

Zdravljenje depresije, osredotočeno na bolnika:

od zmanjšanja simptomov
do funkcionalnega okrevanja



**Zdravljenje depresije,
osredotočeno na bolnika:**

od zmanjšanja simptomov
do funkcionalnega okrevanja

NI (ELOŠTNEGA ZDRAVJA) BREZ DUŠEVNEGA ZDRAVJA.

To dejstvo vsi zelo dobro poznamo. Še posebno vi, spoštovani strokovnjaki za duševno zdravje.

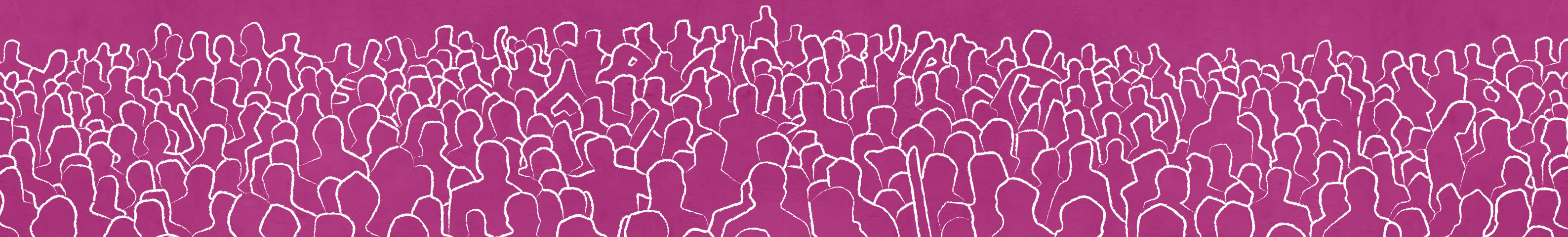
Dobro veste, kako je, ko nekdo ne čuti več veselja, je brez energije in motivacije. Ko je dan poln tesnobe, težav s pozornostjo, koncentracijo in delovno storilnostjo. Ko se oseba izogiba nekoč priljubljenim dejavnostim in socialnim stikom. Ko trpi zaradi bolečine – telesne in tudi čustvene.

Boli, a ne boli samo bolnika. Bolečina prizadene tudi njegove bližnje in osebe, ki se nanj zanašajo.

V takih okoliščinah ste ključni strokovnjaki za duševno zdravje. S svojim **znanjem prepoznate tovrstne simptome**, bolnike razumete in zanje izberete najboljše zdravljenje ter jim s tem vrnete funkcionalnost v družbi in izboljšate kakovost njihovega življenja. S svojim cenjenim poklicem imate moč, da bolnikom z duševnimi težavami pomagate premagati občutke izpraznjenosti. To jim omogoči, da se znova počutijo izpopolnjene, spet se lahko povežejo z družinskimi člani in drugimi osebami ter znova aktivno sodelujejo v službi in doma.

Znova se povežejo z življenjem.

V Krki vam stojimo ob strani, saj vemo, kako pomembna je izbira **najboljšega zdravila za vaše bolnike.**



KRKA JE ZANESLJIV PARTNER,
SAJ S SVOJIMI ZDRAVILI
SKRBIMO ZA DUŠEVNO ZDRAVJE
ŽE OD LETA 1964. ⁽¹⁾

**Inovativne
rešitve**

razvijamo z več kot
800 strokovnjaki. ⁽²⁾

Pomagamo
4 milijonom
bolnikov z depresijo
po vsem svetu in
tako izboljšujemo
njihov vsakdan. ⁽¹⁾

Smo eden
vodilnih
proizvajalcev
generičnih zdravil
na svetu. ⁽²⁾

Zagotavljamo
bogato ponudbo
kakovostnih, varnih
in učinkovitih
zdravil za zdravljenje
duševnih bolezni.

Z VAMI ZA ZDRAVJE.



Literatura

1. Podatki iz arhiva. Krka, d. d., Novo mesto, 2024. 2. Letno poročilo 2023. Dostopno na https://www.krka.biz/_assets/krka_letnoPorocilo_23_ANG_WEB.pdf



UREDNIKA

Izr. prof. dr. Maja Rus Makovec, dr. med.

Ljubljana, Slovenija

PREDGOVOR

Kolegi, ki zdravimo bolnike z depresijo in bolečino, se zavedamo, da so te zdravstvene ovire za polno, funkcionalno življenje in dobro počutje čedalje pogostejše. Zato je izjemnega pomena, da imamo na razpolago različne možnosti za učinkovito zdravljenje teh stanj in da smo o njih tudi dobro informirani. Dulsevia, ki vsebuje duloksetin, je zdravilo, ki zelo pomembno prispeva k bolj personaliziranemu in učinkovitemu obravnavanju podtipov depresije, pri kateri so poleg ostalih simptomov izraženi tudi utrujenost, pomanjkanje energije, kognitivne motnje in bolečina.

Zdravniki iz različnih držav smo z veseljem sprejeli vabilo, da za to knjižico prispevamo opise kliničnih primerov svojih bolnikov. Po zgledu sodobnih učnih platform je prikazano, kako na podlagi bolnikovih simptomov in težav pri funkcioniranju sprejeti odločitev o uvedbi duloksetina (Dulsevia). Izkušeni kolegi so klinične primere predstavili izkustveno in refleksivno, tako da ustrezajo različnim kognitivnim stilom.

Dragoceno sporočilo vseh teh primerov je tudi celostni pristop, s katerim nadgrajujemo zdravniško strokovnost in ki ga s svojimi prizadevanji podpira tudi Krka. Predstavljeni bolniki so več kot le njihovi simptomi in subjektivnost njihovega trpljenja, so tudi osebe z različnimi medsebojnimi odnosi in pomembnimi življenjskimi vlogami. Kot prikazujejo primeri, pa je pri vrnitvi v polno življenje pomembna prav izbira ustreznega zdravila.

1. PRIMER



**Barbara Pelzl,
dr. med.**

Dunaj
Avstrija

NAPOTITEV K PSIHIATRU

42-letno žensko je po hospitalizaciji na psihiatričnem oddelku na nadaljnje zdravljenje napotil njen družinski zdravnik. Razlog za hospitalizacijo je bilo močno poslabšanje razpoloženja in motivacije ter nespečnost. Kot razlog za sprejem so navedli samomorilne misli. Bolnica je trpela za ankilozirajočim spondilitisom in migrenami, redno je občutila bolečino. Na psihiatričnem oddelku so jo zdravili s selektivnim zaviralcem ponovnega privzema serotonina (SSRI).

SIMPTOMI IN TEŽAVE BOLNICE

Bolnica je povedala, da je še vedno depresivna, se ne more odločiti za nobeno dejavnost, nima motivacije in je precej ravnodušna do življenja. Ob začetku bolnišničnega zdravljenja je bolečino doživljala veliko bolj intenzivno kot prej, ko so ji vsakodnevna rutina in delovne obveznosti odvrčale pozornost od bolezni.

FUNKCIONALNOST BOLNICE

Zaradi duševne stiske so se povečale tudi težave, ki jih je že imela v zakonu. V družini je bilo vse več napetosti. Postala je bolj brezčutna in se ni več zanimala za svoje otroke, njihova čustva in šolski uspeh. Družila se je samo s svojimi otroki in materjo, ki se je začasno preselila k njej, da bi skrbela za gospodinjstvo. Bolj je dvomila vase in imela večji občutek osebnega razvrednotenja, kazala se je tudi nezmožnost ukrepanja. O tem, da bi se vrnila na delo, ni razmišljala.

ODLOČITEV ZA ZDRAVLJENJE Z DULOKSETINOM

Z zdravljenjem s sertralinom so se samomorilne misli zmanjšale, razpoloženje pa se je nekoliko stabiliziralo. Še vedno sta bila prisotna pomanjkanje motivacije in močnejša bolečina. Uveden je bil postopen prehod na duloksetin (Dulsevia), sprva po 30 mg, sočasno s 25 mg sertralina. Neposreden prehod z antidepresiva s SSRI na duloksetin zaradi samomorilnega tveganja ni bil mogoč.

ODZIV BOLNICE NA ZDRAVLJENJE

Bolečina se je po enem mesecu zmanjšala, razpoloženje je ostalo nespremenjeno, delno se je izboljšala sposobnost ukrepanja. Po opustitvi sertralina in uvedbi 60 mg duloksetina se je ob doslednem zdravljenju ankilozirajočega spondilitisa bolečina občutno zmanjšala. Razpoloženje se je bistveno izboljšalo, bolnici se je postopoma vrnila prejšnja raven energije. V nekaj tednih je lahko ponovno prevzela svojo običajno vlogo v družini in pri gospodinjstvih opravilih ni več potrebovala materine pomoči. Po treh mesecih se je vrnila na delo. Prav tako je imela dovolj moči za reševanje zakonskih težav, z možem sta obiskala zakonsko svetovalnico. Po treh letih zdravljenja z Dulsevijo po 60 mg na dan je bolnica duševno dovolj stabilna, bolečina pa je pod nadzorom.

KOMENTAR UREDNIKE

Bolnici se je razpoloženje izrazito poslabšalo, bila je samomorilno ogrožena, ob tem je imela tudi kronično bolečinsko simptomatiko. Antidepresivi s SSRI so premalo pripomogli k umiritvi simptomov in niso olajšali bolečine. Prehod na duloksetin je bil postopen – odmerek prvega antidepresiva se je zmanjševal, povečeval pa odmerek duloksetina (angl. cross-taper), da bolnica ni ostala brez antidepresivne zaščite. Terapevtsko učinkovit je bil šele odmerek po 60 mg duloksetina, ki je neposredno vplival tudi na zmanjšanje bolečine, kar je prispevalo k pospešeni remisiji. Duloksetin vpliva na funkcionalno bolečino in na bolečino zaradi znane poškodbe tkiva, ker neposredno modulira tudi nociceptivno bolečino. Tako klinično izboljšanje je bilo tudi pogoj, da se je bolnica lahko spoprijela s težavnimi osebnimi odnosi.

Maja Rus Makovec



Dr. Tomasz Sobów,
dr. med.

Lodž
Poljska

2. PRIMER

NAPOTITEV K PSIHIATRU

89-letna ženska je bila napotena k psihiatru zaradi suma, da ima depresijo s spremljajočimi telesnimi simptomi oziroma bolečino. Jemala je tri različne antidepresive (sertralin, citalopram, tianeptin), a so bili neučinkoviti, tudi prenašala jih je slabo. Zdravstvene težave so vključevale od inzulina odvisno sladkorno bolezen (z retinopatijo in blago kronično ledvično odpovedjo), zdravljeno blago hipertenzijo in atrijsko fibrilacijo ter osteoartritis, za katerega je jemala etorikoksib in hodila na fizioterapijo.

SIMPTOMI IN TEŽAVE BOLNICE

Bolnici se je sprva poslabšala bolečina v kolku. Bolečino v kolenih in hrbtenici je obvladovala z etorikoksibom. Telesni pregled, laboratorijske preiskave in slikovna diagnostika niso odkrili nobenega vzroka. Sčasoma je postala jokava, čustveno nestabilna, nagnjena k disforičnim reakcijam, slabše je spala (težave z uspavanjem, nočno zbujanje zaradi bolečine), začela je izraziteje pozabljati. Zdravljenju z etorikoksibom je bil dodan paracetamol, zaradi neučinkovitosti pa je bila uvedena kombinacija paracetamola in tramadola. Postavljena je bila diagnoza depresije, uveden je bil sertralin do 50 mg na dan. Po štirih tednih ni bilo izboljšanja simptomov, zato je bil odmerek tramadola povečan na 150 mg, sertralin pa zamenjan s citalopramom. Po desetih dneh se je bolnica čezmerno potila, tresle so se ji roke, bila je zelo zaprta in nemirna, težave s spanjem so se še poslabšale. Protibolečinskega učinka ni bilo. Zaradi suma, da gre za serotoninski sindrom in intoleranco za velik odmerek tramadola, je bil citalopram zamenjan s tianeptinom, odmerek tramadola pa zmanjšan na 75 mg na dan. Predlagana je bila psihiatrična ocena, ki jo je bolnica sprva zavrnila, vendar jo je po posvetu z vnukom sprejela.

