

Bolesti zad a psychiatrická onemocnění

Chronické bolesti patří k nejčastěji indikovaným bolestivým stavům. Typickým pacientem s bolestí zad bývá člověk se sedavým, stresujícím zaměstnáním, s nevalnou fyzickou kondicí, nadváhou a nedostatkem pohybu. V České republice jsou na druhém místě příčin pracovní neschopnosti nemoci pohybového aparátu a s bolestí zad lidé prostonají vůbec nejvíce dní. Od roku 1970 se u nás zvýšil počet těchto onemocnění o polovinu a průměrná doba trvání pracovní neschopnosti se prodloužila o 74 %. Navzdory možnostem současné medicíny a farmakologie pacientů trpících bolestmi zad přibývá. I když bolest zad není ve většině případů pobídkou k návštěvě lékaře a k užívání analgetik, panuje přesvědčení, že léčba bolestí zad se bez lékařů a prášků neobejde.

Bolesti zad mohou vyvolávat různé degenerativní změny na páteři, osteoporóza, některá neurologická a metabolická onemocnění. Epidemiologické studie ukázaly, že chronické bolesti zad jsou komorbidní s některými psychiatrickými onemocněními, jako jsou úzkost nebo deprese (Maršálek M. Komorbidita deprese a bolesti. *Psychiat pro Praxi* 2007; 2: 77–80). Bývá ale těžké rozhodnout, zda bolest zad byla problémem prvotním a teprve následně došlo k rozvoji deprese nebo naopak. V každém případě se ale tělesný problém a psychický stav navzájem ovlivňují a promítají do celkové kvality pacientova života. Většina publikovaných studií, které se týkají sdružení chronické bolesti zad a psychiatrických poruch, se zaměřuje na deprese. Bylo zjištěno, že výskyt deprese u osob s chronickou bolestí zad je 2–3krát vyšší než u zbytku populace.

I když vztah mezi chronickou bolestí zad a psychiatrickými poruchami byl opakovaně prokázán, je jen málo známo o časové souvislosti mezi těmito dvěma nemocemi. Fishbain se spolupracovníky (Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A Review. *The Clinical Journal of Pain* 1997; 13: 116–137) jako první analyzoval 40 studií zaměřených na časové souvislosti mezi bolestí a velkou depresí, ale nedokázal z nich vyvodit jednoznačné závěry. Studie byly prováděny nejednotnou metodikou a také definice pro identifikaci deprese nebyla u všech stejná.

Nedávná rozsáhlá studie holandských autorů prokázala, že osoby s chronickou bolestí zad mají větší sklon k poruchám nálady, úzkostným

stavům a zneužívání alkoholu. Pokud jde o časové souvislosti, výsledky studie potvrzují hypotézu, že chronická bolest v zádech předchází rozvoji duševních poruch. Bolest nejen zvyšuje riziko vzniku poruchy nálady, ale i jiných psychiatrických onemocnění, jako jsou obsedantně-kompulzivní poruchy a jednoduché fobie (Van't Land H et al. The association between chronic back pain and psychiatric disorders; Results from a longitudinal population-based study. In: Szirmai A (ed.). *Anxiety and Related Disorders*. 2011, p. 247–256, InTech. ISBN 978-953-307-254-8).

Jiří Patočka
prof.patocka@gmail.com

Antidepresiva u dystymie a rekurentní depresivní poruchy

Dystymie je chronická deprese lehčího typu. Začíná pozvolna a plíživě, ale často trvá celá léta. Dystymie je diagnostikována tehdy, pokud je depresivní nálada přítomna po většinu dne nejméně po dobu dvou let s přerušením ne delším než dva měsíce. Kromě deprese musí být přítomny alespoň dva z následujících příznaků: zhoršená chuť k jídlu nebo přejídání; poruchy spánku; slabost nebo únava; zhoršené soustředění nebo problémy s rozhodováním; snížená sebedůvěra; pocit beznaděje. Příznaky dystymie jsou podobné příznakům deprese, ale bývají méně intenzivní. Postižená osoba má zhoršenou nebo podrážděnou náladu a nezájem o příjemné a radostné věci. Dystymie je dvakrát až třikrát častější u žen než u mužů. Rekurentní depresivní porucha (RDP) nebo též unipolární deprese je charakterizována opakovanými epizodami deprese, bez samostatných epizod povznesené nálady a zvýšené aktivity. Jednotlivé epizody trvají zpravidla od 3 do 12 měsíců. I když uzdravení mezi epizodami je většinou úplné, může se u části pacientů rozvinout deprese trvalá. Jednotlivé epizody jsou často vyvolány stresovými životními událostmi.

