

Manažment liečby pacienta so schizofréniou

MUDr. Branislav Moťovský

Psychiatrická klinika FN, Trenčín

Schizofrénia je obvykle celoživotne prebiehajúca vážna duševná porucha. Jej dôsledky nezasahujú len samotných ľudí s touto poruchou, ale aj ich blízke okolie. Komorbidita rôznych telesných ochorení je u ľudí so schizofréniou častejšia než u ľudí v bežnej populácii. Navyše, antipsychotická liečba prináša viaceré nežiaduce účinky, ktorých korekcia a prevencia je často interdisciplinárnu záležitosťou. Tento článok ponúka stručný prehľad možností psychofarmakologickej liečby a jej nežiaducich účinkov. Zároveň poukazuje na nevyhnutnosť psychoedukácie pacienta aj príbuzných, psychoterapie a monitoringu včasných – varovných – príznakov relapsu, pri ktorom môžu zasahovať v starostlivosti o pacienta so schizofréniou významnú rolu aj praktickí lekári a špecialisti z iných odborov (než psychiatri).

Kľúčové slová: schizofrénia, atypické antipsychotiká, hyperprolaktinémia, antipsychotikami podmienené extrapyramídové príznaky, metabolický syndróm.

Management and treatment of patient with schizophrenia

Schizophrenia is a serious, long-lasting (usually whole life) mental disease. They suffered not only affected individuals, but close people as well. There is a higher incidence of comorbidity of other physical diseases compared with normal population. Moreover, antipsychotic medicaments bring some side-effects, that have to be prevented and corrected interdisciplinary. This issue offers a brief overview of opportunities of psychopharmacological treatment and its side-effects. At once, it suggests inevitability of psychoeducation, psychotherapy and monitoring of early relapse symptoms, where general practitioners and other physicians (non-psychiatrists) could play an important role in care of people with schizophrenia.

Key words: schizophrenia, atypical antipsychotics, hyperprolactinemia, antipsychotics-induced extrapyramidal disorders, metabolic syndrome.

Via pract., 2010, roč. 7 (4): 174–179

Úvod

Schizofrénia je **závažná duševná porucha**. Možno v globále povedať, že spomedzi ostatných duševných porúch je jej dopad – na pacienta, jeho príbuzných, na pacientovo sociálne fungovanie a jeho kvalitu života – najhorší. Pacienti so schizofréniou majú aj vyššiu komorbiditu somatických ochorení v porovnaní s ostatnou populáciou.

Samotným **príznakom schizofrénie** je **znížená** alebo **vymiznutá schopnosť adekvátne hodnotiť realitu, okolnosti, interpersonálne interakcie**, ako aj **schopnosť uvedomiť si vlastnú duševnú poruchu**. Samozrejme, rovnako je **zmenená aj schopnosť uvedomovať si potrebu liečby** (psychiatrickej aj somatickej) a zvažovať riziká vyplývajúce z neadekvátnej spolupráce s lekármi rôznych špecializácií. Veľmi dôležité je preto vytvoriť si s pacientmi so schizofréniou kvalitný, dôverný a spolupracujúci vzťah – čo je úloha nielen pre psychiatra, ale aj pre všetkých zdravotníkov, ktorí s pacientom prichádzajú do kontaktu.

Komunikácia s pacientom

Pacienti so schizofréniou často **neužívajú lieky**, často **nechodia na kontroly** (k psychiatrovi, praktickému lekárovi, inému špecialistovi...), **neakceptujú rôzne odporúčané vyšetrenia**; komu-

nikácia s nimi je často náročná, niekedy budiaca až dojem nezodpovednosti k sebe a arogancie k lekárovi. Napriek tomuto je nutná trpezlivosť zo strany zdravotníkov, keďže pacient samotný je ovládaný dezorganizovaným myslením a konaním s pocitmi bezradnosti a strachu (1, 2, 3, 4).

