Doporučené diagnostické a terapeutické postupy
pro všeobecné praktické lékaře

DEMENCE

Autoři:

MUDr. Astrid Matějková
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Ordinace praktického lékaře AM-MED s.r.o., Pardubice

prof. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D.
Česká neurologická společnost ČLS JEP
Neurologická klinika, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, 3. LF UK Praha

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Ústav preventivního lékařství LF UK Hradec Králové

MUDr. Vanda Franková
Psychiatrická společnost ČLS JEP
Psychiatrická nemocnice v Dobřanech

MUDr. Ing. Klára Knápková
Psychiatrická společnost ČLS JEP
M&K psychiatrie s.r.o., psychiatrická ambulance

prof. MUDr. Robert Rusina, Ph.D.
Česká neurologická společnost ČLS JEP
Neurologická klinika, Fakultní Thomayerova nemocnice, 3. LF UK Praha

MUDr. Zuzana Šnajdrová
Česká gerontologická a geriatrická společnost ČLS JEP
Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze

MUDr. Hana Vaňková, Ph.D.
Česká gerontologická a geriatrická společnost ČLS JEP
Interní klinika, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, 3. LF UK Praha

NOVELIZACE 2024

CDP-PL

Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Sokolská 31, Praha 2

DEMENCE

Doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2024

Autoři:

MUDr. Astrid Matějková
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Ordinace praktického lékaře AM-MED s.r.o., Pardubice

prof. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D.
Česká neurologická společnost ČLS JEP
Neurologická klinika, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, 3. LF UK Praha

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Ústav preventivního lékařství LF UK Hradec Králové

MUDr. Vanda Franková
Psychiatrická společnost ČLS JEP
Psychiatrická nemocnice v Dobřanech

MUDr. Ing. Klára Knápková
Psychiatrická společnost ČLS JEP
M&K psychiatrie s.r.o., psychiatrická ambulance

prof. MUDr. Robert Rusina, Ph.D.
Česká neurologická společnost ČLS JEP
Neurologická klinika, Fakultní Thomayerova nemocnice, 3. LF UK Praha

MUDr. Zuzana Šnajdrová
Česká gerontologická a geriatrická společnost ČLS JEP
Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze

MUDr. Hana Vaňková, Ph.D.
Česká gerontologická a geriatrická společnost ČLS JEP
Interní klinika, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, 3. LF UK Praha

Oponenti:

MUDr. Katarína Bielaková, Ph.D., MHA
Česká gerontologická a geriatrická společnost ČLS JEP
Všeobecná interní klinika FN Brno Bohunice a LF MU

MUDr. Jiří Cerman, Ph.D.
Česká neurologická společnost ČLS JEP
Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

OBSAH

1.Úvod . . . **3**
2. Nejčastější příčiny demence . . . **3**
3. Úloha praktického lékaře . . . **4**
3.1. Screening . . . 4
3.2. Vyšetření pacienta se suspekcí na syndrom demence . . . 4
3.2.1. Anamnéza . . . 5
3.2.2. Farmakologická anamnéza . . . 5
3.2.3. Nynější onemocnění . . . 5
3.2.4. Komplexní vyšetření . . . 6
3.2.5. Vyšetření kognitivních funkcí . . . 6
3.2.6. Laboratorní vyšetření . . . 7
3.2.7. Strukturální zobrazení mozku . . . 7
3.3. Diferenciální diagnóza syndromu demence . . . 7
3.4. Komorbidity a kognitivní porucha . . . 7
3.4.1. Case management . . . 8
3.5. Behaviorální a psychologické symptomy demence (BPSD) . . . 8
3.6. Léčba . . . 8
3.6.1. Psychosociální intervence a nefarmakologické přístupy . . . 8
3.6.2. Symptomatická farmakoterapie a ovlivnění průběhu nemoci (kognitiva) . . . 9
3.6.3. Léčba behaviorálních a psychologických symptomů demence . . . 11
3.6.4. Paliativní péče . . . 12
Příloha 1 - Úloha praktického lékaře v péči o pacienta se syndromem demence . . . **12**
Příloha 2 - Průchod pacienta systémem, indikace k vyšetření specialistou . . . **13**

1. ÚVOD

Demence je získaná porucha kognitivních funkcí, která je natolik závažná, že narušuje běžné denní aktivity, a způsobuje tak omezení soběstačnosti nemocného. Někdy se setkáváme s konceptem ABC demencí, který vyjadřuje, že postižení se týká: A (activity of daily living – běžných denních aktivit), B (behaviour – chování), C (cognition – kognice). Onemocnění má chronicko-progresívní průběh (platí především pro neurodegenerativní onemocnění).

Vedle plně rozvinuté demence se rozeznává mírná kognitivní porucha, která je definována jako postižení alespoň jedné složky kognice bez omezení běžných denních činností.

Syndrom demence se vyskytuje u 5 % lidí nad 65 let a u více než 30 % ve věkové skupině 80+. Není součástí normálního stárnutí.

2. NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY DEMENCE

a. Neurodegenerativní onemocnění mozku

1. Alzheimerova nemoc

- se podílí na více než polovině všech případů
- je progresivní neurodegenerativní onemocnění, u kterého dochází extracelulárně k ukládání beta amyloidu a intracelulárně k ukládání depozit hyperfosforylované formy tau proteinu do neurofibrilárních klubek (tangles). Třetím klíčovým příznakem je numerická atrofie (úbytek) neuronů, která vede k povšechné atrofii mozkové tkáně, jež je doprovázena sekundární reaktivní astrogliózou
- zpočátku se klinicky projevuje nejčastěji jako amnestický syndrom (postižení – transentorhinální oblast, parahipokampální závit a hipokampus). Později se patologické změny šíří dále temporálně i do dalších oblastí kortexu. Tomu odpovídá progrese klinických příznaků do dalších domén – postižení exekutivních funkcí, řeči, zrakově-prostorových funkcí atd.

2. Demence s Lewyho tělísky (15–20 % všech případů)

- je součástí klinického a neuropatologického spektra označovaného souhrnně jako nemoci s Lewyho tělísky a patří mezi synukleinopatie (spolu s Parkinsonovou nemocí, u níž se také může rozvinout demence)
- pacienti mívají výrazné kolísání kognitivních a psychiatrických příznaků, kvality vědomí (zejména pozornosti a bdělosti), časté jsou zrakové halucinace a parkinsonský syndrom
- v prodromálním stadiu můžeme vidět mírnou kognitivní poruchu typicky s non-amnestickým profilem (zhoršení pozornosti, exekutivních, zrakově-prostorových funkcí), delirium nebo symptomy duševní poruchy (např. psychotická porucha se začátkem ve vyšším věku)
- typická a riziková je častá přecitlivělost na antipsychotika

3. Frontotemporální lobární degenerace (10 % všech případů)

- je charakterizována dominujícím postižením frontálního laloku a frontotemporálního pomezí s intraneuronálními depozity tau proteinu (tauopatie) nebo jiného proteinu (non-tau); dochází k zániku neuronů a sekundární astrocytóze
- klinicky se projevuje především změnou osobnosti a poruchami chování (frontotemporální demence) a/nebo poruchami řeči (primární progresívní afázie). Obraz může být provázen poruchami motoriky: parkinsonský syndrom (progresivní supranukleární obrna, kortikobazální degenerace), onemocnění motorického neuronu (ALS s demencí aj.)
- charakteristický je pomalý začátek a pozvolný průběh