FUNKCIONALNOST BOLNICE

Bolnica je živela sama in je bila pri vsakodnevni dejavnosti večinoma samostojna, potrebovala je le občasno pomoč. V zadnjem času se je začela izogibati številnim dejavnostim, med drugim nakupovanju in pripravi obrokov, kar je pripisovala poslabšanju bolečine. Postajala je vse bolj pozabljiva. Doma je uporabljala hoduljo s kolesi, hojo brez opore je opisovala kot nemogočo, bala se je padca.

ODLOČITEV ZA ZDRAVLJENJE Z DULOKSETINOM

Simptomi depresije so zajemali predvsem pomanjkanje energije, nihanje razpoloženja, težave s spanjem, tesnobo in strah pred padcem. Bolnica je imela močne bolečine, ki so ji onemogočale opravljanje večine vsakodnevni dejavnosti. Zaradi njih je podnevi ležala v postelji in skoraj ves čas potrebovala pomoč drugih. Bolečina je bila opredeljena kot somatski simptom, povezan z depresijo. Zaradi protibolečinskih, antianksioznih in motivacijskih učinkov je bil za zdravljenje izbran duloksetin (Dulsevia). Začetni odmerek je znašal 30 mg, načrtovano pa je bilo povečanje vsaj na 60 mg (lahko tudi več, če bi bil učinek ob dobrem prenašanju nezadosten). Tramadol je bil ukinjen, ponovno pa sta bila uvedena etorikoksib (60 mg na dan) in paracetamol (1000 mg na dan).

ODZIV BOLNICE NA ZDRAVLJENJE

Učinek zdravljenja je bil ocenjen po 14 dneh. Prenašanje zdravila je bilo odlično, bolnica pa je poročala o nepričakovanem močnem protibolečinskem učinku. Jakost bolečine je po vizualni analogni lestvici (VAS, 0–10) ocenila s 4 (pred tem pa z 10). Spanje se je izboljšalo (brez zbujanja, še vedno nekaj težav z uspavanjem), prav tako čustveno stanje. Prvotni načrt zdravljenja je bil spremenjen. Dulsevia po 30 mg na dan je ostala, dodan pa je bil pregabalin po 50 mg pred spanjem. Na drugem pregledu po štirih tednih so bili simptomi depresije (vključno s težavami s spanjem in tesnobo) skoraj v celoti odpravljeni, jakost bolečine pa je bolnica ocenila s 3. Vrnila se je na raven funkcioniranja pred boleznijo, potrebovala je le malo podpore. Končno zdravljenje je vključevalo 30 mg duloksetina zjutraj, 50 mg pregabalina pred spanjem, po potrebi pa še tianeptin, etorikoksib in paracetamol. Učinek zdravljenja se je ohranil tudi po šestih mesecih.

KOMENTAR UREDNICE

Primer kaže potrebo, da k bolnikom v visoki starosti pristopimo na zelo personaliziran način – glede na somatsko stanje in bolečino ter zdravljenje z zdravili in glede na zaupanje, da je motnje razpoloženja in z njimi povezane kognitivne motnje mogoče zdraviti tudi v pozni starosti. Za bolnico je bila interakcija med serotoninom in tramadolom obremenilna in brez ustreznega učinka na bolečino in razpoloženje. Prehod na zdravljenje z duloksetinom v odmerku po 30 mg in ob sočasnih majhnih odmerkih drugih zdravil je hitro privedel do bistvenega kliničnega izboljšanja. Ker je prišlo do dobre remisije in ob upoštevanju visoke starosti bolnice, se odmerek ni spreminjal, čeprav je za kombinacijo depresije in bolečine praviloma potreben odmerek po 60 mg.

Maja Rus Makovec

3. PRIMER



Dr. Shpend Haxhibeqiri,
dr. med.

Priština
Kosovo

NAPOTITEV K PSIHIATRU

Ženska, stara 62 let, z visokošolsko izobrazbo, zaposlena, neporočena, je že dlje časa imela telesne težave (sladkorno bolezen tipa 2, hiperlipidemijo, odrevenelost, mravljinčenje v prstih rok in nog). Bila je utrujena, brez volje, nerazpoložena in menila je, da pri delu ni uspešna. Zaradi teh težav ji je osebni zdravnik svetoval posvet pri psihiatru. Najbolj sta jo skrbela odrevenelost in mravljinčenje, ki ju je pripisovala sladkorni bolezni.

SIMPTOMI IN TEŽAVE BOLNICE

Bolnica je bila zaradi napotitve k psihiatru sprva zelo zaskrbljena, saj duševnih težav ni imela in je bila vse življenje samostojna, brez večjih težav. Svoje simptome (utrujenost, letargičnost, brezvoljnost, nerazpoloženost, malo socialnih stikov) je pripisovala predvsem osnovni bolezni, sladkorni bolezni tipa 2, pa tudi temu, da je neporočena in brez otrok.

FUNKCIONALNOST BOLNICE

Bolnica je k psihiatru prišla z mlajšo sestro (živela je ločeno, imela je svojo družino), ki je povedala, da se je stanje zelo spremenilo, čeprav je bolnica to zanikala. Sestra je tudi povedala, da se je bolnica začela umikati od svojega socialnega kroga.

ODLOČITEV ZA ZDRAVLJENJE Z DULOKSETINOM

Bolnica je pred tem jemala escitalopram, ki je nekoliko izboljšal anksioznost in razpoloženje, vendar učinek ni bil zadovoljiv. Ker odrevenelost in mravljinčenje nista prenehala, je zdravljenje opustila.

ODZIV BOLNICE NA ZDRAVLJENJE

Jemanje duloksetina (Dulsevia) po 60 mg na dan je močno izboljšalo razpoloženje in zmanjšalo anksioznost, predvsem pa je izginila odrevenelost rok in nog. Bolnica se je po osmih tednih zdravljenja počutila izjemno dobro. Ob naslednjem obisku je tudi njena sestra povedala, da so se kognitivne in socialne funkcije v primarnem in sekundarnem krogu socialnih odnosov izboljšale.

KOMENTAR UREDNIKE

Ko je diagnostični postopek pokazal, da so prisotni simptomi depresije, je bil za bolnico stik s psihiatrom najprej breme, saj je svoje težave doživljala kot somatske. Vsekakor so bili ob sočasni sladkorni bolezni možni tudi taki vzroki. Črnogledost in socialno izolacijo so spremljale nevropatske težave. Prvi antidepressiv ni bil dovolj učinkovit, zdravljenje z odmerkom po 60 mg duloksetina pa je prineslo bistveno izboljšanje razpoloženja in kognitivnih funkcij. Bolnica se je bolje vključila v pomembne odnose, hkrati pa so se zmanjšale tudi nevropatske težave.

Maja Rus Makovec

ZDRAVLJENJE DEPRESIJE DO POPOLNEGA SIMPTOMATSKEGA IN FUNKCIONALNEGA OKREVANJA OSTAJA IZZIV. (1)

Pri bolnikih z depresijo je stopnja remisije **nizka** (do 40 %). (2)

Izbira ustreznega antidepresiva za **bolnikove specifične simptome** lahko zagotovi najboljše možnosti za uspešno zdravljenje. (3)

Simptomi depresije so povezani z **različnimi živčnimi prenašalci**. (4–7)

SEROTONIN

- tesnoba
- občutki krivde
- sprememba apetita
- občutek manjvrednosti
- samomorilnost

NORADRENALIN

- utrujenost ali izguba energije
- kognitivne motnje
- težave s koncentracijo
- bolečina (npr. glavobol, bolečina v mišicah in hrbtu)
- apatija

DOPAMIN

- anhedonija
- nemotiviranost
- kognitivne motnje

Literatura

1. Oloruntoba J Oluboka, Martin A Katzman, Jeffrey Habert et al. Functional Recovery in Major Depressive Disorder: Providing Early Optimal Treatment for the Individual Patient, International Journal of Neuropsychopharmacology 2018; 21 (2): 128-144. 2. Van Rhoads R, Gelenberg AJ. Treating depression to remission. Current Psychiatry 2005; 4 (9): 14-2. 3. Nutt DJ. Relationship of neurotransmitters to the symptoms of major depressive disorder. J Clin Psychiatry. 2008;69 Suppl E1:4-7. PMID: 18494537 4. Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Practical Applications. Third Edition. Cambridge University Press 2008; 543-5. 5. Montgomery S, Briley M. Noradrenergic symptom cluster in depression. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2011;7 (Suppl 1) 1-2. 6. Moret C, Briley M. The importance of norepinephrine in depression. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2011;7 (Suppl 1) 9-13. 7. Stahl S, Briley M. Understanding pain in depression. Hum Psychopharmacol Clin Exp 2004; 19: S9-S13.

PREPOZNAJTE NERAVNOVESJE PRI DEPRESIJI.



www.KrkaDepLink.com

- 1. Ocenite** resnost simptomov.
- 2. Pridobite** informacije o živčnih prenašalcih.
- 3.** Pridobite boljši vpogled v **izbiro zdravljenja** glede na najučinkovitejši mehanizem delovanja.

DULSEVIA. URAVNOVESI DEPRESIJO.

Duloksetin ima visoko in uravnoteženo afiniteto do **SEROTONINA** in **NORADRENALINA** – že pri **60 mg**. (1–3)



Literatura

1. Palmer A. Drug review – Duloxetine. 2005; 1(25): 1249-96 [internet]. Available at: www.drugsincontext.com 2. Shelton RC. Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitors. Handb Exp Pharmacol. 2019;250:145-180. 3. Norris S, Blier P. Chapter 23: Duloxetine and milnacipran. In: textbook of psychopharmacology 2009: 453-64. Available from: https://books.google.si/books?id=Xx7iNGdV25IC&pg=PR3&hl=sl&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q=dulox&f=false



Izr. prof. dr.
Olivera Vuković,
dr. med.

Beograd
Srbija

4. PRIMER

NAPOTITEV K PSIHIATRU

35-letni bolnik je bil na psihiatrično zdravljenje napoten zaradi občutka žalosti, pomanjkanja motivacije in zmanjšanega veselja pri vsakodnevni dejavnosti.

SIMPTOMI IN TEŽAVE BOLNIKA

Bolnik je bil stalno žalosten, manj je bil motiviran za vsakodnevne dejavnosti, ob njih je imel tudi manj veselja. Te simptome je imel zadnjih šest mesecev, stanje pa se je postopno slabšalo. Bil je popolnoma obupan, imel je občutek manjvrednosti, mislil je na samomor. Opazil je tudi kognitivni upad, vključno s težavami s koncentracijo, neodločnostjo in izgubo spomina. Po nadaljnji preiskavi je omenil telesne simptome, predvsem bolečino, spremenjen vzorec spanja, manj apetita (kar je povzročilo izgubo teže) in splošno telesno nelagodje. Bil je utrujen in letargičen, zaradi česar je težko opravljal vsakodnevna opravila in vzdrževal socialne stike. V preteklosti ni bil odvisen od nobenih substanc in ni imel psihotičnih simptomov ali maničnih epizod.

