

Obsah

Léčba depresivních stavů – 2. část..... 1

LÉČBA DEPRESIVNÍCH STAVŮ

2. část

3.2 Antidepresiva – pokračování z minulého čísla

Antagonisté a inhibitory vychytávání serotoninu (SARI). V ČR je registrován trazodon^{11/}. Mezi výhodné účinky tohoto léčiva patří pozitivní vliv na insomni. Dále za zmínku stojí, že u tohoto léčiva je velice nízké riziko rozvoje sexuálních nežádoucích účinků. Jako zajímavost lze uvést potenciální nežádoucí účinek ve formě priapismu^{1/}.

Antagonisté a inhibitory vychytávání noradrenalinu (NARI). Nejvýznamnějším zástupcem je reboxetin, který není v ČR registrován^{11/}.

Antagonisté noradrenalinu a serotoninu (NASSA). Na našem trhu jsou dostupné látky mirtazapin a mianserin^{11/}. Tato skupina léčiv má potenciál ovlivňovat pozitivně insomni. Na druhou stranu je zde riziko zvýšení chuti k jídlu a zvýšení tělesné hmotnosti^{1/}.

Induktory zpětného vychytávání serotoninu (SSRE). Zástupcem této skupiny je tianeptin^{11/}. Působení tohoto léku se liší od dříve diskutovaných antidepresiv; na rozdíl od nich totiž indukuje zpětné vychytávání serotoninu^{11/}. Byla u něj zjištěna také afinita k jiným receptorovým systémům^{1/}. Přesný mechanismus účinku tohoto léku není znám.

Melatonergní antidepresiva. Někdy je užívaná zkratka MASSA (Melatonin Agonist and Selective Serotonin Antagonist)^{2/}. Jediným zástupcem je agomelatin (VALDOXAN 25 MG por.tbl.flm., THYMAMAX 25 MG por.tbl.flm.) (pozn.red.: *přípravek Thymanax není v ČR obchodován*), který má unikátní receptorový profil – agonismus na

melatoninových 1A a 2A receptorech a antagonismus na serotoninových 5HT_{2C} receptorech^{5/}.

Modulátory serotoninu (SMS). Jsou nová třída antidepresiv, jejichž působení na serotoninový systém je poněkud odlišné od ostatních skupin – společně s inhibicí reuptake serotoninu působí přímo na serotoninové receptory, a to nikoliv pouze jako antagonisté (jako například antidepresiva ze skupiny SARI), ale také jako parciální nebo plní agonisté^{7/}. V ČR je aktuálně registrován zástupce vortioxetin (BRINTELLIX 5 MG / 10 MG / 15 MG / 20 MG por.tbl.flm., BRINTELLIX 20 MG/ML por.gtt.sol.), zatím ale v ČR není dostupný^{11/}.

3.3 Thymostabilizátory

Thymostabilizátory neboli thymoprofylaktika, či také stabilizátory nálad, jsou farmaka, která účinkují jednak při akutních fázích bipolární afektivní poruchy a současně snižují frekvenci takových epizod. Nemělo by být přítomno riziko přesmyku do opačné polarity jako v případě antidepresiv^{1/}.

Jejich účinky nelze snadno odvodit z jejich farmakodynamického profilu a mnohdy není mechanismus jejich účinku plně prozkoumán. Souhrn dávkování, schválených indikací v ČR a důkazů o účinnosti z literatury se nachází v tabulce 4. Aktuálně jsou pro léčbu bipolární afektivní poruchy v ČR registrována následující thymoprofylaktika v užším slova smyslu: lithium (depresivní fáze BAP, augmentace antidepresiv, profylaxe rekurentních afektivních poruch, redukce suicidálního a agresivního chování^{8,1/}), kyselina valproová (mánie^{1/}, bipolární

Tabulka 3. Aktivita a afinita vybraných antipsychotik užívaných v léčbě depresivních poruch na vybraných receptorech

