

Mortalita pacientů s duševními chorobami je velmi vysoká. Tím hlavním důvodem je, že především u pacientů se schizofrenií vyskytuje obrovské množství rizikových faktorů. Naši pacienti mají málo pohybu, mnoho z nich kouří a velké procento z nich trpí dyslipidemií. Tyto a další důvody se odrážejí ve vysoké mortalitě. Zajímavé by bylo rozlišení, do jaké míry se na zvýšené mortalitě spolupodílelo užívání starších přípravků, které mají často vliv na kardiovaskulární systém. Naši pacienti se řítí do „kardiovaskulární katastrofy“, která může být akcelerována námi zvolenou formou léčby. Je proto důležité respektovat rizikové faktory našich pacientů.

Od roku 1991 dochází k evoluci léčby, začínají se využívat atypická antipsychotika. Docent Anders vzpomněl na začátky své kariéry, kdy byla většina pacientů léčena klasickými antipsychotiky. Postupně se začala objevovat nová antipsychotika a dostala se do popředí, dnes už o nich hovoříme jako o standardu léčby. Tyto preparáty přinesly novou kvalitu léčby. Dnes se dostáváme do nové éry léčby schizofrenie, kdy existují antipsychotika, která nejsou doprovázena tak vysokým výskytem nežádoucích účinků, jak jsme byli zvyklí u současné skupiny. Můžeme to pozorovat na zvyšující se spotřebě takzvaných jiných antipsychotik, kam řadíme risperidon, aripirazol, brexpiprazol, kariprazin, lurasidon a další.

Pro každého z nás, a především pro naše pacienty je hospitalizace zásadním momentem, znamená to, že situaci nejde zvládnout v domácím prostředí a stav je vážný. Důvod hospitalizace našich pacientů je většinou to, že jsou nebezpeční sobě, okolí nebo je jejich situace natolik vážná, že je neudržitelná bez hospitalizace. Systém DRG je užitečný u mnoha somatických stavů, ale není vždy žádoucí v oblasti psychiatrické léčby. Problematická je také kapacita jednotlivých zařízení, ačkoliv obložnost není úplně stoprocentní je potřeba řešit tlak na lůžka v dětské i dospělé psychiatrii.

Je důležité si uvědomit, že hospitalizace je zásadní předěl v životě nemocného. Když pacienta hospitalizujeme, všechno se pro něho mění, dostává se z izolace do kolektivu pacientů a sester. Zastává v kolektivu určitou roli. Dostává se mu pravidelného režimu, pravidelného střídání aktivit, pravidelného stravování. Tyto faktory hrají významnou roli i pro samotnou úzdravu. Některé léky doplňují na nepravidelné stravování. Kupříkladu ziprasidon

má vynikající mechanismus účinku, nicméně se obtížně vstřebává bez přítomnosti potravy. Jeho podávání u pacientů nedodržujících doporučení, s nepravidelným režimem tedy není zcela jednoduché (pozn. doporučené užívání 2x denně). Přejít z hospitalizace do domácího prostředí je kritický. Způsob, jakým pacienty synchronizujeme je velmi důležitý. U pacientů se schizofrenií se mluví o narušení cirkadiální rytmicity a my nemáme přehled o tom co se děje při vzpomínaném přechodu.

Pomocí publikace autorského kolektivu Abosi et al. (8) docent Anders ukázal, že psychofarmaka mají významný vliv na řadu kardiometabolických parametrů. Ideální by proto byla stálá interní konzultace u našich pacientů s cílem léčbu korigovat či měnit. Tělesná hmotnost našich pacientů se mění a nikdo z nás nepovažuje risperidon za lék, který výrazně zvyšuje tělesnou hmotnost, ale publikace (8) ukazuje, že nárůst hmotnosti nastává i při užívání risperidonu. Ukazuje se také, že antipsychotika mají zásadní vliv na inzulínovou rezistenci v různých orgánech (9). V praxi se stávalo, že jsme měli před sebou člověka, který nijak nezměnil svůj životní režim, nijak nezměnil stravovací režim, a přesto začal zvyšovat tělesnou hmotnost. Způsobují to i látky, které jsou považovány za relativně bezpečné, kupříkladu risperidon, olanzapin či aripirazol.

