

A depresszió betegközpontú kezelése:

A tünetek csökkentésétől
a funkcionális felépülésig



A depresszió betegközpontú kezelése:

A tünetek csökkentésétől
a funkcionális felépülésig



 KRKA

A depresszió betegközpontú kezelése:

A tünetek csökkentésétől
a funkcionális felépülésig

 KRKA

NINCS EGÉSZSÉG MENTÁLIS EGÉSZSÉG NÉLKÜL.

Ezt mindannyian tudjuk. Különösen Önök, tisztelt mentálhigiénés szakemberek.

Pontosan tudják, milyen az, amikor valaki nem érez örömet, nincs energiája, és elveszíti életmotivációját. Amikor a napját szorongás tölti ki, figyelem-, koncentráció- és munkateljesítmény csökkenéssel. Kerüli a korábban kedvelt tevékenységeket és a társas kapcsolatokat. Fájdalomtól szenved, testi és lelki értelemben egyaránt.

Ez fáj, és nemcsak a betegeknek. Mindenkit érint, aki törődik velük és számít rájuk. Ismét csak Önök, nagyra becsült mentálhigiénés szakemberek azok, akik rendelkeznek azzal a **tudással, hogy felismerjék a tüneteket.** Hogy **megértsék** azokat, és **kiválasszák** az optimális kezelést a betegek általános működésének és életminőségének helyreállítása érdekében. Az Önök hivatása az, amely képes segíteni a mentális zavarokkal küzdő betegeknek abban, hogy a kimerültség állapotából eljussanak a teljesség érzéséig. Hogy **újra kapcsolódjanak a családjukhoz és másokhoz.** Hogy **visszatérhessenek szakmai és személyes fejlődésükhöz.** Hogy **visszatérhessenek az életbe.** A Krka-nál

Önök mellett állunk, mert Önöknek megbízható gyógyszerekre van szükségük, amelyek támogatják Önöket abban, hogy a legjobb ellátást nyújthassák betegeiknek.



A KRKA-NÁL 1964 ÓTA ELKÖTELEZETTEK
VAGYUNK A MENTÁLIS EGÉSZSÉG
JAVÍTÁSÁT SZOLGÁLÓ MEGBÍZHATÓ
PARTNERSÉG MELLETT¹.

Innovatív megoldásokat

fejlesztünk több
mint 800 kutatás-
fejlesztési szakértő
közreműködé-
sével.¹

Világszerte
négymillió
depresszióban
szenvedő embernek
segítünk abban, hogy
napjaik derűsebbek
legyenek.

A világ **vezető**
generikus
gyógyszergyártói
közé tartozunk.¹

Mentális
zavarok kezelésére
szolgáló széles
portfóliót kínálunk kiváló
minőségű, biztonságos
és hatékony
gyógyszerekből.

ÖN MELLETT ÁLLUNK AZ **EGÉSZSÉGÉRT**
SEGÍTÜNK, HOGY MEGBÍZHATÓ DÖNTÉSEKET HOZZON.



Irodalom:

1. Krka éves jelentés, 2023. Forrás: https://www.krka.biz/_assets/krka_letnoPorocilo_23_ANG_WEB.pdf (letöltés dátuma: 2026. 03.16.)



SZERKESZTŐ

Dr. Maja Rus-Makovec, PhD egyetemi docens

Ljubljana, Szlovénia

ELŐSZÓ

Depresszióban és fájdalomban szenvedő betegek kezelőorvosaként jól tudjuk, hogy ezek a problémák, amelyek megakadályozzák a betegeket abban, hogy teljes értékű, aktív életet éljenek és élvezzék jóllétüket, egyre gyakoribbá válnak. Ezért kiemelkedő jelentőségű, hogy hatékony kezelési lehetőségekkel rendelkezünk ezen állapotok kezelésére, és hogy jól tájékozottak legyünk ezekről a lehetőségekről. A duloxetin (Dulsevia, Duloxalta, Duloxenta márkaneveken forgalmazzák) olyan gyógyszer, amely nagyon fontos hozzájárulást nyújt a depresszió azon altípusainak személyre szabottabb és hatékonyabb kezeléséhez, amelyekben – egyéb tünetek mellett – a fáradtság, a csökkent energiaszint, a kognitív károsodás és a fájdalom különösen kifejezettek.

Különböző országok orvosai örömmel éltek a lehetőséggel, hogy klinikai eseteikkel hozzájáruljanak ehhez a kompendiumhoz. A korszerű tanulási platformok összefüggésében ez a kompendium azt szemlélteti, miként születik döntés a duloxetin (Dulsevia) bevezetéséről a beteg tünete és a leírt funkcionális problémák alapján. Tapasztalt kollégák közösen hozták létre a tapasztalati és reflektív, klinikai eseteken alapuló tanulási anyagot oly módon, hogy az igazodjon információfeldolgozásunk eltérő kognitív stílusaihoz.

Ezen esetismertetések értékes üzenete az a holisztikus megközelítés is, amely gazdagítja az orvosi szakmát, és amelyet a Krka törekvéseivel támogat és képvisel. Az esetismertetésekben bemutatott betegek nem pusztán tüneteik összességeként és szenvedésük alanyaiként értelmezendők – egyúttal kapcsolataik és életben betöltött szerepeik részei is. Korábbi identitásukhoz való visszatérésük – ahogyan a példák mutatják – a megfelelő gyógyszer megválasztásában rejlik, amely végső soron valódi különbséget jelent.

Maja Rus-Makovec

1. ESET



Dr. Barbara Pelzl

Bécs
Ausztria

PSZICHIÁTERHEZ TÖRTÉNŐ BEUTALÁS

A 42 éves beteget házióvosa utalta további kezelésre a pszichiátriai osztályon történt fekvőbeteg-ellátást követően. A fekvőbeteg-ellátás oka a hangulat és a motiváció súlyos romlása volt, amelyet insomniával kísért. A klinikai felvétel okaként szuicid gondolatokat neveztek meg. Emellett spondylitis ankylopoeticában és migrénben szenved, ami azt jelenti, hogy rendszeresen fájdalomtünetei vannak. A klinikán szelektív szerotonin-visszavétel gátlóval (SSRI) indították el a kezelést.

A BETEG TÜNETEI ÉS PANASZAI

A beteg elmondja, hogy továbbra is depressziós, nem tudja rávenni magát semmire, semmihez nem érez motivációt, és meglehetősen közömbös az élettel szemben. A fekvőbeteg-ellátás kezdetén a fájdalomtüneteket sokkal intenzívebben élte meg, mint korábban, mert a napi rutin és a munkatevékenységek nem vonták el a figyelmét.

A BETEG FUNKCIONÁLÁSA

A pszichés stressz a már fennálló házassági problémákat is fokozta, és a családon belül férjével és négy gyermekével egyre növekvő feszültségek jelentek meg. Érzelmileg üresebbé vált, és már gyermekei, valamint azok élményei és iskolai teljesítménye iránt sem mutatott érdeklődést. A társas élet a gyermekei és az édesanyja között zajlott, aki átmenetileg hozzájuk költözött a háztartás vezetése érdekében. Nőtt az önbizalomhiány és az önleértékelés, egyidejű passzivitással társulva. A munkába való visszatérés szóba sem kerülhetett.

DÖNTÉS A DULOXETIN-KEZELÉS MEGKEZDÉSÉRŐL

A szertralin-kezelés a szuicid gondolatok megszűnését és a hangulat enyhe stabilizálódását eredményezte. Ugyanakkor a motivációhiány és az intenzívebben megélt fájdalomtünetek továbbra is előtérben maradtak. Ezért úgy döntöttünk, hogy fokozatosan áttérünk a duloxetinre, a Dulseviára, kezdetben 30 mg dózisban 25 mg szertralinnal együtt adva. Az SSRI-ről duloxetinre történő közvetlen átállás a korábban fennálló szuicidalitás miatt nem volt lehetséges.

A BETEG KEZELÉSRE ADOTT VÁLASZA

A fájdalomtünetek egy hónap után javultak, a hangulat változatlan maradt, a motiváltság pedig mérsékelten javult. A szertralin elhagyását és 60 mg duloxetin alkalmazását követően a spondylitis ankylopoetica következetes terápiája mellett a fájdalomtünetek jelentősen javultak. A hangulat számottevően javult, és a motiváció oly mértékben vált kielégítővé, hogy fokozatosan visszanyerte korábbi energiaszintjét. A következő néhány hét során a beteg ismét képes volt betölteni szokásos szerepét a családi életben, így édesanyja újra el tudta hagyni a háztartást. 3 hónap elteltével képes volt visszatérni a munkába. Bátorságot érzett arra is, hogy aktívan foglalkozzon a házassági problémákkal, ami végül párterápiához vezetett. A Dulsevia 60 mg-mal folytatott 3 éves kezelést követően a beteg mentális állapota kellően stabil, és a fájdalomtünetek megfelelő kontroll alatt állnak.

A SZERKESZTŐ MEGJEGYZÉSE

A beteg kifejezett hangulatromlást élt meg öngyilkossági fenyegetettséggel, és emellett krónikus fájdalomtünetektől is szenvedett. Az SSRI anti-depresszánsok nem enyhítették kellő mértékben a tüneteket, és a fájdalomra sem voltak hatással. A duloxetinre történő áttérés fokozatosan, átfedéses dóziscsökkentéssel történt, hogy a beteg ne maradjon antidepresszív védelem nélkül. Csak a 60 mg dózisú duloxetin fejtett ki terápiás hatást, és a fájdalmat is csökkentette, ami hozzájárult a remisszió felgyorsulásához. A duloxetin hatással van a funkcionális fájdalomra és az ismert szövetkárosodással járó fájdalomra is, mert a nociceptív típusú fájdalmat is közvetlenül modulálja. Csak a klinikai javulást követően tudott a beteg foglalkozni a megterhelt személyes kapcsolatokkal.

Maja Rus-Makovec

2. ESET



Dr. Tomasz Sobów,
PhD

Łódź, Varsó
Lengyelország

PSZICHIÁTERHEZ TÖRTÉNŐ BEUTALÁS

A 89 éves nőt háziorvosa utalta be feltételezett depresszió és/vagy szomatizációs zavar miatt. Három különböző antidepresszánt próbáltak ki, amelyek vagy hatástalannak bizonyultak, vagy rosszul tolerálhatónak, vagy mindkettőnek (szertralin, citalopram, tianeptin). A beteg általános egészségi problémái közé tartozik az inzulinfüggő diabetes mellitus (retinopathiával és enyhe krónikus veseelégtelenséggel), a kezelt enyhe hypertonia és a pitvarfibrilláció. Emellett osteoarthritisben is szenved, amelyet etorikoxibbal és fizioterápiával kezelnek.

