

krvni tlak, kouření cigaret a diabetes. Dalším významným rizikovým faktorem je obezita, která zvyšuje riziko KVO cestou hlavních obvyklých rizikových faktorů a jinými mechanismy. Kromě toho existují další rizikové faktory, modifikátory rizika a klinické situace přispívající ke zvýšení rizika. Ve výčtu specifických patientských skupin, u kterých je kardiovaskulární riziko (KV) zvýšené, najdeme také pacienty s psychiatrickými onemocněními. Doporučení si všimají několika důležitých aspektů: KV riziko těchto pacientů je často zvýšeno v důsledku vysoké prevalence rizikových faktorů (zejména kouření či abusu dalších návykových látek, nízké pohybové aktivity, nevhodné diety apod.), zvýšené míry stresu, metabolických nežádoucích účinků psychofarmakoterapie a v neposlední řadě v důsledku nonadherence k doporučením. V důsledku toho se ASKVO vyskytují u pacientů s psychiatrickou diagnózou přibližně o 10 let dříve než v běžné populaci. I proto je management rizikových faktorů včetně hypolipidemické farmakoterapie u těchto pacientů indikován (25, 26).

Doporučení pro léčbu rizikových faktorů jsou obecně založena na kategoriích KV rizika: nízké až středně závažné riziko, vysoké riziko a velmi vysoké riziko (Tab. 4).

Míru kardiovaskulárního rizika určujeme odhadem 10letého rizika (fatálního i nefatálního) KVO na základě rizikových faktorů, tzv. SCORE (Systematic Coronary Risk Estimation). V současné době používáme nejnovější verzi SCORE2 (Systematic Coronary Risk Estimation 2) pro pacienty do 70 let věku, a SCORE2-OP (Systematic

Coronary Risk Estimation 2-Older Persons) pro pacienty nad 70 let věku (25, 26).

Doporučení jsou uvedena jak pro zdravé dospělé všech věkových kategorií, tak pro pacienty s prokázaným kardiovaskulárním onemocněním nebo diabetem. Ve všech věkových skupinách mohou být vodítkem pro rozhodnutí o léčbě modifikátory rizika, celoživotní riziko KVO, profit z léčby, komorbidita, křehkost pacientů a pacientovy preference. Pro rychlé stanovení kardiovaskulárního rizika pomocí SCORE2 lze využít webovou stránku u-prevent.com.

Základem jsou intervence týkající se zdravého životního stylu (pohyb, dietní opatření, stop kouření). Při nedostatečném efektu tohoto postupu je doporučen převod na metabolicky šetrné antipsychotikum (přehled viz Tab. 5).

Tělesné změny jsou pozorovány již u pacientů s první epizodou schizofrenie, tedy před začátkem léčby. Jedná se o imunitní, kardiometabolické a změny v ose hypofýza-hypotalamus-nadledviny. Psychotické poruchy tedy zasahují do více systémů již na počátku onemocnění. Uvedené parametry mohou být příčinou nebo důsledkem dysfunkce CNS u psychózy nebo epifenomenem (28). Nadváha/obezita navíc může být nezávislým rizikovým faktorem pro difúzní mozkové změny a urychlovat stárnutí mozku pacientů s psychózou (29). U nemocných s první epizodou schizofrenie byl zjištěn vyšší mozkový věk ve srovnání se zdravými dobrovolníky. Významnější byl nález u pacientů s vyšším BMI, přičemž navýšení tohoto parametru o jeden bod znamenalo urychlení stárnutí mozku

o jeden měsíc v průběhu jednoho roku. To bylo spojeno s vyšším výskytem negativních příznaků a nižšími funkčními schopnostmi (30). Kritická je zejména doba prvního 1–2 roků léčby, kdy nemocní přiberou v průměru 10 kilogramů a prudce se zvyšuje jejich kardiometabolické riziko (2). Proto jsou nutné intervence již v postakutní fázi onemocnění. Pokud při léčbě antipsychotikem dojde k nárůstu hmotnosti, je doporučeno přikombinovat moderní metabolicky šetrné antipsychotikum (lurasidon nebo DRPA) a provést postupnou záměnu, případně ponechat nižší dávku původního léku (2). Podle recentní studie je nejvyšší riziko nárůstu hmotnosti a metabolických změn u pacientů s první epizodou schizofrenie, kteří mají nízké nebo normální BMI (Body Mass Index) na začátku léčby (31). U těchto nemocných tedy přichází v úvahu brzký převod na metabolicky šetrné antipsychotikum již v postakutní fázi onemocnění.

