

# Zdrowie układu krążenia u młodych osób z ciężkimi chorobami psychicznymi: jedna epidemia w obrębie drugiej

Sue Bailey,<sup>1,2</sup> Clare Gerada,<sup>3</sup> Helen Lester,<sup>4</sup> David Shiers<sup>5</sup>

*The Psychiatrist* (2012), 36, 375-378

U młodych osób z rozwijającymi się psychozami dochodzi do wczesnego przyrostu masy ciała. Potencjalne następstwa kardiometaboliczne tego zjawiska dodatkowo pogarszają i tak już niepokojące trendy w zdrowiu publicznym w Wielkiej Brytanii obserwowane w całej populacji młodych osób. W niniejszym artykule zasugerowano, że klinicyści, traktując te zmiany jako drugorzędne w leczeniu psychiatrycznym młodych pacjentów, mogą prowadzić do niezamierzonego przyzwolenia na pierwszy, krytycznie ważny krok na drodze do nierówności pod względem zdrowia somatycznego. Należy zwrócić większą uwagę na tę populację 20- i 30-latków, a więc osób w wieku, w którym normalnie nie rozważa się aktywnej pierwotnej lub wtórnej prewencji chorób układu krążenia, ponieważ w tej grupie istnieje duże ryzyko przedwczesnego zgonu. Wczesna faza psychozy jest jednocześnie ważnym oknem terapeutycznym w zakresie ochrony przed chorobami kardiometabolicznymi.

## Lepiej zapobiegać niż leczyć

Zacznijmy od nierzadkiego dylematu klinicznego: młoda osoba, od niedawna przyjmująca leki psychotropowe, zgłasza się na wizytę kontrolną i okazuje się, że ze względu na szybki przyrost masy ciała fizycznie jest niemal nie do rozpoznania. Natomiast urodzenia uległy zmniejszeniu i w tym sensie u chorego nastąpiła poprawa objawowa. Czy lekarz powinien być zaniepokojony?

## SZLAK DO NIERÓWNOŚCI ZDROWOTNYCH

Trudno byłoby znaleźć argumenty przeciwko uwzględnieniu zdrowia somatycznego jako elementu jednego z głównych sześciu założeń obecnej brytyjskiej polityki dotyczącej zdrowia psychicznego: „Mniej osób z problemami z zakresu zdrowia psychicznego będzie umierać przedwcześnie, a u większej liczby osób z somatycznymi problemami zdrowotnymi osiągnie się lepszy stan zdrowia psychicznego”.<sup>1</sup> Mimo to u znacz-

nego odsetka spośród 7500 osób, u których każdego roku w Anglii rozwija się psychoza, problemem przyszłości będą nie tylko trudności o charakterze psychologicznym, ale również zły stan somatyczny. Najnowsze dowody wysokiej jakości wskazują, że w tej grupie mężczyźni umierają 20, a kobiety 15 lat wcześniej niż osoby z populacji ogólnej, co profesor Thornicroft nazwał „skandalem przedwczesnej umieralności, który jest sprzeczny z międzynarodowymi konwencjami dotyczącymi »prawa do zdrowia«.”<sup>2</sup> U podłoża tego „skandalu przedwczesnej umieralności” leży rzeczywistość, w której choroby psychiczne i somatyczne nierzadko współistnieją, często w połączeniu z wykluczeniem społecznym i ograniczonymi możliwościami, co ujawnia wszystkie problemy nękające osoby znajdujące się w tej niekorzystnej sytuacji społecznej. Na przykład w przybliżeniu 90% osób z ciężką chorobą psychiczną, w tym zwłaszcza schizofrenią, jest niezatrudnionych, wiele z nich nie ma dostatecznego oparcia w sieciach społecz-

<sup>1</sup>Greater Manchester West Mental Health NHS Foundation Trust, Manchester; <sup>2</sup>University of Central Lancashire, Preston; <sup>3</sup>Hurley Clinic, Londyn; <sup>4</sup>University of Birmingham, Birmingham; <sup>5</sup>National Mental Health Development Unit, Londyn – wszystkie instytucje w Wielkiej Brytanii  
Profesor Sue Bailey MBChB, FRCPSych, prezes Royal College of Psychiatrists, konsultant psychiatrii sądowej dzieci i młodzieży, Greater Manchester West Mental Health NHS Foundation Trust, oraz profesor zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (Professor of Child and Adolescent Mental Health), University of Central Lancashire, Preston, Wielka Brytania. Dr Clare Gerada FRCP, FRCGP, FRCPSych, przewodnicząca Rady Royal College of General Practitioners oraz partner w praktyce ogólnej, Hurley Clinic, Londyn, Wielka Brytania. Profesor Helen Lester MB ChB, MA, MD, FRCGP, profesor podstawowej opieki zdrowotnej, University of Birmingham, Birmingham, Wielka Brytania. Dr David Shiers MB ChB, MRCP (UK), emerytowany lekarz ogólny, Leek, North Staffordshire, Wielka Brytania, oraz były współprzewodniczący programu National Early Intervention in Psychosis prowadzonego przez National Mental Health Development Unit (2004-2010).

