požadavek psychiatrických nemocnic, aby jim tato akutní lůžková péče byla zdravotními pojišťovnami nasmlouvána.
16. Výbor PS schválil žádost prof. Rabocha o zakoupení uzamykatelné skříně do kanceláře PS, ve které budou uloženy výtisky Doporučených postupů psychiatrické péče (DPPP), a aby byly zbylé výtisky předchozího vydání DPPP-III poskytnuty zdarma studentům. Část zbylých DPPP-III bude rovněž zdarma nabídnuta na sjezdu PS prvním 50 zájemcům o DPPP-IV.
17. Výbor PS schválil nové znění podmínek udělení Ceny výboru PS, které vypracoval prof. Raboch ve spolupráci s dr. Rektorem. Nové znění bude umístěno na internetové stránky PS.
18. Výbor PS odmítl nabídku firmy Meditorial na správu svých internetových stránek.
19. Výbor PS schválil žádost prof. Papežové o podporu členství České asociace poruch příjmu potravy v Americké asociaci poruch příjmu potravy.
20. Výbor PS nominoval prof. Praška jako svého zástupce na schůzi Asociace ambulantních psychiatrů, která se uskuteční v průběhu Sjezdu PS ve Špindlerově Mlýně.
21. Výbor schválil přihlášky nových členů PS – MUDr. Vitalij Diacenco.
22. Předsedajícím příští schůze Purkyňovy společnosti dne 3. 9. 2014 bude dr. Možný.

Zapsali paní Holadová a MUDr. Možný

komentář

EXISTUJE PREVENCE VZNIKU GENERALIZOVANÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY VZNIKAJÍCÍ PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ?

Komentář k původní práci uveřejněné v lednu 2014 (Mikami K, Jorge RE, Moser DJ, Arndt S, Jang M, Solodkin A, Small SL, Fonzetti P, Hegel MT, Robinson RG. Prevention of Post-Stroke Generalized Anxiety Disorder, Using Escitalopram or Problem-Solving Therapy. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2014 Jan 23.)

Zaujala mne „čerstvá“ práce Mikami et al. z Carver College of Medicine, University of Iowa, a požádal jsem hlavního autora o laskavé zaslání její plné verze, která dosud nevyšla tiskem. Provedené klinické hodnocení zkoumá možnosti prevence vzniku generalizované úzkostné poruchy u nemocných po cévní mozkové příhodě. Téma je stále nadmíru aktuální, protože podobně jako jinde ve světě i v České republice cévní mozkové příhody tvoří významnou zdravotní zátěž moderní společnosti. Patří k druhé nejčastější příčině kardiovaskulárních úmrtí (po ischemické chorobě srdeční včetně akutního infarktu myokardu) a v posledních letech představují až 6 % všech úmrtí. Mnozí z postižených jsou hospitalizováni, např. v roce 2007 to bylo 41 646 pacientů, roční incidence všech těchto událostí tak dosahuje 4–4,5/1000 osob a společně s prevalencí se v posledních deseti letech výrazněji neměnila. Incidence u obou pohlaví exponenciálně roste s věkem, po 55. roce se s každým desetiletím zdvojnásobuje. Jeden ze čtyř mužů a jedna z pěti žen žijících do 85 let jsou postiženi cévní mozkovou příhodou a v ČR dochází ke třem čtvrtinám cévních mozkových příhod u osob ve věku nad 65 let. Počet nemocných po prodělané příhodě v ČR lze odhadnout podle počtu dispenzarizovaných na 190 000 osob. Mortalita tohoto onemocnění klesá v rozvinutých zemích od začátku šedesátých let 20. století. U nás se začal tento pokles projevovat začátkem devadesátých let, dosud trvá a je velmi výrazný, protože standardizovaná mortalita poklesla mezi roky 1989 a 2007 u mužů o 66,2 % a u žen o 65,5 %. Letalita cévních mozkových příhod, doba přežití i frekvence a tíže postižení určují prognózu. Podle starších studií až 30 % nemocných umíralo do jednoho roku, průměrná doba přežití byla cca 4–5 let. U nemocných je ve vysokém procentu nacházeno psychické postižení (depresivní a úzkostné symptomy). Vedle nákladů na zdravotní a sociální služby je péče o pacienty velmi náročná především pro rodiny postižených. Péče o nemocné vyžaduje multidisciplinární přístup, na kterém se podílejí neurolog, internista, radiolog, cévní chirurg a neurochirurg, rehabilitační pracovníci, logopedi, psychologové a další.

