

ZE ZAHRANIČNÍ LITERATURY

Psychiat. pro Praxi; 2006; 4: 197

Hladina valproátu a léčba mánie – 374 pacientů bylo rozděleno do 7 skupin (6 rozdílných dávek valproátu a placebo) a byl hodnocen vztah mezi dávkou a odpovědí na léčbu: byla nalezena dobrá shoda s lineárním modelem, tj. čím vyšší dávka, tím vyšší odpověď na léčbu. Signifikantně vyšší odpověď než na placebo byla pozorována od hladiny 71 ug/ml, nejvyšší odpovědi bylo dosaženo při hladinách nad 94 ug/ml.

Am J Psychiatry, 2006; 163: 272–275.

Augmentace u rezistentní bipolární deprese – 66 pacientů s depresivní fází bipolární poruchy, kteří neodpověděli na léčbu kombinací thymostabilizátoru s antidepresivem, bylo na 16 týdnů randomizováno do větví s risperidonem, inozitolem nebo lamotriginem – a nebyly nalezeny signifikantní rozdíly mezi těmito preparáty v míře údravy definované jako nepřítomnost signifikantních příznaků po dobu 8 týdnů.

Am J Psychiatry, 2006; 163: 210–216.

Klinické prediktory relapsu bipolární poruchy – z 858 pacientů, kteří dosáhli remise v průběhu léčby bipolární afektivní poruchy, jich 416 (48,5 %) v průběhu 2 let zrelabovalo. Častější byl výskyt depresivní fáze (298 pacientů, 34,7 %) než fáze manické (118 pacientů, 13,8 %). Reziduální afektivní symptomy a vyšší počet dní, ve kterých byli pacienti depresivní či úzkostní, bylo spojeno s rychlejším nástupem depresivní fáze. Rychlejší rozvoj manické, hypomanické či smíšené fáze byl spojen s reziduálními manickými symptomy a s vyšším počtem dnů, ve kterých byla přítomna elevovaná nálada.

Am J Psychiatry, 2006; 163: 217–224.

Odlíšnosti bipolární a unipolární deprese – srovnání 477 pacientů s bipolární a 1074 s unipolární depresí ukázalo, že bipolární deprese byla spojena s rodinnou anamnézou bipolární afektivní poruchy, s časnějším nástupem nemoci, větším počtem předchozích depresivních epizod, odlíšnosti byly zjištěny i v individuální expresi depresivních a úzkostných příznaků.

Am J Psychiatry, 2006; 163: 225–231.

Odpověď na léčbu sertralinem u deprese spojené s akutním koronárním syndromem – dvojité slepé, placebem kontrolovaná studie s 369 pacienty s depresivní poru-

chou a akutním koronárním syndromem ukázala, že vysoká odpověď na sertralin je spojená se začátkem depresivní poruchy před koronární příhodou a s tíží epizody. Vysoká odpověď na placebo a nízká odpověď na sertralin byla patrná u pacientů, u kterých došlo k rozvoji depresivní poruchy až po koronárním syndromu.

Arch Gen Psychiatry, 2006; 63: 283–288.

Léčba chronické schizofrenie rezistentní k léčbě atypickými antipsychotiky – srovnání účinnosti léčby klopazinem (49 pacientů), olanzapinem (19), risperidonem (16) nebo quetiapinem (15) u pacientů s chronickou schizofrenií, kteří neodpověděli na předchozí léčbu atypickým antipsychotikem, ukázala lepší efekt léčby klopazinem než ostatními antipsychotiky, parametry byla doba do přerušení léčby či míra symptomatologie.

Am J Psychiatry, 2006; 163: 600–610.

Průběh odpovědi na léčbu u pacientů s první epizodou schizofrenie – 522 pacientů s první epizodou schizofrenie bylo zařazeno do randomizované studie léčby risperidonem nebo haloperidolem a týdně byla hodnocena odpověď na léčbu, definovaná jako 20 % redukce celkového skóre PANSS. 23,3 % odpovědělo na léčbu již v prvním týdnu, 22,5 % na léčbu neodpovědělo ani za 4 týdny a 11,2 % ani za 8 týdnů.

Am J Psychiatry, 2006; 163: 743–745.

Polymorfismus promotorové oblasti genu pro D2 receptor a rychlost odpovědi na antipsychotika – 61 pacientů s první epizodou schizofrenie bylo randomizováno do olanzapinové či risperidonové větve, byl u nich zjišťován typ polymorfismu promotorové oblasti genu pro D2 receptor a sledována doba do odpovědi na léčbu. Polymorfismus A-241G byl spojen s rychlejší odpovědí na léčbu než polymorfismus -141C Del s pozdější odpovědí.

Am J Psychiatry, 2006; 163: 529–531.

Sekundární negativní příznaky u zdravých dobrovolníků – spojení rozvoje negativních příznaků s užíváním antipsychotik ověřovala studie se 34 zdravými dobrovolníky, kteří byli randomizováni do haloperidolové (5 mg pro die), risperidonové (2,5 mg pro die) nebo placebové větve. Motorické nežádoucí účinky a negativní příznaky byly hodnoceny za 3–4 hodiny po požití látky. Obě

aktivní látky způsobovaly negativní příznaky, které byly významně zkráceny přítomností ospalosti.

Am J Psychiatry, 2006; 163: 488–493.

Sildenafil v terapii erektilní dysfunkce při léčbě antipsychotiky – dvojité slepé, placebem kontrolovaná studie se 32 pacienty s erektilní dysfunkcí spojenou s užíváním antipsychotik vedla v průběhu 2 týdnů užívání ke zlepšení erekce a satisfakce, přitom nebyly pozorovány výraznější nežádoucí účinky.

Am J Psychiatry, 2006; 163: 494–499.

JPredikce průběhu hraniční poruchy osobnosti – s příznivým průběhem hraniční poruchy osobnosti byl spojen nižší věk, absence zneužívání v dětství, absence rodinné anamnézy syndromu závislosti, absence úzkostných osobnostních rysů, nízká míra „neuroticizmu“.

Am J Psychiatry, 2006; 163: 822–826

a 827–832.

Léčba hraniční poruchy aripiprazolem – osmitýdenní, dvojité slepé, placebem kontrolovaná studie účinku aripiprazolu (15 mg/den) u pacientů s hraniční poruchou (43 žen a 9 mužů) zjistila jeho efekt pomocí škál symptomů hraniční poruchy, depresivních a úzkostných příznaků.

Am J Psychiatry, 2006; 163: 833–838.

Prevalence ADHD v dospělosti – odhad prevalence ADHD v dospělosti je podle americké studie 4,4 %. ADHD v dospělosti koreluje s mužským pohlavím, nezaměstnaností, etnicitou, předchozím manželstvím, je zjišťována vysoká komorbidita. Většina pacientů není léčena.

Am J Psychiatry, 2006; 163: 716–723.

Nalmefen v léčbě patologického hráčství – opioidní antagonist nalmefen byl 16 týdnů podáván v randomizované, placebem kontrolované studii 207 pacientům s diagnózou patologického hráčství dle DSM IV a vedl k signifikantnímu zmírnění příznaků, 25 mg denně bylo účinné bez závažnějších nežádoucích účinků.

Am J Psychiatry, 2006; 163: 303–312.

Připravil: MUDr. Tomáš Kašpárek

MUDr. Tomáš Kašpárek
Psychiatrická klinika LF MU, Jihlavská 20, 625 00 Brno
e-mail: kasparek@fnbrno.cz