

# Užívání návykových sedativ a hypnotik v České republice a syndrom závislosti na těchto lécích z pohledu konziliárního psychiatra

**MUDr. Martin Konečný**

Psychiatrická, psychoterapeutická a psychosomatická ordinace, Oblastní nemocnice Příbram

Problematika užívání návykových sedativ a hypnotik je v ČR obecně vnímána jako závažná, přesto nejsou k dispozici žádná relevantní data o počtu závislých a škodlivě užívajících pacientů. Chybí také údaje o spotřebě preparátů jak po skupinách, tak pokud jde o jednotlivé zástupce. V článku jsem se pokusil o provedení alespoň hrubého odhadu počtu pacientů závislých a škodlivě užívajících návyková sedativa a hypnotika na základě pravděpodobné spotřeby odvozené z dat o dodávkách jednotlivých preparátů. Stanovené výsledky jsem porovnal s údaji ze srovnatelných zemí. V druhé části textu jsem shrnul zkušenosti psychiatrického konziliáře, který se s uvedenou problematikou setkává na všech somatických odděleních oblastní nemocnice i v psychiatrické ambulanci. Stručně jsem také popsal modifikovaný léčebný postup, který vychází z doporučených postupů léčby závislosti na lécích, rozšiřuje ho však způsobem, který má zásadní vliv na efektivitu léčby včetně radikálního snížení počtu reladiv, jak potvrzují výsledky sledované skupiny, čítající stovky pacientů léčených v letech 2012–2016.

**Klíčová slova:** sedativa a hypnotika, spotřeba léků, syndrom závislosti, doporučené léčebné postupy, klonazepam.

## Consumption of addictive sedatives and hypnotics in the Czech Republic and addiction on these medicines from the consiliary psychiatric view

The issue of sedative and hypnotic addictive drugs is generally perceived as serious in the Czech Republic. However there are no relevant data on the number of dependent patients and patients with substances misuse. There are also no estimates of consumption of individual preparations and all benzodiazepines and Z-hypnotics as the only group corresponding to ICD-10 diagnoses under F13. In this article, I attempted to make a rough estimate of individuals with addiction or misuse of sedatives or hypnotics on the basis of probable consumption derived from data on deliveries of individual preparations. The results were compared with data from other countries. In the second part of the text, I summarized the experience of a liaison psychiatrist, who meets the issue crossover all the somatic departments as well as in out patient clinic. I have also briefly described a modified treatment that is based on the guidelines for treatment of addiction. Modified procedure has been extended in a way significantly increasing effectiveness of the treatment. It is confirmed by the results of the monitored group of hundreds of patients treated in 2012–2016 also by radical reduction in relapses.

**Key words:** sedatives and hypnotics, consumption of drugs, addiction, guidelines for treatment, clonazepam.

## Úvod

Ke zjištění počtu závislých nemocných a pacientů škodlivě užívajících návykové léky nelze využít údaje ze Zdravotnických ročenek ČR. Ty zahrnují výhradně případy, v kterých byla v jed-

nom roce diagnóza F13 stanovena pouze jako hlavní během ambulantního nebo nemocničního léčení (1). Hledal jsem proto alternativní způsob, jak stanovit alespoň přibližně počty pacientů škodlivě nebo závisle užívajících návyková

sedativa a hypnotika. Praktické (terapeutické) hledisko mne vedlo od přísné diagnostické diferenciace mezi závislými (F132) a škodlivě užívajícími (F131), protože zkušenost jednoznačně ukazuje, že závažné zdravotní problémy mají obě

skupiny nemocných. Šlo mi zejména o stanovení přibližného počtu symptomatických pacientů, kde užívání návykových sedativ či hypnotik představuje jednu z důležitých příčin obtíží, nebo je dokonce jejich hlavním etiologickým faktorem.