Adres do korespondencji: David Shiers, e-mail: david.shiers@doctors.org.uk

Konflikt interesów: D.S. otrzymał honorarium za prezentację dotyczącą wczesnej interwencji w psychozie, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów zdrowia somatycznego, podczas spotkania edukacyjnego zorganizowanego w 2010 roku przez firmę Janssen-Cilag. Jest również opłacanym konsultantem w ramach inicjatywy National Audit of Schizophrenia, podjętej przez Royal College of Psychiatrists' Centre for Quality Improvement.

nych, zaniedbuje aktywność fizyczną, źle się odżywia i dużo pali.<sup>3</sup> Oprócz tych swoistych niekorzystnych okoliczności tacy pacjenci mają często słaby dostęp zarówno do podstawowej, jak i specjalistycznej opieki zdrowotnej,<sup>4</sup> co jest konsekwencją złej organizacji opieki zdrowotnej, a także nieuzgodnienia zakresu odpowiedzialności między lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej a specjalistami.<sup>5,6</sup> Wydaje się ponadto, że wspomniana przedwcześnie umieralność wciąż się powiększa.<sup>7</sup> Może to następować wtórnie do populacyjnego wzrostu zapadalności na choroby układu krążenia i cukrzycę typu 2, a dodatkowym problemem, na który wskazują nowe dane, mogą być nierówności pod względem zapewnienia opieki zdrowotnej, zwłaszcza w odniesieniu do chorób układu krążenia,<sup>8</sup> ale również cukrzycy i nowotworów.<sup>9</sup>

### SEDNO PROBLEMU

U chorych na ciężkie choroby psychiczne występuje istotne ryzyko kardiometyaboliczne, na które składają się: otyłość brzuszna, zaburzenia gospodarki węglowodanowej, zaburzenia lipidowe i zespół metaboliczny, a także duża częstość palenia tytoniu.<sup>3</sup> Uzyskano dane wskazujące na zwiększoną zawartość tkanki tłuszczowej w jamie brzusznej i zaburzenia gospodarki węglowodanowej u osób z pierwszym epizodem psychozy, nawet jeszcze przed rozpoczęciem leczenia,<sup>10</sup> ale szczególnie uderzające jest to, jak znacznemu przyspieszeniu ulegają te zmiany po rozpoczęciu terapii przeciwpsychotycznej. W badaniu obejmującym 272 wcześniej nielezione osoby w wieku 4-19 lat z szerokim zakresem rozpoznań psychiatrycznych, w tym schizofrenią, oceniono prospektywnie kardiometyaboliczne efekty stosowania czterech często przepisywanych atypowych leków przeciwpsychotycznych – aripiprazolu, olanzapiny, kwetiapiny i rysperydonu – w ciągu 12-tygodniowej obserwacji. U wszystkich leczonych nastąpił istotny przyrost masy ciała, wynoszący w zależności od przyjmowanego leku średnio 4,4-8,5 kg, natomiast w nielezionej grupie kontrolnej przyrost masy ciała wyniósł przeciętnie tylko 0,2 kg. Chorzy otrzymujący leki przeciwpsychotyczne nie tylko przybierają na wadze, ale również następuje u nich istotny wzrost stężenia cholesterolu całkowitego, triglicerydów i glukozy we krwi.<sup>12</sup> Ponadto te działania niepożądane są częste, ponieważ u jednej trzeciej pacjentów z pierwszym epizodem psychozy w ciągu 8 miesięcy od rozpoczęcia leczenia stwierdza się zaburzenia metaboliczne.<sup>13</sup> Warto zauważyć, że zarówno cukrzyca, jak i zaburzenia lipidowe mogą niekiedy wystąpić nawet bez przyrostu masy ciała, co podkreśla znaczenie czujności klinicznej i zwracania uwagi na możliwość występowania poważnych zaburzeń metabolicznych u osób otrzymujących leki przeciwpsychotyczne, u których nie nastąpił przyrost masy ciała.<sup>14</sup>