V oblasti psychiatrie je v poslední době věnována pozornost především výskytu depresivní a úzkostné symptomatiky, jednak z důvodu jejich vysoké prevalence, jednak i z pohledu možného ovlivnění prognózy a kvality života pacientů. Nemocní, kteří přežijí cévní mozkovou příhodu, jsou vhodnou skupinou pro tzv. selektivní prevenci (tj. prevenci mezi jedinci ve zvýšeném riziku vzniku onemocnění) generalizované úzkostné poruchy (tzv. post-stroke GAD), protože prevalence této poruchy je v prvních 6 měsících po příhodě 21,3 %. Většinou je tato forma úzkostné poruchy komorbidní s depresivní poruchou, prevalence generalizované úzkostné poruchy bez přítomnosti depresivní poruchy je nacházena u 10,7 % pacientů.

Autoři v nové práci uveřejnili data, která ukazují, že lze zamezit prvotnímu vzniku generalizované úzkostné poruchy v průběhu prvního roku po cévní mozkové příhodě, a to jak podáváním escitalopramu, tak aplikací psychoterapie zaměřené na řešení problémů.

Tato studie zkoumala schopnost preventivního účinku pro nástup generalizované úzkostné poruchy mezi nemocnými ve věku 50–90 let, kteří aktuálně byli postiženi cévní mozkovou příhodou. Všichni nemocní byli randomizováni do tří měsíců od proběhlé epizody hemoragické nebo ischemické. Vyloučeni byli ti, kteří splnili kritéria DSM-IV pro jakoukoliv depresivní epizodu nebo generalizovanou úzkostnou poruchu (kromě kritéria o šestiměsíčním trvání epizody). Nemocní byli kompletně vyšetřeni fyzikálně a neurologicky. Randomizace byla provedena centrálně a nemocní byli rozděleni k léčbě escitalopramem (10 mg/den ≤ 65 let, 5 mg/den > 65 let), placebem nebo psychoterapií. Výběr escitalopramu byl dán jeho prokázanou účinností v léčbě depresivních, ale také úzkostných poruch. Escitalopram kromě jiného prokázal schopnost pozitivně ovlivnit kognitivní funkce v této skupině nemocných (Jorge et al., 2010), ale také autoři aktuálně zmiňované práce již ve své předchozí publikaci prokázali, že podáváním escitalopramu (10 mg/den < 65 let, 5 mg/den ≥ 65 let) nebo poskytováním psychoterapie zaměřené na řešení problémů (problem-solving therapy) lze preventivně po dobu více než jednoho roku zamezit vzniku depresivní symptomatiky tzv. post-stroke depression v porovnání s aplikací placeba (Robinson at al., 2008). Psychoterapie zaměřená na řešení problémů byla modifikována z verze určené pro somaticky nemocné depresivní pacienty. Poskytnuta byla v 1., 2., 3., 4., 6. a 10. týdnu a dále ve 4., 5., 6., 8. a 10. měsíci studie. Nemocní byli hodnoceni slepým hodnotitelem, který se neúčastnil psychoterapie a nebyl seznámen s randomizací léčby. Hodnocení bylo prováděno pomocí Strukturovaného klinického interview pro DSM-IV (SCID) při iniciaci studie a dále ve 3., 6., 9. a 12. měsíci studie. Diagnóza generalizované úzkostné poruchy byla založena na hodnocení symptomů za poslední 3 měsíce, kromě použití kritéria o nutnosti šestiměsíčního trvání poruchy. Pro hodnocení závažnosti anxiety byla použita Hamiltonova stupnice pro posuzování úzkosti (HAM-A), která byla opakovaně shledána jako validní nástroj v populaci nemocných trpících cévními mozkovými příhodami. Dále byl hodnocen socioekonomický stav, funkční schopnosti a nezávislost v běžném životě. Jak nemocní, tak rodinní příslušníci a lékaři primární péče byli dotazováni na výskyt nežádoucích účinků v tříměsíčních intervalech pomocí specificky vytvořeného dotazníku.

