

Depresívne poruchy v praxi všeobecného lekára pre dospelých – II. časť

MUDr. Peter Marko

Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých, Kežmarok

Depresia je závažné psychické ochorenie, ktoré postihuje počas života 10–15 % populácie. Za vznik a manifestáciu tejto sociálno-ekonomicky závažnej choroby je spoluzodpovedná kombinácia rôznych faktorov. V rozvinutých krajinách Európy pacienti s depresiou päťkrát častejšie navštevujú svojho všeobecného praktika v porovnaní so psychiatrom. Približne 40 % pacientov, ktorí spáchajú samovraždu, navštívi svojho všeobecného lekára počas predchádzajúcich štyroch týždňov.

KLúčové slová: začatie, monitorovanie a ukončenie a liečba antidepresívami, nedostatočná odpoveď na liečbu antidepresívami, nežiaduce účinky antidepresív, sexuálna dysfunkcia, riziko samovraždy.

Depressive disorders in general practitioners practice – part II.

Depression is a serious psychiatric illness, which effects from 10 to 15 % of the population during their lifetime. The existence and manifestation of this socio-economic serious illness can be attributed to a combination of various factors. In the developed countries of Europe patients suffering from depression visit their general practitioners five times more often compared to psychiatrists. 40 % of patients, who commit suicide visit their GP within 4 weeks before of doing so.

Key words: beginning, monitoring and stopping of antidepressant treatment, failure to respond to antidepressants, adverse effects of antidepressants drugs, sexual dysfunction, risk of suicide.

Via pract., 2009, 6 (11): 451–454

Začatie antidepresívnej terapie

Pred nasadením liečby musíme jasne **rozlíšiť medzi unipolárnou a bipolárnou afektívnou poruchou**. Je nutné **odlíšiť aj iné duševné ochorenia**, ktorých príznakom môže byť depresia, napr. u schizoaftívnej poruchy.

Edukácia pacienta

Pre úspech terapie je dôležité poučiť pacienta o princípe a dĺžke liečby. Stanovíme si reálne ciele, upozorníme na možné nežiaduce účinky a zdôrazníme ich prechodný charakter. S poučením o nežiaducich účinkoch antidepresív (AD) na sexuálne funkcie vyčkáujeme do dosiahnutia remisie.

Postupné zvyšovanie dávky

Liečbu spravidla začíname polovičnou dávkou, po niekoľkých dňoch individuálne podľa znášanlivosti zvýšime na obvyklú dávku. V prípade výskytu nežiaducich účinkov predĺžime interval užívania polovičnej dávky, prípadne dávku podľa možnosti čas znížime a potom zvyšujeme až k obvyklej dávke. Podávanie SSRI je možné zahájiť so zreteľom na závažnosť depresie a riziko z časového omeškania priamo účinnou, tzn. obvyklou dávkou.

Symptomatická preklenovacia terapia

Symptomatická preklenovacia terapia má dočasný charakter, pretože približne dve tretiny pacientov s depresiou trpia tiež úzkosťou. Anxieta

zvyšuje utrpenie depresívneho pacienta a zvyšuje riziko suicídia. Anxiolytické účinky SSRI sa prejavujú až po 2–3-týždňovej latencii. V prípade masívnej komorbidnej úzkosti je vhodná začiatočná kombinácia SSRI s benzodiazepínmi, napr. alprazolam, lorazepam, klonazepam. Ich podávanie by sa malo obmedziť na maximálne 6–8 týždňov. Pri nespavosti pridávame v úvode liečby hypnotiká, napr. zolpidem, zopiklón. Pri nepokoji a insomnii rezistentnej na hypnotiká je možné nasadiť tiaprid. Antidepresívum samé po 1–2 týždňoch zlepšuje zaspávanie a kvalitu spánku a hypnotikum je možné postupne vysadzovať.

Neúspech prvého liečebného pokusu

Dostatočnú odpoveď na liečbu charakterizuje najmenej 50 % zlepšenie príznakov. U dvoch tretín liečených antidepresívami dôjde k zlepšeniu v priebehu 4–6 týždňov, avšak **jedna tretina pacientov** ani po 8 týždňoch **neodpovie na liečbu**. Pokiaľ nie je zreteľné zlepšenie v období 4–6 týždňov po obvyklých klinicky účinných dávkach, ponúkajú sa tieto nasledovné možnosti pokračovania liečby:

- zvýšenie dávky – riziko intolerancie SSRI, netrepezlivosť pacienta;
- zmena antidepresíva – neúčinnosť maximálnych dávok lieku po minimálne 2 týždňoch;
- augmentácia a kombinácia liečby – patrí do rúk špecialistu psychiatra.

