



Pád jako časný příznak Alzheimerovy choroby

**MUDr. Astrid Matějková
Geriatrické centrum
Pardubická nemocnice**

Alzheimerova choroba

- **Nejčastější příčina syndromu demence**
- **Poruchy kognitivních funkcí, myšlení, paměti**
- **Poruchy orientace v čase a prostoru**
- **Poruchy soustředění, řeči, koncentrace**
- **Poruchy exekutivních funkcí**

Alzheimerova choroba

- **Nelze vyléčit**

X

- **Včasná detekce a adekvátní léčba zpomaluje její rozvoj, prodlužuje aktivní a soběstačnou část života**

Proč není demence včas rozeznána???

- „Demence ve stáří je přece normální“
- **Neznalost časných známek demence**
- Nепrovádění screeningu demence
- Ageismus – „vzhledem k věku a celkovému stavu již dále nevyšetřován“
- Rodina ani pacient si nechce přiznat poruchu paměti
- Pacient příznaky maskuje



Před 100 lety

MUDr. Šimsa (psychiatr)

Přírodní léčba a domácí lékař

„Po 60. roce dostavuje se blbost stařecká, demence senilní. Nemocný zapomíná, že před hodinou obědval, a chce znovu jíst, nepoznává svých lidí, obzor vědění se zužuje. Celý život omezuje se jen na jídlo a stolicí, vše ostatní je lhostejno. Starci bývají hašteřiví, dětinští, tvrdohlaví a plačtiví, trpí obyčejně nespavostí. Zblbělý je buď veselý, čilý, tlachá, ale zmateně, má ustálené klamy smyslové, chování je dětinské. Při formě nečinné vyhasl život duševní úplně. Nemocný je tak tupý, že se nedovede ani najísti, ani potřeb tělesných vykonávat, leží nebo sedí schoulen, dělá vše pod sebe. Tento bídný stav trvá léta, až smrt tragedii skončí.“



Jsme dál?

**Více než u poloviny lidí není
demence vůbec diagnostikována**



Příznaky

- **Neexistuje žádný test, který by přinesl jasný a stoprocentně jednoznačný výsledek v diagnostice Alzheimerovy nemoci**
- **Diagnózu dělá z velké části anamnéza + komplexní geriatrické vyšetření (benigní zapomnětlivost x iniciální příznaky demence)**

Hierarchie ztráty funkčních schopností

1. Postižení schopnosti provádět komplexní činnost – schopnost cestovat dopravními prostředky, schopnost řídit vůz
2. Ztráta soběstačnosti – není schopen sám chodit, koupat se, pečovat o sebe, připravit si potraviny, samostatně používat toaletu
3. Ztráta schopnosti sám se najíst, ztráta schopnosti samostatného pohybu po lůžku



Alzheimerova d. – časné stadium

1. Poruchy kognitívnych fcí:

- zhoršení krátkodobé paměti
- zapomíná jména, zapomíná, kam co dal
- vytváří si pomocné seznamy
- opakovaně telefonuje se stejnou otázkou
- zapomíná schůzky, důležité rodinné události



Alzheimerova d. – časné stadium

2. Poruchy řeči

- **příležitostně
obtížné hledání
slov**
- **zhoršená
plynulost řeči**
- **méně bohatý
jazyk**

3. Poruchy komplexních činností

- **vyhýbá se
komplexním
činnostem v
domácnosti**
- **potíže při řízení
auta, finančních
transakcích**
- **potíže při běžných
domácích pracích**

Alzheimerova d. – časné stadium

4. Poruchy chování

- změny osobnostních rysů
- emoční změny, podezřívavost
- ztráta zájmu, vnímavosti a vřelosti ve vztazích
- iritabilita, nestálost
- egocentrismus

- nezodpovědnost
- úbytek spontaneity
- ztráta motivace
- konfabulace a maskování



Časné příznaky

1. Ztráta paměti, která ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úkoly
2. Problémy s vykonáním běžných činností
3. Problémy s řečí
4. Časová a místní dezorientace
5. Špatný nebo zhoršující se racionální úsudek
6. Problémy s abstraktním myšlením
7. Zakládání věcí na nesprávné místo
8. Změny v náladě nebo chování
9. Změny osobnosti
10. Ztráta iniciativy



Pohyb?
Chůze?
Pády?