Látka	D2	5HT _{1A}	5HT _{2A}	Alfa 1	M1	H1
flupentixol	⊖⊖⊖	⊖	⊖⊖⊖	⊖	⊖	⊖⊖⊖
sulpirid	⊖⊖⊖					
amisulprid	⊖⊖⊖					
kvetiapin (quetiapin)	⊖⊖	⊖⊖	⊖	⊖⊖⊖	⊖⊖	⊖⊖⊖
olanzapin	⊖⊖⊖	⊖	⊖⊖⊖	⊖⊖⊖	⊖⊖⊖	⊖⊖⊖
klozapin	⊖⊖	⊖⊖	⊖⊖⊖	⊖⊖⊖	⊖⊖⊖	⊖⊖⊖
risperidon	⊖⊖⊖	⊖⊖	⊖⊖⊖	⊖⊖⊖	⊖	⊖⊖⊖
ziprasidon	⊖⊖⊖	⊖⊖⊖	⊖⊖⊖	⊖⊖⊖	⊖	⊖⊖⊖
lurasidon	⊖⊖⊖	(⊕⊕⊕)	⊖⊖⊖	⊖⊖⊖		
aripiprazol	(⊕⊕⊕)	(⊕⊕⊕)	⊖⊖⊖	⊖⊖⊖	⊖	⊖⊖⊖
brexpiprazol	(⊕⊕⊕)	(⊕⊕⊕)	⊖⊖⊖	⊖⊖⊖	⊖	⊖⊖⊖

Vysvětlivky:

D2 – dopaminový receptor; 5HT_{1A}(2A) – serotoninový receptor; M1 – muskarinový receptor; H1 – histaminový receptor

Význam symbolů: ⊖ – antagonist, ⊕ – agonista, (⊕) – parciální agonista.

Počet symbolů odpovídá afinitě (čím nižší K_i, tím vyšší afinita):

⊖⊖⊖ – K_i = 0–100 nM, ⊖⊖ – K_i = 100–1 000 nM, ⊖ – K_i = 1000–10 000 nM

Afinity jsou získány ze stránek Drugbank a NIMH Psychoactive Drug Screening Program. Jedná se o průměrné afinity k lidským receptorům získané z dostupných literárních zdrojů^{5,6/}.

LÉČBA DEPRESIVNÍCH STAVŮ – 2. ČÁST

deprese, udržovací léčba BAP^{12/}), karbamazepin (bipolární deprese^{13/}, profylaxe u BAP^{1/}) a lamotrigin (akutní bipolární deprese^{2/}, profylaxe bipolární deprese^{12/}).

3.4 Antipsychotika

Antipsychotika se u depresivních poruch užívají v několika možných případech: u depresivní poruchy v užším slova smyslu jako jediné léčivo nebo v augmentaci antidepressiv; u bipolární afektivní poruchy v léčbě akutních fází i v profylaxi a u deprese s psychotickými příznaky^{7/}. Souhrn antipsychotik s potenciálním užitím v léčbě depresivních poruch a afinit k vybraným receptorům se nachází v tabulce 3. Tabulka 4 pak shrnuje dávkování, schválené indikace v ČR a důkazy o účinnosti z literatury, které mohou být širší než schválené indikace.

Antipsychotika I. generace. Jsou skupina léčiv, která je využívána zejména v léčbě schizofrenie a psychotických poruch. Mají vyšší riziko rozvoje extrapyramidové symptomatologie a jejich užití v léčbě depresivních poruch je omezené. V ČR má schválenou indikaci léčby depresivní poruchy flupentixol^{11/}. Dále existuje několik studií, v nichž byla antipsychotika I. generace užitá v kombinaci s antidepressivy k léčbě deprese s psychotickými příznaky; konkrétně se to týká haloperidolu a perfenazinu^{14/}. Některá sedativní antipsychotika (zejména chlorprothixen) jsou využívána také jako anxiolytická adjuvantní terapie^{1/}.

