

*Prehľadová práca*

## Psychiatrické poruchy pri Parkinsonovej chorobe

Jana Vančíková

### Súhrn

Parkinsonova choroba je progresívne neurologické ochorenie charakterizované pohybovými abnormalitami, často komplikované psychiatrickými syndrómami. Pokles v telesnej funkčnosti u ľudí s Parkinsonovou chorobou nepriaznivo ovplyvňuje kvalitu ich života. Tento článok sa zaoberá príznakmi, výskytom a liečbou najčastejších komorbidných psychiatrických porúch - depresie, úzkosti, psychózy a demencie u osôb s Parkinsonovou chorobou. Možnosťami liečby sú psychofarmakologická liečba, elektrokonvulzívna terapia a psychoterapia.

**Kľúčové slová:** Parkinsonova choroba, psychiatrická porucha, depresia, úzkosť, psychóza, demencia, liečba.

### Summary

Parkinson's disease is a progressive neurological condition characterized by movement abnormalities, is frequently complicated by psychiatric syndromes. Decline in physical functioning of people with Parkinson's disease adversely affects their quality of life. This article examines the symptoms, prevalence and treatment of the most common comorbid psychiatric disorders - depression, anxiety, psychosis and dementia in persons with Parkinson's disease. Treatment options include medication therapy, electroconvulsive therapy and psychotherapy.

**Key words:** Parkinson's disease, psychiatric disorders, depression, anxiety, psychosis, dementia, therapy.

### Úvod

Parkinsonova choroba (PD) je neurologické ochorenie postihujúce približne 1% ľudí vo veku nad 50 rokov a 2,5% ľudí na 70 rokov (1). Medzi neurologické príznaky patrí pomalosť, tras, rigidita, a posturálna nestabilita (2, 3). Parkinsonova choroba je často spojená s psychiatrickou morbiditou, ale našťastie, existujú spôsoby, ako psychiatrické symptómy ovplyvniť. Medzi najčastejš psychické symptómy pri tomto progredujúcom neurologickom ochorení patrí depresia, úzkosť, poruchy spánku, kognitívne poruchy a psychózy (4, 5). Mnoho ľudí s PD trpí výrazným zhoršením v ich fyzickom fungovaní, ktoré nepriaznivo ovplyvňuje aj ich kvalitu života (6, 7). Vzhľadom ku chronickému a progredientnému charakteru ochorenia neprekvapuje, že mnoho ľudí s PD musí znášať aj negatívne emočné dôsledky ochorenia. Depresia pri Parkinsonovej chorobe je často prehliadaná, pretože dochádza k prekryvaniu symptómov medzi motorickými a duševnými symptómami. Liečba zahŕňa psychoterapiu, farmakoterapiu a elektrokonvulzívnu terapiu. Niektoré z novších antidepresív sú efektívne. U pacientov s Parkinsonovou chorobou je pomerne častým symptómom úzkosť, ktorá môže negatívne ovplyvňovať aj ich odpoveď na liečbu. Psychóza môže vzniknúť pod vplyvom

antiparkinsonickej liečby. Niektoré z atypických neuroleptík, rovnako ako elektrokonvulzívnu terapiu, je vhodné použiť pri liečbe psychotických porúch. Tento článok poskytuje súčasné informácie o komobidite a príznakoch depresie, úzkosti, psychóz a demencie pri Parkinsonovej chorobe, a ponúka stratégie pre efektívnu liečbu (8).

### Depresia

Parkinsonova choroba sa najčastejšie spája s depesiou s odhadovaným výskytom v 20–90 % (10, 11). Cummings preskúmal deväť štúdií uskutočnených v rokoch 1987 a 1990, a udáva priemernú prevalenciu 43% (25% až 70%) (1), neskôr prehodnotením všetkých údajov z PubMedu bola zistená prevalencia depresie pri PD 7-72% (9). Časová lokalizácia depresívnych príznakov môže byť rôzna. Najčastejšie sa vyskytujú až v priebehu rozvoja neurologických príznakov. Depresia môže predchádzať diagnóze Parkinsonovej choroby aj o niekoľko rokov, a môže vyžadovať liečbu už pred nutnosťou liečby symptómov parkinsonizmu. U 12–37 % pacientov príznaky depresie predchádzajú klasické motorické príznaky (12). Z klasických depresívnych prejavov bývajú vyjadrené najmä smútok, neschopnosť prežívať radosť, úzkosť, kratšia latencia REM spánku, iritabilita, únavnosť, uzavretosť, znížená chuť do jedla, menej často sa vyskytujú autoakuzácie a suicidálne myšlienky (13). Príznaky depresie môžu byť často nesprávne poklada-

