

Vladimír Pidrman

Demence



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoli neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umisťování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dálé stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.





Copyright © Grada Publishing, a.s.

doc. MUDr. Vladimír Pidrman, Ph.D.

DEMENCE

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 220 386 401, fax: +420 220 386 400
www.grada.cz
jako svou 3045. publikaci

Odpovědná redaktorka PhDr. Viola Lyčková
Sazba a zlom Milan Vokál
Počet stran 184
Vydání 1., 2007

Vytiskla tiskárna PB tisk
Prokopská 8, Příbram 6

© Grada Publishing, a.s., 2007
Obrázek na obálce © doc. MUDr. Pavel Žáček, Ph.D.

ISBN 978-80-247-1490-5 (tištěná verze)
ISBN 978-80-247-6672-0 (elektronická verze ve formátu PDF)
© Grada Publishing, a.s. 2011

OBSAH

1. POJEM DEMENCE	9
1.1 Vymezení pojmu	9
1.2 Literatura	10
2. DEMOGRAFIE A EPIDEMIOLOGIE	13
2.1 Literatura	17
3. IDENTIFIKACE SENIORŮ S PORUCHAMI KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ.	
MÍRNÁ KOGNITIVNÍ PORUCHA.	21
3.1 Stárnutí a kognitivní funkce	24
3.2. Mírná kognitivní porucha	25
3.3 Literatura	27
4. DĚLENÍ DEMENCÍ, ALZHEIMEROVA NEMOC	31
4.1 Primárně degenerativní demence	31
4.2 Sekundární a smíšené demence	31
4.3 Alzheimerova nemoc (AN)	34
4.3.1 Diagnostická kritéria pro AN (podle MKN-10)	36
4.3.2 Rizikové faktory pro rozvoj AN	41
4.3.3 Neurobiologické změny u Alzheimerovy nemoci	42
4.3.4 Zobrazovací metody v diagnostice Alzheimerovy nemoci.	43
4.3.5 Genetické faktory v etiologii Alzheimerovy nemoci.	44
4.4 Literatura	44
5. OSTATNÍ DEMENCE, DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA	51
5.1 Vaskulární demence (VaD)	51
5.1.1 Multiinfarktová demence (MID)	51
5.1.2 Podkorová vaskulární demence (Binswangerova choroba)	52
5.1.3 Demence při rozsáhlé CMP	53
5.2 Demence s Lewyho tělíska (LBD)	54
5.3 Frontotemporální demence (FTD)	55
5.4 Demence u Parkinsonovy choroby.	56
5.5 Demence u Huntingtonovy choroby	56
5.6 Demence při normotenzním hydrocefalu	56
5.7 Alkoholová demence.	56
5.8 Demence při zánětlivých onemocněních CNS.	57
5.8.1 Creutzfeldtova-Jakobova nemoc	57
5.8.2 Demence při infekci HIV.	57
5.8.3 Demence při lues	57
5.9 Metabolické demence	58
5.9.1 Rozvoj demencí u vrozených metabolických poruch	58
5.9.2 Rozvoj demencí u získaných metabolických poruch.	59
5.10 Demence při kolagenózách	59
5.11 Posttraumatické demence	59

