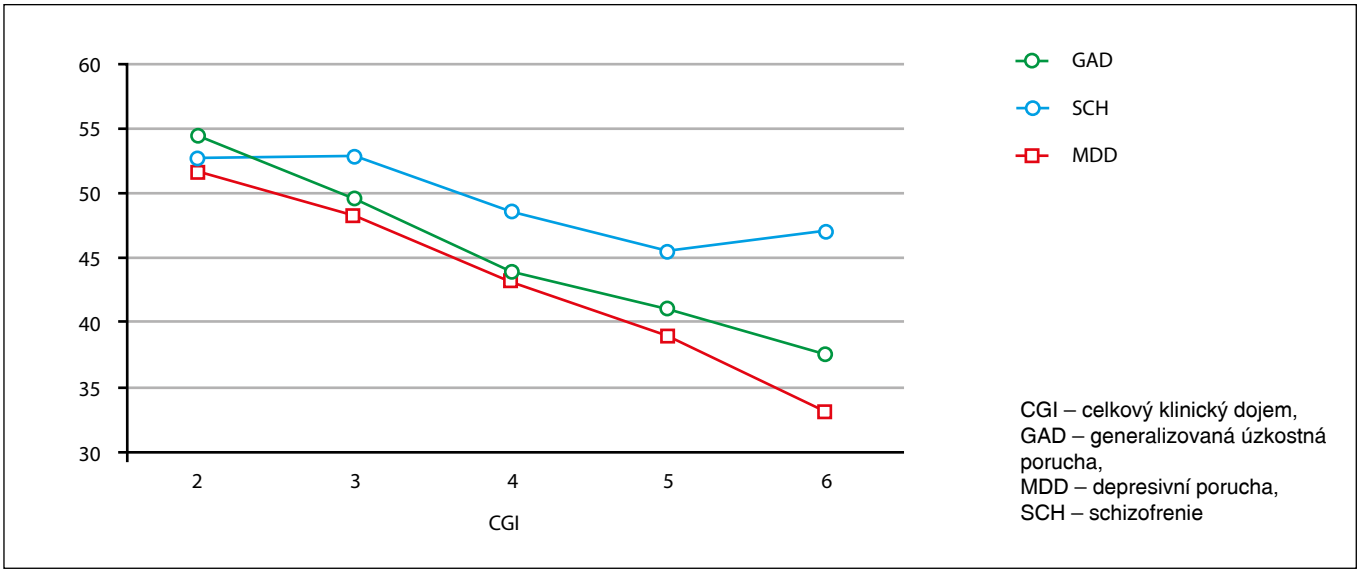
Použité zkratky: GAD – generalizovaná úzkostná porucha, MDD – depresivní porucha, SCH – schizofrenie

závažnosti „mírná“ (CGI 1–3) a „středně závažná“ (GCI 4–6). U všech diagnóz bylo možno identifikovat pokles kvality života se stoupající závažností onemocnění, dopad závažnosti onemocnění na kvalitu života byl nicméně různě významný podle diagnózy [vícefaktorová ANOVA, interakce faktorů DG a CGI, $F(8,2252) = 4,87$, $p<0,001$]. Výraznější pokles kvality života se stoupající závažnosti nemoci byl zjištěn u generalizované úzkostné poruchy [ANOVA: $F(4,504) = 29,92$, $p<0,001$; Jonckheere-Terpstra test, $z = 10,26$, effect size $r = 0,46$] a depresivní poruchy [$F(4,699) = 38,74$, $p<0,001$; $z = 11,04$, $r = 0,42$], zatímco u schizofrenie [$F(4,654) = 11,91$, $p<0,001$; $z = 6,39$, $r = 0,25$] byl méně významný (viz tabulka č. 5, obr. 1).

Analýza vlivu přítomnosti komorbidního onemocnění ukázala dále významný negativní vliv další duševní poruchy na kvalitu života u pacientů napříč sledovanými diagnózami [SCH: $F(1,742) = 11,78$, $p<0,001$; MDD: $F(1,894) = 12,33$, $p<0,001$; GAD: $F(1,624) = 13,18$; $p<0,001$]. Proti tomu vliv přítomnosti neurologické či tělesné přidružené nemoci vliv na kvalitu života se neměl, naopak (a proti očekávání), u MDD hodnotili pacienti mírně, ale signifikantně lepší kvalitu při souběhu somatické poruchy než při stavu bez komorbidity [$F(1,894)=5,71$, $p=0,02$] (viz tabulka č. 5, obr. 2).

