

Behaviorálne a psychologické príznaky demencie z pohľadu súčasnej praxe psychiatrov na Slovensku

MUDr. Marek Zelman

Psychiatrická ambulancia NsP Brezno, Psychiatrická nemocnica Hronovce

Behaviorálne a psychologické príznaky demencie (BPSD) sú vďaka demografickému vývoju v našich končinách ochorením, s ktorým sa budeme stretávať relatívne častejšie. Zmapovaniu výskytu BPSD v našich podmienkach a zvyklostí ich liečby v ambulantnej i ústavnej praxi sa venoval workshop v rámci sympózia Psychiatrie pre prax v októbri 2010 v Senci, ktorého sa zúčastnili ambulantní i nemocniční psychiatri so záujmom o problematiku gerontopsychiatrie. Tento článok prináša závery workshopu a ich porovnanie s vybranými zahraničnými odporúčanými postupmi.

Kľúčové slová: BPSD, odporúčené postupy.

Behavioral and psychological symptoms of dementia from the perspective of current psychiatric practice in Slovakia

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) are due to demographic trends in our countries the disorder we will face more and more often. The workshop on the „Symposium Psychiatry for Practice“ held in Senec in October 2010 for psychiatrists involved to the topic of gerontopsychiatry was devoted to the inpatient and outpatient practices of treatment of BPSD in Slovakia. In this article we present the outcomes of the workshop and their comparison with guidelines in other countries.

Key words: BPSD, guidelines.

Demencia, BPSD, poruchy správania a ich výskyt na Slovensku

Tradičné údaje o prevalencii hovoria o tom, že ak demenciou trpí vo veku od 60 do 65 rokov každý päťdesiaty človek, od 70 do 80 rokov je to každý dvadsiaty a nad 85 rokov ale už každý piaty. Na Slovensku posledné spracované čísla Národného centra zdravotníckych informácií z roku 2008 (1) hovoria o približne 5 % podiele pacientov s demenciou (F 00-03) liečených na psychiatrických ambulanciách, za rok pritom pribudlo 8 222 pacientov. V ústavnej starostlivosti bolo v SR v tom istom roku 4 040 prvohospitalizovaných a 6 368 opakovane hospitalizovaných ľudí s dg. F 00-09, čo tvorí asi 15 % všetkých hospitalizácií na psychiatrii.

Behaviorálnymi a psychologickými prejavmi demencie pritom trpí až do 90 % ľudí s demen-

ciou, najvyššie zastúpenie majú zmeny osobnosti (do 80 %), depresia (do 80 %), psychotické prejavy (20 – 70 %), poruchy správania (do 50 %) a agresivita (do 20 %) (tabuľka 1) (2).

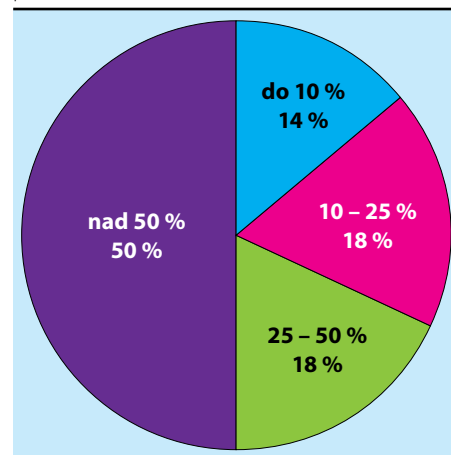
Účastníci workshopu (počet aktívne hlasujúcich n = 28) odhadovali výskyt podielu demencií vo svojej vlastnej praxi v psychiatrických ambulanciách do 25 % (90 % hlasujúcich), vyššie zastúpenie referovali psychiatri špecializovaní na gerontoproblematiku. Demencie sú popri tom ale riešené aj na neurologických ambulanciách, pomer kolíše v závislosti od regiónu. Pravdepodobnosť, že liečba človeka s demenciou bude manažovaná psychiatrom je vyššia pri Alzheimerovej chorobe a ťažších stavoch, vaskulárne demencie a ľahšie (skoršie) štádiá riešia skôr neurológovia.