Vycházím z předpokladu ověřeného zkušeností, že benzodiazepinová anxiolytika i Z-hypnotika jsou podávána často v rozporu s léčebným doporučením, které jasně stanovuje dobu užívání těchto léků na několik týdnů. Návyková sedativa i hypnotika jsou nejčastěji lékaři (praktiky i specialisty) předepisována a pacienti užívána dlouhodobě – nejdříve nepravdělně, intervaly mezi dávkami se u nemocných postupně během let zkracují až do každodenního užívání, trvajících u starších pacientů i desítky let. Často pouze formální upozornění preskriptora na riziko rozvoje závislosti většina nemocných řeší tím, že si dávky snižuje na minimum v domněnku, že tak rozvoji závislosti zabrání.

Následné obtíže spojené se škodlivým užíváním si pak uživatelé většinou vůbec nespojují s návykovou medikací – nejsou schopni rozpoznat souvislost mezi krátkodobým pozitivním efektem užitého léku a následným zhoršením duševního nebo/i tělesného stavu, které nastává převážně až v časovém odstupu v závislosti na délce biologického poločasu (BT) dané látky a vede k dalšímu užívání, eventuálně i navyšování dávek. Nezřídka jsou pak tito nemocní vyšetřováni pro akutní symptomatiku s podezřením na závažné onemocnění (2). Často jsou i hospitalizováni, ať už interně, chirurgicky nebo neurologicky – obvykle pro polymorfní obtíže bez jasně organického nálezu (3).

Mezi nejčastější obtíže udávané nemocnými škodlivě nebo závisle užívajícími návyková sedativa i hypnotika patří: nespavost, úzkost, vnitřní chvění či třes, tělesné napětí (tlak na hrudi, bolesti břicha, méně často nucení na močení), bolesti svalů, zejména zad, bolesti hlavy, dále slabost, únava, nevykonnost, pokles nálady (3). Užívání sedativ a hypnotik dále zhoršuje různé obtíže, které se mohly rozvinout již před jejich zavedením a nezřídka byly i důvodem jejich léčebného podávání. Jde např. o zhoršení spánku, instability, vertiga, tinnitu, intrapsychické tenze ad.

## Metoda stanovení odhadu

Pro odhad počtu takovýchto uživatelů jsem zvolil databázi Státního ústavu pro kontrolu lé-

**Tab. 1.** Odhad počtu uživatelů BZD a Z-hypnotik

Odhad počtu uživatelů BZD a z-hypnotik	2011	2016
počet obyvatel ČR celkem	10 436 560	10 578 820
skupina obyvatel > 35	6 183 123	6 503 171
skupina obyvatel > 65	1 701 436	1 988 922
odhad počtu abuzérů celkem ze spotřeby	944 509	884 488
% abuzérů z celkového počtu obyvatel	9,05	8,36
% abuzérů přepočtené na skupinu > 35 let	15,27	13,60
% abuzérů přepočtené na skupinu > 65 let	55,51	44,47

čiv (SÚKL), která vyčísľuje dodávky jednotlivých preparátů od distributorů do lékáren. Databáze obsahuje počty dodaných balení jednotlivých preparátů, rozlišuje lékové formy a gramáže balení, udává přepočty na denní definované dávky (DDD) a přepočet DDD na počet obyvatel (5).

Pro stanovení odhadu jsem předpokládal, že dodaná léčiva jsou také spotřebována v České republice (pominul jsem tedy problém redistribuce) a že je možné zanedbat počty krátkodobých uživatelů, kteří by nutně odhad dlouhodobé spotřeby na základě dodaných balení snížili. Databáze totiž nepokřývá nelegální dodávky návykových léků na černém trhu, které představují pravděpodobně mnohem větší zkreslení v opačném směru a které je také nutné zanedbat, protože neexistují žádné odhady o množství takto (např. prodejem přes internet) dodaných a spotřebovaných návykových sedativ a hypnotik.

Se zpracováním dat mi velmi ochotně pomohli zaměstnanci SÚKL, PharmDr. Kamil Kalousek a MUDr. Helena Moravcová. Dr. Kalousek pro účely tohoto článku shromáždil veškerá data u jednotlivých látek z celé definované skupiny za posledních 5 let. Dr. Moravcová mi pomohla zjistit výše DDD jednotlivých látek (6), aby bylo možné provést přepočet na dodané mg u jednotlivých látek za rok a stanovit odhad jejich spotřeby v relaci s počtem obyvatel.