Nevyhnutná je spolupráca s blízkym okolím pacienta (rodinou, opatrovateľmi). Ľudia so schizofréniou sú **veľmi vulnerabilní voči stresu**. V kontexte porúch z okruhu schizofrénie môžeme za stres považovať aj menšie, niekedy v očiach iných banálne zmeny v sociálnom prostredí. Samotná porucha, ktorá maladaptívne mení sociálne fungovanie, vedie **k ochladeniu pôvodne intenzívnych ľudských vzťahov**, často vedie **ku konfliktom**, aj verbálne a fyzicky agresívnym.

Všetky uvedené faktory vytvárajú začarovaný kruh chronického stresu, ktorý vedie k dekompenzáciám schizofrénie.

Edukácia pacienta a príbuzných

Okrem psychofarmakoterapie je preto pri liečbe a manažmente starostlivosti o pacienta so schizofréniou nevyhnutná **edukácia pacienta a jeho príbuzných** o poruche, jej liečbe a prevencii. Cieľom psychosociálnych prístupov je aj adaptácia na poruchou zmenené podmienky a okolnosti vo vzťahoch, v zamestnaní, v se-

bestačnosti. Príbuzní sú vedení k optimálnej forme komunikácie s pacientom, ktorá by na jednej strane mala byť podnetná, stimulujúca, ale na druhej strane nepreťažujúca a nestresujúca. Preťaženie informáciami a intenzívnejšia komunikácia je pre ľudí so schizofréniou ďalším stresorom. Pri schizofrénií existuje neurokognitívny deficit – pacienti dokážu spracovať menej informácií a komunikačných interakcií než zdraví ľudia. Zlatá, stredná cesta je vhodná aj pre vyjadrovanie emócií v rodinnom kruhu.

Tabuľka 1. Ako rozpoznať varovné signály a symptómy relapsu (3).

- Náladovosť, depresia, extrémna úzkosť, nadmerný plač, bezdôvodný smiech
- Počutie hlasov, nadmerná citlivosť voči svetlu alebo hluku
- Strata zmyslu pre humor
- Vyhybanie sa spoločenským kontaktom, nečinnosť, odmietanie vyjsť von, ľahostajnosť voči upadaniu vzťahov
- Extrémna aktivita alebo extrémny pokles aktivity, nadmerný alebo minimálny spánok
- Iracionálne alebo nevhodné návyky, používanie zvláštnych slov alebo bezvýznamných viet
- Čudné postoje, zahľadenosť
- Bizarne obliekanie, zanedbávanie osobnej hygieny

Príliš ľahostajné, ale aj príliš emočne nabité (aj v pozitívnom slova zmysle) interakcie sa stávajú stresorom, ktorý môže viesť k dekompenzácií („expressed emotions“). V rámci komplexnej starostlivosti sa venuje pozornosť všetkým takýmto témam, aj s praktickými radami (príbuzným aj pacientom), respektíve „návčikom“ uvedených odporúčaní. **Zásadná** je **edukácia** príbuzných a pacienta **o varovných príznakoch relapsu** (tabuľka 1) s následným vyhľadáním psychiatri.

Stacionárna liečba

Neoddeliteľnou súčasťou liečby schizofrénie je **stacionárna liečba** (denné stacionáre), v rámci ktorej sú pacienti **súčasťou terapeutickú komunity** poskytujúcej emočnú oporu, interpersonálny kontakt a štrukturovaný program. Výhodou denných stacionárov je aj skutočnosť, že stav pacienta je denne monitorovaný s mož-

nosťou okamžitej krízovej intervencie alebo aj dlhodobšej úpravy psychoterapeutickej a farmakologickej liečby (1, 2, 3).

Psychoterapia

Z psychoterapeutických postupov sa u ľudí so schizofrénou **používa kognitívne behaviorálna psychoterapia, podporná a ro-dinná psychoterapia** (a iné) – skupinová alebo individuálna (3). Psychoterapia sa prispôbuje aktuálnemu stavu pacienta (akútna dekompenzácia, parciálna/kvalitná remisia, sociálne zázemie...).