Odhad zastúpenia pacientov s prejavmi BPSD ukazuje graf 1. Polovica hodnotiacich udávala

výskyt BPSD pri demenciách nad 50 %, čo by mohlo svedčiť o tom, že príznakom vedúcim k vyhľadaniu psychiatra sú skôr poruchy správania ako primárna kognitívna porucha. Druhou možnosťou je potvrdenie skutočnosti, že psychiatri riešia skôr ťažšie neskoršie štádiá ochorenia, citlivosť príbuzných a okolia k problémom s pamäťou je pri tom ešte relatívne nízka, požiadavka na intervenciu sa objavuje až pri sociálne neakceptovateľnom správaní.

Z hľadiska časového je pre liečbu demencie a jej prejavov často rozhodujúci čas od prvých prejavov do stanovenia prvej diagnózy a zahájenia terapeutickej intervencie, ktorý môže pozitív-

Graf 1. Podiel výskytu BPSD z celkového počtu pacientov s demenciou



Tabuľka 1. Pacienti liečení pre demenciu v roku 2008

	2008	ambulancie	hospitalizácie*
prvýkrát v živote	F00-03	8 222	4 440
	F00-99	144 701	28 226
	podiel F00-03	5,68 %	15,73 %
opakovane	F00-03	70 133	6 368
	F00-99	1 677 175	42 317
	podiel F00-03	4,18 %	15,05 %

*(F00 – F09)

Zdroj: NCZI 2009

ne ovplyvniť prognózu ochorenia a spomalenie jeho progresie. Epidemiologický prieskum Facing Dementia Survey odhaduje túto dobu v priemere na 20 mesiacov (od 10 mesiacov v Nemecku po 32 mesiacov vo Veľkej Británii) (3). Na Slovensku je to podľa účastníkov workshopu čas medzi 6 až 12 mesiacmi približne u tretiny pacientov, u polovice pacientov je demencia diagnostikovaná medzi prvým a druhým rokom od jej nástupu, u zvyšných pacientov je toto obdobie ešte dlhšie.

Prvým alebo hlavným prejavom, pre ktorý sa človek s BPSD dostáva na psychiatrickú ambulanciu, je podľa účastníkov workshopu (74 % respondentov) obvykle inadekvátne správanie, nasledujú depresia (14 %), apatia (7 %) a psychotické prejavy (7 %). Typickým pacientom na slovenskej psychiatrickej ambulancii je podľa diskusie človek s poruchami správania s trvaním ochorenia asi 2 roky vo veku asi 70 až 80 rokov.

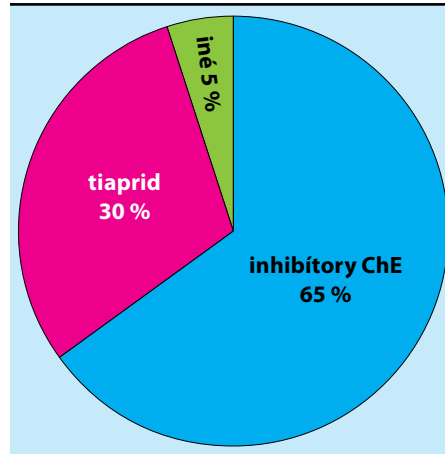
Farmakologická liečba demencie s BPSD

Liečba BPSD podľa odporúčaní IPA má byť zahájená nefarmakologickými intervenciami (2). Ak je nevyhnutná farmakoterapia, je nevyhnutné zvážiť, akou liekovou skupinou je nutné liečiť daný symptóm, pred liečbou je potrebné uvážiť pomer benefitu a rizika s ohľadom na možný efekt farmaka, jeho potenciálne nežiaduce účinky i aktuálny somatický stav pacienta vrátane eventuálnej hepatálnej či renálnej insuficiencie interferujúcej s farmakokinetikou. Antipsychotiká majú potenciál potláčať psychotické prejavy a agresiu/hostilitu, antidepresíva depresívne prejavy, anxiétu, agitovanosť asociovanú s depresiou, iritabilitu a poruchy spánku, benzodiazepíny sú indikované pri anxiéte, agitovanosti a insomnií, antikonvulzíva pri agitovanosti, agresivite, manických prejavoch. Guideline sa o inhibítoroch cholinesterázy zmieňuje len okrajovo ako o liečbe, ktorá sa nasadzuje pri primárnom kognitívnom deficite.