FUNKCIONALNOST BOLNIKA

V domačem okolju je depresija precej zmanjšala njegovo funkcionalnost. Preproste naloge so se mu zdele preobremenjujoče, kar je vodilo do zanemarjanja gospodinjskih opravil in urejenosti doma. Na delovnem mestu je bil manj produktiven, pogosto odsoten in težko se je osredotočil na naloge. Zmanjšana je bila tudi njegova sposobnost odločanja, kar je vodilo do napak in neučinkovitosti pri delu. Postajal je vse bolj odmaknjen, raje je bil sam kot v družbi. Njegovo razpoloženje je bilo nenehno slabo, na manjše stresorje pa se je odzval z razdražljivostjo in čustveno labilnostjo. Te vedenjske spremembe so vplivale na njegov odnos z drugimi in okrepile občutek izoliranosti. Telesni simptomi so še poglobili stisko, poslabšali funkcionalno okvaro ter prispevali k začaranemu krogu bolečine in depresije. Obravnavanje psiholoških in telesnih vidikov njegovega stanja je bilo bistveno za izboljšanje njegovega splošnega počutja in funkcioniranja.

ODLOČITEV ZA ZDRAVLJENJE Z DULOKSETINOM

Bolnik je šest tednov jemal escitalopram po 20 mg na dan, kar je delno izboljšalo simptome depresije in telesne težave, predvsem bolečino in nelagodje. Ker je imel izrazite simptome depresije, kognitivnega upada in bolečine, je bilo izbrano zdravljenje z duloksetinom. Na začetku je jemal Dulsevio po 30 mg na dan, nato je bil odmerek povečan na 60 mg na dan, kar je terapevtski odmerek za lajšanje bolečine, povezane z depresivnimi motnjami.

ODZIV BOLNIKA NA ZDRAVLJENJE

Bolnik se je pozitivno odzval na zdravljenje z Dulsevio, izboljšali so se različni simptomi depresije in bolečine. Začetno prenašanje duloksetina je bilo zadovoljivo, z malo neželenimi učinki (blaga slabost, nelagodje v prebavilih), ki so se v nekaj dneh zmanjšali. Razpoloženje se je precej izboljšalo, zmanjšal se je občutek žalosti, obupa in ničvrednosti. Ponovno so ga zanimale dejavnosti, ki so mu bile prej všeč, in dobil je motivacijo za vsakodnevna opravila. Izboljšale so se tudi njegove kognitivne sposobnosti (koncentracija, spomin, odločanje). Zmanjšali sta se jakost in pogostost bolečine, kar mu je omogočilo lažje opravljanje vsakodnevni dejavnosti. Z zmanjšanjem simptomov depresije in bolečine se je njegovo splošno funkcioniranje precej izboljšalo. Za ohranjanje stanja in izboljšanje dolgoročne prognoze sta bistvena nadaljnje spremljanje in podpora.

KOMENTAR UREDNICE

Pri razmeroma mladem bolniku je prišlo do velikega upada volje in motivacije ter energije, zmanjšana je bila tudi kognitivna učinkovitost, kar posebno v aktivnem življenjskem obdobju zelo ovira vsakodnevno funkcioniranje. Obravnavati je bilo treba tudi somatske vidike depresije (apetit, bolečino, cirkadiani ritem). Klinično zelo ugodna je bila razmeroma hitra zamenjava prvega antidepresiva z duloksetinom. Pri opisani simptomatiki bi bilo predolgo čakanje na učinke prvega antidepresiva premalo učinkovito za doseganje remisije.

Maja Rus Makovec

5. PRIMER



Dr. Andreja Čelofiga,
dr. med.

Maribor
Slovenija

NAPOTITEV K PSIHIATRU

Žensko, staro 51 let, je osebni zdravnik napotil k psihiatru zaradi suma, da je izgorela.

SIMPTOMI IN TEŽAVE BOLNICE

Približno štiri tedne so se pojavljali razdražljivost, občutek žalosti, praznine in manjvrednosti, tesnoba, izguba energije, nočno zbujanje, težave s spanjem, koncentracijo, pozornostjo, odločanjem in spominom ter skoraj vsakodnevni glavoboli.

FUNKCIONALNOST BOLNICE

Bolnica je bila po poklicu učiteljica. Že več tednov je s težavo delala med delovnim časom, zato je šolske naloge popravljala tudi doma. Bremenilo jo je pomanjkanje časa za družino, zato se je počutila slabo. S partnerjem in otroki se je pogosto prepirala o nepomembnih stvareh. Spala je slabo, ponoči se je zbujala, zjutraj je bila utrujena. Zvečer in ob koncu tedna si je občasno vzela čas zase, šla je na sprehod, a se še vedno ni počutila bolje. Vedno je rada brala knjige, a v tem stanju zanje ni imela volje. Pogosto je jemala različna protibolečinska zdravila.

ODLOČITEV ZA ZDRAVLJENJE Z DULOKSETINOM

Bolnica se je strinjala z jemanjem duloksetina (Dulsevia) po 60 mg na dan. Zavrnila je kratkotrajno zdravljenje s hipnotikom ali sedativom, saj ni želela sočasno jemati več psihiatričnih zdravil. Laboratorijske preiskave krvi, vključno z vrednostjo hormonov ščitnice, in slikovna diagnostika (računalniška tomografija glave) niso pokazale odstopanj.

ODZIV BOLNICE NA ZDRAVLJENJE

Po štirih tednih se je razpoloženje izboljšalo, občutila je manj tesnobe, bolje je spala. Glavoboli so postali redkejši, pojavljali so se približno enkrat na teden. Prenehala je jemati protibolečinska zdravila. Še vedno pa je imela težave pri delu, na delovnem mestu ni opravila vsega. Prav tako se ni mogla dovolj osredotočiti, da bi prebrala kakšno knjigo. Zdravljenje z antidepressivom je prenašala dobro, neželenih učinkov ni bilo. Odmerek duloksetina je bil zato povečan na 90 mg na dan.

Na drugem pregledu po osmih tednih je povedala, da so težave s koncentracijo in pozornostjo izginile. Spet je lahko brala in delo opravljala brez težav. S farmakoterapijo in svojim počutjem je bila zadovoljna.

KOMENTAR UREDNIKE

Bolnica je imela simptome, ki so spremenili njeno običajno funkcioniranje na delovnem mestu. Zaradi razdražljivosti so se poslabšali tudi njeni odnosi v domačem okolju. V njenem starostnem obdobju je bilo pomembno opraviti tudi ustrezne somatske preglede, izvidi pa so bili v okviru normalnih vrednosti. Izbira duloksetina v odmerku po 60 mg je hitro izboljšala razpoloženje in somatske simptome depresije (glavobol, utrujenost, motnje spanja). Za zmanjšanje kognitivnih simptomov pa je bilo treba odmerek povečati na 90 mg. Tako povečanje je posebno pomembno pri bolnikih, ki morajo biti pri svojem delu kognitivno učinkoviti.

Maja Rus Makovec



**Prof. dr.
Tihana Jendričko,
dr. med.**

Zagreb
Hrvaška

6. PRIMER

NAPOTITEV K PSIHIATRU

Žensko, staro 28 let, po izobrazbi arhitektko, samsko, je k psihiatru napotil osebni zdravnik. Zadnja dva meseca je bila utrujena, brez motivacije, imela je težave s koncentracijo, manj je bila učinkovita. Poklicna uspešnost in strokovnost sta zanjo zelo pomembni, zlasti odkar je začela delati kot zasebnica. Najbolj jo je skrbelo poslabšanje kognitivnih funkcij, saj je včasih občutila miselno otopelost.

SIMPTOMI IN TEŽAVE BOLNICE

Približno dva meseca pred pregledom je opazila prve simptome – povečano utrujenost, izčrpanost in nespečnost, včasih celo hipersomnijo. Laboratorijski izvidi, vključno z vrednostjo hormonov ščitnice, so bili v mejah normalnih vrednosti. Kakovost življenja je skušala izboljšati s kakovostno prehrano, dovolj spanja, telesno vadbo, meditacijo, druženjem in podobno. Po enem mesecu ni opazila izboljšanja. Občutek je imela, da ni bila več ustvarjalna in učinkovita. V zadnjem mesecu so se njeni simptomi poslabšali, vključno z žalostjo, tesnobo, strahom pred prihodnostjo, izogibanjem socialnim stikom in umikom, slabo koncentracijo, povečanim številom napak pri delu, čemur je sledila razdražljivost.

FUNKCIONALNOST BOLNICE

Pri delu je bila počasna, pogosto je delala napake, pozabljala je na sestanke, bila je razdražljiva. Po delu je gledala televizijo, vendar se ni mogla zbrati in slediti dogajanju. Prav tako ni imela volje za branje. Izgubila je apetit, nehala je kuhati in v zadnjem mesecu je izgubila 6 kg. Zamudila je rok za projekt, zato se je počutila ničvredno. V tednu pred pregledom ni šla v službo, večino dneva je bila v postelji in bila je utrujena. Mučila jo je nespečnost, zjutraj pa ni mogla vstati iz postelje. Izogibala se je družini in prijateljem. Nehala je telovaditi.

ODLOČITEV ZA ZDRAVLJENJE Z DULOKSETINOM

Bolnica je na prvem psihiatričnem pregledu poleg drugih simptomov omenila občutek frustracije in izgubo upanja, da bi se njeno stanje lahko izboljšalo. Njeni simptomi depresije so bili povezani predvsem z neravnovesjem živčnih prenašalcev serotonina in noradrenalina. Ker ima duloksetin zelo uravnoteženo afiniteto do obeh prenašalcev (od odmerka 60 mg), je bila uvedena Dulsevia po 60 mg na dan.

ODZIV BOLNICE NA ZDRAVLJENJE

Na kontrolnem pregledu po dveh tednih je bolnica povedala, da se je njeno razpoloženje delno izboljšalo, anksioznost se je zmanjšala, izboljšala sta se apetit in spanje. Še vedno je bila izčrpana, utrujena, brez moči in imela je slabo koncentracijo. Neželenih učinkov ni imela.

Po štirih tednih je bila dobro razpoložena. Začela je delati, dokončala je že dva projekta. Zjutraj je vstajala bolj spočita, ni telovadila samo zaradi lajšanja simptomov, ampak ker je imela več energije in volje. Še vedno ni imela neželenih učinkov.

Po osmih tednih je bilo njeno razpoloženje stabilno, občutka strahu in tesnobe ni bilo več, dobro je spala in vrnil se je apetit. Imela je več energije, pri delu je bila učinkovita, bolj je bila osredotočena, družila se je z družino in prijatelji. Zadovoljna je bila, ker je čutila, da je spet taka, kot je bila.

KOMENTAR UREDNIKE

Bolnica je ravno na prehodu iz mladega odraslega v odraslo obdobje razvila klinično sliko, ki jo je zelo ovirala pri uveljavljanju v poklicu. Za obvladovanje simptomov depresije – bolečine, utrujenosti (kar lahko razumemo tudi kot somatski vidik depresije) in kognitivnih težav – je bil kot zdravilo prve izbire uveden duloksetin, kar je pripeljalo do hitre in dobre remisije. Če bi zdravljenje začeli z drugimi antidepresivi, ki ne bi zajeli tega spektra simptomov, bi lahko izgubili veliko časa. Prav tako je bilo zelo smiselno takoj uvesti odmerek po 60 mg, saj je bilo tako pričakovati manj neželenih učinkov, povezanih s serotoninom.

Maja Rus Makovec

DEPRESIJA SE KAŽE Z RAZLIČNIMI SIMPTOMI.