Antipsychotika II. generace. Jsou zatížena nižším rizikem rozvoje extrapyramidové symptomatologie, ale jsou spojována s rozvojem metabolických nežádoucích účinků^{1/}. Dělí se do několika skupin. Asi nejširší užití v léčbě depresivních poruch má skupina multireceptorových antagonistů (kvetiapin, olanzapin, dle některých zdrojů i klozapin^{12/}). Dále se uplatňují také D2/D3 antagonisté (sulpirid), serotoninoví a dopaminoví antagonisté (SDA – risperidon a ziprasidon^{15/}, lurasidon^{13/}) a parciální dopaminoví agonisté (aripiprazol^{16/} a nová látka brexpiprazol zatím v USA ve schvalovacím řízení^{17/}).

3.5 Anxiolytika a hypnotika

Výčet léčiv užívaných v léčbě depresivních poruch by nebyl úplný bez anxiolytik a hypnotik. Tato léčiva jsou v léčbě depresivních poruch užívaná zejména jako adjuvantní terapie k ovlivnění přidružených příznaků

jako je anxieta, intrapsychická tenze, která může zvyšovat riziko suicidia^{2/}. Kombinace antidepressivní terapie a terapie anxiolytiky je široce využívaná strategie zejména v úvodu léčby. Terapie anxiolytiky a hypnotiky by měla být časově omezená na 4–6 týdnů s postupným ukončováním terapie během 2–4 týdnů^{2/}. Užívaná jsou především anxiolytika ze skupiny benzodiazepinů, méně nebenzodiazepinová anxiolytika (zejména hydroxyzin) a hypnotika ze skupiny Z-látek^{1/}.

3.6 Hormonální augmentace

Účinek antidepressiv lze augmentovat také některými hormonálními přípravky. Dobře prokázaný účinek v léčbě depresivní poruchy jako augmentace (posílení účinku) antidepressiv má trijodthyronin^{18/}. V ČR není registrován žádný léčivý přípravek obsahující trijodthyronin; jediný přípravek, který je syntetickým analogem trijodthyroninu (liothyronin), je v ČR schválen pro dovoz v rámci specifického léčebného programu (CYNOMEL 0,025 MG por.tbl.nob.)^{11/}. Existují jisté informace o možném účinku suplementace suprafyziologickými dávkami levothyroxinu u pacientů s BAP nereagujících na standardní terapii^{19/}.

3.7 Fytofarmaka

Třezalka tečkovaná má v literatuře opakovaně prokázanou účinnost v léčbě depresivní poruchy v užším slova smyslu^{1/}. V ČR je výtažek třezalky tečkované indikován k léčbě mírné a středně těžké depresivní epizody^{11/}.

3.8 Nutriční podpora

Další opakovaně zkoumanou a uváděnou terapeutickou strategií respektive přídatnou léčbou depresivních poruch jsou potravní doplňky. Metaanalýza z roku 2014 našla důkazy o účinku suplementace omega-3-nenasycenými mastnými kyselinami u pacientů s depresivní poruchou v užším slova smyslu i u pacientů s bipolární depresí^{20/}.

3.9 Nefarmakologická biologická terapie

V léčbě depresivní poruchy lze uplatnit řadu biologických nefarmakologických metod léčby. Týká se to jak metod zcela neinvazivních (tělesné cvičení, spánková deprivace, léčba jasným světlem), instrumentálně náročnějších (repetitivní transkraniální magnetická stimulace – rTMS, transkraniální stimulace stejnosměrným proudem – tDCS), metod na rozhraní neinvazivních a invazivních zákroků (elektrokonvulzivní

Tabulka 4. Dávkování, schválené indikace u afektivních poruch v ČR (*) a důkazy o účinnosti z literatury^{1/} u vybraných antipsychotik a thymostabilizátorů