5.12 Demence při epilepsii	60
5.13 Diferenciální diagnostika	60
5.13.1 Diferenciální diagnóza „4D“	60
5.13.2 Deprese. Diferenciální diagnostika mezi depresí a demencí	60
5.13.3 Delirium	62
5.14 Literatura	72
6. PORUCHY CHOVÁNÍ VE STÁŘÍ (BPSD)	79
6.1 Konsenzus BPSD	80
6.2 Behaviorální symptomy	81
6.2.1 Bloudění	81
6.2.2 Agitovanost/agresivita	81
6.3 Psychologické (psychiatrické) příznaky	82
6.3.1 Bludy	83
6.3.2 Halucinace	83
6.4 Poruchy nálady	84
6.5 Poruchy spánku	84
6.6 Etiopatogeneze BPSD	86
6.6.1 Genetické a neurobiologické faktory	86
6.6.2 Psychologické a sociální faktory	88
6.7 Posuzování BPSD	88
6.8 Literatura	89
7. LÉČBA DEMENCE	93
7.1 Nefarmakologická léčba	93
7.1.1 Role nejbližších příbuzných a pečovatelů	96
7.1.2 Literatura	101
7.2 Obecné zásady farmakoterapie seniorů	102
7.2.1 Nedostatečná nebo nadměrná preskribce léků u seniorů	103
7.2.2 Compliance seniorů	104
7.2.3 Úskalí farmakoterapie seniorů	104
7.2.4 Literatura	111
7.3 Farmakoterapie demencí	112
7.3.1 Farmakoterapie Alzheimerovy nemoci	112
7.3.2 Vedlejší a nežádoucí účinky při léčbě IChE	121
7.3.3 Farmakoterapeutické možnosti u dalších forem demencí	126
7.3.4 Farmakoterapie poruch aktivit denního života u demence	126
7.3.5 Možné přídatné (podpůrné) léky v terapii demence	126
7.3.6 Léky ovlivňující pozitivně metabolismus CNS	127
7.3.7 Literatura	128
7.4 Farmakoterapie BPSD	135
7.4.1 Kognitivní farmakoterapie BPSD	137
7.4.2 Nekognitivní farmakoterapie BPSD	137
7.4.3 Léčba poruch spánku u seniorů	148
7.4.4 Shrnutí	150
7.4.5 Literatura	152

8. DEMENCE, VÝŽIVA A MALNUTRICE	155
8.1 Další faktory mající vliv na udržení správné výživy	157
8.1.1 Hygiena a kultura stolování	157
8.1.2 Stav dutiny ústní	158
8.1.3 Příjem tekutin	158
8.1.4 Obstipace	158
8.1.5 Farmaka (polypragmazie)	158
8.2 Rozpoznání poruch výživy	158
8.3 Literatura	160
9. PÁDY SENIORŮ	163
9.1 Etiologie pádů	163
9.1.1 Pády z vnitřních příčin	163
9.1.2 Pády z vnějších příčin	164
9.2 Důsledky pádů	165
9.3 Bludný kruh v procesu pádů seniorů	165
9.4 Literatura	166
10. PŘÍLOHY	167
10.1 Mini-Mental State Examination (MMSE)	167
10.2 Škála deprese pro geriatrické pacienty	169
10.3 Ischemické skóre Hachinského	170
10.4 Neuropsychiatrický dotazník (NPI)	170
10.5 Test hodin	171
10.6 Test instrumentálních všedních činností	173
10.7 Test základních všedních činností podle Barthelové	174
10.8 Algoritmus diagnostiky a léčby kognitivních poruch seniorů	175
10.9 Literatura	176
SEZNAM VYBRANÝCH ZKRATEK	177
INTERNETOVÉ KONTAKTY	179
REJSTŘÍK	181

1. POJEM DEMENCE

1.1 VYMEZENÍ POJMU

Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, přitom vědomí není zastřené. Zhoršení uvedených funkcí je doprovázeno (někdy dokonce předcházeno) zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace. Diagnózu demence lze tudíž stanovit na základě klinického obrazu – psychiatrického (neuro-psychiatrického) a psychologického vyšetření. K jejímu určení nestačí pouze patologický nález zobrazovacích technik (CT, MR, PET, SPECT), neboť míra atrofie či funkčního postižení nemusí zákonitě korespondovat se stupněm demence. CT a MR může odhalit atrofické změny, v některých případech i v časných stadiích. Metody PET a SPECT mohou prokázat funkční změny, např. snížení metabolizmu v určitých regionech CNS. Ani tyto změny však nelze považovat za specifické. Přesné definice jednotlivých forem demencí uvedeme v následujících kapitolách. Tabulka shrnuje obecná a základní kritéria demence.

