

**Prof. MUDr. Robert Rusina, Ph.D.
MUDr. Hana Vaňková, Ph.D.
a kolektiv**

ALZHEIMEROVA NEMOC A JINÉ KOGNITIVNÍ PORUCHY

Mezioborová doporučení pro klinickou praxi

I. DIAGNOSTICKÉ POSTUPY A ZÁKLADNÍ TERAPIE

Hlavní autoři/editoři:

Robert Rusina, Hana Vaňková

Spoluautoři:

*Vanda Franková, Aleš Bartoš, Stanislav Býma, Klára Knápková, Astrid Matějková,
Zuzana Šnajdrová*

Příspěvatelé:

Spoluautoři kapitoly:

*Tomáš Nikolai (Screeningové vyšetření kognice, Neuropsychologické vyšetření),
Michaela Klimešová (Zhodnocení soběstačnosti),
Ivana Tašková (Terapie Alzheimerovy nemoci)*

Rešerše, komentáře, odkazy, kritická revize textu:

*Jiří Cerman, Lenka Krajčovičová, Ondřej Krtička, Tadeáš Mareš, Aneta Müllerová,
Ester Ťupová, Daniel Divácký*

Metodologická spolupráce, revize a konzultace:

Miloslav Klugar

1 MEZIOBOROVÁ DOPORUČENÍ PRO DIAGNOSTICKÉ POSTUPY A VYŠETŘOVACÍ METODY

1.1 KLINICKÉ VYŠETŘENÍ

1.1.1 Anamnéza u pacienta s kognitivním postižením

KLINICKÉ OTÁZKY

1. Od koho je vhodné odebírat anamnézu?
2. Co vše má obsahovat anamnéza?
3. Na co se zaměřujeme při hodnocení nynějšího onemocnění?

KONSENZUÁLNÍ DOPORUČENÍ PRO KLINICKOU PRAXI

1. Panel doporučuje odebírat anamnézu od pacienta, i od druhé osoby (rodinného příslušníka, pečovatele), která pacienta dobře zná (*silné doporučení*).
2. Panel doporučuje do anamnézy zahrnout dotazy na rodinnou, osobní, lékovou, pracovní (vzdělání!), sociální anamnézu, hodnocení (nad)užívání psychoaktivních látek. Osobní anamnéza by měla identifikovat významné komorbidity, které se mohou podílet na kognitivní poruše (*silné doporučení*).
3. Panel navrhuje zaměřit se v rámci nynějšího onemocnění na první příznaky nemoci, průběh a délku trvání onemocnění, dopad na každodenní fungování a související nekognitivní symptomy (*slabé doporučení*).

ZDŮVODNĚNÍ DOPORUČENÍ

Doporučení	EFNS (2010)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
1. Odebírat anamnézu od pacienta i další osoby doporučují EFNS 2010	neuvedeno	A	neuvedeno	↑↑
Doporučení	NICE (2015)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
1. Odebírat anamnézu od pacienta i další osoby doporučují NICE 2015	nedohledáno	nedohledáno	nedohledáno	nedohledáno
Doporučení	CDPC		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
1. Odebírat anamnézu od pacienta i další osoby doporučují CDPC 2015	DDP	DDP	DDP	DDP
Doporučení	Leitlinie Demenzen (2016)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
1. Odebírat anamnézu od pacienta i další osoby doporučují Leitlinie Demenzen 2016	DDP	EK	DDP	DDP
Doporučení	Leitlinie Demenzen (2023)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
1. Odebírat anamnézu od pacienta i další osoby doporučují Leitlinie Demenzen 2023	neuvedeno	A	neuvedeno	↑↑
Doporučení	EFNS (2010)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
2. Komplexní pojetí anamnézy včetně komorbidit doporučují EFNS 2010	neuvedeno	DDP	neuvedeno	DDP
Doporučení	CCCDTD (2020)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
2. Komplexní pojetí anamnézy včetně komorbidit doporučují CCCDTD 2020	C	2	⊕⊕⊖⊖	↑?

Doporučení	Leitlinie Demenzen 2016		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
3. Dotázat se na první příznaky, průběh nemoci v čase, dopad na každodenní fungování doporučují Leitlinie Demenzen 2016	DDP	EK	DDP	DDP

PŘEHLED DOPORUČENÍ A KOMENTÁŘŮ U JEDNOTLIVÝCH ANALYZOVANÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ

- **EFNS 2010** doporučují, aby anamnéza získaná od pacienta byla vždy doplněna pečovatelem nebo jinou blízkou osobou (*úroveň A, kvalita důkazů neuvedena*). Významná je osobní anamnéza a posouzení komorbidit jak v době stanovení diagnózy, tak v průběhu onemocnění (*doporučení dobré praxe, kvalita důkazů neuvedena*).
- **NICE 2015** uvádějí, že při úvodním setkání by měla být odebrána anamnéza (včetně popisu kognitivních a behaviorálních příznaků a jejich dopadu na každodenní život pacienta) jak od pacienta s podezřením na demenci, tak od jeho blízké osoby (člen rodiny, pečovatel) (*doporučení ani kvalita důkazů nedohledány*).
- **CDPC:** Anamnéza by měla být získána jak od pacienta s podezřením na demenci, tak pokud možno od někoho, kdo pacienta dobře zná (*doporučení dobré praxe*).
- **CCCDTD 2020** uvádějí, že významné zdravotními stavy a komorbiditami spojené s kognitivními poruchami jsou zejména:
 - a) cévní nebo tranzitorní ischemická ataka (TIA)
 - b) depresivní porucha se začátkem ve vyšším věku nebo celoživotní anamnéza závažné depresivní poruchy
 - c) neléčený syndrom spánkové apnoe
 - d) nekompenzované metabolické onemocnění nebo kardiovaskulární komorbidita
 - e) nedávné delirium
 - f) první příznaky závažné psychiatrické poruchy ve vyšším věku (psychóza, úzkost, deprese, mánie)
 - g) nedávný úraz hlavy
 - h) Parkinsonova nemoc (*úroveň 2C, 93 %*)
- **Leitlinie Demenzen 2016:** V úvodu vyšetření by měla být odebrána podrobná osobní, rodinná, sociální a farmakologická anamnéza jak od pacienta, tak od druhé osoby. Je doporučeno dotazovat se i na vegetativní funkce (např. sfinkterové funkce). Na základě těchto informací je následně možné posoudit dosavadní průběh onemocnění, stanovit pracovní diagnózu, posoudit stupeň

závažnosti deficitu či zvládání aktivit každodenního života (*doporučení dobré praxe, konsenzus expertů*).

- **Leitlinie Demenzen 2023:** I v ambulanci nespecialisty (např praktického lékaře) se doporučuje odebrat heteroanamnézu (příbuzní, pečovatelé) za účelem posouzení funkční úrovně pacienta (↑↑ *silně pro (A)*).

SOUČASNÝ STAV V ČR

V ČR odebírá anamnézu každý lékař, který pacienta vyšetřuje, struktura a obsah anamnézy se mohou lišit podle odbornosti, nejsou jednotná pravidla pro odebrání anamnézy u pacientů s kognitivními obtížemi.