Existuje několik způsobů léčby dystymie a RDP. Někdy se používá psychoterapie, která pomáhá změnit způsob myšlení, ale častěji předepisují lékaři různá antidepresiva, nejčastěji typu SSRI. Přes velký počet klinických studií chybí souhrnné a přesvědčivé důkazy o tom, že

antidepresiva jsou skutečně účinnější než placebo. O objasnění problému se pokusila skupina izraelských lékařů z Tel Aviv University. Použila k tomu meta-analýzu 194 článků z databáze MEDLINE, které byly shledány jako vhodné k zařazení do studie. Jednalo se o randomizované, dvojité slepé, placebem kontrolované klinické studie dle nastavených kritérií týkající se komorbidit, věku pacienta, složení léku, doby trvání studie, diagnostických kritérií, výběru posouzení váhy, a zda studie uvádějí původní data. Konečný výběr článků byl učiněn na základě konsenzu mezi autory.

Vyhledávání bylo omezeno na články publikované mezi 1. lednem 1980 a 20. listopadem 2009 (včetně). Z nich 177 bylo zaměřeno na léčbu RDP a 17 na léčbu dystymie. Autoři studie zjistili, že antidepresivní terapie byla významně účinnější než placebo u dystymických poruch (poměr rizika = 1,75, 95 % CI, 1.49–2.04, $p < 0,0001$). Reakce na placebo u dystymických poruch byla významně nižší než u RDP (29,9 % vs. 37,9 %, $p = 0,042$). Meta-analýza prokázala statisticky významný rozdíl v poměru rizika reagovat na antidepresiva v porovnání s placebem mezi dystymickou poruchou a RDP. To naznačuje vyšší riziko poměru odpovědí ve prospěch antidepresivní léčby u pacientů s poruchou dystymie oproti RDP (koeficient $-0,113$, $p = 0,007$). Tyto výsledky jsou do jisté míry překvapivé, protože antidepresiva prokázala větší míru účinnosti u dystymie než u RDP, což je v rozporu s jinými studiemi. Nedá se přitom říci, že by výsledky ovlivnil výběr antidepresiv. Ten byl totiž velmi široký. V jednotlivých studiích se objevila tato antidepresiva: amitriptylin, nortriptylin, imipramin, desipramin, klomipramin, trimipramin, protriptylin, dothiepin, doxepin, lofepramin, amoxapin, maprotilin, amineptin, nomifensin, bupropion, fenelzin, tranlycypromin, isokarboxazid, moklobemid, brofaromin, fluoxetin, sertralin, paroxetin, citalopram, escitalopram, fluvoxamin, zimelidin, tianeptin, ritanserin, trazodon, nefazodon, agomelatine, venlafaxin, desvenlafaxin, duloxetin, milnacipran, reboxetin, mirtazapin a mianserin (Levkovitz Y et al. Efficacy of antidepressants for dysthymia: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *J Clin Psych* 2011; 72/4: 509–514).

Jiří Patočka
prof.patocka@gmail.com

Jak rozumět tomu, co někdo za nás přečetl?

Experimentální vědy přinášejí stále nová fakta a díky tomu máme stále dokonalejší technologie, žijeme stále pohodlněji a bezpečněji. Při svém žasnutí nad výsledky vědy a techniky někdy zapomínáme, že fakta jsou nutným základem pro rozvoj poznání, ta fakta je ale nutné interpretovat a velký problém spočívá v tom, že stejná fakta mohou vést k různým interpretacím. Ve fyzice a v chemii to nečiní větší problém. Interpretace přesných astronomických měření celkem konsenzuálně přinesla heliocentrický model nejbližšího vesmíru. Podobně jednoznačné interpretace jiných měření vedly k zázrakům současné techniky. Příkladem mohou být dopravní prostředky, nástroje komunikace a mnoho dalších. V živé přírodě už interpretace naměřených dat a získaných faktů není tak jednoznačná. Kámen puštěný z ruky padá k zemi. Pták uvolněný ze stejné ruky odletí jednou sem, podruhé tam. Dostatečný počet pozorování a statistika nám sice řeknou s jistou pravděpodobností, co živý tvor udělá, ale zdaleka ne s takovou jistotou, jako popíše padající kámen. U člověka je ještě obtížnější popsat mechanismy, na jejichž základě se rozhoduje, a tím nesnadnější je i předpovídat jeho chování. A tu si můžeme položit otázku, zda vědecká metodologie a s její pomocí nasbíraná fakta dokáží dát dostatečně pevný základ pro porozumění člověku.