Tab. 1.1 Obecná kritéria demence

- Zjedná zhoršení krátkodobé a dlouhodobé paměti.
- Dále alespoň jeden z faktorů:
 - narušení abstraktního myšlení,
 - narušení soudnosti,
 - narušení ostatních kognitivních funkcí,
 - změny osobnosti.
- Tyto poruchy se manifestují v obvyklých pracovních či sociálních procesech ve vztahu k okolí.
- Nejde současně o poruchu vědomí.

(Podle MKN-10)

Demenci lze chápat jako získanou poruchu kognitivních funkcí, která je natolik závažná, že má zásadní vliv na další funkce a tím i život pacienta. Příznaky demence lze z hlediska praktického i didaktického rozdělit do tří základních skupin, které nazýváme A–B–C:

- narušení kognitivních funkcí (C – cognition),
- narušení aktivit denního života (A – activities of daily life),
- poruchy chování (B – behavior).

Z těchto tří skupin příznaků jsou základní a nejzávažnější z hlediska etiologického příznaky kognitivní. Pro demenci je základním a charakteristickým rysem úbytek kognitivních (tedy poznávacích) funkcí, a to především paměti a intelektu. Demence však zahrnuje i další symptomy:

- poruchy intelektu,
- poruchy paměti,
- poruchy orientace,
- poruchy abstraktního myšlení,
- poruchy chápání,
- poruchy pozornosti a motivace,
- poruchy korových funkcí (apraxie, afázie),
- poruchy emotivity,
- poruchy chování,
- ztráta soběstačnosti,
- poruchy osobnosti,
- mohou se objevit psychotické příznaky.

Výsledkem procesu demence je globální deteriorace duševních schopností nemocného, narušení jeho funkčních schopností, ztráta soběstačnosti.

1.2 LITERATURA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1995.
- Blazer DG, Steffens CD, Busse E W.* Textbook of geriatric psychiatry. American Psychiatric Publishing, Inc., Washington, DC, 2004, p. 568.
- Burns A, Craig S, Lawlor B.* Assesment scales in old age psychiatry. Martin Dunitz, London, 1999, p. 302.
- Cummings JL, Benson DF.* Dementia: A Clinical Approach. Boston, Mass: Butterworth-Heinemann; 1992.
- Forette B.* Centenarians: health and frailty. In: *Robine JM, Vaupel JW, Jeune B, Allard M.* (eds.) Longevity: To the Limits and Beyond. Berlin: Springer-Verlag; 1997:105–112.
- Green RC.* Alzheimer's disease and other dementing disorders. In: *Joynt R.* (ed.) Clinical Neurology. Philadelphia, Pa: Lippencott-Raven; 1995:1–84.
- Green RC.* Diagnosis and management of Alzheimer's disease and other dementias. Professional Communications, Inc., Caddo, 2005, p. 256.
- Louhija J, Miettinen HE, Kontula K, Tikkanen MJ, Miettinen TA, Tilvis RS.* Aging and genetic variation of plasma apolipoproteins. Relative loss of the apolipoprotein E4 phenotype in centenarians. *Arteriosclerosis & Thrombosis.* 14(7):1084–9, 1994.
- Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E.* Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. [erratum appears in *Arch Neurol* 1999 Jun;56 (6):760]. *Archives of Neurology.* 56 (3):303–8, 1999.

- Powell A L.* Senile dementia of extreme aging: a common disorder of centenarians. *Dementia*. 5(2):106–9, 1994.
- Practice guidelines for treatment of psychiatric disorders. Compendium 2004. American Psychiatric Association, Washington DC, 2004, p. 914.
- Quick reference to the APA practice guidelines for treatment of psychiatric disorders. Compendium 2004. American Psychiatric Association, Washington DC, 2004, p. 195.
- Růžička E et al.* Diferenciální diagnostika a léčba demencí. Galén, Praha, 2003, p.176.
- Smolík P.* Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika. Maxdorf, Praha, 1996, p. 504

2. DEMOGRAFIE A EPIDEMIOLOGIE

Populace v České republice stárne. Stejně je tomu i ve všech zemích západního světa. Je to dánou trvale klesající porodností a zároveň snižující se úmrtností ve všech věkových skupinách. Dochází k prodlužování střední délky života. V ČR byla v roce 2002 střední délka života při narození pro ženy 78,7 roku a pro muže 72,1 roku. Ve věku 65 let byla pro ženy 17,1 roku a pro muže 13,7 roku.