CITOVANÉ DOPORUČENÉ POSTUPY

1. **EFNS 2010:** Hort J, O'Brien JT, Gainotti G, et al. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. *Eur J Neurol.* 2010;17:1236–48.
2. **EFNS 2012:** Sorbi S, Hort J, Erkinjuntti T, et al. EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia. *Eur J Neurol.* 2012;19:1159–79.
3. **NICE 2015:** Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2018 Jun. (NICE Guideline, No. 97.) Dostupné na: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/resources/dementia-assessment-management-and-support-for-people-living-with-dementia-and-their-carers-pdf-1837760199109>
4. **CDPC 2015:** Laver K, Cumming RG, Dyer SM, et al. Clinical practice guidelines for dementia in Australia. *Med J Aust.* 2016;204:191-3. Guideline Adaptation Committee. Clinical Practice Guidelines and Principals Of Care for People with Dementia. Sydney. Guideline Adaptation Committee; 2016. Dostupné z: https://cdpc.sydney.edu.au/wp-content/uploads/2019/06/CDPC-Dementia-Guidelines_WEB.pdf
5. **CCCDTD 2006:** Dostupné z: <https://www.scribd.com/document/387563940/2006-Canadian-Dementia-Guidelines>
6. **CCCDTD 2012:** Dostupné z: <http://ccna-ccnv.ca/wp-content/uploads/2015/09/CCCDTD4-in-CGJ.pdf>
7. **CCCDTD 2020:** Ismail Z, Black SE, Camicioli R, et al. Recommendations of the 5th Canadian Consensus Conference on the diagnosis and treatment of dementia. *Alzheimers Dement.* 2020;16:1182-95.
8. **Leitlinien 2016:** S3-Leitlinie Demenzen (Langversion – Januar 2016). Dostupné z: <https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/pressemitteilungen/S3-LL-Demenzen-240116.pdf>
9. **Leitlinien 2023:** S3-Leitlinie Demenzen (Langversion 2023). Dostupné z: [https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/1f641e4edaf5c5d5a5114ee69146ba459a7da6b3/S3-Leitlinie%20Demenzen_Langversion_2023_11_28_Final%20\(003\).pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/1f641e4edaf5c5d5a5114ee69146ba459a7da6b3/S3-Leitlinie%20Demenzen_Langversion_2023_11_28_Final%20(003).pdf)

1.1.2 Vyšetření tělesného a psychického stavu

KLINICKÉ OTÁZKY

1. Kdy je třeba provést základní fyzikální vyšetření u pacienta s podezřením na kognitivní poruchu?
2. Je při vyšetření fyzického stavu důležité i vyšetření smyslových funkcí?
3. Je potřeba věnovat pozornost psychickému stavu pacienta?
4. Je třeba sledovat příznaky somatických komorbidit v celém průběhu demence?
5. Může rozvoj behaviorálních a psychologických symptomů demence (BPSD) souviset se vznikem nebo dekompenzací komorbidit?

KONSENZUÁLNÍ DOPORUČENÍ PRO KLINICKOU PRAXI

1. Panel doporučuje provést základní fyzikální vyšetření a základní vyšetření neurologických symptomů u všech pacientů s kognitivním deficitem (***silné doporučení***).
2. Panel doporučuje nezapomenout na vyšetření zraku a sluchu, jejichž poruchy mohou být za kognitivní deficit zaměněny či projevy kognitivního deficitu zhoršovat (***silné doporučení***).
3. Panel doporučuje provést základní vyšetření psychického stavu a pravidelně ho sledovat u všech pacientů s kognitivním deficitem (***silné doporučení***).
4. Panel doporučuje pravidelně hodnotit příznaky somatických komorbidit v celém průběhu onemocnění u pacienta s demencí (***silné doporučení***).
5. Panel navrhuje zvažovat přítomnost nebo dekompenzací komorbidit jako možnou příčinu rozvoje BPSD (***slabé doporučení***).

ZDŮVODNĚNÍ DOPORUČENÍ

Doporučení	EFNS		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
1. Provést základní fyzikální vyšetření a základní vyšetření neurologických symptomů u všech pacientů s podezřením na demenci doporučují EFNS	DDP	DDP	DDP	DDP
Doporučení	NICE		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
1. Provést základní fyzikální vyšetření a základní vyšetření neurologických symptomů u všech pacientů s podezřením na demenci doporučují NICE	neuveďeno	neuveďeno	neuveďeno	neuveďeno
Doporučení	Leitlinie Demenzen (2016)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
1. Fyzikální vyšetření a vyšetření neurologických symptomů s důrazem na kardiovaskulární, metabolická a endokrinologická onemocnění v rámci interního fyzikálního vyšetření považují za nezbytné Leitlinie Demenzen 2016	neuveďeno	neuveďeno	neuveďeno	neuveďeno
Doporučení	Leitlinie Demenzen (2023)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
1. Strukturované hodnocení a zaznamenávání případů multimorbidit a komorbidit u osob s demencí doporučují Leitlinie Demenzen 2023	DDP	EK	DDP	DDP

Doporučení	NICE		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
2. Vyloučit poruchy zraku a sluchu, které mohou být zaměněny za kognitivní deficit, doporučují NICE	neuvedeno	neuvedeno	neuvedeno	neuvedeno
Doporučení	CCCDTD5		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
2. Cíleně pátrat po obtížích se sluchem u každého pacienta vyšetřovaného pro kognitivní deficit doporučují CCCDTD5	B	1	⊕⊕⊕⊖	↑↑

Doporučení	CDPC (2016)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
3. Hodnotit pravidelně přítomnost psychických komorbidit včetně deprese a psychózy k zajištění optimálního managementu péče doporučují CDPC 2016	DDP	DDP	DDP	DDP
Doporučení	Leitlinie Demenzen (2023)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
3. Důležitost anamnestických dat a klinického vyšetření pacientů se zaměřením na BPSD, ale zároveň v rámci diferenciální diagnostiky myslet také na delirium, negativní příznaky schizofrenie, poruchy závislosti a na depresi doporučují Leitlinie Demenzen 2023	DDP	EK	DDP	DDP

Doporučení	EFNS		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
4. Hodnotit příznaky somatických a psychických komorbidit jak v době stanovení diagnózy, tak v dalším průběhu onemocnění u pacienta s Alzheimerovou nemocí (AN), resp. s demencí, doporučují EFNS	DDP	neuveďeno	DDP	neuveďeno
Doporučení	CDPC (2016)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
4. Hodnotit příznaky somatických a psychických komorbidit jak v době stanovení diagnózy, tak v dalším průběhu onemocnění u pacienta s Alzheimerovou nemocí (AN), resp. s demencí, doporučují CDPC 2016	DDP	DDP	DDP	DDP
Doporučení	Leitlinie Demenzen (2023)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
4. Hodnotit příznaky somatických a psychických komorbidit jak v době stanovení diagnózy, tak v dalším průběhu onemocnění u pacienta s Alzheimerovou nemocí (AN), resp. s demencí, doporučují Leitlinie Demenzen 2023	EK 100 %		EK 100 %	

Doporučení	EFNS		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
5. Vždy zvažovat komorbidity jako možnou příčinu BPSD doporučují EFNS	neuveďeno	C	neuveďeno	↑?

PŘEHLED DOPORUČENÍ A KOMENTÁŘŮ U JEDNOTLIVÝCH ANALYZOVANÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ

- **EFNS** doporučuje provést základní fyzikální vyšetření a základní vyšetření neurologických symptomů u všech pacientů s podezřením na demenci (*síla doporučení, úroveň důkazů: doporučení dobré praxe*). Dále je u pacientů s AN doporučeno zhodnocení komorbidit jak v době stanovení diagnózy, tak v dalším průběhu onemocnění (*síla doporučení, úroveň důkazů: doporučení dobré praxe*). Komorbidity by měly být vždy zvažovány jako možná příčina BPSD (*síla doporučení úroveň C*).
- **Guidelines NICE** doporučují provést základní fyzikální vyšetření bez bližších podrobností. Uvádějí, že je nutné vyloučení poruchy zraku a sluchu, které mohou být zaměněny za kognitivní deficit (*neuvedeno*).
- **CDPC 2016** (Clinical Practice Guidelines and Principles of Care for People with Dementia): doporučený postup čerpá a opakovaně cituje starší doporučení NICE. Doporučuje provést základní fyzikální vyšetření bez bližších podrobností (*síla doporučení/úroveň důkazů: doporučení dobré praxe*).
- K zajištění optimálního managementu péče by měla být pravidelně hodnocena přítomnost psychických komorbidit včetně deprese a psychózy (*síla doporučení/úroveň důkazů: doporučení dobré praxe*).
- **CCCDTD5** doporučují cíleně pátrat po obtížích se sluchem u každého pacienta vyšetřovaného pro kognitivní deficit (*úroveň důkazů level 1B, síla doporučení 93 %*). V případě, že je zjištěna porucha sluchu je doporučeno audiologické, otologické vyšetření (*úroveň důkazů 1A, síla doporučení 98 %*) a kontrola chronické medikace pro potencionálně ototoxické léky (*úroveň důkazů level 1A, síla doporučení 93 %*).
- **Leitlinie Demenzen 2016** považují fyzikální vyšetření a vyšetření neurologických symptomů za nezbytné s důrazem na kardiovaskulární, metabolická a endokrinologická onemocnění v rámci interního fyzikálního vyšetření (*neuvedeno*).
- **Leitlinie Demenzen 2023** doporučují strukturované hodnocení a zaznamenávání případů multimorbidit a komorbidit u osob s demencí (*EK, silný konsenzus 100%*).
Podtrhují důležitost anamnestických dat a klinického vyšetření pacientů (*doporučení dobré praxe, konsenzus expertů*) se zaměřením na psychologické a behaviorální symptomy, které se vyskytují u demence, ale zároveň v rámci diferenciální diagnostiky myslet také na delirium, negativní příznaky schizofrenie, poruchy závislosti a na depresi. Zejména depresivní příznaky musí být specificky zaznamenány, protože mohou být doprovodnými příznaky při nástupu demence, a deprese je zároveň rizikovým faktorem pro rozvoj demence.