Látka	Denní dávka [mg]		Indikace							
	deprese	včetně jiných indikací	BAP				depresivní porucha			
			deprese	mánie	prevence deprese	prevence mánie	samotná	psychot.	augmentace	
Antipsychotika										
flupentixol	1–3	Úvodní dávka 3–15, maximální 40, udržovací 5–20						*		
sulpirid	100–200	50–2000							*	*
amisulprid	50–300	50–1200						*		
kvetiapin	200–800	200–800	*	*	*	*				1
olanzapin		5–20	1	*	1	*			1	1
klozapin		12,5–900								1
risperidon		2–10		*						1
ziprasidon		80–160		*						1
lurasidon		37–148	1							
aripiprazol		10–30	1	*	1	*				1
Thymostabilizátory										
lithium		0,9–1,8			*	*	*	(profylaxe)		1
valproát		1000–2000	1	*	1	*				
karbamazepin	400–1 600	400–1600	1	*	*	*				
lamotrigin	12,5–400	12,5–400	1		*					

Informace získány z různých zdrojů^{2,11,12,13,15,16/}.

terapie – ECT, magnetická záchvatová terapie – MST), tak metod vyslovené invazivních (stimulace levého nervus vagus – VNS, hluboká mozková stimulace – DBS)^{2/}. Jejich popis vzhledem k tématickému zaměření tohoto časopisu přesahuje rámec textu. Výlučné postavení má elektrokonvulzivní terapie (ECT), což je dlouho užívaná metoda se značným množstvím informací o své účinnosti a nenahraditelným místem v léčbě farmakorezistentních a závažnějších afektivních poruch^{1,2/}. Poměrně dobře je zdokumentován účinek terapie jasným světlem (fototerapie) a spánkové deprivace^{2/}.

3.10 Psychoterapie

Psychoterapie je v léčbě depresivních poruch nezastupitelná. Neuplatňuje se pouze u poruch, u kterých se předpokládá větší význam psychogenních faktorů (jako je například porucha přizpůsobení)^{3/}, ale i u poruch, u kterých je vliv biologických faktorů významnější, jako je depresivní porucha v užším slova smyslu^{2/} a bipolární afektivní porucha^{2/}.

4. Sestavování terapie – terapeutická vodítka

Současná léčba v psychiatrii je z velké části postavená na užívání léčebných protokolů. Tyto protokoly, také nazývané terapeutická vodítka nebo doporučené postupy (anglicky „guidelines“), popisují sekvence terapeutických režimů, které by měl lékař aplikovat u stanovené diagnózy. Vzhledem k tomu, že psychiatrická terapie zpravidla neúčinkuje bezprostředně, stanovují vodítka také optimální čas, po kterém lze hodnotit efekt léčby^{2/}. Při neúspěchu terapeutického režimu, v případě farmakoterapie užívání léčiva či kombinace léčiv v dostatečné dávce a po dostatečný čas, lze změnit terapeutický režim tak, jak doporučují vodítka. Takto se postupuje až do dosažení remise. Vedle akutní léčby je u řady psychiatrických poruch nutná i různě dlouhá udržovací léčba, která má vést k minimalizaci rizika relapsu^{2/}.

4.1 Depresivní porucha v užším smyslu

Poslední terapeutická vodítka Psychiatrické společnosti přistupují k léčbě těchto poruch následujícím způsobem^{2/}.

U mírné depresivní fáze je doporučeno aplikovat v první řadě psychoterapii, farmakoterapii pak v tom případě, pokud ji pacient upřednostňuje; užít lze rovněž fytoterapii extrakty třezalky tečkované. U střední depresivní fáze je pak možno aplikovat jak psychoterapii v kombinaci s dalšími postupy, tak farmakoterapii samotnou. U těžké depresivní fáze je primární farmakoterapie nebo kombinace farmakoterapie a psychoterapie, pokud jsou významné psychosociální aspekty onemocnění nebo pokud pacient tento postup preferuje. Od střední depresivní fáze lze ve specifických případech užít ECT nebo jiné biologické metody léčby v kombinaci s jinými terapeutickými postupy.

