

nadužívajících nebo zneužívajících opioidní analgetika učiněný lékaři v roce 2022 v ČR byl 49–61 tis. Na druhou stranu je vhodné konstatovat, že v praxi mnoho lékařů z obav ze závislostního potenciálu těchto látek nepředepisuje dostatečnou analgetickou dávku opioidů a bolest tak může přetrvávat, což snižuje kvalitu života pacientů.

Velmi rozšířeným alternativním zdrojem získávání psychoaktivních léků je jejich nákup na internetu. Online jsou dostupné i tzv. syntetické opioidy, např. deriváty fentanylu. V Evropské unii (EU) je monitorováno 74 nových syntetických opioidů.

Terapie závislosti na látkách opioidní povahy spočívá mimo jiné také v substituční léčbě. V ČR je většinou závislým podáván jako substitute metadon (plný agonista μ receptorů s dlouhým poločasem), menší části pak buprenorfin (parciální agonista). V rámci substituční léčby závislosti na opiátech bylo v roce 2022 v ČR distribuováno více než 550 tis. DDD buprenorfinových preparátů. Preparáty používané pro léčbu závislosti na opiátech se na nelegální trh dostávají i prostřednictvím lidí, kterým jsou předepisovány, zejména se jedná právě o buprenorfin (1, 2, 3, 8).

Sedativa a hypnotika

Osoby trpící nespavostí a úzkostí často zneužívají látky ze skupiny sedativ a hypnotik. Nejčastěji se jedná o benzodiazepiny a tzv. Z-hypnotika. Spotřeba těchto léčiv je v ČR enormní. Pro představu bylo v roce 2022 distribuováno do lékáren 43 mil. DDD benzodiazepinů, to znamená 4,8 DDD na dospělou osobu a den. U léčiv ze skupiny Z-hypnotik to bylo ještě více (7,7 DDD na dospělou osobu a den). Online jsou dostupné také tzv. nové benzodiazepiny, látky ze skupiny benzodiazepinů, které nejsou registrovanými léčivými přípravky a nabízejí se jako psychoaktivní látky (tzv. „designer drugs“). V EU je monitorováno celkem 35 těchto nových benzodiazepinů (1, 2).

Benzodiazepiny jsou agonisté alfa-1 a gama podjednotky GABA_A receptoru, proto mají sedativní, anxiolytický a myorelaxační efekt. Také zvyšují záchvatovitý práh. Přestože mohou dočasně léčit úzkost, nespavost a extrapyramidové symptomy, jejich užívání je spojeno se vznikem závislosti, dále s riziky pádů, zlomenin, vzniku kognitivní dysfunkce a závažných forem syndromu z vysazení. Tolerance na hypnotický efekt benzodiazepinů např. vzniká již do 14 dnů, proto

by benzodiazepiny neměly být až na ojedinělé výjimky podávány v hypnotické indikaci (3, 5, 6, 9, 10).

Riziko vzniku kognitivní dysfunkce je nejvíce vyjádřeno u seniorské populace, stejně tak jako jejich ostatní rizika (např. pády, zlomeniny, zvýšená mortalita), proto by neměla být tato léčiva pacientům nad 65 let předepisována, zejména ne dlouhodobě (11, 12). Pokud je u nich podání nezbytné, je nutné benzodiazepiny podávat po co nejkratší dobu a je vhodné preferovat krátkodobě působící látky (v ČR oxazepam) (10).

Pokud závislost vznikne, jednou z účinných strategií je pomalé vysazování léku, přičemž rychlost závisí na úrovni tolerance pacienta, průměrně se doporučuje snižovat dávku cca o 25 % za týden. Kromě toho může být použita farmakologická podpora spánku a úzkostí, které jsou součástí syndromu z odnětí (antidepresiva a pregabalin) (12, 13).