DEFINICE A VYMEZENÍ POJMŮ

Syndrom demence může být způsoben řadou onemocnění. Proto je při vstupním vyšetření pacienta nezbytné provést základní fyzikální, (orientační) neurologické vyšetření i zhodnocení psychického stavu pacienta. Zjištěné patologické nálezy či jejich absence poskytují cenné informace při pátrání po etiologii a diferenciální diagnostice kognitivního deficitu. Důležité je též zhodnotit komorbiditu, které mohou ke kognitivnímu deficitu přispívat a vyhodnotit funkční stav včetně soběstačnosti.

Současně v rámci osobní anamnézy pátráme po možných souvislostech s chronickými onemocněními, zjišťujeme příznaky akutních i chronických komorbidit. Nutná je objektivní anamnéza časového rámce rozvoje kognitivního deficitu, která umožní odlišit pozvolna se rozvíjející syndrom demence od akutního zhoršení stavu ve smyslu deliria (bez demence nebo nasedající na demenci.)

Sledujeme i možné nežádoucí účinky léků: například při užívání IChE kontrolujeme tepovou frekvenci (riziko bradykardie) a hmotnost (riziko hubnutí). Na druhou stranu jako kognitivní deficit může imponovat dezorientace nemocného způsobená například hypnotiky, opioidními analgetiky, nebo minerálovou dysbalancí při užívání diuretik apod.

Vyšetření fyzického stavu zahrnuje základní fyzikální interní vyšetření zvláště se zaměřením na stav hydratace, možné akutní infekční onemocnění a stavy s rizikem mozkové hypoxie – tedy příznaky kardiální insuficience, hypotenze, poruchy srdečního rytmu (brady- i tachyarytmie), dušnost při onemocnění plic či bronchiálního stromu např. CHOPN, syndromu spánkové apnoe, anemie. Dále si všímáme příznaků hypotyreózy, jaterní či renální insuficience. Hodnotíme tedy barvu a turgor kůže, dušnost, otoky dolních končetin, TK a tepovou frekvenci, saturaci O₂ atd.

Vyšetření neurologických symptomů zahrnuje (s ohledem na možnost kognitivního postižení pacienta) zhodnocení vědomí, orientace, paměti, řeči (afázie vs. dysartrie), dále sledovacích očních pohybů, hybnosti obličeje, svalového tonu a svalové síly na horních i dolních končetinách, reflexů, pyramidových iritačních jevů (Babinského příznak), taxie a citu, a vyšetření stoje a chůze (Růžička, 2017).

Vyšetření psychického stavu / psychiatrických symptomů se navíc (kromě hodnocení vědomí, orientace a kognice) cíleně zaměřuje na projevy chování pacienta, na symptomy deprese, úzkosti, psychotické symptomy (bludy, halucinace), projevy auto- či heteroagrese, změnu osobnosti aj. (Pavlovský, 2018).

SOUČASNÝ STAV V ČR

Každý lékař, který u pacienta pomýšlí na kognitivní poruchu, provádí k tomu příslušná základní vyšetření v rámci své odbornosti a současně s tím orientačně hodnotí možný vliv interních, neurologických i psychiatrických komorbidit, zejména akutních zánětlivých stavů, nemocí spojených s hyposaturací mozku (např. dušnost při CHOPN či kardiální insuficienci, anemii, cévní mozkové příhody), ale i dalších onemocnění (zejména poruchy zraku, sluchu, tyreopatie atd.) a zaměřuje se na další možné psychické příznaky (deprese, úzkost atd.).

Praktický lékař i specialista (geriatr, neurolog i psychiatr), případně jiný vyšetřující lékař tedy v rámci základního fyzikálního vyšetření pozorují pacienta při pohybu (posazování a vstávání ze židle, stoj, chůze, projevy zimomřivosti), hodnotí jeho výživu (kachexie – obezita), sledují, zda nemocný není dušný, ikterický, nemá otoky dolních končetin či krvácivé projevy. Hodnotí orientačně zrak a sluch nemocného. Všímají si asymetrie hybnosti i abnormálních pohybů (tremor, rigidita, dyskineze aj.). Měření krevního tlaku (v sedě i ve stoje k vyloučení ortostatické hypotenze) a tepové frekvence je součástí vyšetření vždy, výhody má i vyšetření saturace O₂. Stejně tak každý lékař orientačně vyšetří aktuální psychický stav (hodnotí chování, náladu a případnou psychotickou symptomatiku). Nedílnou součástí je vyšetření behaviorálních a psychologických symptomů a vyšetření soběstačnosti pacienta (viditelné projevy neovládnuté hygieny, zmatkování s léky...).

Zjištěné akutní příznaky pak každý lékař řeší sám v rámci své odbornosti nebo s příslušným pracovištěm podle běžné regionální návaznosti (například s urgentním příjmem spádové nemocnice). Při podezření na vliv chronické komorbidity komunikuje příslušná dovyšetření s praktickým lékařem, ev. příslušným specialistou. Základní klinické vyšetření provádí každý lékař s tím, že ambulantní specialista se cíleněji zaměřuje na vyšetření své odbornosti (např. psychiatrické vyšetření).

LITERATURA

1. Kalvach Z, Zadák Z, Jiráček R, Zavázalová H, Sucharda P et al. Gerontologie a geriatric. Praha: Grada Publishing; 2004. p. 171–8.
2. Matějková A, Bartoš A, Býma S, et al. Demence. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, novelizace 2024 Dostupné z: <https://www.svl.cz/svl-docs/doporucene-postupy/17/dp-demence-2024.pdf>
3. Pavlovský P, Bankovská-Motlová L. Psychiatrické vyšetření dospělého pacienta. In: Anders M, Uhlíková P, Doubek P, eds. Doporučené postupy psychiatrické péče Psychiatrické společnosti ČLS JEP V. Česká psychiatrická společnost, z.s. 2018. Dostupné z: <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/obecna-psychiatrie/psychiatricke-vysetreni-dospelého-pacienta>
4. Růžička E, Marusič P. Základní neurologické vyšetření – nastal čas pro změny? *Cesk Slov Neurol N*. 2017;80/113:84–91.

1.1.3 Doporučení pro zhodnocení soběstačnosti (dotazy pacienta/pečujícího či rodiny, škály)

KLINICKÉ OTÁZKY

1. Je nutné hodnocení soběstačnosti pacienta v rámci diagnostiky Alzheimerovy nemoci (AN) a dalších příčin demence?
2. Odlišuje výsledek hodnocení soběstačnosti mírné kognitivní poruchy (MCI) od demence?
3. Jakým způsobem má klinicky vyhodnotit soběstačnost pacienta praktický lékař, ev. další lékař, který vysloví podezření na MCI nebo demenci?
4. Jakým způsobem si má ověřit soběstačnost pacienta praktický lékař, ev. další lékař, který vysloví podezření na MCI nebo demenci?
5. Jakou roli mají v diagnostice standardizované testy zaměřené na soběstačnost pacienta?
6. Jak má být soběstačnost hodnocena během dispenzarizace a které testy zvolit u konkrétního pacienta?

