

ZLEPŠENIE DIAGNOSTIKY DEMENCIE V PRIMÁRNEJ PRAXI

Tatiana Hanisková

Katedra a klinika geriatrickej SZU, Bratislava; Senior – geriatrické centrum, Modra

Demencia je syndróm, ktorý vzniká následkom ochorenia mozgu, obvykle chronického alebo progredujúceho charakteru, u ktorého dochádza k narušeniu mnohých vyšších kôrových, predovšetkým kognitívnych funkcií. Táto porucha interferuje s aktivitami bežného života. Prevalencia narastá exponenciálne s predlžujúcim sa vekom ľudskej populácie. Najčastejšie sa vyskytujúca Alzheimerova choroba predstavuje základnú príčinu smrti. Táto diagnóza je často podceňovaná, či už z dôvodu nezájmu nás lekárov alebo bagatelizovania zo strany samotného pacienta alebo rodiny. Vedecké poznatky však aj v tejto oblasti postúpili a tým aj pravdepodobnosť priaznivého ovplyvnenia tohto zdĺhavého ochorenia. Práve včasnou diagnostikou a následnou liečbou možno zlepšiť kvalitu života postihnutých ako aj ich opatrovateľov.

Kľúčové slová: demencia, kognitívne funkcie, SMMSE.

Kľúčové slová MeSH: demencia – diagnostika; poruchy kognitívne; škály psychiatrické posudzovacie.

IMPROVEMENT OF DIAGNOSTICS OF DEMENTIA IN PRIMARY CARE

Dementia is progressive deterioration in intellectual function and other cognitive skills, leading to decline in the ability to perform activities of daily living. The prevalence of dementia increases exponentially with increasing age of population. The most common occurring Alzheimer's diseases is the most basic underlying cause of death. This diagnosis is underestimated, either from a lack of interest of our physicians or from diminishing of the significance from the patient or his family. Scientific knowledge in this area have progressed and will have a positive influence on this disease. The diagnosis and the treatment will improve the quality of life of patients and their caretakers.

Key words: dementia, cognitive skills, SMMSE.

Key words MeSH: demention – diagnosis; cognitive disorders; psychiatric rating scales.

Via pract., 2006, roč. 3 (7/8): 333–336

Úvod

Zmeny kognitívnych funkcií siahajú od zmien súvisiacich s normálnym starnutím k miernemu kognitívne deficitu (*MCI – Mild cognitive impairment*) po demenciu. V porovnaní s mladšími dospelými, starší ľudia odpovedajú na otázky s latenciou, ich reakčný čas je pomalší. **Mierny kognitívny deficit** sa prejaví subjektívnymi problémami ako napríklad spomenúť si na meno osoby, alebo miesto, kde položil nejakú vec. V prípade normálneho starnutia si osoba na informáciu spomenie neskôr a má intaktné učenie, deficit pamäti je minimálny, stabilný v čase a nedochádza k ovplyvneniu funkčnosti. Mierny kognitívny deficit nie je v medziach normálneho starnutia a vzdelania, ale nedá sa ešte kvalifikovať ako demencia. Dáva sa do súvisu so zvýšeným rizikom výskytu Alzheimerovej demencie (AD). U 10 % – 15 % sa rozvinie v priebehu roka AD, v porovnaní s 1 – 2 % z kontrolnej skupiny rovnakého veku. Pacienti s miernym kognitívnym deficitom tvoria heterogénnu skupinu, pričom niektorí progredujú do AD, iní do iného typu demencie a ostatným ostávajú kognitívne funkcie stabilizované (1). Pri ťažšom postihu kognitívnych funkcií hovoríme o **demencii**.

Demencia (*de* – bez, *mens* – myseľ, rozum) je syndróm, pri ktorom dochádza k rozvoju porúch kognitívnych funkcií, zahŕňajúcich poškodenie pamäti a poruchy ako afázia (porucha reči), apraxia (narušené narábanie s predmetmi napriek zachovanej pohyblivosti končatín), agnózia, poruchy exekutívnych

funkcií (abstraktné myslenie, plánovanie), ktoré narušujú sociálne, pracovné a interpersonálne vzťahy.

