

v prevenci demence, tak ke zpomalení jejího progresu.

U případě přidružených parkinsonských příznaků (např. u demence s Lewyho tělísky) se dále uplatňuje levodopa.

## Neuropsychiatrie

Behaviorální a psychologické symptomy demence (BPSD) jsou u demencí velmi časté (např. u Alzheimerovy choroby se v průběhu onemocnění objevují až v 80–90 %) jejich spektrum je bohaté, zahrnují úzkostné stavy, deprese, halucinace, deliria, agitovanost, agresivitu nebo naopak apaticko-abulický syndrom, bludné produkce, poruchy vyměšování, příjmu stravy a tekutin a řadu dalších (23).

Základem terapie BPSD by měly být metody psychosociální intervence (především identifikace spouštějících faktorů a jejich eliminace, uspokojení základních potřeb a tlumení bolesti), teprve pokud dojde k jejich vyčerpání a projevy představují významný diskomfort pro pacienta nebo jeho okolí, přichází na řadu farmakoterapie. V prvním kroku nasazujeme/optimalizujeme terapii kognitivní, až v dalším kroku nasazujeme psychofarmaka. Vzhledem k tomu, že je tato terapie zatížena významnými vedlejšími účinky a je též často tzv. off label, je třeba volit strategii start low go slow (tedy začít na nízké dávce a pomalu navyšovat) a při dlouhodobém užívání ji v pravidelných intervalech přehodnocovat (14).

Při farmakoterapii depresivních/úzkostných projevů a iritability jsou vhodná antidepresiva, jako první volbu lze nasadit inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), při

nespavosti a nočním neklidu může být přínosný trazodon nebo mirtazapin. Agitovanost a agresivitu lze řešit antipsychotiky 2. generace (tiaprid, melperon, kvetiapin, risperidon; CAVE přecitlivělost na antipsychotika u demence s Lewyho tělísky) (24).

Trazodon a léky ze skupiny SSRI mohou mít též příznivý efekt na behaviorální projevy frontotemporální lobární degenerace, kde je většina další farmakoterapie, včetně kognitivní, neúčinná (25, 26). 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, jsou vhodné k psychiatrické intervenci (4).

## Paliativní péče

V průběhu celé trajektorie onemocnění má klíčové místo podpora funkčního stavu a péče o komfort nemocného. Během závěrečné fáze života s velmi pokročilým, těžkým syndromem demence se do popředí dostává péče o komfort, včetně klinického hodnocení nonverbálních signálů diskomfortu. S ohledem na různou délku odhadovaného dožití u jednotlivých druhů demencí by lékař měl včas společně s pacientem a jeho rodinou hledat vhodný léčebný postup, odpovídající jeho hodnotám a preferencím (4, 14).

## Farmakologická anamnéza

Stran ostatní medikace je vhodné vyvarovat se u pacientů s demencí anticholinergní medikaci, jejíž podávání zhoršuje kognitiv-

ní funkce. Celkovou anticholinergní zátěž u konkrétního pacienta lze posoudit za pomoci praktického nástroje Anticholinergic Cognitive Burden Scale ([www.acbscale.com](http://www.acbscale.com)). Dále je třeba vyhnout se dlouhodobějšímu podávání benzodiazepinů pro riziko závislosti, pádů, zhoršení kognitivních funkcí a též riziko rozvoje deliria. Rizikové je též podávání antipsychotik a hypnotik (4, 14).

## Příspěvky z fondů prevence zdravotních pojišťoven (platné pro rok 2025)

Příspěvky se vztahují na nákup všech pomůcek pro trénování paměti a dalších kognitivních funkcí doporučených Českou alzheimerovskou společností, o.p.s, nebo na testování paměti ve vybrané síti lékáren uvedené na [lekarnici.cz](http://lekarnici.cz). Takto mohou pojištěnci Všeobecné zdravotní pojišťovny a Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra ČR starší 65 let čerpat příspěvek ve výši 500 Kč. Vojenská zdravotní pojišťovna nabízí příspěvek 300 Kč na kognitivní pomůcky pro klienty starší 40 let.

