

Sekvenční léčba schizofrenie

MUDr. Josef Višňovský

Klinika psychiatrie, FN Olomouc

(zpracováno na základě přednášek prof. MUDr. Libora Ustohala, Ph.D., doc. MUDr. Martina Anderse, Ph.D., MUDr. Sylvy Rackové, Ph.D., prof. MUDr. Kláry Látalové, Ph.D., a prof. MUDr. Tomáše Kašpárka, Ph.D.)

Na 65. česko-slovenské psychofarmakologické konferenci v Mariánských Lázních se uskutečnilo sympozium firmy Angelini zaměřené na sekvenční léčbu schizofrenie.

Prvním přednášejícím byl profesor Ustohal s přednáškou na téma **Potřeby pacienta a možnosti intervence v prvních dnech akutní hospitalizace**. Hospitalizace na akutním psychiatrickém oddělení představuje pro většinu pacientů se schizofrenií zátěž a přináší jim diskomfort. Na druhou stranu, v mnoha případech je nutná, ať už se jedná o pacienty s první epizodou schizofrenie či s relapsem. Umožní nám rychlou a přesnou diagnostiku, včasné nasazení terapie v dostatečné dávce a každodenní monitorování změny zdravotního stavu, účinnosti léčby a případných nežádoucích účinků. Existují různé doporučené postupy včetně doporučených postupů Psychiatrické společnosti České lékařské společnosti, které nám napovídají, jak terapii vést. Pokud pacient prodělá relaps, je důležité zjistit příčinu relapsu. Jednou z nejčastějších příčin relapsů u schizofrenie je nonadherence. Jedná-li se o nonadherenci, měli bychom pátrat po její příčině. Tou mohou být i nežádoucí účinky dosavadní medikace. S tím souvisí pečlivá farmakologická anamnéza zaměřená na dosavadní antipsychotickou léčbu – její (ne)účinnost, nežádoucí účinky i postoje pacienta k ní. To je důležité, protože u pacientů, kteří už nějaká antipsychotika užívali a ta byla neúčinná nebo netolerovaná, můžeme už na začátku akutní hospitalizace nasadit novější antipsychotika, jako je kupříkladu lurasidon, tzn. taková, která mají indikační omezení, ale méně nežádoucích účinků (např. pacient vysadí olanzapin kvůli hmotnostnímu přírůstku a dojde k relapsu; pacient vysadí risperidon pro hyperprolaktinémii a z toho rezultující sexuální dysfunkci v případě muže či amenoreu v případě ženy a opět dojde k relapsu). Terapie by měla být vedena, pokud možno jedním antipsychotikem, monoterapií,

popřípadě, pokud je to indikováno, můžeme přidat další léčiva aspoň v úvodní fázi léčby.

Pacient dost často nemá na počátku hospitalizace náhled na onemocnění. Pro aktuální hospitalizaci, ale i další léčbu je důležité navázání dobrého terapeutického vztahu. Pacient velmi často pociťuje úzkost, strach, je agitovaný, trpí nespavostí. Pacientovi můžeme přislíbit, že právě tyto symptomy ovlivníme medikací (na příznaky jako jsou bludy či halucinace nemá obvykle v akutní fázi náhled). Na ovlivnění anxiety, agitovanosti a insomnie máme v zásadě dvě možnosti: zvolit antipsychotika, která působí hypnosedativně nebo zkombinovat antipsychotika bez výraznějšího hypnosedativního působení s jiným léčivem, které toto působení má (BZD jako klonazepam, diazepam, oxazepam či alprazolam, bazální antipsychotika I. generace jako je levomepromazin, Z-hypnotika, antihistaminika jako je promethazin apod.) Výhodou prvního přístupu je, že využíváme monoterapii, nevýhodou, že hypnosedativní působení obvykle alespoň do určité míry přetrvává, i když už není žádoucí. Výhodou druhého přístupu je, že pacient netrpí sedací, což je častý subjektivně nepříjemně pociťovaný nežádoucí účinek, který vede na konci akutní fáze léčby, případně později, k nonadherenci a relapsu. Nevýhodou je, že pacient užívá vícero farmak, což mu může subjektivně vadit, případně vést k interakcím. Někdy je potřeba využít parenterálně aplikované medikace. K dispozici máme jak antipsychotika II. generace (olanzapin, aripiprazol), tak I. generace (haloperidol, zyklopenthol, popřípadě levomepromazin), případně benzodiazepiny (ty lze použít do kombinace s aripiprazolem nebo haloperidolem). Neznamená to ale, že

po zvládnutí prvotní fáze léčby musíme pokračovat v perorální formě dosud podávané parenterální medikace.

Profesor Ustohal se dále zaměřil na to, co pacienti od psychiatrů v léčbě očekávají. Ukázal to na dvou studiích, probíhajících v USA. Do první studie (1) bylo zařazených 271 pacientů. Pacienti hodnotili relativní důležitost sedmi atributů asociovaných s léčbou schizofrenie. Za nejdůležitější hodnotili v sestupném pořadí zlepšení pozitivních příznaků, eliminaci hyperglykemie, zlepšení negativních příznaků, redukci hmotnostního přírůstku, vyhnutí se hyperprolaktinémii, zlepšení sociálního fungování a vyhnutí se extrapyramidovým nežádoucím účinkům. Další studie (2), do které bylo zařazeno 250 pacientů s diagnózou poruchy schizofrenního okruhu, se zabírala preferencí pacientů týkajících se účinnosti a nežádoucích účinků antipsychotik. Tato studie ukázala, že pacienti nejvíce chtějí, aby jim antipsychotická léčba nezpůsobovala únavu, dále aby nedocházelo k hmotnostnímu přírůstku a neklidu (akatzii). V rámci této studie se autoři zaměřili i na to, jaký hmotnostní přírůstek je ještě pro pacienty akceptovatelný. Hmotnostní přírůstek byl rozdělen do čtyř skupin, a to na méně než 2 kg, 3–5 kg, 5–9 kg a víc jako 9 kg. Bylo prokázáno, že při přírůstku hmotnosti nad 9 kg by 52,4 % respondentů medikaci vůbec neužívalo, pro 21,2 % by to byl zásadní problém, pouze pro 10 % pacientů by to až tak velký problém nebyl a pro zbylých 16,4 % by to problém nebyl vůbec. Pro srovnání profesor Ustohal využil vlastní studii s pacienty s prvními epizodami schizofrenie, kdy se při dlouhodobém sledování zjistilo, že po roce se průměrná tělesná hmotnost pacientů změnila o 10 kg. Znamená