Zvýšenie dávky antidepresíva

Vysoké dávky SSRI pacienti väčšinou dobre znášajú, môžu byť úspešné u non-responderov v bežných dávkach. V ambulatných podmienkach sme však limitovaní obavami z nežiaducich účinkov a netrepezlivosťou pacienta i jeho príbuzných. Po začatí liečby kontrolujeme pacienta vždy za 1–2 týždne a v prípade veľmi ťažkej depresie alebo v prípade titrácie tricyklických antidepresív i častejšie.

Pri zhodnotení nedostatočnej účinnosti terapie v 4.–6. týždni posudzujeme:

- skutočné užívanie predpísaných liekov pacientom, pretože nízka spolupráca je hlavnou príčinou nedostatočného terapeutického efektu – liečba sa musí v tom prípade začať opätovne;
- ak pacient užíval lieky pravidelne, zvážime dávkovanie antidepresíva na hornej hranici odporúčaného rozmedzia;
- ak pacient neodpovedá na plnú terapeutickú dávku, zvažujeme prítomnosť komorbidity alebo nejakej inej diagnózy;
- ak sú diagnóza depresie, kompliance pacienta i adekvátnosť dávky potvrdené, uvažujeme o zmene medikácie alebo jej potenciácii.

Zmena antidepresíva

Prechodom antidepresíva s krátkym biologickým polčasom na antidepresívum s dlhým biologickým polčasom sa môže zvýšiť riziko vzniku

syndrómu z vysadenia (napr. sertralín – fluoxetín). Potrebné je preto podávať po niekoľko dní obidva lieky súčasne. Pri zmene antidepresíva s dlhým biologickým polčasom na antidepresívum s krátkym biologickým polčasom naopak hrozí riziko vzniku serotonínového syndrómu (napr. fluoxetín – sertralín). Fluoxetín sa vysadí na 3 dni, polovičná dávka sertralínu sa podáva 3 dni, potom sa zvyšuje podľa tolerancie na obvyklú dávku. TCA je možné zameniť za SSRI priamo zo dňa na deň.

Augmentácia a kombinácia liečby

Pre vysoké riziko vzniku serotonínového syndrómu pri synergickom pôsobení antidepresíva a pre lepšiu orientáciu špecialistu v účinných kombináciách AD je táto časť liečby plne v kompetencii psychiatra.

Monitorovanie terapie depresie

Pre úspešnú terapiu antidepresívami je **dôležité monitorovanie** jej priebehu a ukončenia. V období akútnej liečby počas prvých 4 – 6 týždňov pozývame pacienta častejšie, tzn. 1 – 2-krát týždenne, návštevy je možné kombinovať s telefonickými konzultáciami. Sledujeme dodržiavanie liečby, jej účinky, suicidálne tendencie, prípadné komorbidity. V prvom období pokračovacej liečby pozývame pacienta jedenkrát mesačne. Po dosiahnutí stabilizovaného klinického stavu kontrolujeme pacienta jedenkrát za 3 mesiace a súčasne mu predpisujeme lieky. Pacienta poučíme, aby nás sám kontaktoval v prípade zhoršenia stavu, pri problémoch s liečbou alebo pri úmysle zmeniť, či ukončiť ordinovanú liečbu.

Pre úspešnosť liečby sú dôležité viaceré zásady:

- lekár by si mal byť istý vlastnou kompetenciou a túto istotu by mal byť schopný preniesť na pacienta a jeho rodinu, aby zmiernil úzkosti, ktoré možno v súvislosti s chorobou majú. Pokiaľ je lekár neistý, je vysoko pravdepodobné, že sa jeho neistota na pacienta a jeho rodinu preniesie a ich úzkosť sa ešte zvýši. Z toho vyplýva, že všeobecný lekár pre dospelých musí byť adekvátne vzdelaný a skúsený;
- informáciu o depresívnej poruche my mal lekár podať jasne a presne. Mal by pritom byť opatrný, aby neodmietal alebo neznižoval závažnosť ochorenia, ale zároveň aby nedramatizoval jeho následky napríklad tým, že ho prehlási za nevyliciteľné alebo nadmerne zdôrazňuje riziko suicídia;
- lekár by sa mal vyhnúť akémukoľvek moralizovaniu a mal by pacientovi dať najavo svojím postojom i verbálne, že depresia je ochorenie ako každé iné, že depresia nevznikla

pacientovou chybou a pacient za ňu nemôže o nič viac, ako by mohol za srdcové ochorenie, alebo diabetes mellitus;