Rizikové faktory pádů

- Polypragmázie
- Posturální hypotenze
- Nedostatek pohybové aktivity
- Poruchy vizu
- Management tepové frekvence a rytmu
- Deficit vitamínu D
- Problémů s DK a obuví
- Neuzpůsobené domácí prostředí
- Nedostatek edukace a informací

Rizikové faktory pádů

- Polypragmázie
- Posturální hypotenze
- Nedostatek pohybové aktivity
- Poruchy vizu
- Management tepové frekvence a rytmu
- Deficit vitamínu D
- Problémů s DK a obuví
- Neuzpůsobené domácí prostředí
- Nedostatek edukace a informací

Polypragmázie

- Počet léků
- Počet a druh psychofarmak a jejich celková dávka
- Kardiovaskulární léky
- Ostatní
- START a STOPP kritéria – racionalizace, vysazení, nasazení





Polypragmázie

- Overtreatment
- Duplicity
- Neschopnost dodržovat rozpis
- „Měl jsem ráno léky?“

- Anopyrin 100mg 1-0-1,
- Milurit 100mg 0-2-0,
- MonoMack 1-0-1,
- Sorbifer 1-0-1,
- Tamsulosin 1-0-0,
- Helicid 20mg 1-0-0,
- Concor 10mg ½-0-0,
- Theoplus 300 1-0-1,
- Erdomed 1-0-1,
- Tulip 20mg 0-0-1
- Taflosin 0 -0-1
- Maninil 1-1-1
- Agapurin R 1-0-1
- Godasal 0-1-0

Posturální hypotenze

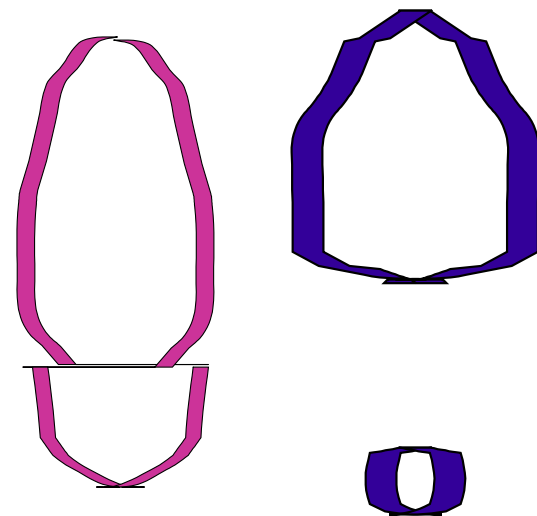
- Polypragmázie
- Záměny léků
- Porucha krátkodobé paměti

*Tyhle léky na
zapomnětlivost
si budete brát denně
o půl osmé, v jedenáct,
ve čtvrt na tři a půlku
o půl deváté.
Budete si to
pamatovat ???*



Boty a onemocnění nohou

- Poruchy orientace časem – roční období?
- Je zasažen racionální úsudek



Pohybová aktivita

Deficit vitamínu D

- Nemocní se straní společnosti
- Znepřátelení si okolí svým chováním
- Podíl obav rodiny na rychlé sociální izolaci



Rizikové faktory pádů

- Polypragmázie
- Posturální hypotenze
- Nedostatek pohybové aktivity
- Poruchy vizu
- Management tepové frekvence a rytmu
- Deficit vitamínu D
- Problémů s DK a obuví
- Neuzpůsobené domácí prostředí
- Nedostatek edukace a informací

**Můžou mít
časné
poruchy
kognitivních
funkcí vliv na
chůzi?**



Poruchy paměti

- Úzkostnost,
nejistota, nedostatek
vhledu

Poruchy orientace

- Znejistění
nemocných šerem,
tmou
- Bloudění

Poruchy úsudku a myšlení

- Chybí racionální
úsudek



Poruchy pozornosti a motivace

- Neschopnost provést činnost jako celek
- Snížená schopnost odolat rušivým momentům