Zvyšuje se absolutní počet seniorů, zároveň narůstá jejich procentuální zastoupení v populaci. Ve věku nad 60 let bylo v naší republice v roce 2002 18,6 % populace, ve věku nad 65 let 13,9 %. 65 let se dožívá v současné době 88 % žen a 75 % mužů. Ve věkové skupině nad 80 let je 71 % žen. Demografický vývoj populace v České republice ilustruje následující tabulka. Připomínáme, že jde o trend, který bude v ČR i ve světě nadále pokračovat.

Tab. 2.1 Demografické stárnutí populace ČR v historickém vývoji a prognóze

Senioři	1950	1975	2000	2025	2050
Zastoupení osob nad 65 let	8,3 %	12,9 %	13,9 %	23,1 %	32,7 %
Zastoupení osob nad 80 let	1,0 %	1,7 %	2,5 %	5,3 %	9,5 %
Index stáří *	51,7	82,3	111,8	243,0	296,1

(World Population Aging 1950–2050. New York: United Nations, 2002, Zdravotnická ročenka ČR 2000, 2001, Praha)

*Index stáří je počet osob nad 65 let na 100 osob ve věku 0–14 let.

Z hlediska zdravotního stavu je populace seniorů vysoce heterogenní. Vykazuje vyšší celkovou morbiditu, která je specifická vysokým výskytem chronických a degenerativních onemocnění, ale i vyšším výskytem akutních stavů a náhlých dekompenzací chronických onemocnění. Nemocnost plynule narůstá až do nejvyšších věkových skupin, ženy všech věkových kategorií vykazují větší počet zdravotních potíží. U seniorů ve věku nad 80 let nalézáme vysokou polymorbiditu, v průměru se zde vyskytuje 3,5 diagnózy u 1 pacienta. Nejčastější choroby vyššího věku jsou:

- kardiovaskulární choroby,
- nemoci pohybového aparátu,
- metabolické choroby,
- gastrointestinální a respirační choroby,
- kognitivní poruchy a demence.

S narůstajícím věkem se mění spektrum nemocí. Přibývá chronických degenerativních poruch – např. osteoporóz, kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních chorob, kognitivních poruch, demencí. Postižení jsou často kombinována, čímž se mohou na-

vzájem potencovat nebo maskovat. Hodnotit zdravotní stav ve vyšším věku není vždy snadné, už i proto, že objektivní nálezy nebývají vždy typické a ani subjektivní hodnocení nebývá standardní a dostatečně validní. Proto se stává, že některá méně nápadná onemocnění bývají nedostatečně diagnostikována. Toto se týká zejména psychiatrických chorob seniorů, jako je deprese a demence. Do této skupiny patří např. i chronické infekce, osteoporóza a inkontinence. Proto je třeba věnovat specifickému obrazu průběhu nemocí ve stáří náležitou pozornost. V následujících rádcích se pokusíme upozornit na nejvýznamnější problémy.

U seniorů se setkáváme s mikrosymptomatologií. To znamená, že chorobné příznaky jsou jen minimálně zřetelné, jen skromně vyjádřeny. Příkladem může být např. akutní bakteriální infekce. Z hlediska psychiatrického do této skupiny můžeme zařadit zejména depresi, která zvláště pro laika může probíhat velmi nenápadně.

Další zvláštností je monosymptomatologie, nebo naopak oligosymptomatologie. Jde o stav, kdy se nemoc neprojevuje obvyklými příznaky ve smyslu četnosti, ale přitomen je pouze jeden z řady předpokládaných, nebo jen několik z celé řady symptomů. Tento stav je velice zrádný a zavádějící.

Typickým pro onemocnění ve vyšším věku je i výskyt nespecifických příznaků, které jsou povšechné, závažné, ale přesto přehlížené nebo nedoceněné. Máme na mysli zejména únavu, hypobulii, anorexiu, zvýšenou spavost, nebo naopak insomnii.