»Zjutraj nisem mogla
vstati iz postelje.«



UTRUJENOST

je prisotna pri **več kot 90 %** bolnikov z veliko depresivno motnjo. (2)

»In bolečina ...
Vse me je bolelo.«



BOLEČINA

je prisotna pri **75 %** bolnikov z veliko depresivno motnjo. (1)

»V moji glavi je bilo vse zamegljeno.
Nisem se mogla osredotočiti,
vse se mi je zdelo tako težko.«



TEŽAVE S KONCENTRACIJO

so **tretji** najpogostejši
simptom pri veliki
depresivni motnji. (3)

DULSEVIA. URAVNOVESI DEPRESIJO.



KLINIČNO
PREIZKUŠENO

Dulsevía je učinkovito in varno zdravilo, kar je bilo potrjeno v štirih kliničnih raziskavah, v katerih je sodelovalo več kot 2500 bolnikov z depresijo, anksioznostjo in/ali diabetično periferno nevropatsko bolečino. (1–4)

82 %

Pri 82 % bolnikov se je **klinično stanje izboljšalo*** po osmih tednih zdravljenja. (1)

53 %

Z Dulsevijo se je jakost bolečine** **zmanjšala** za 53 %. (1)

80 %

80 % bolnikov je bilo zadovoljnih ali zelo zadovoljnih z učinkom Dulsevije na vsakodnevno **funkcioniranje**, zmanjšanje **utrujenosti** in **koncentracijo**. (2)

85 %

Več kot 85 % bolnikov ni imelo neželenih učinkov. Samo 3,5 % bolnikov je po osmih tednih zdravljenja imelo vzročno povezane neželene učinke. (1)



Literatura

1. Gaynor PJ, Gopal M, Zheng W et al. A randomized placebo-controlled trial of duloxetine in patients with major depressive disorder and associated painful physical symptoms. Current Medical Research and Opinion; 2011; 27 (10): 1849–58.
2. Targum SD, Fava M. Fatigue as a Residual Symptom of Depression. Innov Clin Neurosci 2011; 8(10): 40–43.
3. Blier P. Neurotransmitter targeting in the treatment of depression. J Clin Psychiatry 2013; 74 (suppl 2): 19–24.

* merjeno z ocenjevalno lestvico CGI-I – globalni klinični vtis o izboljšanju

** merjeno z vizualno analognno lestvico (VAS)

Literatura

1. Radovanović M, Pišljarić M, Barbič-Žagar B et al. Efficacy and Safety of Duloxetine in the Treatment of Depression, Generalized Anxiety Disorder and Diabetic Peripheral Neuropathic Pain. Viceversa 2017; 63: 60–72.
2. Čelofiga A, Barbič-Žagar, Vrzel M et al. Efficacy and safety of Duloxetine (Dulsevía®) in the Dose of 90 mg in Patients with Major Depressive Disorder or Generalized Anxiety Disorder in Clinical Practice. Viceversa 2020; 65: 66–78.
3. Szekeres G. Non-interventional study of efficacy and safety of duloxetine (dulsevía®) in patients with major depressive disorder generalised anxiety disorder or diabetic peripheral neuropathic pain. KPASES 10/2017 – DULSEVIA/HU. Final report. Final report, Krka, d. d., Novo mesto. 2019.
4. Rakusa M, Marolt I, Stevic Z, Vuckovic-Rebrina S, Milenkovic T, Stepien A. Efficacy of Pregabalin and Duloxetine in Patients with Painful Diabetic Peripheral Neuropathy (PDPN): A Multi-Centre Phase IV Clinical Trial—BLOSSOM. Pharmaceuticals 2023; 16(7):1017.

7. PRIMER



Arno Kirsch,
dr. med.

Saarlouis
Nemčija

NAPOTITEV K PSIHIATRU

Leta 2010 je 55-letni električar, ki je živel sam, zaposlen pa je bil v javnem sektorju, prvič povedal, da ga je strah hoditi v službo. Bil je depresiven, brez veselja, zanimalo ga je samo delo, ni imel stikov z drugimi ljudmi, trpel je za hudimi tenzijskimi glavoboli in močno bolečino v ramenih. Poleg tega je imel nenehne težave s spanjem. Pred tem ni bil nikoli depresiven, pozitivna pa je bila družinska anamneza (za depresijo je trpel oče). Predhodno je bil zdravljen zaradi benigne fascikulacije po okužbi in benigne položajne vrtoglavice. Nevrološki pregled in krvni testi so bili brez posebnosti. Tudi magnetna resonanca zaradi togosti v vratu in ramenih je bila brez posebnosti. Po diagnozi prve depresivne epizode, somatskega tenzijskega glavobola in občasne položajne vrtoglavice je remisijo dosegel s psihoterapijo in vedenjsko kognitivno terapijo (VKT). Leta 2013 so se po okužbi ponovno pojavili motnja spanja, anksioznost in depresivno razpoloženje. Popolno remisijo je dosegel z zdravljenjem z opipramolom po 50 mg in VKT. Leta 2023 so se ponovili zelo slabo razpoloženje, strah, brezvoljnost, občutek preobremenjenosti v stresnih in obremenjujočih situacijah ter izguba energije.

SIMPTOMI IN TEŽAVE BOLNIKA

Bolnik je imel občutek za čas in prostor, bil je miselno zbran, kognitivno priseben, depresiven, psihomotorično napet, brez produktivnih simptomov in brez samomorilnih misli. Jemal je uspavalne tablete brez recepta, a se spanje ni izboljšalo. V ledvenem delu hrbtenice in v ramenih je čutil bolečino, zato je jemal protibolečinska zdravila.

FUNKCIONALNOST BOLNIKA

Njegova funkcionalnost je bila bistveno zmanjšana na zanj ključnih področjih, predvsem glede zmožnosti za delo in prostočasne dejavnosti, zlasti šport.

ODLOČITEV ZA ZDRAVLJENJE Z DULOKSETINOM

Zaradi simptomov depresije in bolečine je bil uveden duloksetin (Dulsevia) po 60 mg na dan. Nespečnost se je nadaljevala kljub jemanju uspaval brez recepta, zato je bil predpisan agomelatin po 25 mg, ob čemer je bilo treba spremljati vrednost jetrnih encimov. Za lajšanje bolečine v ramenih in ledvenem delu hrbtenice so bila uvedena dodatna protibolečinska zdravila.

ODZIV BOLNIKA NA ZDRAVLJENJE

Po štirih tednih so se motnje spanja izboljšale, zato je bil agomelatin ukinjen. Zaradi nihanja bolečine je bil odmerek duloksetina povečan na 90 mg na dan. Po šestih tednih zdravljenja s tem odmerkom je bolnik dosegel popolno remisijo. Spet je bil zmožen za delo za polni delovni čas in se je lahko začel ukvarjati s športnimi dejavnostmi, kot je fitnes. Odmerek duloksetina je bil zato za eno leto zmanjšan na 60 mg (vzdrževalni odmerek). Od takrat bolnik ni imel več glavobolov ter bolečine v ramenih in hrbtenici. Prav tako ni imel neželenih učinkov, povezanih z zdravljenjem z duloksetinom v obeh odmerkih, po 60 mg in 90 mg na dan.

KOMENTAR UREDNICE

Bolnik je v preteklosti že trpel zaradi kombinacije motnje razpoloženja, posebno zaradi utrujenosti in umikanja iz socialnih stikov, ter bolečine. Njegovo funkcionalnost je motila tudi nespečnost. Pri tretji epizodi, 13 let po prvi, je bil takoj uveden duloksetin v odmerku po 60 mg, zaradi zelo moteče nespečnosti pa za krajši čas še antidepresiv. Do polne remisije simptomov depresije in bolečine je prišlo z duloksetinom v odmerku po 90 mg. Vsaj za neko obdobje zdravljenja je bilo pomembno upoštevati potrebo po večjem odmerku duloksetina. Bolniku se je izboljšalo tudi telesno stanje, zato se je spet začel ukvarjati s športom.

Maja Rus Makovec

8. PRIMER



**Prim.
Goran Račetović,
dr. med.**

Prijedor
Bosna in Hercegovina

NAPOTITEV K PSIHIATRU

49-letna ženska s srednješolsko izobrazbo, ki je živela z možem in hčerko v stanovanju, je bila zadnja dva meseca nezmožna za delo. Zaradi nespecifičnih bolečinskih simptomov (glavobola, bolečine v križu) je jemala ketoprofen in paracetamol. V vrtnem delu hrbtenice so bili ugotovljeni blagi degenerativni procesi. Osebni zdravnik je menil, da je bolečina morda telesni simptom depresije, in jo je napotil k psihiatru.

SIMPTOMI IN TEŽAVE BOLNICE

Zadnjih šest mesecev se je počutila šibko, utrujeno, imela je pogoste glavobole, občutila je bolečino v vratu, ramenih in hrbtu, kar je pripisovala večji obremenitvi pri gospodinjstkih opravilih. Med simptomi so bili še postopno slabšanje spanja, jutranja utrujenost, pomanjkanje volje in motivacije za vsakodnevne dejavnosti, izrazito slaba koncentracija in izguba apetita. V zadnjih treh mesecih se je razpoloženje poslabšalo, bila je razdražljiva in napeta zaradi skoraj vsakodnevne bolečine. V preteklosti je imela somatoformno motnjo in blago depresivno motnjo, zaradi katere je jemala sulpiridom, benzodiazepin in selektivni zaviralec ponovnega privzema serotonina (SSRI). Zdravljenje je končala, saj se je počutila bolje. Klinični izvidi oziroma psihološki status je kazal na upočasnen miselni tok, občasne prekinitve pogovora zaradi joka, adinamičnost, vidno depresijo, hipovigilanco pozornosti, dekoncentracijo, popolno izgubo funkcionalnosti, anergijo, hipobulijo, nespečnost, kombinirani tip nespečnosti, izgubo spolne sle, precejšnje zmanjšanje socialnih stikov in majhno samomorilno tveganje. Bolnico so skrbeli bolečinski simptomi. Ocena njenega stanja po Hamiltonovi lestvici za oceno depresije (HDRS) je bila 19, po Beckovem vprašalniku (BDI) 36, po lestvici globalnega kliničnega vtisa glede resnosti bolezni (CGI-S) 6, po numerični lestvici za oceno bolečine (NPRS) pa 8.

FUNKCIONALNOST BOLNICE

Zaradi utrujenosti, šibkosti ter pogostih glavobolov in letargije se je vse manj aktivno vključevala v vsakodnevne dejavnosti, povezane s službo in domom, in je imela vse manj socialnih stikov. Postajala je bolj napeta in tesnoba, ni imela potrpljenja z drugimi ljudmi, v pogovoru je bila odsotna. Pomanjkanje koncentracije in energije sta pogosto privedla do napak pri delu.

ODLOČITEV ZA ZDRAVLJENJE Z DULOKSETINOM

Odločitev za zdravljenje z duloksetinom (Dulsevio) je temeljila na resnosti depresivne epizode, intenzivnosti in pogostosti funkcionalne bolečine brez dokazanega fizičnega vzroka, predhodnem nepopolnem zdravljenju z antidepresivi, kliničnih izkušnjah in dokazih iz literature. Duloksetin je bil postopno titriran dva tedna od 30 mg do 120 mg na dan. Bolnica je jemala tudi trazodon, ki je bil titriran do 150 mg, alprazolam po 0,5 mg, maščobne kisline omega 3 po 1000 mg in po potrebi paracetamol po 500 mg. V sodelovanju z ekipo družinske medicine je imela tudi prilagojeno kognitivno-vedenjsko terapijo (VKT).

