

# Demence

doc. MUDr. Iva Holmerová<sup>1</sup>, Mgr. Martina Mátlová<sup>2</sup>, MUDr. Hana Vaňková<sup>1</sup>, MUDr. Božena Jurašková<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Gerontologické centrum, Praha

<sup>2</sup>Česká alzheimerská společnost, Praha

<sup>3</sup>Subkatedra geriatricie UK v Praze, LF Hradec Králové

Autorky připomínají závažnost problematiky demencí a nejčastější příčiny Alzheimerovy choroby v souvislosti se stárnutím populace v Evropě i v České republice. Neurodegenerativní onemocnění, zejména onemocnění způsobující demenci budou pravděpodobně příčinou největší zátěže onemocnění v tomto století. Dále je podána stručná charakteristika syndromu demence, který představuje porucha kognitivních funkcí, soběstačnosti a další psychiatrická symptomatologie a poruchy chování. Stručně je charakterizována také současná strategie České alzheimerské společnosti P-PA-IA, která vychází z potřeb pacientů s demencí v jednotlivých stadiích, jedná se o podporu pacientů u počínající demence, programované aktivity ve stadiu rozvinuté demence a individualizovaných aktivit (či později asistence) ve fázi pokročilé demence.

**Klíčová slova:** demence, charakteristika syndromu demence, Česká alzheimerská společnost.

## Dementia

The authors highlight the magnitude of the problem of dementias and the most common causes of Alzheimer's disease in relation to the ageing of the population in Europe as well as the Czech Republic. Neurodegenerative diseases, particularly those causing dementia, will likely cause the highest disease burden in this century. Furthermore, the authors briefly mention the dementia syndrome characterized by impaired cognitive functions, impaired self-sufficiency and other psychiatric symptomatology and behavior disorders. Also, the current "P-PA-IA" strategy of the Czech Alzheimer Society is briefly characterized that is based on the needs of patients with dementia in individual stages; it involves the support of patients in early-stage dementia, programmed activity in moderate-stage dementia and individualized activities (or, later on, assistance) in severe-stage dementia.

**Key words:** dementia, dementia syndrome characteristics, Czech Alzheimer Society.

Med. Pro Praxi 2010; 7(3): 139–144

Před několika málo desetiletími jsme tento termín používali relativně vzácně, spíše bylo zvykem, pokud již se popis tohoto syndromu dostal do seznamu diagnóz, hovořit o mozkové ateroskleróze (atherosclerosis cerebri či atherosclerosis universalis praecipue cerebri). O nejčastější příčině syndromu demence, Alzheimerově chorobě, se v praxi počalo více hovořit až v devadesátých letech, a to zprvu v souvislosti s presenilními formami demence, novými léky, kognitivní a až teprve později v souvislosti s tím, co je ve skutečnosti nejpodstatnější: demence jako jeden z nejzávažnějších problémů vyššího věku.

Tuto situaci charakterizoval velmi výstižně Henry Brodaty, významný australský gerontopsychiatr, který na kongresu francouzského předsednictví Evropské unie v závěru roku 2008 (tedy za francouzského předsednictví Evropské unie) hovořil o tom, že staletí předcházející 20. století se vyznačovala problematikou infekčních onemocnění. Dvacáté století by bylo možné charakterizovat jako století tzv. civilizačních onemocnění, tedy onemocnění kardiovaskulárních a onkologických. Současné století však bude probíhat ve znamení neurodegenerativních onemocnění, zejména Alzheimerovy choroby. Onemocnění

před dvěma desetiletími považované za vzácné, se stalo největší hrozbou posledních let. Proč tomu tak je? Zejména proto, že se jedná o onemocnění postupně progredující a s nedobrou prognózou, o onemocnění jehož prevalence narůstá se stárnutím populace. Významná je také socioekonomická zátěž Alzheimerovy choroby a dalších onemocnění způsobujících demenci. V zemích Evropské unie se jednalo v roce 2007 v průměru o 21 tisíc euro za rok, vzhledem k tomu, že tyto náklady souvisejí s poskytováním péče, byly nejvyšší v zemích „staré“ EU, poněkud nižší v nových zemích Unie. Projekt EuroCoDe (European Collaboration on Dementia), jenž koordinovala evropská asociace alzheimerských společností Alzheimer Europe, prokázal, že počet lidí postižených demencí v Evropě představuje v současné době cca 7 milionů lidí v zemích Evropské unie a 8,5 milionů ve všech evropských zemích. Celkové náklady byly jen v zemích evropské sedmadvacítky odhadnuty na 130 miliard euro. Z toho byla více než polovina (56%) vynaložena na neformální, rodinnou péči (2). Onemocnění v devadesátých letech téměř neznámé bylo charakterizováno v roce 2008 za francouzského předsednictví Evropské unie