A BETEG TÜNETEI ÉS PANASZAI

A beteg kezdetben csípőtáji rosszabbodásra panaszkodott – a térd- és gerincfájdalmat korábban etorikoxibbal kielégítően kontrollálták. Könnyen érthető okot fizikális vizsgálat, laboratóriumi vizsgálatok és képalkotás sem mutatott ki. Síróssá, érzelmileg labilissá vált, dysphoriás reakciókra való hajlammal, alvása romlott (elalvási nehézség és éjszakai felébredések egyaránt a fájdalom fokozódása miatt), és kifejezettebb feledékenységre kezdett panaszkodni. Az etorikoxib mellé paracetamol adtak, majd ennek hatástalansága miatt a terápiát paracetamol és tramadol kombinációjára változtatták. Depressziót diagnosztizáltak nála, és napi max. 50 mg szertralint indítottak. 4 hét után, mivel tüneti enyhülés nem volt megfigyelhető, a tramadol dózisát 150 mg-ra emelték, és a szertralint citalopramra cserélték. 10 nap elteltével a beteg fokozott verejtékezésre, kézremegésre, súlyos székrekedésre és nyugtalanságra panaszkodott, az alvásproblémák romlásával. Fájdalomcsillapító hatásról nem számolt be. Szerotonin szindrómára és a tramadol dózisfüggő intoleranciájára gyanakodtak, ezért a citalopramot tianeptinre cserélték, a tramadol dózisát pedig napi 75 mg-ra csökkentették. Pszichiátriai vizsgálatot javasoltak, amelyet kezdetben elutasított, de unokájával folytatott némi egyeztetés után elfogadott.

A BETEG FUNKCIONÁLÁSA

Korábban a beteg egyedül élt, és a mindennapi tevékenységekben nagyrészt önellátó volt, csak csekély támogatást igényelt. A közelmúltban azonban számos tevékenységet kezdett kerülni, köztük a bevásárlást és az ételkészítést is, amit a fájdalom súlyosbodásával magyarázott. Feledékenységre is panaszkodni kezdett, és már otthon is rollátoros járókeretet használt, mivel segítség nélküli járást lehetetlennek és súlyos elesési kockázattal járóknak írta le.

DÖNTÉS A DOLUXETIN-KEZELÉS MEGKEZDÉSÉRŐL

Depressziós tünetekkel jelentkezett, domináló energiahányattal, hangulatingadozásokkal, alvási nehézségekkel és szorongással, főként az eleséstől való félelemmel. Nagyon erősen panaszkodott a fájdalomra, amely megakadályozta a legtöbb mindennapi tevékenység elvégzésében, napközben ágyban fekvésre kényszerítette, és szinte folyamatosan mások segítségét igényelte. A fájdalompanaszokat a depressziót kísérő szomatikus tünetekként értelmezték. Duloxetine-kezelést (Dulsevia) választották, figyelembe véve ismert fájdalomcsillapító, szorongásoldó és motivációfokozó hatásait. A kezelési terv szerint a kezdő dózis 30 mg volt, amelyet legalább 60 mg-ra terveztek emelni (szükség esetén tovább, ha jól tolerálható, de a hatás elégtelen). A tramadolt leállították, az etorikoxibot (napi 60 mg) és a paracetamolt (napi 1 000 mg) visszaállították.

A BETEG KEZELÉSRE ADOTT VÁLASZA

A kezelés hatását kezdetben 14 nap után telemedicina vízzel értékelték. A tolerálhatóság kiváló volt, és meglehetősen váratlanul szokatlanul erős fájdalomcsillapító hatást figyeltek meg. A beteg a vizuális analóg skálán (VAS, 0–10) 10-ről 4-re csökkenő fájdalomról számolt be. Az alvás javult (éjszakai felébredés már nem volt, de az elalvással még akadtak problémák), és az általános érzelmi állapot is javult. Az eredeti kezelési tervet módosították. A Dulseva-t napi 30 mg-os dózisban tovább kapta, és a kezeléshez pregabalint (50 mg lefekvéskor) adtak hozzá. A következő 4 hét után végzett második értékelés a depressziós tünetek szinte teljes megszűnését mutatta (beleértve az alvási és szorongásos tüneteket is), a fájdalomészlelés pedig az elfogadható 3-as szintre csökkent. A beteg visszatért a premorbid funkcionális szintre, csupán korlátozott támogatást igényelve. A végleges kezelés: reggel 30 mg duloxetine, lefekvéskor 50 mg pregabalin, tianeptin, etorikoxib és szükség szerint paracetamol. A hatás a 6 hónapos megfigyelési időszak után is fennmaradt.

A SZERKESZTŐ MEGJEGYZÉSE

Ez a klinikai eset hangsúlyozza az idősek kezelésének személyre szabott megközelítését, figyelembe véve szomatikus állapotukat, fájdalmukat és egyéb farmakoterápiájukat. Az idősekhez bizalommal kell közelíteni abban a tekintetben is, hogy a hangulatzavarok és az azokhoz kapcsolódó kognitív zavarok igen előrehaladott életkorban is kezelhetők. A szerotonin és a tramadol kölcsönhatása megterhelő volt a beteg számára, és a fájdalomra, illetve a hangulatra sem fejtett ki megfelelő hatást. A 30 mg-os duloxetine-re és más, alacsony dózisú társult terápiára történő átállás gyorsan és jelentősen javította a tüneteket. Mivel remisszió ezen a dózison is lehetséges, ha figyelembe vesszük az előrehaladott életkor sajátos szervezeti jellemzőit, a dózis 30 mgon maradt, jóllehet depresszió és fájdalom kezeléséhez általában 60 mg szükséges.

Maja Rus-Makovec

3. ESET



**Dr. Shpend Haxhibeqiri,
PhD**

Pristina
Koszovói Köztársaság

PSZICHIÁTERHEZ TÖRTÉNŐ BEUTALÁS

A 62 éves nőbeteg, felsőfokú végzettséggel, alkalmazott, hajadon, hosszabb ideje szomatikus problémákkal (2-es típusú diabetes mellitus, hyperlipidaemia, ujjakban és lábujjakban jelentkező zsibbadás és bizsergés) küzd, fáradtnak érzi magát, akaratereje csökkent, lehangolt, és nehézségei vannak a munkahelyi feladatok teljesítésében. A fent említett panaszok miatt kezelőorvosa pszichiátriai konzultációt javasolt. Jelenleg a zsibbadás és bizsergés miatt aggódik, bár ezeket továbbra is alapbetegségének tulajdonítja.

A BETEG TÜNETEI ÉS PANASZAI

A beteg kezdetben nagyon aggódott amiatt, hogy miért kellene pszichiáterhez fordulnia, hiszen nincsenek mentális problémái, egész életében problémamentesen és önállóan működött. Mindezeket a problémákat alapbetegségének, vagyis a 2-es típusú diabetes mellitusnak tulajdonítja, ezért fáradt, letargikus, akaratgyenge és lehangolt, valamint kevés társas kapcsolata van. Állapotát annak is tulajdonítja, hogy hajadon és nincsenek gyermekei.

A BETEG FUNKCIONÁLÁSA

A beteg fiatalabb húga kíséretében érkezett (aki külön él és saját családja van), és azt állítja, hogy a beteg állapota drámaian megváltozott, és ezt nem fogadja el, miközben a család többi tagja ezt a helyzetet következményének látja – a beteg Dr. Shpend elkezdte elszigetelni magát a környezetétől.

DÖNTÉS A DOLUXETIN-KEZELÉS MEGKEZDÉSÉRŐL

A beteg korábban eszscitalopramot szedett, amely bizonyos mértékben javította a szorongást és a hangulatot, de nem volt kielégítő hatású, és a jelenlegi zsibbadásos, bizsergéses panaszok sem szűntek meg, ezért a kezelést abbahagyta.

A BETEG KEZELÉSRE ADOTT VÁLASZA

A duloxetin (Dulsevia 60 mg) alkalmazása nagymértékben javította a beteg hangulatát és szorongását, de ami a legfontosabb, a kéz- és lábszibbadás tünetei megszűntek, és a beteg 8 hét használat után rendkívül jól érzi magát. A következő viziten a beteg húga arról is beszámolt, hogy a kognitív és a szociális funkciók – mind az elsődleges, mind a másodlagos kapcsolati körben – észrevehetően javultak.

A SZERKESZTŐ MEGJEGYZÉSE

A diagnosztikus eljárás során depressziós tüneteket állapítottak meg. A pszichiáternél tett látogatások kezdetben stresszt jelentettek a beteg számára, mert problémáit szomatikusnak vélte, és azoknak valóban volt a diabéteszszel összefüggő együttes etiológiája. A pesszimizmust és a társas izolációt neuropátiás panaszok kísérték. Az első antidepresszáns nem volt kellően hatékony. A Dulsevia 60 mg dózisú terápiája jelentős javulást eredményezett a hangulatban és a kognícióban, valamint a fontos társas kapcsolatok szorosabbá válásában és a neuropátiás jelenségek egyidejű csökkenésében.

Maja Rus-Makovec

4. ESET



Dr. Olivera Vuković
PhD, egyetemi
docens

Belgrád
Szerbia

PSZICHIÁTERHEZ TÖRTÉNŐ BEUTALÁS

A 35 éves beteget pszichiátriai kezelésre utalták olyan tünetek miatt, mint a szomorúság érzése, a csökkent készlet és az örömrzés csökkenése azokban a tevékenységekben, amelyek korábban örömet okoztak számára.

A BETEG TÜNETEI ÉS PANASZAI

A betegnél tartós szomorúságérzés, csökkent készlet és az örömrzés csökkenése jelentkezett azokkal a tevékenységekkel kapcsolatban, amelyek korábban örömet okoztak számára. Ezeket a tüneteket az elmúlt hat hónap teljes időtartama alatt tapasztalta, progresszív romlással. Azt fejezte ki, hogy teljesen elborítja a kétségbeesés és az értéktelenség érzése, amelyeket tartós halálgondolatok és az öngyilkosság fontolgatása kísér. Emellett jelentős kognitív károsodásokat észlelt, ideértve a koncentrációs nehézséget, a döntésképtelenséget és a memóriazavarokat. További exploráció során a beteg szomatikus tünetekről is beszámolt, beleértve az általános fájdalmat és diszkomfortérzést, a megváltozott alvási mintázatot, az étvágy megváltozását (ennek következtében testsúlycsökkenéssel), valamint általános testi panaszokat. Kiemelendő, hogy átható fáradtság- és letargiaérzést fejezett ki, nehezebbé esett a mindennapi feladatok elvégzése és a társas kapcsolatok fenntartása. Állítása szerint korábban nem állt fenn szerhasználati addikció, pszichotikus jellegzetesség vagy mániás epizód.