KONSENZUÁLNÍ DOPORUČENÍ PRO KLINICKOU PRAXI

1. Panel doporučuje zahrnout do diagnostického procesu hodnocení zhoršené soběstačnosti v důsledku poklesu kognice jako nezbytnou součást diagnostických kritérií pro demenci (**silné doporučení**).
2. Panel doporučuje stanovit diagnózu mírné kognitivní poruchy (MCI) na základě klinického nálezu a neuropsychologického průkazu kognitivní poruchy při plně či rozsáhle zachovalé schopnosti vykonávat běžné denní činnosti a při plné soběstačnosti (**silné doporučení**).
3. Panel doporučuje, aby si praktický lékař i další ošetřující lékaři u rizikových pacientů všímali jinak nevysvětlitelného poklesu v instrumentálních aktivitách denního života (IADL), zameškaných termínů kontrol, obtíží s vykonáváním pokynů nebo užíváním medikace, zhoršení sebepečí, náchylnosti k finančním podvodům nebo ve vyšším věku nově vzniklých změn chování vč. deprese nebo úzkosti (**silné doporučení**).
4. Panel doporučuje, aby praktický lékař (nebo jiný ošetřující lékař) při podezření na MCI nebo demenci odebral od příbuzných pacienta objektivní anamnézu funkčního stavu pacienta. Pokud pacient není schopen odpovídat na otázky screeningových nástrojů, je vhodné nechat pečující osobu vyplnit dotazníky na kognitivní a/nebo funkční změny (**silné doporučení**).
5. Panel doporučuje zhodnotit kognici, chování a funkčnost pacienta pomocí standardizovaných nástrojů, pokud jsou zjištěny klinicky významné poruchy paměti (**silné doporučení**).
6. Panel doporučuje provádět opakované zhodnocení IADL a ADL jako nedílnou součást dispenzarizace léčených pacientů. Funkční testování může být prováděno validovanými a známými nástroji jako DAD, FAST, FAQ, OARS, Barthel atd. (**silné doporučení**). Neexistuje žádný „zlatý standard“ pro hodnocení ADL, testy je proto potřeba volit individuálně

ZDŮVODNĚNÍ DOPORUČENÍ

Doporučení	EFNS (2010)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
1. EFNS (2010) doporučují zahrnout hodnocení zhoršení soběstačnosti v důsledku poklesu v rámci diagnostického procesu u demence	neuvedeno	A	neuvedeno	↑↑

Doporučení	Leitlinie Demenzen (2023)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Úroveň	Síla
2. Leitlinie Demenzen (2023) doporučují stanovit diagnózu MCI na podkladě klinického a neuropsychologického vyšetření při plné soběstačnosti	EK	100 %	EK	100 %

Doporučení	CCCDTD (2020)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
3. CCCDTD (2020) doporučují všimnout si u rizikových pacientů poklesu v instrumentálních ADL, zameškaných termínů kontrol, obtíží s vykonáváním pokynů nebo užíváním medikace, zhoršení sebepečce, náchylnosti k finančním podvodům nebo ve vyšším věku nově vzniklých změn chování vč. deprese nebo úzkosti	C	1	⊕⊕⊖⊖	↑↑

Doporučení	Leitlinie Demenzen (2023)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Úroveň	Síla
4. Leitlinie Demenzen (2023) doporučují objektivizovat anamnézu funkčního stavu pacienta praktickým lékařem (nebo jiným ošetřujícím lékařem) při podezření na MCI nebo demenci	⊕⊕⊕⊖	A	⊕⊕⊕⊖	↑↑

Doporučení	CCCDTD (2020)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Úroveň	Síla
4. CCCDTD (2020) doporučují, pokud pacient není schopen odpovídat na otázky těchto screeningových nástrojů, nechat vyplnit pečující osobou dotazníky na kognitivní a/ nebo funkční změny	B	1	⊕⊕⊕⊖	↑↑
4. CCCDTD (2020) doporučují kombinování kognitivních testů se zhodnocením ADL a informací od blízkých osob, což může zlepšit case-finding u lidí s kognitivními obtížemi	A	1	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Doporučení	CCCDTD (2020)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Úroveň	Síla
5. CCCDTD (2020) doporučují zhodnotit kognici, chování a funkčnost pacienta pomocí standardizovaných nástrojů, pokud jsou zjištěny klinicky významné poruchy paměti	B	1	⊕⊕⊕⊖	↑↑

Doporučení	CCCDTD (2020)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Úroveň	Síla
6. CCCDTD (2020) doporučují provádět opakované zhodnocení IADL a ADL v rámci dispenzarizace validovanými a známými nástroji jako DAD, FAST, FAQ, OARS, Barthel atd.	C	1	⊕⊕⊖⊖	↑↑
Doporučení	EFNS (2010)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
6. EFNS (2010) uvádějí, že neexistuje „zlatý standard“ pro hodnocení ADL	neuvedeno	neuvedeno	neuvedeno	neuvedeno

PŘEHLED DOPORUČENÍ A KOMENTÁŘŮ U JEDNOTLIVÝCH ANALYZOVANÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ

- **EFNS 2010** uvádějí, že zhoršení soběstačnosti v důsledku poklesu kognice je nezbytnou součástí diagnostických kritérií pro demenci a mělo by být v diagnostickém procesu zahrnuto (*úroveň A, síla doporučení neuvedena*). Anamnéza – od pacienta i od osoby blízké – by se měla soustředit na poruchy kognice, průběh nemoci a dopad na ADL a jakékoliv další přidružené neko-
gnitivní symptomy.

Z 12 „systematicky revidovaných“ škál patří dotazníky pro blízkou osobu Dissability Assessment for Dementia a Bristol ADL mezi nejužitečnější, ač-
koliv jejich celkové psychometrické vlastnosti jsou stále jen střední kvality. ADL jsou zohledněny v „clinical dementia rating scale“, která posuzují tíži demence. Rothova Blessed Dementia Rating Scale a Dotazník pro pečující s kognitivním postižením ve stáří jsou rovněž užitečné v detekci demence. AD-8 je krátký, senzitivní dotazník pro pečující, který spolehlivě odliší osoby bez demence od pacientů s demencí.

EFNS 2010 dále uvádí, že neexistuje žádný „zlatý standard“ pro hodnocení ADL.

- **NICE** doporučuje při úvodním vyšetření odebrat anamnézu (včetně kognitiv-
ních, behaviorálních a psychologických symptomů a dopadu těchto symptomů na každodenní život pacientů): od osoby s podezřením na demenci, pokud je to možné i od někoho, kdo pacienta dobře zná (např. rodinný příslušník). Při odebrání anamnézy od osoby blízké pacientovi s podezřením na demenci doporučuje zvážit provedení strukturovaného dotazníku, jako je IQCODE nebo FAQ.
- **CCCDTD** zdůrazňují, že rozlišení mezi MCI a demencí je důležité a je sou-
časně prováděno na základě klinického vyšetření kognice a funkčnosti paci-
enta. Pro potřeby screeningu by měly být vyslechnuty obtíže jak od pacienta, tak od rodiny a mělo by následovat objektivní zhodnocení kognitivní a funkční poruchy.

Zdravotníci v primární péči by si měli všimnout potenciálních symptomů ko-
gnitivní poruchy u rizikových nebo starších pacientů, včetně (ale ne výlučně)
kognitivních symptomů referovaných pacientem nebo jeho blízkými, jinak nevysvětlitelného poklesu v instrumentálních ADL, zameškaných termínů kontrol, obtíží s vykonáváním pokynů nebo užíváním medikace, zhoršení se-
bepéče, bytí obětí finančních podvodů nebo nově vzniklých ve vyšším věku změn chování vč. deprese nebo úzkosti (*úroveň 1C*).

U osob s vysokým rizikem pro rozvoj kognitivní poruchy (jako pokročilý věk, již existující onemocnění mozku jako Parkinson, nedávná epizoda deliria nebo RF, jakožto diabetes) je opodstatněno ptát se pacienta (a blízké osoby, pokud je k dispozici) na obtíže s pamětí (*úroveň 2C*).

Pokud jsou zjištěny klinicky významné poruchy paměti, je vhodné dále pomocí standardizovaných nástrojů zhodnotit kognici, chování a funkčnost pacienta (*úroveň 1B*).