ODZIV BOLNICE NA ZDRAVLJENJE

Po treh tednih (duloksetin po 60 mg, trazodon po 150 mg) se je uredilo njeno spanje, začetno razpoloženje se je izboljšalo, bolečinski simptomi so bili blažji in manj pogosti, delno se je zanimala za preprosta gospodinjstka opravila, sodelovala je v ožjem socialnem krogu (družina), vendar še vedno s hipobulijo, pomanjkanjem energije in apetita, anksioznostjo in precejšnjim pomanjkanjem koncentracije. Po šestih tednih (duloksetin po 120 mg, trazodon po 150 mg) je blago bolečino občutila samo še redko, bila je dobro razpoložena in aktivnejša v vsakdanjem življenju, samozavestnejša, vključena v širši družbeni krog, telesno aktivnejša, spanje je bilo stabilno, imela je dober apetit (nekoliko povečana telesna masa), vendar še ni bila pripravljena na vrnitev na delo. Po 12 tednih (duloksetin po 120 mg, trazodon po 50 mg) ni več občutila bolečine, razpoloženje je bilo stabilno, aktivno je bila vključena v vsakdanje življenje (službo, družbo). Občasno se je zdravila z VKT, imela je izdelan krizni načrt. Klinična ocena njenega stanja po HDRS je bila 5, po BDI 8, po CGI-S 1 in po NPRS 0. Načrt zdravljenja do popolnega okrevanja je zajemal jemanje duloksetina po 120 mg do 12 mesecev, potem v odmerku po 60 mg do 36 mesecev in psihoterapevtsko zdravljenje glede na oceno. Bolnica je duloksetin že od začetka dobro prenašala, imela je le prehodne blage in pričakovane neželene učinke, ki se niso ponavljali (slabost, tahikardija, vrtoglavica). Pri bolnici s ponavljajočo se depresivno motnjo in izrazitimi telesnimi oziroma bolečinskimi simptomi je zdravljenje z Dulsevio, zdravilom prve izbire, zelo izboljšalo splošno kakovost življenja.

KOMENTAR UREDNIČE

Bolnica je imela pestro bolečinsko simptomatiko. Ambulantno je bila krajše obdobje že zdravljena z antidepresivi. Obsežne somatske preiskave so skupaj s hčerkino heteroanamnezo pomagale razumeti, da gre za resne funkcionalne bolečinske simptome ob depresiji. Glede na klinično sliko, izkušnje in na podlagi dokazov je simptomatika kazala na uvedbo duloksetina. Bolnica je bila zdravljena celostno, najprej večtirno, sledil pa je postopen prehod na monoterapijo z duloksetinom v odmerku po 120 mg na dan. Remisija, ki je bila prej težko dosegljiva, je bila zelo učinkovita.

Maja Rus Makovec



**Prof. dr.
Branko Stefanovski,
dr. med.**

Skopje
Severna Makedonija

9. PRIMER

NAPOTITEV K PSIHIATRU

Ženska, stara 50 let, gospodinja z dvema odraslima otrokoma, srednješolsko izobrazbo, je imela anamnezo raka dojke (operacija in kemoterapija pred dvema letoma). Po kemoterapiji se je posvetovala z različnimi psihiatri in jemala različne antidepresive (venlafaksin po 37,5 mg dvakrat na dan v kombinaciji s sulpiridom po 50 mg dvakrat ali trikrat na dan približno mesec in pol, nato amitriptilin po 25 mg dvakrat ali trikrat na dan v kombinaciji s haloperidolom en mesec, nato sertralin po 50 mg, sulpirid po 50 mg in diazepam po 2 mg dvakrat na dan pet mesecev). Ker se stanje ni izboljšalo, ji je nevrolog predpisal pregabalin po 75 mg ter kombinacijo paracetamola in kodeina dvakrat na dan. Po nekaj tednih ni bilo bistvenega izboljšanja.

SIMPTOMI IN TEŽAVE BOLNICE

Mož je o njej povedal: »Je vesela in družabna ženska, delavna in zaposlena doma. Po operaciji dojke ni bila več takšna kot prej. V njej ni bilo več veselja, spremenila se je, postala je molčeča, tiha, solzava. Doma je opravljala gospodinjstva opravila, vendar skoraj ni šla k sosedu na kavo, ni želela iti na obisk k prijateljem in družini ali v soboto na kavo in kosilo, kar je bilo pred tem običajno. Sprememba je bila izrazitejša po kemoterapiji. Zaradi operacije ima redne kontrolne preglede na šest mesecev, rezultati so dobri.« Bolnica pa je o sebi povedala: »Po kemoterapiji nisem več ista. Sem jokava, želim samo ležati, težko pripravim kosilo. Nimam želje videti vnukov, naporno je že, če soseda pride na kavo. Naporno mi je govoriti, občutek imam, da moram počivati, ves dan ležati. V zadnjih dveh letih sem izgubila približno 2 kg. Ponoči spim. Zjutraj mi je najtežje, ne morem začeti dneva, čutim napor. Zvečer pa se umirim, po 18. ali 19. uri sem manj nemirna. Vesela sem, ko dan mine. Nimam bolečin, bolečino čutim le kot napetost ali vročino v zadnjem delu glave. Včasih sem jemala paracetamol ali ketoprofen, vendar se glava ni umirila.«

FUNKCIONALNOST BOLNICE

Je gospodinja, gospodinjstva dela opravlja s težavo.

ODLOČITEV ZA ZDRAVLJENJE Z DULOKSETINOM

Klinična slika je kazala na inhibirano depresijo. Dajanje pobud in motivacija sta bila v izrazitem upadu. Anksioznost se je nanašala na notranje občutke in ne na zunanje okoliščine. Za izboljšanje stanja je bilo pomembno upoštevati dnevna nihanja v razpoloženju, kakovost spanja in predhodno zdravljenje. Najprej je bilo treba izboljšati spanje, saj je to bolnici dajalo upanje, da se bo stanje postopoma izboljšalo. Uveden je bil duloksetin (Dulsevia) po 60 mg enkrat na dan štiri dni. Odmerek je bil nato povečan na 90 mg, skupaj z olanzapinom po 5 mg enkrat na dan zvečer in alprazolamom po 0,25 mg enkrat ali dvakrat na dan po potrebi.

ODZIV BOLNICE NA ZDRAVLJENJE

Pri kontrolnem pregledu po 24 dneh je bila razlika očitna. Izboljšalo se je stanje glede dajanja pobude, spontanosti, afektivnega odzivanja in dnevnega nihanja razpoloženja. Spremembo na bolje je čutila tudi bolnica, večino dneva se je počutila bolj prijetno in bila je aktivna. Tudi mož je opazil učinke zdravljenja in ponovno upal, da se bo žena počutila kot včasih. Ni pa še prišlo do popolne remisije. Zjutraj se je še vedno pojavljal občutek notranje teže, nemira. Zdravljenje se je zato nadaljevalo, bolnici pa je bilo pojasnjeno, da lahko izboljšanje pričakuje v naslednjih tednih. Pomembno je vztrajati in upati, da obstaja ustrezno zdravilo in da bo vse v redu.

KOMENTAR UREDNIKE

Pri težkih somatskih stanjih in zdravljenjih, kot je kemoterapija, lahko spregledamo kombinacijo reaktivne in somatsko-vnetne etiologije depresije z nevropatskim in drugimi podtipi bolečine. Uvedba duloksetina je sprožila klinično pomembno izboljšanje depresije in anksioznosti, pa tudi somatskega počutja, zelo se je zmanjšala potreba po benzodiazepinu.

Maja Rus Makovec

KONCENTRACIJE DULOKSETINA V KRVI SE MED
BOLNIKI RAZLIKUJEJO. (1)

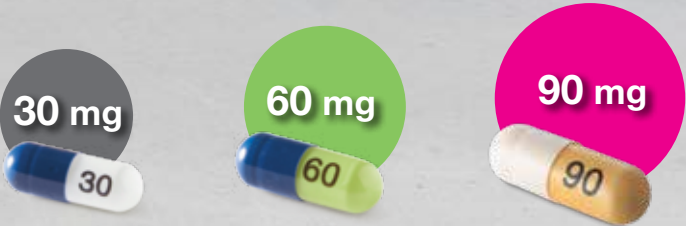
Obstaja pozitivna korelacija
med odzivom in odmerkom
duloksetina.
Večji odmerki
so povezani z boljšim
odzivom. (2)

Literatura
1. Waldschmitt C, Vogel F, Maurer C, Hiemke C. Measurement of duloxetine in blood using high-performance liquid chromatography with spectrophotometric detection and column switching. Ther Drug Monit. 2007; 29(6): 767–72. 2. Girardi P, Pompili M, Innamorati M et al. Duloxetine in acute major depression: review of comparisons to placebo and standard antidepressants using dissimilar methods. Hum. Psychopharmacol Clin Exp 2009; 24: 177–190.

DULSEVIA.
URAVNOVESI DEPRESIJO.



Kapsule **Dulsevia** vsebujejo **gastrorezistentne pelete z oblogo**,
ki preprečujejo razpad zdravila v kislem okolju želodca. (1)



✓ **Večje izboljšanje simptomov** je bilo doseženo pri bolnikih, ki so jemali
večji odmerek Dulsevie. (2)

POVPREČNO ABSOLUTNO IZBOLJŠANJE
GLEDE NA IZHODIŠČE (PO LESTVICI CGI-S)

60 mg	90 mg
1,5	1,9

✓ Bolniki, ki so jemali **večji odmerek** Dulsevie, so bili **bolj zadovoljni** z učinkom
zdravila na **koncentracijo, dnevno funkcioniranje in utrujenost**. (2)

Relativno izboljšanje zadovoljstva z zdravljenjem med drugim in tretjim obiskom

	60 mg	60 mg → 90 mg
KONCENTRACIJA	11,3 %	19,7 %
DNEVNO FUNKCIONIRANJE	8,8 %	21,5 %
UTRUJENOST	7,0 %	21,1 %

CGI-S – lestvica globalnega kliničnega
vtisa glede resnosti bolezni

Literatura
1. Summary of product characteristics for Dulsevia. 2. Čelofiga A, Barbič-Žagar, Vrzel M et al. Efficacy and Safety of Duloxetine (Dulsevia®) in the Dose of 90 mg in Patients with Major Depressive Disorder or Generalized Anxiety Disorder in Clinical Practice. Viceversa 2020; 65: 66-78.

10. PRIMER



**Prof. dr.
Virgil Radu Enatescu,
dr. med.**

Temišvar
Romunija

NAPOTITEV K PSIHIATRU

Bolnica s srednješolsko izobrazbo, zaposlena do 47. leta, je živela z možem na podeželju v hiši, ki je bila primerno vzdrževana. Osebni zdravnik jo je v psihiatrično kliniko prvič napotil leta 2017. Ob sprejemu je bila upokojena iz zdravstvenih razlogov (velika depresivna motnja), prejela je invalidnino. Imela je simptome anksioznosti in depresije, povezane z bolečino, zaradi česar se je tudi zdravila. Ob sestrični smrti so se simptomi poslabšali, kar je trajalo šest mesecev. Leta 2018 je bila prvič hospitalizirana. Za zdravljenje simptomov depresije in bolečine je bil uveden mirtazapin. Začetni dnevni odmerek po 30 mg je bil pozneje povečan na 45 mg in je bil ohranjen tudi po odpustu. Bolnica je imela občasne manifestacije klinične slike (ponovitve, ki so se izmenjavale z delnimi remisijami). Leta 2021 je bila drugič prostovoljno hospitalizirana s simptomi anksioznega in depresivnega razpoloženja ter več bolečinskimi simptomi.