Porucha korových funkcí

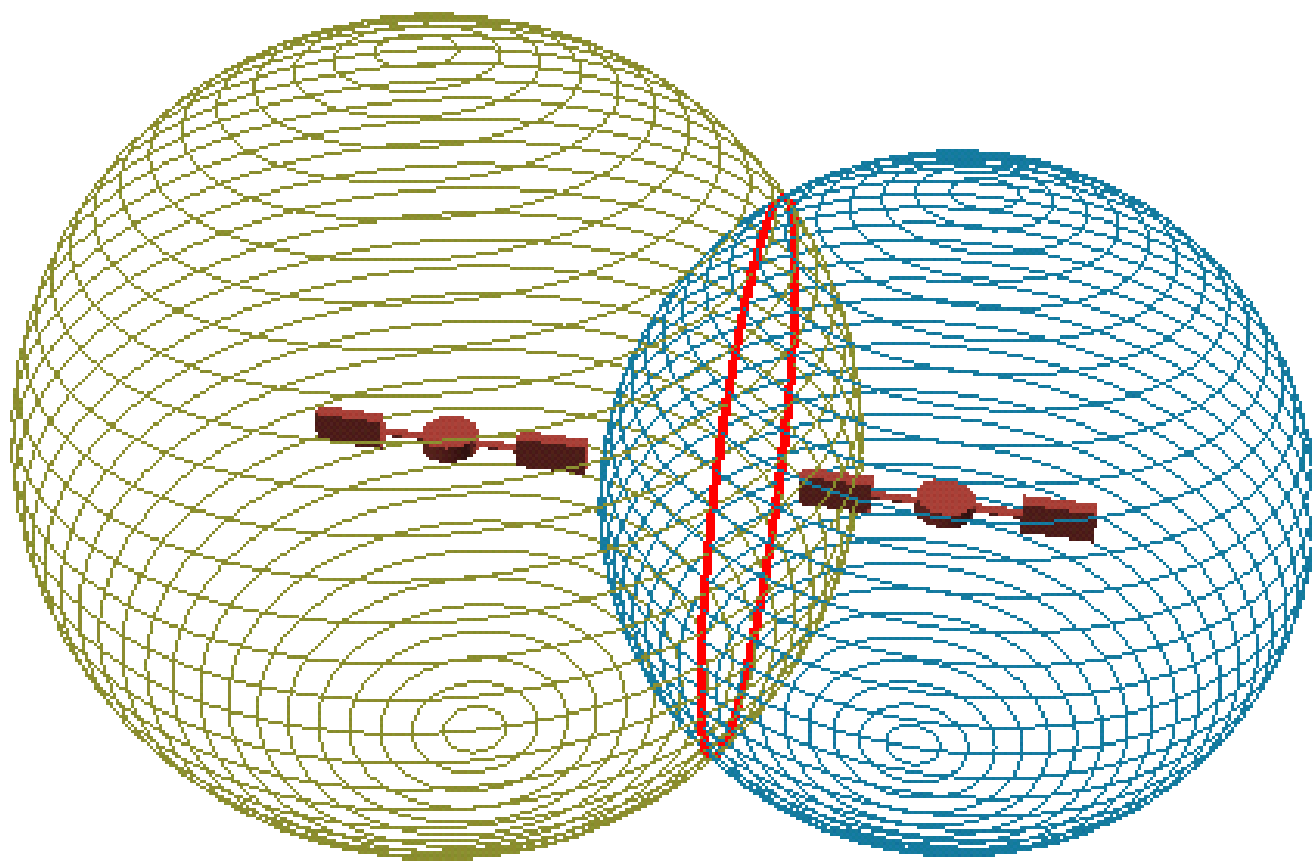
- Snížená schopnost vykonávat motorické úkony a aktivity

Poruchy exekutivních funkcí

- Nezvládá plánování a řešení úkonů



Pád jako časný příznak demence?