Przyrost masy ciała i otyłość wywołują szczególne obawy ze względu na potencjał niekorzystnego wpływu na ryzyko kardiometyaboliczne. Na przykład powiązania między otyłością w dzieciństwie a czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego, takimi

jak zaburzenia lipidowe, nietolerancja glukozy oraz nadciśnienie tętnicze, zostały dobrze wykazane<sup>15</sup> i mogą tłumaczyć, dlaczego otyłość w dzieciństwie pozwala przewidywać występowanie choroby niedokrwiennej serca w wieku dorosłym.<sup>16</sup> Wydaje się prawdopodobne, że istotny przyrost masy ciała u kogoś z rozwijającą się psychozą może prowadzić do innych zaburzeń kardiometyabolicznych. Brak krytycznej oceny przyrostu masy ciała, zwłaszcza u osób z pierwszym epizodem psychozy, mógł jednak utrudnić ocenę potencjalnego wpływu leków przeciwpsychotycznych. W wielu pracach dotyczących przyrostu masy ciała wykorzystywano wyniki randomizowanych badań kontrolowanych z krótkim czasem obserwacji, w których oceniano starsze osoby z już rozwiniętą chorobą, spośród których wiele mogło wcześniej przybrać na wadze w związku z uprzednią ekspozycją na leki przeciwpsychotyczne. Na tle tych prac wyróżnia się badanie European First Episode Schizophrenia Trial (EUFEST),<sup>17</sup> będące wysokiej jakości badaniem klinicznym, którego jednym z zaplanowanych celów była ocena przyrostu masy ciała w populacji wcześniej nieleczonych pacjentów z pierwszym epizodem psychozy. W tym badaniu stwierdzono, że odsetek pacjentów, którzy przybrali na wadze o więcej niż 7% w ciągu pierwszego roku leczenia, wyniósł 86% w grupie leczonej olanzapiną, 65% w grupie leczonej kwetiapiną, 53% w grupie leczonej haloperidolem oraz 37% w grupie leczonej zyprazydonem. Przytaczając wyniki tego badania, Nasrallah<sup>18</sup> skomentował je następująco: „Ani starsze leki przeciwpsychotyczne, takie jak haloperidol, ani metabolicznie niegroźne atypowe leki przeciwpsychotyczne, takie jak zyprazydon, nie są tu wyjątkami”. Podkreślając zróżnicowanie działania leków przeciwpsychotycznych w uprzednio nielezionej populacji, autorzy niedawnego przeglądu systematycznego doszli do wniosku, że u pacjentów z pierwszym epizodem psychozy przyrost masy ciała spowodowany lekami przeciwpsychotycznymi był niedoszacowany 3-4 razy.<sup>19</sup>

Duża brytyjska organizacja charytatywna wspierająca chorych na schizofrenię, Rethink Mental Illness, powołała ostatnio ogólnokrajową grupę ekspertów pod nazwą Schizophrenia Commission. Wyniki jej prac nie zostały jeszcze opublikowane, ale z rozmów z odbiorcami świadczeń zdrowotnych przeprowadzonych podczas spotkań komisji bardzo wyraźnie wynika to, jak bardzo ich oczekiwania, lęki oraz obawy związane z leczeniem różnią się od postrzegania tych samych kwestii przez fachowy personel prowadzący to leczenie. Te obawy znajdują również odzwierciedlenie w opublikowanych dowodach. W 18-miesięcznym badaniu Clinical Antipsychotic Trials for Intervention Effectiveness (CATIE) 74% pacjentów z rozpoznaną schizofrenią przedwcześnie przerwało przyjmowanie leku.<sup>20</sup> Najczęściej przytaczanymi powodami przerwania leczenia były: decyzja pacjenta, brak rezultatów oraz nietolerancja działań niepożądanych. Powracając do sytuacji klinicznej przedstawionej na początku tego artykułu, być może warto zastanowić się, co może mieć największe znaczenie dla młodego człowieka, który siedzi przed nami w gabinecie – przyrost

masy ciała czy zmniejszenie objawów zaburzeń psychicznych. Największym zmartwieniem będzie najprawdopodobniej utrata poczucia własnej wartości oraz dodatkowa stygmatyzacja wynikająca z dużego przyrostu masy ciała.<sup>21</sup> niemożność założenia dotychczas noszonych ubrań, podbiegnięcia do autobusu, czy też wstyd odczuwany podczas spotkań z przyjaciółmi i rodziną, a spowodowany tym, że wygląd pacjenta wymknął się spod kontroli. Oprócz tych trudności młodzi ludzie mogą odczuwać dodatkowy stres wynikający z innych niepożądanych działań leków, takich jak hiperprolaktynemia (która jest przyczyną zaburzeń miesiączkowania, dysfunkcji seksualnej i mlekotoku)<sup>22</sup> oraz zaburzenia ruchowe. Nie jest więc zaskakujące, że młodzi ludzie mogą przestać przyjmować leki albo nie zgłaszać się na zaplanowane wizyty kontrolne w poradni.<sup>23</sup>