Edukácia o farmakoterapii

Dôležitá je **edukácia o farmakoterapii** – o jej potrebe, ale aj o nežiaducich účinkoch, ich liečbe a prevencii. Toto je zásadný moment – aby pacient neprestal užívať antipsychotikum

kvôli nežiaducim účinkom (NÚ), ktoré sú korigovateľné (úpravou dávkovania, korektívnou liečbou, zmenou životosprávy, fyzickou aktivitou alebo aj zmenou antipsychotika). Je evidentné, že dlhodobý priebeh poruchy a prognóza pacienta so schizofrénou sú horšie, ak pacient nie je liečený antipsychotikom, alebo ak ho užíva nepravidelne, alebo ak sa liečba začala príliš neskoro.

Farmakologická liečba schizofrénie

Antipsychotiká (AP) predstavujú **základný kameň liečby schizofrénie**. Napriek tomu, iba s psychofarmakami pri liečbe schizofrénie nevystačíme. Zásadné a nevyhnutné sú edukácia, rôzne sociálne intervencie a psychoterapia. Môžeme mať k dispozícii najlepšie antipsychotikum – pokiaľ ho pacient nebude užívať, nepomôže mu. Práve pri schizofrénii môžeme považovať *non-compliance* za súčasť klinického prejavu duševnej poruchy a nie za ľahostajnosť alebo nezodpovednosť. Špecialisti rôznych odborov sa dostávajú do kontaktu s pacientom so schizofrénou často v súvislosti s nežiaducimi účinkami antipsychotík – či už ide o zhodnotenie rizika nasadenia nového antipsychotika, o riešenie už existujúceho NÚ, alebo prevenciu vzniku NÚ. Okrem antipsychotík sa z psychofarmák spolu s antipsychotikami môžu použiť aj **tymostabilizátory** (lítium, kyselina valproová, karbamazepín), **antidepresíva, benzodiazepíny, hypnotiká**. Na základe afinity jednotlivých antipsychotík k jednotlivým receptorom možno tak predpokladať ich nežiaduce účinky (tabuľka 2). Antipsychotický efekt je sprostredkovaný blokádou D (dopamínových) receptorov a ovplyvnením 5-HT (serotonínových) receptorov v mozgu.

Klasické antipsychotiká (I. generácia antipsychotík)

Antipsychotiká I. generácie sa tiež pôvodne označovali aj ako neuroleptiká – **bazálne antipsychotiká (sedatívne)**: chlórpromazín (Plegomazín), chlórprotixén, tioridazín (registrácia je u nás zrušená – výrazne predlžoval QTc interval), cisklopentixol (Cisordinol), levomepromazín (Tiserцин) a i. **Nežiaduce účinky**: ospalosť, hypotenzia, priberanie na váhe, zápcha, retencia moču, suchosť slizníc, poruchy sexuálnych funkcií, tachykardia, závrte, posturálna hypotenzia, pády (okrem slabšej blokady D 2 receptorov blokujú intenzívne H-1, M, 5HT-2, alfa1+2 receptory) (5, 6, 7).

Incizívne antipsychotiká: haloperidol, perfenazín (u nás už zrušená registrácia), flufenazín

Tabuľka 2. Blokáda receptora antipsychotikom – nežiaduci účinok (5, 6, 8).

H-1: histamínový receptor – ospalosť, hypotenzia, nárast hmotnosti;	
H-2 – pokles žalúdočnej sekrécie	
M: muskarínový/anticholinergný receptor – suchosť slizníc (ústa, jazyk, vagína, spojovkový vak), hypohidrosis, hypotenzia, rozmazané videnie, zápcha, retencia moču, sínusová tachykardia, poruchy kognitívnych funkcií, tremor, retrográdna ejakulácia, zriedka delírium a paralytický ileus	
52 (5HT-2, serotonínový receptor): úprava spánku, nálady, agresivity, zlepšenie negatívnych schizofrénnych symptómov	
alfa-1 adrenergný receptor: posturálna hypotenzia, reflexná tachykardia, porucha libida, erekcie, ejakulácie	
alfa-2 adrenergný receptor: zníženie až eliminácia antihypertenzívneho účinku klonidínu a alfa-metyldopy	
D2: dopamínový receptor	
• <i>mezolimbická/mezokortikálna oblasť</i> – antipsychotický efekt	
• <i>nigrostriatálna oblasť</i> – extrapyramídové syndrómy (EPS) akútne a neskoré	
• <i>tuberoinfundibulárny systém</i> – hyperprolaktinémia, galaktorea, pokles folikul-stimulačného a luteinizačného hormónu, amenorea, sterilita, anovulácia, impotencia, riziko osteoporózy, kardiovaskulárnych chorôb, hirzutismus	

Tabuľka 3. Rozdelenie atypických antipsychotík (upravené podľa 4, 6, 8).