Při farmakoterapii jsou léčivými první volby antidepressiva. V první linii lze volit z následujících skupin: SSRI, SNRI, NASSA, DNRI, SARI, RIMA, SSRE, MASSA. Druhou volbou je monoterapie jiným antidepressivem z výše jmenovaných skupin. Třetí volbou je tzv. augmentace (posílení účinku léčivem z jiné skupiny) antipsychotiky 2. generace, lithiem, trijodthyroninem nebo ECT. Čtvrtou volbou je monoterapie antidepressivem z jiné skupiny, možnosti jsou stejné jako v první linii a navíc lze užít tricyklická antidepressiva. Pátou linií je opět augmentace jedním z preparátů jako ve třetí volbě. Při neúspěchu se lze pokusit aplikovat kombinace dvou antidepressiv. Když i tento postup není účinný, je indikováno ECT. Pokud není účinné ani ECT, lze zvážit jiné formy biologické terapie, zejména VNS a DBS. ECT lze však využít i dříve, a to u pacientů s těžšími příznaky, například při odmítání stravy a tekutin, akutní suicidalitě nebo u katatonních a psychotických příznaků (postup léčby psychotické deprese bude popsán níže)^{2/}.

Hlavní terapeutická modalita může být a často také je doprovázena přídatnou medikací, zejména anxiolytiky, hypnotiky nebo antipsychotiky s cílem ovlivnit přidružené příznaky jako například anxieta a insomnie. Kombinovat lze rovněž jiné způsoby terapie jako rTMS, spánkovou deprivaci, fototerapii, tělesné cvičení, tDCS.

Účinnost terapeutického režimu s antidepressivy lze spolehlivě hodnotit za 4–6 týdnů. Nutné je dodržovat doporučené dávkování a nehodnotit pokus jako neúspěšný při nedostatečných dávkách antidepressiv. Pacient by měl být informován o nutnosti užívat předepsanou medikaci pravidelně a rovněž by měl být spraven o tom, že účinek se dostává až se zmíněným odstupem.

Remisi je u unipolární deprese označováno bezpříznakové období o délce alespoň 8 týdnů. Po dosažení remise je vhodné pokračovat udržovací terapií psychofarmaky, která byla účinná v léčbě akutní epizody; po první epizodě se doporučuje pokračovací terapie v délce 6–9 měsíců, po 2. epizodě 2 roky, po 3. epizodě pět let a při 4 a více epizodách se doporučuje celoživotní léčba^{2/}.

4.2 Bipolární deprese

U depresivní fáze bipolární afektivní poruchy doporučují vodítka Psychiatrické společnosti^{2/} následující sekvenci terapeutických režimů: lithium v kombinaci s kvetiapiinem, olanzapinem nebo olanzapinem s fluoxetinem, jiná kombinace z předchozích možností – lamotrigin nebo kombinace lithium, lamotrigin, kvetiapin, olanzapin – fluoxetin se SSRI či bupropionem, jiná kombinace z předchozích možností – ECT – lithium, olanzapin – fluoxetin, kvetiapin nebo lamotrigin v kombinaci s antidepressivem (venlafaxin, tricyklické antidepressivum, RIMA, IMAO) – lithium, olanzapin – fluoxetin, kvetiapin nebo lamotrigin v kombinaci s antidepressivem a jiným antipsychotikem. K farmakoterapii je v každém případě doporučeno kombinovat psychoterapii ve formě podpůrné, kognitivně-behaviorální a psychoedukace^{2/}.