A BETEG FUNKCIONÁLÁSA

Otthoni környezetben funkcionálása a depresszió miatt jelentősen károsodott. Az egyszerű feladatok is nyomasztónak tűntek, ami a házimunka elhanyagolásához és az otthoni rendezetlenséghez vezetett. A munkában csökkent produktivitást, gyakori hiányzást és a feladatokra való összpontosítás nehézségét mutatta. Emellett döntéshozatali képességei is romlottak, ami hibákhoz és hatékonyságcsökkenéshez vezetett a munkateljesítményében. Egyre inkább elszigetelődött, a társas interakciók helyett inkább a magányt választotta. Hangulata tartósan alacsony volt, és kisebb stresszorokra irritabilitással és érzelmi labilitással reagált. Ezek a viselkedésbeli változások kihatottak kapcsolataira, és hozzájárultak a másoktól való elszakadás érzéséhez. A szomatikus tünetek tovább fokozták a szenvedést, súlyosbították a funkcióromlást, és hozzájárultak a fájdalom és depresszió ördögi körének kialakulásához. Állapotának mind pszichológiai, mind szomatikus aspektusainak kezelése alapvető fontosságú volt általános jóllétének és funkcionális kimeneteleinek optimalizálásában.

DÖNTÉS A DOLUXETIN-KEZELÉS MEGKEZDÉSÉRŐL

A beteg hat héten át napi 20 mg eszitalopramot szedett, depressziós tüneteinek részleges javulása mellett, azonban a szomatikus panaszok – beleértve az általános fájdalmat és diszkomfortot – továbbra is fennálltak. Mivel a beteg jelentős depressziós tüneteket, kognitív hanyatlást és szomatikus fájdalmat mutatott, a duloxetin-kezelést választották. Kezdetben napi 30 mg Dulsevia-t alkalmaztak, majd az adagot napi 60 mg-ra emelték, mivel ez a mennyiség ajánlott a depressziós zavarokhoz társuló fájdalom enyhítésére.

A BETEG KEZELÉSRE ADOTT VÁLASZA

A beteg kedvezően reagált a Dulsevia-kezelésre, a depressziós tünetek és a fájdalompanaszok különböző területein számottevő javulás mutatkozott. A duloxetin kezdeti tolerálhatósága kielégítő volt, minimális mellékhatásokkal (átmeneti hányinger és enyhe gastrointestinalis diszkomfort), amelyek az első néhány napon belül csökkentek. Jelentős hangulatjavulásról számolt be, különösen a szomorúság, a kétségbeesés és az értéktelenség érzésének csökkenéséről. Nyilvánvaló helyreállítás volt tapasztalható a korábban kedvelt tevékenységek iránti érdeklődésében, valamint megújult motivációban a mindennapi feladatok elvégzésére. Ezenfelül kognitív képességei is javultak (koncentráció, memória és döntéshozatal). A fájdalom súlyossága és előfordulása számottevően csökkent, ami lehetővé tette számára, hogy a mindennapi tevékenységeket kényelmesebben végezze. A depressziós tünetek és a fájdalom együttes javulásának eredményeként általános funkcionálása is jelentős javulást mutatott. A beteg Dulsevia-kezelésre adott válasza a depressziós tünetek, a fájdalom és az általános funkcióromlás jelentős csökkenésével jellemezhető, ami kiemeli a készítmény hatékonyságát a betegség különböző komponenseinek kezelésében. A kedvező eredmények fenntartásához és a hosszú távú prognózis optimalizálásához elengedhetetlen a folyamatos monitorozás és támogatás.

A SZERKESZTŐ MEGJEGYZÉSE

Ez a viszonylag fiatal beteg az akaratérő és a motiváció jelentős csökkenésétől, valamint nagymértékben lecsökkent energiaszinttől szenvedett. Különösen az ő életkorában ez nagyon káros volt általános funkcionálása szempontjából, mivel a kognitív hatékonyság is csökkent. A depresszió szomatikus aspektusait, mint az étvágy, a fájdalom és a cirkadián ritmus, szintén kezelni kellett. Klinikailag előnyös volt az elsődleges antidepresszánsról viszonylag gyorsan duloxetinnre váltani. A leírt tünetepektrum mellett az első antidepresszáns kedvező hatására való várakozás túl hosszú lett volna, és nem járult volna hozzá hatékonyan a remisszióhoz.

Maja Rus-Makovec

5. ESET



Dr. Andreja Čelofiga,
PhD

Maribor
Szlovénia

PSZICHIÁTERHEZ TÖRTÉNŐ BEUTALÁS

51 éves nő, korábbi pszichiátriai kezelés nélkül. Háziorvos utalta be. A pszichiátriai kezelésre utalás oka: feltételezett kiégési szindróma.

A BETEG TÜNETEI ÉS PANASZAI

Körülbelül 4 hete a betegnek a következő problémái vannak: irritábilis hangulat, szomorúság- és ürességérzés, szorongásos tünetek, energiavesztés, az alvás fenntartásának zavara – éjszakai felébredések, értéktelenségérzés, koncentrációs, figyelmi, döntéshozatali és memóriazavarok, szinte mindennap jelentkező fejfájás.

A BETEG FUNKCIONÁLÁSA

Tanárként dolgozik. Néhány hete észrevette, hogy munkaidőben nem tud minden feladatot elvégezni, ezért hazaviszi a munkáját és a feladatokat, amelyeket délután fejez be. Nem jut ideje a családjára, emiatt bűntudata van. Gyakran vitatkozik partnerével és gyermekeivel jelentéktelen dolgokon. Rosszul alszik, éjszaka felébred, és reggel nagyon fáradtan kel fel. Időnként megpróbál esténként vagy hétvégén egy kis időt szánni magára, sétálni megy, de ettől sem érzi magát jobban. Mindig is szeretett olvasni, de jelenleg ezzel is küzd. Gyakranszed különféle fájdalomcsillapítókat.

DÖNTÉS A DOLUXETIN-KEZELÉS MEGKEZDÉSÉRŐL

Beleegyezett a duloxetin (Dulsevia 60 mg) napi alkalmazásába. Elutasította a rövid távú hipnotikus vagy szedatív terápiát, mert el akarta kerülni több pszichiátriai gyógyszer egyidejű szedését. Laboratóriumi vérvizsgálatokat – köztük pajzsmirigyhormon-meghatározást – és képalkotó diagnosztikát (koponya CT) végeztek, de ezek nem mutattak eltérést..

A BETEG KEZELÉSRE ADOTT VÁLASZA

4 hét elteltével hangulatjavulásról számol be: a szorongás csökkent, az alvás javult. A fejfájások most már ritkán jelentkeznek, talán hetente egyszer. Abbahagyta a fájdalomcsillapítók szedését. A munkahelyén továbbra is vannak problémái: nem tud mindent befejezni az órán, és észreveszi, hogy még mindig nem tud eléggé koncentrálni ahhoz, hogy könyvet olvasson. Az antidepresszánt jól tolerálja, mellékhatást nem észlel. Megállapodás született a duloxetin dózisának napi 90 mg-ra emeléséről.

A következő 4 hét elteltével arról számolt be, hogy koncentrációs és figyelmi problémái megszűntek. Újra tudott olvasni, és minden nehézség nélkül tudott dolgozni, akárcsak a panaszai megjelenése előtt. Elégedett a farmakoterápiával és közérzetével.

A SZERKESZTŐ MEGJEGYZÉSE

A beteg olyan tüneteket mutatott, amelyek a munkahelyi szokásos működését, valamint az otthoni környezetben fennálló kapcsolatait is befolyásolták, mivel könnyen irritálható volt. Különösen az ő életkorában megfelelő szomatikus kivizsgáláson kellett átesnie. A leletek a normáltartományon belül voltak. A beteg 60 mg dózisban kapott Dulseviát, és hangulata, valamint szomatikus tünetei (fejfájás, fáradtság, alvászavar) gyorsan javultak. Kognitív tüneteinek rendeződéséhez azonban a dózis 90 mg-ra emelése volt szükséges. A dózisemelés különösen fontos azoknál a betegeknél, akik mindennapi működésük során kifejezetten igénylik a kognitív hatékonyságot. A beteg kezelése során a monoterápiát részesítette előnyben, így kedvező kimenetel volt várható a duloxetin választásával a hangulatot, a kogníciót és a pszichoszomatikát érintő problémáspektrum tekintetében.

Maja Rus-Makovec

6. ESET



**Prof. Dr. Tihana
Jendričko
PhD**

Zágráb
Horvátország

PSZICHIÁTERHEZ TÖRTÉNŐ BEUTALÁS

28 éves nőbeteg, építész, egyedülálló, háziorvosa utalta be. Az elmúlt 2 hónapban kimerültnak, fáradtnak, motiválatlannak érzi magát, koncentrációs nehézségei vannak, hatékonysága csökkent. Szakmája és szakmai hatékonysága nagyon fontos számára, különösen azért, mert magánpraxisát most indította el, és leginkább a kognitív működés romlásától fél; időnként még úgy is érzi, hogy kognitívan „blokkolt”.

A BETEG TÜNETEI ÉS PANASZAI

Körülbelül 2 hónappal ezelőtt észlelte a fokozott fáradtság és kimerültség első tüneteit, valamint az insomniát, amelyet olykor hypersomnia követett. A laboratóriumi eredmények, beleértve a pajzsmirigyhormonokat is, a normáltartományon belül voltak. Megpróbálta életminőségét javítani a minőség táplálkozásra, a megfelelő alvásra, a testmozgásra, a meditációra, a társas kapcsolatokra stb. való odafigyeléssel. 1 hónap elteltével azonban nem észlelt javulást – sőt, kreatívvesztést és a hatékony munkavégzés képességének csökkenését tapasztalta. Az elmúlt hónap során tünetei progrediáltak, beleértve a szomorúságot, a szorongást, a jövőtől való félelmet, a társas kapcsolatok kerülését és a visszahúzódást, a rossz koncentrációt, a munkahelyi hibák számának növekedését, amit irritabilitás követett.