Je potřebné si pamatovat, že schopnosti psychofarmak se liší. V minulosti často diskutované nežádoucí účinky jako extrapyramidové příznaky nebo tardivní dystonie přenechaly své místo na přednáškách jiným oblastem. Tělesná hmotnost u jednotlivých antipsychotik roste. Volba psychofarmakologické léčby může být cestou, jak nezhoršovat situaci ohledně kardiometabolických nežádoucích účinků. Existuje látka s unikátním receptorovým profilem, která dokáže ovlivnit i takzvaný obese brain (aktivitu tukové tkáně). Pokud tuková tkáň, zejména v oblasti břicha dosáhne objemu nad fyziologickou mezí, stane se nejenom hormonálně aktivní, ale také produkuje prozánětlivé faktory a zvýšeně uvolňuje cytokiny, které mají další dopad na orgánové systémy včetně kardiovaskulárního systému.

Profesor Tomáš Hájek et al. nedávno publikovali jednu práci, kde pomocí magnetické rezonance sledovali tloušťku šedé hmoty mozku (10). Ukazuje se také, že obezita má

významný vliv na stárnutí mozku, a to v řádu měsíců za několik let. Kardiovaskulární rizikové faktory jsou spojeny i s kognitivním postižením. Ukazuje se, že některé látky díky svému receptorovému profilu, včetně lurasidonu, mají pozitivní vliv na kognitivní funkce našich pacientů. Dalo by se to stratifikovat podle míry závažnosti závažných procesů, k čemu slouží parametr CRP. Začínají se objevovat i studie, které srovnávají vliv nových antipsychotik na různé parametry, jako například tělesná hmotnost či hladina cholesterolu. Ve studii autorského kolektivu Sifias et al. (11) s cílem posouzení relativní účinnosti a metabolických účinků lurasidonu a brexpiprazolu v akutní etapě léčby schizofrenie vyšla srovnatelná antipsychotická účinnost lurasidonu a brexpiprazolu. Statisticky významné rozdíly ve změně hmotnosti, celkového cholesterolu a LDL ukazují ve prospěch lurasidonu. Postupně se podle docenta Anderse dostaneme na rozhraní, kdy budeme diferencovat i mezi těmito látkami. Závěrem docent Anders na modelu mapy metra ukazuje jednotlivé oblasti léčby antipsychotiky. Záleží jen na nás jakou „trasu“ pro pacienta zvolíme.

**T**řetí přednášející, doktorka Racková pokračovala na téma **Přechod stabilizační a udržovací péče – klíčový moment pro budoucnost pacienta**. Cílem udržovací fáze léčby je zabránění relapsu onemocnění, udržení nebo zlepšení kvality života, monitorování nežádoucích účinků a s ohledem na ně úprava medikace, odstranění negativních příznaků, deprese či zlepšení kognice.

Velkým problémem udržovací léčby schizofrenie je kognitivní deficit, který je přítomen ještě před rozvojem psychotického onemocnění a přetrvává i u pacientů v remisi. Na vzniku se podílí genetika, vliv onemocnění a vliv medikace. Genetiku ani vliv onemocnění změnit nedokážeme, ale vliv medikace ano. Řada antipsychotik má negativní vliv na kognitivní funkce. V sítové metaanalýze (12) hodnotící vliv antipsychotik na kognitivní funkce u pacientů s psychotickým onemocněním se ukázalo, že nejmenší riziko kognitivních dysfunkcí pozorujeme u pacientů užívajících lurasidon, druhé nejmenší riziko bylo u amisulpridu, což odpovídá jejich receptorovému profilu (předpokládá se, že antagonistická aktivita na serotoninovém 5-HT<sub>7</sub> receptoru má prokognitivní efekt), nejhůř dopadl haloperidol.