jako jeden z největších problémů veřejného zdravotnictví Unie. Tato situace je v podstatě unikátní, protože dosud nebyla v historii Evropské unie žádnému onemocnění věnována taková pozornost. Řešení problematiky Alzheimerovy choroby je tedy v současné době zakotveno nejen v několika doporučeních Evropské komise (týkajících se problematiky výzkumu a veřejného zdravotnictví), ale také v písemném prohlášení, deklaraci Evropského parlamentu 80/2008, o prioritách v boji s Alzheimerovou chorobou a obdobnými onemocněními, které bylo schváleno počátkem roku 2009. Tato deklarace doporučuje určité zásady společného postupu proti těmto neurodegenerativním onemocněním a doporučuje mimo jiné členským zemím, aby vypracovaly své „plány Alzheimer“, obdobně jak to již učinila například Francie a Velká Británie (a Norsko, které se na těchto jednáních podílí, přestože není členem EU).

## Jaká je situace v České republice

V současné době žije v České republice dle kvalifikovaných odhadů 110–130 lidí trpících nějakou formou demence. Tento počet se do poloviny století zdvojnásobí (2).

Co rozumíme pod pojmem demence. Jedná se o syndrom, který vzniká v důsledku závažného poškození mozku, a to nejčastěji v důsledku degenerativních změn, dále změn vaskulárních ale také dalších, například toxických (zde je dobře známa například demence při abúzu alkoholu, méně známá je demence vzniklá po razantní léčbě cytostatiky, která vzniká například po léčbě onkohematologických onemocnění v dětském věku), další známou formou demence představují následky po poranění mozku, zejména opakovaném (dementia pugilistica). Jednotlivými onemocněními a příčinami demence se v tomto článku nebudeme zabývat, ale soustředíme se na syndrom demence, jeho charakteristiku a stadia.

Syndrom demence zahrnuje několik domén, charakterizuje ji zejména:

**Postižení kognitivních funkcí** (paměť, pozornost, fatické, gnostické, vizuospeciální a exekutivní funkce) (3), které přichází v různé míře a pořadí u jednotlivých forem demence. U Alzheimerovy choroby dominuje postižení paměti, a to zejména ve složce vstřípivosti, zatímco u vaskulární demence je postižena zejména výbavnost. Pokud tedy pacienti s Alzheimerovou chorobou „napovíme“, zpravidla si nevzpomene, zatímco člověk s vaskulární demencí zpravidla ano, z této a podobných skutečností vycházejí některé testy, například Grober Buschke Free and Cued Recall Test (4). Kognitivní funkce můžeme posoudit orientačně dotazy cílenými zejména na nedávné události. V tom však zpravidla chybujeme, protože mnohdy nejsme dostatečně pohotová a zeptáme se na skutečnost, jejíž pravdivost neumíme zhodnotit, pacient s demencí nám odpoví nejen formálně přiléhavě, ale na prousto věrohodně.

V praxi tak může dojít k různým tragikomickým situacím, tuto uvádím jako příklad: pacient s rozvinutou formou demence, který docházel za doprovodu rodiny do denního centra, během víkendu odešel z rodinné péče a na své „vycházce“ upadl, trochu se poranil na ruce, byl mírně dezorientován a neklidný, takže jej s podezřením na komoci mozku odvezla záchranná služba do nemocnice. Při vyšetření v nemocniční ambulanci byl již pacient klidný, doklady u sebe neměl, ale na dotaz ošetřujícího lékaře, věrohodně udal místo bydliště. Bydliště bylo správné, ale dávné, dvacet let již bydlel jinde. Naštěstí se však jednalo o pacientovo rodiště, rozpoznal jej sousedé a zavolali rodině.