- edukáciu a terapiu pacienta je potrebné individualizovať, aby zodpovedali potrebám konkrétneho pacienta;
- lekár by sa mal snažiť poskytnúť pacientovi čo najlepšiu liečbu, prednosť majú vedecky overené liečebné postupy. Mal by sa presvedčiť o správnosti dávkovania predpísaných liekov (6).

Ukončenie terapie depresie

Antidepresívum sa nesmie vysadiť náhle. SSRI je potrebné vysadzovať postupne, najmenej po 7 dní, radšej však dlhšie. Výnimkou je fluoxetín, ktorého dlhý biologický polčas vedie sám k pozvoľnému poklesu hladiny a riziko vzniku syndrómu z vysadenia je veľmi nízke. Väčšie riziko vzniku syndrómu z vysadenia hrozí u antidepresív s krátkym vylučovacím polčasom. Výhodné je pred ukončením terapie previesť pacienta na preparát s dlhým biologickým polčasom.

Môže sa nasadiť 20 mg fluoxetínu súčasne so zníženou dávkou pôvodného SSRI, potom sa 7 dní vysadzuje pôvodné SSRI a nakoniec sa jednorazovo vysadí i fluoxetín. V prípade objavenia sa príznakov syndrómu z vysadenia počas postupného vysadzovania lieku, sú zvyčajne mierne a postačí opätovné dočasné zvýšenie dávky a pomalšie postupné vysadzovanie.

U pacientov s jednou, život neohrožujúcou depresívnou epizódou môže lekár vysadiť medikáciu po 6 – 9 mesiacoch alebo omnoho neskôr v prípade, že ide o rekurentný priebeh alebo o stav, ktorý ohrozuje život. Pokiaľ sa pacient zdráha vysadiť medikáciu, môže ju užívať ďalších 3 – 6 mesiacov, ale lekár by mal v takom prípade prebrať s pacientom obavy, ktoré ho k takému rozhodnutiu vedú.

Pokiaľ pacient užíval terapeutickú dávku 3 mesiace a dlhšie, majú sa všetky antidepresíva vysadzovať postupne počas 8 – 12-týždňovej periódy. U tricyklických antidepresív môže náhle vysadenie spôsobiť nespavosť, bolesti, nauzeu alebo recidívu depresívnej epizódy. Návrat depresívnych symptómov počas obdobia znižovania dávky alebo krátko po úplnom vysadení lieku obyčajne znamená, že depresívna epizóda ešte neodznela a pacient by sa mal vrátiť k plnej terapeutickému dávke. Dôležité je však rozlišovať medzi návratom depresívnych symptómov a pacientovými dočasnými obavami alebo úzkosťou po vysadení medikácie. Možno je to posúdiť porovnaním záznamov sebahodnotiacich škál pacienta.

Pokiaľ je medikácia vysadená, je dobré dohovoriť sa s pacientom na tom, že lekárovi obra-

tom oznámi akýkoľvek prípadný návrat symptómov. Ak sa objaví nová epizóda, nenastane tak pravdepodobne skôr než po 16 – 20 týždňoch po vysadení medikácie (1).

Terapia relapsu a recidívy

V prípade relapsu pri zavedenej pokračovacej liečbe sa odporúča ako prvý krok zvýšenie dávky podávaného AD. V prípade relapsu po ukončení pokračovacej liečby sa odporúča opätovné nasadenie antidepresíva, ktoré bolo podávané v predchádzajúcej liečbe. Zložitejšie prípady patria do kompetencie psychiatra.

Nežiaduce účinky farmakoterapie a kompliance pacienta

Priaznivý profil nežiaducich účinkov (NÚ) pri dlhodobej terapii jednoznačne zvýhodňuje antidepresíva SSRI oproti tricyklickým antidepresívam (TCA). Majú veľmi nízku pravdepodobnosť letálnych komplikácií pri predávkovaní a pomerne malé riziko prechodu do mánie. Ich lepšia tolerancia garantuje lepšiu kompliance pacientov a aj dlhodobo lepšiu kvalitu života pacientov.

