

Léčba pokročilé demence – paliativní přístup

MUDr. Robert Rusina¹, MUDr. MgA. Kateřina Rusinová², doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.³,
doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.⁴

¹Neurologická klinika IPVZ a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

²Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. LF UK, Praha

³Gerontologické centrum a Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, UK FHS, Praha

⁴Katedra filozofie a etiky v pomáhajících profesích, Zdravotně sociální fakulta JU v Českých Budějovicích

Terminální stadium demence je fáze, kdy onemocnění přechází do ireverzibilní výrazné nesoběstačnosti v základních sebeobslužných aktivitách s nutností trvalé ošetrovatelské péče. V článku je věnována pozornost podávání kognitiv, schopnosti rozhodování a principu autonomie u těchto pacientů. Je diskutována indikace intenzivní a resuscitační péče, role paliativní léčby a některé postupy při léčení komplikací. Dále je zmiňován význam komunikace s pacientem a pečovatelem i problematika umístění do ústavního zařízení.

Klíčová slova: demence, terminální stadium, prognóza, intenzivní péče, paliativní péče.

Management of advanced dementia – palliative approach

End-stage of dementia can be defined as a period when the disease reaches irreversible and severely reduced autonomy in basic activities of daily living with a need of persistent nursing care. Treatment options, mainly acetylcholinesterase inhibitors and memantin, decision making capacity and principles of autonomy in these patients are discussed. Indication of intensive care, the role of palliative approaches and management of complications are described. Finally, the importance of communication with the patient and the caregiver and aspects of institutionalization are mentioned more in detail.

Key words: dementia, end stage disease, prognosis, intensive care, palliative care.

Neurol. pro praxi 2010; 11(1): 16–19

Seznam zkratk

RHB – rehabilitace

MMSE – Mini Mental State Examination

PEG – perkutánní gastrostomie

1. Úvod

Definice pojmů: účinná **kauzální terapie** demencí v současné době není dostupná.

Symptomatická léčba demencí umožňuje podpořit kognitivní funkce podáváním kognitiv (inhibitory acetylcholinesterázy a memantin) a ovlivnit behaviorální projevy (různými farmakologickými a nefarmakologickými postupy). Cílem terapie je navodit pomalejší progresi symptomů u léčených pacientů (Nice, 2006; Sheardová, 2007).

Paliativní léčba si klade za cíl zajistit **komfort a důstojné umírání** pro pacienta v terminálním stadiu demence (rehabilitace (RHB), analgetika, neuroleptika, antidepressiva...)

Pacient v **pokročilém stadiu demence** (např. odpovídající hodnotě v testu Mini Mental State Examination (MMSE) pod 10 bodů u Alzheimerovy nemoci) má těžký kognitivní deficit a stává se závislým na ošetrovatelské péči při všech aktivitách (hygiena, oblékání, příjem potravy atd.)

Autoři budou v tomto článku definovat **terminální stadium demence** jako dobu, kdy

onemocnění přechází do ireverzibilní výrazné nesoběstačnosti v základních sebeobslužných aktivitách s nutností trvalé ošetrovatelské péče (masivní těžké nezvratné kognitivní postižení, minimální komunikace, omezená či vymizelá schopnost přijímat jídlo a tekutiny, plná inkontinence, upoutání na lůžko).

2. Rozsah poskytované péče u pacientů s pokročilou kognitivní poruchou

2.1. Kognitiva v léčbě demencí

Kognitiva jsou dle současných doporučení určena a schválena pro symptomatickou léčbu mírné a středně pokročilé Alzheimerovy nemoci, smíšené demence a (v případech rivastigminu) i demence u Parkinsonovy nemoci. Lze od nich očekávat na jednu stranu zpomalení progresy symptomů a dočasnou „stabilizaci“ pacientových kognitivních funkcí (převážně v časnějších stadiích nemoci); na druhou stranu pak účinek na poruchy chování v rozvinutější fázi onemocnění (Waldemar, 2007).

Kdy je prostor pro vysazení léčby kognitivu?