2. psychiatrická klinika, Lekárska fakulta UPJŠ, Košice

**Adresa pre korešpondenciu:** MUDr. Jana Vančíková, 2. Psychiatrická klinika, Lekárska fakulta UPJŠ, Rastislavova 43, 040 91 Košice, SR

né za neliečiteľný kognitívny deficit. Prítomnosť depresie u pacientov s Parkinsonovou chorobou je spojená s rýchlejšou deterioráciou motorických a kognitívnych funkcií (14).

Depresia, ak nie je diagnostikovaná alebo adekvátne liečená, môže spôsobiť katastrofu v úsilí o kontrolu motorických symptómov, a môže vytvoriť veľké rodinné a manželské nehody v čase, keď pacient najviac potrebuje podporu. Pacienti s anamnézou depresie sú náchyľnejší k rozvoju depresie pri vzniku Parkinsonovej choroby. Úzkosť je často hlavnou zložkou depresie a je často neprimeraná postihnutiu (8, 15).

## Príznaky depresie a diferenciálna diagnostika

Príznaky depresie pri Parkinsonovej chorobe sa môžu mierne líšiť od typických príznakov primárnej depresie. Depresívni pacienti zažívajú menej pocitov viny a vlastných výčitiek a viac podráždenosti, smútku a obáv o svoje zdravie. Depresia zhoršuje a vytvára ďalšie sociálne dysfunkcie, nepohodu v rodine, čo opäť negatívne ovplyvňuje predovšetkým mladších pacientov s Parkinsonovou chorobou. Kolísanie v oblasti motoriky - kolísanie v reakcii na liečbu ("on-off"), môže tiež spôsobiť súbežne oscilácie nálady. Symptómy depresie sa zvyrazňujú v stave „vypnutia“ a zlepšujú v polohe "zapnutia" stavu. Nástup ťažkej depresie pri Parkinsonovej chorobe môže predvídať vývoj duševného postihnutia (13). Depresia môže ohroziť duševné funkcie a vyvolať dojem pseudodemencie - tá je však reverzibilná pri efektívnej liečbe depresie (10). Depresívnu poruchu ako ochorenie je potrebné odlišovať od poruchy adaptácie, ktorá je dôsledkom straty alebo sklamaní nad tým, že človek nemôže žiť podľa svojich očakávaní. Naopak, depresívna epizóda pri Parkinsonovej chorobe nesie formálne diagnózu poruchy nálady spĺňajúcu kritériá podľa DSM alebo MKCH. Depresívne ochorenie je predovšetkým biologické narušenie nálady, ktoré spôsobuje zmeny spánku, chuti do jedla, hmotnosti, sexuálnej túžby a energie (12). Závažnosť sekundárnych symptómov môže byť u parkinsonikov identifikovaná pomocou Parkinson Impact Scale, validovaným meraním kvality života pacienta (9). Na zistenie závažnosti depresie možno použiť škály pre hodnotenie symptómov depresie. Najčastejšie používanými sú Hamiltonova škála pre hodnotenie depresie (HAMD), Montgomeryho-Asbergovej škála pre hodnotenie depresie (MADRS) a tiež samoposudzovacie škály, napríklad Beckova škála (BDI).

Diagnóza depresie pri PD môže byť ťažká, pretože príznaky Parkinsonovej choroby, ako sú hypomímia a psychomotorické spomalenie, môžu napodobňovať afektívne príznaky a naopak (15, 16, 17). Najväčším rizikom neliečenej depresie je riziko samovraždy. Dokonané samovraždy sú zriedkavé, aj keď pacienti s PD často tieto samovražedné myšlienky vyjadrujú (až ¼ pacientov priznáva samovražedné myšlienky). V podstate sa potvrdzuje všeobecné pravidlo, že mladší ľudia sú viac ohrození samovraždou v porovnaní so staršími pacientmi (20, 21).

