



Mariusz Kielar, 2019-04-03 15:58

Schizofrenia: Rozdźwięk na linii priorytetów zdrowotnych?



Fot. Getty Images/Stockphoto

Schizofrenia to choroba przewlekła wymagająca kompleksowego leczenia, w którym podstawową rolę odgrywa leczenie farmakologiczne. Zdaniem prof. Jerzego Samochowca, kierownika Katedry i Kliniki Psychiatrii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, praktycznym wyzwaniem stojącym przed nową generacją leków przeciwpsychotycznych jest możliwość uzyskania kontroli nad objawami poznawczymi i depresyjnymi występującymi w schizofrenii.

- Poprawiając funkcje poznawcze w schizofrenii udałoby się rozwiązać jedną z najbardziej niezaspokojonych potrzeb pacjentów z tą chorobą. Oprócz tego - co bardzo istotne - zależy nam, by stosowane w tej chorobie leki miały niskie ryzyko generowania działań niepożądanych, takich jak pogarszanie złego stanu somatycznego w przypadku pacjentów w wieku podeszłym i automatycznie negatywnego nastawienia do leczenia - przekonywał prof. Samochovec podczas dorocznej konferencji naukowej poświęconej problematyce rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychotycznych - Schizofrenia Forum 2019 „Łamiąc schematy”, która odbywała się w dniach 21-22 marca 2019 r. w Muranowskim

Centrum Kongresowym w Warszawie.

Podkreślał jednocześnie, że w rankingu skuteczności leków przeciwpsychotycznych zdecydowanie wygrywa klozapina. – Nie mamy co do tego wątpliwości. Jednak skuteczność pozostałych leków też jest ewidentna. Zastanawiając się, jaki lek w pierwszej linii leczenia podać młodemu pacjentowi ze schizofrenią, trzeba pamiętać o wymiarze skuteczności oraz ograniczonym marginesie działań niepożądanych. Jednak obserwujemy dziś przesunięcie zmianę efektów po efektach ubocznych. W lekach przeciwpsychotycznych pierwszej generacji, głównym problemem były późne dyskinezy. W obecnych realiach mamy pacjenta z problemami metabolicznymi – wielu pacjentów ze schizofrenią czy chorobą afektywną pali papierosy, są otyli, mają cukrzycę, w wyniku ryzykownych zachowań o wiele częściej u tych pacjentów dochodzi do zakażeń wątroby czy HIV. Najczęstszą przyczyną śmiertelności w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej są choroby naczyniowe – wyliczał specjalista.

Zdaniem prelegenta nie ma specyficznych objawów zaburzeń poznawczych w schizofrenii. Najbardziej zaburzone u pacjentów są koncentracja oraz szybkość przetwarzania danych. – Myślę, że w przypadku pacjenta z chorobami somatycznymi ze schizofrenią, warto wybrać lurazydon niezależnie od wieku pacjenta. Pamiętajmy przy tym, że nie chodzi w tym przypadku o „sedowanie” pacjenta, bo tego obecnie w długoterminowym leczeniu nie o to chodzi. Celem jest osiągnięcie tzw. funkcjonalnej poprawy pacjenta – tłumaczył prof. Samochowiec.

Nadal jednak wielu decydentów i menedżerów opieki zdrowotnej traktuje psychiatrię marginalnie, jako wycinek innych dyscyplin klinicznych, takich jak kardiologia, pediatria, interna czy onkologia. Zapominają przy tym, że po udanym leczeniu wielu pacjentów chorujących na schizofrenię mogłoby wrócić do pracy. Tymczasem wydatki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na świadczenia związane z niezdolnością do pracy z powodu schizofrenii osiągnęły już ponad 36 miliardów złotych. Co ciekawe, na przestrzeni kilku ostatnich lat ZUS wydał ok. 6 miliardów złotych na świadczenia związane z niezdolnością do pracy z powodu schizofrenii, podczas gdy 3 miliardy złotych przeznaczane jest na leczenie tej choroby. Czyżby ZUS-owi wciąż łatwiej wypłacać świadczenia pieniężne, niż przyczyniać się do aktywnego leczenia choroby? To przykład niezwykle przewrotnej, poprzestawianej logiki urzędniczej w naszym kraju. Wydaje nam się, że w naszym rozumieniu dynamiki schizofrenii powinno być raczej odwrotnie: chcemy zapobiegać, interweniować, a nie tylko wypłacać zasiłki – przekonywał prof. Samochowiec.

Na koniec swojego wykładu prof. Samochowiec zwrócił uwagę na ciekawą obserwację z przeprowadzonej analizy dokumentu ministerialnego. – Powołam się na rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 roku w sprawie priorytetów zdrowotnych. Wśród nich znalazły się m.in. zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca, przeciwdziałanie występowaniu otyłości, zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych, tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania oraz zwiększenie koordynacji opieki nad pacjentami starszymi, niepełnosprawnymi oraz niesamodzielnymi. Jest w nim zatem wiele takich kryteriów, które przemawiają na rzecz refundacji lurazydonu, o których mówimy i o które walczymy. Mamy nadzieję, że zostaną kiedyś wysłuchane – podsumował specjalista.

Perspektywa pacjenta: istotne informacje na temat lurazydonu
Skuteczność – wysoka krótko- i długotrwała skuteczność w zapobieganiu nawrotom schizofrenii potwierdzona wynikami badań klinicznych.
Niska odczuwalność skutków ubocznych – lek należy do grupy bezpieczniejszych i lepiej akceptowalnych przez pacjentów ze względu na mniejsze ryzyko działań niepożądanych.
Mniejsze ryzyko nawrotu choroby – mniejsze ryzyko odstawienia leku przez pacjenta dzięki zredukowaniu jego działań niepożądanych.

Utrzymanie wypracowanych efektów - u pacjentów w stabilnym stanie psychicznym lek pozwala na zachowanie uzyskanej poprawy w zakresie zmniejszenia odczuwania objawów schizofrenii.

Zmniejszenie senności - mniejsza senność i poprawa funkcjonowania poznawczego pacjenta, szansa na lepsze funkcjonowanie społeczno-zawodowe.

Zwiększenie komfortu życia - istotne ograniczenie działań niepożądanych umożliwia pacjentom prowadzenie aktywnego życia prywatnego i zawodowego.

Wygoda stosowania - dawkowanie leku raz na dobę wraz z posiłkiem bez żadnych wykluczeń dietetycznych.

Dostępność leku - lek zarejestrowany przez Europejską Komisję Leków (EMA) w 2014 roku, amerykańską Agencję Żywności i Leków (FDA) oraz urzędy rejestracyjne w Kanadzie i Szwajcarii; w Polsce lek został dopuszczony do obrotu, nie jest obecnie refundowany w żadnym wskazaniu.