Představme si koncert, na kterém zní Beethovenova Mondschein klavírní sonáta. Jak se k ní vědecky postavíme? Nejlépe zalézt do klavíru, kde nám fyzika nabízí spoustu měření. Napětí strun, kmitočet jejich chvění, měkkost/tvrdost kladívek, jejich pákové propojení s klaviaturou atd. Z těchto měření bychom sice mohli usuzovat na ruce, které klávesami pohybují, ale kdo by se měřením něčeho tak komplexního zabýval? Vždyť stejně je výsledkem složitého pohybu rukou poměrně jednoduchý a měřitelný pohyb kláves. A tak by nás mohlo překvapit, že Mondschein sonátu nerozeznává klavír, ale pianista. A zcela by nám mohlo uniknout, že před mnoha lety tuto sonátu kdosi, kdo už dávno mezi námi není, stvořil.

Člověk je bytost, jehož existenci asi klasickým vědeckým jazykem dost dobře nepopíšeme. Tak jako Mondschein sonáta i lidský příběh má svého autora. Ten je se svým dílem tu více tu méně spokojen. Navíc spřádá svůj příběh v danostech

genetiky a sociálního prostředí. Mnohá tvůrčí pnutí a někdy i zoufalství u něj můžeme proto s vysokou pravděpodobností očekávat. Jak se projeví, když je člověk v něčem důležitém nespokojen (frustrován)? Smutkem, depresí, bolestí duše a někdy i bolestí těla. Vztáhnout tyto fenomény k člověku a k jeho příběhu je těžké, každý to má trochu jinak.

Ve zdravotní péči potřebujeme nalézt rovnováhu mezi úctou k faktům, která přináší vědecká metodologie, a úctou k člověku, který je z určitých hledisek jedinečný, a proto je neměřitelným autorem svého životního příběhu.

Moderní antidepresiva jsou velkým darem farmakologie. Deprese totiž patří mezi nejhorší existenciální zážitky. Svět se v tu chvíli proměňuje ve velké bolestivé nic, postrádající jakýkoliv smysl. A my máme dnes léky, které tyto chvíle prosvětlují. Při depresi se mění chemie v mozku a přes tu chemii můžeme pomoci. Ale co když je deprese také výrazem tvůrčí krize člověka, kterému se nedaří jeho příběh? Pak depresi můžeme rozumět jako ještě součásti zápasu, dystymii již jako výrazu rezignace u člověka, který neví jak dál. Účinek placebo stojí na důvěře. Pak samozřejmě bude placebo podstatně méně fungovat u dystymie. A vědecká fakta nám tuto úvahu potvrzují.

S bolestmi zad je to složitější. Ten problém mi připomíná člověka, který po léta buší do klavíru hlava nehlava. Možná to ani jinak neumí. Pak samozřejmě náprava nebude snadná. Když naladíme znovu všechny struny a opravíme kladívka, dokáže ten člověk na svůj klavír správně zahrát? No a příčina? Rozladěné struny a porouchaná kladívka nebo bezradnost člověka tváří v tvář klavíru? Nejspíše obojí. Ale dříve asi ta bezradnost a neobratnost pianisty.

Pokud není tato úvaha zcela mylná, měli bychom vzít v úvahu ještě jednu stránku lidské existence. Jsou problémy, kterým rozumíme, a věříme, že si s nimi dokážeme poradit. Tyto problémy řešíme a dost často o nich přemýšlíme. Když nás v této souvislosti rozbolí hlava nebo záda, nějak si s tím poradíme. Ale jsou i problémy, se kterými si nevíme rady. O těch až tolik nepřemýšlíme (co bychom vymysleli?) a věnujeme se raději těm věcem, se kterými si rady víme. A tak se v každém z nás, tak trochu mimo naši vědomou kontrolu, vyskytují smutky a frustrace, o kterých toho mnoho nevíme, ale které dříve či později náš klavír rozladí. A proto-

že si málo posilujeme svaly kolem páteře a dlouho sedíme v nepřírodných polohách, nedivme se, že nás záda bolí skoro všechny.

Z tohoto pohledu mi otázka, zda přichází dříve deprese nebo bolest zad, připomíná otázku, zda byla dříve slepice nebo vejce. A tomu také odpovídají výsledky vědeckých bádání.

*Jiří Šimek (odpovědný redaktor)
jr.simek@volny.cz*

Klinika adiktologie sloučí léčbu, vzdělání a výzkum

Na dvou bytelných pilotech byla na začátku letošního roku vybudována Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Instituce vznikla sloučením dvou pracovišť této nemocnice – Centra adiktologie Psychiatrické kliniky a Oddělení pro léčbu závislostí. Klinika adiktologie má za sebou první tři měsíce života. Díky propojení lékařské a nelékařské části se stala koncepčně ojedinělým pracovištěm svého druhu ve střední Evropě a průkopníkem integrativního přístupu jak z hlediska diagnostiky, tak preventivně léčebné péče a sektoru vymáhání práva nebo drogové politiky.