### JEDNA EPIDEMIA W OBRĘBIE DRUGIEJ

Pacjenci z pierwszym epizodem psychozy są zwykle nastolatkami lub młodymi dorosłymi. Podobnie jak ich rówieśnicy, żyją w społeczeństwie, w którym coraz bardziej siedzącemu trybowi życia towarzyszy łatwy dostęp do produktów żywnościowych o dużej wartości energetycznej. W niedawnym artykule redakcyjnym w *British Journal of General Practice* podkreślono skalę tego problemu,<sup>24</sup> ponieważ w ciągu ostatnich 20 lat nastąpił spektakularny wzrost rozpowszechnienia otyłości wśród młodych osób.<sup>25</sup> Częstość występowania cukrzycy typu 2 w młodszej populacji zwiększyła się 10-krotnie, czemu towarzyszył 14-krotny wzrost zapadalności na zawał mięśnia sercowego.<sup>27</sup> Biorąc pod uwagę szybkie zmiany demograficznej charakterystyki otyłości, wpływ tych procesów na przyrost masy ciała u młodych ludzi z psychozą może być nieproporcjonalnie większy, co dostarcza kolejnych argumentów potwierdzających obawy, że mamy do czynienia z jedną epidemią w obrębie drugiej.

### Rozwiązanie?

Chociaż wciąż nie ma jasności odnośnie do dokładnego charakteru i względnego udziału czynników genetycznych, efektów demograficznych oraz leków przeciwpsychotycznych, pewne jest, że w krytycznej, wczesnej fazie psychozy u młodych ludzi szybko pojawia się ryzyko kardiologiczne. Zjawiska te stwarzają jednak również okazję do prewencji i leczenia.

Ponad 30 lat temu Geoffrey Rose zaproponował nowy „paradoks prewencji” jako podejście do rozwiązania problemu chorób układu krążenia, polegający na przeniesieniu ciężaru zainteresowania z samych prób leczenia punktów końcowych choroby na inne zadanie, jakim jest identyfikacja i leczenie jej przyczyn.<sup>28</sup> Czy bazując na paradoksie prewencji, można zaproponować chorym z psychozą realistyczne podejście do rozwiązania problemu tej epidemii w obrębie epidemii? Aby można było rozważać realizację tej strategii, paradoks prewencji musi przejść dwa testy – wykonalności (feasibility) i możliwości (possibility).

### TEST WYKONALNOŚCI

Wiele praktycznych elementów składowych bardziej prewencyjnego podejścia jest już dostępnych.

a) Zagrożona populacja jest dobrze zdefiniowana i znana zarówno specjalistom, jak i lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej dzięki rejstrum pacjentów z chorobami psychicznymi.

b) Wiadomo, na jaki okres powinna być ukierunkowana prewencja – wczesną, krytyczną fazę choroby, a zwłaszcza okres bezpośrednio przed rozpoczęciem i po rozpoczęciu stosowania leków przeciwpsychotycznych.

c) Znane są elementy stylu życia, które odgrywają tu rolę (np. palenie tytoniu, otyłość, brak aktywności fizycznej).

d) Możliwe jest wykrywanie i śledzenie swoistych modyfikowalnych czynników ryzyka (np. wskaźnika masy ciała [BMI], parametrów lipidowych, stężenia glukozy, palenia tytoniu).

e) Dostępne są przekonujące dowody świadczące o tym, że takim stanem, jak cukrzyca typu 2 i choroby układu krążenia, można zapobiegać lub opóźniać ich rozwój przez połączenie zwiększonej aktywności fizycznej, lepszego sposobu odżywiania się oraz zmniejszenia masy ciała.