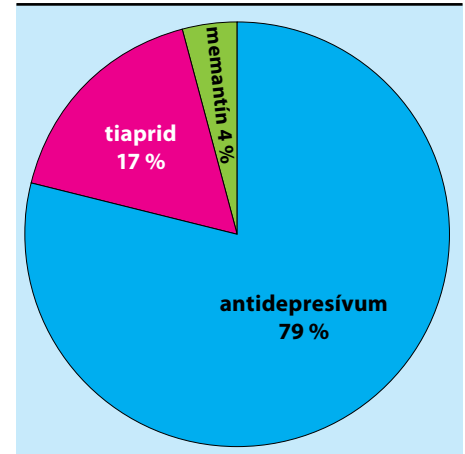
Odporúčania NICE pre liečbu demencie týkajúce sa farmakologickej liečby nonkognitívnych príznakov preferujú jej nasadenie až po zlyhaní ostatných postupov a liečba má byť presne zameraná na cieľový symptóm (4). Nasadenie antipsychotika nie je vo všeobecnosti odporúčané, je prípustné až po zvážení individuálnej analýzy benefitu a rizika, pričom je potrebné pravidelne sledovať stav kognitívnych funkcií a eventuálne nežiaduce účinky. V liečbe komorbidnej, respektíve koexistujúcej depresie sa odporúčajú antidepresíva bez cholinérgného efektu.

Guidelines APA pre liečbu demencie odporúčajú na liečbu kognitívnych symptómov pou-

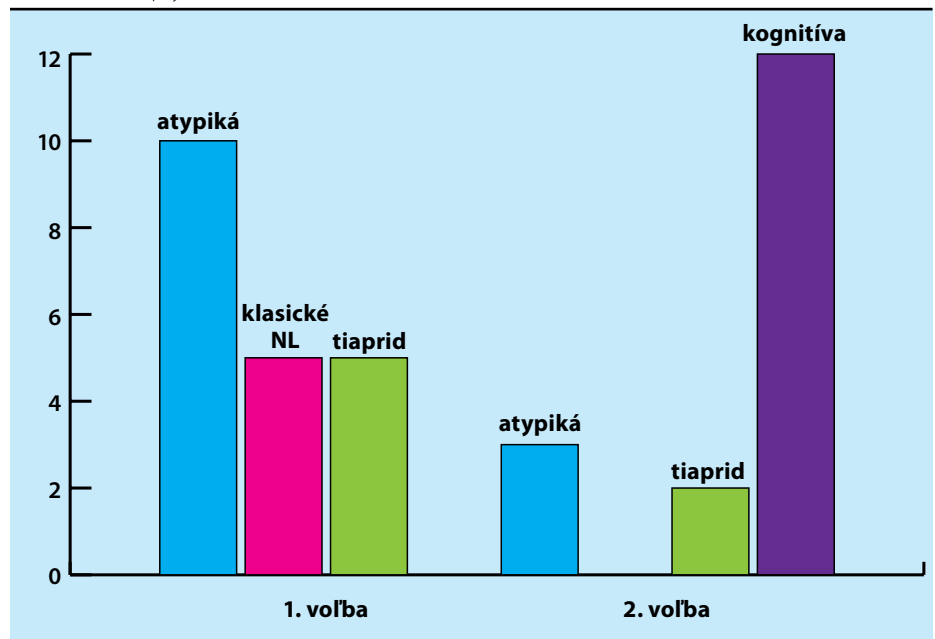
Graf 2. 1. voľba pri nepsychotickej BPSD



Graf 3. Ďalšia voľba pri nepsychotickej BPSD



Graf 4. Liečba psychotického obrazu BPSD



žitie inhibítorov cholinesteráz alebo memantínu (5). V liečbe psychotických prejavov BPSD pripúšťajú použitie antipsychotík s bezpečnostnými obmedzeniami ako v predchádzajúci materiáloch a s upozornením, že atypické antipsychotiká v tejto indikácii neboli skúmané.