4. Prionová onemocnění

- Creutzfeldtova-Jakobova nemoc a další sporadické a genetické formy těchto onemocnění jsou neurodegenerace způsobené ukládáním patologicky změněného prionového proteinu do mozkové tkáně s postupujícím zánikem neuronů
- jsou to vzácná onemocnění s rychlým rozvojem demence a postižením hybnosti a infaustním průběhem

b. Vaskulární demence

- je heterogenní skupina syndromů, které se vyznačují kognitivním deficitem vzniklým na podkladě vaskulárního postižení mozku. Jednotlivé syndromy se liší patologickým podkladem vaskulárního postižení mozku (ischemické a hemoragické CMP, subkortikální ischemická leukoencefalopatie, aj.) i klinickou manifestací
- klinicko-patologické studie ukazují, že čistě vaskulární demence není příliš častá, tvoří přibližně 10 % všech případů

c. Smíšená demence
- smíšená demence, tedy kombinace vaskulární demence nejčastěji s Alzheimerovou nemocí, případně demencí s Lewyho tělísky tvoří přibližně 30–40 % všech případů demence
- vzhledem k rozličným příčinám vedoucím k vaskulárnímu postižení mozku neexistuje typický klinický obraz; časté je postižení exekutivních funkcí, pozornosti a psychomotorického tempa

d. Demence sekundární (symptomatické)
- posttraumatické (chronický subdurální hematom)
- poléková, toxická a metabolická postižení
- infekčního původu (progresívní paralýza, AIDS)
- karenční syndromy (hypovitaminóza B12, thiaminu aj.)
- autoimunitní encefalitidy
- metabolicky podmíněné (např. Wilsonova nemoc)
- působení chorobných procesů postihujících mozek – tumory, paraneoplastické projevy
- normotenzní hydrocefalus (inkontinence moči + demence + postižení chůze)

3. ÚLOHA PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Úlohou všeobecného praktického lékaře je časný záchyt a aktivní vyhledávání pacientů s kognitivní poruchou, vyšetření pacientů se suspekcí na syndrom demence, základní diagnostika a diferenciální diagnostika, intervence ovlivnitelných příčin demence – viz schéma v příloze 1.

Indikovaného pacienta dle dominující symptomatologie odesílá praktický lékař ke specialistovi – geriatr, neurolog, psychiatr (viz podrobně příloha 2: Průchod pacienta systémem). V případech, kdy je diagnóza demence jasná (pokročilý kognitivní deficit, letitá anamnéza) a po vyloučení sekundární etiologie kognitivní poruchy vše svědčí pro Alzheimerovu nemoc či demenci vaskulární nebo smíšenou a pacient, případně jeho blízcí preferují péči navrhovanou praktickým lékařem, další diagnostiku, léčbu a komplexní postdiagnostickou podporu vede VPL.

Praktický lékař přebírá po vzájemné dohodě a se souhlasem pacienta zpět do dispenzarizace stabilizované nemocné diagnostikované a odeslané zpět specialistou.

3.1. SCREENING

Metodou časné diagnostiky je screening kognitivních funkcí. Screening v současné době (rok 2024) je součástí preventivní prohlídky jedenkrát za dva roky a týká se lidí ve věkovém rozmezí 65–80 let. Provádíme test MiniCOG. Principem testu je zopakování a zapamatování si 3 slov, které pacientovi řekneme, následuje nakreslení ciferníku do předkresleného kruhu a zakreslení času 11:10. Test končí výzvou na vybavení si tří slov, která jsme pacientovi sdělili na začátku testu. Celkové skóre = počet bodů za vybavení (3) a počet bodů za kreslení hodin (2), tedy celkem 5 bodů. Méně než 3 body jsou indikací pro další vyšetření suspektního syndromu demence, nicméně řada pacientů i s klinicky významnou kognitivní poruchou má skóre vyšší. Je-li požadována větší citlivost, je doporučováno stanovit hranici na 4 body, což může odhalit potřebu dalšího podrobnějšího vyhodnocení kognitivního stavu. Test je volně dostupný v češtině na https://mini-cog.com/mini-cog-in-other-languages/.
Pokud je výsledek negativní, opakujeme jej za 2 roky.
Pokud je výsledek pozitivní, přistoupíme k podrobnějšímu vyšetření.

Aktivní vyhledávání nemocných je potřeba provádět i u lidí starších 80 let, a to klinickým vyšetřením a objektivní anamnézou od pečující osoby.

3.2. VYŠETŘENÍ PACIENTA SE SUSPEKCÍ NA SYNDROM DEMENCE

Typicky se jedná o dvě situace. Tou první je situace, kdy pacient v rámci screeningového testu skóroval nízko a byla vyslovena suspekce na syndrom demence. Druhou je klinické podezření, které vysloví rodina, pacient či ošetřující lékař. Nespornou výhodou praktického lékaře je to, že pacienty dlouhodobě zná a velice často je schopen odhalit již počáteční příznaky demence – pacient opakovaně volá o recepty, v lékovém záznamu identifikujeme zmatek v lécích a jejich vyzvedávání, argumentuje nestandardně („chodí ke mně pečovatelka a ta mi všechny léky vyhodila“), ztrácí se v termínech kontrol, na které je objednán, konfabuluje, mění se mu povaha, je zanedbaný, hubne. Velmi často pomůže rodina – buď přímo vyslovením podezření na syndrom demence, nebo, protože praktický lékař často funguje jako rodinný lékař, může klinické podezření komunikovat s rodinou pacienta a získat tak objektivní anamnézu.

3.2.1. ANAMNÉZA

Anamnéza by měla být odebrána jak od pacienta, tak od druhé osoby (rodinného příslušníka, pečovatele), která pacienta dobře zná. Je třeba klást důraz na osobní a lékovou anamnézu, ale také na rodinnou či sociálně-pracovní anamnézu a vzdělání. Je důležité zaměřit se na významné zdravotní stavy a komorbidity spojené s kognitivními poruchami, kam patří:

- cévní mozková příhoda nebo tranzitorní ischemická ataka (TIA)
- depresivní porucha se začátkem ve vyšším věku nebo celoživotní anamnéza závažné depresivní poruchy
- neléčený syndrom spánkové apnoe
- nekompenzované metabolické onemocnění nebo kardiovaskulární komorbidita
- nedávné/probíhající delirium – viz kapitola 3.3 Diferenciální diagnostika
- první příznaky závažné psychiatrické poruchy ve vyšším věku (psychóza, úzkost, deprese, mánie)
- nedávný úraz hlavy, respektive nedávný pád, při kterém nebylo možno úraz hlavy vyloučit
- Parkinsonova nemoc, parkinsonský syndrom

Důležité je pravidelné hodnocení komorbidit, jejichž dekompenzace může být častou příčinou rozvoje behaviorálních a psychologických symptomů demence.

3.2.2. FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Farmakologická anamnéza je zásadní. Provedeme revizi medikace, zjistíme reálně užívané léky, vyhodnotíme compliance pacienta, zkontrolujeme lékový záznam.