f) W ramach podstawowej opieki zdrowotnej od dziesięcioleci zapewnia się programy promocji zdrowia i leczenia takich chorób, jak choroby serca i cukrzyca, a więc taki sposób postępowania jest dobrze zakorzeniony w podstawowej opiece zdrowotnej. Ostatnio – od 2006 roku – w ramach systemu płatności za jakość podstawowej opieki zdrowotnej (Quality and Outcomes Framework)<sup>29</sup> lekarze ogólni w Wielkiej Brytanii otrzymują wynagrodzenie za pomiary czterech wskaźników fizykalnych u osób wpisanych do rejestru pacjentów z chorobami psychicznymi w podstawowej opiece zdrowotnej (tj. osób z ciężkimi chorobami psychicznymi): BMI (wskaźnik MH12), ciśnienia tętniczego (wskaźnik MH13), stosunku stężenia cholesterolu całkowitego do stężenia cholesterolu we frakcji lipoprotein o dużej gęstości (wskaźnik MH14) oraz stężenia glukozy we krwi (wskaźnik MH15). Obecnie ostatnie dwa z tych wskaźników są oceniane tylko u osób w wieku powyżej 40 lat, co powoduje, że przeoczony zostaje kluczowy okres, w którym następują te zmiany metaboliczne, a możliwości sprawowania dobrej jakości opieki nad tymi zagrożonymi młodymi pacjentami stają się bardziej ograniczone. Ta sytuacja ulegnie jednak prawdopodobnie zmianie, kiedy zalecenia National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) zostaną uaktualnione w celu uwzględnienia pojawiających się nowych dowodów.

g) Wiadomo, jak mierzyć poprawę jakości opieki zdrowotnej (np. audyty, kształcenie lekarzy, programy poprawy świadczeń).

### TEST MOŻLIWOŚCI

Za zachęcające można uznać to, że zaczynają pojawiać się programy systematycznego przesiewowego wykrywania i leczenia zaburzeń kardiometabolicznych kładące równy nacisk na dobrostan fizyczny od samego początku leczenia psychozy. Doskonały model wprowadzony ostatnio w Nowej Południowej

Walii w Australii zapewnia systematyczną ocenę wszystkich osób z pierwszym epizodem psychozy, która jest oparta na uzgodnionym algorytmie klinicznym (Positive Cardiometabolic Health Algorithm, do pobrania ze strony internetowej Australian Health Education and Training Institute pod adresem: [www.heti.nsw.gov.au/cmalgorithm](http://www.heti.nsw.gov.au/cmalgorithm)) uwzględniającym główne czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego – przyrost masy ciała, palenie tytoniu, zaburzenia lipidowe i zaburzenia gospodarki węglowodanowej, nadciśnienie tętnicze oraz obciążające wywiady rodzinne w kierunku chorób układu sercowo-naczyniowego i cukrzycy.<sup>30</sup>

Zasadnicze znaczenie ma zapobieganie przyrostowi masy ciała od momentu rozpoczęcia podawania leków przeciwpsychotycznych. Uzyskano dowody korzystnego wpływu interwencji dotyczących stylu życia (terapia poznawczo-behawioralna, aktywność fizyczna i dieta), które zmniejszają przyrost masy ciała u chorych z pierwszym epizodem psychozy.<sup>31</sup> Należy również rozważyć wpływ głównych indywidualnych czynników podatności.<sup>32</sup> Dowody uzyskane podczas leczenia chorych zarówno na schizofrenię, jak i cukrzycę typu 2, dowodzą znaczenia systematycznego ponawiania edukacji pacjentów w zakresie interwencji dotyczących stylu życia przez przekazywanie prostych i spójnych informacji na temat złożonych zagadnień, takich jak umiejętności kulinarne i planowanie posiłków, a także wykorzystywanie narzędzi wspomagających pamięć.<sup>33</sup> Częste monitorowanie może pozwolić na przewidywanie, u których pacjentów prawdopodobny jest szybki przyrost masy ciała.<sup>34</sup> Stwierdzenie wczesnego szybkiego przyrostu masy ciała (np. o 5 kg w ciągu pierwszych 3 miesięcy) lub nieprawidłowych parametrów kardiometabolicznych w badaniach laboratoryjnych krwi powinno skłonić do pilnego przeglądu stosowanych leków przeciwpsychotycznych, ponieważ zamiana jednych leków z tej grupy na inne może ograniczyć te działania niepożądane.<sup>35</sup>

Można również zakwestionować dominację leków przeciwpsychotycznych jako automatycznej strategii terapeutycznej pierwszego rzutu.<sup>36,37</sup> Ukierunkowanie leczenia na indywidualnego pacjenta powinno obejmować proponowanie mu całego zakresu metod leczenia opartych na dowodach z badań naukowych, a więc oprócz leków również interwencji psychologicznych i rodzinnych. Pacjenci i ich rodziny wymagają jasnych i spójnych informacji, które będą w stanie zrozumieć, aby móc rozważyć bilans korzyści oraz zagrożeń związanych ze stosowaniem leków przeciwpsychotycznych, ze szczególnym naciskiem na to, że ceną płaconą za zmniejszenie objawów choroby psychicznej jest zwiększenie zagrożeń dla zdrowia fizycznego. Decyzje terapeutyczne powinny być negocjowane i dostosowane do aspiracji oraz systemu wartości danej osoby.<sup>38</sup>