SIMPTOMI IN TEŽAVE BOLNICE

Za bolnico je bilo značilno depresivno razpoloženje, pomanjkanje zadovoljstva, zmanjšani spontanost, pobuda in interesi, zaskrbljenost, nizko samospoštovanje, pesimizem, malo energije, pomanjkanje zadovoljstva pri skoraj vseh dejavnostih, utrujenost, nemir, občutek manjvrednosti, pretirana krivda, samoponiževalne misli, nespečnost, slaba koncentracija, sekundarna hipomnezija, motnje izvršilnih funkcij, socialni umik in vrsta bolečinskih simptomov, kot so glavobol, bolečina v hrbtu, vrtoglavica, generalizirana mialgija, slabost, potenje ter bolečina v prsih in trebuhu. Klinične slike ni bilo mogoče bolje pojasniti z drugimi psihiatričnimi motnjami, splošnim zdravstvenim stanjem ali zlorabo psihoaktivnih snovi. Psihodiagnostični pregled je pokazal, da ima bolnica potrebo po priznanju in potrditvi in je afektivno labilna z nekaterimi impulzivnimi potezami in morebitno nagnjenostjo k timični oscilaciji. Imela je znake depresije in anksioznosti ter nekatere subtilne znake poškodb organov.

FUNKCIONALNOST BOLNICE

Simptomi depresije in bolečine so negativno vplivali na vsakodnevne dejavnosti, kot so gospodinjstva opravila, kuhanje, plačevanje računov in podobno. Njeni odnosi z družinskimi člani in drugimi so bili v primerjavi z obdobjem pred

boleznijo bistveno slabši. Njeno funkcioniranje je bilo oslajljeno in je bilo po Sheehanovi lestvici invalidnosti (SDS, 0–10) ocenjeno z 9 za delo in 8 za družabno življenje ali prostočasne dejavnosti, družinsko življenje oziroma družinske obveznosti.

ODLOČITEV ZA ZDRAVLJENJE Z DULOKSETINOM

Bolnica je vsak dan jemala mirtazapin v odmerku po 30 mg, alprazolam po 1 mg in olanzapin po 10 mg in s tem dosegla delno klinično in funkcionalno remisijo. Zdravljenje je vključevalo duloksetin (Dulsevia) v enkratnem dnevnem odmerku po 30 mg, ki je bil pozneje titriran na 120 mg, in zopiklon po 7,5 mg pred spanjem (zaradi nespečnosti). Jemala je tudi antidepresiva gabapentin po 600 mg in olanzapin po 5 mg na dan. Pomagalo ji je tudi psihološko svetovanje in sprostitvene tehnike.

ODZIV BOLNICE NA ZDRAVLJENJE

Začetni učinek duloksetina je bil dober, saj so se simptomi depresije in bolečine zmanjšali. Po HDRS (0–52) so se depresivno razpoloženje, delo in prostočasne dejavnosti, upočasnjenost, anksioznost, telesni in drugi simptomi bistveno izboljšali (20 točk ob sprejemu, 10 točk ob odpustu), pri čemer je bil CGI-S (1–5) 2 ali manj (pod ali enako mejni ravni duševne bolezni). Zmanjševanje upočasnjenosti je bilo povezano z izboljšanjem kognitivnih simptomov in ravni energije. Glede na VAS (1–10) so se pomembno izboljšali glavobol, bolečina v hrbtu in generalizirana bolečina. Spremembe ocen po SDS so kazale na funkcionalno remisijo. Šest in 12 mesecev po kontrolnih obiskih je prišlo do trajne klinične in funkcionalne remisije.

KOMENTAR UREDNIČE

Bolnica je bila zaradi kombinacije simptomov in njihove etiologije (reaktivna, psihoorganska, osebna ranljivost, bolečina in funkcionalna bolečina na več organskih ravneh idr.) zdravljena večkratno. Preskok v izboljšanju kakovosti je bil dosežen z dovolj velikim odmerkom duloksetina. Pri bolnici glede na izrazito razsežnost funkcionalnih bolečinskih simptomov in zelo izražene somatske simptome depresije, kot je utrujenost, brez duloksetina ni bilo pričakovati remisije.

Maja Rus Makovec

11. PRIMER



**Prof. dr.
Igor Olejčik,
dr. med.**

Moskva
Ruska federacija

NAPOTITEV K PSIHIATRU

Pri bolnici so se pri 45 letih po menopavzi pojavili tesnoba, vročinski oblivi in slabo spanje. Dva meseca je jemala amitriptilin po 10 mg, vendar je bil učinek neznaten. Pri 57 letih je zaradi tesnobe, nespečnosti in razdražljivosti obiskala psihiatra. Začela je jemati venlafaksin po 75 mg na dan, nato pa se je njeno stanje poslabšalo, tesnoba se je povečala, povedala je, da se vse v njenem telesu trese, pogosto je čutila potrebo po uriniranju, zdravilo je odločno zavračala. Pozneje se je pojavila pekoča bolečina v različnih sklepih, jemala je nesteroidna protivnetna zdravila, vendar brez večjega učinka. Po vztrajnem prepričevanju svojcev se je odpravila v ambulantno Raziskovalnega centra za duševno zdravje.

SIMPTOMI IN TEŽAVE BOLNICE

Simptomi so trajali pet let. Bolnica je imela pekočo bolečino v sklepih, neprijetne občutke v telesu, čutila je vročino po celem telesu, ni spala, bila je tesnoba, razdražljiva, jokava, prepirala se je z družinskimi člani.

FUNKCIONALNOST BOLNICE

Bila je napeta, tesnoba in nekoliko sumničava, tudi izjemno hipohondrična, obsedena s svojim duševnim stanjem, prislughnila je najmanjši spremembi v telesu. Pritoževala se je nad pekočo bolečino v sklepih, vročino po celem telesu, jokavostjo, razdražljivostjo, izrazito tesnobo in nespečnostjo. Halucinogenih simptomov in samomorilnih misli ni bilo mogoče zaznati. Bala se jemati kakršnakoli zdravila, menila je, da lahko povzročijo anafilaktični šok.

ODLOČITEV ZA ZDRAVLJENJE Z DULOKSETINOM

Diagnoza bolnice je bila ponavljajoča se depresivna motnja, zmerno resna trenutna epizoda (F33.1), kronična somatoformna bolečinska motnja (F45.4). Zdravljenje se je začelo z mirtazapinom do 30 mg zvečer in alimemazinom do 10 mg na dan. Po tem je bila nekoliko mirnejša, njeno spanje se je izboljšalo, vendar je še vedno ves čas preverjala, ali ima kakšen alergijski izpuščaj. Zjutraj je takoj pogledala, ali so ji otekle noge. Na posvetu je še enkrat povedala, da so jo tablete naredile bolj tesnobno, vznemirjeno, da je imela vročino po celem telesu in je bila nemirna. Zaradi sindroma nemirnih nog ni mogla spati, ponoči se je večkrat zbujala zaradi občutka padanja. Pred vsakim dogodkom (odhodom v trgovino ali od doma, še posebno zaradi obiska zdravnika) je doživljala paniko, opazila je močno razdražljivost in pogosto se je sprla z možem. Jemanje agomelatina po 25 mg je prav tako povečalo tesnobo. Predpisan je bil duloksetin (Dulsevia) po 60 mg, odmerek se je postopno povečeval na 120 mg na dan.

ODZIV BOLNICE NA ZDRAVLJENJE

Stanje se je izboljšalo hitro, v dveh tednih, in bolnica je postala veliko mirnejša, bolečina v sklepih je skoraj izginila, prav tako neprijetni občutki v telesu. Odnos z možem se je izboljšal, izbruhov jeze skoraj ni bilo več, zmanjšali so se vročinski oblivi. Nato je pet let jemala duloksetin po 90 mg na dan. Razpoloženje se je izboljšalo in je bilo stabilno, bolečine skoraj ni bilo. Bila je veliko bolj aktivna, vesela, uživala je v gospodinjstvih opravilih, ni se več prerekala z možem. Ugotovila je, da depresije, ki je trajala več let, končno ni več. Zdaj zvečer jemlje duloksetin po 30 mg.

KOMENTAR UREDNIKE

Pri starejši bolnici se je že dolgo razvijala slika anksioznosti in depresije, vendar je odklanjala zdravljenja, dokler je po razvoju sočasnih bolečin k zdravljenju niso spodbudili svojci. Pred duloksetinom so se postopno uvajala druga zdravila, tudi antidepresivi, ker je bolnica ob celostni obravnavi premagala svoj odklonilni odnos do zdravljenja. Po zdravljenju z drugimi zdravili je bila remisija slabša, uvedba duloksetina v odmerku po 60 mg in nato po 120 mg na dan pa je prinesla bistveno večje izboljšanje zdravstvenega stanja. Duloksetin je prenašala veliko bolje kot prejšnje antidepresive. Ob umiritvi anksiozno-depresivne simptomatike in bolečine so se uredili tudi domači odnosi.

Maja Rus Makovec

12. PRIMER



**Doc. dr.
Jozef Dragašek,
dr. med.**

Košice
Slovaška

NAPOTITEV K PSIHIATRU

Bolnico, staro 52 let, sta k psihiatru napotila osebni zdravnik in nevrolog. Osebni zdravnik jo je napotil zaradi depresivnega razpoloženja, psihosocialne disfunkcije glede na prisotnost na delovnem mestu, nezmožnosti skrbi za gospodinjstvo ter izgube energije in motivacije. Nevrolog jo je napotil zaradi kroničnega glavobola, vertebrogenega algičnega cervikalnega sindroma in blage kognitivne motnje.

NAPOTITEV K PSIHIATRU

Bolnica je bila dva do tri mesece slabo razpoložena, imela je občutek izčrpanosti, praznine, utrujenosti čez dan in izgube veselja do življenja, poleg tega pa so se pojavljali še glavobol, bolečina v vratnem delu hrbta in izguba apetita. Začela je dvomiti vase, bila je pesimistična, izgubila je zanimanje za večino svojih hobijev. Bala se je, da se bo družinskim članom zgodilo kaj slabega, imela je težave s koncentracijo in pomnjenjem novih stvari.

FUNKCIONALNOST BOLNICE

Začela je zanemarjati gospodinjstvo, ni imela dovolj energije za rutinske dejavnosti, kot so nakupovanje, kuhanje in pospravljanje. Odpovedala je več srečanj z družino in prijatelji, češ da ima močan glavobol ali bolečino v hrbtu. V službi je postala zelo počasna in je potrebovala veliko več časa, da je končala naloge. Zadnjih nekaj dni je hodila v službo, vendar ni imela dovolj moči, da bi opravila svoje delo. Počutila se je krivo, saj je to dojemala kot lastno nezmožnost oziroma nesposobnost. Opazila je, da se je zaradi pomanjkanja energije in poslabšanja bolečine začela izogibati športnim dejavnostim, za katere je vedno menila, da dobro vplivajo na njeno razpoloženje in telesno pripravljenost.

ODLOČITEV ZA ZDRAVLJENJE Z DULOKSETINOM

Bolnica se je zaradi predhodne depresivne epizode zdravila z venlafaksinom, ki pa ni bil dovolj učinkovit, slabše je prenašala večje odmerke (nad 150 mg na dan). Pri zadnjih epizodah (pred osmimi leti) se je zdravila s citalopramom in mirtazapinom. Rezidualni simptomi depresije in bolečine med zdravljenjem niso izginili. Zdravljenje je bilo uspešno z milnacipranom. Klinična simptomatika s prevladujočo inhibirano depresijo, pomanjkanjem energije in kronično bolečino v hrbtu je bila glavni razlog za izbiro duloksetina. Začetni odmerek duloksetina (Dulsevia) po 30 mg je bil v šestih tednih titriran do 120 mg v dveh odmerkih na dan.

