

Vladimír Pidrman

---

# Dementia

---



## Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

*Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umístování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.*





Copyright © Grada Publishing, a.s.

**doc. MUDr. Vladimír Pidrman, Ph.D.**

**DEMENCE**

Vydala Grada Publishing, a.s.  
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7  
tel.: +420 220 386 401, fax: +420 220 386 400  
www.grada.cz  
jako svou 3045. publikaci

Odpovědná redaktorka PhDr. Viola Lyčková  
Sazba a zlom Milan Vokál  
Počet stran 184  
Vydání 1., 2007

Vytiskla tiskárna PB tisk  
Prokopská 8, Příbram 6

© Grada Publishing, a.s., 2007  
Obrázek na obálce © doc. MUDr. Pavel Žáček, Ph.D.

**ISBN 978-80-247-1490-5** (tištěná verze)  
**ISBN 978-80-247-6672-0** (elektronická verze ve formátu PDF)  
© Grada Publishing, a.s. 2011

---

# OBSAH

<b>1. POJEM DEMENCE</b> . . . . .	<b>9</b>
1.1 Vymezení pojmu . . . . .	9
1.2 Literatura . . . . .	10
<b>2. DEMOGRAFIE A EPIDEMIOLOGIE</b> . . . . .	<b>13</b>
2.1 Literatura . . . . .	17
<b>3. IDENTIFIKACE SENIORŮ S PORUCHAMI KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ. MÍRNÁ KOGNITIVNÍ PORUCHA.</b> . . . . .	<b>21</b>
3.1 Stárnutí a kognitivní funkce . . . . .	24
3.2. Mírná kognitivní porucha . . . . .	25
3.3 Literatura . . . . .	27
<b>4. DĚLENÍ DEMENCÍ, ALZHEIMEROVA NEMOC</b> . . . . .	<b>31</b>
4.1 Primárně degenerativní demence . . . . .	31
4.2 Sekundární a smíšené demence . . . . .	31
4.3 Alzheimerova nemoc (AN) . . . . .	34
4.3.1 Diagnostická kritéria pro AN (podle MKN-10) . . . . .	36
4.3.2 Rizikové faktory pro rozvoj AN . . . . .	41
4.3.3 Neurobiologické změny u Alzheimerovy nemoci . . . . .	42
4.3.4 Zobrazovací metody v diagnostice Alzheimerovy nemoci. . . . .	43
4.3.5 Genetické faktory v etiologii Alzheimerovy nemoci. . . . .	44
4.4 Literatura . . . . .	44
<b>5. OSTATNÍ DEMENCE, DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA</b> . . . . .	<b>51</b>
5.1 Vaskulární demence (VaD) . . . . .	51
5.1.1 Multiinfarktová demence (MID) . . . . .	51
5.1.2 Podkorová vaskulární demence (Binswangerova choroba) . . . . .	52
5.1.3 Demence při rozsáhlé CMP . . . . .	53
5.2 Demence s Lewyho tělísky (LBD). . . . .	54
5.3 Frontotemporální demence (FTD) . . . . .	55
5.4 Demence u Parkinsonovy choroby. . . . .	56
5.5 Demence u Huntingtonovy choroby . . . . .	56
5.6 Demence při normotenzním hydrocefalu . . . . .	56
5.7 Alkoholová demence. . . . .	56
5.8 Demence při zánětlivých onemocněních CNS . . . . .	57
5.8.1 Creutzfeldtova-Jakobova nemoc . . . . .	57
5.8.2 Demence při infekci HIV . . . . .	57
5.8.3 Demence při lues . . . . .	57
5.9 Metabolické demence . . . . .	58
5.9.1 Rozvoj demencí u vrozených metabolických poruch . . . . .	58
5.9.2 Rozvoj demencí u získaných metabolických poruch. . . . .	59
5.10 Demence při kolagenózách . . . . .	59
5.11 Posttraumatické demence . . . . .	59

5.12	Demence při epilepsii . . . . .	60
5.13	Diferenciální diagnostika . . . . .	60
5.13.1	Diferenciální diagnóza „4D“ . . . . .	60
5.13.2	Deprese. Diferenciální diagnostika mezi depresí a demencí . . . . .	60
5.13.3	Delirium . . . . .	62
5.14	Literatura . . . . .	72
<b>6.</b>	<b>PORUCHY CHOVÁNÍ VE STÁŘÍ (BPSD) . . . . .</b>	<b>79</b>
6.1	Konsenzus BPSD . . . . .	80
6.2	Behaviorální symptomy . . . . .	81
6.2.1	Bloudění . . . . .	81
6.2.2	Agitovanost/agresivita . . . . .	81
6.3	Psychologické (psychiatrické) příznaky . . . . .	82
6.3.1	Bludy . . . . .	83
6.3.2	Halucinace . . . . .	83
6.4	Poruchy nálady . . . . .	84
6.5	Poruchy spánku . . . . .	84
6.6	Etiopatogeneze BPSD . . . . .	86
6.6.1	Genetické a neurobiologické faktory . . . . .	86
6.6.2	Psychologické a sociální faktory . . . . .	88
6.7	Posuzování BPSD . . . . .	88
6.8	Literatura . . . . .	89
<b>7.</b>	<b>LÉČBA DEMENCE . . . . .</b>	<b>93</b>
7.1	Nefarmakologická léčba . . . . .	93
7.1.1	Role nejbližších příbuzných a pečovatelů . . . . .	96
7.1.2	Literatura . . . . .	101
7.2	Obecné zásady farmakoterapie seniorů . . . . .	102
7.2.1	Nedostatečná nebo nadměrná preskripce léků u seniorů . . . . .	103
7.2.2	Compliance seniorů . . . . .	104
7.2.3	Úskalí farmakoterapie seniorů . . . . .	104
7.2.4	Literatura . . . . .	111
7.3	Farmakoterapie demencí . . . . .	112
7.3.1	Farmakoterapie Alzheimerovy nemoci . . . . .	112
7.3.2	Vedlejší a nežádoucí účinky při léčbě IChE . . . . .	121
7.3.3	Farmakoterapeutické možnosti u dalších forem demencí . . . . .	126
7.3.4	Farmakoterapie poruch aktivit denního života u demence . . . . .	126
7.3.5	Možné přídatné (podpůrné) léky v terapii demence . . . . .	126
7.3.6	Léky ovlivňující pozitivně metabolismus CNS . . . . .	127
7.3.7	Literatura . . . . .	128
7.4	Farmakoterapie BPSD . . . . .	135
7.4.1	Kognitivní farmakoterapie BPSD . . . . .	137
7.4.2	Nekognitivní farmakoterapie BPSD . . . . .	137
7.4.3	Léčba poruch spánku u seniorů . . . . .	148
7.4.4	Shrnutí . . . . .	150
7.4.5	Literatura . . . . .	152