Závažné jsou tzv. symptomy druhotného postižení. Jde o často život ohrožující stav, kdy na něj reaguje zjevně jiný než přímo postižený orgán. Velmi často se jedná o projevy na úrovni CNS. Jako příklad mohou sloužit delirantní stavů, které jsou prvním příznakem řady dekompenzujících se somatických onemocnění.

Důležitou specifitou související s nemocností ve vyšším věku a léčbou jsou atypické lékové reakce. Ty mohou ohrozit pacienta zvýšeným účinkem léku, neočekávaným účinkem, nežádoucím či nedostatečným účinkem daného léku.

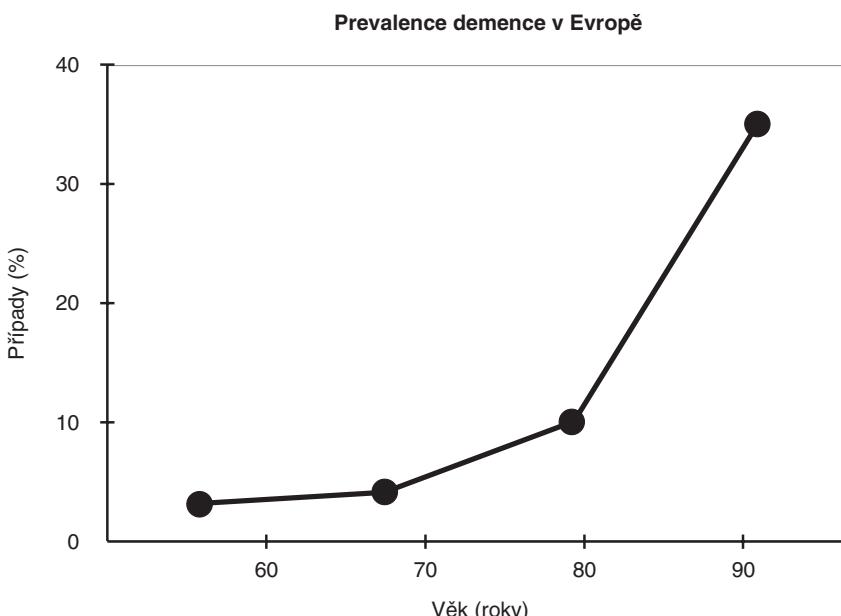
U seniorů dochází ke zhoršení zdravotního stavu i tím, že mají malou funkční rezervu organizmu. To je provázeno zvýšeným rizikem úmrtí. Nemoci ve vyšším věku mají i vysoký invalidizující potenciál. To znamená, že obdobné postižení ve středním věku nevede zdaleka k takovému narušení soběstačnosti, jak je tomu ve věku vyšším.

Onemocnění ve vyšším věku, a to zejména psychiatrická onemocnění, mají významný sociální dopad. Mění sociální statut nemocného, může dojít k předčasné invalidizaci, k předčasné institucionalizaci, ztrátě výdělku, ztrátě soběstačnosti a závislosti na pomocí jiných osob, neschopnosti samostatného žití a bydlení. To samozřejmě vede k nárůstu stresu u nemocného jedince, v důsledku ale jde o postižení nejenom pacienta, ale i jeho nejbližšího sociálního okolí.

Při hodnocení průběhu nemoci u seniorů musíme brát na zřetel hierarchii ztráty funkčních schopností. Nejdříve bývá postižena schopnost provádět komplexní činnost. Jde např. o schopnost cestovat dopravními prostředky, popřípadě schopnost řídit vlastní vůz. Při těžším postižení však ztrácí pacient soběstačnost, to znamená, že není schopen sám chodit, koupat se, pečovat o sebe, přípravit si potraviny či samostatně používat toaletu. Nakonec ztrácí schopnost sám se najít či schopnost samostatného pohybu na lůžku.

