

šení fungování v 80. letech, dosažení soběstačnosti s funkční remisí, kognitivním fungováním a zlepšením kvality života na přelomu tisíciletí až po dosažení zotavení a plné kompetence v dnešní době. Zotavení nemusí nutně znamenat úplné vymizení symptomů onemocnění, které je většinou doživotní, ale spíše získání vlády nad vlastním životem, soběstačnost a možnost naplnění potenciálu jedince.

Léčba schizofrenie je ale i dnes zahajována až v době akutní ataky – první epizody psychózy, zatímco onemocnění se rozvíjí již o mnoho let dříve. Již během dětství a dospívání se mohou objevovat negativní a později i pozitivní symptomy v premorbidním a prodromálním stadiu. Kromě léčby akutní ataky zahrnuje terapie schizofrenie udržovací léčbu s cílem prevence relapsu a také péči směřující ke zlepšení funkčního stavu, jako je remediacce, rehabilitace aj. Zároveň se rozvíjejí snahy o časnou identifikaci osob v riziku vzniku psychotického onemocnění a o prevenci jeho rozvoje pomocí farmakologických, a především nefarmakologických intervencí. Velkým hypotetickým přáním do budoucna je primární prevence schizofrenie (1).

Dosahované výsledky

Léčba akutní ataky schizofrenie vede k odpovědi u 18–65 % pacientů, přičemž při první atace je podíl léčebných odpovědí vyšší (40–87 %). Část pacientů je ale na léčbu rezistentních, přetrvává u nich např. kognitivní deficit anebo reziduální symptomy, a u části nemocných s dosažením odpovědi na léčbu dochází k časnému relapsu. Remise onemocnění je dosaženo u 7–52 % léčených, opět v případech první ataky jsou výsledky lepší (17–81 % remisí). I u pacientů v remisi ale hrozí relaps a zotavení je dosahováno jen u 8–20 % pacientů (2).

Sekvenční léčba

Zatím neexistuje lék, který by byl účinný v akutní i udržovací léčbě schizofrenie, pokrýval všechny symptomy a současně vykazoval dobrou bezpečnost. Jak ukazují velké metaanalýzy klinických studií, všechna schválená antipsychotika jsou účinná. Liší se ale významně svou bezpečností a snášenlivostí, i když většinou nejsou k dispozici jejich přímá porovnání. Léky s vyšší účinností bývají často spojeny s vyšším výskytem nežádoucích účinků (3–6).

Současná doporučení pro léčbu schizofrenie jsou založena na sekvenční léčbě. Recentní studie, která hodnotila účinnost dosahovanou v jednotlivých krocích sekvenční léčby, ukázala významně klesající podíl pacientů s léčebnou odpovědí s postupujícími kroky. V prvním kroku vykázalo odpověď 53 % léčených (při první epizodě 63 %), ve druhém kroku jen 26 % (při první epizodě 34 %) a ve třetím kroku 26 % (při první epizodě jen 16 %), ovšem pokud byl ve třetím kroku podán klozapin (lék určený pro pacienty s rezistentní schizofrenií), byl podíl odpovědí vyšší – 43 % (45 % při první epizodě), (Obr. 1) (7). To naznačuje, že není třeba čekat příliš dlouho s nasazením léčby určené pro pozdější kroky terapie, nebo zkoušet sekvenci léků s podobným mechanismem účinku.

Monoterapie vs. kombinovaná léčba

V poslední době se také změnilo paradigma optimální léčby schizofrenie, za kterou byla považována monoterapie. Data ukazují, že racionálně nastavená kombinovaná léčba může znamenat větší přínos. Přes 20 let sledování více než 60 tisíc pacientů se schizofrenií ve finském registru přineslo výsledky o prevenci rehospitalizací při monoterapii a kombinované léčbě. Ty ukazují, že u řady antipsychotik je kombinace s dalším antipsychotikem účinnější než jeho podávání v monoterapii (Obr. 2) (8). Navíc je třeba si uvě-

domit, že kombinovaná léčba je v reálné praxi podávána většinou pacientům, kteří nereagují na monoterapii. Zjištěné rozdíly mezi účinky monoterapie a kombinované léčby schizofrenie jsou tedy pravděpodobně ještě větší.

Obavou při podávání kombinace antipsychotik je bezpečnost léčby. Analýza dat ze stejného celonárodního registru, z období 1996–2017 zahrnující 61 889 pacientů se schizofrenií porovnávala výskyt hospitalizací pro nepsychiatrická onemocnění u jedinců se schizofrenií léčených monoterapií a kombinovanou antipsychotickou léčbou, a to v závislosti na dávce léků. Výsledky ukázaly, že při podávání dávek > 1,1 doporučené denní dávky je riziko nepsychiatrických hospitalizací nižší u kombinované léčby (Obr. 3). To naznačuje, že bude třeba přehodnotit i pohled na bezpečnost kombinací antipsychotik v léčbě schizofrenie.

Volba vhodné terapie

Při výběru léčby u pacientů se schizofrenií je třeba zvážit faktory týkající se samotného pacienta, jeho onemocnění, průvodní medicace i prostředí, ve kterém žije (10, 11).

Lze si představit, že ideální lék dokáže léčit psychózu, eliminovat příznaky, dosáhnout remise, překonat rezistenci na léčbu, účinně chránit před relapsem, je účinný na příznaky úzkosti a deprese, zmírňuje negativní a kognitivní symptomy a současně má benigní profil

Obr. 1. Podíl pacientů s odpovědí na léčbu schizofrenie v jednotlivých krocích doporučené sekvenční léčby (7)