A BETEG FUNKCIONÁLÁSA

A munkában lassú volt, gyakran hibázott, elfelejtette a megbeszéléseket, könnyen irritálhatóvá vált. Munka után televíziót nézett, de nem tudott koncentrálni vagy követni a történéseket, ahogy az olvasásra sem tudott összpontosítani. Elvesztette az étvágyát, abbahagyta a főzést, és az elmúlt hónapban 6 kg-ot fogyott. Késett egy határidős projekttel, ami miatt értéktelennek érezte magát. Az elmúlt héten már dolgozni sem ment, a nap nagy részét ágyban töltötte fáradtan – insomniát gyötörte, reggel pedig nem tudott felkelni az ágyból. Kerülte családját és barátait, és abbahagyta a testmozgást.

DÖNTÉS A DOLUXETIN-KEZELÉS MEGKEZDÉSÉRŐL

A beteg első pszichiátriai vizsgálatára érkezett. A tüneteken túl frusztrációt és a remény elvesztését fejezte ki azzal kapcsolatban, hogy képes lehet-e javulni, és úgy működni, mint korábban. Az ennél a betegnél jelen lévő depresszióspecifikus tünetek elsősorban a szerotonin és a noradrenalin neurotranszmitter-egyensúly felborulásával függenek össze. Mivel a duloxetine a szerotonin és a noradrenalin iránt igen kiegyensúlyozott affinitással rendelkezik (60 mg-os dózistól), Dulsevia 60 mg dózisban került bevezetésre.

A BETEG KEZELÉSRE ADOTT VÁLASZA

Kontrollvizsgálat 2 hét után: hangulata részben javult, szorongása csökkent, étvágya és alvása javult; a kimerültség, fáradtság, erőtlenség és rossz koncentráció érzése továbbra is fennállt; mellékhatásról nem számolt be.

Kontrollvizsgálat 4 hét után: jó hangulatban érkezett, újra dolgozni kezdett, két projektet befejezett; reggelente kipihentebben kel, nem csupán a tünetek enyhítése érdekében sportol, hanem mert több energiája és akarata van; mellékhatásról nem számolt be.

Kontrollvizsgálat 8 hét után: hangulata stabil, a félelem és a szorongás érzése már nincs jelen; jól alszik és van étvágya, energiaszintje jelentősen emelkedett; hatékony a munkában, koncentrációja javult; időt tölt családjával és barátaival. Elégedett, mert úgy érzi, ismét a régi önmaga.

A SZERKESZTŐ MEGJEGYZÉSE

Ennél a betegnél a fiatal felnőttkorból a középső felnőttkorba való átmenet idején alakult ki a klinikai kép, ami jelentősen hátráltatta szakmai megalapozását. A duloxetine mint elsőként választandó gyógyszer a többszörös tünetet kezelte, beleértve a fájdalmat és a fáradtságot – amelyek a depresszió szomatikus aspektusaként értelmezhetők –, valamint a depresszió kognitív tüneteit is. Ez gyors remisszióhoz vezetett. Ha a terápia más antidepresszánsokkal indult volna, amelyek nem kezelik a fent felsorolt teljes tüneti spektrumot, sok időt veszíthettünk volna. Racionális döntés volt a terápiát már a kezdetektől 60 mg-os dózissal indítani, mert így kevesebb szerotoninnal összefüggő nemkívánatos reakció volt várható.

Maja Rus-Makovec

A DEPRESSZIÓ KÜLÖNBÖZŐ TÜNETEKEL JÁR

„Reggel nem tudtam kikelni az ágyból.”



„Minden ködös volt a ejemben. Nem tudtam koncentrálni, minden olyan nehéznek tűnt.”



„És a fájdalom ... Minden fáj.”



FÁJDALOM

az MDD-ben szenvedő betegek 75%-ánál jelen van.¹

FÁRADTSÁG

az MDD-ben szenvedő betegek >90%-ánál jelen van.²

KONCENTRÁCIÓS NEHÉZSÉGEK

a 3. leggyakoribb tünet MDD-ben.³

MDD - major depresszív zavar

Irodalom:

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.

DULSEVIA. KEZELJE A DEPRESSZIÓBAN FENNÁLLÓ EGYENSÚLYZAVART.



CLINICALLY
PROVEN

A Dulsevia hatásosságát és biztonságosságát négy klinikai vizsgálat igazolta, több mint 2000 beteg bevonásával depresszió, szorongás és/vagy diabéteszes perifériás neuropátiás fájdalom esetén.¹⁻⁴

82%

A betegek 82%-ánál javult a klinikai állapot* 8 hetes kezelés után.¹

53%

53%-os fájdalomintenzitás-csökkenés** a Dulsevia alkalmazásával.¹

80%

A vizsgálok 80%-a elégedett vagy nagyon elégedett volt a Dulsevia mindennapi funkcionálásra, a fáradtság csökkenésére és a koncentrációra gyakorolt hatásával.²

3,5%

A betegek több mint 85,8%-ánál nem jelentettek nem-kívánatos eseményt. A betegek mindössze 3,5%-ánál jelentkeztek ok-okozati összefüggésbe hozható mellékhatások 8 hetes kezelés után.¹

* CGI-I – Klinikai összbemérés - Javulás értékelő skálával mérve

** VAS – vizuális analóg skálával mérve

Irodalom:

1. Radovanović M, Pišljak M, Barbić-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, Barbić-Žagar, Vrzal 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, Rozsa S, Dome P et al. A Real-World, Prospective, Multicenter, Single-Arm Observational Study of Duloxetine in Patients With Major Depressive Disorder or Generalized Anxiety Disorder. 2021; *Front. Psychiatry* 12:689143. 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. ESET



Dr. Arno Kirsch

Saarlouis
Németország

PSZICHIÁTERHEZ TÖRTÉNŐ BEUTALÁS

Az 55 éves, középkorban dolgozó villanyszerelő, aki egyedül él, 2010-ben először panaszkodott arra, hogy fél bemenni dolgozni, depressziós, kedvetlen, a munkán kívül más dolgok iránt érdektelen, társas kapcsolataiból visszahúzódott, valamint súlyos tenziós fejfájástól és erős vállfájdalomtól szenved. Emellett tartós elalvási és átalvási nehézségei is voltak. A betegnek korábban nem volt depressziós betegsége, viszont korábban jóindulatú fasciculatio miatt kezelték fertőzést követően, valamint benignus helyzetű vertigo miatt. A neurológiai vizsgálat és a vérvizsgálatok normálisak voltak. Nyak- és vállmerevség, normális mágneses rezonancia angiográfia (MRA). Korábbi depressziós epizód nem szerepelt az anamnézisben, pozitív családi anamnézis (az apa depresszióban szenvedett). Az első depressziós epizód, szomatikus tenziós fejfájás, intermittáló helyzetű vertigo diagnózisa. Remisszió pszichoterápiával és kognitív viselkedésterápiával (CBT). 2013-ban egy fertőzést követően ismét alvászavar, szorongás és depresszív hangulat jelentkezett. Teljes remisszió 50 mg opipramol és CBT kezelés után. 2023-ban a tünetek kiújulása nagyon rossz hangulattal, félelmekekkel, nyomott hangulattal, kedvetlenséggel és örömtelenséggel stresszes és túlterhelt helyzetekben, energiavesztéssel.

A BETEG TÜNETEI ÉS PANASZAI

Mentálisan éber, tudata tiszta, teljesen orientált, kognitív vagy egyéb tekintetben, affektív szempontból depressziós, pszichomotorosan feszült, produktív tünet nincs, szuicidalitás nincs. Vény nélkül kapható altatókat szed, alvása azonban nem javult. Ágyéki gerincpanaszok és váll-kar fájdalom, kiegészítő fájdalomterápiával.

A BETEG FUNKCIONÁLÁSA

A beteg funkcionálása jelentősen csökkent azokon a területeken, amelyek életmódja szempontjából különösen fontosak, mind a munkaképesség, mind a szabadidős tevékenységek – különösen a sport – tekintetében.

DÖNTÉS A DOLUXETIN-KEZELÉS MEGKEZDÉSÉRŐL

vezettek be napi 60 mg dózisban. Mivel az insomniát a vény nélkül kapható altatók szedése után is fennállt, a májenzimek ellenőrzése követően kiegészítőleg agomelatin 25 mg-ot írtak fel. Kiegészítő fájdalomterápiát vezettek be a váll- és ágyéki gerincfájdalom kezelésére.

A BETEG KEZELÉSRE ADOTT VÁLASZA

4 hét elteltével az alvászavarok javultak, és az agomelatin elhagyták. A fájdalomtünetek ingadozása miatt a duloxetin dózisát napi 90 mg-ra emelték. A napi 90 mg duloxetinnel végzett 6 hetes kezelés követően a depresszió teljes remissziója, az ismételt teljes munkaidős munkaképesség és a kiegészítő sporttevékenységek – például fitneszedzés – megvalósultak. A duloxetin dózisát ezt követően ismét 60 mg-ra csökkentették egyéves fenntartó dózisként. Azóta nem számoltak be fejfájásról, váll- és gerincfájdalomról. A beteg egyik dózis mellett sem – 60 és 90 mg/nap – számolt be a duloxetinterápiával összefüggő mellékhatásról.

A SZERKESZTŐ MEGJEGYZÉSE

A beteg korábban is szenvedett hangulatzavarok kombinációjától, különösen fáradtságtól, a társas kapcsolatoktól való visszahúzódástól és fájdalomtól. Funkcionálását az insomniát is rontotta. Amikor a harmadik epizód 13 évvel az első epizód után elkezdődött, a duloxetin-terápiát azonnal, 60 mg kezdő dózisban vezették be, és rövid ideig egy másik antidepresszánt is alkalmaztak az igen zavaró insomniát kezelése érdekében. A depressziós és fájdalomtünetek 90 mg duloxetin mellett kerültek remisszióba. A duloxetin magas dózisát legalább egy bizonyos ideig mérlegelni kellett. A többi tünet javulása mellett a beteg fizikailag is javult, ami lehetővé tette számára a sportolást.

Maja Rus-Makovec

8. ESET

PSZICHIÁTERHEZ TÖRTÉNŐ BEUTALÁS

A 49 éves nő, középiskolai végzettséggel, aki férjével és lányával egy kényelmes lakásban él, az elmúlt két hónapban munkaképtelen volt. Nem specifikus fájdalomszindrómákra (fejfájás, derékfájás) ketoprofént és paracetamolt szed. A nyaki gerincszakaszon csak enyhe degeneratív folyamatokat találtak. Családorvosa úgy vélte, hogy a fájdalom a depresszió testi tünete, ezért pszichiáterhez utalta.