Nežiaduce účinky TCA

Medzi **nežiaduce účinky TCA** patrí:

- riziko kardiotoxicity (najvyššie u amitriptylínu, imipramínu, dosulepínu) – predĺženie QT, riziko arytmií a náhlejšieho srdcovej zástavy, TCA sa nesmú kombinovať s antiarytmikami;
- malý rozdiel medzi terapeutickou a smrtiacou dávkou, TCA nie sú vhodné na ambulantné podávanie u pacientov s rizikom suicídia;
- ovplyvnenie CNS – indukcia delirantných stavov, zníženie záchvatového prahu;
- anticholinérgné účinky (najvyššie u amitriptylínu, imipramínu, dosulepínu) – závraty, xerostómia, potenie, obštipácia, porucha akomodácie, retencia moču, sedácia, hypotenzia, porucha funkcie žľaz. NU sú adaptívne a ustúpia najneskôr do 14 dní;
- serotonínérgné účinky sú miernejšie ako u SSRI;
- potenciácia účinku alkoholu;
- TCA sú kontraindikované pri intoxikácii látkami tlmiacimi CNS (vrátane alkoholu), pri glaukóme s uzavretým uhlom, benígnej hyperplázii prostaty.

Nežiaduce účinky SSRI

SSRI majú prevažne serotonínérgné **nežiaduce účinky**, dochádza k nim u 6 – 30 % pacientov. Frekvencia aj intenzita NU je podobná u všetkých SSRI. Patria k nim:

- **nauzea, vomitus, diarrhea** – nastávajú hneď po prvých dávkach SSRI vplyvom zvýšenia koncentrácie serotonínu v synaptickej štrbine a aktiváciou 5HT₃ receptorov. Prevenciou týchto ťažkostí je užívanie lieku pri jedle alebo je možné dočasne podať antiemetiká. Ťažkosti zmiznú obvykle do 3 dní bez nutnosti prerušenia alebo zníženia dávok liečby. Je potrebné na to pacienta upozorniť, aby zbytočne a predčasne liečbu neprerušil;
- **afektívna tenzia** – približne u 15 – 25 % chorých dochádza k aktivácii 5HT₂ receptorov s následkom vzniku dočasnej afektívnej tenzie, niekedy aj anxiózy, cefalgie, mierneho tremoru, prípadne insomnie. Až u 50 % chorých je možné očakávať prechodné zníženie chuti do jedla;
- **hyponatriémia** – SSRI môžu znižovať hladinu sodíka, najmä pri súčasnej liečbe diuretikami. Asi u 20 % pacientov ide zvyčajne o ľahkú a prechodnú hyponatriémiu, pri závažnom priebehu je však nutné prerušiť liečbu;
- **mánia** – riziko prechodu do mánie pri terapii hrozí najmä v prípade latentnej, doposiaľ nerozpoznannej bipolárnej afektívnej poruchy. Pacienta je potrebné z tohto hľadiska predovšetkým v úvode liečby sledovať. Pri monopolárnej depresii sa riziko prechodu do mánie po SSRI neodlišuje od placebo;
- **serotonínový syndróm** – vzniká v dôsledku nadmerného zvýšenia hladiny serotonínu. Nastupuje počas 24 hodín od neprimeraného zvýšenia dávky alebo od nevhodnej liekovej interakcie. Príznaky sú: zmätenosť, agitovanosť, hnačka, potenie, tachykardia, myoklonus, hyperreflexia, hyperpyrexia. Výnimočné sú hypertenzia, záchvaty, kóma, smrť. Pri skorej diagnóze postačuje vysadiť SSRI a príznaky vymiznú do 24 hodín. Riziká pre vznik serotonínového syndrómu sú:
 - súčasné užívanie AD s neselektívnymi inhibítormi monoaminoxidázy IMAO. Táto kombinácia je prísne zakázaná pre riziko fatálnych komplikácií. Pred nasadením AD je potrebné dodržať minimálne 2-týždennú prestávku od ukončenia liečby IMAO a po ukončení liečby AD je možné nasadiť IMAO najskôr o 7 dní;
 - nadmerné zvýšenie dávky SSRI alebo rýchla zmena SSRI s dlhým polčasom na SSRI s krátkym polčasom vylučovania, symptómy bývajú miernejšie.
- **syndróm náhleho vysadenia SSRI** – ide o relatívne málo závažnú komplikáciu liečby, ale môže spôsobiť výrazný dyskomfort – vertigo, nauzeu, zvracanie, parestézie, neistú chôdzu, cefaleu,