Proto je vyšetření kognitivních funkcí třeba objektivizovat pomocí testů. Jakýmsi základním referenčním testem, který se používá nejčastěji

je test MMSE (Mini Mental State Examination) dle Folsteina (5). Hodnoty tohoto testu jsou v České republice východiskem pro indikaci kognitiv. Jedná se o relativně jednoduchý test, který však nemusíme mít poruce zejména při návštěvních službách a podobně. Proto doporučujeme pro praxi využití takzvaného testu hodin, či ciferníku. Můžeme jej vyplnit také na předtištěném formuláři, ale v podstatě jednoduše si můžeme poradit i v terénu, kdy na čistý list papíru nakreslíme kruh o poloměru cca 10 cm a vyzveme pacienta, aby si představil, že se jedná o ciferník hodin a zakreslil do něj příslušné číslice, pokud jsou číslice správně, požádáme ještě o vyznačení polohy ručiček v určitém čase. Tento test je orientační, není sice součástí doporučených postupů pro diagnostiku demencí, ale v praxi může přinést velmi užitečnou informaci, zejména pokud máme srovnání s testem provedeným před určitou dobou. Dalšími testy, které v praxi používáme je například sedmiminutový vyhledávací test, MoCA – Montreal Cognitive Assessment, který je k dispozici i v českém překladu (6). V české verzi existuje také ACE-R: Adenbrookský kognitivní test (7). U pacientů s atypickým klinickým obrazem či nejednoznačnými výsledky výše uvedených testů by mělo být provedeno neuropsychologické vyšetření.

O důležitosti včasné diagnózy budeme hovořit ještě později. Je však všeobecně známo, že ke zpoždění diagnózy až o mnoho měsíců či dokonce několik let dochází nejen proto, že se pacient a později i jeho okolí snaží první možné příznaky onemocnění bagatelizovat a maskovat, ale také a zejména proto, že se pacienti obávají s těmito příznaky navštívit své lékaře. Někdy jsou příznaky těchto onemocnění podceňeny i ze strany lékařů samotných, kteří je považují za součást normálního stárnutí.

Paměť není jedinou z kognitivních funkcí a poškození kognitivních funkcí není jedinou součástí syndromu demence. Nicméně paměť je, jak jsme výše uvedli, relativně snadno měřitelná a u nejčastější příčiny demence, Alzheimerovy choroby, dominují právě poruchy paměti. Proto zahájila Česká alzheimerovská společnost (ve spolupráci se společnostmi Pfizer a Beaufour Ipsen) projekt Dny paměti, který je zaměřen na včasnou diagnostiku nejen Alzheimerovy choroby, ale i jiných typů demence. Skutečnost, že v rámci tohoto projektu je možné zdarma otestovat pomocí Adenbrookského kognitivního testu starší lidi, kteří trpí poruchami paměti, stojí bezpochyby za pozornost, a proto ji zmiňujeme i v tomto článku. Od června 2008 bylo vyšetřeno již více než 2000 lidí (8). Podrobnější

informace o projektu lze najít na webových stránkách České alzheimerovské společnosti [www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz).

**Poruchy chování a další psychologické příznaky (BPSD – behaviorální a psychologická symptomatologie demence)** jsou další významnou součástí syndromu demence. Jsou časté a různé u jednotlivých typů demence. Například u Alzheimerovy choroby se vyskytuje apatie u 72% pacientů, agresivita/agitace u 60%, úzkost u 48% a deprese u stejného počtu pacientů (3). U jiných forem demence jsou přítomny poněkud jiné příznaky nebo některé z uvedených příznaků jsou více či méně časté, například u pacientů s demencí s Lewyho tělísky (LBD – Lewy body dementia) se častěji vyskytují zrakové halucinace. Výrazné poruchy chování ve smyslu citové otupělosti, změn osobnosti, dezinhibice, společensky nevhodného chování a podobně se vyskytují zejména u lidí s tzv. frontotemporálními demencemi (FTD) (3). Výskyt BPSD tak může napomoci k diferenciální diagnostice jednotlivých typů demence, i když je nutné podotknout, že prakticky všechny formy demence mohou probíhat také atypickým způsobem.

