

Geriatrický syndrom demence (Mühlpachr, 2004,pp.40-71; Matějovská Kubešová, 2016)

Je charakterizován postupným úbytkem paměťových funkcí, intelektu a jiných kognitivních funkcí až k druhotnému úpadku všech dalších psychických funkcí.

Vzniká následkem onemocnění mozku – dochází k narušení vyšších korových funkcí včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči a úsudku.

Diagnostika – zobrazovací techniky CT, MR, PET – lze odhalit atrofické změny i v časných stádiích

Je nutno doplnit o psychotesty (WT, MMSE...)

Metoda pozitronové emisní tomografie – získáme obraz glukózového metabolismu

PA střední intenzity 68 min.denně – je prokázaná souvislost mezi glukózovým metabolismem a kognitivní funkcí mozku

Obecná kritéria demence (Pidrman, V.(2007).

Demence. Grada)

- Zjevné zhoršení krátkodobé a dlouhodobé paměti
- Alespoň jeden z těchto 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

Demence je získaná porucha kognitivních funkcí, má zásadní vliv na další funkce a tím i život pacienta. Příznaky lze rozdělit z hlediska didaktického do 3 základních skupin **A-B-C**:

- Narušení ***kognitivních funkcí*** (**C** - cognition)
- Narušení aktivit denního života (**A** – activities of daily life)
- Poruchy chování (**B** – behavior)

Další symptomy demence:

- Poruchy intelektu
- Poruchy paměti
- Poruchy orientace
- Poruchy abstraktního myšlení
- Poruchy chápání
- Poruchy pozornosti a motivace
- Poruchy motorických funkcí (apraxie, afázie)
- Poruchy emotivity
- Poruchy chování
- Ztráta soběstačnosti
- Porucha osobnosti
- Případně i psychotické příznaky

Hledisko etiologické

- Onemocnění demencí je problém globální – souvisí s prodlužováním délky života a tím i obecným stárnutím populace
- V Evropě je největší nárůst mezi 80 a 90 rokem

Rozeznáváme demence

- ✓ **Atroficko-degenerativní** (způsobené metabolickými a strukturálními změnami nervové buňky a následné ztrátě její funkce) - Alzheimerova choroba (65 % všech demencí), Lewyho korová demence (při Parkinsonově a Huntingtonově chorobě)
- ✓ **Ischemicko-vaskulární** (cévního původu) – tvoří 15-30 % všech demencí – součást symptomatologie mozkové příhody
- ✓ **Symptomatické-sekundární** (vznikají po infekcích mozku, po úrazech), demence metabolické (opakované stavy hypoglykémie), kareňční (deficit vit. D, B12 a dalších vit. Sk B)

Ve vyšším věku se jednotlivé etiologické faktory kombinují – demence smíšená

Stádia demence:

- 1. Mírná demence** – horší zapamatování nových informací, ztrácení věcí, přechodná časová i prostorová orientace. Trvá **3-4 roky**. Pacient nevykazuje při běžném kontaktu znatelné změny, dochází ale k záměnám léků, zapomenutí termínu vyšetření
- 2. Středně těžká demence** – porušení paměti ve všech složkách, neschopnost vykonávat samostatnou činnost, zhoršování řečových schopností. Trvá **3 roky**, je nutný trvalý dohled.
- 3. Těžká demence** – nemocní jsou odkázáni na péči okolí. Neschopnost vykonávat ADL, nepoznávají rodinu, přátele, těžké poruchy chování (deliria po západu slunce „sun dowing“; inverze spánku). Trvá **3 roky**. V posledním roce – imobilní, inkontinentní, nekomunikuje, poruchy polykání.

Diagnózu demence je podstatné stanovit ve stádiu lehké demence, medikamenty mohou rozvinout v této fázi dlouhodobější efekt.

Diagnostika syndromu demence

Nejjednodušší ***orientační test***:

1. Zeptáme se na časoprostorovou orientaci – místo, rok, den, měsíc.
2. Po vysvětlení, co se bude dít, sdělíme názvy 3 jednoduchých předmětů (míč, dům, auto..), na které se po 5min. zeptáme znovu.
3. Mezi tím pacienta necháme odečítat sedmičky od padesátky.

Test zopakujeme s odstupem 4 týdnů (Koukolík, F., Jirák, R. (1999). *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada. p.11)

Podezření na SD:

- Jakákoliv porucha prostorové orientace (ad 1.)
- Neschopnost si po 5 min. vybavit 2 ze jmenovaných předmětů (ad 2.)
- Neschopnost určit správný výsledek alespoň jednoho nebo dvou odečítání (ad 3.)