Závěr

Schizofrenie je chronické onemocnění a její léčbu si lze představit jako postupné zdolávání schodů, kdy každá úroveň schodiště představuje specifický léčebný cíl. Cílem léčby schizofrenie není pouze redukce pozitivních příznaků, jak tomu bylo v minulosti, ale dosažení funkční remise. Ne vždy jde projít pomyslným schodištěm s jedním antipsychotikem. K cíli lze dospět správně zvolenou sekvencí léčby, která bere v potaz nejenom sledování efektu léčby, ale i výskyt nežádoucích účinků a monitorování tělesného zdraví nemocných schizofrenií.

LITERATURA

1. Ustohal L, Kašpárek T. Léčba akutní epizody schizofrenie – aktualizace doporučených postupů. *Psychiatr.* 2023;27(1):35-39.
2. Masopust J, Kopeček M, Protopopová D. Stabilizační a udržovací léčba schizofrenie. Available from: Doporučené postupy psychiatrické péče Psychiatrické společnosti ČLS JEP. 2022 <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/specialni-psychiatrie/f2-schizofrenie/lecba-akutni-epizody-schizofrenie>.
3. Bak M, Weltens I, Bervoets C, et al. The pharmacological management of agitated and aggressive behaviour: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry.* 2019;57:78-100.
4. Veveřa J. Diazepam i.m. – nejčastěji užívaný, ale nevhodný lék ke zvládnutí akutní úzkosti, agitovanosti a agresivity. *Cesk Slov Neurol.* 2014;N 77/110 (6):760-764.
5. Kališová L, Kitzlerová E, Petr T. Používání omezozacích prostředků. In: *Psychiatrická společnost ČLS JEP: Doporučené postupy psychiatrické péče 2021*. Available from: <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/lecba/omezovaci-prostredky/pouzivani-omezovaci-prostredku>.
6. Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J, et al. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet.* 2019;394(10202):939-951.

7. Sherwood M, Thornton AE, Honer WG. A meta-analysis of profile and time-course of symptom change in acute schizophrenia treated with atypical antipsychotics. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2006;9(3):357-66.
8. Češková E, Šilhán P, Kacířová I, et al. Terapeutické monitorování léčiv v psychiatrii. Available from: Doporučené postupy psychiatrické péče Psychiatrické společnosti ČLS JEP. 2018. <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/lecba/monitorovani-lecby-psychofarmaky/terapeuticke-monitorovani-leciv-v-psychiatrii>.
9. Kahn RS, Winter van Rossum I, Leucht S, et al. Amisulpride and olanzapine followed by open-label treatment with clozapine in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder (OPTiMiSE): a three-phase switching study. *Lancet Psychiatry.* 2018;5(10):797-807.
10. Kane J, Honigfeld G, Singer J, et al. Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. *Arch Gen Psychiatry.* 1988;45(9):789-96.
11. Klířová M., Novák T, Buday J. 2023 Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS). Available from: In: *Doporučené postupy psychiatrické péče Psychiatrické společnos-*

- ti ČLS JEP. 2023. <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/lecba/biologicke-metody/rtms>.
12. Buday J, Klířová M, Novák T. 2023 Elektrokonvulzivní terapie (EKT). Available from: Doporučené postupy psychiatrické péče Psychiatrické společnosti ČLS JEP. 2023. <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/lecba/biologicke-metody/ekt>.
13. Taylor DM, Barnes TRE, Young AH. The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry. 14th ed. West Sussex, United Kingdom: John Wiley & Sons. 2021;956.
14. Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM, et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry.* 2005;162(3):441-9.
15. Baldez DP, Biazus TB, Rabelo-da-Ponte FD, et al. The effect of antipsychotics on the cognitive performance of individuals with psychotic disorders: Network meta-analyses of randomized controlled trials. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021;126:265-275.
16. Krynicki CR, Uptegrove R, Deakin JFW, et al. The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand.* 2018;137(5):380-390.
17. Libiger J. Negativní symptomy: odolné jádro schizofrenie. *Psychiatrie* 2018;22(1):39-47.
18. Masopust J, Mohr P, Kopeček M. Antipsychotika v léčbě