U pacientů s rizikem vzniku demence nebo s demencí je nutné:

- minimalizovat počet anticholinergních léčiv (celkového anticholinergního břemene), jejichž podávání je spojeno s vyšším rizikem vzniku/progrese kognitivních poruchy. Pokud je to možné, indikujeme bezpečnější alternativy. Celkovou „anticholinergní zátěž" podávané medikace konkrétního pacienta lze posoudit např. cestou Anticholinergic Cognitive Burden Scale (https://www.acbcalc.com/)
- vyhnout se podávání benzodiazepinů pro jejich zvýšené riziko vzniku závislosti, zhoršení kognice, pádů a delirogenní potenciál; vyhnout se, je-li možné, podávání antipsychotik, hypnotik
- vyhodnotit rizikové interakce (viz Doporučený postup Geriatrie)
- v léčbě komorbidní deprese preferovat sertralin (případně escitalopram) nebo mirtazapin pro nejlepší poměr efektivity a bezpečnosti

3.2.3. NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

Při rozhovoru s pacientem si musíme být vědomi často chybějícího náhledu na diagnózu, maskování a konfabulací, které se mohou stát pro diagnostiku zavádějícími. Kognitivní dysfunkce bývá překryta sociálně přijatelným chováním. Pro lékaře je důležitá znalost časných příznaků nemoci, které bývají nenápadné a jsou jedním z důvodů, proč v časných fázích zůstává demence často poddiagnostikována. Pacienta i jeho blízkých se dotazujeme na průběh a délku trvání onemocnění, na dopad obtíží na každodenní fungování a související nekognitivní symptomy, zaměříme se na behaviorální a psychologické symptomy demence (BPSD), vegetativní funkce (např. sfinkterové poruchy). Z běžných denních činností pacienti ztrácejí schopnost dodržovat termíny schůzek, samostatně cestovat, používat telefon nebo domácí spotřebiče, ztrácejí schopnost připravit si jídlo, nalézt věci, vybrat si vhodné oblečení, obléknout se, pečovat o svůj zevnějšek, zdravotní stav. S tím úzce souvisí (ne)schopnost řídit si vlastní farmakologickou i nefarmakologickou léčbu.
Příznaky ve středním, těžkém a terminálním stupni demence jsou již markantnější a stanovit diagnózu je ve většině případů snazší (naopak je obtížnější stanovit diagnózu etiologickou, protože klinické projevy se bez ohledu na etiologii začínají podobat) – viz tabulka 1.

Tabulka 1: Charakteristika stupňů demence u Alzheimerovy nemoci (dle https://www.alz.org/alzheimers-dementia/stages, https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/alzheimers-disease/in-depth/alzheimers-stages/art-20048448, https://www.nzip.cz/clanek/1313-demence-ruzna-stadia)

Stupeň demence	Kognitivní funkce	Aktivity denního života	Behaviorální a psychologické symptomy (BPSD)
lehký	lehké postižení kognitivních funkcí: zhoršená epizodická paměť, zhoršená schopnost učení a ukládání nových informací do dlouhodobě paměti, zhoršená krátkodobá (pracovní) paměť, obtížné hledání slov při konverzaci, potíže s plánováním, zhoršená orientace v prostoru	pacient může ještě žít samostatně, ale jsou zhoršené instrumentální aktivity denního života (nakupování, používání telefonu, vaření, uklízení, užívání léků, cestování aj.), deficit se odkrývá zejména při změně rutiny (ztráta pečujícího, změna prostředí aj.)	úzkostná a depresivní symptomatika
střední	středně těžké postižení kognitivních funkcí: výrazná porucha schopnosti učení a ukládání nových informací do paměti, dezorientace (časem, místem), neschopnost sdělit některé důležité údaje (jména vnoučat, adresa aj.)	zhoršení v některých základních aktivitách denního života (oblékání, jídlo, hygiena, používání toalety, chůze aj.); vhodné společné žití s rodinou, pobytové sociální služby aj.	agitovanost, depresivní projevy, bloudění, paranoidita, psychotické příznaky
těžký	těžké postižení kognitivních funkcí: těžká porucha paměti, ztráta dřívějších znalostí a dovedností, nepoznávání blízkých osob, postupně se ztrácejí další schopnosti (řeč aj.)	selhávání ve většině aktivit denního života, potřeba trvalého dohledu a pomoci, popř. provedení činností druhou osobou, bývá inkontinence, rozvíjí se poruchy chůze	bránění se péči, apatie aj.
terminální	úplná ztráta řeči a dalších kognitivních schopností, rozvoj neurologické symptomatiky (rigidita, imobilita, poruchy polykání aj.)	pacient je imobilní, inkontinentní, nutná komplexní ošetřovatelská péče	mohou nasedat deliria a/ nebo kvantitativní poruchy vědomí

3.2.4. KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ

Základní fyzikální a neurologické vyšetření by mělo být provedeno u všech pacientů s kognitivním deficitem. Nesmíme opomenout vyšetření zraku a sluchu, jejichž poruchy mohou být za kognitivní deficit zaměněny či kognitivní deficit zhoršovat.

V rámci ambulance pozorujeme pacienta při pohybu (posazování a vstávání ze židle, stoj, chůze), hodnotíme jeho výživu (kachexie – obezita), sledujeme, zda není dušný, ikterický, nemá krvácivé projevy. Všímáme si asymetrie mimiky, držení těla či pohybu, abnormálních pohybů (bradykineze, tremor, rigidita, dyskineze aj.). Krevní tlak měříme v sedě i ve stoje k vyloučení ortostatické hypotenze.

Orientační vyšetření aktuálního psychického stavu hodnotí chování, náladu a případnou psychotickou symptomatiku; slouží především k identifikaci případných příznaků deliria, afektivní poruchy (zejména deprese) a dalších duševních poruch.

Nedílnou součástí je vyšetření behaviorálních a psychologických symptomů a vyšetření soběstačnosti pacienta. Průběžné sledování soběstačnosti slouží spolu s kognitivními testy k hodnocení tíže postižení a efektu léčby.

Je dobré znát EKG pacienta, přesněji QTc interval, protože u většiny pacientů s kognitivní poruchou dochází k rozvoji BPSD, u kterých se nasazují léky s rizikem prodloužení QTc intervalu (antipsychotika, některá antidepresiva aj). Zároveň vyloučíme i závažnou převodní poruchu (riziko pro nasazení inhibitorů acetylcholinesterázy, IAChE).

3.2.5. VYŠETŘENÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

Klinické hodnocení kognitivních funkcí zahrnuje orientační vyšetření pozornosti a koncentrace, orientace, krátkodobé a dlouhodobé paměti, apraxie, jazykových schopností a výkonových funkcí. V našich podmínkách je nejčastěji užíván tzv. Mini-Mental State Examination (MMSE) test, test ALBA a POBAV test (ke stažení na abadeco.cz), test kreslení hodin (Clock – drawing test), MoCA test.

Při interpretaci výsledků je nutné mít na paměti, že jde o screeningové testy, jejichž výsledek může být ovlivněn věkem, úrovní vzdělání a všeobecných znalostí pacienta, poruchami řeči a/nebo senzorickou poruchou, psychiatrickým onemocněním nebo i interními a neurologickými komorbiditami.