Onemocnění demencí je dnes problémem globálním, přestává se týkat pouze tzv. vyspělých zemí. Tento jev souvisí s prodlužováním délky života a s tím souvisejícím obecným stárnutím populace. Zatímco počet obyvatel planety vzrostl mezi lety 1980

a 2000 o 35 %, za stejnou dobu se zvýšil počet seniorů starších 60 let o 60 %. Přitom v této věkové kategorii se výrazně zvyšuje riziko rozvoje demence: u jedinců starších 65 let je riziko 5 %, v 75 letech stoupá na 10 %, u lidí osmdesáti letých je 20 %, v souboru nad 90 let věku nalezneme 50 % nemocných trpících zcela jasnými příznaky demence. Jiní autoři nárůst počtu dementních nemocných popisují tak, že ve věku nad 65 let dochází každých 5 let ke zdvojnásobení případů. Následující graf ukazuje nárůst výskytu demence v Evropě na konci minulého století.



Graf 2.1 Nárůst výskytu demence v Evropě na konci minulého století
(Podle: Murray. The global burden of disease, 1996)

V současnosti je patrný další závažný trend: narůstá skupina nemocných, kteří se nacházejí ve středním a těžkém stadiu demence. Méně je těcXh, kteří trpí mírnými formami demence. Z uvedeného vyplývá, že velmi důležitým krokem v péči o nemocné trpící demencí je její včasné záchyt v nejrannějších stadiích. Ukazuje se totiž, že oddálení nástupu symptomů demence o 5 let vede ke snížení její prevalence o 50 % v jedné generaci.

Demence představují i významné ekonomické náklady. Odhaduje se, že na jednoho pacienta trpícího demencí v zemích západní Evropy se za jeden rok vydá přibližně 15 000 – 25 000 euro. V USA je tento odhad obdobný: 10 000–30 000 dolarů. V obou údajích můžeme vidět značný rozptyl. Ten je dán rozdílnou metodikou sběru v rozdílných pracích, rozdílným vyhodnocováním dat, rovněž tak obtížností zahrnout všechny vstupní veličiny. Je však jasné, že největší položkou nejsou přímé zdravotnické náklady, ale náklady nepřímé. To znamená ošetřovatelská péče, podpůrné prostředky, podpůrná komunitní a sociální péče. Intenzivní péče o nemocné s demencí

často vede ke zhoršení pracovní výkonnosti jejich příbuzných, pokud plní funkci pečovatele. Následujícím krokem bývá zhoršení jejich tělesného, popřípadě duševního zdraví. Dochází tudíž k signifikantnímu zhoršení kvality života. Přitom jde o ukazatel, který je obtížně vyhodnotitelný a v řadě studií opomíjený.

Ekonomická náročnost je dána rovněž stadiem demence. Celkové náklady s progresí demence stoupají. Mění se rovněž jejich skladba. Přímé zdravotní výdaje se v průběhu rozvoje demence mění jen málo, v nejtěžších a finálních stadiích se dokonce někdy snižují. Naopak s progresí onemocnění výrazně rostou náklady na sociální péči a ošetřovatelskou péči. Pokusíme-li se vyjádřit náklady na péči o dementního pacienta vztažené k hodnotě škály MMSE, pak pokles ve škále MMSE o jeden bod představuje náklady přibližně 2 000 dolarů za jeden rok.

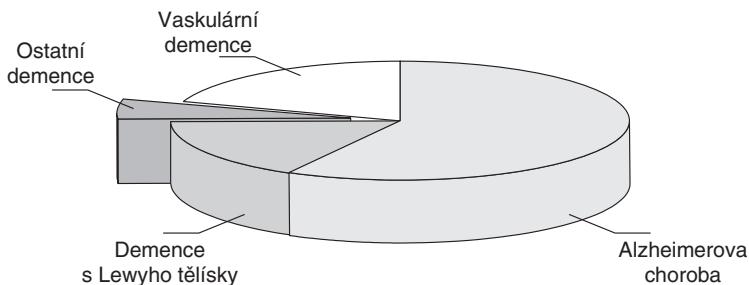
Hovořit o nákladech, resp. o jejich snižování, při léčbě seniorů a při léčbě pacientů s demencí má jedno velké riziko. Nelze popírat, že senioři jsou rizikovou populací z hlediska opomíjení či neposkytnutí adekvátní zdravotní péče. Jestliže budeme snižovat dále náklady na péči o tuto populaci, může úspora výdajů znamenat jen další neposkytnutí adekvátních služeb. Ve zkratce tento jev můžeme formulovat takto: jestliže nikoho neléčíme, nevznikají nám ani žádné náklady.