Skupina – mechanizmus účinku	Jednotlivé antipsychotikum	Nežiaduce účinky
Selektívne antagonisy D2/D3 receptorov	<i>sulpirid; amisulprid (Solian)</i>	výrazná hyperprolaktinémia – dôsledky: amenorea, gynekomastia, infertilita, galaktorea, impotencia; (sulpirid má slabý antipsychotický efekt)
SDA (antagonisy serotonínových, dopamínových a alfa-adrenergných receptorov)	<i>risperidón (Risperdal, Risper, Risset), ziprasidón (Zeldox), sertindol (Serdolect)</i>	EPS slabšie ako pri incizívnych AP, hypotenzia, tachykardia, závrte, sexuálne poruchy; risperidón – hyperprolaktinémia a u 1 – 2 % predĺženie QT intervalu na EKG; sertindol – vysoké riziko predĺženia QT – pri nasadzovaní opakovane EKG; ziprasidón – predĺženie QT u 2 – 7 %
MARTA (multireceptorové antagonisy)	<i>quetiapín (Seroquel, Quetiapin-Mylan Kventiax, Quetiapin-Merck, Ketilept), olanzapín (Zyprexa), klozapín (Leponex), zotepín (Zoleptil)</i>	EPS veľmi málo; častá intenzívna ospalosť, výrazné priberanie na hmotnosti, riziko DM II typu, metabolický syndróm, hypotenzia, tachykardia; klozapín a mierne aj olanzapín a zotepín, závrte, majú anticholinergné NÚ; klozapín – asi u 1 % riziko fatálnej agranulocytózy – preto rezervovaný ako posledná voľba iba pre rezistentné stavy (prvých 18 týždňov KO + dif. týždenne, potom mesačne)
Parciálne antagonisy D2/D3 a antagonisy serotonínových 5HT-2 receptory	<i>aripiprazol (Abilify)</i>	Má aktivizujúci profil (čo môže byť aj NÚ – insomnie, nepokoj), efekt na pozitívnu aj negatívnu schizofrénnu symptomatiku; podľa klinickej praxe vhodný skôr na negat. sch. symptómy, pri pozitívnych symptómoch potrebné často kombinácia s iným AAP; nemá EPS, nespôsobuje hyperprolaktinémiu a obezitu, nemení QT interval

Tabuľka 4. Nežiaduce účinky antipsychotík (upravené podľa Dawkins et al 1999, Burns 2000) (2, 6, 7, 8).