Vzhledem k jejich spektru účinku je podstatné rozeznat, kdy během nemoci nevede jejich

další podávání ke stanovenému terapeutickému cíli. Kdy již nepřispívá ke zpomalení progresy projevů onemocnění (zhoršení MMSE škály o více než dva body během 3 měsíců – v tomto případě je vhodné zvážit záměnu podávaného léku za jiné kognitivum) anebo ve velmi pokročilém či terminálním stadiu onemocnění (například úplná ztráta soběstačnosti, neklid, agitovanost, institucionalizace atd), kdy je vhodné zpochybnit indikaci dalšího podávání kognitiva obecně. Doporučení lékařů a ošetrojícího personálu se přitom mnohdy rozcházejí s přáním rodinných příslušníků a blízkých, kteří vkládají značné naděje v účinnost těchto léků i u pacientů v hospicové péči (Shega, 2009).

Toto rozhodování je vždy velice složité, protože kognitiva jsou v současné době jediná známá skupina léčiv, která má prokazatelný specifický vliv na průběh projevů demence. Vysadíme-li pacientovi kognitiva, nemáme pro něj alternativu prokázané účinné symptomatické terapie. Na druhou stranu není důvod podávat tyto léky v okamžiku, kdy již nemohou přinést žádoucí efekt. **Tento okamžik se tedy kryje s přechodem od symptomatické k paliativní péči.**

Hlavní prioritou v cílech terapie se v této fázi stává **komfort pacienta** (tj. zvládnutí poruch chování, spánku, bolesti, neklidu atd), **kvalitní**

rehabilitační a ošetrovatelská péče a spolu s dalšími specialisty pak péče o pečující a doprovázení rodiny a blízkých při umírání pacienta trpícího demencí, které bývá charakterizováno zhoršením stavu vědomí (somnia, sopor) spolu s alterací celkového stavu a dekompenzací či rozvojem komorbidit.

Kognitiva v pokročilých stádiích demence – vliv na poruchy chování

Do značné míry nedoceneným přínosem kognitiv v pokročilejších stádiích demence mohou být poruchy chování. Od jejich podávání v této fázi onemocnění již neočekáváme podstatnější vliv na paměťové a kognitivní funkce, ale mohou u některých pacientů příznivě ovlivnit neklid, úzkostné stavy nebo apatii. Oproti neuroleptikům, která jsou v této indikaci lékem volby, jsou kognitiva podstatně lépe snášena a mají méně nežádoucích účinků (v ČR podávání kognitiv ve velmi pokročilé fázi demence není hrazeno). Na druhou stranu tyto léky mohou někdy neklid i prohlubovat, indikace podávání léčby je nutné zvažovat individuálně (Herrmann, 2008).

2.2. Léčba pokročilého/terminálního stadia demence a princip autonomie

Vzhledem k tomu, že v okamžiku stanovení diagnózy demence se onemocnění velmi často nachází již v pokročilé fázi, je od počátku *narušen pacientův náhled, narůstají obtíže se schopností rozhodování*, často se také vyskytují *poruchy chování*, což nás staví před problém omezení/absence autonomie pacienta.

Pokud u „běžných“ onemocnění máme možnost se pacienta zeptat na jeho názor, jeho priority, získat jeho souhlas s léčbou, ev. respektovat její odmítnutí a domluvit se s ním na postupu při komplikacích a v terminálním stadiu nemoci (tzv. advance directives, ustanovení vůle – přístup běžný zejména v anglosaských zemích), při diagnóze demence tuto možnost nemáme. Neznáme-li názor pacienta, což je časté, jsme nuceni rozhodovat se a jednat bez jeho souhlasu. Hlavním imperativem je v tomto okamžiku pátrat po tom, jaké měl pacient názory v době, kdy byl kompetentní. Máme možnost se zeptat rodiny/blízkých, jestli někdy pacient vyslovil v tomto směru své přání, ev. jaké byly jeho hodnoty a životní cíle.

Zde je nutné zdůraznit, že pojmy kvalita a smysl života jsou subjektivní, o jejich žádoucí povaze může rozhodovat jen a jedině pacient. Pokud se pacient včas nevyjádří, uvádí nás do těžko řešitelné situace. Nezbytné je

pak v těchto situacích týmové rozhodování, kde součástí týmu jsou lékaři, sestry a příbuzní pacienta. Jde o složité rozhodování a čím více hledisek a názorů se bere v úvahu, tím správnější může být.