Należy przeprowadzić badania dotyczące nowych możliwości interwencji farmakologicznych. Na przykład metformina jest stosowana w leczeniu cukrzycy od ponad 60 lat i wykazano jej skuteczność kliniczną oraz bezpieczeństwo u takich pacjentów. Stosowanie tego leku poza wskazaniami rejestracyjnymi

skutecznie zapobiegało wystąpieniu cukrzycy lub opóźniało jej wystąpienie u osób ze stanem przedcukrzycowym (biochemicznie wykazane zaburzenia gospodarki węglowodanowej). Zdolność metforminy do ograniczania przyrostu masy ciała i potencjalnie zapobiegania cukrzycy budzi obecnie zainteresowanie w leczeniu osób z ciężkimi chorobami psychicznymi.<sup>39</sup> Znalazło to odzwierciedlenie w nowych wytycznych NICE dotyczących zapobiegania cukrzycy typu 2,<sup>40</sup> w których zawarto zalecenie, aby w grupach podatnych na rozwój cukrzycy, takich jak pacjenci z ciężkimi chorobami psychicznymi, u których występuje stan przedcukrzycowy, rozważyć zastosowanie metforminy, jeżeli same modyfikacje stylu życia nie pozwolily na uzyskanie odpowiedniej kontroli zaburzeń gospodarki węglowodanowej.

Odpowiednie interdyscyplinarne ramy do rozważania wpływu leków przeciwpsychotycznych na ryzyko sercowo-naczyniowe wyznaczono w nowym zasobie klinicznym opracowanym przez brytyjskie Royal College of General Practitioners i Royal College of Psychiatrists w ramach inicjatywy National Audit of Schizophrenia.<sup>41</sup>

## Uwagi końcowe

Kłopotliwy przyrost masy ciała oraz jego potencjalne oddziaływanie na serce i metabolizm mogą wystąpić w ciągu tygodni od rozpoczęcia leczenia przeciwpsychotycznego. Jako lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i psychiatrzy, ze względu na nasze wykształcenie i rolę w przepisywaniu leków mamy szczególnie obowiązek podejmowania aktywnych interwencji w celu sprzyjania dobrostanowi fizycznemu oraz ochrony kardiometabolicznego stanu zdrowia u tysięcy młodych ludzi z ciężkimi chorobami psychicznymi. Ten paradoks prewencji jest kluczem do poprawy fizycznego zdrowia młodych ludzi z psychozami, zwłaszcza tych, którzy otrzymują leki przeciwpsychotyczne, a w dłuższej perspektywie również zaradzenia obecnemu „skandalowi przedwczesnej umieralności”.

## Podziękowania

Szczególne podziękowania otrzymują dr Jackie Curtis, konsultant psychiatra, oraz dr Katherine Samaras, profesor endokrynologii, za inspirację płynącą z programu Early Intervention in Psychosis rozwijanego przez nie w Sydney (Nowa Południowa Walia, Australia), a także za ciągłe zachęty i dzielenie się pomysłami.

From *The Psychiatrist* (2012), 36, 375-378. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2012 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

## Piśmiennictwo

1. HM Government. No Health without Mental Health: Delivering Better Mental Health Outcomes for People of All Ages. Department of Health, 2011.

2. Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 441-2.
3. McCreadie RG. Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia. Descriptive study. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 534-9.
4. Newcomer J, Hennekens JH. Severe mental illness and risk of cardiovascular disease. *JAMA* 2007; 298: 1794-6.
5. Leucht S, Corves C, Arbtter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet* 2009; 373: 31-41.
6. Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, et al. No mental health without physical health. *Lancet* 2011; 377: 611.
7. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 1123-31.
8. anderbacka K, Arffman M, Sund R, Haukka J, Keskimäki I, Wahlbeck K. How does a history of psychiatric hospital care influence access to coronary care: a cohort study. *BMJ Open* 2012; 2: e000831.
9. Mitchell AJ, Malone D, Doebbeling CC. Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review of comparative studies. *Br J Psychiatry* 2009; 194: 491-9.
10. Ryan MC, Collins P, Thakore JH. Impaired fasting glucose and elevation of cortisol in drug-naïve first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 284-9.
11. Correll CU, Manu P, Olshansky V, Napolitano B, Kane JM, Malhotra AK. Cardiometabolic risk of second-generation antipsychotic medications during first-time use in children and adolescents. *JAMA* 2009; 302: 1765-73.
12. Foley D, Morley KI. Systematic review of early cardiometabolic outcomes of the first treated episode of psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 609-16.
13. Curtis J, Henry C, Watkins A, Newall H, Samaras K, Ward P. Metabolic abnormalities in an early psychosis service: a retrospective, naturalistic cross-sectional study. *Early Interv Psychiatry* 2011; 5: 108-14.
14. McIntyre RS, McCann SM, Kennedy SH. Antipsychotic metabolic effects: weight gain, diabetes mellitus, and lipid abnormalities. *Can J Psychiatry* 2001; 46: 273-81.
15. Weiss R, Dziura J, Burgert TS, Tamborlane WV, Taksali SE, Yekel CW. Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *N Engl J Med* 2004; 350: 2362-74.
16. Baker JL, Olsen LW, Sorensen TI. Childhood body mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *N Engl J Med* 2007; 357: 2329-37.
17. Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H, Davidson M, Vergouwe Y, Keet IP, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet* 2007; 371: 1085-97.
18. Nasrallah HA. Folie en masse! It's so tempting to drink the Kool-Aid. *Curr Psychiatry* 2011; 10: 3.
19. Alvarez-Jimenez M, Gonzalez-Blanch C, Crespo-Facorro B, Hetrick SE, Rodriguez-Sanchez JM, Pérez-Iglesias R, et al. Antipsychotic-induced weight gain in chronic and first episode psychotic disorders – a systematic critical reappraisal. *CNS Drugs* 2008; 22: 547-62.
20. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005; 353: 1209-23.
21. Vancampfort D, Probst M, Smeets K, Maurissen K, Knapen J, De Hert M. Relationships between obesity, functional exercise capacity, physical activity participation and physical self-perception in people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 123: 423-30.
22. Fedorowicz VJ, Fombonne E. Metabolic side effects of atypical antipsychotics in children: a literature review. *J Psychopharmacol* 2005; 19: 533-50.
23. Hack S, Chow B. Paediatric psychotropic medication compliance: a literature review and research-based suggestions for improving treatment compliance. *J Adolesc Psychopharmacol* 2001; 11: 59-67.
24. Yates T, Davies MJ, Khunti K. Obesity and chronic disease in younger people: an unfolding crisis. *Br J Gen Pract* 2012; 62: 4-5.
25. Joint Health Surveys Unit of the National Centre for Social Research, Department of Epidemiology and Public Health University College London Medical School. Health Survey for England -2009: Health and Lifestyles. NSH Information Centre, 2010 ([www.ic.nhs.uk/pubs/hse09report](http://www.ic.nhs.uk/pubs/hse09report)).
26. Wilmot EG, Davies MJ, Yates T, Benhalima K, Lawrence IG, Khunti K. Type 2 diabetes in younger adults: the emerging UK epidemic. *Postgrad Med J* 2010; 86: 711-8.
27. Hillier TA, Pedula KL. Complications in young adults with early-onset type 2 diabetes: losing the relative protection of youth. *Diab Care* 2003; 26: 2999-3005.
28. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1981; 282: 1847-51.
29. NHS Employers, British Medical Association. Quality and Outcomes Framework Guidance for GMS Contract 2011/12: Delivering Investment in General Practice. NHS Employers, 2011 ([www.nhsemployers.org/SiteCollectionDocuments/QOFguidanceGMScontract\\_2011\\_12\\_FL%2013042011.pdf](http://www.nhsemployers.org/SiteCollectionDocuments/QOFguidanceGMScontract_2011_12_FL%2013042011.pdf)).
30. Curtis J, Newall H, Samaras K. The heart of the matter: cardiometabolic care in youth with psychosis. *Early Interv Psychiatry* 2012; 6: 347-53.
31. Álvarez-Jiménez M, Hetrick SE, González-Blanch C, Gleeson JF, McGorry PD. Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 2008; 193: 101-7.
32. El-Mallakh P. Doing my best: poverty and self-care among individuals with schizophrenia and diabetes mellitus. *Arch Psychiatr Nurs* 2007; 21: 49-60.
33. Cimo A, Stergiopoulos E, Cheng C, Bonato S, Dewa C. Effective lifestyle interventions to improve type II diabetes self-management for those with schizophrenia or schizoaffective disorder: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 24.
34. Holt RI, Abdelrahman T, Hirsch M, Dhesei Z, George T, Blincoe T, et al. The prevalence of undiagnosed metabolic abnormalities in people with serious mental illness. *J Psychopharmacol* 2010; 24: 867-73.
35. Weiden PJ. Switching antipsychotic medications: not enough, too often, or just right? *Am J Psychiatry* 2011; 168: 9.
36. Morrison AP, Hutton P, Shiers D, Turkington D. Antipsychotics: is it time to introduce patient choice? *Br J Psychiatry* 2012; 201: 83-4.
37. Morrison AP, Hutton P, Wardle M, Spencer H, Barratt S, Brabban A, et al. Cognitive therapy for people with a schizophrenia spectrum diagnosis not taking antipsychotic medication: an exploratory trial. *Psychol Med* 2012; 42: 1049-56.
38. Fulford KW. Bringing together values-based and evidence-based medicine: UK Department of Health initiatives in the 'personalization' of care. *J Eval Clin Pract* 2011; 17: 341-3.
39. Newall H, Myles N, Ward P, Samaras K, Shiers D, Curtis J. Efficacy of metformin for prevention of weight gain in psychiatric populations: a review. *Int Clin Psychopharmacol* 2012; 27: 69-75.
40. National Institute for Health and Clinical Excellence. Preventing Type 2 Diabetes - Risk Identification and Interventions for Individuals at High Risk. NICE, 2012.
41. Lester H, Shiers DE, Rafi I, Cooper SJ, Holt RIG. Positive Cardiometabolic Health Resource: An Intervention Framework for Patients with Psychosis on Antipsychotic Medication. Royal College of Psychiatrists Centre for Quality Improvement, 2012, in press.