Závěrem lze v případě dalšího zájmu doporučit Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře Demence Novelizace 2024 Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP (<https://www.svl.cz/svl-docs/doporucene-postupy/17/dp-demence-2024.pdf>), či mezioborová doporučení Alzheimerova nemoc a jiné kognitivní poruchy (dostupné na <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2024/10/Alzheimerova-nemoc-jine-kognitivni-poruchy.pdf>).

## LITERATURA

- Růžička E. Neurologie. 3. vyd. Praha: Triton; 2024. 712 s.
- Fiest KM, Jetté N, Roberts JL, Maxwell CJ, Smith EE, Black SE, et al. The Prevalence and Incidence of Dementia: a Systematic Review and Meta-analysis. *Can J Neurol Sci.* duben 2016;43 Suppl 1:S3–50.
- Mendez MF, Cummings JL. Dementia: a clinical approach [Internet]. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia, PA: Butterworth-Heinemann; 2003. Available from: <https://trove.nla.gov.au/version/45744865>.
- Matějková A, Bartoš A, Býma S, et al. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře - Demence (novelizace 2024) [Internet]. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře; 2024. Available from: <https://www.svl.cz/doporucene-postupy/demence-100017>
- Rusina R, Vaňková H. Alzheimerova nemoc a jiné kognitivní poruchy. MAXDORF; 2025. 38–40 s.
- Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whithead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment.

- J Am Geriatr Soc.* duben 2005;53(4):695–9.
- Kopeček M, Štepanková H, Lukavský J, et al. Montreal cognitive assessment (MoCA): Normative data for old and very old Czech adults. *Appl Neuropsychol Adult.* 2017;24(1):23–9.
- Bartoš A. Two original Czech tests for memory evaluation in three minutes – Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA). *Cesk Slov Neurol N.* 2019;82/115(4):420–9.
- Bartoš A. Netestuj, ale POBAV – písemné záměrné Pojmenování Obrázků A jejich Vybavení jako krátká kognitivní zkouška. *Cesk Slov Neurol N.* 2016;79(112/6):671–9.
- Bartoš A. Tři časy testu kreslení hodin hodnocené BaJa skórováním u časně Alzheimerovy nemoci. *Cesk Slov Neurol N.* 2016;79(4):406–12.
- Jedlinská M. Funkční hodnocení seniorů, teorie a praxe. *Geriatrie a Gerontologie.* 2013;(3).
- Rusina R, Vaňková H. Alzheimerova nemoc a jiné kognitivní poruchy. MAXDORF; 2025. 98 s.
- Kurečková V, Trepáčová M, Zorál A, Řezáč P, Zámečník P. Patří pacienti s demencí za volant? *Geriatrie a Gerontolo-*

- gie.* 2017;6(3):126–9.
- Bajtošová R, Holmerová I, Rusina R. Nové pohledy na léčbu demence. *Neurologie pro praxi.* 2021;22(3):194–200.
- Brodsky H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci.* červen 2009;11(2):217–28.
- Čolović MB, Krstić DZ, Lazarević-Pašti TD, et al. Acetylcholinesterase Inhibitors: Pharmacology and Toxicology. *Curr Neuropsychopharmacol.* 2013;11(3):315–35.
- Yuan Q, Wang CW, Shi J, et al. Effects of Ginkgo biloba on dementia: An overview of systematic reviews. *J Ethnopharmacol.* 2017;195:1–9.
- Mayeux R, Sano M. Treatment of Alzheimer's Disease. *New England Journal of Medicine.* 1999;341(22):1670–9.
- Custodio N, Montesinos R, Lira D, Herrera-Pérez E, Bardales Y, Valeriano-Lorenzo L. Mixed dementia: A review of the evidence. *Dement Neuropsychol.* 2017;11(4):364–70.

Další literatura u autorky a na [www.medicinapropraxi.cz](http://www.medicinapropraxi.cz).