2.3. Indikace resuscitační péče u pacientů s velmi pokročilou/terminální demencí

„Je či není indikován překlad pacienta s pokročilou demencí na resuscitační oddělení v případě akutní respirační insuficience, oběhového selhávání, sepse? Je či není indikována intubace a napojení na dýchací přístroj? Je či není indikována kardiopulmonální resuscitace při srdeční zástavě u pacienta s velmi pokročilou/terminální demencí?“ podobné otázky si kladou lékaři v souvislosti s možnostmi současné resuscitační péče, která je schopna přístrojově nahradit funkci prakticky kteréhokoliv orgánu a teoreticky tak udržet při životě v závislosti na přístrojích kteréhokoliv pacienta (Carlet, 2004; Černý, 2009).

Zatímco u onkologických pacientů je již běžně používán pojem „terminální stadium malignity“, který poměrně jasně vymezuje rozsah léčby; u ostatních onemocnění včetně kognitivních poruch obdobné pojetí není všeobecně přijímáno.

Může být terminální demence důvodem k odmítnutí příjmu pacienta k péči na ARO?

Velmi pokročilé až terminální stadium demence je třeba považovat za situaci, kdy je nutné pečlivě zvážit možný přínos a rizika agresivních postupů orgánové podpory, které jsou součástí intenzivní/resuscitační péče (umělá plicní ventilace, podpora oběhu katecholaminy, kontinuální metody očišťování krve, např. kontinuální veno-venózní hemodiafiltrace). Je nutné též posoudit, zda tyto postupy mohou zvrátit průběh onemocnění či zda budou jen prodlužovat utrpení umírajícího pacienta, který by měl podstatně větší užitek z kvalitní paliativní péče. V tomto smyslu je formulováno i „Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním“, které zveřejnila Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny spolu s Českou společností intenzivní medicíny, komplementární se současnými evropskými a světovými trendy na tomto poli (Černý, 2009).

Rozhodnutí o přijetí či odmítnutí pacienta na lůžko intenzivní péče se často odehrává v časové tísně. Zde je vhodné připomenout, že pacient (a jedině on sám) má právo od-

mítnout „prodloužení života za cenu daného utrpení“. V případě rozvinuté demence však pacient nebude schopen takové rozhodnutí učinit. Domníváme se, že v případě nutnosti takového „akutního“ rozhodnutí by hlavní slovo při rozhodování měl mít ošetřující tým. Tedy ošetřující lékaři a lékaři resuscitačního oddělení, ve snaze najít řešení, které bude v dané situaci pro pacienta to nejlepší.

Aby toto „akutní“ rozhodnutí mohlo být správné, je nezbytné, aby bylo založeno na co nej přesněji vedené dokumentaci, kde je jasně uvedeno průběžné hodnocení pacienta s ohledem na prognózu, a to nejlépe jako výsledek diskuze pečovatelských a všech specialistů, kteří se pravidelně o pacienta s demencí starají. (Davidson, 2007). Případně *rozhodnutí o přechodu na paliativní péči by mělo být v dokumentaci pacienta řádně zaznamenáno* a pravidelně aktualizováno. Rozsah péče má být diskutován již týmem, který zajišťuje dlouhodobě doma či v zařízení zdravotnického či sociálního typu péči o pacienta v terminálním stavu demence. „Akutní“ žádost o příjem na akutní lůžko z důvodu příznaků terminálního stavu demence je spíše důsledkem určitého selhání této péče, ale také může být výrazem nedostatečné nebo nefungující komunikace lékařů s rodinnými pečujícími a dalšími, kteří zajišťují tuto péči.

„Odborně podložené a náležitě zdokumentované nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby je v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními předpisy ČR“ – citace Konsenzuálního stanoviska, které bylo mj. oficiálně podpořeno i výborem Neurologické společnosti (Černý, 2009).