Folsteinův MMSE (Mini-Mental State Examination) – Alzheimerova nemoc

- Vyšetřuje některé základní neuropsychické funkce poškozené syndromem demence – paměť, časoprostorovou orientaci, orientaci osobou, řeč a jazyk.
- **Orientace**
 - 5 bodů: Jaký je rok? Roční doba? Měsíc? Den v týdnu? Sdělte dnešní datum
 - 5 bodů: Kde jste? V jakém státě? Městě? Nemocnici /budově? Patře?
- **Rozsah pozornosti**
 - 3 body: vyšetřující pojmenuje 3 objekty, jeden za sekundu, pacient pojmenování opakuje. Registruje se i počet opakování.
- **Pozornost a počítání**
 - 5 bodů: $100 - 7 = \dots$. Za každý správný výsledek 1 bod. Po 5 odpovědích ukončit.
- **Paměť**
 - 3 body: vyšetřující se zeptá na 3 dříve jmenované objekty – za správnou odpověď 1 bod.
- **Řeč**
 - 9 bodů: přesně pojmenovat předměty. Opakovat „*Žádné kdyby nebo ale*“ Za každé správné zopakování 1 bod

Celkově lze získat max. **30** bodů. Počet **23** odděluje dementní osoby od nedementních

Další metody diagnostiky kognitivních funkcí:

- **Viena test systém/Determinační test** – baterie elektronicky administrovaných výkonostních testů (pozornost, kapacita pracovní paměti, rychlost reakce, prostorová představivost, osobnostní charakteristika)
- DT – na monitoru jsou prezentovány měnící se obrazové a akustické signály, na které musí respondent reagovat.

Výsledky mnoha studií poukazují na úzkou korelaci mezi některými faktory aktivního životního stylu a úrovní kognitivních funkcí.

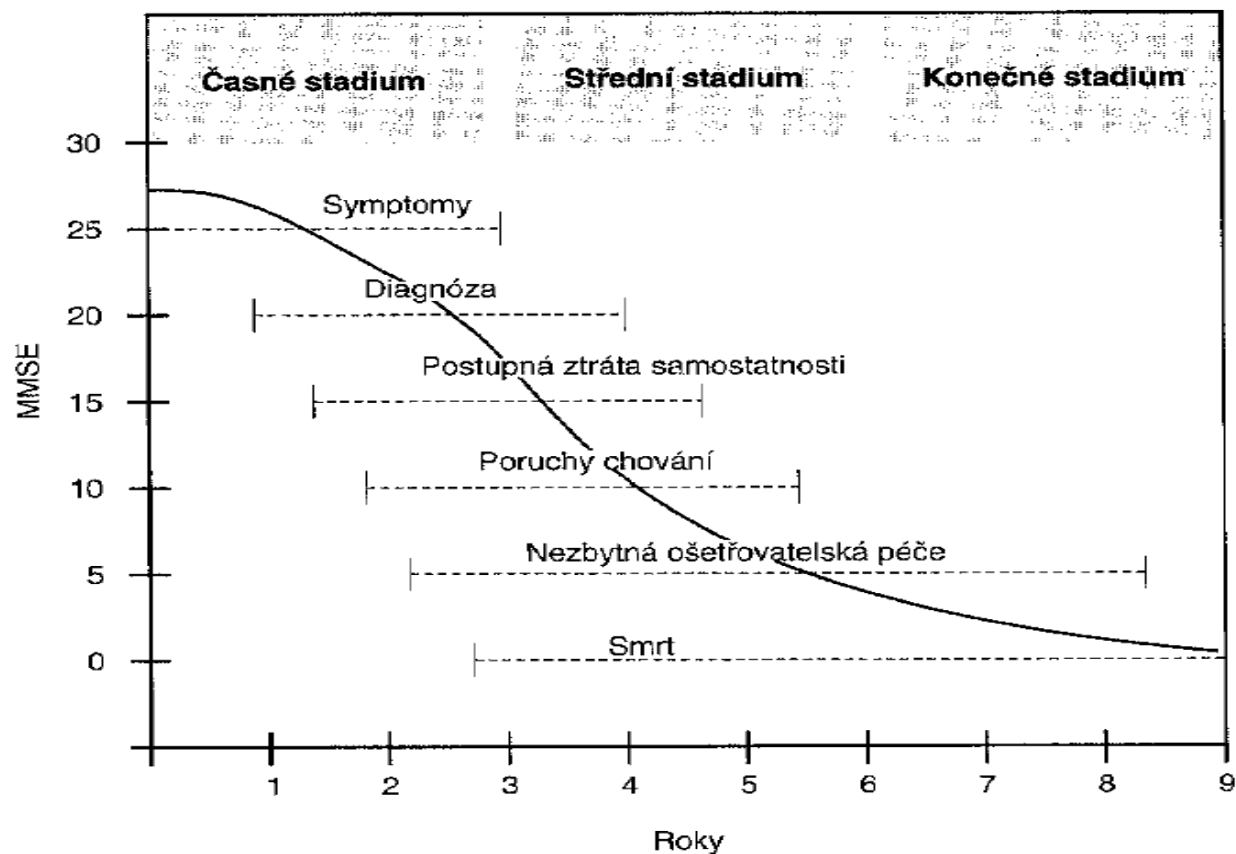
- PA (střední intenzita) jako prevence úbytku kognitivních funkcí v průběhu stárnutí.
- Psychické zdraví (nepřítomnost depresí a úzkostných stavů) pozitivně koreluje s úrovní kognitivních funkcí.
- PoProgr- „nízkoprahové“ – dostupné co nejširší skupině seniorů, podporovat zájem seniorů o PA, psychickou pohodu,