---

<b>8. DEMENCE, VÝŽIVA A MALNUTRICE . . . . .</b>	<b>155</b>
8.1 Další faktory mající vliv na udržení správné výživy . . . . .	157
8.1.1 Hygiena a kultura stolování . . . . .	157
8.1.2 Stav dutiny ústní . . . . .	158
8.1.3 Příjem tekutin . . . . .	158
8.1.4 Obstipace . . . . .	158
8.1.5 Farmaka (polypragmazie) . . . . .	158
8.2 Rozpoznání poruch výživy . . . . .	158
8.3 Literatura . . . . .	160
<b>9. PÁDY SENIORŮ . . . . .</b>	<b>163</b>
9.1 Etiologie pádů . . . . .	163
9.1.1 Pády z vnitřních příčin . . . . .	163
9.1.2 Pády z vnějších příčin . . . . .	164
9.2 Důsledky pádů . . . . .	165
9.3 Bludný kruh v procesu pádů seniorů . . . . .	165
9.4 Literatura . . . . .	166
<b>10. PŘÍLOHY . . . . .</b>	<b>167</b>
10.1 Mini-Mental State Examination (MMSE) . . . . .	167
10.2 Škála deprese pro geriatrické pacienty . . . . .	169
10.3 Ischemické skóre Hachinského . . . . .	170
10.4 Neuropsychiatrický dotazník (NPI) . . . . .	170
10.5 Test hodin . . . . .	171
10.6 Test instrumentálních všedních činností . . . . .	173
10.7 Test základních všedních činností podle Barthelové . . . . .	174
10.8 Algoritmus diagnostiky a léčby kognitivních poruch seniorů . . . . .	175
10.9 Literatura . . . . .	176
<b>SEZNAM VYBRANÝCH ZKRATEK . . . . .</b>	<b>177</b>
<b>INTERNETOVÉ KONTAKTY . . . . .</b>	<b>179</b>
<b>REJSTRÍK . . . . .</b>	<b>181</b>

# 1. POJEM DEMENCE

## 1.1 VYMEZENÍ POJMU

Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, přitom vědomí není zastřeno. Zhoršení uvedených funkcí je doprovázeno (někdy dokonce předcházeno) zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace. Diagnózu demence lze tudíž stanovit na základě klinického obrazu – psychiatrického (neuro-psychiatrického) a psychologického vyšetření. K jejímu určení nestačí pouze patologický nález zobrazovacích technik (CT, MR, PET, SPECT), neboť míra atrofie či funkčního postižení nemusí zákonitě korespondovat se stupněm demence. CT a MR může odhalit atrofické změny, v některých případech i v časných stádiích. Metody PET a SPECT mohou prokázat funkční změny, např. snížení metabolismu v určitých regionech CNS. Ani tyto změny však nelze považovat za specifické. Přesné definice jednotlivých forem demencí uvedeme v následujících kapitolách. Tabulka shrnuje obecná a základní kritéria demence.

*Tab. 1.1 Obecná kritéria demence*

- Zjevné zhoršení krátkodobé a dlouhodobé paměti.
- Dále alespoň jeden z faktorů:
  - narušení abstraktního myšlení,
  - narušení soudnosti,
  - narušení ostatních kognitivních funkcí,
  - změny osobnosti.
- Tyto poruchy se manifestují v obvyklých pracovních či sociálních procesech ve vztahu k okolí.
- Nejde současně o poruchu vědomí.

(Podle MKN-10)

Demenci lze chápat jako získanou poruchu kognitivních funkcí, která je natolik závažná, že má zásadní vliv na další funkce a tím i život pacienta. Příznaky demence lze z hlediska praktického i didaktického rozdělit do tří základních skupin, které nazýváme A–B–C:

- narušení kognitivních funkcí (C – cognition),
- narušení aktivit denního života (A – activities of daily life),
- poruchy chování (B – behavior).



Z těchto tří skupin příznaků jsou základní a nejzávažnější z hlediska etiologického příznaky kognitivní. Pro demenci je základním a charakteristickým rysem úbytek kognitivních (tedy poznávacích) funkcí, a to především paměti a intelektu. Demence však zahrnuje i další symptomy:

- poruchy intelektu,
- poruchy paměti,
- poruchy orientace,
- poruchy abstraktního myšlení,
- poruchy chápání,
- poruchy pozornosti a motivace,
- poruchy korových funkcí (apraxie, afázie),
- poruchy emotivity,
- poruchy chování,
- ztráta soběstačnosti,
- poruchy osobnosti,
- mohou se objevit psychotické příznaky.

Výsledkem procesu demence je globální deteriorace duševních schopností nemocného, narušení jeho funkčních schopností, ztráta soběstačnosti.

## 1.2 LITERATURA

---

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1995.
- Blazer DG, Steffens CD, Busse E W. Textbook of geriatric psychiatry. American Psychiatric Publishing, Inc., Washington, DC, 2004, p. 568.
- Burns A, Craig S, Lawlor B. Assesment scales in old age psychiatry. Martin Dunitz, London, 1999, p. 302.
- Cummings JL, Benson DF. Dementia: A Clinical Approach. Boston, Mass: Butterworth-Heinemann; 1992.
- Forette B. Centenarians: health and frailty. In: Robine JM, Vaupel JW, Jeune B, Allard M. (eds.) Longevity: To the Limits and Beyond. Berlin: Springer-Verlag; 1997:105–112.
- Green RC. Alzheimer's disease and other dementing disorders. In: Joynt R. (ed.) Clinical Neurology. Philadelphia, Pa: Lippencott-Raven; 1995:1–84.
- Green RC. Diagnosis and management of Alzheimer's disease and other dementias. Professional Communications, Inc., Caddo, 2005, p. 256.
- Louhija J, Miettinen HE, Kontula K, Tikkanen MJ, Miettinen TA, Tilvis RS. Aging and genetic variation of plasma apolipoproteins. Relative loss of the apolipoprotein E4 phenotype in centenarians. Arteriosclerosis & Thrombosis. 14(7):1084–9, 1994.
- Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. [erratum appears in Arch Neurol 1999 Jun;56 (6):760]. Archives of Neurology. 56 (3):303–8, 1999.

*Powell A L.* Senile dementia of extreme aging: a common disorder of centenarians. *Dementia*. 5(2):106–9, 1994.

Practice guidelines for treatment of psychiatric disorders. Compendium 2004. American Psychiatric Association, Washington DC, 2004, p. 914.

Quick reference to the APA practice guidelines for treatment of psychiatric disorders. Compendium 2004. American Psychiatric Association, Washington DC, 2004, p. 195.

*Růžička E et al.* Diferenciální diagnostika a léčba demencí. Galén, Praha, 2003, p.176.

*Smolík P.* Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika. Maxdorf, Praha, 1996, p. 504

## 2. DEMOGRAFIE A EPIDEMIOLOGIE

Populace v České republice stárne. Stejně je tomu i ve všech zemích západního světa. Je to dáno trvale klesající porodností a zároveň snižující se úmrtností ve všech věkových skupinách. Dochází k prodlužování střední délky života. V ČR byla v roce 2002 střední délka života při narození pro ženy 78,7 roku a pro muže 72,1 roku. Ve věku 65 let byla pro ženy 17,1 roku a pro muže 13,7 roku.

Zvyšuje se absolutní počet seniorů, zároveň narůstá jejich procentuální zastoupení v populaci. Ve věku nad 60 let bylo v naší republice v roce 2002 18,6 % populace, ve věku nad 65 let 13,9 %. 65 let se dožívá v současné době 88 % žen a 75 % mužů. Ve věkové skupině nad 80 let je 71 % žen. Demografický vývoj populace v České republice ilustruje následující tabulka. Připomínáme, že jde o trend, který bude v ČR i ve světě nadále pokračovat.

**Tab. 2.1** Demografické stárnutí populace ČR v historickém vývoji a prognóze

Senioři	1950	1975	2000	2025	2050
Zastoupení osob nad 65 let	8,3 %	12,9 %	13,9 %	23,1 %	32,7 %
Zastoupení osob nad 80 let	1,0 %	1,7 %	2,5 %	5,3 %	9,5 %
Index stáří *	51,7	82,3	111,8	243,0	296,1

(World Population Aging 1950–2050. New York: United Nations, 2002, Zdravotnická ročenka ČR 2000, 2001, Praha)

\*Index stáří je počet osob nad 65 let na 100 osob ve věku 0–14 let.

Z hlediska zdravotního stavu je populace seniorů vysoce heterogenní. Vykazuje vyšší celkovou morbiditu, která je specifická vysokým výskytem chronických a degenerativních onemocnění, ale i vyšším výskytem akutních stavů a náhlých dekompenzací chronických onemocnění. Nemocnost plynule narůstá až do nejvyšších věkových skupin, ženy všech věkových kategorií vykazují větší počet zdravotních potíží. U seniorů ve věku nad 80 let nalézáme vysokou polymorbiditu, v průměru se zde vyskytuje 3,5 diagnózy u 1 pacienta. Nejčastější choroby vyššího věku jsou:

- kardiovaskulární choroby,
- nemoci pohybového aparátu,
- metabolické choroby,
- gastrointestinální a respirační choroby,
- kognitivní poruchy a demence.