Celkem bylo zvažováno pro zařazení do klinického hodnocení 799 nemocných, z nichž bylo 176 randomizováno a 149, u kterých dosud nebyla zaznamenána přítomnost symptomů generalizované úzkostné poruchy při iniciální návštěvě, bylo zařazeno do dvojitě slepé studie s escitalopramem (n = 47) a placebem (n = 49) a nezaslepené části s aplikací 12 setkání psychoterapie zaměřené na řešení problémů (n = 53). U účastníků, kterým bylo podáváno placebo po dobu 12 měsíců, bylo zjištěno pětkrát vyšší riziko rozvoje generalizované úzkostné poruchy ve srovnání s těmi, kterým byl podáván escitalopram. Čtyřnásobné riziko rozvoje úzkostné poruchy bylo také zaznamenáno při podávání placeba ve srovnání s poskytováním psychoterapie. Nebyly zjištěny statisticky významné odlišnosti ve výskytu jakéhokoliv nežádoucího účinku a nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl ve frekvenci přijetí k hospitalizaci.

Limitací předložené práce je samozřejmě počet a výběr pacientů. Nemohli být zařazeni nemocní s poruchami vyjadřovacích schopností, a také ti ve vážných stavech nebo s komorbidními tělesnými chorobami (nádory, srdeční arytmie). Nemocní ve studii byli starší jedinci, u nichž došlo k pozdnímu nástupu generalizované úzkostné poruchy, často s tělesnými problémy, imobilitou, poruchami paměti, sníženou kvalitou života, se zvýšeným rizikem pro další tělesná onemocnění a také rizikem zvýšené konzumace zdravotní péče. Prokazatelný efekt léčby je důležitý v posílení procesu dosažení úzdravy, zvýšení kvality života a snížení další morbidity.

Otázkou je, jaký mechanismus stojí za dosaženým efektem léčby. Je patrné, že bude odlišný při aplikaci escitalopramu a psychoterapie. Escitalopram posiluje exekutivní funkce a „napravuje" poruchy paměti, což pravděpodobně souvisí s neuroplastickým působením v řadě oblastí mozku včetně gyrus dentatus hipokampu. Pro aplikaci psychoterapie neexistují důkazy o specifických změnách neuroplasticity a schopnosti zvýšit kognitivní funkce, dokonce se ukázalo, že psychoterapie vede k nižší míře úpravy kognitivních funkcí ve srovnání s placebem. Jedna z úvah, pramenící ze studií u starších depresivních jedinců, hovoří o tom, že psychoterapie vede nemocné k zachování, nebo dokonce zvýšení důležitých aktivit v jejich životě. Pokud by se jednalo o zvýšení fyzické aktivity, lze opět hledat v oblasti navození změn v oblasti přežívání neuronálních struktur. Současně dochází k redukci maladaptivního a především vyhýbavého chování, které je významným rizikovým faktorem pro rozvoj a udržení úzkostné symptomatiky.

Je samozřejmě nutné tyto výsledky vnímat s určitými omezeními, ale autorům se podařilo prokázat, že lze podáváním escitalopramu nebo poskytováním psychoterapeutické intervence zamezit nově vznikající generalizované úzkostné poruše.

Komentář zapsal doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D.

LITERATURA

Robinson RG, Jorge RE, Moser DJ et al. Escitalopram and problem-solving therapy for prevention of poststroke depression: a randomized controlled trial. JAMA 2008; 299: 2391–2400.

Jorge RE, Acion L, Moser D, Adams HP Jr, Robinson RG. Escitalopram and Enhancement of Cognitive Recovery Following Stroke. Arch Gen Psychiatry 2010; 67 (2): 187–196.