***Alzheimerova choroba (AN)**

AN – nejčastější demence, představuje 60 % všech demencí

Vyvíjí se plíživě, pomalu a trvale progreduje.

Klasický průběh AN (Gauthier (2001):



Rizikové faktory pro rozvoj AN

- Věk (ve věku nad 80 let zvýšené riziko až 4x)
- Ženské pohlaví
- Genetické faktory (změny na čtyřech chromozomech -1, 14, 19, 21)
Zvýšená tvorba lipoproteinů E4 (chromozom 19) se považuje za významný rizikový faktor rozvoje AN
- Nižší vzdělání
- Opakované úrazy hlavy
- Přítomnost vaskulárního onemocnění

Léčba demencí

Sestává se ze dvou vzájemně se provázaných kroků:

1. Behaviorální kroky, jejichž cílem je:

- Zachování, případně zlepšení úrovně jednotlivých dovedností (hrubá a jemná motorika, chůze, soběstačnost, kognitivní funkce)
- Smysluplné vyplnění volného času
- Ovlivnění behaviorálních a psychických příznaků demence a ADL
- Zlepšení verbální a nonverbální komunikace

Behaviorální kroky:

životní styl

fyzická aktivita (PA, taneční aktivita)

psychická aktivita („učení a zkoušení“)

optimalizace senzorických funkcí

nutrice

2. Farmakogenní kroky

Stárnutí a kognitivní funkce

Podle závažnosti daných změn lze kognitivní stárnutí rozdělit do 3 stupňů:

- Úspěšné stárnutí** - zachování funkčních schopností (kognice nenarušena)
- Normální stárnutí** – fyziologické změny v kognitivních a dalších psychických schopnostech. Drobné abnormality bez progresu. Změny metabolismu monoaminů a neuropeptidů, imunologické a endokrinní změny. Neurobiologické změny při demenci souvisí s novými poměry neuroanatomickými – změny v metabolismu mozkových mediátorů (úbytek aktivity acetylcholinu), snížení aktivity noradrenalinu, serotoninu, dopaminu..
- Patologické stárnutí** – selhání kompenzačních mechanismů, dochází k patologickým neurobiologickým změnám.

Optimální PA z hlediska kognitivních funkcí

- Faktory ovlivňující benefit PA – genetické predispozice, četnost PA, velikost a typ pohybové zátěže

Dle zahraničních i našich výzkumů – efekt PA:

- PA nejméně **2-3x týdně** nad 20 min. po dobu min. 6 měsíců
- **Střední intenzita zátěže** zlepšuje, ale dlouhodobá intenzivní tělesná zátěž snižuje úroveň kognitiv. funkcí. Doporučuje se **40-60 % max. spotřeby kyslíku**, subjektivní hodnocení zátěže na úrovni **13 dle Borgovy škály**.
- Kombinace AE a neAE cvičení 2x týdně po dobu 60min.
- Respektovat osobní preference PA
- Kombinovat PA tak, abychom podpořili
 - a) Zdatnost (zvládat ADL, rekreační PA, rychlá obnova funkčního stavu po nemoci)
 - b) Svalovou sílu
 - c) Flexibilitu
 - d) Vzpřímené uvolněné DT
 - e) Vnímání, sebeuvědomování