Specializované neuropsychologické vyšetření je vhodné použít v indikovaných případech, zejména pokud

je kognitivní deficit sporný, k odlišení subjektivních stížností na paměť nebo jinou kognitivní dysfunkci, mírné kognitivní poruchy či lehké demence nebo pro diferenciální diagnostiku demencí. Komplexní neuropsychologické vyšetření je vhodné indikovat maximálně 1x za rok, jinak hrozí zkreslení výsledků kvůli test-retestovému efektu.

3.2.6. LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

K vyloučení reverzibilních a léčitelných příčin je doporučeno jako minimální laboratorní vyšetření provést vyšetření krevního obrazu, základní biochemické vyšetření včetně glykémie, iontogramu (cave hyponatrémie), renálních a jaterních funkcí, TSH, CRP. Další vyšetření volíme dle aktuálního stavu pacienta.

3.2.7. STRUKTURÁLNÍ ZOBRAZENÍ MOZKU

Strukturální vyšetření alespoň v rozsahu nativního CT mozku je nezbytné k vyloučení sekundární příčiny demence. Zobrazovací vyšetření indikuje VPL, případně dle domluvy příslušný specialista, který provádí diagnostiku. Další indikací je i nevysvětlitelná změna zdravotního stavu pacienta. Pozor – nepřítomnost atrofie nevylučuje diagnózu neurodegenerativního onemocnění, a naopak atrofie nemusí znamenat demenci.

Ve výjimečných případech lze strukturální vyšetření neindikovat, a to zejména tehdy, pokud je pacient poprvé vyšetřován už ve stadiu terminální demence s typickým klinickým obrazem a dokumentovanou víceletou pozvolnou progresí stavu.

3.3. DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA SYNDROMU DEMENCE

V rámci diferenciální diagnostiky je úlohou všeobecného praktického lékaře na prvním místě vyloučit jiná onemocnění (např. delirium, depresi, jinak oligosymptomatické formy infektu, poruchy vnitřního prostředí, arytmie či dekompenzace interního stavu nemocného), které mohou syndrom demence imitovat.

U rizikového pacienta je třeba myslet na diagnózu deliria a cíleně pátrat po jeho příznacích. Delirium je charakterizované narušeným vědomím, poruchou pozornosti, myšlení (bludy) a vnímání (halucinace, iluze), dezorientací, narušeným cyklem spánek – bdění a poruchou psychomotorického tempa (hypo-či hyperaktivita a jejich nepředvídatelné střídání). Typický je akutní vznik příznaků a kolísavý průběh, na rozdíl od demence, která má spíše chronický, progresivní vývoj. Od blízké osoby musíme odebrat anamnézu, zjistit somatické komorbidity, užívané léky a návykové látky (alkohol, benzodiazepiny, hypnotika aj.). Je nezbytná znalost výchozího psychického stavu pacienta (včetně kognitivních funkcí a celkového fungování) a zjištění začátku, typu a délky trvání symptomů. Při nemožnosti odlišení deliria, demence či deliria nasedajícího na demenci léčíme všechny potenciální vyvolávající příčiny delirií a vyhodnotíme efekt intervence.

I po příznacích deprese vždy cíleně pátráme. Ve vyšším věku mívá často atypický klinický obraz, chybí prožitek smutku, v popředí mohou být nevysvětlitelné bolesti či jiné somatické obtíže nebo subjektivní stížnosti na paměť a obavy z demence.

Je nezbytné vzít v úvahu i léčitelné příčiny syndromu demence uvedené v kapitole 2.

3.4. KOMORBIDITY A KOGNITIVNÍ PORUCHA

U osob s demencí je nutné znát a zohledňovat komorbidity, pravidelně evaluovat medikaci za účelem redukce polyfarmakoterapie, snížení rizika lékových interakcí a nežádoucích událostí spojených s léky. Léčba somatických komorbidit přispívá ke zlepšení funkčního stavu, optimalizuje zapojení kognitivní rezervy, předchází deliriím a BPSD.

Nezbytný je pravidelný screening bolesti u lidí s demencí včetně klinického hodnocení nonverbálních symptomů diskomfortu u osob s limitovanou verbální komunikací.

Dalším závažným problémem, který nelze opominout, je riziko a dokonané pády s úrazy u osob s demencí. Riziko významně snižuje pravidelná pohybová aktivita a vysazení/redukce rizikové medikace. Vhodné je i vyšetření ortostatické hypotenze s případnou intervencí.

Klíčová je aktivní péče o compliance pacientů s kognitivní poruchou. Nelze předpokládat, že budou správně užívat své léky, ať již kognitiva či léky na somatické komorbidity, je třeba aktivně nastavit podporu.

U indikovaných pacientů je vhodné zvážit vyšetření geriatrem – funkční geriatrické hodnocení (CGA) přispívá ke snížení rizika negativních událostí, včetně progrese disability a ztráty schopnosti žít ve vlastním prostředí.

3.4.1. CASE MANAGEMENT

Case management je přístup, jak zajistit kvalitní, integrovanou péči o seniory. Může přispívat ke kvalitě života seniorů, resp. pacientů s demencí, a přitom vést k redukci výdajů na zdravotní péči díky prevenci komplikací, redukci hospitalizací a racionalizaci návštěv u ambulantních specialistů.

Pacienti se syndromem demence mívají řadu komorbidit a progreduje u nich nesoběstačnost. Z toho vycházejí komplexní potřeby, které by měly být naplňovány službami zdravotní a sociální péče. Je žádoucí, aby péče o tuto skupinu obyvatel nebyla fragmentovaná. Základní case management u pacienta provádí jeho registrující praktický lékař a/nebo dispenzarizující specialista. Základem kvalitního case managementu je zohlednění všech potřeb nemocného, aktivní komunikace s ostatními specialisty pečujícími o pacienta v rámci svých oborů, koordinace péče. Zahrnuta musí být i aktivní podpora péče sociální ve spolupráci s neformálními pečujícími. Ve složitějších situacích u polymorbidních pacientů vyššího věku jsou vhodnými vykonavateli case managementu ambulantní geriatři.

3.5. BEHAVIORÁLNÍ A PSYCHOLOGICKÉ SYMPTOMY DEMENCE (BPSD)

Behaviorální a psychologické symptomy demence BPSD (uváděny i jako neuropsychiatrické projevy demence NPS) jsou změny chování, emocí, vnímání a obsahu myšlení, které vznikají jako součást klinického obrazu demence. Patří sem např:

- agitovanost (psychomotorický neklid, opakované dotazy, stereotypní pohyby, zvuky), často ve spojení s úzkostí
- agresivita (verbální či fyzická, CAVE příčinou může být somatický diskomfort či deprese)
- apaticko – abulický syndrom (pasivita, ztráta zájmu, psychomotorický útlum)
- bloudění
- behaviorální poruchy vyměšování (vyprazdňování na nepatřičných místech, manipulace se stolicí)
- nevhodná sexuální aktivita (obnažování se atd.)
- bránění se poskytování péče
- deprese (velmi častá, může rozvoji demence předcházet)
- impulzivita, odbrzděnost (desinhibice)
- poruchy myšlení (paranoidita, bludy, misidentifikace), poruchy vnímání (halucinace – typicky zrakové)
- poruchy příjmu tekutin a stravy
- poruchy spánku (spánková inverze, nespavost)

Jejich podkladem jsou neurodegenerativní či jiné mozkové změny a následná neuromediátorová dysbalance. Příčinou bývá frustrace ze ztráty schopnosti jasné komunikace s okolím, schopnosti vyjadřovat emoce, přání, potřeby, ze ztráty soběstačnosti apod. Mohou být způsobeny i tělesným/psychickým onemocněním, infekcí, senzorickým deficitem, bolestí, vlivem léků, nadměrnou/nedostatečnou zevní stimulací, diskomfortem, nevhodným jednáním pečujícího atd.