Nepřiměřeně intenzivní péče o pacienty v beznadějném stadiu demence může způsobit bolest a další utrpení. Jedná se například o kanylací cévního řečiště, permanentní močový katétr, trvale zavedenou nazogastričnou sondu, ev. tracheostomii, umělou plicní ventilaci atd. Může se tak prodlužovat proces umírání, které je v této fázi nevyhnutelné. Tyto postupy je třeba označit jako „marnou léčbu“ (futile treatment). Marnost je charakterizována absencí naděje na přežití pacienta nebo na přežití v takové kvalitě, která odpovídá jeho hodnotám a životním cílům (Volicer, 1998). Tito pacienti nepotřebují méně péče, ale potřebují péči jinou, více odpovídající jejich potřebám. V této souvislosti se v poslední době hovoří s určitou nadsázkou o „high touch“ namísto „high tech“ medicíně.

Indikace či kontraindikace pacienta s velmi pokročilou či terminální fází demence do intenzivní péče je tedy zpravidla vázána na posouzení

individuálního rizika a reálného prospěchu agresivních postupů orgánové podpory.

2.4. Možnosti léčby komplikací

Přestože pacientovi s pokročilou demencí, který je zcela nesoběstačný, nebudeme podávat trombolýzu nebo některé další léky, existuje řada jednoduchých postupů, které udělat můžeme, a které výrazně zlepšují kvalitu jeho života i v paliativní fázi léčby demence.

Základním předpokladem úspěchu je respektování křehkosti těchto pacientů v širokém smyslu slova. Jakýkoliv postup je dvakrát účinnější, je-li proveden v časných fázích komplikací.

Na prvním místě se jedná o rehydrataci. V českých zemích zatím málo rozšířené, ale velmi efektivní jsou noční subkutánní infuze fyziologického roztoku. Pacienti v terminálním stadiu demence nejsou schopni přijímat dostatek tekutin ústy, protože mají potíže s polykáním (ale samozřejmě ne všichni pacienti s poruchou polykání musejí být v terminální fázi demence). Stojíme tedy před otázkou, jak těmto (umírajícím) pacientům zajistit dostatečnou hydrataci, respektive co rozumíme v tomto případě pod pojmem adekvátní hydratace.

Je všeobecně známo, že úlevu přináší zvlhčování úst. Někteří autoři (Volicer, 1998) poukazují na to, že stav arteficiální hyperhydratace v důsledku nadměrného parenterálního přívodu tekutin vede ke vzniku kožních oděrek, deku-bitů, macerace pokožky. Tento stav je jakýmsi nežádoucím výsledkem snahy o dostatečnou hydrataci bez adekvátní kontroly, která není v dané situaci možná či vhodná.

Naopak tedy stav, který může být euhydratací či mírnou dehydratací (nikoli výraznou a trýznivou dehydratací) – je pro umírajícího méně trýznivý. Šetrnou hydratací (nejspíše v tomto případě hypodermoklýzou relativně malého množství fyziologického roztoku – 500 ml za den), která umožní volný pohyb na lůžku v případě, že je určitý pohyb ještě zachován, by se měly pouze mírnit trýznivé příznaky (tedy nadměrná suchost sliznic, nadměrná – a tedy trýznivá koncentrace moči, nemožnost odkašlat či odsát hleny, pokud se tvoří). Připomínáme jen, že v tomto případě se jedná opravdu o stadium terminální, tedy o pacienta, který nezvratitelně umírá v důsledku syndromu demence, který dospěl do terminálního stadia. Poznámka o (de)hydrataci není relevantní pro stadium těžké demence či dokonce demence středně pokročilé.

Zácpa způsobená imobilitou a dehydratací je častou příčinou dyskomfortu, teploty i vážnějších komplikací (perforace střeva): prevence,

hydratační a dietetický režim, pravidelná rehabilitace (respektive mobilizace a polohování do pacientovi komfortních poloh) a případně manuální vybavení stolice mohou předejít průjmu a bolestem, které jsou běžné při obvyklém „automatickém“ nasazení laxativ.

Zvýšenou teplotu u pacientů v terminálním stadiu je účelnější tlumit symptomaticky chlazením a antipyretiky, než v tomto kontextu paušálně (nebo z rozpaků) podávat antibiotika a rovněž bychom se neměli uchylovat k různým zatěžujícím pomocným vyšetřením.