Nežiaduci účinok	Klasické anti- psychotiká	klozapín	risperidón	olanzapín	quetiapín	ziprasidón	sertindol	amisulprid	aripiprazol
EPS	+ až +++	0	++	+	0	+	0	++	+
Tardívne dyskinézy	+ až +++	0	++	+	0	+	0 až +	+	+
Hyperprolaktinémia	++ až +++	0	+++	+	0	+	0 až +	++	0
Zvýšenie hmotnosti	+ až ++	+++	++	+++	++	0	+	+	0
DM II typ; hyperglykémia	0 až +	++	0 až +	++	0 až +	0	?	0	0
Dyslipidémia	0	++	+	++	+	0	?	0	0
Predĺženie QT intervalu	+ až +++	+	+	0 až +	+	++	+++	+	0
Hypotenzia	+ až +++	+++	+	++	++	+	+	0	+
Sínusová tachykardia	+ až +++	+++	+	++	++	+	+	0	0
Anticholinergný efekt	+ až +++	+++	0	++	+	0	0	0	0
Zvýšenie hepatálnych transamináz	+ až ++	++	+	++	+	+	+	+	0
Agranulocytóza	0 až +	++	0	0	0	0	0	0	0
Sedácia/útlm	+ až +++	+++	+	++	++	+	0 až +	+	+
Epileptické kŕče	0 až +	++	0	0 až +	0 až +	0 až +	0 až +	0 až +	0 až +
NMS	+ až ++	+	+	+	+	+	+	+	+
výhody	*	X	slabšia sedácia, t. č. jediné AAP s depotnou formou	vhodný u ľudí s EPS, popôrodných psychóz, pri hyperprolaktinémii	vhodný u parkinsonikov, ľudí s EPS, popôrodných psychóz, pri hyperprolaktinémii	menej sedujúci, bez výraznejšieho nárastu hmotnosti	málo sedujúci, málo EPS	menej sedujúci	málo sedujúci, bez výraznejšieho nárastu hmotnosti, negatívna symptomatika
nevýhody	*	X	nad 4 mg časté EPS; nevhodný pri popôrodných psychózach, vek nad 65 rokov	obezita, hyperlipidémia, hyperglykémia, silnejšia sedácia, vek nad 65 rokov	obezita, hyperlipidémia, hyperglykémia, silnejšia sedácia, ochorenia štítnej žľazy,	predĺženie QT intervalu, alebo užívanie liekov s týmto efektom, kardiaci	kardiaci, synkopy v anamnéze, predĺženie QT intervalu, EKG + ionogram pred nasadením, potom 1x za 3 mesiace	Nepokoj, popôrodné psychózy, hyperprolaktinémia, tardívne dyskinézy, feochromocytóm	insomnia, nepokoj

Vysvetlivky: * – pri jednotlivých skupinách a liekoch sa líšia; **NMS** – neuroleptický malígny syndróm; **X – klozapín:** má špecifické postavenie. Antipsychotický efekt klozapínu je mohutný, je pravdepodobne najúčinnjší pri farmakorezistentných schizofréniách, je určený pre pacientov s tardívnymi dyskinézami (sám ich nevyvoláva, susp. aj zlepšuje), pre pacientov s NMS v anamnéze (má zrejme najnižšie riziko NMS zo všetkých antipsychotík) a má potvrdený najsilnejší antisuicidálny efekt spomedzi antipsychotík. U 0,8 % pacientov vznik agranulocytózy, niekedy aj fatálnej – preto potrebná po nasadení 18 týždňov kontrola krvného obrazu a diferenciálneho počtu leukocytov (KO+diferenciál) a 1 týždeň, potom á 1 mesiac. Pri poklese leukocytov na 3000 – 3500 alebo neutrofilov 1500 – 2000 KO + diff 2x týždnne; pri poklese pod tieto hodnoty klozapín okamžite vysadiť. Klozapín je preto určený pre rezistentné formy schizofrenie, kde zlyhali minimálne 2 rôzne antipsychotiká. Nesmie sa kombinovať s karbamazepínom (potenciácia útlmu krvotvorby; opatnosť aj pri iných liekoch s týmto potenciálom). Spomedzi všetkých atypických antipsychotík má najvyššie riziko obezity, dyslipidémie, DM II typu, somnolencie, anticholinergných účinkov a epileptických záchvatov; **EPS** – extrapyramídový syndróm spôsobený ako NÚ pri liečbe antipsychotikom; **DM II typ** – diabetes mellitus II. typu; **AAP** – atypické antipsychotikum.

(Moditen), flupentixol (Fluanxol). **Nežiaduce účinky:** veľmi časté extrapyramídové NÚ, útlm (silná blokáda D2); ostatné NÚ v porovnaní s bazálnymi AP málo alebo vôbec – okrem D2 receptorov iné receptory (H-1, M, 5₂, alfa 1+2) nie sú blokované (5, 6, 7).

Depotné formy (intramuskulárna aplikácia) – haloperidol, flufenazin, flupentixol, zyklopentixol – indikované pri nedostatočnom užívaní/neužívaní p. o. Intervaly podávania cca 2 – 4 týždne.