3.6. LÉČBA

Léčba pacientů se syndromem demence musí být komplexní, a kromě léčby zahrnuje i postdiagnostickou podporu nejen nemocného, ale i pečovatelů. U stabilizovaných pacientů je vhodná klinická kontrola minimálně 1x za 6 měsíců.

Léčbu demencí můžeme rozdělit do 4 okruhů:

1. psychosociální intervence a nefarmakologické přístupy
2. symptomatická farmakoterapie a ovlivnění průběhu nemoci
3. léčba behaviorálních a psychologických symptomů demence
4. paliativní péče (časná paliativní intervence; komplexní paliativní přístup v pokročilém stadiu demence)

3.6.1. PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENCE A NEFARMAKOLOGICKÉ PŘÍSTUPY

Psychosociální intervence znamená zejména edukaci, podporu, poradenství a plánování dalších aktivit, které směřují k pochopení a přijetí diagnózy a jejích důsledků, prevenci institucionalizace pacientů či její oddálení, zmírnění dopadů nemoci na pečující/rodinné příslušníky. Důležité je včasné sdělení diagnózy s edukací pacienta a rodiny o povaze onemocnění, tj. vysvětlení příčin, možností léčby, předpokládaného průběhu nemoci, potřeb pacienta/pečujících, edukace o sociálně právních otázkách (např. příspěvek na péči, řidičský průkaz, závěť, institut předem vyslovených přání, omezení svéprávnosti či předběžné prohlášení/zastoupení členem domácnosti). Nesmí být opomenuta ani podpora adaptace pacienta/rodiny na změnu, která s nemocí přichází, a poradenství (psychosociální podpora, kontakty na zdravotní a sociální služby, Česká alzheimerovská společnost ČALS – poskytnutí informačních materiálů). Důležitá je spolupráce s rodinou a nejbližším sociálním zázemím pacienta, identifikace stakeholderů (systému péče a podpory klienta) a jejich propojení a spolupráce s nimi, meziagenturní

spolupráce (registrované služby, organizace). Součástí péče o pacienta s demencí je i znalost a ochrana lidských práv, dodržování platné legislativy a dodržování etických principů.

Nefarmakologické přístupy jsou důležitou součástí managementu v péči o pacienty s demencí. Zahrnují jak intervence pro pacienty, tak intervence pro pečovatele, v praxi jsou realizovány současně. Cílem nefarmakologických postupů je co nejdelší zachování celkového fungování pacienta (kognitivních funkcí, soběstačnosti a běžných denních aktivit), prevence BPSD a jejich řešení v případě vzniku, tím i spokojenosti a kvality života pacienta a pečujících. Edukace a psychosociální podpora pečujících mohou vést k nižší potřebě tlumivých léků. Pacient s Alzheimerovou nemocí profituje z předvídatelnosti, pravidelnosti a strukturovanosti denního režimu, je vhodné, aby pečovatelé sdíleli shodný přístup k pacientovi – lifestyle approach. Je důležité pokračovat v aktivitách dle zvyklostí a rituálů pacienta, zachovaných schopností, zájmů (péče o sebe a běžné domácí aktivity – úklid, vaření, péče o prádlo, práce na zahrádce, sociální kontakty aj.). Je vhodné klást důraz na komunikaci včetně té nonverbální. Dobrým přístupem je validace (stvrzení): *„Pacient je odpoledne zmatený, tvrdí, že musí jít do práce. V běžném přístupu mu sestřička může vysvětlovat, že do práce nechodí, protože už je mu 80 a je v důchodu. Pacient tomu obvykle nevěří, dál se domáhá odchodu do práce. V jiném přístupu může sestřička odvést pozornost od tématu a požádat pacienta, aby jí šel pomoct třídit prádlo apod. Pacient na problém může zapomenout, ale většinou se situace opakuje. Validační přístup spočívá v přijetí tématu, sestřička naváže s pacientem hovor o jeho bývalém zaměstnání, pacient ve vyprávění může sám dojít k období odchodu do důchodu (nebo ho sestřička šetrně navede).*“ (Franková, Stajnerová 2022)

V rámci aktivizace jsou voleny takové činnosti, které budou pro nemocného důstojné a které bude schopen s ohledem na tíži demence zvládnout. Lze doporučit kognitivní rehabilitaci, fyzickou aktivitu, dále reminiscenční terapii („léčba vzpomínkami“), muzikoterapii, pet terapii, terapeutické vaření, tanec, senzorickou stimulaci, orientaci v realitě. Ke kognitivní rehabilitaci/stimulaci lze využít pracovní sešity k procvičování různých kognitivních domén, Sadu pro kognitivní trénink (navrženo ČALS) nebo jiné dostupné zdroje (literatura, internet). Vždy je třeba respektovat stupeň postižení, osobnostní nastavení a zájem pacienta. Vhodná je také odborná ergoterapie.

Nedílnou součástí komplexního přístupu k pacientovi s kognitivní poruchou je i péče o celkový tělesný stav (výživa, hydratace, léčba akutních či chronických onemocnění, racionální farmakoterapie, péče o smyslové funkce, chrup a zajištění optimální mobility), dodržování léčebného režimu a doporučení.

Péče o osoby s demencí je velice náročná, zátěž s ní spojená má negativní dopad na psychické i tělesné zdraví neformálních pečujících i celkovou kvalitu jejich života. V prevenci vzniku syndromu vyhoření jsou účinné vhodné intervence pro pečující, strukturované psychologické vzdělávání, zapojení do edukačních programů, nabídnutí psychoterapeutických intervencí, např. práce s vyjádřením emocí – umožnit ventilovat negativní emoce, společné hledání intervencí v péči o pacienta s demencí apod. Edukační programy pro pečující zlepšují jejich kvalitu života a spokojenost, oddalují institucionalizaci pacienta. Pečující potřebuje podporu nejen ze strany blízkých osob, ale i ze strany zdravotních, sociálních a dalších služeb (kontakty na poradenské organizace, svépomocné skupiny aj.). Neopomenout také informovat o možnosti denního stacionáře, odlehčovací služby aj.

3.6.2. SYMPTOMATICKÁ FARMAKOTERAPIE A OVLIVNĚNÍ PRŮBĚHU NEMOCI (KOGNITIVA)

1. Inhibitory acetylcholinesterázy

Inhibitory acetylcholinesterázy zvyšují cholinergní transmisi inhibicí acetylcholinesterázy v synaptické štěrbině, mají vliv na kognici, BPSD a aktivity denního života.

Jsou indikovány v lehkém a středním stadiu Alzheimerovy nemoci nebo demence smíšené či atypické a u demence u Parkinsonovy nemoci.