Udržovací terapie by měla organicky následovat po nastavení akutní léčby. Vodítka Psychiatrické společnosti doporučují tuto sekvenci terapeutických režimů: kvetiapin – lithium – lamotrigin – dvojkombinace z léčiv lithium, lamotrigin, valproát, olanzapin, kvetiapin, risperidon, aripiprazol nebo antidepressivum – karbamazepin nebo karbamazepin s antidepressivem nebo antidepressivum v monoterapii, přikombinovat klozapin, topiramát, gabapentin nebo omega-3 nenasycené mastné kyseliny^{2/}.

4.3 Deprese s psychotickými příznaky

Vodítka Psychiatrické společnosti neobsahují léčbu psychotické deprese jako specifickou kapitolu; doporučení k léčbě psychotické deprese je zmíněno v kapitole o léčbě depresivní poruchy v užším smyslu^{2/}. Podkapitolu léčby depresivní poruchy s psychotickými příznaky obsahují vodítka České neuropsychofarmakologické společnosti (ČNPS) z roku 2008^{3/} a řada zahraničních terapeutických vodítek. Přehled dostupných vodítek a doporučení poskytuje práce Rothschilda z roku 2013^{14/}. Většina vodítek doporučuje jako první linii kombinaci antidepressiva s antipsychotikem nebo ECT, ve druhé linii pak lze užít tu ze zmíněných metod, která nebyla užita jako metoda první volby. Terapeutický pokus s farmakou lze považovat za plně uskutečněný, pouze když pacient užívá medikaci v dostatečné dávce a po dostatečnou dobu. Údaje o tom, jaká je dostatečná doba u deprese s psychotickými příznaky, se liší; vodítka ČNPS zmiňují 3 týdny^{3/}, řada publikovaných studií však sledovala pacienty po delší dobu – 7 až 12 týdnů^{14/}. Málo studií a informací je o tom, které kombinace antidepressiva s antipsychotikem jsou účinné; z novějších léčiv byla prokázána účinnost kombinací venlafaxinu s kvetiapiinem, fluoxetinu s olanzapinem a sertralínu s olanzapinem^{14/}. V dostupné literatuře prakticky chybí studie týkající se specifické terapie bipolární deprese s psychotickými příznaky^{14/}.

4.4 Organická depresivní porucha

Jak ve vodítcích PS, tak ve vodítcích ČNPS jsou organické poruchy nálady zmíněny zejména v souvislosti s behaviorálními a psychologickými symptomy demence (BPSD)^{2/}, respektive je zmíněno, že zásady léčby organických poruch jsou stejné jako u léčby BPSD^{3/}. V léčbě těchto typů deprese vodítka doporučují v první řadě SSRI, dále pak tianeptin, trazodon a při neúspěchu terapie pak venlafaxin nebo mirtazapin^{2,3/}. U organických afektivních poruch je samozřejmě důležité pokusit se ovlivnit kauzální příčinu, pokud to je možné^{3/}.

4.5 Smíšená úzkostně-depresivní porucha

Přes rozšířenost této diagnózy neexistují dle vodítek ČNPS studie léčby této poruchy, lze se opřít pouze o konsenzus autorit^{3/}. Léčivý první volby by dle zmíněných vodítek měla být antidepressiva ze skupiny SSRI, jinou možností jsou IMAO, relativně málo úspěšná jsou tricyklická antidepressiva. Často se do kombinace rovněž uplatňují benzodiazepiny, které však mají riziko rozvoje tolerance a závislosti. Nezastupitelnou roli pak má v terapii této poruchy kognitivně-behaviorální psychoterapie (KBT), která má podobnou účinnost jako SSRI^{3/}.

4.6 Poruchy přizpůsobení

Kapitola o terapii poruch přizpůsobení obsahují vodítka ČNPS, která konstatují, že přes prevalenci této diagnózy není dostatek dat o jejich terapii a kontrolované studie prakticky neexistují^{3/}. Nejdůležitější diagnózou je v tomto ohledu protrahovaná depresivní reakce, u níž je již z povahy diagnostických vodítek poněkud problém s diferenciální diagnostikou zejména oproti depresivní poruše v užším smyslu^{1/}.