Pokud máme klinické podezření na kognitivní poruchu (které nemusí být vždy sdíleno pacientem kvůli chybějícímu náhledu), potom je indikováno testování kognice, ADL a neuropsychiatrických symptomů (*úroveň 1A*). K získání dalších informací (mimo těch získaných jinými psychometrickými screeningovými nástroji) nebo pokud pacient není schopen odpovídat na otázky těchto screeningových nástrojů, je vhodné nechat vyplnit pečující osobou dotazníky na kognitivní a/nebo funkční změny, jako např. AD-8 nebo IQCODE (*úroveň 1B*). Kombinování kognitivních testů se zhodnocením ADL a informací od blízkých osob může zlepšit case-finding u lidí s kognitivními obtížemi (*úroveň 1A*). Rychlý screening funkční soběstačnosti by měl být proveden objektivním zhodnocením pacientem a rodinou pomocí FAQ nebo DAD (*úroveň 1C*).

Sledování odpovědi na léčbu a změny v průběhu času by mělo být individualizované a vyžaduje multi-dimenzionální přístup. Nemělo by se spoléhat na jediný nástroj nebo klinickou oblast a vyžaduje pečujícího nebo informace ze spolehlivého zdroje. Klinická odpověď by měla sestávat z hodnocení následujících oblastí: kognice, funkční autonomie, chování, stejně tak jako zátěž pečujících osob. Zhodnocení IADL a ADL je nedílnou součástí dispenzarizace léčených pacientů. Často používané nástroje v klinických studiích demence, jako např. ADCS-ADL a PDS, se v klinické praxi často nepoužívají a ani nejsou doporučeny (*úroveň 1C*). Funkční testování může být prováděno validovanými a lépe známými nástroji jako DAD, FAST, FAQ, OARS, Barthel atd. (*úroveň 1C*).

- **CDPC** se k ADL nevyjadřuje.
- **Leitlinie Demenzen 2023** doporučují, aby diagnóza lehké (neuro)kognitivní poruchy byla stanovena na základě klinického nálezu a neuropsychologického průkazu kognitivní poruchy při plně či rozsáhle zachovalé schopnosti vykonávat běžné denní činnosti a při plné soběstačnosti (*ED, 100% konsenzus*). Dále doporučují nespecializovaným ambulancím (např. tedy praktickým lékařům), aby k provedení diagnostiky demence či MCI odebrali anamnézu od osoby blízké (pokud jsou k dispozici a po souhlasu pacienta) ohledně funkčního stavu pacienta (*síla doporučení ↑↑ silně pro (A), síla důkazů ⊕⊕⊕⊕*). Na základě publikovaných metaanalýz konstatují přínos funkčního geriatrického hodnocení (CGA) pro snížení rizika negativních událostí, a zejména v prevenci ztráty schopnosti žít ve vlastním prostředí. Podle doslovné citace Leitlinie Demenzen navrhuje zajistit funkční geriatrické hodnocení u osob s demencí v pravidelných intervalech (*⊕⊕⊕⊕, EK, silný konsenzus 100%*).

DEFINICE A VYMEZENÍ POJMŮ

Demence jsou definovány jakožto úbytek a ztráta kognitivních funkcí a schopnosti vykonávat běžné denní činnosti (ADL – activity of daily living). Pro těžké stadium demence bývá charakteristická úplná závislost na okolí.

Vyhodnocení ADL – funkční úpadek je vyžadován pro diagnostikování demence. Také nám umožňuje zhodnotit potřebu osobní a institucionální péče. ADL jsou děleny na základní (např. hygiena, WC) a instrumentální (např. nakupování, správa financí), přičemž druhá skupina bývá častěji postižena již v časných stádiích nemoci...

Alzheimerově nemoci často předchází MCI, při které je subj. i objektivní narušení jedné nebo více kognitivních funkcí, ale zůstávají zachované ADL.

SOUČASNÝ STAV V ČR

Zhodnocení soběstačnosti je podstatnou součástí klinického vyšetření pacienta s kognitivní poruchou. K hodnocení soběstačnosti se používají jak standardizované nástroje, tak objektivní anamnéza od pečujících blízkých a od profesionálních pečujících.

CITOVANÉ DOPORUČENÉ POSTUPY

1. **EFNS 2010:** Hort J, O'Brien JT, Gainotti G, et al. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. *Eur J Neurol.* 2010;17:1236–48.
2. **EFNS 2012:** Sorbi S, Hort J, Erkinjuntti T, et al. EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia. *Eur J Neurol.* 2012;19:1159–79.
3. **NICE 2015:** Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2018 Jun. (NICE Guideline, No. 97.) Dostupné na: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/resources/dementia-assessment-management-and-support-for-people-living-with-dementia-and-their-carers-pdf-1837760199109>
4. **CDPC 2015:** Laver K, Cumming RG, Dyer SM, et al. Clinical practice guidelines for dementia in Australia. *Med J Aust.* 2016;204:191-3. Guideline Adaptation Committee. Clinical Practice Guidelines and Principals Of Care for People with Dementia. Sydney. Guideline Adaptation Committee; 2016. Dostupné z: https://cdpc.sydney.edu.au/wp-content/uploads/2019/06/CDPC-Dementia-Guidelines_WEB.pdf
5. **CCCDTD 2006:** Dostupné z: <https://www.scribd.com/document/387563940/2006-Canadian-Dementia-Guidelines>
6. **CCCDTD 2012:** Dostupné z: <http://ccna-ccnv.ca/wp-content/uploads/2015/09/CCCDTD4-in-CGJ.pdf>
7. **CCCDTD 2020:** Ismail Z, Black SE, Camicioli R, et al. Recommendations of the 5th Canadian Consensus Conference on the diagnosis and treatment of dementia. *Alzheimers Dement.* 2020;16:1182-95.
8. **Leitlinien 2016:** S3-Leitlinie Demenzen (Langversion – Januar 2016). Dostupné z: <https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/pressemitteilungen/S3-LL-Demenzen-240116.pdf>
9. **Leitlinien 2023:** S3-Leitlinie Demenzen (Langversion 2023). Dostupné z: [https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/1f641e4edaf5c5d5a5114ee69146ba459a7da6b3/S3-Leitlinie%20Demenzen_Langversion_2023_11_28_Final%20\(003\).pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/1f641e4edaf5c5d5a5114ee69146ba459a7da6b3/S3-Leitlinie%20Demenzen_Langversion_2023_11_28_Final%20(003).pdf)

1.2 PARAKLINICKÁ (POMOCNÁ) VYŠETŘENÍ

1.2.1 Laboratorní vyšetření

KLINICKÉ OTÁZKY

1. Jsou u pacientů s kognitivním deficitem indikována laboratorní vyšetření?
2. Která laboratorní vyšetření lze doporučit pro rutinní provedení?
3. Kdy je vhodné provádět specializované laboratorní testy?

KONSENZUÁLNÍ DOPORUČENÍ PRO KLINICKOU PRAXI

1. Panel navrhuje u pacientů s kognitivním deficitem provádět laboratorní vyšetření s cílem identifikovat potenciálně léčitelné příčiny kognitivní poruchy, tj. komorbidity/ stavy, které by mohly kognitivní poruchu zhoršovat (*slabé doporučení*).
2. Panel navrhuje, aby rutinní laboratorní vyšetření (nejlépe již na úrovni primární péče) u pacientů s kognitivním postižením zahrnovalo: vyšetření krevního obrazu, základní biochemické vyšetření včetně glykemie nalačno, iontogramu (Na, K, Cl, Ca), renálních a jaterních funkcí, TSH, CRP (viz tab. 1.2.1.1) (*slabé doporučení*).
3. Panel navrhuje v indikovaných případech na základě klinické rozvahy zvážit vhodnost dalších podrobnějších a specializovaných laboratorních vyšetření (viz tab. 1.2.1.2) (*slabé doporučení*).