Pád jako časný příznak demence

- Pád je viditelný
- Mírný kognitivní deficit NE



- Ptejme se na pád, protože máme „identifikovat intervence, které povedou ke správnému a včasnému rozpoznání demence zejména v primární péči“ (Doporučení WHO k potřebám výzkumu demence - ministerská konference, Ženeva, březen 2015)

Management rizika pádu

intervention for older persons living in the community. [C]

38. Education should not be provided as a single intervention to reduce falls in older persons living in the community. [D]

OLDER PERSONS IN LONG-TERM CARE FACILITIES

39. Multifactorial/multicomponent interventions should be considered in long-term care to reduce falls. [C]
40. Exercise programs should be considered to reduce falls in older persons living in long-term care settings with caution regarding risk of injury in frail persons. (C)
41. Vitamin D supplements of at least 800 IU per day should be provided to older persons residing in long-term care settings with proven or suspected vitamin D insufficiency. [A]
42. Vitamin D supplements of at least 800 IU per day should be considered in older persons residing in long-term care settings who have abnormal gait or balance or who are otherwise at increased risk for falls. [B]

OLDER PERSONS WITH COGNITIVE IMPAIRMENT

43. There is insufficient evidence to recommend for or against multifactorial or single interventions to prevent falls in older persons with known dementia living in the community or in long-term care facilities. [I]

Strength of Recommendation Rating System

Rizikové faktory pádů

- Polypragmázie
- Posturální hypotenze
- Nedostatek pohybové aktivity
- Poruchy vizu
- Management tepové frekvence a rytmu
- Deficit vitamínu D
- Problémů s DK a obuví
- Neuzpůsobené domácí prostředí
- Nedostatek edukace a informací

Edukace pacienta

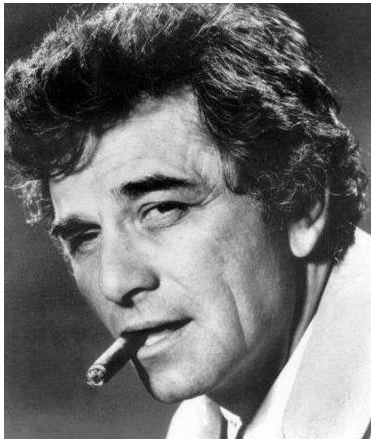
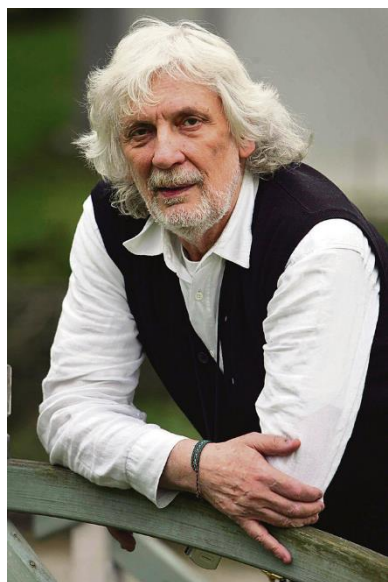
- **Komunikace (i rodina!)
– bezpečné prostředí**
- **pacient s kognitivním deficitem má ztíženou možnost edukace, přitom jeho roční incidence pádu se pohybuje kolem 60%**



Edukace pacienta

- I pacient s demencí má potřebu být „NĚKÝM“
- Chce být považován za člověka, který má svou důstojnost, hodnotu a kterému se proto dostává potřebné pozornosti, ohledu a úcty druhých lidí

M.R.Leary (1995)



LÉČIT ≠ VYLÉČIT

LÉČIT = ZLEPŠIT KVALITU ŽIVOTA



Děkuji Vám za pozornost



1. Ztráta paměti, která ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úkoly

Zapomínat občas pracovní úkoly, jména kolegů nebo telefonní čísla spolupracovníků a vzpomenout si na ně později, je normální. Lidé trpící Alzheimerovou chorobou však zapomínají častěji a nevzpomenou si ani později.

2. Problémy s vykonáním běžných činností

Hodně vytížení lidé jsou občas roztržití, takže někdy nechají dušenou mrkev stát v kastrolu na sporáku a vzpomenou si na ni, až když už je po jídle. Lidé trpící Alzheimerovou chorobou ale připraví jídlo a nejen že ho zapomenou dát na stůl, ale zapomenou i na to, že ho vůbec udělali.

3. Problémy s řečí

Každý má někdy problém najít správné slovo, ale člověk s Alzheimerovou chorobou zapomíná i jednoduchá slova nebo je nahrazuje nesprávnými, a jeho věty pak nedávají smysl.