Při nasazení léčby je nutná zvýšená opatrnost u pacientů s těžšími převodní poruchami srdečními, aktivní gastroduodenální vředovou chorobou. Důležité je zohlednit další užívanou medikaci (léky prodlužující QT interval a vedoucí k bradykardii, zvyšující riziko GIT krvácení, anticholinergně působící léky).

Nejčastějšími nežádoucí účinky jsou gastrointestinální (nauzea, zvracení, průjmovité stolice), neobvyklé sny, bradykardie.

Medikaci nasazujeme postupně – navyšujeme v intervalech po 4 týdnech (viz tabulka 3). Úvodem se mohou vyskytnout gastrointestinální NÚ, které u většiny pacientů odezní. Pokud není z důvodu nežádoucích účinků perorální medikace tolerována, je možné pacienta převést na náplasťovou formu rivastigminu, která má gastrointestinální nežádoucí účinky minimální. Náplasti pak předepisujeme na zvýšenou úhradu pro G30.X (stav r. 2024) a i pro ně platí postupné nasazení.

Tabulka 3: Přehled lékových forem a cílových dávek IAChE

Název léku	Léková forma	Dávkování	Zahajovací denní dávka	Maximální denní dávka	Minimální účinná dávka
donepezil	tableta (5 mg, 10 mg)	1x denně	5 mg večer	10 mg	5 mg
galantamin	kapsle s prodlouženým uvolňováním (8 mg, 16 mg, 24 mg)	1x denně	8 mg ráno	24 mg	16 mg
rivastigmin	kapsle (1,5 mg, 3 mg, 4,5 mg, 6 mg)	2x denně	1,5 mg ráno a večer	12 mg	6 mg
	perorální roztok (2 mg/ml)	2x denně	ráno a večer	12 mg	6 mg
	transdermální náplast (4,6 mg/24 h, 9,5 mg/24 h, 13,3 mg/24 h)	1x denně	4,6 mg/24 h	9,5 mg/24h (13,3 mg/24 h po minimálně 6 měsících na dávce 9,5 mg/24 h a při progresi stavu)	9,5 mg/24 h

2. Parciální antagonista N-methyl-D-aspartát (NMDA) receptorů

Glutamát je hlavní excitační neurotransmiter v mozkové kůře; jedním z mnoha receptorů aktivovaných glutamátem jsou NMDA receptory, které jsou zapojeny i do mechanismů učení a paměti. Nadměrná stimulace receptorů vede v klidovém stavu ke zvýšení šumu pozadí na postsynaptickém neuronu – může vést k nesprávné identifikaci signálu. Dochází ke zvýšené stimulaci receptorů – zvýšenému influxu iontů kalcia intracelulárně, což vede k aktivaci apoptózy.

Dostupnou molekulou je jen memantin. I ten pacientům nasazujeme postupně.

Memantin: Per os – první týden 5 mg/den, 2. týden 10 mg/den, 3. týden 15 mg/den, od 4. týdne 20 mg/den

Indikací je středně těžký až těžký stupeň demence,

Zásadní kontraindikace nejsou, vhodná je opatrnost u epilepsie/křečí v anamnéze.

Závažnější nežádoucí účinky nejsou. U pacientů se středně závažnou poruchou funkce ledvin (clearance kreatininu 30–49 ml/min) by denní dávka měla být 10 mg. Pokud je tato dávka pacientem minimálně týden dobře snášena, může být postupně zvýšena na 20 mg denně. U pacientů s těžkou poruchou funkce ledvin (clearance kreatininu 5–29 ml/min) by denní dávka měla být 10 mg.

<u>Přístup k léčbě kognitivy (IAChE a memantin) u pacientů s Alzheimerovou nemocí či demencí smíšenou/atypickou:</u>

1. Léčba IAChE (donepezil, galantamin, rivastigmin) má být zahájena ihned po stanovení diagnózy.
   Účinek IAChE na kognitivní i nekognitivní příznaky byl prokázán u pacientů od lehké až po těžkou demenci.
   CAVE v pokročilé demenci může donepezil vést k agitovanosti.
2. Léčba memantinem je nyní hrazena u pacientů ve středním a těžkém stadiu demence. Dle konsensuálního doporučení čtyř odborných společností (ČNS, ČGGS, PS, SVL ČLS JEP) je doporučeno nasadit memantin ve stadiu střední/těžké demence u AN a PN (a nasadit memantin i ve stadiu lehké demence, pokud pacient netoleruje IAChE nebo jsou pro něj nevhodné).
3. Kombinace memantinu a IAChE vede k mírnému zlepšení kognitivních funkcí a celkových výsledků u pacientů ve stadiu středně těžkého onemocnění.
   V současné době je úhrada vázána na hodnotu MMSE, která má být v dokumentaci každé 3 měsíce uvedena. Odbornými společnostmi je na SÚKL podáno stanovisko ke změně úhrad. K 1. 1. 2024 platí, že úhrada IAChE je pro MMSE 25-13 bodů, memantin 17–6 (od 19 bodů, pokud IAChE nejsou tolerovány)

Extrakt ginkgo biloby (EGb 761) v dávce 120–240 mg/den je možné podávat ve stadiu mírné kognitivní poruchy a rovněž ve stadiu lehké až středně těžké demence.

<u>Pokud předpokládáme demenci smíšenou – podíl vaskulární složky, je vedle podávání kognitiv navíc doporučeno:</u>

1. léčit příslušné vaskulární rizikové faktory a základní onemocnění (hypertenze, dyslipidemie, diabetes mellitus, fibrilace síní, ICHS, kouření)
2. všichni pacienti s kognitivní poruchou by měli mít primární či sekundární prevenci iCMP

<u>V rámci primární prevence demence nemáme dostatečné důkazy prokazující efekt farmakoterapie.</u>

Vysazení kognitiva je na místě, pokud:
- pacient nebo oprávněná osoba si kognitivum nepřejí
- jsou netolerovatelné nežádoucí účinky IAChE/memantinu
- po nasazení IAChE dojde k rychlému zhoršení stavu (směřuje k možnosti diagnózy jiného typu neurodegenerace např. frontotemporální demence)
- pacient užívá IAChE/memantin déle než 12 měsíců a od začátku podávání nepozorujeme benefit (benefitem je zpomalení progrese symptomů, případně stabilizace některého ze symptomů, při komplexním hodnocení kognice – aktivit denního života – BPSD – zátěže pečujícícího), nebo v posledních 6 měsících dochází k výraznému zhoršování celkového stavu (kognice – aktivit denního života – BPSD) bez přítomnosti dalších rizikových faktorů (změna prostředí/sociálních faktorů, somatické/psychické onemocnění aj.)
- nevýhody kognitiv převažují nad výhodami dle individuálního komplexního hodnocení pacienta
- pacient je ve stadiu velmi těžké až terminální demence
- vysazování kognitiva by mělo probíhat postupně; IAChE by neměly být vysazeny u pacientů s právě probíhajícími klinicky významnými psychotickými projevy, agitovaností či agresí, a to až do doby stabilizace stavu; výjimkou je situace, kdy k rozvoji obtíží došlo po nasazení IAChE nebo navýšení dávky IAChE

3.6.3. LÉČBA BEHAVIORÁLNÍCH A PSYCHOLOGICKÝCH SYMPTOMŮ DEMENCE

Intervenci u BPSD zahajujeme vždy nefarmakologickými přístupy, které přizpůsobujeme konkrétní situaci a konkrétním potřebám pacienta. Zásadní je řešit zjištěnou příčinu (vysazení nevhodného léku, nasazení antibiotika, analgetika, zajištění klidu apod.).