Z praktického hľadiska sa dá liečba behaviorálnych prejavov rozdeliť na liečbu pacientov bez psychotických prejavov a liečbu psychóz pri demencii.

Nepsychotické BPSD

Podľa skúseností účastníkov workshopu sa prvou voľbou liečby pri demencii s poruchami správania bez psychotických symptómov javili ako najvhodnejšie kognitíva (inhibitory cholinesteráz), prikláňalo sa k nej 65 % respondentov, nasledoval tiaprid (30 %), resp. iné farmaká (5 %) (graf 2). Monoterapia však v tejto indikácii často nie je postačujúca, v druhej voľbe (respektíve v kombinácii) bolo hlasované za antidepresíva

v 79 %, nasledoval tiaprid v 16 % odpovedí a memantín (4 %) (graf 3).

Benzodiazepíny boli hodnotené respondentmi až ako ultimatum refugium s ohľadom na ich možné nežiaduce účinky v tejto vekovej skupine. Pri zvažovaní terapie nepsychotických prejavov sa vôbec nespomínali antipsychotiká, a to ani klasické (napr. haloperidol v nízkych dávkach) a ani emočné stabilizátory.

Pri voľbe kognitíva v tejto indikácii sa najčastejšie psychiatri prikláňali k rivastigminu (42 %), donepezilu (36 %) a nasledovali galantamín a memantín. Z antidepresív bolo najčastejšie volené SSRI (60 %), nasledoval trazodón (20 %), SNRI (10 %) a ostatné v nižšom zastúpení.

Psychotické prejavy v rámci BPSD

V diskusií o výbere farmaka pri psychotickom obraze BPSD sa neprihliadalo na typ psychotických príznakov. V prvej voľbe liečebného plánu sa jednoznačne umiestňovali antipsychotiká –

z nich by atypiká nasadila polovica hlasujúcich, po štvrtine by sa priklonilo k tiapridu alebo klasickým neuroleptikám (graf 4).

Až v ďalšom kole pri nedostatočnom efekte liečby sa objavovali (v kombinácii) kognitíva (70 %), prechod na atypické antipsychotikum (17 %) alebo klasické neuroleptikum (11 %). Dávka atypického antipsychotika by sa mala pohybovať maximálne do asi ¼ dávky podávanej pri schizofrénii.

„Najobľúbenejším“ atypickým neuroleptikom bol jednoznačne risperidón preferovaný u 85 % respondentov, zvyšní sa prikláňali v 14 % ku kvetiapiínu, vyslovene ojedinele sa spomínali olanzapín a aripiprazol. Risperidón býva dávkovaný približne do 1 mg pro die, kvetiapín má podľa diskusie oproti risperidónu možnú výhodu pri agitovanosti a dávkuje sa obvykle do 200 mg. Ako limitujúci faktor výberu sa podľa názoru respondentov uplatňujú preskripcioné obmedzenia a nie ich odborné stanovisko.

Debata sa ďalej posunula k nefarmakologickým postupom liečby, konštatovala zlepšujúcu sa tendenciu v tejto oblasti v práci na oddeleniach a zvyšujúce sa možnosti edukácie príbuzných či už v tréningu pamäti alebo vo zvyšovaní schopnosti korigovania porúch správania v domácom prostredí v organizáciách

tretieho sektora, prípadne formou informačných materiálov.