Demencia spôsobí zhoršenie sebestačnosti a funkčnosti (pokles ADL – aktivity denného života, pokles IADL – inštrumentálne aktivity denného života). Vedomie je intaktné (na rozdiel od delíria). Na stanovenie spoľahlivej klinickej diagnózy by mali byť príznaky prítomné najmenej po dobu 6 mesiacov. Súvisí to s tým, aby boli vylúčená zámena so stavmi spojenými s rovnakými behaviorálnymi syndrómami ako je subdurálny hematóm, normotenzný hydrocefalus a difúzne alebo fokálne poranenie mozgu.

Demencia je závažný problém starostlivosti o starých ľudí. Jej výskyt sa medzi 59. a 90. rokom zvýši stonásobne (z 0,4 % na 40 %). Celkovo je dementných asi 5 – 10 % ľudí vo veku 65 a viac rokov. Ochorenie sa vyskytuje častejšie u žien ako u mužov, a to v pomere 1,2 – 1,5 (2). Približne každý 4. človek sa stane počas života dementným. Odhaduje sa, že na Slovensku je 28 000 až 56 000 dementných ľudí (3).

Päť elementov pri diagnóze demencia:

1. určiť diagnózu, špecifikovať typ demencie,
2. farmakologická liečba poklesu kognitívnych funkcií,
3. kombinácia farmakoterapeutických a nefarmakologických postupov pri poruchách správania,
4. plán na posledné štádia ochorenia – koniec života,

5. výchova opatrovateľov, poradiť a pomôcť rodine (20 – 60 % ich trpí depresiou).