## KOMENTARZ

### Prof. dr hab. n. med. Irena Krupka-Matuszczyk

Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Jako że tytuł przyciągnął moją uwagę, z ogromnym zaciekawieniem przeczytałam komentowany artykuł. Okazało się, że jedną epidemię stanowi otyłość i cukrzyca związana z terapią przeciwpsychotyczną, a drugą ujawnienie zespołu kardiometabolicznego u osób obciążonych ryzykiem chorób układu krążenia.

Treść artykułu dotyczy wiedzy, która jest znana polskim psychiatrom z badania CATIE i EUFEST, o wpływie neuroleptyków klasycznych i atypowych na powstanie zespołu metabolicznego. Zespół metaboliczny określany jest jako współwystępowanie takich stanów, jak insulinooporność, hiperinsulinemia, otyłość brzuszna, upośledzona tolerancja glukozy, cukrzyca typu 2, mikroalbuminuria, hipertriglicydemia, obniżenie stężenia cholesterolu HDL, nadciśnienie tętnicze, stan prozapalny i prozakrzepowy. Te zaburzenia są jedną z najpoważniejszych przyczyn chorób serca i naczyń oraz cukrzycy typu 2. Szacuje się, że obecność zespołu metabolicznego dwukrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia i pięciokrotnie ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2. U naszych chorych, zwłaszcza młodych osób psychotycznych leczonych neuroleptykami, dochodzi do rozwoju

takiego zespołu już po pierwszej terapii, co potwierdzają długoterminowe badania i obserwacje własne w czasie kolejnej wizyty w poradni czy konieczności ponownej hospitalizacji. Autorzy artykułu zwracają uwagę na dużą częstość palenia tytoniu przez chorych, jak również podkreślają, że zaburzenia lipidowe i cukrzyca mogą wystąpić bez przyrostu masy ciała. Natomiast przyrost masy ciała może skutkować ujawnieniem zespołu kardiometabolicznego.

Zespół kardiometaboliczny modyfikowany jest przez czynniki, które mogą zwiększać ryzyko chorób serca i cukrzycy. Dominującym czynnikiem jest otyłość brzuszna, ponadto do klasycznych objawów należą podwyższone stężenie glukozy, nadciśnienie tętnicze, wysokie stężenie cholesterolu LDL. Do nowozdefiniowanych czynników tego zespołu zaliczane są małe stężenie cholesterolu HDL, duże stężenie triglicerydów, oporność na insulinę i stan zapalny.

Zgadzam się z autorami, że u chorych z pierwszym epizodem psychozy przyrost masy ciała spowodowany neuroleptykami był niedoszacowany 3-4 razy, a nadwaga powoduje cały szereg psychologicznych konsekwencji, zwłaszcza u kobiet. Najważniejszym rozwiązaniem problemu obu zespołów, metabolicznego i kardiometabolicznego, jest prewencja „epidemii” obu tych zespołów i rozwiązania problemu zwiększonej częstości chorób układu krążenia i w konsekwencji śmierci młodego chorego psychicznie.

Przedstawione możliwości takiej prewencji stosowane w Wielkiej Brytanii są możliwe do wykorzystania także i u nas, ale czy uda się je wdrożyć w polskim systemie opieki zdrowotnej?