Jak vyplývá z výše uvedeného, po přepočtu jsem pro samotný odhad u jednotlivých látek použil vždy spíše nižší dávkování. Podle mé zkušenosti je totiž pacientů, kteří užívají vysoké nebo i extrémní dávky léků, menšina. Převažují nemocní „zobající“ nepravdělně nízké dávky např. Neurolu nebo Hypnogeny. Proto odhad vychází z nižšího dávkování pro die, které představuje pomyslný průměr mezi občasnými uživateli a uživateli vysokých dávek.

Samozřejmě lze namítnout, že takové zveřejnění zcela opomíjí např. krátkodobou spotřebu v nemocnicích, dále zanedbává ty

nemocné, kteří užívají jak sedativa, tak hypnotika nebo extrémní dávky těchto látek atd. Bez určitého zjednodušení by ale nebylo možné k jakémukoliv odhadu vůbec dospět. Jako kontrolu jsem proto použil výsledky zahraničních sledování ve srovnatelných zemích (západní Evropa, Kanada, Austrálie) (7, 8).

Pro stanovení odhadu jsem z logických důvodů zcela pominul jiné lékové formy než ty určené pro užívání per os (zahrnuty jsou jak tabletová, tak kapková forma). Do sledované skupiny jsem zařadil tato benzodiazepinová sedativa a hypnotika (v závorce za názvem látky jsou uvedeny DDD): klonazepam (8 mg), diazepam (10 mg), oxazepam (50 mg), bromazepam (10 mg), alprazolam (1 mg), cinolazepam (40 mg? DDD není definována, jde však o jediné doporučené dávkování), chlórdiazepoxid (30 mg), medazepam (20 mg), klobazam (20 mg), tofisopam (50 mg? DDD není definována, použil jsem obdobný postup jako u cinolazepamu) a midazolam (15 mg). Z-hypnotika jsou zastoupena jak zolpidemem (DDD je 10 mg), tak zopiclonem (7,5 mg).

Data jsem zpracoval pro každou látku zvlášť a výsledky převedl do přehledných tabulek (na vyžádání u autora, ukázky dále). Stanovil jsem procento uživatelů u jednotlivých látek a prostým součtem dospěl k odhadu procenta uživatelů celé skupiny návykových látek v populaci. Data o počtu obyvatel jsem čerpal ze Statistické ročenky ČSÚ (9).

## Výsledky odhadu a porovnání výsledků se zahraničními údaji

Analýza dat o dodávkách sledované skupiny léků z databáze SÚKL (soubor dat u autora) dovoluje předpoklad, že spotřeba návykových anxiolytik a Z-hypnotik v ČR mezi roky 2011 a 2016 v celkovém objemu mírně poklesla (Tab. 1).

Za sledované období vzrostly dodávky (a spotřeba?) klonazepamu (o 13%), zolpidemu (o 21%), zopiclonu (o 23%) a klobazamu (o 186%).

**Tab. 2.** Odhad spotřeby alprazolamu z dat SÚKL o dodávkách do lékáren v ČR

Alprazolam (DDD je 1mg)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
DDD celkem	29 997 370	28 065 120	27 093 663	26 594 955	26 044 398	25 790 333
mg za rok celkem	29 997 370	28 065 120	27 093 663	26 594 955	26 044 398	25 790 333
1 mg/pd/100	0,79	0,73	0,71	0,69	0,68	0,67
0,5 mg/pd/100	1,57	1,46	1,41	1,38	1,35	1,34
<b>0,25 mg/pd/100</b>	<b>3,15</b>	<b>2,92</b>	<b>2,83</b>	<b>2,77</b>	<b>2,71</b>	<b>2,67</b>