## Liečba

Liečba depresie môže byť náročná, pretože pacienti si často nepriznávajú, že sú v depresii, a často aj rodinní prísluš-

níci, z obavy pred stanovením psychiatrickej diagnózy, minimalizujú alebo popierajú príznaky depresie u pacienta. Bez prijatia diagnózy depresie (pacientom, jeho rodinnými príslušníkmi a opatrovateľmi) je liečba nemožná (22).

## Psychologická podpora

Pomoc psychológa, psychoterapeuta je prvou voľbou pri ľahšej forme depresie. Prospešnou sa zdá byť kognitívne-behaviorálna terapia, čo potvrdzujú aj nedávno prezentované štúdie realizované u pacientov s ľahkou formou depresie pri Parkinsonovej chorobe (23, 24).

## Antidepresíva

Pri stredne ťažkých a ťažkých depresiách je potrebná biologická liečba. U pacientov s Parkinsonovou chorobou ako antidepresíva prvej voľby používame inhibítory spätného vychytávania sérotonínu - SSRI (sertralín, paroxetín, fluoxetín). SSRI majú skôr stimulačný efekt, starší pacienti však môžu cítiť nepokoj. SSRI môžu spôsobiť anorexiu, ktorá môže byť nežiaducim účinkom u pacientov s podváhou alebo tých, ktorí udávajú trávacie ťažkosti ako vedľajší nežiaduci účinok antiparkinsoník. Aj keď sú známe ojedinelé kazuistiky zhoršenia parkinsonizmu po liečbe antidepresívami typu SSRI, všeobecne je ich prínos nesporný (13, 14). Taktiež duálne inhibítory spätného vychytávania sérotonínu - SNRI (venlafaxin, duloxetin, bupropion), ktoré pôsobia na sérotonínový a norepinefrínový systém, zlepšujú symptómy depresie u pacientov s Parkinsonovou chorobou (18, 19, 22).

## Elektrokonvulzívna terapia

Niektorí pacienti nereagujú na lieky alebo liečbu zle tolerujú pre rozvoj nežiaducich účinkov. Pri ťažkej depresii a intolerancii antidepresívnej liečby, pri psychotických príznakoch pri depresii, je indikovaná elektrokonvulzívna terapia (ECT). Opakovane sa preukázalo, že elektrokonvulzívna liečba je účinná aj pri liečbe depresie u pacientov s Parkinsonovou chorobou a pri dopamínergickej psychóze (27). Niektoré štúdie dokonca uvádzajú, že prostredníctvom elektrokonvulzívnej liečby môže dôjsť aj k zlepšeniu motorických symptómov Parkinsonovej choroby - a to s príznakmi depresie ale aj bez nej (25). Aj v tejto indikácii je ECT pacientmi veľmi dobre tolerovaná (26). ECT môže okrem zlepšenia depresie umožniť aj zníženie dávok antidepresív. Vzhľadom na všeobecne nepríznivy pohľad verejnosti na ECT je vhodné pacienta poučiť a vysvetliť mu možný prínos pri zlepšení symptómov depresie.

## Úzkosť

Úzkosť môže byť pomerne stála, ale môže sa vyskytovať aj epizodicky, ako náhle prichádzajúce, nekontrolovateľné pocity strachu, úzkosti. Prevalencia anxiety u pacientov s PD sa udáva 8-55% (33). Úzkosť pravidelne sprevádzajú rôzne fyzické symptómy, ako je svalové napätie, búšenie srdca, potenie a dýchavičnosť (28). Úzkosť je často súčasťou alebo jedným z dominantných symptómov depresie.

Z tohto pohľadu môže byť depresia prehliadnutá. Dôkladná analýza duševného stavu na základe klinického vyššetrenia by mala viesť k primeranej zdravotnej starostlivosti. Úzkosť často sprevádza obdobia zhoršenia hybnosti a druhotne prispieva k zvýrazneniu motorických príznakov Parkinsonovej choroby (8). Pacienti musia byť poučení o vzťahu medzi úzkosťou a stavom motorického zhoršenia, je potrebné pacientov ubezpečiť o dočasnosti takéhoto stavu. V tomto štádiu je minimálne vhodné zaradiť do liečby anxiolytiká. Vhodné je poskytnutie psychologickéj podpory. Pri pretrvávajúcej úzkosti, je indikovaná liečba antidepresívami, predovšetkým tými, ktoré majú výraznejší anxiolytický efekt.