4. Časová a místní dezorientace

Každý někdy zapomene, jaký je den a kam vlastně jede, to je normální. Ale lidé s Alzheimerovou nemocí se ztratí ve vlastní ulici a nevědí, kde jsou, jak se tam dostali, ani jak se dostanou domů.

5. Špatný nebo zhoršující se racionální úsudek

Lidé se někdy tak zaberou do nějaké činnosti, že na chvíli zapomenou na dítě, které mají na starosti. Lidé s Alzheimerovou nemocí úplně zapomenou, že nějaké dítě existuje. Mohou se i nesmyslně obléknout, například si vezmou na sebe několik košil nebo halenek najednou.

6. Problémy s abstraktním myšlením

Placení složenek anebo sledování účtů kreditní karty může někoho vyvést z míry, když je trochu komplikovanější než jindy. Člověk s Alzheimerovou nemocí může úplně zapomenout, co ta čísla znamenají a co s nimi má dělat.

7. Zakládání věcí na nesprávné místo

Každý někdy někam založí peněženku nebo klíče. Člověk s Alzheimerovou nemocí dává věci na zcela nesmyslná místa: žehličku do ledničky nebo hodinky do cukřenky.

8. Změny v náladě nebo chování

Každý má někdy špatnou náladu. Člověk s Alzheimerovou nemocí ale podléhá prudkým změnám nálady. Náhle a nečekaně propukne v pláč nebo podlehně návalu hněvu, i když k tomu nemá žádný zjevný důvod.

9. Změny osobnosti

Lidské povahy se běžně do určité míry mění s věkem. Ale člověk s Alzheimerovou nemocí se může změnit zásadním způsobem. Stává se někdy velmi zmateným, podezřavým nebo ustrašeným.

10. Ztráta iniciativy

Když je člověk někdy znechucen domácími pracemi, zaměstnáním nebo společenskými povinnostmi, je to normální. Většinou se chuť do práce opět brzy dostaví. Člověk s Alzheimerovou nemocí může propadnout naprosté pasivitě a potřebuje neustále podněty, aby se do něčeho zapojil.

Doporučení Světové zdravotnické organizace k potřebám výzkumu demence - ministerská konference, Ženeva, březen 2015

1. V rámci klinické praxe a systémů zdravotní péče identifikovat intervence, které povedou ke správnému a včasnému rozpoznání demence zejména v primární péči.
2. Vyvinout a validizovat biomarkery (včetně biologických, genetických, behaviorálních a kognitivních) neurodegenerativních onemocnění způsobujících demenci. Jejich pomocí identifikovat podobnosti a rozdíly mezi subtypy demence. Prozkoumat proces progresu z presymptomatických stádií do rozvinutých stádií demence.
3. Identifikovat strategie plánování a poskytování věcně i ekonomicky efektivní péče na konci života a v pokročilých stádiích demence, včetně plánování budoucí péče (advance care planning).
4. Určit nejefektivnější intervence pro edukaci, vzdělání a podporu formálních a neformálních pečujících o lidi s demencí.
5. Identifikovat, validovat a používat lepší definice cílů (outcome measures) klinického výzkumu, a to s ohledem na kognici, funkční stav a ostatních biomarkery neurodegenerativních onemocnění způsobujících demenci.
6. Porožumět faktorům vaskulárních onemocnění, způsobu a míře, kterou přispívají k progresi neurodegenerativních onemocnění způsobujících demenci.
7. Zkoumat jedno a vícedoménové přístupy k primární a sekundární prevenci demence s ohledem na rizikové a protektivní faktory a vztahy k ostatním chronickým onemocněním.
8. Vytvořit normy a standardy pro nejvyšší kvalitu péče v rezidenčních a ošetrovatelských zařízeních. Vytvořit postupy, které napomohou rodinám lidí s demencí najít správný čas, kdy je třeba zvažovat přemístění do těchto institucí.
9. Vyhodnotit efektivnost a identifikovat optimální modely péče a podpory lidí s demencí a jejich pečujících v komunitách (například spolupráce v péči, integrovaná zdravotní a sociální péče, case management), a to v průběhu progresu onemocnění.
10. Ustanovit normy/ standardizovat metodologii a etické požadavky pro výzkum nových farmakologických látek i nefarmakologických postupů v klinických studiích nemocí způsobujících demencí.