Zdravotnické noviny, 61, č. 15, s. 2

Antibiotika a rezistence na ně z pohledu zdravotních pojišťoven

Nárůst rezistence vůči antibiotikům je celosvětovým problémem. Zaujala k němu oficiální postavení i Evropská unie, která vyžaduje implementaci specializovaných programů ke snížení spotřeby antibiotik v zemích Evropy. Hlavní příčinou nárůstu rezistence bakterií je časté a nesprávné používání antimikrobních látek. Obecně platí, že čím častěji jsou antibiotika předepisována, tím je větší riziko vzniku rezistence, a to v ambulantní i nemocniční sféře. Existují důkazy o korelaci spotřeby antibiotik a následném vzestupu rezistence některých bakteriálních kmenů.

Odolnost některých významných původců nemocí vůči antibiotikům stoupla od roku 2000 až o desítky procent a výběr účinných antibiotik je tak často velmi problematický.

Ambulantní spotřeba antibiotik představuje kolem 90 % celkové spotřeby antibiotik, proto ovlivnění proskripce v primární i ambulantní péči je klíčové pro prevenci antibiotické rezistence.

Medical Tribune, VIII, č. 7, s. B6–B7

Vitamin D optimalizuje imunitní odpověď

Kdo ví, co by si ke kurdějím a dalším obávaným „lahůdkám“ pořídili námořníci při sáhodlouhých plavbách přes oceány, kdyby nebyli v podstatě na rybí dietě a vystaveni slunci, tedy doslova v gejzíru vitamínu D. Poslední výzkumy totiž ukazují, že vitamin D byl dosud neprávem přehlíženou panenkou v koutě v oblasti poněkud nečekané – při zajištění imunity.

Medical Tribune, VIII, č. 7, s. A7

Nové směry prevence a farmakoterapie Alzheimerovy choroby

Syndrom demence představuje komplexní zdravotnický, sociální i ekonomický problém. Jde o stav, který s sebou nese dlouhodobé zhoršení kvality života nemocného i jeho pečující rodiny. Přináší významnou a dosud nedoceněnou zátěž pro systémy zdravotní, sociální i dlouhodobé péče. Nejčastější příčinou tohoto syndromu je Alzheimerova choroba. V rozvinutých zemích jsou Alzheimerova choroba či jiná onemocnění způsobující demenci čtvrtým nejzávažnějším problémem z hlediska zátěže onemocnění měřené dle DALY (Disability Adjusted Life Years). Alzheimerova choroba a další onemocnění způsobující demenci představují také jeden z největších subjektivně vnímaných problémů, největší obavu, která bezprostředně následuje obavu z onkologických onemocnění a je zpravidla větší než obava z onemocnění jiných, například kardiovaskulárních.

Celkové náklady byly již v roce 2007 v zemích evropské sedmadvacítky odhadnuty na 130 miliard eur. V České republice žije v současné době asi 130 000 lidí s demencí a do poloviny století se jejich počet zdvojnásobí.

Medical Tribune, VIII, č. 7, s. C6

Riziko zaviněné havárie u starších pacientů léčených antidepresivy

Cílem studie kanadských autorů bylo posoudit, zda léčba antidepresivy je spojena s dočasným zvýšením rizika havárie motorového vozidla mezi staršími dospělými jedinci. Uspořádáním se jednalo o případovou analýzu založenou na populaci jen v čase události. Autoři pracovali s údaji z dopravy a zdravotnických databází dospělých osob ve věku 65 let a výše v provincii Ontario v období mezi lednem 2000 a říjnem 2007. Další informace se týkaly následných dospělých osob, které měly nehodu s motorovým vozidlem kdykoli po dosažení věku 66 let. Hlavní expoziční proměnnou byla léčba antidepresivy a hlavní měřítko výsledku byla nehoda motorového vozidla.

Medical Tribune, VIII, č. 7, s. C1

Pražské setkání geriatrické dlouhodobé péče

Ve dnech 30. a 31. března 2012 se v Praze za účasti 80 odborníků z mnoha evropských zemí i USA uskutečnilo mezinárodní setkání geriatrické dlouhodobé péče ELTECA (Exchange of Experiences in Long-term Care). Akci, nad níž převzala záštitu patronka Společnosti pro dlouhodobou péči Dana Fischerová, podpořila společnost ZENTIVA.

Téma setkání vycházelo z prvního workshopu ELTECA, který se uskutečnil v závěru loňského roku a jehož účastníci navrhli, aby jedním z prvních témat byla problematika demencí, nejčastějšího chronického onemocnění vyššího věku, které vyžaduje dlouhodobou péči. Dále doporučili, aby byla část setkání věnována problematice interprofesionální spolupráce a komunikace v jednotlivých oblastech dlouhodobé péče včetně péče paliativní.

Medical Tribune, VIII, č. 7, s. C2