Diskuse a závěr

Projekt Cosmos představuje dosud nejrozsáhlejší šetření výskytu psychiatrických a somatických komorbidit u klinické populace, konkrétně u ambulantně léčených pacientů se schizofrenií, depresivní poruchou a generalizovanou úzkostnou poruchou v České republice. V rámci vstupního vyšetření byla získána data od 2 266 pacientů s jednou ze tří zvolených (primárních) duševních poruch, a to v podmínkách klinické praxe samotnými ošetřujícími lékaři. Tímto způsobem byl zachycen výskyt souběžných duševních poruch v rozmezí od 32 % u pacientů se schizofrenií až po téměř 50 % u pacientů



Obrázek 1: ***Kvalita života podle dotazníku Q-les-Q-SF u jednotlivých poruch v závislosti na jejich závažnosti podle CGI***

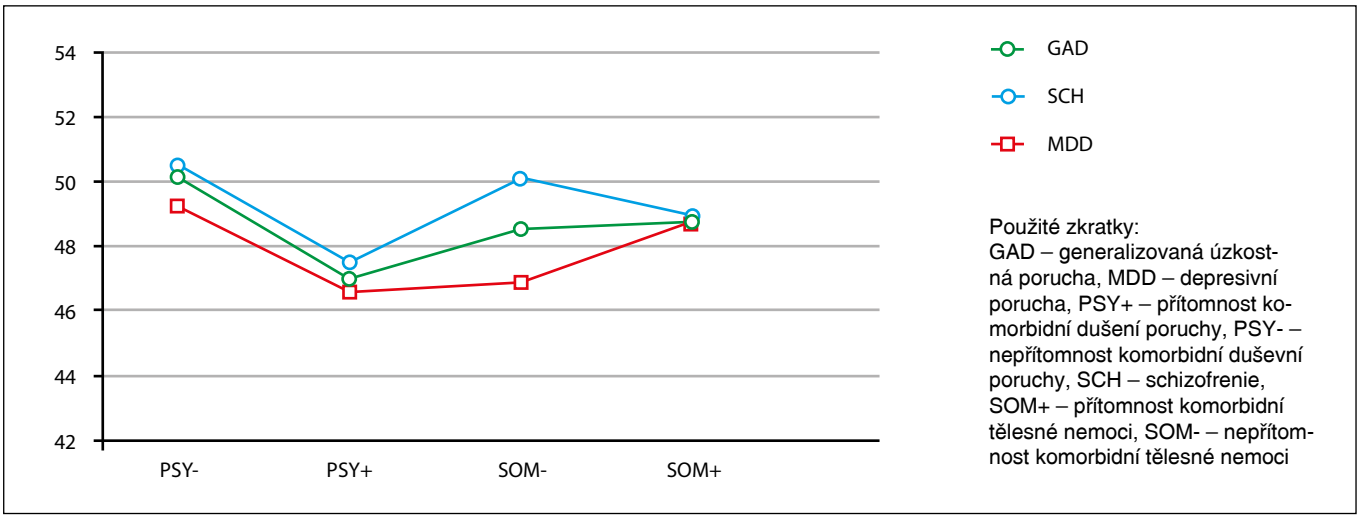
Tabulka 5: ***Kvalita života podle dotazníku Q-les-Q-SF (podle základní diagnózy, pohlaví, přítomnosti komorbidit a závažnosti onemocnění)***

	SCH			MDD			GAD		
	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N
celkem	49,58	10,86	741	47,95	11,15	891	48,61	10,97	623
Muži	49,37	10,99	444	48,21	11,12	277	48,75	11.15	170
ženy	49,74	10,74	297	47,86	11,17	614	48,55	10,92	453
PSY +	47,51	10,84	235	46,65	11,35	441	46,98	11,38	303
PSY-	50,44	10,79	509	49,25	10,81	455	50,13	10,37	323
SOM+	48,95	10,92	358	48,70	11,29	532	48,66	11,00	334
SOM-	50,04	10,84	386	46,90	10,87	364	48,55	10,97	292
CGI									
1	51,39	9,51	72	54,00	10,99	186	52,05	11,94	110
2	52,77	10,41	94	51,93	9,93	147	54,45	10,04	111
3	52,82	10,02	170	48,45	9,96	264	49,57	8,97	191
4	48,58	10,05	191	43,45	9,46	201	44,03	9,35	147
5	45,52	10,89	143	39,24	8,87	72	41,10	10,45	49
6	47,02	12,21	61	33,40	7,54	20	37,64	12,56	11
7	44,10	16,93	10	32,00	-	1	36,50	10,66	4

Použité zkratky: CGI – celkový klinický dojem, GAD – generalizovaná úzkostná porucha, MDD – depresivní porucha, PSY+ – přítomnost komorbidní dušení poruchy, PSY- – nepřítomnost komorbidní duševní poruchy, SCH – schizofrenie, SOM+ – přítomnost komorbidní tělesné nemoci, SOM- – nepřítomnost komorbidní tělesné nemoci

s depresivní poruchou a generalizovanou úzkostnou poruchou. Podle očekávání k nejčastějším souběžným poruchám patřily poruchy způsobené užíváním návykových látek, úzkostné poruchy a poruchy osobnosti. Somatické komorbidity pak byly identifikovány s četností od 48 % u pacientů se schizofrenií po 59 % u pacientů s depresivní poruchou, nejčastěji byly zjišťovány hypertenzní nemoc, obezita, poruchy funkce štítné žlázy a metabolismu lipidů a cukrů. Kvalitu svého života hodnotili nejhůře pacienti s depresivní poruchou, nejlépe pak pacienti se schizofrenií – a to navzdory delšímu trvání nemoci i její vyšší závažnosti podle globálního klinického dojmu (CGI). Subjektivně hodnocená kvalita života byla u všech tří skupin pacientů horší v situaci s další souběžnou duševní poruchou, souběžné somatické poruchy naproti tomu dopad na subjektivní hodnocení kvality neměly. Kvalita života se dále snižovala se závažností nemoci, výrazněji však bylo možno tento trend sledovat u depresivní poruchy a úzkostné poruchy, méně pak u pacientů se schizofrenií.

Zjištěné výsledky je nutno doplnit o omezení, které zvolené uspořádání přineslo a které je hlavním důvodem (v porovnání s jinými studiemi), že byla zjištěna nižší frekvence výskytu především psychiatrických komorbidit, nejvíce snad nízký záchyt duševních poruch způsobených návykovými látkami. Do studie se zapojila pouze polovina původně oslovených lékařů a podle regionů dominovala Praha (třetina lékařů i pacientů). Dále pacienti, kteří vstoupili do studie, měli spíše nižší závažnost onemocnění (nejčastěji CGI 3 a 4), a tedy pravděpodobně i menší výskyt duševních komorbidit. Přesto, že nábor byl koncipován konsekutivně, není jasné, jaký počet pacientů s jakou závažností nemoci se odmítl studie



Obrázek 2: ***Kvalita života podle dotazníku Q-les-Q-SF u jednotlivých poruch v závislosti na přítomnosti přidružených poruch***

zúčastnit. Je tedy možné, že výsledky popisují situaci u pacientů více spolupracujících a s méně závažným průběhem nemoci či alespoň těch, kteří byli v době vstupu do studie v méně závažném stavu. Dalším omezením je hodnocení výskytu komorbidit samotnými lékaři namísto hodnocení nezávislými hodnotiteli. Přístup nicméně nabízí i výhody, neboť jsou zachyceny pouze klinicky relevantní komorbidity, které ovlivňují průběh nemoci a výsledky a způsoby léčby. Lze předpokládat, že nezávislí hodnotitelé by formou strukturovaného interview detekovali vyšší frekvenci souběžných duševních poruch naplňujících daná diagnostická kritéria. Dílčí kontrolou a určitým vyrušením předpokládaného nejednotného přístupu lékařů při stanovování nemocí byla předem určená hranice 15 (následně 20) pacientů na jednoho lékaře. Tato restrikce může zachytit individuální vychýlení, nezabrání však většinovým trendům v hodnocení. Lze tedy usuzovat, že ambulantní lékaři jsou u svých pacientů méně zaměření na výskyt poruch spojených s užíváním návykových látek nebo poruch osobnosti. Ukázkou budiž minimální zaznamenávání závislosti na nikotinu (pouze u jednotek procent pacientů) nebo problematického užívání alkoholu (jen 7 % všech zařazených pacientů), což jsou hodnoty nižší než v obecné populaci. Nižší záchyt poruch osobnosti, ale i úzkostných poruch, lze vysvětlit u prvního odklonem od potenciálně stigmatizující diagnózy, u obou diagnostických okruhů pak nejasným vymezením či odlišením především od depresivní poruchy, pokud je tato diagnózou primární. Klasifikační systémy v těchto případech nedávají jasný návod – není tak jasně určeno, kdy jsou například úzkostné příznaky „pouze“ součástí depresivní poruchy a kdy jsou samostatnou diagnostickou jednotkou (tedy komorbiditou). Omezením výsledkovým je pak absence srovnání s výskytem somatických nemocí v obecné populaci stejného věku a podle pohlaví.