Mezi psychické příznaky demence patří také deprese. Domníváme se, že depresi je zapotřebí věnovat dostatečnou pozornost v souvislosti s problematikou demence, a to z několika důvodů. Jednak proto, že deprese může zejména u starších lidí vytvářet obraz podobný demenci, hovoříme o tzv. pseudodemenci u depresivních pacientů. Existují různé návody, jak tyto stavy odlišit, mezi relativně spolehlivé známky patří postoje pacientů ke kognitivní poruše: lidé s demencí mají tendenci spíše svou kognitivní poruchu maskovat, zatímco lidé s depresí na ni spíše upozorňují „vždyť vám to říkám, že si nic nepamatuji“. Nicméně ani toto vodítko nemusí být spolehlivé, a proto je vhodné raději učinit terapeutický pokus – nasadit vhodné antidepresivum, takové, které nebude dále poškozovat kognitivní funkce a vyčkat jeho efektu. U starších nemocných doporučujeme antidepresiva SSRI, varujeme se tricyklik (anticholinergní působení zhoršující kognitivní poruchu) a zejména benzodiazepinů, které mají další závažné nežádoucí účinky, jak jsme uvedli výše. Pokud symptomatologie ustoupí, celkový stav pacienta se zlepší, je zřejmé, že jsme úspěšně zaléčili depresivní symptomatologii, kontrola kognitivních funkcí s odstupem času bude ale jistě na místě. Vzhledem k vysoké prevalenci výskytu deprese zejména u seniorů se domníváme, že vyšetření deprese, například Geriatrickou škálou deprese,

(9, 10) by mělo být součástí rutinního vyšetření pacientů vyššího věku.

K hodnocení poruch chování a psychologických příznaků můžeme používat také určité nástroje, nejčastěji například NPI (Neuropsychiatric Inventory) (11) nebo BEHAVE-AD (12). Tyto škály se používají zejména pro experimentální účely, pro běžnou praxi zpravidla stačí zaznamenat popis těchto příznaků v dokumentaci.

**Třetí součástí syndromu demence je porucha soběstačnosti.** Soběstačnost rozumíme soubor schopností, které umožňují lidem žít samostatně v normálním prostředí. Funkce soběstačnosti (tzv. aktivity denního života) dělíme na instrumentální a bazální. Mezi instrumentální aktivity denního života řadíme například schopnost jízdy dopravním prostředkem, schopnost nakoupit, uvařit, vykonávat domácí práce, vyprat, telefonovat, ale také samostatně a spolehlivě užívat léky, obstarávat své finance a podobně. K poškození těchto funkcí dochází dříve než k poškození základních sebeobslužných aktivit, kam řadíme schopnost samostatně se najíst, napít, obléknout, zachovat hygienu a být schopen základní mobility. V praxi je užitečné používat určitých nástrojů, testů ke zhodnocení těchto aktivit. Můžeme použít například test základních všedních činností podle Barthelové, Test instrumentálních všedních činností nebo testů, které jsou přímo určeny k posouzení soběstačnosti u lidí s kognitivní poruchou (13).

Považujeme za důležité zdůraznit, že výše uvedené testy nejsou v žádném případě dotazníky. V žádném případě se nejedná o otázky, které bychom měli klást pacientovi. Jak jsme již výše uvedli, pacienti s demencí často disimulují a maskují svou kognitivní a funkční poruchu, mnozí z nich pak nemají náhled na její míru. Zpravidla tak dochází k tomu, že pokud se jich zeptáme, zda jsou soběstační, odpovídají, že ano. Jsou schopni nám sdělit, že chodí ještě do práce, obstarají své děti, nakoupí a uvaří. Od rodinných příslušníků se pak dozvíme, že jsou zcela závislí na pomoci druhé osoby. Tuto skutečnost považujeme za hodnou pozornosti, lékař by měl věnovat pozornost nejen sdělení pacienta, ale také rodinného příslušníka či jiného pečujícího. Výše uvedená skutečnost má i další praktický dopad. V současné době, kdy je od roku 2007 platný nový zákon o sociálních službách a prováděcí vyhláška k tomuto zákonu, se posuzuje soběstačnost na základě modifikovaného seznamu úkonů soběstačnosti v základních a instrumentálních aktivitách denního života. Seznam těchto úkonů je vcelku úplný, takže vytváří dobrý předpoklad k tomu, aby byla soběstačnost

posouzena správným způsobem. K tomu však bohužel v praxi někdy nedochází, a to proto, že v terénu posuzují soběstačnost pacientů sociální pracovníci, kteří s touto problematikou nejsou obeznámeni. Ptají se tak často pacientů s demencí, které výkony dokáží. Vzhledem k tomu, že povahu onemocnění často neznají, uvěří, když jim pacienti sdělí, že jsou soběstační. Mnozí ze sociálních pracovníků naopak nedůvěřují sdělení rodinných příslušníků o potřebě péče a jejich snahu o uvedení výpovědi pacienta na pravou míru naopak považují za účelové zkreslování s cílem dosáhnout vyššího příspěvku na péči. Výše uvedená situace vede v důsledcích k tomu, že pacienti s demencí jsou v příznání příspěvku na péči často znevýhodněni oproti jiným skupinám nemocných. Přesto jsou to právě oni, kteří potřebují značné množství péče a mnohdy nepřetržitý dohled. Tuto skutečnost může do značné míry napravit ošetřující lékař, který by měl ve svém diagnostickém závěru poukázat na skutečnost, že pacient trpí demencí a situaci dále přiblížit tak, aby byla srozumitelná i sociálním pracovníkům.

