

opakovaných zklamání se jedná o reálnou naději. Existence výše uvedených léků znamená a potvrzuje, že Alzheimerovu nemoc jako nejčastější příčinu demence lze skutečně zpomalit a snad bude možné ji zastavit. Po mnoha letech zklamání je tu tedy reálná naděje na další léky, které třeba nebudou tak drahé a nebudou mít tolik nežádoucích efektů a které bude možné využívat v daleko širším měřítku než tyto tři zmíněné preparáty. Lze to asi přirovnat k vývoji letacích strojů, kdy po mnoha neúspěšných pokusech vzletlo první letadlo. Sice extrémně drahé a bez dlouhého doletu, ale jeho existence byla potvrzením, že se naplňuje jedno zdánlivě marné a mnohokrát zklamání očekávání.

I přes stávající a další očekávaný pokrok ve vývoji nových léků Alzheimerovy nemoci bychom však měli pamatovat na to, že v našich zemích žije mnoho lidí s klinicky rozvinutým syndromem demence (180 000 lidí v České republice) a že mnoha lidem s počínající demencí není dosud zajištěna správná a včasná diagnóza, poskytnuto dostatek informací, postdiagnostická podpora, symptomatická terapie a provázení jak pacientů, tak jejich rodinných příslušníků celou cestou progresu Alzheimerovy nemoci či jiné příčiny syndromu demence. I tito lidé potřebují moderní léčbu.

Dosavadní možnosti léčby jsou pouze symptomatické a jak vývoj nových léčiv ukazuje, pro mnohé pacienty, zejména s pokročilejšími formami demence, bude tento přístup ještě po dlouhou dobu stále jedinou možností. I přes dosavadní nedostupnost léků, které průběh Alzheimerovy nemoci modifikují, máme mnoho možností, jak zachovat či zlepšit kvalitu života pacienta a jeho rodinných pečujících, ale i usnadnit péči v zařízeních dlouhodobé péče, kde pobývají pacienti s pokročilými formami demence. V prvním řadě se jedná o včasnou s správnou diagnózu, která je nutným předpokladem a východiskem správné péče. Případy typické demence při

Alzheimerově nemoci by měli diagnostikovat praktičtí lékaři, atypické demence by měly být konzultovány s neurology, pacientů s kognitivními poruchami a změnami chování se pravděpodobně nejlépe ujmou psychiatři a pacientů vyššího věku s kognitivní poruchou a komorbiditami nejspíše geriatři. Nicméně žádné pevné hranice mezi těmito kompetencemi nejsou a všichni výše jmenovaní lékaři jsou nepochybně kompetentní k tomu, aby sami či s konziliární pomocí jiných odborností nastavili a uskutečnili diagnostický proces, a to ve spolupráci a podle přání pacienta a dle jeho volby i volby blízkých, kteří jej podporují. Důležitým krokem je sdělení diagnózy a podpora, která zahrnuje také poskytnutí potřebných informací o možných dalších službách a jiných potřebných krocích, které by pacient měl učinit (předem vyslovená přání, další rozhodnutí důležitá pro jeho další život a s ohledem na prognózu onemocnění atd.) (19, 20). Z pohledu farmakoterapie je vhodné včas nastavit terapii kognitivní (inhibitory acetylcholinesterázy) a postupně a dostatečně jejich dávkování vytitrovat. Je vhodné využít i memantin, a to v případě intolerance inhibitory acetylcholinesterázy, ale také v kombinaci terapii, ze které mohou mnozí pacienti profitovat. Bylo prokázáno, že dostatečné dávkování kognitivní memantinu, popřípadě jejich kombinace působí příznivě nejen na zlepšení kognitivního deficitu a s tím úzce související soběstačnosti, ale také na zmírnění některých behaviorálních a psychologických příznaků. Je to vcelku logické, protože mnohé z těchto příznaků souvisejí se zhoršenou orientací a pochopením určitých situací a jejich zlepšení může odstranit i tyto příznaky. Odstranění vyvolávající příčiny a adekvátní psychosociální intervence by měly být vždy prvním krokem a první úvahou v řešení behaviorálních a psychologických příznaků demence. Může se jednat například o bolest, která může být triggerem nočního neklidu, který po adekvát-

ním nastavení analgetické terapie u pacientů ustoupí. Naopak antipsychotika a jiné léky s tlumivým potenciálem, ke kterým se bohužel velmi často sahá zejména u pacientů v ústavní péči, by měly být výhradně dočasným řešením situací, které nelze jiným způsobem řešit a kde selhaly jiné farmakologické a zejména nefarmakologické alternativy.

Závěr

V současné době rozumíme pod pojmem moderní farmakoterapie Alzheimerovy nemoci využití všech dostupných možností, jak co nejefektivněji symptomaticky ovlivnit příznaky tohoto onemocnění, tedy postupně se rozvíjejícího syndromu demence. Jde zejména o kognitiva a memantin, které po mohou po určitou dobu příznivě ovlivnit nejen kognitivní funkce, ale i zmírnit některé psychologické příznaky a změny chování a do určité míry i zlepšit soběstačnost pacienta. Dále je důležité pamatovat na širší souvislosti a faktory, které mohou některé z příznaků přisuzovaných demenci zhoršovat či dokonce provokovat. Komplexní problematiku představují zejména změny a poruchy chování, kterým je třeba věnovat adekvátní pozornost a léčit zejména jejich vyvolávající příčiny. Jde zejména o bolest, jejíž zvládnutí je u lidí s demencí důležité a často opomíjené. Součástí moderní farmakoterapie je také eliminace léků s anticholinergním účinkem a rezervovanost v používání antipsychotik a léků s tlumivým potenciálem, které by měly být používány pouze tam, kde selhaly možnosti nefarmakologických intervencí. Farmakoterapie Alzheimerovy nemoci (stejně jako psychosociální přístupy) se tedy v současné době zaměřuje na symptomatickou fázi, na syndrom demence. Anti-amyloidová terapie představuje naději, že bude možné Alzheimerovu nemoc zastavit či významně zpomalit ještě v době, kdy k rozvoji syndromu demence nedošlo.

LITERATURA

1. Fratiglioni L, De Ronchi D, Agüero-Torres H. Worldwide prevalence and incidence of dementia. *Drugs & aging* 1999;365-375.
2. Nichols E, Steinmetz JD, Vollset SE, et al. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public Health*. 2022;7(2):e105-e125.

3. Meijer E, Casanova M, Kim H, et al. Economic costs of dementia in 11 countries in Europe: Estimates from nationally representative cohorts of a panel study. *Lancet Reg Health Eur*. 2022;20:100445.
4. Jönsson L, Tate A, Frisell O, et al. The costs of dementia in Europe: an updated review and meta-analysis. *Pharmacoeconomics*. 2023;41(1):59-75.
5. Fagundes DF, Costa MT, da Silva Alves BB, et al. Prevalence of dementia in long-term care institutions: a meta-analysis. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2021;70(1):59-67.

6. Jiráček R, Holmerová I, Borzová C, et al. Demence a jiné poruchy paměti. Grada Publishing a.s., 2009.
7. Bajtošová R, Holmerová I, Rusina R. Nové pohledy na léčbu demence. *Neurol. praxi* 2021;22(3):194-200.
8. Pickett J, Bird C, Ballard C, et al. A roadmap to advance dementia research in prevention, diagnosis, intervention,