Ke zvládání problémového chování pacientů je potřeba vést pečovatele k tomu, aby identifikovali spouštěcí faktory a svým přístupem je eliminovali/omezili. Zvláštní důraz musí být kladen na uspokojení základních potřeb pacientů a léčbu bolesti. Základní postup při zvládání problémového chování zahrnuje: zajištění bezpečí pacienta/jeho okolí, zklidnění vlastních emocí, uklidnění nemocného a navození pocitu bezpečí (klidný hlas, dotek aj.), validační přístup, odvedení pozornosti. Pomáhá vhodná aktivita (známá činnost, která pacienta těší), psychoterapeutické techniky (např. multisenzorická stimulace, aromaterapie (levandule, meduňka), relaxační hudba, popř. individualizovaný playlist, behaviorální přístup (primární symptom – příčina – intervence – hodnocení efektu intervence). V praxi může pomoci např. vedení „deníčku chování" pacienta, kde se zaznamenává čas, konkrétní problém, co mu předcházelo, realizované opatření a jeho efekt; pečující se tak naučí o chování pacienta přemýšlet a směřovat k jeho prevenci.

V indikovaných případech nasazujeme kognitiva (IAChE, memantin) a/nebo optimalizujeme jejich dávku. Jiná psychofarmaka nasazujeme při nedostatečném efektu nefarmakologických/psychoterapeutických postupů, pokud BPSD způsobují pacientovi výrazný diskomfort nebo narušují péči o něj.

V léčbě BPSD používáme antidepresiva typu SSRI (u depresívní/úzkostné poruchy a poruch chování s nimi spjatými) a mirtazapin (u deprese, úzkosti, v nízké dávce u nespavosti), z dalších pak trazodon (agitovanost, úzkost, frontální typ chování, nespavost). Antipsychotika, jakožto léky s vysokým potenciálem nežádoucích účinků, nasazujeme jen v případě, že jsou BPSD, konkrétně psychotické příznaky nebo agitovanost/agrese, pro nemocného nebo osoby v okolí stresující či jinak rizikové, nereagují na nefarmakologické postupy a přetrvávají i při léčbě kognitivy, ev. SSRI. Začínáme vždy nízkou dávkou, kterou podle potřeby pomalu zvyšujeme. Monitorujeme efekt a případný rozvoj nežádoucích účinků. Z antipsychotik začínáme většinou podáním tiapridu (začínáme dávkou 50–100 mg/den, maximální dávka u staršího člověka je 300 mg/den) či melperonu (začínáme dávkou 12,5–25 mg/den, většinou nepřekračujeme dávku 100 mg/den ve 3–4 dávkách/den). V případech agrese a psychózy lze použít antipsychotika 2. generace, kdy největší důkaz efektu má risperidon (pro VPL má preskripční omezení). Z benzodiazepinů, které se snažíme indikovat výjimečně, preferujeme lék s krátkým eliminačním poločasem (oxazepam). Při volbě léku vždy individuálně zvažujeme poměr rizika a benefitu!

Doba podávání psychofarmak záleží na typu a intenzitě poruchy, pro kterou byla nasazena, a na toleranci léku. Antidepresiva podáváme minimálně 6–12 měsíců po odeznění symptomů. Benzodiazepiny podáváme jen po dobu nezbytně nutnou, lépe fakultativně. U antipsychotik pravidelně kontrolujeme nutnost jejich podávání a případné nežádoucí účinky (á 1–2 týdny). Po odeznění příznaků můžeme po 2–8 týdnech (dle závažnosti symptomu) zkusit velmi pomalu dávku antipsychotika snižovat až k případnému vysazení. Pokud se při snižování dávky symptomy znovu objeví, vrátíme se k nejbližší ještě účinné dávce (není-li možná jiná intervence) a v té pak pokračujeme do dalšího pokusu o vysazení. Snažíme se nepodávat antipsychotika déle než tři měsíce. Při rozvoji nežádoucích účinků nebo jiných rizik dávku léku snižujeme nebo lék vysazujeme.

Psychiatrická intervence je vhodná u BPSD, které jsou závažné nebo atypické, nezlepšují se po základní intervenci (nefarmakologické postupy, SSRI, tiaprid/melperon) nebo se vyskytují u pacienta s komorbidní duševní poruchou, poruchou osobnosti nebo problematikou závislosti. Závažné BPSD mohou být indikací k psychiatrické hospitalizaci.

3.6.4. PALIATIVNÍ PÉČE

Alzheimerova nemoc je závažné život zkracující onemocnění s nezvratnou progresí do terminální fáze. Pacient v pokročilém stadiu demence má těžký kognitivní deficit a stává se závislým na ošetřovatelské péči při všech aktivitách (hygiena, oblékání, příjem potravy atd.).

Na základě diagnózy a rámcové prognózy se otevírá možnost podpořit nemocného ve vyjádření jeho přání, aby mohla být zohledněna i později v průběhu nemoci. Lékaři by měli společně s pacientem a rodinou včas hledat takový léčebný postup, který odpovídá jeho hodnotám a preferencím. Dříve vyslovené přání usnadňuje péči o pacienty s demencí a zároveň zvyšuje kvalitu péče.