Mezi seniory nacházíme vysoké procento těch, kteří trpí jiným zdravotním postižením, ať tělesným, či duševním. Přitom doba přežití nemocných s demencí je nižší, než je tomu u stejně starých jedinců, kteří netrpí demencí. Po deseti letech sledování je doba přežití u dementních nemocných poloviční.

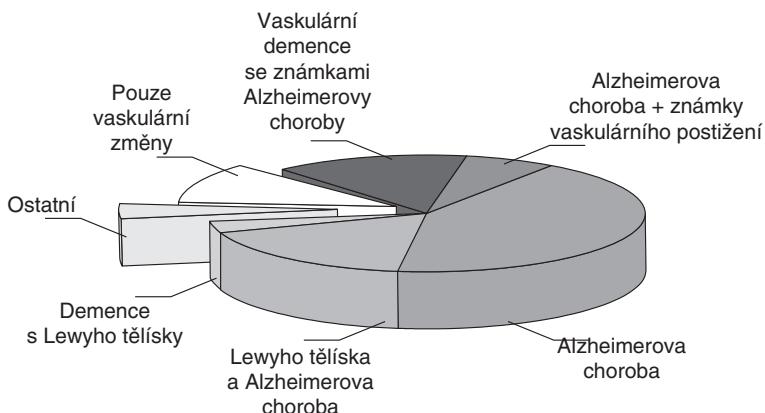
Zvýšené sociální, ekonomické a zdravotnické nároky na péči o seniory formuluje Evropská unie obecně do pěti bodů:

- zajištění ekonomické bezpečnosti pro seniory,
- udržení mezigenerační solidarity,
- vyloučení věkové diskriminace,
- provádění dlouhodobé péče v kontextu sociálně-ekonomických změn,
- plnohodnotné a společenské akceptování seniorů.

Největší díl demencí tvoří demence atroficko-degenerativní, je jich přinejmenším 60 %. Nejčastější z nich je demence u Alzheimerovy nemoci (AN). Demence vaskulární nepředstavují více než 20 %, z nich nejčastější je multiinfarktová. Sekundární demence jsou zastoupeny 10 %. Smíšené formy představují podle různých zdrojů 10–15 %. Následující dva grafy tato fakta v přehledu shrnují. Graf 2.2 ukazuje rozdělení demencí podle jedné (hlavní) diagnózy, graf 2.3 popisuje skutečnost reálněji – jsou zde zachyceny i smíšené formy demencí. Vidíme zcela jasné, že primární atroficko-degenerativní demence tvoří nadpoloviční většinu.



Graf 2.2 Poruchy způsobující demenci – základní diagnózy



Graf 2.3 Poruchy způsobující demenci – smíšené diagnózy

2.1 LITERATURA

- Avarsson O, Skoog I. A population-based study on the incidence of dementia disorders between 85 and 88 years of age.[see comment]. Journal of the American Geriatrics Society. 44 (12):1455–60, 1996.
- Aronson MK, Ooi WL, Geva DL, Masur D, Blau A, Frishman W. Dementia. Age-dependent incidence, prevalence, and mortality in the old old. Archives of Internal Medicine. 151 (5):989–92, 1991.
- Bachman DL, Wolf PA, Linn RT, Knoefel JE, Cobb JL, Belanger AJ, White LR, D'Agostino RB. Incidence of dementia and probable Alzheimer's disease in a general population: the Framingham Study. Neurology. 43(3 Pt 1):515–9, 1993.
- Bowirrat A, Treves TA, Friedland RP, Korczyn AD. Prevalence of Alzheimer's type dementia in an elderly Arab population. European Journal of Neurology. 8(2):119–23, 2001.
- Breitner JC, Wyse BW, Anthony JC, Welsh-Bohmer KA, Steffens DC, Norton MC, Tschanz JT, Plassman BL, Meyer MR, Skoog I, Khachaturian A. APOE-epsilon4 count predicts age

