

HLAVNÁ TÉMA:

MANAŽMENT DEMENCIÍ V AMBULANCIÍ PL



Najvyspelejšie štáty sveta sú v demografickej kríze, vyvolanej starnutím populácie, a teda narastaním priemerného veku života pri narodení. Aj na Slovensku sa populácia dostáva do nezávislého rizikového stavu so vzrastajúcim výskytom cievnych a neurodegeneratívnych ochorení CNS. Tieto chorobné stavy spôsobujú vznik demencií, ktoré sa obvykle prezentujú iktiformne, subakútne alebo chronicky progredujúcimi poruchami, ako sú rozvrat kognície, reči, jazyka (dorozumievacieho verbálneho systému), a ostatných symbolických funkcií, citového života a charakteristických behaviorálnych prejavov. Nenápadne začínajúce príznaky môžu byť iba znakmi involúcie – starnutia, bez výraznej budúcej progresie, alebo ide o nenápadný začiatok chronicky devastujúcej Alzheimerovej choroby (Ach), vaskulárnej multiinfarktovej demencie alebo mikrovaskulárnej Binsvangerovej granulárnej encefalopatie s demenciou, či subakútne sa rozvíjajúcej demencie pri transmisívnej spongioformnej encefalopatii (CJch), ktorá končí smrťou pomerne rýchlo, v krátkom intervale od počiatkových príznakov. Demencia však môže byť aj výsledkom zatiaľ zriedkavo diagnostikovanej novej nozologickej jednotky CADASIL – čo je geneticky, autosomálne dominantne prenášaná vloha hromadiť v stene artériol bielej hmoty mozgu subkortikálne patologickú bielkovinu podobnú amyloidu.

Všetky informácie potrebné na diagnostiku demencií sa dostávajú do uší praktického lekára ako prvej kompetentnej osoby, ktorá má zorganizovať správne riadenie diagnostického a terapeutického procesu týchto stavov. Všeobecný praktický lekár pozná geneticko-familárnu záťaž rodín, o ktoré sa stará, a vie o rodinnej histórii, prekonaných chorobách jej členov, spôsoboch odchodu jej členov z tohto sveta, a preto je najkompetentnejší manažovať zdravotnú starostlivosť o svojich pacientov s rozvíjajúcou sa demenciou. Praktický lekár môže postrehnúť ako prvý pseudodemenciu – depresívny stav imitujúci demenciu. On môže odhaliť pozitívny účinok SSRI na pseudodementnú depresívnu „apatiu“ – introverziu – farmakoterapeutický diagnostický test. On môže ako prvý zaregistrovať pozitívny účinok inhibítorov cholinesteráz (IChE), čo sú lieky prvej voľby pri liečbe Ach, účinné v prvom a druhom štádiu, ale sú bez efektu už vo časných a stredných štádiách CJch, pretože nemajú terapeutickú potenciu na dlhšie zlepšenie stavu pre dramatickú dynamiku progresie kognitívnych defektov. Progresia ľahkého postihnutia mozgu (MCI, mild cerebral impairment) trvá 1 až 3 roky pri Ach, ale pri CJch často iba 1 až 3 týždne a prejavuje sa najmä poruchou schopnosti učiť sa a zapamätať si nové informácie s relatívne zachovanými staršími údajmi. Praktický lekár môže dynamicky a operatívne upraviť farmakoterapiu alebo zvoliť si opakovanú konzultáciu kompetentného špecialistu. Môže zariadiť účelovú farmakoterapiu bez polyfarmácie a udržať tak cenu liečebných nákladov na prijateľnej úrovni, ale aj zabrániť iatrogénnym interakciám pri polypragmázii. Manažovanie ošetrovateľskej starostlivosti, behaviorálnej reedukácie a rehabilitácie stratených funkcií, ale aj paliatívnej starostlivosti o počiatkové štádiá Ach i o infaustné prípady CJch by mal držať v rukách praktický lekár. Treba, aby sa on ako prvý pripravil na to, že počty dementných občanov budú narastať a súčasné astronomické čísla, vyjadrujúce finančné náklady na ich ošetrovanie a liečbu, sa budú navrhovať. Bude potrebné zvyšovať počty vykonávateľov ošetrovateľskej a opatrovateľskej starostlivosti v štátnych a súkromných agentúrach (ADOS), aby sa investované finančné prostriedky využili cielene a aby sa úroveň starostlivosti o dementných pacientov v období pred inštitucionalizáciou finálnych štádií Ach, CJch, demencie pri AIDS a pri iných degeneratívnych CNS ochoreniach zvýšila.

prof. MUDr. Michal Drobný, DrSc.
editör hlavnej témy