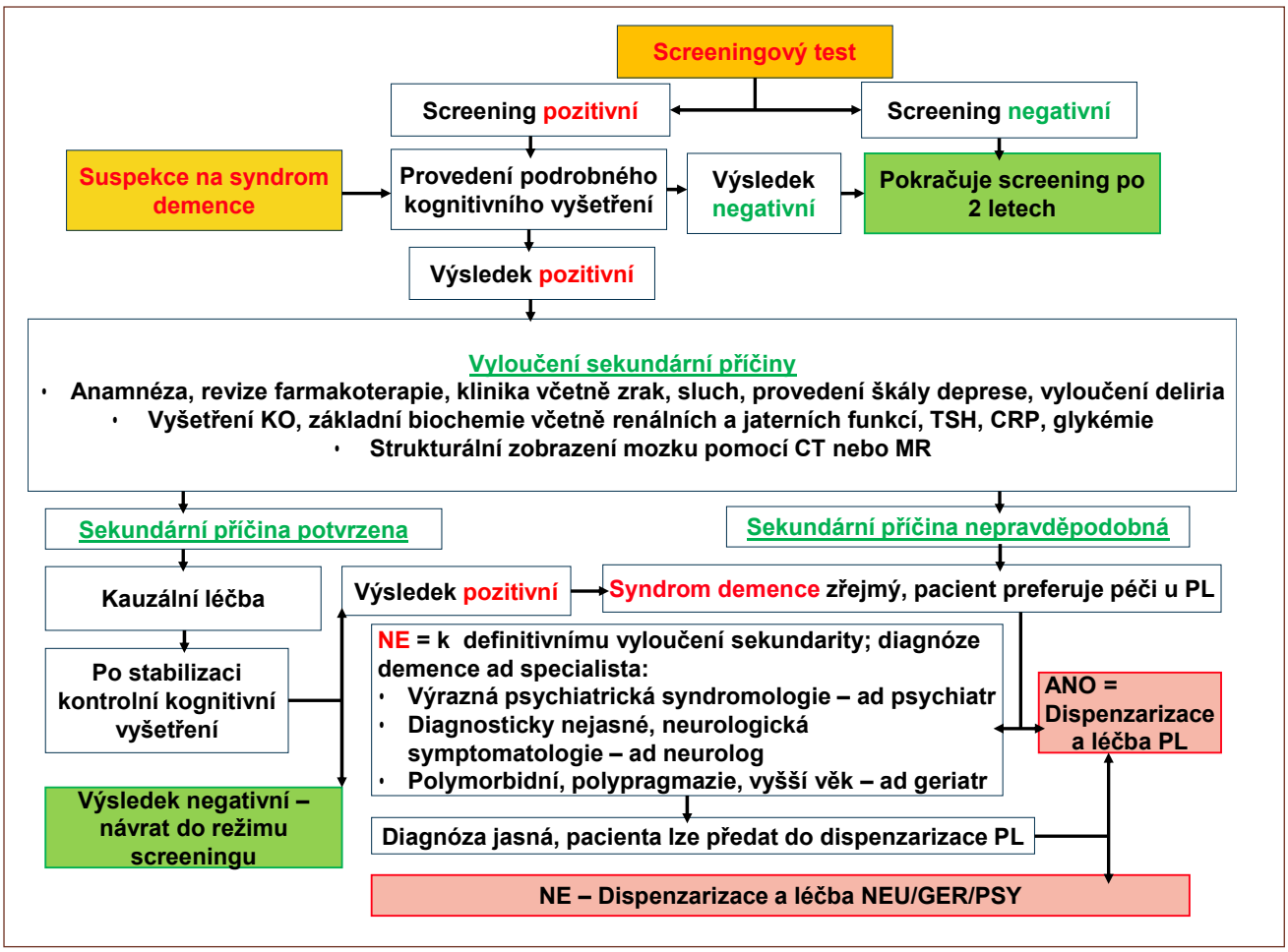
Vzhledem k tomu, že od prvních symptomů Alzheimerovy nemoci (AN) může být očekávaná doba dožití i více než patnáct let, upozorňuje Evropská asociace paliativní medicíny na význam terapií prodlužujících život, tj. zejména terapie komorbidit s potenciálem zkrátit život či snížit jeho kvalitu v kratším časovém horizontu než je předpokládaný časový průběh Alzheimerovy nemoci.

V průběhu dlouhé trajektorie AN má klíčové místo podpora funkčního stavu i péče o komfort nemocného. Na aktivní podporu funkčního stavu se zaměřuje funkční geriatrické hodnocení, které má prokázaný potenciál podpořit setrvání nemocného ve vlastním prostředí. Během závěrečné fáze života s velmi pokročilým, těžkým syndromem demence se do popředí dostává péče o komfort včetně klinického hodnocení nonverbálních signálů diskomfortu a jeho intervence u nemocných s limitovanou verbální komunikací. Celostní přístup zaměřený na nemocného a jeho rodinu je podporován i v rámci obecné paliativní péče, která je definována jako dobrá klinická praxe v situaci pokročilého onemocnění a je poskytována všemi profesionály v rámci jejich jednotlivých odborností.

LITERATURA

„Doporučené postupy pro diagnostiku a léčbu Alzheimerovy nemoci a jiných kognitivních poruch“ (podpořené z Fondů EHP/Norska 2014–2021). V tisku.

PŘÍLOHA 1 - ÚLOHA PRAKTICKÉHO LÉKAŘE V PÉČI O PACIENTA SE SYNDROMEM DEMENCE



PŘÍLOHA 2 - PRŮCHOD PACIENTA SYSTÉMEM, INDIKACE K VYŠETŘENÍ SPECIALISTOU

1. Indikace pro vyšetření geriatrem:

Geriatrické vyšetření a zvážení dispensární péče v geriatrické ambulanci:
1. pacient vyššího věku s kognitivním deficitem a polymorbiditou a/nebo polyfarmakoterapií 2. pacient s podezřením na některý ze specifických geriatrických syndromů (např. syndrom geriatrické křehkosti ve všech jeho souvislostech, syndrom instability ve vysokém riziku pádu, syndrom sarkopenie a suboptimální výživy, poruchy chování u syndromu demence potenciálně spojené s komorbiditami) 3. pacient s nutností specifického hodnocení zhoršující se soběstačnosti 4. pacient s potřebou cíleného case managementu překračujícího možnosti a kapacitu VPL 5. pacient s potřebou podrobnějšího vyšetření a podpory funkčního stavu a soběstačnosti

2. Indikace pro vyšetření neurologem:

Neurologické vyšetření a zvážení dispensarizace:
1. pacient s doprovodnými neurologickými příznaky při syndromu demence, zejména u nemocných s poruchami řeči, s parkinsonskými příznaky (rigidita, akineze, tremor), s příznaky onemocnění motorického neuronu 2. pacient s obrazem normotenzního hydrocefalu 3. pacient po neuroinfekcích a neurochirurgických operacích mozku 4. pacient se syndromem demence a epileptickými záchvaty 5. pacient s progredujícím poklesem kognitivních schopností v mladším věku a/nebo při podezření na možnou genetickou formu neurodegenerativního onemocnění mozku 6. pacient s rychlou progresí kognitivního deficitu po vyloučení sekundární etiologie (např. delirium, somatické komorbidity) 7. pacient, u kterého zůstává etiologie syndromu demence nejasná a/nebo je klinické podezření na některé vzácnější neurodegenerativní onemocnění

3. Indikace pro vyšetření psychiatrem:

Psychiatrické/gerontopsychiatrické vyšetření a zvážení dispensarizace (případně hospitalizace):
1. pacient se s rizikem sebevražedného jednání a/nebo s agresivními nebo psychotickými příznaky 2. pacient s anamnézou závažných duševních onemocnění (zejména schizofrenie, bipolární afektivní porucha, periodická depresivní porucha aj.) 3. pacient s dominující problematikou závislosti anebo škodlivého užívání psychotropních látek (alkohol a jiné návykové látky, léky) 4. pacient s kognitivní poruchou a s psychiatrickými symptomy, které jsou závažné nebo nereagují na běžné terapeutické postupy ani na zajištění komfortu pacienta 5. pacient s kognitivní poruchou a BPSD ohrožující sebe nebo své okolí je indikován k hospitalizaci na gerontopsychiatrickém/ psychiatrickém oddělení, (vyjma případů, kdy je indikovaná intenzivní somatická péče) 6. v případě pacienta vyššího věku (65+) s kognitivním postižením a psychiatrickými obtížemi preferujeme vyšetření gerontopsychiatrem spíše než všeobecným psychiatrem

Projekt „Doporučené postupy pro diagnostiku a léčbu Alzheimerovy nemoci a jiných kognitivních poruch“ podpořený z Fondů EHP/Norska 2014–2021.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře
Sokolská 31, 120 00 Praha 2
e–mail: svl@cls.cz
http://www.svl.cz

ISBN 978-80-88280-69-9



© 2024, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP