

příznaky a nepříznivou situaci vyrovnat. Tento proces by měl být multidisciplinární – zahrnující kromě VPL a specialistů například i psychologa, ergoterapeuta a sociálního pracovníka. V této fázi je rovněž možné jim nabídnout kognitivní trénink a rehabilitaci (14).

Pacienti se středně těžkou demencí již zpravidla nejsou schopni žít samostatně a vyžadují tak zpravidla oni i jejich pečovatelé větší podporu. Důležitá je v této fázi pravidelná struktura dne a zapojování do běžných denních činností (mělo by se ideálně jednat o činnosti, na které byl pacient dosud zvyklý, nikoli aktivizaci „za každou cenu“).

Ve stadiu pokročilé demence se uplatňuje spíše individualizovaná asistence.

V celém průběhu nemoci lze uplatňovat techniky reminiscenční terapie, arteterapie či muzikoterapie, které mohou sloužit jako komunikační prostředek a zároveň reflexe vlastní identity. Klíčová je též přímá podpora pečujících; jak ve smyslu psychologické péče, tak jejich edukace (nejen o nemoci samotné, ale například stran komunikačních přístupů k pacientovi s demencí) (14).

Symptomatická farmakoterapie – kognitiva

Mezi kognitiva řadíme inhibitory acetylcholinesterázy (iAChE; donepezil, rivastigmin, galantamin), které zvyšují množství acetylcholinu v synaptické štěrbině za pomoci inhibice odbourávajícího enzymu a memantin, což je antagonist N-methyl-D-aspartátových receptorů. Jejich účinnost stoupá s dávkou, takže by měla být podávána co nejvyšší tolerovaná dávka (16). Indikována jsou u Alzheimerovy demence, demence smíšené, demenci při Parkinsonově nemoci a demenci s Lewyho tělísky.

IACHe jsou benefiční jak v časných (vliv na paměť a kognitivní výkon), tak pokročilých stadiích Alzheimerovy demence. Memantin je indikován pro střední až těžkou demenci. Preskripce kognitiv je vázána na odbornost neurologie, psychiatrie, geriatrie a všeobecného praktického lékařství. Kromě objektivně prokázaného postižení kognitivních funkcí (pomocí kteréhokoliv z validovaných kognitivních testů) a narušení aktivit denního života je při jejich preskripci třeba posoudit zajištění správného užívání léčby. Léčba je

Obr. 2. Průchod pacienta systémem, indikace k vyšetření specialistou (převzato se souhlasem autora) (4)

1. Indikace pro vyšetření geriatrem:

Geriatrické vyšetření a zvážení dispenzární 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 pokračujícího možnosti a kapacity 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 indikována intenzivní somatická péče)
6. v případě pacienta vyššího věku (65+) s kognitivním postižením a psychiatrickými obtížemi preferujeme vyšetření gerontopsychiatrem spíše než všeobecným psychiatrem

dále hrazena, dokud je prokazatelný příznivý efekt na kvalitu života (hodnoceno komplexně – kognitivní funkce, neuropsychiatrické příznaky, aktivity denního života), pravidelně hodnocený minimálně 1× za 6 měsíců.

Mezi nejčastější nežádoucí účinky iAChE patří gastrointestinální projevy (nauzea, zvracení, průjem), svalové křeče a/nebo parestezie dolních končetin a poruchy srdečního rytmu (především bradykardie, CAVE kombinace s betablokatory). V případě netolerovatelných GIT obtíží je možné zavedení rivastigminu ve formě náplasti (předepisujeme na zvýšenou úhradu) (4).

Další preparáty

Několik metaanalýz ukazuje na určitý terapeutický účinek a výbornou toleranci purifikované formy extraktu Ginkgo biloby (EGb 761) u Alzheimerovy, vaskulární a smíšené demence. Tuto látku lze užít v monoterapii (při netoleranci či inefektivitě iAChE) nebo kombinovat s kognitivou. Doporučeno je podá-

vání minimálně 200 mg/den ve dvou denních dávkách ráno a v poledne (tedy v ČR dostupná tableta 120 mg 2×/den) po dobu minimálně 5 měsíců. Podávání může být dlouhodobé. Aktuálně nemají tyto preparáty stanovenou úhradu pojišťovny a jsou volně prodejná v lékárnách (17).

Podávání vasoaktivních látek, stejně jako piracetamu, cerebrolysinu či selegilinu v léčbě demence nemá efekt, a je tedy neúčelné. Navíc mohou vést k nežádoucí úzkosti a agitovanosti nemocných (18).

V terapii vaskulární a smíšené demence se uplatňuje především těsná kompenzace cévních rizikových faktorů. Nicméně je třeba mít na zřeteli že i u Alzheimerovy demence je jednou z patofyziologických teorií teorie vaskulární, kdy na podkladě cévních změn dochází k dlouhodobé mozkové hypoperfuzi (19). Jako hlavní rizikový faktor byla v této souvislosti identifikována kromě věku (20) též hypertenze (21, 22). Těsná kompenzace hypertenze tedy nabývá na důležitosti jak