I s danými omezeními lze konstatovat, že výskyt další duševní poruchy zhoršuje kvalitu života, zatímco – možná překvapivě – výskyt tělesné nemoci nikoli. Zjištění vyšší kvality života u pacientů s depresí společně se somatickým onemocněním proti těm bez tělesné nemoci jasné vysvětlení nemá, nicméně nejčastěji zjišťovaná tělesná onemocnění (endokrinní a z okruhu metabolického syndromu) nemusí být delší čas problémem narušujícím každodenní fungování a kvalitu života, zvláště ve věku pacientů v našem souboru. V delší časové perspektivě jsou každopádně problémem zásadním a stávající projekt měl kromě jiných za cíl zvýšit povědomí o jejich důležitosti.

Projekt Cosmos vedle své psychiatrické větvě má i část neurologickou, jejíž výsledky zde nebyly prezentovány, a dále část prospektivní, která není dosud ukončena. Po jeho finalizaci tak budeme moci předložit výsledky obohacené o časovou perspektivu.

Autoři prohlašují, že instituce Národní ústav duševního zdraví byla v souvislosti se vznikem a tématem článku v uplynulých 24 měsících smluvně vázána se společností Krka ČR, s.r.o., která poskytla finanční podporu pro provedení práce a publikaci.

MUDr. Mgr. Barbora Kohútová, Ph.D.
Národní ústav duševního zdraví
Topolová 748
250 67 Klecany
E-mail: barbora.kohutova@nudz.cz

Do redakce přišlo: 4. 5. 2018
K publikaci přijato: 11. 5. 2018

LITERATURA

Dotazník kvality života (Q-les-Q). 1. vyd. Praha, Academia Medica Pragensis, 2003. 23 s.

Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. Psychopharmacol Bull. 1993;29:321–6.

Guy W, editor. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. 1976. Rockville, MD, U.S. Department of Health, Education, and Welfar.

Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum. Praha, Psychiatrické centrum 1996. 179 s.

asentra® :)

Potahované tablety
50 mg, 100 mg

sertralinum

Pro klid v duši ...z mnoha důvodů

Deprese, panické poruchy, OCD*, PTSD**, sociální úzkostné poruchy[1]

