

ný kognitivní pokles a všechna s tím související témata. Neměla by však zůstat opomenuta ani skutečnost, že úzkostně-depresivní příznaky mohou být i přímým důsledkem působení Alzheimerovských neuropatologických procesů v mozku.

## JAK PŘIMĚT BLÍZKÉHO K NÁVŠTĚVĚ LÉKAŘE, KDYŽ ON TO ODMÍTÁ

Zahlédne-li rodina u svého blízkého signály, které svou narůstající četností a intenzitou stále více připomínají první projevy Alzheimerovy nemoci, znepokojení je jistě nasnadě. O slovo se mohou dokonce hlásit pocity bezmoci, staví-li se blízký vůči návštěvě lékaře navzdory všem signálům poněkud zdrženlivě, nebo ji dokonce odmítá. Předestřeli jsme různé důvody, pro které se tak může stát. Jak tedy svého blízkého k návštěvě lékaře podpořit? Univerzální recept neexistuje. Přesto může být velmi užitečné pokusit se nejprve prozkoumat, co za touto zdrženlivostí či odmítáním skutečně stojí.

Je-li to obava, co se bude u lékaře dít, že to bude bolestivé nebo společensky nepříjemné, nemocného může podpořit, bude-li konkrétněji vědět, co v ordinaci může očekávat a jak úvodní vyšetření probíhá. Obavy odehrávající se v představách obvykle narůstají do větších rozměrů, než jakých poté strach dosahuje přímo v situaci, které se člověk obává. Má-li člověk možnost o svých obavách hovořit, je pravděpodobné, že se v jeho představách přinejmenším přestanou rozpínat. Člověk si tím rovněž může ujasnit, co potřebuje, aby byl schopen obávanými situacemi projít. Může to být například přítomnost nějaké konkrétní osoby.

Je-li důvodem zdrženlivosti obava z potvrzení Alzheimerovy nemoci, neměli bychom ji vyvracet, tím spíše, zdá-li se i rodině vskutku oprávněná. Je velmi pravděpodobné, že za ní stojí ještě nejrůznější obavy další. Již bylo naznačeno, že obavy a strachy mají onu nepříjemnou vlastnost rozpínavost, především tehdy,

odehrávají-li se pouze v představách. I v tomto případě může rozhovor s blízkým pomoci tuto rozpínat zastavit. Více prostoru se pak může dostat důvodům, proč se vyplatí lékaře navštívit.

Je-li důvodem odmítání návštěvy lékaře skutečnost, že zvyšující se zapomnětlivost či občasné obtíže s orientací jsou zdrojem znepokojení pouze pro rodinu, ale člověk sám je považuje za přirozený důsledek věku, může být situace ještě komplikovanější. Za všech okolností lze doporučit být ke svému blízkému upřímný. Lze sdělit vlastní znepokojení, že by se zapomnětlivost mohla dále zhoršovat. Pokud by v takovém případě nebyly podniknuty žádné kroky, blízký by nemusel být nadále v bezpečí. V rozhovoru si lze vysvětlit, že návštěva lékaře může pomoci rozklíčovat, zda je toto znepokojení skutečně odůvodněné. I v tomto případě může pomoci společně si probrat, co se bude u lékaře nejpravděpodobněji dít, na co a koho se pravděpodobně bude lékař ptát, jak dlouho to bude trvat a k čemu může vyšetření vést. Naopak, je vhodné se vyvarovat situaci, kdy se blízký pravý účel návštěvy lékaře dozví až na místě. Přestože by tak bylo učiněno v dobré víře, blízký se může po právu cítit zrazen a důvěra, která je v rámci pečování zásadní, může být ochromena. Také lékař je tím postaven do rozporuplné situace. Aby mohl konat svou práci, je nezbytné, aby při vyšetření spolupracovala nejen rodina, ale i pacient samotný.

V následujícím textu se tedy zevrubně podíváme na to, jak u lékaře vypadá proces hledání odpovědi, zda varovné signály jsou skutečně projevem kognitivní poruchy při Alzheimerově nemoci.