A BETEG TÜNETEI ÉS PANASZAI

Az elmúlt hat hónapban a beteg gyengének, fáradtnak érezte magát, gyakori fejfájása, nyak-, váll- és hátfájása volt, amelyeket a munkahelyi és otthoni felelősségek fokozódásának tulajdonított. Rámutatott a fokozatosan kialakuló rossz alvásra, a reggeli fáradtságra, a mindennapi tevékenységekhez szükséges akarat és motiváció hiányára, a kifejezett koncentrációhiányra, az étvágytalanságra. Az elmúlt három hónapban hangulatromlásról, irritabilitásról és feszültségről számolt be a csaknem mindennapos fájdalom miatt. A beteg anamnézisében szomatoform zavar, valamint enyhe depressziós zavar szerepelt, amelyet sulpiriddel, benzodiazepinokkal (BZD) és szelektív szerotonin-visszavétel gátlóval (SSRI) kezeltek. Mindkét esetben megszakította a kezelést, mivel jól érezte magát. Klinikai leletek/Pszichológiai státusz: meglassult gondolatmenet, a bemutatás időszakos megszakadása sírás miatt, adinámia, látható depresszió. Fájdalomszindrómákra való hajlam. Figyelem-hipovigilancia, dekoncentráció, teljes funkcionalitásvesztéssel. Anergia, hipobulia, inappetencia, kombinált típusú insomnia, a szexuális vágy elvesztése, a társas kapcsolatok jelentős csökkenése. Alacsony szuicid rizikó. Klinikai értékelés: Hamilton depresszió akála (HDRS) 19, Beck depresszió kérdőív (BDI) 36, Klinikai összbemérés - Súlyosság skála (CGI-S) 6 és Numerikus értékelő skála (NPRS) 8.

A BETEG FUNKCIONÁLÁSA

A tünetek kialakulásával, különösen a fáradtság, gyengeség, gyakori fejfájás és letargia miatt egyre kevésbé vesz részt aktívan a munkához és az otthoni élethez kapcsolódó mindennapi tevékenységekben, de a tágabb társadalmi részvételben is. Feszültebbé és szorongóbbá válik, nincs türelme másokhoz, vagy a beszélgetések során jelen sincs igazán. A koncentrációhiány és az energiahány gyakran vezet munkával kapcsolatos hibákhoz.

DÖNTÉS A DOLUXETIN-KEZELÉS MEGKEZDÉSÉRŐL

A depressziós epizód súlyossága, a bizonyított fizikai ok nélküli funkcionális fájdalmas tünetek intenzitása és gyakorisága, a korábbi, antidepresszánsokkal végzett nem teljes kezelés, a klinikai tapasztalat és az irodalmi bizonyítékok alátámasztották azt a döntést, hogy a kezelést duloxetinnel, Dulseviával kezdjük, fokozatos titrálással kétévente 30 mg-ról napi 120 mg-ra emelve. Emellett trazodont is kapott, amelyet retard 150 mg-ra titráltak, valamint alprazolamot (0,5 mg), omega-3 zsírsavakat (1 000 mg) és szükség esetén paracetamolt (500 mg) szedett. Személyre szabott kognitív viselkedésterápiában (CBT) is részesült; együttműködtünk a családorvosi teammel.

A BETEG KEZELÉSRE ADOTT VÁLASZA

Három hét után (duloxetin 60 mg, trazodon 150 mg): rendezett alvás, kezdeti hangulatjavulás, a fájdalmas tünetek enyhébbek és ritkábbak, részben érdeklődik az egyszerű rutinok iránt, részt vesz a szűkebb társas körben (család), de továbbra is fennáll a hypobulia, étvágytalanság, energiahány, szorongás és jelentős koncentrációhiány. Hat hét után (duloxetin 120 mg, trazodon 150 mg): ritka enyhe fájdalmak, jó hangulat, aktívabb a mindennapi életben, magabiztosabb, részt vesz a tágabb társas körben, fizikailag aktívabb, alvása stabil, étvágya jó, némi testsúlynövekedéssel, ugyanakkor még nem kész a munkába való visszatérésre. 12 hét után (duloxetin 120 mg, trazodon 50 mg): fájdalommentes, hangulata stabil, aktívan részt vesz a mindennapi élet minden területén (munkába járás, teljes társas részvétel). Alkalmankénti CBT-beavatkozások, Krízisterv készült. Klinikai értékelés: HDRS 5, BDI 8, CGI-S 1, NPRS 0. További kezelési terv (út a teljes felépüléshez): duloxetin 120 mg monoterápia legfeljebb 12 hónapig, majd 60 mg legfeljebb 36 hónapig, pszichoterápiás beavatkozások az értékelés szerint. A kezelés kezdetétől a duloxetin jó tolerálhatósága volt megfigyelhető, átmeneti, nem ismétlődő, enyhe és várható mellékhatásokkal (hányinger, tachycardia, vertigo). A Dulsevia-val mint első választással végzett kezelés rendkívül hatékonynak bizonyult a recidiváló depressziós zavar és a kifejezett szomatikus/fájdalmas tünetek kezelésében és a betegek általános életminőségének javításában.

A SZERKESZTŐ MEGJEGYZÉSE

Ennek a betegnek sokféle fájdalomtünete volt, és korábban ambulánsan rövid ideig antidepresszánsal kezelték. A kiterjedt szomatikus vizsgálatok és a heteroanamnézis együttesen segítettek megérteni, hogy a depresszióhoz társuló funkcionális fájdalom tünetei súlyosak voltak. A tünetek a klinikai kép és a tapasztalatok mérlegelése, valamint a bizonyítékok alapján indokolták a duloxetin bevezetését. A beteg adekvát kezelést kapott, kezdetben kombinált terápiában. A farmakológiai hangsúly azon volt, hogy a kombinált terápiát fokozatosan el lehessen hagyni, és a kezelést napi 120 mg duloxetin monoterápiával lehessen folytatni. A korábban perzisztáló tünetek kezelése hatékony volt, és remisszióhoz vezetett.

Maja Rus-Makovec

Dr. Goran Račetović

Prijedor
Bosznia-Hercegovina

9. ESET



**Prof. Dr. Branko
Stefanovski, PhD**

Szkopje
Észak-Macedónia

PSZICHIÁTERHEZ TÖRTÉNŐ BEUTALÁS

50 éves nő, háztartásbeli, két felnőtt gyermekkel, középiskolai végzettséggel, emlőcarcinoma anamnézisével (műtét és kemoterápia két évvel ezelőtt). A kemoterápiát követően több különböző pszichiátert is felkeresett, és különféle antidepresszánsokkal kezelték (venlafaxin 37,5 mg naponta kétszer szulpirid 50 mg naponta kétszer vagy háromszor kombinációban körülbelül másfél hónapig, ezt követően egy hónapig amitriptilin 25 mg naponta kétszer vagy háromszor haloperidollal kombinációban, majd öt hónapon át szertralin 50 mg, szulpirid 50 mg és diazepam 2 mg naponta kétszer). Mivel az állapot nem javult, egy neurológus a kezelést napi kétszeri 75 mg pregabalinra és paracetamol/kodein kombinációra változtatta. Több hét után sem mutatkozott jelentős javulás.

A BETEG TÜNETEI ÉS PANASZAI

Heteroanamnézis a férjtől: „... Természeténél fogva vidám és társaságkedvelő nő, szorgalmas, sokat foglalkozott az otthonnal, de a mellműtétje óta már nem ugyanaz. Nincs benne öröm, megváltozott, csendesebb lett, hallgatag, sírós, otthon elvégzi a házimunkát, de már alig megy át a szomszédhoz kávézni, nem akar kimozdulni barátokhoz vagy családtagokhoz, vagy szombatoként kávézni és ebédelni menni – pedig ez korábban megszokott volt. A változás a kemoterápia után még kifejezettebb. A műtét miatt 6 havonta járunk rendszeres ellenőrzésre, és az eredmények jók ...” Önanamnézis: „... Nem vagyok ugyanaz a kemoterápia óta ... Sírhatnékom van, legszívesebben lefeküdnék, nehezemre esik ebédet készíteni. Nincs kedvem látni az unokáimat, fárasztó számomra, ha átjön a szomszéd kávézni, fárasztó beszélni, pihennem kell, egész nap feküdnöm kell. Eszem, az elmúlt 2 évben körülbelül 2 kg-ot fogytam ... Éjszaka alszom ... A reggel a legnehezebb számomra ... Nem tudom elkezdeni a napot ... megterhelő ... És estére megnyugszom ... este 6–7 óra után csökken bennem a nyugtalanság ... Jön az éjszaka ... Hú, jó, eltelt a nap ... Nincs fájdalom a testemben, csak olyan fájdalmat érzek, mint a tarkómban jelentkező feszülés vagy forróság ... Néha adtak paracetamolt vagy ketoprofent, de a fejem nem nyugodott meg ...”

A BETEG FUNKCIONÁLÁSA

Háztartásbeli, és háztartási feladatait nagy erőfeszítéssel végzi.

DÖNTÉS A DOLUXETIN-KEZELÉS MEGKEZDÉSÉRŐL

A depressziógátolt formájának klinikai képe. A kezdeményező-készség és a motiváció kifejezetten csökkent. A szorongás befelé irányul, nem a környezet felé. Különösen fontosak voltak a napi ingadozások, az álom minősége annak elemeivel együtt és a korábbi kezelések. Az első feladat az alvásminőség javítása volt, mivel az alvás rendezése reményt ad arra, hogy az állapot fokozatosan korrigálható. Duloxetint (Dulsevia 60 mg) vezettek be napi egyszeri adagolással négy napig, amikor az adagot 90 mg-ra emelték, kiegészítve esti egyszeri 5 mg olanzapinnal és napi egy-két alkalommal szükség szerint 0,25 mg alprazolammal.

A BETEG KEZELÉSRE ADOTT VÁLASZA

A 24 nappal későbbi kontrollvizsgálaton egyértelmű különbség mutatkozott az állapot javulásának irányában a kezdeményező-készség, a spontaneitás, az affektív válaszkészség és a napi ingadozás csökkenése tekintetében. A javulás jeleit maga a beteg is észlelte, a nap nagy részében jobban érezte magát, és aktívabb volt. Különösen a férje észlelte a kezelés hatását, és az a remény, amelyet korábban elveszített arra vonatkozóan, hogy a beteg visszatér korábbi önmagához, ismét kezdett visszatérni. Teljes remisszió azonban ekkor még nem következett be, reggelente belső nehézségérzést, nyugtalanságot tapasztalt, ezért a terápiát folytatták. A betegnek elmagyarázták, hogy a következő hetekben várhatóan sokkal jobban fogja érezni magát. Hangsúlyozták a kitartást és a reményt, hogy számára van gyógyulás, ami azt ígéri, hogy minden rendben lesz.