## Psychóza

Asi u 20-40% pacientov s Parkinsonovou chorobou, ktorí sú dlhodobo liečení dopaminergickými látkami (napr. levodopa, bromokriptín, pergolid, ropinerole, a pramipexol), sa vyvinie psychóza sprevádzaná halucináciami a bludmi. Psychóza najčastejšie vzniká u pacientov, ktorí majú narušené kognitívne funkcie. Klinicky sa môže prejavovať až poruchou vedomia, zmätenosťou a delirantným stavom. Približne u 3% pacientov sa rozvinie psychotický stav aj bez neprítomnosti demencie. Psychotické syndrómy možno rozdeliť do troch základných skupín (34, 35, 36):

1. Do prvej skupiny patria vizuálne halucinácie ľudí a zvierat, ktoré bývajú veľmi živé a sú sprevádzané náhladom pacienta, nie sú sprevádzané kvalitatívou poruchou vedomia.
2. Do druhej skupiny zaraďujeme pretrvávajúce halucinácie alebo bludy s obmedzeným náhladom a pri jasnom vedomí.
3. Do tretej skupiny patria halucinácie alebo bludy súvisiace s delíriom.

Pacienti môžu udávať „mierne halucinácie“ ako nežiaduci efekt liečby, pritom sú k týmto halucináciám pomerne kritickí a uvedomujú si ich nereálnosť, dokonca ich môžu tolerovať ako kompromis zlepšenia pohyblivosti. U pacientov so psychózou je potrebné vylúčiť svojvoľné nadmerné užívanie liekov. K podozreniu by mohlo viesť zistenie niektorých telesných symptómov ako sú dezorientácia, zápcha, dehydratácia a infekcie. V prípade psychózy je vhodné prehodnotiť liečbu a vylúčiť predovšetkým anticholinergiká v poradí amantadínom, selegilín a agonisty dopamínu. V prípade ich vylúčenia je potrebné znížiť dávku levodopy. „Liekové prázdny“, ktoré boli módne pred 20 rokmi, sa z dnešného pohľadu zdajú nebezpečné a občas aj sú fatálne (30). Vysadenie levodopy môže tiež zriedkavo viesť k neuroleptickému malígnemu syndrómu. Každé významné zníženie antiparkinsoník by malo byť realizované počas hospitalizácie.

Pacienti so psychotickými príznakmi môžu byť liečení atypickými antipsychotikami. Najviac skúseností je s klozapínom v dávke 12,5 mg, ale niektorým pacientom stačí aj 6,25 mg klozapínu. Naopak, pri nedostatočnom antipsychotickom efekte možno individuálne zvýšiť dávku aj na 25 mg na noc (31). Pri liečbe klozapínom dochádza k zlepšeniu aj iných psychiatrických symptómov - úzkosti, depresie, hypersexuality, spánku a akatázia a tiež k zmiereniu moto-

rických symptómov ako je tras, torticollis, dystónia končatín a bolesť (31, 32). Vhodný je tiež olanzapín 2,5 mg s možným zvýšením dávky na 10 mg na noc. Na liečbu psychotických stavov je vhodný aj quetiapín v dávke 25 mg až 50 mg. Alternatívne môže byť u niektorých pacientov použitá aj ECT, ktorá odstráni psychotické zážitky (individuálne až na 6 mesiacov). ECT je užitočná nielen pri liečbe psychózy, ale môže zlepšiť aj motorické symptómy (25, 26).

## Demencia

Prevalencia demencie u pacientov s Parkinsonovou chorobou sa udáva 10-27%. Jej výskyt je zriedkavý ak Parkinsonova choroba vznikla pred 50. rokom života. Parkinsonova choroba je vo väčšine prípadov ochorenie vyskytujúce sa vo vyšších vekových skupinách. V podobnom veku sa u ľudí vyskytujú aj príznaky iných ochorení, často demencie – ochorenia prejavujúce sa najmä poruchou pamäti a iných psychických funkcií. Najčastejšou z nich je známa Alzheimerova demencia. Ukazuje sa však, že i v rámci samej Parkinsonovej choroby sa môžu vyvinúť príznaky demencie s prejavmi najmä pri bežnej dennej psychickej činnosti – plánovaní, vykonávaní úloh a podobne. Tieto príznaky je dôležité rozpoznať, nakoľko súčasný výskyt demencie a Parkinsonovej choroby znamená nevyhnutnosť zmeny prístupu ku liečbe.