ODZIV BOLNICE NA ZDRAVLJENJE

Zaradi slabšega prenašanja zdravljenja z antidepresivi je bil uveden manjši odmerek duloksetina. Odmerek po 30 mg je bolnica prenašala brez večjih težav. Sledilo je postopno povečevanje odmerka, ki je povzročilo blago prehodno slabost, a jo je bilo mogoče blažiti z ingverjevim čajem. Prehod na večji odmerek je potekal brez težav. V prvih dveh tednih sta se psihomotorična aktivnost in motivacija občutno izboljšali, prav tako razpoloženje in vključenost v vsakodnevne dejavnosti. Po enem mesecu se je precej zmanjšala bolečina, pozneje pa je povsem izginila. Pozitiven sekundarni učinek zdravljenja je bilo precejšnje zmanjšanje stresne urinske inkontinence, kar je bolnica povedala šele po odpravi težav. Pozitivno je bila ocenjena tudi sprememba kognitivnih težav. Bolnica je brez omejitev nadaljevala delo učiteljice in se z veseljem udeleževala ekipnih športnih dejavnosti.

KOMENTAR UREDNIČE

Osebni zdravnik in nevrolog sta prepoznala težave z razpoloženjem, kognitivnimi sposobnostmi in bolečino. Psihiater je te simptome povezal še z drugimi pomembnimi znaki motnje razpoloženja, med drugim z anhedonijo in anksioznostjo. Funkcioniranje bolnice se je slabšalo na vseh pomembnih življenjskih področjih, zaradi bolečine je opustila tudi gibanje, ki je del celostne pomoči pri premagovanju opisanih simptomov. Glede na kompleksnost simptomov in preteklo manj uspešno zdravljenje z antidepresivi je bilo zelo smiselno načrtovati zdravljenje z večjim odmerkom duloksetina. Titracija do odmerka po 60 mg dvakrat na dan je bila postopna. Čeprav je pri začetnem zdravljenju z odmerkom po 60 mg lahko manj neželenih učinkov, je pri bolnikih, ki težje sprejmejo zdravljenje, lahko smiselno začeti z odmerkom po 30 mg.

Maja Rus Makovec

PRIBLIŽNO TRETJINA SLADKORNIH BOLNIKOV TRPI ZA BOLEČO DIABETIČNO PERIFERNO NEVROPATIJU. (1)

Bolniki z BDPN jakost bolečine na lestvici od 0 do 10 povprečno ocenijo s **5***, kar kaže na **veliko vsakodnevno stisko**. (2)



BDPN vpliva na številne vidike bolnikovega življenja. (2)



* merjeno z vizualno analogno lestvico (VAS)
BDPN – boleča diabetična periferna nevropatija

Literatura

1. Alleman CJ, Westerhout KY, Hensen M, Chambers C, Stoker M, Long S, van Nooten FE. Humanistic and economic burden of painful diabetic peripheral neuropathy in Europe: A review of the literature. *Diabetes Res Clin Pract.* 2015. 2. Gore M, Brandenburg NA, Dukes E et al. Pain severity in diabetic peripheral neuropathy is associated with patient functioning, symptom levels of anxiety and depression, and sleep. *J Pain Symptom Manage* 2005; 30 (4): 374–85.

DULSEVIA. ZDRAVI DEPRESIJO. LAJŠA BOLEČINO.



KLINIČNO
PREIZKUŠENO

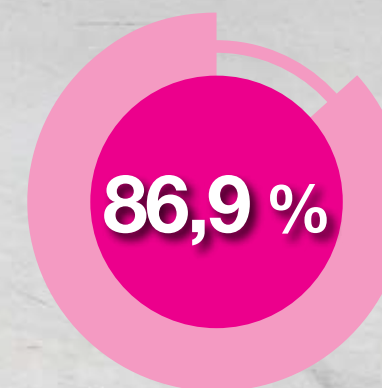


Skoraj pri **90 %** bolnikov je prišlo do **klinično pomembnega*** **olajšanja bolečine**. (1)



Pri bolnikih z BDPN Dulsevia **izboljša razpoloženje**. (2)

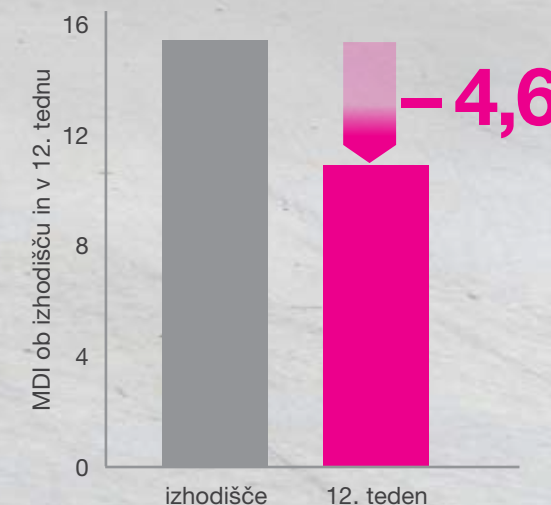
skupina, zdravljena
z Dulsevijo (n = 102)



95 % IZ:
[76,7 %, 97,1 %]

delež bolnikov, pri katerih je bilo po 12 tednih ugotovljeno klinično pomembno zmanjšanje povprečne jakosti bolečine v zadnjih 24 urah

absolutno zmanjšanje
po MDI



BDPN – boleča diabetična periferna nevropatija, IZ – interval zaupanja, MDI – vprašalnik za oceno depresije (Major Depression Inventory), VAS – vizualna analogna lestvica

* Izboljšanje bolečine pri bolnikih z BDPN je klinično pomembno, če je v zadnjih 24 urah zmanjšanje povprečne jakosti bolečine (izmerjeno z VAS) v primerjavi z izhodiščno vrednostjo enako ali več kot 30-odstotno in/ali če povprečna jakost bolečine (merjeno z VAS) ne preseže 30 mm ob koncu raziskave (po 12 tednih).

Literatura

1. Rakusa M, Marolt I, Stević Z, Vuckovic-Rebrina S, Milenković T, Stepien A. Efficacy of Pregabalin and Duloxetine in Patients with Painful Diabetic Peripheral Neuropathy (PDPN): A Multi-Centre Phase IV Clinical Trial—BLOSSOM. *Pharmaceuticals* 2023; 16(7):1017. 2. Rakusa M, Marolt I, Stević Z et al. Positive Effects of Pregabalin and Duloxetine on Sleep and Pain in Painful Diabetic Polyneuropathy (PDPN): Blossom Trial. 2023. 9th EAN Congress in Budapest, Hungary, on 01-04 July, 2023. A-23-07878.

13. PRIMER



Izr. prof. dr.
Marija Dimitrova,
dr. med.

Sofija
Bolgarija

NAPOTITEV K NEVROLOGU

40-letni moški je bil k nevrologu napoten zaradi odrevenelosti v nogah ter bolečine in šibkosti pri hoji. Imel je tudi bolečine v vratu ter odrevenela četrti in peti prst desne roke. Težave so trajale približno eno leto. Pet let je imel anamnezo sladkorne bolezni tipa 2, zaradi česar je jemal peroralna zdravila, ki jih je kasneje nadomestil liraglutid. Zdaj jemlje semaglutid. Endokrinolog mu je svetoval, naj se zaradi težav posvetuje z nevrologom.

SIMPTOMI IN TEŽAVE BOLNIKA

Slikanje vratne hrbtenice z magnetno resonanco je pokazalo hernijo diska C5-C6, ki je povzročila intraforaminalno stenoza na desni strani, elektromiografija pa je pokazala demielinizacijske poškodbe perifernih živcev v spodnjih okončinah in blago poškodbo korenin C5-C6 na desni strani.

FUNKCIONALNOST BOLNIKA

Bolnik je v spodnjem delu nog in v stopalih občutil pekočo bolečino, ki je bila še posebno moteča ponoči. Zaradi tega je peroralno jemal dodatek magnezija in uporabljal magnezijev gel, kar je imelo zmeren, vendar ne zanesljiv učinek. Zaradi pomanjkanja spanja se je poslabšala kakovost njegovega življenja. Zaposlen je bil kot programski inženir in se ni mogel nenehno gibati, noge pa so bile težke in boleče. Odkar je občutil bolečino v hrbtu in roki, se je še težje lotil vsakodnevnih dejavnosti. Na vizualni analogni lestvici (VAS, 0–10) je bolečino ocenil z 9.

ODLOČITEV ZA ZDRAVLJENJE Z DULOKSETINOM

Bolnik je začel zdravljenje z alfa lipojsko kislino (sprva intravensko 7 dni, nato peroralno). Začel je tudi zdravljenje z gabapentinom s postopnim povečevanjem odmerka en mesec. Ker ni bilo učinkovito, je začel zdravljenje z duloksetinom (Dulsevía) v odmerku po 60 mg enkrat na dan in dosežen je bil odličen klinični rezultat.

ODZIV BOLNIKA NA ZDRAVLJENJE

Po enem mesecu zdravljenja z Dulsevío se je jakost bolečine po VAS zmanjšala na 2. Kakovost življenja se je izrazito izboljšala in težave so se postopoma umirile. Izboljšala sta se tudi spanje in delovna učinkovitost. Bolnikov odziv na zdravljenje in prenašanje zdravila sta bila dobra, zato je nadaljeval vzdrževalno zdravljenje.

KOMENTAR UREDNICE

Bolnik, ki je trpel zaradi periferne nevropatije, je hkrati imel resne motnje spanja in na intelektualno zahtevnem delovnem mestu je bil manj učinkovit. Duloksetin v dovolj velikem odmerku (po 60 mg) je olajšal bolečino ter pozitivno vplival tudi na spanje in razpoloženje. Oba klinična učinka sta bolniku omogočila, da je spet učinkovito opravljal svoj poklic.

Maja Rus Makovec

DULSEVIA®

duloksetin

trde gastrozestistentne kapsule, 30 mg, 60 mg, 90 mg

Indikacija	Začetni dnevni odmerek	Vzdrževalni dnevni odmerek	Največji dnevni odmerek
velika depresivna motnja			
boleča diabetična periferna nevropatija			
generalizirana anksiozna motnja			