Demence způsobují nejčastěji onemocnění, která postupně progredují a stav pacienta se tak postupně zhoršuje. Proto považujeme za vhodné charakterizovat jednotlivá stadia onemocnění, a to zejména s ohledem na potřeby pacientů. Ve vzácných případech může obraz demence vzniknout relativně náhle. Zpravidla se obraz demence postupně rozvíjí a prochází stadii, která jsou si velmi podobná, a to nezávisle na tom, jaké onemocnění demenci způsobuje. Budeme je charakterizovat zejména s ohledem na Alzheimerovu chorobu, která představuje nejčastější příčinu syndromu demence.

### Mírná kognitivní porucha

V současné době je známo, že onemocnění způsobující demenci, která považujeme za onemocnění zpravidla vyššího věku, začínají podstatně dříve, než jsme se původně domnívali. Jedná se tedy spíše o onemocnění věku středního, kdy v mozku začínají probíhat určité patologické procesy, které jsou však po dlouhou dobu latentní. Stavem, který upozorňuje na určité riziko vzniku demence je mírná kognitivní porucha, porucha kognitivních funkcí, nejčastěji paměti, která ještě neodpovídá kritériím demence. Jedná se však o poruchu (nejčastěji paměti), která je nápadná jak člověku samotnému, tak jeho okolí, o poruchu, která nějakým způsobem vadí, ale která ještě neomezuje soběstačnost. Údaje o prevalenci mírné kognitivní poruchy se různí dle různých

studií, autorů a kritérií. U nás nemáme dostatek epidemiologických dat. Nicméně existuje určitá shoda v tom, že se vyskytuje asi u 10 % až 20 % lidí starších 65 let (15). Přestože mírnou kognitivní poruchu nepovažujeme za onemocnění, měli bychom jí věnovat dostatečnou pozornost, protože představuje významný rizikový faktor vzniku demence. Uvádí se, že k rozvoji demence dochází (alespoň u amnestické formy mírné kognitivní poruchy) v 10 až 15 % ročně.

V případě mírné kognitivní poruchy mají význam obecná preventivní opatření, zdravá životospráva, dostatek odpočinku na straně jedné – ale také dostatek stimulů, význam má i přiměřená fyzická aktivita. Zatím neexistuje medikace, která by zabránila rozvoji demence, dle současných vědeckých poznatků, nicméně pouze na základě epidemiologických dat nikoli experimentů existují určité důkazy o tom, že pozitivně mohou působit jak antioxidanty tak některé přírodní látky obsažené v potravinách (resveratrol, kurkumin a podobně). To ovšem jen potvrzuje důležitost kvalitní, pestré a vyvážené diety. Vzhledem k tomu, že manifestaci demence nepochybně zrychlují vaskulární faktory (což platí nejen u vaskulární demence, ale také například u Alzheimerovy choroby), je vhodné modifikovat také kardiovaskulární rizikové faktory.

### Demence

Důležitým mezníkem je stanovení diagnózy demence, a to na základě výše uvedených testů či neuropsychiatrického vyšetření, vyloučení ostatních možných příčin stavu pacienta na základě zevrubné anamnézy, klinického vyšetření a laboratorního vyšetření (sedimentace, kompletní krevní obraz, elektrolyty, vápník, glykemie, testy renálních a jaterních funkcí a funkce štítné žlázy s ohledem na možnou hypotyreozu – TSH). Dále je lékařem vhodné zvážit u některých pacientů vyšetření například vitamínu B<sub>12</sub>, sérologie příjice, HIV a boreliózy (3).