A SZERKESZTŐ MEGJEGYZÉSE

Súlyos szomatikus állapotok és kezelések – pl. kemoterápia – esetén előfordulhat, hogy nem vesszük észre a depresszió reaktív és szomatikus-gyulladásos etiológiájának kombinációját neuropátiás és egyéb fájdalomtípusokkal. A duloxetin bevezetése klinikailag fontos javulást idézett elő a depressziós és szorongásos tünetekben, valamint a szomatikus tünetekben is, és a benzodiazepin iránti igény jelentősen csökkent.

Maja Rus-Makovec

A BETEGEKNÉL A DULOXETIN VÉRKONCENTRÁCIÓJA VÁLTOZÓ!¹

Pozitív korreláció áll fenn a válasz és a duloxetin dózisa között: a **nagyobb dózisok magasabb válaszarányokkal** vannak összefüggésben.²

Irodalom:

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. A DEPRESSZIÓBAN FENNÁLLÓ EGYENSÚLYZAVART.



A Dulsevia **kemény kapszula gyomornedv-ellenálló, bélben oldódó pelleteket** tartalmaz, amelyek célja, hogy megakadályozza a hatóanyag lebomlását a gyomor savas környezetében.^{1,3}



✓ **A betegség súlyosságának nagyobb mértékű javulása** azoknál a betegeknél, akik **nagyobb dózisban** kaptak Dulsevia-t.²

	60 mg	90 mg
A CGI-S ÁTLAGOS ABSZOLÚT JAVULÁSA	1,5	1,9

✓ **Nagyobb elégedettség** a Dulsevia **koncentrációra, mindennapi funkcionálásra**, és **fáradtságra** gyakorolt hatásával azoknál a betegeknél, akik **nagyobb dózist** kaptak.²

Az elégedettségi arány relatív javulása a 2. és 3. vizit között:

	60 mg	60 mg → 90 mg
KONCENTRÁCIÓ	11,3%	19,7%
MINDENNAPI FUNKCIONÁLÁS	8,8%	21,5%
FÁRADTSÁG	7,0%	21,1%

CGI-S – klinikai összbemérés – súlyosság skála

Irodalom:

1. Dulsevia alkalmazási előírás (Szöveg ellenőrzésének dátuma: 2024. szeptember 10.) 2. Čelofiga A, Barbič-Zagar, 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. Shrivani D, Lakshmi PK, Balasubramaniam J. Preparation and optimization of various parameters of enteric coated pellets using the Taguchi L9 orthogonal array design and their characterization. *Acta Pharmaceutica Sinica B* 2011; 1 (1): 56-63.

10. ESET



**Prof. habil.
Dr. Virgil Radu
Enatescu, PhD**

Temesvár
Románia

PSZICHIÁTERHEZ TÖRTÉNŐ BEUTALÁS

A beteget először 2017-ben utalta be családorvosa ambuláns pszichiátriai konzultációra. Szorongásos és depressziós tünetei voltak fájdalmas tünetekkel társulva, és kezelésben részesült. Amikor a nővére meghalt, tünetei súlyosbodtak, ami hat hónapig tartott. 2018-ban került először kórházi felvételre. A depressziós és fájdalmas tünetek kombinációja alapján mirtazapint vezettek be; a kezdeti napi 30 mg-os dózist később 45 mg-ra emelték, és elbocsátás után is fenntartották. A beteg klinikai képe intermittálisan jelentkezett (recidívák részleges remissziókkal váltakozva). 2021-ben önkéntesen másodszor is kórházi felvételre került kevert szorongásos és depressziós hangulat, valamint több fájdalmas tünet miatt..

A BETEG TÜNETEI ÉS PANASZAI

Depressziós hangulat, örömhány, csökkent spontaneitás, kezdeményező-készség és érdeklődés, aggodalmaskodás, alacsony önértékelés, pesszimizmus, alacsony energiaszint, öröm hiánya szinte minden tevékenységben, fáradtság, nyugtalanság, értéktelenségérzés, túlzott büntudat, önleértékelő gondolatok, alacsony önértékelés, insomnia, rossz koncentráció, másodlagos hipomnézia, végrehajtó funkciózavarok, társas visszahúzódság, valamint számos fájdalomtünet, mint fejfájás, hátfájás, vertigo, generalizált myalgia, hányinger, verejtékezés, mellkasi és hasi fájdalom. A klinikai képet nem lehetett jobban megmagyarázni más pszichiátriai zavarokkal, általános orvosi állapottal vagy pszichoaktív szerekkel. A pszichodiagnosztikai vizsgálat azt mutatta, hogy a beteg olyan személy, akinek szüksége van az elismerésre és jóváhagyásra, affektív labilitással, némi impulzív jeggyel és lehetséges thymicus oszcillációra való hajlammal; jelen voltak depressziós és szorongásos indexek; valamint organikus károsodás néhány finom jele.

A BETEG FUNKCIONÁLÁSA

A beteg vidéken él férjével, megfelelő állapotban fenntartott házban. Középsiskolai végzettséggel rendelkezik, és 47 éves koráig dolgozott. Felvétele idején egészségi okból (major depresszív zavar) már nyugdíjas volt, rokkantsági ellátásban részesült. A depressziós és fájdalmas tünetek negatívan befolyásolták a mindennapi tevékenységeket, így a háztartásvezetést, a főzést, a számlák befizetését stb. Családon belüli és társas kapcsolatai a

premorbid időszakhoz képest jelentősen csökkentek. A Sheehan korlátozottsági skála (SDS, 0–10) a funkcionalitás károsodását mutatta, 9 pontos értékkel a munka, és 8 pontos értékkel mind a társas élet vagy szabadidős tevékenységek, mind az otthoni élet vagy családi felelősségek terén.

DÖNTÉS A DOLUXETIN-KEZELÉS MEGKEZDÉSÉRŐL

A beteg napi 30 mg mirtazapint, 1 mg alprazolamot és 10 mg olanzapint szedett, részleges klinikai és funkcionális remisszió mellett. A kezelési terv duloxetinből (Dulsevia) állt napi egyszeri 30 mg dózisban, amelyet ezt követően 120 mg-ig titráltak, továbbá 7,5 mg zopiklonból lefekvéskor (insomnia kezelésére); napi 600 mg gabapentinből és napi 5 mg olanzapinból (az antidepresszánsok augmentációjára). Emellett pszichológiai tanácsadásban és relaxációs technikákban is részesült..

A BETEG KEZELÉSRE ADOTT VÁLASZA

A duloxetin kezdeti tolerálhatósága jó volt, mind a fájdalmas, mind a depresszióhoz kapcsolódó tüneteket csökkentette. A Hamilton depresszió értékelő skála (HAM-D 17, 0–52) alapján a depresszív hangulat, a munka és tevékenységek, a gátoltság, a szorongás, a szomatikus és általános szomatikus tünetek jelentősen javultak (felvételnél 20 pont, elbocsátáskor 10 pont), a súlyosság klinikai összbenyomása (CGI-S, 1–5) pontszáma pedig ≤ 2 volt (a mentálisan egészséges határán vagy annál jobb). A gátoltság csökkenése korrelált a kognitív és energiaszinttel kapcsolatos tünetek javulásával. A Vizuális analóg skála (VAS, 1–10) jelentős javulást mutatott fejfájás, hátfájás és generalizált fájdalom tekintetében. Az SDS pontszámok dinamikája a beteg funkcionális remisszióját igazolta. A hat és tizenkét hónappal későbbi kontrollviziteken a klinikai és funkcionális remisszió fennmaradt.

A SZERKESZTŐ MEGJEGYZÉSE

A beteg kombinált terápiában részesült volt a tünetek kombinációja és etiológiájuk miatt (reaktív, pszichoorganikus, vulnérabilis személyiség, fájdalom és funkcionális fájdalom több organikus szinten stb.). A minőségi ugrást azonban a kellően magas dózisban alkalmazott duloxetin hozta meg. Tekintettel a funkcionális fájdalomtünetek jelentős mértékére és a depresszió kifejezett szomatikus tüneteire, pl. fáradtságra, a beteg által elért remisszió duloxetin nélkül nem lett volna várható.

Maja Rus-Makovec

11. ESET



**Prof. Dr. Igor
Oleychik**

Moszkva
Oroszország

PSZICHIÁTERHEZ TÖRTÉNŐ BEUTALÁS

45 éves korban a menopauzát követően szorongás, hőhullámok és rossz alvás jelentkezett – a beteg 2 hónapon át 10 mg amitriptilint szedett, jelentéktelen hatással. 57 éves korában pszichiátert keresett fel szorongás, insomniá, irritabilitás panaszokkal. Napi 75 mg venlafaxin szedését kezdte meg, amely után állapota romlott, szorongása fokozódott, arra panaszkodott, hogy „belül minden remeg”, gyakran érzett vizeleti ingert, és kategorikusan elutasította a gyógyszer további szedését. Később égő, vándorló fájdalmak alakultak ki különböző ízületekben, nem-szteroid gyulladásgátlókat szedett, jelentős hatás nélkül. Rokonai sürgető rábeszélése után elment a Mentálhigiénés Kutatóközpont ambulanciájára.

A BETEG TÜNETEI ÉS PANASZAI

5 éves kórelőzmény. Panaszok: égő ízületi fájdalom, „az egész testben jelentkező forróság”, insomniá, kifejezett szorongás a legkisebb alkalomra is, kellemetlen testi érzések, ingerlékenység, sírás, konfliktus családtagokkal.

A BETEG FUNKCIONÁLÁSA

Életkoránál jóval idősebbnek tűnik. Feszült, szorongó, kissé gyanakvó. Rendkívül hipohonder, mentális állapotára fixálódik, figyelme teste legkisebb érzéseit is. Égő ízületi fájdalomra, „az egész testben jelentkező forróságra”, síróságra, ingerlékenységre, kifejezett szorongásra, insomniára panaszkodik. Hallucinatoros-deluzív tünetek, szuicid gondolatok nem voltak kimutathatók. Az állapottal kapcsolatos kritikája rendkívül formális, fél bármilyen gyógyszert bevenni, mert úgy hiszi, hogy azok „anafilaxiás sokkot okozhatnak”.