Atypické antipsychotiká (II. generácia antipsychotík)

Od klasických AP sa atypické AP odlišujú väčšou účinnosťou a slabšími NÚ. Účinnosť atypických antipsychotík (AAP) je vzájomne porovnateľná. Líšia sa ale zastúpením a intenzitou rôznych nežiaducich účinkov, ktoré vyplývajú z mechanizmu účinku jednotlivých antipsychotík (tabuľka 3, 4). Prítomnosť/neprítomnosť NÚ vo farmakologickom profile lieku je podstatnou premennou pri výbere farmaka pre konkrétneho pacienta (napr. rizikové faktory, poruchy srdcového rytmu, obezita, diabetes mellitus, žena vo fertilnom veku, poliekové extrapyramídové NÚ v anamnéze alebo aktuálne, potreba sedácie alebo naopak psychomotorickej aktivácie). Atypické antipsychotiká v porovnaní s klasickými incizívnymi menej alebo vôbec neblokujú D2 receptory v nigrostriálnom a tuberoinfundibulárnom systéme, čiže častotou a intenzitou antipsychotikami podmienených extrapyramídových syndrómov (EPS) je pri AAP podstatne nižšia než pri klasických AP. AAP v globále v porovnaní s klasickými incizívnymi AP menej ovplyvňujú D2 receptory, ale majú afinitu k D_{1,3,4} receptorom – vysvetľuje sa tým nižšie riziko extrapyramídového syndrómu a širšie spektrum antipsychotického účinku (2, 6, 7, 8).

AAP majú efekt na pozitívne schizofrénne príznaky, negatívne schizofrénne príznaky, afektívne príznaky a kognitívne príznaky; kým klasické AP majú efekt na pozitívne schizofrénne príznaky, kým na ostatné podstatne slabšie alebo vôbec žiadne. Pacient často lieky vysadzuje pre ich nežiaduce účinky. **Atypické antipsychotiká sú liekmi prvej voľby v liečbe schizofrénie**, pretože majú nižšie riziko NÚ a lepšiu účinnosť v porovnaní s klasickými AP. V prípade nedostatočnej efektivity a/alebo intenzívnejších NÚ je vhodné AAP vymeniť za AAP z inej skupiny (tabuľka 3, 4).

Akútne extrapyramídové poliekové syndrómy: parkinsonizmus; akútne dystónie; akútne akatízie. Pokiaľ pacient užíva klasické

antipsychotiká, odporúča sa vymeniť ich za AAP. Pokiaľ to stav dovoľuje, znížiť dávku AAP. Anticholinergiká (napr. biperidén, benzatropín), amantadín (riziko – sám môže vyvolávať psychotické stavy, agitovanosť a insomniu). Pri akatízii aj betablokátory (betaxolol, metoprolol) a benzodiazepíny (klonazepam) (9).

Tardívne poliekové extrapyramídové syndrómy: tardívne dyskinézy, dystónie a akatízie. Náročná liečba. Pri všetkých sa odporúča zmena klasických AP za AAP, resp. aj zníženie dávky. Pri tardívnych dyskinézach anticholinergikum vysadiť, sanácia chrupu. Pri tardívnej dystónii skúsiť anticholinergiká, benzodiazepíny. Pri tardívnej akatízii anticholinergiká, betablokátory. Pokiaľ uvedené nemá efekt, tak výmena AAP za klozapín. Elektrokonvulzívna liečba, botulotoxín A, alfa-tokoferol (9). Tabuľka 5 prehľadne ponúka odporúčaný monitoring nežiaducich účinkov atypických antipsychotík.

Komunikácia o nežiaducich účinkoch liekov

Každý lekár – praktický, iný špecialista, ale aj psychiater – by sa mali vyvarovať jednostranných a nevhodných komentárov nežiaducich účinkov antipsychotík, ktoré by mohli iatrogénne zneistiť dôveru pacienta v komplexné a interdisciplinárne riešenie jeho ťažkostí, čo by v konečnom dôsledku viedlo k svojvoľnému vysadeniu antipsychotika. Je na mieste **pacienta informovať o nežiaducom účinku**, ktorý sa u neho vyskytol, a informovať ho o možných alternatívach riešenia (korektívna liečba, zmena dávky, výmena antipsychotika, cvičenie, úprava stravovania,... alebo pacienta podporíme, aby NÚ vydržal, ak iná možnosť nie je).