Další standardní součástí diagnostického procesu by mělo být zobrazovací vyšetření mozku, a to alespoň CT, která umožní odlišit vaskulární patologii, eventuální ložiskové procesy apod. Vyšetření MR mozku přispěje k dalšímu zpřesnění diagnózy, a to zejména u atypických klinických obrazů demence. V současné době tedy diagnóza nejčastější příčiny demence Alzheimerovy choroby vychází ze třech základních aspektů: patologických výsledků testů, vyloučení jiného onemocnění na základě klinického a laboratorního vyšetření a vyšetření mozku alespoň základní zobrazovací metodou (CT). Diagnostika dalších onemocnění způsobujících demenci

a atypických klinických obrazů, zejména u mladších pacientů, je vždy v rukou specializovaného pracoviště.

Správné a včasné stanovení diagnózy demence a onemocnění, které ji způsobuje, je důležitým východiskem pro další postup. Ten má mnoho aspektů, z nichž o některých se zmíníme.

Po stanovení diagnózy Alzheimerovy choroby by měla být zavedena adekvátní terapie. Tato situace je však v České republice velmi problematická, protože pokud stanovíme diagnózu skutečně včas a správně, nemáme zpravidla ještě možnost zavést adekvátní terapii (předepsat kognitiva), neboť tyto léky jsou hrazeny až při výraznějším poklesu kognitivních testů (MMSE 20 a méně bodů). Po stanovení diagnózy by mělo následovat sdělení diagnózy pacientovi (pokud s tím souhlasí) a rodinným příslušníkům, ke kterým má pacient důvěru. Jedná se o velmi důležitý proces, který umožní (v případech, že byla diagnóza stanovena skutečně včas), aby si pacient trpící demencí zařídil vše, co je zapotřebí a také, aby přijal příslušná rozhodnutí, která je vhodné učinit nyní, v době, kdy je ještě těchto rozhodnutí schopen. Konvence o biomedicíně ustanovuje, že v rozhodováních ohledně léčby a péče je zapotřebí brát v úvahu také předem vyslovená přání (16). S tím souvisí takzvané ustanovení vůle (advance directives), ve kterém má pacient možnost sdělit budoucím ošetřujícím, jaké jsou jeho hodnoty, jak si představuje péči o svou osobu v případě, že nebude schopen již učinit rozhodnutí apod. Problematikou ustanovení vůle se velmi podrobně zabývala evropská asociace alzheimerovských společností Alzheimer Europe, materiál o ustanovení vůle byl přeložen do češtiny a je k dispozici na stránkách České alzheimerovské společnosti ([www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz)).

Pacienti v počátečních fázích demence potřebují podporu, a to jak ze strany profesionálů, tak ze strany rodinných příslušníků a dalších. Důležitou podporu mohou poskytnout také alzheimerovské společnosti, sdružení na podporu pacientů postižených alzheimerovou chorobou a jejich rodinných příslušníků.

Pokud byly správně učiněny všechny výše naznačené kroky, tedy pokud byla správně stanovena diagnóza, pokud byla adekvátním způsobem pacientovi sdělena, byla nastavena správná adekvátní terapie, a zejména pokud má pacient podporu svého prostředí, a to zejména v rodině, může se stav na mnoho měsíců či let stabilizovat a pacient může tuto dobu prožít spokojeně v dobré kvalitě života. Tuto skutečnost je třeba zdůrazňovat jak pacientům, tak

jejich rodinným příslušníkům. Dle klasifikace jednotlivých stupňů demence České alzheimerovské společnosti (P-PA-IA), která vychází z potřeb pacientů s demencí (17) mohou pacienti této fázi demence (P-PA-IA I, odpovídající počínající a mírné demenci) žít relativně samostatně, mnozí z nich dokáží ještě do jisté míry pracovat, a to zejména v profesích, které se spoléhají na dlouhodobou paměť nebo jsou intelektuálně méně náročné. Potřebují určitý specifický, klidnější režim, určité nápovědy, připomenutí ať již osobní či pomocí určitých technologií apod. Pacienti jsou schopni těmto nápovědám a pomůckám rozumět a využívat je. Nepotřebují však nepřetržitý dohled či pomoc v základních aktivitách denního života.

Významné a často podceňované jsou BPSD, i když se zpravidla ještě nejedná o poruchy chování, ale spíše o psychologickou symptomatologii. Lidé v této fázi demence trpí často depresí, také proto že náhled na jejich situaci zůstává do značné míry zachován. Mnozí pociťují nejistotu a úzkost, poruchy spánku. O terapii deprese jsme se zmínili již výše. Terapie úzkosti je velmi problematická a zejména se snažíme vyvarovat použití anxiolytik a hypnotik zejména benzodiazepinů, které jak jsme již výše uvedli, mohou mít závažné vedlejší účinky. Využíváme proto spíše anxiolytického či sedativního účinku některých antidepresiv.