**Tab. 3.** Odhad spotřeby zolpidemu z dat SÚKL o dodávkách do lékáren v ČR

Zolpidem (DDD je 10mg)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
DDD celkem	59 502 528	60 466 517	63 793 485	69 740 360	72 647 600	72 259 560
mg za rok celkem	59 502 528	60 466 517	63 793 485	69 740 360	72 647 600	72 259 560
20 mg/pd/100	0,78	0,79	0,83	0,91	0,94	0,94
<b>10 mg/pd/100</b>	<b>1,56</b>	<b>1,57</b>	<b>1,66</b>	<b>1,81</b>	<b>1,89</b>	<b>1,87</b>
5 mg/pd/100	3,12	3,15	3,33	3,63	3,77	3,74

Trend v meziročních srovnáních je u všech čtyř látek výrazně vstoupný. Dodávky (a spotřeba?) ostatních látek buď stagnují nebo klesají.

Tabulky 2 a 3 uvádí příklad přepočtu údajů spotřeby alprazolamu a zolpidemu. Jde o nej-předepisovanější látky z celé skupiny. Tabulky prezentují kromě DDD a mg za rok přepočet uživatelů na 100 obyvatel pro 3 běžná dávkování. Z nich je zvoleno vždy jedno typické dávkování, které představuje pomyslný průměr mezi abuzéry vysokých dávek a občasnými uživateli. Pro alprazolam je zvoleno za takové „průměrné užívání“ dávkování 0,25 mg pro die, pro zolpidem 10 mg pro die. Přepočet na 100 obyvatel dává zároveň přímé procentuální vyjádření pro celou populaci. Alprazolam při tomto odhadu (pro dávkování 0,25 mg pd) užívalo v roce 2016 2,67 % obyvatel z celé populace ČR (pokles oproti roku 2011, kdy užívalo tuto látku odhadem 3,15 % obyvatelstva), zolpidem v r. 2016 užívalo tímto odhadem (pro dávkování 10 mg pd) cca 1,87 % (nárůst oproti odhadu 1,56 % v roce 2011).

Odhad počtu uživatelů tedy vychází vždy z jednoho dávkování, které je zvoleno empiricky (na základě pozorování a klinické zkušenosti) jako „průměrné“. Výsledné procento pro danou látku by tak mohlo být nižší i vyšší podle zvoleného dávkování. Jde skutečně o hrubý odhad a výsledný součet pro všechny látky je tak zatížen obrovskou chybou. Dává však možnost alespoň přibližné představy o počtu abuzérů v České republice. Hlavní výhodou této velmi nedokonalé metody je možnost porovnání s přesnějšími daty ze zahraničí.

Přepočty odhadovaného počtu uživatelů do věkových skupin zhruba i při určitém zkreslení odpovídají zahraničním sledováním ze srovnatelných zemí, kde se spotřeba pohybuje mezi

15 a 33 % v populacích nad 65 let (Skotsko 33 %, Francie 30 %, Kanada a Španělsko 20 %, Austrálie 15 %) (7, 8). Jde o země západního civilizačního okruhu s obdobným systémem zdravotnictví.

Bez přesnějších dat nelze potvrdit ani vyvrátit domněnku, že užívání návykových sedativ a hypnotik v ČR převažuje nad rozšířením těchto látek ve srovnatelných zemích.

### Modifikovaný postup léčby F13 užívaný v psychiatrické ordinaci Oblastní nemocnice Příbram

#### Sledovaná skupina

Skupina odléčených a dále sledovaných zahrnuje 332 pacientů, z toho 239 žen. Věkové složení v době zařazení v obou skupinách bylo 21–84 let. Do sledování byli zahrnuti nemocní, u nichž předchozí užívání (i nepravdivé) trvalo minimálně rok a působilo významné zdravotní obtíže (tj. takové, pro které nemocní vyhledali lékařskou pomoc). Délka užívání u úspěšně vyléčených se pohybovala od 1 do 41 let. Většina pacientů užívala návyková hypnotika a/nebo sedativa více než 10 let. Případy užívání delšího než 30 let nebyly ve sledované skupině výjimkou. Délka ambulantního léčení trvala od 6 do 42 měsíců.