Základní informace pro předpis léčivého přípravku: (připraveno podle schváleného Souhrnu údajů o přípravku)
Název přípravku: Asentra 50, Asentra 100, potahované tablety. **Složení:** 1 potahovaná tableta obsahuje sertralini hydrochloridum 55,95 mg nebo 111,90 mg, což odpovídá sertralinum 50 mg nebo 100 mg. **Indikace:** Epizody velké deprese, k prevenci opakování nebo návratu epizod velké deprese. Panické poruchy s agorafobií nebo bez ní. Obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD) u dospělých a u dětí a dospívajících ve věku 6-17 let. Sociální úzkostné poruchy. Posttraumatické stresové poruchy (PTSD). **Dávkování:** Sertralin se podává 1x denně, a to buď ráno, nebo večer. Sertralin tablety mohou být podávány s jídlem i bez jídla. Deprese a OCD: Zahajovací dávka je 50 mg/den. Panická porucha, PTSD a sociální úzkostná porucha: Zahajovací dávka je 25 mg/den. Po 1 týdnu by měla být zvýšena na dávku 50 mg 1x denně. Titrace dávky: Deprese, OCD, panická porucha, sociální úzkostná porucha a PTSD: Zvyšování dávky se musí provádět po 50 mg v intervalech nejméně 1 týdne, a to až na maximální dávku 200 mg denně. Nástup terapeutického účinku lze pozorovat během 7 dnů. K dosažení plného terapeutického účinku je však zapotřebí obvykle delšího období, a to především u OCD. K eliminaci symptomů deprese by pacienti měli být léčeni dostatečně dlouhou dobu nejméně 6 měsíců. Děti a dospívající s OCD: 13-17 let: počáteční dávka 50 mg/den. 6-12 let: počáteční dávka 25 mg/den. Po 1 týdnu může být dávka zvýšena na 50 mg/den, v případě nedostatečné terapeutické odpovědi může být zvyšována v průběhu několika týdnů o 50 mg až na maximální denní dávku 200 mg/den. Účinnost nebyla prokázána u dětí s velkou depresivní poruchou. Nejsou k dispozici údaje u dětí mladších 6 let. U starších pacientů je nutná opatrnost v určení dávek, protože mohou mít vyšší riziko hyponatrémie. U pacientů s poruchou funkce jater je nutné používat nižší dávky, případně podávat méně často a u závažného poškození jater se nesmí sertralin používat. Při ukončení léčby sertralinem je nutné dávku snižovat postupně během nejméně 1-2 týdnů, aby se snížilo riziko abstinenčních reakcí. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku. Současná ireverzibilními inhibitory monoaminooxidázy (IMAO) je kontraindikována vzhledem k riziku vzniku serotoninového syndromu. Léčba sertralinem nesmí být zahájena dříve než 14 dní po ukončení léčby ireverzibilními IMAO. Léčba sertralinem musí být ukončena alespoň 7 dnů před zahájením léčby ireverzibilními IMAO. Podávání sertralinu je kontraindikováno u pacientů současně užívajících pimozid. **Zvláštní upozornění:** Při léčbě SSRI včetně sertralinu byl hlášen rozvoj potenciálně život ohrožujícího serotoninového syndromu nebo neuroleptického maligního syndromu. Zvláštní péče a opatrnosti při lékařském posuzování je třeba zejména při přechodu z dlouhodobě působících léků, jako je fluoxetin. Pozor na současné podání sertralinu s jinými léky, které zlepšují serotoninergní neurotransmisi. Byly hlášeny případy prodloužení korigovaného QT intervalu a torsade de pointes. U malého počtu pacientů se vyskytly příznaky hypománie nebo mánie. U pacientů se schizofrenií může dojít ke zhoršení psychotických symptomů. Pokud se u nemocného objeví epileptické záchvaty, je nutno léčbu sertralinem přerušit. Deprese je spojena se zvýšeným rizikem sebevražedných myšlenek, sebepoškozování a sebevraždy. Toto riziko přetrvává až do klinicky významné remise. Při užívání SSRI byly hlášeny případy abnormálního krvácení, včetně kožního krvácení, hyponatremie. Po vysazení léčby jsou časté abstinenční příznaky. Užití sertralinu bylo spojeno s rozvojem akatizie. U pacientů s diabetes může léčba SSRI ztížit kontrolu glykémie. Opatrnost u pacientů s glaukomem s uzavřeným úhlem anebo s glaukomem v anamnéze. **Interakce:** Podání sertralinu současně s grapefruitovou šťávou se nedoporučuje. Sertralin nesmí být používán v kombinaci s ireverzibilními IMAO, jako je selegilin. Vzhledem k riziku vzniku serotoninového syndromu nesmí být souběžně podán sertralin a reverzibilní selektivní IMAO, jako je moklobemid. Antibiotikum linezolid je slabý reverzibilní neselektivní IMAO a nesmí být pacientům užívajícím sertralin podáván. Léky prodlužující QT interval, pimozid, alkohol, fentanyl, lithium, fenytoin, triptany, warfarin, atenolol, cimetidin, digoxin, NSAID, kyselina acetylsalicylová, tiklopidin, propafenon, flekainid, tricyklická antidepresiva. **Těhotenství a kojení:** Používání sertralinu v těhotenství a během kojení je možné, jen pokud klinický stav pacientky je takový, že výhody léčby převáží potenciální riziko. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Přípravek může ovlivnit psychofyzické schopnosti nemocných, zvláště při současném požívání alkoholu nebo léčiv s tlumícím účinkem na CNS. Nežádoucí účinky: Nejčastějším nežádoucím účinkem je nauzea. Při léčbě sociální úzkostné poruchy se u mužů vyskytla sexuální dysfunkce (porucha ejakulace). Tyto nežádoucí účinky jsou závislé na dávce a s pokračující léčbou často vymizí. **Balení:** 28 nebo 84 potahovaných tablet po 50 mg nebo 100 mg. **Doba použitelnosti a uchovávání:** 5 let. Přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Dříve než přípravek předepíšete, seznamte se, prosím, s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku (SPC).**
Datum poslední revize textu SPC: 21.10. 2015. Držitel rozhodnutí o registraci: KRKA, d.d., Novo mesto, Slovinsko. Registrační čísla: Asentra 50 mg: 30/062/03-C, Asentra 100 mg: 30/063/03-C. Léčivý přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.
Nepřetržitá veřejná informační služba: tel. /zázn./fax: +420 221 115 150, e-mail: info.cz@krka.biz; www.krka.cz/cz/leciva-a-jine-produkty

Literatura: 1. SPC Asentra, *OCD - obsedantně kompulzivní porucha, **PTSD - posttraumatická stresová porucha

Krka ČR, s.r.o. Sokolovská 192/79, 186 00 Praha 8 – Karlín, Tel.: +420 221 115 115, Fax: +420 221 115 116, www.krka.cz

5/2018, Czech Republic, 2018-03-A4

Projekt COSMOS

NUDZ

KRKA