DÖNTÉS A DOLUXETIN-KEZELÉS MEGKEZDÉSÉRŐL

Diagnózis: Recidiváló depressziós zavar, aktuális epizód közepes súlyosságú (F3310); krónikus szomatiform fájdalomzavar (F4540); kezelésként napi max. 30 mg mirtazapint éjszakára és max. 10 mg alimemazint indítottak. Valamelyest nyugodtabbá vált, alvása javult, de továbbra is minden alkalommal a tükörhöz rohan, hogy megnézzé, jelentkezett-e allergiás kiütés. Reggelente alaposan ellenőrzi, nem duzzadtak-e meg a lábai. A konzultáción ismételt elmondja, hogy bármilyen tablettát fokozza szorongását, agítatlá teszi, egész teste forrónak érződik, és szeretne körbeszaladni a szobájában. Megjegyzi, hogy „nyugtalan láb szindróma” miatt nem tud aludni, éjszaka sokszor felébred a „zuhanás” érzése miatt. Bármilyen esemény előtt (boltba menés, a ház elhagyása, különösen orvoshoz menés) pánikot él át, kifejezett ingerlékenységet észlel, és konfliktusai vannak a férjével. A 25 mg agomelatin adagolásának kísérlete is fokozott szorongást okozott. Duloxetint (Dulsevia 60 mg) írtak fel, az adag fokozatos emelésével napi 120 mg-ig.

A BETEG KEZELÉSRE ADOTT VÁLASZA

Az állapot gyorsan, 2 héten belül javult, sokkal nyugodtabbá vált, az ízületi fájdalom szinte megszűnt, csakúgy mint a kellemetlen testi érzések, kapcsolata a férjével javult, a dühkitörések szinte megszűntek, a hőhullámok csökkentek. Katamnézis: ezt követően 5 éven át 90 mg duloxetint szedett. Stabil, kiegyensúlyozott, sőt javult hangulat volt megfigyelhető, a fájdalom gyakorlatilag megszűnt. Általánosságban sokkal aktívabbá, vidámabbá vált, örömet leli a házimunkában, a férjével való konfliktusok gyakorlatilag megszűntek. Megjegyzi, hogy a sok éven át tartó „depresszió” végre véget ért. Jelenleg éjszakánként 30 mg duloxetint szed.

A SZERKESZTŐ MEGJEGYZÉSE

Ennél a betegnél hosszabb ideje alakult ki a szorongás és depresszió képe, de a gyógyszereket elutasította egészen addig, amíg rokonai rá nem beszélték, amikor egyidejű fájdalomtünetek is kialakultak. A duloxetin bevezetése előtt más gyógyszereket, köztük antidepresszánsokat is fokozatosan vezettek be. A beteg ugyanis a teljes körű ellátás során győzte le a gyógyszerekkel szembeni averzióját. Míg más szerekek a remisszió gyenge volt, a duloxetin, a Dulsevia bevezetése előbb 60 mg, később napi 120 mg dózisban jelentős javulást eredményezett egészségi állapotában. A duloxetint sokkal jobban tolerálta, mint a korábban szedett antidepresszánsokat. Amikor a szorongásos-depressziós tünetek és a fájdalom rendeződtek, az otthoni kapcsolatok is javultak.

Maja Rus-Makovec

12. ESET



Dr. Jozef Dragašek,
PhD, egyetemi
adjunktus

Kassa
Szlovákia

PSZICHIÁTERHEZ TÖRTÉNŐ BEUTALÁS

A beteget (52 éves nő) háziorvos és neurológus utalta pszichiáterhez. A háziorvosi beutalás fő indokai a depressziós hangulat, a pszichoszociális diszfunkció a munkahelyi jelenléti, de nem teljesítő működés (presenteeism) formájában, a háztartás fenntartásának képtelensége, az energiavesztés és a motiváció hiánya voltak. A neurológusi beutaló szerint a vezető panaszok a krónikus cephalea, a cervicobrachialis szindróma és az enyhe kognitív zavar voltak.

A BETEG TÜNETEI ÉS PANASZAI

A beteg 2–3 hónapja fennálló alacsony hangulatra panaszkodott, amely kimerültségérzéssel, ürességérzéssel, napközbeni fáradtsággal és az életöröm elvesztésével társult, emellett hangsúlyosabb fejfájással, nyaki hátfájdalommal és étvágytalansággal. A beteg kételkedni kezdett önmagában, pesszimistának érezte magát, és elveszítette érdeklődését korábbi hobbijainak többsége iránt. Félt attól, hogy valami rossz történik családtagjaival, és problémái voltak a koncentrációval és az új dolgok megjegyzésével.

A BETEG FUNKCIONÁLÁSA

A beteg elkezdte elhanyagolni a háztartást; nem volt elég energiája a rutintevékenységekhez, például a bevásárláshoz, a főzéshez vagy a takarításhoz. Több családi és baráti találkozót is lemondott, arra hivatkozva, hogy erős fejfájása vagy hátfájása van. A munkában nagyon lelassult, és sokkal hosszabb időre volt szüksége a feladatok befejezéséhez; az utóbbi napokban ugyan bement dolgozni, de nem tudta rávenni magát az elvégzendő munka elvégzésére. Emiatt nagyon bűnösnek kezdte érezni magát, ezt saját alkalmatlanságának vagy inkompetenciájának tekintette. Észrevette, hogy az energiahiány és a fájdalom fokozódása miatt a sportolást is elkezdte kerülni, holott úgy érezte, hogy ez mindig jó hangulatban és jó állapotban tartotta őt.

DÖNTÉS A DOLUXETIN-KEZELÉS MEGKEZDÉSÉRŐL

A beteg korábbi depressziós epizódja során venlafaxinkezelést kapott, amelynek hatásossága elégtelen volt, és a magasabb dózisokat (150 mg/nap felett) rosszabbul tolerálta. A közelebbi epizódok során (8 évvel ezelőtt) citaloprámot és mirtazapint kapott, de a kezelés alatt reziduális depressziós tünetek és fájdalomtünetek fennmaradtak. A beteg jó terápiás eredményt ért el milnaciprannal. A duloxetine választásának fő oka a klinikai tünettani kép volt, az inhibált depresszió, az energiahiány és a krónikus hátfájás dominanciájával. A duloxetine, Dulsevia kezdő dózisaaként 30 mg-ot választottak, lassú, 6 hét alatt végzett titrálással napi 120 mg-os adagig, két részre osztva.

A BETEG KEZELÉSRE ADOTT VÁLASZA

Az antidepresszánsok korábbi rosszabb tolerálhatósága miatt csökkentett dózissal duloxetinnel kezdték a kezelést. A 30 mg-os dózist jelentősebb nehézség nélkül tolerálta, majd a fokozatos dózisémelés enyhe, átmenetileg jelentkező hányingert okozott, amely például gyömbérteával jól kezelhető volt. A nehézségek csak átmenetiek voltak, és a beteg minden különösebb gond nélkül átvészelte a magasabb dózissra való átállást. Az első 2 hétben a pszichomotoros aktivitás és a motiváció egyértelműen javult, és a beteg hangulata, valamint a mindennapi tevékenységekben való részvétele élénkebbé vált. Egy hónap alatt a beteg jelentős fájdalomcsökkenésről számolt be, amelyet jelenleg már nem tapasztal. A kezelés pozitív másodlagos hatása volt a stresszinkontinencia jelentős enyhülése, amelyet a beteg spontán nem említett addig, amíg a panasz meg nem szűnt. Pozitívan értékeltük a kognitív deficit módosulását is. A beteg korlátozás nélkül folytatta tanári munkáját, és újra örömet lelte a csapatsportokban való részvételben.

A SZERKESZTŐ MEGJEGYZÉSE

A beteg háziorvosa és neurológusa külön-külön egyaránt felismerte a hangulati és kognitív problémákat, valamint a fájdalmat. A pszichiáter felismerte a kapcsolatot a tünetek és a hangulatzavarok más fontos jelei, pl. anhedónia és szorongás között. A beteg életének minden fontos területén kudarcot vallott, a fájdalom miatt tartózkodott a fizikai aktivitástól, holott ez az ilyen tünetek leküzdését célzó átfogó segítség egyik szerves eleme. A tünetek összetettsége és az antidepresszánsok múltbeli nem túl hatékony alkalmazása miatt ésszerű volt a terápiát magasabb dózissra tervezni, és azt fokozatosan 2 x 60 mg-ra titrálni. Annak ellenére, hogy 60 mg duloxetine-kezeléssel indítva kevesebb mellékhatás várható, ésszerű a terápiát 30 mg-mal kezdeni azoknál a betegeknél, akik vonakodnak elfogadni a gyógyszert.

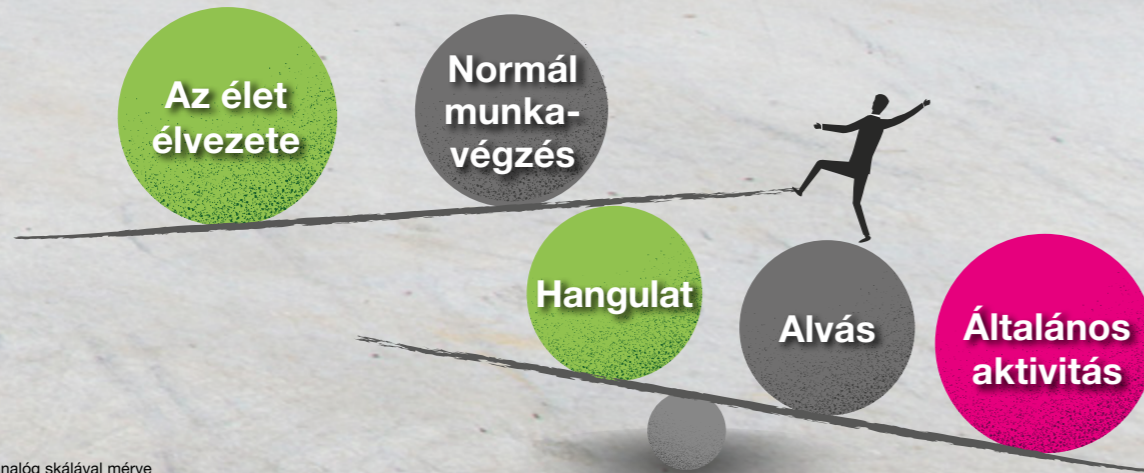
Maja Rus-Makovec

A DIABÉTESZES BETEGEK AKÁR 1/3-A FÁJDALMAS DIABÉTESZES PERIFÉRIÁS NEUROPÁTIÁBAN SZENVED.¹

A PDPN-ben szenvedő betegek átlagos fájdalomintenzitási pontszáma **10-ből 5**, ami **jelentős napi szenvedésre** utal.²



A PDPN a betegek életének számos területét érinti:²



*VAS – vizuális analóg skálával mérve
PDPN – fájdalmas diabéteszes perifériás neuropátia

Irodalom:

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. AKTIVÁLJA A HATÉKONY PDPN ENYHÜLÉST.