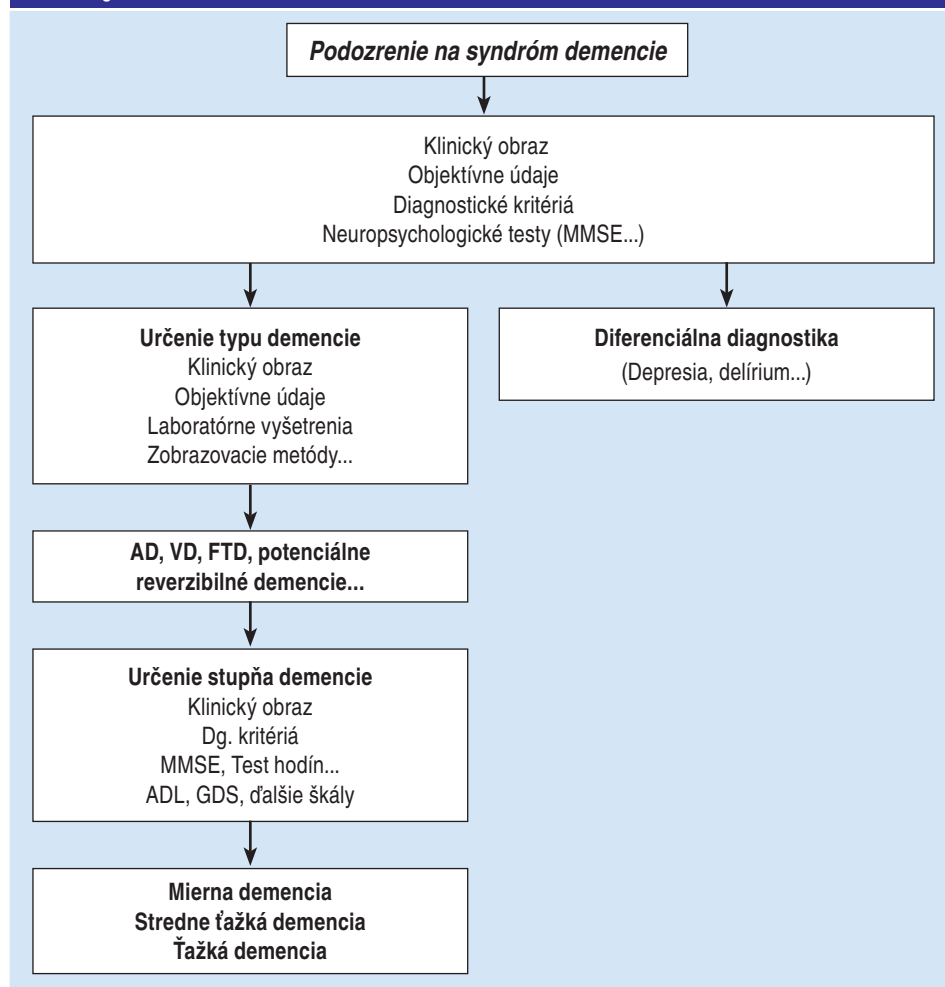
Diagnostika demencie

V tomto článku sa budeme zaoberať prvým z piatich elementov demencie, a tou je včasná diagnostika. Ohodnotenie pacienta s demenciou by sa malo sústrediť na hľadanie napravitelných príčin alebo prispievajúcich faktorov, ktoré sa dajú odstrániť (graf 1).

Identifikácia chorobného procesu, ktorý spôsobuje dementný syndróm, umožní lekárovi určiť ťažkosti, ktoré nastanú počas choroby. Na diagnostiku sa používa klinické vyšetrenie, ktoré zahŕňa celkové somatické vyšetrenie, neurologické, psychiatrické a psychologické.

Kompletná anamnéza pacienta je často tým správnym kľúčom na diagnostiku demencie. Informácie sa získavajú nielen od pacienta, ale hlavne od rodinných príslušníkov a priateľov. Pozornosť musíme klásť na vek, trvanie a čas, či ide o akútny alebo chronický stav, či progreduje pomaly alebo vznikol náhle. Na začiatku sa môže prejavíť veľmi nenápadne, pacient začne zabúdať čo robil pred malou chvíľou (napr. opakovane urobí v jeden deň ten istý nákup). Veci začne ukladať na nezvyčajné miesta (napr. hygienické potreby do chladničky). Začína sa vyhýbať zložitým problémom a nedokáže ich riešiť. Prestane vykonávať obľúbené činnosti, nejakú aktivitu začne a nedokončí ju. Stráca záujem o okolie

Graf 1. Diagnostika demencie.



a najbližších. Dochádza k zmene reči, ktorá sa stáva pomalšou, má problém nájsť správne slovo, používa opisné vyjadrenie vecí. Často zabudne, čo chcel povedať a vyvolá to v ňom nervozitu alebo pocit strachu. Niekedy dochádza k zmene osobnosti pacienta. Býva apatický, depresívne ladený. Má problémy s obliekaním, zhoršením osobnej hygieny, poruchami výživy a nedodržiavaním liečebného režimu. Reč sa postupne stáva menej zreteľná až nakoniec nie je pacient schopný verbálnej komunikácie. Objavuje sa inkontinencia stolice a moču. Pacient postupne prestáva poznávať známych, vzdialenejšiu rodinu, potom deti a manželku a nakoniec sám seba. Pri odoberaní anamnézy pri diagnostike demencie nesmieme zabúdať brať do úvahy možné spolupodieľajúce sa a rizikové faktory ako sú rodinná záťaž, pridružené iné somatické ochorenia, poranenia hlavy, abúzy alkoholu a lieky, ktoré pacient užíva. Lieková intoxikácia a depresia patria k dvom najbežnejším, potenciálne reverzibilným ochoreniam, ktoré môžu byť zistené pri dôslednom vyšetrení.