# VYŠETŘENÍ KOGNICE U SYNDROMU MÍRNÉ KOGNITIVNÍ PORUCHY

...aneb Jak se to zjistí

## PROČ JE VHODNÉ PODSTOUPIT VYŠETŘENÍ VE STADIU SYNDROMU MÍRNÉ KOGNITIVNÍ PORUCHY?

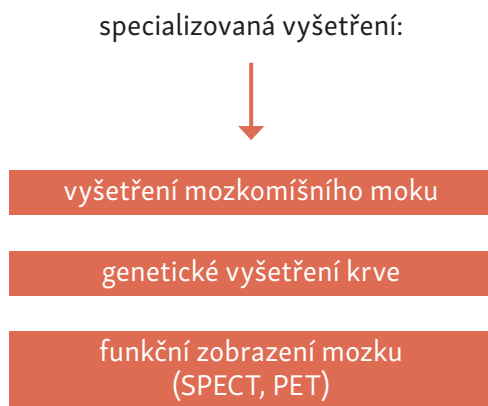
Dozvědět se od lékaře diagnózu bývá pro nemocného i jeho rodinu náročné. Navíc v případě Alzheimerovy nemoci se jedná o diagnózu onemocnění, které prozatím bohužel nelze vyléčit, a je jisté, že symptomy se budou s různou rychlostí zhoršovat. Na druhou stranu, můžeme vyjmenovat řadu důvodů, proč je výhodné podstoupit vyšetření již ve stadiu mírné kognitivní poruchy a neotálet s návštěvou lékaře.

Čím dříve diagnózu víme, tím lépe, dostaneme totiž čas připravit se na nevyhnutelné změny. Můžeme posbírat dostupné informace, seznámit se s nemocí a jejím průběhem, a tím snížit strach a úzkost z neznámého. I když stále není k dispozici léčba kauzální, existují farmaka, která mohou průběh nemoci zpomalit, zmírnit některé příznaky, a zvýšit tak kvalitu života nemocného. Včasná diagnóza dává také čas plánovat a aktivně se podílet na důležitých rozhodnutích vlastního budoucího života, které za pacienty v těžších stádiích nemoci obvykle musí dělat druzí. Například přizpůsobení současného bydlení (viz kapitolu *Úprava domácího prostředí*), změny v oblasti sebepečí pro období, kdy dochází k postupné ztrátě soběstačnosti (viz kapitola *Sociální problematika*) nebo pořízení závěti a okolnosti omezení svéprávnosti. Spolehlivá identifikace pacientů v časných stádiích Alzheimerovy nemoci je totiž zcela zásadní pro úspěšný výzkum a vývoj léků (viz kapitolu *Farmakologická terapie*).

## PRŮBĚH VYŠETŘENÍ

Přehled základních a pomocných vyšetření doporučených v běžné lékařské praxi byl již uveden. Potvrzením mírné kognitivní poruchy diagnostický proces nekončí. Poté přicházejí na řadu další kroky, které vedou k rozlišení mírné kognitivní poruchy při Alzheimerově nemoci od snížení kognitivní výkonnosti z jiného důvodu, například po mozkové příhodě, po traumatickém poranění mozku, při depresi, kvůli vrozené poruše (vrozené snížení úrovně kognitivní výkonnosti je v praxi označováno jako mentální retardace či snížená úroveň intelektových nebo rozumových schopností) apod. (viz kapitolu *Charakteristika syndromu mírné kognitivní poruchy*).

Ošetřující lékař pátrající po důvodu kognitivních obtíží, může, dle svého uvážení, odeslat pacienta na další specializovaná vyšetření. Jejich přehled je uveden na následujícím obrázku a jejich popis níže v textu.