Léčba u poruch přizpůsobení by měla být volena na základě převažující symptomatologie a její závažnosti. V první řadě je u těchto poruch podstatná psychoterapie včetně podpůrné psychoterapie a psychoedukace. U závažnějších nebo protrahovaných forem adaptačních poruch lze přistoupit k farmakologické intervenci, která by měla být vedena na základě převažující symptomatologie. U převažujících depresivních příznaků to budou antidepressiva, preferována by měla být skupina SSRI, své místo mohou nalézt rovněž anxiolytika^{3/}.

5. Shrnutí a závěr

Depresivní stavy nejsou homogenní nosologickou jednotkou. Důležitým krokem v léčbě pacienta s depresivními příznaky je tedy důsledná diferenciální diagnostika. Nevhodná léčba totiž může být neúčinná a navíc může pacienta významným způsobem poškodit. Nejdůležitějšími nosologickými jednotkami jsou depresivní porucha v užším slova smyslu, bipolární afektivní porucha, organické poruchy nálady, smíšená úzkostně-depresivní porucha a porucha přizpůsobení.

V léčbě depresivních poruch se uplatňuje široké spektrum psychiatrických terapeutických metod. Lze využít jak biologickou terapii, tak psychoterapii nebo jejich kombinaci. Z hlediska biologické terapie je nejdůležitější terapeutickou modalitou farmakoterapie, v rámci které jsou využívány zejména léky ze skupiny antidepressiv, thymostabilizátorů, antipsychotik, anxiolytik a hypnotik. Mezi nejdůležitější metody biologické nefarmakologické léčby patří u depresivních poruch ECT.

Terapeutické postupy depresivních poruch jsou k dispozici ve formě terapeutických doporučení. V ČR jsou dostupná doporučení

Psychiatrické společnosti z roku 2014 a České neuropsychofarmakologické společnosti z roku 2008.

Literatura

- Höschl C, Libiger J, Švestka J. Psychiatrie. Druhé, doplněné a opravené vydání. Praha: Tigris, 2004.
- Raboch J, Uhlíková P, Hellerová P, Anders M, Šusta M. Doporučené postupy psychiatrické péče IV. Psychiatrická společnost ČLS JEP CZ, 2014.
- Seifertová D, Praško J, Horáček J, Höschl C. Postupy v léčbě psychických poruch. Academia Medica Pragensis, 2008.
- Laňková J, Raboch J. Deprese, Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře, novelizace 2013. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2013.
- DrugBank. DrugBank Version 4.1. 2014. <http://www.drugbank.ca/>. Přístup 8. 11. 2014.
- National Institute of Mental Health's Psychoactive Drug Screening. PDSP Ki database. 2014. <http://pdsp.med.unc.edu/kidb.php>. Přístup 8. 11. 2014.
- Stahl S. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. Cambridge medicine. Cambridge University Press, 2013.
- Stolerman IP. Encyclopedia of Psychopharmacology. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2010.
- Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JP, Churchill R, Watanabe N, Nakagawa A, Omori IM, McGuire H, Tansella M, Barbui C. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*, 373, 2009: 746–758.
- Barbui C, Esposito E, Cipriani A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. *CMAJ*, 180, 2009: 291–297.
- Státní ústav pro kontrolu léčiv, www.sukl.cz – Databáze léků. 2014. <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>. Přístup 8. 11. 2014.
- Vieta E, Valentí M. Pharmacological management of bipolar depression: acute treatment, maintenance, and prophylaxis. *CNS Drugs*, 27, 2013: 515–529.
- Selle V, Schalkwijk S, Vázquez GH, Baldessarini RJ. Treatments for acute bipolar depression: meta-analyses of placebo-controlled, monotherapy trials of anti-convulsants, lithium and antipsychotics. *Pharmacopsychiatry*, 47, 2014: 43–52.
- Rothschild AJ. Challenges in the treatment of major depressive disorder with psychotic features. *Schizophr Bull*, 39, 2013: 787–796.
- Wright BM, Eiland EH 3rd, Lorenz R. Augmentation with atypical antipsychotics for depression: a review of evidence-based support from the medical literature. *Pharmacotherapy*, 33, 2013: 344–359.
- Han C, Wang SM, Kato M, Lee SJ, Patkar AA, Masand PS, Pae CU. Second-generation antipsychotics in the treatment of major depressive disorder: current evidence. *Expert Rev Neurother*, 13, 2013: 851–870.
- Lundbeck. Pipeline. 2014. <http://investor.lundbeck.com/pipeline.cfm>. Přístup 3. 11. 2014.
- Carvalho AF, Berk M, Hyphantis TN, McIntyre RS. The integrative management of treatment-resistant depression: a comprehensive review and perspectives. *Psychother Psychosom*, 83, 2014: 70–88.
- Chakrabarti S. Thyroid functions and bipolar affective disorder. *J Thyroid Res*, 2011, 2011: 306–367.
- Grosso G, Pajak A, Marventano S, Castellano S, Galvano F, Bucolo C, Drago F, Caraci F. Role of omega-3 fatty acids in the treatment of depressive disorders: a comprehensive meta-analysis of randomized clinical trials. *PLoS One*, 9, 2014: e96905.