podráždenosť, anxiétu, tremor, zrakové poruchy. Príznaky môžu byť zamenené za relaps depresívnej poruchy. Na možnosť vzniku syndrómu myslíme pri náhlom ukončení liečby alebo pri výraznom znížení dávky SSRI po minimálne jednomesačnom podávaní. Napr. pacient prestane užívať liek, zníži dávku, zabudne liek užiť, niekde zabudne alebo stratí lieky. Riziko hrozí najmä u AD s krátkym polčasom vylučovania, tzn. u fluvoxamínu, paroxetínu, sertralínu, ktoré je nutné znižovať pozvoľna. Príznaky vzniknú 1 – 7 dní po vysadení alebo znížení dávok SSRI a trvajú 2 – 10 dní. Rýchlo odznievajú po návrate k pôvodnej terapeutickému dávke.

- **sexuálna dysfunkcia (SD)** – patrí k najčastejším dôvodom vysadenia SSRI. Diagnostika farmakogénnej SD u antidepresív je zložitá, pretože sexuálna dysfunkcia je druhým najčastejším somatickým príznakom depresie za poruchami spánku. Prevalencia SD pri terapii SSRI sa udáva 58 %. Najviac ide o oneskorenie orgazmu alebo oneskorenie ejakulácie. Sexuálnu dysfunkciu je možné očakávať v skupine SSRI u paroxetínu, zriedkavejšie u sertralínu a fluvoxamínu. SSRI ako skupina vyvolávajú viac sexuálnych dysfunkcií než TCA, pri cielehom prieskume bol ich výskyt takmer 3-krát vyšší po sertralíne než po amitriptylíne (21,4 % versus 7,7 %) (3).

Opatrenia pri sexuálnej dysfunkcii po SSRI

Pri úvahe o opatreniach pri sexuálnej dysfunkcii (SD) po SSRI treba mať na mysli nasledovné:

- čakanie na ústup SD bez redukcie dávok antidepresív obvykle nebýva úspešné, tolerancia sa vytvorí asi u 10 % pacientov;
- redukcia dávky AD môže byť úspešná, ale prináša riziko zhoršenia depresie;
- je možné využiť doplnkovú farmakoterapiu, ako najúčinnější sa javí sildenafil, podávaný až v dvojnásobnej dávke, tzn. 200 mg denne. V tejto indikácii je sildenafil priaznivo účinný aj u žien;
- pri sexuálnej dysfunkcii je vhodné pacienta previesť na AD s menším vplyvom na sexuálne funkcie, ako napríklad: bupropión (NDRI), nefazodón, trazodón (SARI) a mitrazapín (NaSSA), sú však preskripčne obmedzené a nemôže ich predpisovať všeobecný lekár pre dospelých.

Liečba AD v starobe, gravidite, schopnosť riadiť motorové vozidlá

Seniori

Skupina **seniorov** sú viac ohrození nežiaducimi účinkami antidepresív (AD) pre zníženie

renálnych a hepatálnych funkcií a časté komorbidity. Z tohto dôvodu sa u seniorov neodporúčajú TCA a jednoznačne sa uprednostňujú antidepresíva zo skupiny SSRI. Liečenie začíname najnižšou možnou dávkou, zvyšovanie dávok má byť pozvoľnejšie ako u mladších pacientov.

Gravidita a laktácia

O užívaní AD u človeka v **gravidite a pri laktácii** nie je dostatok poznatkov. Najmä v prvom trimestri gravidity preferujeme psychoterapeutické metódy. Podľa doterajších skúseností väčšina preparátov nemá nežiaduce účinky na plod, ani na matku. Do materského mlieka sa dostáva asi 0,3 % celkového množstva užitého lieku. Rozhodnutie o podaní antidepresíva u gravidných a dojčiacich žien je multidisciplinárne, benefit musí prevážiť nad možným rizikom poškodenia plodu alebo dieťaťa.