S narůstajícím věkem se mění spektrum nemocí. Přibývá chronických degenerativních poruch – např. osteoporóza, kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních chorob, kognitivních poruch, demencí. Postižení jsou často kombinována, čímž se mohou na-

vzájem potencovat nebo maskovat. Hodnotit zdravotní stav ve vyšším věku není vždy snadné, už i proto, že objektivní nálezy nebývají vždy typické a ani subjektivní hodnocení nebývá standardní a dostatečně validní. Proto se stává, že některá méně nápadná onemocnění bývají nedostatečně diagnostikována. Toto se týká zejména psychiatrických chorob seniorů, jako je deprese a demence. Do této skupiny patří např. i chronické infekce, osteoporóza a inkontinence. Proto je třeba věnovat specifickému obrazu průběhu nemocí ve stáří náležitou pozornost. V následujících řádcích se pokusíme upozornit na nejvýznamnější problémy.

U seniorů se setkáváme s mikrosymptomatologií. To znamená, že chorobné příznaky jsou jen minimálně zřetelné, jen skromně vyjádřeny. Příkladem může být např. akutní bakteriální infekce. Z hlediska psychiatrického do této skupiny můžeme zařadit zejména depresi, která zvláště pro laika může probíhat velmi nenápadně.

Další zvláštností je monosymptomatologie, nebo naopak oligosymptomatologie. Jde o stav, kdy se nemoc neprojevuje obvyklými příznaky ve smyslu četnosti, ale přítomen je pouze jeden z řady předpokládaných, nebo jen několik z celé řady symptomů. Tento stav je velice zrádný a zavádějící.

Typickým pro onemocnění ve vyšším věku je i výskyt nespecifických příznaků, které jsou povšechné, závažné, ale přesto přehlížené nebo nedocenené. Máme na mysli zejména únavu, hypobulii, anorexii, zvýšenou spavost, nebo naopak insomnií.

Závažné jsou tzv. symptomy druhotného postižení. Jde o často život ohrožující stav, kdy na něj reaguje zjevně jiný než přímo postižený orgán. Velmi často se jedná o projevy na úrovni CNS. Jako příklad mohou sloužit delirantní stavy, které jsou prvním příznakem řady dekompenzujících se somatických onemocnění.

Důležitou specificitou související s nemocností ve vyšším věku a léčbou jsou atypické lékové reakce. Ty mohou ohrozit pacienta zvýšeným účinkem léku, neočekávaným účinkem, nežádoucím či nedostatečným účinkem daného léku.

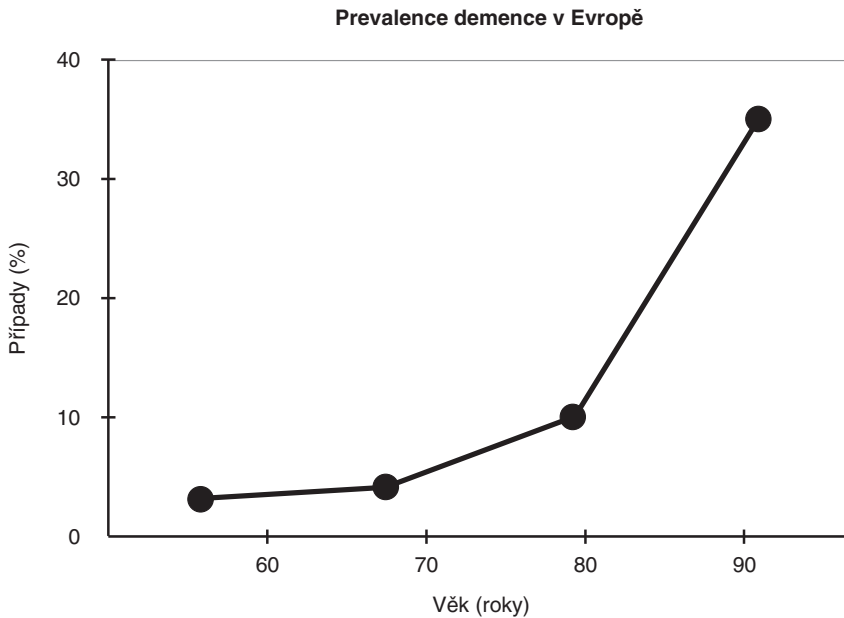
U seniorů dochází ke zhoršení zdravotního stavu i tím, že mají malou funkční rezervu organismu. To je provázeno zvýšeným rizikem úmrtí. Nemoci ve vyšším věku mají i vysoký invalidizující potenciál. To znamená, že obdobné postižení ve středním věku nevede zdaleka k takovému narušení soběstačnosti, jak je tomu ve věku vyšším.

Onemocnění ve vyšším věku, a to zejména psychiatrická onemocnění, mají významný sociální dopad. Mění sociální statut nemocného, může dojít k předčasné invalidizaci, k předčasné institucionalizaci, ztrátě výdělků, ztrátě soběstačnosti a závislosti na pomoci jiných osob, neschopnosti samostatného žití a bydlení. To samozřejmě vede k nárůstu stresu u nemocného jedince, v důsledku ale jde o postižení nejenom pacienta, ale i jeho nejbližšího sociálního okolí.

Při hodnocení průběhu nemoci u seniorů musíme brát na zřetel hierarchii ztráty funkčních schopností. Nejdříve bývá postižena schopnost provádět komplexní činnost. Jde např. o schopnost cestovat dopravními prostředky, popřípadě schopnost řídit vlastní vůz. Při těžším postižení však ztrácí pacient soběstačnost, to znamená, že není schopen sám chodit, koupat se, pečovat o sebe, připravit si potraviny či samostatně používat toaletu. Nakonec ztrácí schopnost sám se najíst či schopnost samostatného pohybu na lůžku.

Onemocnění demencí je dnes problémem globálním, přestává se týkat pouze tzv. vyspělých zemí. Tento jev souvisí s prodlužováním délky života a s tím souvisejícím obecným stárnutím populace. Zatímco počet obyvatel planety vzrostl mezi lety 1980

a 2000 o 35 %, za stejnou dobu se zvýšil počet seniorů starších 60 let o 60 %. Přitom v této věkové kategorii se výrazně zvyšuje riziko rozvoje demence: u jedinců starších 65 let je riziko 5%, v 75 letech stoupá na 10 %, u lidí osmdesátiletých je 20 %, v souboru nad 90 let věku nalezneme 50 % nemocných trpících zcela jasnými příznaky demence. Jiní autoři nárůst počtu demenčních nemocných popisují tak, že ve věku nad 65 let dochází každých 5 let ke zdvojnásobení případů. Následující graf ukazuje nárůst výskytu demence v Evropě na konci minulého století.



**Graf 2.1** Nárůst výskytu demence v Evropě na konci minulého století  
(Podle: Murray. The global burden of disease, 1996)

V současnosti je patrný další závažný trend: narůstá skupina nemocných, kteří se nacházejí ve středním a těžkém stadiu demence. Méně je těch, kteří trpí mírnými formami demence. Z uvedeného vyplývá, že velmi důležitým krokem v péči o nemocné trpící demencí je její včasný záchyt v nejranějších stadiích. Ukazuje se totiž, že oddálení nástupu symptomů demence o 5 let vede ke snížení její prevalence o 50 % v jedné generaci.

Demence představují i významné ekonomické náklady. Odhaduje se, že na jednoho pacienta trpícího demencí v zemích západní Evropy se za jeden rok vydá přibližně 15 000 – 25 000 euro. V USA je tento odhad obdobný: 10 000–30 000 dolarů. V obou údajích můžeme vidět značný rozptyl. Ten je dán rozdílnou metodikou sběru v rozdílných pracích, rozdílným vyhodnocováním dat, rovněž tak obtížností zahrnout všechny vstupní veličiny. Je však jasné, že největší položkou nejsou přímé zdravotnické náklady, ale náklady nepřímé. To znamená ošetrovatelská péče, podpůrné prostředky, podpůrná komunitní a sociální péče. Intenzivní péče o nemocné s demencí

často vede ke zhoršení pracovní výkonnosti jejich příbuzných, pokud plní funkci pečovatele. Následujícím krokem bývá zhoršení jejich tělesného, popřípadě duševního zdraví. Dochází tudíž k signifikantnímu zhoršení kvality života. Přitom jde o ukazatel, který je obtížně vyhodnotitelný a v řadě studií opomíjený.

Ekonomická náročnost je dána rovněž stadiem demence. Celkové náklady s progresí demence stoupají. Mění se rovněž jejich skladba. Přímé zdravotní výdaje se v průběhu rozvoje demence mění jen málo, v nejtěžších a finálních stádiích se dokonce někdy snižují. Naopak s progresí onemocnění výrazně rostou náklady na sociální péči a ošetrovatelskou péči. Pokusíme-li se vyjádřit náklady na péči o demenčního pacienta vztaheně k hodnotě škály MMSE, pak pokles ve škále MMSE o jeden bod představuje náklady přibližně 2 000 dolarů za jeden rok.

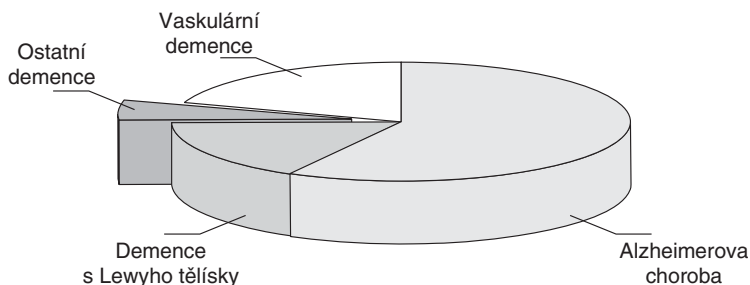
Hovořit o nákladech, resp. o jejich snižování, při léčbě seniorů a při léčbě pacientů s demencí má jedno velké riziko. Nelze popírat, že senioři jsou rizikovou populací z hlediska opomíjení či neposkytnutí adekvátní zdravotní péče. Jestliže budeme snižovat dále náklady na péči o tuto populaci, může úspora výdajů znamenat jen další neposkytnutí adekvátních služeb. Ve zkratce tento jev můžeme formulovat takto: jestliže nikoho neléčíme, nevznikají nám ani žádné náklady.

Mezi seniory nacházíme vysoké procento těch, kteří trpí jiným zdravotním postižením, ať tělesným, či duševním. Přitom doba přežití nemocných s demencí je nižší, než je tomu u stejně starých jedinců, kteří netrpí demencí. Po deseti letech sledování je doba přežití u demenčních nemocných poloviční.

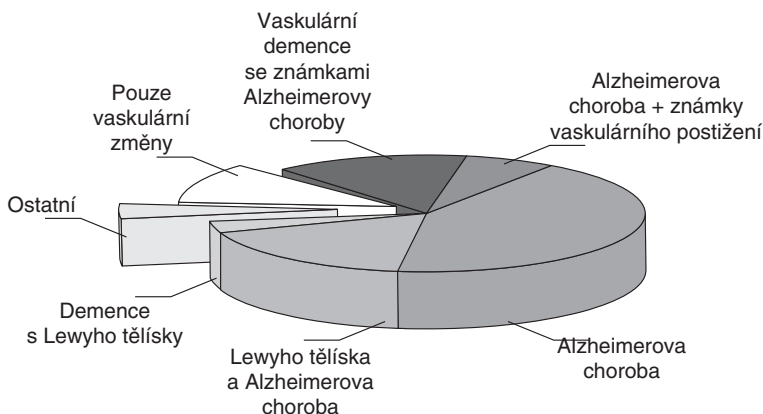
Zvýšené sociální, ekonomické a zdravotnické nároky na péči o seniory formuluje Evropská unie obecně do pěti bodů:

- zajištění ekonomické bezpečnosti pro seniory,
- udržení mezigenerační solidarity,
- vyloučení věkové diskriminace,
- provádění dlouhodobé péče v kontextu sociálně-ekonomických změn,
- plnohodnotné a společenské akceptování seniorů.

Největší díl demencí tvoří demence atroficko-degenerativní, je jich přinejmenším 60 %. Nejčastější z nich je demence u Alzheimerovy nemoci (AN). Demence vaskulární nepředstavují více než 20 %, z nich nejčastější je multiinfarktová. Sekundární demence jsou zastoupeny 10 %. Smíšené formy představují podle různých zdrojů 10–15 %. Následující dva grafy tato fakta v přehledu shrnují. Graf 2.2 ukazuje rozdělení demencí podle jedné (hlavní) diagnózy, graf 2.3 popisuje skutečnost reálněji – jsou zde zachyceny i smíšené formy demencí. Vidíme zcela jasně, že primární atroficko-degenerativní demence tvoří nadpoloviční většinu.



**Graf 2.2** Poruchy způsobující demenci – základní diagnózy



**Graf 2.3** Poruchy způsobující demenci – smíšené diagnózy

## 2.1 LITERATURA

- Aevarsson O, Skoog I.* A population-based study on the incidence of dementia disorders between 85 and 88 years of age.[see comment]. *Journal of the American Geriatrics Society.* 44 (12):1455–60, 1996.
- Aronson MK, Ooi WL, Geva DL, Masur D, Blau A, Frishman W.* Dementia. Age-dependent incidence, prevalence, and mortality in the old old. *Archives of Internal Medicine.* 151 (5):989–92, 1991.
- Bachman DL, Wolf PA, Linn RT, Knoefel JE, Cobb JL, Belanger AJ, White LR, D'Agostino RB.* Incidence of dementia and probable Alzheimer's disease in a general population: the Framingham Study. *Neurology.* 43(3 Pt 1):515–9, 1993.
- Bowirrat A, Treves TA, Friedland RP, Korczyn AD.* Prevalence of Alzheimer's type dementia in an elderly Arab population. *European Journal of Neurology.* 8(2):119–23, 2001.
- Breitner JC, Wyse BW, Anthony JC, Welsh-Bohmer KA, Steffens DC, Norton MC, Tschanz JT, Plassman BL, Meyer MR, Skoog I, Khachaturian A.* APOE-epsilon4 count predicts age

- when prevalence of AD increases, then declines: the Cache County Study. [erratum appears in *Neurology* 2000 Jul 12;55(1):161–2]. *Neurology*. 53(2):321–31, 1999.
- Ebly EM, Parhad IM, Hogan DB, Fung TS*. Prevalence and types of dementia in the very old: results from the Canadian Study of Health and Aging. [see comment]. *Neurology*. 44(9):1593–600, 1994.
- Evans DA, Funkenstein HH, Albert MS, Scherr PA, Cook NR, Chown MJ, Hebert LE, Hennekens CH, Taylor JO*. Prevalence of Alzheimer's disease in a community population of older persons. Higher than previously reported. [see comment]. *JAMA*. 262(18):2551–6, 1989.
- Farrer LA*. Genetics and the dementia patient. *The Neurologist*. 1997;3:13–30.
- Fratiglioni L, Grut M, Forsell Y, Viitanen M, Grafstrom M, Holmen K, Ericsson K, Backman L, Ahlbom A, Winblad B*. Prevalence of Alzheimer's disease and other dementias in an elderly urban population: relationship with age, sex, and education. *Neurology*. 41(12):1886–92, 1991.
- Fukunishi I, Hayabara T, Hosokawa K*. Epidemiological surveys of senile dementia in Japan. *International Journal of Social Psychiatry*. 37(1):51–6, 1991.
- Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Anreassen NC*. *New Oxford textbook of psychiatry*. Oxford University Press, New York, 2003, p. 2432
- Hebert LE, Scherr PA, Beckett LA, Albert MS, Pilgrim DM, Chown MJ, Funkenstein HH, Evans DA*. Age-specific incidence of Alzheimer's disease in a community population. *JAMA*. 273(17):1354–9, 1995.
- Hebert LE, Scherr PA, Bienias JL, Bennett DA, Evans DA*. Alzheimer disease in the US population: prevalence estimates using the 2000 census. [see comment]. *Archives of Neurology*. 60(8):1119–22, 2003.
- Hendrie HC, Ogunniyi A, Hall KS, Baiyewu O, Unverzagt FW, Gureje O, Gao S, Evans RM, Ogunseyinde AO, Adeyinka AO, Musick B, Hui SL*. Incidence of dementia and Alzheimer disease in 2 communities: Yoruba residing in Ibadan, Nigeria, and African Americans residing in Indianapolis, Indiana. [see comment]. *JAMA*. 285(6):739–47, 2001.
- Johansson B, Zarit SH*. Prevalence and incidence of dementia in the oldest old: a longitudinal study of a population-based sample of 84–90 year-olds in Sweden. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1995;10:359–366.
- Jorm AF, Korten AE, Henderson AS*. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. [see comment]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 76(5):465–79, 1987.
- Katzman R, Kawas C*. Epidemiology of dementia and Alzheimer disease. In: *Terry RD, Katzman R, Bick KL, eds. Alzheimer Disease*. New York, NY: Raven Press, Ltd; 1994:105–122.
- Maj M, Sartorius N*. *Dementia*. John Wiley and Sons Ltd., Chichester, 2002, p. 398
- Miech RA, Breitner JC, Zandi PP, Khachaturian AS, Anthony JC, Mayer L*. Incidence of AD may decline in the early 90s for men, later for women: The Cache County study. *Neurology*. 58(2):209–18, 2002.
- Murray CJL, Lopez AD*. *The global burden of disease*. Cambridge, Harvard University Press, 1996.
- O'Connor DW, Pollitt PA, Hyde JB, Fellows JL, Miller ND, Brook CP, Reiss BB, Roth M*. The prevalence of dementia as measured by the Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 79(2):190–8, 1989.
- Pidrman V*. Demence – základní diferenciální diagnostika a farmakoterapie. *Postgraduální medicína, příloha*, 6, 2004, 3, 30–35.



- Pidrman V.* Demence pro praktické lékaře. Maxdorf, Praha, 2005, p. 96
- Prince M, Acosta D, Chiu H, Sczufca M, Varghese M.* 10/66 Dementia Research Group. Dementia diagnosis in developing countries: a cross-cultural validation study. [see comment]. *Lancet*. 361(9361):909–17, 2003.
- Ritchie K, Ledéser B, Touchon J.* The Eugéria study of cognitive aging: who are the „normal“ elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1993;8:969–977.
- Ritchie K, Kildea D.* Is senile dementia „age-related“ or „ageing-related“? Evidence from meta-analysis of dementia prevalence in the oldest old. [see comment]. *Lancet*. 346(8980): 931–4, 1995.
- Skoog I, Nilsson L, Palmertz B, Andreasson LA, Svanborg A.* A population-based study of dementia in 85-year-olds. [see comment]. *New England Journal of Medicine*. 328 (3): 153–8, 1993.
- Topinková E.* *Geriatric pro praxi*. Galén, Praha, 2005, p. 270
- Wernicke TF, Reischies FM.* Prevalence of dementia in old age: clinical diagnoses in subjects aged 95 years and older. *Neurology*. 44(2):250–3, 1994.
- Wimo A, Winblad B, Aguero-Torres H, von Strauss E.* The magnitude of dementia occurrence in the world. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 17(2):63–7, 2003.
- World Population Aging 1950–2050. New York, United Nations, 2002.
- Zdravotnická ročenka ČR 2000, 2001, Praha, ÚSIZ, 2001, 2002.

### 3. IDENTIFIKACE SENIORŮ S PORUCHAMI KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ. MÍRNÁ KOGNITIVNÍ PORUCHA

Existují tři cesty, jak úspěšně identifikovat nemocného s příznaky kognitivního poškození:

- pacient sám přijde k lékaři a stěžuje si na potíže s pamětí a myšlením,
- rodina či přátelé nemocného upozorní lékaře na problémy, kterých si všímají, aniž by je na ně spontánně upozornil pacient,
- lékař či zdravotnický personál při běžném vyšetření provádí jednoduchý screeningový test, který odhalí dosud nepoznanou kognitivní poruchu.

Včasné rozpoznání demence, její odlišení od jiných poruch, které jí mohou imitovat či zastírat, a posléze i nalezení její příčiny není vždy snadné. Proč tomu tak bývá, ukážeme v následujících bodech:

- nemocný nepřizná, že trpí poruchou paměti, buď si to neuvědomí, nebo si je toho vědom, ale deficit maskuje;
- mírné kognitivní dysfunkce jsou tolerovány okolím, protože jednání a chování nemocného je ještě sociálně přiměřené či akceptovatelné;
- závažnější a zjevné kognitivní poruchy jsou nesprávně považovány za projevy běžného stáří, nejsou identifikovány jako porucha;
- diskriminace seniorů;
- lékař či jiný zdravotnický personál neprovede alespoň jednoduché orientační vyšetření kognitivních funkcí: v prvotní hrubé diagnostice a kvantifikaci závažnosti demence pomůže Test hodin, který je uveden v Příloze. Mohou se provést i jiná jednoduchá vyšetření – například zkouška v počítání, zkouška časové či místní orientace apod., která často jednoduše odhalí překvapivá kognitivní selhání.

Uvedeme několik základních pravidel, kterými bychom se měli řídit, pokud vyšetřujeme nemocného s kognitivními poruchami.

- Anamnézu odebíráme jak od nemocného, tak od průvodce. Anamnéza odebraná od samotného pacienta není dostačující. Vždy je nezbytná objektivní anamnéza, kterou odebereme od blízkého příbuzného nebo ošetřující osoby. Začátek příznaků, rychlost progresu, symptomy demence v chování a jednání, to vše bychom měli zjišťovat aktivními dotazy.

Při fyzikálním vyšetření nesmíme opomenout aktivně pátrat po zámkách hypertenze, vyhledávat zejména diskrétní patologické neurologické příznaky.

- Poté provedeme hrubý test ke zjištění stavu kognitivních funkcí – Test hodin. Pro přesnější hodnocení a orientační stanovení hloubky závažnosti demence slouží MMSE (Mini Mental State Examination), sestávající ze třiceti úkolů. Oba testy jsou uvedeny v Příloze.
- Správné je provést psychologické vyšetření k přesnému posouzení hloubky a závažnosti postižení kognitivních funkcí a intelektu.
- Měli bychom aktivně pátrat po dalších (nikoliv pouze kognitivních) symptomech demence, jako jsou např. změny osobnosti, poruchy chování ve stáří a změny v aktivitách denního života, které mohou být svým způsobem pro nemocného nebezpečnější než základní symptomatologie kognitivní.
- Laboratorní a instrumentální vyšetření zahrnují základní biochemická vyšetření, dále pak stanovení hladiny hormonů štítné žlázy, hladiny vitamínu B<sub>12</sub> (zejména u mladších jedinců), samozřejmě je vyšetření EKG, stejně tak CT mozku.

V indikovaných případech je správné stanovit hladinu sérových lipidů, homocysteinu, CRP, je vhodné provést sérologii na lues, AIDS, na místě je EEG, magnetická rezonance mozku, popřípadě pozitronová emisní tomografie.

U vybraných jedinců je možné odebrat případné markery demence, jako je tau-protein v mozkomíšním moku či APOE genotyp.

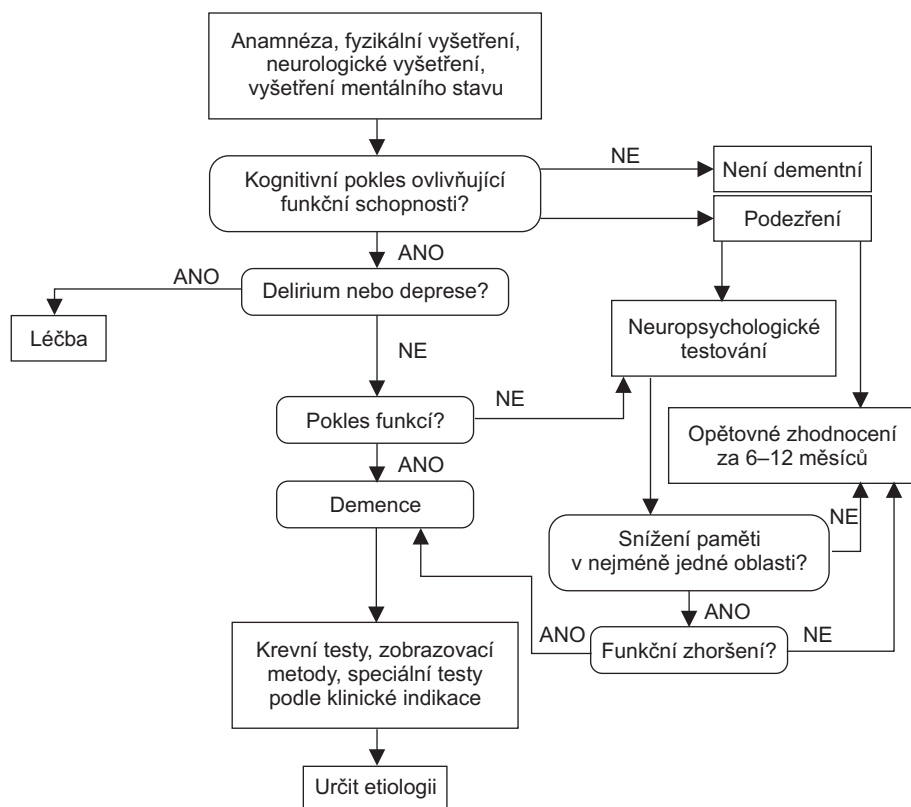
- Na konci vyšetření bychom měli alespoň orientačně znát pravděpodobnou etiologii demence a měli bychom se orientovat v míře postižení – stadiu onemocnění.
- Pacienty, u nichž byla diagnostikována demence, bychom měli pravidelně monitorovat, a to nejlépe v tříměsíčních intervalech. To se týká i nemocných rizikových či nemocných s hraničními nálezy.

Při stanovení diagnózy demence bychom měli postupovat po jednotlivých krocích:

- Prvním je vyhledání základních symptomů a jejich popis (například poruchy paměti, obtížné hledání slov, poruchy nálady).
- Následuje hodnocení symptomů, jehož výsledkem je stanovení základních syndromů (jako je delirium či demence).
- Závěrečným kokrem je stanovení vlastní diagnózy – zda jde o AD, vaskulární nebo další formy demencí, jak ukazuje tabulka. Takovýto hierarchický postup je správné zachovat, sníží totiž riziko přehlédnutí důležitých faktů a tím i stanovení nesprávné diagnózy na minimum.

**Tab. 3.1** Tři kroky při klinickém hodnocení kognitivního deficitu

<b>Symptomy</b> (např.)	Ztráta paměti Obtíže s vyjadřováním Potíže s řešením úkolů Deprese / úzkost Psychotické příznaky
<b>Syndromy</b> (např.)	Amnézie (izolovaná ztráta paměti) Delirium (fluktuace zmatenosti, agitace, výkyvy den/noc) Demence (progresivní, komplexní kognitivní deficity)
<b>Nemoci</b> (např.)	Alzheimerova nemoc Vaskulární nemoc Demence s Lewyho tělísky Fronto-temporální degenerace Mnohočetné vzácné demence



**Obr. 3.1** Algoritmus rozhodovacího procesu při diagnostice demence (Podle: Green RC. Prognosis and management of AD. CAPPO, 2005)