Kognitívne a nekognitívne symptómy

Kognitívne symptómy – 4 stupne (4)

1. Mierny kognitívny deficit (predklinické štádium) (MMSE 30-26)

- Pomalšie spomínanie,
 - mierny deficit exekutívnych a rečových funkcií,
 - bez funkčného deficitu.
- ##### 2. Lahká demencia (MMSE 25-22)
- Mierna porucha orientácie,
 - zmeny chovania alebo nálad (depresia, plačlivosť, iritabilita, apatia),
 - poruchy reči (anomia – neschopnosť vybaviť si meno osoby, vecí...),
 - problémy s manipuláciou s peniazmi.
- ##### 3. Stredne ťažká demencia (MMSE 21-10)
- Progresia porúch pamäti,
 - dezorientácia v priestore a čase,
 - stratia sa a netrafia domov,
 - porucha reči (anomia a poruchy porozumenia),
 - výskyt behaviorálnych porúch,
 - ťažkosti so zvládaním bežných domácich prác, napríklad pri kúpaní alebo jedle.
- ##### 4. Ťažká demencia (MMSE 9-0)
- Ťažká porucha novopamäti aj staropamäti,
 - ťažká dezorientácia, neschopnosť čítať a písať,
 - imobilita,
 - inkontinencia stolice aj moču.

Nekognitívne symptómy – behaviorálne a psychologické symptómy u demencie (BPSD)

Sú súčasťou demencie a často sú prvým príznakom, ktorý spôsobí, že pacient navštívi lekára. Majú rôznu intenzitu v závislosti na priebehu ochorenia a často majú prechodný charakter.

- 1. Psychotické symptómy (bludy a halucinácie)**
Vyskytujú sa cca u 20 % pacientov s AD. Najčastejšie sú paranoidné bludy (napr. pacienti si sťažujú, že im niekto kradne veci...) a vizuálne halucinácie.
- 2. Depresívne symptómy**
Vyskytujú sa u cca 40 % pacientov s AD. Depresia môže zapríčiniť akceleráciu poklesu kognitívnych funkcií, ak nie je liečená.
- 3. Agitácia a agresivita**
Často je príčinou umiestnenia do domova dôchodcov alebo iného zariadenia. Vyskytuje sa u 80 % pacientov s AD. Delírium alebo bolesť môžu byť spúšťačom.

Štandard diagnostiky demencie je identifikácia reverzibilných príčin, čo zahŕňa kompletne fyzikálne vyšetrenie, vyšetrenie krvného obrazu, biochémie krvi, mineralogram a kalcium, renálne funkcie, hormóny (fT₄, TSH), vitamíny (B₁₂, kyselina listová), O₂-saturáciu. Zo sérológie je dôležitý test BWR, anti-HIV.

Zobrazovacie metódy ako CT a MR mozgu sú indikované, ak pokles kognitívnych funkcií trvá menej ako 6 mesiacov, symptómy začnú pred 60 rokom života. Taktiež môžu detekovať potenciálne liečiteľnú príčinu demencie akou je mozgová príhoda, ložisková lézia mozgu alebo subdurálny hematóm. Napomáhajú taktiež pri klasifikácii demencií na **kortikálne** (Alzheimerova demencia, Fronto-temporálna demencia, Creutzfeldtova-Jakobova choroba) a **subkortikálne** (Demencia u Parkinsonovej choroby, Demencia s Lewyho telieskami, Vaskulárna demencia).

Funkčné vyšetrenie mozgu nám podáva kľúčovú informáciu o neuronálnej dysfunkcii. **PET** a **SPECT** zobrazujú metabolický deficit už v počiatočnom štádiu rozvoja AD.

EEG je nápomocné, ak je v anamnéze údaj kŕčov, pokles kognitívnych funkcií v období posledných 3 mesiacov, zmeny vedomia, tranzitorné zmeny správania, podozrenie na Creutzfeldovu-Jakobovu chorobu, ataxiu, choreu, myoclonus, iné extrapyramídové alebo cerebellárne príznaky.