Fertilný vek

Ženy vo **fertilnom veku** je potrebné upozorniť na možné riziko pôsobenia antidepresíva na plod a individuálne rozhodnúť o ďalšej liečbe v prípade plánovania rodičovstva alebo vzniku gravidity.

Schopnosť riadiť motorové vozidlá

Schopnosť riadiť motorové vozidlá pri liečbe AD nie je obmedzovaná. TCA však majú na reakčnú dobu výrazne negatívnejšie účinky než SSRI. Citlivosť je individuálna, treba opatrne začínať liečbu a zvyšovať dávky.

Posudzovanie pracovnej neschopnosti

Nutnosť vystavenia pracovnej neschopnosti (PN) pri ľahkej a stredne ťažkej depresii je individuálna, zvyčajne trvá v čase akútnej fázy liečby, tzn. 6 – 12 týždňov.

Trvanie PN je ovplyvnené priebehom ochorenia, charakterom zamestnania a aktuálnou farmakoterapiou, pretože pri súčasnom užívaní anxiolytík a antipsychotík nie je možné riadiť motorové vozidlá. Depresie patria medzi najčastejšie príčiny invalidity, ktorá je spojená s rôznym stupňom sociálnej izolácie pacientov.

Indikácie na odovzdanie pacienta do starostlivosti psychiatra

K indikáciám na odovzdanie pacienta **do starostlivosti ambulantného psychiatra** patrí:

- prvá ťažšia epizóda so suicidálnymi myšlienkami
- komplikovaný obraz s príznakmi viacerých psychických porúch;

- diagnostická neistota všeobecného lekára pre dospelých;
- pacientove želanie, aby ho liečil špecialista – psychiater;
- symptómy mánie u pacienta alebo bipolárna porucha v osobnej alebo rodinnej anamnéze pacienta;
- v anamnéze epizódy ťažkej depresie, ktoré vyžadovali psychiatrickú liečbu;
- neúspešná terapia u všeobecného lekára pre dospelých, tzn. neuspokojivá liečebná odpoveď po 8 – 12 týždňoch;
- prítomnosť ochorení alebo terapií, pri ktorých môže byť podanie antidepresív kontraindikované.

Indikácie na akútnu psychiatrickú hospitalizáciu

K indikáciám na odovzdanie pacienta **do psychiatrickej ústavnej starostlivosti** patrí:

- suicidálny pokus alebo suicidálne riziko;
- odmietanie potravy, dehydratácia, hlboký stupor;
- excesívna agitovanosť s bludmi;
- potreba zabrániť sekundárnym negatívnym dopadom depresívnej poruchy (nedorozumenia alebo značne stresujúce vzťahy medzi partnermi).

Postup pri riziku suicídia

Čo sa týka **rizika suicídia u depresívnych pacientov**, odporúča sa mať na mysli nasledovné **zásady pre postup lekára**:

- nie je pravda, že ak pacient nehovorí o suicídiu, tak ho nevykoná;
- podľa intenzity hrozby pre pacienta je potrebné ho odovzdať buď do ambulantnej starostlivosti psychiatra alebo neodkladne zariadiť hospitalizáciu na uzatvorenom psychiatrickom oddelení;
- pokiaľ pacient priamo ohrozuje vlastný alebo iný život, je indikovaný prevoz bez súhlasu pacienta na hospitalizáciu za asistencie polície;
- nasadenie alebo zvýšenie dávky AD nemá v akútnej intervencii význam, v prípade potreby volíme benzodiazepíny (chlórprotixén) alebo antipsychotiká (napr. Tiapridal, Risperdal);
- pokiaľ pacient priamo neohrozuje seba alebo okolie, musíme rešpektovať jeho slobodnú vôľu, čo znamená, že sa nám nepodarí odovzdať pacienta na hospitalizáciu;
- pred obvinením zo zanedbania zdravotnej starostlivosti sa všeobecný lekár chráni získaním podpisu od pacienta na negatívny