ZDŮVODNĚNÍ DOPORUČENÍ

Doporučení	EFNS (2010)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
1. Laboratorní testování především za účelem odhalení reverzibilních nebo léčitelných příčin kognitivních poruch doporučují EFNS 2010	DDP	EK	DDP	DDP

Doporučení	CDPC (2015)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
1. Laboratorní testování především za účelem odhalení reverzibilních nebo léčitelných příčin kognitivních poruch doporučují CDPC 2015	DDP	EK	DDP	DDP
Doporučení	Leitlinie Demenzen (2016)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
1. Laboratorní testování především za účelem odhalení reverzibilních nebo léčitelných příčin kognitivních poruch doporučují Leitlinie Demenzen (2016)	neuvedeno	B	neuvedeno	↑?
Doporučení	NICE (2015)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
1. Laboratorní testování především za účelem odhalení reverzibilních nebo léčitelných příčin kognitivních poruch doporučují NICE 2015	nedohledáno	nedohledáno	nedohledáno	nedohledáno

Doporučení	Leitlinie Demenzen (2016)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
2. Spektrum laboratorních vyšetření doporučují Leitlinie Demenzen (2016)	DDP	neuvedeno	DDP	neuvedeno
Doporučení	CDPC (2015)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
2. Spektrum laboratorních vyšetření (a to již na úrovni primární péče) doporučují CDPC 2015	DDP	neuvedeno	DDP	neuvedeno
Doporučení	NICE (2015)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
2. Spektrum laboratorních vyšetření doporučují NICE 2015	neuvedeno	neuvedeno	neuvedeno	neuvedeno

Doporučení	Leitlinie Demenzen (2016)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
3. Rozšířené spektrum laboratorních vyšetření ve specifikovaných případech doporučují Leitlinie Demenzen (2016)	EK	DDP	DDP	DDP
Doporučení	CDPC (2015)		GRADE	
	Kvalita	Síla	Jistota	Síla
3. Rozšířené spektrum laboratorních vyšetření ve specifikovaných případech doporučují CDPC 2015	DDP	DDP	DDP	DDP

PŘEHLED DOPORUČENÍ A KOMENTÁŘŮ U JEDNOTLIVÝCH ANALYZOVANÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ

- **EFNS 2010, NICE 2015, CDPC 2015 a Leitlinie Demenzen 2016** se shodují na nutnosti rutinního laboratorního testování především za účelem odhalení reverzibilních nebo léčitelných příčin kognitivních poruch.
- **EFNS 2010** doporučují základní vyšetření krevního obrazu, základní biochemické vyšetření (iontogram včetně vápníku, jaterní a renální funkce), TSH, vitamin B12 a kyselinu listovou. Syfilis je doporučeno vyšetřovat rutinně, zato sérologii borrelií a HIV pouze v indikovaných případech (*doporučení dobré praxe, kvalita důkazů nedohledána – systematické studie nejsou v době tvorby EFNS doporučení dostupné*).
- **NICE 2015** doporučují základní laboratorní vyšetření krve a moči k vyloučení reverzibilní příčiny, bez další specifikace (*kvalita důkazů nedohledána*).
- **CDPC 2015** zdůrazňují, že základní laboratorní screening by měl být proveden již na úrovni primární péče. Doporučují základní vyšetření krevního obrazu, základní biochemické vyšetření (iontogram, jaterní a renální funkce), funkční vyšetření štítné žlázy, vitamin B12 a kyselinu listovou. Screeningové vyšetření syfilis a HIV je doporučeno pouze u osob se zvýšeným rizikem (*doporučení dobré praxe*).
- **CCCDTD 2020** laboratorní diagnostiku podrobněji nezmiňují.
- **Leitlinie Demenzen 2016** doporučují u všech pacientů vyšetření krevního obrazu, základního iontogramu, TSH, jaterních a renálních funkcí, zánětlivých parametrů (CRP nebo sedimentace), glukózy nalačno a vitaminu B12 (*síla doporučení: úroveň B, jistota důkazů: převzato z NICE-SCIE 2007*). V případě klinicky nejasné situace (např. atypická klinická prezentace, nižší věk, rychlá progresse) nebo v případě klinického podezření jsou doporučeny další testy:

■ **Tabulka 1.1** Přehled základních (rutinních) laboratorních vyšetření u pacientů s kognitivním deficitem

- Krevní obraz
- Iontogram (Na, K, Cl, Ca)
- Renální funkce
- Jaterní testy
- CRP
- Glykemie
- TSH

■ **Tabulka 1.2** Doporučená speciální vyšetření (klinicky nejasná situace)

V případě klinicky nejasné situace (např. atypická klinická prezentace, nižší věk, rychlá progresse) nebo v případě klinického podezření mohou být přínosná další laboratorní vyšetření:

- krevní obraz včetně diferenciálu, vyšetření krevních plynů, toxikologické vyšetření, hladiny některých léků, homocysteinu, glykovaného hemoglobinu, fT3, fT4, protilátek proti štítné žláze, kortizolu, ceruloplasminu, vitaminu B6, B12 a kyseliny listové, a z infekčních onemocnění pak screening syfilis, HIV a sérologie borrelií
- lipidogram (s ohledem na kognitivní deficit u vaskulárního kognitivního postižení)
- případně jiná podle aktuálního individuálního klinického stavu pacienta

krevní obraz včetně diferenciálu, vyšetření krevních plynů, toxikologické vyšetření, podrobnější chemické vyšetření moči, fosfátu, mědi, rtuti a olova, dále pak vyšetření homocysteinu, glykovaného hemoglobinu, fT3, fT4, protilátek proti štítné žláze, kortizolu, ceruloplasminu, vitaminu B6 a kyseliny listové a z infekčních onemocnění pak screening syfilis, HIV a sérologie borrelií (*síla doporučení: doporučení dobré praxe, jistota důkazů: konsenzus expertů*).

- **Leitlinie Demenzen 2023** nepřinášejí nové informace ohledně laboratorního vyšetření.

SOUČASNÝ STAV V ČR

V ČR není jednotný přístup k indikaci a volbě vhodných laboratorních vyšetření u pacientů s kognitivním deficitem. Vedle vyšetření shrnutých v tabulce 1.1 se na různých pracovištích provádějí různé odběry, lipidogram, celková bílkovina a albumin (hodnocení stavu výživy pacientů), nebo moč + sediment (screening proteinurie, hematurie, projevy infektu atd.) (tab. 1.2).

REJSTŘÍK

A

Addenbrookský kognitivní test 62, 64
afázie 32
– rozpoznání bolesti a/nebo diskomfortu pacienta 305
afektivní poruchy 126
agitovanost 273
agramatismy 147
agresivita 114
aktivity denního života 287
aktuálnost zdrojových doporučených postupů 18
akutní infekční onemocnění 32
alkohol 121
Alzheimerova nemoc (AN) 35, 53, 130, 137
– anamnéza 130
– časná diagnostika 94
– definice a vymezení pojmů 137
– genetické vyšetření 100
– likvorový nález 95
– prognóza onemocnění 305
– terapie 185
– vyšetření 130
alzheimerovské kontinuum 140, 141
Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA) 62, 65
amyloidový prekurzorový protein 137
anamnéza u pacienta s kognitivním postižením 23
anémie 32
anhedonie 121
anomie 147
antiepileptika 121, 274
antikoagulační terapie 205
antiparkinsonika 121
antipsychotika 47
– nežádoucí účinky léků 274
– přecitlivělost 155

– u BPSD 259
apraxie 62, 147
aripiprazol 273
arteterapie 298
atrofie
– hipokampu 80
– mozku 147
– neuronů 137
atypické parkinsonské syndromy (APS) 179
– farmakoterapie kognitivního deficitu 208
autoagrese 32
autoimunitní a paraneoplastické encefalopatie 81, 94
autoimunitní onemocnění 121
autonomní dysfunkce 155
autopsie 97

B

Babinského příznak 32, 162
Bartonella henselae encefalopatie 81
behaviorální a psychologické symptomy demence (BPSD) 130, 259
– analýza chování 273
– nefarmakologická intervence 259
– postup při vzniku 259
benzodiazepiny 274
beta-amyloid 95, 137, 140
betablokátory 121
bezradnost 114
Bílá kniha paliativní péče 302, 307
Blessed Dementia Rating Scale 38
bloudění 114
bludy 32, 273
bradykineze 156
bránění se péči 273
brexpiprazol 274