Lumbálna punkcia je indikovaná pri poklese kognitívnych funkcií v trvaní menej ako 1 mesiac, u pacientov s vekom pod 55 rokov, so systémovým ochorením, pri terapii imunosupresívami alebo pri podozrení na infekciu CNS.

Z neuropsychologických testov sa na globálne hodnotenie kognitívnych funkcií pacienta ako aj na zhodnotenie efektu liečby používa **štandardizovaný Mini-mental status examination (SMMSE)** (tabuľka 1) (5). Bol vyvinutý na zlepšenie objektivity pôvodného MMSE. Umožňuje zhodnotiť orientáciu, okamžitú pamäť a schopnosť vybavenia si, pozornosť, fatické, gnostické a praktické funkcie včítane písania, počítania a čítania. Práve tento jednoduchý test môže s pacientom vykonať aj vyškoľená sestra praktického lekára. Nezaberie veľa času a okrem anamnézy a somatického vyšetrenia je krokom k úspešnej včasnej diagnostike. Ďalším v praxi používaným testom je **Test kreslenia hodín (Clock drawing test)** (tabuľka 2) (6). Je ľahko vykonateľný a vhodne dopĺňa MMSE. Má 86 % senzitivitu a 72 % špecificitu. Ostatné štruktúrované testy patria do kompetencie psychológov, pretože je veľmi dôležitá ich interpretácia. Taktiež je dôležité zhodnotiť závažnosť postihnutia pomocou funkčných štandardizovaných testov ako sú ADL-test aktivít denného života, IADL-test inštrumentálnych aktivít denného života, FAST/GDS.

Najčastejšie typy demencie

Alzheimerová demencia (AD)

AD je príčinou 60 % – 70 % prípadov progresívneho úbytku kognitívnych funkcií u starších osôb. Celková prevalencia AD sa počínajúc 60. rokom života každých 5 rokov zdvojnásobuje, od 1 % u pacientov vo veku 60 – 64 rokov až po 40 % vo veku 85 rokov a viac (A). V priemere trvá asi 9 rokov od diagnostikovania po smrť, má však variabilný priebeh a progresiu.

Vaskulárna demencia (VD)

Tvorí cca 25 % demencií. Spôsobená je kumulatívnym efektom viacerých malých ischémií mozgu. Niekedy nastupuje náhle a deteriorácia je často „stupňovitá“.

Lewy body demencia (LBD)

Je treťou najčastejšou demenciou (15 – 25 %). Charakteristický je nález Lewyho teliesok (eozinofilné intracytoplazmatické neuronálne telieska), fluktuáciu kognitívneho deficitu, parkinsonizmom a vizuálnymi halucináciami. Časté sú pády. Starý typ neuroleptík u nich spôsobí neuropsychiatrickú symptomatológiu.

Fronto-temporálna demencia (FTD)

FTD cca 10 % prípadov demencií. Vekový priemer pacientov je menší ako u AD. Sémantická demencia je charakterizovaná stratou schopnosti „pomenovať“ a stratou schopnosti rozumieť zmyslu slov. Dochádza k skorej alterácii osobnosti a sociálneho správania (apatia, strata zmyslu pre hu-

Tabuľka 1. Test kognitívnych funkcií: STANDARDIZED MINI-MENTAL STATUS EXAM (SMMSE).

Trvanie testu: 5 – 10 minút.

Pomôcky: ceruzka, hodinky, tri kúsky papiera.

Každá otázka sa položí maximálne 3 x, bez nabádania. Ak sa pacient znovu pýta otázka, opakuje sa bez ďalšieho vysvetľovania. Ak pacient vstane, vyzve sa, aby pokračoval, že hneď skončíme.

ORIENTÁCIA

Na každú otázku má pacient 10 sekúnd

1. Aký rok je teraz? (Akceptuje sa len správna odpoveď.)
2. Aké je teraz ročné obdobie? (Počas posledného týždňa starého obdobia alebo prvého týždňa nového obdobia akceptujte obidve sezóny.)
3. Aký je mesiac (v roku) je teraz? (V prvý deň nového alebo posledný deň starého mesiaca akceptujte obidve.)
4. Koľkého je dnes (aký je dnes dátum)? (Akceptujte aj včerajší alebo zajtraší dátum.)
5. Aký deň v týždni je dnes? (Akceptuje sa iba správna odpoveď.)
6. V ktorom štáte sme? (Akceptuje sa iba správna odpoveď.)
7. V ktorom kraji sme? (Akceptuje sa iba správna odpoveď.)
8. V ktorom sme meste? (Akceptuje sa iba správna odpoveď.)
9. Ako sa nazýva táto nemocnica/budova? (Akceptuje sa iba správna odpoveď.)
10. Na ktorom poschodí budovy sme? (Akceptuje sa iba správna odpoveď.)

VŠTIEPIVOSŤ

11. Opakujte nasledujúce slová: *Lopta, auto, človek*. (Požiadajte pacienta, aby slová zopakoval. Zapamätajte si ich, lebo sa vás na ne opýtam znova za niekoľko minút. Poskytnite pacientovi 20 sekúnd na odpoveď. Za každú správnu odpoveď dostane bod.)

POZORNOSŤ

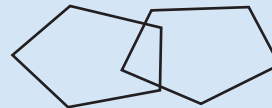
12. Odpočítavajte 7 od 100 alebo hláskovanie slova Pokrm odzadu. (Za každé správne odčítanie dostane bod. Možno opakovať 3 x, ak sa pacient zastaví. Na odpoveď má pacient 1 minútu. Po 5 odčítaniach sa zastaví.)

VÝBAVNOSŤ

13. Reprodukcia 3 pojmov z úlohy č. 11. (*Teraz mi zopakujte, aké boli tri slová, ktoré ste si mali zapamätať*. Na úlohu má 10 sekúnd. 1 bod za každú správnu odpoveď, bez ohľadu na poradí.)

REČ

14. Spoznanie a pomenovanie hodínok. (Ukážte náramkové hodinky. Opýtajte sa ho: *Ako sa toto nazýva?* Neakceptuje sa čas, budík a pod. Poskytnite mu 10 sekúnd.)
15. Spoznanie a pomenovanie ceruzky. (Ukážte ceruzku. Opýtajte sa: *Ako sa toto nazýva?* 1 bod za ceruzku, neakceptuje sa pero.)
16. Opakovanie vetvy. Žiadne keď, a, alebo, ale. (Poskytnite mu 10 sekúnd na odpoveď. 1 bod za správnu reprodukciu.)
17. Trojstupňový povel: *Vezmite papier do pravej/ľavej ruky, prehnite ho na polovicu obidvom rukami a položte papier dole na podlahu*. (Poskytnite vyšetrowanému 30 sekúnd. Skóre 1 bod za každý správny príkaz.)
18. Porozumenie (pisomný 1-stupňový povel): *Zatvorte oči*. (Napíšte čitateľne a zreteľne na papier a povedzte, aby to prečítal a následne urobil. Poskytnite 10 sekúnd. 1 bod, len ak si pacient zavrie oči.)
19. Napísanie vetvy. (Požiadajte pacienta, aby napísal ľubovoľnú vetu. Podajte mu papier a ceruzku. Poskytnite mu 30 sekúnd. Veta musí mať zmysel, chyby sa neberú do úvahy.)
20. Nechajte pacienta obkresliť predlohu. Prienik dvoch päťuholníkov. (Maximálny čas na kreslenie je 1 minúta. Umožnite viaceré pokusy. 1 bod ak sú zachované všetky strany a uhly. Prienik 2 päťuholníkov musí byť štvoruholník.)