Odporúčania pre prax

- depresia je časté ochorenie, relatívne ľahko diagnostikovateľné a dobre liečiteľné v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých
- čím skôr sa začne terapia depresie, tým je jej prognóza lepšia
- cieľom liečby je zmiernenie až vymiznutie symptómov depresie, prevencia relapsov a recidív so zlepšením kvality života pacienta
- liekmi prvej voľby u depresívnych a anxiózných pacientov v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých sú v súčasnosti antidepresíva zo skupiny SSRI
- obdobie zreteľnej úľavy po liečbe trvá najčastejšie 2 – 4 týždne, môže však podľa typu antidepresíva a individuálnej vnímavosti trvať 1 – 6 týždňov
- terapia depresie je dlhodobá, väčšina pacientov potrebuje užívať lieky minimálne po dobu 6 – 12 mesiacov
- rovnako významná ako liečba vlastnej depresívnej epizódy je i profylaxia relapsu a recidív depresie
- pred nasadením liečby antidepresívami je nevyhnutné odlíšiť bipolárnu afektívnu poruchu, ktorej terapia patrí do rúk špecialistu – psychiatra
- psychoterapia ako samostatná liečebná metóda môže byť účinná v liečbe miernej až stredne ťažkej depresie
- podporná psychoterapia vykonávaná všeobecným lekárom pre dospelých je dôležitou pravidelnou súčasťou medikamentózne liečby
- význam všeobecného lekára pre dospelých v diagnostike a terapii depresívnych porúch bude rásť z dôvodu narastajúcej incidencie a prevalencie tohto ochorenia tretieho tisícročia, čo bude klásť neustále zvyšujúce sa nároky na vzdelávanie

reverz a informuje o tomto prípade spádové psychiatrické oddelenie;

- na pacienta ďalej dohliadame, informujeme príbuzných o hroziacom riziku, odovzdáme kontakt na ambulancie špecialistov – psychiatrov, zvýšime frekvenciu kontrol a podľa možnosti ponúkneme našu dostupnosť telefonicky aj mimo ordinačných hodín (2).

Lekár je zodpovedný za to, že **riziko suicídia počas klinického rozhovoru s pacientom**

zhodnotí. Pri rozhovore by mal lekár postupovať od všeobecných otázok k otázkam, týkajúcich sa samovraždy a nakoniec zistiť, či má pacient suicidálny plán. Pokiaľ sa pacient bráni rozhovoru na túto tému, nemá lekár naliehať, avšak sa k nej musí vrátiť neskôr, aby mal istotu, že získal validné informácie. Môže použiť nasledovné vybrané otázky:

- máte niekedy pocit, že žiť nemá cenu?
- premýšľate o tom, že si ublížite?
- prajete si zomrieť?
- premýšľate o smrti?
- máte nejaký plán?
- čo vám pomohlo, že ste ho neuskutočnili?

Záver

Celosvetovo je depresívna porucha diagnostikovaná a liečená častejšie všeobecným lekárom pre dospelých než psychiатrom. Podľa štatistík Svetovej banky sa duševné ochorenia podieľajú na celkových zdravotných problémoch 8,1 %. Pritom depresie predstavujú najväčšiu socioekonomickú a spoločenskú záťaž, pretože tvoria 17,3 % psychiatrických diagnóz.

Depresívna porucha zahŕňa veľké množstvo heterogénnych stavov, ktorých diagnostika a diferenciálna diagnostika predstavujú často problém. Vyžadujú si jemnú psychopatologickú analýzu, realizáciu pomocných vyšetrení, klinickú skúsenosť. Mnohé z týchto stavov dokáže moderná psychofarmakológia účinne ovplyvniť, niektoré subformy depresie však z liečebného hľadiska predstavujú významný problém.

Napriek progresívnemu vývoju moderných antidepresív, doteraz žiadne z nich nespĺňa kritériá ideálneho antidepresíva s efektivitou na všetky subformy depresie, s maximálnou bezpečnosťou a s nízkym potenciálom k interakciám s inými liečivami. Zdá sa, že trend v ovplyvnení a zvládnutí tohto ochorenia je nádejný a kvalita života pacientov v súčasnosti je v porovnaní s minulosťou nepomerne lepšia.

Literatúra

1. World Psychiatric Association and International Comitee for Prevention and Treatment of Depression, 1997: 24–36.
2. Laňková J, Siblíková J. Deprese, Doporučený diagnostický a liečebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2004: 2–12.
3. Raboch J. Použití novějších antidepresiv v klinické praxi. Farmakoterapie ČR, 2005; 6: 595–601.

MUDr. Peter Marko

Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých
Dr. Daniela Fischera 7, 060 01 Kežmarok
mudr.marko@gmail.com

