

prostředí poskytuje, je synchronizace a upevnění cirkadiálního rytmu (sociální kontakty, fyzická aktivita, příjem potravy, podávání léčivých přípravků, spánek/bdění). Oproti tomu návrat zpět do určité sociální izolace, rozpad struktury dne a vlastního cirkadiálního rytmu, ztráta adherence, užívání psychoaktivních látek, to vše mohou být faktory, které se spolupodílí na relapsu nebo rizikové suicidální aktivitě, která se velmi často právě po dimisi objevuje. Stresovým faktorem je samozřejmě i stigmatizace a její doprovodné fenomény.

Obecně vlastní přechod nemocného z lůžkového zařízení zpět do domácího prostředí vypadá na první pohled jako jednoduchá záležitost, ale opak bývá pravdou. Tento proces bývá komplikován reálnou kapacitou ambulantních služeb, která může ovlivnit např. i to, zda bude mít pacient dostatek léčivých přípravků. Je téměř jisté, že pokud propouštěný pacient obdrží léčivé přípravky pouze na dobu tří dnů, je silně ohrožena kontinuita antipsychotické léčby, zvláště je-li propuštění realizováno na konci pracovního týdne. Některá zdravotnická zařízení již vybavují pacienty recepty anebo si přechodně nemocného ponechávají v ambulantní péči a následně předávají specialistům.

S vědomím, že existují regionálně specifické výjimky, lze konstatovat, že je minimálně uplatňována reflexe či zpětná vazba mezi lůžkovým zařízením a ambulantním specialistou. Dočasnou výjimku mohly vytvářet situace v oblasti dlouhodobě působících antipsychotik, kdy se „lůžkoví“ lékaři domlouvali s ambulantními kolegy, zda jsou ochotni a mají kapacitu aplikovat tyto léčivé přípravky. Druhou výjimkou jsou situace rehospitalizací, které ambulantní specialista iniciuje a komunikuje s lůžkovým zařízením. Ideální je, pokud se lékař, který působí před svou atestací v určitém lůžkovém zařízení, následně rozhodně rozvíjet svou praxi

v oblasti, ve které zdravotnické zařízení zajišťuje zdravotní péči.

Důležitou součástí posthospitalizační péče je monitorování dopadu zahájené antipsychotické léčby na tělesný stav nemocného. V rámci časově omezeného pobytu v lůžkovém zařízení lze zachytit pouze nejčasněji nastupující nežádoucí účinky, ke kterým patří především extrapyramidové příznaky, elevace jaterních testů nebo změny převodních parametrů na EKG. Za problematické je nutné považovat období po propuštění, když se po většinou plíživě rozvíjejí kardiometabolické nežádoucí účinky. Sledování nežádoucích účinků především kardiometabolického původu ovlivňuje do určité míry další osud pacientů a určuje délku jejich života. Pokud jsou identifikovány závažné rizikové hodnoty (Tab. 4), je nezbytné přistoupit ke změně psychofarmakologické léčby a podávat kardiometabolicky šetrné přípravky.

Za velmi užitečný koncept lze považovat poskytování multidisciplinární péče komunitními službami, které zahrnují rovněž péči o tělesné zdraví pacientů trpících nejzávažnějšími formami duševních onemocnění, které jsou velmi často doprovázeny vážným kognitivním narušením. Multidisciplinární tým v ideálním případě naváže kontakt s pacientem již v době akutní hospitalizace a dle stavu a potřeb nemocného může moderovat i samotný přechod do domácího prostředí.

Stabilizační etapa léčby (3–6 měsíců)

Toto období terapie následuje bezprostředně po akutní etapě léčby, když již nejsou přítomny akutní příznaky onemocnění a časně nastupující nežádoucí účinky. Pacient se nachází v převážné většině v ambulantní péči. Základním cílem této etapy je udržení remise pozitivních příznaků, minimalizace dalších

příznaků schizofrenie a zvládnutí nežádoucích účinků léčby (Tab. 2). Tato etapa léčby je někdy označována jako postakutní fáze léčby schizofrenie.

Nemocného začleňujeme do jeho běžného života s využitím dalších nefarmakologických léčebných možností včetně péče multidisciplinárního týmu. Ve stabilizační etapě je doporučováno pokračovat v podávání shodné dávky antipsychotika, která byla účinná v akutní etapě léčby, pokud se neobjevily nežádoucí účinky, které mohou významně ovlivnit léčebnou spolupráci pacienta.

Udržovací etapa léčby (6 měsíců – 2 roky)

Stabilizační etapa léčby schizofrenie přechází v tzv. udržovací léčbu, kdy se někteří pacienti dostávají do tzv. symptomatické remise, kterou se snažíme udržet pokračující léčbou antipsychotiky a vhodnými psychosociálními intervencemi. V udržovací etapě dávku daného antipsychotika postupně upravíme tak, aby byla zajištěna prevence relapsu, případně nemocného převádíme na antipsychotikum s bezpečnějším profilem nežádoucích účinků. Je třeba varovat před příliš nízkými dávkami antipsychotik, které mohou pravděpodobnost rozvoje relapsu zvyšovat, a pokud jejich dávku snižuje za účelem minimalizovat nežádoucí účinky, je vhodné zvážit volbu šetrného antipsychotika v prokazatelně účinné dávce (tabulka 2). Dlouhodobě působící injekční antipsychotika jsou určena pro pacienty, kteří preferují léčbu dlouhodobým injekčním preparátem, jsou nonadherentní či často relabují (13) (Tab. 3).

Pokud pacient nedostatečně odpovídá na léčbu, nespolupracuje v léčbě či léky netoleruje, symptomatické remise nemusí být dosaženo

Tab. 4. Definice vysokého kardiometabolického rizika (upraveno podle (26))

- pacienti s prokázaným kardiovaskulárním onemocněním (KVO)
- pacienti s diabetem mellitus
- pacienti s chronickým onemocněním ledvin
- pacienti s familiární hypercholesterolemií
- pacienti s obezitou při BMI ≥ 35
- asymptomatictí jedinci, u kterých je vysoké nebo velmi vysoké ($\geq 5\%$) riziko kardiovaskulární příhody v příštích deseti letech (tzv. SCORE2 – viz u-prevent.com)
- pacienti se zvýšenými hodnotami izolovaných rizikových faktorů (celkový cholesterol: 8 mmol/l, LDL-cholesterol: 6 mmol/l, krevní tlak: 180/110 mm Hg a vyšší)

Tab. 3. Základní charakteristiky dlouhodobě působících injekčních antipsychotik

Léčivo	Obvyklá jednorázová dávka (mg)	Interval dávkování (týdny)
Haloperidol-dekanoát	25–150	2–4
Zuklopentixol-dekanoát	100–400	2–4
Flupentixol-dekanoát	20–80	2–4
Flufenazin-dekanoát	12,5–75	2–5
Risperidon mikrosféry	25–50	2
Olanzapin-pamoát	150–405	2–4
Aripiprazol monohydrát	300–400	4
Paliperidon-palmitát	1 M	4
	3 M	12