Pacienti trpiaci demenciou a Parkinsonovou chorobou súčasne sú oveľa náchylnejší na výskyt vedľajších účinkov niektorých liekov (najmä anticholinergicky pôsobiace preparáty, prípadne selegilín a amantadín). Najčastejšími prejavmi týchto vedľajších účinkov sú stavy nepokoja, zmätenosti a prítomnosť vidín – halucinácií, najčastejšie halucinácií osôb. Preto u ľudí s demenciou sa podávanie týchto liekov vyhýbame a súčasne sa snažíme dávky ostatných liekov (agonistov dopaminových receptorov, levodopy) redukovať na najnižšiu prijateľnú mieru. V prípade pretrvávania ťažkostí je odôvodnená liečba takzvanými atypickými neuroleptikami – najefektívnejšími a najbezpečnejšími sú klozapín, olanzapín a quetiapín v minimálne potrebných dávkach (ako sme uviedli vyššie). Okrem úpravy liečby antiparkinsonikami máme však možnosť liečiť aj prejavy demencie pri Parkinsonovej chorobe špecifickými liekmi, takzvanými centrálnymi inhibítormi acetylcholinesterázy napríklad rivastigmínom. Použitím týchto liekov nevieme síce zastaviť pokračujúce psychické zmeny úplne, dokážeme však spomaliť zhoršovanie príznakov alebo ich dokonca prechodne zlepšiť (8, 37, 38).

## Záver

Parkinsonova choroba je často spojená s psychickými poruchami, ktoré môžu vyvolať telesné obmedzenia dokonca väčšie ako samo základné ochorenie. Psychiatrické poruchy sú multifaktoriálne vo vzťahu k základnému neurologickému ochoreniu. Negatívne psychické reakcie na postihnutie motoriky sú prirodzené vo vzťahu k osobnostným charakteristikám, či vzhľadom na rodinnú záťaž a taktiež pri intolerancii antiparkinsoník. Jednoznačná a správna psychiatrická liečba neexistuje, je kompromisom medzi prítomnou komorbídnou psychiatrickou symptomatikou a dos-

tatočným efektom neurologickej antiparkinsonickej liečby základného neurologického ochorenia.

Dôležité je myslieť na vyšší vek pacientov, čo ich robí citlivejšími na nežiaduce účinky psychofarmák a môže zhoršiť motorické symptómy Parkinsonovej choroby. Prvým krokom by malo byť starostlivé preskúmanie a prehodnotenie antiparkinsonickej liečby a odstránenie neopodstatnenej polypragmázie. Dávkovanie a dĺžka trvania liečby majú významnú úlohu. Musia byť individuálne - často sa stáva, že pacienti reagujú už na malé množstvo farmák, ale na druhej strane niektorí pacienti potrebujú a tolerujú štandardné alebo vyššie dávky.\*

\*Publikované s podporou účelovej dotácie MZ SR „Duševné zdravie teoreticky i prakticky optikou odborného e-časopisu *Psychiatria – psychoterapia – psychosomatika*“.