Obrázek č. 4 Schéma specializovaných vyšetření při podezření na Alzheimerovu nemoc

## ZÁKLADNÍ VYŠETŘENÍ

Vyšetření, která řadíme mezi základní, byla již detailně popsána v předchozí kapitole, i s otázkami, na které je vhodné se připravit během úvodního rozhovoru s lékařem. Proto v následujícím textu uvádíme pouze výsledky, které můžeme očekávat.

### *Výsledky ze základních vyšetření u typického pacienta se syndromem mírné kognitivní poruchy při Alzheimerově nemoci*

V případě typického pacienta lékař zjistí, že kognitivní obtíže se projevují zejména poruchou krátkodobé paměti. Ovšem ani obtíže v dalších kognitivních funkcích nejsou neobvyklé, například zhoršení koncentrace pozornosti, obtíže s vyhledáváním slov v paměti nebo problémy s orientací v neznámém místě, které dříve nezažíval. Od typického pacienta se dozvídá, že kognitivní obtíže dříve neměl, začaly plíživě před nějakou dobou (obvykle před několika měsíci až roky) a postupně se pomalu zhoršují. Detailním rozhovorem může zjistit, že pacient zvládá každodenní běžné činnosti jako péči o sebe, o domácnost či zahradu, nákupy, vaření, a dokonce i práci. Ovšem ve složitějších činnostech, které vyžadují rychlé rozhodování, řešení problémů či vykonávání více aktivit najednou, může on sám či jeho okolí pozorovat opakující se nezdary. V běžné praxi situaci komplikuje, že každý pacient popisuje své obtíže jinak a přisuzuje důležitost jiným problémům.

Vyšetření fyziologických funkcí a krve by u pacienta s mírnou kognitivní poruchou při Alzheimerově nemoci nemělo objevit žádné významné nálezy ovlivňující kognitivní výkonnost. Případná tělesná onemocnění by měla být spíše lehčího charakteru.

Screening kognice u typického pacienta zachytí buď mírné zhoršení, nebo žádné zhoršení, tzn. normální výkon. Screening

nedokáže spolehlivě odlišit pacienty s mírnou kognitivní poruchou od kognitivně zdravých jedinců, protože je příliš jednoduchý. Také neřekne nic o rozsahu a hloubce kognitivního deficitu, ani o silných a slabých stránkách kognice, a proto by pacienti s podezřením na mírnou kognitivní poruchu při Alzheimerově nemoci měli podstoupit neuropsychologické vyšetření. Na druhou stranu v běžné lékařské praxi je užitečné administrovat rychlý a jednoduchý screening během první návštěvy u lékaře. Pro pacienta není nijak zatěžující a lékaři umožňuje vytvořit si alespoň orientační představu o kognitivní výkonnosti pacienta.

Neurologické vyšetření typického pacienta by nemělo popsat jiný významný neurologický nález.

## POMOCNÁ VYŠETŘENÍ

Lékař, který posbírání informace a výsledky ze základních vyšetření, odesílá pacienta na další, tzv. pomocná vyšetření. Při podezření na mírnou kognitivní poruchu při Alzheimerově nemoci je nutné, aby pacient prošel přinejmenším také neuropsychologickým vyšetřením a strukturálním zobrazením mozku. V běžné praxi v České republice jsou zcela postačující u většiny případů. V některých případech ale ani poté nemusí být příčina obtíží zcela objasněna a mohou být potřebná ještě jiná specializovaná vyšetření, o kterých bude psáno dále v textu.

### *Vyšetření kognitivních funkcí – neuropsychologické vyšetření*

Neuropsychologické vyšetření je zásadní pro stanovení mírné kognitivní poruchy. Jedná se o *diagnózu syndromologickou*, to znamená, že odkazuje a popisuje symptomy, kterými se obtíže pacienta projevují. Základní pravidla a vyhodnocení neuropsychologického vyšetření i výhody užití standardizovaných kognitivních testů a dotazníků byly již popsány (viz kapitolu *Vyšetření kognice ve stáří*).