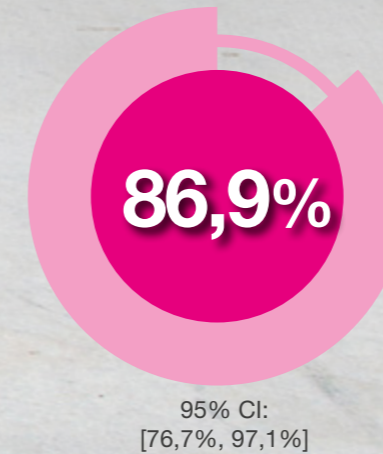


A betegek csaknem **90%-ánál a fájdalom klinikailag jelentős* javulása** következett be¹



A Dulsevia **javítja a hangulatot** PDPN-ben szenvedő betegeknél.²

Dulsevia kar
(n = 102)



A klinikailag jelentős javulást* elérő betegek aránya a 24h-API tekintetében 12 hét után

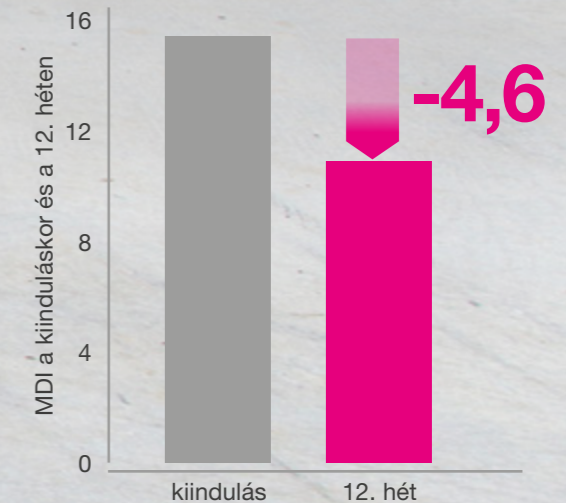
PDPN – fájdalmas diabéteszes perifériás neuropátia, VAS – vizuális analóg skála, 24h-API – átlagos fájdalomintenzitás az elmúlt 24 órában, CI – konfidenciaintervallum, MDI – major depression inventory

A PDPN-ben jelentkező fájdalom javulása akkor tekinthető klinikailag jelentősnek, ha a PDPN átlagos fájdalomintenzitásának az elmúlt 24 órában (VAS-szal mérve) a kiindulási szinthez (baseline) képest legalább 30%-os csökkenése következik be ÉS/VAGY ha a PDPN átlagos fájdalomintenzitása az elmúlt 24 órában (VAS-szal mérve) a vizsgálat végén (12 hét után) nem haladja meg a 30 mm-t.

Irodalom:

1. 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. 2. Rakusa M, Marolt I, Stevic 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.

Abszolút csökkenés a
Major depresszió kérdőív
értékében a kiindulási állapottól a 12. hétig.



13. ESET



Dr. Mariya Dimitrova,
egyetemi docens

Szófia
Bulgária

REFERRAL TO A NEUROLOGIST

A 40 éves férfit neurológiai konzultációra utalták mindkét alsó végtag zsibbadásának, valamint járás közben jelentkező fájdalomnak és gyengeségnek a panaszával. A betegnek nyaki fájdalma is volt, a jobb kéz negyedik és ötödik ujjának zsibbadásával. A panaszok körülbelül egy éve álltak fenn. A beteg anamnézisében 5 éve fennálló II-es típusú diabetes mellitus szerepelt. Diabéteszkezelése kezdetben per os gyógyszereket tartalmazott, amelyeket később liraglutidra cseréltek. Jelenleg a beteg szemaglutidot kap. Endokrinológusa neurológus felkeresését javasolta panaszai miatt.

A BETEG TÜNETEI ÉS PANASZAI

A betegnél a következő vizsgálatokat végezték el: a nyaki gerinc mágneses rezonanciás vizsgálata, amely C5-C6 porckorongsérvet mutatott jobb oldali intraforaminális stenosis következményével, valamint elektromiográfia, amely demyelinisatiós perifériás idegkárosodást igazolt az alsó végtagokban, továbbá enyhe jobb oldali C5-C6 gyökkárosodást.

A BETEG FUNKCIONÁLÁSA

A beteg égő fájdalomra panaszkodott az alsó lábszárakban és a lábfejekben, amely különösen éjszaka volt zavaró. E tünetek miatt szájon át alkalmazott magnéziumkészítményeket, valamint magnéziumtartalmú gélt használt, azonban ezek hatása csekély volt, ha egyáltalán volt. A beteg életminősége a nem megfelelő alvásidő és a rossz alvásminőség miatt romlott. Szoftvermérnöki munkája miatt nem volt lehetősége arra, hogy folyamatosan mozogjon, és a lábait nehéznek és fájdalmasnak érezte. Amióta a hátfájdalom és a kézfájdalom is elkezdődött, a beteg mindennapi tevékenységeit ez tovább rontotta. A fájdalmat a vizuális analóg skálán (VAS, 0–10) 9-esnek értékelte.

DÖNTÉS A DOLUXETIN-KEZELÉS MEGKEZDÉSÉRŐL

A beteg alfa-liponsav kezelést kezdett (kezdetben 7 napig intravénásan, majd orális formában); emellett egy hónap alatt fokozatos dózisémeléssel gabapentinkezelést indítottak. Az elégtelen eredmények miatt a terápiát napi egyszeri 60 mg duloxetinre, Dulseviára változtatták, és kiváló klinikai eredményt értek el..

A BETEG KEZELÉSRE ADOTT VÁLASZA

1 hónap Dulsevia-kezelés után a beteg a fájdalomintenzitás csökkenéséről számolt be a VAS-on, amely 2 volt. A beteg életminősége drámaian javult, panaszai fokozatosan megszűntek, ami tartósan jó éjszakai alvást és kedvező munkahelyi hatásokat eredményezett. A beteg kezelésre adott válasza jó tolerálhatóságot mutat, és hosszú távon folytatni fogja a készítmény szedését.










A SZERKESZTŐ MEGJEGYZÉSE

Ez a perifériás neuropátiában szenvedő beteg súlyos alvászavarral is küzdött, ezért intellektuálisan megterhelő munkájában kevésbé volt hatékony. A beteg 60 mg dózisú duloxetint, Dulseviát kapott, amely kellően magas volt ahhoz, hogy modulálja a fájdalmat és hatással legyen az alvászavarra is, nemcsak a fájdalom csökkentése, hanem az egyidejű hangulatzavarra gyakorolt kedvező hatás révén is. A beteg e két klinikai hatásnak köszönhetően ismét képessé vált munkája végzésére.

Maja Rus-Makovec

DULSEVIA® *duloxetin* 30 mg, 60 mg, 90 mg gyomornedv-ellenálló kemény kapszula

Javallat

	Kezdő napi dózis	Fenntartó napi dózis	Maximális napi dózis
Major depresszív zavar			
Diabetesez perifériás neuropathiás fájdalom			
Generalizált szorongás			

Készítmény megnevezése	Bruttó fogyasztói ár (Ft)	Emelt támogatási kategória (%)	Emelt támogatási összeg (Ft)	Térítési díj emelt támogatás esetén (Ft)	Indikációs pont - Eü90	Közgyógyon kiváltható-e
DULSEVIA® 30 mg gyomornedv-ellenálló kemény kapszula 30x	3 597	90	3 152	445	7/a3	✓
DULSEVIA® 60 mg gyomornedv-ellenálló kemény kapszula 30x	3 946	90	3 464	482	2/b, 7/a3	✓
DULSEVIA® 90 mg gyomornedv-ellenálló kemény kapszula 30x	6 095	90	5 196	899	2/b, 7/a3	✓

Az árak 2026. április 1-jétől érvényesek. A mindenkori árakkal kapcsolatos bővebb információt a NEAK honlapján - <http://neak.gov.hu/> - találhat.



A tájékoztató kizárólag egészségügyi szakemberek számára készült. A tájékoztató és az abban közölt információk illetéktelen felhasználásából eredő következményekért a gyártó magyarországi képviselése, a KRKA Magyarország Kft. nem vállal felelősséget. Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását! A hatályos alkalmazási előírás:



DULSEVIA®
https://ogyei.gov.hu/gyogyszera-datbazis&action=show_detail-s&item=113084;

DULSEVIA®

duloxetin
30 mg, 60 mg, 90 mg gyomornedv-ellenálló kemény kapszula

KEZELJE A DEPRESSZIÓBAN FENNÁLLÓ EGYENSÚLYZAVART



KLINIKAILAG IGAZOLT

4 klinikai vizsgálat, több mint 2000 beteg bevonásával.¹⁻⁴

KÖRNYEZETVÉDELLEM

A duloxetin optimalizált gyártása csökkentett környezeti hatással.⁵

Irodalom:

1. Radovanović M, Pišljak 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, Rozsa S, Dome P et al. A Real-World, Prospective, Multicenter, Single-Arm Observational Study of Duloxetine in Patients With Major Depressive Disorder or Generalized Anxiety Disorder. 2021; *Front. Psychiatry* 12:689143. 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 duloksetinijevoga 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. Cegecim, Sitemics (ePharma Market), Intellix, IQVIA, Apteekide inf. (Medicube), Sofdent, Proxima (Pharmstandart), ViOrtis 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.



NINCS EGYENSÚLY AZ ÉLETBEN
BELSŐ EGYENSÚLY NÉLKÜL,
AHOGY NINCS EGÉSZSÉG SEM
MENTÁLIS EGÉSZSÉG NÉLKÜL.

A Krka-nál Ön mellett állunk
mert megbízható gyógyszerekre van szükség,
amelyek támogatják az Ön munkáját abban,
hogy a lehető legjobb ellátást
nyújthassák betegeiknek.

ÖN MELLETT ÁLLUNK AZ EGÉSZSÉGÉRT



DULSEVIA®

 KRKA
www.krka.co.hu