## Literatúra

- Cummings, J.L., Masterman, D.L.:** Depression in patients with Parkinson's disease. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 1999; 14, s. 711–718.
- Okun, M.S., Watts, R.L.:** Depression associated with parkinson's disease: clinical features and treatment. *Neurol.*, 2002, 58(suppl 1), S63–S70.
- Sano, M., Stern, Y., Williams, J. et al.:** Coexisting dementia and depression in parkinson's disease. *Arch. Neurol.*, 1989; 46, s. 1284–1286.
- Meara, J., Hobson, P.:** Depression, anxiety and hallucinations in parkinson's disease. *Elder Care*, 10, 1998, (suppl), s. 4–5.
- Miyoshi, K., Ueki, A., Nagano, O.:** Management of psychiatric symptoms of parkinson's disease. *Eur. Neurol.*, 36, 1996, (suppl 1), s. 49–48.
- Caap-Ahlgren, M., Dehlin, O.:** Insomnia and depressive symptoms in patients with Parkinson's disease: relationship to healthrelated quality of life: an interview study of patients living at home. *Arch. Gerontol. Geriatr.*, 2001; 32, s. 23–33.
- Myslobodsky, M., Lalonde, F.M., Hicks, L.:** Are patients with parkinson's disease suicidal? *J. Geriatr. Psychiatry Neurol.*, 2001; 14, s. 120–124.
- Hurwitz, T.A., Calne, S.:** Depression, anxiety, and psychosis in Parkinson's disease. *BCM J*, 43, 2001, č. 4, s. 214–218.
- Veazey, C. et al.:** Prevalence and Treatment of Depression in Parkinson's Disease, *J Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 2005; 17, s. 310–323.
- Mayeux, R., Stern, Y., Rosen, J. et al.:** Depression, intellectual impairment, and Parkinson disease. *Neurology*, 1981; 31, s. 645–650.
- Mayeux, R., Stern, Y., Sano, M. et al.:** The relationship of serotonin to depression in parkinson's disease. *Mov. Disord.*, 1988; 3, s. 237–244.
- Cummings, J.L.:** Depression and Parkinson's disease: a review. *Am. J. Psychiatry*, 1992; 149, s. 443–454.
- Flament, M. et al.:** Suicide without depression after withdrawal of a dopamine agonist in a patient with Parkinson's disease. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*, 2011, 23(4), s. E32. doi: 10.1176/appi.neuropsych.23.4.e32.
- Schrag, A.:** Quality of life and depression in Parkinson's disease. *J. Neurol. Sci.*, 2006, 25, 248(1-2), s. 151-157.
- Hrubý, R.:** Depresívne poruchy pri vybraných neurologických afekciách: *Neurologia pre prax Neurologia pre prax*, 2009; 10 (2), s. 70-74.
- Kummer, A., Cardoso, F., Teixeira, A.L.:** Suicidal ideation in Parkinson's disease. *CNS Spectr.*, 2009, 14(8), s. 431-436.
- Huber, S.J., Paulson, G.W., Shuttleworth, E.C.:** Depression in Parkinson's disease. *Neuropsychiatry Neuropsychol. Behav. Neurol.*, 1988; 1, s. 47–51.
- McDonald, W.M. et al.:** Prevalence, etiology, and treatment of depression in Parkinson's disease. *Biological Psychiatry*, 2003, 54(3), s. 363-375.
- Slaughter, R. et al.:** Prevalence, Clinical Manifestations, Etiology, and Treatment of Depression in Parkinson's Disease. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*, 13, 2001, 2, Spring.
- Kostič, V.S. et al.:** Suicide and suicidal ideation in Parkinson's disease. *J. Neurol. Sci.*, 2010, 289(1-2), s. 40-43.
- Kummer, A. et al.:** Suicidal ideation in Parkinson's disease. *CNS Spectr.*, 2009, 14(8), s. 431-436.
- Cohen, A.:** How to manage the parkinson patient with depression? *Soins Gerontol.*, 2012, Jan-Feb; (93), s. 5.
- Dobkin, R.D. et al.:** Cognitive-behavioral therapy for depression in Parkinson's disease: a randomized, controlled trial. *Am. J. Psychiatry*, 2011, 168(10), s. 1066-1074.
- Dobkin, R.D. et al.:** Predictors of treatment response to cognitive-behavioral therapy for depression in Parkinson's disease. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 2012, 80(4), s. 694-699.
- Pintor, L.P. et al.:** Use of electroconvulsive therapy in Parkinson disease with residual axial symptoms partially unresponsive to L-dopa: a pilot study. *JECT*, 2012, 28(2), s. 87-91.
- Jeanneau, A.:** Electroconvulsive therapy in the treatment of Parkinson disease. *Encephale*, 1993, 19(5), s. 573-578.
- Faber, R.:** More on ECT and delirium in Parkinson's disease. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*, 1992, 4(2), s. 232.
- Richard, I.H.:** Anxiety disorders in Parkinson's disease. *Adv. Neurol.*, 2005, 96, s. 42-55.
- Peyser, C.E., Naimark, D., Zuniga, R. et al.:** Psychoses in Parkinson's Disease. *Semin. Clin. Neuropsychiatry*, 1998; 3, s. 41–50.