Postup, jakým jsou naše články připravovány: témata navržená redakční radou jsou zpracovávána vybranými odborníky z oboru a procházejí recenzí a event. dopracováním oponenty a redakční radou. Autor má možnost vlastního kritického pohledu, ale články reprezentují i názor redakční rady. Nadále proto nebudeme autory uvádět, v posledním čísle každého ročníku však naleznete souhrnné poděkování všem, kteří pro nás články do příslušného ročníku napsali. Podobně pracují i ostatní nezávislé lékové bulletiny (např. britský DTB), sdružené v Mezinárodní společnosti lékových bulletinů (ISDB), jejímž řádným členem jsou Farmakoterapeutické informace od roku 1996.

Farmakoterapeutické informace jsou vydávány Státním ústavem pro kontrolu léčiv a distribuovány jako příloha Časopisu českých lékárníků a AM Review.

Materiál publikovaný ve FI nemůže být používán pro žádnou formu reklamy, prodeje nebo publicity, ani nesmí být reprodukován bez svolení.

Šéfredaktor: MUDr. Marie Alušíková, CSc.

Odborní redaktori: MUDr. Jana Mladá, MUDr. Martina Kotulková

Výkonný redaktor: RNDr. Blanka Pospíšilová, CSc.

Redakční rada: Prof. MUDr. Š. Alušík, CSc., IPVZ; Prof. MUDr. Z. Doležel, CSc., FN Brno; Doc. MUDr. J. Fanta, DrSc., FN Bulovka; MUDr. J. Lyer, Sante; Doc. MUDr. B. Seifert, PhD., Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK; MUDr. H. Skalická, CSc., soukromý kardiolog; Prof. MUDr. T. Vaněk, CSc., FNKV; Prof. MUDr. J. Živný, DrSc., VFN.

Poradní sbor: Doc. MUDr. A. Hahn, CSc., FNKV; Doc. MUDr. K. Hynek, CSc., VFN; Prof. MUDr. F. Perlík, CSc., VFN; Doc. MUDr. E. Růžičková, CSc., VFN; Prof. MUDr. J. Švihovec, DrSc., 2. LF UK; Doc. MUDr. P. Vavřík, CSc., VFN; MUDr. V. Vomáčka, FTN.

Náklad 12 000 výtisků ISSN 1211-0647

Korespondenci zasílejte na adresu: Redakce FI, Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10

Na internetu naleznete FI na domovské stránce SÚKL – www.sukl.cz.