C

- case management 309
- celostní péče 303, 305
- cerebrální autozomálně dominantní arteriopatie se subkortikálními infarkty a leukoencefalopatií (CADASIL) 103
- cerebrovaskulární onemocnění 121
- cerebrovaskulární rezervní kapacita, porušená 50
- citalopram 47, 273
- CMP 162
 - hemoragická 160
 - ischemická 160
- Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) 277, 281, 300
- Confusion Assessment method 113
- Cornellová škála deprese u demence (CSDD) 120
- Creutzfeldtova-Jakobova nemoc 52, 90, 103
 - likvorový nález 95
- CRP 44
- CT mozku 79, 130
- CT nebo MR v diagnostice demencí 73
- cytologické vyšetření 94

Č

- časová osa života s Alzheimerovou nemocí 304
- čítí 32

D

- DaTSCAN 88
- deficit zpětného vychytávání dopaminu 88
- degenerace frontálních a temporálních laloků mozku 146
- delirium
 - a demence, Klinická vodítka k diferenciální diagnostice 115
 - diferenciální diagnostika k demenci 110
 - typické příznaky podle diagnostických kritérií MKN-10 114
- Delphi konsenzus 300

- demence 125
 - klinická kritéria 138
 - prevence 284
 - rozvíjející se po iktu 161
 - stupně 63
 - vysvětlení pojmu 302
- demence s Lewyho tělisky (DLB) 53, 81, 88, 152, 211
 - farmakoterapie kognitivního deficitu 208
 - klinické příznaky 152
 - kritéria pro klinickou diagnózu 156
- demence s neurofilamentovými inkluzními tělisky 81
- demence u Alzheimerovy nemoci
 - diferenciální diagnostika depresivní epizody, klinická vodítka 122
- Dementia Mood Assessment Scale (DMAS) 120
- deprese 273
 - a diferenciální diagnostika k demenci 118
 - kritéria MKN-10 123
- depresogenní potenciál léků 121
- dezorientace 114
- diabetes mellitus 205, 284
- disociální porucha osobnosti 126
- donepezil 196
- dopaminergní systém 88
- doporučené postupy
 - citované 17
 - metodika tvorby 14, 217
 - zdrojové, obsah 18
- Doporučené postupy pro diagnostiku a léčbu Alzheimerovy nemoci a jiných kognitivních poruch 14
- doporučení na základě expertních důkazů 19
- doporučení pro zhodnocení soběstačnosti 35
- dotazník
 - AD-8 38
 - Bristol ADL 38
 - Disability Assessment for Dementia 38
 - mírné poruchy chování 62

- pro pečující s kognitivním postižením ve stáří 38
- subjektivní stížnosti na kognici 62
- dříve vyslovené přání 306
- dušnost 32
- dysartrie 32
- dysforie 121
- dyslipidemie 205, 284

E

- elektroencefalografické vyšetření 52
- elektrokardiografické vyšetření 46
- elevace celkového tau proteinu 95
- elevace fosforylovaného tau proteinu 95
- emoční poruchy 114, 273
- endarterektomie 50
- endokrinopatie 121
- ergoterapie 298
- escitalopram 47, 273
- etické principy 298
- Evidence Based Recommendations 15
- exekutivní funkce 69

F

- familiární insomnie 103
- family-centred care přístup 305
- fibrilace síní 205
- frailty 282
- Frontal Assessment Battery (FAB) 62
- frontotemporální demence (FTD) 81, 103, 126, 143, 213
 - behaviorální varianta 146
 - – diagnostická kritéria 148
 - definice a vymezení pojmů 146
 - genetické vyšetření 100
 - klinická vodítka pro odlišení schizofrenie 127
 - léčba u kognitivního deficitu 208
- frontotemporální lobární degenerace 146
- funkční geriatrické hodnocení (CGA) 277, 281, 300
- funkční stav 277, 303
- funkční zobrazovací metody mozku 83
- fyzická aktivita a demence 284

G

- gabapentin 274
- galantamin 196
- genetické vyšetření 100
 - doporučení 104
- geriatrická škála deprese (GDS) 120, 122
- geriatrické syndromy 277
- geriatr, role a dostupnost 232
- Gerstmannova-Sträusslerova-Scheinkero-va nemoc 103
- ginkgo biloba 195, 199, 205
- globulární gliové tauopatie 146
- glykemie 44
- GRADE Adolopment 16, 19
- GRADE working group 217

H

- haloperidol 274
- halucinace 32, 114, 156, 273
- hematom 79
 - subdurální 80
- hemoragické změny 79
- heteroagrese 32
- Hippocampo-horn percentage (Hipp-hop) 80
- hmotná nouze 121
- Huntingtonova nemoc 81, 100, 103
- hybnost obličeje 32
- hydratace 32
- hydrocefalus 80
- hypertenze 205, 284
- hypofunkce štítné žlázy 121
- hypospontaneita 114
- hypotenze 32
- hypotyreóza 32

Ch

- CHOPN 32
- chování 32, 273

I

- identifikace a mapování zdravotních potřeb u osob s demencí 309
- infekce 94

informace o nemoci pro rodinné příslušníky, pečovatele 295
 inhibitory acetylcholinesterázy 185, 191, 205, 208
 – úhrada u dg. AN 200
 interakce mezi nemocemi (DDI) 281
 intrakraniální expanze 79
 iodobenzamid 88
 ioflupan 88
 iontogram 44
 ischemická choroba srdeční (ICHs) 205
 ischemické změny 79

J

jaterní insuficience 32
 jaterní testy 44
 jazyk 69
 jednostranná hyperreflexie 162

K

karbamazepin 274
 kardiální insuficience 32
 kardiovaskulární onemocnění 121
 klidový tremor 156
 klinická vodítka pro odlišení schizofrenie a frontotemporální demence 127
 kognitiva 206
 kognitivní funkce 50, 61, 127
 – rozpoznání bolesti a/nebo diskomfortu pacienta 305
 – screeningové vyšetření 56
 kognitivní poruchy 125
 – anamnéza 23
 – a somatické komorbidity 277
 – snížení rizika 285
 kolísání celkového stavu 155
 komfort pacienta 305
 komorbidity 303
 – terapie 304
 koncentrace celkového tau proteinu 95
 koncept ATN 140, 141
 kortikální amyloidové plaky 88
 kortikobazální syndrom 81, 179, 214
 kortikoidy 121
 kouření 205
 krevní obraz 44

kritéria

- AHA/ASA 165
- IWG-2 170
- Movement Disorder Society (MDS) 176, 180, 181
- NIA-AA 95, 137, 138, 170
- pro mírnou kognitivní poruchu a demenci 162
- VAS-COG 162
- Vascular Impairment of Cognition Classification Consensus Study (VICCS2) 164

kvalitativní porucha vědomí spolu s poruchou pozornosti 114

kvalita zdrojových doporučených postupů 18

L

laboratorní vyšetření 41
 legislativa, dodržování 298
 lidská práva, znalost a ochrana 298
 likvor 94
 likvorový triplet 83, 90, 131
 – praktická doporučení pro odběr a vyšetření 95
 limbická encefalitida 81
 lipidogram 44
 lumbální infuzní test 94
 lymfom 94

M

magnetická rezonance 79
 Mattisova škála demence 62
 melperon 273
 memantin 185, 193, 196, 205
 – úhrada u AN 200
 metabolická onemocnění 80
 metodický postup 20
 metodika tvorby doporučeného postupu 14
 Mezioborová klinická doporučení pro diagnostiku a léčbu Alzheimerovy nemoci 302
 Mini-Cog test 62, 63
 Mini-Mental State Examination test (MMSE) 56, 62, 122

- převod mezi hodnotami MMSE a MoCA 61
- Mini Nutritional Assessment Short Form 108
- mírná kognitivní porucha (MCI) 35, 70, 162
- mirtazapin 273
- Mississippi Aphasia Screening Test (MAST) 62
- Montrealský kognitivní test (MoCA) 56, 62
- převod mezi hodnotami MMSE a MoCA 61
- zkrácená verze 62
- mozek, strukturální zobrazení 73
- mozkomíšní mok 90
- mozková hypoxie 32
- MR mozku 79, 130
- multiinfarktová demence 161
- multimorbidita 281
- multisystémová atrofie (MSA) 81, 179
- kritéria Movement Disorder Society 180