- 30. Marsh, L.:** Neuropsychiatric Aspects of Parkinson's Disease. Psychosomatics, 2000; 41, s. 15–23.
- 31. Trosch, R.M. et al.:** Clozapine use in Parkinson's disease: A retrospective analysis of a large multicentered clinical experience. Mov. Disord., 13, 1998, s. 377–382.
- 32. Hurley, R.A.:** Clozapine for acute and maintenance treatment of psychosis in Parkinson's disease The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 1995; 7, s. 471-475.
- 33. Dissanayaka, N.N. et al.:** Anxiety disorders in Parkinson's disease: prevalence and risk factors. Mov. Disord., 2010, 25(7), s. 838-845.

- 34. Friedman, J.H.:** Parkinson disease psychosis: Update. Behav. Neurol., 2012, Dec. 14.
- 35. Fernandez, H.H. et al.:** Treatment of psychosis in Parkinson's disease: safety considerations Drug Saf., 2003; 26(9), s. 643-659.
- 36. Williams-Gray, C.H. et al.:** Cognitive deficits and psychosis in Parkinson's disease: a review of pathophysiology and therapeutic options. CNS Drugs, 2006; 20(6), s. 477-505.

Do redakcie došlo 30.11.2012.

Nová alternatíva v liečbe: INJEKČNÁ APLIKÁCIA DO RAMENA

Väčšie pohodlie s výberom miesta aplikácie<sup>1,2</sup>



KVALITA ŽIVOTA<sup>5,6</sup>

SOCIÁLNE FUNGOVANIE<sup>5,6</sup>

DLHODOBÁ REMISIA<sup>3,4</sup>

**Literatúra:**

1. Coccanzi & Murray. J Psychiatr Ment Health Nurs 2008;15:424-434 2. Kozier et al. Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice. 5th ed. Redwood City, CA: Addison-Wesley Publishing Company, Inc (division of Benjamin/Cummings Publishing Company, Inc); 1995 p 1328-1329 3. Llorca et al. Int J Clin Pharmacol Ther 2008;46:14-22 4. Lasser et al. Schizophr Res 2005;77:215-227 5. Möller et al. Int J Clin Pharmacol 2005;20:121-130 6. Olivares et al. Poster presented at WWS, February 3-7 2008, Montreux, Switzerland.