Tabuľka 5. Odporúčené monitorovanie pri liečbe antipsychotikami upravené podľa (2) (Marder 20004, Constatine 2006).

	vstupné	1 mesiac	2 mesiace	štvrtročne	ročne
Krvný obraz + diferenciál *	+				+
Hepatálne testy	+				+
Glykémia	+				+
Lipidový profil	+				+
Hmotnosť, body-mass index	+	+	+	+	+
Obvod pása	+			+	+
Krvný tlak	+	+	+	+	+
Sexuálne funkcie + prolaktín	+			+	+
EPS a tardívne dyskinézy	+	+		+	+
Očné vyšetrenie	+				+
EKG a QTc interval	+				+

* krvný obraz a diferenciál pri klozapíne častejšie – pozri vysvetlivky k tabuľke 3; pri sertindole častejšie kontroly EKG

Interdisciplinárna spolupráca

Zmenu dávkovania antipsychotika alebo jeho výmenu by mal vždy robiť psychiater, čomu môže predchádzať konzultácia so špecialistom z iného odboru (kardiológia, endokrinológia, neurológia...). Je vecou dohody, ako bude ambulantný psychiater a praktický lekár (respektíve iný špecialista) odporučené vyšetrenia realizovať a ako budú sledovať a riešiť jednotlivé NÚ (napr. laboratórne odbery – praktický lekár, elektrokardiografia – internista; hmotnosť, krvný tlak, body-mass index, obvod pása, sexuálne funkcie, akútne a tardívne extrapyramídové symptómy – ambulantný psychiater).

Samozrejme, kompetencie a povinnosti v tomto zmysle, ako aj spôsob komunikácie musí byť medzi psychiaterom a praktickým lekárom (resp. iným špecialistom) vopred dohodnutý.

Kompetencie všeobecného praktického lekára

Praktický lekár môže **pri akútnych extrapyramídových poliekových prejavoch** podať anticholinergné antiparkinsonikum (napr. biperidén (Akineton) 5 mg i. m., p. o. 2 – 6 mg tbl. pro die) – s následným odporúčením psychiatrickej kontroly (úprava dávky, korektívnej liečby alebo výmena antipsychotika). Je potrebné pripomenúť, že anticholinergné účinky sa sumujú s anticholinergnými účinkami niektorých antipsychotík. V rámci atypických antipsychotík najnižšie riziko poliekových extrapyramídových príznakov je pri klozapíne a quetiapíne, najvyššie pri risperidóne.

Tiež **v prípade sínusovej tachykardie vyvolanej antipsychotikom** možno ordinovať betablokátory v nižších dávkach (samozrejme, ak nie sú kontraindikácie).

Pri obstipácii je žiaduce poučenie o hydratácii a strave, aplikácia glycerínového čapíka alebo osmotického laxatíva.

Pri antipsychotikách s vyšším rizikom prírastku na hmotnosti (najmä klozapín, olanzapín, menej risperidón, quetiapín) by sa mala pravidelne kontrolovať hmotnosť a všetky parametre súvisiace s metabolickým syndrómom (tabuľka 4, 5). Najväčší nárast hmotnosti obvykle býva v prvých mesiacoch liečby príslušným antipsychotikom (8).

Kardiovaskulárne riziko pri niektorých antipsychotikách vyplýva najmä z predĺženia QTc intervalu (najviac rizikový sertindol; potom ziprasidón; významne aj thioridazín – má však u nás už zrušenú registráciu), pozornosť je potrebné venovať stavom s poklesom kálie a magnézia v sére a interakciám liekov, ktoré majú potenciál meniť QT interval. **Sínusová tachykardia a posturálna hypotenzia** sa najčastejšie objavuje pri klozapíne, potom pri olanzapíne a quetiapíne. **Pri kardiovaskulárnych ochoreniach** sú pomerne bezpečné amisulprid, olanzapín a quetiapín (posledné dve aj napriek potenciálu k tachykardii a posturálnej hypotenzii).

Pri diabete mellitus sú najbezpečnejšie amisulprid, aripiprazol, risperidón a ziprasidón.

