



a respiračních komplikací při podávání antipsychotik starším nemocným s demencí (Masopust et al., 2018).

Využit lze psychoterapii, nutností jsou sociální opatření včetně edukace a podpory pečujících osob. Nezbytná je léčba interkurentních somatických onemocnění a korekce smyslových vad. Ke zpomalení poklesu kognitivního výkonu napomáhá pravidelná fyzická aktivita (Cheng et al., 2014). To platí u všech typů demencí popisovaných v textu. Logopedická péče je vhodná pro nemocné s PPA.

Klinické studie se zabývají řadou léčiv, která cílí na patogenezi onemocnění. Klinická hodnocení probíhají na úrovni ovlivnění patologické agregace tau-proteinu, stabilizace mikrotubulů tau proteiny a ovlivnění protilátek proti tau-proteinu, jiné klinické studie se zaměřují na haploinsuficienci genu GRN pomocí zvýšení progranulinu (Tsai et Boxer, 2016).

Demence s Lewyho tělísky

U demence s Lewyho tělísky (DLB) dochází k degeneraci neuronálního proteinu alfa-synukleinu. Zároveň se často v různé míře vyskytují Alzheimerovské změny, degenerace neuronálního tau-proteinu a tvorba amyloidových plak. DLB je charakterizována zejména značnou fluktuací stavu v krátkém časovém horizontu. Z kognitivních funkcí je nápadně postižena pozornost. Jsou častá přidružená deliria. Vyskytují se zrakové komplexní halucinace, později se může objevit produkce paranoidních bludů. Typický parkinsonský syndrom, hlavně rigidita s pády, se vyskytuje u části nemocných mezi prvními příznaky, u většiny ale vznikne až v průběhu nemoci. Toto můžeme využít k odlišení demence u Parkinsonovy nemoci, kde se vyskytuje vždy jako první extrapyramidová symptomatika. Charakteristickým projevem DLB jsou výrazné nežádoucí účinky antipsy-

chotik, respektive přecitlivělost na antipsychotika (Rusina et Matěj, 2014; Walker et al., 2015; McKeith et al., 2017).

Lékem volby jsou cholinergní kognitiva, která zlepšují kognitivní i behaviorální příznaky. Rivastigmin prokázal zlepšení kognice a neuropsychiatrických příznaků (apatie, deprese, zrakové halucinace), příznivě ovlivnil běžné denní aktivity. Podobně příznivých výsledků dosáhl i donepezil (Dubois et al., 2012). Memantin je v této indikaci také používán, ale k dispozici je méně důkazů o jeho účinnosti než u inhibitorů acetylcholinesterázy (Walker et al., 2015). Z praktického hlediska je třeba zmínit, že v MKN-10 není kód pro DLB. Je možné použít kód G 30.8 „Lewy body varianta AD“, aby bylo možné podat kognitivum.

Lékem volby k ovlivnění parkinsonské symptomatiky je levodopa, jejíž podávání se neliší od léčby Parkinsonovy nemoci. Nasazení levodopy musí být opatrné, dávky by se měly zvyšovat postupně od 25–50 mg 3× denně k obvyklé cílové dávce 300–600 mg denně (Walker et al., 2015). Dopaminergní antiparkinsonská medikace však může zhoršit zrakové halucinace.

Při výskytu poruch chování a výrazných psychotických příznacích je někdy nutné podat antipsychotika, to však pouze v případě těžkých, nezvladatelných poruch. Kontraindikována jsou antipsychotika první generace, která výrazně zhoršují extrapyramidové příznaky. Jako lék první volby se používá quetiapin obvykle v dávce 12,5–75 mg denně, který nemá významný vliv na extrapyramidové příznaky. Pokud quetiapin není účinný nebo je hůře snášen (zejména sedace či ortostatická hypotenze), volíme klopazin v nízkých dávkách. Při použití antipsychotik se musí postupovat opatrně – začít malou dávkou a dávku pomalu navyšovat, používat antipsychotika jen po nezbytně nutnou dobu (Walker et al., 2015).