#### Algoritmus pro léčbu závislosti používaný v psychiatrické ordinaci Oblastní nemocnice Příbram

Léčebný postup vychází z obecného doporučení pro vysazování benzodiazepinů (BZD) (10). Jde o postupnou redukci dávek. Dle doporučených postupů je možno u terapeutických dávek vysadit 50 % původní dávky rychle, dalších 25 % pomaleji a posledních 25 % ještě pomaleji. Běžná praxe – vysazování látky během 6–12

týdnů – končí dle mé zkušenosti téměř vždy recidivou a návratem k užívání původní látky.

Má praxe ukázala velmi dobré výsledky terapeutického postupu po převodu z krátkodobě či střednědobě působících BZD a Z-hypnotik na klonazepam, tedy BZD s relativně dlouhým BT – cca 50 hodin (4). Již po převodu na tuto látku a po nastavení substituční dávky dochází u nemocných k výraznému zlepšení spánku, odeznění příznaků zvýšené tolerance či již rozvinuté závislosti.

Následuje důkladná edukace zaměřená na motivaci k vysazení klonazepamu, seznámení s průběhem léčení, zahrnující zejména objasnění mechanismu obtíží, které se rozvíjí s narůstající tolerancí k látkám. Pro úspěch léčby je zásadní, aby nemocný porozuměl principu rozvoje tolerance a její souvislosti s algickými mechanismy (na podkladě svalových kontraktur, vazokonstrikce) a psychickými obtížemi.

Dalším důležitým faktorem dobré compliance nemocných je porozumění principu biologického poločasu, který vytváří latenci při výskytu odvykacích symptomů. Schopnost nemocných identifikovat obtíže jako důsledek snížení návykové látky považují pro úspěch léčby za klíčovou. U většiny nemocných je však nutné tuto dovednost během kontrolních vyšetření „trénovat“ (mám na mysli klinický rozhovor, v kterém s nemocnými rozebírám jednotlivé příznaky a jejich časový průběh v návaznosti na rozpis snižovaných dávek podle data).

Jen naprostá menšina nemocných vysazení odmítne (6 nemocných za 5 let sledování). Zásadní informací pro ně bývá sdělení, že léky, které užívají, mají výrazný nežádoucí dementogenní účinek (8, 11).

Po stabilizaci stavu převádím část dávky klonazepamu na kapkovou formu a tuto část

celkové dávky pro die redukuje extrémně pomalu o 1–3 kapky z týdenní dávky na základě přesného rozpisu (Tab. 4), který definuje dávku pro každý den v průběhu celého snižování. Nikdy nepostupují rychleji (ani u krátkodobých uživatelů). U pacientů, kteří užívají návyková sedativa či hypnotika 1–2 roky volím postup trvající cca 6 měsíců (v závislosti na vytitrované úvodní dávce). U užívání BZD a/nebo Z-hypnotik delšího než 2 roky volím různě dlouhé a diferencované intenzivní rozpisy vysazování (na vyžádání u autora) trvající 9–42 měsíců.

Jak výše uvedeno, nejdelší úspěšná léčba trvala asi 3,5 roku. Šlo o pacientku užívající návykové látky více než 30 let. Průběh a délka redukce jsou ale zcela individuální. Ve sledování je i pacientka, která dokázala (oproti doporučení) vysadit klonazepam za 12 měsíců po 40 letech užívání návykových hypnotik, bez nichž prakticky po celý život nespala (všechny varianty rozpisů k dispozici u autora; příklad rozpisu pro vysazení 0,5 mg klonazepamu na 56 týdnů v Tab. 4).

V průběhu redukce dávek klonazepamu je samozřejmě nutné provádět anxiolyzu a léčbu dyssomnie nenávykovými látkami. Nejčastěji užívám mirtazapin, trazodon, agomelatin, quetiapin a pregabalin u pacientů s poruchami spánku a celou škálu antidepressiv a pregabalin u úzkostných poruch. Často využívám i další nenávyková sedativa a hypnotika: guaifenezin, hydroxysin, promethazin, různá fytoterapeutika. V indikovaných případech odesílám pacienty na psychoterapii, ať už podpůrnou nebo systematickou.