Jakmile pacienti přestávají rozumět poznámkám, nápovědám a připomínkám, přestávají se orientovat ve svém prostředí, jsou ohroženi blouděním či jinými nebezpečnými následky svého chování, je to nepochybnou známkou, že syndrom demence pokročil do druhého stadia P-PA-IA 2 dle charakteristiky České alzheimerovské společnosti (17). Jedná se o stadium, které je velmi dlouhé (u Alzheimerovy choroby se jedná zpravidla o dobu 3 až 10 let) a které se mnoha rodinným příslušníkům jeví obdobím nejproblematičtějším. Lidé v této fázi nezvládají zpravidla již většinu instrumentálních aktivit denního života a potřebují tak nepřetržitý dohled a dopomoc. Postupně se zhoršuje i soběstačnost v některých základních aktivitách denního života, to však zatím není dominující. U lidí v této fázi se začínají vyskytovat i některé poruchy chování a další psychologická symptomatologie (BPSD), jak bylo výše uvedeno. Tyto příznaky vycházejí z povahy onemocnění. Zatímco u jiných psychiatrických onemocnění se snažíme o jejich léčbu a neváháme se zahájením farmakoterapie, u demencí je přístup k těmto příznakům poněkud odlišný. Vychází z povahy onemocnění způsobujících demen-

ci, která mají nezvratnou a progresivní povahu a zpravidla ani razantní terapií těchto symptomů nedocílíme úplné normalizace stavu. Proto se vždy snažíme vypátrat, čím jsou jednotlivé příznaky způsobeny, protože se mnohdy může jednat o důsledek dezorientace, dyskomfortu, nepochopení situace – a reakce pacienta může být pak vcelku „logická“ a odpovídat reakci na situaci kterou vnímal. Významným provokujícím podnětem může být také pocit dyskomfortu, bolesti, potřeba mikce, kterou pacient nedokáže vyjádřit jinak než například neklidem, přecházením a podobně. Problematika BPSD v této fázi demence je natolik komplexní, že je nad rámec možností a rozsahu tohoto sdělení. Odkazujeme proto na příslušnou literaturu, která je dostupná i v českém jazyce (15). Stručně tu budeme charakterizovat jen princip validace dle Naomi Feil, podporu důstojnosti člověka s demencí tím, že přijmeme téma pacienta a pracujeme s ním. Lidé v této fázi onemocnění profitují zpravidla z programovaných aktivit, z vytvoření bezpečného rámce denního programu, který je naplněn smysluplnými aktivitami.

Onemocnění způsobující demenci jsou nejčastěji onemocněními progresivními, vedoucími k postupné deterioraci mozkových funkcí a celkového stavu pacienta. Přejít do třetí fáze onemocnění (P-PA-IA 3) (17) není již tak přesně definovatelný, lze jej charakterizovat jako převažující závislost v základních aktivitách denního života. Lidé s demencí jsou čím dále závislejší na péči svých blízkých, je omezena koordinace všech důležitých funkcí včetně mobility, stávají se závislími na ošetrovatelské péči, v této fázi zpravidla nerozeznávají své blízké, a tak je rozhodnutí, zda je pacienta možné svěřit do profesionální péče, již poněkud jednodušší. To však komplikuje skutečnost, že zařízení, která by poskytovala těmto pacientům kvalitní péči, v České republice dosud není dostatek. Lidé v této fázi onemocnění profitují již nikoli z programovaných aktivit, ale z režimu tzv. individualizovaných aktivit, snažíme se tedy stále nabízet jim podíl (byť i pasivní) na určitých aktivitách, ale respektovat také situaci, že z těchto aktivit již nemusejí profitovat.