Sestava Ena trda gastrozestistentna kapsula vsebuje 30 mg, 60 mg ali 90 mg duloksetina. **Terapevtske indikacije** *Dulsevia, 30 mg, 60 mg, 90 mg* Zdravljenje velikih depresivnih motenj. Zdravljenje generalizirane anksiozne motnje. *Dulsevia, 30 mg, 60 mg* Zdravljenje bolečine, ki spremlja diabetično periferno nevropatijo. Zdravilo Dulsevia je namenjeno odraslim. **Odmerjanje in način uporabe** **Odmerjanje** *Velike depresivne motnje* Začetni in priporočeni vzdrževalni odmerek je 60 mg enkrat na dan, s hrano ali brez nje. Terapevtski odziv običajno opazimo po 2 do 4 tednih zdravljenja. Pri bolnikih z ustaljenim odzivom na antidepresivno zdravilo je zdravljenje priporočljivo nadaljevati še nekaj mesecev, da ne pride do ponovitve. Pri bolnikih, ki se odzovejo na zdravljenje z duloksetinom in imajo v anamnezi ponavljajoče se epizode velikih depresij, lahko razmislimo o nadaljnjem dolgotrajnem zdravljenju z odmerkom od 60 mg do 120 mg na dan. *Generalizirana anksiozna motnja* Priporočeni začetni odmerek je 30 mg enkrat na dan, s hrano ali brez nje. Pri bolnikih z nezadostnim odgovorom moramo odmerek povečati na 60 mg, kar je običajni vzdrževalni odmerek pri večini bolnikov. Pri bolnikih s sočasnimi velikimi depresivnimi motnjami je začetni in vzdrževalni odmerek 60 mg enkrat na dan. Bolnikom, ki se na zdravljenje s 60-miligramskim odmerkom ne odzovejo zadostno, lahko odmerek povečamo na 90 mg ali 120 mg. Po ustaljenem odzivu na zdravilo je za preprečitev ponovitve zdravljenje priporočljivo nadaljevati še nekaj mesecev. *Bolečina diabetične periferne nevropatije* Začetni in priporočeni vzdrževalni odmerek je 60 mg enkrat na dan, s hrano ali brez nje. Nekaterim bolnikom, ki se na zdravljenje s 60-miligramskim odmerkom ne odzovejo zadostno, lahko koristi večji odmerek, do 120 mg na dan. *Starejši* Pri starejših bolnikih prilagajanje odmerka ni potrebno, je pa pri zdravljenju potrebna previdnost, posebno z odmerkom po 120 mg na dan za zdravljenje velike depresivne motnje ali generalizirane anksiozne motnje. *Okvarjeno delovanje jeter* Duloksetina ne smemo uporabljati pri bolnikih z obolenjem jeter, ki ima za posledico okvarjeno delovanje jeter. *Okvarjeno delovanje ledvic* Pri bolnikih z blago do zmerno okvarjenim delovanjem ledvic (kreatininski očistek 30–80 ml/min) odmerka ni treba prilagajati. Duloksetina ne smemo uporabljati pri bolnikih z močno okvarjenim delovanjem ledvic (kreatininski očistek < 30 ml/min). *Pediatrična populacija* Varnost in učinkovitost duloksetina nista bili dokazani. Podatki niso na voljo. *Prekinitev zdravljenja* Izogibati se moramo nenadni prekinitvi zdravljenja. Ob prenehanju zdravljenja z duloksetinom je treba odmerek v obdobju najmanj enega do dveh tednov postopoma zmanjševati, da zmanjšamo tveganje za pojav odtegnitvenih reakcij. *Način uporabe* Zdravilo je namenjeno za peroralno uporabo. **Kontraindikacije** Preobčutljivost za učinkovino ali katerokoli pomožno snov v zdravilu. Sočasno jemanje neselektivnih ireverzibilnih zaviralcev monoaminooksidaze (MAOI). Obolenje jeter, ki ima za posledico okvarjeno delovanje jeter. Kombinacija s fluvoksaminom, ciprofloksacinom ali enoksacinom (to so močni zaviralci CYP1A2) povzroči povečane plazemske koncentracije duloksetina. Močno okvarjeno delovanje ledvic (kreatininski očistek < 30 ml/min). Uvedba zdravljenja z duloksetinom lahko bolnike z nenadzorovano hipertenzijo izpostavi možnemu tveganju za hipertenzivno krizo. **Posebna opozorila in previdnostni ukrepi** Previdnost je potrebna pri bolnikih z manjjo v anamnezi ali diagnozo bipolarnе motnje in/ali epileptičnimi napadi; bolnikih z zvišanim intraokularnim tlakom ali tveganjem za akutni glavkom z zaprtim zakotjem; bolnikih, pri katerih bi zvišanje srčne frekvence ali krvnega tlaka lahko vplivalo na njihovo stanje; bolnikih, ki jemljejo zdravila proti strjevanju krvi in/ali druga zdravila, za katera je znano, da vplivajo na delovanje trombocitov (npr. nesteroidne protivnetne učinkovine ali acetylsalicilno kislino); bolnikih z znano nagnjenostjo h krvavitvam; bolnikih, ki jemljejo zdravila, ki lahko povzročijo okvaro jeter; bolnikih, ki imajo v anamnezi s samomorom povezane dogodke; bolnikih, ki pred uvedbo zdravljenja kažejo znatno stopnjo samomorilne miselnosti; bolnikih z večjim tveganjem za hiponatriemijo, kot so starejši, bolniki s cirozo, dehidrirani bolniki ali bolniki, ki jemljejo diuretičke. Med zdravljenjem z duloksetinom se lahko pojavijo simptomi serotoninškega sindroma ali nevroleptičnega malignega sindroma, ki lahko ogroža bolnikovo življenje, še posebno pri sočasnem jemanju drugih serotoninergičnih zdravil (vključno s SSRI, SNRI, tricikličnimi antidepresivi ali triptani), zdravil, ki vplivajo na presnovo serotoninina (npr. zaviralcev MAO, antipsihotikov ali drugih dopaminskih antagonistov ali bruprenorina, ki lahko vplivajo na serotoninergične nevrotransmitterske sisteme). Jemanje duloksetina je povezano s pojavom akatizije. Simptomi se najpogosteje pojavijo v prvih nekaj tednih zdravljenja in za takšne bolnike je povečevanje odmerka lahko škodljivo. Selektivni zaviralci ponovnega privzema serotoninina (SSRI) in zaviralci ponovnega privzema serotoninina in noradrenalina (SNRI) lahko povzročijo simptome spolne disfunkcije. Poročali so o dolgotrajni spolni disfunkciji, pri kateri so se simptomi nadaljevali kljub prekinitvi zdravljenja s SSRI/SNRI. Dulsevia vsebuje saharozo. Bolniki z redko dedno intoleranco za fruktozo, malabsorpcijo glukoze/galaktoze ali pomanjkanjem saharaze-izomaltaze ne smejo jemati tega zdravila. **Medsebojno delovanje z drugimi zdravili in druge oblike interakcij** Zaradi nevarnosti za serotoninški sindrom duloksetina ne smemo uporabljati v kombinaciji z MAOI ali v 14 dneh po prenehanju zdravljenja z MAOI. Sočasno jemanje duloksetina s selektivnimi reverzibilnimi MAOI (npr. z moklobemidom) ali neselektivnimi reverzibilnimi MAOI (npr. z linezolidom) odsvetujemo. Duloksetina ne smemo jemati skupaj z močnimi zaviralci CYP1A2 (npr. s fluvoksaminom). Pri jemanju duloksetina v kombinaciji z drugimi centralno delujočimi zdravili ali snovmi, vključno z alkoholom in pomirjevali, je potrebna previdnost. Previdnost svetujemo tudi, če duloksetin dajemo sočasno z zdravili, ki jih presnavlja predvsem CYP2D6 (npr. z risperidonom, tricikličnimi antidepresivi), zlasti če imajo ozek terapevtski indeks (npr. flekainid, propafenon, metoprolol). Zaradi možnega povečanega tveganja za krvavitev je potrebna previdnost pri kombinaciji duloksetina in peroralnih antikoagulantov ali antitrombotičnih zdravil. Pri kadilcih so plazemske koncentracije duloksetina skoraj 50 % manjše kot pri nekadilcih. **Plodnost, nosečnost in dojenje** Dve večji opazovalni študiji ne kažeta na skupno povečano tveganje za večje prirojene malformacije. Podatki iz opazovanj kažejo na povečano tveganje za poporodno krvavitev po izpostavitvi duloksetinu v mesecu pred porodom. Duloksetin naj se v nosečnosti jemlje le, če možna korist upravičuje možno tveganje za plod. Ženskam je treba svetovati, naj obvestijo zdravnika, če med zdravljenjem zanosijo ali če načrtujejo nosečnost. Ker varnost duloksetina pri dojenčkih ni znana, njegovo jemanje med dojenjem odsvetujemo. **Vpliv na sposobnost vožnje in upravljanja s stroji** Jemanje duloksetina lahko povzroča sedacijo in omotico. **Neželeni učinki** Najpogosteje so poročali o slabosti, glavobolu, suhih ustih, zaspanosti in omotici. Večina pogostih neželenih učinkov je bila blaga do zmerna, običajno so se pojavili kmalu po uvedbi zdravila, večina jih je izginila že med nadaljevanjem zdravljenja. Pogosto so bili opaženi zmanjšanje apetita, nespečnost, agitacija, zmanjšanje libida, motnje orgazma, anksioznost, nenavadne sanje, letargija, tremor, parestezije, zamegljen vid, tinitus, palpitacije, zvišan krvni tlak, rdečica, zehanje, zaprtje, driska, bolečina v trebuhu, bruhanje, dispepsija, napijenanje, povečano znojenje, izpuščaji, mišično-skeletna bolečina, mišični krč, dizurija, polakizurija, erektilna disfunkcija, motnje ejakulacije, zapoznela ejakulacija, padci, utrujenost, zmanjšanje telesne mase. Ostali neželeni učinki se pojavijo občasno, redko ali zelo redko. **Imetnik dovoljenja za promet z zdravili** Krka, d. d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, Slovenija. **Način izdajanja zdravila** Samo na zdravniški recept. **Oprema** 28 trdih gastrozestistentnih kapsul po 30 mg, 60 mg in 90 mg duloksetina. **Datum zadnje revizije besedila** 10. 9. 2024.

DULSEVIA®

duloksetin

trde gastrozestistentne kapsule, 30 mg, 60 mg, 90 mg

URAVNOVESIMO

DEPRESIJO.



KLINIČNA PREIZKUŠENOST

Štiri klinične raziskave na več kot 2500 bolnikih

(1–4)

ZAUPANJE

Duloksetin, ki mu v Evropi najbolj zaupate

(6)

SKRB ZA OKOLJE

Optimizirana proizvodnja duloksetina z manjšim

vplivom na okolje

(5)

Literatura

1. Radovanović M, Pišljar M, Barbič-Žagar B et al. Efficacy and Safety of Duloxetine in the Treatment of Depression, Generalized Anxiety Disorder and Diabetic Peripheral Neuropathic Pain. *Viceversa* 2017; 63: 60–72. 2. Čelofiga A, Barbič-Žagar, Vrzel M et al. Efficacy and safety of Duloxetine (Dulsevia®) in the Dose of 90 mg in Patients with Major Depressive Disorder or Generalized Anxiety Disorder in Clinical Practice. *Viceversa* 2020; 65: 66-78. 3. Szekeres G. Non-interventional study of efficacy and safety of duloxetine (dulsevia®) in patients with major depressive disorder generalised anxiety disorder or diabetic peripheral neuropathic pain. *KPASES 10/2017 – DULSEVIA/HU*. Final report. Final report, Krka, d. d., Novo mesto. 2019. 4. Rakusa M, Marolt I, Stevic Z, Vuckovic-Rebrina S, Milenkovic T, Stepien A. Efficacy of Pregabalin and Duloxetine in Patients with Painful Diabetic Peripheral Neuropathy (PDPN): A Multi-Centre Phase IV Clinical Trial—BLOSSOM. *Pharmaceuticals* 2023; 16(7):1017. 5. Inovacije Gospodarske zbornice Dolenjske in Bele krajine 2021: Optimizacija finalizacije duloksetinijevega klorida z vidika procesibilnosti in fleksibilnosti v proizvodnem merilu. [internet]. GZDBK.[cited:18.5.2022] Available at: https://www.gzdbk.si/media/pdf/projekti/inovacije/2021/gzdbk_katalog_inovacije_2021_webpdf.pdf 6. Cegedim, Sitemics (ePharma Market), Intellix, IQVIA, Aptekide inf. (Medicube), Sordent, Proxima (Pharmstandart), ViOritis 1-12 2023 TM 23. HmR, IQVIA 1-12 2023 WE5 (AT, DE, ES, IE, PT). TM – traditional markets – markets of Central, Eastern and South Eastern Europe, WE – Western Europe.



V ŽIVLJENJU NI PRAVEGA RAVNOVESJA
BREZ NOTRANJEGA RAVNOVESJA,
TAKO KOT NI (ELOSTNEGA ZDRAVJA)
BREZ DUŠEVNEGA ZDRAVJA.

V Krki vam stojimo ob strani,
saj vemo, kako pomembna je izbira
najboljšega zdravila za vaše bolnike.

Z VAMI ZA ZDRAVJE.



DULSEVIA®

Samo za strokovno javnost. Celoten povzetek glavnih značilnosti zdravila Dulsevia je objavljen na www.krka.si.



Krka, d. d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, Slovenija
www.krka.si