Celkové skóre SMME a hodnotenie kognitívnych funkcií

30

Hodnotenie: 30 – 25 bodov – norma, bez poruchy kognitívnych funkcií 24 – 20 bodov – mierna kognitívna porucha 19 – 10 bodov – stredná kognitívna porucha 9 – 0 bodov – ťažká kognitívna porucha

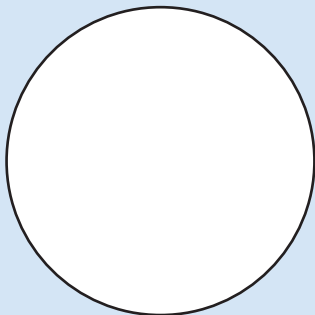
mor, manipulatívne správanie s predmetmi v okolí). Menej je u pacientov postihnutá pamäť a vizuálno-priestorové schopnosti.

Diferenciálna diagnostika demencie

Často sa stáva, že môžeme prísť k nesprávnej diagnóze demencie. Najčastejším omylom

býva **depresia**. U depresie býva na začiatku kognitívny deficit rýchlejší, hovoríme o pseudodemencií. Pacienti často zveličujú svoju poruchu pamäti. Rovnako je postihnutá staropamäť i novopamäť. Depresia je však porucha reverzibilná a kognitívny deficit odznie so zlepšením stavu (7).

Tabuľka 2. Test kreslenia hodín (Clock drawing test). Trvanie testu: 2 minúty.



Potreby: ceruzka, čistý papier (papier s kruhom). Pacient na čistý papier, alebo na predkreslený kruh musí nakresliť hodinkový ciferník (1 – 12).

Hodnotenie (podľa Schulmana 1986):

- 1 bod** (Bezchybné zakreslenie ciferníka hodín aj ručičiek.)
- 2 body** (Lahká priestorová chyba ciferníka hodín, číslice sú mimo kruhu, nerovnomerne rozložené čísla na ciferníku.)
- 3 body** (Priestorové usporiadanie hodín je správne, nesprávny je čas, alebo čas vôbec nie je zaznamenaný.)
- 4 body** (Priestorová dezorganizácia – zabudnuté číslice na ciferníku, nepravidelné medzery medzi číslami a čas nie je zaznamenaný.)
- 5 bodov** (Priestorová dezorganizácia, ale väčšia ako v 4.)
- 6 bodov** (Chýba zakreslenie hodín.)

Patologické skóre príznačné pre demenciu je 3 a viac. Hranica medzi normálnou a patologickou kresbou je medzi 2 – 3, vtedy začíname uvažovať o kognitívnej poruche. Pri 6 bodoch musíme vylúčiť ťažkú depresiu alebo delírium.

Delírium sa prejavuje kolísaním klinického priebehu. Býva prítomná kvalitatívna porucha vedomia. Začiatok je rýchly, najčastejšie v nočných hodinách, pričom trvá hodiny až týždne. Orientácia býva vždy narušená. Motorické tempo je znížené alebo zvýšené, obvykle fluktuuje. Pacienti sú počas dňa ospalí a trpia insomniou v noci. Časté sú poruchy vnímania, obvykle zrakové halucinácie. Ak pacient produkuje bludy, sú paranoidno-persekučné. Krátkodobá pamäť je narušená, zatiaľ čo staropamäť si pacient vybavuje dobre. Delírium môže taktiež nasadať na demenciu. Vtedy porucha pamäti postihuje všetky zložky (7).

Následná intervencia

Ak u pacienta po odobraní anamnézy, somatickom, laboratórnom a základnom neuropsychologickom otestovaní vyslovíme podozrenie na syndróm demencie, spravili sme prvý najdôležitejší krok v diagnostike. Následne by sme mali pacienta odoslať do ambulancie geriatra, neurológa alebo psychiatra, ktorý by mal dokončiť diagnostikovanie pacienta a začať kauzálnu liečbu. Praktickí lekári sa môžu obrátiť so svojimi pacientmi aj na Centrum