Další nezbytnou podmínkou je abstinence od alkoholu nebo alespoň výrazné omezení jeho užívání (sic!). Nemocné je nutné edukovat, pokud jde o synergické účinky ethanolu a benzodiazepinů.

Někdy je třeba postupnou redukcí dávek dočasně přerušit – např. v případě vážných zdravotních komplikací, ztráty blízkých osob, zaměstnání apod. Po rekonvalescenci nebo vyřešení sociálního či pracovního problému je možné v redukcí dávek pokračovat. Někteří nemocní požadují naopak zrychlení odvykací procedury.

V naprosté většině případů probíhá takto nastavená redukce bez větších komplikací. Nemocní extrémně pomalé snižování tolerují, mívají jen mírné průvodní příznaky, které je možné bez větších problémů korigovat farmakologicky. Za důležité považují klinické vedení, oceňování dosaženého pokroku, průběžné

**Tab. 4.** Rozpis pro vysazení Rivotrilu 0,5 mg na 56 týdnů

Čísla znamenají počet kapek v jeden den večer. Doporučuji je zapsat do stolního kalendáře. Každý měsíc je třeba měnit lahvičky s kapkami Rivotrilu. V průběhu vysazování neužívat žádná jiná BZD sedativa ani Z-hypnotika; doporučuji abstinovat od alkoholu.		
<b>1. týden</b>	<b>5 kapek po celý týden</b>	
<b>2–3. týden</b>	4/5/5/5/4/5/5/	5/4/5/5/5/4/5
<b>4–5. týden</b>	5/5/4/5/5/4/5/	5/4/5/5/4/5/5
<b>6–7. týden</b>	4/5/4/5/4/5/4/	5/4/5/4/5/4/5
<b>8–9. týden</b>	4/4/5/4/4/5/4/	4/5/4/4/5/4/4
<b>10–11. týden</b>	<b>4 kapky po celé 2 týdny</b>	
<b>12–13. týden</b>	3/4/4/4/3/4/4/	4/3/4/4/4/3/4
<b>14–15. týden</b>	4/4/3/4/4/3/4/	4/3/4/4/3/4/4
<b>16–17. týden</b>	3/4/3/4/3/4/3/	4/3/4/3/4/3/4
<b>18–19. týden</b>	3/3/4/3/3/4/3/	3/4/3/3/4/3/3
<b>20–21. týden</b>	<b>3 kapky po celé 2 týdny</b>	
<b>22–23. týden</b>	2/3/3/3/2/3/3/	3/2/3/3/3/2/3
<b>24–25. týden</b>	3/3/2/3/3/2/3/	3/2/3/3/2/3/3
<b>26–27. týden</b>	2/3/2/3/2/3/2/	3/2/3/2/3/2/3
<b>28–29. týden</b>	2/2/3/2/2/3/2/	2/3/2/2/3/2/2
<b>30–31. týden</b>	<b>2 kapky po celé 2 týdny</b>	
<b>32–33. týden</b>	1/2/2/2/1/2/2/	2/1/2/2/2/1/2
<b>34–35. týden</b>	2/2/1/2/2/1/2/	2/1/2/2/1/2/2
<b>36–37. týden</b>	1/2/1/2/1/2/1/	2/1/2/1/2/1/2
<b>38–39. týden</b>	1/1/2/1/1/2/1/	1/2/1/1/2/1/1
<b>40–41. týden</b>	<b>1 kapku po celé 2 týdny</b>	
<b>42–43. týden</b>	0/1/1/1/0/1/1/	1/0/1/1/1/0/1
<b>44–45. týden</b>	1/1/0/1/1/0/1/	1/0/1/1/0/1/1
<b>46–47. týden</b>	0/1/1/0/1/1/0/	1/1/0/1/1/0/1
<b>48–49. týden</b>	0/1/0/1/0/1/0/	1/0/1/0/1/0/1
<b>50–51. týden</b>	0/1/0/1/0/1/0/	1/0/1/0/1/0/1
<b>52–53. týden</b>	0/0/1/0/0/1/0/	0/1/0/0/1/0/0
<b>54–55. týden</b>	0/1/0/0/0/1/0/	0/0/1/0/0/0/1
<b>56. týden</b>	<b>vysadit</b>	

posilování nenávykové medikace. Jen skutečně v jednotlivých případech z relativně vysokého počtu pacientů bylo nutné v průběhu snižování zvolit ještě pomalejší postup.