Je velké množství dalších obdobných postupů, které ovšem přesahují rámec tohoto sdělení. V otázkách výživy zcela jednoznačně převažuje názor, že není vhodné ani dobré pro pacienta v terminálních fázích demencí zavádět výživu sondou, natož perkutánní gastrostomií (PEG) (Gove, 2009; Mitchell, 2009). Autoři z USA zpravidla uvádějí, že v současné době se sondy používají v jejich „nursing homes“ méně než dříve a doporučují ze svých zkušeností, abychom se těchto chyb v péči o pacienty s demencí vyvarovali ještě dříve, než se zbytečné používání sond v péči o pacienty s terminální demencí rozšíří.

3. Komunikace s pacientem a pečovatelem – klíč k úspěšné péči o pacienta s demencí

O pacienty s demencí se starají příbuzní a rodina nejen na počátku, ale v řadě případů až do pozdních fází nemoci. Po celou dobu komunikují s ošetřujícím týmem. Kontinuita a kvalita této komunikace významně ovlivňuje průběh onemocnění i celkovou kondici rodiny. Proto náročnost takové péče (která může zahrnovat i home care, tedy profesionální ošetrovatelskou podporu zajišťovanou v domácnosti) vždy zásadním způsobem promění fungování celé rodiny. Od úplné změny denního režimu, který řídí stav nemocného, až po plánování v delším časovém horizontu (dovolená, víkendy, svátky).

Na jakoukoliv změnu rytmu a režimu reaguje pacient s demencí často mnohem citlivěji než lidé bez kognitivní alterace. Prvořadým cílem týmu, který se o pacienta s demencí v domácí péči stará, je tudíž pacienta i pečovatele na tuto možnost s předstihem upozornit a snažit se tyto reakce předvídat a mírnit, aby neparalyzovaly život celé rodiny.

3.1. Úloha pečovatele v komunikaci lékaře s pacientem s demencí

Proces ambulantní léčby, který tradičně probíhá v ose: lékař – pacient, není v kontextu

pokročilé demence možný. Pacient sám neřekne, co mu je. Přesto je zřejmé, že vztah, který se mezi pacientem a lékařem vytvoří, postupně formuje atmosféru vzájemné důvěry, která je základním předpokladem pro úspěch terapie.

Protože se lékař (v případě hospitalizace pak celý ošetřující tým) mnohdy může opírat prakticky jen o nonverbální techniky, je komunikace náročná, zdoluhavá a málo „výtežná“. Lékař mívá přirozenou tendenci vyptat se na stav pacienta jeho pečovateli, se kterými je komunikace „bezproblémová“, tzv. „objektivní“, což může ovšem vést jednak k další izolaci pacienta a k narušení křehkého, ale důležitého terapeutického vztahu s pacientem, jednak informace podané rodinou mohou být zkreslené.

Samozřejmě je nezbytné rovněž komunikovat cíleně i s pečovatelem.

3.2. „Neklid“ jako hlavní problém pro pacienta i pečovatele

Jedním z nejčastějších stesků pečovatele/rodiny bývá v pokročilých fázích onemocnění „neklid“. Pod tímto označením se zpravidla skrývá řada behaviorálních projevů od úzkosti, negativizmu, depresivních projevů, přes skutečný motorický neklid s různými stereotypními pohyby, až po halucinatorně-delirantní stavy. Jedná se tedy o poměrně široký pojem, který se při vyšetření pacienta a pohovoru s rodinou ne vždy daří dobře charakterizovat (Hughes, 2005).

Přestože tzv. „neklid“ bývá přisuzován jako symptom výhradně pacientovi, často se jeví spíše jako společný symptom pacienta a jeho okolí. Neklidní jsou při kontrole všichni (metaforicky řečeno: „co jednomu se stane, všem se stane“). Nicméně můžeme často rozeznat 5 následujících základních příčin tzv. „neklidu“ u pacienta trpícího demencí a/nebo jeho rodiny.