Další progresi onemocnění způsobujících demenci pokračuje i ve fázi těžké demence. Zde je na místě připomenout fakt, který si mnohdy dostatečně neuvědomujeme, a sice, že onemocnění způsobující demenci jsou zpravidla onemocnění terminální, zkracující lidský život. Terminální fázi onemocnění demencí lze charakterizovat jako období, kdy je mobilita omezena na nejjednodušší minimum a pacienta je třeba

pasivně polohovat do komfortních poloh, komunikace s pacienty v této fázi onemocnění je limitována na minimum či zcela vymizelá (a identifikovatelná pouze těmi nejbližšími), pacienti jsou zcela inkontinentní, jejich schopnost přijímat potravu či tekutiny je omezena a postupně zcela limitována. K tomuto stavu došlo nikoli v důsledku náhlého zhoršení v důsledku interkurentního onemocnění (které by mohlo být ještě řešitelné), ale postupnou nezadržitelnou progresí zdravotního stavu. V terminálních stadiích těchto nevléčitelných onemocnění je na místě paliativní přístup, který přinese zmírnění trýznivých příznaků, podporu kvality života a zabránění marným a trýznivým výkonům (infuzím, umělé výživě apod.). Na tomto místě považujeme za důležité zdůraznit, že terminální fáze demencí jsou důvodem k poskytování paliativní péče stejně tak, jak je tomu u terminálních stadií onkologických a dalších onemocnění. Lidé s demencí by neměli být v dostupnosti paliativní péče diskriminováni. Také problematika paliativní péče je nad možností tohoto sdělení, proto odkazujeme na obsáhlý materiál Alzheimer Europe, který se velmi podrobně zabývá problematikou paliativní péče o pacienty s demencí (18).

### Závěrem

Demence představují významnou zátěž zdravotních a sociálních systémů i pečujících

rodin. Alzheimerova choroba se proto stala (jako nejčastější příčina demence) prioritním problémem Evropské unie. V budoucnosti se budeme muset zaměřit jak na rizikové faktory a možnost ochrany před onemocněními způsobujícími demenci, tak i na jednotlivé formy demence a možnost přístupu k nim. Vzhledem k tomu, že se jedná stále o onemocnění nevléčitelná, důležitou roli budou hrát otázky péče, a to jak formální, tak neformální.

### Literatura

1. Brodaty H. Úvodní referát. Konference FR PRES k Alzheimerově chorobě, 30–31. říjen 2008.
2. Alzheimer Europe Yearbook 2008. Luxembourg, Alzheimer Europe, 2009.
3. Rössner P, Hort J, Rektorová I, Bartoš A, Rusina R, Linek V, Sheardová K, et al. Doporučené postupy pro diagnostiku Alzheimerovy nemoci a dalších onemocnění spojených s demencí. *Cesk Slov Neurol N* 2008; 71/104,4: 494–501.
4. Grober E, Buschke H, Crystal H, Bang S, Dresner R. Screening for dementia by memory testing, *Neurology*, 1988; 38: 900.
5. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. „Mini-mental state”: A practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 1975; 12(3): 189–198.
6. Reban J. Montrealský kognitivní test (MoCA): přínos k diagnostice predemencí. *Čes ger rev*, 2006; 4(4): 224–229.
7. Bartoš A, Hort J. Adenbrookský kognitivní test (ACE-R), Pfizer 2007 (pro účely projektu Dny paměti).
8. Mátlová M, Bartoš A, Holmerová I. Dny paměti – jak na včasnou diagnózu Alzheimerovy choroby.
9. Shiekh J, Yesavage J. Geriatric Depression Scale; recent findings and development of a short version. In: Brink T. (Ed) *Clinical Gerontology: a guide to assessment and intervention*. NY: Howarth Press, 1986.

10. Testovník, soubor testů pro geriatrickou praxi. Praha: GEMA, 2001.

11. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gomberg J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994; 44(12): 2308–2314.

12. Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, Ferris SH, Franssen E, Georgotas A. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* 1987; 48(Suppl): 9–15.

13. Kalvach Z, Zadák Z, Závázalová Z, et al. Gerontologie a geriatry. Praha: Grada Publishing, 2004.

14. Zákon 108/2008 Sb., o sociálních službách. Sbírka zákonů. 2008.

15. Holmerová I, Suchá J, Jarolímová E. Péče o pacienty s kognitivními poruchami. EVerlag Gerontologické centrum, Praha, 2007.

16. Haškovcová H. Lékařská etika. Praha: Galén, 2002.

17. Holmerová I, et al. P-PA-IA Strategie České alzheimerovské společnosti. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2008.

18. Gove D, Sparr S, Dos Santos Bernardo AMC, et al. Recommendations on end-of-life care for people with dementia. *J Nutr Health Aging* (in press).

### doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

Gerontologické centrum  
Šimůnkova 1600, 182 00 Praha 8  
iva.holmerova@gerontocentrum.cz