U dvou nemocných bylo v průběhu snižování diagnostikováno nádorové onemocnění, v době onkologické léčby a rekonvalescence jsme redukcí dávek zastavili. Jeden nemocný v průběhu redukce dávek zemřel na interní onemocnění (plicní embolie).

Velmi často i po takto pomalém vysazení BZD dochází k rozvoji rebound fenoménu (4), který odeznívá několik týdnů až měsíců. V několika případech (2 pacientky, obě nad 65 let) bylo po vysazení nutné realizovat zajišťovací hospitalizaci pro výrazné zhoršení stavu. Ošetřující lékař byl v obou případech upozorněn na nutnost vyhnout se znovuzavedení návykových látek.

## Výsledky léčby

U 1 (slovy jedné) pacientky se vysazení nezdařilo. Šlo o 84letou ženu, která byla v dětství i dospělosti týrána a užívá „koktejl“ anxiolytik

a hypnotik od svých cca 30 let. 26 pacientů (cca 8 %) léčbu přerušilo a do mé ambulance přestali docházet. U naprosté většiny nemocných bylo dosaženo vysazení (92 % vyléčených).

Prakticky u všech nemocných dochází v časovém odstupu po vysazení (3 týdny – 3 měsíce) k výraznému zlepšení stavu, zkvalitnění spánku i bdělého života, odeznění často i mnohaleté bolesti břicha, hlavy, zad apod.

Pravidelně po vysazení BZD dochází ke stabilizaci diabetu, arteriální hypertenze, hyperlipidémie (naopak v průběhu celého postupného snižování bývá mírné kolísání sledovaných hodnot u těchto onemocnění) a k redukcí nepsychiatrické medikace. U dvou nemocných jsem pozoroval výrazné zlepšení tinnitu.

Dva pacienti, starší žena a mladý muž, vedení v jiné ambulanci pod diagnózou organické schizoformní poruchy (F062), přestali po ukončení vysazování slyšet hlasy – ve skutečnosti šlo o psychotickou poruchu při užívání sedativ a hypnotik (F135), v druhém případě mladého epileptika ještě komplikovanou nežádoucími

účinky antiepileptik. Sledovaná skupina by vydala na mnoho zajímavých kazuistik.

Jeden rok od vysazení jsou všichni nemocní pravidelně kontrolováni v psychiatrické ambulanci. Po roce abstinence jsou zváni všichni ale spoň k jedné kontrole stavu ročně. Někteří z nemocných kontakt přeruší, některé stabilizované (užívající SSRI nebo NaSSA) odesílám do ordinací praktických lékařů. Většina nemocných ale do psychiatrické ambulance dochází dlouhodobě i po vysazení. Užívají nenávykovou medikaci a jsou motivováni k velmi střidnému užívání alkoholu, nejlépe k abstinenci od ethanolu, benzodiazepinů i Z-hypnotik. Praktickým lékařům zasílám zprávu zahrnující upozornění na nutnost vyhnout se při dalším léčení těmto látkám.

Za 5 let sledování jsem v prvním roce od vysazení zachytil 3 (méně než 1 %) recidivy. V delším časovém odstupu nelze již recidivy hodnotit, protože sledování nejsou všichni ne-

mocní. Ve své ambulanci jsem se ale ještě s žádnou pozdější recidivou u pacientů, kteří prošli modifikovanou léčbou, nesetkal.

## Závěr

Nadužívání návykových sedativ a hypnotik je celosvětovým problémem. Můj odhad počtu uživatelů v ČR potvrzují výsledky epidemiologických šetření ze srovnatelných zemí, kde se rozsah užívání pohybuje mezi 15–33 % v populaci nad 65 let věku (7, 8).