Výstupem z vyšetření je tzv. *kognitivní profil*. Kognitivní profil popisuje hloubku a rozsah narušení kognitivní výkonnosti, a tak poukazuje na silné a slabé stránky kognice. *Hloubka postižení* je charakterizována podle odchylky výkonu pacienta v kognitivních testech od předpokládaného normálního výkonu. Obvykle lze rozlišit mírně až výrazně podprůměrný výkon v kognitivním testu a také mírně až výrazně nadprůměrný výkon. *Rozsah postižení* je charakterizován podle počtu narušených kognitivních funkcí. Podle rozsahu postižení mohou být pacienti s mírnou kognitivní poruchou rozděleni do čtyř skupin. V běžné lékařské praxi se nejčastěji setkáváme s narušením paměti a tento deficit označujeme jako *amnestický*. Pokud je narušena pouze paměť, jedná se o *amnestický jednodoménový deficit*, pokud jsou narušeny paměť a další kognitivní funkce, popisujeme *amnestický vícedoménový deficit*. Deficit s narušením jedné kognitivní funkce vyjma paměti označujeme jako *neamnestický jednodoménový deficit* a v případě narušení více kognitivních funkcí vyjma paměti jako *neamnestický vícedoménový deficit*.

Správně stanovená syndromologická diagnóza s popsáním kognitivním profilem je pro lékaře velmi důležitá, jelikož pomáhá při pátrání po *etiologické diagnóze*, tzn. při hledání příčin obtíží pacienta. Významně přispívá k rozlišení různých chorob, nejen Alzheimerovy nemoci. Následující obrázek (obr. 5) zobrazuje souvislost syndromologické diagnózy mírné kognitivní poruchy a její *nejpravděpodobnější etiologické diagnózy*.

### *Výsledky z neuropsychologického vyšetření pacientů s mírnou kognitivní poruchou při Alzheimerově nemoci*

Baterie kognitivních testů by měla být sestavena tak, aby umožnila rozlišit kognitivní profily, které můžeme u pacientů s mírnou kognitivní poruchou při Alzheimerově nemoci pozorovat. Nejčastěji se jedná o typickou variantu kognitivního profilu, ale rozlišujeme také atypické varianty.

syndromologická diagnóza mírné kognitivní poruchy		etiologická diagnóza		
		neurogenerativní onemocnění	cerebrovaskulární onemocnění	neuropsychiatrické onemocnění
amnestická	jednodoménová	Alzheimerova nemoc	cévní mozková příhoda	deprese, poruchy spánku, stres apod.
	vícedoménová	Alzheimerova nemoc	cévní mozková příhoda, kumulace cévních změn	deprese, poruchy spánku, stres apod.
neamnestická	jednodoménová	Alzheimerova nemoc, frontotemporální lobární degenerace	cévní mozková příhoda	deprese, poruchy spánku, stres apod.
	vícedoménová	onemocnění s Lewyho tělísky	cévní mozková příhoda, kumulace cévních změn	deprese, poruchy spánku, stres apod.

**Obrázek č. 5** Souvislost syndromologické diagnózy mírné kognitivní poruchy a nejpravděpodobnějšího onemocnění (převzato a adaptováno z Peterson et al., 2006)

### *Typický kognitivní profil mírné kognitivní poruchy při Alzheimerově nemoci*

Kognitivní profil bývá dle výsledků neuropsychologického vyšetření popisován jako *amnestický jednodoménový nebo vícedoménový kognitivní deficit na úrovni syndromu mírné kognitivní poruchy s dominujícím narušením v oblasti paměti*. Uvedený popis znamená, že pacient dosahuje podprůměrných výkonů zejména v testech epizodické paměti, a to jak v testech verbálních (ve kterých si musí zapamatovat slova nebo věty), tak v testech neverbálních (ve kterých si musí zapamatovat obrázky či obrazce). Paměťová porucha klasické varianty Alzheimerovy nemoci je blíže charakterizována jako *porucha hipokampálního typu projevující se narušením ukládání a uchování nových informací* (pro připomenutí – pro paměťové pro-