Memory, n.o., v Bratislave, kde je k tomuto účelu zriadená psychiatrická ambulancia. V tomto zariadení je dôstojne postarané po medicínskej, ale aj psychologicko-stránke o pacientov s demenciami, ako aj o osoby, ktoré sa o nich starajú. Majú totiž sklon k rozvoju depresie a somatických ochorení v dôsledku chronického stresu spojeného so starostlivosťou o chorého človeka. U samotných pacientov využívajú aj nefarmakologické prístup, ktorý spočíva v akti-

Literatúra

1. Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, Johnston CB, Lyons WL. Current geriatric Diagnosis and Treatment. 1th edition, The McGraw- Hill Companies 2004, ISBN 0- 07- 139924-0, s. 60.
2. Gao S, Hendrie HC, Hall KS, Hui S. The relationship between age, sex, and the incidence of dementia and Alzheimer disease. Arch Gen Psychiatry, 1998, 55, s. 809–815.
3. Hegyi L, Krajčík Š. Geriatria pre praktického lekára. 1.vydanie, Bratislava, Herba 2004, ISBN 80- 89171-06-0, s. 269.
4. Reuben D, Herr KA, Pacala JT, Pollock BG, Potter JF, Semla TP. Geriatrics at your fingertips. 5th Edition, Blackwell Publishing 2003, ISBN 1-4051- 0337-X, s. 41.
5. Molloy DW, Amelayehu E, Roberts R. Standardized Mini-Mental State Examination compared with the traditional Mini- Mental State Examination. American Journal of Psychiatry, 148, 1991, s. 102–105. (Slovenská verzia Vajdičková K, Kolibáš E, 2000)
6. Burns A, Lawlor B, Craig S, Coen R. Assessment scales of old psychiatry, Second Edition, London, Taylor and Francis group 2004, ISBN 1 84184 168 4, s. 51.
7. Seifertová D, Praško J, Hoschl C. Postupy v léčbě psychických poruch. 1.vydanie. Academia Medica Progenesis, Praha, 2004, ISBN 80-86694-06-2.
8. Eccles M, Livingston M, Freemantel N, Mason J. For the North of England Evidence Based Dementia Guideline Development Group. North of England evidence based guidelines development project: guidelines for the primary care management of dementia. BMJ, 1998, 317, s. 802–808.

vizácii zachovaných kognitívnych schopností a zvládání behaviorálnych porúch správania.

Ďalšou dôležitou úlohou praktických lekárov je pomôcť a poradiť rodine pacienta s demenciou pri vytváraní vhodného a bezpečného domáceho prostredia. Napláňovať denné aktivity a eventuálnu pomoc ADOS. Postupne sa zamyslieť s ohľadom na progresiu ochorenia a možnosti rodiny nad vhodnosťou inštitucionálnej starostlivosti.

Záver

Na poli diagnostiky a liečby demencií bol dosiahnutý značný úspech. Dosahovaný úspech sa však neprejavil na znížení prevalencie. Slovensko nie je žiadnou výnimkou, práve naopak. Ako môžeme pomôcť zabrániť rozšíreniu tejto „tichej epidémie“ demencie? Východisko vidím vo včasnej diagnostike porúch kognitívnych funkcií a zavedení programu pre skrining, ktorý by zo strany poisťovní motivoval praktických lekárov, geriatrov a psychiatrov. Mnohé projekty zrealizované v tejto oblasti v Anglicku potvrdzujú benefity (8). Taktiež je potrebné, aby sa týmto problémom zaoberali vládne aj mimovládne organizácie a bola daná „zelená“ centrá ako je bratislavské Centrum Memory, n.o.

Centrum Memory, n.o., Mlynavičova 21
851 03 Bratislava, tel.: 02/ 62 41 41 43
bezplatná linka (každú stredu od 17.00 do 20.00 hod.) – tel.: 0800 157 777
e-mail: memory-centrum@nexta.sk

MUDr. Tatiana Hanisková
 Katedra a klinika geriatrickej SZU, Bratislava;
 Senior – geriatrické centrum, Modra
 e-mail: tajnicka@nexta.sk