N

- nádorová onemocnění 79, 80
- Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění (NAPAN) 11, 14, 217, 282
- Národní institut kvality a excelence zdravotnictví (NIKEZ) 11, 217
- Národní referenční laboratoř pro lidská prionová onemocnění 98, 106
- narušení cyklu spánek-bdění 114
- návykové látky 121
- nefarmakologické přístupy péče 287
- vzdělávací programy 298
- negativismus 121
- neklid 114
- nerozhodnost 121
- nesteroidní antirevmatika 195
- neurodegenerace 121, 140
- neurodegenerativní onemocnění 97, 98, 169
- neurolog, role a dostupnost 239
- neuropatologické vyšetření 97

- neuropsychiatrické symptomy demence viz behaviorální a psychologické symptomy demence (BPSD)
- neuropsychologické baterie 71
- neuropsychologické vyšetření 67
- nežádoucí účinky léků při kognitivním deficitu 32
- nonalzheimerovská demence 81
- nonalzheimerovská patologie 141
- normotenzní hydrocefalus 79, 81, 94
- nutriční terapeut 107

O

- obezita 205
- obsah myšlení 273
- obsedantně-kompulzivní porucha 126
- oční pohyby 32
- odborník, definice 218
- olanzapin 273
- orientace 32
- osamělost 121
- otoky dolních končetin 32
- otvírací tlak 94

P

- paliativní péče 300
- obecná 305
- paměť 32, 69, 121
- panel expertů 219
- parahipokampální gyrus 80
- paraklinická (pomocná) vyšetření 41
- parciální pitva 98
- Parkinsonova nemoc 175
- Parkinsonova nemoc s demencí (PND) 81, 172, 211
- diagnostická kritéria 176
- farmakoterapie kognitivního deficitu 208
- klinické příznaky 172
- „Parkinson plus“ onemocnění 88
- parkinsonský syndrom 155
- patofyziologický podklad AN 137
- PET mozku 83
- amyloidový 86
- perfuzní 87
- PICO framework 19

počítačová tomografie 79
 Pojmenování obrázků a jejich vybavení (POBAV) 62, 65
 polyfarmakoterapie 281
 polymorfismus genu pro apolipoprotein E na 19. chromozomu 137
 polypragmazie 282
 porucha
 – exekutivních funkcí 137, 156
 – chování vázaná na REM spánek 155
 – chůze 155
 – myšlení 114
 – paměti 156
 – pojmenování předmětů nebo činností 147
 – pozornosti 156
 – psychomotorického tempa 114
 – srdečního rytmu 32
 – vnímání 114
 – vybavování slov 147
 postižení prozodie 147
 posturální instabilita 155
 potenciálně reverzibilní kognitivní poruchy 179
 praktický lékař, role 224
 právní pohled 306
 praxe 69
 pregabalin 273
 presenilin 137
 primární duševní porucha 125
 primární progresivní afázie (PPA) 143, 147
 – diagnostická kritéria 150
 – řečové projevy jednotlivých forem 147
 prionová onemocnění 81, 97, 98, 103
 progresivní supranukleární obrna 81, 179, 214
 protein 14-3-3 90
 – praktická doporučení pro odběr a vyšetření 95
 protein TDP-43 146
 převod mezi hodnotami MMSE a MoCA 61
 psychiatr/gerontopsychiatr, role a dostupnost 245
 psychosociální intervence 287
 – vzdělávací programy 298

psychoterapie 298
 psychotické symptomy 32
 pyramidové iritační jevy 32

Q

QTc interval 47
 quetiapin 273

R

reaktivní astroglióza 137
 reflexy 32
 renální funkce 44
 renální insuficience 32
 rentgenové vyšetření hrudníku 48
 rigidita 156
 rivastigmin 196, 206
 rozvíjení vhodného prostředí 309

Ř

řeč 32, 137
 – časté zárazy 147
 – kadence 147

S

screeningové vyšetření kognitivních funkcí 56
 screening stavu výživy Mini Nutritional Assessment Short Form 108
 sdílené a zástupné rozhodování 306
 sedmiminutový screeningový test 62
 sertralin 273
 schizoafektivní poruchy 126
 schizofrenie 126
 – klinická vodítka pro odlišení fronto-temporální demence 127
 skóre mediotemporální atrofie (MTA) 80
 smíšená demence 161, 168
 – diagnostická kritéria 170
 soběstačnost 35, 121, 130, 287
 – zhodnocení 35
 SPECT mozku 83
 – dopaminergní 88
 – perfuzní 87
 – receptorový 86

spontánní rekurentní zrakové halucinace 155

SSRI 273

stanovení biomarkerů AN 131

status epilepticus 54

stenóza vnitřní karotické tepny 50

stenting 50

strukturální zobrazení mozku 73

– u demence s Lewyho tělísky 152

stupně demence 63

subkortikální arteriosklerotická encefalopatie 80

subkortikální ischemická leukoencefalopatie 160

svalová síla 32

svalový tonus 32

symptomy deprese 32

syndrom(y)

– demence 70

– – rozlišení demence a deprese 122

– frailty 282

– instability s pády 282

– rychle progredující demence 94

– spánkové apnoe 32

synukleinopatie 175

Š

škála

– frontálního chování 62

– MDS-UPDRS 175

– Neuropsychiatric Inventory (NPI) 273

T

tap test 94

tau protein 137, 140, 146

taxe 32

tělesný a psychický stav 27

terapie komorbidit 304

test-retestový efekt 70

test(y)

– 5 a 16 slov 62

– Addenbrookský kognitivní 64

– ALBA 64

– apraxie 62

– hodin 62

– instrumentálních činností denního života (IADL) 35

– kognice 62

– lumbální infuzní 94

– MAST 62

– Mini-Cog 63

– MMSE 61

– MoCA 62

– POBAV 65

– screeningové vyšetření kognitivních funkcí 62

– sedmiminutový screeningový 62

– tap 94

– Upper Limb Apraxia – Tulia 62

thymostabilizátory 274

tiaprid 273

transkraniální dopplerovská sonografie 50

tranzitorní epileptická amnézie 54

traumatické změny 79

trazodon 273

TSH 44

U

ultrazvukové vyšetření magistrálních tepen 49

Uniform Data Set (UDS) 71

Upper Limb Apraxia – Tulia test 62

úzkostná porucha 32, 114, 126

V

valproát 274

vaskulární demence (VaD) 53, 81, 159

– definice a vymezení pojmů 160

– genetické vyšetření 100

– rizikové faktory 202

– terapie 202

vaskulární kognitivní deficit 162

– definice a diagnóza 164

vaskulární kognitivní porucha (VKP) 159, 162, 206

– rizikové faktory 202

vaskulární léze 80

vaskulární postižení mozku 160

vaskulární rizikové faktory 164

– redukce a kompenzace 205

- vědomí 32
 - věkově vázaná astrogliopatie s depozity tau 146
 - věkově vázaná limbická TDP-43 protei-nopatie 146
 - věkově vázaná tauopatie 146
 - venlafaxin 273
 - vitamin E 195
 - vnímání 273
 - vortioxetin 273
 - vrozený či časně získaný kognitivní deficit 126
 - vyšetření
 - biomarkerů 130
 - celkové bílkoviny 94
 - cytologické 94
 - elektroencefalografické 52
 - elektrokardiografické 46
 - fyzického stavu 32
 - genetické 100
 - glykorachie 94
 - hrudníku, rentgenové 48
 - laboratorní 41
 - likvoru 94
 - neurologických symptomů 32
 - neuropatologické 97
 - neuropsychologické 67
 - paraklinická (pomocná) 41
 - psychiatrických symptomů 32
 - psychického stavu 32
 - screeningové, kognitivních funkcí 56
 - stoje a chůze 32
 - tělesného a psychického stavu 27
 - UZ, magistrálních tepen 49
 - vzácné kognitivní poruchy s neurologi-ckými příznaky 179
 - vzdělávání neformálních a profesionál-ních pečovatelů 298
 - vzpomínky, narušené ukládání a vybav-nost 114
- ## W
- Wernickeho encefalopatie 81
 - Wilsonova nemoc 81
- ## Z
- zanedbávání péče o sebe i domác-nost 121
 - závažná onemocnění 80, 90
 - změna osobnosti 32
 - zpomalené psychomotorické tempo 114
 - zrakově-prostorové funkce 69, 137
 - ztráta blízké osoby 121
 - zvýšené psychomotorické tempo 114