

a stav může přecházet do chronického průběhu schizofrenie. Symptomatická remise (3 schod) je definována intenzitou 8 vybraných příznaků ze škály PANSS (bludy, dezorganizace myšlení, halucinace, citová oploštělost, sociální stažení, ztráta spontaneity a plynulé konverzace, manýrování a zaujímání neobvyklých postojů, neobvyklým myšlenkovým obsahem), jež mohou být max. střední intenzity (≤ 3 z 7) a jsou stabilní po dobu 6 měsíců (14). Nácvik sociálních dovedností, trénink kognice, edukace o nemoci a psychosociální intervence je možné pozvolna aplikovat již od období redukce pozitivních příznaků, kdy na to má již pacient dostatečnou funkční kapacitu a snížení nedůvěry zlepšuje jeho spolupráci. Psychosociální intervence byly hlavním úkolem následné psychiatrické péče, která byla v minulosti pěstována především v psychiatrických nemocnicích, ale postupně se dostává do gesce denních stacionářů (DS) či nově vznikajících center duševního zdraví (CDZ). Výše uvedená definice symptomatické remise schizofrenie dovoluje přetrvávání některých příznaků střední intenzity, což znesnadňuje plnohodnotné zapojení pacientů do společnosti. Aby stav přešel do tzv. funkční remise (4 schod), která znamená kvalitní fungování pacienta ve společnosti i v zaměstnání či studiu je vhodné identifikovat důvody, které brání v přechodu pacienta na vyšší úroveň fungování (Obr. 1). Většina antipsychotik nemá dostatečný efekt na zlepšení kognitivních funkcí a k jejich úpravě se využívá kognitivní trénink. V nedávné síťové metaanalýze byla léčba lurasidonem a amisulpridem spojena s největším pozitivním efektem na kompozitní skóre kognice, ale mezi

Tab. 5. Relativní riziko vzniku metabolických poruch při léčbě antipsychotiky (27–28)

Riziko	Antipsychotika
Vysoké	klozapin
	olanzapin
	chlorpromazin
Střední	quetiapin
	risperidon
	paliperidon
	sertindol
	amisulprid
Nízké	lurasidon
	aripiprazol
	ziprasidon
	haloperidol
	kariprazin
	brexipiprazol

antipsychotiky nebyly významné rozdíly v sociální kognici a vizuální paměti (15).

Depresivní symptomatiku je vhodné řešit antidepresivy, psychoterapií, snížením nadměrných dávek antipsychotik zejména 1. generace, ECT či převedením na antipsychotika 2. generace. V recentní metaanalýze byly sulpirid, klozapin, amisulprid a olanzapin účinnější v redukci depresivních příznaků u nemocných během akutního relapsu schizofrenie než většina ostatních antipsychotik (6). Diferenciální diagnostika mezi depresí u schizofrenie a negativními příznaky je někdy obtížná. Podle autorů systematického přehledu má větší specifitu pro depresi u schizofrenie pokleslá nálada, suicidální myšlenky a pesimismus, naopak alogie a oploštělá emotivita jsou spíše negativními příznaky; anhedonie, energie a abulie jsou společné pro depresi i negativní symptomatiku (16).

Častěji než deprese se u pacientů se schizofrenií vyskytuje negativní symptomatika, kam patří pět kardinálních příznaků (v angličtině 5A), které jsou (sociální stažení/associality, ztráta vůle/abulie, ztráta potěšení/anhedonie, emoční oploštění/affective flatening a zchudnutí řeči/alogia). Tyto příznaky mohou přetrvávat dlouhodobě a tvoří odolné jádro schizofrenie (17). Nejsilnější důkazy pro léčbu persistentních negativních příznaků jsou pro kariprazin, který je parciálním agonistou D3 receptorů (18). Dále existují důkazy pro efekt nízkých dávek amisulpridu do 200 mg/d či olanzapinu 5 mg/d. Velká očekávání vzbuzuje parciální agonista TAAR1 receptoru a 5HT1A receptoru Ulotaront, který prošel úspěšně studiemi typu 2 a nyní běží studie typu 3 (19). Do komplexní léčby chronického onemocnění jakým je schizofrenie patří i sociální poradenství či tzv. case management, který řeší individualizovaně sociální (např. možnost nároků na sociální dávky, invalidní důchod) a pracovní situaci pacienta. V pracovní sféře jsou nápomocné programy podpůrného zaměstnávání pacientů, jako jsou např. kavárny na půl cesty či chráněné dílny. Pro osamostatnění pacientů je také přínosné chráněné bydlení. Dosažení plné a trvalé údravy, které by znamenalo plné kompetence srovnatelné se zdravými jedinci ve společnosti, zatím neumíme u většiny pacientů se schizofrenií dosáhnout, protože léčba schizofrenie je prozatím symptomatická nikoliv kauzální.

Kardiometabolické riziko u nemocných schizofrenií a možnosti jeho ovlivnění

Nemocní schizofrenií mají 2–3x vyšší riziko mortality ve srovnání s obecnou populací. Většinou jsou jeho příčinou přirozené příčiny jako kardiometabolická a respirační onemocnění. Pacienti se schizofrenií mají vrozenou dispoziční k metabolickým, imunitním a endokrinním abnormalitám již v počátku onemocnění. Dalším důvodem jsou příznaky a projevy onemocnění (negativní příznaky, kognitivní příznaky, nedostatečný náhled, nespoupráce, chronický stres) a také nezdravý životní styl spojený s nedostatkem pohybu, špatným stravováním a kouřením, případně abúzem alkoholu a drog. Problémem je snížená dostupnost zdravotní péče pro pacienty se závažnou duševní poruchou. Tito lidé jsou méně často vyšetřováni a léčeni pro tělesné obtíže než obecná populace, nezdíka jsou léčeni pro somatické poruchy až při ohrožení na životě (20). Dalším z rizikových faktorů je podávání psychofarmak – antipsychotik, stabilizátorů nálady a antidepresiv (v uvedeném pořadí) či jejich kombinací, z nichž řada má negativní vliv na tělesné zdraví pacientů (21). Nárůst hmotnosti pacienti považují za jeden z nejvíce obtěžujících nežádoucích účinků, což vede k vysazování medikace (22). Metabolické nežádoucí účinky také zvyšují náklady na zdravotní péči. Nejméně nákladná se ve studii ukázala léčba metabolicky šetrným lurasidonem (23).

Z uvedených důvodů je nutné monitorování tělesného zdraví pacientů se závažnými duševními poruchami (zvýšená morbidita a mortalita se týká vedle schizofrenie také bipolární poruchy a deprese). Doporučené postupy psychiatrické péče Psychiatrické společnosti ČLS JEP obsahují kapitulu o sledování tělesného zdraví pacientů se závažnými duševními poruchami (24).

Současná doporučení pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění (KVO) se zaměřují především na prevenci aterosklerotických KVO (ASKVO). Hlavní úsilí je přitom zaměřeno na identifikaci pacientů, kteří budou nejvíce profitovat z léčby rizikových faktorů. Čím vyšší je absolutní riziko, tím vyšší je profit z léčby rizikových faktorů, a tím nižší je počet pacientů, které je třeba léčit k zabránění jedné kardiovaskulární (KV) příhody v určitém časovém období. Hlavními kauzálními a modifikovatelnými faktory ASKVO jsou lipoproteiny (nejvýznamnější LDL cholesterol), vysoký