**Skratovaná informácia o lieku Risperdal® CONSTA™**

**Názov pripravku:** Risperdal® CONSTA™ 25 mg, Risperdal® CONSTA™ 37,5 mg a Risperdal® CONSTA™ 50 mg.  
**Účinná látka:** risperidónum (risperidón) v prášku s rozpúšťadlom na injekčnú suspenziu. **Indikácie:** liečba schizofrenie. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na niektorú zo zložiek lieku. **Ošobitné upozornenia:** Pacientom, ktorým sa ešte nepodával risperidón, sa odporúča pred začatím liečby liekom Risperdal® CONSTA™ najprv potvrdiť toleranciu na risperidón jeho perorálnym podávaním. Liek nie je určený na liečbu porúch správania súvisiacich s demenciou a má sa používať so zvýšenou opatnosťou u pacientov s rizikovými faktormi mozgovej prírody a u pacientov užívajúcich furosemid. Najmä v úvodnom období titrovania dávky môže nastať (ortostatická) hypotenzia. Potrebna opatnosť u pacientov s Parkinsonovou chorobou, demenciou s Lewyho teleskami, u pacientov s preexistujúcou hyperprolaktinemiou alebo možnými nádormi súvisiacimi s prolaktinom. Pri výskyt príznakov neuroleptického maligného syndrómu je treba vysadiť všetky antipsychotiká. U pacientov s diabetom alebo rizikovými faktormi rozvoja diabetu sa odporúča monitorovanie glykémie. Ďalšie: vid' úplná informácia o lieku (SmPC).  
**Nežiaduce účinky:** Väčmi často: insómnia, úzkosť, bolesť hlavy, infekcia HDG, parkinsonizmus, depresia, akatázia. Často: hyperprolaktinémia, hyperglykémia, zvýšenie pečatoých enzýmov, zmeny hmotnosti, AV blok, tachykardia, anémia, ťažká dyskinéza, dystónia, tremor, somnolencia, sedácia, závraty, neosté videnie, konjunktivitída, dyspnoe, kašeľ, nazálne kongescia, faryngolaryngedna bolesť, vracanie, hnačka, záštieho, nauzea, bolesť brucha, dyspepsia, bolesť zubov, suchosť v ústach, brušný diskomfort, gastritída, inkontinencia moču, vyrážka, ekzém, artralgia, bolesť chrbta, bolesť v končatinách, myalgia, pneumónia, infekcia dolných dýchacích ciest, infekcie močového traktu, infekcie ucha, sinusitída, vírusová infekcia, pádý, hypertenzia, hypotenzia, amenorea, erektilná dysfunkcia, galaktorea, agitácia, poruchy spánku. Ďalšie nežiaduce účinky: vid' úplná informácia o lieku (SmPC).  
**Interakcie:** lieky predlžujúce QT interval, centrálné účinkujúce látky (alkohol, opioýdý, antihistaminiká, benzodiazepíny), levodopa a ďalší agonisti dopamínu, antihypertenzíva, karbamazepín, inhibitory CYP 2D6 (fluoxetin, paroxetin), fenolazín, tricyklické a tetracyklické antidepresíva, beta-blokátory, furosemid. Ďalšie interakcie: vid' úplná informácia o lieku (SmPC). **Dávkovanie a spôsob podávania:** každé 2 týždne hlboko i.m. do deltoidej alebo gluteálnej oblasti. Dospelí a starší pacienti: odporúčaná úvodná dávka 25 mg i.m. každé 2 týždne. Neodporúča sa dávký vyššie ako 50 mg i.m. každé 2 týždne. Deti: U detí mladších ako 18 rokov sa úžívanie neodporúča. Ochorenia obličiek a pečene: Používanie lieku sa u týchto pacientov doteraz neuskutočovalo. **Tehotenstvo a dojčenie:** Bezpečnosť liečby risperidónom počas tehotenstva a dojčenia nebola u ľudí stanovená. Podávanie počas tehotenstva iba v nevyhnutných prípadoch, keď očakávaný prínos liečby pre matku prevyší možné riziko pre plod. Ženy užívajúce Risperdal® CONSTA™ by nemali dojčiť, pretože zväčší prínos dojčenia voči možnému riziku pre dieťa. **Schopnosť viesť motorové vozidlo a obsluhovať stroje:** Možný malý alebo mierny vplyv, neodporúča sa bez zistenia individuálnej vnímavosti pacienta. **Inkompatibilita:** Nemieňaz s inými liekmi. **Veľkosť balenia:** 1 balenie obsahuje: 1 liekovú s liečivom, 1 naplnenú injekčnú striekačku s rozpúšťadlom, 1 Alaris™ SmartSite® - pomocku na rekonštitúciu lieku, 1 ihlu na i.m. injekciu do deltoidej oblasti [21G UTW 1-palcová (0,8 mm x 25 mm)], 1 ihlu na i.m. injekciu do gluteálnej oblasti [20G TW Z-palcová (0,9 mm x 50 mm)]. **Čas použiteľnosti:** 3 roky. **Registračné čísla:** 68/0105/03-S, 68/0106/03-S, 68/0107/03-S. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Johnson & Johnson s.r.o., Pfyndrenská 7/B, Bratislava, Slovenská republika. **Dátum poslednej revízie textu:** jún 2010.

\* Váimnite si prosím zmeny v informácii o lieku. Liek je viazaný na lekársky predpis. Skôr ako liek predpíšate, obozrnajte sa s úplnou informáciou o lieku (SmPC), ktorá je dostupná na vyžiadanie. Úplná informácia o lieku je k dispozícii v Súhrne charakteristických vlastností lieku (SmPC) alebo na adrese: Janssen, Johnson & Johnson, spol. s r. o., Příbinaova 25, 811 09 Bratislava. Tel.: +421 (0)2/3355 2600, fax: +421 (0)2/3355 2677.

**Risperdal® CONSTA™**  
vracia do života

janssen | PHARMACEUTICAL COMPANIES  
of Johnson & Johnson

Janssen, Johnson & Johnson, spol. s r. o.,  
Příbinaova 25, 811 09 Bratislava.  
Tel.: +421 (0)2/3355 2600, fax: +421 (0)2/3355 2677  
www.janssen-cilag.sk

RIS/LAI/SC/ADS/JUN2011/SVK007