- when prevalence of AD increases, then declines: the Cache County Study. [erratum appears in Neurology 2000 Jul 12;55(1):161–2]. *Neurology*. 53(2):321–31, 1999.
- Ebly EM, Parhad IM, Hogan DB, Fung TS*, Prevalence and types of dementia in the very old: results from the Canadian Study of Health and Aging. [see comment]. *Neurology*. 44(9):1593–600, 1994.
- Evans DA, Funkenstein HH, Albert MS, Scherr PA, Cook NR, Chown MJ, Hebert LE, Hennekens CH, Taylor JO*. Prevalence of Alzheimer's disease in a community population of older persons. Higher than previously reported. [see comment]. *JAMA*. 262(18):2551–6, 1989.
- Farrer LA*. Genetics and the dementia patient. *The Neurologist*. 1997;3:13–30.
- Fratiglioni L, Grut M, Forsell Y, Viitanen M, Grafstrom M, Holmen K, Ericsson K, Backman L, Ahlbom A, Winblad B*. Prevalence of Alzheimer's disease and other dementias in an elderly urban population: relationship with age, sex, and education. *Neurology*. 41(12):1886–92, 1991.
- Fukunishi I, Hayabara T, Hosokawa K*. Epidemiological surveys of senile dementia in Japan. *International Journal of Social Psychiatry*. 37(1):51–6, 1991.
- Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Anreassen NC*. New Oxford textbook of psychiatry. Oxford University Press, New York, 2003, p. 2432
- Hebert LE, Scherr PA, Beckett LA, Albert MS, Pilgrim DM, Chown MJ, Funkenstein HH, Evans DA*. Age-specific incidence of Alzheimer's disease in a community population. *JAMA*. 273(17):1354–9, 1995.
- Hebert LE, Scherr PA, Bienias JL, Bennett DA, Evans DA*. Alzheimer disease in the US population: prevalence estimates using the 2000 census. [see comment]. *Archives of Neurology*. 60(8):1119–22, 2003.
- Hendrie HC, Ogunniyi A, Hall KS, Baiyewu O, Unverzagt FW, Gureje O, Gao S, Evans RM, Ogunseyinde AO, Adeyinka AO, Musick B, Hui SL*. Incidence of dementia and Alzheimer disease in 2 communities: Yoruba residing in Ibadan, Nigeria, and African Americans residing in Indianapolis, Indiana. [see comment]. *JAMA*. 285(6):739–47, 2001.
- Johansson B, Zarit SH*. Prevalence and incidence of dementia in the oldest old: a longitudinal study of a population-based sample of 84–90 year-olds in Sweden. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1995;10:359–366.
- Jorm AF, Korten AE, Henderson AS*. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature.[see comment]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 76(5):465–79, 1987.
- Katzman R, Kawas C*. Epidemiology of dementia and Alzheimer disease. In: *Terry RD, Katzman R, Bick KL, eds. Alzheimer Disease*. New York, NY: Raven Press, Ltd; 1994:105–122.
- Maj M, Sartorius N*. Dementia. John Wiley and Sons Ltd., Chichester, 2002, p. 398
- Miech RA, Breitner JC, Zandi PP, Khachaturian AS, Anthony JC, Mayer L*. Incidence of AD may decline in the early 90s for men, later for women: The Cache County study. *Neurology*. 58(2):209–18, 2002.
- Murray CJL, Lopez AD*. The global burden of disease. Cambridge, Harvard University Press, 1996.
- O'Connor DW, Pollitt PA, Hyde JB, Fellows JL, Miller ND, Brook CP, Reiss BB, Roth M*. The prevalence of dementia as measured by the Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 79(2):190–8, 1989.
- Pidrman V*. Demence – základní diferenciální diagnostika a farmakoterapie. Postgraduální medicína, příloha, 6, 2004, 3, 30–35.