Pri glaukóme majú najnižšie riziko risperidón, sertindol, stredné riziko aripiprazol, klozapín,

ziprasidón, a najväčšie riziko olanzapín (anticholinergný efekt) (8).

Najvyššie **riziko hyperprolaktinémie** je pri risperidóne a amisulpride, najnižšie pri klozapíne, quetiapíne a aripiprazole. Klozapín má medzi antipsychotikami špecifické postavenie – čo sa týka nežiaducich účinkov a indikácií (tabuľka 5) (7).

Záver

Schizofrénia je závažná duševná porucha, obvykle s celoživotným priebehom. Má vážny dopad na sociálne, pracovné a rodinné fungovanie pacienta a výrazne znižuje kvalitu jeho života. Edukácia pacienta aj jeho príbuzných ohľadom poruchy, jej priebehu a liečby tvorí samozrejmu súčasť starostlivosti o pacienta. Z podstaty samotnej poruchy vyplýva, že dodržiavanie liečebného plánu býva často problematické. O to viac treba vzťah s pacientom posilňovať. V súčasnosti sú prvou voľbou liečby schizofrénie antipsychotiká II. generácie, ktoré majú v porovnaní s I. generáciou nižšie riziko vzniku nežiaducich účinkov (najmä extrapyramidového poliekového syndrómu) a širšiu symptómovú účinnosť. Profil nežiaducich účinkov medzi jednotlivými antipsychotikami II. generácie je rozdielny, čo ovplyvňuje aj ich výber pre konkrétneho pacienta a monitorovanie nežiaducich účinkov.

Literatúra

1. Hell D, D Schübach. Schizofrénia – základy pre porozumenie a orientáciu – pre pacientov a príbuzných. Vydavateľstvo F Trenčín.
2. Seifertová D, Libiger J, Švestka J, Mohr P, Motlová L. Schizofrénia. In: Seifertová D, Praško J, Horáček J, Hoschl C (Eds) Postupy v léčbě psychických poruch. Academia Medica Pragensis Praha 2008.
3. Elgie R et al. Objavte cestu, ako ísť ďalej. Vydavateľstvo F Trenčín 2006.
4. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan-Sadock's Synopsis of Psychiatriy, 10. edition, 13. kap. Schizophrenia; 36. kap. Biological Therapies. Philadelphia, Lippincott Williams Wilkins, 2007.
5. Benkert O, Hippus H. Průručka psychiatrické farmakoterapie. Trenčín Vydavateľstvo F 2002.
6. Švestka J. Antipsychotika. In: Hoschl C, Libiger J, Švestka J. (Eds) Psychiatrie. Praha Tigris 2004.
7. Miyamoto S, Merrill DB, Lieberman JA, Fleischacker WW, Marder SR. Antipsychotic drugs. In: Tasman, Kay, Lieberman, First, Maj. (Eds) Psychiatriy 3. ed., West Sussex, Wiley-Blackwell, 2008.
8. Bazire S. Psychotropic Drug Directory. Mark Allen Publishing Ltd, Nr Salisbury, Wilts, UK, 2005.
9. Maršálek M. Extrapyramidové poliekové poruchy. In: Seifertová D, Praško J, Horáček J, Hoschl C (Eds) Postupy v léčbě psychických poruch. Academia Medica Pragensis. Praha 2008.

MUDr. Branislav Motovský
Psychiatrická klinika FN
Legionárska 28, 911 71 Trenčín
motovskybr@stonline.sk



- 2. psychiatrická klinika SZU
- Psychiatrická nemocnica P. Pinela v Pezinku
- spoločnosť SOLEN
- časopis Psychiatria pre prax

organizujú

Psychiatria PRE PRAX

Sympóziu psychiatrov

6.
ročník

7. – 8. október 2010

Hotel Senec, Senec

www.solen.sk

Podujatie bude ohodnotené CME kreditmi

ORGANIZAČNÉ ZABEZPEČENIE

Michaela Malová

SOLEN, s. r. o.

Lovinského 16, 811 04 Bratislava

tel.: 02/ 5465 1385, fax: 02/ 5465 1384

e-mail: malova@solen.sk, www.solen.sk

SOLEN
MEDICAL EDUCATION