Diferenciální diagnostika „neklidu“ v širším kontextu

1. Neklid pacienta při vyčerpání pečovatele. Pečliví a spolehliví pečovatelé mohou mít pocit selhání při zhoršování stavu pacienta, které si kladou za vinu a přenášejí – nechtěně – svůj stres na pacienta. Cílené otázky a důraz i na jejich komfort pak pomáhají pečovatele dekulpabilizovat. Časté kombinace symptomů jsou: neklid pacienta + poruchy spánku, únava a depresivní ladění pečovatele. Někteří autoři v této souvislosti hovoří o společném symptomu systému pacient + pečovatelé („spojené nádoby“).
2. Neklid pacienta jako projev strachu ze samoty nebo opuštěnosti nemusí být vyjádřen

verbálně, ale může se projevit nepřímo neklidem při odchodu rodiny do práce, při odjezdu na dovolenou atd.

3. Neklid při projevech agresivity plynoucích z úzkosti a deprese.
4. Neklid pacienta v rámci halucinatorně-delirantních stavů bývá projevem náhlé dekompenzace demence. Vyvolávající příčiny mohou být různé – komplikace přidružených onemocnění (diabetes, ischemická choroba srdeční aj.), interkurentní infekce či prostá (ale velmi častá a podceňovaná) dehydratace.
5. Neklid jako vyjádření bolesti (typické jsou zejména komplikace z omezené pohyblivosti – svalová ztuhlost, proleženiny, močová retence, fekalom) (Holmerová, 2009).

Management „neklidu“ v jeho širším kontextu

V léčbě uvedených poruch chování je kromě ovlivnění vyvolávající příčiny dekompenzace demence (viz výše) a nefarmakologických přístupů mnohdy nutné použít i cílenou farmakoterapii, zejména antidepresiva nebo neuroleptika, eventuálně i anxiolytika, kterých se zpravidla u pacientů s demencí varujeme, ale v terminální fázi mohou mít příznivý efekt – bližší rozbor však přesahuje zaměření a rozsah tohoto textu blíže viz Doporučené postupy léčby Alzheimerovy nemoci a dalších onemocnění spojených s demencí (Sheardová, 2007), detailní přehled rovněž uvádí Herrmann (2008). Zde se lze jen zmínit o tom, že „klasická“ neuroleptika (haloperidol, chlorprothixen, levomeprasin aj.) mají vysoké riziko sedace, parkinsonských projevů a mohou zvyšovat riziko úmrtí u starších osob a zejména u demence s Lewyho tělísky (Wang, 2005).

Péče o pečující

Spokojený pečovatel = dobře kompenzovaný pacient. Pokud platí ono metaforické: „co jednomu se stane, všem se stane“ v negativním smyslu slova (neklid pacienta se přenáší na pečovatele a obráceně), tak to platí dvojnásob i v pozitivním směru.

V poslední době se v zahraničí rozšířil koncept tzv. „péče o pečující“ (care for caregivers), který se výrazně podílí na celkovém zlepšení péče o pacienty trpící demencí a jejich pečovatele. Zahnuje v sobě program psychoedukace

pečovatelů, organizaci svépomocných skupin, nepřetržitě telefonické a internetové „help line“, respitní péče, krátkodobé „break“ rekreační pobyt pro pečovatele atd. Velký význam je přikládán též psychické kondici pečovatele. Jakmile se u něj projeví známky úzkostné či depresivní poruchy, je možno nabídnout podpůrnou psychoterapii, léčbu depresivního stavu (antidepresiva) a zvážit, zda by péči o pacienta s demencí nemělo dočasně či trvale převzít specializované zařízení.

3.3. Umístění do ústavní péče

Čekací doba na umístění do specializovaného zařízení pro pacienty s demencí se v ČR pohybuje v řádu několika měsíců, někde i několika let. Zařízení, která by ideálně odpovídala potřebám pacientů s demencí v České republice prakticky neexistují v důsledku dosud nedostatečné koordinace zdravotnických a sociálních služeb. V léčebnách pro dlouhodobě nemocné a psychiatrických léčebnách je možný jen časově omezený pobyt, zařízení sociálního typu registrovaných jako domovy se zvláštním režimem se zaměřením na problematiku demencí je naprostý nedostatek. Dalším velkým problémem je kvalita péče nabízené různými poskytovateli. Proto je nezbytné otevřeně tuto možnost s pacientem i rodinou diskutovat s dostatečným časovým předstihem, tak aby pacient neměl strach z izolace a „odložení“, aby si pečovatel mohl rozvrhnout své síly a zároveň věděl, že v případě, až si progresse onemocnění vyžádá institucionalizaci pacienta, bude o jeho příbuzného dobře postaráno.