Tyto látky mají nejen závažné nežádoucí účinky (8, 11), ale po rozvoji lékové tolerance zhoršují celkový zdravotní stav nemocných a snižují rapidně kvalitu jejich života (2, 3).

Uvedený modifikovaný způsob léčby, který praktikuji ve své konziliární a ambulantní praxi, pomohl stovkám pacientů. Někteří (4 z nich) přišli do kontaktu s psychiatrem až na jednotce intenzivní péče ARO nebo interního oddělení

po tentamen suicidii, kterým se snažili vyřešit svůj stále se zhoršující zdravotní stav. Sedativa a hypnotika bývají tedy nejen nástrojem, ale někdy i důvodem (sic!) suicidálního jednání.

Z uvedeného vyplývá, že problematika abúzu sedativ a hypnotik a závislosti na těchto léčích představuje v mnoha ohledech velmi vážný problém, na který je nutné zaměřit pozornost nejen v psychiatrické praxi, ale již v ambulancích praktických lékařů a specialistů somatických oborů. Při předepisování sedativ a Z-hypnotik by všichni preskriptoři měli dodržovat doporučení k pouze krátkodobému užívání po dobu obvykle 3 týdnů, nejdéle 6 týdnů.

## Poděkování:

*Odb. as. MUDr. M. Goetzovi, Ph.D.; MUDr. Z. Hánové; Bc. A. Hotárkové; prim. MUDr. H. Houdkové; PharmDr. K. Kalouskovi; MUDr. E. Křivkové; MUDr. H. Moravcové; prim. MUDr. K. Nešporovi, CSc.*

## LITERATURA

1. Zdravotnická ročenka ČR, ÚZIS 2015, ISSN: 1210–9991, (0514–2431). Dostupné z WWW: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>.
2. Jones CM, Paulozzi LJ, Mack KA. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Alcohol involvement in opioid pain reliever and benzodiazepine drug abuse-related emergency department visits and drug-related deaths – United States, 2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2014 Oct 10; 63(40): 881–885. Dostupné z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25299603>.
3. Lader M. Benzodiazepine harm: how can it be reduced? *Br J Clin Pharmacol.* 2014; 77(2): 295–301. Dostupné z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4014015/>.
4. Švestka J. Anxiolytika. In: Hoschl C, Libiger J, Švestka J: Psy-

chiatrie. Praha: Tigis 2002: 722–730.

5. Dodávky léčiv – se zaměřením na léčivé látky, SÚKL 2011–2016. Dostupné z WWW: <http://www.sukl.cz/dodavky-leciv-se-zamerenim-na-lecive-latky>.

6. ATC/DDD Index 2017, WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Dostupné z WWW: [https://www.whooc.no/atc\\_ddd\\_index/](https://www.whooc.no/atc_ddd_index/).

7. Johnson FC, Frei C, Downes N, McTaggart SA, Akram G. Benzodiazepine and z-hypnotic prescribing for older people in primary care: a cross-sectional population-based study *Br J Gen Pract* 2016; 66 (647): e410–e415. Dostupné z WWW: <https://doi.org/10.3399/bjgp16X685213>.

8. Billioti de Gage S, Bégaud B, Bazin F, Verdoux H, Dartigues JF, Pérès K, Kurth T, Pariente A. Benzodiazepine use and risk

of dementia: prospective population based study. *BMJ.* 2012 Sep 27; 345 Dostupné též na WWW: <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e6231>.

9. Statistická ročenka ČR, Český statistický úřad 2016, kód 320198–16. Dostupné z WWW: <https://www.czso.cz/csu/czso/statisticka-rocenka-ceske-republiky-2016>.

10. Popov P, Kmoch V, Chvíla L. Závislost na návykových látkách. In: Raboch J, Uhlíková P, Kellerová P, Anders M, Šusta M. Psychiatrie: Doporučené postupy léčby. Česká psychiatrická společnost ČLS JEP 2014; IV(6): 35–43.

11. Zhong G, Wang Y, Zhang Y, Zhao Y. Association between Benzodiazepine Use and Dementia: A Meta-Analysis. *PLoS One.* 2015 May 27; 10(5). Dostupný na WWW: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0127836>.