Z-hypnotika (zolpidem, eszopiklon, zopiklon), selektivní agonisté omega-1 podjednotky GABA_A receptoru, platila dlouho za bezpečnější nenávykovou variantu benzodiazepinů, což dnes zcela neplatí. Objevují se případy těžkých závislostí na Z-hypnotikách s podobnou charakteristikou jako je tomu u benzodiazepinů. Jsou zdokumentovány případy, kdy pacienti tolerovali i denní dávku přes 50 tablet zolpidemu, tj. 500 mg/den (14). Problematika jejich závislostního potenciálu je v praxi mnohdy opomíjena a přehlížena. Z-hypnotika by se tedy rovněž měla v medikaci objevit pouze krátkodobě.

Stimulancia

Závislost na nelegálních psychostimulancích je v ČR častá, zejména velký podíl tvoří uživatelé pervitinu (35–37 tis.) (1). Riziková populace pro tento typ závislosti je částečně i ta s psychiatrickou komorbiditou, zejm. s ADHD (Attention-deficite/hyperactivity disorder). Právě osoby trpící tímto onemocněním mají vyšší riziko vzniku závislosti obecně, v praxi u nich vidáme často právě závislost na stimulantech nebo THC (tetrahydrokanabinol). Mohly by vyvstat obavy, zda např. podávání methylfenidátu dětem a adolescentům s ADHD nemůže u nich vznik závislosti negativně ovlivnit. Výsledky studií ale ukázaly, že zatímco u neléčených pacientů s ADHD až polovina v dospělosti drogy užívá, u léčených osob je prevalence škodlivého užívání srovnatelná s běžnou populací. Menší

část populace těchto závislých pak zneužívá i legální psychostimulanty (methylfenidát, či v ČR nedostupné látky – dexamfetamin a li-sdexamfetamin). K těmto závislým je nutné při léčbě přistupovat individuálně. Pokud se u nich potvrdí diagnóza ADHD, lze např. podávat atomoxetin, který nemá stimulační účinky. U závislých na stimulantech lze také podávat bupropion (inhibitor zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu) k ovlivnění afektivních a úzkostných příznaků, případně za účelem snížení cravingu. Problematické je, že dlouhodobý abúzus návykových látek může jednak indukovat psychiatrickou poruchu (např. psychózu), ale rovněž vyvolávat stavy podobné symptomatice ADHD (např. změny kapacity pozornosti) (15, 16), což nemocného uvrhne v bludný kruh závislosti, kdy si pro určité potíže bere lék či drogu, kterou si podobné či další potíže potencuje. Tyto osoby patří proto do rukou odborníků na závislosti a nedílnou součástí jejich léčby má být i psychoterapie.

Antiepileptika

Pregabalin, antiepileptikum ze skupiny gabapentinoidů, byl dlouhou dobu považován za lék bez rizika nebo jen s minimálním rizikem závislosti. Váže se na alfa-2-delta podjednotku napětově řízeného kalciového kanálu a snižuje tak uvolňování řady excitačních neurotransmiterů (glutamátu, noradrenalinu, substance P) (17). Jeho indikací je epilepsie, neuropatická bolest a generalizovaná úzkostná porucha. V praxi se však používá i off-label v mnoha dalších indikacích (odvykací stav od benzodiazepinů, jiné úzkostné poruchy atd.). Se strmě narůstající spotřebou (5,4 mil. DDD v roce 2013 vs. 28,5 mil. DDD v roce 2022) (2) se začínají v praxi objevovat i pacienti závislí na pregabalinu, případně osoby pregabalin nadužívající (18, 19). V kontextu zdrojů s vysokým stupněm evidence se nicméně riziko vzniku závislosti na gabapentinoidech (pregabalin, gabapentin) zdá být nižší než u sedativ a stimulantů. Pregabalin je v tomto ohledu zřejmě více rizikový než gabapentin (20). Proto panuje domněnka, že u pacientů se současným nebo anamnestickým zneužíváním návykových látek je třeba se léčbě gabapentinoidy vyhnout. Pokud je jejich podání nezbytné, vhodné je preferovat podávání po omezenou dobu s opatrností za použití terapeutického a preskripčního sledování.