Záver

Workshop si dal za úlohu zmapovať výskyt demencií, zastúpenie BPSD a zvyklosti ich liečby v podmienkach slovenskej psychiatrie. V praxi zúčastnených poslucháčov tvorili demencie relatívne väčšie zastúpenie ako na bežnej ambulancii, samozrejme toto môže byť ovplyvnené výberom témy workshopu podľa vlastného odborného zamerania zúčastnených.

Slovenskí psychiatri liečia pacientov s demenciou (obvykle Alzheimerovho typu) prevažne v neskorších štádiách ochorenia a obvykle až po nástupe BPSD, čo účastníci workshopu považujú za negatívny faktor limitujúci terapeutické možnosti. Obvyklý čas od diagnostiky ochorenia do zahájenia liečby je asi 1 – 2 roky.

Pri výbere liečby pri nepsychotických formách BPSD v prvom kole jednoznačne prevažujú kognitíva a v menšej miere tiaprid, v druhej voľbe (alebo v kombinácii) sa používajú prevažne antidepresíva typu SSRI, tiaprid alebo prechod na memantín. Pri psychotických prejavoch demencií siahame po antipsychotikách, až v ďal-

šom rozhodovaní sa prikláňame ku kognitívam a prípadne k výmene neuroleptika.

Používané postupy sa teda veľmi približujú medzinárodne používaným štandardom. Na záver je ale potrebné pripomenúť, že nezávisle od našich terapeutických zvyklostí a existencie (bohužiaľ nie slovenských) odporúčaní pre liečbu sú súhrnné informácie o lieku jediným zákonne ustanoveným dokumentom o indikácii daného farmaka.

Literatúra

1. Psychiatrická starostlivosť v SR 2008. NCZI 2009.
2. Behavioral and psychological symptoms of dementia. Educational Pack. International Psychogeriatric Association (IPA) 2002.
3. Bond et al. Inequalities in dementia care across Europe: key findings of the Facing Dementia Survey. Int J Clin Pract, March 2005; 59 (Suppl. 146): 8–14.
4. Dementia: Supporting people with dementia and their carers in health and social care. NICE clinical guideline 42. NICE, November 2006.
5. Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias. Second Edition APA, October 2007. Dostupné na [www: <http://www.psych.org>](http://www.psych.org).

MUDr. Marek Zelman

Psychiatrická nemocnica Hronovce
Ul. Dr. J. Zelenyáka 65, 935 61 Hronovce
zelman@inmail.sk



Slovenská lekárska spoločnosť
Slovenská neurologická spoločnosť
Česká neurologická spoločnosť
Slovenská neuropsychiatrická spoločnosť
Neurologické oddelenie NsP, a. s., Spišská Nová Ves
I. neurologická klinika
a Centrum pro neurovedy LF Masarykovy univerzity, Brno
Fond pomoci neurologicky chorým, n. f.
Mesto Levoča
AGEL SK
Biskupský úrad Spišská Kapitula
prof. MUDr. Ivan Rektor, CSc.
MUDr. Miloslav Dvorák, PhD.

Vás pozývajú na

VI. pracovné dni neuropsychiatrie v Levoči

29. 9. – 1. 10. 2011
Mestské divadlo, Levoča

Hlavné témy

**Záchvatové ochorenia, Zápalové a autoimunitné ochorenia,
Depresia pri neurologických ochoreniach, Sexuálne poruchy,
Klub abnormálnych pohybov, Varia**

Odborný program:

MUDr. Miloslav Dvorák, PhD., Neurologické oddelenie NsP, Jánskeho 1, 052 01 Spišská Nová Ves,
mob.: 0905 742 205, 0903 631 448, e-mail: miloslav.dvorak@slovanet.sk

Organizačné zabezpečenie, prihlášky na pasívnu účasť a ubytovanie:

Michaela Malová, SOLEN, s. r. o., Lovinského 16, 811 04, tel.: 02/5465 1385, fax: 02/5464 1384,
e-mail: malova@solen.sk, www.solen.sk