4. Závěr

V počátečním stadiu demence je důležité se maximálně snažit o ovlivnění kognitivních funkcí a zlepšení kvality života (kognitiva, speciální kognitivní trénink, péče o pečovatele). Jakmile progresse onemocnění dospěje do velmi pokročilé a terminální fáze, je důležité orientovat se na: komfort pacienta, jeho důstojné umírání, na podporu a doprovázení rodiny. Průběžné zhodnocení stavu pacienta by mělo být výsledkem multidisciplinární diskuze všech zúčastněných stran.

Literatura

1. Carlet J, Thijs LG, Antonelli M, Cassell J, Cox P, Hill N, Hinds C, Pimentel JM, Reinhart K, Thompson BT. Challenges in end-of-life care in the ICU Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. *Intensive Care Med* 2004; 30: 770–784. (www.srlf.org/Data/ModuleGestionDeContenu/application/577.pdf).

2. Černý V (editor). Konsensuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP, Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP 2009 (<http://www.csim.cz/Cz/News.aspx>).

3. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, Spuhler V, Todres ID, Levy M, Barr J, Ghandi R, Hirsch G, Armstrong D. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005. *Crit Care Med* 2007; 35: 605–622.

4. Gove D, Sparr S, Dos Santos Bernardo AMC, Cosgrave MP, Jansen S, Martensson B, Pointon B, Tudose C, Holmerová I. Recommendations on end-of-life care for people with dementia. *J Nutr Health Aging* 2009 (in press).

5. Herrmann N, Gauthier S. Diagnosis and treatment of dementia: 6. Management of severe Alzheimer disease. *CMAJ* 2008; 179: 1279–1287. (<http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/179/12/1279>).

6. Holmerová I, Vaňková H, Baumanová M, Jurašková B. Bolest – podceňovaný problém v péči o pacienty s demencí, *Česká geriatrická revue*, 2009; 7(1): 31–35.

7. Hughes JC, Robinson J, Volicer L. Specialist palliative care in dementia, *BMJ* 2005; 330: 57–58.

8. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, Volicer L, Givens JL, Hamel MB. The Clinical Course of Advanced Dementia, *N Engl J Med* 2009; 361(16): 1529–1538.

9. National Institute for Clinical Excellence: Dementia: Supporting people with dementia and their carers in health and social care. NICE guidelines 2006. (<http://guidance.nice.org.uk/CG42>).

10. Sheardová I, Hort J, Rusina R, Bartoš A, Línec V, Rössner P, Rektorová I. Doporučené postupy pro léčbu Alzheimerovy nemoci a dalších onemocnění spojených s demencí. *Cesk Slov Neurol N* 2007; 70(103): 589–594. <http://www.csnn.eu/dpplan.pdf>.

11. Shega JW, Ellner L, Lau DT, Maxwell TL. Cholinesterase inhibitor and N-methyl-D-aspartic acid receptor antagonist use in older adults with end-stage dementia: a survey of hospice medical directors. *J Palliat Med* 2009; 12: 779–783.

12. Volicer L, Hurley A. *Hospice Care for Patients with Advanced Progressive Dementia*, Springer Series on Ethics, Law and Aging, New York, 1998.

13. Waldemar G, Dubois B, Emre M, Georges J, McKeith IG, Rossor M, Scheltens P, Tariska P, Winblad B. Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. *Eur J Neurol* 2007; 14: e1–e26. (www.efns.org/section/guidelines).

14. Wang PS, Schneeweiss S, Avorn J, Fischer MA, Mogun H, Solomon DH, Brookhart MA. Risk of death in elderly users of conventional vs atypical antipsychotic medications. *New England Journal of Medicine* 2005; 353: 2335–2341.

MUDr. Robert Rusina

Neurologická klinika Fakultní Thomayerova nemocnice a IPVZ Vídeňská 800, 140 59 Praha 4
robert.rusina@ftn.cz

